Leitbegriffe

der Gesundheitsförderung und Prävention

Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden

Neuauflage 2026

Herausgegeben vom
Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit

Bundesinstitut
für Öffentliche
Gesundheit

ZB MED-Publikationsportal Lebenswissenschaften
PUBLISSO
www.publisso.de

Der Text dieser Publikation steht unter den Bedingungen der Lizenz Creative Commons Namensnennung 4.0 International.
Den vollständigen Lizenztext finden Sie unter:
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet abrufbar unter www.dnb.de.

Herausgeber:

Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)
Maarweg 149-161
50825 Köln
Tel.: 0221 8992-0
E-Mail: poststelle(at)bioeg.de

Wissenschaftliche Redaktionsgruppe:

Michael Hahn, Dr. Martina Plaumann, Prof. Dr. Nadine Reibling, Prof. Dr. Doreen Reifegerste, Dr. Anke Spura, Fabienne Braukmann

Herstellung und Vertrieb:

PUBLISSO publishing
Deutsche Zentralbibliothek für Medizin (ZB MED) - Informationszentrum Lebenswissenschaften
Gleueler Straße 60
50931 Köln
Tel.: +49 (0)221 478-5685 (Infocenter)
Stiftung des öffentlichen Rechts
E-Mail: leitbegriffe(at)zbmed.de
Gefördert durch das Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes Nordrhein-Westfalen.

Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Neuauflage. Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit, Herausgeber. Köln: PUBLISSO; 2026. https://doi.org/10.5680/BIOEG-LB-ED01

ISBN: 978-3-913039-00-8

Das BIÖG übernimmt keine Gewähr für die Aktualität, Richtigkeit, Vollständigkeit oder Qualität der bereitgestellten Informationen. Haftungsansprüche gegen das BIÖG, welche sich auf Schäden materieller oder ideeller Art beziehen und infolge der Nutzung oder Nichtnutzung der dargebotenen Informationen bzw. durch die Nutzung fehlerhafter und unvollständiger Informationen verursacht wurden, sind grundsätzlich ausgeschlossen, sofern seitens des BIÖG kein nachweislich vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verschulden vorliegt. Die Inhalte dieses Werkes wurden mit größter wissenschaftlicher Sorgfalt erarbeitet und überprüft. Dennoch können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden. Das BIÖG übernimmt keine Verantwortung oder Haftung für Folgen, die auf fehlerhafte Angaben zurückgehen. Bei direkten oder indirekten Verweisen auf fremde Internetseiten – "Links", die außerhalb des Verantwortungsbereiches des BIÖG liegen, haftet dieses ausschließlich in dem Fall, in welchem das BIÖG positive Kenntnis von diesem Inhalt hat und es ihnen technisch möglich und zumutbar wäre, die Nutzung im Falle rechtswidriger Inhalte zu verhindern.

Nachdruck auch auszugsweise sowie fotomechanische und digitale Wiedergabe, Weitergabe mit Zusätzen, Aufdrucken und Aufklebern nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeberin gestattet.

Inhaltsverzeichnis

0. Vorwort	10
Achtsamkeit und Gesundheitsförderung	14
Akteure und Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention	24
Anwaltschaft – Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen	33
Aus- und Weiterbildung in Gesundheitsförderung und Prävention	38
Betriebliche Gesundheitsförderung	46
Biomedizinische Perspektive	56
Capacity Building / Kapazitätsentwicklung	62
Determinanten der Gesundheit	66
Digitalisierung in Prävention und Gesundheitsförderung	70
Diversity und Diversity Management / Vielfalt gestalten	79
Empowerment / Befähigung	85
Epidemiologie und Sozialepidemiologie	91
Erklärungs- und Veränderungsmodelle 1: Einstellungs- und Verhaltensänderung	97
Erklärungs- und Veränderungsmodelle 2: Theoriebasierte Interventionsplanung	108
Erklärungs- und Veränderungsmodelle 3: Persuasion, Diffusion, Marketing und Medienanwaltschaft	118
Ethik in der Gesundheitsförderung und Prävention	128
Evaluation	134
Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 1: Verständnis	139
Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 2: Umsetzung	150
Finanzierung der Gesundheitsförderung	164
Forschung zur Gesundheitsförderung	172
Frühe Hilfen	178

Gemeindepsychologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit 184

Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming 194

Gesunde Städte-Netzwerk 203

Gesundheit 209

Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP) 218

Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung 227

Gesundheits-Apps 237

Gesundheits-Krankheits-Kontinuum 246

Gesundheitsberatung 254

Gesundheitsberichterstattung 260

Gesundheitsbezogene Lebensqualität 265

Gesundheitsbildung 269

Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) / Health Impact Assessment (HIA) 275

Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy 281

Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung 287

Gesundheitsförderndes Krankenhaus 293

Gesundheitsförderung 1: Grundlagen 302

Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986 312

Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa 319

Gesundheitsförderung 4: Europäische Union 338

Gesundheitsförderung 5: Deutschland 360

Gesundheitsförderung 6: Österreich 390

Gesundheitsförderung 7: Schweiz 401

Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven 410

Gesundheitsförderung im Kindesalter 432

Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe 440

Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen 447

Gesundheitsförderung und Arbeitslosigkeit 454

Gesundheitsförderung und Familien – Familiäre Gesundheitsförderung 462

Gesundheitsförderung und Integrierte Versorgung 468

Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund 478

Gesundheitsförderung und Prävention im Alter 485

Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege 494

Gesundheitsförderung und Prävention in der Rehabilitation 500

Gesundheitsförderung und Schule 507

Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit 514

Gesundheitsindikatoren 527

Gesundheitskommunikation 532

Gesundheitskompetenz / Health Literacy 538

Gesundheitskonferenzen 548

Gesundheitspolitik 559

Gesundheitsschutz 567

Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln 574

Gesundheitswissenschaften / Public Health 579

Gesundheitsziele 587

Global Health / Globale Gesundheit 594

Health Technology Assessment (HTA) / Technikfolgenabschätzung 605

Inklusion und Gesundheitsförderung 608

Kernkompetenzen professioneller Gesundheitsförderung 617

Kinderschutz und Prävention – Gesundheitsförderung 626

Klimawandel und Gesundheitsförderung 632

Kommunale Gesundheitsförderung 641

Krankheit 648

Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung 658

Lebenslagen und Lebensphasen 666

Lebensweisen / Lebensstile 670

Lernpsychologische Perspektive 675

Medizinische Prävention 689

Mundgesundheit: Gesundheitsförderung und Prävention 698

Nachhaltige Gesundheitsförderung 703

Netzwerkarbeit – Vermitteln und Vernetzen als professionelle Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung 712

Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung 720

Ökologische und humanökologische Perspektive 728

Ökonomische Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention 737

Organisationale Gesundheitskompetenz 743

Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung 753

Pandemiemanagement durch nicht-pharmakologische Interventionen in der COVID-19-Pandemie 761

Partizipation in Gesundheitsförderung und Prävention 767

Partizipative Gesundheitsforschung 773

Partnerschaften für Gesundheit 781

Patientenberatung / Patientenedukation 788

Peer Education 794

Prävention übertragbarer Erkrankungen 798

Prävention und Krankheitsprävention 804

Präventionsgesetz 817

Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention 833

Präventionsparadox 847

Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care 854

Professionelle Gesundheitskompetenz 862

Psychosomatische Perspektive 866

Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) 873

Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus 885

Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement 890

Queere Vielfalt in Gesundheitsförderung und Prävention 894

Resilienz und Schutzfaktoren 903

Resilienz von Gemeinschaften, Städten und Gemeinwesen / Community Resilience 1 Hintergründe, Verständnis und Modelle 908

Resilienz von Gemeinschaften, Städten und Gemeinwesen / Community Resilience 2 Resilienz-Förderung 920

Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell 935

Risikokommunikation 943

Rural health / Gesundheit im ländlichen Raum 953

Salutogenese 960

Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung 965

Settingansatz / Lebensweltansatz 973

Sexuelle Gesundheit 979

Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien 987

Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung 999

Soziale Ungleichheit und Gesundheit / Krankheit 1005

Soziale Unterstützung 1012

Soziales Kapital 1019

Sozialmedizin 1022

Sozialraum- und Gemeindeorientierung in der Gesundheitsförderung 1028

Sozialversicherungsträger im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention 1033

Soziologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit 1044

Streetwork / Aufsuchende soziale Arbeit 1056

Stress und Stressbewältigung 1061

Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit 1072

Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell in der Gesundheitsförderung 1076

Umweltbezogene Gesundheitsförderung 1081

Umweltgerechtigkeit 1097

Urban Health / StadtGesundheit 1105

Verwirklichungschancen / Capabilities 1113

Wirkungsorientierung in Gesundheitsförderung und Prävention 1120

Wohlbefinden / Well-Being 1129

Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren 1140

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren 1149

Wissenschaftliche Redaktionsgruppe 1178

0. Vorwort

Fabienne Braukmann[1]
Michael Hahn[1]
Martina Plaumann[1]
Nadine Reibling[2]
Doreen Reifegerste[3]
Anke Spura[1]

[1] Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), Köln, Deutschland

[2] Professorin für Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit, Hochschule Fulda, Fulda, Deutschland

[3] Professorin für Gesundheitskommunikation, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe 4: Prävention und Gesundheitsförderung, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

Über uns

Die „Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention“ stehen für eine systematische, wissenschaftlich fundierte und kontinuierlich weiterentwickelte Darstellung zentraler Konzepte, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland. Als Glossar bündeln sie fachliche Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis und möchten damit einen wesentlichen Beitrag zur terminologischen Konsensbildung, zur konzeptionellen Orientierung sowie zum interdisziplinären Austausch leisten.

Entwicklung des Werkes und konzeptionelle Grundlagen: 1996 bis 2025

Die Wurzeln der Leitbegriffe reichen zurück in die Phase der zunehmenden Professionalisierung des Berufsfeldes Gesundheitsförderung und Prävention Mitte der 1980er- und Anfang der 1990er-Jahre. Diese Zeit war für die fachliche Entwicklung prägend, wurde doch 1986 die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedet. Mit der Ottawa-Charta etablierte sich international ein erweitertes, ressourcenorientiertes und sozial eingebettetes Verständnis von Gesundheit. Die Betonung gesundheitsförderlicher Gesamtpolitik, partizipativer Ansätze sowie struktureller Rahmenbedingungen markierte einen grundlegenden Paradigmenwechsel, der das Selbstverständnis von Gesundheitsförderung, Prävention und Public Health bis heute prägt. Die Ottawa-Charta stellt seitdem einen zentralen konzeptionellen Bezugspunkt für die Entwicklung und Ausrichtung der Leitbegriffe dar.

Vor diesem Hintergrund wurden die „Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung“ im Jahr 1996 – zehn Jahre nach der Ottawa-Charta – von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Verlag Peter Sabo „zur Unterstützung der Lehrgangsarbeit als Handreichung“ (Einleitung, 1996) erstmals veröffentlicht. Das Werk umfasste 68 Beiträge, die von 13 Expertinnen und Experten verfasst worden waren. Es war das Ergebnis eines zweijährigen Erarbeitungsprozesses der damaligen Redaktionsgruppe und spiegelte, so der Einband des Werkes, „den Stand der programmatischen Entwicklung in der Gesundheitsförderung bis zur Mitte der 90er Jahre“ wider. Die Redaktionsgruppe berichtet in ihrer Einleitung die Entstehungsgeschichte: „Die Idee zu einem umfassenden Gesundheitsförderungs-Glossar wurde im Jahr 1993 im Fortbildungsreferat der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und im Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften (ZAG) Lüneburg im Rahmen der von beiden Einrichtungen gemeinsam durchgeführten Fortbildungslehrgänge zur Gesundheitsförderung entwickelt. In diesen Lehrgängen zeigte sich ein großes Bedürfnis der TeilnehmerInnen nach Klärung von Begrifflichkeiten und Konzepten.“ (Einleitung, 1996)

Schon bald darauf zeigte sich der Bedarf nach inhaltlicher Erweiterung und Aktualisierung. In den Jahren 1999, 2000, 2003 und ab 2011 – dann im Eigenverlag der BZgA – erschienen überarbeitete und deutlich erweiterte Ausgaben. Die letzte dieser Ausgaben umfasste 115 Stichworte von insgesamt 78 Autorinnen und Autoren. Parallel zur Buchausgabe wurde 2011 eine Internetseite eingerichtet, um den digitalen

Zugang zu den Inhalten und die kontinuierliche Online-Aktualisierung zu erleichtern. Die Leitbegriffe standen damit der Fachcommunity frei und ohne Lizenzgebühren zur Verfügung – eine wichtige Stärke, damit unterschiedliche Personengruppen und nicht nur Hochschulangehörige Zugang zu dem Glossar erhalten konnten. Seit 2011 wurde das Werk inhaltlich um das Handlungsfeld der Prävention erweitert, woraufhin auch der Titel in „Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden“ geändert wurde.

Die Leitbegriffe waren von Beginn an eine Erfolgsgeschichte. Gedacht als berufsbegleitendes Fort- und Weiterbildungswerk fanden sie zunehmende Verwendung in der „Hochschulausbildung von Sozial- und Gesundheitsberufen und in den sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Diskursen zur Gesundheitsförderung“ und etablierten sich als einem wichtiges „Standardwerk“ der BZgA (Einleitung, 2003). Dabei richteten sie sich nicht nur an „Neu- und Quereinsteigerinnen und Quereinsteiger, sondern auch an langjährig engagierte und erfahrene Praktikerinnen und Praktiker, die auf neue Anregungen […] hoffen bzw. ihren eigenen Planungs-, Projekt- oder Forschungsalltag auf Verbesserungsmöglichkeiten überprüfen möchten“ (Einleitung, 2003). Dabei verloren die Leitbegriffe aber auch ihre anfängliche Zielgruppe, die Lernenden und Lehrenden, nicht aus den Augen.

Die Dynamik im Fachgebiet auch Jahrzehnte nach der Ottawa-Charta hinterließ auch in der Werkgeschichte deutliche Spuren. Das Interesse blieb ungebrochen, woraufhin im Jahr 2016 ein ergänzender Band veröffentlicht wurde, der neue Entwicklungen aufgriff und bestehende Beiträge fortschrieb. Allerdings kamen die Leitbegriffe und ihre Redaktionsgruppe im parallelen Betrieb zwischen einer gedruckten Buchversion und der Digitalversion an ihre Grenzen, „nicht zuletzt, weil der Weg vom aktualisierten Text im Netz, hin zu einer vollständigen Buchversion kaum noch leistbar“ war (Einleitung, 2016).

2018 erfolgte erstmals die Publikation als E-Book im PDF-Format. Zu diesem Zeitpunkt umfasste das Werk 118 Stichworte, verfasst von 111 Autorinnen und Autoren. Durch die Entwicklung hin zu Autorengruppen erweiterte sich die Fachgemeinschaft der beteiligten Autorinnen und Autoren stetig. Mit der Umstellung auf ein ausschließliches Online-Glossar im Jahr 2019 wurde ein weiterer entscheidender Schritt in Richtung Digitalisierung, Aktualität und Nachhaltigkeit vollzogen. Das digitale Format ermöglicht seither, neue wissenschaftliche Erkenntnisse, gesellschaftliche Entwicklungen und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen zeitnah zu integrieren. Weiterhin wurde ein verbindlicher Aktualisierungszyklus eingeführt: Seit 2019 wird jeder Beitrag in einem vierjährigen Turnus von den jeweiligen Autorinnen und Autoren überprüft und bei Bedarf überarbeitet.

Die kontinuierliche Weiterentwicklung spiegelt sich sowohl in der wachsenden Zahl der Beiträge als auch in der zunehmenden Beteiligung von Fachautorinnen und -autoren wider. Im Jahr 2026 umfasst das Glossar rund 140 Leitbegriffe, verfasst von ca. 170 Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis. Die steigende Resonanz zeigt sich auch in den Nutzungszahlen: Im Jahr 2024 wurde erstmals die Marke von einer Million Seitenaufrufen erreicht. Zudem zeigt sich, dass die Leitbegriffe zur einheitlichen Begriffsverwendung breit rezipiert werden und als Standardwerk auch in gesundheitspolitisch relevanten Schriften in der Fachöffentlichkeit zitiert werden.

Mit der Umbenennung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) am 13. Februar 2025 in „Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)“ bleibt das Glossar auch im neuen Institut fest verankert und zugleich programmatisch auf eine zukunftsorientierte, interdisziplinäre Weiterentwicklung ausgerichtet.

Systematik und inhaltliche Struktur

Seit den Anfängen bis heute bildet eine Systematik aus fünf Bereichen die programmatische Entwicklung der Gesundheitsförderung ab und strukturiert die Leitbegriffe, denen die einzelnen Beiträge, teilweise überschneidend, zugeordnet werden können:

- Allgemeine Grundbegriffe
- Wissenschaftliche Perspektiven, Bezugsdisziplinen, Theorien und Modelle
- Kernkonzepte und Entwicklungen der Gesundheitsförderung
- Strategien, Handlungsansätze und Methoden
- Strukturen, Settings und Zielgruppen

Diese Struktur verdeutlicht den Anspruch, sowohl theoretische Grundlagen als auch praxisorientierte Zugänge abzubilden und damit eine Brücke zwischen Wissenschaft, Praxis und gesundheitspolitischer

Steuerung zu schlagen. Zudem ist das Werk alphabetisch geordnet, um den lexikalischen Anspruch zu verdeutlichen. Darüber hinaus sind die Einzelbeiträge durch Querverweise miteinander vernetzt, sodass ein schrittweise vertieftes Verständnis über die konzeptionellen Zusammenhänge ermöglicht wird.

30 Jahre Leitbegriffe – Das Online Living Handbook im Jubiläumsjahr 2026

Das Jahr 2026 markiert einen weiteren Meilenstein: Dreißig Jahre nach der Erstveröffentlichung erscheinen die „Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention“ erstmals als Online Living Handbook in einem zukunftsgerichteten, wissenschaftlichen Open-Access-Format auf der Publikationsplattform PUBLISSO. Das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) arbeitet hierbei mit der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin (ZB MED) – Informationszentrum Lebenswissenschaften eng zusammen.
Das Online Living Handbook verbindet die Vorzüge einer formalen Buchpublikation mit den Vorteilen einer digitalen Plattform. Mit diesem Schritt werden die Zitierfähigkeit durch standardisierte bibliografische Angaben, die Versionierung einzelner Beiträge sowie die transparente Dokumentation von Aktualisierungen systematisch sichergestellt. Zugleich wird die nachhaltige Indexierung in wissenschaftlichen Datenbanken unterstützt und die Sichtbarkeit in allgemeinen Suchmaschinen erhöht. Die Leitbegriffe können dadurch noch deutlicher als interdisziplinäres, qualitätsgesichertes und kontinuierlich fortgeschriebenes Gesamtwerk wahrgenommen werden.

Der Zugang zu den Volltexten bleibt über die bekannte Webadresse (URL) https://leitbegriffe.bioeg.de niedrigschwellig möglich, von wo aus auf die Publikationsplattform direkt verlinkt wird. Außerdem können die Leitbegriffe auch über die PUBLISSO-Publikationsplattform (www.publisso.de) oder direkt in PUBLISSO aufgerufen werden:

https://books.publisso.de/de/publisso_gold/publishing/books/overview/54.

Der Abstractband als ergänzendes Format im Jubiläumsjahr

Ergänzend zum Online Living Handbook erscheint 2026 erstmals ein Abstractband. Er bietet eine kompakte Gesamtübersicht über alle Beiträge in alphabetischer Reihenfolge zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Online Living Handbook und dient der schnellen Orientierung über das Gesamtwerk. Der Abstractband ist kostenfrei im Shop des BIÖG in der Fachheftreihe „Konzepte“ als Druckausgabe sowie als PDF-Download erhältlich.
Während der Abstractband einen verdichteten Überblick bereitstellt, bildet das Online Living Handbook die ausführliche, zitierfähige und kontinuierlich aktualisierte Referenzversion der „Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention“.

Die wissenschaftliche Redaktionsgruppe

Die Leitbegriffe basieren auf fachlichem Austausch, Dialog und Kooperation. Eine zentrale Rolle kommt dabei der wissenschaftlichen Redaktionsgruppe zu. Sie begleitet die konzeptionelle Weiterentwicklung des Glossars, berät hinsichtlich inhaltlicher Schwerpunkte und Qualitätssicherung und spricht Empfehlungen für die Aufnahme, Überarbeitung und Fortschreibung von Beiträgen aus. Zugleich rekrutiert sie neue Expertinnen und Experten für zusätzliche Themenfelder und begleitet die Autorinnen und Autoren oftmals über viele Jahre hinweg.

Mitglieder der Redaktionsgruppe waren bzw. sind (alphabetisch, Stand 2026):

- Prof. Dr. Cornelia Betsch (2018 - 2019)
- Stephan Blümel (2011 - 2023)
- Fabienne Braukmann (seit 2022)
- Bernhard Buhs (2018 - 2022)
- Prof. Dr. Peter Franzkowiak (1996 - 2019, Redaktionsleitung 1996 - 2010)
- Michael Hahn (seit 2024)
- Prof. Dr. Lotte Kaba-Schönstein (1996 - 2023)
- Manfred Lehmann (1996 - 2010)
- Dr. Guido Nöcker (2011 - 2018)

- Dr. Martina Plaumann (seit 2018)
- Prof. Dr. Nadine Reibling (seit 2023)
- Prof. Dr. Doreen Reifegerste (seit 2023)
- Peter Sabo (2003 - 2010)
- Annette C. Seibt (1996 - 2002)
- Dr. Anke Spura (seit 2019)
- Prof. Dr. Alf Trojan (2011 - 2023, Redaktionsleitung 2011 - 2023)

Weitere Informationen zu den aktuellen Mitgliedern der Redaktionsgruppe finden Sie unter „Redaktionsgruppe“.

Nach wie vor bemüht sich die Redaktionsgruppe um „Vollständigkeit, Aktualität und inhaltliche Abstimmung“ (Einleitung, 1996), damit das Glossar, wie bereits in seiner Erstausgabe proklamiert, offen für Weiterentwicklungen und somit „lebendig“ bleibt.

Die Autorinnen und Autoren – ein interdisziplinäres Netzwerk

In den zurückliegenden Jahren entstand zur Weiterentwicklung der Leitbegriffe ein interdisziplinäres Netzwerk von Fachautorinnen und -autoren aus Hochschulen und Forschungsinstituten, aus Institutionen des Gesundheitswesens, aus der praktischen Anwendung sowie aus der freiberuflichen Tätigkeit. Die beteiligten Expertinnen und Experten bringen Perspektiven unterschiedlicher Disziplinen ein, stehen in regelmäßigem Austausch und wirken gemeinsam an der Weiterentwicklung zentraler Begriffe und Konzepte mit. So bildet das Autorinnennetzwerk nicht nur die inhaltliche Vielfalt des Feldes ab, sondern trägt durch fortlaufende Zusammenarbeit maßgeblich zur nachhaltigen begrifflichen Konsensbildung in Gesundheitsförderung, Prävention und Public Health bei. Mittlerweile ist ein Generationenwechsel zu beobachten, indem angestammte Autorinnen und Autoren „ihre“ Leitbegriffe neuen Expertinnen und Experten übergeben. Auch dadurch entwickeln sich die Leitbegriffe weiter, ausgehend von einer soliden fachlichen Basis, lebendig und offen für die Themen der Zukunft.

Die wissenschaftliche Redaktionsgruppe dankt dem Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) und davor der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) für die kontinuierliche Unterstützung und die verlässlichen strukturellen Rahmenbedingungen, die die nachhaltige Entwicklung der „Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention“ als Langzeitprojekt ermöglichen.

Das BIÖG dankt allen aktuellen und ehemaligen Autorinnen und Autoren sowie den Mitgliedern der wissenschaftlichen Redaktionsgruppe für ihr langjähriges, engagiertes Wirken, ihre wissenschaftliche Expertise und ihren fortwährenden fachlichen Austausch.

Allen Leserinnen und Lesern – insbesondere Lernenden, Lehrenden, Forschenden sowie Fachkräften und Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren – wünschen die wissenschaftliche Redaktionsgruppe und das BIÖG eine erkenntnisreiche, anregende und bereichernde Lektüre sowie vielfältige Impulse für Wissenschaft, Praxis und gesundheitspolitische Gestaltung.

Für das BIÖG und die wissenschaftliche Redaktionsgruppe
Fabienne Braukmann, Michael Hahn, Martina Plaumann, Nadine Reibling, Doreen Reifegerste, Anke Spura

Zitierhinweis: Braukmann F, Hahn M, Plaumann M, Reibling N, Reifegerste D, Spura A. 0. Vorwort. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-.

Copyright: © Fabienne Braukmann 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/

Achtsamkeit und Gesundheitsförderung

Antje Miksch[1]
[1] Fachbereich Inklusive Bildung und Gesundheit, Evangelische Hochschule Darmstadt, Darmstadt, Deutschland

Abstract

Der Begriff Achtsamkeit wird in verschiedenen Kontexten unterschiedlich verwendet. Dieser Text beruht auf einem Verständnis von Achtsamkeit als Haltung oder Zustand, in dem die geistige Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Moment („hier und jetzt“) gelenkt wird. Diese Geistesgegenwart beinhaltet eine offene und möglichst unvoreingenommene Wahrnehmung der eigenen Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen. Diese vorhandene oder erlernbare Fähigkeit setzt eine regelmäßige Anwendungspraxis voraus und kann eine stressreduzierende Wirkung haben. Neben einer Veränderung von Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit zeigen neurowissenschaftliche Studien eine Wirksamkeit in Form einer Verbesserung des Körperbewusstseins, der Emotionsregulation sowie der Selbstwahrnehmung. Für die Gesundheitsförderung kann Achtsamkeit dem Handlungsfeld „Persönliche Kompetenzen entwickeln“ zugeordnet werden. Achtsamkeitsbasierte Trainingsprogramme und Verfahren kommen zunehmend auch in Organisationen (z. B. in der betrieblichen Gesundheitsförderung) zum Einsatz. Achtsamkeit kann dabei die Entwicklung einer wohlwollenden Haltung sich selbst und anderen gegenüber unterstützen und dadurch auch das soziale Miteinander in einer Organisation beeinflussen.

Keywords: Achtsamkeit, Salutogenese, Stressbewältigung, Wohlbefinden, Resilienz, Persönlichkeitsentwicklung, Verhaltensorientierung, Verhältnisorientierung, Gestaltungskompetenz, Systeme, Lebenswelten

Definition des Begriffs Achtsamkeit

Der Begriff Achtsamkeit wird in verschiedenen Kontexten unterschiedlich verwendet. Dabei gibt es keine einheitliche Definition. In der öffentlichen Wahrnehmung fällt einerseits eine breite, fast allgegenwärtige und teilweise oberflächliche Verwendung des Begriffs auf. Andererseits geht das Prinzip Achtsamkeit auf eine 2.500-jährige Tradition im Buddhismus, wie Zen und Vipassana, und auch in der christlichen Kontemplation zurück.

Seit den 1970er Jahren wurde Achtsamkeit (engl. mindfulness) zunehmend in die westliche Denkweise und in säkulare Kontexte übertragen. Daran war unter anderem Jon Kabat-Zinn beteiligt, der Achtsamkeit definiert als eine bewusste und absichtsvolle Lenkung der Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Augenblick, ohne diesen zu bewerten [1]. „Achtsamkeit bedeutet, ein Bewusstsein dafür zu haben, was jetzt in diesem Moment geschieht, ohne diese Beobachtungen zu verurteilen.“ ([2], S. 79). Dieses Verständnis liegt dem vorliegenden Text zugrunde.

Achtsamkeit beschreibt demnach eine Form der Aufmerksamkeitslenkung und Geistesgegenwart sowie die vorhandene oder erlernbare Fähigkeit, sich den eigenen Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen möglichst unvoreingenommen zuzuwenden. Achtsamkeit ist eher eine gelebte Haltung und ein Prozess und weniger ein spezifisches Werkzeug, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Achtsamkeit an sich ist dabei nicht die Lösung, sondern eher eine Unterstützung auf dem Weg, der zu Lösungen führt. Davon zu unterscheiden ist eine formale Achtsamkeitspraxis wie beispielsweise Yogaübungen und Meditationen.

Achtsamkeit als Haltung

Mit zunehmender Übung in dieser achtsamen Haltung kann es gelingen, bewusste Pausen bzw. einen Raum zwischen einem Reiz (z. B. das Erleben eines stressigen Moments) und der Reaktion darauf wahrzunehmen. Dafür ist eine möglichst unvoreingenommene Wahrnehmung der persönlichen Erfahrungen hilfreich, insbesondere um feste und häufig unwillkürlich ablaufende Reiz-Reaktions-Muster zu durchbrechen. Diese Unvoreingenommenheit wird auch als „Anfängergeist“ bezeichnet.

Dies ist insbesondere dann wichtig, wenn innere Prozesse mit Stress [3] (Stress und Stressbewältigung), sorgenvollen Gedanken, Grübeln und/oder Ängsten verbunden sind. Eine stressreduzierende Wirkung

kann dann dadurch eintreten, dass zunächst etwas innerer Abstand entsteht und dann Energie in das Finden von Lösungen investiert werden kann, statt im Ankämpfen und „Nicht-haben-Wollen“ blockiert zu sein. Dies erfordert eine bewusste Zuwendung zu den Herausforderungen, die auch als radikale Akzeptanz bezeichnet wird. Dadurch kann Klarheit entstehen und Handlungsfähigkeit wiederhergestellt werden. Dies unterstützt auch die Entwicklung von Resilienz und Schutzfaktoren [4].

Einen großen Anteil der Zeit verbringen Menschen mit ihrer Aufmerksamkeit nicht in einem Zustand von Geistesgegenwart, sondern in einem Modus, der als „Autopilot“ bezeichnet wird [1]. Dabei ist der Geist häufig mit etwas anderem beschäftigt als damit, was in dem jeweiligen Augenblick tatsächlich gerade passiert. Sehr häufig wandern Gedanken dabei sorgenvoll in die Zukunft oder hadern mit der Vergangenheit. „Dieses Abschweifen von den gegenwärtigen Erfahrungen geschieht häufig automatisiert, weshalb es einer absichtsvollen Fokussierung auf den gegenwärtigen Moment bedarf, um aus dem Autopiloten auszusteigen.“ ([5], S. 426).

Achtsamkeit und Gesundheitsförderung

Für die Gesundheitsförderung kann Achtsamkeit unter anderem dem Handlungsfeld „Persönliche Kompetenzen entwickeln“ [6] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen) zugeordnet werden [5]. Das Bemerken des Abdriftens der Aufmerksamkeit und Zurückholen durch ein bewusstes Aussteigen aus dem Autopilotenmodus kann als Training der individuellen Bewältigungsstrategien (Coping) verstanden werden. Dies kann eine wichtige Grundlage für das Gelingen einer verhaltensorientierten Gesundheitsförderung darstellen, indem beispielsweise Lebensstilveränderungen und „gesundheitsförderliche Veränderungen im eigenen Lebensalltag“ angestoßen und immer wieder bewusst in Erinnerung gerufen werden ([5], S. 426).

Das Wissen um gesunde bzw. gesündere Verhaltensweisen ist bei vielen Menschen bereits vorhanden, dennoch fällt es häufig enorm schwer, dieses Wissen konsequent und selbstfürsorglich umzusetzen bzw. begonnene Veränderungen auch langfristig beizubehalten. Achtsamkeit kann dabei helfen, das kognitiv vorhandene Wissen auf sich selbst zu beziehen und in der Konfrontation mit potenziellen Stressoren diese frühzeitiger zu erkennen. Michalak, Graser & Heidenreich sprechen in diesem Zusammenhang in Anlehnung an Verplanken und Fisher [7] von einer „achtsamen Auseinandersetzung mit eigenen Gedanken und automatisierten Handlungen“, die dabei helfen kann, „ungünstige Gewohnheiten besser im aktuellen Moment zu erkennen und aus diesen auszusteigen.“ Außerdem sprechen sie von einer „Förderung eines achtsamen Umgangs mit der Hier-und-jetzt-Realität des eigenen Körpers.“ ([5], S. 428).

Insbesondere wenn es nicht gelingt, geplante Verhaltensänderungen in die Tat umzusetzen und wiederholt Rückfälle in alte Muster geschehen, entsteht häufig eine vorwurfvolle Haltung sich selbst gegenüber. Dann kann ein sich selbst bestärkender negativer Kreislauf entstehen, in dem erneute Versuche der Verhaltensänderung häufig bereits im Keim erstickt werden. Gelingen allerdings kleine Schritte einer erfolgreichen Bewältigung von Herausforderungen und werden diese auch bewusst wahrgenommen, ermöglicht dies positive Lernprozesse, die sich wie neuronale Feedbackschleifen immer tiefer im Gehirn verankern. Dies wird unterstützt durch eine selbstfreundliche Haltung und das Erlernen von Selbstmitgefühl.

Gruber, Bents und Mander beziehen sich unter anderem auf die Forschung von Kristin Neff und beschreiben, dass Selbstmitgefühl „Menschen ermöglicht, eigene problematische Verhaltensweisen leichter und mit weniger Selbstverurteilung zu erkennen und anschließend zu verbessern, ohne Blick auf soziale Vergleiche oder eigene Wertigkeit, sondern vielmehr aus dem Drang heraus, sich selbst und anderen wohlwollend und fürsorglich gegenüberzutreten.“ ([8], S. 12).

Achtsamkeit und Neuroplastizität

Neuroplastizität beschreibt die Fähigkeit des Gehirns, sich zeitlebens zu verändern und weiterzuentwickeln. „Muster des Erlebens und Verhaltens, die wir häufig aktivieren, werden verstärkt und als neuronale Verschaltungsmuster strukturell verankert, das heißt, sie werden im Gehirn ‚verkörpert‘. Jeder neue Reiz veranlasst das Gehirn, nach ähnlichen, bereits abgespeicherten Mustern des Erlebens zu suchen und diese wieder aufzurufen ([9], S. 91). Das besagt, dass der Aufbau neuer neuronaler Strukturen ein regelmäßiges Training voraussetzt, das mit dem Muskeltraining im Sport verglichen werden kann.

Neben einer Stärkung der Stressbewältigungskompetenz beschreiben neurowissenschaftliche Studien weitere mögliche Effekte einer regelmäßigen Achtsamkeitspraxis. Demzufolge wird über neurologische

Mechanismen unter anderem die Aufmerksamkeitsregulation, das Bewusstsein für den eigenen Körper (Körpergewahrsein), die Emotionsregulation sowie die Selbstwahrnehmung gefördert [10], [11].

Im Hinblick auf die Gesundheitsförderung können eine Veränderung im Körpergewahrsein sowie der Emotionsregulation einen wesentlichen Beitrag zur Entstehung von Wohlbefinden/Well-Being [12] leisten. Insgesamt kommt dem Wechselspiel von Körper und Gefühlen eine wesentliche Rolle zu. „Das verbesserte Körpergewahrsein ist nicht nur nützlich, um schneller zu erkennen, was im *eigenen* Körper gerade vor sich geht und ob Stress gerade moduliert werden muss […] sondern auch (u. a. durch die Wahrnehmung äußerer Reize), um in einen engeren Kontakt mit dem Gegenüber zu gelangen.“ ([10], S. 65).

Emotionen prägen das Verhalten eines Menschen häufig mehr als es kognitiv verstehbar ist. Emotionsregulation beinhaltet nach Barnow [13] verschiedene Strategien wie Unterdrückung, Neubewertung, Grübeln, Akzeptanz, Problemlösen und Vermeidung. Ein Training in Achtsamkeit kann dabei helfen, sich dieser Prozesse bewusster zu werden. „Dadurch werden neue Verhaltensweisen vorstellbar, auch solche, die zu einer Abnahme des Stresserlebens führen.“ ([10], S. 66).

In bestimmten Programmen und Körperübungen ist eine achtsame Haltung ein integraler Bestandteil, der die Übungen begleitet (z. B. im Yoga, Tai-Chi oder Qigong). In anderen Formaten ist Achtsamkeit an sich das leitende Prinzip bzw. der Hauptfokus des Trainings. Dies gilt z. B. für die von Jon Kabat-Zinn federführend entwickelte Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (engl. Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR). In diesem 8-wöchigen Programm wird einerseits eine formale Meditationspraxis (Body Scan, Atemmeditation, Yoga, Gehmeditation) erlernt und andererseits die Perspektive aufgezeigt, wie Achtsamkeit in den Alltag integriert werden kann. Dabei kommt dem Aufbau einer täglichen Übungspraxis eine besondere Bedeutung zu. Das regelmäßige Training der formalen Übungen beeinflusst über den Verlauf des Kurses auch die Entstehung einer informellen Achtsamkeit bei Alltagstätigkeiten [14], [15]. Dies kann auch als ein Effekt von Selbstwirksamkeit verstanden werden, in dem erlebt wird, dass neue Handlungsmöglichkeiten im Alltag entstehen, die über die formale Achtsamkeitspraxis hinausgehen.

Selbstfürsorge

Eine ganzheitliche Gesundheitsförderung mit dem Ziel, die physische und psychische Gesundheit zu fördern, beinhaltet auch das Empowerment [16] (Empowerment/Befähigung), sich selbst zu stärken und fürsorglich mit sich umzugehen. Dabei können drei emotionale Regulationssysteme unterschieden werden, die sich in einem gesunden Organismus immer wieder in einen Gleichgewichtszustand einpendeln: das Alarmsystem, das Antriebssystem sowie das Fürsorge- und Beruhigungssystem [17], [18].

Überwiegen über einen längeren Zeitraum das Alarm- oder Antriebssystem, steht der Organismus häufig unter dem Einfluss von Stresshormonen. Das vegetative Nervensystem ist dann vom Einfluss des Sympathikus geprägt und gerät aus der Balance. In der Folge ist eine durch den Parasympathikus gelenkte Beruhigung und Aktivierung des Fürsorgesystems notwendig. Dies gelingt unter anderem durch das Auslösen einer Entspannungsreaktion (relaxation response), die neurobiologisch als Antwort auf die Stressreaktion betrachtet werden kann [19]. Das Prinzip Achtsamkeit kann dabei helfen, diese Entspannungsreaktion zu trainieren, beim Abschweifen der Gedanken (und einer steigenden Alarmierung, weil einer Person z. B. plötzlich etwas einfällt, was dringend erledigt werden muss) den Fokus der Aufmerksamkeit wieder zurückzuholen. Atemmeditationen können eine hilfreiche Übung dafür sein, da der Atem eine wichtige neuro-physiologische Funktion hat und damit beispielsweise eine aktive Beruhigung trainiert werden kann.

Wird über einen längeren Zeitraum das Bedürfnis nach Erholung und Selbstfürsorge übergangen, kann das die Gesundheit beeinträchtigen. In der Ottawa-Charta heißt es: „Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt.“ ([20], S. 5). Die Entwicklung von Selbstmitgefühl und Wohlwollen sich selbst gegenüber gelten als wichtige Ressourcen für Gesundheit [18]. Selbstfürsorge zeigt sich deshalb unter anderem in einem liebevollen und freundschaftlichen Umgang mit sich selbst und in einer stimmigen Balance des Kümmerns um die eigenen Bedürfnisse und die der anderen.

Für viele Menschen ist Spiritualität an sich eine wichtige Ressource für ihre Gesundheit [21]. Achtsamkeitsübungen, Meditationen und Gebete können dann wichtige Formen einer alltagsnahen spirituellen Praxis sein, die eine tiefere Form der Sinnfindung und Demut im eigenen Leben unterstützen.

Förderung von Wohlbefinden und psychischer Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert psychische Gesundheit als einen „Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann.“ ([22], S. 1). Individuelles Wohlbefinden [12] Wohlbefinden/Well-Being ist darum eine wichtige Voraussetzung dafür, dass Menschen sich entfalten können und damit einhergehend eine wichtige Ressource für Gesundheit.

Wohlbefinden entsteht, wenn Menschen sich selbst akzeptieren und freundlich mit sich umgehen können, wenn ein tragendes soziales Umfeld und vertrauensvolle Beziehungen bestehen sowie wenn Menschen sich ihrer eigenen Bedürfnisse bewusst sind und diese weitestgehend auch erfüllt sind [23]. Die Förderung des individuellen Wohlbefindens ist ein Ziel gesundheitsfördernder Maßnahmen und gleichermaßen auch eine Voraussetzung dafür, dass Gesundheitsförderung gelingt.

Achtsamkeit und Wohlbefinden

Je mehr die Übung in Achtsamkeit ein Teil der alltäglichen Regenerationsroutine ist und nach Möglichkeit auch in stressigen Phasen beibehalten wird, desto tiefer ist die neuronale Verankerung. Routinen geben Sicherheit, damit in Krisenzeiten und Ausnahmesituationen der Organismus nicht automatisch in alte Stressreaktionen und ungesunde Verhaltensmuster rutscht [24]. Die dabei wahrgenommene Selbstwirksamkeit stellt einen wesentlichen Resilienzfaktor [4] (Resilienz und Schutzfaktoren) dar.

Die Positive Psychologie beschreibt die Entstehung von Wohlbefinden als den Prozess des Aufblühens einer Person. Als grundlegende Säulen dafür beschreibt das PERMA-Modell von Seligman fünf Säulen: Positive Emotionen, Engagement, Beziehungen, Sinn und das Erleben von Wirksamkeit [25], [26]. Positive Psychologie meint dabei nicht die Förderung eines einfachen und häufig oberflächlichen positiven Denkens, bei dem alles Negative ausgeblendet wird. Vielmehr geht es darum, das Negative und Herausfordernde mit einem anderen Blick zu betrachten. Schwierige Emotionen wie Wut, Sorge oder Angst sollen nicht ignoriert oder verdrängt werden, sondern einen angemessenen Raum bekommen. Damit das gelingt, ist ein Ausgleich durch die bewusste Wahrnehmung positiver Erfahrungen, Dankbarkeit und Bereicherung im eigenen Leben eine wichtige Unterstützung [25], [27].

Wie oben beschrieben, fördert eine regelmäßige Achtsamkeitspraxis die Wahrnehmung und Regulation der eigenen Emotionen, eine Orientierung an den eigenen Werten und die Förderung gesunder Beziehungen mit sich selbst und anderen. Gemäß der Broaden-and-Build-Theorie von Fredricksen [28] erweitern positive Emotionen das Wahrnehmungs- und Verhaltensspektrum einer Person (Broaden-Effekt), was wiederum eine Voraussetzung dafür ist, dass sich persönliche Ressourcen aufbauen können und durch die wiederholte Wahrnehmung auch nachhaltig gestärkt werden (Build-Effekt). Eine Hinwendung zum Wohlbefinden verstärkt demnach das Positive und fördert eine gesundheitsförderliche Entwicklung. „Diese Offenheit im Denken wirkt sich positiv auf unser Verhalten und Handeln aus. Wir können mehr Informationen aufnehmen bzw. behalten, trauen uns mehr zu, probieren mehr aus, gehen auf andere zu und bleiben über einen längeren Zeitraum motiviert.“ ([25], S. 8).

Achtsamkeit kann Menschen dabei unterstützen, sich selbst bzw. die eigenen Verhaltens- und Reaktionsmuster besser zu verstehen. Dabei geht es weniger um Perfektion und Optimierung, als um das Erleben von Selbstwirksamkeit. Die damit verbundenen Qualitäten unterstützen dabei, die eigenen Werte und Haltungen sowie die eigenen grundsätzlichen Einstellungen zum Leben für sich selbst wahrzunehmen und auch nach außen zu bringen. Dafür gibt es viele Methoden, der Weg der Achtsamkeit ist eine davon.

Achtsamkeit und Salutogenese

Die Salutogenese [29] beschreibt, was für eine gesundheitsförderliche Entwicklung notwendig ist. Das Erleben von erfolgreicher Bewältigung von Herausforderungen ermöglicht demnach positive Lernprozesse und stärkt das Kohärenzgefühl. Dies kann umschrieben werden mit der Fähigkeit, im Fluss des Lebens schwimmen zu können und auch in turbulenten Zeiten nicht unterzugehen. Damit ist das Vertrauen gemeint, dass das Leben trotz oder gerade mit all seinen Krisen verstehbar ist, dass Ressourcen zur Verfügung stehen, die das Leben bewältigbar machen, und dass es insgesamt sinnhaft erscheint und sich lohnt, Energie in die Lösung von Herausforderungen zu investieren [24].

Ein wesentlicher salutogenetischer Beitrag von Achtsamkeit besteht darin, dass auch unangenehme Erfahrungen wahrgenommen, ausgehalten und in die Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens integriert werden können. Dies braucht Geduld und Akzeptanz, unterstützende Ressourcen und eine Würdigung von leidvollen Erfahrungen. „Unter einer Achtsamkeitsperspektive erhalten auch Zustände von Leid ihre Würde und werden als prinzipiell kompatibel mit einer tieferen Form von Wohlbefinden betrachtet.“ ([30], S. 179). Dies bildet eine Brücke zum Konzept der Salutogenese, in dem Krankheiten als normale Bestandteile des Lebens verstanden und in ein weit gefasstes Gesundheitsverständnis integriert werden.

Der salutogenetische Beitrag von Achtsamkeit lässt sich anhand der drei Komponenten des Kohärenzgefühls beschreiben [31]:

- Verstehbarkeit: Achtsamkeit kann dazu beitragen, zentrale Zusammenhänge des Lebens zu verstehen und in die individuelle Perspektive einzuordnen.
- Handhabbarkeit: Achtsamkeit kann dazu beitragen, das Machbare und Bewältigbare zu erkennen und ein Gespür für unterstützende Ressourcen zu bekommen.
- Sinnhaftigkeit: Achtsamkeit kann dazu beitragen, den Sinn im eigenen Leben zu realisieren.

Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Verfahren

Viele Studien und Meta-Analysen haben die therapeutische und präventive Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Verfahren untersucht [32]. Da MBSR als standardisiertes Curriculum weltweit zum Einsatz kommt, wird es häufig in Studien als Interventionsform zugrunde gelegt. So untersuchten beispielsweise Khoury, Sharma, Rush & Fournier [33] im Rahmen einer Metaanalyse die Effektivität von MBSR für gesunde Individuen ohne klinische Diagnose im Hinblick auf Ängstlichkeit und Stress. Die größten Effekte zeigten sich dabei im Hinblick auf Stress, moderate Effekte bei Angst, Depressionen und Lebensqualität. In einem systematischen Review untersuchten Janssen, Heerkens, Kuijer, van der Heijden & Engels [34] die Effekte von MBSR auf die mentale Gesundheit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. Es zeigten sich die stärksten Effekte in einer Reduktion von emotionaler Erschöpfung, Stress, psychologischem Distress, Depressionen, Angst und beruflichem Stress.

Die WHO hat Stress als eine der größten Gesundheitsgefahren des 21 Jahrhunderts bezeichnet. Zwischen einer hohen Stressbelastung und der Entstehung psychischer Erkrankungen besteht ein enger Zusammenhang. „Die psychische Gesundheit ist von großer Bedeutsamkeit für das individuelle Wohlbefinden, die subjektive Lebensqualität, eine nachhaltige Leistungsfähigkeit und die individuellen Entwicklungspotenziale. Gesellschaftliche, soziale, Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen unterliegen einem immer schnelleren Wandel. Bei der Bewältigung dieser Veränderungsprozesse kommt der psychischen Gesundheit eine Schlüsselrolle zu.“ ([35], S. 15).

Die Gesellschaft ist geprägt von einer zunehmenden Beschleunigung und Komplexität, grundlegende Veränderungen durch die Prozesse der Digitalisierung und Globalisierung und einer Vielzahl von Krisen und existenzieller Herausforderungen. Das erfordert neben kollektiven Bewältigungsstrategien auch die Entwicklung einer individuellen Resilienz. Achtsamkeit kann einen Beitrag dazu leisten, der negativen Entwicklung etwas entgegenzusetzen und Menschen dabei helfen, Resilienz und Ressourcen aufzubauen.

Gleichermaßen sind Organisationen und die Politik in der Verantwortung, für die entsprechenden Rahmenbedingen zu sorgen. Das Erleben von Selbstwirksamkeit kann Menschen aus der Opferrolle herausholen und erkennen lassen, welchen Handlungsspielraum sie tatsächlich haben. Da Stresserleben häufig dazu führt, dass die Wahrnehmung sich verengt, ist in einem ersten Schritt die radikale Akzeptanz hilfreich. „Annehmen verändert noch nicht wirklich etwas, verhindert aber, dass man sich noch mehr in die Erregung hineinsteigert und ermöglicht oft erst eine konstruktive Auseinandersetzung mit den jeweiligen Anforderungen der Situation. Annehmen eröffnet einen Ausweg aus dem Teufelskreis, der durch Stress durch Stress, Ärger über Ärger, Angst vor Angst angetrieben wird.“ ([36], S. 249).

Auf der Grundlage des Präventionsgesetzes (§20 SGB V) (Präventionsgesetz) [37] wird die Teilnahme an Achtsamkeitskursen von den Krankenkassen als Primärprävention unterstützt. So gilt beispielsweise MBSR als Maßnahme des multimodalen Stressmanagements. Auch andere Formate, beispielsweise Hatha Yoga, Tai-Chi oder Qigong, werden von Krankenkassen unterstützt. Die Rentenversicherung hat Achtsamkeit in verschiedene Angebote integriert. Im Rahmen von Bildungsurlauben können Achtsamkeitstrainings absolviert werden; darüber hinaus haben viele Firmen Achtsamkeit im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung integriert [14], [38].

Gestaltungskompetenz, Lebensweltorientierung und Transformation

Neben der Schulung der Aufmerksamkeit und Präsenz im gegenwärtigen Augenblick beinhaltet Achtsamkeit im hier beschriebenen Verständnis auch eine elementare Verbindung mit Mitgefühl. „Durch Training kommt es zu einer systematischen Desensibilisierung gegenüber negativen Affekten und Emotionen und zu einer Zunahme von Mitgefühl, Offenheit und Gleichmut.“ ([10], S. 66). Dies ist insbesondere in der lebensweltorientierten Gesundheitsförderung [39] (Settingansatz/Lebensweltansatz) relevant.

Über den individuellen Ansatz hinaus kann Achtsamkeit das soziale Gefüge zwischen Organisationsmitgliedern verändern, hin zu mehr Verbundenheit und einem intensiveren Austausch. „Auf unsere Interaktion mit der Umwelt angewendet stärken Mut und Zuversicht, Wertschätzung und Geduld das kollektive Vertrauen – und damit gesellschaftlichen Zusammenhalt und Solidarität.“ ([2], S. 185).

Achtsamkeit spielt daher nicht nur in Kursen für Individuen eine Rolle, sondern zunehmend auch systemisch [40] (Systemische Perspektive in der Gesundheitsförderung) in Lebenswelten wie Unternehmen und Bildungseinrichtungen. Die Entwicklung einer organisationalen Achtsamkeit sollte auf mehreren sich wechselseitig beeinflussenden Ebenen stattfinden: Auf der individuellen Ebene jedes einzelnen Mitglieds, auf der Ebene der Interaktion zwischen Teammitgliedern und auf der Ebene der Organisation [41].

Um mit den Anforderungen der äußeren Welt umzugehen, braucht es häufig eine innere Veränderung der Einzelnen sowie die Entwicklung einer Kultur, die auf emotionaler Intelligenz und Achtsamkeit basiert. Verbundenheit zwischen den Organisationsmitgliedern, Klarheit und Stressreduktion sind laut Hehn und Rauls die entscheidenden Stellschrauben dafür. „Stress ist nicht nur eine Barriere, um Verbundenheit herzustellen, weil er die Empathie reduziert. Er erschwert es auch, klar zu denken. […] Die meisten Menschen und Teams in Unternehmen müssen zunächst erst einmal etwas Raum schaffen, um Zeit und Kapazität aufbringen zu können, damit sie an Verbundenheit und Klarheit arbeiten können ([42], S. 32).

Für die Gesundheitsförderung in Organisationen werden Verhaltens- und Verhältnisorientierte Maßnahmen unterschieden. Eine personenzentrierte Gesundheitsförderung, die Individuen innerhalb der sie umgebenen Systeme betrachtet, ist dabei auch die Schnittstelle zwischen Verhaltens- und Verhältnisorientierung relevant. Dafür ist eine Persönlichkeitsentwicklung hilfreich, die sich vom inneren Erleben einer Person nach außen richtet sowie das vertrauensvolle Gefühl, in eine sichere und gesundheitsfördernde Lebenswelt eingebunden zu sein. Dies wird gefördert durch eine offenere und zugleich freundlichere Haltung sich selbst und anderen gegenüber, die unter anderem in der Kommunikation zum Ausdruck kommt [31]. Dadurch können innerhalb von Lebenswelten, Zusammenhänge offengelegt und Energien freigesetzt werden, die für eine dringend notwendige gesellschaftliche Transformation elementar sind.

Im Sinne einer ausgewogenen Balance aus Verhaltens- und Verhältnisorientierung sollten sich individuelle, soziale und systemische Aspekte der Achtsamkeit synergetisch ergänzen. Wie in der folgenden Abbildung dargestellt, ist es dafür hilfreich, eine innere Haltung zu entwickeln und Techniken für Persönlichkeitsentwicklung und Selbstmanagement zu erlernen. Hierauf aufbauend können transformierende Kräfte freigesetzt und ein Selbstbewusstsein gefördert werden, bei dem letztlich die Bereitschaft und der Mut entstehen, Verantwortung für sich selbst und andere zu übernehmen.

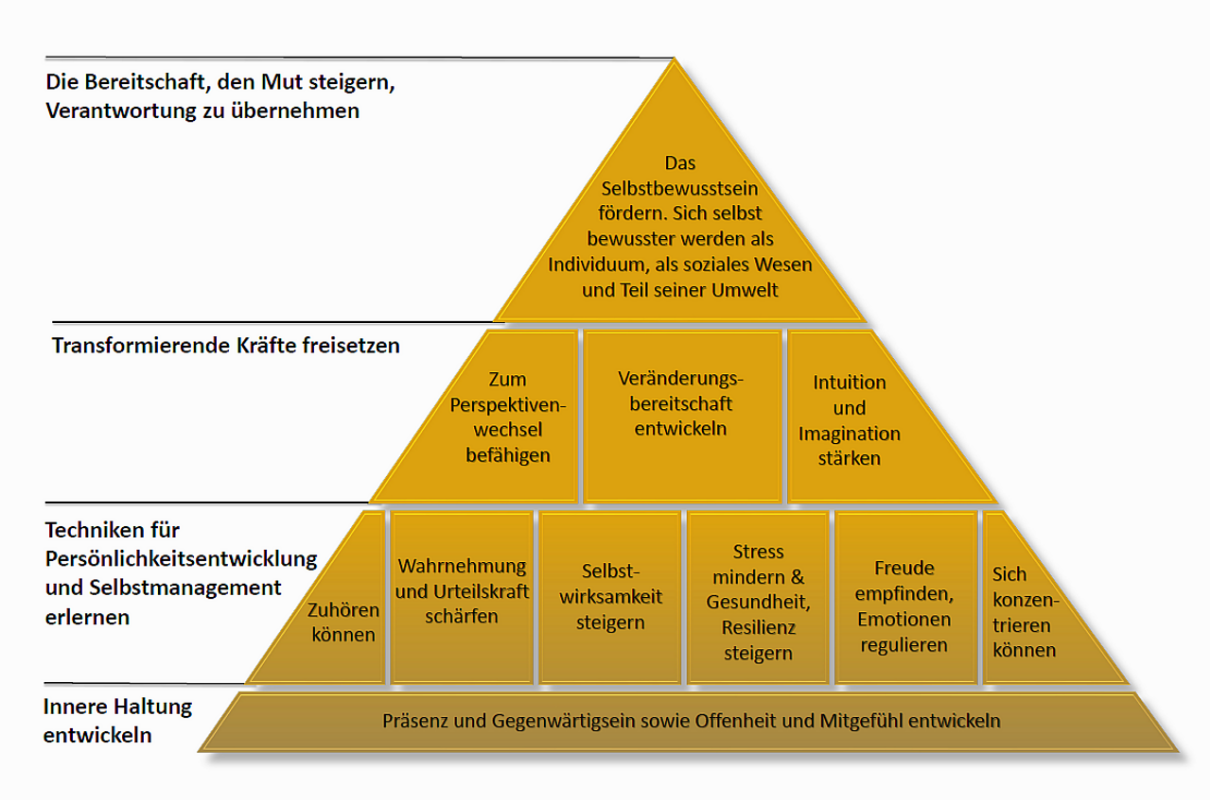


Abbildung 1: Gesundheitsfördernde Persönlichkeitsentwicklung durch Achtsamkeit (Quelle: [43])

In diesem Kontext ist aus einer Achtsamkeitsperspektive auch die Synergie von Gesundheitsförderung und Nachhaltigkeit [44] (Nachhaltige Gesundheitsförderung) von Bedeutung. Eine Kompetenz, die langfristig dazu beiträgt, das eigene Leben und die Welt gesünder zu gestalten, setzt individuelles Wohlbefinden und die Fähigkeit zur Selbstreflexion voraus. Deutlich wird dies unter anderem in den Inner Development Goals (IDGs), die als eine personenbezogene Basis des Gelingens der von den Vereinten Nationen formulierten Sustainable Development Goals verstanden werden.

Zu den IDGs (Inner Development Goals 2023) zählen die folgenden Kompetenzen:

- Sein (Beziehung zu sich selbst)
- Denken (kognitive Fähigkeiten)
- Beziehung (Fürsorge für andere und die Welt)
- Zusammenarbeit (soziale Kompetenzen)
- Handeln (Wandel vorantreiben)

Kritik an achtsamkeitsbasierten Ansätzen

Achtsamkeit ist kein Allheilmittel und sollte nicht als Instrument im Sinne der bloßen Selbstoptimierung eingesetzt werden. Mit dem „Hype“ um den Begriff und seiner populären Allgegenwärtigkeit ist die Gefahr einer Verflachung im Sinne eines Wellnesstrends und die Reduktion auf die Wirkung als Entspannungstraining verbunden. Ein entspannender Effekt kann eintreten und ist zur besseren Stressregulation als Effekt auf das vegetative Nervensystem hilfreich und wünschenswert. Entspannung als alleiniges Ziel ist jedoch irreführend, weil damit auch verbunden sein kann, über Probleme hinwegzusehen. Das erklärte Ziel achtsamkeitsbasierter Verfahren ist jedoch eine möglichst unvoreingenommene und akzeptierende Betrachtung der wahrgenommenen Realität, sei sie auch gerade noch so unentspannt.

Achtsamkeit kann eher als Haltung und als Prozess verstanden werden, weniger als spezifisches Werkzeug, um ein bestimmtes Ziel zu erlangen. Dies wird deutlich, wenn man sich mit den Traditionen befasst, aus denen sich das hier dargestellte Verständnis entwickelt hat „In dem Maße, wie Achtsamkeit immer populärer wird und aus den medizinischen Fachblättern den Weg in die Talkshows und auf die Titelseiten großer Zeitschriften gefunden hat, fühlen sich viele von uns veranlasst, das Konzept der Achtsamkeit wieder mit seinen Wurzeln zu verbinden […]. Sonst könnte der Eindruck entstehen, dieser

allgegenwärtige Begriff ‘Achtsamkeit‘ sei lediglich eine weitere Methode, Aufmerksamkeit zu trainieren und Produktivität und Leistung zu steigern. Womöglich erscheint er sogar als das nächste große Ding, das man machen oder kaufen sollte. Ohne ein gewisses Grundverständnis […] geht vielleicht das Fundament der Warmherzigkeit und der ethischen Orientierung verloren.“ ([45], S. 29-30).

Eine so verstandene Achtsamkeit zielt nicht, wie häufig kritisiert, auf die Entwicklung einer Egozentriertheit, sondern auf die Stärkung von Mitgefühl und eine Verbindung zur ethischen Grundhaltung, welche die Fürsorgekompetenz unterstützt, die sich vom Innen nach Außen entwickelt. „Wenn wir achtsam sind, nehmen wir uns bewusst Zeit, um innezuhalten. Denn nur dann können wir beobachten, was in uns und unserer Umwelt geschieht. […] Wenn wir tief schauen, erfahren wir auch unsere Verbundenheit miteinander.“ ([2], S. 10).

Ein weiterer Kritikpunkt lautet häufig, dass Achtsamkeit eher dazu beitrage, strukturelle Probleme auf Individuen abzuwälzen, damit sie durch das Erlernen von Stressbewältigungsstrategien noch belastbarer werden. Dies gilt insbesondere für den beruflichen Kontext. Ein Achtsamkeitstraining als primär individuelle Maßnahme ohne verhältnisorientierten Bezug ist – wie andere Methoden der Stressbewältigung [3] (Stress und Stressbewältigung) im Rahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung [46] – tatsächlich nicht ausreichend. Langfristig lassen sich gesundheitsfördernde Veränderungen in Organisationen nur erreichen, wenn verhaltens- und verhältnisorientierte Achtsamkeit im Sinne der Lebensweltorientierung zusammenwirken.

Literatur:

- Neff KD. Self-Compassion: An alternative conceptualization of healthy attitude toward oneself. Self and Identity. 2003;2(2):85–101. DOI:10.1080/15298860309032

References

1. Kabat-Zinn J. Gesund durch Meditation: Das große Buch der Selbstheilung mit MBSR. München: Droemer Knaur; 2019.
2. Nguyen M. Eins mit allem: Drei Wege in dein achtsames und bewusstes Leben. Freiburg: Verlag Herder; 2023.
3. Ernst G, Franke A, Franzkowiak P. Stress und Stressbewältigung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i118-2.0
4. Rönnau-Böse M, Fröhlich-Gildhoff K, Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i101-2.0
5. Michalak J, Graser J, Heidenreich T. Achtsamkeit. In: Kohlmann CW, editor. Psychologie in der Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe; 2018. p. 425–436.
6. 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
7. Verplanken B, Fisher N. Habitual worrying and benefits of mindfulness. Mindfulness. 2014 Oct;5(5):566–73. DOI:10.1007/s12671-013-0211-0
8. Gruber E, Bents H, Mander J. Achtsamkeit und Selbstmitgefühl in der Psychotherapie – state of the art. In: Bents H, Gschwendt M, Mander J, editors. Psychotherapie: Praxis Achtsamkeit und Selbstmitgefühl: Anwendungen in der psychotherapeutischen Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer; 2020. p. 5–16.
9. Hüther G. Wie Embodiment neurobiologisch erklärt werden kann. In: Storch M, Cantieni B, Hüther G, Tschacher W, editors. Embodiment: Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen. Göttingen: Hogrefe; 2022. p. 85–110.
10. Michaelsen MM, Esch T. Die neuronale Basis von Meditation und Achtsamkeit im Bildungskontext. In: Iwers T, Roloff C, editors. Achtsamkeit in Bildungsprozessen. Heidelberg, Berlin: Springer Nature; 2021. p. 61–75.
11. Hölzel BK, Lazar SW, Gard T, Schuman-Olivier Z, Vago DR, Ott U. How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. Perspect Psychol Sci. 2011;6(6):537–59. DOI:10.1177/1745691611419671

12. Röhrle B. Wohlbefinden / Well-Being. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i134-1.0
13. Barnow S. Konzepte und Modelle von Emotion und Emotionsregulation. In: Barnow S, editor. Handbuch Emotionsregulation. Zwischen psychischer Gesundheit und Psychopathologie. Berlin, Heidelberg: Springer; 2020. p. 3–18.
14. Michaelsen MM, Graser J, Onescheit M, Tuma M, Pieper D, Werdecker L, Esch T. Wirksamkeit von Achtsamkeitstechniken im Arbeitskontext. Initiative Gesundheit & Arbeit (Iga), editor. Vol. ;45. 2021 [accessed 2024 Feb 23]. (iga.Report; 45). Available from: https://www.iga-info.de/veroeffentlichungen/igareporte/igareport-45
15. Birtwell K, Williams K, van Marwijk H, Armitage CJ, Sheffield D. An exploration of formal and informal mindfulness practice and associations with wellbeing. Mindfulness. 2019 Jan;10(1):89–99. DOI:10.1007/s12671-018-0951-y
16. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i10-3.0
17. Gilbert P, Choden. Achtsames Mitgefühl: Ein kraftvoller Weg, das Leben zu verwandeln. 2. Auflage. Freiburg: Arbor Verlag; 2020.
18. Van Den Brink E, Koster F. Mitfühlend leben: Mit Selbst-Mitgefühl und Achtsamkeit die seelische Gesundheit stärken: Mindfulness-Based Compassionate Living – MBCL. 3 edn. München: Kösel; 2013.
19. Esch T, Esch SM. Stressbewältigung. Mind-Body-Medizin, Achtsamkeit, Resilienz. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2021.
20. World Health Organization (WHO). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. 1986 [accessed 2023 Oct 30]. Available from: https://intranet.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
21. Esch T. Neurobiologische Aspekte von Glaube und Spiritualität: Gesundheit, Stress und Belohnung. In: Büssing A, Kohls N, editors. Spiritualität transdisziplinär. Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit. Berlin, Heidelberg: Springer; 2011. p. 23–35.
22. World Health Organization (WHO). Mental Health. Fact sheet on Sustainable Deveöopment Goals (SDGs): health targets. 2018 [accessed 2023 Dec 10]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340847/WHO-EURO-2018-2364-42119-58012-eng.pdf?sequence=1
23. Frank R. Den störungsorientierten Blick erweitern. In: Frank R, Flückiger C, editors. Psychotherapie: Praxis Therapieziel Wohlbefinden: Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer; 2022. p. 3–24.
24. Miksch A. Selbstfürsorge, Achtsamkeit und Resilienz in Krisenzeiten. impu!se. 2023 [accessed 2023 Oct 30];119:14–15. Available from: https://www.gesundheit-nds-hb.de/fileadmin/Publikationen/Impulse/impulse-nr119-web.pdf
25. Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA), editor. Stärken stärken. Positive Psychologie in Prävention und Betrieblicher Gesundheitsförderung. igaFakten. 2019;11.
26. Seligman ME. Wie wir aufblühen: Die fünf Säulen des persönlichen Wohlbefindens. München: Goldmann Verlag; 2015.
27. Blickhan D. Positive Psychologie. Ein Handbuch für die Praxis. Paderborn: Junfermann; 2018.
28. Fredrickson B. Die Macht der guten Gefühle: Wie eine positive Haltung Ihr Leben dauerhaft verändert. Frankfurt am Main: Campus Verlag; 2011.
29. 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
30. Heidenreich T, Nething E, Michalak J. Mindfulness-based Therapy: Achtsamkeit vermitteln. In: Frank R, Flückiger C, editors. Psychotherapie: Praxis Therapieziel Wohlbefinden: Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer; 2022. p. 177–191.
31. Miksch A, Ostermaier H. Achtsamkeit im Studium: Gesundheitsfördernde Persönlichkeitsentwicklung durch Wohlbefinden und Gestaltungskompetenz. Personal- und Organisationsentwicklung in Einrichtungen der Lehre und Forschung Themenheft Gesunde Hochschule 1+2. 2023;51–55.
32. Meßtorff C, Kurzenhäuser-Carstens S. Achtsamkeit und Prävention. In: Chang-Gusko Y, Heße-

Husain J, Cassens M, editors. Achtsamkeit in Arbeitswelten: Für eine Kultur des Bewusstseins in Unternehmen und Organisationen. Wiesbaden: Springer; 2019. p. 53–68. (FOM-Edition Ser.).
33. Khoury B, Sharma M, Rush SE, Fournier C. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. J Psychosom Res. 2015 Jun;78(6):519–28. DOI:10.1016/j.jpsychores.2015.03.009
34. Janssen M, Heerkens Y, Kuijer W, van der Heijden B, Engels J. Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on employees' mental health: A systematic review. PLoS One. 2018 Jan 24;13(1):e0191332. DOI:10.1371/journal.pone.0191332
35. Robert Koch-Institut (RKI), editor. Erkennen − Bewerten – Handeln. Schwerpunktbericht Teil 1 – Erwachsene. Psychische Gesundheit in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut; 2021. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis.). DOI:10.25646/8831
36. Kaluza G. Stressbewältigung. Das Manual zur psychologischen Gesundheitsförderung. Heidelberg, Berlin: Springer Nature; 2023.
37. 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
38. Eßwein J. Achtsamkeit am Arbeitsplatz − Wie Organisationen eine Zukunftskompetenz in Prävention und Gesundheitsförderung einsetzen. Iga Wegweiser. 2023 [accessed 2024 Feb 13]. Available from: https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Wegweiser/Dokumente/iga.Wegweiser_Achtsamkeit_am_Arbeitsplatz.pdf
39. 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
40. Göpel E. Systemische Perspektive in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2015. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I120-1.0
41. Gebauer A, Brückner F. Was Achtsamkeitstrainings bewirken und wie sie in Organisationen wirksamer werden. Gr Interakt Org. 2018;49. DOI:10.1007/s11612-018-0416-8
42. Hehn SV, Rauls J. Achtsamkeit und emotionale Intelligenz in Organisationen. Agiles Arbeiten in Teams und Organisationskultur der Zukunft. Freiburg: Haufe; 2023.
43. Ostermaier H, Mottl R, Mottl B, Schmager B. Vier Ebenen der Integration von Achtsamkeit in das Wirtschaftsingenieurstudium an der Ernst-Abbe-Hochschule Jena. In: Sandbothe M, Reyk A, editors. Achtsame Hochschulen in der digitalen Gesellschaft. Erfurt; 2024.
44. 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
45. Mulligan B. Das Herz der Achtsamkeit: Die buddhistischen Wurzeln von MBSR. Freiburg: Arbor Verlag; 2019.
46. Hartung S, Faller G. Betriebliche 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-i042-3.0

Korrespondenz: Prof. Dr. Antje Miksch, Evangelische Hochschule Darmstadt, Fachbereich Inklusive Bildung und Gesundheit, Zweifalltorweg 12, 64293 Darmstadt, Deutschland, E-mail: antje.miksch@eh-darmstadt.de

Zitierhinweis: Miksch A. Achtsamkeit und Gesundheitsförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i165-1.0

Copyright: © 2026 Antje Miksch
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/

Akteure und Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention

Stephan Blümel[1]
Martina Plaumann[2]

[1] Referat Forschungskoordination, -kooperation und Wissenstransfer Q4, Ehemals Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Germany

[2] Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), Köln, Germany

Abstract

Im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention gibt es eine Vielzahl von staatlichen, halbstaatlichen und nichtstaatlichen Strukturen und Institutionen auf unterschiedlichen Ebenen. Im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik (Health in All Policies – HiAP) müssen auch Sektoren und Organisationen außerhalb des Gesundheitswesens einbezogen werden, die einen Einfluss auf Gesundheitsdeterminanten haben können. In dem Beitrag wird eine Übersicht über zentrale Akteure sowie Strukturen auf internationaler, EU- und deutscher Ebene und eine zusammenfassende Einschätzung der Ressourcen und Defizite gegeben.

Keywords: Akteure, Institutionen, Strukturen, Lebenswelten, Gesamtpolitik

Einleitung

Um zu verstehen, welche Akteure in der Gesundheitsförderung aktiv sein können, müssen die Determinanten der Gesundheit [1] berücksichtigt werden. Diese umfassen nach sozialökologischem Verständnis sowohl individuelle Faktoren (z. B. Alter, Geschlecht, Erbanlagen, Gesundheitsverhalten) als auch das soziale Umfeld (z. B. Familie, Freunde), Lebens- und Arbeitsbedingungen (inkl. Wohnverhältnisse, Bildung, Gesundheitsversorgung) bis hin zu makrosystemischen Faktoren (Gesundheits- und Sozialpolitik, Wohlstand, Normen und Werte einer Gesellschaft) ([2], [3], Gesundheit [4]).

Daraus ergibt sich der Bedarf an Präventionsstrategien mit einem ganzheitlichen Lebensweltansatz (das heißt Verhaltens- und Verhältnisprävention) unter Einbezug aller relevanten Sektoren und Institutionen im Sinne eines Health in All Policies-Ansatzes [5] (Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy), [6], [7]. Das Feld der gesundheits(-förderungs)relevanten Akteure reicht daher vom Gesundheitswesen über den Bildungs-, Sozial- und Medienbereich bis hin zum Umwelt-, Arbeits-, Bau-, Verkehrs- und Finanzsektor unter Berücksichtigung staatlicher, öffentlich-rechtlicher und privater Institutionen, Organisationen und Betriebe.

Internationale Ebene

Zunehmend bestimmen transnationale Einflüsse gesundheitliche Lagen, Determinanten und Risiken, die nicht allein auf nationaler, regionaler oder örtlicher Ebene adressiert werden können (wie der Klimawandel und Pandemien). Das Konzept Global Health / Globale Gesundheit [8] analysiert zum einen mit dem Fokus auf soziale Determinanten und Chancengleichheit die gegenseitig wirksamen ökonomischen, ökologischen, politischen und sozialen Abhängigkeiten von Staaten durch grenzüberschreitende gesundheitsbezogene Güter, Finanzmittel, Personen, Konzepte, Vorstellungen, Lebensstile, Ideen und Werte. Zum anderen entwickelt es Ansatzpunkte für gesundheitspolitische Interventionen durch Kooperationen von internationalen Organisationen, Staatengemeinschaften, Regierungen, Nichtregierungsorganisationen (NGOs), privaten Stiftungen und Unternehmen sowie der Zivilgesellschaft.

Im internationalen Bereich ist in erster Linie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu nennen, bei der Gesundheitsförderung explizit im Vordergrund steht. Sie hat durch die Konferenzen von Ottawa (1986) und Jakarta (1997) (und den damit verbundenen Konferenzdokumenten und Chartas) die Entwicklung und Fortschreibung des Konzepts Gesundheitsförderung entscheidend vorangebracht [9], [10] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen; Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986) und

weitere Konferenzen und Programme auf globaler und europäischer Ebene durchgeführt [11] (Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa). Außerdem unterhält sie weltweit sechs Regionalbüros, darunter das für Europa in Kopenhagen (Organisationsplan für die Europäische Region siehe: www.who.int/europe/about-us/about-who-europe/organigram).

Andere internationale Organisationen (wie UNICEF, Weltbank, UN-Entwicklungsfonds, UN-Bevölkerungsfonds, Internationale Arbeitsorganisation, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit, Internationaler Währungsfonds) beeinflussen Umwelt- und soziale Bedingungen und damit auch gesundheitliche Determinanten bzw. adressieren direkt Gesundheitsthemen. Beispielsweise vergibt die Weltbank Kredite an einkommensschwache Länder und ist ein wichtiger Sponsor für Gesundheitsprojekte wie Impfkampagnen und Programme z. B. zur Malariabekämpfung [12]. Global tätige Unternehmen (z. B. im Ernährungs- und IT-Bereich) können durch die Weiterentwicklung ihrer Angebote die Gesundheitskommunikation und das Gesundheitsverhalten beeinflussen.

Stiftungen wie die Gates-Foundation verfolgen das Ziel der Verbesserung der Gesundheitsvorsorge und -versorgung [12]. Auch Nichtregierungsorganisationen wie Medico international oder Greenpeace können gesundheitsrelevante Probleme thematisieren. Staatengemeinschaften wie die Europäische Union sind durch gemeinsame rechtliche Regelungen in der Lage, zur Verbesserung von gesundheitlichen Rahmenbedingungen beizutragen (z. B. Gesundheitsschutz-, Umwelt-, Arbeits- und Sozialstandards).

Europäische Union

Jeder Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU) hat grundsätzlich die Verantwortung für seine Gesundheitspolitik, sein Gesundheitswesen, die medizinische Versorgung und den Gesundheitsschutz seiner Bevölkerung. In der Regel ergänzt und unterstützt die EU lediglich die Politik ihrer Mitgliedsstaaten und fördert die Zusammenarbeit. Europäische gesetzgeberische Maßnahmen zum Gesundheitsschutz kommen nur subsidiär unter der Prämisse der Verhältnismäßigkeit zum Einsatz, wo nationale Regelungen zur Zielerreichung nicht ausreichen können. Das ist z. B. der Fall bei der Prävention und Bekämpfung grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren sowie bei Schutzmaßnahmen vor Tabakkonsum und Alkoholmissbrauch.

Die EU kann auch mit eigener Zuständigkeit (sofern die Mitgliedsstaaten beteiligt sind) im Rahmen von EU-Gesetzgebungsverfahren zum Bereich Gesundheitsschutz und Binnenmarkt Regelungen beispielsweise zur Patientenmobilität (Behandlungsmöglichkeiten in anderen Mitgliedstaaten), zu Qualitäts- und Sicherheitsstandards bei Organen und Substanzen menschlichen Ursprungs, Arzneimitteln und Medizinprodukten, im Veterinärwesen und Pflanzenschutz (Lebensmittelsicherheit und Verbraucherschutz) treffen [13].

Im Zuge der COVID-19-Pandemie hat die EU verschiedene Rechtsakte und Verordnungen erlassen (z. B. zur Aufstellung eines EU-Planes bei Gesundheitskrisen, zu Überwachungsmechanismen, zu medizinischen Gegenmaßnahmen). Außerdem gründete die Europäische Kommission die EU-Behörde für Krisenvorsorge und -reaktion bei gesundheitlichen Notlagen Health Emergency Preparedness and Response Authority (HERA). Sie strebt die Schaffung eines Europäischen Gesundheitsdatenraums (European Health Data Space [EHDS]) an, um den Austausch und die Nutzung von Daten in der Versorgung und für die Forschung zu erleichtern.

Die EU kann auch auf Gebieten − außerhalb des Gesundheitswesens, aber mit Wirkung auf dasselbe − Gesetze und Verordnungen erlassen, u. a. zum Arbeits-, Verbraucher-, Daten- und Katastrophenschutz [7], [13].

Leitungsgremium der EU ist die Europäische Kommission, bestehend aus 27 Kommissarinnen und Kommissaren unter dem Vorsitz einer Präsidentin bzw. eines Präsidenten, die nach Politikbereichen gegliederten Verwaltungseinheiten, sogenannten Generaldirektionen, vorstehen. Die Generaldirektionen entwickeln die Strategien, Rechtsvorschriften und Förderprogramme der EU in bestimmten Politikfeldern (z. B. Gesundheit und Lebensmittelsicherheit), setzen diese um und verwalten sie [14]. Das Europäische Parlament und der Rat der Europäischen Union haben ein Netz von dezentralen Agenturen eingerichtet, die die Hauptorgane der EU (Europäischer Rat und Ministerrat, Europäisches Parlament und Kommission) sowie die Mitgliedsstaaten mit Forschung und wissenschaftlicher Beratung bei der Gestaltung politischer Strategien und Gesetze auf europäischer und nationaler Ebene unterstützen [15]. Im Folgenden sind beispielhaft Agenturen mit impliziten und expliziten Gesundheitsbezügen aufgeführt:

- Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA)
- Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA)

- Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA)
- Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA)
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)
- Europäische Chemikalienagentur (ECHA)
- Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (Eurofound)
- Europäische Umweltagentur (EUA)
- Europäisches Institut für Gleichstellungsfragen (EIGE)
- Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC)
- Exekutivagentur für Gesundheit und Verbraucher (EAHC)

Das Europäische Parlament stellt Informationen zu Grundlagen und Entwicklungen im Bereich der Öffentlichen Gesundheit zur Verfügung, u. a. zur Gesundheit in allen Politikbereichen (HiAP-Konzept) sowie zur Prävention von Krankheiten und Förderung der Gesundheit [16].

In der Gesundheitsförderung steht die Förderung und Unterstützung der Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten durch die EU im Vordergrund. Dies geschieht durch die Entwicklung von Programmen, Strategien, rechtlichen Grundlagen und Projekten sowie die Einrichtung von EU-Institutionen/Agenturen und Netzwerken [17] (Gesundheitsförderung 4: Europäische Union).

Akteure in Deutschland

In Deutschland gibt es eine Vielfalt von Institutionen, Einrichtungen, Kooperationen und Initiativen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention auf unterschiedlichen Ebenen und in unterschiedlichen Sektoren und Disziplinen (siehe dazu [18], [6], [19]).

Mit gesundheitsförderlichen und präventiven Aufgaben sind z. B. Ministerien, Behörden und Ämter auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, Sozialversicherungsträger, Akteure der Zivilgesellschaft, Sozialpartner sowie Institutionen in den Lebenswelten betraut (Health in All Policies-Ansatz) [5] (Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy). Einige sind gesetzgeberisch tätig oder konzentrieren sich auf Planung und Finanzierung. Andere – insbesondere auf Landes- und kommunaler Ebene – setzen gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen vor Ort um. Davon arbeiten viele in Kooperationsstrukturen, um ihr Engagement abzustimmen und weiterzuentwickeln.

In Abb. 1 werden die Akteure staatlichen, halbstaatlichen und nichtstaatlichen Institutionen zugeordnet – wobei es auch hier Überschneidungen geben kann –, die auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene tätig sein können.

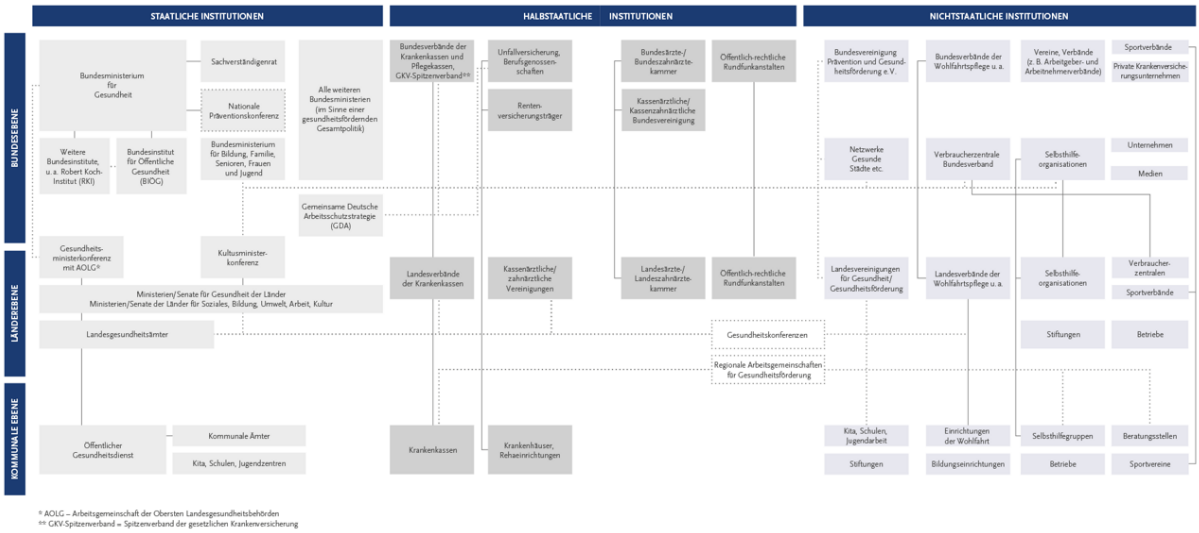


Abb. 1: Einrichtungen und Strukturen für Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene (Quelle: aktualisiert nach [20], [21] und [22]).

Staatliche Akteure in Deutschland

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ist die oberste Bundesbehörde mit Zuständigkeit für Gesundheit. Seine nachgeordneten Behörden sind u. a. das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) – ehemals „Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung“ (BZgA), das gesundheitsförderliche und präventive Aufklärungsmaßnahmen für einen gesunden Lebensstil entwickelt und in Kampagnen, Programmen und Projekten umsetzt, sowie das Robert Koch-Institut (RKI), dessen Kernaufgaben die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten, insbesondere Infektionskrankheiten, sind [23] (Prävention übertragbarer Erkrankungen). Beim Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit angesiedelt ist das durch das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMBFSFJ) geförderte Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) [24] (Frühe Hilfen).

Weitere Bundesministerien haben Bezüge zu Gesundheitsförderung und Prävention, z. B. das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL), an dem die Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE) angesiedelt ist. Die dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) nachgeordnete Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) berät zu Fragen von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Dabei finden sich Bezugspunkte zur betrieblichen Gesundheitsförderung [25] (Betriebliche Gesundheitsförderung).

Auf Länderebene sind Landesministerien zu Gesundheitsförderung und Prävention aktiv. Sie sind u. a. für die Umsetzung von Gesetzen zuständig. Zumeist sind Themen wie Gesundheit, Bewegung, Ernährung, Bildung, Soziales, Arbeit und Umwelt in einem Ministerium zusammengeführt. Ihnen nachgeordnet sind Landesgesundheitsämter, die als Fachbehörden gesundheitsförderliche und präventive Vernetzung, Beratung und Weiterbildung anbieten. Die Landesgesundheitsämter zählen zum Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) [26] (Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung). Die fachliche und politische Beratung und Abstimmung der föderalen Ministerien findet im Rahmen von Fachministerkonferenzen statt, z. B. der Gesundheitsministerkonferenz (GMK), Sportministerkonferenz (SMK) und Kultusministerkonferenz (KMK). Eine Initiierungs- und Steuerungsfunktionen für ihre Mitglieder und die Landespolitik haben auch die Landesgesundheitskonferenzen [27] (Gesundheitskonferenzen).

Auf kommunaler Ebene übernehmen die zum ÖGD zählenden Gesundheitsämter Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung. Außerdem sind sie zuständig für Aufsicht und Kontrolle (z. B. Schuleingangsuntersuchungen, Infektionsschutz) sowie Beratungs- und Unterstützungsangebote [26] (Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung). Sie beteiligen sich an der Netzwerkarbeit z. B. im Rahmen der kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) und regionalen Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung. Weitere kommunale Ämter außerhalb des Gesundheitswesens, z. B. in den Bereichen Soziales, Jugend, Umwelt oder Stadtplanung, können ebenfalls für Themen der Gesundheitsförderung und Prävention von Bedeutung sein.

Die kommunalen Spitzenverbände Deutscher Städtetag, Deutscher Landkreistag und Deutscher Städte- und Gemeindebund sind freiwillige Zusammenschlüsse und Organisationen der Städte, Landkreise und Gemeinden auf Landes- und Bundesebene. Sie fördern den Erfahrungsaustausch und den Meinungsbildungsprozess zwischen ihren Mitgliedern und vertreten die kommunalen Interessen – auch im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Das Gesunde Städte-Netzwerk ist ein freiwilliger Zusammenschluss von Kommunen, die sich dazu verpflichten, Gesundheitsförderung und Prävention in den Prozessen und Strukturen der Kommunen zu verankern [28] (Gesunde Städte-Netzwerk).

Halbstaatliche Akteure

Zu den halbstaatlichen Akteuren, die in der Gesundheitsförderung und Prävention tätig sind, zählen in Deutschland insbesondere die gesetzlichen Sozialversicherungssysteme; vor allem die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sowie die soziale Pflegeversicherung (SPV), die gesetzliche Unfallversicherung (GUV) und die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) [29], [30], [31] (Gesundheitsförderung 5: Deutschland; Finanzierung der Gesundheitsförderung; Präventionsgesetz).

Die Spitzenorganisationen der Sozialversicherungen (GKV-Spitzenverband, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Deutsche Rentenversicherung Bund) sind als Arbeitsgemeinschaft Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK). Gemeinsam entwickeln sie eine nationale Präventionsstrategie und schreiben sie fort. Weitere Akteure wirken auf Bundes- Landes- und kommunaler Ebene in der NPK in beratender Funktion mit.

Berufsangehörige von medizinischen Professionen sind Pflichtmitglieder in ihren jeweiligen Kammern, wie z. B. der (Zahn-)Ärztekammer auf Landesebene. Sie fördern u. a. die Fortbildung ihrer Mitglieder auch zu Gesundheitsförderung und Prävention. Als Arbeitsgemeinschaft der (Zahn-)Ärztekammern wirkt die Bundes(zahn-)ärztekammer (BÄK, BZÄK). Auf Landesebene stellen die Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen die ambulante ärztliche Versorgung sicher und betreiben Qualitätssicherung hinsichtlich der erbrachten Leistungen. Die Kassen(zahn-)ärztliche Bundesvereinigung (KBV, KZBV) ist ihr Dachverband.

Wichtige Akteure außerhalb des Gesundheitswesens sind die öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten, die eine Multiplikatoren- und Mittlerfunktion mit großer Reichweite übernehmen können mit zahlreichen Informationsformaten (Nachrichten, Live-Pressekonferenzen, Sonder- und Ratgebersendungen, Talk-Shows, Podcasts etc.).

Nichtstaatliche Akteure

Es gibt eine Vielzahl von nichtstaatlichen Akteuren, die Bezüge zu Gesundheitsförderung und Prävention aufweisen. So sind in der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG) Institutionen und Verbände zusammengeschlossen, die das Ziel verfolgen, durch Vernetzung der Akteure aus Praxis, Wissenschaft, Wirtschaft und Politik, die Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention zu verbessern.

Die Leitziele des von der ehemaligen BZgA initiierten bundesweiten Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit bestehen in der Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit und in der Unterstützung der Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Gruppen [32] (Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven). Der Kooperationsverbund Gesundheitsziele entwickelt unter Beteiligung von Bund, Ländern und weiteren Akteuren Gesundheitsziele und empfiehlt Maßnahmen zur Zielerreichung.

Die Aufgabe der Landesvereinigungen für Gesundheit (Bezeichnungen unterscheiden sich) bzw. entsprechender Institutionen besteht darin, ein koordiniertes, themen- und zielgruppenspezifisches Vorgehen hinsichtlich Gesundheitsförderung und Prävention zu ermöglichen. Die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) sind meist bei ihnen angesiedelt und tragen die Arbeit des Kooperationsverbundes in die Länder und Kommunen [33] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit).

Informations- und Erfahrungsaustausch unter erkrankten Menschen und unter ihren Angehörigen, praktische Lebenshilfe sowie gegenseitige emotionale Unterstützung ermöglichen die vielen (über-)regionalen Selbsthilfevereinigungen. Selbsthilfeorganisationen umfassen auf Bundes- oder Landesebene regionale Gruppen und/oder einzelne Mitglieder und sind meist in Dachverbänden organisiert [34] (Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung).

Unter anderem zu gesundheitsbezogenen Themen informieren, beraten und unterstützen die kommunalen Verbraucherberatungsstellen und die auf Bundes- und Landesebene organisierten Verbraucherzentralen. Inhalte mit Gesundheitsbezug sind ebenfalls im Kurs- und Vortragsangebots von Volkshochschulen enthalten, das sich meist an Erwachsene richtet; auch freie Anbieter bieten Kurse und Vorträge an [35] (Gesundheitsbildung). Die Stiftung Warentest untersucht Produkte und Dienstleistungen z. B. im Bereich der Körperpflege sowie der Prävention und Therapie von Erkrankungen.

Die Freie Wohlfahrtspflege umfasst gemeinnützige Organisationen, die sich im Sozial- und Gesundheitswesen betätigen (u. a. durch Angebote wie Kitas, Offene Ganztagsbetreuung, Pflegeeinrichtungen, Beratungsstellen). In der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW) sind die Spitzenverbände Arbeiterwohlfahrt (AWO), Caritas, Deutschem Roten Kreuz e. V. (DRK), Diakonie, Paritätischer Wohlfahrtsverband und die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. (ZWST) organisiert.

Viele Bürgerinnen und Bürger sind Mitglieder in Sportvereinen. Die Vereine führen oft neben ihrem originären Bewegungsangebot auch darüber hinausgehende gesundheitsförderungs- und präventionsbezogene Projekte durch. Sie sind in Landessportverbänden und in bundesweiten Sportverbänden organisiert (Deutscher Olympischer Sportbund e. V., Deutscher Fußball-Bund e. V., Deutscher Turner-Bund e. V. etc.).

Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände können sich ebenfalls für Sport- und andere Präventionsangebote in Betrieben (z. B. Impfungen durch Betriebsärzte) sowie gesundheitsgerechte Arbeitsbedingungen (z. B. Arbeitsschutzmaßnahmen, DGB-Index Gute Arbeit) einsetzen.

Auch private Unternehmen tragen mit ihren Angeboten zur Gesundheitsvorsorge bei: Innerhalb des Gesundheitsbereiches sind hier z. B. private Krankenkassen, Apotheken oder Fitnessstudios aktiv. Private Medien (Publikumszeitungen und -zeitschriften, TV-Sender etc.) informieren beispielsweise über Ernährung, Bewegung und Infektionsschutz. Herstellende und Handelsunternehmen stellen den aus ihrer Sicht gesundheitlichen Nutzen von Produkten heraus (z. B. Trainings- und Messgeräte, Bioprodukte, fett- und zuckerreduzierte Lebensmittel, Nutri-Score).

Lebenswelten

Als Dach-Setting der Lebenswelten wird die Kommune angesehen, unter der weitere Lebenswelten wie Quartiere, Kindertagesstätten oder Betriebe verortet sind. Der Kommune kommt die Aufgabe der Koordination aller an Gesundheitsförderung und Prävention beteiligten Akteure sowie Netzwerke zu, außerdem die Gestaltung der Rahmen und Übergänge zwischen den einzelnen Lebenswelten [36], [37], [38], [39], [40] (Kommunale Gesundheitsförderung; Sozialraum- und Gemeindeorientierung in der Gesundheitsförderung; Gemeindepsychologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit; Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention; Urban Health/Stadtgesundheit).

Viele der für die Bevölkerung wichtigen Lebenswelten [32], [41] (Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven, Settingansatz/Lebensweltansatz) werden von kommunalen, staatlichen und auch nichtstaatlichen Akteuren unterhalten. So werden beispielsweise Kindertagesstätten, Schulen und Pflegeeinrichtungen einerseits von den Kommunen oder den Ländern ebenso betrieben wie von der Freien Wohlfahrtspflege, von Vereinen und privatwirtschaftlichen Anbietern. Zudem sind die privat organisierten Lebenswelten der Jugendarbeit sowie private Betriebe zentrale Orte, an denen Gesundheitsförderung und Prävention ansetzen können.

In diesen Lebenswelten arbeiten die für die Gesundheitsförderung und Prävention so wichtigen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren [42] (Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren). Als Fachkräfte geben sie ihr Fachwissen und Fachkönnen sowie Forschungsergebnisse und Lehrmeinungen weiter. Sie sind zentrale Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung, um die Reichweite von Wissen und Erfahrungen in der Bevölkerung zu erhöhen. Hier sind insbesondere das medizinische und pädagogische Fachpersonal zu nennen. Sie arbeiten u. a. in Arztpraxen, in Praxen für Physiotherapie und Geburtshilfe, in Apotheken, Krankenhäusern und Kliniken, Rehabilitations- sowie Pflegeeinrichtungen sowie in Kindertagesstätten, Schulen, Jugendzentren und Hochschulen [43], [44], [45], [46] (u. a. Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege; Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen; Gesundheitsförderung und Schule; Gesundheitsförderung und Hochschule).

Resümee

In den vergangenen Jahrzehnten ist ein dynamisches Feld von Akteuren sowie Kooperationsnetzwerken im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention entstanden. Bürgerinnen und Bürger können aus einer Vielzahl von Angeboten der Gesundheitsvorsorge, wie Screeninguntersuchungen und Gesundheitskursen, auswählen. Das Präventionsgesetz von 2015 hat in Deutschland zu einer weiteren Vernetzung und Bündelung beigetragen.

Trotz aller Fortschritte kann die Infrastruktur noch nicht mit der programmatischen Entwicklung in der Gesundheitsförderung Schritt halten, insbesondere im Handlungsfeld der gesundheitsfördernden Gesamtpolitik. Grund hierfür ist eine immer noch schwer überschaubare Vielfalt von Akteuren und Aktivitäten mit einem Mangel an sektorenübergreifender Koordination. Hieraus ergibt sich oft eine Fragmentierung und unklare Aufgabenteilung mit der Folge von Parallelangeboten, Angebotslücken und Einzelaktivitäten mit fehlender Kontinuität. Die Folge sind u. a. restriktive bzw. unklare Finanzierungsregelungen für öffentliche Mittel oder Beitragsmittel der Sozialversicherungen.

Sowohl bei der Infrastruktur als auch bei der Finanzierung wird deutlich, dass der Gesundheitsförderungsbereich im Vergleich zum kurativen als auch zu anderen (z. B. Wirtschaft, Verkehr) nach wie vor ein eher durchsetzungsschwacher Bereich ist [32] (Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven).

Aus diesen Gründen haben trotz aller Fortschritte Gesundheitsförderung und Prävention noch nicht „die zentrale Bedeutung, die ihnen in gesundheitsökonomischer und politischer Sicht zukommen sollte“ ([6], S. 250).

Internetadressen:

- Gesunde Städe-Netzwerk. Available from: https://www.gesunde-staedte-netzwerk.de
- GVG Soziale Sicherheit weiterenken. Forum Gesundheitsziele. Available from: https://gvg.org/de/topic/7.nationale-gesundheitsziele.html
- Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG). Nationale und internationale Institutionen. Available from: https://infodienst.bzga.de/gesundheitsfoerderung/institutionen-hochschulen
- Europäische Union. Mehr zur EU. Available from: https://europa.eu/european-union/index_de

References

1. Hurrelmann K, Richter M. Determinanten der Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I008-2.0
2. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Institute for Future Studies; 1991.
3. Dahlgren G, Whitehead M, WHO Regional Office for Europe. Levelling up (part 2) : a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Copenhagen; 2006. [accessed 2025 Feb 13]. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/107791
4. Franzkowiak P, Hurrelmann K. Gesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I023-2.0
5. 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
6. Dadaczynski K, Plaumann M, Alayli A, Thaiss HM. Rahmenbedingungen und gesetzliche Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland. In: Naidoo J, Wills J, editors. Lehrbuch Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe; 2019. p. 237–53.
7. World Health Organization (WHO). Health in all policies. Helsinki statement. Framework for country action. Geneva; 2014. [accessed 2025 Feb 13]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241506908
8. Gräser S. Global Health / Globale Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I063-3.0
9. 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
10. 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
11. 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
12. Naidoo J, Wills J. Internationale Akteure und Akteurinnen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Lehrbuch Gesundheitsförderung. Hogrefe; 2019. p. 276–7.
13. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Europäische Gesundheitspolitik. [accessed 2025 Feb 13]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/internationale-gesundheitspolitik/europa/europaeische-gesundheitspolitik.html
14. Europäische Kommission. Organisationsstruktur der Europäischen Kommission. [accessed 2025 Feb 13]. Available from: https://commission.europa.eu/about/organisation_de
15. Agentur der Europäischen Union für Grundrechte. EU-Agenturen für Sie tätig. Publication Office; 2015 [accessed 2025 Feb 13]. Available from: https://op.europa.eu/de/publication-detail/-/publication/8c134ef0-8907-11e5-b8b7-01aa75ed71a1 DOI:10.2811/280560
16. Europäisches Parlament. Kurzdarstellungen zur Europäischen Union: Öffentliche Gesundheit. [accessed 2025 Feb 13]. Available from: https://www.europarl.europa.eu/factsheets/de/sheet/49/offentli

che-gesundheit
17. 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
18. Nationale Präventionskonferenz (NPK). Erster Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V. 2019. [accessed 2025 Feb 13]. Available from: https://www.npk-info.de/praeventionsstrategie/praeventionsbericht
19. Plaumann M, Schwartz FW, Walter U, Albrecht UV. Prävention und Gesundheitsförderung in verschiedenen Lebenswelten. In: Schwartz FW, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Busse R, Amelung VE, Dierks ML, editors. Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen. 4 edn. München: Elsevier; 2023.
20. Robert Koch-Institut. Wie steht es um Prävention und Gesundheitsförderung? In: Gesundheit in Deutschland. Berlin; 2015. p. 238–43. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Gemeinsam getragen von RKI und Destatis).
21. Blümel S. Akteure, Angebote und Strukturen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Verlag für Gesundheitsförderung; 2011. p. 14–8.
22. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Schaubilder: Das System der institutionalisierten Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzeptionen, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4 edn. Verlag Peter Sabo; 2003. p. 247.
23. Kossow A. Prävention übertragbarer Erkrankungen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i090-2.0
24. 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
25. Hartung S, Faller G. Betriebliche 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-I042-3.0
26. 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
27. Hollederer 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
28. Quilling E, Tollmann P, Christ A, Bauer J. Gesunde Städte-Netzwerk. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I152-1.0
29. 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
30. 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
31. 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
32. Kaba-Schönstein L, Trojan A. Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I054-1.0
33. 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

34. 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
35. 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
36. Quilling E, Leimann J, Tollmann P. Kommunale 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-I043-1.0
37. Quilling E, Kaczmarczyk D, Schäfer P, Trojan A, Süß W. Sozialraum- und Gemeindeorientierung in 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-I021-3.0
38. Röhrle B. Gemeindepsychologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I131-2.0
39. 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
40. Fehr R. Urban Health / StadtGesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/bioeg:g4-i124-3.0
41. 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
42. Blümel S, Lehmann F, Hartung S. Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I128-2.0
43. 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
44. 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
45. Paulus P, Dadaczynski K. Gesundheitsförderung und Schule. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I051-3.0
46. Bonse-Rohmann M. Gesundheitsförderung und Hochschule. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i044-3.0

Korrespondenz: Dr. Martina Plaumann, Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), Maarweg 149-161, 50825 Köln, Deutschland, E-mail: martina.plaumann@bioeg.de

Zitierhinweis: Blümel S, Plaumann M. Akteure und Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i001-1.0

Copyright: © 2026 Stephan Blümel 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/

Anwaltschaft – Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen

Katharina Böhm[1]
[1] Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V., Frankfurt, Deutschland

Abstract

Fehlt Menschen die Möglichkeit, sich selbst im Kontext der eigenen Gesundheit ausreichend zu artikulieren oder um gesundheitliche Chancengleichheit allgemein zu verbessern, braucht es anwaltschaftliches Eintreten im Sinne einer Interessensvertretung. Es gibt inzwischen zahlreiche Handbücher und Anleitungen, die Advocacy-Strategien und Instrumente für die Gesundheitsförderung praxisnah beschreiben. Auch finden sich zunehmend anwaltschaftliche Zusammenschlüsse von Personen und Institutionen, die für die Ziele der Gesundheitsförderung im Sinne von Advocacy anwaltschaftlich eintreten. Die Umsetzung von Advocacy scheitert jedoch häufig an fehlenden Ressourcen und weil Interessenvertretung bislang kaum als Grundkompetenz der Gesundheitsförderung verstanden und gelehrt wird.

Keywords: Advocacy, Interessenvertretung, Lobbyarbeit

Einleitung

Anwaltschaft (englisch: advocacy) ist laut Ottawa-Charta eine der drei Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung. Im Deutschen verwenden wir diesen Begriff eher selten und sprechen meist von Interessenvertretung. In der Public Health-Literatur lassen sich unterschiedliche Verwendungen des Advocacy-Begriffs finden [1]. Carlisle [2] hat ein vierdimensionales Konzept entwickelt, das unterschiedliche Ansätze integriert. Es unterscheidet zwischen der

- Interessenvertretung von Betroffenen(-gruppen) und
- genereller Anwaltschaft für die Gesundheit durch die Adressierung struktureller Ursachen.

In beiden Fällen kann Anwaltschaft mit dem Ziel verfolgt werden,

- Individuen oder Gruppen zu ermächtigen, selbst für ihre Interessen einzutreten (facilitational advocacy), oder
- stellvertretend für benachteiligte Individuen oder Gruppen einzutreten (representational advocacy).

Das eine Vorgehen schließt das andere nicht aus.

Eine spezifische Form der Anwaltschaft ist der Lobbyismus. Während Anwaltschaft jegliches Eintreten für die Interessen von Individuen oder Gruppen bzw. die Gesundheit der Bevölkerung umfasst, meint Lobbyismus das Einflussnehmen auf politische Entscheidungen bzw. staatliche Entscheidungsträgerinnen und -träger.

Interessenvertretung für Betroffene

Anwaltschaft wird eingesetzt als Arbeitsprinzip. Dabei vertreten fachlich, methodisch und sozial kompetente und von den Betroffenen legitimierte Personen oder Verbände die Interessen von Personen oder Gruppen, denen es (noch) an Artikulations- und Durchsetzungsfähigkeiten mangelt. Dabei geht es um die Vermeidung bzw. Verringerung von Benachteiligungen, aber auch um die Entwicklung bzw. Erweiterung von Fähigkeiten, die eigenen Interessen zu vertreten.

Mit der Zunahme marktwirtschaftlicher Entwicklungen im Gesundheitssystem erhielt das Ziel der Patienten-Souveränität größere Aufmerksamkeit. Dabei wurde erkannt, dass es besonderer Institutionen bedarf, die einerseits stellvertretend Patienteninteressen vertreten (z. B. Beratungseinrichtungen, Patientenorganisationen, Verbraucherschutz) und andererseits Patientinnen und Patienten selbst dazu befähigen [3] (Empowerment/Befähigung).

Am besten etabliert ist Anwaltschaft als Methode der Anwaltsplanung. Dieser Ansatz (advocacy planning) stammt vor allem aus den USA. Er wurde Anfang der 1970-er Jahre in Deutschland bekannt als ein Verfahren der Beteiligung von Bewohnerinnen und Bewohnern in städtebaulichen Planungsprozessen. Anwaltsplanerinnen und -planer erstellen zusammen mit Bürger- bzw. Anwohnergruppen alternative Lösungen im Interesse ihrer Klientinnen und Klienten.

Anwaltschaft für die Gesundheit

Beim anwaltschaftlichen Eintreten für das Ziel Gesundheit gilt es, die politischen, ökonomischen, sozialen, kulturellen, biologischen sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren im Sinne der Gesundheit positiv zu beeinflussen. Dies insbesondere mit Blick auf Einflussfaktoren auf gesundheitliche Chancengleichheit. Anders ausgedrückt geht es darum, die in der Ottawa-Charta formulierte Forderung nach einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik / Healthy Public Policy [4] (Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy) umzusetzen.

Umsetzung von Advocacy: Strategien und Instrumente

Obwohl Advocacy zur Erreichung von Zielen der Gesundheitsförderung essenziell ist und damit zur Grundkompetenz von Fachkräften in der Gesundheitsförderung gehören sollte, ist die Vermittlung von Advocacy-Kompetenzen meist nicht Teil der gesundheitswissenschaftlichen Ausbildung in Deutschland. In anderen v. a. angelsächsischen Ländern gehört die Advocacy-Rolle zum professionellen Selbstverständnis von Gesundheitsakteurinnen und -akteuren und ist zunehmend Teil der Curricula. Inzwischen gibt es zahlreiche Advocacy-Toolkits (z. B. [5], [6], die Wissen über den Advocacy-Prozess praxisnah aufbereiten und einzelne Instrumente und Strategien anhand von Praxisbeispielen beschreiben.

Advocacy erfolgt im besten Fall strategisch, um die Wirksamkeit zu erhöhen. Unterstützen kann hierbei das Advocacy-Framework des Public Health-Advocacy Institute of Western Australia [5].

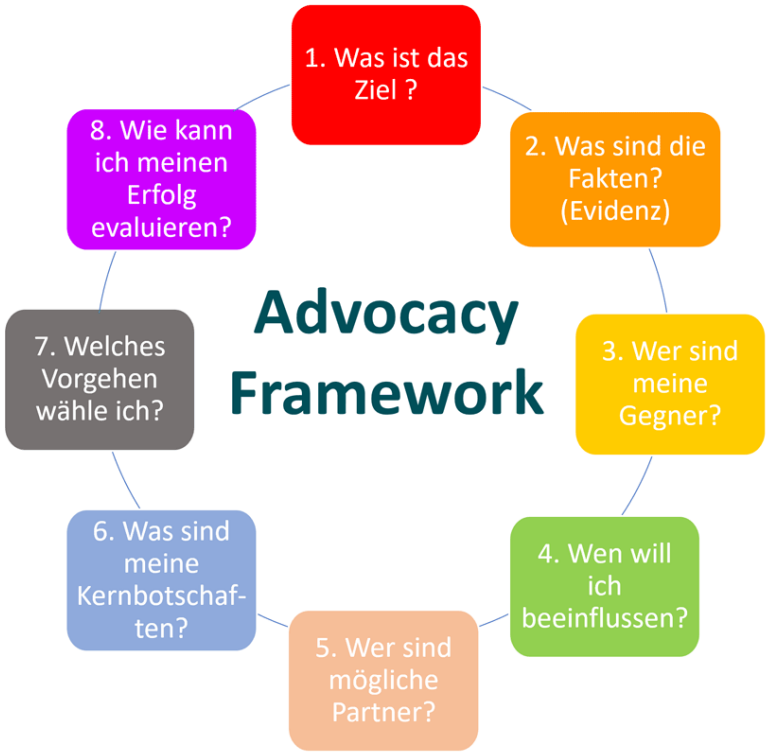


Abb. 1: Advocacy-Framework (Quelle: [5], S. 20) Übersetzung: K. Böhm)

Das Handbuch gibt für jeden der einzelnen Schritte eine umfassende Anleitung zum Vorgehen und beschreibt praxisnah die Anwendung von 13 Advocacy-Instrumenten, darunter klassische Instrumente wie Öffentlichkeitsarbeit und das Verfassen von politischen Strategiepapieren. Zusätzlich finden sich dort auch Instrumente, die insbesondere auf kommunaler Ebene umgesetzt werden können, beispielsweise die Gewinnung einer prominenten lokalen Persönlichkeit für das Vorhaben.

Geht es um die Beeinflussung von politischen Entscheidungen, also Lobbyarbeit, braucht es gute Kenntnisse der Entscheidungsprozesse: Wer trifft wann welche Entscheidung und welche Faktoren haben Einfluss auf die Entscheidung? Zudem ist es hilfreich, ein Netzwerk politischer Kontakte zu haben, um rechtzeitig über relevante politische Prozesse und Entscheidungen informiert zu werden und zugleich Informationen einbringen zu können (z. B. durch das Verfassen von Hintergrundpapieren oder die Einladung als Expertin bzw. Experte bei Anhörungen).

Advocacy-Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung in Deutschland

Während im Englischen wie selbstverständlich von Public Health-Advocats gesprochen wird, verwenden wir im Deutschen den Begriff der Interessensvertretung. Die Interessen für die Gesundheitsförderung werden sowohl von Einzelpersonen als auch von Organisationen oder deren Zusammenschlüssen vertreten. Die folgenden Ausführungen beschränken sich auf Organisationen und deren Zusammenschlüsse. Es gibt sie in Deutschland auf allen föderalen Ebenen.

Zentrale Advocacy-Akteurinnen und -Akteure auf Bundesebene sind:

- Die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) ist der Dachverband von 134 Mitgliedsorganisationen, darunter vor allem Bundesverbände des Gesundheitswesens, die einen Arbeitsschwerpunkt im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung haben (z. B. die Bundesärztekammer, die Spitzenverbände der Krankenkassen, Verbände der Heil- und Hilfsberufe) sowie weitere Akteurinnen und Akteure aus dem Handlungsfeld (z. B. Landesvereinigungen/-zentralen für Gesundheit, Bildungsinstitutionen). Die BVPG setzt sich für den Strukturerhalt und Strukturverbesserungen in Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland ein und fördert v. a. die Vernetzung und Kooperation ihrer Mitglieder.
- Die Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) ist ein Zusammenschluss von 21 wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, Verbänden und Forschungseinrichtungen, der sich mit Studien, Positionspapieren und politischen Appellen für nachhaltige Primärprävention in Deutschland einsetzt.
- Die Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG) ist ein Netzwerk von Einzelpersonen, Organisationen und Verbänden, das es sich zur Aufgabe gemacht hat, über die gesundheitlichen Auswirkungen der Klimakrise aufzuklären und Gesundheitsberufe zu befähigen, die Transformation zu einer klimaneutralen Gesellschaft mitzugestalten. Hierfür werden Akteurinnen und Akteure über Sektorengrenzen hinweg vernetzt, Inhalte in die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen eingebracht und Impulse für die Öffentlichkeitsarbeit gegeben. Zudem hat KLUG 2021 gemeinsam mit der Stiftung Mercator das Center for Planetary Health Policy gegründet, um die Politik zu planetarer Gesundheit wissenschaftlich zu beraten.
- Das Gesunde-Städte-Netzwerk Deutschland (GSN) ist ein Zusammenschluss von 97 Kommunen (Städte, Stadtbezirke, Landkreise, Gemeinden und Regionen), die sich zur kommunalen Gesundheitsförderung bekennen. Das GSN ist Teil des 1986 von der WHO initiierten weltweiten Healthy Cities Network und „versteht sich als kommunales Sprachrohr auf der Bundesebene für die kompetente Gestaltung einer lebensweltlichen Gesundheitsförderung durch integrierte Handlungsansätze und bürgerschaftliches Engagement“ [7].
- Das Zukunftsforum Public Health ist ein Zusammenschluss von Organisationen und Personen aus Public Health-Wissenschaft und -Praxis, die sich für die Stärkung von Public Health in Deutschland einsetzen. Mit jährlichen Symposien und digitalen Austauschformaten vernetzen sie die Public Health-Akteurinnen und -Akteure. Über die Veröffentlichung von Positionspapieren und politische Arbeit werben sie für die Entwicklung einer Public Health-Strategie und die Umsetzung von Health in All Policies in Deutschland [8] (Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP)).

Die zentralen Interessensvertretungen für Gesundheitsförderung auf Landesebene sind die Landesvereinigungen bzw. Landeszentralen für Gesundheit(sförderung). Es gibt sie in allen Bundesländern mit Ausnahme von Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen. Die gemeinnützigen

Vereine stärken die Gesundheitsförderung in den Ländern durch die Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen, Vernetzung, Beratung und Qualifizierung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Zudem bringen sie sich in gesundheitsbezogene Prozesse ein oder organisieren sie. Viele von ihnen wirken nicht nur selbst als Advocacy-Akteure, sondern qualifizieren auch lokale Akteurinnen und Akteure für die Entwicklung und Umsetzung von Advocacy-Strategien.

Ein über alle drei föderalen Ebenen hinweg wirkende Struktur ist der seit 2003 bestehende, von der BZgA (seit 13.2.2025 Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit BIÖG) initiierte und maßgeblich unterstützte Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Ihm gehören (Stand April 2025) 75 Partnerorganisationen aus kommunaler Selbstverwaltung sowie dem Gesundheits- und Wohlfahrtsbereich an. In allen 16 Bundesländern gibt es Netzwerke, die von den Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) begleitet und unterstützt werden. In der Regel werden die Koordinierungsstellen jeweils zur Hälfte von den Bundesländern und kassenartenübergreifend von den Krankenkassen finanziert. Träger sind in der Regel die Landesvereinigungen für Gesundheit. Um die Gesundheitsförderung in Lebenswelten zu stärken, wird der Aufbau integrierter kommunaler Strategien durch den Partnerprozess Gesundheit für alle von der KGC unterstützt [9] (Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention).

Ergänzend zu nennen sind die zahlreichen gesundheitsbezogenen Selbsthilfeorganisationen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene [10] (Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung).

Anwaltschaftliche Vertretung durch Kooperationsgremien bedeutet oftmals, sich in andere Politikbereiche einzumischen und Gesundheitsbelange dort aktiv zu vertreten. Die Funktion der anwaltschaftlichen Interessenvertretung für Gesundheit im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik kommt in den regionalen und kommunalen Gremien häufig zu kurz gegenüber der Organisation und Koordination von gesundheitsfördernden Angeboten und Anbietern. Auch erweist sie sich in vielen Fällen kaum als realisierbar, da das Gesundheitsressort vielfach politisch zu schwach ist, um Gesundheitsinteressen in anderen Politiksektoren zur Geltung zu bringen (z. B. in Stadtplanung und Verkehrspolitik, bei Gewerbeansiedlungen oder im Konflikt mit wirtschaftlichen Prestigeprojekten).

In allgemeiner Form hat sich Laverack [11] mit der Frage befasst, inwieweit Gruppen des bürgerschaftlichen Engagements und Public Health-Fachleute Einfluss auf Politik nehmen können. Empirische Studien lassen ihn zu dem Schluss kommen, dass ein guter Zugang zu internen Politikzirkeln und Beiräten effektiv sein kann. Weiterhin gibt es Belege dafür, dass Einflussnahme umso erfolgreicher ist, je technokratischer die gewünschte Politik ist, je klarer die Ziele und je kürzer die Umsetzungsdauer sind. Im Umkehrschluss: Je komplexer die im Namen der Gesundheitsförderung befürwortete Politik ist, desto geringer sind die Erfolgsaussichten.

Ich danke Frank Lehmann, Carolin Chwaluk und Alf Trojan für die Arbeit an der ersten Version dieses Textes, an die ich anknüpfen konnte.

Internetadressen:

- Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung: www.bvpraevention.de
- Center for Planetary Health Policy: www.cphp-berlin.de/de
- Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit: www.klimawandel-gesundheit.de
- Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten: www.dank-allianz.de
- Gesunde Städte Netzwerk: www.gesunde-staedte-netzwerk.de
- Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit in den Bundesländern: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/struktur/koordinierungsstellen-gesundheitliche-chancengleichheit
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
- Zukunftsforum Public Health: www.zukunftsforum-public-health.de

Weiterführende Quellen:

- Activevoice. Activevoice Collection of Good Examples. Available from: https://www.activevoice.eu/collection

References

1. Cohen BE, Marshall SG. Does public health advocacy seek to redress health inequities? A scoping review. Health Soc Care Community. 2017 Mar;25(2):309–28. DOI:10.1111/hsc.12320
2. Carlisle S. Health promotion, advocacy and health inequalities: a conceptual framework. Health Promot Int. 2000 Dec 1;15(4):369–76. DOI:10.1093/heapro/15.4.369
3. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I10-3.0
4. 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
5. Stoneham M, Vidler AC, Edmunds M. Advocacy in action: A toolkit for public health professionals. 4 edn. 2019 [accessed 2025 Apr 12]. Available from: https://nla.gov.au/nla.obj-2340108842/view
6. Public Health-Alliance Ireland for the island of Ireland (pha). Public health advocacy toolkit. 2007 [accessed 2025 Dec 10]. Available from: https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/07/Public-Health-Advocacy-Toolkit.pdf
7. Gesunde Städte Netzwerk Deutschland (GSN). Über uns – Wofür steht das Gesunde Städte Netzwerk. 2025 [accessed 2025 Apr 12]. Available from: https://gesunde-staedte-netzwerk.de/das-netzwerk/ueber-uns
8. Köckler H, Geene R. Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I157-1.0
9. 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
10. 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
11. Laverack G. Influencing public health policy: to what extent can public action defining the policy concerns of government? J Public Health. 2010 Feb;18(1):21–8. DOI:10.1007/s10389-009-0274-5

Korrespondenz: Dr. Katharina Böhm, Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V., Wildunger Str. 6a, 60487 Frankfurt, Deutschland, E-mail: katharina.boehm@hage.de

Zitierhinweis: Böhm K. Anwaltschaft – Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i003-1.0

Copyright: © 2026 Katharina Böhm
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/

Aus- und Weiterbildung in Gesundheitsförderung und Prävention

Kerstin Baumgarten[1]
Elena Sterdt[2]
Thomas Hartmann[3]

[1] Fachbereich Soziale Arbeit, Gesundheit und Medien, Hochschule Magdeburg-Stendal, Magdeburg, Germany
[2] Hochschule Magdeburg-Stendal, Magdeburg, Germany
[3] Germany

Abstract

Die qualifizierte Aus- und Weiterbildung in der Gesundheitsförderung und Prävention hat sich in Deutschland in den letzten 20 Jahren stark entwickelt. Nachdem es dafür zunächst keine geregelten Ausbildungswege gab, wurden sie zunehmend akademisch organisiert. Die hochschulbezogene Struktur fügt sich in ein europaweites Aus- und Weiterbildungssystem für Gesundheitsfachberufe ein, das international vergleichbar und durchlässig sein soll. In Deutschland haben sich inzwischen verschiedene Bachelor- und Masterabschlüsse mit dem Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention erfolgreich etabliert. Der nationale Fachqualifikationsrahmen soll einheitliche Standards bei den Inhalten und Zielen dieser Studiengänge fördern.

Keywords: Qualifizierung, Kompetenzen, Studienangebote, Gesundheitsförderung, Prävention

Einleitung

Die Möglichkeiten der Qualifizierung für Tätigkeiten in der Gesundheitsförderung und Prävention haben sich in den letzten 20 Jahren in Deutschland vor allem an Hochschulen ausgeweitet. Zum Stichtag 15.09.2024 ergab eine umfassende Recherche in der Datenbank der Hochschulrektorenkonferenz „Hochschulkompass“ mit den Schlagworten „Gesundheitsförderung“, „Gesundheitswissenschaften“, „Public Health“ und „Epidemiologie“ insgesamt 21 Bachelorstudiengänge und 49 Masterstudiengänge. Davon fokussieren sechs Bachelorstudiengänge und acht Masterstudiengänge Gesundheitsförderung.

Die Bachelorstudiengänge mit dem Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention haben zum Wintersemester 2023/2024 deutschlandweit 309 Studienplätze zur Verfügung gestellt, das sind im Durchschnitt 51 Studienplätze pro Studiengang. Im Rahmen der Studienangebote im Bereich der Gesundheitswissenschaften und Public Health werden vergleichbare Kompetenzen vermittelt, und Gesundheitsförderung und Prävention gehört dort im Rahmen der Curricula zu den Studieninhalten.

Entwicklung der Ausbildungsmöglichkeiten an Hochschulen

Bis Mitte der 1990-er Jahre waren bildungsrechtlich anerkannte Ausbildungen in Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland nicht etabliert. Fortbildungen fanden zumeist im Rahmen nicht geregelter öffentlicher oder privatwirtschaftlicher Erwachsenenbildung statt. Eine erste Veränderung erfolgte mit der Entwicklung von Public Health-Studiengängen. Nach gut zweijähriger Vorarbeit legte die Bundesregierung im Jahr 1989 eine Förderinitiative auf, die das Ziel hatte, an deutschen Hochschulen international konkurrenzfähige Strukturen der Forschung und Lehre für Public Health aufzubauen.

Zwischen 1989 und 1995 entstanden aus den fünf geförderten Forschungsverbünden neun postgraduale, gesundheitswissenschaftliche Studiengänge mit der Abschlussbezeichnung MPH (Master of Public Health) oder M.S.P (Magister Sanitas Publicae) an den Universitäten, die nach vergleichbaren Standards qualifizierten. Parallel dazu wurden an Fachhochschulen erste Diplom-Studiengänge in Gesundheitsförderung und -management gegründet [1].

Nach 2000 begann an Hochschulen eine neue Phase durch den sogenannten Bologna-Prozess und damit die Entwicklung eines europäischen Hochschulraums mit vergleichbaren Abschlussgraden. Die Studiengangslandschaft im Bereich der Gesundheitsförderung bzw. der Gesundheitswissenschaften/Public Health wurde weiter ausgebaut und hat sich kontinuierlich

weiterentwickelt [2]. Das Studium in Gesundheitsförderung bzw. der Gesundheitswissenschaften/Public Health fügt sich seitdem in das dreistufige Studiensystem ein: Bachelor als erster akademischer Abschluss, darauf aufbauend ein Masterstudium und als Nachweis der wissenschaftlichen Eignung die Promotion. In den ersten beiden Abschlussgraden unterscheiden sich Universitäts- und Fachhochschulabschlüsse formal nicht voneinander.

Auf der Grundlage der Hochschulgesetze der Länder verfügen Fachhochschulen bzw. Hochschulen für Angewandte Wissenschaften zunehmend auch über ein Promotionsrecht, z. B. in Public Health. Zugleich wurde eine externe Akkreditierung von Studiengängen, d. h. eine formale Überprüfung von Qualitätsstandards, eingeführt, die generellen Kriterien (z. B. Studierbarkeit, Übereinstimmung mit formalen Kriterien und Ressourcen) der Studienprogramme überprüft. Diese Qualitätsprüfung erfolgt durch eine Programm- bzw. Systemakkreditierung. Während bei einer Programmakkreditierung ein Qualitätssiegel für einzelne Studienprogramme vergeben wird, nimmt die Hochschule bei einer Systemakkreditierung auf der Grundlage eines internen Qualitätssicherungssystems die Akkreditierung der Studienangebote für die geprüften Studiengänge selbst vor.

Als Abschlussgrad wird der Bachelor of Science (B.Sc.) oder der Bachelor of Arts (B.A.) vergeben. Beide Grade sind gleichwertig. Sie zeigen nur auf, ob sich der Studiengang als stärker medizinisch-naturwissenschaftlich (B.Sc.) oder sozialwissenschaftlich (B.A.) ausgerichtet orientiert. In den Masterstudiengängen kann neben den Abschlussgraden Master of Science (M.Sc.) und Master of Arts (M.A.) auch der Master of Public Health (MPH) vergeben werden, wenn es sich um einen Weiterbildungs-Master handelt. Auch hier ist die Art des Abschlussgrads kein Qualitätsmerkmal.

Evidenzbasierung

Gesundheitsförderung und Prävention bedienen sich wissenschaftlicher Methoden der Bedarfsermittlung, z. B. anhand sozialepidemiologischer Studien und der Gesundheitsberichterstattung, der Evaluation und der Überprüfung der Wirksamkeit von Interventionen nach strengen methodischen Kriterien [3] (Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 2: Umsetzung). Aus diesem Grund liegt es nahe, für solche Tätigkeiten eine wissenschaftliche Ausbildung vorauszusetzen. Das gilt vor allem für die auf Gesundheitsförderung spezialisierte konzeptionelle Arbeit sowie für die Beratung von Akteurinnen und Akteuren in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung [4] (Settingansatz/Lebensweltansatz).

Dagegen werden individuelle Verhaltensänderungen idealerweise auch von Gesundheitsfachberufen mit oder ohne akademischen Abschluss als Teil ihrer professionellen Tätigkeit angeregt. Menschen aus Gesundheitsfachberufen könnten deshalb auch als Spezialistinnen und Spezialisten für das jeweilige Handlungsfeld in der individuellen Gesundheitsförderung und Prävention tätig werden, sofern entsprechende Grundlagen Gegenstand ihrer Ausbildung waren.

Seltener bieten Hochschulen ergänzend wissenschaftliche Weiterbildungen in Gesundheitsförderung an, die auch Personen ohne Hochschulzugang offenstehen und mit einem Zertifikat abgeschlossen werden. Rein privatwirtschaftlich organisierte Träger oder Träger öffentlich geförderter Erwachsenenbildung bieten weiterhin Fortbildungen an, die teilweise mit Zertifikaten abschließen, aber weder bildungs- noch berufsrechtlich anerkannt sind.

Verortung im Bildungssystem

Qualifizierungsangebote lassen sich zunächst unter bildungs- und berufsrechtlichen Gesichtspunkten differenzieren. Mit (Berufs-)Ausbildung ist ein berufsqualifizierender Abschluss gemeint, der im sekundären (z. B. anerkannter Ausbildungsberuf nach Berufsbildungsgesetz) oder tertiären (z. B. Bachelor-Grad) Bildungsbereich erworben wird. Im engeren Sinn meint Ausbildung in Deutschland eine duale Ausbildung im Berufsbildungssystem, während die Ausbildung an Hochschulen als Studium bezeichnet wird. Es gibt auch duale Studienangebote für Gesundheitsfachberufe (z. B. seit 2020 für Hebammen).

Die für die meisten Gesundheitsfachberufe in Deutschland noch immer übliche Ausbildung in den Fachschulen des Gesundheitswesens hat einen Sonderstatus. Einerseits erfolgt sie in einem dualen System von Fachschule und Praxis, andererseits werden solche Ausbildungen durch ein Bundesgesetz geregelt. Das Berufsbildungsgesetz gilt hier jedoch ausdrücklich nicht. Bundesgesetze regeln zwar auch akademische Gesundheitsfachberufe, wie die Medizin, die Pharmazie oder seit 2020 die Ausbildung von Hebammen. Für die Berufe des Gesundheitswesens gilt jedoch, dass die Berufsbezeichnung an eine Anerkennung der Ausbildungsstätte und ein staatliches Examen gebunden ist.

Nichtmedizinische Tätigkeiten gehören nicht zu den geregelten Berufen des Gesundheitswesens, insoweit gibt es auch keine staatliche Anerkennung für entsprechende berufliche Tätigkeiten. Bezeichnungen wie Gesundheitsberaterin und -berater, Präventologin und Präventologe oder Gesundheitspädagogin und -pädagoge sind allenfalls markenrechtlich, aber nicht berufsrechtlich geschützt.

Eine fehlende staatliche Anerkennung kann allerdings durch die Bildungsinstitution Hochschule und deren Ausbildungsgrade erfolgen. Studiengänge sind heute in der Regel akkreditiert. Eines der Kriterien für die Akkreditierung ist die generelle Berufsbefähigung, nicht aber die konkrete Überprüfung der Eignung der vermittelten Kompetenzen für den jeweiligen Beruf. Deshalb können Studiengänge an unterschiedlichen Standorten gleichermaßen „Gesundheitsförderung“ heißen, aber dennoch im Detail Unterschiedliches vermitteln. Umgekehrt können Studiengänge mit unterschiedlichen Namen gleichermaßen für eine Tätigkeit in der Gesundheitsförderung und nichtmedizinischen Prävention qualifizieren.

Weiterbildungen und Fortbildungen

Weiterbildungen bauen in der Regel auf einem ersten Ausbildungsabschluss auf und führen zu einer zusätzlichen Abschlussbezeichnung, z. B. einem Master-Grad oder einer zumindest landesrechtlichen oder berufsrechtlichen Anerkennung (z. B. Zahnmedizinische Prophylaxe-Assistentin) durch den Staat oder eine Kammer. Zertifikatskurse, für die diese Kriterien nicht gelten, werden oft als Fortbildungen bezeichnet.

Fortbildung kann auch in Form informeller Lernprozesse stattfinden. Beispielsweise ist die Reflexion von Erfahrungen im Berufsleben ein solch informeller Lernprozess. Fort- und Weiterbildung werden auch danach differenziert, ob sie der Erweiterung und Vertiefung der Kompetenzen dienen, die im ausgeübten Beruf benötigt werden, oder ob sie potenziell zu einer Veränderung oder Erweiterung der beruflichen Möglichkeiten beitragen. Danach wäre die Einführung in ein konkretes Präventionskonzept für jemanden, die oder der bereits in der Prävention tätig ist, eine Fortbildung, während beispielsweise eine gesundheitspädagogische Zusatzqualifikation für eine Physiotherapeutin eine Weiterbildung sein könnte.

Die Differenzierung zwischen Fort- und Weiterbildung, tendenziell auch die zwischen Ausbildung und Weiterbildung, verliert mit dem Konzept des „lebenslangen Lernens“ an Bedeutung. Dieser Begriff wurde 2001 von der Europäischen Kommission aufgegriffen und in die Diskussion um einen europäischen Wissensraum eingebracht. Er bringt zum Ausdruck, dass sich die Anforderungen an die beruflichen Kompetenzen im Laufe eines etwa vierzigjährigen Berufslebens abhängig von den Entwicklungen am Arbeitsmarkt und der Arbeitsgestaltung und -organisation stark verändern können. Deswegen ist der Erwerb erforderlicher Kompetenzen mit dem Abschluss einer Ausbildung nicht abgeschlossen; während der gesamten Erwerbsphase sind qualifikatorische Anpassungen erforderlich, die formell oder informell erfolgen können.

Der Europäische und der Deutsche Qualifikationsrahmen

Aufgrund der Heterogenität der Berufsbildungssysteme in Europa geht mit diesem Konzept zudem die Überlegung einher, dass nicht formelle Bildungsabschlüsse, sondern faktisch vorhandene Kompetenzen und deren wechselseitige Anerkennung in Europa relevant sein müssten. 2008 wurde deshalb der Europäische Qualifikationsrahmen (EQR oder EQF) verabschiedet [5] und 2017 aktualisiert. Der EQR unterscheidet anhand von Deskriptoren Kenntnisse, Fertigkeiten und den Grad der Verantwortungsübernahme in acht verschiedenen Niveaustufen. Niveau 6 entspricht dem Abschluss eines Bachelor-Studiums, Niveau 7 einem Master-Abschluss. In Deutschland, wie in insgesamt 38 europäischen Staaten, wurde daraufhin ein Nationaler Qualifikationsrahmen (DQR) entwickelt, der in 26 Ländern eine Zuordnung zum EQR vorgibt. Der DQR unterscheidet ebenfalls acht Niveaustufen, die aber die Deskriptoren Wissen, Fertigkeiten, Sozialkompetenz und Selbständigkeit differenzieren. Im Arbeitskreis DQR wurden formale Qualifikationen den Niveaus des EQR zugeordnet. Berufe der Gesundheitsförderung und Prävention ohne Studienabschlüsse finden sich dort nicht wieder, weil es keine formalen Ausbildungen sind.

Qualifikationsanforderungen der Praxis

Anders als in anderen europäischen Ländern ist Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland gesetzlich primär den Sozialversicherungsträgern überantwortet, unter denen die gesetzlichen Krankenkassen eine dominante Rolle einnehmen [6] (Gesundheitsförderung 5: Deutschland). Qualifikationsanforderungen werden in entsprechenden Dokumenten des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) beschrieben.

Der derzeit geltende Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes [7] definiert „Anbieterqualifikationen“ für durch die GKV geförderte Angebote. So fordert er bei der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung [4] (Settingansatz/Lebensweltansatz) „Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss mit dadurch belegten Kenntnissen und Fähigkeiten in Public Health bzw. Gesundheitsförderung und Prävention sowie insbesondere zu den Bereichen Prozess- und Projektmanagement und Organisationsentwicklung. Darüber hinaus sind Systemkenntnisse der gesetzlichen Zuständigkeiten in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention, insbesondere Kenntnisse über gemeinsam abgestimmte Vorgehensweisen der Sozialleistungsträger wünschenswert“ (S. 34).

Fachkräfte, die auf dem Feld der betrieblichen Gesundheitsförderung beraten und finanziert werden wollen, benötigen einen „staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss mit Kenntnissen und Fähigkeiten in Public Health, betrieblicher Gesundheitsförderung und insbesondere zu den Bereichen Organisationsentwicklung, Organisationsberatung sowie Prozess- und Projektmanagement“ (S. 122).

Bei der individuellen Prävention sollten Anbieter folgende Qualifikationen nachweisen: „Staatlich anerkannter handlungsfeldbezogener Berufs- oder Studienabschluss mit Nachweis der Mindeststandards in Bezug auf fachwissenschaftliche, fachpraktische und fachübergreifende Kompetenzen für das jeweilige Handlungsfeld/Präventionsprinzip“ (S. 62).

Unabhängig von der fachlichen Nachvollziehbarkeit dieser Kriterien werden hier aus bildungswissenschaftlicher Perspektive Fragen nach den notwendigen Kompetenzniveaus aufgeworfen. Auf der Grundlage pädagogischer Kompetenzen verfügen sowohl eine nicht akademisch ausgebildete Diätassistentin oder ein Diätassistent als auch eine Ernährungswissenschaftlerin oder Ernährungswissenschaftler über eine geeignete Qualifikation zur Beratung über Ernährungsfragen. Während beide Berufsfelder also grundsätzlich geeignet sein können, die vorliegenden standardisierten Kurskonzepte umzusetzen, sind für deren Entwicklung und Evaluierung unterschiedliche Kompetenzniveaus erforderlich. Während die Diätassistentin oder der Diätassistent im DQR auf Niveau 4 eingeordnet ist, hat die Ernährungswissenschaftlerin oder der Ernährungswissenschaftler mindestens einen Bachelor- (Niveau 6) oder einen Master-Abschluss (Niveau 7) vorzuweisen.

Mit Deskriptoren ließe sich differenzieren, auf welcher Ebene Entscheidungen getroffen werden und wie wissenschaftlich fundiert die dafür notwendigen Ausbildungen sein müssen. Beispielsweise könnte der Grad der Verantwortungsübernahme auf Niveau 5 die Durchführung eines standardisierten Kurskonzepts in der Prävention sein. Niveau 6 würde die Leitung eines Projekts der Gesundheitsförderung beinhalten, Niveau 7 die Entwicklung neuer Interventionsstrategien und die Weiterentwicklung der theoretischen und empirischen Basis der Gesundheitsförderung. Mit jeder Stufe erweiterten sich der Entscheidungsspielraum und die Komplexität der zu berücksichtigenden Fakten, nach denen entschieden werden kann. Wissenschaftliche Expertise wird nur auf Niveau 7 generiert. Aus diesem Grund erfordern Projekte, in denen neue Erkenntnisse über die Wirksamkeit einer Strategie gesucht werden, Verantwortliche, die mindestens über einen Master-Abschluss verfügen.

Geht es weniger um die formale Definition einer Anbieterqualifikation, sondern um Beschäftigungsverhältnisse, so zeigt eine Studie auf Basis von Stakeholder-Analysen, dass ein Bachelor-Abschluss eher das Mindestmaß an Qualifikation für Tätigkeiten im Projektmanagement, der Koordination oder auch der Gesundheitsberichterstattung bei unterschiedlichen Trägern ausmacht [8]. Mit entsprechendem Engagement kann bereits während des Studiums der Einstieg gelingen; zumeist wird dann aber berufsbegleitend der Master-Abschluss nachgeholt.

Transparenz über die vermittelten Kompetenzen

Aus dem Titel eines Studiengangs mit Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention ist nicht immer ersichtlich, ob er eher für eine Tätigkeit auf der individuellen Ebene [9], [10], [11]

(Gesundheitsbildung; Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung; Gesundheitskompetenz / Health Literacy), auf der bevölkerungsbezogenen Ebene – und der Arbeit entsprechend dem Settingansatz – oder einer Mischung aus beidem qualifiziert.

Zur Verbesserung der Transparenz gegenüber Studieninteressierten, v. a. aber gegenüber potenziellen Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern, wurde vor einigen Jahren von einer Expertengruppe deutscher Hochschulen ein nationaler Fachqualifikationsrahmen (FQR) entwickelt. Hier werden auf der vertikalen Ebene die Dublin-Deskriptoren benutzt, auf der horizontalen Ebene wird der Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus [12] zur Beschreibung der erforderlichen Kompetenzen herangezogen. Tabelle 1 zeigt die Beschreibungen für das Niveau 6 entsprechend eines ersten Hochschulabschlusses [13]. Solche Vorschläge bleiben für Hochschulen unverbindlich, die genannten Kompetenzen sind aber weitgehend akzeptiert.

Public Health Action Cycle/Dublin-Deskriptoren	**Problembestimmung/ Erheben des Bedarfs von Maßnahmen**	**Politikformulierung/ Entwickeln von Strategien und Maßnahmen**	**Umsetzung/ Erstellen von Rahmenbedingungen**	**Bewertung von Maßnahmen, Projekten, Ansätzen, Studien**
Wissen und Verstehen, das zumindest in einigen Aspekten an neueste Erkenntnisse anknüpft.	Kennt die unterschiedlichen Determinanten von Gesundheit und Methoden im Zusammenhang, mit denen Bedarfe an und Bedürfnisse nach Maßnahmen der Gesundheitsförderung ermittelt werden.	Kennt die Strategien und Handlungsfelder der Gesundheits-förderung der WHO sowie nationale Entwicklungen und deren zugrunde liegenden wissenschaftlichen Theorien.	Kennt relevante Rahmenbedingungen der Gesundheits-förderung; kennt die Strukturen des Sozial- und Gesundheitswesens und die Bedingungen nationaler Sozial- und Gesundheitspolitik.	Kennt Möglichkeiten und Methoden der Qualitätssicherung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung.
Wissen und Verstehen anwenden; Formulieren und Untermauern von Argumenten und Lösen von Problemen.	Kann fundiert begründen, welche Zielgruppen, Settings und Arbeitsfelder der Gesundheitsförderung relevant sind. Kann Datenquellen nutzen und Methoden der empirischen Sozialforschung einsetzen, um Bedarfe und Bedürfnisse zu identifizieren bzw. zu erheben.	Kann mit Bezug auf Zielgruppen, Settings und Themenfelder geeignete (evidenzbasierte) Konzepte, Strategien und Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisänderung entwickeln und deren Einsatz begründen.	Kann entscheiden, welche Bedingungen welche Art von Intervention erfordern und kann mit den Mitteln des Projekt-managements Interventionen unter Berücksichtigung partizipativer Ansätze umsetzen und steuern.	Kann empirische Evidenz von Maßnahmen recherchieren und beurteilen sowie den Erfolg von selbst durchgeführten Interventionen auch unter Anwendung der Methoden der qualitativen und quantitativen Sozialforschung mit geeigneten Methoden und Instrumenten der Qualitätssicherung bewerten.
Relevante Daten sammeln und interpretieren, um Einschätzungen zu stützen, die relevante soziale, wissenschaftliche und ethische Belange berücksichtigen.	Kann aus vorhandenen und aus selbst erhobenen Daten Schlussfolgerungen in Bezug auf individuelle und bevölkerungs-bezogene Gesundheits-ressourcen, -risiken und -belastungen ziehen, um einen Bedarf an Maßnahmen nach wissenschaftlichen, sozialen und ethischen Gesichtspunkten zu begründen; kann dabei insbesondere Einflüsse von sozialer Ungleichheit, Alter und Geschlecht berücksichtigen.	Kann Strategien, Ansätze, Methoden und Maßnahmen auf der Basis von Daten und Theorien entwickeln und an die alltäglichen und projektbezogenen Rahmenbedingungen anpassen; kann die dabei entstehenden Probleme reflektieren	Kann Entscheidungen für Interventionen bei spezifischen Zielgruppen treffen und reflektieren, welche Auswirkungen die Veränderungen auf andere gesundheitliche und soziale Bereiche haben könnten; kann Prioritäten unter sozialen und ethischen Gesichtspunkten setzen.	Kann den Erfolg von Interventionen empirisch gestützt beurteilen und unter Berücksichtigung ethischer, wissenschaftlicher und sozialer Belange bewerten.

Ideen, Probleme und Lösungen an Expertinnen und Experten sowie Laien vermitteln.	Kann die Ergebnisse Laien, Betroffenen, Expertinnen und Experten, Entscheidern und der Öffentlichkeit gegenüber angemessen kommunizieren bzw. vermitteln.	Kann gegenüber Ausgangslagen und Vorgehensweisen gegenüber Laien, Betroffenen, Expertinnen und Experten, Entscheidern und der Öffentlichkeit kommunizieren. Kann eigene Sichtweisen im Team transparent machen und Sichtweisen anderer wahrnehmen und integrieren.	Kann Maßnahmen kooperativ in einem professionellen Team durchführen und sie in Abstimmung und partizipativ mit den Zielgruppen umsetzen. Kann gegenüber Entscheidungsträgern und -trägerinnen kommunizieren, welche Entscheidungen mit welchen Konsequenzen verbunden sind; kann Fachaustausch und Vernetzung organisieren und durchführen.	Kann die kritische, reflektierte Bewertung von Strategien, Ansätzen und Methoden gesundheitsfördernder Projekte unterschiedlicher Adressatengruppen adäquat schriftlich und mündlich kommunizieren.
Lernstrategien, um ihre Studien selbstständig fortzusetzen.	Verfügt über Strategien, um Informationslücken mit den Grundtechniken des wissenschaftlichen Arbeitens systematisch zu schließen.	Verfügt über Strategien, um aus den Erfahrungen für weitere Maßnahmen lernen zu können; kann sich dabei neue Ansätze mit Grundtechniken des wissenschaftlichen Arbeitens allein und im Team erschließen.	Kann eigene Vorgehensweisen und deren Ergebnisse reflektieren, weiterentwickeln und zum eigenen und wissenschaftlichen Erkenntnisstand in Beziehung setzen.	Kann recherchierte und eigene Evaluationsergebnisse nutzen, um Methoden und Handlungsstrategien zu optimieren.

Tab. 1: Fachqualifikationsrahmen für Gesundheitsförderung (Bachelor-Niveau)

Ein anderer Weg wird mit den von der International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) entwickelten Kernkompetenzen beschritten. Dieses Rahmenkonzept für die Gesundheitsförderung (CompHP) wurde von der BZgA in deutscher Sprache herausgegeben [14]. Hier ist ein kostenpflichtiges Zertifizierungs- und Registrierungssystem für Ausbildungsgänge und Fachkräfteabschlüsse vorgesehen.

Die Autorinnen und der Autor danken Beate Blättner für ihre Vorarbeiten zu diesem Leitbegriff in den bisherigen Auflagen.

Weiterführende Quellen:

- Battel-Kirk B, Sendall MC. The IUHPE Health Promotion Accreditation System: Development and Experiences of Implementation. In: Akerman M, Germani ACCG, editors. International Handbook of Teaching and Learning in Health Promotion. Cham: Springer International Publishing; 2022. p. 543–562. DOI:10.1007/978-3-030-96005-6_34
- Blättner B. Kompetenzprofil für Gesundheitsförderung. In: Rásky É, editor. Gesundheitsprofi(l) für die Pflege: Pflegewissenschaft in den Berufsalltag: Möglichkeiten auf dem Gesundheitsmarkt. Wien: Facultas.wuv; 2008. p. 123–139.
- Blättner B, Heckenhahn M. Professionalisierung in der Gesundheitserziehung. In: Wulfhorst B, Hurrelmann K, editors. Handbuch Gesundheitserziehung. Bern: Huber; 2009. p. 254–264. (Handbuch Gesundheitswissenschaften).

Internetadressen:

- Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH). Available from: https://www.dgph.info
- Akkreditierte Studiengänge und Hochschulen. Available from: https://hs-kompass.de/kompass/xml/akkr/maske.html
- Der Deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. Available from: https://www.dqr.de
- Hochschulkompass − Ein Angebot der Hochschulrektorenkonferenz. Available from: https://www.hochschulkompass.de

References

1. Hartmann T, Baumgarten K, Dadaczynski K, Stolze N. Gesundheitswissenschaften / Public Health und Gesundheitsförderung in Deutschland. Entwicklung der Bachelor- und Masterstudiengänge. Präv Gesundheitsf. 2015 Aug;10(3):239–246. DOI:10.1007/s11553-015-0495-0
2. Werdecker L, Esch T. Bedeutung und Rolle von Gesundheitsberufen in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Tiemann M, Mohokum M, editors. Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer; 2021. p. 159–170. (Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit).
3. De Bock F, Dietrich M, Rehfuess EE. Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 2: Umsetzung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i112-1.0
4. 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
5. Falkenstein V. Europäischer Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. 2008 [accessed 2024 Oct 15]. Available from: https://www.grin.com/document/180571
6. 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
7. GKV-Spitzenverband. Leitfaden Prävention, Handlungsfelder und Kriterien nach §20 Abs.2 SGBV. 2023 [accessed 2024 Sep 26]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/2023-12_Leitfaden_Pravention_barrierefrei.pdf
8. Karg S, Blättner B, Krüger K, Micheew N. Kompetenzen für Tätigkeiten in der Gesundheitsförderung. Sichtweisen von Stakeholdern. Präv Gesundheitsf. 2020 Aug;15(3):236–241. DOI:10.1007/s11553-020-00760-6
9. 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
10. Spura A. Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i024-2.0
11. 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
12. Hartung S, Rosenbrock R. Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i099-2.0
13. Baumgarten K, Blättner B, Dadaczynski K, Hartmann T. Entwicklung eines Fachqualifikationsrahmens für die Studienbereiche Gesundheitswissenschaften/Public Health und Gesundheitsförderung in Deutschland. Präv Gesundheitsf. 2015 Nov;10(4):320–7. DOI:10.1007/s11553-015-0507-0
14. Barry MM, Battel K, Davison H, Dempsey C, Parish R, Schipperen M, Zilnyk A. Das CompHP-Rahmenkonzept für die Gesundheitsförderung: Kernkompetenzen. Professionelle Standards-Akkreditierung. Deutsche Kurzfassung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA); 2014.

Korrespondenz: Prof. Dr. paed. Kerstin Baumgarten, Hochschule Magdeburg-Stendal, Fachbereich Soziale Arbeit, Gesundheit und Medien, Breitscheidstraße 2, 39114 Magdeburg, Deutschland, E-mail: kerstin.baumgarten@h2.de

Zitierhinweis: Baumgarten K, Sterdt E, Hartmann T. Aus- und Weiterbildung in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i005-1.0

Copyright: © 2026 Kerstin Baumgarten 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/

Betriebliche Gesundheitsförderung

Susanne Hartung[1]
Gudrun Faller[2]

[1] Fachbereich Gesundheit Pflege Management, Professur für Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, Hochschule Neubrandenburg, Neubrandenburg, Deutschland

[2] Department of Community Health, Hochschule für Gesundheit Bochum, Bochum, Deutschland

Abstract

Als Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) wird die Gesamtheit der Interventionen in privaten und öffentlichen Betrieben verstanden, durch die gesundheitsrelevante Belastungen gesenkt und Ressourcen vermehrt werden sollen. Die Auswahl und Gestaltung dieser Interventionen sind das Ergebnis eines möglichst partizipationsorientierten Kommunikationsprozesses mit allen betrieblichen Akteurinnen und Akteuren einschließlich der Beschäftigten. Die auf diese Weise erzielten primärpräventiven und gesundheitsförderlichen Effekte werden durch aufeinander bezogene Veränderungen der Ergonomie, der Organisation, des Sozialklimas und des individuellen Verhaltens erzielt.

Keywords: Betriebliche Gesundheitsförderung, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Wiedereingliederungsmanagement, Arbeitsschutz, Settingansatz

Einleitung

„Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.“ [1] Mit diesem Zitat aus der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung ist umrissen, was aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht mit Gesundheitsförderung im Betrieb erreicht werden soll.

Eine differenziertere Auseinandersetzung mit den praktizierten Ansätzen zeigt jedoch, dass bezüglich der Detailziele, Konzepte und Strategien zuweilen Überschneidungen, aber auch nicht geringe Divergenzen bestehen. Erschwerend kommt hinzu, dass die einschlägigen Begriffe uneinheitlich verwendet werden. Um die Qualität der Konzepte beurteilen zu können, reicht daher eine Orientierung anhand der Bezeichnungen nicht aus; vielmehr ist eine differenzierte Auseinandersetzung mit den jeweils praktizierten Interventionen erforderlich.

In diesem Beitrag wird der Terminus der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) im Sinne der eingangs aufgeführten Definition verwendet. Damit soll betont werden, dass das hier zugrundeliegende Verständnis auf der gesundheitswissenschaftlichen Tradition beruht, die BGF im Sinne einer gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung versteht [2] (Settingansatz/Lebensweltansatz). Ihr Grundgedanke besteht darin, dass durch die Implementierung von beteiligungsorientierten Bottom-up-Prozessen im Betrieb eine kontinuierliche Selbstreflexion befördert und so eine stetige Verbesserung der gesundheitlichen Situation und der Arbeitsverhältnisse bewirkt werden kann. Auf Seiten von Entscheidungsträgerinnen und -trägern setzt dies das Zulassen von Feedback und die Bereitschaft zur Veränderung voraus.

Die Konzepte des Arbeitsschutzes gemäß dem Arbeitsschutzgesetz und des Betrieblichen Gesundheitsmanagements weisen weitgehende Überschneidungen mit diesem Verständnis von BGF auf, sie betonen aber spezifische Aspekte. Um ihre wesentlichen Charakteristika herauszustellen, nimmt die nachfolgende Tabelle eine Profilierung vor.

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)	Betriebliches Gesundheitsmanagement ist die Verankerung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit als betriebliche Ziele unter Inanspruchnahme von Managementstrategien. Eine zentrale Rolle spielen die Definition und Verfolgung operationaler Kennzahlen, die Systematik des Vorgehens und das Postulat der Kongruenz von Gesundheits- und Effizienzgewinnen.
Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)	Betriebliche Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung zielt durch die Etablierung partizipationsorientierter Strukturen und Prozesse unter dem Leitbild von Gesundheit auf einen Prozess der gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung ab. Dieser basiert auf einem breiten Konsens und diskursiven Prozessen auf allen Ebenen (Verbindung von Top-down und Bottom-up). Beschäftigte sollen sowohl zur aktiven Teilhabe bei der Gestaltung der Lebenswelt Betrieb befähigt als auch ihre Teilhabe strukturell ermöglicht werden.
Arbeitsschutz	§ 2 ArbSchG definiert Maßnahmen des Arbeitsschutzes als solche zur Verhütung von Unfällen bei der Arbeit, arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren, einschließlich Maßnahmen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit. Mit dieser Vorschrift verbinden sich hohe Standards, wobei die Umsetzung den jeweils Verantwortlichen überlassen bleibt.

Tab. 1: Begriffliche Unterscheidung von Konzepten im Kontext Arbeit und Gesundheit (eigene Darstellung)

Gesetzliche Verankerung der Gesundheitsförderung im Betrieb

Häufig wird BGF vom Arbeitsschutz mit dem Hinweis abgegrenzt, dass BGF freiwillig und der Arbeitsschutz verpflichtend sei. Eine differenziertere Auseinandersetzung mit dieser Behauptung wirft allerdings Zweifel an deren Plausibilität auf. Zumindest bedarf es einer Klärung dessen, für wen welche Vorschriften und in welchen Zusammenhängen freiwillig oder verpflichtend sind.

Das Arbeitsschutzgesetz richtet sich in erster Linie an Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, aber auch an die Beschäftigten, und ist als rechtliche Vorschrift bindend. Es verpflichtet nicht nur dazu sicherzustellen, dass die körperliche und psychische Gesundheit der Beschäftigten durch geeignete Vorkehrungen geschützt wird. Die Arbeit soll zudem so gestaltet werden, dass sie nach §2 Abs. 1 ArbSchG menschengerecht ist. Nach Pieper ([3], S. 116) bedeutet dies unter anderem, dass die Menschenwürde der Beschäftigten geachtet, ihre Persönlichkeitsrechte gewahrt, ihre Weiterentwicklung gefördert, soziale Kontakte ermöglicht und Verschiedenheit respektiert werden müssen.

Dabei haben Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber nach § 3 Abs. 1 ArbSchG eine kontinuierliche Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten im Sinne eines stetigen Verbesserungsprozesses anzustreben. Auch Beteiligungsrechte der Beschäftigten sind im Arbeitsschutz verpflichtend geregelt. Neben den einschlägigen Bestimmungen die Beschäftigtenvertretungen betreffend (kollektive Partizipation) weist das Arbeitsschutzrecht der direkten Teilhabe von Beschäftigten im Zusammenhang mit Sicherheit und Gesundheit generell einen prominenten Stellenwert zu.

Diese Ausführungen machen die zahlreichen Anknüpfungspunkte eines zeitgemäßen Arbeitsschutzes an die Betriebliche Gesundheitsförderung deutlich. Zwar ist im Arbeitsschutz an keiner Stelle die Rede von einer Verpflichtung zur BGF, doch lässt sie sich als geeignetes Konzept für eine umfassende Erfüllung der arbeitsschutzrechtlichen Pflichten verstehen.

§ 20b SGB V verpflichtet die gesetzlichen Krankenkassen, Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben, d. h. BGF anzubieten. Diese Leistungen sollen insbesondere dem Aufbau und der Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen dienen. Dazu erheben die Krankenkassen nach § 20b Abs. 1 SGB V die gesundheitliche Situation unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb sowie der Betriebsärztinnen und -ärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit einschließlich der Risiken und Potenziale. Auf dieser Basis werden Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickelt und ihre Umsetzung unterstützt. Mit der Formulierung „unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen im Betrieb“ betont die Gesetzgebung eindeutig, dass die Gestaltung der betrieblichen Rahmenbedingungen unter Partizipation aller Betroffenen im Sinne der BFG durchgeführt werden soll. Daneben verlangt § 20b SGB V, dass die Krankenkassen sich – wenn sie verhaltensorientierte Präventionsmaßnahmen im Betrieb anbieten – an den Kriterien nach § 20 Abs. 5 SGB V orientieren müssen.

Ferner fordert § 20b Abs. 3 SGB V, dass die gesetzlichen Krankenkassen zur Sicherstellung eines niedrigschwelligen und unbürokratischen Zugangs zu Betrieben – insbesondere zu Klein- und Mittelbetrieben – Beratung und Unterstützung in Form von gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen anbieten müssen. Dabei sollen die Krankenkassen mit örtlichen Unternehmensorganisationen kooperieren. Kooperationsverpflichtungen der Krankenkassen bei der Umsetzung von BGF bestehen darüber hinaus mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden (§ 20b SGB V).

Korrespondierend damit müssen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung nach § 14 Abs. 2 SGB VII bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Krankenkassen zusammenarbeiten. Weiter sind die Träger der Rentenversicherung durch den Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation“ dazu verpflichtet, medizinische Leistungen zu erbringen, um gesundheitlichen Beeinträchtigungen entgegenzuwirken, die die Ausübung der Beschäftigung gefährden (§ 14 Abs. 1 SBG VI).

Mit der verkürzt als Präventionsgesetz [4] bezeichneten Gesetzesnovelle wurden 2015 darüber hinausgehende Strukturen geschaffen, die ein abgestimmtes Vorgehen zwischen den relevanten Akteurinnen und Akteuren sowie den Institutionen sicherstellen und damit die Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland stärken sollen (§ 20d ff. SGB V).

Ergänzend zu erwähnen sind ferner die Bestimmungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) nach § 167 Abs. 2 SGB IX. Das BEM ist zwar ein eigenständiges Konzept, das von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern parallel zum Arbeitsschutz und einer eventuellen BGF implementiert werden muss; durch den darin enthaltenen Präventionsgedanken weist es jedoch Nahtstellen zur BGF auf und kann betrieblich sinnvoll mit ihr verknüpft werden.

Deklarationen

Neben den explizit rechtlich verankerten Bestimmungen, die sich direkt oder indirekt auf BGF beziehen, gibt es eine Reihe programmatischer Deklarationen, die ihr weitere Legitimität verschaffen. Zu diesen internationalen Grundsatzpapieren zählen die Ottawa-Charta der WHO [1], die bis heute als grundlegende konzeptionelle Referenz der Gesundheitsförderung dient, sowie die weiteren diesbezüglichen Deklarationen der WHO [5] (Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa). Ferner hat die Bundesrepublik Deutschland eine Reihe von Übereinkommen der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) unterzeichnet und sich damit nicht nur verpflichtet, arbeitsbedingte Unfälle, Erkrankungen und Todesfälle zu verhüten, sondern auch für eine menschengerechte Gestaltung der Arbeit zu sorgen.

Auf europäischer Ebene wurde 1997 die Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union verabschiedet und zuletzt 2014 aktualisiert [6]. Die Deklaration geht zurück auf eine Initiative im Kontext des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und dem Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003−2008). Sie trug zum Aufbau des Europäischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (European Network Workplace Health Promotion – ENWHP) bei, das seit 2016 als gemeinnütziger, nichtpolitischer Verein besteht. Mitglieder des Europäischen Netzwerkes sind Organisationen und Personen aus der Europäischen Union, dem Europäischen Wirtschaftsraum sowie von außerhalb der Europäischen Union. Ziel des Netzwerkes ist es, auf Basis eines kontinuierlichen Erfahrungsaustausches nachahmenswerte Praxisbeispiele der BGF zu identifizieren und zu verbreiten.

Historische Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Deutschland

Entwicklung und Verbreitung der BGF verdanken sich in Deutschland zu einem großen Teil den gesetzlichen Krankenkassen, die entsprechende Projekte seit 1989 in Umsetzung ihres gesetzlichen Präventionsauftrages (verankert im § 20 SGB V) entwickelt und begleitet haben. Wesentliche Impulse kamen auch aus den Gesundheitswissenschaften und dem Betrieblichen Arbeitsschutz sowie – verstärkt seit Inkrafttreten des Arbeitsschutzgesetzes und des Sozialgesetzbuches VII im Jahr 1996 – von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung, vom staatlichen Arbeitsschutz und von privaten Beratungsunternehmen. Nach anfänglicher Zurückhaltung wurde BGF auch von den Gewerkschaften unterstützt und oft von Betriebsräten initiiert.

Ein wichtiger Schritt zur Entwicklung der BGF in Deutschland war die Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA), die 2002 als gemeinsame Initiative von Bund, Ländern, Sozialversicherungsträgern, Gewerkschaften, Stiftungen, Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern gestartet wurde und seitdem durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert wird. Seit 2012 werden im gleichnamigen Modellprogramm Projekte unterstützt. Zudem werden praxisgerechte Lösungen vor allem für den klein- und mittelbetrieblichen Sektor angeboten sowie Handlungsleitfäden bereitgestellt.

Mit dem „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ [4] (Präventionsgesetz) ist es 2015 gelungen, dem Thema Prävention und Gesundheitsförderung eine eigenständige gesetzliche Grundlage zu geben. Mit den neu geschaffenen Strukturen wie der Nationalen Präventionskonferenz verbindet sich die Absicht, die Rahmenbedingungen für die BGF in Deutschland zu verbessern und sie enger mit dem Arbeitsschutz zu verknüpfen.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass BGF als Politikprogramm und aus Sicht von Public Health als etabliert gelten kann. Ihre Grundsätze werden international unter anderem von der Weltgesundheitsorganisation, der Europäischen Union sowie der bundesdeutschen Politik propagiert und unterstützt.

Gesundheitsförderung im Betrieb als gesundheitsförderliche Organisationsentwicklung

Die Prinzipien und Vorgehensweisen der BGF werden auch außerhalb von Betriebsstätten umgesetzt. So sind BGF und schulische Gesundheitsförderung [7] (Gesundheitsförderung und Schule) die derzeit erfolgreichsten Felder praktischer Umsetzung des Settingansatzes in der Gesundheitsförderung [2] (Settingansatz/Lebensweltansatz). Das liegt v. a. daran, dass Betrieb und Schule als Herrschaftszusammenhänge effektivere Möglichkeiten der Regulierung von Technik, Organisation und Verhalten bieten als spontanere und diffusere soziale Gebilde. Diese Stärke erweist sich umgekehrt jedoch auch als Schwäche, weil sich Postulate der Gesundheitsförderung in Form von Partizipation, kritischen Verbesserungsimpulsen und innovativen Vorschlägen tendenziell gegen eine hierarchieorientierte Durchsetzungslogik sperren. Die Kunst einer gelingenden gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung changiert zwischen diesen Polen, wobei gelingende Praxisbeispiele zeigen, dass es möglich ist, die widerstreitenden Tendenzen zu integrieren.

Dieses Verständnis von BGF ist bei weitem anspruchsvoller und komplexer als die verbreitete Vorstellung, es handle sich bei BGF allein um die Implementierung von Angeboten, die darauf zielen, das individuelle Gesundheitsverhalten von Beschäftigten zu verbessern. Beispiele reichen von der Durchführung von Gesundheitstagen über das Angebot von Bewegungs-, Ernährungs- und Stressmanagementkursen bis hin zur Beauftragung von Gesundheitslotsen, deren Aufgabe darin besteht, die Kolleginnen und Kollegen zu einer gesunden Lebensführung zu bewegen.

Die Schwächen einer solchen einseitig verhaltenspräventiven Ausrichtung führen zu einer Verstärkung gesundheitlicher Ungleichheit, weil sich wiederholt bestätigt, dass sozial privilegierte und gesundheitsbewusste Personen für Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung leichter zu gewinnen sind als durch Armut und schwierige Lebensumstände benachteiligte Personen, die gleichwohl oft einen größeren Bedarf an Gesundheitsförderung haben.

Ein noch gravierenderer Kritikpunkt gilt dem verhaltenspräventiven Paradigma, jeder Mensch sei für sich selbst verantwortlich und damit moralisch haftbar für bei ihm auftretende Krankheiten. Da gerade bei

Beschäftigtengruppen mit besonders ausgeprägten arbeits- und soziallagenbedingten Belastungen die Spielräume für einen als gesundheitsfördernd geltenden Lebensstil oft erheblich beschränkt sind, werden sie durch diesen Ansatz stigmatisiert.

Das Ziel einer im Sinne der Ottawa-Charta verstandenen BGF besteht vielmehr darin, Strukturen und Prozesse im Betrieb zu etablieren, die es ermöglichen, unter Beteiligung der Beschäftigten erfahrungsbasierte Vorschläge für eine gesündere Gestaltung der Arbeitsverhältnisse und -konstellationen zu erarbeiten, die insbesondere auf die stärker belasteten Beschäftigtengruppen fokussiert sind und diese den jeweils entscheidungsbefugten Personen im Betrieb vorzulegen. Damit dies erfolgreich realisiert werden kann, hat es sich als sinnvoll erwiesen, bestimmte Standards und Gelingensfaktoren der BGF zu berücksichtigen.

Struktur und Prozess der Gesundheitsförderung im Betrieb

Betriebliche Gesundheitsförderung muss, um erfolgreich zu sein, langfristig verfolgt werden. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, sich an einem Prozessmodell zu orientieren, das die notwendige Systematik und Zielorientierung bietet. Die wichtigsten Schritte dieses Prozesses sind in Abb. 1 dargestellt.

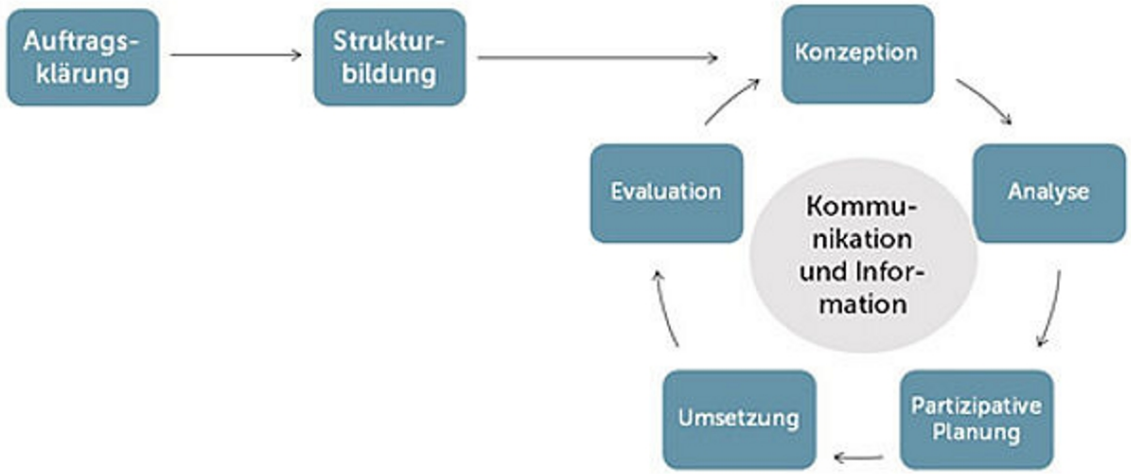


Abb. 1: Prozessmodell von BGF als gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung (eigene Darstellung)

Der Prozess startet mit einer Auftragsklärung unter Einbindung der relevanten betrieblichen Entscheidungsträgerinnen und -träger. Hier werden Grundsatzfragen der Ausrichtung und des Vorgehens besprochen.

Im zweiten Schritt wird ein Arbeitskreis mit betrieblichen und außerbetrieblichen Expertinnen und Experten, Interessenvertreterinnen und Interessensvertretern gebildet, der den Prozess begleitet und koordiniert (Strukturbildung). Zu typischen Mitgliedern dieses Arbeitskreises zählen unter anderem die Beschäftigtenvertretung, Akteurinnen und Akteure des Arbeitsschutzes, die Personalverwaltung und -entwicklung, Vertreterinnen und Vertreter der mittleren Führungsebene, die innerbetriebliche Öffentlichkeitsarbeit sowie externe Mitwirkende, besonders Krankenkassen und Berufsgenossenschaften. In diesem Arbeitskreis werden Vereinbarungen zum weiteren Vorgehen getroffen, beispielsweise zur Methodik, den Interventionsbereichen oder den Erfolgsindikatoren (Konzeption).

Im nächsten Schritt kommt es zu einer datengestützten Bedarfsanalyse. Dabei fließen neben abteilungs- und gruppenbezogenen Daten zur Arbeitsunfähigkeit auch Ergebnisse von Gefährdungsanalysen (§§ 5 und 6 ArbSchG) und Belegschaftsbefragungen ein. Ein solcher Überblick über das Beanspruchungs- und Belastungsgeschehen im Betrieb dient neben der Sensibilisierung für psychische und physische Arbeitsbelastungen auch der kriteriengeleiteten Auswahl vorrangiger Interventionsschwerpunkte. Häufig werden zur Ermittlung der arbeitsbedingten Belastungen schriftliche Befragungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eingesetzt. Sie haben den Vorteil, dass große Belegschaften in kurzer Zeit einbezogen werden können und im Ergebnis quantifizierbare Indikatoren für so genannte weiche Themen wie z. B.

Zeitdruck, Arbeitsorganisation generiert werden. Nachteilig ist, dass sich aus den Ergebnissen kaum unmittelbar Schlüsse für Veränderungen ableiten lassen. Vielmehr bedarf es eines Zwischenschritts (partizipative Planung), der darin besteht, dass die Ergebnisse in Gesundheitszirkeln – etwa in der Form von Workshops – in die einzelnen Teams zurückgespiegelt werden.

In moderierten Gesundheitszirkeln ist es möglich, mit Beschäftigten Belastungen und Ressourcen im Kontext der Arbeit zu thematisieren und im Rahmen der Projektvereinbarungen so weit wie möglich günstig zu verändern. Gesundheitszirkel werden idealerweise in allen Betriebsteilen durchgeführt und allmählich in die betriebliche Routine integriert. In Klein- und Mittelunternehmen kommen pragmatisch reduzierte Versionen dieses Ansatzes zum Tragen. Durch die Kombination von Top-down- mit partizipationsorientierter Bottom-up-Kommunikation in verschiedenen BGF-Arbeitsgruppen (z. B. Arbeitskreis und Gesundheitszirkeln) werden Veränderungen im Sinne einer gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung angestoßen.

Der BGF-Zyklus wird vervollständigt durch die Evaluation [8] der umgesetzten Schritte sowie der erreichten Ergebnisse. Das Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung hat in Anlehnung an das Modell der European Foundation for Quality Management ein Kriterienmodell für die Bewertung der Qualität in der BGF entwickelt [9]. Eine gelingende BGF zeichnet sich demnach aus durch

- die Verankerung in der Unternehmenspolitik,
- ein unterstützendes und partizipatives Personalmanagement,
- kontinuierliche Bedarfsanalyse und Information auf allen Ebenen,
- Erfüllung der sozialen Verantwortung der Organisation gegenüber Menschen und der Umwelt sowie
- die kontinuierliche Planung und Umsetzung der Maßnahmen durch das jeweilige Steuerungsgremium im Betrieb.

Gelingensfaktoren erfolgreicher Betrieblicher Gesundheitsförderung

Partizipation: Sowohl die Problemerfassung als auch die gesundheitsförderlichen Maßnahmen werden idealerweise partizipativ gestaltet, d. h. die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden in allen Phasen des BGF-Zyklus an den für sie wichtigen Entscheidungen beteiligt. Zu den Instrumenten der Beteiligung bei der Bedarfsanalyse zählen Mitarbeiterbefragungen, Arbeitssituationsanalysen, Gefährdungsbeurteilungen und das betriebliche Vorschlagswesen. Vor allem Gesundheitszirkel, Arbeitssituationsanalysen und Workshops bieten die Möglichkeit, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Maßnahmenentwicklung einzubeziehen, sie auf diese Weise an der Entwicklung von Lösungen und Veränderungen zu beteiligen und sie an den für sie relevanten Entscheidungen teilhaben zu lassen. Partizipation entspricht einem Konsens aller in diesem Bereich wichtigen Akteurinnen und Akteuren wie den Sozialversicherungsträgern und Fachverbänden, aber auch den Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden. In der Praxis wird BGF als Prozess partizipativer Organisationsentwicklung noch zu selten umgesetzt. In kleinen und mittleren Unternehmen scheitert dies oft an fehlenden Mitarbeitervertretungen.

Führung: In der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion gilt es als belegt, dass Führungsverhalten in einem engen Zusammenhang mit der Gesundheit und darüber hinaus der Arbeitsmotivation und betrieblichen Identifikation von Beschäftigten steht [10]. Die Frage, wie Führungsverhalten gesundheitsfördernd gestaltet werden kann, ist daher ein zentraler Punkt der BGF. Viele Unternehmen bieten Qualifizierungsprogramme für Führungskräfte an. Da Führung jedoch immer auch eine Form menschlicher Beziehungsgestaltung ist, sollten BGF-Ansätze auch Feedbackprozesse der Beschäftigten an ihre unmittelbaren Vorgesetzten vorsehen. Sie lassen sich gut in die beschriebenen Analyse- und Partizipationsformate integrieren.

Ressourcen: Bei der Entscheidung, ob BGF implementiert wird oder nicht, ist ein Überblick über die dadurch entstehenden Kosten von großer Bedeutung. Die größte Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang den Personalaufwendungen zu, die für die Koordination und Steuerung des beschriebenen BGF-Prozesses entstehen. Daneben ist zu bedenken, dass der Zeitaufwand für Besprechungen, Workshops und Gesundheitszirkel ebenfalls Personalressourcen beansprucht und eingeplant werden muss. Die gesetzlichen Krankenkassen haben per Gesetz die Aufgabe, Betriebe entsprechend zu unterstützen; die innerbetriebliche Kommunikation können sie jedoch nicht

übernehmen. Ohne die Bereitschaft der Betriebe, entsprechende Kosten aufzuwenden, hat BGF wenig Erfolgschancen. Ferner können Sachkosten für Software bei Datenerhebungen entstehen, ebenso für Anschaffungen oder Aktivitäten, die von Beschäftigten in Beteiligungsworkshops vorgeschlagen werden.

Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen, Netzwerkansätze

Empirisch belegt ist, dass die Implementierungswahrscheinlichkeit für BGF mit der Betriebsgröße korreliert [11]. Die Gründe haben unter anderem mit dem Vorrang des Tagesgeschäfts, fehlendem Fachwissen und begrenzten Finanz- und Personalressourcen zu tun [12], [13], Meggeneder, 2017). Angesichts der Tatsache, dass 99,3 % der Unternehmen in Deutschland zu kleinen und mittleren Unternehmen zählen und 55 % der Beschäftigten in Deutschland in kleinen und mittleren Unternehmen arbeiten [14] (Angabe für 2022), ist die Verankerung von BGF in diesen Betrieben ein wichtiges Gesundheitsförderungsziel. Die Umsetzung wird erschwert durch den Umstand, dass es für überbetriebliche Beratungsinstitutionen, Krankenkassen und Berufsgenossenschaften einen hohen Aufwand bedeutet, die zahlreichen kleinen und mittleren Unternehmen zu erreichen.

Vor diesem Hintergrund wurden in den letzten Jahren verschiedene Netzwerkansätze erprobt und evaluiert. Solche Netzwerke haben den Vorteil, dass sie ressourcenorientiert vorgehen und gleichzeitig die motivierenden Effekte des Austauschs von Ideen und Erfahrungen nutzen. Auf Basis entsprechender Analysen liegt eine große Zahl an Praxishilfen für Koordinatorinnen und Koordinatoren gesundheitsfördernder Netzwerke [15], [16].

Wirksamkeit und Nutzen von Betrieblicher Gesundheitsförderung

Mit dem „iga.Report 40“ wurde 2019 die vierte Aktualisierung des wissenschaftlichen Kenntnisstands zur Wirksamkeit arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention auf Basis systematischer Reviews vorgelegt [17]. Auf Basis von 49 Reviews von mehr als 900 Einzelstudien kommen die Autorinnen und Autoren zu dem Schluss, dass die wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit und Kosteneffizienz von BGF – gemessen an Evidenzkriterien – infolge methodischer Schwächen der Originalstudien immer noch begrenzt ist.

Gleichwohl zeichnet sich bei den Reviews ein Trend in Richtung multimodaler Ansätze ab, die aus mehreren Komponenten bestehen oder in umfassende Programme eingebettet sind. Entsprechend holistische Konzepte kommen dem hier vertretenen Ansatz der gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung eher nach, sind jedoch mit dem Problem konfrontiert, dass nicht festgestellt werden kann, auf welche der Komponenten eine Wirkung im Einzelnen zurückzuführen ist [17].

Auch wenn sich gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung den Maßstäben einer vom Ursache-Wirkung-Denken geprägten Evidenzlogik entzieht, bedeutet dies nicht, dass sie nicht wirksam ist. Dies belegen zahlreiche Erfahrungen der Praxis. So zeigt sich immer wieder, dass im Zuge von BGF-Projekten erstaunlich viele, durchaus realistische Vorschläge für gesundheitsförderliche Veränderungen entwickelt werden. Ihre Umsetzung führt zu geringeren Belastungen, höherer Transparenz, besserer Kommunikation, gegenseitiger Unterstützung und höherer Wertschätzung. Solche Veränderungen betreffen auch Themen des klassischen Arbeitsschutzes, gehen aber erheblich über ihn hinaus, v. a. in Hinblick auf psychosozial vermittelte Belastungen und Ressourcen. Dabei erleben die Beschäftigten, dass ihre Vorstellungen von der Gestaltung ihrer Arbeitssituation zu realen Veränderungen führen [18] (Empowerment/Befähigung).

Als Folgen gelungener BGF finden sich höhere Arbeitszufriedenheit, bessere Produktivität, größere Innovationsoffenheit und – zeitstabil – weniger krankheitsbedingte Abwesenheit (z. [19], [20]. Setzt BGF regelmäßig bei hoch belasteten und in der Regel statusniedrigen Beschäftigtengruppen an, wird auch ein Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen geleistet [21] (Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit).

Fazit

Obwohl Evaluationen zeigen, dass sowohl der Betrieb als auch die Beschäftigten von BGF gleichermaßen profitieren, ist die Verbreitung – insbesondere mit Blick auf ein umfassendes Verständnis

im Sinne der Organisationsentwicklung – in Deutschland noch ausbaufähig [11]. Das hat mehrere Gründe: BGF ist nicht erzwingbar und beschränkt sich deshalb auf Betriebe, in denen ein entsprechender Konsens besteht oder herstellbar ist.

Voraussetzung für den Erfolg ist die Bereitschaft aller Beteiligten, ihr bisheriges Rollenverständnis und -verhalten im Betrieb zu hinterfragen und ggf. zu ändern. Vor allem von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern bzw. Managerinnen und Managern fordert BGF die Bereitschaft, Probleme der Gesundheit der Beschäftigten nicht nur negativ als krankheitsbedingte Abwesenheit, sondern als positive, mit Partizipation zu bewältigende und anfänglich auch mit Kosten verbundene Gestaltungsaufgabe zu begreifen. Dies setzt unter anderem eine längerfristige Perspektive z. B. im Hinblick auf Personalentwicklung voraus, deren Voranschreiten durch weiterhin vorherrschende betriebswirtschaftliche Kurzfristorientierungen (im Interesse des Shareholder value) häufig behindert wird.

Erfolgreich sind Projekte, in denen die Beteiligten auf Basis eines gemeinsamen Verständnisses der Zusammenhänge zwischen Gesundheit einerseits und Produktivität, Arbeitszufriedenheit etc. andererseits dem sonst im Betrieb oft eher nachrangigen Thema Gesundheit größere Schubkraft verleihen.

Aktuelle Impulse ergeben sich aus der Nachhaltigkeitsdebatte. Die der „Agenda 2030“ zugrunde liegende Überzeugung, dass Nachhaltigkeit mehr ist als Klimaschutz und nur durch ein Gleichgewicht von Ökologie, Ökonomie und Sozialem erreicht werden kann [22], ist in hohem Maße anschlussfähig an das hier vorgestellte Konzept der Betrieblichen Gesundheitsförderung.

Wir bedanken uns bei Rolf Rosenbrock für die wissenschaftliche Vorarbeit und die Erstversion des Leitbegriffs, an die wir anknüpfen durften.

Internetadressen:

- Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF). Available from: https://www.dnbgf.de
- Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung. Available from: https://www.enwhp.org
- Initiative Neue Qualität Der Arbeit (INQA). Available from: https://www.inqa.de
- International Labour Organization (ILO). Available from: https://www.ilo.org
- World Health Organization (WHO). Available from: https://www.who.int

Weiterführende Literatur:

- Faller G. Diversityorientiertes Betriebliches Gesundheitsmanagement. ntegration von Gesundheit und Vielfalt in Arbeits- und Organisationskontexten. Weinheim: Beltz Juventa; 2023.
- Faller G, editor. Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe; 2017.
- Lenhardt U, Ertel M. Beteiligungsorientierung in der präventiven betrieblichen Gesundheitspolitik. In: Rosenbrock R, Hartung S, editors. Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Huber; 2012. p. 154–71.
- Rosenbrock R, Hartung S, editors. Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Huber; 2012.

Literatur:

- Scholz A, Schneider S. Multikausale Wirkung von Interventionen der Betrieblichen Gesundheitsförderung und besondere Chancen für kleine und mittelständige Unternehmen. Präv Gesundheitsf. 2020 May;15(2):159–66. DOI:10.1007/s11553-019-00742-3

References

1. Weltgesundheitsorganisation (WHO). Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung. 1986 [accessed 2025 Mar 13]. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
2. 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

3. [3] Pieper R. Arbeitsschutzgesetz. Basiskommentar zum ArbSchG. 8 edn. Franfurt am Main: Bund Verlag; 2018.
4. 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
5. 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
6. Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP). Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung. 2023. [accessed 2025 Mar 10]. Available from: https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Praevention/Luxemburger_Deklaration_2023_neu.pdf
7. Paulus P, Dadaczynski K. Gesundheitsförderung und Schule. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I051-3.0
8. Haack G, Haß W. Evaluation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I016-3.0
9. European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP). Quality criteria for work health place. 1999. [accessed 2025 Mar 10]. Available from: https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/04/24/quality_criteria_01.pdf
10. Häfner A, Pinneker L, Hartmann-Pinneker J. Gesunde Führung: Gesundheit, Motivation und Leistung fördern. Springer; 2019.
11. Faller G. Umsetzung Betrieblicher Gesundheitsförderung / Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Deutschland: Stand und Entwicklungsbedarfe der einschlägigen Forschung. Gesundheitswesen. 2018 Mar;80(03):278–85. DOI:10.1055/s-0042-100624
12. Biallas B, Schäfer D, Dejonghe L, Franz L, Petrowski K, Froböse I, Wilke C. Präventionsreife in kleinen und mittleren Unternehmen: Analyse hinsichtlich Präventionswillen, Präventionsinfrastruktur und des Umsetzungsgrads gesundheitsförderlicher Maßnahmen. Präv Gesundheitsf. 2019 Nov;14(4):398–402. DOI:10.1007/s11553-018-0694-6
13. Lück P, Meisel P. Gesund im Kleinbetrieb. Empfehlungen für Betriebliches - Gesundheitsmanagement (BGM) aus einer qualitativen Befragun. igaReport. 2020 [accessed 2025 Mar 13];42. Available from: http://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_42_Gesund_im_Kleinbetrieb.pdf
14. Statistisches Bundesamt (DESTATIS). Kleine und mittlere Unternehmen − Anteile Kleine und Mittlere Unternehmen 2022 nach Größenklassen in %. 2025 [accessed 2025 Mar 13]. Available from: https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Unternehmen/Kleine-Unternehmen-Mittlere-Unternehmen/Tabellen/wirtschaftsabschnitte-insgesamt.html
15. BKK Dachverband. Die Bedeutung von Netzwerken im BGM – Betriebliches Gesundheitsmanagement für kleine und mittlere Unternehmen. 2021. [accessed 2025 Mar 10]. Available from: https://www.bkk-dachverband.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilung/die-bedeutung-von-netzwerken-im-bgm-betriebliches-gesundheitsmanagement-fuer-kleine-und-mittlere-unternehmen
16. Skarabis N, Faller G, Meincke H, Bereczky-Löchli G. Partizipative Netzwerk-Evaluation als Methode der Qualitätsentwicklung in der Community Health-Arbeit. In: Department of Community Health, editor. Community Health: Grundlagen, Methoden, Praxis. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2022. p. 371–80.
17. Barthelmes I, Bödeker W, Sörensen J, Kleinlercher KM, Odoy J. Kurzzusammenfassung zum iga.Report 40: Wirksamkeit und Nutzen arbeits-weltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2012 bis 2018. 2019; Available from: http://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/iga-Report_40_Zusammenfassung_.pdf
18. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I10-3.0
19. Bayer K, Förster A, Heimerl K, Grofmeyer E. Erfolgreiche Implementierung gesundheitsgerechter

Mitarbeiterführung in mittelständischen Unternehmen. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Macco K, editors. Fehlzeiten-Report 2011. Berlin, Heidelberg: Springer; 2011. p. 147–58.
20. Hänsel M, Kaz K, editors. CSR und gesunde Führung: Werteorientierte Unternehmensführung und organisationale Resilienzsteigerung. Berlin, Heidelberg: Springer; 2016. (Management-Reihe Corporate Social Responsibility).
21. 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
22. Vereinte Nationen (UN). Transformation unserer Welt: die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung. 2015 [accessed 2025 Mar 13]. Available from: https://www.un.org/depts/german/gv-70/band1/ar70001.pdf

Korrespondenz: Prof. Dr. Susanne Hartung, Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Gesundheit Pflege Management, Professur für Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, Brodaer Str. 2, 17033 Neubrandenburg, Deutschland, E-mail: hartung@hs-nb.de

Zitierhinweis: Hartung S, Faller G. Betriebliche Gesundheitsförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i042-1.0

Copyright: © 2026 Susanne Hartung 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/

Biomedizinische Perspektive

Jens Holst[1]

[1] Medizin mit Schwerpunkt Global Health, Studiengangsleitung Internationale Gesundheitswissenschaften, Hochschule Fulda, Fulda, Deutschland

Abstract

Die Biomedizin folgt der Koch'schen Lehre, nach der Erreger oder andere Ursachen Krankheiten auslösen. Sie nimmt eine Ursache-Wirkungs-Beziehung zwischen messbaren Auslösern und Krankheitsphänomenen an. Diese Sicht prägt die Versorgung, begünstigt durch Pandemien sowie Fortschritte der Molekularbiologie. Bei nicht übertragbaren und psychischen Erkrankungen gerät sie an ihre Grenzen. Sie vernachlässigt gesellschaftliche Krankheitsursachen und wichtige Erkenntnisse der Gesundheitswissenschaften.

Keywords: Krankheits-Gesundheits-Dichotomie, Risikofaktoren, biologische Krankheitsmechanismen, soziale Determination von Gesundheit, biomedizinischer Reduktionismus

Einleitung

Die Biowissenschaften bilden das Fundament des medizinischen Handelns. Sie befassen sich mit den Anlagen, Strukturen und Funktionen auf allen Ebenen des Organismus. Die Biomedizin liefert kausale Erklärungen und Ansätze anhand naturwissenschaftlicher Kriterien.

Die biomedizinisch bestimmte Sicht auf Krankheit, Risiko und Gesundheit stellt derzeit das vorherrschende Erklärungsmuster der Medizin in Theorie und Praxis dar und bestimmt weltweit sowohl medizinische und gesundheitspolitische Denk- und Entscheidungsprozesse als auch Bewertungen und Erwartungen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit. Ärztliche Diagnosen sind in den meisten Gesellschaften Legitimitätsinstrumente für sozial-, versicherungs- und arbeitsrechtliche Vereinbarungen und erfordern dafür eine möglichst eindeutige Unterscheidung zwischen Gesundheit und Krankheit.

In der Biomedizin geht es primär um Forschung und weniger um klinisches Vorgehen wie in der Humanmedizin. Im Mittelpunkt steht die Verbindung von Inhalten und Fragestellungen der experimentellen Medizin mit Erkenntnissen und Methoden der molekular- und zellbiologischen Grundlagen des menschlichen Lebens bzw. deren pathologischen Veränderungen. Die Biomedizin verfolgt vorrangig das Ziel, die molekulare Erforschung von Krankheitsmechanismen für die technische und medizinische Entwicklung hochspezialisierter Therapieverfahren nutzbar zu machen.

Die biomedizinische Perspektive auf Krankheit und Gesundheit

Die biomedizinische Perspektive geht von einem Krankheitsmodell mit einfacher Ursache-Wirkungs-Beziehung aus, der wiederum messbare physische Ursachen von Zell- oder Gewebsschäden bzw. eine Dysregulation von Stoffwechselprozessen zugrunde liegen [1]. Biomedizin beruht auf pathophysiologischen Erkenntnissen und Einschätzungen und ist grundsätzlich krankheits- und nicht gesundheitsbezogen.

Krankheiten gelten als Störungen der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus. Sie haben spezifische Entstehungszusammenhänge (Ätiologie), typische Symptome und Manifestationen (Klinik), bieten objektiv beschreibbare Einflussmöglichkeiten (Therapie) und erzeugen funktionale Folgen (Prognose).

Aus der Kenntnis dieser Faktoren lassen sich vorhersehbare Behandlungsziele (Therapie, Kuration) ebenso ableiten wie Bedingungen für Störungen des Heilungs- und Wiederherstellungsprozesses (Chronifizierung, Rezidiv, Behinderung). Aus biomedizinischer Sicht sind alle Krankheiten durch typische und − möglichst − kausale anatomische, organische, biochemische, physiologische, neurobiologische oder andere naturwissenschaftlich objektivierbare Auslöser, Ursachen oder Abweichungen von biologischen oder funktionellen Regelgrößen bestimmt. Die für die biomedizinische Perspektive relevanten Krankheitsursachen lassen sich in vier Komplexe unterteilen:

- Von übertragbaren Mikroorganismen ausgelöste Infektionen
- Endogen entstandene biochemische Dysfunktionen des Körpers, seiner Organe und Kreisläufe (einschließlich Stoffwechselstörungen und Autoimmunerkrankungen)
- Durch exogene Einflüsse wie Noxen, Feuer, physikalische Gegenstände, Unfälle oder (Risiko-)Verhaltensweisen entstandene Organdefekte und Funktionsstörungen im Organismus
- Fehlfunktionen aufgrund genetischer Vorbelastungen und Empfänglichkeiten

Die historische Bedeutung der Biomedizin

Die biomedizinische Perspektive definiert Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit, als Fehlen biologischer Dysfunktionen, homöostatischer Störungen oder negativer Einwirkungen, als subjektive Wahrnehmung eines „Schweigens“ und störungsfreien Funktionierens der Organe. In dieser Sichtweise präsentieren sich Krankheit und Gesundheit als dichotome Zustände in einem als „natürlich“ angesehenen organisch-funktionellen Gleichgewicht. Anders als es die salutogenetische Vorstellung [2] (Salutogenese) eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums [3] (Gesundheits-Krankheits-Kontinuum) nahelegt, bezieht die Biomedizin die prozesshafte, biografische und sozial bedingte Verbindung zwischen Gesundheit und Krankheit nicht angemessen ein.

Die Leitvorstellungen basieren in großen Teilen auf dem erweiterten „Koch‘schen Modell“ der Bakteriologie aus dem letzten Viertel des 19. Jahrhunderts. Entstehungshintergrund des biomedizinischen Krankheitsmodells ist die „Keimtheorie“ bzw. „Zellularpathologie“ jener Epoche. Demnach wirken bei der Entstehung von Infektionskrankheiten verschiedene Faktoren zusammen: ein Krankheitserreger mit bestimmter Gefährlichkeit/Virulenz (Agens), ein Überträger des Erregers (Vektor), ein Mensch mit einer unzureichenden Immunität gegenüber dem Erreger (Wirt) sowie ansteckungsfördernde Umweltbedingungen (Umwelt). Ein Mensch erkrankt dann an einer Infektionskrankheit wie Tuberkulose, Hepatitis oder Aids, wenn alle Faktoren zur gleichen Zeit am gleichen Ort zusammentreffen.

Nicht nur für die Behandlung der Infektionskrankheiten, sondern auch für die Prävention übertragbarer Erkrankungen [4], die einen wichtigen Beitrag zur deutlichen Steigerung der globalen bevölkerungsweiten Lebenserwartung geleistet hat, liefert die naturwissenschaftliche Medizin ein plausibles und historisch erfolgreiches Rahmenmodell. In diesen Bereichen eignet sich das nach dem deutschen Sozialmediziner Robert Koch (1843–1910) benannte Modell der Auslösung von Krankheiten durch Erreger bzw. andere Ursachen bis heute für Diagnose und Therapie.

Biomedizinische Diagnose und Therapie kommen bei vielen internistischen und chirurgischen Problemen zur Anwendung, etwa beim Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, der koronaren Herzkrankheit, dem meist im jugendlichen Alter auftretenden Diabetes mellitus Typ 1, einem Knochenbruch, einer Verbrennung oder einer anderen Verletzung. Voraussetzung für die Zuschreibung als Krankheit und die Einleitung von kausalen Behandlungen sind in allen Fällen naturwissenschaftlich nachweisbare Strukturveränderungen und/oder Funktionsstörungen im Organismus.

Die Grenzen der biomedizinischen Perspektive

Auch wenn übertragbare Krankheiten in den einkommensschwachen Ländern des globalen Südens weiterhin in erheblichem Umfang das Krankheitsgeschehen bestimmen, machen sie insgesamt nur einen kleineren Teil der globalen Krankheitslast aus. In Schwellenländern ist ihr Anteil mittlerweile spürbar zurückgegangen, in den wohlhabenden Industriegesellschaften spielen sie nur eine untergeordnete Rolle bei Erkrankung und Sterblichkeit [5]; an dieser grundsätzlichen Tendenz hat auch die SARS-CoV-2-Pandemie nichts geändert. Allerdings ist die biomedizinische Perspektive nicht nur für die heute weltweit vorherrschenden chronisch-degenerativen Krankheiten und ihre multifaktoriellen Ursachen, Therapien und Präventionsansätze, sondern auch für die funktionellen bzw. somatoformen psychischen Störungen nur eingeschränkt tauglich. Mit ihrer einseitig biowissenschaftlichen, letztlich monokausalen Orientierung lässt sich nur ein geringer Teil aller Krankheitsursachen und -prädiktoren erfassen oder beschreiben [1], [6].

Alle Krankheitsbeschreibungen und Todesursachen, unabhängig davon, ob sie auf Mikroorganismen, Unfälle, Umwelt- und Verhaltensbedingungen zurückzuführen sind, erfordern immer auch die Berücksichtigung kultureller, politischer, wirtschaftlicher, systemisch-organisatorischer und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, sowie ein Verständnis sozialen Handelns und der Ausprägung von Lebensstilen. Nicht zuletzt sind für zahlreiche körperliche Erkrankungen und Fehlfunktionen (etwa im psychosomatischen Formenkreis [7] (Psychosomatische Perspektive)), für die psychischen

Gesundheitsstörungen und für die Wechselwirkungen von parallelen, lebensphasenbegleitenden Erkrankungen im Rahmen der altersbedingten Multimorbidität biochemische Kausalketten, organische Defekte oder genetische Ursachen bzw. „Marker“ entweder gar nicht oder nicht hinreichend nachweisbar. In der Psychiatrie und in vergleichbaren klinischen Bereichen sind daher grundsätzliche Zweifel an der Validität und Nützlichkeit des biomedizinischen Paradigmas angebracht [8].

Zudem liegen inzwischen zahlreiche Befunde aus der Epidemiologie und Sozialepidemiologie sowie der Stressforschung vor, die auf die Bedeutung einer gesellschaftlichen, multidimensionalen Determination von Gesundheit und Krankheit [9] und ihrer Verteilung hinweisen [10] (siehe auch [11] (Determinanten der Gesundheit)). Dabei kann es sich einerseits um Einflüsse auf physiologische Abläufe oder den Immunstatus und andererseits um Ressourcen handeln, die potenziell vor der Entstehung von auch naturwissenschaftlich erklärbaren Gesundheitsstörungen schützen und ihre erfolgreiche Bewältigung fördern.

Neue Tendenzen der Biomedizin

Im Sinne einer biomedizinischen Perspektive sind die Telomere zunehmend als morphologisches Substrat der gesellschaftlichen Determination von Gesundheit in das Blickfeld wissenschaftlicher Untersuchungen geraten. Dabei handelt es sich um eine Art Schutzkappen an den Enden der Chromosomen von Zellen, deren Länge bei jeder Teilung etwas abnimmt. Unterschreiten Telomere eine gewisse Länge, ist der Schutz der Gene nicht mehr gewährleistet. Das führt dazu, dass die Zelle ihre Funktionen zunehmend schlechter ausführen kann und keine Zellteilung und -erneuerung mehr stattfindet. Vielfach belegt ist mittlerweile der Einfluss der sozioökonomischen Lebensbedingungen auf die Entwicklung der Telomerlänge [12], der sogar schon im Kindes- und Jugendalter nachweisbar ist [13]: Je ungünstiger die Lebensverhältnisse sind, desto schneller verlieren die Telomere an Länge, und desto schneller altern die Zellen.

Eine Weiterentwicklung erfuhr die klassische biomedizinische Perspektive zwischen 1960 und 1990 mit dem präventivmedizinischen Modell der Risikofaktoren, das aufgrund epidemiologischer Beobachtungen und Befunde „Prädiktoren“ für die wichtigsten chronischen und degenerativen Krankheiten wie koronare Herzerkrankungen, bösartige Neubildungen, Diabetes und Rheuma sowie HIV/Aids ermittelt. Große Bevölkerungsstudien weisen auf verschiedene Faktoren hin, welche die Auftretenswahrscheinlichkeit sowohl übertragbarer als auch nicht-übertragbarer Krankheiten erhöhen. So stellt ungeschützter Geschlechtsverkehr nachvollziehbarerweise ein Risiko für eine HIV-Infektion und andere sexuell übertragbare Erkrankungen (STI) dar. Bewegungsmangel, Fehlernährung, Rauchen sowie unzureichend kompensierter oder kompensierbarer Stress gelten als Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit. Darüber hinaus sind verhaltensmedizinische und organische Probleme wie Bluthochdruck oder erhöhte Blutfettwerte, manifeste Krankheiten, wie z. B. Diabetes mellitus oder Niereninsuffizienz und Symptomenkomplexe wie das Metabolische Syndrom, als Risikofaktoren für bestimmte pathologische Veränderungen bekannt. Als Krankheitsvorläufer wirken diese Faktoren entweder allein, im Zusammenspiel mit anderen oder unter wechselseitiger Verstärkung.

Das Risikofaktorenmodell (siehe auch [14] (Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell)) stellt somit eine Weiterentwicklung und keinen Gegensatz zur biomedizinischen Perspektive dar. Die Erweiterung der biomedizinischen Perspektive um das Risikofaktorenmodell lieferte die wesentlichen Grundlagen nicht nur für eine frühe Gesundheitserziehung und gesundheitliche Aufklärung sowie die ärztliche Gesundheitsberatung, sondern auch für die gängigen verhaltenspräventiven und präventionspolitischen Ansätze der letzten Jahrzehnte.

Biomedizinisch geprägte Zukunftsperspektiven

Die biomedizinische Perspektive spiegelt sich auch in den umfangreichen Investitionen in die sich dynamisch entwickelnde Zellbiologie, in die Genomforschung und Genetik sowie in die molekulare Medizin und die Nanotechnologie wider [15]. Die so genannten Omics-Wissenschaften, also die molekularbiologischen Methoden wie genomics, transcriptomics, proteomics, metabolomics, secretomics, die auf "omic" enden, haben in den vergangenen Jahrzehnten zunehmende Beachtung gefunden und sind in den Mittelpunkt der (natur-)wissenschaftlichen Forschung gerückt [16]. Sie versprechen eine alsbald verfügbare „individualisierte“ bzw. „personalisierte“ Medizin und Prävention in den folgenden fünf Bereichen:

- Bildung von Untergruppen von Personen auf Grundlage krankheitsassoziierter Biomarker
- Genombasierte Informationen über gesundheitsbezogene Merkmale (mittels sogenannter „DNA-

Arrays“)
- Ermittlung individueller Erkrankungsrisiken
- Differenzielle Früherkennung und (frühe) Intervention auf molekularer bzw. biochemischer Ebene
- Entwicklung therapeutischer Unikate („maßgeschneiderte“ Pharmakotherapien)

Der Zugang zu Gesundheit und das Betroffensein von Krankheit und Krankheitsrisiken sind zunehmend durch das Wissen über genetische Gegebenheiten und personenbezogen-zellbiologische Dispositionen bestimmt. Dies gilt nicht allein für die individuelle Ebene, sondern auch für die gesellschaftliche Wahrnehmung und Diskussion. Die Tendenz zur Medikalisierung aller Lebensbereiche tritt in zunehmendem Maße in Form einer „Genetisierung“ in Erscheinung [17] (Prädiktive und individualisierte Medizin).

Die molekulare Medizin ist nach Ansicht von Kritikerinnen und Kritikern das Einfallstor für „Anthropotechniken“ in Medizin und Gesellschaft: „Human bioengineering“ stellt medizinisches und biowissenschaftlichen Wissen in den Dienst menschlicher Leistungssteigerung und der Überschreitung natürlicher Grenzen. Dies beeinflusst nicht nur die Menschenbilder und den professionellen Blick auf Gesundheit und Krankheit, sondern auch die Ressourcenverteilung in der Gesundheitsforschung, den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung, die öffentliche Gesundheitsversorgung, die informationelle Selbstbestimmung, den Datenschutz und nicht zuletzt die Definition und Ausgestaltung von primärer bzw. prädiktiver Prävention.

Gesundheitsförderung, primäre Prävention und die Gesundheitswissenschaften stehen nicht im Widerspruch zur biomedizinischen Perspektive, sondern betten sie in ein bio-psycho-soziales, interdisziplinäres, intersektorales und ganzheitliches Denken und Handeln ein. Anders als in der traditionellen Gesundheitserziehung zielen aussichtsreiche gesundheitsfördernde Interventionen nicht mehr nur auf die epidemiologisch identifizierten Risikofaktoren und individuellen Verhaltensweisen ab. Ziel ist vielmehr, durch Kompetenzförderung, Stärkung der Selbsthilfefähigkeiten, Netzwerkförderung und Capacity Building / Kapazitätsentwicklung [18] die Voraussetzungen für gesundheitsfördernde Lebensweisen und Lebenslagen zu erzeugen.

Biomedizinischer Reduktionismus

Weitgehend ausgeblendet bleibt im biomedizinischen Kernverständnis die gesellschaftliche Determination von Krankheit und des Gesundheits- und Risikoverhaltens in Lebenswelten und Lebenslagen. In weiten Bereichen nicht nur der klinischen Theorie und Praxis, sondern auch der Gesundheitsversorgung und -politik spielen die sozialen, ökonomischen, politischen und klimatischen Bedingungen bei der Analyse von Krankheitsursachen oder politischen Maßnahmen allenfalls eine untergeordnete Rolle.

Dieser biomedizinische Reduktionismus zeigte sich besonders deutlich während der SARS-CoV-2-Pandemie zu Beginn 2020er-Jahre. Dabei lagen schon recht früh überzeugende empirische Belege dafür vor, dass sozioökonomische und soziodemographische Faktoren wie Armut, Bildungsferne, beengte Lebensverhältnisse, ethnische Zugehörigkeit und die unter diesen Bedingungen generell gehäuft auftretenden chronischen Vorerkrankungen die Wahrscheinlichkeit einer COVID-19-Infektion und von schweren Verläufen erhöhten.

Die Einengung auf eine biomedizinische Pandemiewahrnehmung verstellte lange Zeit den Blick auf gesellschaftlich bedingte Risikofaktoren und besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen. Die dominante Position der biomedizinischen Sichtweise zeigte sich im Rahmen des Pandemiegeschehens auch im zunehmend hart geführten Streit um Impfquoten und Impfpflicht, bestehenden Inkonsistenzen und der unzureichenden Unterbindung von Infektionsketten. Die Dominanz der biomedizinischen Perspektive kann so eine falsche Sicherheit erzeugen und den Blick darauf verstellen, dass Impfungen für die Überwindung einer Pandemie nicht ausreichen und es ergänzender gesellschaftlicher und politischer Maßnahmen bedarf.

Auch das verhältnismäßig neue Fachgebiet der Globalen Gesundheit [19] (Global Health / Globale Gesundheit) ist in starkem Maße von einer biomedizinischen Sichtweise geprägt. Anders als die Internationale Gesundheit, die vorrangig entwicklungspolitische Ansätze verfolgt und sich vor allem auf die Vorbeugung und Behandlung übertragbarer Krankheiten konzentriert, geht Global Health als komplexe und multidisziplinäre Disziplin weit über Seuchenbekämpfung und Krankheitsvermeidung hinaus. Global Health-Ansätze erfordern die Auseinandersetzung mit einer Vielzahl kultureller, gesellschaftlicher, politischer, ökonomischer, Umwelt- und anderer Faktoren, die wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit der Menschheit haben [20]. Dass die biomedizinische Global-Health-Perspektive

gleichwohl zu kurz greift, zeigte sich ebenfalls mit besonderer Dramatik in der lange währenden Missachtung biomedizinischer gesundheitswissenschaftlicher Aspekte während der SARS-CoV-2-Pandemie [21].

Letztlich wird die einseitige Konzentration auf biomedizinische Lösungen zu einem Risiko für die Gesundheit der Bevölkerung. Ein verkürztes, biotechnologisches Verständnis von Öffentlicher Gesundheit bzw. Public Health kann nicht erklären, wie gesellschaftliche Bedingungen auf die Gesundheit und ihre systematisch ungleiche soziale Verteilung wirken, und führt zur Unterschätzung bzw. Unterbewertung des Einflusses gesellschaftlicher Faktoren. Ein solcher biomedizinischer Reduktionismus erschwert die unumgängliche Thematisierung der politischen, ökonomischen, gesellschaftlichen, ökologischen und anderer sozialer Risikofaktoren, die erheblich zur Krankheitslast von Bevölkerungen beitragen. Die vorherrschenden gesundheitspolitischen Maßnahmen und Gesundheitsstrategien spiegeln daher häufig nicht angemessen die Komplexität von Public Health wider und stellen die Universalität des Rechts auf Gesundheit in Frage [22].

Tendenziell leistet die biomedizinische Perspektive, die Gesundheit und Krankheit auf biologische Faktoren zu reduzieren versucht, einer Medikalisierung von gesellschaftlichen und sozialen Problemlagen sowie der individuellen Lebensweisen Vorschub. Modellbildungen, die vorrangig organisch-pathophysiologische Ursachen von chronisch-degenerativen Erkrankungen berücksichtigen, liefern nur eingeschränkt erfolgversprechende Ansätze der Prävention und Gesundheitsberatung (siehe auch [23] (Gesundheitsberatung)). Aber selbst in der medizinischen Sekundär- und Tertiärprävention, wenn organische Schädigungen bereits eingetreten sind und es um die Verhinderung des Fortschreitens einer manifesten Krankheit geht, greifen potenziell aussichtsreiche Verhaltensumstellungen durch Patientenberatung und Patientenschulung zu kurz, solange sie verhältnispräventive Ansätze nicht hinreichend berücksichtigen.

Ich danke Peter Franzkowiak für seine Vorarbeit in früheren Versionen dieses Leitbegriffs.

References

1. Sarto-Jackson I. Time for a Change: Topical Amendments to the Medical Model of Disease. Biol Theory. 2018 Mar;13(1):29–38. DOI:10.1007/s13752-017-0289-z
2. 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
3. Franzkowiak P. Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I026-2.0
4. Kossow A. Prävention übertragbarer Erkrankungen. In: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I090-2.0
5. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020 Oct;396(10258):1204–22. DOI:10.1016/S0140-6736(20)30925-9
6. Ungvarsky J. Biomedical model of health. In: Consumer Health. Ipswitch (MA): EBSCO Information Services; 2024 [accessed 2026 Jun 16]. Available from: https://www.ebsco.com/research-starters/consumer-health/biomedical-model-health
7. Binneböse M, Frommer J, Franzkowiak P, Junne F. Psychosomatische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I098-3.0
8. Deacon BJ. The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. Clin Psychol Rev. 2013 Nov;33(7):846–61. DOI:10.1016/j.cpr.2012.09.007
9. Germov J. Imagining Health Problems as Social Issues. In: Germov J, editor. Second opinion: An introduction to health sociology. 5 edn. Melbourne: Oxford University Press; 2014. p. 5–22.
10. Chelak K, Chakole S. The Role of Social Determinants of Health in Promoting Health Equality: A Narrative Review. Cureus. 2023 Jan 5;15(1):e33425. DOI:10.7759/cureus.33425
11. 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

12. Powell-Wiley TM, Gebreab SY, Claudel SE, Ayers C, Andrews MR, Adu-Brimpong J, Berrigan D, Davis SK. The relationship between neighborhood socioeconomic deprivation and telomere length: The 1999–2002 National Health and Nutrition Examination Survey. SSM Popul Health. 2020 Apr;10:100517. DOI:10.1016/j.ssmph.2019.100517
13. Alexeeff SE, Schaefer CA, Kvale MN, Shan J, Blackburn EH, Risch N, Ranatunga DK, Jorgenson E, Hoffmann TJ, Sakoda LC, Quesenberry CP, Van Den Eeden SK. Telomere length and socioeconomic status at neighborhood and individual levels among 80,000 adults in the Genetic Epidemiology Research on Adult Health and Aging cohort. Eviron Epidemiol. 2019 Jun;3(3):e049. DOI:10.1097/EE9.0000000000000049
14. Sperlich S, Franzkowiak P. Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I102-3.0
15. Pattini L, Bertacco R, Candiani G, Masseroli M, Servi S. Trends in biomedical engineering: focus on Genomics and Proteomics. JABB. 2011;9(2):98–108. DOI:10.5301/JABB.2011.8564
16. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina. Zukunftsreport Wissenschaft. Lebenswissenschaften im Umbruch: Herausforderungen der Omics-Technologien für Deutschlands Infrastrukturen in Forschung und Lehre. Halle (Saale): Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina; 2014 [accessed 2026 Jun 16]. Available from: https://www.leopoldina.org/fileadmin/Migrierte_Daten/Publikationen/Dokumente/2014_Zukunftsreport_Langfassung_web.pdf
17. Kollek R, Trojan A. Prädiktive Medizin und individualisierte Medizin. In: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2017. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I089-1.0
18. Nickel S, Trojan A. Capacity Building / Kapazitätsentwicklung. In: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I007-3.0
19. Gräser S. Global Health / Globale Gesundheit. In: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I063-3.0
20. Holst J. Global Health – emergence, hegemonic trends and biomedical reductionism. Global Health. 2020 Dec;16(1):42. DOI:10.1186/s12992-020-00573-4
21. Holst J. The world expects effective global health interventions: Can global health deliver? Glob Public Health. 2020;15(9):1396–403. DOI:10.1080/17441692.2020.1795222
22. Holst J. COVID-19: Besondere Herausforderungen an Public Health in Theorie und Praxis. Gesundheitswesen. 2020 Nov;82(11):829–35. DOI:10.1055/a-1276-0847
23. 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

Korrespondenz: Jens Holst Prof. Dr. Dr., Hochschule Fulda, Medizin mit Schwerpunkt Global Health, Studiengangsleitung Internationale Gesundheitswissenschaften, Leipziger Straße 123, 36037 Fulda, Deutschland, E-mail: jens.holst@pg.hs-fulda.de

Zitierhinweis: Holst J. Biomedizinische Perspektive. . In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i006-1.0

Copyright: © 2026 Jens Holst
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/

Capacity Building / Kapazitätsentwicklung

Stefan Nickel[1]
Alf Trojan[2]
[1] Germany
[2] Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany

Abstract

Capacity Building bezeichnet eine nachhaltige Struktur- und Kompetenzentwicklung zur effektiven Verbesserung der Gesundheit. Es umfasst Maßnahmen auf drei Ebenen: Wissen und Fähigkeiten bei gesundheitsfördernden Aktivitäten, Infrastrukturen zur Gesundheitsförderung in Organisationen und partnerschaftliche Kooperationen in Gemeinschaften. Neben der Kompetenzentwicklung ist damit auch die Strukturentwicklung ein wesentlicher Aspekt des Capacity Buildings. Der kombinierte Ansatz eignet sich deshalb auch als Evaluationsinstrument für langfristige Maßnahmen aus dem Settingansatz / Lebensweltansatz und kann – bei methodisch richtiger Anwendung – als Maß für den Erfolg komplexer Gesundheitsförderungsprogramme dienen.

Keywords: Strukturentwicklung, Kompetenzentwicklung, Nachhaltigkeit, Empowerment, Evaluation

Einleitung

Capacity Building bedeutet den Aufbau von Wissen, Fähigkeiten, Engagement, Strukturen, Systemen und Führungsqualitäten, um effektive Gesundheitsförderung zu ermöglichen. Kapazitätsentwicklung umfasst Aktionen zur Verbesserung der Gesundheit auf drei Ebenen [1]:

- Weiterentwicklung von Wissen und Fähigkeiten bei gesundheitsfördernden Tätigkeiten.
- Ausdehnung der Unterstützung und Infrastrukturen der Gesundheitsförderung in Organisationen.
- Entwicklung des Zusammenhalts und der partnerschaftlichen Kooperation zur Gesundheit in Gemeinschaften.

Capacity Building wird in Deutschland oft – einengend, aber dennoch zu umständlich – als „Struktur- und Kompetenzentwicklung“ übersetzt. Es ist hierzulande bisher kaum als Konzept genutzt worden. Viel bekannter ist das inhaltlich ähnliche Konzept von Empowerment / Befähigung [2].

Capacity Building und Empowerment

In der Ergänzung des WHO-Glossars wird Capacity Building nicht von dem Konzept Empowerment abgegrenzt [1]. Die Formulierungen legen nahe, dass Aktivitäten und Prozesse des Capacity Buildings wie auch des Empowerments letztendlich zu den gleichen Ergebnissen führen: zu Gemeinden/Stadtteilen, die auf die Bedürfnisse ihrer Bewohnerschaft eingehen sowie die erforderliche soziale und politische Unterstützung besitzen, um Programme erfolgreich umzusetzen. Als Unterschied kann allenfalls unterstellt werden, dass Empowerment mehr die politische Befähigung sozial Benachteiligter anspricht, während der Akzent bei Capacity Building mehr auf den pragmatischen Lernprozess und die Strukturentwicklung eines Gemeinwesens fokussiert.

Seit einigen Jahren wird Capacity Building als Erklärungsmodell und Zielgröße für Gesundheitsförderung aufgeführt [3].

Geschichte des Begriffs Capacity Building

Bereits aus dieser kurzen Herleitung wird die Komplexität des Konzepts deutlich, aber auch seine grundsätzliche Eignung als Erfolgsindikator für setting- bzw. lebensweltbezogene Ansätze der Gesundheitsförderung. Dadurch, dass es sowohl die individuellen als auch die organisatorischen/gemeinschaftlichen Elemente des Empowermentkonzepts mit dem Communitykonzept verbindet, stellt es eine Ergänzung der Modelle rein individuellen Gesundheitsverhaltens dar.

Die Wurzeln des Ansatzes reichen bis in die amerikanische Gemeindepsychologie der 1970er-Jahre zurück und wurden stark im Zusammenhang mit internationalen Entwicklungsprojekten konzipiert. Eine Übertragung in das Feld von Public Health und/oder gemeindenaher Gesundheitsförderung erfolgte erst seit den 1990er-Jahren (Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit).

In der Gesundheitsförderungsstrategie der WHO taucht der Ausdruck Capacity Building zum ersten Mal in der Jakarta-Erklärung „Neue Akteure für eine neue Ära – Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert“ auf [4]. Als vierte Priorität werden dort die Förderung von Kompetenzen der Gemeinden/Stadtteile und die Befähigung der Einzelnen genannt. Der Akzent liegt im erläuternden Text vor allem auf dem Aufbau von Partnerschaften für Kooperation und der Mobilisierung von Wissen, Fähigkeiten und Ressourcen. In dem kurz darauf erschienenen „Health Promotion Glossary“ hat Capacity Building noch keinen eigenständigen Eintrag, wird aber im Kontext der „intermediären“ Gesundheitsergebnisse erwähnt [5].

Ein jüngerer systematischer Review basiert auf 17 internationalen Studien, in denen Capacity Building als Indikator nachhaltiger Strukturbildung und Kompetenzentwicklung größere Beachtung erhalten hat [6]. Einerseits wird die Vielfalt des Konzepts in diesem Review systematisch zusammengefasst, zudem werden die erheblichen Unterschiede der Operationalisierung (Messbarmachung) in den verschiedenen Projekten und Programmen aufgezeigt. Andererseits wird über die mangelnde Evidenzlage in den Studien berichtet, insbesondere bei dem Versuch, Capacity Building langfristig zu messen und den vermuteten Zusammenhang mit gesundheitlichen Outcomes nachzuweisen. Dabei geht es auch darum, die Gültigkeit und Zuverlässigkeit quantitativer Daten zu überprüfen und die „Glaubwürdigkeit“ qualitativer Erhebungen zu berücksichtigen.

Fünf grundlegende Elemente von Capacity Building

In der heutigen Theorie und Forschung lassen sich mindestens fünf grundlegende Elemente von Capacity Building identifizieren, die sich als Gemeinsamkeit sehr verschiedener Definitionsversuche herauskristallisiert haben:

- Unterstützung von Prozessen der partizipativen Einbindung von Gemeindemitgliedern in gemeinschaftliche Aktionen.
- Kompetenz/Befähigung von zumeist professionellen Akteurinnen und Akteuren, verschiedene Formen von Selbstorganisation zu unterstützen („Leadership“).
- Vorhandene Ressourcen in einem Sozialraum (z. B. Fähigkeiten und Fertigkeiten der Gemeindemitglieder, gut verankerte Organisationen, Zugang zu finanziellen Mitteln).
- Beziehungsnetzwerke zwischen Organisationen oder Personengruppen (sowohl formell-instrumentell als auch informell und emotional).
- Aufbau von Angeboten der Gesundheitsförderung (einschließlich der Überwindung von Zugangsbarrieren sowie Angebote für schwer erreichbare Zielgruppen).

Praktische Einbindung und Umsetzung von Capacity Building

Hinsichtlich seiner praktischen Einbindung und Umsetzung in die Gesundheitsförderung hat sich das Konzept vor allem im Rahmen der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung [7] (Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement) und Evaluation [8] langfristiger Interventionen bewährt. Es erfüllt nach [9] vier wesentliche Aufgaben der Evaluation: Erkenntnis-, Kontroll-, Dialog- und Legitimationsfunktion. Dabei können verschiedene Messmethoden ins Auge gefasst werden, insbesondere Expertinnen- und Experteninterviews, Fokusgruppen, Surveys sowie Dokumenten- und Sekundäranalysen. Wer dabei die Einschätzungen der Ausgangssituation und der späteren Veränderungen vornimmt, ist nicht genau festgelegt. In jedem Fall sollte es die Gemeinde – seien es Vertreterinnen und Vertreter formaler Organisationen oder auch nur lose organisierte Personengruppen – möglichst weitgehend selbst tun.

Für die Visualisierung der Ergebnisse eignet sich die Darstellung in Form von Spinnennetzdiagrammen (vgl. Abb. 1). Beispiele guter Praxis liegen sowohl für sozial benachteiligte Quartiere im großstädtischen Raum (siehe etwa die Gesundheitsförderungsprogramme „Lenzgesund“ in der Lenzsiedlung/Hamburg oder „Bewegtes Leben im Quartier“ in Marzahn-Nord/Berlin) als auch für gemeindenahe Gesundheitsförderungsaktivitäten in eher ländlichen Gebieten („Gesunde Gemeinde Karlshuld“ in Bayern; „Lebenswerte Lebenswelten für ältere Menschen“ in der Steiermark/Österreich) vor.

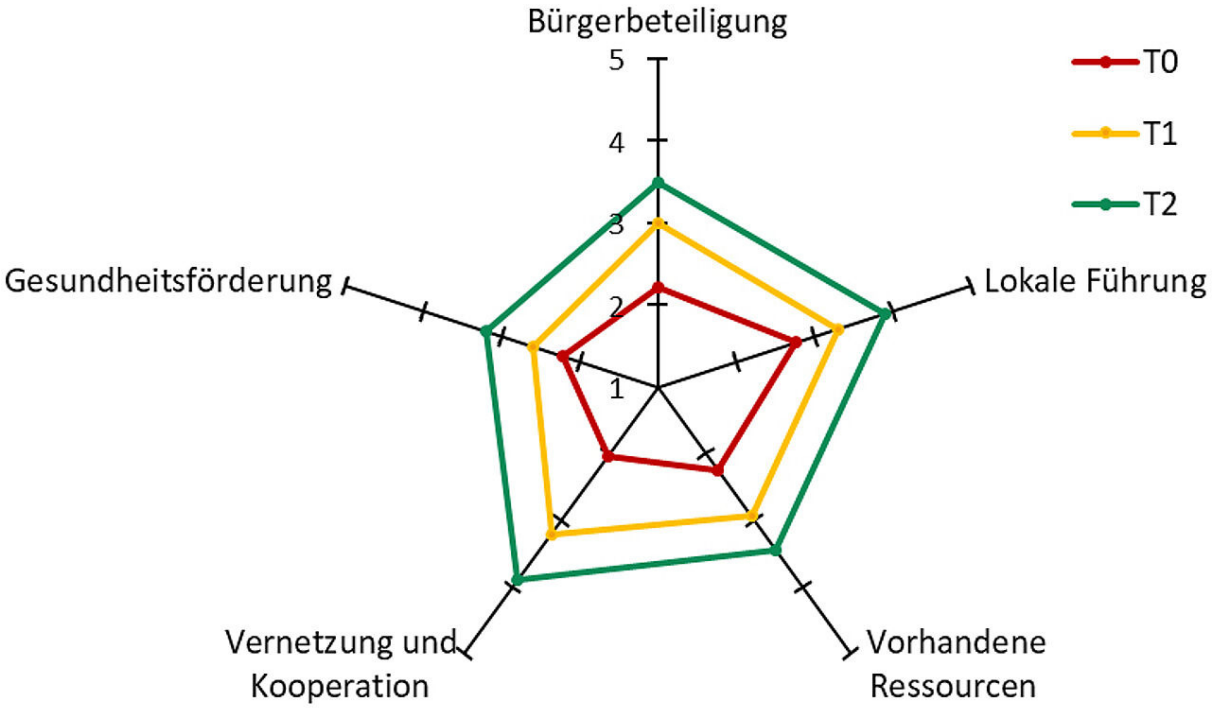


Abb. 1: Fiktives Beispiel für die Darstellung von Kapazitätsentwicklung im Quartier (nach [10])

Evaluative Anwendung des Konzepts Capacity Building

Die Grenzen der evaluativen Anwendung des Konzepts sind eng mit den Zugangsweisen verknüpft, die sich auf unterschiedliche Systembereiche beziehen. Dazu gehört an erster Stelle die weit verbreitete expertinnen- und expertendominierte Einschätzung von Community Capacities, wobei die Expertinnen, Experten sowie Schlüsselakteurinnen und -akteure oft stark in den Handlungsprozess involviert sind und daher letztlich ihre eigene Arbeit bewerten. Dieser Sachverhalt spricht für die generelle Notwendigkeit, verschiedene Instrumente und Methoden bei der Evaluation von Prävention und Gesundheitsförderung einzusetzen.

Ein zweites Hauptproblem besteht darin, dass der Gesundheitsbezug lediglich in einer Dimension – und auch dort nur in sehr allgemeiner Weise – konzipiert ist. Ein darauf aufbauendes Evaluationsinstrument ist somit nicht geeignet zur Messung der Wirkung von Gesundheitsförderungsprogrammen, die auf einzelne Risikobereiche (etwa Ernährung, Bewegung etc.) oder auf die Verhaltensprävention bei einzelnen Zielgruppen ausgerichtet sind. Auch der betrachtete Sozialraum darf nicht zu klein sein, da einige Dimensionen sich deutlich auf ein komplexes soziales Gebilde mit verschiedenen Funktionen für die Bewohnerschaft beziehen (Gesundheit, Soziales, Stadtentwicklung, medizinische Versorgung, Jugendarbeit etc.). Die untere Grenze der Anwendbarkeit dürfte bei ca. 3.000 Einwohnerinnen und Einwohnern liegen.

Fazit

Trotz der geschilderten Einschränkungen und Probleme ist Capacity Building (verstanden als nachhaltige Strukturbildung und Kompetenzentwicklung) im Prinzip gut geeignet als allgemeiner, „intermediärer“ Erfolgsindikator komplexer Gesundheitsförderungsansätze. Besteht Konsens über die relevanten Dimensionen des Konzepts, lassen sich auch in ihrer Akzentsetzung völlig unterschiedliche settingbezogene Projekte oder Programme miteinander vergleichen. Die methodischen Probleme sind allerdings nicht unerheblich.

Der Stellenwert des hier vorgestellten Konzepts für Zwecke von einerseits Evaluationsforschung und andererseits kontinuierlicher Qualitätsentwicklung [8] (Evaluation) kann erst auf der Basis weiterer Erprobung und wissenschaftlicher Analysen beurteilt werden.

References

1. Smith BJ, Tang KC, Nutbeam D. WHO health promotion glossary: New terms. Health Promot Int. 2006;21(4):340–5. DOI:10.1093/heapro/dal033
2. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i10-3.0
3. Walter U, Schwartz FW. Prävention. In: Schwartz FW, editor. Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München und Jena: Urban & Fischer; 2003. p. 189–191.
4. World Health Organization (WHO), editor. Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung; 1997.
5. World Health Organization (WHO). Health Promotion Glossary. Geneva; 1998.
6. Liberato SC, Brimblecombe J, Ritchie J, Ferguson M, Coveney J. Measuring capacity building in communities: a review of the literature. BMC Public Health. 2011 Dec;11(1):850–850. DOI:10.1186/1471-2458-11-850
7. 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
8. Haack G, Haß W. Evaluation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i016-3.0
9. Stockmann R. Evaluation in Deutschland. In: Stockmann R, editor. Evaluationsforschung: Grundlagen und ausgewählte Forschungsfelder. Opladen: Springer VS; 2000. p. 11–40.
10. Trojan A, Süß W, Lorentz C, Nickel S, Wolf K, editors. Quartiersbezogene Gesundheitsförderung. Umsetzung und Evaluation eines integrierten lebensweltbezogenen Handlungsansatzes. Weinheim: Beltz Juventa; 2013.

Korrespondenz: Dr., Dipl.-Soz. Stefan Nickel, Deutschland, E-mail: nickel@uke.de

Zitierhinweis: Nickel S, Trojan A. Capacity Building / Kapazitätsentwicklung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i007-1.0

Copyright: © 2026 Stefan Nickel 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/

Determinanten der Gesundheit

Klaus Hurrelmann[1]
Matthias Richter[2]
[1] Hertie School of Governance, Berlin, Deutschland
[2] Institute of Medical Sociology (IMS), Martin Luther University Halle-Wittenberg, Halle, Deutschland

Abstract

Die gesundheitliche Lage wird durch eine Vielzahl unterschiedlicher Einflussfaktoren geformt. Diese Determinanten der Gesundheit umfassen sowohl biologische Faktoren als auch umfangreiche Aspekte, die außerhalb des Körpers liegen. Sie sind im Sinne sich gegenseitig beeinflussender Faktorengruppen zu verstehen. Zu nennen sind hier vor allem das Gesundheitsverhalten, die Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie soziale, politische und ökonomische Determinanten der Gesundheit. Sie gemeinsam bestimmen das Ausmaß der Möglichkeiten für Gesundheit und die Wahrscheinlichkeit für Krankheit und vorzeitigen Tod. Aufgabe von Prävention und Gesundheitsförderung ist es, gesundheitliche Risiken, die sich aus diesen Faktoren ergeben, zu minimieren und Chancen für Gesundheit zu schaffen.

Keywords: Einflussfaktoren, Gesundheitsverhalten, Lebensbedingungen, soziale Determinanten, Prävention

Ein Grundgedanke in der Gesundheitsförderung ist die Einflussnahme auf unterschiedliche Determinanten der Gesundheit [1]. Ein Gewinn von Gesundheitspotenzialen kann einmal durch ein Zurückdrängen von Krankheitsrisiken über die Strategie der „Krankheitsprävention“ [2] (Prävention und Krankheitsprävention) erfolgen, zum anderen durch die Ausweitung der Grenzen des Möglichkeitsraums von Gesundheit. Hierbei werden vor allem die sozialen, wirtschaftlichen und organisatorischen Bedingungen für die Herstellung von Gesundheit verbessert. Dies ist der Kern der umfassenden Strategie der Gesundheitsförderung [3] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen).

Ein Gesundheitsgewinn für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung entsteht, indem die sozialen und materiellen, die gesamte Bevölkerung betreffenden Ausgangsvoraussetzungen für Gesundheit durch Angebote von Bildung und sozialer Unterstützung, die Erwerbschancen und Einkommensverteilung, die Wohnbedingungen sowie Erreichbarkeit von Parks und Grünflächen sowie gesundheitlicher Versorgung verbessert werden. Durch die Verbesserung dieser Determinanten wird die Gesamtheit von Gesundheitspotenzialen in einer Gesellschaft ausgeweitet. So kann erreicht werden, dass Gesundheitspotenziale gestärkt und Krankheitsrisiken vermindert werden [1], [4].

Feste und modifizierbare Determinanten

Die Determinanten der Gesundheit mitsamt ihrem positiven oder negativen Einfluss auf die Gesundheit können in fünf übergeordnete Bereiche systematisiert werden (siehe Abbildung 1). Die einzelnen Gruppen von Determinanten stehen in einer wechselseitigen Beziehung. Die übereinander liegenden Schichten sollen verdeutlichen, dass sie sowohl einen direkten als auch einen indirekten − über die nächste Schicht vermittelten − Einfluss auf die Gesundheit besitzen. Gesundheit wird so als Ergebnis eines Netzes verschiedener Einflüsse gesehen. Dieses Netz konstituiert im weiteren Sinne die „Determinanten der Gesundheit“.

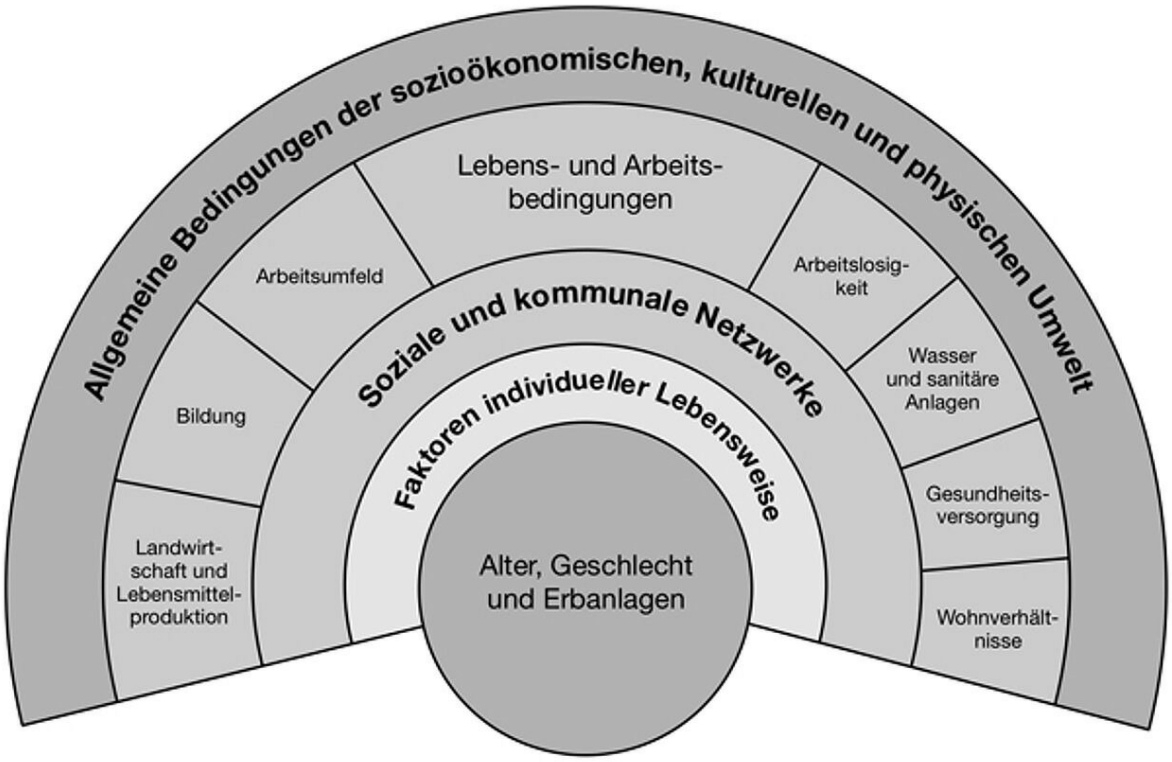


Abb. 1: Determinanten der Gesundheit. Quelle: [5]

Genetische Dispositionen, Geschlecht und Alter stellen den Kern des Modells dar, sind jedoch unbeeinflussbare, feste Determinanten der Gesundheit. Sie haben den unmittelbarsten Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden. Die anderen Faktoren in den umgebenden Schichten können hingegen − mit Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung − potenziell modifiziert werden, um so einen positiven Einfluss auf die Gesundheit auszuüben:

- Der Lebensstil [6] (Lebensweise/Lebensstile) und das Gesundheitsverhalten beziehen sich primär auf gesundheitsförderliche wie -schädigende Verhaltensweisen (z. B. Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum, körperliche Aktivität, Schlaf oder Gewalterfahrungen).
- Eine gute soziale Integration in unterschiedliche soziale Netzwerke [7] (Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung) (Freundeskreis, Familie, Community) unterstützt die Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit und senkt das Risiko anderer gesundheitsschädigender Einflüsse. Diese Integration hat nicht nur einen direkten Effekt, sondern wirkt auch indirekt über das Gesundheitsverhalten auf die Gesundheit.
- Beeinflusst werden diese sozialen Netzwerke durch die individuellen Lebens- und Arbeitsbedingungen, wie etwa die Belastung am Arbeitsplatz und die Bildung ebenso wie die Wohnsituation und das Gesundheitssystem. Auch diese Einflussgrößen können einen eigenständigen sowie vermittelten Effekt auf die Gesundheit haben.
- Die allgemeinen sozioökonomischen, kulturellen und umweltbezogenen Bedingungen − wie sie sich beispielsweise in sozialen Ungleichheiten ausdrücken − stellen als Makrofaktoren die komplexesten Determinanten der Gesundheit dar und sind in diesem Sinne die „Ursachen der Ursachen“ von eingeschränkter Gesundheit und Krankheit.
- In der Logik des Modells werden die einzelnen Gruppen von Determinanten in einer Schicht durch die darüberliegende Schicht von Determinanten beeinflusst. Diese Abfolge kann als Kausalkette verstanden werden und zeigt den Weg auf, über den Determinanten wie die gebaute Umwelt oder die öffentliche Politik individuelle Gesundheit und Wohlbefinden beeinflussen können. Die Determinanten innerhalb jeder Schicht stehen oft in Wechselwirkung zueinander und sind eng miteinander verbunden. Während die Kausalkette weitgehend von der äußeren Schicht zu den inneren Schichten verläuft, sind die Beziehungen komplex und es gibt auch Einflüsse in die andere Richtung.

Medizinische Versorgung vs. soziale Determinanten

Die medizinische Versorgung stellt eine allgemein viel diskutierte Determinante der Gesundheit dar. Wie Abbildung 1 verdeutlicht, ist der Einfluss des Gesundheitssystems auf den Gesundheits- und Krankheitszustand der gesamten Bevölkerung aber nur ein Bedingungsfaktor unter vielen. Bereits in den 1970er-Jahren haben Studien aufzeigen können, dass Fortschritte in der medizinischen Gesundheitsversorgung in den vergangenen 150 Jahren nur wenig zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung beigetragen haben [4], [8]. Studien zur Abschätzung des Gewichts der unterschiedlichen Gruppen von Determinanten bestätigen diese Aussage: Die Strukturen des medizinischen, rehabilitativen und pflegerischen Versorgungssystems („Gesundheitssystem“) haben einen verhältnismäßig geringen Anteil an der Entstehung von Krankheiten, wohl aber bei der Vermeidung von Krankheitsfolgen und vorzeitiger Sterblichkeit [4].

Vor diesem Hintergrund erhält die Frage, warum man die Krankheiten von Menschen „behandeln“ soll, ohne zu verändern, was die Menschen in erster Linie krank macht, ein besonderes Gewicht.

Das weitaus größte Gewicht für die Erklärung des Gesundheits- und Krankheitszustandes der Bevölkerung haben die Determinanten und Bedingungen, unter denen wir Menschen aufwachsen, leben, arbeiten und alt werden – also der Lebensstil und die Lebens- und Arbeitsbedingungen [8]. Unzählige Studien zeigen, dass das Gesundheitsverhalten einen bedeutenden Einfluss auf die Gesundheit ausübt [7]. Nun ist es aber kein Zufall, dass Personen sich zum Beispiel ungesund ernähren. Vielmehr hängt das Ernährungsverhalten von verschiedenen übergelagerten Einflüssen ab und wird durch diese maßgeblich determiniert (z. B. räumliche Möglichkeiten des Erwerbs von Lebensmitteln, kulturelle Vorlieben für Nahrungsmittel, finanzielle und zeitliche Ressourcen oder das Wissen, wie man sich gesund ernährt).

Hebt man ausschließlich die Bedeutung des Gesundheitsverhaltens hervor und vernachlässigt die strukturelle Einbettung dieser Verhaltensweisen in die individuellen Lebensbedingungen, besteht die Gefahr einer individuellen Zuschreibung von Verantwortung („blaming the victim“), die tatsächlich gesellschaftlichen bzw. strukturellen Mechanismen zuzuordnen ist und keiner individuellen Kontrolle unterliegt. So sind Lebensweisen eng mit den tagtäglichen Arbeits- und Wohnbedingungen sowie dem kulturellen Kontext verbunden. Sie stellen so etwas wie das subjektive Spiegelbild der objektiven gesellschaftlichen Verhältnisse dar. Ihre jeweilige Ausprägung und die damit einhergehenden Gesundheitsgewinne bzw. -verluste werden erheblich von sozialer Ungleichheit [9] (Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit) beeinflusst. Ohne die Berücksichtigung dieser Einbettung des Verhaltens würde die Bedeutung des Lebensstils dementsprechend wesentlich überschätzt werden.

Die Lebens- und Arbeitsbedingungen − wie unterschiedliche Erwerbschancen, Wohnbedingungen oder ökonomische Ressourcen besitzen eine höhere Erklärungskraft für die Gesundheit als das Gesundheitsverhalten allein, da sie sowohl einen direkten Einfluss auf die Gesundheit haben als auch einen indirekten Beitrag leisten, der über das Gesundheitsverhalten wirkt [1]. Dieses Ergebnis zeigt, dass präventive Maßnahmen auf Verhaltensebene nur begrenzt erfolgreich sein können und eine Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen viel eher zu einer Verbesserung der Gesundheit beitragen kann.

Der Einfluss sozialer Disparitäten

Während der Zusammenhang zwischen gesellschaftlichem Wohlstand und Gesundheit gut dokumentiert ist, hält die international vergleichende Forschung ein weiteres interessantes Ergebnis bereit. Nicht nur die Höhe, sondern auch das Ausmaß ökonomischer Disparitäten, vor allem der Einkommensungleichheit, spielt eine zentrale Rolle für die Gesundheit auf Bevölkerungsebene [4]. Je größer die Kluft zwischen den reichen und den armen Bevölkerungsgruppen ist, desto höher sind die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der Population des jeweiligen Landes. Die angelsächsischen Länder USA, Großbritannien und Australien mit ihrem großen Ausmaß an ökonomischer Ungleichheit weisen relativ hohe gesundheitliche Beeinträchtigungen auf Bevölkerungsebene auf. Demgegenüber schneiden die skandinavischen Länder eindeutig besser ab, während sich die zentraleuropäischen Länder, meist auch die südeuropäischen, im Mittelfeld bewegen.

Diese Assoziationen findet sich für verschiedene Gesundheitsindikatoren wie Säuglingssterblichkeit, psychische Störungen, Abhängigkeit von Alkohol und illegalen Drogen, Übergewicht und Adipositas. Sie lassen sich zudem nicht nur für die Einkommensungleichheit nachweisen, sondern auch für andere Indikatoren auf gesellschaftlicher Ebene wie etwa unterschiedliche Typen von Wohlfahrtspolitik, politische Strukturen, die Höhe öffentlicher Ausgaben für Gesundheit oder die Rolle der Gleichberechtigung in einer Gesellschaft.

- In den kommenden Jahren wird vor allem eine intensive Erforschung der Zusammenhänge zwischen schlechter sozioökonomischer Lebenslage und Gesundheit sowohl innerhalb als auch zwischen Gesellschaften notwendig sein. Solche Untersuchungen verbinden das Wissen über die Determinanten von Gesundheit und Krankheit mit der Genese und den Auswirkungen sozialer Ungleichheit.

References

1. Richter M, Hurrelmann K. Gesundheitstheorien: ein interdisziplinäres Lehrbuch für Wissenschaft und Praxis. 9 edn. Weinheim: Beltz Juventa; 2026. (Grundlagentexte Soziologie).
2. 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
3. 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
4. Siegrist J. Gesundheit für alle? Die Herausforderung sozialer Ungleichheit. Darmstadt: wbg Academic; 2021.
5. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
6. Röding D. Lebensweisen / Lebensstile. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I073-2.0
7. Quilling E, Brähler-Dieling N, Kuchler M, Trojan A. Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I108-3.0
8. Hurrelmann K, Richter M, editors. Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Ein Lehrbuch. Wiesbaden: Springer VS; 2016.
9. 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

Korrespondenz: Prof. Dr., Dipl.-Soz. Klaus Hurrelmann, Hertie School of Governance, Quartier 110, Friedrichstraße 180, 10117 Berlin, Deutschland, E-mail: hurrelmann@hertie-school.org

Zitierhinweis: Hurrelmann K, Richter M. Determinanten der Gesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i008-1.0

Copyright: © 2026 Klaus Hurrelmann 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/

Digitalisierung in Prävention und Gesundheitsförderung

Viviane Scherenberg[1]

[1] Dekanin Fachbereich Public Health und Umweltgesundheit, APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft GmbH, Bremen, Germany

Abstract

Digitalisierung in Prävention und Gesundheitsförderung umfasst Maßnahmen, die digitale Technologien zur Förderung von Gesundheit, zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Verzögerung von Krankheitsverläufen nutzen. Während digitale Interventionen früher vor allem internetbezogen waren, reicht das Spektrum heute von Apps, Wearables und webbasierten Programmen bis zu Virtual-Reality-Anwendungen und KI-gestützten dialogischen Systemen.

Keywords: E-Prävention, digitale Prävention, digitale Gesundheitsförderung, E-Health Promotion

Einleitung

Die Digitalisierung gewinnt in Prävention und Gesundheitsförderung zunehmend an Bedeutung. Zur Einordnung der damit verbundenen Komplexität bietet sich die Perspektive der „E-Public Health“ an. Darunter werden alle organisierten Maßnahmen zur Förderung der öffentlichen Gesundheit verstanden, die mithilfe digitaler Medien überwacht, unterstützt oder umgesetzt werden. Die „digitale Prävention“ („E-Prävention“) als Teilgebiet der „E-Public Health“ lässt sich sowohl den Gesundheitswissenschaften (Public Health) als auch dem E-Health zuordnen (Tab. 1). Während digitale Gesundheitsförderung („E-Health Promotion“) auf die Identifikation und Stärkung von Gesundheitsressourcen und Schutzfaktoren (siehe auch [1] (Resilienz und Schutzfaktoren)) abzielt, verfolgt digitale Prävention das Ziel, die Ausbildung von Risikofaktoren (siehe auch [2] (Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell)) bzw. die Entstehung von Krankheiten mithilfe digitaler Technologien zu verhindern oder zu verzögern. Die digitale betriebliche Gesundheitsförderung (dBGF) kann dabei sowohl als Teilbereich des digitalen betrieblichen Gesundheitsmanagements (dBGM) als auch der digitalen Prävention verstanden werden, da sie das Gesundheitsverhalten von Beschäftigten mithilfe digitaler Medien positiv beeinflussen soll.

Komplexität und Detaillierungsgrad	**E-Health**	E-Health (Digital Health) umfasst alle Leistungen, Qualitätsver-besserungen und Rationalisierungseffekte, die durch den Einsatz elektronischer Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen ermöglicht werden. M-Health (Mobile Health) bezeichnet hingegen die Nutzung mobiler bzw. drahtloser Technologien [3].
	Gesundheits- telematik	Telematik verknüpft Telekommunikation und Informatik zur Datenübermittlung und Datenverarbeitung. Ein Teilgebiet ist die Gesundheitstelematik, welche die Übertragung und Verarbeitung medizinischer Daten aus dem Gesundheitswesen ermöglicht [4].
	E-Public Health	E-Public Health (Digital Public Health) bezeichnet organisierte Anstrengungen, die durch digitale Technologien unterstützt werden und der Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung, der Vermeidung von Krankheiten sowie der präventiven, kurativen und rehabilitativen Versorgung dienen [5].
	Digitales Versorgungs-management	Digitales Versorgungsmanagement (Digital Managed Care) umfasst die medizinischen und pflegerischen Versorgungsprozesse definierter Bevölkerungsgruppen, die unter Berücksichtigung von Kosteneffektivität [6] und der Überwindung von Schnittstellenproblemen (§ 11 Abs. 4 SGB V) digital unterstützt werden.
	E-Prävention	E-Prävention (Digital Prevention) ist ein zentraler Teilbereich von E-Public Health und umfasst alle Maßnahmen, die mithilfe elektronischer Technologien Gesundheit fördern, Krankheiten und Unfälle verhüten sowie das Fortschreiten von Krankheiten verhindern oder verlangsamen.
	Digitales BGM	Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement (dBGM) umfasst die Entwicklung integrierter betrieblicher Strukturen und Prozesse, um die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation sowie des Verhaltens am Arbeitsplatz mithilfe digitaler Medien positiv zu beeinflussen [7].

	Digitales BGF	Digitale Betriebliche Gesundheitsförderung (kurz dBGF, siehe auch [8] (Betriebliche Gesundheitsförderung)) stellt einen Teilbereich des BGMs sowie der digitalen Prävention dar, der versucht, mittels neuer digitaler Medien das Gesundheitsverhalten von Mitarbeitenden positiv zu beeinflussen.

Tab. 1: E-Health, E-Public Health, digitale Prävention und ihre Subdisziplinen (eigene Darstellung)

Die Bereiche lassen sich nicht immer trennscharf voneinander abgrenzen, sondern sind eng miteinander verzahnt. Oft stellen sie detaillierende bzw. komplexitätsreduzierende Teilkomponenten übergeordneter Bereiche dar, je nach spezifischem Anwendungsfeld, gesundheitsbezogenem Setting oder adressierter Zielgruppe.

Formen digitaler Präventionsinterventionen

Digitale Präventionsinterventionen können in Abhängigkeit vom Umfang der eingesetzten Online-Anteile differenziert werden. Dabei lassen sich drei Formen unterscheiden [9], [10]:

- **E-Prävention im weiteren Sinne**: Verbreitung präventiver Inhalte über digitale Medien, Websites oder soziale Medien (siehe auch [11] (Social Media/Gesundheitsförderung mit digitalen Medien)).
- **E-Prävention im engeren Sinne**: vollständig digital bereitgestellte präventive Interventionen, etwa über Apps, Online-Plattformen oder Fitness-Tracker.
- **Hybride Prävention**: Kombination von Online- und Offline-Komponenten zur Nutzung der jeweiligen Vorteile beider Formate (z. B. digitale App zur Herzgesundheit mit Telefon-Coaching-Elementen).

Eingesetzte digitale Medien und Technologien

Im Rahmen digitaler Präventionsinterventionen kommen digitale Medien zum Einsatz. Diese ermöglichen Multimedialität, also die Integration verschiedener Medien in eine digitale Präsentation, sowie Interaktivität [12]. Zu den digitalen Medien zählen Hardware (z. B. Fitness-Tracker, Körperanalysewaagen, VR-Headsets), Software (z. B. Skills für Sprachassistenten, Apps, Serious-VR-Games) sowie spezifische Medienformate (z. B. Online-Zeitschriften, Online-Videos, Podcasts) [13]. Tragbare Geräte, die bspw. über Bluetooth mit Präventions-Apps verbunden sind, werden als Wearables bezeichnet. Aufgrund ihrer körpernahen Nutzung werden Wearables auch als On-Body-Geräte bezeichnet, während Smartphones und Tablets als Off-Body-Technologien gelten [14]. Medien wie Gesundheits-Apps, Social-Media-Kanäle oder **Internetplattformen** nutzen unterschiedliche Formate (z. B. Online-Kurse, E-Coaching) und binden verschiedene Instrumente (z. B. Videos, Selbsttests, Experten-Chats, Foren) ein. Digitale Medien beschränken sich längst nicht mehr auf Internetportale oder Gesundheits-Apps, sondern umfassen auch smarte Sprachassistenten mit gesundheitsbezogenen Skills, VR-Anwendungen sowie KI-gestützte dialogische Systeme, adaptive Coachingumgebungen und datenbasierte Personalisierungsmechanismen. Multiplayer-Versionen ermöglichen dabei gemeinsame Erlebnisse sowie Echtzeitkommunikation und -interaktion mit anderen Nutzenden, während die Nutzenden von VR-Anwendungen durch individuell gestaltbare Avatare visuell repräsentiert werden [15]. Mit dieser Erweiterung digitaler Medien gewinnen zugleich Fragen der Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Qualitätssicherung an Bedeutung.

Digitale Präventionsinterventionen sprechen akustische, visuelle und haptische Sinneskanäle an. So können Bewegungserinnerungen über Ton, Textnachrichten und/oder Vibrationsalarme vermittelt werden. Da Informationsverarbeitung und Kompetenzvermittlung für die Gesundheitsbeeinflussung zentral sind, werden digitale Interventionen häufig multimodal gestaltet, um mehrere Sinneskanäle gleichzeitig zu aktivieren. Die wechselseitige multisensorische Verstärkung („multisensory enhancement“) bewirkt, dass Informationen und Gesundheitsbotschaften bei kongruenten Reizen intensiver verarbeitet werden („Superadditivität“) [16]. Je mehr Sinne angesprochen werden, desto nachhaltiger können sich präventive Botschaften verfestigen. Der präventive Nutzen liegt nicht in der bloßen Quantifizierung von

Körperdaten, sondern in der Förderung der Gesundheitskompetenz (siehe auch [17] (Gesundheitskompetenz/Health Literacy)). Gleichzeitig verschwimmen die Grenzen zwischen analogen und digitalen Medien zunehmend, da analoge Medien vielfach auch digital verfügbar sind.

Zielgruppenspezifische Ausrichtung und Herausforderungen

Wie klassische Interventionen können auch digitale Interventionen in Prävention und Gesundheitsförderung nach Gordon universell, selektiv oder indiziert ausgerichtet sein. Diese Einteilung setzt das individuelle Erkrankungsrisiko in Beziehung zu Kosten, Risiken und Unannehmlichkeiten der präventiven Intervention [18]. Tabelle 2 gibt einen Einblick in digitale Präventionsinterventionen im Sinne des Risk-Benefit-Ansatzes bzw. der Risiko-Nutzen-Abwägung und der damit verbundenen Zielgruppenerreichung.

Ausrichtung	**Systematische Einordnung**	**Zielgruppe**	**Beispiele**
Universelle E-Prävention	Präventionsmaßnahmen für die Allgemeinbevölkerung oder große Teilpopulationen	Gesamtbevölkerung, breite Bevölkerungsgruppen	digitale Aufklärungsportale, allgemeine Präventions-Apps
Selektive E-Prävention	Präventionsmaßnahmen für Gruppen mit erhöhtem oder vermutetem Risiko	spezifische Zielgruppen mit besonderen Belastun-gen oder erhöhtem Risiko	zielgruppensensible Apps für ältere Menschen, Menschen mit Migrationserfahrung oder pflegende Angehörige
Indizierte E-Prävention	Präventionsmaßnahmen für Personen mit gesicherten Risikofaktoren oder mani-festen Gesundheitsproblemen	Personen mit chronischen Erkrankungen, manifesten Störungen oder eindeutigem Präventionsbedarf	digitale Ernährungspro-gramme bei Adipositas, Online-Schulungen bei Dia-betes, digitale Rückfall-prophylaxe

Tab. 2: Spezifizierung der E-Prävention nach dem Risk-Benefit-Ansatz (eigene Darstellung in Anlehnung an [19])

Eine zentrale Herausforderung der Digitalisierung von Prävention und Gesundheitsförderung besteht in der unzureichenden Berücksichtigung vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Diese nehmen neue Medien oft als weniger relevant wahr, was zu einer Verstärkung gesundheitlicher Ungleichheit führen kann [20]; siehe auch [21] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit) Zudem werden viele digitale Gesundheitstechnologien von Institutionen mit wirtschaftlichen Interessen (z. B. Apple, Fitbit, Meta Oculus, Amazon) entwickelt, die eher privilegierte Bevölkerungsgruppen erreichen. Diese interventionsgenerierte Ungleichheit („intervention-generated inequalities“) [22] führt dazu, dass relevante Zielgruppen der Prävention und Gesundheitsförderung von entsprechenden Angeboten in geringerem Maße profitieren. Es lassen sich drei Formen des „Digital Health Divide“ unterscheiden [23]:

1. **Primäre digitale Ungleichheit** bezeichnet eine Ungleichheit, die auf mangelndem Zugang zu digitalen Gesundheitstechnologien beruht.
2. **Sekundäre digitale Ungleichheit** beschreibt Disparitäten, die auf unterschiedliche Nutzungsmuster sowie fehlende Fähigkeiten zurückzuführen sind, digitale Gesundheitstechnologien zu finden, zu bedienen und gezielt zu nutzen.
3. **Tertiäre digitale Ungleichheit** liegt vor, wenn mangelnde Kompetenzen dazu führen, dass digitale Gesundheitstechnologien nicht in ein verbessertes gesundheitliches Outcome überführt werden können.

Ergänzend sind heute Barrierefreiheit, digitale Teilhabe und die Passung digitaler Angebote an unterschiedliche Lebenslagen stärker zu berücksichtigen. Mit dem seit 2025 anzuwendenden

Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSG) hat die Zugänglichkeit digitaler Angebote an normativer Bedeutung gewonnen [24].

Bei der Entwicklung digitaler Interventionen werden häufig soziodemografische Merkmale (z. B. Alter, Geschlecht, soziale Schicht) herangezogen, um auf die spezifischen Bedürfnisse der Nutzenden eingehen zu können. Dieser einseitige Ansatz stößt jedoch in der Praxis an Grenzen. Erfolgversprechender erscheint eine problemzentrierte Perspektive. Eine solche Vorgehensweise ist bedeutsam, da sich die Zielgruppe auf diese Weise besser angesprochen fühlt und Mediennutzung als situative Problemlösung sowie als Suche nach Sinnhaftigkeit verstanden werden kann [25]. Im Rahmen dieser Suche ist die Zielgruppe oft bereits sensibilisiert und weist eine entsprechend hohe Veränderungsbereitschaft auf [26].

Anwendungsgebiete

Digitale Präventionsinterventionen können auf der Ebene der Verhaltensprävention (z. B. Bewegung, Ernährung) und Verhältnisprävention (z. B. Förderung gesellschaftlicher Teilhabe, Verringerung sozialer Ausgrenzung) ansetzen, um ungünstige Lebensumstände bzw. Lebensbedingungen von Individuen oder spezifischen Bevölkerungsgruppen (Obdachlosen, Migrantinnen und Migranten, älteren Menschen etc.) positiv zu beeinflussen [27]. Verhaltenspräventive Interventionen sind nicht auf klassische präventive Handlungsfelder beschränkt, sondern können sich z. B. auf Online-Spielsucht, Sonnenbaden, Impfverhalten oder die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen beziehen. Dabei sind verhaltens- und verhältnispräventive Interventionen eng miteinander verzahnt und eine getrennte Betrachtung einzelner Umsetzungsstrategien ist in der Praxis oft nicht sinnvoll [28]. Wenn bspw. innerhalb einer digitalen Intervention zur Nachbarschaftshilfe Bewegungsangebote (z. B. Lauftreffs für ältere Menschen) initiiert werden, kann von einer verhaltenspräventiven Intervention gesprochen werden, die durch eine digitale Verhältnisintervention (Nachbarschaftshilfe-App) erst ermöglicht wird.

Um eine hohe Wirkung zu erzielen bzw. die Wirksamkeit zu verbessern, sollten bei der Entwicklung und Ausgestaltung gesundheitspsychologische Modelle (zur Verhaltensänderung und Rückfallprophylaxe) (siehe auch [29] (Erklärungs- und Veränderungsmodelle: 1. Einstellungs- und Verhaltensänderung)) einbezogenen werden. Auch die Berücksichtigung wissenschaftlicher Leitlinien (inkl. der dort empfohlenen Instrumentarien, z. B. die S3-Leitlinie „Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung" bzw. den Fagerström-Test zur Ermittlung der Nikotinabhängigkeit [30]) trägt dazu bei, die Qualität digitaler Interventionen zu steigern. Dabei ist die Einbindung interdisziplinärer Expertenteams und künftiger Nutzerinnen und Nutzer unabdingbar.

Chancen und Risiken

Werden digitale Präventionsinterventionen eingesetzt, sollten ihre Chancen und Risiken im Vergleich zu klassischen Präventionsinterventionen abgewogen werden. Tabelle 3 gibt einen Überblick, der in Abhängigkeit von der jeweiligen Zielgruppe (und ihrer Medienakzeptanz), der Intervention (z. B. Diabetes-Apps) sowie dem eingesetzten digitalen Medium bzw. Wearable-Gadget (z. B. Sensoren von Fitness-Uhren) analysiert werden muss.

Vergleichs-dimension	**Traditionelles Präventionsprogramm**	**Digitale Präventionsintervention**	**Einordnung von Chancen und Risiken**
Durchführung	meist zeit- und ortsgebunden	zeitlich und räumlich flexibel, auch hybrid nutzbar	hohe Flexibilität und alltagsnahe Nutzung, zugleich Risiko von Nutzungsabbrüchen
Reichweite	durch Personal, Räume und Öffnungszeiten begrenzt	nach Entwicklung und Implementierung gut skalierbar	hohe Reichweite, aber Reich-weite bedeutet nicht automatisch Nutzung oder Wirkung
Anpassbarkeit	individuelle Anpassung möglich, aber ressourcenintensiv	standardisierte Inhalte mit möglicher Personalisierung	individualisierte Rückmeldung-en möglich, aber begrenzte Passung bei komplexen Lebenslagen

Interaktion	persönliche Kommunikation mit direkter Rückmeldung	Kommunikation über Apps, Plattformen oder digitale Begleitung	Erinnerungs- und Begleit-funktionen möglich, zugleich weniger nonverbale Signale
Adhärenz	Teilnahme oft durch feste Termine und Gruppen-bindung stabilisiert	Nutzung häufig selbstgesteuert	wiederholte Impulse möglich, zugleich erhöhte Abbruchgefahr
Daten und Evaluation	Evaluation häufig punktuell	kontinuierliche Datenerhebung und Monitoring möglich	bessere Verlaufsbeobachtung, zugleich Datenschutz- und Transparenzfragen
Teilhabe	Zugang abhängig von Ort, Zeit und Mobilität	Zugang zusätzlich abhängig von Geräten, Kompetenzen und Barrierefreiheit	neue Zugänge für manche Gruppen, zugleich Risiko digitaler Ungleichheit

Tab. 3: Eigenschaften traditioneller und digitaler Präventionsinterventionen (eigene Darstellung in Anlehnung an [31])

Kritische Betrachtung und Fazit

Die Nutzung digitaler Interventionen setzt entsprechende Kompetenzen der Nutzenden voraus. Diese sogenannte E-Health Literacy (siehe auch [17] (Gesundheitskompetenz / Health Literacy)) umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten, Gesundheitsinformationen über verschiedene Medien zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden [32]. Zur Erfassung dieser Kompetenzen wird häufig die E-Health Literacy Scale (eHEALS) herangezogen [33]. Obwohl diese Skala kritisiert wird, da sie vor allem die Suche nach Gesundheitsinformationen im Internet fokussiert und interaktive Komponenten der Health Literacy vernachlässigt [34], [35], konnte sich bislang kein alternatives Instrument etablieren [36]. Angesichts der Dynamik und Unübersichtlichkeit des Marktes digitaler Präventionsinterventionen ist E-Health Literacy besonders relevant.

Zudem ist es für potenzielle Nutzende schwierig, die Qualität solcher Interventionen zu beurteilen, **da sich die Anforderungen an Evaluation und Nutzennachweis unterscheiden. Während für bestimmte regulierte digitale Anwendungen strukturierte Evidenzanforderungen bestehen, ist dies für andere digitale Präventionsangebote nicht der Fall.** Eine Ausnahme bilden regulierte und erstattungsfähige digitale Gesundheitsanwendungen **(DiGA) sowie digitale Pflegeanwendungen (DiPA),** für deren Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis [37] ein Nutzennachweis bzw. der Nachweis eines positiven Versorgungseffekts erbracht werden muss [38]. Anbieter informations- und kommunikationstechnologiebasierter Selbstlernprogramme müssen ebenfalls vor der Zertifizierung durch die Zentrale Prüfstelle Prävention (ZPP) eine Selbstverpflichtungserklärung zur Evaluation unterzeichnen [39]. Zudem wird seit dem 15.01.2025 die elektronische Patientenakte (ePA) für alle schrittweise bereitgestellt; seit dem 01.10.2025 sind Praxen, Krankenhäuser und Apotheken bundesweit verpflichtet, sie zu nutzen [40]. Damit verbessern sich die strukturellen Voraussetzungen dafür, digitale Prävention an breitere Versorgungs- und Dateninfrastrukturen anzubinden.

Vertrauen und Glaubwürdigkeit, gestärkt durch Qualitätssicherung, wissenschaftliche Leitlinien, Fachexpertise und eine angemessene Aufklärung der Nutzenden, dürften die Akzeptanz und Wirkung digitaler Präventionsinterventionen wesentlich beeinflussen. Hinzu kommen heute Anforderungen an Datenschutz, IT-Sicherheit, Interoperabilität und barrierearme Gestaltung. Langzeitstudien zu digitalen Präventionsinterventionen fehlen bislang vielfach. Zudem wird ihre Durchführung dadurch erschwert, dass digitale Interventionen fortlaufend angepasst werden (siehe auch [41] (Gesundheits-Apps)).

References

1. Rönnau-Böse M, Fröhlich-Gildhoff K, Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i101-2.0
2. Sperlich S, Franzkowiak P. Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i102-3.0

3. Nacinovich M. Defining mHealth. J Commun Healthc. 2011;4(1):1–3. DOI: 10.1179/175380611X12950033990296
4. Jörg J. Digitalisierung in der Medizin: Wie Gesundheits-Apps, Telemedizin, künstliche Intelligenz und Robotik das Gesundheitswesen revolutionieren. Wiesbaden: Springer; 2020.
5. Egger M, Razum O, Rieder A. Public Health: Konzepte, Disziplinen und Handlungsfelder. In: Egger M, Razum O, Rieder A, editors. Public Health kompakt. 4 edn. Berlin/Boston: Walter de Gruyter; 2021. p. 1–2.
6. Heberlein I. Versorgungsübergänge im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung. In: Jacobs K, Kuhlmey A, Greß S, Klauber J, Schwinger A, editors. Pflege-Report 2017 – Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer; 2017. p. 217–228.
7. Badura B, Ritter W, Scherf M. Betriebliches Gesundheitsmanagement – Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin: Edition Sigma; 1999.
8. Hartung S, Faller G. Betriebliche 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-i042-3.0
9. Scherenberg V. App-Motivation: Präventions-Apps und ihre motivationalen Anreizkomponenten. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, editor. Digitalisierung als Treiber von Wandel – Chancen und Barrieren moderner Gesundheitskommunikation und ihrer Organisationen. Gesundheitsförderung KONKRET Band 22. Köln: BZgA; 2018. p. 19–31.
10. Meier A, Stormer H. eBusiness & eCommerce: Management der digitalen Wertschöpfungskette. 3 edn. Wiesbaden: Springer Gabler; 2012.
11. Ludwigs S, Nöcker G. Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i107-2.0
12. Aufenanger S. Lernen mit den neuen Medien – Perspektiven für Erziehung und Unterricht. In: Gogolin I, Lenzen D, editors. Medien-Generation. Beiträge zum 16. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft. Opladen: Leske + Budrich; 1999. p. 61–76.
13. Petko D. Einführung in die Mediendidaktik. Lehren und Lernen mit digitalen Medien. Weinheim: Beltz; 2014.
14. Grünwied G. Usability von Produkten und Anleitungen im digitalen Zeitalter: Handbuch für Entwickler, IT-Spezialisten und technische Redakteure. Erlangen: Publicis Publishing; 2017.
15. Bredl K, Bräutigam B, Herz D. Avatar-basierte Beratung in virtuellen Räumen. Wiesbaden: Springer; 2017.
16. Stanford T, Quessy S, Stein B. Evaluating the operations underlying multisensory integration in the cat superior colliculus. J Neurosci. 2005;25(28):6499–6508. DOI:10.1523/JNEUROSCI.5095-04.2005
17. 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
18. Gordon R Jr. An operational classification of disease prevention. Public Health Rep. 1983;98(2):107–109. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1424415/
19. Franzkowiak P. Prävention im Gesundheitswesen – Systematik, Ziele, Handlungsfelder und die Position der Sozialen Arbeit. In: Hensen G, Hensen P, editors. Gesundheitswesen und Sozialstaat. Wiesbaden: Springer; 2008. p. 192–219.
20. Schüz B, Urban M. Unerwünschte Effekte digitaler Gesundheitstechnologien: Eine Public-Health-Perspektive. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2020;63(2):192–198. DOI:10.1007/s00103-019-03088-5
21. 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. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i052-3.0
22. Lorenc T, Petticrew M, Welch V, Tugwell P. What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. J Epidemiol Community Health. 2013;67(2):190–193. DOI:10.1136/jech-2012-201257
23. Cornejo Müller A, Wachtler B, Lampert T. Digital Divide – Soziale Unterschiede in der Nutzung

digitaler Gesundheitsangebote. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2020;63:185–191. DOI:10.1007/s00103-019-03081-y

24. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Barrierefreiheitsstärkungsgesetz. Berlin: BMAS; 2025 [accessed 2026 Apr 12]. Available from: https://www.bmas.de/DE/Service/Gesetze-und-Gesetzesvorhaben/barrierefreiheitsstaerkungsgesetz.html
25. Dervin B, Foreman-Wernet L. Sense-making methodology as an approach to understanding and designing for campaign audiences. In: Rice R, Atkin C, editors. Public communication campaigns. 4 ed. Thousand Oaks (CA): Sage; 2013. p. 147–162.
26. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol. 1983;51:390–395. DOI:10.1037/0022-006X.51.3.390
27. Wilke T, Timmersmanns S. HIV/STI, Vulnerabilität und sexuelle Vielfalt. In: Huch S, Lücke M, editors. Sexuelle Vielfalt im Handlungsfeld Schule: Konzepte aus Erziehungswissenschaft und Fachdidaktik. Bielefeld: transcript Verlag; 2015. p. 257–274.
28. Dadaczynski K, Paulus P. Verhaltens- und Verhältnisprävention. In: Kohlmann CW, Salewski C, Wirtz MA, editors. Psychologie in der Gesundheitsförderung. Göttingen: Hogrefe; 2018. p. 257–268.
29. Finne E, Paul H. Erklärungs- und Veränderungsmodelle 1: Einstellungs- und Verhaltensänderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i012-3.0
30. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht), et al. S3-Leitlinie Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung. Berlin: AWMF; 2021. Available from: https://register.awmf.org/assets/guidelines/076-006l_S3_Rauchen-_Tabakabhaengigkeit-Screening-Diagnostik-Behandlung_2021-03.pdf
31. Domhardt M, Ebert DD, Baumeister H. Internet- und mobilebasierte Interventionen. In: Kohlmann CW, Salewski C, Wirtz M, editors. Psychologie in der Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe; 2018. p. 397–410.
32. Schaeffer D, Pelikan J. Health Literacy: Begriff, Konzept, Relevanz. In: Schaeffer D, Pelikan J, editors. Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe; 2017. p. 11–18.
33. Norman CD, Skinner HA. eHEALS: The eHealth Literacy Scale. J Med Internet Res. 2006;8(4):e27. DOI:10.2196/jmir.8.4.e27
34. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67:2072-2078. DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050
35. van der Vaart R, Drossaert C. Development of the digital health literacy instrument: measuring a broad spectrum of Health 1.0 and Health 2.0 skills. J Med Internet Res. 2017;19(1):e27. DOI:10.2196/jmir.6709
36. Karnoe A, Kayser L. How is eHealth literacy measured and what do the measurements tell us? A systematic review. Knowl Manag E-Learn. 2015;7(4):576–600. DOI:10.34105/j.kmel.2015.07.038
37. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). DiGA-Verzeichnis. Bonn: BfArM; [accessed 2026 Apr 12]. Available from: https://diga.bfarm.de/de
38. Bundesministerium für Gesundheit. Digital-Gesetz (DigiG). Berlin: BMG; 2024 [accessed 2026 Apr 12]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/digital-gesetz
39. Zentrale Prüfstelle Prävention. IKT-Angebote. Essen: Zentrale Prüfstelle Prävention; 2026 [accessed 2026 Apr 12]. Available from: https://www.zentrale-pruefstelle-praevention.de/leistungen/praeventionsangebot-zertifizieren-lassen/ikt-angebote/
40. gematik. Fachkonzept elektronische Patientenakte für alle. Version 1.5.0. Berlin: gematik; 2025. Available from: https://fachportal.gematik.de/fileadmin/Fachportal/Anwendungen/ePA/gemKPT_FK_ePAfueralle_V1.5.0.pdf
41. Scherenberg V. Gesundheits-Apps. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i158-1.0

Korrespondenz: Prof. Dr., MPH Viviane Scherenberg, APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft GmbH, Dekanin Fachbereich Public Health und Umweltgesundheit, Universitätsallee 18, 28359 Bremen, Deutschland, E-mail: viviane.scherenberg@apollon-hochschule.de

Zitierhinweis: Scherenberg V. Digitalisierung in Prävention und Gesundheitsförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i130-1.0

Copyright: © 2026 Viviane Scherenberg
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/

Diversity und Diversity Management / Vielfalt gestalten

Thomas Altgeld[1]

[1] Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e.V., Hannover, Germany

Abstract

Diversität beschreibt die Eigenschaften und Kontexte, in denen sich Menschen unterscheiden oder ähneln können, z. B. Geschlecht, Alter oder sexuelle Orientierung. Im Wirtschaftssektor ist Diversity-Management in der Personalentwicklung und der Schaffung neuer Käufergruppen bereits früh systematisch betrieben worden, insbesondere in den USA. Eine etablierte deutsche Fassung des Begriffs existiert nicht. Entweder wird der Begriff Vielfalt dafür genutzt oder der Anglizismus Diversity. Im Gesundheitssektor sind diese Managementkonzepte jedoch bislang nur vereinzelt angewendet worden. Für den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention bieten sie aber die große Chance, adressensatengerechtere Maßnahmen und Programme zu entwickeln.

Keywords: Gesundheitsförderung, Chancengleichheit, Good Practice-Ansatz, Intersektionalität, Präventionsgesetz

Einleitung

In vielen Ländern sind seit Beginn des Jahrtausends rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen worden sowie Forschungs- und Handlungskonzepte entstanden, die differenzorientiert sind und den bestehenden „Diversitäten“ Rechnung tragen. Insbesondere im angelsächsischen Sprachraum stellen „Diversity Studies“ ein etabliertes Forschungsfeld dar, in dem ausgelotet wird, welche Vielfalt in den heutigen Gesellschaften und ihren unterschiedlichen Subsystemen vorhanden ist und wie ein produktiver Umgang damit, z. B. im Bildungsbereich oder in der Arbeitsmarktpolitik, aussehen könnte.

Herkunft und Dimensionen des Begriffs Diversity

Der englische Begriff Diversity wird häufig auch im deutschsprachigen Raum übernommen, oder es wird eine seiner möglichen Übersetzungen verwendet: Verschiedenheit, Vielfalt oder Heterogenität. Die Stärke des Diversity-Konzeptes liegt darin begründet, dass es die gesamte Vielfalt von pluralistischen Gesellschaften umfassend beschreibt und dafür einen ganzheitlichen Ansatz mit einer festen Verankerung in Organisationen und Strukturen schafft.

Der Diversity-Ansatz stammt ursprünglich aus der Zeit der US-amerikanischen Bürgerrechtsbewegung und wurde dann in angelsächsischen Wirtschaftsunternehmen als Managementstrategie unter dem Begriff Diversity-Management (auch: Managing Diversity) seit Mitte der 1990er Jahre weiterentwickelt. Ziel des Diversity-Managements ist einerseits die erfolgreiche Rekrutierung und Bindung von Arbeitskräften an das Unternehmen sowie andererseits die Schaffung neuer Absatzmärkte durch zielgruppengerechte Ansprache von bis dato noch wenig berücksichtigten Zielgruppen. Produktiver Umgang mit Vielfalt wird in diesen Kontexten v. a. als Wettbewerbsvorteil begriffen. Im deutschsprachigen Raum laufen diese Managementstrategien auch unter den Begriffen „Vielfaltsmanagement“ oder „Umgang mit Vielfalt“. Eine einheitliche Begriffswahl hat sich bislang nicht durchgesetzt.

Diversität beschreibt die Eigenschaften und Kontexte, in denen sich Menschen unterscheiden oder ähneln können. Die Vielfalt bezieht sich dabei zunächst auf die sieben primären Dimensionen:

- Alter
- Geschlecht
- Ethnische Zugehörigkeit
- Geistige und körperliche Fähigkeiten
- Sexuelle Orientierung
- Religion/Weltanschauung
- Soziale Herkunft

Diese primären Dimensionen gelten als vom Individuum her betrachtet relativ schwer beeinflussbar. Es folgen sekundäre Dimensionen, die einen unterschiedlichen Grad an Veränderbarkeit aufweisen, z. B. Familienstand, Elternschaft, Wohnort, Einkommen und Stellung in der Hierarchie oder Gewohnheiten. Diese Liste der sekundären Dimensionen ist je nach Autorenschaft unterschiedlich lang und ausdifferenziert. Hinzu kommen organisationsbezogene Merkmale wie der Arbeitsort oder -inhalt, die Dauer und Art des Beschäftigungsverhältnisses sowie etwa die Mitgliedschaft in einer Gewerkschaft.

Diversity-Management

Diversity-Management stellt ein handlungsorientiertes Konzept zum Umgang mit den benannten Diversitätsdimensionen dar, wobei nicht alle Dimensionen immer gleichermaßen berücksichtigt werden. Es gibt bislang mehr Ansätze, die einzelne Dimensionen priorisieren und in den Vordergrund stellen, z. B. Familienfreundlichkeit und interkulturelle Kompetenzen. Für einige Vielfaltsdimensionen können bereits vorhandene Instrumente genutzt werden, z. B. Geschlecht (Gender Mainstreaming). Problematisch erweist sich teilweise die ungewichtete Aneinanderreihung aller Vielfaltsdimensionen und die Vernachlässigung von Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Dimensionen, z. B. zwischen Geschlecht, ethnischem Hintergrund und Einkommen. Es besteht zudem die Gefahr, spezifische Merkmale für bestimmte Gruppen festzuschreiben und quasi stereotyp zuzuweisen, unabhängig davon, ob sie auf einzelne Individuen mit der gleichen Diversitätsdimension zutreffen oder nicht.

2006 wurde von der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration gemeinsam mit Wirtschaftsverbänden eine „Charta der Vielfalt“ verabschiedet. Sie stellt eine Selbstverpflichtungserklärung von Unternehmen dar, u. a. Personalprozesse zu überprüfen und sicherzustellen, dass diese den vielfältigen Fähigkeiten und Talenten aller Beschäftigten gerecht werden. Auch in die Bildungsforschung und die Entwicklung von Bildungskonzepten haben Diversity-Ansätze Eingang gefunden. Chancengleichheit und Diversity ist auch eines der vier zentralen Handlungsfelder der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) neben Personalführung, Gesundheit sowie Wissen und Kompetenz.

Über diese eher unübersichtliche, heterogene Umsetzungspraxis von Diversity-Management v. a. in Großunternehmen hinaus hat der Diversity-Ansatz zum Teil auch eine rechtliche Untermauerung erfahren. Der Rat der Europäischen Union hat bereits 2000 zwei Richtlinien erlassen, die den gesetzlichen Rahmen für Diversity-Management in Europa begründen: die Richtlinie zur Anwendung des Gleichbehandlungsgrundsatzes ohne Unterschied der Rasse oder der ethnischen Herkunft sowie diejenige die Richtlinie zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf.

In Deutschland ist die nationale Umsetzung über das 2006 verabschiedete Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG), umgangssprachlich auch Antidiskriminierungsgesetz genannt, erfolgt. Das AGG hat als Umsetzung von entsprechenden EU-Richtlinien auch für Deutschland einen einheitlichen gesetzlichen Schutz vor Diskriminierung wegen des Alters, einer Behinderung, der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung oder wegen der sexuellen Identität geschaffen. Das AGG hat damit den Schutz vor Diskriminierung in Alltag und Beruf gestärkt und das Thema Umgang mit Vielfalt auch in das gesellschaftliche Bewusstsein gerückt.

Diversity Policy und Intersektionalität

Seit dem zweiten Jahrzehnt dieses Jahrhunderts wurde zudem in Wirtschaftsunternehmen und im Hochschulbereich versucht, Diversity-Management-Ansätze nachhaltiger zu gestalten. Um diesen Anspruch zu verdeutlichen wurde der Begriff der Diversity Policy geprägt. Diversity Policy verfolgt als

zentrales Ziel, Vielfalt als Querschnittsthema systematisch und langfristig in allen Routinen und Bereichen des jeweiligen Settings Betrieb oder Hochschule zu verankern. In der Universität Bielefeld wurden dazu beispielsweise vier zentrale Handlungsfelder identifiziert:

- Kritische Reflexion
- Positiver Umgang
- Gezielte Maßnahmen
- Zivilcourage fördern und Benachteiligungen abbauen

Im Rahmen des Diversity-Managements und der gesundheitswissenschaftlichen Forschung spielt mittlerweile der bereits Ende der 1980er Jahre von der amerikanische Juristin Kimberlé Crenshaw [1] geprägte Begriff der Intersektionalität eine große Rolle. Mit ihrer Metapher einer Straßenkreuzung („intersection“), an der Verkehr aus allen vier Richtungen kommt, sollte deutlich werden, dass die verschiedenen Diversity-Dimensionen nicht losgelöst voneinander betrachtet werden können. Vielmehr überschneiden sie sich in der Realität oft. Crenshaw wies dies an besonderen Diskriminierungen schwarzer Frauen bei Personalrekrutieren großer US-Unternehmen nach, bei denen sich die Diskriminierungsmechanismen aufgrund ihrer Hautfarbe und ihres Geschlechts kreuzten.

Intersektionalität schärft den Blick dafür, dass Menschen mehrere Identitäten (sprich Diversitätsdimensionen) gleichzeitig haben, beispielsweise Gender, ethnische Zugehörigkeit, Religion oder soziale Herkunft. Ungleichbehandlungen und Diskriminierungen können ein Merkmal betreffen aber auch verwoben sein mit anderen Merkmalen. Deshalb kann eine Person in verschiedenen Konstellationen aber auch anhand mehrerer Identitätsmerkmale Benachteiligung erfahren. Damit verändert sich ihre Diskriminierungserfahrung. Neue Diskriminierungsdimensionen entstehen. In der Intersektionalitätsdebatte wird dafür plädiert, die Wechselwirkungen von sozialen Kategorien in den Fokus zu nehmen, z. B. Männlichkeit, Migrationshintergrund und Gewalterfahrungen oder Weiblichkeit, Behinderung und Migrationshintergrund. In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes finden erste Konzeptualisierungen von Intersektionalität bereits ihren praktische Anwendung.

Im Rahmen neuerer gesundheits- und sozialwissenschaftlicher Fakultäten sind einzelne Studiengänge in Deutschland entstanden, die Gesundheit und Diversität in den Studieninhalten integrieren und dabei entweder mit beispielsweise Gender oder Disability einzelne Diversitätsdimensionen in den Mittelpunkt von Forschung und Ausbildung stellen aber auch dimensionsübergreifende Abschlüsse in diesem Feld ermöglichen, z. B. der Studiengang Gesundheit und Diversity.

Kritik am Diversity-Ansatz

Schon seit Beginn der Rezeption des Diversity-Ansatzes in Deutschland wird auch Kritik am Ansatz Diversity-Management laut. So kritisieren Broden und Mecheril [2] v. a. drei „Machtmomente“, die mit der Praxis des Diversity-Managements und der mit ihr verbundenen Achtsamkeit für Differenzen einhergehen. Demnach wird (erstens) das fixierende Identitätsdenken eben nicht überwunden, sondern vervielfältigt. Der Zugang zum Bildungsmarkt ist durch komplexe Verhältnisse der Ungleichheit (z. B. Sprache oder formale Qualifizierungsstufen und -abschlüsse) strukturiert, „Diversity“-Angebote tendieren dazu, diese Struktur zu bekräftigen (vgl. [3]).

Außerdem ordnet sich Diversity-Management (zweitens) der Logik anderer Zweckkalküle unter, z. B. der Profitmaximierung. Noch steht die Entwicklung von transparenten Qualitätskriterien für den Diversity-Management-Ansatz aus. Wie (drittens) die verschiedenen Dimensionen systematisch und qualitätsgesichert berücksichtigt werden können, bleibt in den meisten Konzepten offen. Hier bestehen genau wie bei der Entwicklung von weiteren erprobten Instrumenten und Methoden noch Handlungsbedarfe.

Diversity-Ansätze in Gesundheitsförderung und Prävention

Übertragen auf den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention kann der Diversity-Ansatz eine genauere Definition von Zielgruppen [4] (Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren) und eine stärkere Berücksichtigung von deren Vielfalt ermöglichen. Nur wenige Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland berücksichtigen die Heterogenität der adressierten Zielgruppen. Das Gros der Maßnahmen und Projekte erreicht nach wie vor insbesondere besser gestellte Bevölkerungsgruppen mit einem höheren Bildungsniveau.

Viele gesundheitsfördernde Angebote beispielsweise aus dem Wellnessbereich sind rein marktförmig organisiert, d. h. sie setzen von vornherein auf Zielgruppen, die sich diese Dienstleistungen finanziell

leisten können. Zugleich sind viele Angebote durch den Angebotskontext oder ihre Struktur indirekt mittelschichtorientiert, etwa Maßnahmen der Individualprävention. Sie bauen häufig auf bereits vorhandenem Gesundheitsbewusstsein auf und werden in Institutionen angeboten, die besser gestellte Bevölkerungsgruppen eher erreichen, z. B. Volkshochschulen. Gruppen mit wesentlich schlechteren Ausgangslagen − aufgrund ihrer sozialen Herkunft, ethnischen Zugehörigkeit oder auch ihres Geschlechts − werden dagegen kaum angesprochen.

Diversity-Management kann den Sektor Gesundheitsförderung und Prävention v. a. zu einer Veränderung der Blickrichtung anregen sowie zur systematischen Beachtung von Vielfalt. So kann die Zielgruppengerechtigkeit verbessert werden. Die Heterogenität von Zielgruppen muss dafür am Anfang jeder Programmentwicklung stehen. Dann müssen die relevanten Zielgruppen für den im Fokus stehenden gesundheitsbezogenen Problembereich identifiziert und ausgewählt werden. In weiteren Schritten sollten sozialraumorientiert geeignete Zugangswege, Methoden sowie zielgruppengerechte Anspracheformen unter Beteiligung der Zielgruppen entwickelt und umgesetzt werden.

In einigen Präventionsbereichen sind Fortschritte bei der Berücksichtigung von Vielfalt zu erkennen. Der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiierte Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ hat beispielsweise zum Ziel, das unübersichtliche Handlungsfeld der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung transparenter zu machen, den Austausch über angemessene Strategien zu verstärken und die Qualität der Angebote zu verbessern (Gesundheitliche Chancengleichheit). In diesem Kontext wurde unter anderem ein Good Practice-Ansatz verwirklicht, der Bereiche identifiziert und benennt, in denen Projekte der Gesundheitsförderung herausragende Arbeit für heterogene Zielgruppen leisten. Erfolgreiche Projekte werden anderen zur Nachahmung empfohlen. Insbesondere für Frauen, Menschen mit Migrationshintergrund und ältere Menschen sind Modelle guter Praxis identifiziert worden. Der Bereich der inklusiven Gesundheitsförderung für Menschen mit Behinderungen steht zurzeit in Deutschland noch am Anfang.

Präventionsgesetz und betriebliche Gesundheitsförderung

Im Rahmen der Umsetzung des Präventionsgesetzes in Deutschland sind Menschen mit Behinderungen, Menschen mit Migrationshintergrund und ältere Menschen als vulnerable Gruppen definiert worden. Deshalb werden für diese Personengruppen genauso wie für Langzeitarbeitslose und Alleinerziehende kassenartenübergreifende Interventionen erarbeitet. Von 2016 bis 2022 war die BZgA im Rahmen ihrer neuen im Präventionsgesetz [5] verankerten Funktionen durch den GKV-Spitzenverband mit der Entwicklung von Modellinterventionen für die genannten Zielgruppen beauftragt. In diesem Kontext entstand das GKV-Bündnis für Gesundheit, das insbesondere Angebote für benachteiligte Bevölkerungsgruppen, z. B. die Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung oder Maßnahmen für vulnerable Bevölkerungsgruppen in kommunalen Settings entwickelt hat. Ab 2023 werden diese Aktivitäten mit reduziertem finanziellem Umfang direkt von den gesetzlichen Krankenkassen auf Bundes- und Landesebene fortgesetzt.

Auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung existieren Ansätze zur stärkeren Berücksichtigung von Vielfalt. Da sowohl Diversity-Management als auch betriebliches Gesundheitsmanagement beschäftigtenorientierte Managementstrategien darstellen, liegen erste Ansätze zur Integration beider Managementsysteme vor. Dabei werden vonseiten des betrieblichen Gesundheitsmanagements Aspekte des Diversity-Managements aufgegriffen. Die Initiative Arbeit und Gesundheit [6] hat einen Leitfaden zum interkulturellen betrieblichen Gesundheitsmanagement herausgegeben. Das Konzept eines kultursensiblen Gesundheitsmanagements setzt auf die bessere Wahrnehmung von Unterschieden und die Informationsvermittlung über den angemessenen Umgang mit Vielfalt [7] (Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund). Die Entwicklung einer Kultur der Achtsamkeit für Gesundheit in Betrieben [8] (Betriebliche Gesundheitsförderung) unter den Bedingungen vielfältiger Belegschaften versucht in neueren Ansätzen des Gesundheitsmanagements den jeweiligen Erwartungen von Frauen und Männern, Jüngeren und Älteren sowie Menschen mit unterschiedlicher ethnischen Zugehörigkeit gerecht zu werden. Alle diese Ansätze werden überwiegend in Großbetrieben umgesetzt, Strategien für Klein- und Mittelbetriebe, die hier greifen, sind mittlerweile entwickelt worden, werden aber aufgrund von Fachkräfte- und Ressourcenmangel nur punktuell umgesetzt.

Weiterführende Literatur:

- Altgeld T, Bächlein B, Deneke C, editors. Diversity-Management in der Gesundheitsförderung − Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen! Frankfurt am Main: Mabuse Verlag; 2020.

- Altgeld T. Vielfalt gestalten − Das Diversity-Management-Konzept in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Gesundheitsförderung konkret: Diversität in Medien der gesundheitlichen Aufklärung. Köln; 2020 Apr 30. p. 10–20. Available from: https://shop.bzga.de/pdf/60649231.pdf
- Badura B, Schröder H, Klose J, Macco K, editors. Fehlzeiten-Report 2010: Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin, Heidelberg: Springer; 2010.
- Bendl R, Hanappi-Egger E, Hofmann R, editors. Diversität und Diversitätsmanagement. Wien: Facultas Verlag; 2012.
- Biele Mefebue A, Bührmann A, Grenz S, editors. Handbuch Intersektionalitätsforschung. Wiesbaden: Springer; 2022.
- Bührmann AD. Reflexive Diversitätsforschung. Eine Einführung anhand eines Fallbeispiels. Leverkusen: Verlag Barbara Budrich; 2020. (UTB).
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. 5 edn. Köln; 2011.
- Pundt J, Cacace M, editors. Diversität und gesundheitliche Chancengleichheit. Bremen: Apollon-Hochschulverlag; 2019.

Internetadressen:

- Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz. Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz. Available from: https://www.gesetze-im-internet.de/agg/
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE). Available from: https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=19601
- charta der vielfalt. Available from: https://www.charta-der-vielfalt.de
- European Comission. Available from: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/combatting-discrimination/tackling-discrimination/diversity-and-inclusion-initiatives/diversity-charters-eu-country_en
- IQ – Netzwerk Integration durch Qualifizierung. Available from: https://www.netzwerk-iq.de
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
- GKV-Bündnis für Gesundheit. Available from: https://www.gkv-buendnis.de
- Walgenbach K. Intersektionalität – eine Einführung. 2012. Available from: https://portal-intersektionalitaet.de/theoriebildung/ueberblickstexte/walgenbach-einfuehrung
- Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen. Nebenher oder mittendrin? Inklusive Gesundheitsförderung mit Menschen mit Behinderungen,. Impu!se. 2015;87. Available from: https://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/LVG-Zeitschrift-Nr87-Web.pdf
- Internationale Gesellschaft für Diversity-Management (idm). Available from: https://idm-diversity.org
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Initiative Neue Qualität Arbeit (INQA). Available from: https://www.inqa.de/DE/Informieren-Themen/inhalt.html
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Praxisdatenbank. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank
- European Union. Richtlinie 2000/78/EG des Rates vom 27. November 2000 zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf. Available from: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/HTML/?uri=CELEX:32000L0078&from=DE
- Richtlinie 2000/43/EG des Rates vom 29. Juni 2000 zur Anwendung des Gleichbehandlungsgrundsatzes ohne Unterschied der Rasse oder der ethnischen Herkunft. Available from: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:32000L0043
- Universität Bielefeld. Diversität in der Gesellschaft und der Umgang mit Diversität an der Universität Bielefeld. Strategiepapier. Available from: https://www.uni-bielefeld.de/themen/diversitaet/diversity-policy/strategiepapier-diversity.pdf

References

1. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. U Chi Legal F. 1989;(1):139–67.
2. Broden A, Mecheril P, editors. Re-Präsentationen. Dynamiken der Migrationsgesellschaft. Düsseldorf: IDA-NRW; 2007 [accessed 2022 Apr 30]. Available from: https://www.ida-nrw.de/fileadmin/user_upload/reader/Re-Praesentationen.pdf
3. Calvard T. Critical Perspectives on Diversity in Organizations. 1 edn. Routledge; 2020. DOI: 10.4324/9781315207131
4. Blümel S, Lehmann F, Hartung S. Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i128-2.0
5. 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
6. Grimm S, Brodersen S. Potenziale der Vielfalt in der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung. igaFakten. 2016 [accessed 2022 Nov 8];8. Available from: https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Fakten/Dokumente/Publikationen/iga-Fakten_8_Potenziale_der_Vielfalt_barrierefrei.pdf
7. Borde T, Blümel S. Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i047-2.0
8. Hartung S, Faller G. Betriebliche 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-i042-3.0

Korrespondenz: Dipl.-Psych. Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e.V., Schillerstr. 32, 30159 Hannover, Deutschland, E-mail: thomas.altgeld@gesundheit-nds-hb.de

Zitierhinweis: Altgeld T. Diversity und Diversity Management / Vielfalt gestalten. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i127-1.0

Copyright: © 2026 Thomas Altgeld
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/

Empowerment / Befähigung

Sven Brandes[1]
Wolfgang Stark[2]
[1] Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Hannover, Germany
[2] Germany

Abstract

Empowerment zielt darauf ab, Menschen zu befähigen, mittels Nutzung der eigenen personalen und sozialen Ressourcen ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten. In Empowermentprozessen werden hierarchische oder paternalistische Ebenen verlassen und die vorhandenen Stärken und Ressourcen der Menschen gesucht und betont. Ergebnisse gelungener Prozesse sind die Aufhebung von Ohnmacht und ein gestärktes Selbstbewusstsein. Das Konzept entstammt der US-amerikanischen Sozialarbeit und Gemeindepsychologie und beeinflusst heute die Gesundheitsförderung, Selbsthilfe, Psychiatrie, Jugendhilfe, Organisationentwicklung und Entwicklungszusammenarbeit.

Keywords: Empowerment, Befähigung, Partizipation, Kompetenzförderung, Salutogenese

Einleitung

Empowerment zielt darauf ab, dass Menschen die Fähigkeit entwickeln und verbessern, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten und sie nicht von außen gestalten zu lassen. Fachkräfte der Gesundheitsförderung sollen durch ihre Arbeit dazu beitragen, Bedingungen zu schaffen, die eine Selbstbemächtigung der Betroffenen fördern und es ihnen ermöglichen, ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben zu führen. Dies gilt für Menschen mit und ohne eingeschränkte(n) Möglichkeiten – für Erwachsene ebenso wie für Kinder.

Empowerment beschreibt Prozesse von Einzelnen, Gruppen und Strukturen, die zu größerer gemeinschaftlicher Stärke und Handlungsfähigkeit führen. Durch den Empowermentansatz sollen Personen(-gruppen) ermutigt werden, ihre eigenen (vielfach verschütteten) personalen und sozialen Ressourcen sowie ihre Fähigkeiten zur Beteiligung zu nutzen, um Kontrolle über die Gestaltung der eigenen sozialen Lebenswelt (wieder) zu erobern. Die jeweiligen Rahmenbedingungen der Personengruppen (das soziale und politische Umfeld) müssen stets mitgedacht werden, da sie das Vorhandensein und die Entwicklung von Ressourcen mitbestimmen. Die Förderung von Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger sowie Teilhabe und Gemeinschaftsbildung sind wesentliche Strategien des Empowermentprozesses.

Prozesse und Konsequenzen

Prozesse des Empowerments beziehen sich auf solidarische Aktionen zumeist von marginalisierten Personen und Gruppen. Durch gegenseitige Unterstützung und soziale Aktion sollen diskriminierende Lebensbedingungen überwunden werden. Ergebnisse dieser Prozesse sind meist die Aufhebung von Ohnmacht und ein gestärktes Selbstbewusstsein der Betroffenen – also eine Art Umverteilung von Macht im Kleinen. Empowermentprozesse selbst finden meist ohne professionelle Unterstützung statt. Im Hinblick auf eine mögliche Förderung dieser Prozesse sollten sich professionell oder freiwillig Engagierte folgende Fragen stellen:

- Unter welchen Bedingungen gelingt es Menschen, eigene Stärken zusammen mit anderen zu entdecken?
- Was trägt dazu bei, dass Menschen aktiv werden und ihre eigenen Lebensbedingungen gestalten und kontrollieren?
- Was können Professionelle dazu beitragen, um verschiedene Formen von Selbstorganisation zu unterstützen?
- Wie können sie ein soziales Klima schaffen, das Prozesse des Empowerments unterstützt?
- Welche Konsequenzen haben solche Erfahrungen auf die beteiligten Menschen, Organisationen

und Strukturen?

Empowerment als Grundlage für ein Konzept und eine Praxis der Gesundheitsförderung hat weitreichende Konsequenzen für ein professionelles und freiwilliges Engagement im psychosozialen und Gesundheitsbereich – besonders im Bereich präventiver Ansätze. Es verlässt die hierarchische oder paternalistische Ebene vieler sozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen, die Hilfe für andere als Hilfe und Fürsorge für Schwächere ansieht. Empowerment sucht und betont die vorhandenen Stärken und Ressourcen [1] (Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung), v. a. die Rechte von Hilfe- und Ratsuchenden, die in der traditionellen sozialen und gesundheitsbezogenen Arbeit oft vernachlässigt werden.

Ursprung und Einzug des Konzeptes in die Gesundheitsförderung

Die Wurzeln des Empowermentkonzepts lassen sich in der sozialen Arbeit mit unterprivilegierten afroamerikanischen Gemeinschaften [2] finden. Wissenschaftlich begründet wurde das Konzept in der amerikanischen Gemeindepsychologie [3], [4]. Heute ist es nicht nur in der Gesundheitsförderung, in der Selbsthilfe, Psychiatrie oder Jugendhilfe, sondern auch in der modernen Organisationsentwicklung ein einflussreiches Konzept. In der Entwicklungsarbeit („Dritte-Welt-Arbeit“) sind Prinzipien des Empowerments für Prozesse des „community building“ wichtig. Auch die weltweite NGO-Bewegung (Non-Governmental Organizations = Nicht-Regierungs-Organisationen) verwendet den Begriff in vielen Zusammenhängen.

Seit der Alma-Ata-Erklärung [5] und der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung [6] stellt Empowerment ein zentrales Konzept der WHO-Vision von Gesundheitsförderung dar. Obwohl das Wort in der Ottawa-Charta nicht fällt, ist die Nähe zum Empowermentansatz unübersehbar. Die Ottawa-Charta benutzt den Begriff „befähigen“ und nennt als wichtige Voraussetzung für körperliches und seelisches Wohlbefinden die Fähigkeiten und Möglichkeiten einer Person, ihr eigenes Leben selbst zu kontrollieren [7], [8] (Salutogenese; Gesundheitsförderung 1: Grundlagen). Dort heißt es: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.“ ([6], S. 1).

Bedingungen, Strukturen und Handlungslogiken

Die Definition von Empowerment lässt sich zunächst eher über das Gegenteil erschließen: Machtlosigkeit, erlernte Hilflosigkeit, Entfremdung und Kontrollverlust sind Begriffe, die in der psychosozialen Arbeit sehr viel häufiger gebraucht werden als ihre positiven Gegenteile. Es lassen sich jedoch Bedingungen, Strukturen und Handlungslogiken beschreiben, unter denen es Professionellen gelingen kann, Prozesse des Empowerments auf verschiedenen Ebenen zu fördern [9], [10], vielleicht sogar anzustoßen. Fachkräfte für Gesundheitsförderung können für die Wahrnehmung von Empowermentprozessen im Alltag sensibel werden und sie gezielt fördern durch

- Bereitstellung von instrumentellen Hilfen (Räume, Finanzen etc.),
- Befähigung zur Reflexion von Problemen, Bedürfnissen und Ressourcen,
- Aufzeigen oder Schaffen von Handlungsspielräumen,
- Anbieten von Orientierungshilfen und Erschließen von Informationsquellen,
- Unterstützung bei der Erarbeitung von Entscheidungen, Lösungen und Zielen,
- Unterstützung von Selbstorganisation und Selbsthilfe,
- Mediation und
- sozialpolitische Einflussnahme.

Praktisch angewendet werden an Empowerment orientierte Handlungslogiken etwa in einem globalen Netzwerk für Empowermentprozesse. Hier wird kollektives Erfahrungswissen systematisch für gesellschaftliche Innovationen genutzt.

Das Gelingen von Empowermentprozessen erfordert die Entwicklung eines sozialen Klimas und einer nicht technizistischen professionellen Grundhaltung. Diese umfasst u. a.

- Ressourcen- und Kompetenzorientierung,
- Prozessorientierung,
- Zielorientierung,
- Optimismus,
- Bereitschaft zu gleichberechtigten Arbeitsbeziehungen,
- Bereitschaft, Vertrauen entgegenzubringen und die
- Bereitschaft, Verantwortung und Kontrolle abzugeben.

Empowermentprozesse anstoßen

Der Anstoß von Prozessen des Empowerments durch Professionelle erfolgt durch die Verknüpfung von Ressourcen auf der individuellen und der Gruppenebene. Dabei müssen Professionelle darauf achten, die dafür fördernden Rahmenbedingungen zur Verfügung zu stellen oder zu entwickeln, jedoch sich selbst nicht oder nur sehr vorsichtig in den Prozess einzumischen. Diese Haltung einer Arbeit am und im sozialen Kontext verbessert für Fachkräfte der Gesundheitsförderung die Möglichkeiten, Betroffene selbst ihre Interessen vertreten zu lassen – und nicht diese Interessen für die Betroffenen zu vertreten [11], [1] (Anwaltschaft – Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen ; Lebenskompetenz und Kompetenzförderung). Im Gesundheitswesen hat sich der Begriff „patient empowerment“ etabliert. Damit sollen für im Gesundheitswesen versorgte Personen verbesserte Information, höhere Transparenz und stärkere Mitwirkungschancen erreicht werden.

Um Prozesse des Empowerments anzustoßen, ist es prinzipiell wichtiger, offene Fragen zu stellen als Antworten zu geben [12]. Mit einer Frage wird die Neugier der Befragten angeregt und ein Prozess des Suchens ausgelöst. Diskussionen und Erfahrungsaustausch resultieren und stecken möglicherweise andere an. Solche Prozesse geschehen häufig in Gesundheitsselbsthilfegruppen [13] (Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung), deren Mitglieder über die eigene Betroffenheit hinaus die Notwendigkeit erkennen, sich mit gesundheits- und versorgungspolitischen Fragestellungen zu beschäftigen.

Die professionelle Arbeit mit partizipativen Methoden (wie etwa Zukunftswerkstätten, aktivierende Befragungen, Nutzerbeiräte, Methode des Open Space oder Photo-Voice, einer Methode, bei der Menschen mit Fotos ihre Lebenswirklichkeit dokumentieren und reflektieren [14] kann diese Entwicklungen befördern. Darüber hinaus können durch soziale Medien unterstützte Peer-Ansätze eine Rolle bei der Gestaltung von Empowermentprozessen spielen [15].

Kritik wird im Hinblick auf die relativ unbestimmte und uneinheitliche Konzeption des Empowermentbegriffs geäußert Es existieren jedoch einige Bemühungen, das Empowermentkonzept zu schärfen und von benachbarten Konzepten wie der Partizipation und der Capacity Building / Kapazitätsentwicklung [16] abzugrenzen. Durch Offenlegung der verschiedenen Verständnisse und Dimensionen soll das Konzept einer zielgerichteten Umsetzung und Evaluation besser zugänglich gemacht werden [17], [18], [19], [20].

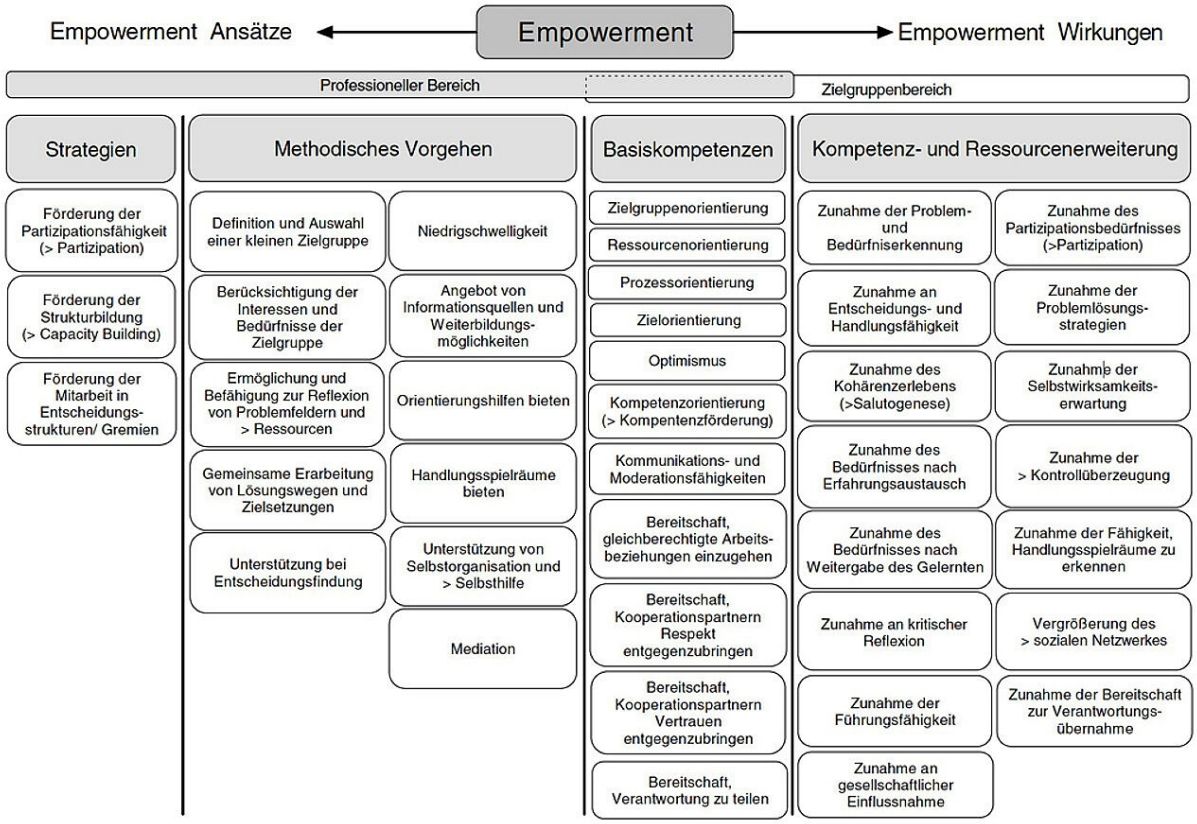


Abb. 2: Empowerment – Ansätze und Wirkungen (eigene Darstellung von [19])

Internetadressen:

- Siemens Stiftung. empowering people. Network:Netzwerk für Sozialunternehmer*innen im Bereich Entwicklungszusammenarbeit. Available from: https://www.siemens-stiftung.org/projekte/empowering-people-network
- Patient Empowerment Network. Available from: https://www.powerfulpatients.org

Weiterführende Quellen:

- Blank B. Was ist Empowerment? Weinheim: Juventa Verlag; 2024. (Studienmodule Soziale Arbeit).
- Blank B. Die Interdependenz von Ressourcenförderung und Empowerment. Der Ressourcenbegriff der AdressatInnen. Opladen: Budrich UniPress; 2012.
- Gesundheitswesen. 2008;70(12). DOI:10.1055/s-00000022
- Keupp H. Die (Wieder)-Gewinnung von Handlungskompetenz. Empowerment in der psychosozialen Praxis. Verhaltenstherap psychosoz Prax. 1993;25(3):365–81.
- Lenz A, Stark W, editors. Empowerment: neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Tübingen: Dgvt-Verl; 2002. (Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung; 10).
- Schuler D. Liberating voices: a pattern language for communication revolution. Cambridge, Mass: MIT Press; 2008.
- Stark W. Empowerment – Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Freiburg: Lambertus-Verlag; 1996.
- Stark W. Wie Menschen stärker werden. Focus. 2000;3:12–6.

References

1. Weichold K. Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I070-3.0
2. Solomon BB. Black Empowerment: Social work in oppressed communities. New York: Columbia University Press; 1976.
3. Rappaport J. Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit - ein sozialpolitisches Konzept des Empowerments anstelle präventiver Ansätze. Verhaltenstherap psychosoz Prax. 1985;2(17):257–78.
4. Kieffer C. Citizen empowerment: A developmental perspective. In: Hess R, Rappaport J, Swift CF, editors. Studies in Empowerment. Steps Toward Understanding and Action. London, New York: Routledge; 1984.
5. World Health Organisation (WHO). Erklärung von Alma Ata. 1978. [accessed 2025 Feb 25]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/347881/WHO-EURO-1978-3938-43697-61472-ger.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. World Health Organisation (WHO). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. 1986. [accessed 2025 Feb 25]. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/349654
7. 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
8. 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
9. Lenz A, editor. Empowerment: Handbuch für die ressourcenorientierte Praxis. Tübingen: Dgvt-Verl; 2011. (Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung; 22).
10. Miller T, Pankofer S. Empowerment konkret – Handlungsentwürfe und Reflexionen aus der psychosozialen Praxis. Oldenbourg: De Gruyter; 2000.
11. Böhm K. Anwaltschaft – Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I003-3.0
12. Berger W. Die Kunst des klugen Fragens. München, Berlin, Zürich: Piper; 2017.
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
14. Wihofszky P, Hartung S, Allweiss T, Bradna M, Brandes S, Gebhardt B, Layh S. Photovoice als partizipative Methode: Wirkungen auf individueller, gemeinschaftlicher und gesellschaftlicher Ebene. In: Hartung S, Wihofszky P, Wright MT, editors. Partizipative Forschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2020. p. 85–141.
15. Mohammadi M, Huber A, Odukoya D, Wächter-Raquet M, von Unger H. Gesundheitsförderung mit geflüchteten Frauen: Stärken und Herausforderungen eines Peer-Ansatzes. Präv Gesundheitsf. 2025 May;20(2):304–11. DOI:10.1007/s11553-024-01111-5
16. Nickel S, Trojan A. Capacity Building / Kapazitätsentwicklung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I007-3.0
17. Loss J. Der Empowerment-Ansatz: unscharf, unbequem, unberechenbar – und unentbehrlich. Gesundheitswesen. 2008;70(12):713–4. DOI:10.1055/s-0028-1102958.pdf
18. Kliche T, Kröger G. Empowerment in Prävention und Gesundheitsförderung – Eine konzeptkritische Bestandsaufnahme von Grundverständnissen, Dimensionen und Erhebungsproblemen. Gesundheitswesen. 2008;70(12):715–20. DOI:10.1055/s-0028-1102956.pdf
19. Brandes S, Reker N. Empowerment systematisch entwickeln. Ein Hilfsmittel für qualitätsorientierte Teamprozesse. Info Dienst Gesundheitsf. 2009;1(9):7–8.
20. Stark W. Empowerment reloaded – ein neuer Blick auf Empowermentprozesse vor dem Hintergrund von Nachhaltigkeit und Bürger*innenbeteiligung. Verhaltenstherap psychosoz Prax. 2020;1:51–63.

Korrespondenz: Sven Brandes Dipl.-Soz. Päd. MPH, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover, Deutschland, E-mail: sven.brandes@gesundheit-nds.de

Zitierhinweis: Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i010-1.0

Copyright: © 2026 Sven Brandes 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/

Epidemiologie und Sozialepidemiologie

Joseph Kuhn[1,2]
Gabriele Bolte[3]

[1] Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim, Deutschland

[2] Pettenkofer School of Public Health

[3] Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abteilung Sozialepidemiologie, Universität Bremen, Bremen, Deutschland

Abstract

Die Epidemiologie misst die Häufigkeit und Verteilung von Gesundheitszuständen bzw. Krankheiten und deren Einflussfaktoren in einer Bevölkerungsgruppe. Als ein Teilgebiet dieser Lehre hat sich die Sozialepidemiologie herausgebildet, die den Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheitszustand analysiert. Durch ihre verschiedenen Kennzahlen ist die Epidemiologie Grundlage für eine evidenzbasierte Gesundheitsförderung. Sie hilft bei der Evaluation umgesetzter Maßnahmen und ist außerdem eine Basis für die Gesundheitskommunikation und -berichterstattung. Bisherige Erkenntnisse belegen die Wirksamkeit von Gesundheitsförderung in unterschiedlichen Settings, wie z. B. der Gemeinde, dem Arbeitsplatz und der Wohnumwelt.

Keywords: Epidemiologie, Soziale Ungleichheit, Risiken, Studientypen, Gesundheitsberichterstattung

Spektrum der Epidemiologie

Epidemiologie ist die Lehre von der Häufigkeit und von den Determinanten gesundheitsbezogener Zustände und Ereignisse in einer Bevölkerung. Dies schließt die Untersuchung von Gesundheitspotenzialen und Versorgungsaspekten ein. Die Epidemiologie stellt eine Kerndisziplin der Gesundheitswissenschaften / Public Health [1] dar.

Der Begriff Epidemiologie stammt, wie das Wort unschwer erkennen lässt, ursprünglich aus der Seuchenbekämpfung und wurde von dort in andere Bereiche übertragen. Die Infektionsepidemiologie ist somit heute nur noch ein Teilgebiet der Epidemiologie. Andere etablierte Teilgebiete sind z. B. die Krebsepidemiologie, die Herz-Kreislauf-Epidemiologie oder die Umweltepidemiologie; neuere Gebiete sind z. B. die genetische Epidemiologie, die Versorgungsepidemiologie oder die Stadtepidemiologie. In der für die Gesundheitsförderung besonders relevanten Sozialepidemiologie steht der Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit im Mittelpunkt [2] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit).

Für die Gesundheitsförderung spielen epidemiologische Studien in mehrfacher Hinsicht eine wichtige Rolle:

- Die Epidemiologie ist ein unverzichtbarer Ausgangspunkt für eine evidenzbasierte Planung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Sie zeigt auf, wie Krankheiten, Risiken und Gesundheitspotenziale in der Bevölkerung verteilt sind (deskriptive Epidemiologie), welche Faktoren auf individueller und struktureller Ebene zum Erhalt der Gesundheit bzw. zum Entstehen von Krankheiten beitragen (analytische Epidemiologie), was im Hinblick auf Häufigkeit, Schwere oder Kosten wichtige Handlungsfelder sind und welche Maßnahmen der Gesundheitsförderung als bewährt gelten können.
- Sie dient der Umsetzungsbegleitung und Evaluation, indem sie die Wirkungen der Gesundheitsförderung untersucht (teilweise auch als experimentelle Epidemiologie).
- Sie stellt eine Grundlage für Gesundheitskommunikation und Kampagnen [3] (Gesundheitskommunikation) sowie Gesundheitsberichterstattung [4] dar und leistet so einen Beitrag zur Beteiligungsfähigkeit der Bevölkerung bzw. der jeweiligen Zielgruppen.

Epidemiologische Grundbegriffe

Prävalenz: Die Prävalenz bezeichnet die Häufigkeit einer Krankheit (oder eines anderen gesundheitsbezogenen Merkmals) in der Bevölkerung. Sie berechnet sich als Quotient der Fallzahl und der Bezugsbevölkerung. Dabei kann unterschieden werden zwischen der Krankheitshäufigkeit zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) oder in einem Zeitraum (Periodenprävalenz, z. B. 12-Monats-Prävalenz, Lebenszeitprävalenz). Man schätzt beispielsweise die Punktprävalenz von Rückenschmerzen auf ca. 30 %, d. h., ein Drittel der Bevölkerung leidet aktuell an Rückenschmerzen, über die gesamte Lebensdauer hinweg sind dagegen ca. 80 % aller Menschen betroffen.

Inzidenz: Die Inzidenz gibt die Neuerkrankungen innerhalb eines vorgegebenen Zeitraums an, bezogen auf die Bevölkerung unter Risiko am Anfang dieser Beobachtungsperiode (kumulative Inzidenz) oder bezogen auf die beobachtete Personenzeit (Inzidenzdichte).

Vermeidbare Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre: Die Sterblichkeit ist eine Inzidenz. Sie gibt an, wie viele Menschen in einem Zeitraum, z. B. einem Jahr, bezogen auf die Gesamtbevölkerung, gestorben sind. Speziell mit Blick auf die Identifikation des präventiven Handlungsbedarfs wurden in der Epidemiologie Kennziffern wie die vermeidbare Sterblichkeit oder verlorene Lebensjahre gebildet. Bei der vermeidbaren Sterblichkeit wird für ausgewählte Krankheitsarten eine Altersgrenze angenommen, unterhalb derer die Todesfälle als grundsätzlich vermeidbar betrachtet werden. Meist liegt diese Grenze bei 65 oder 75 Jahren. Diese Fälle werden aufsummiert und auf die Bevölkerung dieser Altersgruppe bezogen oder als Anteil an allen Sterbefällen ausgewiesen. Bei den verlorenen Lebensjahren (PYLL – Potential Years of Life Lost) geht es um die Summe der nicht mehr gelebten Jahre vom Sterbejahr bis zu einem im Prinzip für alle erreichbaren Alter von beispielsweise 65 Jahren. Krankheitsarten mit vielen vermeidbaren Sterbefällen oder vielen verlorenen Lebensjahren geben Hinweise auf ein möglicherweise unausgeschöpftes präventives Potenzial.

Absolutes und relatives Risiko: Die Inzidenz ist ein Maß für das absolute Risiko einer Erkrankung in der Bevölkerung. Der Risikobegriff bezeichnet in der Epidemiologie also die rein statistische Auftretenswahrscheinlichkeit einer Erkrankung und weicht etwas vom Alltagsverständnis des Wortes ab. Für die Quantifizierung des Zusammenhangs zwischen zwei Merkmalen bzw. die Wirkung von Expositionen auf eine Gruppe von Menschen werden sogenannte Assoziationsmaße bzw. Effektmaße gebildet.

Das relative Risiko (RR) gibt an, ob eine Risikoerhöhung oder -verminderung im Zusammenhang mit einer Exposition besteht. Ist das relative Risiko größer als 1, deutet dies darauf hin, dass die Exposition das Erkrankungsrisiko erhöht. Ist das relative Risiko kleiner als 1, ist davon auszugehen, dass die Exposition das Erkrankungsrisiko verringert, also einen schützenden Effekt hat. Eine ähnliche Bedeutung hat die Odds Ratio (OR), die häufig berechnet wird, da oftmals keine Inzidenzdaten zur Berechnung des relativen Risikos verfügbar sind.

Risikodifferenz: Ein weiteres Effektmaß ist die Risikodifferenz. Sie gibt das der Exposition zuschreibbare („attributable“) Risiko an und ist für die Planung von Präventionsmaßnahmen von Bedeutung. Sie zeigt an, in welchem Umfang die Inzidenz einer Erkrankung gesenkt werden kann, wenn die Exposition nicht mehr vorliegt. Die attributable Risikoproportion gibt an, welcher Anteil der Krankheit in der exponierten Gruppe auf die Exposition zurückzuführen ist. Unter Public Health-Gesichtspunkten ist außerdem bedeutsam, welcher Anteil an Erkrankungen in der Gesamtbevölkerung auf die Exposition zurückzuführen ist. Hierfür wird das populationsattributable Risiko berechnet. Wenn es sich statt einer gesundheitsschädlichen Exposition um einen schützenden Einflussfaktor handelt, z. B. eine erfolgreiche Maßnahme der Gesundheitsförderung, kann die sogenannte Preventive Fraction berechnet werden: Sie gibt das Verhältnis zwischen den durch die Maßnahme verhinderten Fällen zu den ohne diese Maßnahme zu erwartenden Fällen an.

Signifikanz, Relevanz, Kausalität: Epidemiologische Aussagen werden häufig statistischen Signifikanzprüfungen unterzogen, z. B. durch die Angabe von Konfidenzintervallen bei Schätzwerten oder durch die Angabe von p-Werten bei Hypothesentests. Die statistische Signifikanz von Befunden gibt an, dass sie – mit der angegebenen Wahrscheinlichkeit – nicht durch Zufall zustande gekommen sind. Über die gesundheitliche Bedeutung ist damit nichts ausgesagt, denn bei großer Fallzahl können auch kleine, inhaltlich ggf. kaum relevante Unterschiede statistisch signifikant sein. Daher ist zu unterscheiden zwischen statistischer Signifikanz und gesundheitlicher Relevanz der Befunde, die inhaltlich beurteilt werden muss. Beispielsweise kann ein geringes relatives Risiko von großer gesundheitlicher Bedeutung sein, wenn die Exposition einen Großteil der Bevölkerung betrifft. Dies ist z. B. bei Luftschadstoffen aus dem Straßenverkehr der Fall.

Infrage gestellt wird häufig auch, ob epidemiologisch ermittelte Zusammenhänge von Expositionen und Effekten kausal interpretiert werden dürfen. Zunächst geht es nur um statistische Assoziationen, für die Interpretation sind dann weitere Informationen hinzuzuziehen. Hinweise, ob hinter solchen statistischen Assoziationen kausale Zusammenhänge zu vermuten sind, geben z. B. einige der Kausalitätskriterien nach Hill [5]gemäß ihrer aktuellen Interpretation (z. B. [6], [7]).

Studientypen: Die drei häufigsten Studientypen sind Querschnittstudien, Fall-Kontroll-Studien und Kohortenstudien. In Querschnittstudien wird eine Gruppe von Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt untersucht. Querschnittstudien sind zur Untersuchung von kausalen Zusammenhängen wenig geeignet; die erfassten Merkmale lassen sich nur als statistische Assoziationen darstellen. Die Stärken von Querschnittstudien liegen in der einfachen Erhebung von Prävalenzen im Kontext vieler Merkmale, die Ausgangspunkt zur Bildung von Hypothesen über kausale Zusammenhänge sein können.

Bei Fall-Kontroll-Studien wird eine Gruppe von neu Erkrankten und nicht Erkrankten im Hinblick auf eine zurückliegende (ggf. hypothetische) Exposition gegenüber gesundheitsschädigenden Faktoren untersucht. Das Verhältnis von Gesunden und Kranken ist durch das Studiendesign festgelegt. Aussagen zu Inzidenzen und relativen Risiken sind daher nicht möglich, es werden Odds Ratios berechnet. Fall-Kontroll-Studien sind für seltene Erkrankungen und für Expositionen mit langen Latenzzeiten besonders geeignet.

In Kohortenstudien wird eine gesunde Population mit Exponierten und Nichtexponierten in ihrer weiteren Entwicklung beobachtet. Das Neuauftreten von Erkrankungen in den beiden Gruppen wird analysiert. Das Studiendesign lässt die Berechnung von Inzidenzen und relativen Risiken zu. Ein Vorteil von Kohortenstudien ist, dass die zeitliche Abfolge von Exposition und Erkrankungen eindeutig bestimmt werden kann.

Die wichtigsten methodischen Standards zur Durchführung epidemiologischer Studien sind in den Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung „Guter Epidemiologischer Praxis“ (GEP) der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie zusammengefasst (DGEpi o. J.).

Einzelne Studien sind allerdings oft nicht in der Lage, Sachverhalte mit der erforderlichen Belastbarkeit nachzuweisen. Dies macht die systematische, methodisch stringente Zusammenführung vieler Studien zu einem Sachverhalt notwendig, z. B. in Form von systematischen Reviews und Meta-Analysen. Eine qualitativ hochwertige Form von Reviews stellen die „Cochrane-Reviews“ dar, deren Erstellung einem von der Cochrane-Gesellschaft vorgegebenen Verfahren folgt.

Epidemiologische Methoden haben heute weit über die Forschung hinaus Bedeutung gewonnen. Sie stellen das wichtigste Instrumentarium der evidenzbasierten Medizin dar. Das 2004 gegründete Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWIG) bearbeitet die ihm übertragenen Fragen ganz wesentlich auf der Grundlage epidemiologischer Studien. Damit steuert es einen elementaren Beitrag dazu bei, Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung evidenzbasiert zu begründen, wie es im Krankenkassenrecht inzwischen verpflichtend vorgegeben ist (siehe z. B. § 35 Abs. 1b, § 35a Abs. 1, § 139a Abs. 4, SGB V).

Epidemiologische Forschungsbefunde

Für viele der heute in Gesundheitsförderung und Prävention behandelten Themen – vom Tabak- und Alkoholkonsum über Adipositas bis hin zur Umweltqualität des Wohnumfelds – stehen inzwischen umfangreiche epidemiologische Forschungsbefunde zur Verfügung. Diese Befunde sind auch Grundlage präventionspolitischer Weichenstellungen. Beispielsweise hat der Nachweis, dass allein durch das häusliche Passivrauchen mehrere tausend vorzeitige Sterbefälle jährlich zu verzeichnen sind, die Nichtraucherschutzpolitik befördert. Ein anderes Beispiel: Der Nachweis, dass Schadstoffe aus Verbrennungsmotoren die Gesundheit schädigen, hat zur Einführung von Umweltzonen und Schadstoffvorgaben für Hersteller beigetragen. Im Arbeitsschutz beruhen zahlreiche Vorschriften auf epidemiologischen Befunden, in der Prävention ebenso wie z. B. bei der Anerkennung von Berufskrankheiten.

In der Coronakrise ist die Relevanz infektionsepidemiologischer Ansätze ins Alltagsbewusstsein der Bevölkerung gedrungen. Ihre Befunde haben weitreichende politische Folgen in der ganzen Welt gehabt, von den unmittelbaren Verhaltensvorgaben für jeden Einzelnen bis hin zu den wirtschaftlichen Folgen der Infektionsschutzmaßnahmen. In den Medien und Internetforen wurde über Inzidenzwerte, die Basisreproduktionszahl, Übersterblichkeitsberechnungen und vieles mehr diskutiert – ein Crashkurs in Epidemiologie für alle. Zugleich hat die Coronakrise auch den engen Zusammenhang zwischen

Infektionen und psychischen, sozialen und wirtschaftlichen Gegebenheiten aufgezeigt. Epidemiologische Studien haben dabei die gravierenden psychischen Folgen der Krise sowie die sozial unterschiedliche Betroffenheit der Menschen belegt. Vermutlich war die Epidemiologie nie zuvor gesellschaftlich so wirkmächtig wie in den Jahren 2020 bis 2022.

Soziale Lage und Gesundheit

Der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit, zu dem in Deutschland noch Anfang der 1990er-Jahre vergleichsweise wenig Forschungsbefunde vorlagen, ist durch die Sozialepidemiologie inzwischen gut erforscht [8] (Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit). Gesundheitsrelevante Aspekte der sozialen Lage sind beispielsweise neben den klassischen Indikatoren auf individueller Ebene wie Bildung und Einkommen das Geschlecht und der Migrationshintergrund [9] (Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund). In letzter Zeit werden aus einer Intersektionalitätsperspektive zunehmend die Bedeutung des Kontextes und makrosozialer Prozesse der Privilegierung und Diskriminierung untersucht [10].

Die meisten Krankheiten und Risikofaktoren weisen einen deutlichen Sozialgradienten dergestalt auf, dass eine schlechtere soziale Lage auch eine schlechtere Gesundheit zur Folge hat. Der Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheit beginnt dabei bereits in der Kindheit. Kinder aus sozial schlechter gestellten Familien haben mehr Geburtsrisiken, sie sind im Schulalter häufiger adipös, haben häufiger Karies, sie weisen mehr Entwicklungsverzögerungen und psychische Störungen auf. Im Erwachsenenalter sind die gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit bzw. prekärer Beschäftigung, einem niedrigem Bildungsgrad und einem niedrigen beruflichen Status vielfach belegt.

An Merkmalen wie dem Krankenstand der Beschäftigten oder der Frühberentungsrate zeigt sich der Sozialgradient der Gesundheit sogar in den Routinestatistiken der Sozialversicherung. Auch Umweltbelastungen sind sozial ungleich verteilt, z. B. wohnen sozial Benachteiligte öfter an verkehrsreichen Straßen oder in einem industriell belasteten Umfeld. In Deutschland wird dies unter dem Stichwort Umweltgerechtigkeit [11] bzw. „Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit“ in den letzten Jahren zunehmend diskutiert [12], [13].

Insbesondere den Umwelt- bzw. Lebensbedingungen und dem Zugang zur Gesundheitsversorgung als auch dem Gesundheitsverhalten kommt eine vermittelnde Rolle zwischen sozialer Lage und Gesundheit zu. Vielversprechende Erklärungsansätze der sozialepidemiologischen Befunde liefern Konzepte wie das der „Verwirklichungschancen“ (Sen 2000) oder des „Sozialen Kapitals“ (Bourdieu 1983, Putnam 1993, Soziales Kapital [14]) . In der Summe führt die höhere Krankheitslast sozial Benachteiligter dazu, dass in Deutschland Menschen im unteren Einkommensviertel eine um fünf bis zehn Jahre kürzere Lebenserwartung haben als Menschen im oberen Einkommensviertel [15].

Der enge Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit verweist auf die Notwendigkeit einer guten Verhältnisprävention in den Gemeinden, am Arbeitsplatz und in anderen Settings wie der Wohnumwelt mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensbedingungen für alle Menschen unabhängig von ihrer sozialen Lage. Dies ist im besten Sinne Health Equity in All Policies (Bolte, Bunge, Hornberg, Köckler & Mielck 2018).

Weiterführende Quellen:

- Berkman LF, Kawachi I, Glymour M. Social Epidemiology. 2 edn. New York: Oxford University Press; 2014.
- Bolte G. Epidemiologische Methoden und Erkenntnisse als eine Grundlage für Stadtplanung und gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. In: Baumgart S, Köckler H, Ritzinger A, Rüdiger A, editors. Planung für gesundheitsfördernde Städte. Hannover; 2018. p. 118–134. (Forschungsberichte der Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL)).
- Bolte G. Gender in der Epidemiologie im Spannungsfeld zwischen Biomedizin und Geschlechterforschung. Konzeptionelle Ansätze und methodische Diskussionen. In: Hornberg C, Pauli A, Wede B, editors. Medizin – Gesundheit – Geschlecht: Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive. Wiesbaden: Springer VS; 2016. p. 103–124.
- Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T, Beifuss K. Einführung in die Epidemiologie. Bern: Huber; 2013.
- Bourdieu P. Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckel R, editor. Soziale Ungleichheiten. Göttingen: Schwartz; 1983. p. 183–198.

- Kreienbrock L, Pigeot I, Ahrens W. Epidemiologische Methoden. 5 edn. Stuttgart: Spektrum Akademischer Verlag; 2012.
- Krieger N. Epidemiology and the people's health. Theory and context. Oxford, New York: Oxford University Press; 2011.
- Kuhn J, Heißenhuber A, Wildner M. Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. Begriffe, Methoden, Beispiele. Eine Handlungshilfe. Erlangen: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.; 2014.
- O'Campo P, Dunn JR. Rethinking social epidemiology. Towards a science of change. Dordrecht, NL: Springer; 2012.
- Putnam R, Robert D. Making democracy work. Civic traditions in modern Italy. Princeton: Princeton University Press; 1993.
- Sen A. Ökonomie für den Menschen. Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft. München: Hanser; 2000.
- Szklo M, Nieto J. Epidemiology. Beyond the basics. Burlington, MA: Jones and Bartlett Publishers; 2013.

Internetadressen:

- Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi). Available from: https://www.dgepi.de
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWIG). Available from: https://www.iqwig.de
- Robert Koch-Institut (RKI). Available from: https://www.rki.de

Literatur:

- Bolte G, Moebus S, Fehr R. Stadtepidemiologie als integrativer Ansatz für eine nachhaltige, gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. Gesundheitswesen. 2023 Nov;85(S 05):S287–5295. DOI:10.1055/a-2156-4305

References

1. 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
2. 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. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i052-3.0
3. Schäfer M, Reifegerste D. Gesundheitskommunikation. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i056-2.0
4. Ziese T, Saß AC. Gesundheitsberichterstattung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i028-2.0
5. Hill AB. The environment and disease: Association or causation? Proc R Soc Med. 1965;58(5):295–300.
6. Rothman KJ, Greenland S, Poole C, Lash TL. Causation and causal inference. In: Rothman KJ, Greenland S, Lash TL, editors. Modern epidemiology. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 5–31.
7. Fedak KM, Bernal A, Capshaw ZA, Gross S. Applying the Bradford Hill criteria in the 21st century: how data integration has changed causal inference in molecular epidemiology. Emerg Themes Epidemiol. 2015 Sep 30;12(1):14. DOI:10.1186/s12982-015-0037-4
8. 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
9. Borde T, Blümel S. Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention.

Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i047-2.0
10. Merz S, Jaehn P, Mena E, Pöge K, Strasser S, Saß AC, Rommel A, Bolte G, Holmberg C. Intersectionality and eco-social theory: a review of potentials for public health knowledge and social justice. Crit Public Health. 2023 Mar 15;33(2):125–134. DOI:10.1080/09581596.2021.1951668
11. Bunge C, Böhme C. Umweltgerechtigkeit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i136-4.0
12. Bolte G, Bunge C, Hornberg C, Köckler H, Mielck A. Umweltgerechtigkeit: Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. Bern: Huber; 2012.
13. Bolte G, Bunge C, Hornberg C, Köckler H. Umweltgerechtigkeit als Ansatz zur Verringerung sozialer Ungleichheiten bei Umwelt und Gesundheit. Bundesgesundheitsblatt. 2018;61(6):674–683.
14. V. D. Knesebeck O. Soziales Kapital. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i111-2.0
15. Lampert T, Hoebel J, Kroll LE. Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends. J Health Monit. 2019;4(1):3–15.

Korrespondenz: Dr. Joseph Kuhn, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Veterinärstr. 2, 85764 Oberschleißheim, Deutschland, E-mail: joseph.kuhn@lgl.bayern.de

Zitierhinweis: Kuhn J, Bolte G. Epidemiologie und Sozialepidemiologie. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i011-1.0

Copyright: © 2026 Joseph Kuhn 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/

Erklärungs- und Veränderungsmodelle 1: Einstellungs- und Verhaltensänderung

Emily Finne[1]
Hannah Paul[2]

[1] Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universitätskilinikum Schleswig-Holstein/Universität zu Lübeck, Lübeck, Deutschland

[2] Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 4 Prävention und Gesundheitsförderung, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

Abstract

Warum Menschen sich gesundheitsförderlich verhalten, warum sie Veränderungen ihrer Verhaltensweisen in Erwägung ziehen und umsetzen oder nicht, wird durch gesundheitspsychologische Theorien und Modelle erklärt. Gute Theorien ermöglichen eine Vorhersage des Gesundheitsverhaltens. Sind die entscheidenden Verhaltensdeterminanten identifiziert, können sie als Stellschrauben betrachtet werden, an denen Interventionen ansetzen sollten, um das Gesundheitsverhalten günstig zu beeinflussen. Im Folgenden werden einige der am häufigsten eingesetzten Theorien dargestellt und wo möglich mit Anwendungsbeispielen illustriert.

Keywords: Verhaltenstheorien, Verhaltensänderung, Motivation, Einstellungen, Verhaltensdeterminanten

Einleitung

Das individuelle Gesundheitsverhalten [1] (Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln) spielt eine zentrale Rolle insbesondere in der multifaktoriellen Genese chronischer, nicht-übertragbarer Krankheiten [2], [3] (Lebensweisen/Lebensstile). Verhaltensänderungen sind daher Ziel vieler Präventions- [4] (Prävention und Krankheitsprävention) und Gesundheitsförderungsmaßnahmen [5] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen). Um zielgenaue Interventionen planen zu können, ist es erforderlich, die Einflussfaktoren auf das Gesundheitsverhalten zu verstehen [6] (Erklärungs- und Veränderungsmodelle 2: Theoriebasierte Interventionsplanung).

Verschiedene Theorien und Modelle versuchen, die relevanten Determinanten zu identifizieren, die Verhalten motivieren und zur Umsetzung beitragen. Sie gehen der Frage nach, weshalb es Menschen auch bei ausreichendem Wissen um die gesundheitlichen Auswirkungen ihres Verhaltens häufig nicht (langfristig) gelingt, sich gesundheitsförderlich zu verhalten. Welche sozialen, kognitiven oder emotionalen Faktoren entscheiden, ob Verhaltensänderungen stattfinden?

Große Bedeutung für das Verstehen und Erklären von Verhalten haben psychologische Theorien, die sich mit individuellen Lernprozessen [7] (Lernspsychologische Perspektive) und Erwartungen beschäftigen, sich aber nicht immer auf Gesundheitsverhalten beschränken. Die ersten Modelle mit dem Ziel, Gesundheitsverhalten zu verstehen und zu beeinflussen, wurden in den 1950-er Jahren formuliert. Nachfolgende Modelle bzw. Theorien gewannen an Komplexität und bezogen neben primär innerpsychischen Einflüssen stärker auch die soziale und physikalische Umwelt als Erklärungsebenen ein.

Grob unterscheiden lassen sich Theorien, die zu allen Zeitpunkten in einem Veränderungsprozess dieselben Einflüsse als entscheidend annehmen (sogenannte kontinuierliche Modelle), von jenen, die qualitativ unterschiedliche Phasen oder Stufen eines Veränderungsprozesses voneinander abgrenzen (sogenannte Stadienmodelle). Hierbei kommt einzelnen Einflussfaktoren in verschiedenen Phasen jeweils eine unterschiedliche Rolle zu. Bedeutsam ist vor allem die Unterscheidung anfänglicher motivationaler Stufen, in denen die Absicht zu einer Verhaltensänderung gebildet wird, von späteren (volitionalen = bewusst willentlich) Stufen, in denen es um die tatsächliche Umsetzung der Absichten in gesundheitsförderliches Verhalten geht.

Zu den in Prävention und Gesundheitsförderung deutlich am häufigsten als Interventionsgrundlage genutzten Ansätzen gehören das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (TTM), die Theorie

des geplanten Verhaltens (TPB), die sozial-kognitive Theorie Banduras (SKT) und das Health Belief-Model (HBM). Ebenfalls Anwendung finden Modelle der sozialen Unterstützung sowie die Diffusionstheorie und sozial-ökologische Modelle ([8], S. 14 f.). Die häufigsten Theorien sowie ein integrativer Ansatz werden in diesem Beitrag vorgestellt.

Furchtappelle und das Modell der Gesundheitsüberzeugungen

Viele Präventionskampagnen und -programme versuchen, eine Verhaltensänderung herbeizuführen, indem sie die negativen gesundheitlichen Folgen eines Verhaltens und das Risiko für solche Folgen betonen [9] (Risikokommunikation). Interventionen, die versuchen, durch eine erhöhte Bedrohungswahrnehmung präventives Verhalten anzuregen, bezeichnet man auch als Furchtappelle.

Das Modell der Gesundheitsüberzeugungen (Health Belief-Model, kurz: HBM) wurde in den USA als erstes Modell des Gesundheitsverhaltens entwickelt, um die geringe Beteiligung der Bevölkerung an kostenloser Tuberkulose-Vorsorge besser zu verstehen. Das HBM konzentriert sich auf die wahrgenommene Bedrohung durch eine Krankheit und darauf, inwiefern sich diese durch das eigene Verhalten vermeiden lässt. Die Wahrnehmung von Bedrohung entsteht aus der wahrgenommenen Anfälligkeit für eine Erkrankung sowie ihrem subjektiven Schweregrad. Selbst bei hoher Anfälligkeit können Konsequenzen akzeptabel sein („Ich kann Medikamente nehmen."). Zudem werden der wahrgenommene Nutzen eines präventiven Verhaltens und die Kosten (als zu überwindende Barrieren) abgewogen (vgl. Abb. 1). Im Laufe der Jahre wurde das Modell erweitert durch

- interne oder externe Handlungsanstöße wie z. B. eine Krankheit in der Familie, ein Gespräch mit dem Arzt/der Ärztin oder einen Medienspot (cues to action),
- soziodemografische Differenzierungen als Hintergrundvariablen wie z. B. Alter, Geschlecht, sozialökonomischer Status etc. sowie

das Konzept der Selbstwirksamkeit, das ursprünglich der sozial-kognitiven Theorie (s. u.) entstammt (vgl. [10], S. 45 f.).

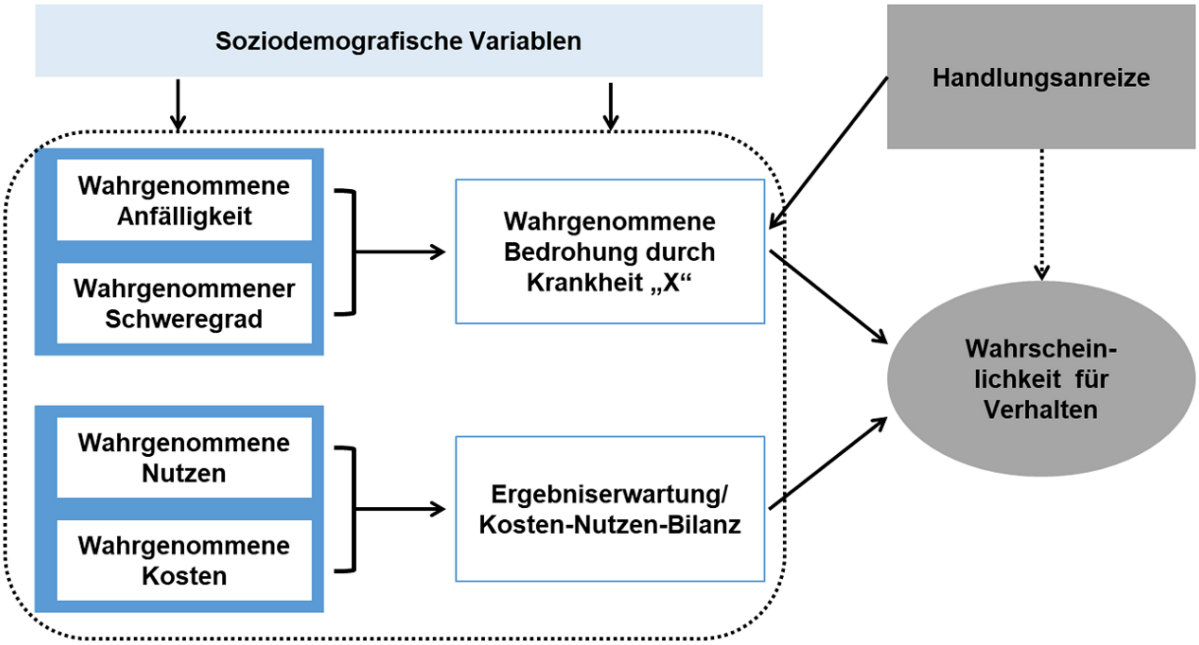


Abb. 1: Modell der Gesundheitsüberzeugungen (Health Belief Model; eigene Darstellung)

Im HBM können Handlungsanreize wie Erkrankungen im Familienkreis, Medienkampagnen etc. als Furchtappelle fungieren und die Wahrnehmung einer Bedrohung anstoßen. Zu diesen Appellen zählen z. B. die auf Zigarettenschachteln aufgedruckten abschreckenden Bilder.

Studienergebnisse zeigen, dass Furchtappelle jedoch nur dann positive Verhaltensänderungen anstoßen, wenn Betroffene glauben, über die Möglichkeit zu verfügen, Bedrohungen abwehren zu können (d. h. Selbstwirksamkeit zur Bewältigung erwarten). Bei Interventionen sollten Furchtappelle demnach am besten in Kombination mit dem Angebot von Bewältigungsmöglichkeiten eingesetzt

werden. In Bezug auf das Beispiel Zigarettenschachteln können Bewältigungsressourcen z. B. durch den ergänzenden Aufdruck „Wollen Sie aufhören? Das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) hilft – Telefon/Website“ gefördert werden. Ohne Berücksichtigung der Bewältigungskompetenzen kann es hingegen zu Reaktanzeffekten und dem Vermeiden der Risikoinformation kommen. Ein insgesamt positiver Nutzen von Furchtappellen ist daher umstritten (vgl. [11]).

Besonders geeignet ist das HBM zur Erklärung von Verhaltensweisen, die der Vermeidung spezifischer Erkrankungen dienen, v. a. wenn es um einmalige Handlungen wie die Teilnahme an einer Screeninguntersuchung oder Impfung geht. Die Bereitschaft zu einer Impfung gegen Covid-19 ist z. B. ein Bereich, in dem das Modell in jüngerer Zeit Anwendung fand. Skinner et al. [10] ermittelten 109 internationale Studien aus den Jahren 2020 und 2021, die das Modell auf Covid-19-bezogenes Verhalten anwendeten, 29 davon befassten sich mit Impfungen.

Auf komplexere Verhaltensweisen, die das allgemeine Wohlbefinden/Well-Being [12] steigern sollen (z. B. Bewegung), lässt sich das HBM weniger gut anwenden. Zudem wurden einige Modellkomponenten (v. a. Handlungsanstöße) und ihr Zusammenwirken bislang kaum untersucht. Im Vergleich zu anderen Theorien fallen Zusammenhänge der enthaltenen Konstrukte mit dem Verhalten eher gering aus, was u. a. durch unklare Messvorschriften bedingt werden könnte (vgl. [10], S. 52).

Theorie des geplanten Verhaltens

Die Theorie des geplanten Verhaltens (Theory of Planned Behavior − TPB) beschreibt die Beziehungen zwischen Überzeugungen, Intentionen und Verhalten. Sie wurde von den US-Amerikanern Martin Fishbein und Icek Ajzen entwickelt und unter verschiedenen Bezeichnungen mehrfach erweitert. Laut der Theorie sind Intentionen der direkteste Verhaltensprädiktor in Bezug auf verschiedene, nicht nur gesundheitsrelevante Verhaltensweisen (vgl. [13], S. 57 ff.). Menschen setzen demnach ein Verhalten eher dann um, wenn sie eine starke Intention dazu haben und das Verhalten zudem kontrollieren können. Ausgangspunkt der Absichtsbildung sind verschiedene Überzeugungen in Bezug auf das umzusetzende Verhalten. So wirken die drei Determinanten Einstellung, subjektive Norm sowie wahrgenommene Verhaltenskontrolle auf die Intention, indem jeweils spezifische inhaltliche Überzeugungen mit ihrer persönlichen Bedeutung gewichtet werden (sogenannte Erwartungs-Wert-Konzeption; vgl. Abb. 2):

- Die Einstellung entsteht als Produkt aus den Überzeugungen über mögliche positive und negative Konsequenzen eines Verhaltens und ihrer jeweiligen persönlichen Bedeutung.
- Die subjektive Norm enthält die Überzeugung darüber, welche Erwartungen an das eigene Verhalten wichtige andere Personen haben, gewichtet mit der jeweiligen Motivation, diese Erwartungen zu erfüllen.
- Wahrgenommene Verhaltenskontrolle als Ausmaß der subjektiven Kontrollierbarkeit des Verhaltens stützt sich auf die Überzeugungen über potenziell auftretende Barrieren in der Verhaltensumsetzung und ihre jeweilige Kraft, diese einzuschränken bzw. die Fähigkeiten, sie zu bewältigen.

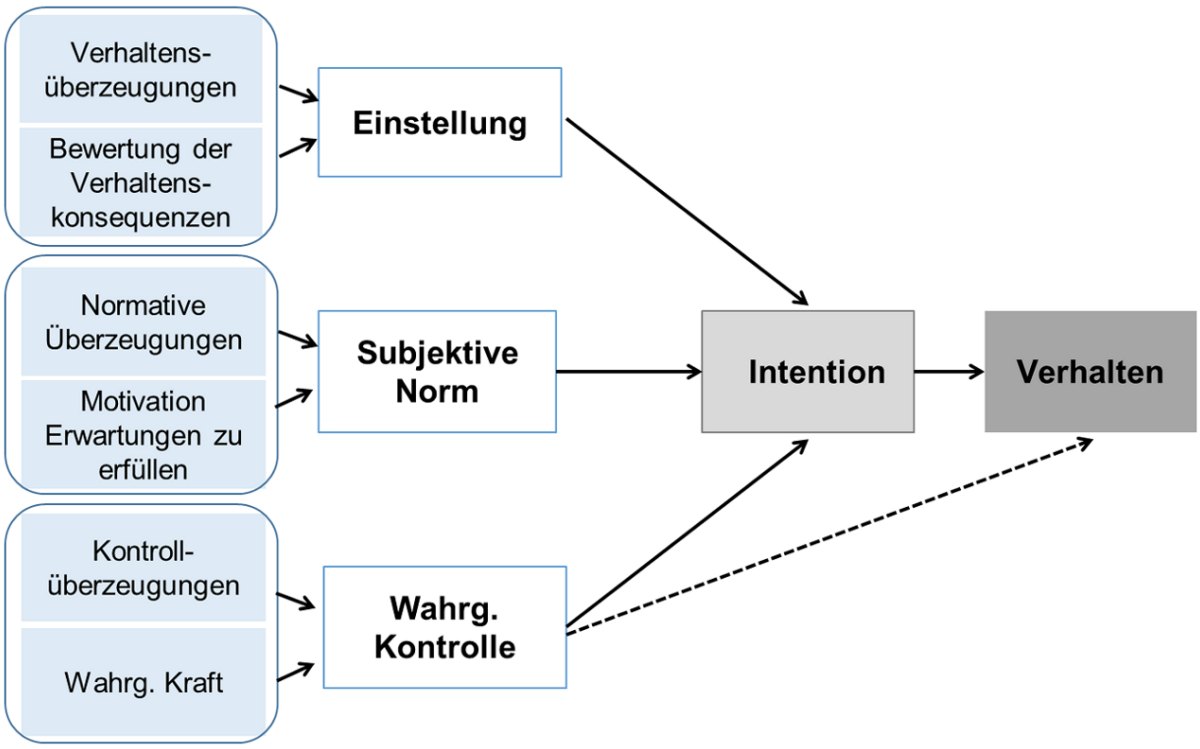


Abb. 2: Theorie des geplanten Verhaltens (eigene Darstellung nach [13], S. 57)

Die Theorie ist empirisch gut überprüft. Metaanalysen zeigen jedoch für viele Verhaltensweisen, dass die Intention deutlich besser vorhergesagt werden kann als das tatsächlich daraus resultierende Verhalten (Intentions-Verhaltens-Lücke/intention behaviour gap; (vgl. [14], [15]). Zudem werden einige Verhaltensweisen (z. B. Bewegung, Ernährung) besser vorhergesagt als andere (z. B. Risikoverhalten, Abstinenz von Suchtstoffen, Früherkennung und Safer Sex) (vgl. [15]). Hagger und Hamilton [14] weisen zudem darauf hin, dass die Überzeugungen über die Zeit deutlich stabiler sind als Intentionen.

Maßnahmen basierend auf der Theorie des geplanten Verhaltens zielen auf die Veränderung der Einstellung, subjektiven Norm und Verhaltenskontrolle über eine Beeinflussung der jeweils zugrunde liegenden bedeutsamen Überzeugungen der Zielgruppe hinsichtlich eines Verhaltens [16] (Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren). Entsprechende Interventionen wurden für die Beeinflussung unterschiedlicher Gesundheitsverhaltensweisen eingesetzt.

Montanaro et al. [17] adressierten z. B. in einer Studie die Kondomnutzung bei College-Studierenden in den USA. TPB-basierte Botschaften zur Einstellungsveränderung waren Aussagen wie „Regelmäßig Kondome zu nutzen, verringert das Risiko ungeplanter Schwangerschaften“ in Kombination mit dem Bild eines schreienden Säuglings. Die wahrgenommene Verhaltenskontrolle sollte durch Schritt-für-Schritt-Anleitungen zur Kondomnutzung verbessert werden, die subjektive Norm dagegen über personalisiertes Feedback zum eigenen Verhalten im Vergleich mit der Peergruppe. Es zeigte sich eine deutliche Überlegenheit dieser theoriebasierten Intervention gegenüber einer reinen Informationsvermittlung in der Kontrollgruppe. Stehr et al. [18] beschreiben die u. a. auf der TPB basierende, systematische Entwicklung einer Kampagne zur Bewegungsförderung im Alter für Deutschland.

Bei der Programmplanung sollten sowohl die Überzeugungen der Zielgruppe zu einem speziellen Gesundheitsthema als auch die sie beeinflussenden Bezugspersonen identifiziert und einbezogen werden. Einschränkend ist zu bedenken, dass strukturelle oder kulturelle Elemente nicht explizit enthalten sind. Eine wesentliche Kritik bezieht sich auf die Intentions-Verhaltens-Lücke: Interventionen, die Verhaltensabsichten positiv beeinflussen, müssen nicht unbedingt in einer erwünschten Verhaltensänderung resultieren. Aufgrund neuerer Erkenntnisse wurde die Theorie um weitere Konstrukte zu einem umfassenderen Verhaltensmodell, dem sog. Reasoned Action Approach, ergänzt (vgl. [13], S. 57 ff.), in dem der gesellschaftliche Hintergrund sowie direktere Umweltgegebenheiten einbezogen sind.

Sozial-kognitive Theorie Banduras

Die Sozial-kognitive Theorie (SCT) basiert ebenfalls auf dem Bemühen, Prinzipien menschlichen Verhaltens allgemeingültig zu erklären. Die Theorie legt insbesondere auch Interventionsmethoden zur Veränderung von Verhaltensdeterminanten nahe (vgl. [19], S. 98 ff.).

Die Theorie wurde von Albert Bandura als Erweiterung der klassischen Lerntheorien entwickelt. Jene hatten menschliches Verhalten als Konsequenz eines Reiz-Reaktions-Mechanismus erklärt (vgl. [20], S. 143). Hinzugekommen sind kognitive Erwartungshaltungen, die zwischen Umweltreiz und Verhalten vermitteln. Grundlegend ist das Menschenbild einer aktiv handelnden Person mit Gestaltungsmacht und dem Bedürfnis, etwas zu bewirken. Menschen reagieren also nicht nur auf Umweltreize, sondern regulieren ihr Verhalten willentlich und gezielt, wobei sie auch selbst auf die Umwelt einwirken. Lernen und Handeln werden als Triade zwischen Person, Verhalten und Umwelt angesehen, die sich gegenseitig bedingen und beeinflussen. Dieses Prinzip wird als reziproker Determinismus bezeichnet (vgl. [19], S. 99).

Gesundes Ernährungsverhalten beispielsweise wird zum einen durch individuelle Vorlieben, Einstellungen und Gewohnheiten beeinflusst (Person). Zum anderen bedarf es der Fertigkeit, beim Einkauf gesunde Nahrungsmittel erkennen und diese zubereiten zu können (Verhalten). Drittens ist bedeutsam, ob und wie bestimmte Waren kulturell akzeptiert sind, z. B. Algen oder roher Fisch sowie ihre Verfügbarkeit (Umwelt). Deutlich wird, dass das Zusammenspiel von Person, Umwelt und Verhalten komplex verläuft, zumal das individuelle Verhalten des Menschen wiederum zur Gestaltung der Umwelt beiträgt, z. B. durch den Konsum bestimmter Lebensmittel und somit die Mitgestaltung sozialer Normen.

Menschen können sowohl durch eigene Erfahrungen (z. B. Kurzatmigkeit infolge des Rauchens), aber auch durch das Beobachten anderer lernen: Aus den Konsequenzen, die das Verhalten anderer hat, ziehen sie Schlüsse über das zu erwartende Ergebnis des eigenen Verhaltens. Damit spricht diese Theorie Menschen auch die Fähigkeit des stellvertretenden Lernens (Modelllernen) zu. In Gesundheitsprogrammen kann diese Fähigkeit genutzt werden, indem gezielt Vorbilder eingesetzt werden, die zeigen, wie eine Verhaltensänderung als Herausforderung bewältigt werden kann und welche wünschenswerten Ergebnisse zu erwarten sind.

Ein zentrales Konstrukt der Theorie stellen Selbstwirksamkeitserwartungen (kurz: Selbstwirksamkeit) dar. Sie werden als Einschätzung der eigenen Kompetenzen definiert, ein Verhaltensergebnis zu erreichen bzw. als Überzeugung, ein bestimmtes Verhalten erfolgreich ausführen zu können (vgl. [21], S. 145). Dieses Konstrukt hat sich in Bezug auf Gesundheitsverhalten als wichtige Determinante erwiesen und wurde daher auch in weitere Theorien übernommen (vgl. [22]). Selbstwirksamkeit ist demnach die Grundlage von Motivation und Handeln: Nur wenn Menschen erwarten, dass sie erwünschte Effekte durch ihr Verhalten hervorrufen können, haben sie einen Anreiz, etwas zu tun und auch bei Schwierigkeiten oder Rückschlägen durchzuhalten (vgl. [21], S. 145 f., [19], S. 101 f.).

Alle anderen Determinanten des Handelns sind begründet in dieser Überzeugung der eigenen Kompetenz. Traut man sich ein Verhalten zu, erwartet man mehr positive Ergebnisse (Ergebniserwartung) und setzt sich anspruchsvollere Ziele, die man mit größerer Anstrengung und Ausdauer verfolgt. Erwartete Ergebnisse können dabei materiell (z. B. finanzielle Kosten) oder körperlich (z. B. größere Fitness), sozial (z. B. Anerkennung durch Freunde) oder selbstevaluativ (z. B. Stolz) sein.

Ergebniserwartungen ähneln den Verhaltensüberzeugungen in der Theorie des geplanten Verhaltens. Sie beeinflussen ebenfalls die Ziele, die sich jemand kurz- oder langfristig setzt. Daneben spielen soziostrukturelle Faktoren eine Rolle. Gemeint sind Hindernisse und Gelegenheiten zum Handeln sowie Soziale Unterstützung [23]. Bei geringer erwarteter Selbstwirksamkeit scheinen Hindernisse kaum überwindbar und jede Anstrengung vergeblich, sodass keine oder nur kleine Ziele gesetzt werden. Ist die Selbstwirksamkeitserwartung hoch, trauen Menschen sich dagegen zu, Hindernisse überwinden zu können, und nehmen mehr Anstrengung dafür in Kauf.

Die Theorie machte auf die Bedeutung der (u. a. sozialen) Umwelt auf das Verhalten von Menschen aufmerksam. Sie wird als Basis von Präventionsprogrammen häufig genutzt, vermutlich auch aufgrund der explizit aufgeführten Strategien v. a. zur Beeinflussung der Selbstwirksamkeit. Hierzu können zum Beispiel Rollenmodelle als Vorbilder eingesetzt oder eigene Erfolgserlebnisse (z. B. über realistische Teilziele) geschaffen werden. Die SCT umfasst weitere Elemente wie die Selbstregulation, die wichtige Anhaltspunkte für Interventionen liefern (vgl. [20]). Eine Schwäche ist jedoch, dass die Theorie im Kontext Gesundheitsverhalten wenig in ihrer Gesamtheit untersucht wurde [24]. Das Zusammenwirken der Konstrukte ist daher oft unklar [25].

Systematisch wurde u. a. auf der SCT basierend z. B. die Intervention „Komm mit in das gesunde Boot!“ zur Gesundheitsförderung in Kindergarten und Grundschule entwickelt (vgl. [26]). Ziel ist die Vermeidung von kindlichem Übergewicht durch Bewegungssteigerung und Förderung gesunder Ernährung. Besonders betont werden dabei Selbstwirksamkeit sowie das Modelllernen.

Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung

Die bisher dargestellten Theorien beschreiben Determinanten in ihrem Zusammenwirken auf Absicht und Verhalten und gehen dabei wenig auf die zeitliche Perspektive von Veränderungsprozessen ein. Diese wird durch das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (TTM) betont. Es wurde Ende der 1970-er Jahre in den USA entwickelt.

Transtheoretisch verweist auf die Integration von Prozessen und Prinzipien aus verschiedenen psychologischen Theorien und therapeutischen Schulen. Dem Modell zufolge durchlaufen Menschen typischerweise mindestens fünf Stufen (stages of change), um ein bislang bestehendes Verhalten zu verändern bzw. ein neues Verhalten zu beginnen. Das Modell war zunächst im Kontext von Raucherentwöhnung und Drogenabhängigkeit entwickelt worden. Zunehmend wurde es auch auf andere gesundheitsrelevante Probleme angewandt wie z. B. Ernährung, Bewegung, Mammographie-Screening, Verhütung und Sonnenschutz. Die Stufen des TTM werden maßgeblich beeinflusst durch die Entscheidungsbalance (die Bilanz wahrgenommener Vor- und Nachteile) sowie die Selbstwirksamkeit (vgl. sozial-kognitive Theorie). Auch wenn die Stufen chronologisch verlaufen, variieren die Zeiträume innerhalb der Stufen, außerdem sind Rückfälle möglich (vgl. Abb. 3, [27], S. 75).

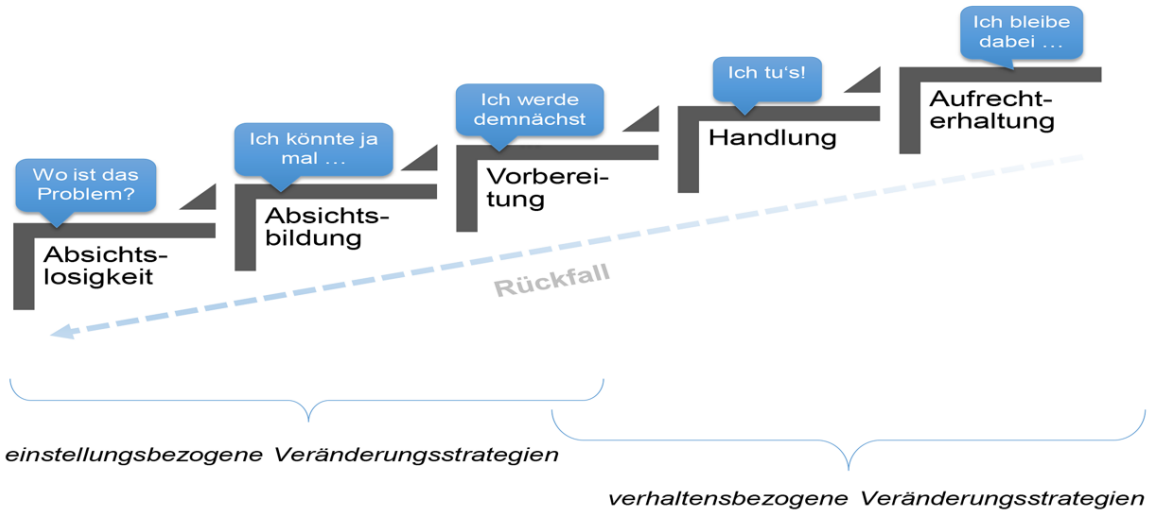


Abb. 3: Stufen der Verhaltensänderung nach dem Transtheoretischen Modell (eigene Darstellung)

1. Absichtslosigkeit: Die Person zieht nicht in Betracht, ihr Verhalten in absehbarer Zeit zu ändern, z. B. Sport zu treiben. Für entsprechende Informationen ist sie nicht offen, wahrgenommene Nachteile einer Verhaltensänderung überwiegen. Menschen in dieser Phase werden oft als änderungsresistent oder unmotiviert beschrieben.
2. Absichtsbildung: Hier besteht die (noch unkonkrete) Absicht zur Veränderung in näherer Zukunft. Personen in dieser Phase öffnen sich für neues Wissen und Beobachtungen. Sie beginnen, das eigene Verhalten zu überdenken und Argumente dafür und dagegen abzuwägen. In dieser sehr ambivalenten Phase verbleiben Personen oft längere Zeit.
3. Vorbereitung: In dieser zeitlich begrenzten Stufe hat die Person viele Pro-Argumente gesammelt und trifft Vorbereitungen oder macht erste Schritte (z. B. Sportvereine recherchieren, Probestunden besuchen). Die Selbstwirksamkeitserwartung steigt.
4. Umsetzung: Personen in dieser Stufe führen das neue gesundheitsrelevante Verhalten seit kurzem aus, ein Zielkriterium wird erreicht (z. B. 150 Minuten körperliche Aktivität pro Woche). Es besteht jedoch eine hohe Gefahr, in alte Gewohnheiten zurückzufallen.
5. Aufrechterhaltung: Das neue Verhalten wird seit mindestens sechs Monaten stetig ausgeführt (z.

B. regelmäßige körperliche Aktivität). Die Selbstwirksamkeit steigt mit der Zeit, wobei weiterhin eine gewisse Rückfallwahrscheinlichkeit besteht. Mit der Zeit sinkt die Versuchung, in alte Gewohnheiten zurückzufallen (vgl. [27]., S. 76).

Das Modell hilft, Maßnahmen stufenspezifisch zu entwickeln. Die Kernannahme ist, dass in jeder Stufe unterschiedliche Strategien notwendig sind, um im Prozess der Veränderung voranzuschreiten. Das Modell macht klar, dass durch Handlungsaufforderungen nur jene Personen angesprochen werden, die sich bereits in den Vorbereitungs- und Umsetzungsstufen befinden. Der Großteil wird durch eine Einladung in Aktionsprogramme nicht erreicht. Sie benötigen zunächst Anstöße, um sich mit einer möglichen Veränderung auseinanderzusetzen und eine Absicht zu bilden (über sogenannte einstellungsbezogene Strategien wie die Steigerung des Problembewusstseins). Erst dann besteht Bedarf an Umsetzungsstrategien (verhaltensbezogene Strategien wie Kontrolle der Umwelt oder Selbstverpflichtung; vgl. Abb. 3). Das TTM definiert insgesamt zehn Prozesse der Verhaltensänderung, wobei die einzelne Zuordnung zu den Stufen nicht abschließend geklärt ist [27].

Reviews bestätigen die Wirksamkeit von TTM-basierten Interventionen, wobei die Evidenz aufgrund methodischer Mängel eher schwach ausfällt [28]. Auch das Modell selbst ist trotz seiner Beliebtheit in der Praxis vielfach kritisiert worden, insbesondere die unzureichende Operationalisierung der Stufen. Das TTM definiert Zeitkriterien (z. B. Aufrechterhaltung nach mindestens sechs Monaten), die sich in Studien oftmals nicht bestätigen lassen. Es lässt sich kritisieren, dass in dem Modell keine weiteren Merkmale zur Abgrenzung qualitativ unterschiedlicher Stadien (wie Planung oder Gewohnheiten) definiert sind. Die stufenspezifische Bedeutung von Verhaltensdeterminanten und Änderungsprozessen ist zudem nur unzureichend spezifiziert (z. B. [29]).

Das Modell hat sich dennoch z. B. im Rahmen der Risikominimierung in der Suchthilfe bewährt. Beispiele aus Deutschland sind das in 14 Bundesländern implementierte Programm „Hart am Limit (HaLT)“ zur Prävention riskanten Alkoholkonsums von Jugendlichen und das Programm „Rauchfreie Schule – Der Weg: fünf Schritte zum Erfolg“. Auch Teile des Angebots rauchfrei-info.de des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) beruhen auf dem Stadienprinzip des TTM.

Sozial-kognitives Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens/Health Action Process Approach

Das sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens (Health Action Process Approach − HAPA) ist ein Erklärungsmodell mit dem Fokus auf verschiedene Selbstwirksamkeitserwartungen (vgl. sozial-kognitive Theorie). Das Modell beinhaltet explizit die Umsetzung von Verhaltensabsichten in tatsächliches Verhalten und füllt damit die Lücke zwischen Intentionen und Verhalten aus (vgl. [30], S. 3 ff.). Es wurde von Ralf Schwarzer und Mitarbeitenden am Arbeitsbereich Gesundheitspsychologie der Freien Universität Berlin entwickelt. Es integriert Konstrukte bewährter Theorien, bezieht sie aufeinander und differenziert sie in einigen Bereichen aus.

Nach dem HAPA müssen für eine Verhaltensänderung mindestens die Motivations- und die Volitionsphase durchlaufen werden.

In der ersten Phase wirken drei Konstrukte auf die zu entwickelnde Intention, die Menschen am Ende dieser ersten Phase als Zielabsicht bilden (vgl. Abb. 4):

- Die Risikowahrnehmung beruht auf der subjektiven Einschätzung der eigenen Verwundbarkeit und deren Schweregrad.
- Die Handlungsergebniserwartung stellt Kosten-Nutzen-Abwägungen dar. Verschiedene Handlungsalternativen lassen in dieser Phase unterschiedliche positive und negative Ergebnisse erwarten, die Anreize oder Barrieren mit sich bringen.
- Die Selbstwirksamkeitserwartung (vgl. SCT) wird phasenspezifisch unterteilt: In Bezug auf das Verhalten bezieht sie sich auf die generelle Zuversicht, es auch umsetzen zu können (Handlungs-Selbstwirksamkeit). Als Aufrechterhaltungs-Selbstwirksamkeit beinhaltet sie v. a. spezifische Herausforderungen bei der regelmäßigen Umsetzung eines neuen Verhaltens, z. B. beim Auftreten von Hindernissen. Die Wiederherstellungs-Selbstwirksamkeit bezieht sich auf die Zuversicht, das neue Verhalten nach Rückfällen oder Zwangspausen wieder aufnehmen zu können.

Das Zusammenspiel dieser Einflüsse kumuliert in der Intention, die eine Person an ein Ziel bindet. Intentionen sind hier kein direkter Verhaltensprädiktor. Ob sie umgesetzt werden (d. h. die Intentions-Verhaltens-Lücke überwunden wird), ist von weiteren Faktoren in der nächsten Phase abhängig.

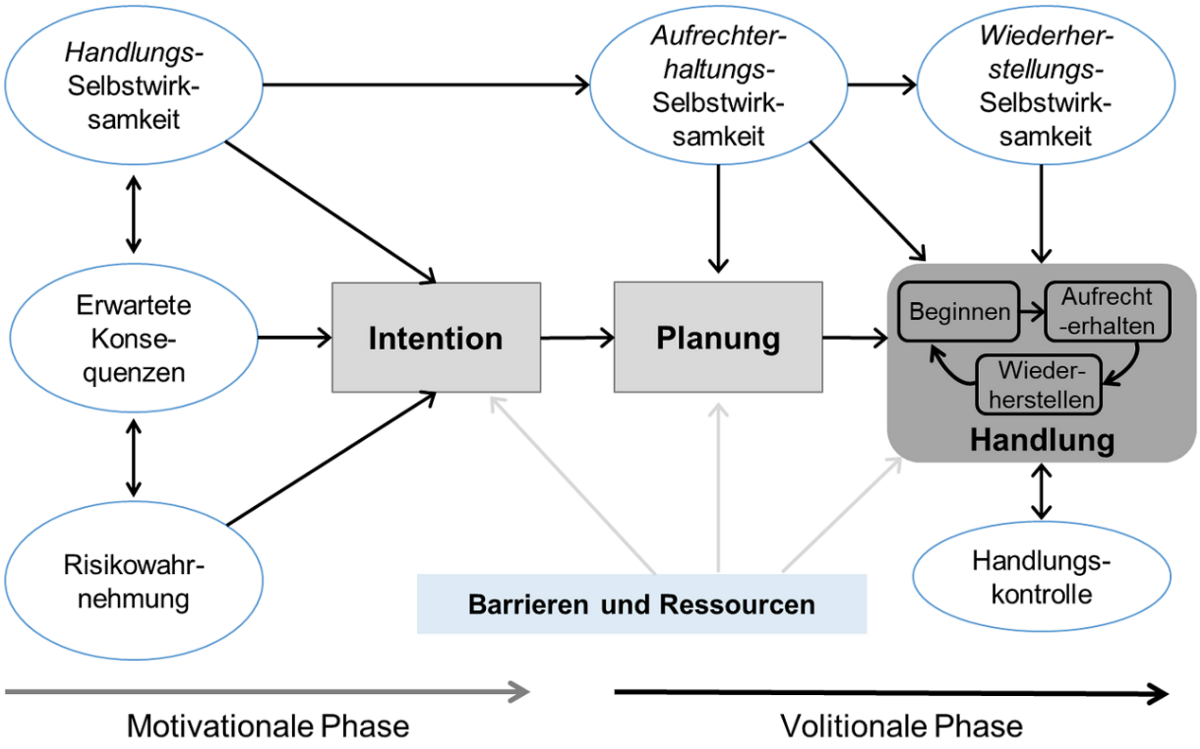


Abb. 4: Das sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens (HAPA; übersetzt aus [31], S. 124)

In der zweiten Phase finden Volitionsprozesse statt, um die feststehenden Absichten in Handlungen umzusetzen. Dabei können drei weitere Phasen differenziert werden (vgl. [30], S. 7 f.):

- Wenn die Intention formuliert ist, z. B. regelmäßig Sport zu treiben, beginnt die konkrete Planung, auf welche Weise das Ziel erreicht werden soll. Hierzu werden „Wenn-dann-Pläne“ formuliert, die festlegen, wann, wie und wo eine Absicht umgesetzt werden soll (sogenannte Implementierungsintentionen – z. B. „Wenn ich Dienstag Feierabend habe, gehe ich sofort 20 Minuten im Park joggen“). Dieser Prozess wird auch präaktionale Phase genannt.
- Nach der Planung und erfolgreichen Initialisierung des neuen Verhaltens wird in der aktionalen Phase das Verhalten (regelmäßig) ausgeführt und aufrechterhalten. Es findet eine Kontrolle der Ausführung statt, die eine Aufmerksamkeits- und Emotionsregulierung erfordert. Das Ausmaß der Selbstwirksamkeitserwartung beeinflusst hier den Grad der Anstrengung und Beharrlichkeit. Zweifel an der eigenen Kompetenz führen schneller zum Aufgeben.

In einer weiteren postaktionalen Phase findet eine Handlungsbewertung statt. Aus gesundheitspsychologischer Sicht ist das HAPA ein Hybridmodell (vgl. [32], S. 6 f.), weil in ihm kontinuierliche und Stadienannahmen kombiniert werden. Als Erklärungstheorie wird es systematisch evidenzbasiert weiterentwickelt bzw. -differenziert. Es versteht sich aber auch als Orientierung für die Entwicklung von Interventionen zur Förderung von Gesundheitsverhalten über die Definition der Stadien und Zuordnung jeweils bedeutsamer Verhaltensdeterminanten. Es bestätigt sich insbesondere die Bedeutung der Selbstwirksamkeit für motivationale und volitionale Prozesse, wobei eine Metaanalyse geringere Effekte für die Wiederherstellungs-Selbstwirksamkeit zeigte (vgl. [33]).

Das Modell wurde u. a. im Rahmen von körperlicher Bewegung, Selbstuntersuchung der Brust, Ernährungsgewohnheiten und Zahnhygiene angewandt und untersucht. Eine Übersichtsarbeit zu Bewegungsinterventionen zeigte in etwa der Hälfte der untersuchten experimentellen Studien Effekte auf Verhaltensoutcomes. Allerdings zeigte sich auch, dass die Umsetzung in Interventionen oft unvollständig oder aber unklar ist [34]. Aus Interventionsperspektive ist es essenziell, phasenspezifische Besonderheiten der Zielgruppe zu berücksichtigen und die für den individuellen Motivations- oder Volitionsstatus relevanten spezifischen Interventionskomponenten zu adressieren (vgl. [30], S. 13). Hierzu sollten Personen ohne Veränderungsabsicht von solchen mit Verhaltensabsicht unterschieden werden, die jedoch noch nicht aktiv handeln. Außerdem von denen, die bereits eine Verhaltensänderung begonnen haben.

Perspektiven

Die dargestellten Theoriebeispiele beinhalten sozial-kognitive Konstrukte als Verhaltensdeterminanten. Die Grundannahme, dass Menschen rational handeln und das Verhalten v. a. von Kognitionen wie (bewussten) Erwartungen abhängt, wurde vielfach kritisiert. Bezüglich des Gesundheitsverhaltens existieren vielfältige Belege zum Einfluss nicht-bewusster Steuerungsmechanismen und Impulse. Sogenannte duale Prozessmodelle berücksichtigen bei der Erklärung von Verhalten sowohl rationale als auch nicht-rationale Einflussfaktoren und befassen sich mit Kriterien, die entscheiden, welche dieser Steuerungsmodi in einer Situation jeweils vorherrscht. In diesem Bereich wird aktuell zu verschiedenen Konstrukten und Modellen geforscht (vgl. [20]).

Beispiele für Programme der Prävention und Gesundheitsförderung aus dem deutschsprachigen Raum aufzufinden, die sich auf die oben beschriebenen Theorien stützen, ist eine Herausforderung. So fehlt in Projektdatenbanken oftmals die Angabe der theoretischen Basis als Kennzeichen der erfassten Interventionen. Zwar gibt es Ausnahmen wie die Grüne Liste Prävention, die wissenschaftlich evaluierte Präventionsprogramme für Kinder und Jugendliche systematisch bewertet. Jedoch werden auch hier in den zugrunde liegenden Evaluationsstudien theoretische Modelle selten rigoros geprüft. Der Großteil an Programmen scheint sich bislang kaum explizit auf Theorien zu stützen; offenbar besteht eine deutliche Theorie-Praxis-Lücke. Dies kann man sowohl als Kritikpunkt an den Programmen bzw. ihrer Dokumentation sehen als auch als Anzeichen für die Einschränkungen der Theorien.

Mit dem Ziel, möglichst gute Erfolge zu erzielen, werden bei der Entwicklung von Interventionen häufig Elemente verschiedener Theorien kombiniert bzw. nur Teile einer Theorie integriert. Doch auch in diesem Fall sollte ein theorie- und evidenzbasiertes Wirkmodell für eine Intervention formuliert werden, welches das Vorwissen zu theoretischen Verhaltensdeterminanten systematisch berücksichtigt. Außerdem sollte stets eine angemessene Evaluation [35] durchgeführt werden, die auch Wirkmechanismen einschließt (vgl. [36]).

Der Leitbegriff Erklärungs- und Veränderungsmodelle 2: Theoriebasierte Interventionsplanung [6] widmet sich der systematischen Interventionsplanung, die anhand eines theoretischen Modells erfolgt.

Internetadressen:

- ZNL TransferZentrum für Neurowissenschaften und Lernen. Komm mit in das gesunde Boot. Available from: https://www.gesundes-boot.de
- Grüne Liste Prävention – evaluierte Maßnahmen für ein gesundes und sicheres Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen. Available from: https://www.gruene-liste-praevention.de
- HaLT – HArt am LimiT. Available from: https://www.halt.de
- rauchfrei wernden – und bleiben. Available from: https://www.rauchfrei-info.de
- Leben ohne Qualm – LoQ Tabakprävention NRW. Available from: https://www.loq.nrw.de/5-Schritte-Schule

Literatur:

- Prestwich A, Sniehotta FF, Whittington C, Dombrowski SU, Rogers L, Michie S. Does theory influence the effectiveness of health behavior interventions? Meta-analysis. Health Psychol. 2014 May;33(5):465–74. DOI:10.1037/a0032853
- Rhodes RE, Nigg CR. Advancing physical activity theory. Exerc. Sport Sci. Rev. 2011 Jul;39(3):113–9. DOI:10.1097/jes.0b013e31821b94c8

References

1. Faltermaier T. Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I060-3.0
2. World Health Organization (WHO). The top 10 causes of death. 2024 [accessed 2025 Apr 8]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death
3. Röding D. Lebensweisen / Lebensstile. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

(BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I073-2.0

4. 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
5. 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
6. Paul H, Finne E. Erklärungs- und Veränderungsmodelle 2: Theoriebasierte Interventionsplanung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I13-3.0
7. Von Lengerke T, Franzkowiak P. Lernpsychologische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I074-2.0
8. Glanz K, Rimer B, Viswanath V. Theory, research, and practice in health behavior. In: Glanz K, Rimer B, Viswanath V, editors. Health Behaviour. Theory, research, and practice. 6 edn. Hoboken, New Jersey: Jossey-Bass; 2024. p. 10–21.
9. Ruhrmann G, Guenther L. Risikokommunikation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I103-2.0
10. Skinner CS, Tiro J, Rodriguez S. The health belief model. In: Glanz K, Rimer B, Viswanath V, editors. Health behaviour: Theory, research, and practice. 6 edn. Hoboken, New Jersey: Jossey-Bass; 2024. p. 44–55.
11. Kok G, Peters GJY, Kessels LTE, ten Hoor GA, Ruiter RAC. Ignoring theory and misinterpreting evidence: the false belief in fear appeals. Health Psychol. Rev. 2018 Apr 3;12(2):111–25. DOI:10.1080/17437199.2017.1415767
12. Röhrle B. Wohlbefinden / Well-Being. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I134-1.0
13. Bleakley A, Hull S. Theory of reasoned action, theory of planned behavior, integrative behavioral model, and reasoned action approach. In: Glanz K, Rimer B, Viswanath V, editors. Health Behaviour. Theory, research, and practice. Jossey-Bass; 2024. p. 56–72.
14. Hagger MS, Hamilton K. Longitudinal tests of the theory of planned behaviour: A meta-analysis. Eur. Rev. Soc. Psychol. 2024 Jan 2;35(1):198–254. DOI:10.1080/10463283.2023.2225897
15. McEachan R, Taylor N, Harrison R, Lawton R, Gardner P, Conner M. Meta-analysis of the reasoned action approach (RAA) to understanding health behaviors. Ann. Behav. Med. 2016 Aug;50(4):592–612. DOI:10.1007/s12160-016-9798-4
16. Blümel S, Lehmann F, Hartung S. Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I128-2.0
17. Montanaro EA, Kershaw TS, Bryan AD. Dismantling the theory of planned behavior: evaluating the relative effectiveness of attempts to uniquely change attitudes, norms, and perceived behavioral control. J. Behav. Med. 2018 Dec;41(6):757–70. DOI:10.1007/s10865-018-9923-x
18. Stehr P, Rossmann C, Geppert J, Lanfer HL, Kremer T. „Mensch Opa, du bist noch so fit!“. Entwicklung einer evidenzbasierten Kommunikationsstrategie zur Förderung körperlicher Aktivität bei älteren und hochaltrigen Menschen in Deutschland. Nomos; 2020.
19. Mantey D, Hunt E, Hoelscher D, Kelder S. Social cognitive theory and health behavior. In: Glanz K, Rimer B, Viswanath V, editors. Health Behaviour. Theory, research, and practice. 6 edn. Hoboken, New Jersey: Jossey-Bass; 2024. p. 98–115.
20. Finne E, Gohres H. Psychologische Ansätze in den Gesundheitswissenschaften. In: Razum O, Kolip P, editors. Handbuch Gesundheitswissenschaften. 7 edn. Weinheim: Beltz Juventa; 2020. p. 141–69.
21. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. Health Educ. Behav. 2004 Apr;31(2):143–64. DOI:10.1177/1090198104263660
22. Young MD, Plotnikoff RC, Collins CE, Callister R, Morgan PJ. A test of social cognitive theory to

explain men's physical activity during a gender-tailored weight loss program. Am. J. Mens. Health. 2016 Nov;10(6):NP176–87. DOI:10.1177/1557988315600063

23. Vonneilich N, Franzkowiak P. Soziale Unterstützung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I110-3.0
24. McDermott MS, Oliver M, Iverson D, Sharma R. Effective techniques for changing physical activity and healthy eating intentions and behaviour: A systematic review and meta-analysis. Br. J. Health Psychol. 2016 Nov;21(4):827–41. DOI:10.1111/bjhp.12199
25. Luszczynska A, Schwarzer R. Changing behavior using social cognitive theory. In: The Handbook of Behavior Change. Cambridge University Press; 2020 Jul 23. p. 32–45. DOI:10.1017/9781108677318.003
26. Wartha O, Kobel S, Lämmle O, Mosler S, Steinacker JM. Entwicklung eines settingspezifischen Gesundheitsförderprogramms durch die Verwendung des Intervention-Mapping-Ansatzes: „Komm mit in das gesunde Boot – Kindergarten". Prävent. Gesundheitsförderung. 2016 May;11(2):65–72. DOI:10.1007/s11553-016-0531-8
27. Evers K, Balestrieri S. The transtheoretical model and stages of change. In: Glanz K, Rimer B, Viswanath V, editors. Health Behaviour. Theory, research, and practice. Jossey-Bass; 2024. p. 73–90.
28. Bully P, Sánchez Á, Zabaleta-del-Olmo E, Pombo H, Grandes G. Evidence from interventions based on theoretical models for lifestyle modification (physical activity, diet, alcohol and tobacco use) in primary care settings: A systematic review. Prev. Med. 2015 Jul;76 Suppl:S76-93. DOI:10.1016/j.ypmed.2014.12.020
29. Armitage CJ. Is there utility in the transtheoretical model? Br. J. Health Psychol. 2009 May;14(Pt 2):195–210. DOI:10.1348/135910708X368991
30. Schwarzer R. Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. Appl. Psychol. 2008 Jan;57(1):1–29. DOI:10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x
31. Schwarzer R. El Modelo Procesual de Acción en Salud como un marco de referencia teórico para entender el cambio de conducta. Actual. Psicol. 2016 Dec 5;30(121):119–30. DOI:10.15517/ap.v30i121.23458
32. Lippke S, Schütz B. Modelle gesundheitsbezogenen Handelns und Verhaltensänderung. In: Haring R, editor. Gesundheitswissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer; 2022. p. 1–13. (Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit). DOI:10.1007/978-3-662-54179-1_29-2
33. Zhang CQ, Zhang R, Schwarzer R, Hagger MS. A meta-analysis of the health action process approach. Health Psychol. 2019 Jul;38(7):623–37. DOI:10.1037/hea0000728
34. Silva-Smith AL, Hanson CL, Neubeck L, Rowat A, McHale S. Physical activity interventions framed by the Health Action Process Approach for adults with long-term conditions: A scoping review. Int. J. Behav. Med. 2024 Dec;31(6):987–1017. DOI:10.1007/s12529-024-10305-2
35. Haack G, Haß W. Evaluation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I016-3.0
36. De Bock F, Rehfuess E. Mehr Evidenzbasierung in Prävention und Gesundheitsförderung: Kriterien für evidenzbasierte Maßnahmen und notwendige organisationale Rahmenbedingungen und Kapazitäten. Bundesgesundheitsblatt. 2021 May;64(5):524–33. DOI:10.1007/s00103-021-03320-1

Korrespondenz: Dr. Emily Finne, Universitätskilinikum Schleswig-Holstein/Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, Deutschland, E-mail: emily.finne@uksh.de

Zitierhinweis: Finne E, Paul H. Erklärungs- und Veränderungsmodelle 1: Einstellungs- und Verhaltensänderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i012-1.0

Copyright: © 2026 Emily Finne 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/

Erklärungs- und Veränderungsmodelle 2: Theoriebasierte Interventionsplanung

Hannah Paul[1]
Emily Finne[2]

[1] Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 4 Prävention und Gesundheitsförderung, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

[2] Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universitätskilinikum Schleswig-Holstein/Universität zu Lübeck, Lübeck, Deutschland

Abstract

Häufig werden Interventionen zur Prävention und Gesundheitsförderung ohne fundierte Begründung umgesetzt, zudem wird die Wirksamkeit oft nicht nachgewiesen. Dabei kann eine Aufschlüsselung der angenommenen Wirkweise auf mehreren Ebenen zu größeren Erfolgen führen: Sie sichert eine planmäßige Umsetzung, eine angemessene Evaluation und damit eine Verbesserung der Evidenzbasis. Anhand von Beispielen wird die systematische Interventionsplanung mithilfe von Planungsmodellen erläutert.

Keywords: Theoriebasierung, Evidenzbasierung, Interventionsplanung, Wirkungsmodelle

Einleitung

Im Leitbegriff Erklärungs- und Veränderungsmodelle 1: Einstellungs- und Verhaltensänderung [1] werden Theorien vorgestellt, die sich mit den Determinanten von Verhalten auseinandersetzen und auf Analysen sowie Vorhersagen von Risiko- und Gesundheitsverhalten fokussieren. Diese Determinanten können als diejenigen Stellschrauben verstanden werden, die im Rahmen von Interventionen verändert werden müssen, um eine Veränderung beim Gesundheitsverhalten erreichen zu können. So wird in verhaltenspräventiven Interventionen [2] (Prävention und Krankheitsprävention) in der Regel nicht direkt das Verhalten (z. B. der Softdrinkkonsum) adressiert, sondern die zugrunde liegenden Determinanten (z. B. Einstellungen). Maßnahmen wie beispielsweise Informationskampagnen wirken daher indirekt auf das Verhalten, indem sie die Determinanten beeinflussen.

Theorie und Evidenzbasierung

Theorien und Modelle liefern Möglichkeiten, um Ansatzpunkte für Interventionen zu identifizieren. Theoriebasierung von Interventionen dient dazu, ein Verständnis der Wirkmechanismen zu entwickeln, wodurch ihre Replizierbarkeit sowie die Evaluationsplanung [3] (Evaluation) erleichtert werden. Damit dient sie auch der Qualitätssicherung [4] (Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement) von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

De Bock und Rehfuess beschreiben das Vorliegen eines theoretischen bzw. logischen Modells (auch Wirkungsmodell oder Wirkungslogik; Wirkungsorientierung in Gesundheitsförderung und Prävention [5]) über die Wirkpfade einer Intervention als „plausible Wirksamkeitsvoraussetzung“ ([6], S. 528). Es legt den Grundstein dafür – entsprechend den Kriterien des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) zur wissenschaftlichen Absicherung – Maßnahmen nach „vielversprechender Praxis“ (ebd.) zu entwickeln. Das systematische Vorgehen bei der Interventionsplanung soll der häufig gängigen Praxis entgegenwirken, allein auf Basis persönlicher Erfahrung bewährte Maßnahmen nach dem sogenannten Gießkannenprinzip umzusetzen und stattdessen auf fundierte Begründungen mit wirkungsorientierten Zielen zu setzen (vgl. [7], S. 2 f.). Als Kernprozesse der systematischen Interventionsplanung gelten neben Brainstorming durch die Planenden, Literaturübersichten, Theoriebasierung und -anwendung sowie eigene Erhebungen, z. B. zur Problem- und Bedürfnisanalyse [8]. Diese Informationen sind die Basis für Wirkungsmodelle.

Planungsmodelle

Neben Theorien und Modellen zur Erklärung des Gesundheitsverhaltens gibt es verschiedene Planungsmodelle. Diese Modelle unterstützen die systematische Konzeptionalisierung von Präventionsprogrammen sowie deren Durchführung und Evaluation (siehe [9]). An dieser Stelle kann auf den Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus [10] verwiesen werden, der einen grundlegenden Rahmen für die Planung und Umsetzung von Interventionen liefert.

Die hier vorgestellten Planungsmodelle differenzieren weiter, indem einzelne Schritte mit konkreten Hinweisen angeleitet werden. Grundlegende Annahme ist, dass für ein spezifisches Themenfeld relevante Modelle und Theorien auf ihren Nutzen hin zu überprüfen und entsprechend aktueller Evidenz ggf. miteinander zu verknüpfen sind, um ein logisches Modell für die jeweilige Intervention aufzustellen. Dieses kann zum einen kausale Annahmen über die Beziehungen von Determinanten und Gesundheitsproblemen (logisches Modell des Problems oder Erklärungsmodell) treffen, zum anderen können kausale Mechanismen der Veränderung von Determinanten und Verhalten (logisches Modell der Veränderung) beschrieben werden (vgl. [11], S. 360).

Kennzeichnend ist, dass logische Modelle eine Intervention vom Ende her denken (vgl. [7], S. 16). Es wird also zuerst bestimmt, welche Gesundheitsprobleme bestehen und welche Wirkungen eine Intervention erreichen soll. Erst dann geht es um die Identifizierung der ursächlichen Faktoren und geeigneter Methoden, um diese zu verändern. Dabei stehen nicht nur personenbezogene Determinanten im Blick der Interventionsplanung, sondern ein ganzheitlicher sozial-ökologischer Ansatz mit dem Ziel, verschiedene relevante Einflussebenen und -faktoren zu systematisieren.

Eines der umfassendsten Planungsmodelle ist das PRECEDE/PROCEED-Modell (PPM). Das Intervention Mapping (IM) basiert auf diesem und bietet zudem einen Rahmen zur Auswahl und Ausgestaltung konkreter Interventionsmethoden, die sich direkt auf theoretische Modelle beziehen. Solche Methoden stellen die kleinsten, beobachtbaren Bausteine einer Intervention mit dem Ziel der Verhaltensänderung dar (vgl. [12]).

Das PRECEDE/PROCEED-Modell

Das PRECEDE/PROCEED-Modell von Green et al. [13] liefert aus einer sozial-ökologischen Perspektive einen Rahmen, um die Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung zu strukturieren.

Das Modell besagt, dass für jedes Interventionsprojekt zunächst eine Diagnose der Ausgangsbedingungen vorgenommen werden soll. Dies entspricht der PRECEDE-Phase, ein englischsprachiges Akronym für Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation. In diesem mehrphasigen Diagnoseprozess soll die Zielgruppe einbezogen werden. Damit ist es ein explizit partizipatorisches Planungsmodell (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger).

Nach vier Analysephasen schließen eine Durchführungs- sowie drei Evaluationsphasen an. Letztere entsprechen der PROCEED-Phase des Modells, ein Akronym für Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development. Mit dieser Weiterentwicklung des PRECEDE-Modells wurde die Analyse der sozialen, politischen, organisationsbedingten, ökonomischen und ökologischen Verhältnisse bzw. Determinanten der Gesundheit [14] nochmals deutlicher einbezogen. Entlang des Modells wird aufgezeigt, in welchen Planungsphasen Theorien hilfreich sind.

Das Modell zielt darauf, die tatsächlichen Bedarfe und Bedürfnisse einer Zielgruppe zu ermitteln und festzustellen, wo aus ihrer Sicht das Wohlbefinden und ihre Gesundheit eingeschränkt sind. Die Diagnosephase beginnt daher mit dem langfristig zu verändernden Endpunkt. Nach der Formulierung der gewünschten Ergebnisse und Ziele wird in Richtung Ursachen zurückgearbeitet, um die jeweiligen Einflüsse systematisch zu erfassen (vgl. Abb. 1).

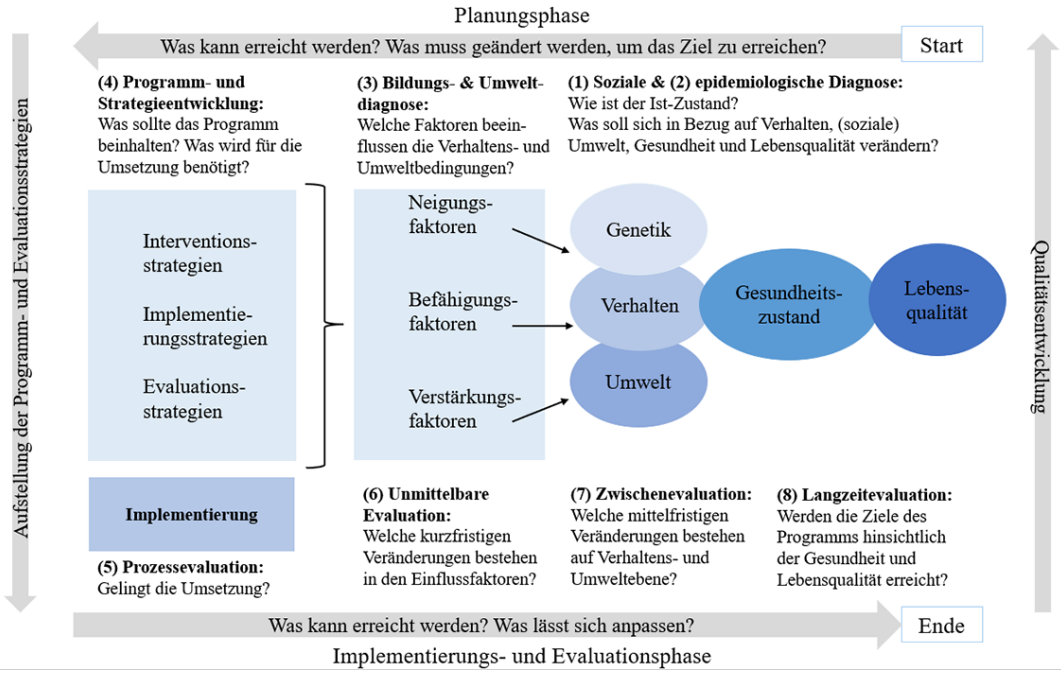


Abb. 1: Das PRECEDE/PROCEED-Modell (eigene Darstellung nach [13], S. 17)

Die PRECEDE-Phase differenziert sich weiter in (vgl. [13]):

- Phase 1, die soziale Diagnose. Ihr Fokus ist die (partizipative) Erfassung der Lebensrealität der Zielgruppe. Es sollen Indikatoren für die Lebensqualität erhoben und neben den Problemen auch Ressourcen und Prioritäten erfasst werden. Soziale und ökonomische Indikatoren (z. B. Kriminalität, Arbeitslosigkeit, Wohnverhältnisse) werden auf Ebene der Population herangezogen, Indikatoren der subjektiven Lebensqualität bzw. des Wohlbefindens auf der Ebene des Individuums. Grundlegend ist dabei die Annahme einer reziproken Beziehung (vgl. Sozial-kognitive Theorie in Erklärungs- und Veränderungsmodelle 1: Einstellungs- und Verhaltensänderungen [1]) von sozialen Faktoren sowie der Lebensqualität und Gesundheit, weshalb die Elemente von Schritt 1 und 2 in Abb. 1 als zusammenhängende Kreise dargestellt sind. Soziale Bedingungen wirken sich auf die Gesundheit aus und umgekehrt.
- Phase 2, die epidemiologische Diagnose. Hier geht es um eine objektive, wissenschaftsbasierte Perspektive auf den Gesundheitszustand der Zielgruppe. Zunächst geht es um eine Analyse von Gesundheitsindikatoren (z. B. Morbidität, Mortalität), um die dringendsten Gesundheitsprobleme zu identifizieren. Die Verbesserung der Gesundheit ist das erwünschte Ziel der Intervention. Darauf aufbauend werden genetische sowie Verhaltens- und Umweltdeterminanten dieser Gesundheitsprobleme identifiziert. Beispielsweise beeinflussen Ernährung und Bewegung (Verhalten) sowie die Verfügbarkeit von Fast-Food-Restaurants (Umwelt) die Entstehung von Übergewicht. Ein (zeitintensiver, aber bedeutsamer) Abgleich der Ergebnisse von Phase 1 und 2 verhindert die Entwicklung von Projekten, die für Betroffene irrelevant sind und dient dazu, die Plausibilität von Annahmen über Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge von Determinanten, Gesundheit und Lebensqualität zu prüfen. Zudem sollte eine Bewertung der Determinanten mit Blick auf Relevanz und Veränderbarkeit erfolgen. Genetische Faktoren wurden dem Modell hinzugefügt, um einerseits die Bedeutung individueller Risikofaktoren zu berücksichtigen, andererseits stärker auch die Wechselwirkung zwischen Genetik, Verhalten und Umwelt zu berücksichtigen.
- Phase 3, die Bildungs- und Umweltdiagnose. Mit ihrer Hilfe werden diejenigen Faktoren identifiziert, die die in Phase 2 beschriebenen Verhaltens- und Umweltbedingungen erklären und damit Ansatzpunkte für eine bildungs- und umweltbezogene Intervention bieten. Die Analyse dieser Faktoren erfolgt entlang dreier Dimensionen, die als wesentlich zur Initiierung und Aufrechterhaltung einer Verhaltensänderung gelten (vgl. [13], S. 22 f.):
  - Neigungsfaktoren (predisposing): Faktoren, die insbesondere die Veränderungsabsicht (un)wahrscheinlicher machen. Beispiele sind Wissen, Einstellungen und Werte.
  - Befähigungsfaktoren (enabling): Ressourcen und Barrieren für Verhaltens- und Umweltveränderungen, die insbesondere von sozialen und strukturellen Gegebenheiten abhängen; z. B. Fähigkeiten, Verfügbarkeit von Ressourcen, Zugänglichkeit, Regeln.

    - Verstärkungsfaktoren (reinforcing): Einstellungen und Verhalten von Individuen, Peers oder Gesundheitspersonal, die eine Verhaltensänderung (un)wahrscheinlicher machen. Verstärkungen über Belohnungen und Feedback können sozialen Normen und Einstellungen beeinflussen und so Verhaltensänderungen begünstigen.

Insbesondere in Phase 3 ist es erforderlich, neben der Evidenz relevante Theorien zur Erklärung der Gesundheitsprobleme und -verhaltensweisen zu sichten. Da es sich um ein komplexes Wirkungsgefüge handelt, genügt hierzu in der Regel nicht nur eine einzelne Theorie. Fernández et al. [15] beschreiben zentrale Theorien, die bedeutsame Neigungs-, Befähigungs- und Verstärkungsfaktoren erklären, um eine erste Orientierung zu schaffen. Bartholomew et al. [11], S. 363 geben als Hilfestellung eine Übersicht über häufig genutzte Theorien in den vier PRECEDE-Phasen für verschiedene Einflussebenen.

- Phase 4, die administrative und strategische Diagnose (Programmentwicklung). Hier beginnt die Konzeption der Maßnahme, mit der die zuvor als notwendig identifizierten Veränderungen erreicht werden können (logisches Modell der Veränderung). In der Regel ist eine Kombination von Strategien erforderlich, die zum Kontext, zu den Bedürfnissen der Zielgruppe und den identifizierten Determinanten passen. Das Vorgehen besteht aus dem sogenannten Matching (Welche übergeordneten Programmkomponenten benötigt es, auf welchen Einflussebenen und welche Strategien für welche Determinanten aus Phase 3?), evidenzbasierte Strategien prüfen (Welche Best Practice-Beispiele bestehen bereits zur Veränderung der identifizierten Faktoren?), Adaption (Passen Best Practice-Beispiele zu den Bedürfnissen der Zielgruppe und dem Kontext?), Patching (Wie können Lücken in bestehenden Interventionen ausgebessert werden?) und Pooling & Blending (Wie können die identifizierten Strategien miteinander kombiniert werden?) (vgl. [16], S. 176 ff.).
  Neben dieser theorie- und evidenzgestützten Auswahl geeigneter Strategien muss im Rahmen der Implementierungsstrategien ein Abgleich mit Ressourcen und Rahmenbedingungen vorgenommen werden. Erst jetzt soll – z. B. bei knappen Mitteln oder mangelnder Kompetenz – nach synergistischen Lösungen gesucht werden, etwa durch Kooperationen. Ziel ist es, das entwickelte Programm anschließend bestmöglich umzusetzen.
- Während der Durchführung des Programms kann die Prozessevaluation (Phase 5) dazu dienen, Adaptionen zu entwickeln. Das strategische Vorgehen für die Evaluation muss grundsätzlich vor der Umsetzung geplant werden, um die Erhebung von Baseline-Indikatoren sicherzustellen (vgl. [17]).
- In den abschließenden Phasen 6 bis 8 geht es um die Programmevaluation [3] (Evaluation). Neben der Prozessevaluation, um Informationen zum Verlauf und der Akzeptanz des Programms zu bewerten und ggf. frühe Fehler zu korrigieren, ist die Ergebnisevaluation von großer Bedeutung, um die kurz- und mittelfristigen Wirkungen in Bezug auf die Determinanten, das Verhalten und die Umwelt abzuschätzen. Eine Langzeitevaluation sollte auch der Frage nach Veränderungen im Gesundheitszustand und der Lebensqualität nachgehen, um die übergeordneten Ziele zu überprüfen (vgl. [17]).

Das Modell hat sich bei vielen Projekten auf nationaler und internationaler Ebene als nützlich erwiesen, um der Komplexität von Verhaltensänderungen gerecht zu werden. Häufig angewendet wurde es z. B. im Bereich der Krebsvorsorge (vgl. [18]) und mentaler Gesundheit (vgl. [19]). Ein Beispiel aus Deutschland ist seine Anwendung als praxisorientierter Forschungsprozess für das Pilotprojekt der ehemaligen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Einsatz von Social Media in der gesundheitlichen Aufklärung im Bereich Familienplanung und Sexualität (vgl. [20]). Beforscht wurden Nutzung und Interaktion der Websites www.loveline.de (Zielgruppe Jugendliche) und www.familienplanung.de (Erwachsene), außerdem damals neuere Kommunikationskanäle wie beispielsweise Foren und Facebook-Fanpages.

Intervention Mapping

Das Intervention Mapping (IM) von Bartholomew Eldredge et al. [21] verfolgt einen vergleichbaren schrittweisen Ansatz zur Interventionsentwicklung wie das PRECEDE/PROCEEDE-Modell, von der Problemdefinition über die Programm- hin zur Evaluationsplanung. Die zugrundliegende Perspektive ist ebenfalls eine sozial-ökologische; es werden also Gesundheits- und Verhaltensdeterminanten auf unterschiedlichen Ebenen betrachtet. Zudem zielt auch das IM auf eine Partizipation der Zielgruppe (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger) sowie die interdisziplinäre und sektorale Zusammenarbeit der zentralen Stakeholder. Der Planungsprozess wird in sechs nachfolgend erläuterten Schritte gegliedert, bei denen im Vergleich zum PRECEDE/PROCEEDE-Modell eine stärkere Differenzierung der Programmplanung hinsichtlich der Ziele sowie Methoden vorgenommen wird (vgl. Abb. 2).

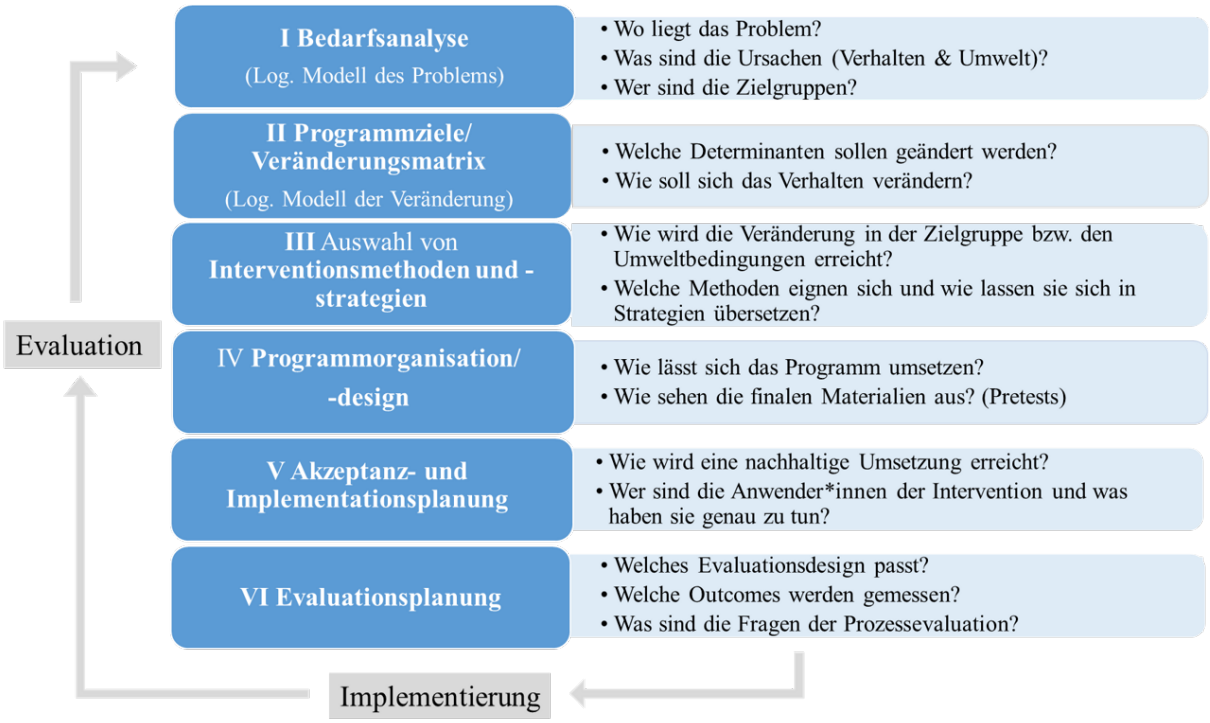


Abb. 2: Ablauf des Intervention Mappings, eigene Darstellung nach Bartholomew Eldredge et al. ([21], S. 13).

- **Bedarfsanalyse:** In Schritt 1 wird auf Basis einer Bedarfsanalyse ein logisches Modell des Problems aufgestellt. Dabei werden Gesundheitsprobleme, durch sie bedingte Einschränkungen der Lebensqualität sowie die Determinanten auf Verhaltens- und Umweltebene analysiert. In der Praxis wird häufig mit einem bestimmten Gesundheitsproblem wie z. B. Übergewicht oder Drogenkonsum begonnen. Wichtig ist – auch hinsichtlich der Definition aussagekräftiger Outcomes – die Verbindung des Problems mit den Auswirkungen auf die Lebensqualität und ihren ursächlichen Faktoren in den Blick zu nehmen (vgl. [21], S. 228). Am Ende des ersten Schritts soll klar sein, welches Problem in welcher Gruppe besteht und was die zentralen Ursachen auf Verhaltens- und Umweltebene sind. Auf dieser Basis werden Zielgruppe und die übergeordneten Programmziele definiert: Was soll sich in Bezug auf Gesundheit, gesundheitsbezogenes Verhalten und/oder gesundheitsbezogene Umweltfaktoren ändern? Zudem wird bereits vor der Bedarfsanalyse forciert, eine Planungsgruppe zu bilden, wofür praktische Empfehlungen zur Zusammensetzung und Organisation der Zusammenarbeit gegeben werden (vgl. [21], S. 214 ff.).
- **Programmziele:** Schritt 2 richtet den Blick darauf, wie eine Veränderung durch eine Maßnahme begründet werden kann. Außerdem werden die spezifischen Handlungsziele definiert. Die Frage ist, was sich ganz konkret im Verhalten der Zielgruppe und auf Umweltebene durch die Intervention verändern soll (z. B. Teilnehmende dokumentieren ihr tägliches Ausmaß an Bewegung), welche Determinanten mit einer Verhaltensänderung zusammenhängen und wie sich diese verändern müssen, um das überordnete Ziel zu erreichen (logisches Modell der Veränderung). Kernstück dieses Schritts ist die sogenannte Veränderungsmatrix, in der die zu verändernden Determinanten auf Verhaltens- und Umweltebene den Handlungszielen gegenübergestellt werden (ein Beispiel ist in Tab. 1 dargestellt). Hieraus ergeben sich die Veränderungsziele, die beschreiben, was sich in den Determinanten konkret verändern muss, um das jeweilige Handlungsziel zu erreichen. Eine Besonderheit ist die Perspektive auf die Umweltdeterminanten. Es wird davon ausgegangen, dass für die Veränderung der Umwelt immer bestimmte Personen verantwortlich sind (sogenannte change agents). D. h. auf Umweltebene müssen wiederum personenbezogene Verhaltensdeterminanten beispielsweise bei Eltern oder Vorgesetzten verändert werden. Individuelle, vorrangig psychologische Determinanten, stellen damit den Schwerpunkt des IMs dar.
- **Ausgestaltung des Interventionskonzepts:** Die Veränderungsmatrix ist der Ausgangspunkt für die Ausgestaltung des Interventionskonzepts in Schritt 3. Das IM leitet dazu an, theoriebasierte Interventionsmethoden auszuwählen, die geeignet sind, die identifizierten Determinanten zu verändern (ebd. S. 17). Ein wesentliches Hilfsmittel des IMs hierzu sind umfassende tabellarische Übersichten (ebd., S. 375–398), in denen auf Basis verschiedener Theorien eine Vielzahl geeigneter Interventionsmethoden zur Beeinflussung zentraler Verhaltens- und

Umweltdeterminanten (z. B. Wissen, Risikowahrnehmung, Gewohnheiten, soziale Unterstützung, Organisationen) sowie Basismethoden beschrieben werden. Zudem werden Erfolgsparameter benannt, die bei der praktischen Umsetzung in Strategien beachtet werden müssen. Für die Gesamtkonzeption muss in diesem Schritt außerdem ein erster Plan aufgestellt werden, in welchen Komponenten (Modulen), die jeweils mehrere Methoden umfassen können, die Intervention angeboten werden soll. Definiert werden zudem der inhaltliche und zeitliche Umfang, Vermittlungswege sowie die Abfolge der Programmkomponenten. Für die Ausgestaltung ist ein kontinuierlicher Abgleich der definierten Ziele und ausgewählten Determinanten mit der aktuellen Evidenz und bestehender Theorie erforderlich.

- **Programmorganisation:** Schritt 4 dient dazu, die erforderlichen Materialien zu erstellen und die Feinplanung der Struktur und Organisation vorzunehmen. Hierzu sollten sorgfältige Pretests mit der Zielgruppe und den an der Umsetzung Beteiligten durchgeführt werden, auf deren Basis Anpassungen vorgenommen werden.
- **Implementationsplanung:** Wie die tatsächliche Umsetzung der Intervention gelingen kann, wird gesondert in Schritt 5 beschrieben. Hierzu müssen zunächst alle Personen bzw. Institutionen identifiziert werden, die an der Umsetzung beteiligt sein sollen. Hauptaufgabe ist dann – analog zu Schritt 3 – eine Planungsmatrix zu erstellen. Es wird definiert, was z. B. die Durchführenden (Beratende, Lehrkräfte usw.) machen sollen, um eine erfolgreiche Implementierung und Aufrechterhaltung sicherzustellen (Handlungsziele) und von welchen personenbezogenen Determinanten dies abhängt (vgl. Tab. 1, letzte Zeile). Ziel ist es, die planmäßige Umsetzung der Intervention zu fördern und sich über die relevanten Bedingungen bewusst zu werden. Zentrale Methoden hierfür sind Schulungen, Anwendungsprotokolle und Vernetzungsaktivtäten. Es ist an dieser Stelle bedeutsam, die relevanten Personengruppen in die Planungsgruppe zu involvieren.
- **Evaluationsplanung:** Der abschließende Schritt 6 der IM ist die Evaluationsplanung [3] (Evaluation), die wie im PPM auf eine angemessene Prozess- und Ergebnisevaluation zielt. Hierzu soll definiert werden, welche Fragen durch die Evaluation beantwortet werden sollen und welche Indikatoren und Instrumente zur Erfassung geeignet sind. Auf dieser Basis wird ein Evaluationsdesign entwickelt, das die in den vorigen Schritten definierten Ziele und Determinanten abbildet und eine umfassende Beurteilung der Intervention ermöglicht.

Determinante / Handlungsziel	Wissen	Fähigkeiten	Ergebniserwartung
Schritt 2: Veränderungsmatrix			
Die Schüler*innen dokumentieren ihr tägliches Ausmaß an Bewegung.	Die Teilnehmenden kennen die Empfehlung für ausreichende Bewegung.	Die Teilnehmenden können ihr eigenes Bewegungsausmaß mit Empfehlungen vergleichen.	Die Teilnehmenden sind überzeugt, durch Bewegung positive Ergebnisse für ihre Gesundheit zu erreichen.
Die Eltern (Change Agents) setzen ihren Kindern altersgerechte Regeln für den Medienkonsum.	Die Eltern kennen die Empfehlungen für Bildschirmzeiten bei Kindern.	Die Eltern können altersgerechte Regeln setzen und kontrollieren.	Die Eltern erwarten negative Auswirkungen durch zu hohen Medienkonsum.
Schritt 5: Planungsmatrix			
Die Lehrkräfte implementieren Bewegungspausen.	Die Lehrkräfte kennen Möglichkeiten für Bewegungspausen.	Die Lehrkräfte können Bewegungspausen anleiten.	Die Lehrkräfte erwarten, dass sich Bewegungspausen positiv auf die Aufmerksamkeit auswirken.

Tabelle 1: Beispiele einer Veränderungs- und Planungsmatrix nach dem Intervention Mapping für eine fiktive schul- und familienbasierte Intervention zur Bewegungsförderung, eigene Darstellung.

Der IM-Ansatz wurde international in unterschiedlichen Kontexten genutzt, um Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu entwickeln (vgl. [22]). Auf einer Website (https://interventionmapping.com/references) werden die Publikationen gesammelt, die sich mit dem Planungsmodell befassen. Weltweit gibt es bereits über 1.000 Publikationen, die sich mit der Anwendung des IM auseinandersetzen. Ein selektiver Überblick zeigt, dass dabei mehr zur Entwicklung von Programmen bekannt ist als zu ihrer Evaluation. Es bedarf insbesondere weiterer Forschung, wie Determinanten am besten ausgewählt werden und welche Methoden am besten zu ihrer Veränderung geeignet sind (vgl. [23]).

In Bezug auf die Wirksamkeit der Interventionen sind eindeutige Aussagen schwierig, da die Evaluationsstudien sehr heterogene Effektmaße verwenden und der Vergleich IM-basierter mit Standardinterventionen im Sinne kontrollierter Studiendesigns schwierig ist. Garba und Gadanya [24] identifizierten in einem Review 22 IM-basierte Präventionsmaßnahmen, wobei nur fünf davon ein Effektmaß in Bezug auf die tatsächliche Verhaltensänderung berichteten. Die Interventionen bezogen sich auf die Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten, Grippe, Gebärmutterhals- und Brustkrebs, Schlaganfällen sowie aktivitätsbedingte Verletzungen.

Ein detailliert beschriebenes Anwendungsbeispiel für Deutschland ist das Programm „Komm mit in das gesunde Boot“, das auf die Förderung der körperlichen Aktivität, des Obst- und Gemüsekonsums sowie die Reduktion des Konsums zuckerhaltiger Getränke und Bildschirmmedien bei Kindern in den Settings

Grundschule [25] und Kindergarten (vgl. [26]) abzielt. Wirksamkeit zeigte sich z. B. bezüglich der Verbesserung der Ausdauer bei Kindergartenkindern (vgl. [27]) und verschiedener Ernährungsparameter bei Schulkindern (vgl. [27]).

Perspektiven

Inwiefern theoriebasierte Interventionen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überlegen sind, kann mit der bestehenden Evidenz nicht eindeutig belegt werden. Die Ursache hierfür ist jedoch nicht (ausschließlich) darin zu sehen, dass genutzte Theorien das zu verändernde Verhalten unzureichend erklären, sondern in der oftmals lückenhaften Beschreibung von Interventionen und den zugrunde liegenden Wirkmechanismen. So werden zwar oft Theorien als Grundlage benannt; wie genau sie aber für die Interventionsplanung genutzt wurden, bleibt häufig offen.

Die beschriebenen Modelle leiten an, systematisch zu begründen, welche Verhaltensdeterminanten verändert werden müssen, und dies in einer Wirkungslogik plausibel zu machen. Nur das IM-Modell bietet dabei ein klares Raster, um geeignete Interventionsmethoden auszuwählen. Die einheitliche Benennung dieser Methoden in Interventionsbeschreibungen erleichtert es, Erkenntnisse aus Evaluationsstudien zu vergleichen und zu beurteilen, ob bestimmte Methoden mit dem Interventionserfolg zusammenhängen. Ein vertiefender Ansatz hierzu ist die Terminologie zu Interventionsmethoden (Behaviour Change Techniques − BCT) von Michie et al. [28] (Version 1) und Marques et al. [29] (Update). Dieser Ansatz bietet ein hierarchisches Raster mit Definitionen häufiger Veränderungsmethoden, z. B. Zielsetzung, Monitoring und soziale Unterstützung. Die Verwendung dieser Taxonomie in Veröffentlichungen kann zu einer besseren Vergleichbarkeit und Synthese bestehender Evidenz beitragen. Zudem werden weitergehende Tools zur Interventionsentwicklung bereitgestellt (siehe Internetadressen).

Hinzu kommen Schwächen in der Anpassung an Kontextbedingungen sowie der Evaluation, die die Wirkmechanismen mit einem adäquaten Studiendesign abbilden sollte. Ein Vorgehen entsprechend den vorgestellten Modellen kann diesen Schwächen begegnen. Es dient dazu, einen komplexen Problembereich besser zu verstehen und gezielt so zu priorisieren, dass eine Interventionswirkung wahrscheinlicher wird. Auch verbessert sich die Möglichkeit der Replizierbarkeit. Zu beachten ist, dass es gleichzeitig einen höheren Zeit-, Personal- und Kostenaufwand bedeuten kann. Da hierdurch jedoch bessere Ergebnisse zu erwarten sind, stellt es einen lohnenden Aufwand dar.

Sowohl das PRECEDE/PROCEED-Modell als auch das IM bieten praktische Hinweise mit zahlreichen Beispielen und zeigen auf, welche Aspekte einer besonderen Berücksichtigung bedürfen. Insbesondere das IM stellt einen sehr technischen Prozess dar. Der Forderung nach eigenen Studien für den Planungsprozess kann aufgrund fehlender zeitlicher und finanzieller Ressourcen nur selten nachgekommen werden. Deshalb nimmt die Prüfung der bestehenden Evidenz und relevanter Theorien einen bedeutsamen Stellenwert für die Begründung aller notwendigen Schritte von der Beschreibung des Problems bis zu seiner Lösung ein.

Planungsmodelle wie das IM sowie einheitliche Taxonomien von Interventionsmethoden können die Weiterentwicklung von Theorie- und Evidenzbasierung in Prävention und Gesundheitsförderung vorantreiben. Die Umsetzung ist komplex und sollte interdisziplinär erfolgen. Eine grundlegende Einführung in die zentralen Konzepte des systematischen Planens, unabhängig von einem bestimmten Planungsmodell, gibt z. B. Schlicht [7].

Auch wenn die in diesem Beitrag vorgestellten Planungsmodelle einen auf den ersten Blick linearen Prozess vorschlagen, ist zu beachten, dass ständige Rückkopplungsschleifen zwischen den Schritten notwendig sind. Wichtig ist eine enge Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis, um einerseits ein zielführendes Wirkmodell mit angemessenen Methoden und entsprechender Evaluation zu entwickeln. Andererseits soll die tatsächliche Anwendbarkeit im Zielkontext entsprechend der Zielgruppe und Rahmenbedingungen sichergestellt werden.

Internetadressen:

- BCT Theory – Theory and Technique Tool. Available from: https://theoryandtechniquetool.humanbehaviourchange.org/tool
- The Behaviour Change Wheel. Available from: http://www.behaviourchangewheel.com
- Intervention Mapping. Available from: https://interventionmapping.com
- Intervention Mapping References. Available from: https://interventionmapping.com/references

References

1. Finne E, Paul H. Erklärungs- und Veränderungsmodelle 1: Einstellungs- und Verhaltensänderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I012-3.0
2. 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
3. Haack G, Haß W. Evaluation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I016-3.0
4. 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
5. Humrich W, Kilian H, Richter-Kornweitz A, Kolip P. Wirkungsorientierung 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-I161.10
6. De Bock F, Rehfuess E. Mehr Evidenzbasierung in Prävention und Gesundheitsförderung: Kriterien für evidenzbasierte Maßnahmen und notwendige organisationale Rahmenbedingungen und Kapazitäten. Bundesgesundheitsblatt. 2021 May;64(5):524–33. DOI:10.1007/s00103-021-03320-1
7. Schlicht W. Gesundheit Systematisch Fördern: Von der Absicht Zur Realisierung. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2018. (Essentials). DOI:10.1007/978-3-658-20961-2
8. Ruiter RAC, Crutzen R. Core Processes: How to use evidence, theories, and research in planning behavior change interventions. Front. Public Health. 2020 Jun 24;8:247. DOI:10.3389/fpubh.2020.00247
9. O'Cathain A, Croot L, Sworn K, Duncan E, Rousseau N, Turner K, Yardley L, Hoddinott P. Taxonomy of approaches to developing interventions to improve health: a systematic methods overview. Pilot Feasibility Stud. 2019 Mar 12;5(1):41. DOI:10.1186/s40814-019-0425-6
10. Hartung S, Rosenbrock R. Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I099-2.0
11. Bartholomew LK, Markham C, Mullan P, Fernández ME. Planning models for theory-based health promotion interventions. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health behavior. Theory, research and practice. 5 edn. New York: Jossey-Bass; 2015. p. 359–87.
12. Michie S, West R, Finnerty AN, Norris E, Wright AJ, Marques MM, Johnston M, Kelly MP, Thomas J, Hastings J. Representation of behaviour change interventions and their evaluation: Development of the Upper Level of the Behaviour Change Intervention Ontology. Wellcome Open Res. 2021;5:123. DOI:10.12688/wellcomeopenres.15902.2
13. Green LW, Gielen AC, Kreuter MW, Peterson DV, Ottoson JM. A model for population health planning, implementation, and evaluation. In: Green LW, Gielen AC, Ottoson JM, Peterson DV, Kreuter MW, editors. Health program planning, implementation, and evaluation. Creating behavioral, environmental and policy change. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2022. p. 3–38.
14. 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
15. Fernández ME, Kok G, Parcel G, Green LW. Educational and ecological assessment: Predisposing, enabling and reinforcing factors. In: Green LW, Gielen AC, Ottoson JM, Peterson DV, Kreuter MW, editors. Health program planning, implementation, and evaluation. Creating behavioral, environmental and policy change. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2022. p. 148–72.
16. Kegler MC, Lyn R. Health program policy and development I: intervention strategies. In: Green LW, Gielen AC, Ottoson JM, Peterson DV, Kreuter MW, editors. Health program planning,

implementation, and evaluation. Creating behavioral, environmental and policy change. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2022. p. 173–98.
17. Lovato CY, Ottoson JM. Health program and policy development III: Evaluation strategies. In: Green LW, Gielen AC, Ottoson JM, Peterson DV, Kreuter MW, editors. Health program planning, implementation, and evaluation. Creating behavioral, environmental and policy change. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2022. p. 231–61.
18. Saulle R, Sinopoli A, De Paula Baer A, Mannocci A, Marino M, De Belvis AG, Federici A, La Torre G. The PRECEDE-PROCEED model as a tool in Public Health screening: a systematic review. Clin. Ter. 2020 Mar;171(2):e167–77. DOI:10.7417/CT.2020.2208
19. Kim J, Jang J, Kim B, Lee KH. Effect of the PRECEDE-PROCEED model on health programs: a systematic review and meta-analysis. Syst. Rev. 2022 Oct 9;11(1):213. DOI:10.1186/s13643-022-02092-2
20. Quast T, Gabriel M, Hoewner J, Jelitto M. Social Media in der gesundheitlichen Aufklärung: Ergebnisse aus einem Pilotprojekt der BZgA in den Themenfeldern Familienplanung und Sexualaufklärung. Köln; 2015. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; Band 48).
21. Bartholomew Eldredge LK, Markham CM, Ruiter RAC, Fernández ME, Kok G, Parcel GS. Planning health promotion programs. An intervention mapping approach. 4 edn. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2016.
22. Kok G, Peters LWH, Ruiter RAC. Planning theory- and evidence-based behavior change interventions: a conceptual review of the intervention mapping protocol. Psicologia. 2017 Oct 18;30(1):19. DOI:10.1186/s41155-017-0072-x
23. Fernandez ME, Ruiter RAC, Markham CM, Kok G. Intervention Mapping: Theory- and evidence-based health promotion program planning: Perspective and examples. Front. Public Health. 2019 Aug 14;7:209. DOI:10.3389/fpubh.2019.00209
24. Garba RM, Gadanya MA. The role of intervention mapping in designing disease prevention interventions: A systematic review of the literature. Bhutta ZA, editor. PLoS ONE. 2017 Mar 30;12(3):e0174438. DOI:10.1371/journal.pone.0174438
25. Wartha OJ. Theoriegeleitete Entwicklung und Implementation einer schulbasierten Intervention zur Gesundheitsförderung [Dissertation]. Universität Ulm; 2013.
26. Wartha O, Kobel S, Lämmle O, Mosler S, Steinacker JM. Entwicklung eines settingspezifischen Gesundheitsförderprogramms durch die Verwendung des Intervention-Mapping-Ansatzes: „Komm mit in das gesunde Boot – Kindergarten“. Präv Gesundheitsf. 2016 May;11(2):65–72. DOI:10.1007/s11553-016-0531-8
27. Kobel S, Wartha O, Dreyhaupt J, Feather KE, Steinacker JM. Intervention effects of a school-based health promotion programme on children’s nutrition behaviour. Z. Gesundh. Wiss. 2023 Oct;31(10):1747–57. DOI:10.1007/s10389-022-01726-y
28. Michie S, Richardson M, Johnston M, Abraham C, Francis J, Hardeman W, Eccles MP, Cane J, Wood CE. The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. Ann. Behav. Med. 2013 Aug;46(1):81–95. DOI:10.1007/s12160-013-9486-6
29. Marques MM, Wright AJ, Corker E, Johnston M, West R, Hastings J, Zhang L, Michie S. The Behaviour Change Technique Ontology: Transforming the Behaviour Change Technique Taxonomy v1. Wellcome Open Res. 2024;9(8):308. DOI:10.12688/wellcomeopenres.19363.1

Korrespondenz: Dr. Hannah Paul, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 4 Prävention und Gesundheitsförderung, Postfach 100131, 33501 Bielefeld, Deutschland, E-mail: hannah.gohres@uni-bielefeld.de

Zitierhinweis: Paul H, Finne E. Erklärungs- und Veränderungsmodelle 2: Theoriebasierte Interventionsplanung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i013-1.0

Copyright: © 2026 Hannah Paul 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/

Erklärungs- und Veränderungsmodelle 3: Persuasion, Diffusion, Marketing und Medienanwaltschaft

Doreen Reifegerste[1]
Peter Franzkowiak[2]
Annette C. Seibt[3]

[1] Professorin für Gesundheitskommunikation, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe 4: Prävention und Gesundheitsförderung, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

[2] Fachbereich Sozialwissenschaften, Hochschule Koblenz, Koblenz, Deutschland

[3] Deutschland

Abstract

In diesem Leitbegriff werden vier Modelle vorgestellt, die vorrangig für die kommunikative Umsetzung von Interventionen und Kampagnen von Bedeutung sind. Sie entstammen der Psychologie, der Soziologie, der Werbeforschung, der Kommunikationswissenschaft und der Betriebswirtschaft. Im Gegensatz zu den Erklärungs- und Veränderungsmodellen 1 und 2 sind die hier vorgestellten Modelle weniger individuumsbezogen und berücksichtigen stärker das soziale Umfeld und die strukturellen Rahmenbedingungen von Zielgruppen. Ausgehend von zentralen Einflussfaktoren und Mechanismen, werden Konsequenzen für Gesundheitsprogramme formuliert.

Einleitung

In diesem Leitbegriff werden vier Modelle vorgestellt, die mit Ausnahme des ersten Modells (Überzeugende/Persuasive Kommunikation) nicht primär dem Theorie- und Forschungsrahmen der Psychologie entstammen, sondern der Soziologie (Diffusion von Innovationen), der Markt-/Werbeforschung, der Betriebswirtschaft (Soziales Marketing) und der politisch motivierten, aufklärenden Kommunikationswissenschaft (Medienanwaltschaft). Ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal der drei letztgenannten Modelle gegenüber dem ersten Modell besteht darin, dass sie den bis heute vorherrschenden Individuumsbezug der klassischen (Risiko-)Prävention überschreiten. Im US-amerikanischen Sprachgebrauch fallen sie daher unter die Kategorie „Social ecological theories“, da sie auch das soziale Umfeld und die strukturellen Rahmenbedingungen von Zielgruppen berücksichtigen [1] (Ökologische und humanökologische Perspektive).

Die Modelle zielen somit auf die Erklärung und Nutzbarmachung all jener Mechanismen, die zu einer im Idealfall gesundheitsförderlichen Veränderung von kommunikativen, sozialen oder wirtschaftlichen Umwelten führen. Sie zielen in ihren jeweiligen Schwerpunkten (Persuasion, Diffusion, Marketing und Medienanwaltschaft) vorrangig auf soziale, ökologische oder mediale Determinanten der Gesundheit [2], die sich auf spezifisches Risiko- bzw. Gesundheitsverhalten von sozialen Gruppen und auf Einzelne auswirken.

Modell der persuasiven Kommunikation

Das Modell der persuasiven (d. h. überzeugenden) Kommunikation beschreibt Prozesse und Komponenten, mit deren Hilfe Menschen neue Informationen verarbeiten und Entscheidungen fällen. Von besonderem Interesse ist die Frage, wie Menschen auch eine große Fülle von Informationen verarbeiten und wie sie angesichts von Widersprüchlichkeiten zu einer Entscheidung kommen. Für die Gesundheitsförderung ist relevant, wie sich diese Informationsverarbeitungsschritte und Entscheidungsfindungsstufen für unterschiedliche Kampagnen beschreiben, bewusst gestalten und evaluieren lassen.

Dieses Kommunikationsmodell wurde Mitte der 1980-er Jahre vom US-amerikanischen Sozialpsychologen W. J. McGuire entwickelt. Es ist Teil der Theorien der Informationsverarbeitung aus

dem Bereich der Kognitiven Psychologie. Beim Prozess der Verhaltensänderung durch Überzeugungskampagnen handelt es sich um die idealtypische Stufenabfolge der einzelnen Schritte einer Kampagnenwirkung [3] (Gesundheitskommunikation).

Ähnliche Differenzierungen nach unterschiedlichen Verarbeitungsstufen der Kommunikation finden sich in Systematiken zur Erreichbarkeit spezifischer Zielgruppen sowie in Modellen zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz [4]. Auch wenn in der Praxis nicht immer eine stringente Abfolge der Stufen vorausgesetzt werden kann, gehen alle diese Ansätze davon aus, dass je nach erreichter Stufe unterschiedliche Kommunikationsstrategien erforderlich sind. Während beispielsweise auf den ersten Stufen der Erreichbarkeit vor allem die Art des Kanals und technische Aspekte im Vordergrund stehen, spielen für die Akzeptanz und die nachhaltige Verhaltensänderung der späteren Stufen der Inhalt der Botschaft und motivationale Aspekte eine größere Rolle [4].

Als Modell der persuasiven Kommunikation wurde eine übersichtliche und empirisch fundierte Matrix entwickelt (Tab. 1). Darin wird der Kommunikationsoutput in 12 Planungsschritten mit dem Kommunikationsinput mit seinen 5 Komponenten differenziert verknüpft. Die Matrix dient als Grundlage für die Planung von Programmen zur Informations-, Einstellungs- und Verhaltensveränderung.

Kommunikations output	**Kommunikationsinput**				
Planungsschritte/Grobziele: Empfängerinnen und Empfänger müssen ...	Quelle der Information	Botschaft	Kanal	Empfänger	Ziele
1. … der Botschaft ausgesetzt sein					
2. … ihr Aufmerksamkeit schenken					
3. … ihr Interesse zeigen					
4. … sie verstehen					
5. … vorhandene Kognitionen abrufen					
6. … Fähigkeiten erwerben					
7. … Einverständnis zeigen = Einstellung ändern					
8. … die Veränderung speichern					
9. … Relevantes im Gedächtnis finden					
10. … eine Entscheidung fällen					
11. … eine Handlung ausführen, sich verhalten					
12. … die Verhaltensänderung konsolidieren					

Tab.1: Die Matrix der überzeugenden Kommunikation (nach [5]*)*

Die 12 Output- oder Planungsvariablen werden als aufeinander folgende Schritte bzw. Stufen beschrieben, die durchlaufen werden müssen, wenn Menschen Informationen verarbeiten bzw. wenn eine Kommunikationskampagne einen verändernden Einfluss haben soll. Für jede Phase sind

angemessene Maßnahmen vorzusehen. Die ersten sieben Stufen enden idealerweise mit einer Veränderung der Einstellung. Dafür müssen Personen zunächst der Botschaft ausgesetzt sein (1. Stufe), ihr Aufmerksamkeit schenken (2. Stufe), weitergehendes Interesse zeigen (3. Stufe) und sie verstehen (4. Stufe). In der 5. Stufe geschieht ein Abrufen und Erzeugen von verwandten, bereits gespeicherten Kognitionen. Falls neue Fertigkeiten erforderlich sind, müssen sie auf der 6. Stufe gelernt werden, um sich auf der 7. Stufe mit den Botschaftsinhalten einverstanden zu zeigen, wodurch mit einer Einstellungsveränderung gerechnet wird. Der Begriff Einstellung ist hier als Beurteilung eines (gedanklichen) Objekts definiert.

Damit das Modell als Planungshilfe für Gesundheitsprogramme dienen kann, sollte geklärt werden: Wer sagt Was mit Welchem Medium zu Wem mit Welchem (Verhaltens-)Ziel? Mit diesen fünf W-Fragen, der sogenannten Laswell-Formel [6] sind die Kommunikations-Inputvariablen angesprochen – die zweite, horizontale Achse der Matrix. Sie sollen bei der Planung auf jeder der 12 Stufen bewusst mitbearbeitet werden:

- Quelle der Information, Sender: Personen, eine Gruppe oder Organisation, von denen die Botschaft kommt. Für die Überzeugungsfähigkeit der Kommunikation spielen hier Aspekte wie Glaubwürdigkeit, Attraktivität sowie soziale Stellung oder Macht eine Rolle (siehe hierzu auch die Sozial-kognitive Theorie; [7]).
- Botschaft: Inhalt und Form, Wortwahl, Ansprache durch Furchtappelle oder Humor. Für manche Bevölkerungsgruppen z. B. in Form von Bildern, Comics.
- Kanal: Das Medium, durch das die Botschaft vermittelt wird, z. B. Broschüren, TV, Radio, Zeitungen, Briefe, E-Mail, soziale Medien und mobile Technologien.
- Empfänger: Zielgruppe, differenziert nach Geschlecht, Alter, Ethnizität, augenblicklichen Einstellungen und Verhalten etc.
- Ziele: Hier sollen detaillierte Einzelziele für jede Outputstufe formuliert werden, z. B. Gesundheitskompetenz, Empowerment, Gesundheitsverhalten, angemessene Blutzuckerwerte, Adhärenz bei der Medikamenteneinnahme.

Auch wenn das Modell inzwischen etwas veraltet ist und Vorstellungen einer einseitigen Kommunikationsrichtung vom Sender zum Empfänger repräsentiert, sind diese Vorstellungen immer noch sehr präsent. Obwohl eher dialogische und partizipative Modelle zielführender für eine nachhaltige und gleichberechtigte Entwicklung von Programmen sind, ist die Vorstellung, dass jemand überredet oder überzeugt werden sollte, oft handlungsleitend. Dies könnte nicht nur bei den als schwer erreichbar eingeschätzten Zielgruppen zu Problemen führen, sondern spielt auch im interkulturellen Kontext eine wichtige Rolle.

Sind die Ziele, die Empfänger, Botschaften und Kanäle bzw. Quellen der Information partizipativ, d. h. mit Einbindung der Betroffenen erarbeitet, kann das Modell von McGuire jedoch immer noch hilfreich sein, um die Kommunikationsmaßnahmen zu strukturieren. Es sollte dann nur mehr Integration und rekursive Schleifen beinhalten als die Matrix der überzeugenden Kommunikation (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger).

Diffusionstheorie – Verbreitung von Innovationen

Die Diffusionstheorie erklärt, wie Innovationen – neue Produkte, Konzepte und Ideen – auf relativ vorhersagbare, mehrstufige Weise in eine Gesellschaft oder (Sub-)Kultur Eingang finden und unter welchen Bedingungen sie akzeptiert werden. Diffusion ist ein Prozess, über den eine Innovation zwischen Mitgliedern eines sozialen Systems kommuniziert und akzeptiert wird. Typische Fragestellungen mit Gesundheitsbezug wären zum Beispiel:

- Durch welche Mechanismen setzen sich neue Ernährungsgewohnheiten durch?
- Wie wird Kondombenutzung als HIV-Schutzverhalten akzeptiert?
- Wie erklärt sich die rapide und massenhafte Verbreitung von Gesundheits-Apps, Smartwatches oder Fitness-Armbändern etwa mit Schrittzählern und Kalorienverbrauchs-Feedback? [8] (Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien)

Die erstmals zu Beginn der 1960-er Jahre vom US-Soziologen E. M. Rogers systematisch zusammengefasste Theorie beschreibt Gesetzmäßigkeiten, die angeben, unter welchen Bedingungen Menschen Neuerungen annehmen. Innovationen können dabei neue Ideen, Konzepte (z. B. Kalorienzählen), Verhaltensweisen oder technische Geräte (z. B. Smartphones, neue Abrechnungssysteme für Krankenkassen) sein. Sie hat seitdem über die Soziologie hinaus in weiteren

Disziplinen, darunter den Gesundheitswissenschaften und der Kommunikationswissenschaft, international Anwendung gefunden. Durch die Kenntnis der Theorie können gesundheitliche Innovationen gezielter beeinflusst oder angestoßen werden. Ihre Konstrukte schaffen ein Erklärungsgerüst dafür,

- welche Menschen an der Spitze einer neuen sozialen Bewegung stehen oder die neueste Gesundheitswelle aus- oder mitmachen (z. B. Joggen, fettärmer essen, nicht [mehr] rauchen, Fitnesstraining betreiben, Self-Tracking über sogenannte Health Apps), während andere sich erst später entsprechend verhalten oder möglicherweise erst durch Vorschriften gezwungen werden, sich in der nunmehr mehrheitlich akzeptierten Art und Weise zu verhalten,
- welche Charakteristika das Neue aufweisen muss, um mit größerer Wahrscheinlichkeit akzeptiert zu werden oder
- wie sich Falschinformationen in sozialen Medien verbreiten.

Die Diffusionstheorie unterscheidet Menschen danach, ob sie Neuerungen eher früh oder spät akzeptieren. Für diesen Prozessverlauf des Adoptierens werden fünf empirisch abgrenzbare idealtypische Kategorien von Menschen unterschieden (vgl. Abb. 1): Innovatorinnen und Innovatoren/Erstannehmende (Pioniere), Frühe Adoptierende/Frühannehmende (Vorreiterinnen und Vorreiter), Frühe Mehrheit, Späte Mehrheit, Nachzüglerinnen und Nachzügler.

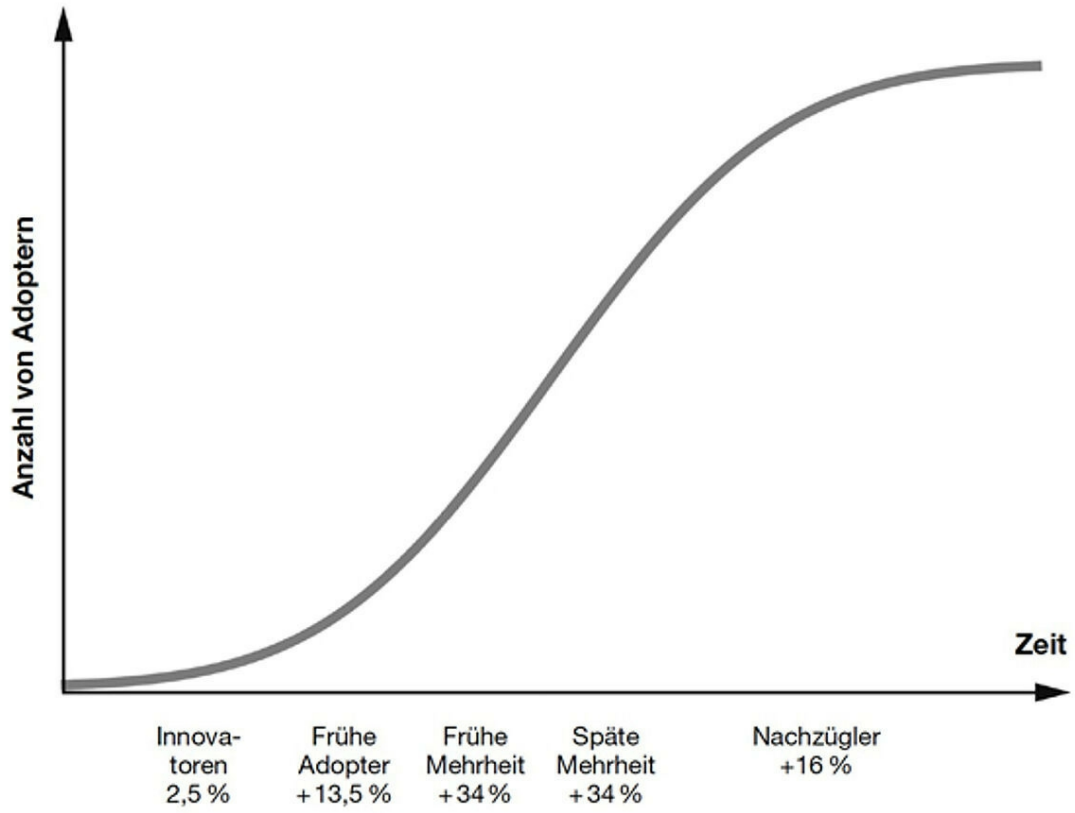


Abb. 1: Kumulation von Adoptern einer Innovation (Quelle: [9])

Bei Menschen, die Neuerungen sofort annehmen oder ausprobieren wollen, sogenannte Innovatorinnen und Innovatoren, handelt es sich um eine Art Pioniergruppe, die zahlenmäßig eher klein ist und den Ausgangspunkt für die Innovationsdiffusion darstellt. Frühe Adoptierende greifen die Idee auf und geben – als Meinungsführende – in ihrer direkten Umgebung den Anstoß für Veränderungen. Sie haben eine vorbildgebende Funktion. Die frühe Mehrheit erkennt die Vorteile der Veränderung und schließt sich – zeitlich nachfolgend – der neuen Bewegung an. Die späte Mehrheit übernimmt die Neuerung dann, wenn ihr eine Zurückhaltung gegenüber den Veränderungen zunehmend Nachteile bringt. Nachzüglerinnen und Nachzügler sind dagegen meist nur gegen starken Widerstand zur Veränderung bereit.

Diffusion läuft in einem mindestens zweistufigen Prozess ab: Für frühe Adoptierende sind Kommunikationswege außerhalb des nahen sozialen, familiären oder kollegialen Netzes wichtige Informationsquellen; für spätere Adoptierende ist es eher das direkte soziale Umfeld, das informiert, Innovationen vorführt und annehmbar macht.

Entscheidenden Einfluss auf den Informationsstand der später reagierenden Zielgruppen bezüglich einer Innovation haben persönliche Vorbilder, das Eingebundensein in ein soziales Netzwerk sowie die Kommunikationsstrukturen innerhalb des Netzwerks. Als potenzielle Change Agents stellen sie jene Informationen bereit oder leben sie vor, was die Entscheidung der späteren Adoptierenden zugunsten einer Innovation fördern, begleiten und stabilisieren kann.

Zusätzlich zur Kategorisierung von Gruppen entsprechend ihrer Adoptionsgeschwindigkeit spielen die Merkmale der Neuerungen selbst eine Rolle. Hier unterscheidet die Diffusionstheorie fünf Attribute: der relative Vorteil, die Vereinbarkeit oder Kompatibilität, die Komplexität, die Erprobbarkeit, die Beobachtbarkeit bzw. Wahrnehmbarkeit.

- Unter „relativer Vorteil“ ist zu verstehen, dass etwas Neues im Vergleich zum Bisherigen besser ist oder Vorteile hat, obwohl es möglicherweise auch neue Nachteile mit sich bringen könnte. Die Balance sollte zugunsten des Neuen ausfallen, um die Neuerung akzeptabler zu machen.
- Die Vereinbarkeit betrifft die Frage, inwiefern sich etwas Neues mit bestehenden Normen und Werten, früheren Erfahrungen oder aktuellen Bedürfnissen vereinbaren lässt. Beispiele sind die Namensgebung von Kampagnen, das Aussehen oder die Handhabbarkeit des Produkts, aber auch die moralische, religiöse oder gesellschaftliche Akzeptanz des Neuen.
- Die Komplexität zeigt an, ob eine Innovation einfach oder schwierig zu verstehen oder zu benutzen ist. Die Diffusionsforschung zeigt, dass dieses Attribut je nach sozioökonomischem Status die Adoptionsrate sehr unterschiedlich beeinflussen kann.
- Unter Erprobbarkeit wird verstanden, dass eine Innovation in Einheiten eingeteilt und so in kleinen Schritten angetestet werden kann.
- Beobachtbarkeit ist der Grad, mit dem das Ergebnis einer Innovation für andere wahrnehmbar ist. Die joggende oder radfahrende Nachbarin, der Arbeitskollege mit einer Fitness-App sind Beispiele dafür, dass diese Innovation von anderen leichter beobachtet werden kann als etwa ihre Ernährungs- oder Sexualgewohnheiten.

Im Bereich der Public Health und der Gesundheitskommunikation wurde die Diffusionstheorie weltweit auch in Programmen zur Krebsprävention, zur internationalen Verbreitung von Diabetesvorsorge, in der Tabakkontrolle und Förderung des Nichtrauchens, der Propagierung regelmäßiger körperlicher Bewegung und anderen Interventionen zur Verminderung von Risikofaktoren sowie in jüngster Zeit auch in neuen Feldern wie e-Health, m-Health, Healthcare Information Systems und Telemedizin erfolgreich eingesetzt [10], [8] (Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien). Die Theorie ist besser nutzbar für die Übernahme neuen Verhaltens als für die Beendigung bereits eingeschliffener (schädigender bzw. riskanter) Verhaltensmuster.

Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht wird seit einigen Jahren kritisiert, dass ein Großteil der empirischen Evidenz, insbesondere die Adopter-Kategorien und ihre angenommene Verteilung, nicht explizit aus Public Health-Fragestellungen oder -Populationen entwickelt worden ist bzw. (noch) nicht entsprechend neu vermessen oder angepasst wurde. Auch seien Merkmale und Strategien der Partizipation und Teilhabe (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger) im Modell eher nachrangig behandelt. Der Fokus auf Individuen und deren Verhaltensänderung kann unter Umständen Blaming the victim-Effekte befördern. Gleichzeitig könnte mit dem Modell aber auch der Blick auf die Ressourcen oder Unterstützung im sozialen Umfeld, die Aktivierung der Nachzügler sowie die isolierten Personen gelenkt werden.

Bei der Einteilung von Menschen(-gruppen) entlang der fünf idealtypischen Kategorien muss nach sozio-demographischen Faktoren wie Alter und persönlichen, sozialen und finanziellen Ressourcen differenziert werden. Strukturelle Barrieren, mangelnde Ressourcen (Geldknappheit, Analphabetismus, Überforderung) oder auch Produkte und Maßnahmen, die von den Nutzenden als problematisch bewertet werden, können für ein Nichtannehmen verantwortlich sein. Insbesondere dann, wenn sich die Diffusion kurz vor oder beim Erreichen der Nachzüglerinnen und Nachzügler verlangsamt, besteht die Gefahr, dass dies zu einer neuen Chancenungleichheit [11] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit) führt, die mit einer zusätzlichen gesellschaftlichen Ausgrenzung einhergehen kann.

Gesundheits- und Präventionsmarketing

Gesundheits- und Präventionsmarketing beschreibt einen Ansatz, bei dem die Methoden des klassischen (d. h. kommerziellen) Marketings für Ziele der Gesundheitsförderung und der Prävention angewendet werden. „Indem positive Emotionen und Motive angesprochen und in uns geweckt werden“ ([12], S. 7), sollen Ziel- und Risikogruppen zu gesundheitsförderlichem Verhalten motiviert werden, statt sie mit negativen Emotionen durch Furchtappelle abzuschrecken [3] (Gesundheitskommunikation). Durch strategisches Planen einer Kampagne oder eines Projekts, das sich an den Interessen einer Ziel- oder Risikogruppe ausrichtet, soll die Akzeptanz für eine gesundheitsbezogene Idee oder Verhaltensweise erhöht werden. Gesundheitsmarketing ist daher „ein strategisches Kommunikationskonzept, das Programme bekannt macht und anpreist, und das Organisationen dazu motiviert, Strukturen und Prozesse zu ändern, sowie Personen, sich gesundheitsschützend zu verhalten. Die risikomindernden oder gesundheitsförderlichen Ziele und Inhalte werden wie Produkte des Profit- oder kommerziellen Marketing kommuniziert.“ ([13], S. 166).

Das kommerzielle Marketing des Wirtschaftsbereichs ist eine Strategie mit dem Ziel, das Kaufverhalten von Konsumentinnen und Konsumenten zu beeinflussen. Es werden Waren und Produkte für die Befriedigung eines tatsächlichen oder zu weckenden Bedarfs verkauft zum Zwecke der Gewinnmaximierung der Verkaufenden. Dies kann auch für zahlreiche gesundheitsbezogene Angebote, Dienstleitungen und Produkte eine zielführende Strategie sein, wie die Vermarktung von Lifestyle- und Wellnessangeboten, (freiverkäufliche) Arzneimittel, Kleidung und Ernährungsprodukten mit (vermeintlichem) Gesundheitsnutzen auf dem sogenannten Zweiten Gesundheitsmarkt zeigt. Er finanziert sich nicht über die Versicherungsbeiträge der Krankenversicherungen, sondern über die Konsumausgaben der Bürgerinnen und Bürger.

Im Gegensatz dazu zielt das Gesundheits- und Präventionsmarketing im Sinne des Sozialen Marketings nicht auf Profite ab und unterscheidet sich vom kommerziellen Marketing dadurch, dass es der Zielpopulation bzw. der Gesellschaft generell nützen soll und nicht primär den Produktanbietenden und ihrer Gewinnmaximierung. Es ist auf die Veränderung von ideellen Zielen und sozialen Werthaltungen sowie auf die Beeinflussung von tradierten (schädlichen) Gewohnheiten ausgerichtet. Daher werden mit dem Sozialen Marketing neben der Gesundheit auch Ziele wie Ressourcenschonung, Klimawandelanpassung, Hitze- und Umweltschutz, Gleichstellung, Gerechtigkeit und Gewaltlosigkeit verfolgt [14].

Zahlreiche gesundheitsbezogene Programme weltweit sind mithilfe des Konzepts des Sozialen Marketing entwickelt und umgesetzt worden (Familienplanung und Empfängnisverhütung, Verhütung übertragbarer Infektionen STI, Impfprogramme, Programme zur AIDS-Prävention, Inanspruchnahme von Krebs- Früherkennungsuntersuchungen, Herz-Kreislauf-Interventionsstudien etc.). Aus dem deutschsprachigen Raum können exemplarisch die schweizerische Informationskampagne „Leichter leben“ oder die Kampagne der deutschen Felix Burda Stiftung „Wer seinen Partner liebt, schickt ihn zur Darmkrebsvorsorge“ genannt werden. Die Centers für Disease Control and Prevention (CDC) der USA, die in etwa der Zuständigkeit des Robert Koch-Instituts in Deutschland entsprechen, haben den Ansatz schon in den 2000-er Jahren in ihr erweitertes Konzept des Health Marketing aufgenommen.

Gesundheitsmarketing im Sinne des Sozialen Marketing wird von Organisationen betrieben, die selbst keine primär wirtschaftlichen Ziele verfolgen und hat den Nutzen und das Wohl der Gesellschaft oder spezieller Zielpopulationen im Blick; das gewünschte Ergebnis bedeutet mehr Gesundheit und Wohlbefinden. Eher ein Nebeneffekt sind dann geringere Anforderungen an die Ressourcen des Gesundheits- und Gemeinschaftswesens. Es konkurriert dabei mit anderen Marketingkampagnen für kommerzielle zum Teil gesundheitsschädliche Produkte (wie Tabak, Alkohol und zuckerhaltige Lebensmittel) und ist im Vergleich zu diesen meist finanziell und personell dürftiger ausgestattet. So stehen etwa die notwendigen Ressourcen bei der Kampagnenentwicklung – z. B. zur systematischen Erforschung des Marktes im Rahmen einer Analyse der Ausgangssituation, zur reichweitenstarken medialen Verbreitung, einer professionellen Gestaltung und zur systematischen Prüfung der Wirksamkeit (sogenannte summative Evaluation) – zumeist nicht hinreichend Mittel zur Verfügung.

Der Ansatz setzt die Instrumente des klassischen Marketing- bzw. Problemlösungsmix ein, wofür die vier Ps stehen: Produkt, Preis, Promotion und Platzierung. Für Programme der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung steht jedoch zumeist kein Produkt im Mittelpunkt der Kampagne. Vielmehr geht es darum, das Image oder den Nutzen eines gesundheitsförderlichen Verhaltens (z. B. des Impfens) zu propagieren. Der *Preis* bedeutet hier das Verhältnis zwischen den Kosten und dem Nutzen (vgl. Health belief-Modell). Hier können finanzielle, soziale oder situative Kosten unterschieden werden. Für die

Promotion oder Verbreitung stehen eine Vielzahl von Kanälen und Methoden zur Verfügung wie Broschüren, Zeitungsartikel, soziale Medien und mobile Technologien, Events, Stände etc. (vgl. Modell der persuasiven Kommunikation).

Vor deren Einsatz sollte bekannt sein, welche Personen oder Institutionen als besonders glaubwürdig angesehen werden (Vorbilder bzw. Lernmodelle im Sinne der Sozial-kognitiven Theorie; [7]). Generell müssen Kommunikation und Empfänger in Hinblick auf Sprache, Medien und Inhalten zusammenpassen (Audience Segmentation). Die richtige Platzierung meint das Auffinden, die Ansprache und den Zugang zur ausgewählten Population. Hiermit sind sowohl der physische Zugang zum Angebot gemeint (z. B. hinderliche Treppen zur Mütterberatungsstelle für Kinderwagen) als auch die Sensibilität für Sprachbarrieren und kulturelle oder religiöse Normen (siehe dazu die funktionale Form der Gesundheitskompetenz / Health Literacy [15]).

An der Übertragung des Marketingansatzes auf den Gesundheitsbereich gab es seit seiner Einführung zum Teil fundamentale Kritik. So wird u. a. kritisiert, dass dadurch

- Verhaltensprävention und Kommunikationspolitik priorisiert werden (im Gegensatz zur zumindest tendenziell struktur- und umweltorientierten Gesundheitsförderung und Verhältnisprävention),
- die Gefahr besteht, die Zielgruppen zu manipulieren statt sie zu Partizipation (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger) anzuregen,
- einzelne – oftmals sowieso schwer erreichbare – Gruppen durch die Segmentierung ausgegrenzt werden oder
- sich kommerzielle und gemeinwohlorientierte Interessen der Organisationen in den Kampagnen vermischen (beispielsweise durch die Finanzierung durch Pharma- oder Nahrungsmittelkonzerne).

Dennoch sind Marketingmethoden und damit die zielgruppenorientierten Ansätze mit systematischer Planung und Evaluation in Prävention und Gesundheitsförderung mittlerweile fester Bestandteil von Gesundheitsprogrammen.

Die Marketingperspektive liefert Planungshilfen und weist Ähnlichkeiten zu systematischen Ansätzen der Projektplanung (vgl. PRECEDE/PROCEED-Modell; Intervention Mapping) sowie zur Kampagnenentwicklung (Medienanwaltschaft, Diffusion von Innovationen, Gesundheitskommunikation) auf.

Medienanwaltschaft – Interessenvertretung über die Medien und Agenda-Setting

Medienanwaltschaft (Media Advocacy) ist eine Strategie, öffentliche und private Medien als Informationsträger und Ressource gezielt(er) für soziale bzw. gesundheitliche Anliegen zu nutzen. Durch Anwaltschaft soll die Bevölkerung gegen die Interessen derer verteidigt werden, die die Medien einsetzen, um über diesen Weg ungesunde Einstellungen und Produkte bekannt und akzeptabel zu machen. Dabei wird davon ausgegangen, dass Medien einen starken Einfluss darauf haben, welche Themen in der breiten Bevölkerung diskutiert und folglich auf (gesellschafts-)politischer Ebene bearbeitet werden.

Ein wichtiges Element des Modells ist das Agenda Setting [16]. Der Ansatz geht davon aus, dass die Thematisierung und Priorisierung in den Medien, die Problemwahrnehmung der dargestellten Themen und Standpunkte in der Bevölkerung verändert. Die Berichterstattung in den Medien beeinflusst damit die Wahrnehmung von Themen in der öffentlichen und politischen Diskussion und damit auch die Diffusion von Gesundheitsförderungsaktivitäten (vgl. Diffusionstheorie).

Die Medienanwaltschaft wurde Ende der 1980-er Jahre von Kommunikationsforscherinnen und -forschern in den USA entwickelt. Sie entstand als Ergebnis zunehmender Zusammenarbeit zwischen Gesundheits-(Public Health-)Initiativen, Bürgerrechtsbewegungen und Verbraucherschutzanwälten und -anwältinnen. Medienanwaltschaft erwies sich als ein wichtiges Instrument im komplexen Kampagnen-Mix für öffentliche Tabakkontrolle, für Nichtraucherinnen und Nichtraucherschutz und -förderung sowie in der Bekämpfung und Vorbeugung alkoholbedingter Probleme. Die Strategie ist in den USA in vielen weiteren Feldern und Themen umgesetzt worden: zur Begrenzung der Verfügbarkeit von gezuckerten Getränken in Kindergärten und Schulen, zur Nährwertkennzeichnung von Lebensmitteln (sogenannter Nutriscore), zur Verbesserung des freien und sicheren Zugangs zu öffentlichen Orten von Menschen, die körperlich und sportlich aktiv sein wollen, zur Förderung und Verbreitung des Stillens an öffentlichen Orten, zur Gesundheitsförderung in sozial und ökologisch benachteiligten Quartieren etc..

Medienanwaltschaft wird bis heute eingesetzt, um gesellschaftlichen bzw. medialen Druck für gesundheitliche und sozialpolitische Veränderungen zu erzeugen. Zielgruppe sind dabei nicht die einzelnen, sich selbstschädigend oder problematisch verhaltenden Individuen (z. B. Raucherinnen und Raucher), sondern diejenigen, die gesellschaftliche Verantwortung für die Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung haben. Dies sind Politikerinnen und Politiker, Entscheidungsträgerinnen und -träger sowie wirtschaftliche und andere Führungskräfte mit der Macht, Entscheidungen über die physische, legale und soziale Umwelt von Menschen zu fällen und die Rahmenbedingungen vorzugeben, innerhalb derer die Einzelnen leben und Gesundheitsentscheidungen treffen (müssen). Daher können auch Journalistinnen und Journalisten als wichtige Gatekeeper adressiert werden, in der Hoffnung, dass sie dafür sorgen, die Themen auf die Medienagenda zu bringen (sogenanntes Agenda Building) und dadurch die Entscheidungstragenden zum Handeln zu bewegen. Medienanwaltschaft zielt somit nicht darauf ab, die individuellen Verbraucherinnen und Verbraucher z. B. für den Kauf und Verzehr ungesunder Nahrungsmittel verantwortlich zu machen, sondern diejenigen in die Verantwortung zu nehmen, die über die Strukturen und Produkte entscheiden.

Wenn Massenmedien über Gesundheitsangelegenheiten berichten, verweisen sie oft auf individuelles Fehlverhalten und betonen die entsprechende Eigenverantwortlichkeit der Konsumentinnen und Konsumenten. Die Philosophie des eigenverantwortlichen Individuums nutzen die Hersteller von z. B. Alkoholika und Tabakprodukten und verweisen bis heute auf die scheinbar frei gewählte Entscheidung für das jeweilige Konsumverhalten („Ich rauche gern!“; „You decide!“). Auf kritische Anfragen hin betonen sie, dass Menschen selbstbestimmt seien und eventuelle Gesundheitsrisiken freiwillig und informiert eingingen. Die Medienanwaltschaft macht hingegen auf die strukturellen und normativen Bedingungen für individuelles Verhalten und den persönlichen Konsum aufmerksam, unter denen sich ein Risiko oder eine (z. B. Drogen-, Zigaretten- oder Alkohol-)Abhängigkeit erst zum persönlichen Problem entwickeln kann. Sie argumentiert auch, dass hier dem Opfer bzw. der Person mit weniger Handlungsspielraum bzw. geringerer Machtposition die Schuld zugeschoben werde (Blaming the victim).

Im Gesundheitsbereich richtet sich Medienanwaltschaft bisher beispielsweise gegen Zigaretten- und Alkoholwerbung und -konsum. In den Kampagnen werden drei zentrale Strategien eingesetzt:

- Kreative Epidemiologie (Creative Epidemiology, Social Math): Wissenschaftlich solide Daten werden gesammelt und dann so übersetzt, dass sich die Medien und in der Folge auch die Öffentlichkeit dafür interessieren.
- Den Verständnisrahmen neu setzen (reframing): Eine zweite Strategiekomponente zielt auf die (Re-)Konstruktion oder Umdeutung von Bildern oder Symbolen, die an grundsätzliche menschliche Werte oder tiefe Überzeugungen appellieren.
- Meldungen auf die Agenda bringen: Zufällige oder inszenierte Anlässe oder Veranstaltungen (wie Pressekonferenzen) oder Jahrestage werden genutzt, um damit die Aufmerksamkeit der Medien zu erregen und sie dazu zu bringen, entweder bisher kaum Beachtetes auf die Agenda zu setzen oder bereits Bekanntes aus einem neuen Blickwinkel heraus zu beleuchten.

Ein Beispiel für eine Gesundheitskampagne durch Medienanwaltschaft in Deutschland ist die Advocacy-Arbeit zur Finanzierung von Fertilitätsbehandlungen (z. B. die Konservierung von Eizellen) bei jungen Erwachsenen mit Krebs [17] oder die jährlichen Aktivitäten zum Welt-AIDS-Tag an jedem 1. Dezember. Ebenso kann man auch Gesundheitsinfluencerinnen und -influencer in sozialen Medien dazu zählen, die häufig auf der Basis eigener Erfahrungen (z. B. mit einer Krebserkrankung) als Multiplikatorinnen oder Multiplikatoren, Gatekeeper oder emotional caregiver auftreten [18]. Noch wenig in den Blick geraten sind Advocates für Patientinnen oder Patienten sowie Gesundheitspersonal mit Migrationshintergrund, die mehr interkulturelle Sensibilität einfordern.

Weiterführende Quellen:

- Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health Behavior: Theory, Research, and Practice. Jossey-Bass; 2015. (Jossey-Bass Public Health).
- Nutbeam D, Harris E, Wise W. Theory in a nutshell: A practical guide to health promotion theories. Sydney, New York: McGraw-Hill; 2010.
- Walter U, Koch U, Plaumann M, editors. Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland: Konzepte, Strategien und Interventionsansätze der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. 2 edn. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2015. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; Sonderheft 1).

References

1. Fehr R. Ökologische und humanökologische Perspektive. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I082-3.0
2. 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
3. Schäfer M, Reifegerste D. Gesundheitskommunikation. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I056-2.0
4. Reifegerste D. Gesundheitskommunikation in der Prävention und Gesundheitsförderung für schwer erreichbare Zielgruppen. In: Tiemann M, Mohukum M, editors. Prävention und Gesundheitsförderung. Heidelberg: Springer; 2020. p. 258–93.
5. McGuire W. Input and output variables currently promising for constructing persuasive communications. In: Rice RE, Atkin CK, editors. Public communication campaigns. Thousand Oaks: Sage; 2012. p. 22–48.
6. Arens M. Theorieansätze und Hypothesen in der Medienpädagogik: Die Lasswell-Formel. In: Sander U, Von Gross F, Hugger KU, editors. Handbuch Medienpädagogik. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2021. p. 1–7.
7. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. Health Educ Behav. 2004 Apr;31(2):143–64. DOI:10.1177/1090198104263660
8. Ludwigs S, Nöcker G. Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I107-2.0
9. Rogers EM. Diffusion of innovations. New York, London, Toronto, Sydney: Free Press; 2003.
10. Karnowski V. Die Bedeutung der Diffusionsforschung für die Gesundheitskommunikation. In: Rossmann C, Hastall MR, editors. Handbuch der Gesundheitskommunikation: Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven. Heidelberg: Springer; 2019. p. 359–70.
11. 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
12. Scherenberg V. Präventionsmarketing: Ziel- und Risikogruppen gewinnen und motivieren. 2 edn. Stuttgart: utb; 2022.
13. Schlicht W, Zinsmeister M. Gesundheitsförderung systematisch planen und effektiv intervenieren. 2015 edn. Berlin, Heidelberg: Springer; 2015.
14. Fretwurst B, Friemel T. Social Marketing. In: Siegert G, Wirth W, Weber P, Lischka JA, editors. Handbuch Werbeforschung. Heidelberg: Springer VS; 2016. p. 669–87.
15. 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
16. Rössler P. Agenda setting-Effekte im Gesundheitsbereich. In: Rossmann C, Hastall MR, editors. Handbuch der Gesundheitskommunikation: Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven. Heidelberg: Springer; 2019. p. 295–306.
17. Stüwe J, Pawlowski F. PR und Advocacy-Arbeit von und für junge Erwachsene mit Krebserkrankungen. In: Reifegerste D, editor. PR und Organisationskommunikation im Gesundheitswesen. Interdisziplinäre Perspektiven auf Wertehorizonte und deren Spannungsfelder. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2021. p. 159–73.
18. Heiss R, Rudolph L. Patients as health influencers: motivations and consequences of following cancer patients on Instagram. Behaviour & Information Technology. 2023 Apr 26;42(6):806–15. DOI:10.1080/0144929X.2022.2045358

Korrespondenz: Prof. Dr. Doreen Reifegerste, Universität Bielefeld, Professorin für Gesundheitskommunikation, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe 4: Prävention und Gesundheitsförderung, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, Deutschland, E-mail: doreen.reifegerste@uni-bielefeld.de

Zitierhinweis: Reifegerste D, Franzkowiak P, Seibt AC. Erklärungs- und Veränderungsmodelle 3: Persuasion, Diffusion, Marketing und Medienanwaltschaft. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i014-1.0

Copyright: © 2026 Doreen Reifegerste 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/

Ethik in der Gesundheitsförderung und Prävention

Joseph Kuhn[1]
Manfred Wildner[2]
[1] Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim, Deutschland
[2] Landesinstitut für Gesundheit, Oberschleißheim, Deutschland

Abstract

Vor der Durchführung konkreter Maßnahmen in Gesundheitsförderung und Prävention ist ein gesellschaftlicher Konsens nötig, wie diese Maßnahmen gestaltet sein sollen. Die Wissenschaft liefert dazu die fachlichen, das Gesetz die rechtlichen Antworten, die Ethik die moralischen Grundlagen. In Public Health und der Gesundheitsökonomik ist vor allem der ethische Ansatz des Utilitarismus verbreitet. Er rechtfertigt Maßnahmen dann, wenn ihr Gesamtnutzen positiv ist – auch wenn einige Betroffene dadurch Nachteile erleiden. Eine generelle rechtliche Grenze setzt die im Grundgesetz verankerte Unantastbarkeit der Menschenwürde. Bei konkreten Entscheidungen unterstützen ethische Leitlinien und andere Orientierungshilfen. Sie helfen bei der Abwägung fachlicher, ökonomischer und politischer Gesichtspunkte mit ethischen Aspekten.

Keywords: Ethik, Moral, Interessenkonflikte, Verhalten, Verhältnisse

Einleitung

Überall, wo Menschen handeln, stellen sich deskriptive Fragen danach, wie etwas ist, und normative Fragen, wie etwas sein soll. Antworten darauf geben im juristischen Bereich die Gesetzeslage und die Rechtswissenschaften, im moralischen Bereich die Ethik. In der Ethik geht es um Begründungen für moralische Normen. Dass man beispielsweise in der Adipositasprävention übergewichtige Menschen nicht lächerlich machen soll, ist eine moralische Norm. Was das konkret bedeutet und warum diese Norm Anspruch auf Anerkennung hat, ist Gegenstand der Ethik.

Ethische Probleme gesundheitspräventiven Handelns stellen sich sowohl für das eigene Handeln im privaten Alltag (z. B „Darf ich in der Schwangerschaft Alkohol trinken?“ Oder: „Darf ich in Gegenwart von Kindern rauchen?“), als auch – und darum geht es im Folgenden – im professionellen Kontext und dem Bereich organisierter gesellschaftlicher Maßnahmen.

Historische Tradition der Ethik

In der Medizin hat die Ethik eine lange Tradition. Als Fundament des ärztlichen Ethos gilt seit mehr als 2.000 Jahren der Hippokratische Eid. Er enthält Vorgaben zum Umgang mit ärztlichem Wissen, die Verpflichtung zu helfen und nicht zu schaden, keine Sterbehilfe zu leisten, keine Abtreibungen vorzunehmen, Patienten und Patientinnen nicht zu missbrauchen und über das zu schweigen, was man in der ärztlichen Tätigkeit erfährt. Die ärztliche Ethik ist vor allem als Berufsethik angelegt, als Teil des ärztlichen Berufsbildes. Als Grundlage für die multidisziplinär angelegte Prävention und Gesundheitsförderung ist sie zwar nicht ausreichend, sie enthält aber bereits verallgemeinerbare Normen, die auch in der Public Health-Ethik relevant sind.

Die berufsethischen Regeln haben Ärztinnen und Ärzte im Nationalsozialismus nicht davor bewahrt, Medizinverbrechen an Menschen mit Behinderungen und an KZ-Häftlingen zu begehen und aktiv an der Vernichtung von Jüdinnen und Juden, Sinti und Roma mitzuwirken. Eine wichtige Rolle dabei hat – neben anderen Motiven – eine präventive Ethik des „gesunden Volkskörpers“ gespielt. Aus dem vorgeblichen Interesse des Volksganzen wurde das Recht abgeleitet, über das Leben von Menschen grundsätzlich zu verfügen. Die völkische Kollektivethik und die traditionelle ärztliche Ethik standen in einem Über-Unterordnungs-Verhältnis zueinander.

Im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland wurden als Lehre daraus die Unantastbarkeit der Würde des Menschen (Artikel 1 GG) sowie das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Artikel 2 GG) als fundamentale Werte festgeschrieben. Jede Form von Kollektivethik findet hier ihre Grenzen.

Damit ist im Grundgesetz eine Wertordnung rechtlich verankert, die für die Diskussion ethischer Fragen in den Gesundheitswissenschaften insgesamt und auch in Prävention und Gesundheitsförderung von zentraler Bedeutung ist.

Die historischen Erfahrungen haben ihren Niederschlag in den Aktualisierungen der ärztlichen Berufsethik gefunden (International code of medical ethics, Deklaration von Genf, Deklaration von Helsinki). Das „Genfer Ärztegelöbnis“ ist der Präambel der ärztlichen Berufsordnung vorangestellt.

Prävention und Gesundheitsförderung können in der individuellen und persönlichen Lebensweise angesiedelt sein, sie können aber auch die Gestaltung sozialer bzw. gesellschaftlicher Zusammenhänge betreffen. Ethische Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung gehen als Public Health-Ethik damit über die skizzierte traditionelle ärztliche Berufsethik hinaus. Sie berühren auch andere Berufsgruppen und andere Zielgruppen.

Ethik und Philosophie

Ethik ist eine Teildisziplin der praktischen Philosophie. In der Philosophie werden unterschiedliche ethische Ansätze verfolgt. Eine häufige Unterscheidung ist z. B. die zwischen Pflichtenethik (Deontologie), Tugendethik und konsequentialistischer Ethik.

Die Pflichtenethik geht von festen Handlungsnormen aus. Kant hat die höchste dieser Normen als „kategorischen Imperativ“ bezeichnet: Handle stets so, dass die Maxime deines Handelns Grundlage für ein allgemeines Gesetz sein kann. Die Tugendethik geht vom Wert persönlicher Tugenden aus, die angestrebt werden sollen, z. B. Tapferkeit oder Wahrhaftigkeit: Gut handelt, wer aus einer solchen Tugend heraus handelt. Die konsequentialistische Ethik blickt dagegen auf die Folgen des Handelns. Eine Handlung ist dann ethisch gerechtfertigt, wenn die Folgen gut oder nützlich sind.

Die einflussreichste Richtung der konsequentialistischen Ethik ist der Utilitarismus, der vielen Verfahren der gesundheitsökonomischen Evaluation zugrunde liegt und darüber hinaus in Public Health insgesamt eine wichtige Rolle spielt. Der Utilitarismus sieht eine Handlung dann als ethisch gerechtfertigt an, wenn der daraus resultierende Gesamtnutzen positiv ist, selbst wenn einige Menschen dabei Nachteile in Kauf nehmen müssen. Es ist unschwer zu erkennen, dass die Unantastbarkeit der Menschenwürde dieser Logik Grenzen setzt.

Klaus Dörner, ein bedeutender Vertreter der deutschen Sozialpsychiatrie, hat beispielsweise in Anlehnung an Kants kategorischen Imperativ gefordert, nicht utilitaristisch zu denken, sondern stets die Schwächsten im Blick zu behalten: „Handle so, dass du in deinem Verantwortungsbereich mit dem Einsatz all deiner Ressourcen an Hörfähigkeit, Aufmerksamkeit und Liebe, aber auch Manpower und Zeit immer beim jeweils Schwächsten beginnst – bei dem, bei dem es sich am wenigsten lohnt.“ [1] In der Prävention und Gesundheitsförderung ist dabei vor allem an die Verringerung sozialer Ungleichheit [2] (Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit) zu denken.

Ein prominenter Vertreter einer an Rechten orientierten und egalitär-liberalen Ethik ist John Rawls [3] und [4]. Er plädiert ebenfalls für eine besondere Hinwendung zu den vulnerabelsten Personen, den „worst off“-Mitgliedern einer Gesellschaft, wenn auch aus anderen ethischen Überlegungen als der oben zitierte Klaus Dörner.

Gegen alle der genannten ethischen Grundkonzepte lassen sich schwerwiegende Einwände formulieren, es gibt keinen Konsens über die „richtige Ethik“ in der Philosophie. Daher haben manche Autoren und Autorinnen vorgeschlagen, von Prinzipien auf mittlerer Abstraktionsebene auszugehen, die leichter allgemeine Anerkennung finden und von verschiedenen philosophischen Ansätzen her zu begründen sind (Prinzipienethik), oder anhand exemplarischer Fälle zu diskutieren (case-based approaches, kasuistischer Ansatz) (vgl. z. B. [5]).

Ethische Dimensionen präventiver bzw. gesundheitsförderlicher Strategien und Maßnahmen

Im angelsächsischen Sprachraum gibt es seit einigen Jahren eine intensive Diskussion zur Public Health-Ethik, die sich auch mit bevölkerungsbezogenen Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung beschäftigt. Aufgegriffen wurde dabei z. B. der aus den Biowissenschaften kommende prinzipienethische Ansatz von Beauchamp und Childress [6]. Sie formulieren vier ethische Grundprinzipien: Autonomie, Wohltätigkeit, Nichtschädigung und Gerechtigkeit. Im deutschsprachigen Raum hat Peter Schröder-Bäck [7] daran anknüpfend fünf Prinzipien einer gegenüber der individualmedizinischen Ethik eigenständig zu konzipierenden Public Health-Ethik formuliert: Maximierung des gesundheitlichen Gesamtnutzens und Bevölkerungsschutz, Achtung vor der Menschenwürde, Gerechtigkeit, Effizienz sowie Verhältnismäßigkeit. Die Achtung der Menschenwürde ist hier explizit in die kollektivethischen Überlegungen integriert.

Anhand solcher Prinzipien lassen sich die vielfältigen und kontextabhängig häufig komplexen ethischen Dimensionen präventiver bzw. gesundheitsförderlicher Strategien und Maßnahmen zumindest als Fragen aufzeigen:

- Welche Prioritäten sind in der Prävention und Gesundheitsförderung zu setzen? Werden die richtigen Probleme aufgegriffen? Wie ist die Orientierung an epidemiologischen Befunden gegenüber der Orientierung an Partizipations- und Konsensprozessen ethisch zu bewerten? Haben Kosten-Nutzen-Analysen mehr Gewicht als die Parteinahme für sozial Benachteiligte?
- Welche Handlungsverpflichtungen ergeben sich aus den sozialepidemiologischen Befunden zu Armut und Gesundheit für Gesundheitsförderung und Prävention?
- Sollen Fachleute der Gesundheitsförderung sozialpolitisch aktiv werden oder ist das ethisch sogar geboten? Welcher rechtliche Rahmen und welche persönlichen Grenzen sind hierbei zu beachten, auch unter Aspekten der Institutionenethik?
- Welche neuen ethischen Herausforderungen stellen komplexe Lagen, z. B. im Zusammenhang mit dem Klimawandel [8] (Klimawandel und Gesundheitsförderung)? Welche speziellen Herausforderungen stellt ein in der Sache notwendiger ressortübergreifender Ansatz von „Gesundheit in allen Politikfeldern“ [9] (Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP))? Welche ethischen Probleme stellen sich bei einem „ One Health“-Ansatz mit ökosystemischer Betrachtung auch von Tierwohl und planetarer Gesundheit? Wie sind dabei berührte internationale Aspekte von „Global Health“ zu bewerten?
- Wie sind Finanzierungsfragen in der Prävention ethisch zu bewerten? Sind z. B. Zuzahlungen für Gesundheitskurse für sozial Benachteiligte ethisch zu rechtfertigen? Ist politischer Druck auf Hersteller von Impfstoffen zur Senkung von Preisen ethisch zu rechtfertigen, um Rationierung zu vermeiden?
- Unter welchen Bedingungen darf in die Handlungsautonomie der Einzelnen eingegriffen werden? Darf man z. B. das Rauchen in öffentlichen Räumen oder das Autofahren unter Alkoholeinfluss verbieten? Ist eine Gurtpflicht mit dem Autonomieprinzip vereinbar? Wäre ein Zwang zur Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen legitim, und was rechtfertigt freiheitsbeschränkende Maßnahmen zur Prävention von Seuchen, siehe z. B. die Diskussionen dazu in der Coronakrise?
- Soll man E-Zigaretten trotz der damit verbundenen Gesundheitsrisiken aktiv bewerben, weil sie gegenüber der Tabakzigarette das kleinere Übel scheinen? Lassen sich alle relevanten zukünftigen Konsequenzen überhaupt verlässlich bestimmen?
- Darf man auf (gesunde) Menschen präventiv mit gegebenem Risiko von Nebenwirkungen einwirken, z. B. das Trinkwasser für alle Menschen fluoridieren oder eine Impfpflicht einführen?
- Darf man Untersuchungsbefunde aus Präventivprogrammen an Versicherungen weiterleiten? Muss man die Betroffenen über alle Untersuchungsbefunde informieren, wie ist ein Recht auf „Nichtwissen“ angemessen zu fassen?
- Wie wird im Eigenverantwortungsdiskurs Verantwortung zugewiesen? Sind „blaming the victim“-Strategien (dem Opfer die Schuld geben) in der Prävention zulässig?
- Ist die Identifikation und Benennung von Zielgruppen immer unbedenklich, oder gibt es Labeling-Effekte und Stigmatisierungen, z. B. in der Adipositasprävention oder in Präventionsangeboten für sozial Benachteiligte?
- Ist das präventiv Erreichbare zugleich die Ideal-Norm für alle Menschen? Gibt es eine Pflicht zur Gesundheit?
- Wo liegen die ethischen Grenzen einer Verbesserung von Gesundheit und körperlichen Leistungen, z. B. durch pharmakologisches Enhancement (Doping) oder durch eugenische

Maßnahmen?

- Welche neuen ethischen Herausforderungen bringt die Verbindung von präventiver und prädiktiver Medizin [10] (Prädiktive Medizin und individualisierte Medizin) in Zusammenhang mit den auf das Genom bezogenen „OMIC-Wissenschaften“ und Digitalisierung mit sich, sowohl auf der individuellen Ebene, als auch im Public Health-Kontext? Wie soll man in diesem Zusammenhang mit dem „Collingridge-Dilemma“ umgehen, also der Unsicherheit der Folgen einer Technologie, solange sie nicht etabliert ist, und der Pfadabhängigkeit, sobald sie etabliert ist?
- Was ist beim Sponsoring erlaubt, was in der Drittmittelforschung von Projekten und Programmen der Gesundheitsförderung und Prävention, z. B. im Hinblick auf Zuwendungen der Tabakindustrie?

In der konkreten Entscheidungsfindung sind die ethischen Aspekte mit fachlichen, ökonomischen, rechtlichen und politischen Aspekten abzuwägen. In einigen Handlungsfeldern gibt es dafür, soweit die Entscheidungsfindung nicht ohnehin rechtlich vorgebahnt ist, Unterstützung durch Ethikcodices oder ethikrelevante Leitlinien, z. B. in der Arbeitsmedizin, bei genetischen Untersuchungen oder der Durchführung von Screenings [11], [12]. Im öffentlichen Gesundheitsdienst [13] (Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung) wird dies zu den Aufgaben der 2023 neu gegründeten Fachgesellschaft „Deutsche Gesellschaft für Öffentliches Gesundheitswesen“ gehören.

Ethikcodices sollen dabei nicht das individuelle Gewissen (die individualethische Reflexion) ersetzen, sondern kumuliertes Wissen und ethische Diskursergebnisse verfügbar machen. Die genannten Beispiele mögen auch belegen, dass eine auf das individuelle Verhältnis zwischen Gesundheitsfachkräften und Patientinnen sowie Patienten konzentrierte Berufsethik in Gesundheitsförderung und Prävention nicht ausreicht, weil es oft um Fragen der Systemgestaltung geht, also auch institutionenethisch bzw. ordnungsethisch und auch mit Rücksicht auf geltendes Recht gedacht werden muss.

Für gestaltendes Handeln im öffentlichen Raum mit Beteiligung der Verwaltung – z. B. der Kommunalverwaltung, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst oder der Schulverwaltung – wird von den Autoren dieses Leitbegriffs eine zweistufige initiale ethische Prüfung vorgeschlagen. Dabei gilt die erste Stufe der Prüfung der Legitimität und Verhältnismäßigkeit einer Maßnahme mit Orientierung an den verfassungsmäßigen Grundrechten in einer Abwägung der rechtlichen Belastungen mit den erwarteten Vorteilen. Nur bei grundsätzlicher Bejahung der geplanten Maßnahme in dieser initialen Prüfung folgen dann als zweite Stufe weitere Überlegungen zur Erzielung des größtmöglichen Nutzens in Balance zum möglichen und möglichst minimierten Schaden. Dafür werden die gesundheitlichen, ökonomischen und ökosozialen Effekte einer Maßnahme und auch deren Akzeptanz unter den davon Betroffenen betrachtet, differenziert auch nach vulnerablen Gruppen mit besonderem Schutzbedürfnis wie Kinder, Schwangere, nicht Einwilligungsfähige usw. [14], [15] Eine Unterstützung können dafür strukturierte „Ethik-Tools“ wie beispielsweise die Entscheidungsfindung führende Algorithmen oder strukturierte Fragebögen zur Unterstützung der erforderlichen Reflexionen geben (siehe auch [15]).

Wissenschaftlichkeit und Ethik

In Prävention und Gesundheitsförderung werden Handlungsbedarfe häufig epidemiologisch begründet, z. B. anhand der Berechnung von „verlorenen Lebensjahren“ (potential years of life lost, PYLL) oder der „vermeidbaren Sterblichkeit“. Scheinbar verschwinden dadurch ethische Abwägungsfragen hinter epidemiologischen Kennziffern. Gleiches gilt für die Ausrichtung von Zielen an statistischen Durchschnittswerten als „Norm“ [16]. In Anlehnung an eine Formulierung des österreichischen Soziologen Andreas Bogner („Die Epistemisierung des Politischen“) könnte man hier von einer „Epistemisierung des Ethischen“ sprechen. In der Festlegung des präventiven Handlungsbedarfs kommt der Epidemiologie zwar in der Tat ein großer Stellenwert zu, weil sich Interventionen hier, anders als in der Kuration, nicht ohne Weiteres aus der Nachfrage von „behandlungsbedürftigen“ Menschen ergeben. Es gibt jedoch keine einfache Ableitung von Präventionszielen aus epidemiologischen Befunden. Wer das Sollen aus dem Sein ableitet, begeht nach David Hume einen „naturalistischen Fehlschluss“: Es gibt keinen gültigen logischen Schluss vom Sein auf das Sollen.

Epidemiologische Konstrukte wie verlorene Lebensjahre oder vermeidbare Sterblichkeit [17] (Epidemiologie und Sozialepidemiologie) sind davon nicht ausgenommen. Das richtige Handeln lässt sich nicht ausrechnen, was auch für das ethisch richtige Handeln gilt: Es muss im Gespräch, insbesondere unter Einbeziehung der Betroffenen, und unter Offenlegung der herangezogenen Prämissen gesucht werden (ethischer Diskurs). Gerade in Prävention und Gesundheitsförderung kann dazu das Ergebnis gehören, dass sich das ethisch Richtige nicht immer zweifelsfrei bestimmen lässt.

Weiterführende Quellen:

- Bayer R, Beauchamp DE, Gostin LO, Jennings B, Steinbock B. Public Health Ethics: Theory, policy and practice. New York: Oxford University Press; 2007.
- Collingridge D. The social control of technology. London: Pinter; 2016.
- Deutscher Ethikrat. Impfen als Pflicht. Berlin: Deutscher Etikrat; 2019;
- Hafen M. Ethik In Prävention Und Gesundheitsförderung. Präv Gesundheitsf. 2013;8(4):284–288. DOI:10.5281/zenodo.44501
- Kohlberg L. Die Psychologie der Moralentwicklung. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1996.
- Kolb S, Seithe H, International Physicians for the Prevention of Nuclear War. Medizin und Gewissen: 50 Jahre nach dem Nürnberger Ärzteprozess: Kongressdokumentation. Frankfurt am Main: Mabuse; 1998.
- Naidoo J, Wills J. Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung; 2010.
- Schröder-Bäck P, Kuhn J. Ethik in den Gesundheitswissenschaften. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2016.

Internetadressen:

- Deutscher Ethikrat. Available from: https://www.ethikrat.org
- Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften. Available from: https://www.drze.de
- Nuffield Council on Bioethics. Available from: https://www.nuffieldbioethics.org

References

1. Dörner K. Gegen die Schutzhaft der Nächstenliebe – Umgang mit Kranken und Behinderten. 2024 [accessed 2024 Jan 1]. Available from: https://bidok.uibk.ac.at/library/doerner-schutzhaft.html
2. 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
3. Rawls J. Justice as Fairness / Gerechtigkeit als Fairness: Englisch / Deutsch. Ditzingen: Reclam; 2020.
4. Rawls J. Eine Theorie der Gerechtigkeit. Frankfurt: Suhrkamp; 1979.
5. Coughlin SS. Ethical issues in epidemiologic research and public health practice. Emerg Themes Epidemiol. 2006 Oct 3;3(1):16. DOI:10.1186/1742-7622-3-16
6. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press; 2013.
7. Schröder-Bäck P. Ethische Prinzipien für die Public Health-Praxis: Grundlagen und Anwendungen. Frankfurt am Main: Campus; 2014.
8. Herrmann A, Eichinger M. Klimawandel und 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-i156-1.0
9. Köckler H, Geene R. Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i157-1.0
10. 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
11. Baur X, Letzel S, Nowak D. Ethik in der Arbeitsmedizin. Landsberg: ecomed; 2009.
12. Nennstiel-Ratzel U. Screeningangebote. In: Schröder-Bäck P, Kuhn J, editors. Ethik in den Gesundheitswissenschaften. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2016. p. 231–240.
13. 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

14. Wildner M, Zöllner H. Ethik staatlichen Handelns im Dienst der Bevölkerungsgesundheit. In: Schröder-Bäck P, Kuhn J, editors. Ethik in den Gesundheitswissenschaften – Eine Einführung. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2016. p. 147–164.
15. Wildner M, Schröder-Bäck P. Ethische Herausforderungen im Dienst an der öffentlichen Gesundheit. In: Roller G, Wildner M, editors. Lehrbuch Öffentliche Gesundheit. Göttingen, Bern: Hogrefe; 2024.
16. Kuhn J. Präventionsberichterstattung: Methodische Fragen, ethische Fragen – eine Nachbetrachtung. In: Robert Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, editors. Über Prävention berichten – aber wie? Methodenprobleme der Präventionsberichterstattung. Berlin: RKI; 2020. p. 125–131.
17. Kuhn J, Bolte G. Epidemiologie und Sozialepidemiologie. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i011-3.0

Korrespondenz: Dr. Joseph Kuhn, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Veterinärstr. 2, 85764 Oberschleißheim, Deutschland, E-mail: joseph.kuhn@lgl.bayern.de

Zitierhinweis: Kuhn J, Wildner M. Ethik in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i015-1.0

Copyright: © 2026 Joseph Kuhn 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/

Evaluation

Gina Haack[1]
Wolfgang Haß[2]

[1] Referat T 5 Organ- und Gewebespende, Blut- und Plasmaspende, Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), Köln, Deutschland

[2] Referat Q 3 Evaluation, Methoden und Forschungsdaten, Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), Köln, Deutschland

Abstract

Evaluation generiert, dokumentiert und wertet Informationen in der Prävention und Gesundheitsförderung aus und ermöglicht den Durchführenden einer Intervention die Planung, Steuerung und das Erfassen von (intendierten und nicht intendierten) Effekten bzw. Wirkungen. Damit ist Evaluation ein substanzieller Bestandteil jeder gesundheitsbezogenen Intervention und sollte von Beginn an eingeplant werden. In Abhängigkeit der verfügbaren Ressourcen, des Planungsstands und der jeweiligen Interessen kann intern oder extern sowie fachvertraut oder fachfremd evaluiert werden. Eine Evaluation stellt damit zudem wichtige Erkenntnisse für Stakeholder und Politik zur Verfügung.

Keywords: Planung, Qualitätssicherung, Struktur, Prozess, Wirkungsnachweis

Begriffsbestimmung

Der Begriff Evaluation bedeutet „Bewertung“, „Beurteilung“ (aus dem lateinischen valere = „stark“ oder „wert sein“). Nach diesem allgemeinen Verständnis ist Evaluation Bestandteil unseres alltäglichen Handelns, indem dessen Ergebnisse bewertet oder beurteilt werden. Im wissenschaftlichen Sinn ist Evaluation eine Untersuchung, mit der relevante Informationen in einem definierten Kontext systematisch dokumentiert und unter Anwendung von Methoden der Sozialforschung kriteriengeleitet und nachvollziehbar bewertet werden. Ziel der Evaluation ist die Bereitstellung und Interpretation von Daten, mit deren Hilfe entschieden werden kann, ob der Evaluationsgegenstand auf dem vorgesehenen Weg (Verlaufskontrolle) seinen Zweck (Erfolgskontrolle) erfüllt.

Evaluationsgegenstand

Gegenstand einer Evaluation können Strukturen, Prozesse oder Ergebnisse von zielorientierten Aktivitäten sein sowie deren Planung/Konzept und verschiedene Kontextbedingungen. Eine umfassende (komplexe) Evaluation erstreckt sich in der Regel auf mehrere Bereiche bzw. Komponenten, die in einer beschreibbaren Beziehung zueinander stehen oder auch zeitlich aufeinander folgen können.

Im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung können verschiedene Typen von Interventionen (Projekte, Maßnahmen, Programme, Kampagnen etc.) Gegenstand einer Evaluation sein. Damit verbundene Ziele sind Erkenntnisgewinn, Reflexion und Legitimation einer gewählten Vorgehensweise, insbesondere durch Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Qualitätssicherung.

Im Fall noch unzureichender oder fehlender Evidenz zu einem Sachverhalt trägt Evaluation zur Evidenzbasierung bzw. –generierung [1] (Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 1: Verständnis) bei. Idealerweise fließen die Erkenntnisse der Evaluation in die Planung weiterer bzw. in die Verbesserung bereits erprobter Aktivitäten ein, so dass ein Kreislauf der ständigen Optimierung entsteht [2], [3] (Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus ; Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement).

Die fortlaufende Generierung und Dokumentation von Prozessinformationen im Rahmen einer Evaluation ermöglicht den Durchführenden der Intervention zudem die Bewertung wichtiger Verlaufsparameter und damit die Steuerung der Intervention, indem relevante Parameter ggf. nachjustiert werden können. Damit ist Evaluation ein substanzieller Bestandteil jeder gesundheitsbezogenen Intervention und sollte von Beginn an eingeplant werden.

Typische Fragen sind:

- Sind die verfügbaren strukturellen Ressourcen zur Durchführung einer Intervention geeignet?
- Sind Planung und Zeithorizont realistisch?
- Läuft die Durchführung planmäßig, oder gibt es Schwachstellen respektive unvorhergesehene Ereignisse?
- Entsprechen die Ergebnisse den zuvor definierten Zielen?
- Sind die Ergebnisse (Nutzen) in Bezug auf die eingesetzten Ressourcen (Kosten) effizient?

Es lassen sich verschiedene Formen der Evaluation im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung unterscheiden.

Planungs-, Konzept- oder Strategieevaluation (Assessment-Evaluation)

Zu Beginn einer geplanten gesundheitsbezogenen Intervention sollte eine Analyse und Bewertung der Ausgangssituation stehen (u. a. Epidemiologie eines Gesundheitsproblems, Bedarfe und Bedürfnisse hinsichtlich der Lösung des Problems, vorhandene Ressourcen, Verfügbarkeit von Theorien und adäquaten theoretischen Modellen, Verfügbarkeit wissenschaftlicher Evidenz bzw. Umsetzungserfahrungen als „best practice“ [4] (Good Practice / Best Practice in der Gesundheitsförderung).

Eine substanzielle Grundlage der Evaluation ist in der Planungsphase der Intervention die Erstellung eines Interventionskonzepts (auch Interventionsplan, -modell oder -theorie genannt). In diesem wird dokumentiert, auf welche Weise was, bei wem, von wem, bis wann, unter welchen Voraussetzungen und mit welchen Mitteln erreicht werden soll (u. a. Definition von Zielen und ggf. Zwischenzielen).

Weiterhin ist für die Evaluation zu dokumentieren, welche Kriterien zur Überprüfung der Zielerreichung herangezogen werden sollen (Indikatoren, Operationalisierung), und mit welchen Methoden dies geprüft werden kann (Evaluationsdesign).

Hypothesen zu angenommenen Wirkungszusammenhängen und deren Auswirkungen auf mögliche Ergebnisse sowie auf die einzelnen Phasen der Intervention lassen sich am besten in einem „logischen Modell“ bzw. in einem „Programmbaum“ veranschaulichen.

Damit werden in der Phase der Planung alle notwendigen Elemente einer Evaluation der Intervention festgelegt. Zudem wird geprüft, ob die getroffenen Annahmen realistisch hinsichtlich der Zielerreichung sind. Eine besondere Herausforderung im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung und hier insbesondere bei komplexen Interventionen ist es, nachzuweisen, dass die gemessenen Effekte auf die Intervention zurückgeführt werden können und welche Bestandteile der Intervention welche (Teil-)Effekte hervorgerufen haben.

Die Evaluation von Interventionen in Settings wie Kindertagesstätten [5] (Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe), Schulen [6] (Gesundheitsförderung und Schule), Kommunen [7] (Kommunale Gesundheitsförderung) etc. (Settingansatz/Lebensweltansatz) [8] oder für bestimmte Zielgruppen wie Kinder, ältere Menschen, Lehrkräfte [9] etc. (Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren) erfordert besondere Herangehensweisen und Abstimmungsprozesse. Bei diesen in der Regel komplexen Interventionen sind regionalen oder lokalen Spezifitäten Rechnung zu tragen und partizipative Forschungsansätze sinnvoll [10] (Partizipative Gesundheitsforschung).

Prozessevaluation (Formative Evaluation)

Prozessevaluation schafft die Möglichkeit gestaltend (formativ) in den Ablauf einer Intervention einzugreifen und damit diese zu steuern. Zum einen kann die Durchführungsgüte überprüft werden, d. h., es wird untersucht, ob der tatsächliche auch dem geplanten Verlauf der Intervention entspricht (Programmtreue). Zum anderen kann geprüft werden, ob die Intervention die Zielgruppe erreicht und von der Zielgruppe akzeptiert wird (Programmreichweite und -akzeptanz).

Im Fall von Abweichungen ist zu klären, worauf diese zurückzuführen sind, ob sie beispielsweise die Durchführungsgüte mindern – und damit unter Umständen auch die Wirksamkeit einer Intervention – und welche Anpassungsmaßnahmen ggf. zu treffen sind. Wichtig ist zudem, mögliche nicht intendierte oder

unerwartete Effekte einer Intervention zu dokumentieren und zu bewerten. Prozessevaluation sollte kontinuierlich während der gesamten Durchführungsphase einer Intervention stattfinden, denn sie dient der Optimierung des Interventionsprozesses.

Bei komplexen Interventionen kann durch Evaluation untersucht werden, ob die einzelnen Interventionskomponenten wie geplant in die gleiche Richtung wirken und so gemeinsam einen Beitrag zur Zielerreichung der Gesamtintervention ermöglichen. Ansonsten kann der intendierte Gesamterfolg geschmälert werden. Dabei sollte die Evaluation wesentliche Faktoren für den Erfolg und Misserfolg einzelner Interventionskomponenten identifizieren (z. B.: Wird mit Maßnahme X die vorgesehene Zielgruppe erreicht? Werden die Absichten einer Maßnahme und die Art und Weise ihrer Vermittlung verstanden?).

Dies schafft die Möglichkeit, im Prozess der Durchführung zu entscheiden, ob durch gezielte Veränderungen von Interventionskomponenten die Zielerreichung sichergestellt werden kann oder auch, ob auf einzelne Komponenten verzichtet werden sollte.

Ergebnisevaluation (Summative Evaluation)

Die Evaluation der Wirksamkeit einer Intervention bzw. ihrer einzelnen Komponenten leitet sich aus der im Interventionskonzept dokumentierten Definition von Zielen und möglichen Zwischenzielen ab. Sie bezieht sich in erster Linie auf die kurz-, mittel- oder langfristigen Wirkungen, die auf die Intervention zurückführbar sind (Outcomes, Impact).

Im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung lassen sich gesundheitsbezogene Effekte auf der individuellen Wissens-, Einstellungs- und Verhaltensebene sowie der strukturellen Ebene unterscheiden. Von besonderem Interesse ist dabei oftmals die Nachhaltigkeit einer Intervention und das Auftreten von Wirkungen, die über die ursprünglich intendierten Ziele hinausgehen oder andauern (z. B. die Entwicklung von Kooperationsnetzwerken).

Berücksichtigt werden sollten auch nicht-intendierte Effekte bzw. unerwartete Effekte, die im Interventionskonzept nicht dokumentiert sind. Ein wichtiger Output von Evaluation ist die Aufbereitung von Ergebnissen und Erfahrungen für die (Fach-) Öffentlichkeit (Transfer von Lernerfahrungen) und für Stakeholder bzw. die Politik (Entscheidungshilfe).

Methodische Aspekte der Evaluation in der Prävention und Gesundheitsförderung

Die bei einer Evaluation vorgesehenen methodischen Verfahren sind im Evaluationskonzept – im Sinne eines Evaluationsdesigns – zu dokumentieren. Hierzu zählen zum einen die Auswahl eines dem Evaluationsgegenstand angemessenen Erhebungsverfahrens, z. B. ein RCT (Randomised Controlled Trial), eine prospektive Beobachtungsstudie und/oder eine Fallkontrollstudie. Im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung sind kontrollierte Designs allerdings häufig nicht umsetzbar, z. B. aufgrund fehlender Kontrollgruppenmöglichkeiten, langer Wirkungszeiträume oder ethischer Aspekte. Hier können z. B. (quasi-) experimentelle Designs entwickelt und/oder angewendet werden.

Komplexe Interventionen umfassen verschiedene Komponenten (z. B. Zielgruppen, Settings, Maßnahmen, Strategien, Kommunikationskanäle), die im Evaluationsdesign entsprechend zu berücksichtigen sind. Außerdem sollten geeignete quantitative und/oder qualitative Methoden der empirischen Sozialwissenschaften angewendet werden. Letztere sind insbesondere bei der Planungs- und der Prozessevaluation von Bedeutung (z. B. Fokusgruppen zur Diskussion von Problemen und deren möglichen Lösungen).

Für eine umfassende Bewertung des Evaluationsgegenstands können eine multiperspektivische Betrachtungsweise des Gegenstands (Triangulation) und/oder die Kombination von verschiedenen Methoden (Mixed Methods) hilfreich sein.

Varianten der Evaluation

In Abhängigkeit insbesondere von den materiellen und personellen Ressourcen, den Fragestellungen, dem erwarteten Nutzen und den Evaluationsverantwortlichen kann die Durchführung einer Evaluation variieren. Es muss versucht werden, die jeweils bestmögliche Variante zu finden und diese auf die vorgefundenen Bedingungen zuzuschneiden; die eine „beste“ Untersuchungsart gibt es nicht. Dabei

muss für jede Fragestellung geprüft werden, wie man zu den gewünschten Informationen gelangt. Die an der Durchführung der Evaluation Beteiligten sollten bei der Wahl des Evaluationsdesigns einbezogen werden.

Hinsichtlich der Position zur Institution, die die Evaluation durchführt (intern/extern) und zu ihrer fachlichen Expertise (fachvertraut/fachfremd) lassen sich vier Evaluationsvarianten unterscheiden, die zum Teil kombinierbar sind: Die Selbstevaluation (fachvertraut) und die Inhouse-Evaluation (fachfremd) sind Unterformen der internen Evaluation, die Peerevaluation (fachvertraut) und die Fremdevaluation (fachfremd) sind Unterformen der externen Evaluation.

Evaluationsstandards und Checklisten

Um die Güte von Evaluationen zu sichern, hat das „Joint Committee on Standards for Educational Evaluation“ Standards festgelegt, die nach den Bewertungsdimensionen Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit untergliedert sind [11]. Die Deutsche Gesellschaft für Evaluation (DeGEval) hat diese Standards für den deutschsprachigen Raum angepasst.

Zudem existieren Checklisten, die den Evaluationsverantwortlichen Kontrollmöglichkeiten an die Hand geben, alle relevanten Aspekte einer Evaluation auch zu berücksichtigen.

Weiterführende Quellen:

- Bödeker W, Moebus S. Studiendesigns zur Wirkungsevaluation in Prävention und Gesundheitsförderung – Die Bedeutung interner und externer Validität für die Evidenzbasierung in Lebenswelten. Gesundheitswesen. 2020 Dec;82(12):e147–57. DOI:10.1055/a-0832-2220
- van den Bogaert V. Evaluationsstandards – Leitprinzipien von Evaluationen. In: Niemann P, van den Bogaert V, Ziegler R, editors. Evaluationsmethoden der Wissenschaftskommunikation. Wiesbaden: Springer VS; 2023. p. 51–66. DOI:10.1007/978-3-658-39582-7
- Döring N. Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 6 edn. Heidelberg: Springer Nature; 2023.
- Flick U. Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte, Methoden, Umsetzungen. Reinbek: Rowohlt; 2006.
- Gollwitzer M, Pohl S, Jäger RS. Evaluation kompakt. 3 edn. Weinheim: Beltz Juventa; 2023.
- Kolip P. Praxishandbuch Qualitätsentwicklung und Evaluation in der Gesundheitsförderung. Weinheim: Beltz Juventa; 2019.
- Loss J, Seibold C, Eichhorn C, Nagel E. Evaluation in der Gesundheitsförderung: Eine Schritt-für-Schritt-Anleitung für Gesundheitsförderer. 2010 [accessed 2024 Feb 26]. Available from: https://www.lgl.bayern.de/publikationen/doc/lgl_mat_z_gesund_bd3.pdf
- Naidoo J, Wills J. Lehrbuch Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe; 2019.
- Widmer T, Beywl W, Fabian C, editors. Evaluation: Ein systematisches Handbuch. Heidelberg: Springer; 2009.
- Zeitschrift für Evaluation. Available from: https://www.waxmann.com

Internetadressen:

- Eval-Wiki. Available from: https://eval-wiki.org/glossar/Kategorie:A_bis_Z
- Gesellschaft für Evaluation. Eval-Wiki. Available from: https://www.degeval.de
- Plattform für Projektmanagement und Qualität im Gesundheits- und Sozialbereich. Available from: https://www.good-practice.ch/de
- DeGEval-Standards für Evaluation. Available from: https://www.degeval.org/degeval-standards/standards-fuer-evaluation

References

1. De Bock F, Dietrich M, Rehfuess E. Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 1: Verständnis. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i017-1.0
2. Hartung S, Rosenbrock R. Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i099-2.0
3. 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
4. Elkeles T, Kilian H, Von Rüden U, Ackermann G. Good Practice / Best Practice in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i141-2.0
5. Richter-Kornweitz A, Holz G. Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i137-1.0
6. Paulus P, Dadaczynski K. Gesundheitsförderung und Schule. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i051-3.0
7. Quilling E, Leimann J, Tollmann P. Kommunale 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-i043-1.0
8. 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
9. Blümel S, Lehmann F, Hartung S. Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i128-2.0
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/bioeg:q4-i085-3.0
11. Sanders JR, editor. Handbuch der Evaluationsstandards: Die Standards des “Joint Committee on Standards for Educational Evaluation. Heidelberg: Springer; 2013.

Korrespondenz: Gina Haack, Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), Referat T 5 Organ- und Gewebespende, Blut- und Plasmaspende, Maarweg 149-161, 50825 Köln, Deutschland, E-mail: gina.haack@bioeg.de

Zitierhinweis: Haack G, Haß W. Evaluation. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i016-1.0

Copyright: © 2026 Gina Haack 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/

Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 1: Verständnis

Freia De Bock[1]
Martin Dietrich[2]
Eva Annette Rehfuess[3]

[1] Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Leiterin des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft; Lehrstuhlinhaberin und Professorin für Medizinische Soziologie; Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany

[2] Referatsleiter Referat 513 - Innovationsfonds, Zukunftsregion digitale Gesundheit, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn, Germany

[3] Leitung des Lehrstuhls für Public Health und Versorgungsforschung, Ludwigs-Maximilians-Universität München, München, Germany

Abstract

Im Feld Prävention und Gesundheitsförderung wurde und wird das Thema Evidenzbasierung kontrovers diskutiert. Dieser Leitbegriff informiert über grundlegende Prinzipien der Evidenzbasierung im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung. Es werden Kriterien für die Einordnung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Bezug auf ihre wissenschaftliche Absicherung und Wirksamkeit definiert. Der Artikel zeigt außerdem auf, was im Zusammenhang komplexer Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zu berücksichtigen ist. Er plädiert dafür, dass auch mit zunehmend komplexeren Maßnahmen am Prinzip der Evidenzbasierung festzuhalten und damit der Nachweis der Wirksamkeit von Maßnahmen zentral ist. Daraus folgende Konsequenzen für die Umsetzung in der Praxis werden im Leitbegriff Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 2: Umsetzung beschrieben.

Keywords: Evidenzbasiert, Public Health, Decision-making, Interventionen

Perspektiven auf Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung

Evidenzbasierung in Prävention und Gesundheitsförderung kann aus zwei Perspektiven beleuchtet und anwendbar gemacht werden: Aus einer übergeordneten Perspektive geht es zunächst um Kriterien für Prozesse, die zu Entscheidungen und Empfehlungen bzw. zu Strategien für ein definiertes Gesundheitsproblem führen, z. B. auf nationaler Ebene. Folgende Fragestellungen stehen exemplarisch für diese Perspektive:

- „Wie können Entscheidungen zur Umsetzung von übergeordneten Strategien (z. B. Aktionsplan) evidenzbasiert getroffen werden?“
- „Welche Prozesse und Kriterien beeinflussen maßgeblich übergeordnete, z. B. nationale Leitlinien zu Prävention und Gesundheitsförderung?“

Aus der untergeordneten Perspektive wird die Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung betrachtet, die primär durch Praxisakteurinnen und -akteure auf der regionalen oder lokalen Ebene erfolgt, z. B. in Lebenswelten. Daher ist für das Verständnis von Evidenzbasierung auch die auf einzelne Maßnahmen bezogene Perspektive wichtig. Folgende Fragestellungen stehen exemplarisch für diese Perspektive:

- „Ist eine Maßnahme, die eine Praxisakteurin oder ein Praxisakteur aus ihren bzw. seinen Netzwerken kennt, wirklich evidenzbasiert?“
- „Auf Basis welcher Kriterien können einzelne Maßnahmen in Datenbanken zur Empfehlung der Umsetzung durch Praxisakteurinnen und -akteure aufgenommen und transparent in Bezug auf ihre wissenschaftliche Absicherung dargestellt und zur Umsetzung in der Praxis empfohlen werden?“

Bei der Anwendung und Definition des Begriffes und der Kriterien für Evidenzbasierung in Prävention und Gesundheitsförderung wird daher in diesem Leitbegriff zwischen den folgenden beiden Perspektiven unterschieden:

- Evidenzbasierung von Entscheidungen zur Umsetzung übergeordneter Strategien und Leitlinien
- Evidenzbasierung einzelner Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten

Verständnis von Evidenzbasierung in der Medizin

Die Idee der Evidenzbasierung hat ihre Ursprünge in der Medizin, wo das Konzept bereits in den 1990er Jahren geprägt wurde und sich seitdem als internationale Bewegung von Akteurinnen und Akteuren in Klinik, Methodik und Leitlinienentwicklung formiert und stark verbreitet hat. Evidenzbasierte Medizin beschreibt die Integration von bestverfügbarer wissenschaftlicher Erkenntnis, klinischer Expertise und Werten und Präferenzen von Patientinnen und Patienten [1]. Evidenzbasierung ist ein leitendes Prinzip für die medizinische Versorgung und auch im SGB V (§ 35) verankert. Der GB-A, der für die Bewertung und Zulassung therapeutischer Maßnahmen in Deutschland zuständig ist, definiert das Prinzip wie folgt: „Der Begriff 'Evidenz' […] bedeutet 'Nachweis, Beweis'. Die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien werden als Beweis für oder gegen den Nutzen einer medizinischen Methode verwendet. […] Im Rahmen eines evidenzbasierten Vorgehens wird deswegen die Qualität der Evidenz einer Studie anhand ihres Aufbaus und ihrer Durchführung nach festgelegten Regeln eingeschätzt. Je höher die Qualität der Evidenz eingeordnet wird, umso sicherer kann von den Studienergebnissen auf den Nutzen der untersuchten medizinischen Methode geschlossen werden.“ [2]

Aber auch in den Gesundheitsberufen der Pflege, Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie [3] sowie in vielen anderen Sektoren und Wissenschaftsfeldern, darunter in Bildung und Pädagogik [4], [5], der Psychologie [6] und im Management [7] wird das Konzept der Evidenzbasierung teilweise angewendet oder zumindest eingefordert.

Verständnis von Evidenzbasierung in der Public Health

Prävention und Gesundheitsförderung ist ein Kernhandlungsfeld der Public Health. Public Health ist definiert als „die Kunst und Wissenschaft der Prävention von Krankheit, der Verlängerung des Lebens und der Gesundheitsförderung durch die organisierten Bemühungen der Gesellschaft“ [8]. Definitionen der evidenzbasierten Prävention und Gesundheitsförderung in der wissenschaftlichen Literatur beziehen sich daher fast immer auf evidenzbasierte Public Health. Tabelle 1 zeigt beispielhaft Definitionen von Evidence-based Public Health; weitere Perspektiven und Definitionen sind als Ergebnis eines systematischen Reviews publiziert [9].

Ausgewählte Definitionen von evidenzbasierter Public Health	
	» ...the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of communities and populations in the domain of health protection, disease prevention, health maintenance and improvement (health promotion). [...] In the same spirit it is [...] the process of systematically finding, appraising, and using contemporaneous research findings as the basis for decisions in public health.« (S. 190) [11]
	»...the development, implementation, and evaluation of effective programs and policies in public health through application of principles of scientific reasoning, including systematic uses of data and information systems, and appropriate use of behavioral science theory and program planning models.« [13] »From such an approach, activities in public health practice are explicitly linked with the underlying scientific evidence that demonstrates effectiveness. Evidence-based public health involves the development and implementation of effective programs and policies.« [12]
	»Evidence-based public health could be defined as integrating the best available evidence with the knowledge and considered judgements from stakeholders and experts to improve health and protect the population from infectious and environmental hazards.« (S. 1) [14]
	»Evidence-based Public Health soll die Gesundheit auf Bevölkerungsebene durch wissenschaftlich abgesicherte Entscheidungen verbessern. Dafür wird das verfügbare Wissen der medizinischen, ökonomischen, ethischen, soziokulturellen und rechtlichen Aspekte von Krankheit und Maßnahmen systematisch, transparent und zielgerecht bewertet und in die Entscheidungsprozesse eingebracht. Alle Schritte – von der Problemstellung bis zur Umsetzung der Maßnahmen und Programme – sollen explizit, transparent und begründet sein.« (S. 7)

Tab. 1: Ausgewählte Definitionen von evidenzbasierter Public Health

Zusammenfassend lässt sich hervorheben, dass die meisten Definitionen die Orientierung an der Bevölkerung im Gegensatz zu einer Orientierung am Individuum als wesentlichen Unterschied zwischen Evidenzbasierter Medizin (EBM) und Evidenzbasierter Public Health (EBPH) betonen. Auffällig ist, dass keine der Definitionen sich explizit auf Ansätze in Lebenswelten bezieht oder konkret ein Einbeziehen von Sektoren außerhalb des Gesundheitssektors im Sinne eines Health-in-All-Policies-Ansatzes benennt. Eine Definition bezieht sich im Wesentlichen auf epidemiologische Erkenntnisse, etwa die Hälfte der Definitionen ist dagegen explizit interdisziplinär (d. h. auf die Kooperation mit nicht primär gesundheitswissenschaftlichen Disziplinen) ausgerichtet. Von besonderer Bedeutung ist, dass nur zwei Definitionen unter Evidenzbasierung ausschließlich eine Bewertung der Wirksamkeit von Maßnahmen verstehen, während vier Definitionen konkrete Kriterien wie Kostenwirksamkeit, Machbarkeit und Akzeptabilität als wichtige Aspekte eines evidenzbasierten Vorgehens nennen [9]. Die Diskussionen und die Vordenkerinnen und Vordenker in Deutschland zu Evidenzbasierung in Prävention und Gesundheitsförderung sind sehr gut in einem Buch von Trojan und Kolip [15].

Allgemeine Prinzipien für evidenzbasierte Entscheidungen

Aus der evidenzbasierten Medizin lassen sich fünf allgemeine Prinzipien von Evidenzbasierung von Entscheidungen ableiten, auch wenn diese in unterschiedlichen Quellen unterschiedlich dargestellt werden. Tabelle 2 führt diese Prinzipien als STIIP auf – Systematik, Transparenz im Umgang mit Unsicherheit, Integration und Partizipation, Umgang mit Interessenkonflikten sowie ein strukturierter, reflektierter Prozess. Sie gelten für die evidenzbasierte Medizin ebenso wie für evidenzbasierte Public Health.

STIIP – Allgemeine Prinzipien von Evidenzbasierung

S	**Systematik** Wesentlich für eine evidenzbasierte Entscheidung ist die systematische Sichtung, Bewertung und Zusammenfassung der besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse, insbesondere hinsichtlich der Wirksamkeit einer Maßnahme der Prävention und Gesundheitsförderung. Eine Entscheidung basierend auf einer einzelnen Studie (wenn mehr als eine relevante Studie vorliegt) oder der selektiven Auswahl von Studienergebnissen widerspricht dem Prinzip der Systematik. Metaanalysen und systematische Übersichtsarbeiten oder eine komprimierte Form dieser Methoden wie Rapid Reviews, Evidence Maps oder Overviews of Systematic Reviews setzen dieses Prinzip um.
T	**Transparenz** im Umgang mit Unsicherheit Jede Entscheidung birgt Unsicherheiten in sich – die transparente Darstellung des zugrundeliegenden Vorgehens legt diese Unsicherheiten offen. Dies ermöglicht eine kritische Prüfung des Entscheidungsfindungsprozesses an sich, sowie der Glaubwürdigkeit der verwendeten Evidenz. Das Prinzip von Transparenz im Umgang mit Unsicherheit kann auf mehreren Ebenen umgesetzt werden. Durch – einen explizit gestalteten Prozess für die Entscheidungsfindung, wie zum Beispiel bei Leitlinien, – eine vorab festgelegte und klar beschriebene Methodik für die Zusammenführung von wissenschaftlichen Erkenntnissen und der Bewertung der Qualität verwendeter Studien, insbesondere im Rahmen von systematischen Übersichtsarbeiten, – die systematische und transparente Bewertung von Unsicherheit in der verwendeten Evidenz, dargestellt zum Beispiel durch Evidenzgrade.
I	**Integration** und Partizipation Evidenzbasierte Entscheidungen sind nicht allein von Wissenschaftlichkeit geprägt; sie sollen auch die Kompetenz und Erfahrung von Verantwortlichen sowie die Werte und Präferenzen von Betroffenen einbeziehen. In der evidenzbasierten Medizin findet diese Integration als „shared decision-making" zwischen Arzt bzw. Ärztin und Patient bzw. Patientin statt. Evidenzbasierte Public Health ist durch eine Vielfalt von Stakeholdern in unterschiedlichen gesellschaftlichen Sektoren gekennzeichnet – darunter diejenigen, die eine Maßnahme finanzieren oder umsetzen, und diejenigen, die direkt oder indirekt von dieser Maßnahme betroffen sind. Die Umsetzung des Prinzips der Integration und Partizipation erfolgt darüber, wer in den Entscheidungsprozess involviert ist und in welcher Form die Beteiligung erfolgt – ob durch eine repräsentative Umfrage, Konsultationen oder eine konkrete Mitwirkung an der Entscheidung.
I	Umgang mit **Interessenkonflikten** Bei Entscheidungen zu Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung müssen oft unterschiedliche Motivationen und Interessen in Einklang gebracht werden. Per se haben diese in einer demokratischen Gesellschaft ihre Berechtigung. Dennoch sollten nicht alle ungefiltert in den Entscheidungsprozess einfließen. Interessen – darunter finanzielle, institutionelle, verwandtschaftliche und viele andere – müssen nach den wissenschaftlichen Regeln des Umgangs mit Interessenkonflikten offengelegt werden. Interessenkonflikte, die das Risiko für eine systematisch verzerrte Beurteilung der Evidenz (Bias) nennenswert erhöhen, müssen minimiert werden. Bei schwerwiegenden Interessenkonflikten sollte eine Person vom Entscheidungsprozess ausgeschlossen werden.
P	Strukturierter, reflektierter **Prozess** Evidenzbasierung ist durch einen strukturierten Prozess gekennzeichnet. Dieser Prozess besteht aus fünf Schritten: 1 Formulierung einer klaren Fragestellung; 2 Suche nach der besten verfügbaren Evidenz; 3 kritische Prüfung der wissenschaftlichen Erkenntnisse hinsichtlich Glaubwürdigkeit und Relevanz; 4 Anwendung der Evidenz – ob am Krankenbett, bei der Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Maßnahme oder im Rahmen einer gesundheitspolitischen Entscheidung; 5 Bewertung der Umsetzung – ob durch kritische Reflektion oder begleitende Evaluation [2]

Tab. 2 STIPP − Allgemeine Prinzipien von Evidenzbasierung, eigene Darstellung

Public Health-spezifische Umsetzungsfaktoren von Evidenzbasierung

Aus der oben erwähnten systematischen Literaturrecherche zu Perspektiven der Evidenzbasierung in der Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Public Health und aus dem Feld methodischer Arbeiten zum Thema Komplexität im Feld der Public Health (z. B. [16]) lassen sich zusätzliche Faktoren ableiten, die für evidenzbasierte Public Health-Entscheidungen relevant sind. Diese lassen sich unter dem Akronym TIKKA – Theorie, Interdisziplinarität, Kontextabhängigkeit und Komplexität sowie allgemeine gesellschaftliche Aspekte – zusammenfassen und werden in Tabelle 3 erläutert. Diese

Umsetzungsfaktoren sollten bei Entscheidungen in Bezug auf die Entwicklung, Pilotierung, Evaluation und Implementierung von Maßnahmen bzw. im Rahmen einer evidenzbasierten politischen Entscheidungsfindung berücksichtigt werden.

TIKKA – Zusätzliche Umsetzungsfaktoren von Evidenzbasierung

T	**Theorie** Das Kriterium Theorie ist den Wirkmechanismen von Maßnahmen gewidmet. Somit beschreiben Theorien, wie eine Public-Health-Maßnahme oft über viele Zwischenschritte – z. B. durch verringerte Exposition gegenüber einem Umweltrisikofaktor oder durch verstärkt gesundheitsförderndes Verhalten – und in Wechselwirkung mit dem Kontext Gesundheit verbessern kann oder soll bzw. ungewollte und manchmal schädliche Wirkungen erzeugen kann. Eine mangelnde Auseinandersetzung mit den komplexen Wirkmechanismen von Public-Health-Maßnahmen ist oft ein Grund dafür, dass diese keine Wirksamkeit zeigen. Deshalb sollten sowohl die Entwicklung als auch die Evaluation von Public-Health-Maßnahmen relevante Theorien und Modelle berücksichtigen und/oder – wo keine relevanten Theorien oder Modelle vorliegen – den vermuteten Wirkmechanismus beschreiben und prüfen. Je nach Maßnahme kann z. B. auf existierende Ursachentheorien aus der Soziologie und/oder auf Verhaltensmodelle oder Veränderungstheorien aus der Psychologie zurückgegriffen werden und/oder ein eigenes Planungsmodell entwickelt werden.
I	**Interdisziplinarität** – Der Erfolg von Public-Health-Maßnahmen ist oft auf das Zusammenwirken diverser Disziplinen angewiesen, darunter neben den Gesundheitswissenschaften je nach Maßnahme auch die Natur- und Technikwissenschaften, Umweltwissenschaften, Psychologie oder Sozial- und Wirtschaftswissenschaften. Ebenso hängen evidenzbasierte Entscheidungen hinsichtlich dieser Maßnahmen oft von der Kombination wissenschaftlicher Erkenntnisse aus diesen Disziplinen mit ihren jeweiligen methodischen Vorgehensweisen (Methodenpluralität) ab. – In Abhängigkeit vom Gesundheitsproblem bzw. der Art der Maßnahme sollte geprüft werden, welche Disziplinen und gegebenenfalls Sektoren eingebunden werden müssen. Die konkrete Fragestellung bestimmt die jeweils bestmögliche Methodik, die in der relevanten Disziplin bzw. den relevanten Disziplinen verankert ist. Zum Beispiel sind dies bei Fragen zur Akzeptabilität einer Maßnahme meist qualitative Methoden, bei Fragen zu den ethischen Implikationen einer Maßnahme dagegen eher ethische Analysen.
K und K	**Kontextabhängigkeit** und **Komplexität** Public-Health-Maßnahmen sind oft durch das Zusammenspiel vieler Einzelelemente auf unterschiedlichen Ebenen (z. B. Individuum, Familie, Schule oder Stadtviertel) gekennzeichnet und müssen dann als Interventionen in komplexen Systemen begriffen werden. Ihre Wirksamkeit – und auch die Möglichkeiten ihrer Umsetzung – können je nach den Rahmenbedingungen in Setting und Kontext variieren. Ein Durchdenken der Komplexität einer Maßnahme und ihrer postulierten Wirkmechanismen sowie möglicher Wechselwirkungen mit dem Kontext ist vor allem in der Planungsphase entscheidend. Eine grafische Darstellung in Form eines logischen Modells kann sicherstellen, dass keine wesentlichen Aspekte vergessen werden. Wo sinnvoll, sollten einzelne Aspekte von Komplexität auch hinsichtlich der Herstellung von Evidenz und ihrer Nutzung in Entscheidungsprozessen weiterverfolgt werden. Ein besonderes Augenmerk auf die unterschiedlichen Dimensionen von Kontext, zum Beispiel anhand existierender Frameworks (siehe Kapitel 5), hilft dabei, förderliche oder hinderliche Faktoren hinsichtlich der Wirksamkeit und Umsetzung einer Maßnahme zu identifizieren.
A	Allgemeine gesellschaftliche **Aspekte** Public-Health-Entscheidungen betreffen die Bevölkerung im Allgemeinen oder größere Bevölkerungsgruppen. Sie ziehen neben den angestrebten gesundheitlichen Wirkungen oft vielfältige allgemeine gesellschaftliche Folgen nach sich. Während bei medizinischen Maßnahmen die Abwägung von gesundheitlichem Nutzen und Schaden vorrangig ist, spielen bei Public-Health-Maßnahmen auch Aspekte wie die Akzeptanz einer Maßnahme in der Bevölkerung, die Machbarkeit und die Kosten einer Umsetzung sowie Auswirkungen auf die gesundheitliche Chancengleichheit und die Umwelt eine große Rolle. Die Umsetzung dieses Kriteriums erfolgt durch die Integration dieser Aspekte in den Entscheidungsprozess, d. h. konkret durch Aufführung und Betrachtung aller für den Entscheidungsprozess relevanten Aspekte. Idealerweise erfolgt dies durch die Nutzung eines Evidence-to-Decision-Frameworks (siehe Kapitel 6), und zwar sowohl zu Beginn als auch am Ende eines Entscheidungsprozesses.

Tab. 3: TIKKA − Zusätzliche Umsetzungsfaktoren von Evidenzbasierung im Bereich Public Health, eigene Darstellung

Die bisher beschriebenen Kriterien und Umsetzungsfaktoren sind wichtig für das Verständnis davon, was evidenzbasiertes Handeln in der Prävention und Gesundheitsförderung bedeutet. Diese Kriterien haben insbesondere Bedeutung für Entscheidungen auf nationaler Ebene, z. B. dafür, wie Prozesse oder Strukturen aufgebaut werden müssen, damit (politische) Entscheidungen, die in der Prävention und Gesundheitsförderung getroffen werden, tatsächlich als evidenzbasiert bezeichnet werden können. Hier

könnten bereits etablierte Verfahren wie die der Erstellung der S3-Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) oder der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) Pate stehen (siehe auch Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 2: Umsetzung [17]).

Internationale Kriterien für die Evidenzbasierung von Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung

Die Entscheidung zur Durchführung von Maßnahmen in der Prävention und Gesundheitsförderung wird von unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren aus Praxis oder Politik getroffen, und zwar auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene, außerdem in einzelnen Institutionen. Sie schauen auf das Thema der Evidenzbasierung also von der einzelnen Maßnahme aus: Welche Kriterien muss eine einzelne Maßnahme erfüllen, um letztlich evidenzbasiert zu sein? Auch dazu gibt es in der internationalen Literatur relativ klare Vorstellungen.

Als evidenzbasiert gelten Interventionen, deren Wirksamkeit unter Studienbedingungen (Efficacy) und unter Alltagsbedingungen (Effectiveness) erwiesen ist. Tabelle 4 zeigt zwei viel zitierte Definitionen des Begriffs „evidenzbasierte Intervention“.

Definitionen des Begriffs »evidenzbasierte Intervention«

Definition von [18]	**Deutsche Übersetzung**[5]
»Evidence-based intervention: public health practices and policies that have been shown to be effective based on evaluation research. Often, lists of evidence-based interventions are identified through systematic reviews, but they sometimes need adaptation to unique or varied settings, populations, or circumstances.« (S. 28)	»Evidenzbasierte Intervention: Praktiken und Strategien im Bereich der öffentlichen Gesundheit, die sich auf der Grundlage von Evaluationsforschung als wirksam erwiesen haben. Häufig werden Listen evidenzbasierter Interventionen durch systematische Übersichtsarbeiten ermittelt, manchmal müssen sie aber an besondere oder unterschiedliche Settings, Bevölkerungsgruppen oder Umstände angepasst werden.«
Definition von [19]	**Deutsche Übersetzung**[5]
»An evidence-based intervention is an intervention that has been tested in research meeting the efficacy standards [described below] and that has been demonstrated in this research to achieve statistically and practically meaningful improvements in health and wellness or reductions in disease or related problems.« (S. 894)	»Eine evidenzbasierte Intervention ist eine Intervention, die in der Forschung getestet wurde, [die unten beschriebenen] Wirksamkeitsstandards erfüllt hat und für die nachgewiesen wurde, dass sie statistisch und praktisch bedeutsame Verbesserungen der Gesundheit und des Wohlbefindens oder eine Verringerung von Krankheiten oder Gesundheitsproblemen erzielt.«

Tab. 4: Definition des Begriffs "evidenzbasierte Intervention", eigene Darstellung

In einem aktualisierten Konsensus-Statement der amerikanischen Society for Prevention Research sind „standards of evidence“ für eine Wirksamkeit unter Studienbedingungen (efficacy, Ebene 1) und eine Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen (effectiveness, Ebene 2) definiert. Darüber hinaus legt das Konsensus-Statement Kriterien fest, die erfüllt sein sollten, bevor eine Maßnahme für eine flächendeckende Umsetzung (dissemination, Ebene 3) empfohlen wird.

Tabelle 5 zeigt eine verkürzte und angepasste Zusammenfassung dieses in den USA konsentierten Statements für evidenzbasierte Interventionen („standards of evidence“) [19], [20]. Die Standards einer Ebene sind dabei grundsätzlich auch in allen folgenden Ebenen enthalten, d. h. die Standards der Ebene 1 gelten auch für die Ebenen 2 und 3. Insbesondere im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung, wo eine randomisierte Evaluation manchmal schwer umzusetzen ist, ist es wichtig, dass die Standards der Ebene 1 nicht nur randomisierte, experimentelle Studien, sondern auch andere Studiendesigns als Voraussetzung für den Nachweis der Wirksamkeit oder Effektivität zulassen (z. B. unterbrochene Zeitreihenstudien oder quasi-experimentelle Designs mit Kontrollgruppen). Dabei greifen sie methodische Entwicklungen und Erkenntnisse der letzten Jahre auf.

Vorschlag nationaler Kriterien

Das Memorandum Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung der BZgA [21] bezeichnet eine Intervention dann als ausreichend evidenzbasiert, wenn sie die in Tabelle 5 dargestellten Kriterien der Ebenen 1 und 2 grundsätzlich. Mit Bezug auf die oben erwähnten TIKKA-Umsetzungsfaktoren muss für eine evidenzbasierte Intervention im Spezifischen Folgendes vorliegen: (a) eine detaillierte Beschreibung der Intervention und ihrer Wirkpfade in einer bestimmten Population und einem bestimmten Kontext (logisches Modell), (b) ein Nachweis ihrer Wirksamkeit und Sicherheit unter Alltagsbedingungen und (c) aus Prozessevaluationen gewonnene Einsichten hinsichtlich einer erfolgreichen Umsetzung in der Praxis.

Zusammenfassung des Konsensus-Statements für evidenzbasierte Interventionen

Ebene 1	Ebene 2	Ebene 3
Wirksamkeit unter Studienbedingungen (efficacy)	**Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen (effectiveness)**	**Wirksamkeit in unterschiedlichen Kontexten für eine flächendeckende Umsetzung (dissemination)**
– Die Maßnahme ist gut beschrieben und dokumentiert. – Die Zielpopulation / Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer sind so beschrieben, dass die externe Validität beurteilt werden kann. – Ein logisches Modell / eine »theory of change« ist verfügbar. – Für Wirkung relevante Outcomes (Endpunkte) wurden definiert, die verwendeten Outcome-Maße sind wissenschaftlich valide. – Es zeigen sich positive Effekte ohne Hinweise auf relevante unerwünschte Wirkungen, auch im Follow-up. – Das Studiendesign lässt kausale Aussagen zu (siehe Kapitel 4.1). – Die statistische Auswertung wird dem Studiendesign gerecht, unterschiedliche Auswertungen ergeben konsistente Ergebnisse. – Es gibt mindestens eine Studie mit kausal aussagekräftigem Design (siehe Kapitel 4.1).	– Eine Beschreibung zur Umsetzung der Maßnahme ist vorhanden. – Kernelemente der Intervention sind beschrieben oder Mediator-/Moderatorvariablen wurden identifiziert. – Die Kontexte des alltäglichen Lebens, in denen die Intervention sich wirksam gezeigt hat, sind beschrieben. – Neben der Wirksamkeitsevaluation erfolgte eine Prozessevaluation zur Messung von Implementierung, Akzeptanz, Adhärenz und Partizipation. – Es wurde ein für die Praxis aussagekräftiges Outcome herangezogen bzw. Effektivität nachgewiesen. – Die Wirkung der Maßnahme wird in Abhängigkeit von der »Dosis«, die implementiert wurde, analysiert. – Die Effekte können angesichts der beschriebenen Population voraussichtlich auf andere Populationen übertragen werden.	– Mindestens eine erfolgreiche Replikation in einem anderen als dem ursprünglichen Kontext war möglich. – Umsetzungsanleitung, Trainingsunterlagen und technische Unterstützung für die Skalierung sind vorhanden, die Umsetzungsvoraussetzungen bekannt. – Informationen zu Kosten der Intervention liegen vor. – Instrumente zum Monitoring von Veränderungen bzw. der Kosten durch die Maßnahme sind vorhanden. – Die Monitoring-Strukturen können eine gegebenenfalls notwendige Anpassung (Adaptation) der Maßnahme bei Dissemination verfolgen. – Es gibt ein zyklisches Feedback des Monitorings zur weiteren Verbesserung/ Anpassung der Maßnahme selbst oder ihrer Implementierung.

Tab. 5: Verkürzte und angepasste Zusammenfassung des Konsensus-Statements der amerikanischen Society for Prevention Research für evidenzbasierte Interventionen, eigene Darstellung

Wichtig ist, dass Interventionen neben positiven Effekten (= Nutzen) prinzipiell auch negative Effekte (= Schaden) haben können. Neben dem Nachweis von Wirksamkeit sollten als Anforderung in einem logischen Wirkungsmodell auch eventuelle Nachteile der Intervention verankert und – wenn möglich – durch Messung ausgeschlossen bzw. gegenüber dem Nutzen abgewogen werden (= Nachweis von Sicherheit).

Stufen der Evidenzbasierung einzelner Maßnahmen

Es gibt zahlreiche Interventionen, welche die oben genannten Kriterien der Evidenzbasierung erfüllen. In der Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung kann es jedoch notwendig sein, auch bei noch nicht vollständig abgesichertem Wissensstand zu handeln. Dies bedeutet dann unter Umständen, Maßnahmen umzusetzen, welche die Kriterien der Evidenzbasierung (noch) nicht erfüllen, in der Umsetzung aber Evaluationsstandards genügen müssen, die während bzw. nach der Umsetzung einen belastbaren Wirksamkeitsnachweis erlauben. Das Spektrum der wissenschaftlichen Absicherung von

Maßnahmen, die in der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland umgesetzt werden, ist breit. Es sollte versucht werden, Transparenz hinsichtlich der Verortung verschiedener Maßnahmen innerhalb dieses Spektrums herzustellen.

Dies ist möglich auf Basis der Definitionen, mit denen die BZgA über ihr Memorandum Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung Standards für die Kategorisierung von Maßnahmen gemäß ihrer wissenschaftlichen Absicherung setzen möchte („BZgA Promising practice“, „BZgA Best Evidence“) (siehe Abbildung 1). Maßnahmen, die lediglich ausreichend gut beschrieben sind, um eine Replizierung zu ermöglichen, aber sonst keine der unter „BZgA Promising Practice“ oder „BZgA Best Evidence“ genannten Kriterien erfüllen und damit auch nicht wissenschaftlich abgesichert sind, werden als (gut beschriebene) Praxisprojekte bezeichnet. Sie können nur empfohlen werden, wenn Maßnahmen der anderen Kategorien in einem bestimmten Handlungsfeld nicht bestehen.

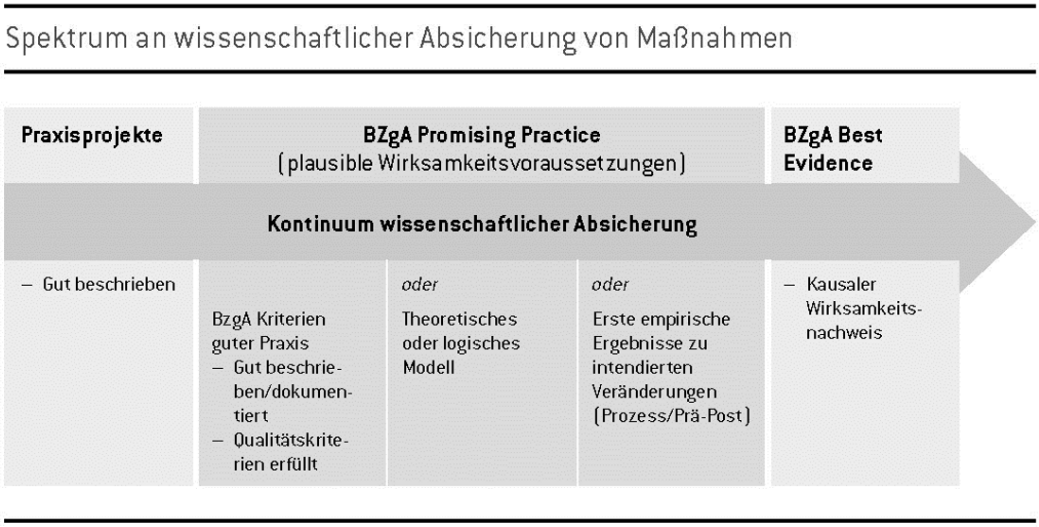


Abb. 1: Spektrum an wissenschaftlicher Absicherung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, eigene Darstellung

Abbildung 1 zeigt die Anforderungen an die beiden oben genannten Kategorien der wissenschaftlichen Absicherung. Dabei gelten alle Kriterien der Stufe 1 bis 3, d. h. Maßnahmen, die als „BZgA Best Evidence“ kategorisiert werden, müssen neben einer guten Beschreibung auch Kriterien für Stufe 2 und natürlich Stufe 3 erfüllen. „BZgA Promising Practice“-Maßnahmen erfüllen dagegen nur die Kriterien der Stufen 1 und 2, nicht aber die der Stufe 3. Wenn mehrere Maßnahmen im Kontext akzeptabel scheinen, sollten immer Maßnahmen, die die Kriterien für „BZgA Best Evidence“ erfüllen, implementiert werden.

Aus der Umsetzung von Maßnahmen mit geringer wissenschaftlicher Absicherung, aber möglichweise hohem Wirkungspotenzial (Stufe 2; „BZgA Promising Practice“), müssen klare Konsequenzen für die Evaluation gezogen werden. Soll eine „BZgA Promising Practice“-Intervention implementiert werden, dann ist es für deren Weiterentwicklung in Richtung „BZgA Best Evidence“-Intervention von großer Bedeutung, dass eine echte Wirksamkeitsevaluation durchgeführt wird.

Die Wirksamkeitsevaluation einer Maßnahme braucht immer einen fairen Vergleich der Untersuchungssituation mit keiner oder einer anderen Maßnahme – wissenschaftlich ausgedrückt eine Kontrolle, sei es eine Kontrollsituation, Kontrollgruppe oder eine Kontrollperiode. Wenn ein fairer Vergleich durch randomisierte Zuteilung einer Maßnahme unter Alltagsbedingungen nicht möglich ist, gibt es inzwischen diverse Studiendesigns und statistische Verfahren, die trotzdem gute Vergleichssituationen – z. B. nicht randomisierte Kontrollgruppen – und somit durchaus valide Erkenntnisse zur Wirksamkeit generieren können [22], [23], [24], (Trojan & Kolip, 2020b). Dazu gehören Studiendesigns wie unterbrochene Zeitreihen, bei denen die Kontrolle über einen Vergleich mit Kontrollzeiträumen in der gleichen Population vorgenommen wird, oder quasi-experimentelle Designs, in denen Kontrollsituationen mittels statistischer Methoden modelliert werden. Die Evaluationen sollten immer in Kooperation mit Expertinnen und Experten erfolgen, die Erfahrung in der Umsetzung solcher Designs haben.

Mehr Hinweise dazu, was notwendig ist für eine Umsetzung von evidenzbasierten Entscheidungen aus einer übergeordneten Perspektive bzw. für die Umsetzung von evidenzbasierten Maßnahmen in der Prävention und Gesundheitsförderung, gibt der Leitbegriff Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 2: Umsetzung [17].

Literatur:

- Geene R. Health in all policies – Internationale Entwicklungen, Umsetzungsbeispiele und Perspektiven für Deutschland. In: Böhm BKS, Geene R, Köckler H, editors. Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Springer; 2020. Available from: https://www.livivo.de/getdoc/EBC/6382017

References

1. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996 Jan 13;312(7023):71–2. DOI:10.1136/bmj.312.7023.71
2. Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA). Bewertungsgrundlagen-Evidenzbasierte Medizin. 2021 [accessed 2021 Nov 15]. Available from: https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/aufgabe-arbeitsweise/bewertungsgrundlagen
3. Haring R, Siegmüller J, editors. Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen: Chancen und Herausforderungen für Forschung und Anwendung. 1 edn. Berlin, Germany: Springer; 2018. DOI: 10.1007/978-3-662-55377-0
4. Davies P. What is evidence-based education? Br J Educ Stud. 1999;47(2):108–21.
5. Odom SL, Brantlinger E, Gersten R, Horner RH, Thompson B, Harris KR. Research in special education: Scientific methods and evidence-based practices. Except Child. 2005 Jan;71(2):137–48. DOI:10.1177/001440290507100201
6. Barkham M, Mellor-Clark J. Bridging evidence-based practice and practice-based evidence: developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. Clin Psychol Psychother. 2003 Nov;10(6):319–27. DOI:10.1002/cpp.379
7. Briner RB, Denyer D, Rousseau DM. Evidence-Based Management: Concept Cleanup Time? AMP. 2009 Nov;23(4):19–32. DOI:10.5465/amp.23.4.19
8. Acheson D. Public Health in England. The report of the committee of inquiry into the future development of the public health function. London: HMSO; 1988.
9. Rehfuess EA, Zhelyazkova A, von Philipsborn P, Griebler U, De Bock F. Evidenzbasierte Public Health: Perspektiven und spezifische Umsetzungsfaktoren. Bundesgesundheitsblatt. 2021 May;64(5):514–23. DOI:10.1007/s00103-021-03308-x
10. Jenicek M. Epidemiology, evidenced-based medicine, and evidence-based public health. J Epidemiol. 1997;7(4):187–97. DOI:10.2188/jea.7.187
11. Brownson RC, Baker EA, Leet TL, Gillespie KN. Evidence-based public health. Oxford New York: Oxford University Press; 2003.
12. Brownson RC, Gurney JG, Land GH. Evidence-based decision making in public health. J Public Health Manag Pract. 1999 Sep;5(5):86–97. DOI:10.1097/00124784-199909000-00012
13. European Centre for Disease Prevention and Control. Evidence-based methodologies for public health – How to assess the best available evidence when time is limited and there is lack of sound evidence. Stockholm: ECDC; 2011. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/1109_TER_evidence_based_methods_for_public_health.pdf
14. Gerhardus A, Breckenkamp J, Razum O, Schmacke N, Wenzel H, editors. Evidence-based public health. 1. Aufl. Bern: Huber; 2010. (Gesundheitswissenschaften / Methoden).
15. Trojan A, Kolip P. Evidenzbasierung in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Tiemann M, Mohokum M, editors. Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer; 2020. p. 1–24. DOI:10.1007/978-3-662-55793-8_122-1
16. Rutter H, Savona N, Glonti K, Bibby J, Cummins S, Finegood DT, Greaves F, Harper L, Hawe P, Moore L, Petticrew M, Rehfuess E, Shiell A, Thomas J, White M. The need for a complex systems model of evidence for public health. Lancet. 2017 Dec;390(10112):2602–4. DOI:10.1016/s0140-6736(17)31267-9
17. De Bock F, Dietrich M, Rehfuess EE. Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 2: Umsetzung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I112-1.0
18. Brownson RC, Fielding JE, Green LW. Building capacity for evidence-based public health: Reconciling the pulls of practice and the push of research. Annu Rev Public Health. 2018 Apr

1;39(1):27–53. DOI:10.1146/annurev-publhealth-040617-014746

19. Flay BR, Biglan A, Boruch RF, Castro FG, Gottfredson D, Kellam S, Mościcki EK, Schinke S, Valentine JC, Ji P. Standards of evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. Prev Sci. 2005 Sep;6(3):151–75. DOI:10.1007/s11121-005-5553-y
20. Gottfredson DC, Cook TD, Gardner FEM, Gorman-Smith D, Howe GW, Sandler IN, Zafft KM. Standards of evidence for efficacy, effectiveness, and scale-up research in prevention science: Next generation. Prev Sci. 2015 Oct;16(7):893–926. DOI:10.1007/s11121-015-0555-x
21. De Bock F, Dietrich M, Rehfuess E. Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. Memorandum der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Konzepte. 2021;6. DOI:10.17623/BZGA:2021-KON-DE-1.0
22. Craig P, Cooper C, Gunnell D, Haw S, Lawson K, Macintyre S, Ogilvie D, Petticrew M, Reeves B, Sutton M, Thompson S. Using natural experiments to evaluate population health interventions: new Medical Research Council guidance. J Epidemiol Community Health. 2012 Dec;66(12):1182–6. DOI:10.1136/jech-2011-200375
23. Craig P, Katikireddi SV, Leyland A, Popham F. Natural experiments: An overview of methods, approaches, and contributions to public health intervention research. Annu Rev Public Health. 2017 Mar 20;38(1):39–56. DOI:10.1146/annurev-publhealth-031816-044327
24. Gerhardus A, Rehfuess E, Zeeb H. Evidenzbasierte Verhältnisprävention und Gesundheitsförderung: Welche Studiendesigns brauchen wir? Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2015;109(1):40–5. DOI:10.1016/j.zefq.2014.12.002

Korrespondenz: Prof. Dr., MPH Freia De Bock, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Leiterin des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft; Lehrstuhlinhaberin und Professorin für Medizinische Soziologie; Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Deutschland, E-mail: freia.debock@charite.de

Zitierhinweis: De Bock F, Dietrich M, Rehfuess EA. Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 1: Verständnis. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i017-1.0

Copyright: © 2026 Freia De Bock 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/

Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 2: Umsetzung

Freia De Bock[1]
Martin Dietrich[2]
Eva Annette Rehfuess[3]

[1] Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Leiterin des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft; Lehrstuhlinhaberin und Professorin für Medizinische Soziologie; Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany

[2] Referatsleiter Referat 513 - Innovationsfonds, Zukunftsregion digitale Gesundheit, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn, Germany

[3] Leitung des Lehrstuhls für Public Health und Versorgungsforschung, Ludwigs-Maximilians-Universität München, München, Germany

Abstract

In Ergänzung zum Leitbegriff Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 1: Verständnis werden in diesem Leitbegriff Prinzipien und Kriterien vorgestellt, deren Anwendung zum einen dazu dient, das Handeln der Akteurinnen und Akteure in Prävention und Gesundheitsförderung insgesamt evidenzbasierter zu gestalten (= Perspektive evidenzbasierte Entscheidungen in Prävention und Gesundheitsförderung), zum anderen Maßnahmen in der Prävention und Gesundheitsförderung möglichst evidenzbasiert umzusetzen bzw. weiterzuentwickeln (= Perspektive evidenzbasierte Maßnahmen bzw. Interventionen). Die Anwendung und Umsetzung dieser Prinzipien und Kriterien ist von Herausforderungen gekennzeichnet. Welche Lösungen es für diese Herausforderungen gibt, wie die Umsetzung von Evidenzbasierung im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung gelingen kann und welche Schritte dazu notwendig sind, wird in diesem Leitbegriff skizziert.

Keywords: Evidenzbasierung, evidenzinformiert, Systematische Reviews, Leitlinien, Decision-Making

Perspektive evidenzbasierte Entscheidungen: Voraussetzungen und Strukturen für eine evidenzbasierte Entscheidungsfindung

Für die Umsetzung der im Leitbegriff Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 1: Verständnis [1] genannten Prinzipien **S** (Systematisch), **T** (Transparent), **I** (Integration und Partizipation), **I** (Interessenskonflikt), **P** (strukturierter Prozess) (STIIP) und Umsetzungsfaktoren **T** (Theorie), **I** (Interdisziplinär), **K** (Kontext), **K** (Komplexität), **A** (allgemeine gesellschaftliche Aspekte) (TIKKA) sind standardisierte Verfahren und Strukturen erforderlich, um letztlich evidenzbasierte Entscheidungen, z. B. in Form von evidenzbasierten Leitlinien und Empfehlungen, zu ermöglichen.

In Großbritannien ist das National Institute for Health and Care Excellence (NICE) die Institution, die für zahlreiche nationale Fragen rund um die Gesundheit – Fragen der Therapie, Pflege oder Public Health – Leitlinien nach einem solchen Verfahren entwickelt [2]. Ähnliche institutionelle Verankerungen und Vorgehensweisen gibt es auch in den USA (United States Preventive Services Task Force) und Kanada (Public Health Agency of Canada) sowie in einigen anderen Ländern. In Deutschland existiert dagegen keine nationale Behörde oder Einrichtung, die für alle Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung Leitlinien oder Handlungsempfehlungen formuliert.

Je nach Themenfeld liegen die Verantwortlichkeiten für Entscheidungen und mehr oder weniger evidenzbasierte Empfehlungen auf nationaler Ebene bei Institutionen wie dem Robert Koch Institut (z. B. Ständige Impfkommission), dem GKV-Spitzenverband (z. B. Leitfaden Prävention), dem Umweltbundesamt (z. B. Empfehlungen und Stellungnahmen zu Trinkwasser), der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (z. B. Handlungsempfehlungen zur Prävention von Depression im Rahmen der Reihe „Erkennen – Bewerten – Handeln“), dem Max Rubner Institut für Ernährungsforschung (z. B. Nationale Stillkommission) oder sie sind direkt im Bundesministerium für Gesundheit (z. B. „Wegweiser zum gemeinsamen Verständnis von Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland“) angesiedelt.

Orientierung an etablierten Verfahren der evidenzbasierten Entscheidungsfindung

Für die Entwicklung von Handlungsempfehlungen zu Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland lohnt sich die Orientierung an etablierten Verfahren aus dem In- und Ausland. Im Inland kann zum Beispiel die evidenz- und konsensbasierte Entwicklung von S3-Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) Pate stehen, ebenso das Vorgehen der Ständigen Impfkommission bei der Entwicklung von Empfehlungen zur. Hinsichtlich Public Health-Leitlinien bieten international sowohl NICE [2] als auch die Weltgesundheitsorganisation eine solide methodische Orientierung [3]. Prinzipiell bietet es sich an, bei der Entwicklung von Handlungsempfehlungen für Deutschland vorab nach existierenden internationalen Leitlinien insbesondere der WHO zu suchen.

Merkmale von etablierten Verfahren zur evidenzbasierten Entscheidungsfindung

Typischerweise bestimmen solide methodische Vorgehensweisen für die Erhebung und Bewertung von Evidenz sowie etablierte Verfahren zur Entscheidungsfindung die Evidenzbasierung von Public Health-Entscheidungen und -Empfehlungen. Auf diese Weise werden die im Leitbegriff Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 1: Verständnis [1] beschriebenen STIIP-Prinzipien der Evidenzbasierung sowie die TIKKA-Umsetzungsfaktoren für die Praxis (beide im Folgenden in Klammern *kursiv* markiert) operationalisiert.

Ein Prozess zur Entwicklung evidenzbasierter Handlungsempfehlungen ist durch einen festgelegten, systematischen Ablauf mit klar definierten Schritten gekennzeichnet (S*trukturierter, reflektierter Prozess*). Diese umfassen die Einrichtung und Einberufung eines entsprechenden Gremiums sowie die Offenlegung von Interessen und deren Management, die Absteckung des Rahmens der Handlungsempfehlungen (= Scoping), die Abstimmung und Festlegung von Kriterien für die Entscheidungsfindung sowie die Formulierung spezifischer Fragestellungen, die Erhebung und Bewertung von Evidenz zu diesen Fragestellungen und die Formulierung von Empfehlungen unter Berücksichtigung der vorliegenden Evidenz und der festgelegten Kriterien.

Konkrete Schritte beim Aufbau von Verfahren zur evidenzbasierten Entscheidungsfindung

Alle Schritte im Prozess zur evidenzbasierten Entscheidungsfindung sollen explizit und transparent dargestellt werden. Das gilt ebenso für die Offenlegung von Unsicherheiten hinsichtlich der Evidenzlage und der Formulierung von Handlungsempfehlungen (*Transparenz im Umgang mit Unsicherheit*). Im Folgenden werden die Schritte genauer beschrieben.

- **Einrichtung und Einberufung des Gremiums**: Entscheidend ist die Zusammensetzung des Gremiums, das Handlungsempfehlungen entwickelt. Eine Beteiligung betroffener Institutionen (z. B. Behörden, Kommunalvertreter, wissenschaftliche Fachgesellschaften) und Stakeholder-Gruppen (z. B. Nicht-Regierungsorganisationen, Elternorganisationen) soll sicherstellen, dass alle relevanten Aspekte des Themas betrachtet werden. Außerdem soll sie die Akzeptanz der Handlungsempfehlungen erhöhen (siehe *Prinzip Integration und Partizipation*). Institutionen (z. B. Industrieverbände) und Individuen (z. B. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die regelmäßig finanzielle Zuwendungen der Industrie erhalten) mit harten Interessenkonflikten, sollen vom Prozess der Entscheidungsfindung ausgeschlossen sein (siehe Prinzip *Umgang mit Interessenkonflikten*). Hintergrund: Es muss davon ausgegangen werden, dass diese Akteurinnen und Akteure nicht vorrangig die Interessen der Betroffenen bzw. der Zielgruppen einer Handlungsempfehlung vertreten, sondern von sonstigen Interessen geleitet sind.
- **Rahmen (Scoping), Kriterien und Fragestellung für die Entscheidungsfindung** : Bei klinischer Leitlinien steht das Kriterium Wirksamkeit bzw. ein Abwägen der positiven und negativen gesundheitlichen Folgen einer Maßnahme im Mittelpunkt, auch wenn die Werte und Präferenzen von Patientinnen und Patienten sowie gegebenenfalls die Kosten einer Maßnahme eine wichtige Rolle spielen. Handlungsempfehlungen zu Prävention und Gesundheitsförderung sollen dagegen eine größere Bandbreite von Aspekten berücksichtigen, um den potenziellen gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen einer Handlungsempfehlung gerecht zu werden (siehe TIKKA-Prinzip *Gesellschaftliche Aspekte*). Die zugrundeliegenden Werte und Interessen der

beteiligten Stakeholder spielen hierbei eine wichtige Rolle. Ein Instrument, das die Möglichkeit bietet, diese breitere Sicht in der Formulierung von Public Health-Empfehlungen und -Leitlinien zu berücksichtigen, ist das WHO-INTEGRATE Evidence-to-Decision Framework [4]. Es kommt zunehmend bei der Entwicklung von WHO-Leitlinien zu Public Health-Fragestellungen zum Einsatz und schlägt folgende sechs Kriterien vor, die für jede Empfehlung bzw. Unterempfehlung auf einer 5-stufigen Skala von „spricht stark für“ bis „spricht stark gegen die Empfehlung“ bzw. „nicht beurteilbar“ bewertet werden sollten: 1. Verhältnis von gesundheitlichem Nutzen und Schaden, 2. soziokulturelle Akzeptabilität und Menschenrechte, 3. soziale Ungleichheiten und Nicht-Diskriminierung, 4. gesellschaftliche Auswirkungen, 5. finanzielle Ressourcen und Wirtschaftlichkeit sowie 6. Umsetzbarkeit im Gesundheitssystem. Die Qualität der Evidenz zu diesen Kriterien wird als 7. sogenanntes Meta-Kriterium aufgeführt. Diese Kriterien kommen an mehreren Stellen im Prozess zum Einsatz: Im Rahmen des Scopings und der Formulierung von Fragestellungen soll die Berücksichtigung der Kriterien sicherstellen, dass keine wesentlichen Aspekte vergessen werden. Im Rahmen der Formulierung von Handlungsempfehlungen können die Kriterien bei der korrekten Interpretation der Evidenz, des Zusammenführens bzw. Abwägens unterschiedlicher Aspekte und deren Gewichtung hilfreich sein.

- **Erhebung und Bewertung von Evidenz zur Wirksamkeit** : Systematische Übersichtsarbeiten sind das klassische Instrument zur Betrachtung der Wirksamkeit von Maßnahmen sowie von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung (siehe Prinzip *Systematik*). Im ersten Schritt lohnt eine Bestandsaufnahme existierender systematischer Übersichtsarbeiten zu der vom Gremium formulierten Fragestellung. Wo sinnvoll, kann dies auch mit einer klar definierten Methodik in Form einer Übersichtsarbeit über systematische Übersichtarbeiten (englisch: „umbrella review“, „systematic review of systematic reviews“, „overview of systematic reviews“) stattfinden. Liegt eine passende, aktuelle und hochwertige systematische Übersichtsarbeit zu der vom Gremium formulierten Fragestellung vor, kann diese bei der Formulierung von Handlungsempfehlungen verwendet werden. Dabei sollten Wirkmechanismen zum Beispiel anhand von sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Modellen beschrieben und geprüft werden (siehe Prinzip *Theorie*). Außerdem sollten Kontextabhängigkeiten sorgfältig betrachtet werden (siehe Prinzip *Kontextabhängigkeit und Komplexität*). Liegt keine passende systematische Übersichtsarbeit vor, sollte idealerweise eine systematische Übersichtsarbeit durchgeführt oder eine bestehende systematische Übersichtsarbeit aktualisiert werden. Die Qualität einer systematischen Übersichtsarbeit orientiert sich am Vorgehen von Cochrane [5] und kann zum Beispiel mit dem in Box 1 dargestellten AMSTAR-II Tool bewertet werden [6].

Die AMSTAR Kriterien wurden 2007 ursprünglich entwickelt, um die Qualität von systematischen Übersichtsarbeiten über randomisiert-kontrollierte Studien zur Evaluation der Effektivität von Interventionen im Gesundheitssystem zu bewerten. 2017 wurden die Kriterien um die Möglichkeit erweitert, auch Übersichtsarbeiten von nicht-randomisierten Interventionsstudien zu bewerten. Dies hat den Nutzen der AMSTAR II-Kriterien für das Feld der Prävention und Gesundheitsförderung stark erhöht. Die neuen Bewertungskriterien umfassen u. a. die Registrierung der Übersichtsarbeit vor Arbeitsbeginn, die Angemessenheit der Suchstrategie bzw. der Strategie zur Meta-Analyse sowie die Ausschlusskriterien und Verzerrungsrisiken der eingeschlossenen Primärstudien. Für mehr Details wird auf die Website von AMSTAR verwiesen.

- *Box 1: AMSTAR II-Kriterien zur Bewertung von Evidenzsynthesen nicht-randomisierter Interventionsstudien*
  Die Qualität der Evidenz, die im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit erhoben wurde, wird im internationalen Kontext und zunehmend auch in Deutschland (z. B. im Rahmen von STIKO-Empfehlungen) mittels des GRADE-Ansatzes [7] bewertet, um bestehende Unsicherheiten in der Evidenzlage zu erfassen und offenzulegen (siehe Prinzip *Transparenz im Umgang mit Unsicherheit*).
- **Erhebung und Bewertung von Evidenz zu weiteren Fragenstellungen** : Legt das Gremium fest, dass neben einer Bewertung der Wirksamkeit von Maßnahmen bzw. des Verhältnisses von gesundheitlichem Nutzen und Schaden, auch weitere Kriterien eine wichtige Rolle spielen, sollten auch hinsichtlich dieser Kriterien Fragen formuliert und nach Evidenz gesucht werden (siehe Prinzip *Gesellschaftliche Aspekte*). Bei einer umfassenden Betrachtung von Maßnahmen zu Prävention und Gesundheitsförderung bietet sich außerdem eine Perspektive an, die sich explizit mit dem Zusammenspiel einer Maßnahme und dem System, in dem sie umgesetzt wird, befasst (siehe Prinzip *Kontextabhängigkeit und Komplexität*). Im Gegensatz zu Fragen der Wirksamkeit, die am besten mit randomisierten, kontrollierten und quasi-experimentellen Studien beantwortet werden, kann bei der Beantwortung anderer relevanter Fragen ein breites und interdisziplinäres

Methoden-Portfolio zum Einsatz kommen (siehe Prinzip *Interdisziplinarität*). Zum Beispiel bieten sich bei Fragen zur Akzeptabilität einer Maßnahme bei der Zielgruppe und weiteren Stakeholder-Gruppen qualitative Methoden und gegebenenfalls ein qualitativer systematischer Review an. Die daraus resultierende Evidenz kann dann mit dem in Box 2 dargestellten GRADE CERQual-Ansatz [8] beurteilt werden.

Der GRADE CERQual-Ansatz wurde entwickelt, um die Ergebnisse aus Übersichtsarbeiten bzw. Evidenzsynthesen von qualitativen Primärstudien für die Entscheidungsfindung in Public Health nutzen zu können, z. B. für die Formulierung von Leitlinien oder von politischen Handlungsempfehlungen. Bewertet wird die Verlässlichkeit der Ergebnisse einzelner Übersichtsarbeiten basierend auf den vier Komponenten 1. Methodische Einschränkungen der eingeschlossenen Primärstudien, 2. Kohärenz der Befunde zwischen Primärstudien und den Ergebnissen der Übersichtsarbeit, 3. Angemessenheit der verwendeten Daten der Primärstudien und 4. Relevanz der Ergebnisse der eingeschlossenen Primärstudien für den jeweiligen Umsetzungskontext. Darüber hinaus wird eine noch final zu sichernde fünfte Komponente einbezogen, nämlich die eingeschränkte Verlässlichkeit durch eine vermutete Publikationsverzerrung („publication bias“). Diese umfassende Bewertung wird transparent in Form einer tabellarischen Übersicht dargestellt. Damit ist der CERQual-Ansatz vergleichbar mit dem GRADE-Ansatz, der für die Bewertung der Verlässlichkeit von Übersichtsarbeiten von quantitativen Studien zur Analyse der Effektivität von Public Health Maßnahmen herangezogen wird.

- *Box 2: GRADE CERQual-Ansatz zur Bewertung qualitativer Evidenzsynthesen*
  Beim Kriterium soziale Ungleichheiten und Nicht-Diskriminierung können je nach Fragestellung quantitative (z. B. Ausmaß sozialer Ungleichheiten), qualitative (z. B. subjektives Empfinden von Diskriminierung) oder ethisch-analytische (z. B. umfassende Analyse der ethischen Auswirkungen einer Maßnahme) Herangehensweisen zum Einsatz kommen.
- **Formulierung von Handlungsempfehlungen**: Die Ausarbeitung von konkreten Handlungsempfehlungen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung ist ein komplexer Prozess. Dieser sollte auf der Grundlage einer systematischen und bewussten Integration der für die Frage relevanten besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse, der praktischen Erfahrungen und der Expertise relevanter Fachleute und Stakeholder sowie der Werte und Präferenzen der betroffenen Bevölkerung erfolgen. Um dabei die strukturierte Berücksichtigung wissenschaftlicher Evidenz zu unterstützen, kann, wie bereits oben erwähnt, ein sogenanntes *Evidence-to-Decision Framework* zum Einsatz kommen. Transparenz (siehe Prinzip *Transparenz*) hinsichtlich der zugrundeliegenden Werte und verwendeten Kriterien, hinsichtlich der Darstellung von Evidenz sowie Unsicherheiten in dieser Evidenz und hinsichtlich der Stärke einer Empfehlung ist entscheidend, u. a. da es sich meist um die Verwendung öffentlicher Gelder handelt.

Perspektive evidenzbasierte Maßnahmen

Entscheidungen zu Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung auf lokaler oder regionaler Ebene werden in der Regel von Akteurinnen und Akteuren in Praxis und Politik [9] (siehe auch Akteure und Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention) getroffen, deren Hauptaufgabe und -expertise nicht in der wissenschaftlichen Beurteilung und Evaluation von Maßnahmen liegt. Daher ist es wichtig, dass Evidenzbasierung auch auf der Ebene dieser Maßnahmen definiert wird, damit sich Umsetzung und Entscheidungen daran orientieren können. Eine wichtige Voraussetzung, um in Zukunft wissenschaftliche Erkenntnisse zu Maßnahmen besser in die Umsetzung auf dieser Ebene einfließen zu lassen, ist die Entwicklung und Verbreitung von Standards für die Qualifizierung dieser Akteurinnen und Akteuren der Prävention und Gesundheitsförderung [10] (siehe auch Aus- und Weiterbildung in Gesundheitsförderung und Prävention).

Folgende Bausteine können es Akteurinnen und Akteuren (neben gezielten Qualifizierungsmaßnahmen in Bezug auf Wirksamkeitsnachweise) ermöglichen, in ihren alltäglichen Entscheidungen Evidenzbasierung stärker zu berücksichtigen bzw. beauftragen. Die Umsetzung dieser Bausteine kann zur Kapazitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention beitragen [11] (siehe dazu Capacity Building/Kapazitätsentwicklung).

Baustein 1: Nutzung bestehender Portale für systematische Übersichtsarbeiten

Zur Wirksamkeit von Maßnahmen und Ansätzen der Prävention und Gesundheitsförderung bzw. zu ihren Wirkvoraussetzungen existieren im internationalen Raum bereits viele systematische Übersichtsarbeiten. Diese können in internationalen Datenbanken gesucht und heruntergeladen werden (Box 3). Manche Datenbanken bieten bereits laienverständliche Zusammenfassungen auf Englisch oder Deutsch. Weitere vereinfachte Formate der Kommunikation von Erkenntnissen aus systematischen Übersichtsarbeiten, die die Verständlichkeit und Nutzung durch Nicht-Experten verbessern, werden entwickelt und getestet [12].

Cochrane Library – Cochrane Reviews und laienverständliche Kurzzusammenfassungen auf Englisch

Cochrane Kompakt – laienverständliche Kurzzusammenfassungen einer Vielzahl von Cochrane Reviews auf Deutsch

Campbell Collaboration – Campbell Reviews zu Fragen aus den Bereichen Soziales und Bildung

Epistemonikos – Datenbank systematischer Übersichtsarbeiten zu gesundheitlichen Fragestellungen hinsichtlich Wirksamkeit und einer Vielzahl anderer Fragestellungen in neun Sprachen, darunter Englisch und Deutsch

Box 3: Portale für systematische Übersichtsarbeiten

Baustein 2: Nutzung bestehender wissenschaftlich gesicherter Datenbanken zu Interventionen

Tabelle 1 führt Datenbanken bzw. Register auf, die transparent das bestehende Wissen über einzelne Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung darstellen. Zum Beispiel enthält die niederländische Datenbank neben im strikten Sinne evidenzbasierten Interventionen mit Wirksamkeitsnachweis auch „gut beschriebene“ und „theoretisch fundierte“ Interventionen. In den Niederlanden wird die Implementierung evidenzbasierter oder vielversprechender Interventionen auch dadurch gestärkt, dass die Erfüllung dieser Kriterien die Voraussetzung für eine Förderung der Implementierung einer Intervention durch die dortige nationale Förderungsinstitution ist.

Name der Datenbank und Organisation	Zielsetzung	Bewertungskategorien innerhalb der Datenbanken	BZgA Promising-Practice*	BZgA Best-Evidence*
Grüne Liste Prävention, Landespräventionsrat Niedersachsen (Deutschland)	Darstellung des Standes der Entwicklung von ausgewählten Programmansätzen im Bereich der Prävention von Gewalt, Kriminalität, Suchtverhalten und anderen Problemverhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen.	Ergebnisse aus der Bewertung der Konzepts- und Umsetzungsqualität, dem Evaluationsniveau und der Beweiskraft sowie Ergebnisse von Evaluationen führen zu folgender Einteilung: • Effektivität theoretisch gut begründet • Effektivität wahrscheinlich • Effektivität nachgewiesen • Auf der Schwelle • Keine Aufnahme		X
Praxisdatenbank, Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Deutschland)	Listung von Angeboten, die sich an den Bedarfen sozial benachteiligter Gruppen orientieren sowie die Förderung des kollegialen Austauschs, Transparenz und Kommunikation unter den Akteurinnen und Akteuren.	Good Practice-Kriterien die für die Qualitätsverbesserung von Projekten genutzt werden können, • Konzeption • Zielgruppenbezug • Setting-Ansatz • Multiplikatorenkonzept • Nachhaltigkeit • Niedrigschwellige Arbeitsweise • Partizipation • Empowerment • Integriertes Handeln • Qualitätsmanagement • Dokumentation Evaluation • Belege für Kosten und Wirksamkeit	X	

Datenbank „Wissen für gesunde Lebenswelten“ GKV-Bündnis** (Deutschland)	Darstellung der Ergebnisse verschiedener Arten systematischer Übersichtsarbeiten, u. a. zur Wirksamkeit von Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten.	• Uneinheitliche Bewertungskriterien je nach Übersichtsarbeit • Perspektivisch ist auch eine Bewertung der methodischen Qualität der Übersichtsarbeiten geplant	--	--
Best Practice-Portal, European Commission (Europäische Union)	Bereitstellung von bewährten Maßnahmen („Good-“ and „Best-Practices“) im Bereich Prävention von nicht übertragbaren Krankheiten.	Kriterien für die Bewertung der Angemessenheit: • Relevanz • Beschreibung der Interventionscharakteristika • Evidenz- und theoriebasiert • Beachtung ethischer Aspekte Kernkriterien: • Wirksamkeit unter kontrollierten und Realbedingung • Gerechtigkeit (equity) Qualifikationskriterien: • Transferabilität • Nachhaltigkeit • Partizipation • Intersektorale Zusammenarbeit	X	X

* Laut Definition von „BZgA Promising-Practice“ und „BZgA Best-Evidence“ siehe Memorandum „Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung“ [13]. Anmerkung: Die Setzung eines x bedeutet, dass „BZgA Promising-Evidence“ und/oder „BZgA Best-Evidence“ Interventionen in der jeweiligen Datenbank enthalten sind.
** In der Datenbank des GKV-Bündnisses werden keine einzelnen Interventionen dargestellt, sondern es werden Ergebnisse verschiedener Arten von Übersichtsarbeiten, u. a. zur Wirksamkeit von Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention in verschiedenen Lebenswelten (z. B. Kita, Schule, Kommune) vorgestellt. Die Datenbank wird hier zur Vollständigkeit aufgeführt, da sie auch zur Evidenzbasierung von Prävention und Gesundheitsförderung beitragen kann, aber sich von den anderen Datenbanken, die einzelne Interventionstypen bewerten, unterscheidet.

Tabelle 1: Beispiele deutscher, europäischer und internationaler Projektdatenbanken, die Informationen

zu vielversprechenden und evidenzbasierten Maßnahmen zur Verfügung stellen

Zukünftig sollten solche Datenbanken – neben transparenten Informationen zur Wirksamkeit einer Maßnahme – auch darüberhinausgehendes wissenschaftlich abgesichertes Wissen zu weiteren Kriterien für evidenzbasierte Entscheidungen wie Akzeptanz, Machbarkeit und Auswirkungen auf gesundheitliche Ungleichheiten berichten.

Manchmal präsentieren diese Datenbanken Hintergrundinformationen für Entscheidungen bezüglich einer Maßnahmenimplementierung in sogenannten „what works“-Papieren. Diese stellen im Gegensatz zu den Datenbankeinträgen für einzelne Maßnahmen das Wissen nicht spezifisch für eine Einzelmaßnahme, sondern für ein Bündel ähnlicher Maßnahmen dar (z. B. Übergewichtsprävention in Schulen). Für eine gelingende Umsetzung von Maßnahmen könnten zudem konkrete Ansprechpartner im deutschsprachigen Raum wichtig sein, die – z. B. über die Datenbanken und darüberhinausgehende Kommunikation − ihre Implementierungserfahrung teilen könnten.

Baustein 3: Einschätzung der Übertragbarkeit einer evidenzbasierten Intervention

Wenn eine Akteurin oder ein Akteur vor Ort über Baustein 1 oder 2 evidenzbasierte oder vielversprechende Maßnahmen identifiziert hat, die im betreffenden Kontext interessant sein könnten, stellt sich die Frage, ob diese Maßnahme tatsächlich mit dieser Wirksamkeitserwartung umsetzbar bzw. übertragbar (transferierbar) ist.

Die konkrete Operationalisierung der Übertragbarkeit (Transferabilität) wird derzeit wissenschaftlich diskutiert, ohne dass ein Konsens besteht. Eine Handreichung des britischen Medical Research Councils dazu ist in Vorbereitung und könnte das Feld weiterbringen (Stand 05.08.2022). Mehrere systematische Reviews [14], [15] versuchen, aus der wissenschaftlichen Literatur die für Übertragbarkeit von Maßnahmen wichtige Kriterien zu extrahieren. So sollen beispielsweise strukturiert die Charakteristika der im neuen Kontext zu implementierenden Maßnahmen analysiert werden, ebenso wie die Vergleichbarkeit des Kontextes und der Zielgruppe.

Als Instrumente hierfür sind international mehrere Ansätze in Entwicklung, beispielsweise das TRANSFER Framework von Heather Munthe-Kaas aus Norwegen [16] sowie der Ansatz der ADAPT Study [17]. Als ein bereits in Form einer Checkliste in Deutschland getestetes Instrument [18] soll hier das CICI-Framework [14] exemplarisch vorgestellt werden (Tabelle 2): Dargestellt ist die Checkliste zur Transferabilitätsbeurteilung, die auf dem CICI-Framework zur Konzeptionalisierung des Kontextes von Maßnahmen basiert (Polus & Pfadenhauer, 2020, unveröffentlicht).

Intervention	
Eigenschaften der Intervention	• Welche Eigenschaften der Intervention interagieren mit dem Setting, dem Kontext und der Implementierung? • Wie interagieren diese Eigenschaften der Intervention mit dem Setting, dem Kontext und der Implementierung?
Kontext In Abhängigkeit von der betrachteten Intervention sollten alle oder eine Auswahl der sieben Kontextdomänen (d. h. geographischer, epidemiologischer, sozio-kultureller, sozio-ökonomischer, ethischer, legaler und politischer Kontext) durchdacht werden.	

Kontext	• Welche Aspekte des Kontexts interagieren mit der Implementierung der Intervention? • Wie interagieren diese Aspekte des Kontexts mit der Intervention? • Wie interagieren diese Aspekte des Kontexts mit der Implementierung?
Implementierung	
Implementierungstheorie	• Welche theoretischen Ansätze liegen der Implementierung zugrunde? • Wie interagiert diese Theorie mit dem Setting und dem Kontext? • Wie interagiert diese Theorie mit der Intervention?
Implementierungsprozess	• Aus welchen Schritten besteht der Implementierungsprozess? • Wie interagiert der Implementierungsprozess mit dem Setting und dem Kontext? • Wie interagiert der Implementierungsprozess mit der Intervention?
Implementierungsstrategie	• Welche Implementierungsstrategien werden verwendet? • Wie interagieren diese Implementierungsstrategien mit dem Setting und dem Kontext? • Wie interagieren diese Implementierungsstrategien mit der Intervention?
Implementierungsakteure	• Welche Personen und Organisationen sind an der Implementierung beteiligt? • Wie interagieren diese Implementierungsakteure mit dem Setting und dem Kontext? • Wie interagieren diese Implementierungsakteure mit der Intervention?
Implementierungsendpunkte	• Welche Implementierungsendpunkte werden genannt? • Wie interagieren diese Implementierungsendpunkte mit den Endpunkten der Intervention?
Setting	

Setting	• Welche Aspekte des Settings interagieren mit der Intervention? • Wie interagiert das Setting mit dem Kontext? • Wie interagiert das Setting mit der Implementierung?

Tabelle 2: Checkliste zur Transferabilitätsbeurteilung (basierend auf CICI-Framework zu Kontext und Implementierung von komplexen Maßnahmen [14]*, deutsche Übersetzung, unveröffentlicht)*

Baustein 4: Systematisches Ausschöpfen der Möglichkeiten der Wirksamkeitsevaluation von Maßnahmen

Eine solide Wirksamkeitsevaluation erfordert Studiendesigns, die kausale Wirkzusammenhänge möglichst eindeutig nachweisen können [1] (Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 1: Verständnis). Prä-Post-Vergleiche von Endpunkten, die nicht unter geeigneten Studienbedingungen durchgeführt, aber häufig als „Evaluation“ bezeichnet werden, halten diesen Anforderungen nicht Stand. Sie können nur hypothesenbildend sein. Eine Wirksamkeitsevaluation braucht immer einen fairen Vergleich, d. h. kontrollierte Bedingungen („Kontrolle“), sei es eine Kontrollsituation, eine Kontrollgruppe oder eine Kontrollperiode.

Wenn eine randomisierte Zuteilung einer Maßnahme unter Alltagsbedingungen nicht möglich ist, gibt es inzwischen diverse Studiendesigns und statistische Verfahren, die auch ohne randomisierte Kontrollen valide Erkenntnisse zur Wirksamkeit generieren können [19], [20], [21], [22]. Dazu gehören Studiendesigns wie unterbrochene Zeitreihen, bei denen die Kontrolle über einen Vergleich mit Kontrollzeiträumen in der gleichen Population vorgenommen wird, oder quasi-experimentelle Designs, in denen Kontrollsituationen mittels statistischer Methoden modelliert werden.

Prozessevaluationen können im Rahmen der ersten Implementierung von Maßnahmen und Praxisprojekten wichtige Einblicke in Bezug auf die Umsetzung, Machbarkeit und Akzeptanz einer Intervention [23] bieten und sind auch nach einer eventuellen Anpassung von Maßnahmen wichtig; sie ersetzen jedoch keine Wirksamkeitsevaluation.

Baustein 5: Enge Vernetzung von Praxis und Wissenschaft

Aufgrund dieser komplexen Anforderung an den tatsächlichen Nachweis von Wirksamkeit ist bei der Konzipierung und Durchführung von Interventionen und deren Evaluationen eine enge Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis unabdingbar. Dies bedeutet konkret, dass die Wissenschaft schon während der Entwicklung einer Maßnahme bzw. bei der Auswahl von Maßnahmen hinzugezogen werden sollte, damit der Praxis von Anfang an eine geeignete Form der Evaluation angeboten werden kann [24]. Um dies zu ermöglichen, sollten Forschungsförderinstitutionen und auch Geldgeber, die die Implementierung von Maßnahmen fördern, ausreichende Mittel für die Durchführung einer aussagekräftigen Evaluation mit Wirksamkeitsnachweis bereitstellen.

Als Beispiele in dieser Richtung können z. B. die Aktivitäten des GKV-Bündnisses für Gesundheit genannt werden, um Krankenkassen bei der externen Evaluation von krankenkassenartenübergreifenden Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten zu unterstützen, wenn sie systematisch zu Wirksamkeitsnachweisen in Evaluationsvorhaben führen. Für die Vernetzung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern mit Expertise im Bereich Evaluation mit Akteurinnen und Akteuren der Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung können darüber hinaus andere bestehende Plattformen genutzt werden, z. B. die Plattform Praxis-Wissenschaft des Zukunftsforums Public Health, der Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit oder – für regionale Netzwerke – die Koordinierungsstellen gesundheitliche Chancengleichheit.

Um die Wirksamkeit auch von unterschiedlichen Maßnahmen im Feld Prävention und Gesundheitsförderung systematisch und nach einheitlichen Standards zu evaluieren und vergleichbar zu machen, müssen Bedingungen erfüllt sein, die sich nicht von selbst etablieren werden. Eine

unterstützende Struktur, wie sie im Feld der medizinischen Versorgung zum Beispiel vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) durch den Innovationsfonds bereits seit einigen Jahren mit Erfolg bereitgestellt wird, könnte der notwendigen Entwicklung wirksamer Maßnahmen im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung einen wichtigen Impuls geben.

Baustein 6: Strukturierte, standardisierte Sammlung von Rückmeldungen aus der Praxis („practice-based evidence“)

Maßnahmen, die breit und in einem vielfältigen Spektrum von Lebenswelten implementiert werden sollen, müssen praxistauglich sein. Deshalb sollte genau diese Praxistauglichkeit einer Maßnahme bzw. nötige Anpassungen bei ihrer Umsetzung auch strukturiert und standardisiert dokumentiert werden. Datenbanken (siehe Tabelle 1) enthalten viele Maßnahmen, die meist aus der Praxis heraus entwickelt und deren Umsetzung in einem Setting dokumentiert wurde.

Neben den theoretischen Kriterien (z. B. „BZgA Promising practice“; [1] (Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 1: Verständnis), die diese Maßnahmen erfüllen, ist es notwendig, die Erfahrungen anderer Praxispartnerinnen und -partner mit den gleichen Maßnahmen zu sammeln und zugänglich zu machen. Das könnte im Rahmen von mit den Nutzerinnen und Nutzern interagierenden Datenbanken oder durch nachgeschaltete Befragungen verwirklicht werden. So könnte die in der internationalen Literatur diskutierte „practice-based evidence“ tatsächlich auch die Evidenzbasierung des gesamten Feldes Prävention und Gesundheitsförderung unterstützen.

Abbildung 1 zeigt die Anforderungen an die beiden oben genannten Kategorien der wissenschaftlichen Absicherung. Dabei gelten alle Kriterien der Stufe 1 bis 3, d. h. Maßnahmen, die als „BZgA Best Evidence“ kategorisiert werden, müssen neben einer guten Beschreibung auch Kriterien für Stufe 2 und natürlich Stufe 3 erfüllen. „BZgA Promising Practice“-Maßnahmen erfüllen dagegen nur die Kriterien der Stufen 1 und 2, nicht aber die der Stufe 3. Wenn mehrere Maßnahmen im Kontext akzeptabel scheinen, sollten immer Maßnahmen, die die Kriterien für „BZgA Best Evidence“ erfüllen, implementiert werden.

Aus der Umsetzung von Maßnahmen mit geringer wissenschaftlicher Absicherung, aber möglichweise hohem Wirkungspotenzial (Stufe 2; „BZgA Promising Practice“), müssen klare Konsequenzen für die Evaluation gezogen werden. Soll eine „BZgA Promising Practice“-Intervention implementiert werden, dann ist es für deren Weiterentwicklung in Richtung „BZgA Best Evidence“-Intervention von großer Bedeutung, dass eine echte Wirksamkeitsevaluation durchgeführt wird.

Die Wirksamkeitsevaluation einer Maßnahme braucht immer einen fairen Vergleich der Untersuchungssituation mit keiner oder einer anderen Maßnahme – wissenschaftlich ausgedrückt eine Kontrolle, sei es eine Kontrollsituation, Kontrollgruppe oder eine Kontrollperiode. Wenn ein fairer Vergleich durch randomisierte Zuteilung einer Maßnahme unter Alltagsbedingungen nicht möglich ist, gibt es inzwischen diverse Studiendesigns und statistische Verfahren, die trotzdem gute Vergleichssituationen – z. B. nicht randomisierte Kontrollgruppen – und somit durchaus valide Erkenntnisse zur Wirksamkeit generieren können [19], [20], [21], [22]. Dazu gehören Studiendesigns wie unterbrochene Zeitreihen, bei denen die Kontrolle über einen Vergleich mit Kontrollzeiträumen in der gleichen Population vorgenommen wird, oder quasi-experimentelle Designs, in denen Kontrollsituationen mittels statistischer Methoden modelliert werden. Die Evaluationen sollten immer in Kooperation mit Expertinnen und Experten erfolgen, die Erfahrung in der Umsetzung solcher Designs haben.

Mehr Hinweise dazu, was notwendig ist für eine Umsetzung von evidenzbasierten Entscheidungen aus einer übergeordneten Perspektive bzw. für die Umsetzung von evidenzbasierten Maßnahmen in der Prävention und Gesundheitsförderung, gibt der Leitbegriff Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 2: Umsetzung.

Weiterführende Quellen:

- Antes G, Kunzweiler K, Töws I. Das medizinische Dilemma der Prävention – Evidenz, Nutzen, Chancen und Risiken. In: Rebscher H, Kaufmann S, editors. Präventionsmanagement in Gesundheitssystemen. Heidelberg: Medhochzwei; 2016. p. 31–44.
- Bödeker W, Kreis J, editors. Evidenzbasierung in Gesundheitsförderung und Prävention. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW; 2006. (Gesundheitsförderung und Selbsthilfe; 17).
- Bödeker W, Moebus S. Studiendesigns zur Wirkungsevaluation in Prävention und Gesundheitsförderung – Die Bedeutung interner und externer Validität für die Evidenzbasierung in

Lebenswelten. Gesundheitswesen. 2019;82(12):e147–57. DOI:10.1055/a-0832-2220
- Gerhardus A, Rehfuess E, Zeeb H. Evidenzbasierte Verhältnisprävention und Gesundheitsförderung: Welche Studiendesigns brauchen wir? Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2015;109(1):40–5. DOI:10.1016/j.zefq.2014.12.002
- Gerhardus A. Evidenzbasierung in der bevölkerungsbezogenen Primärprävention und Gesundheitsförderung. Gesundheitswesen. 2015;77(8/9):A198. DOI:10.1055/s-0035-1563154
- Gerhardus A. Bessere Gesundheitsversorgung durch geprüfte Informationen. In: Wenzel H, Gerhardus A, Breckenkam J, Razum O, Schmacke N, editors. Evidence-based public health. Bern: Hans Huber; 2010. p. 17–29.
- Haas S, Breyer E, Knaller C, Weigl M. Aufbereitung von Evidenz zu Gesundheitsförderung. Gesundheit Österreich (GÖG) / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), editor. Vol. ;1. Wien; 2013. (Wissen; 1 10).
- Haas S, Breyer E, Knaller C, Weigl M. Evidenzrecherche in der Gesundheitsförderung. Gesundheit Österreich (GÖG) / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), editor. Vol. ;2. Wien; 2013. (Wissen; 2 10).
- Kliche T, Koch U, Lehmann H, Töppich J. Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung: Probleme und Lösungsansätze zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung der Versorgung. Bundesgesundheitsblatt. 2006 Feb;49(2):141–50. DOI:10.1007/s00103-005-1216-1
- Kolip P. Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung: Zentrale Herausforderungen für Prävention und Gesundheitsförderung. Präv Gesundheitsf. 2006 Oct;1(4):234–9. DOI:10.1007/s11553-006-0042-0
- Trojan A. Vor dem Messen und Rechnen: Die Landschaft beschreiben: Überlegungen für eine Klassifizierung und einheitliche Terminologie von Gesundheitsförderungsintervention als Voraussetzung für Evaluation und Evidenzbildung. In: Robert Koch Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, editor. Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Berlin: RKI; 2012. p. 21–32. (Beiträge zur Gesundheitsbeichterstattung des Bundes).

Internetadressen:

- AMSTAR. Available from: https://www.amstar.ca
- AWMF online – Portal der wissenschaftlichen Medizin. Available from: https://www.awmf.org
- European Commission. Best practice portal. Available from: https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bp-portal
- Blueprints – For Healthy Youth Development. Available from: https://www.blueprintsprograms.org
- Campbell Collaboration. Available from: https://campbellcollaboration.org
- Cochrane. Cochrane Kompakt – Hochwertige Gesundheitsevidenz für alle. Available from: https://www.cochrane.org/de/evidence
- Cochrane Library. Available from: https://www.cochranelibrary.com
- European Union Drugs Agency (EUDA). Available from: https://www.euda.europa.eu/best-practice/xchange_en
- Epistemonikos. Available from: https://www.epistemonikos.org
- Evidence to Decision (EtD) Framework. Available from: https://www.decide-collaboration.eu/evidence-decision-etd-framework
- GKV-Bündnis für Gesundheit. Datenbank »Wissen für gesunde Lebenswelten«. Available from: https://www.gkv-buendnis.de/forschung-im-buendnis/datenbank-wissen-fuer-gesunde-lebenswelten
- GKV-Bündnisses für Gesundheit. Publikationen. Available from: https://www.gkv-buendnis.de/publikationen_1/publikationen.html
- Grüne Liste Prävention – evaluierte Maßnahmen für ein gesundes und sicheres Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen. 2025 [accessed 2025 Nov 12]. Available from: https://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information
- Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
- Loket Gezond Leven. Available from: https://www.loketgezondleven.nl
- National Institute for Health and Care Exellence (NICE). Available from: https://www.nice.org.uk
- Public Health Agency of Canada. Available from: https://www.canada.ca/en/public-health.html
- Ständige Impfkommission. Available from: https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Impfen/Staendige-

Impfkommission/staendige-impfkommission-node.html
- U. S. Preventive Services Task Force. Available from: https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/home
- World Health Organization (WHO). Publications. Available from: https://www.who.int/publications/i?publishingoffices=c09761c0-ab8e-4cfa-9744-99509c4d306b

References

1. De Bock F, Dietrich M, Rehfuess E. Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 1: Verständnis. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I017-1.0
2. National Institute for Health and Care Exellence (NICE). Developing NICE guidelines: the manual. 2014 [accessed 2022 Aug 5]. Available from: https://www.nice.org.uk/process/pmg20/resources/developing-nice-guidelines-the-manual-pdf-72286708700869
3. World Health Organization (WHO). WHO handbook for guideline development. 2 edn. Geneva: World Health Organization; 2014 [accessed 2025 Nov 12]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714
4. Rehfuess EA, Stratil JM, Scheel IB, Portela A, Norris SL, Baltussen R. The WHO-INTEGRATE evidence to decision framework version 1.0: integrating WHO norms and values and a complexity perspective. BMJ Glob Health. 2019;4(1):e000844. DOI:10.1136/bmjgh-2018-000844
5. Higgins J, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA, editors. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. Second edition. Vol. ;6. Hoboken, NJ Chichester: Wiley Blackwell; 2019 [accessed 2022 Aug 5]. (Cochrane book series; 6). Available from: https://training.cochrane.org/handbook/current
6. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, Moher D, Tugwell P, Welch V, Kristjansson E, Henry DA. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. BMJ. 2017 Sep 21;358:j4008. DOI:10.1136/bmj.j4008
7. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schünemann HJ, GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ. 2008 Apr 26;336(7650):924–6. DOI:10.1136/bmj.39489.470347AD
8. Lewin S, Booth A, Glenton C, Munthe-Kaas H, Rashidian A, Wainwright M, Bohren MA, Tunçalp Ö, Colvin CJ, Garside R, Carlsen B, Langlois EV, Noyes J. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. Implement Sci. 2018;13(1). DOI: 10.1186/s13012-017-0688-3
9. Blümel S, Plaumann M. Akteure und Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I001-3.0
10. 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
11. Nickel S, Trojan A. Capacity Building / Kapazitätsentwicklung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I007-3.0
12. Busert LK, Mütsch M, Kien C, Flatz A, Griebler U, Wildner M, Stratil JM, Rehfuess EA. Facilitating evidence uptake: development and user testing of a systematic review summary format to inform public health decision-making in German-speaking countries. Health Res Policy Syst. 2018;16(1). DOI:10.1186/s12961-018-0307-z
13. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Memorandum „Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung“. 2021. [accessed 2022 Aug 5]. Available from: https://www.bzga.de/forschung/memorandum-evidenzbasierung
14. Pfadenhauer L, Gerhardus A, Mozygemba K, Lysdahl KB, Booth A, Hofmann B, Wahlster P, Polus S, Burns J, Brereton L, Rehfuess E. Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework.

Implement Sci. 2017;12(1). DOI:10.1186/s13012-017-0552-5
15. Schloemer T, Schröder-Bäck P. Criteria for evaluating transferability of health interventions: a systematic review and thematic synthesis. Implement Sci. 2018;13(1):88. DOI:10.1186/s13012-018-0751-8
16. Munthe-Kaas H, Nøkleby H, Lewin S, Glenton C. The TRANSFER Approach for assessing the transferability of systematic review findings. BMC Med Res Methodol. 2020;20(1):11. DOI:10.1186/s12874-019-0834-5
17. Evans RE, Craig P, Hoddinott P, Littlecott H, Moore L, Murphy S, O'Cathain A, Pfadenhauer L, Rehfuess E, Segrott J, Moore G. When and how do 'effective' interventions need to be adapted and/or re-evaluated in new contexts? The need for guidance. J Epidemiol Community Health. 2019;73(6). DOI:10.1136/jech-2018-210840
18. Polus S, Pfadenhauer L, Brereton L, Leppert W, Wahlster P, Gerhardus A, Rehfuess E. A consultation guide for assessing the applicability of health technologies: a case study. Int J Technol Assess Health Care. 2017;33(5):577–85. DOI:10.1017/s0266462317000745
19. Craig P, Cooper C, Gunnell D, Haw S, Lawson K, Macintyre S, Ogilvie D, Petticrew M, Reeves B, Sutton M, Thompson S. Using natural experiments to evaluate population health interventions: new medical research council guidance. J Epidemiol Community Health. 2012;66(12):1182–6. DOI:10.1136/jech-2011-200375
20. Craig P, Katikireddi SV, Leyland A, Popham F. Natural experiments: an overview of methods, approaches, and contributions to public health intervention research. Annu Rev Public Health. 2017;38:39–56. DOI:10.1146/annurev-publhealth-031816-044327
21. Gerhardus A, Rehfuess E, Zeeb H. Evidence-based health promotion and prevention in settings: which types of study designs are needed? Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2015;109(1):40–5. DOI:10.1016/j.zefq.2014.12.002
22. Trojan A, Kolip P. Evidenzbasierung in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Tiemann M, Mohokum M, editors. Präv Gesundheitsf. Berlin, Heidelberg: Springer; 2020. p. 1–24. DOI:10.1007/978-3-662-55793-8_122-1
23. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, Moore L, O'Cathain A, Tinati T, Wight D, Baird J. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. BMJ. 2015;350:h1258. DOI:10.1136/bmj.h1258
24. Veerman JW, Van Yperen TA. Degrees of freedom and degrees of certainty: a developmental model for the establishment of evidence-based youth care. Eval Program Plann. 2007;30(2):212–21. DOI:10.1016/j.evalprogplan.2007.01.011

Korrespondenz: Prof. Dr., MPH Freia De Bock, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Leiterin des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft; Lehrstuhlinhaberin und Professorin für Medizinische Soziologie; Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Deutschland, E-mail: freia.debock@charite.de

Zitierhinweis: De Bock F, Dietrich M, Rehfuess EA. Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 2: Umsetzung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i112-1.0

Copyright: © 2026 Freia De Bock 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/

Finanzierung der Gesundheitsförderung

Thomas Altgeld[1]

[1] Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e.V., Hannover, Deutschland

Abstract

Gesundheitsförderung wird in Deutschland über sehr heterogene Finanzierungswege ermöglicht. Den Großteil der Investitionen leisten öffentliche Haushalte verschiedener Ressorts und mehrere Sozialversicherungsträger. In die betriebliche Gesundheitsförderung investieren außerdem die Arbeitgeber. Strategien der Gemeinschaftsfinanzierung unterschiedlicher Träger sind eher selten. Zunehmende Bedeutung bei der Finanzierung gewinnen Fundraisingstrategien von Non-Profit-Organisationen.

Keywords: Investment for Health, Fundraising, Gesundheitsförderung in Lebenswelten, Individualprävention, Präventionsbericht

Einleitung

Investitionen in Gesundheit und Gesundheitsförderung finden in allen gesellschaftlichen Subsystemen statt, nicht nur im Gesundheitswesen selbst. Finanzierungswege und -quellen der Gesundheitsförderung sind deshalb schwer zu gewichten und umfassend darzustellen. Wesentliche Investitionen in Gesundheit werden z. B. im Bildungssystem oder innerhalb von Familien bei der Kindererziehung getätigt. Investitionen und soziale Reformen zur Verbesserung der Lebensbedingungen durch Bildung, verbesserte Arbeits- und Wohnbedingungen oder verbessertem Umweltschutz haben direkte und primäre Gesundheitseffekte für die Bevölkerung [1], [2] (Determinanten der Gesundheit, Gesundheitsförderung 1: Grundlagen).

Folgt man sozialepidemiologischen Überlegungen, haben zur Gesundheit und der Verbesserung der Lebenserwartung grundlegende soziale Reformen für breite Bevölkerungsschichten bislang mehr beigetragen als im Gesundheitswesen direkt investierte Gelder und die gezielt in Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen investierten Mittel. Der angelsächsische Begriff „investment for health“, der dies beschreibt, hat sich im deutschen Sprachraum nicht durchgesetzt. Innerhalb des deutschen Gesundheitswesens wird in der Regel über „Kosten der Gesundheitsversorgung“ diskutiert, nicht über Investitionen in Gesundheit, ebenso wenig über gesundheitliche Folgekosten von Entscheidungen in anderen Politikbereichen (z. B. Verkehrspolitik oder Wirtschaftsförderung) [3] (Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy).

Verankerung in Sozialgesetzbüchern

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sind in Deutschland nur teilweise in verschiedenen Gesetzen verankert. Je nach Zielgruppe oder Lebensbereich sind unterschiedliche soziale Sicherungssysteme und Kostenträger verantwortlich (Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung, Jugendhilfe, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen). Insgesamt wurden die präventiven Ausgaben in allen Sozialversicherungszweigen in den letzten 10 Jahren erhöht, aber verglichen mit der kurativen Versorgung, Rehabilitation und Pflege spielen die finanziellen Aufwendungen für Gesundheitsförderung und Prävention in den jeweiligen Etats nach wie vor eine untergeordnete Rolle [4].

In Deutschland erhielten die gesetzlichen Krankenversicherer (GKV) 1988 als erster Sozialversicherungszweig mit dem § 20 des Sozialgesetzbuches V eine gesetzliche Grundlage zur Finanzierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Dieser Finanzierungsweg wurde 1996 zunächst massiv eingeschränkt und im Jahr 2000 in begrenztem Umfang wieder zugelassen. Die Begrenzung erfolgte in Form einer Budgetierung (2,74 Euro pro Versicherten), die Umsetzung der Primärprävention wurde an die „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ geknüpft. Die Ausgaben nach § 20, SGB V lagen 2015 bei insgesamt 317 Millionen Euro, also im Promillebereich der damaligen Gesamtausgaben der GKV von 208 Milliarden Euro.

Investierte Mittel in betriebliche und nicht betriebliche Lebenswelten

Das 2015 verabschiedete Präventionsgesetz hat die investierten Mittel in betrieblichen und nicht betrieblichen Lebenswelten dann mehr als verdoppelt, indem klare Vorgaben gemacht wurden, welche Mittel in die Individualprävention, in Lebenswelten und später auch in Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege fließen sollten. Mit dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (PpSG) vom 11. Dezember 2018 wurden die gesetzlichen Krankenkassen zum 1. Januar 2019 verpflichtet, mindestens 1 Euro je Versicherten für Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen aufzuwenden (§ 20 Absatz 6 Satz 3 SGB V).

Mit der COVID-19-Pandemie 2020 wurde die gesetzliche Ausgabenverpflichtung ausgesetzt. Damit brachen die Ausgaben zunächst ein, haben sich aber bereits 2022 wieder erhöht. Abb. 1 zeigt die Ausgabenentwicklung für das Jahr 2020 der GKV seit 2015 und ihre Aufteilung auf verschiedene Ausgabenbereiche (Individualprävention, Betriebliche Gesundheitsförderung [einschließlich Pflegeeuro seit 2019] und Gesundheitsförderung in Lebenswelten):



Abb. 1: GKV-Präventionsausgaben in Millionen Euro seit 2015 (eigene Darstellung auf Basis der Präventionsberichte 2015–2022)

Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach den §§ 20a bis 20c sollten ab dem Jahr 2019 insgesamt für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 7,52 Euro umfassen. Diese gesetzliche Vorgabe wurde mit den in 2022 durchschnittlich verausgabten 7,93 Euro leicht überschritten.

Obwohl auf Bundesebene eine Nationale Präventionskonferenz eingerichtet wurde und in allen Bundesländern Landesrahmenvereinbarungen zur gemeinsamen Umsetzung des Präventionsgesetzes getroffen wurden, verausgaben die gesetzlichen Krankenkassen mehr als vier Fünftel der Gelder in kassenspezifischen Angeboten. Die einzige systematische Gemeinschaftsfinanzierung erfolgt in der Umsetzung einiger Landesrahmenvereinbarungen (z. B. Nordrhein-Westfalen und Sachsen) sowie im Rahmen des GKV-Bündnis für Gesundheit. Das Bündnis wurde zunächst am 1. Juni 2019 im Rahmen der gesetzlichen Verpflichtung der GKV gegründet, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit der Umsetzung von Gemeinschaftsaktivitäten im Bereich vulnerabler Gruppen und der Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung in Lebenswelten in Höhe von 35 Cent pro Versicherten zu beauftragen.

Gegen die Verpflichtung, Geld an eine Bundesoberbehörde abzuführen, haben die Kassen 2021 erfolgreich vor dem Bundessozialgericht geklagt. Der Bund darf demnach nicht auf Mittel der Sozialversicherung zurückgreifen, um die Aufgaben eigener Behörden zu finanzieren. Die GKV stellte

daraufhin ihre Zahlungen an die BZgA ein und traf Übergangsregelungen mit der Behörde für die Verwendung der Restmittel. Nach diesen (freiwilligen) Übergangsregelungen wurde im März 2023 eine Neufassung des §20a Abs.7 SGB V durch den Deutschen Bundestag beschlossen: Seit Januar 2024 muss demnach mindestens ein Betrag in Höhe von 0,53 Euro je Versicherten dem „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ zur Verfügung gestellt werden. Auf dieser Basis setzen die Kassen die gemeinsame Förderung bundesweiter Programme wie z. B. „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit“ zur Verzahnung von Gesundheits- und Arbeitsmarktförderung unter dem Dach des „GKV-Bündnis für Gesundheit“ fort.

Länderspezifische Ansätze

In allen Bundesländern wurden bis Ende 2023 Landesarbeitsgemeinschaften der Kassen gegründet, jeweils eine „Arbeitsgemeinschaft (ARGE) GKV-Bündnis für Gesundheit“, die länderspezifische Ansätze für das GKV-Bündnis entwickeln und finanzieren, u. a. die Koordinierungsstellen für gesundheitliche Chancengleichheit. Die Aufteilung der vorhandenen Mittel für die länderspezifische Arbeit erfolgte nach dem Deprivationsindex, d. h., dass Bundesländer mit größeren sozialen und gesundheitlichen Problemlagen verhältnismäßig mehr Geld zur Verfügung gestellt bekommen als bessergestellte Bundesländer.

Das GKV-Bündnis fördert insbesondere den Strukturaufbau und Vernetzungsprozesse, die Entwicklung und Erprobung gesundheitsfördernder Konzepte, insbesondere für sozial und gesundheitlich benachteiligte Zielgruppen. Hinzu kommen Maßnahmen zur Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Evaluation. Für benachteiligte Kommunen wurde das „Kommunale Förderprogramm“ Anfang 2019 aufgelegt, das zwei Themenbereiche umfasst: Zum einen den Auf- und Ausbau kommunaler Steuerungsstrukturen, zum anderen die Umsetzung von Maßnahmen auf kommunaler Ebene, von denen besonders sozial und gesundheitlich benachteiligte Menschen profitieren sollen. Gefördert wurden seitdem insgesamt 120 kommunale Projekte. Ob und wie die aufgebauten Strukturen und Angebote nach Auslaufen der Förderung 2025 erhalten werden können, muss sich noch erweisen.

Finanzierung nach der gesetzlichen Pflege- und Rentenversicherung

Mit dem Präventionsgesetz [5] wurde auch die gesetzliche Pflegeversicherung 2016 verpflichtet, Prävention und Gesundheitsförderung in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen mit einem Betrag von 30 Cent pro Versicherten durchzuführen (§ 5 Abs. 2 SGB XI). Das Gesetz sieht jährliche Anpassungen vor; 2023 waren es 35 Cent. Auch die Träger der Deutschen Rentenversicherung (DRV) haben ihr primärpräventives Angebot ausgeweitet und bieten seit 2020 eine neuartige Leistung zur Prävention mit der Bezeichnung „RV Fit“ für Menschen, die nicht Reha-bedürftig sind, an (§ 28 SGB VI). Programmbestandteile sind nach einer Eingangsdiagnostik Trainingselemente zu Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung. Das Präventionsprogramm „RV Fit“ kombiniert zum Beispiel eine intensive, mehrtägige Startphase mit berufsbegleitenden, regelmäßigen Trainingseinheiten vor Ort über 24 Wochen hinweg.

Investitionen öffentlicher Haushalte und Arbeitgeber

Über diese (ausgeweiteten) Aktivitäten der Sozialversicherungsträger hinweg werden Maßnahmen zur Primärprävention und Gesundheitsförderung in einem vergleichbaren finanziellen Umfang aus öffentlichen Haushalten gefördert (z. B. Sucht-, Gewalt-, Kriminal-, Aids- und SDI-Prävention, Ernährungsaufklärung oder Sport- und Bewegungsförderung). Auf kommunaler Ebene wächst der Anteil der Investitionen angesichts vielerorts prekärer öffentlicher Haushaltslagen insbesondere nach der COVID-19-Pandemie kaum noch. Eine wichtige Rolle bei der Finanzierung spielt das Engagement nicht öffentlicher und gemeinnütziger Träger sowie des privaten Sektors.

Tab. 1 systematisiert die wichtigsten Ebenen und Strukturen der Finanzierung von Gesundheitsförderung und Primärprävention auf unterschiedlichen Ebenen. Die Finanzierungswege und − soweit vorhanden − die gesetzlichen Grundlagen für eine Finanzierung werden benannt. Ausgaben zur Sekundär- und Tertiärprävention sind dabei nicht berücksichtigt.

	Staatliche Stellen	Öffentlich-rechtliche Körperschaften	Freie Träger/NGOs *	Private Träger
Europäische Ebene	Aktionsprogramme, Gemeinschaftsinitiativen oder Haushaltslinien der Europäischen Union (z. B. EU4Health); Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (Bilbao)	WHO−Regionalbüro für Europa, (Kopenhagen); European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Dublin)	European Section of IUHPE (International Union for Health Promotion and Education)	Multinationale Betriebe; Transnationale Stiftungen
Nationale Ebene	Haushaltsmittel der Bundesministerien für Gesundheit, Familie, Forschung, Inneres, Ernährung und Arbeit; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; Bundesanstalt für Arbeitsschutz; Bundeszentrum für Ernährung	Mittel der gesetzlichen Krankenversicherer (§ 20, § 21 SGB V); Mittel der gesetzlichen Rentenversicherer(§ 28, § 31, SGB VI); Mittel der gesetzlichen Unfallversicherer (§ 14, SGB VII); Mittel der gesetzlichen Pflegeversicherung ((§ 5, SGB XI); Mittel der Körperschaften der Ärzteschaft auf Bundesebene	Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung; Deutsche Gesellschaft für Ernährung; Deutscher Olympischer Sportbund; Stiftungsgelder, z. B. Robert-Bosch-Stiftung oder Auridis gGmbH	Großbetriebe, Investitionen nach dem Arbeitsschutzgesetz (1996)
Ebene der Bundesländer	Haushaltsmittel der Landesministerien für Gesundheit, Soziales, Inneres, Kultus und Frauen; Landesgesundheitsämter; Landesinstitute für Lehrerfortbildung	Landesverbände der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherer, Landesärztekammern	Landeszentralen/-vereinigungen für Gesundheit; Lotto-Stiftungen der Länder; Landessektionen der DGE; Landessportbünde	Großbetriebe; Spenden und Initiativen von Privatpersonen
Kommunale Ebene	Mittel aus kommunalen Haushalten; Gesundheitsämter; Schulverwaltungen	Mittel der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherer, u. a. über das GKV-Bündnis für Gesundheit und das Förderprogramm Rehapro der Rentenversicherungen	Gesundheitszentren, lokale Gesundheitsinitiativen; lokale Stiftungen; Sportvereine	Klein- und Mittelbetriebe; Spenden und Initiativen von Privatpersonen; Bußgelder

* Die nicht staatlichen Einrichtungen erhalten zum Teil Fördergelder aus dem staatlichen Sektor und dem Sozialversicherungssektor. Sie akquirieren aber weitere Gelder und setzen darüber hinaus Eigenmittel, Spenden und Mitgliedsbeiträge im erheblichen Umfang ein.

Tab. 1: Ausgewählte Einrichtungen, Strukturen, Finanzierungsquellen und -wege der Gesundheitsförderung von der europäischen zur lokalen Ebene (eigene Darstellung)

Die Tabelle enthält keine Angaben über private Investitionen in persönliche Gesundheitsförderung auf der individuellen Ebene. Gerade in diesem Bereich ist im letzten Jahrzehnt ein beachtlicher, marktförmig organisierter Sektor entstanden. Persönliche Gesundheitsförderung wird mit Begriffen wie Wellness und individuellen Gesundheitstrainings oder -coachings umschrieben und beworben. Insbesondere in den Bereichen Bewegung, Entspannung und Ernährung ist eine zunehmende Produktentwicklung zu verzeichnen. Auch digitale Anwendungen sind Teil dieses Wachstumsmarktes. Gesundheits-Apps, die Bewegungs- und Ernährungsverhalten oder andere gesundheitsrelevante Alltagsaspekte erfassen, boomen [6] (Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien).

Da die größten Investitionen in Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt von Betrieben selbst getätigt werden, wurden diese Investitionen in die Tabelle aufgenommen. Seit 2008 wird die Förderung der Mitarbeitergesundheit in Betrieben steuerlich unterstützt (§ 3 Nr. 34 EStG)E)G: Seit 2008 unverändert kann ein Unternehmen 600 Euro pro Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterin und pro Jahr lohnsteuerfrei für Maßnahmen der Gesundheitsförderung investieren. Über betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen der GKV wurden 2022 insgesamt 26.439 Betriebe erreicht, was bei

einer Gesamtanzahl von 7,9 Millionen Betrieben in Deutschland allerdings nur wenige sind. Erreicht werden über diese Maßnahmen vor allem Großbetriebe, nicht jedoch die Kleinst-, Klein- und Mittelbetriebe, die den Großteil der Unternehmen in Deutschland darstellen.

Investitionen in Präventionsforschung

Für den Bereich der Präventionsforschung wurde seitens des Bundesministeriums für Bildung und Forschung 2003 der Förderschwerpunkt „Präventionsforschung“ mit dem Ziel ins Leben gerufen, die primäre Prävention und Gesundheitsförderung durch gezielte Forschung zu verbessern. In enger Zusammenarbeit zwischen Präventionsanbietern und Wissenschaftlern bzw. Wissenschaftlerinnen sollten wirksame und praxisnahe Präventionsangebote geschaffen werden. Bis 2012 wurden in vier Ausschreibungen insgesamt 60 Forschungsvorhaben mit insgesamt 20 Millionen Euro gefördert [7] (Prävention und Krankheitsprävention). 2016 wurde vom Bundesforschungsministerium das Förderkonzept "Gesund − ein Leben lang" gestartet, das bis ins Jahr 2021 rund 100 Millionen Euro in Forschungsvorhaben zur Gesundheitsforschung für alle Lebensalter und für geschlechtsspezifische Forschungsfragen zur Verfügung stellte. Eine Zusammenschau der Ergebnisse der geförderten Einzelvorhaben ist allerdings ähnlich wie bei den erstens Präventionsforschungsausschreibungen nicht erfolgt.

Gemeinschaftliche Finanzierungsstrategien

Die Vielfalt verschiedener Finanzierungsträger [8] (Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa) hat die Diskussion um gemeinschaftliche Finanzierungsmodelle in den letzten Jahren intensiver werden lassen. Schon in der Jakarta-Erklärung der WHO (1997) wird der erhöhte Stellenwert neuer sektor- und trägerübergreifender Finanzierungswege der Gesundheitsförderung auf lokaler, nationaler und weltweiter Ebene besonders herausgestellt. Nur über neue Ansätze zur Bündelung der Aktivitäten von Regierungen, nichtstaatlichen Organisationen, Bildungseinrichtungen und des privaten Sektors könne eine breitere Basis für die Finanzierung der Gesundheitsförderung sichergestellt werden. In anderen europäischen Ländern existieren Vorbilder für eine Gemeinschaftsfinanzierung bzw. eine nationale Stiftung Prävention [9], [10] (Gesundheitsförderung 7: Schweiz, Gesundheitsförderung 6: Österreich).

Die Nationale Präventionskonferenz (NPK), die im Rahmen des Präventionsgesetzes 2015 in Deutschland installiert wurde, erfüllt diesen Anspruch nur teilweise, hat aber mit den 2016 verabschiedeten Bundesrahmenempfehlungen die Koordination der präventiven Leistungsausgaben der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherungen verbessert. Die NPK hat zudem zwei Präventionsberichte herausgeben ([11] und [12]), die eine Gesamtschau der Prävention durch die beteiligten Sozialversicherungsträger (Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung) darstellen soll. Bislang werden jedoch keine Outcomes betrachtet, sondern eher additiv Prozesse, Projekte und Strukturen zusammengefasst. Erst der dritte Präventionsbericht, der im Jahr 2027 veröffentlicht werden soll, wird sich mit Wirkungen befassen.

In Deutschland fehlen für internationale Vorbilder vergleichbare gemeinschaftliche Finanzierungsstrategien bislang die gesetzlichen Grundlagen und nennenswerte praktische Realisierungen. Die Heterogenität der Träger bringt eine Vielfalt von Interessen verschiedener Institutionen mit sich. Gemeinschaftsfinanzierungsmodelle (sogenannte Pool-Lösungen) werden in der Regel abgelehnt, weil ein Verlust von Einflussmöglichkeiten befürchtet wird.

Um Gesundheitsförderung auf eine breitere finanzielle Basis zu stellen, wird von einigen Fachleuten der zweckgebundene Einsatz von Steuergeldern auf gesundheitsgefährdende Produkte (z. B. Tabak, Zucker oder Alkohol) zur Finanzierung von Präventionsmaßnahmen gefordert. Diese Form der Finanzierung wird teilweise in Kanada und Australien praktiziert, widerspricht aber nach Meinung der zuständigen Bundesministerien der Systematik des deutschen Haushaltsrechts.

Fundraising als Finanzierungsstrategie

Zunehmende Bedeutung insbesondere für nicht staatliche Einrichtungen hat seit Beginn der 1990er-Jahre das professionelle Fundraising erlangt. Der angelsächsische Begriff des Fundraisings kann frei als Mittel- oder Geldbeschaffung übersetzt werden. Als Sammelbegriff für jegliche Aktivitäten der Geld- bzw. Mittelgewinnung für bestimmte Zwecke im gemeinnützigen Non Profit-Sektor hat er sich auch in Deutschland durchgesetzt. Er beinhaltet die Erstellung einer Marketingstrategie zur Einwerbung von öffentlichen Fördermitteln und anderen Geldern. Förderer können Privatpersonen, Unternehmen oder

Stiftungen sein. Dafür müssen allerdings Anknüpfungspunkte auf personeller, zeitlicher, geografischer oder inhaltlicher Ebene vorhanden sein. Deshalb ist eine gezielte einrichtungsbezogene Potenzialanalyse für eine erfolgreiche Fundraisingstrategie notwendig.

Das Handlungsfeld Fundraising hat sich in Deutschland professionalisiert, auch wenn es nicht den Stellenwert von Fundraisingfinanzierungen in angelsächsischen Ländern erreicht, die dort strukturbildend fungieren. Es werden Qualifizierungen angeboten, eigene Arbeitsbereiche mit eigenem Fachpersonal in größeren nicht staatlichen Einrichtungen aufgebaut oder Aufträge an spezialisierte Agenturen vergeben.

Aktuelle Trends in dem Sektor sind Crowdfunding, das gezielte Einwerben von Erbschaftsgeldern, Charity Shopping sowie digitales Fundraising, bestehend aus spenderoptimierten Websites, Suchmaschinenmarketing und gezielten Social Media Aktivitäten, um Aufmerksamkeit und Spendenbereitschaft zu generieren. Mittlerweile existieren auch Spendenportale, über die Informationen und Mittelbedarfe unterschiedlicher Einrichtungen kommuniziert werden (z. B. www.spendenportal.de oder www.betterplace.org).

Eine besondere Aktivität im Rahmen von Fundraising ist das Social Sponsoring. Dabei handelt es sich um eine vertraglich abgesicherte Partnerschaft zwischen Firmen und nicht staatlichen gemeinnützigen Einrichtungen – ein öffentlichkeitswirksames Geschäft, das auf Leistung und Gegenleistung beruht. Unternehmen binden die Unterstützung solcher Einrichtungen im Rahmen von Sozial Sponsoring aktiv in ihre Unternehmenskommunikation ein. Das heißt für nicht staatliche Einrichtungen, dass sie dafür geeignete Kapazitäten und Aktivitäten berücksichtigen müssen. Im Sport- und Umweltbereich haben diese Formen der Partnerschaft eine längere Tradition. Im Sozial- und Gesundheitsbereich wurden erst seit Anfang der 2000er-Jahre vereinzelt solche Partnerschaften eingegangen, z. B. der Deutsche Kinderschutzbund für Präventionsprojekte mit der Drogeriemarktkette dm.

Darüber hinaus sind in Deutschland unterschiedliche Gütesiegel für gemeinnützige Organisationen entwickelt worden, die anhand definierter Prüfkriterien die transparente und zweckgerichtete Verwendung von Spendengeldern bescheinigen. Durch die Zertifizierung soll für potenzielle Geldgeber mehr Vertrauen in die ordnungsgemäße Verwendung der Spenden ermöglicht werden.

Das bekannteste Spendensiegel in Deutschland ist das DZI-Spendensiegel des Deutschen Zentralinstituts für soziale Fragen. Die Plattform www.phineo.org, die 2010 nach einem englischen Vorbild in Deutschland geschaffen wurde, richtet sich an soziale Investoren, die ihre Spendenentscheidung auf Basis von Informationen über die Wirkung gemeinnütziger Arbeit treffen wollen. Durch Themenreports für soziale Investoren und eine Liste zertifizierter Einrichtungen soll über ausgewählte Gebiete gemeinnütziger Arbeit informiert werden. Gesellschaftliche Herausforderungen werden darin analysiert, Förderlücken aufgedeckt und Erfolg versprechende Handlungsansätze vorgestellt.

Weiterführende Literatur und Internetadressen:

- Bucksch J. Kommunale Gesundheitsförderung: Ein Debattenanstoß. Zu Einer Policy-Orientierten Transformation der Kommune. Zur ökologischen Resilienz. Berlin, Heidelberg: Springer; 2023.
- Bundesverband Deutscher Stiftungen. Available from: https://www.stiftungen.org
- Bundeszentrale für politische Bildung (bpb). 8 Tipps Für Ein Erfolgreiches Online-Fundraising. Available from: https://www.bpb.de/die-bpb/foerderung/akquisos/520628/8-tipps-fuer-ein-erfolgreiches-online-fundraising
- RV Fit. Available from: https://www.rv-fit.de/DE/home/home_node.html
- Deutscher Spendenrat e. V. Available from: https://www.spendenrat.de
- GKV-Bündnis für Gesundheit. Available from: https://www.gkv-buendnis.de
- Blühende Landschaft oder Irrgarten? 5 Jahre Präventionsgesetz. Impu!se. 2020;(106).
- Phineo. Available from: https://www.phineo.org
- Simon M. Das Gesundheitssystem in Deutschland: eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Bern: Hogrefe; 2021.
- Sozialgesetzbuch (SGB) I Bis XIV. Available from: https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de

Literatur:

- Altgeld T, Kickbusch I. Gesundheitsförderung. In: Schwartz FW, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Busse R, Amelung V, Dierks ML, editors. Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Elsevier Urban & Fischer; 2023. p. 323–35.
- Haibach M. Handbuch Fundraising. Spenden, Sponsoring, Stiftungen in der Praxis. 5 edn. Frankfurt am Main, New York: Campus; 2019.
- Loss J, Böhme M, Nagel E. Finanzierung von Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene. Präv und Gesundheitsf. 2009;4(3):195–206.
- GKV-Spitzemverband. Präventionsbericht 2022. 2022 [accessed 2024 Jul 8]; Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/
- Kursbuch Stiftungen − Förderprojekte wirkungsorientiert gestalten. Berlin; 2016 [accessed 2024 Jul 8]; Available from: https://www.phineo.org/beratung/kursbuch-stiftungen
- Seibold C, Loss J, Eichhorn C, Nagel E. Partnerschaften und Strukturen der gemeindenahen Gesundheitsförderung. Erlangen: Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit; 2009.

References

1. Hurrelmann K, Richter M. Determinanten der Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i008-2.0
2. 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
3. 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
4. GKV-Spitzenverband. GKV-Kennzahlen. 2024 [accessed 2024 Jul 8]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp
5. 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
6. Ludwigs S, Nöcker G. Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i107-2.0
7. 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
8. 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
9. 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
10. Rohrauer-Näf G, Waldherr K, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Gesundheitsförderung 6: Österreich. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i040-2.0
11. Die Nationale Präventionskonferenz (NPK). Erster Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGBV. 2019 [accessed 2024 Jul 8]; Available from: https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/2_praeventionsbericht/NPK-Praeventionsbericht_Barrierefrei.pdf.
12. Die Nationale Präventionskonferenz (NPK). Zweiter Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGBV. Zugriff am 08. 2023 [accessed 2024 Jul 8]; Available from: https://www.npk-info.de/fileadmin/user_up

load/ueber_die_npk/downloads/2_praeventionsbericht/zweiter_npk_praeventionsbericht_barrierefrei.pdf.

Korrespondenz: Dipl.-Psych. Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e.V., Schillerstr. 32, 30159 Hannover, Deutschland, E-mail: thomas.altgeld@gesundheit-nds-hb.de

Zitierhinweis: Altgeld T. Finanzierung der Gesundheitsförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i018-1.0

Copyright: © 2026 Thomas Altgeld
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/

Forschung zur Gesundheitsförderung

Dominik Röding[1]
Ulla Walter[2]
[1] Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland
[2] Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Hannover, Deutschland

Abstract

Forschung zur Gesundheitsförderung ist eine Voraussetzung, um wirksame Maßnahmen entwickeln zu können. Ein weltweites Problem ist ihre unzureichende Finanzierung. In Deutschland ist die Förderung der Forschung zur Gesundheitsförderung im internationalen Vergleich besonders gering und auf zu kurze Studienzeiträume fokussiert. Zudem liegt ihr Fokus in Deutschland noch zu wenig auf Evidenzbasierung, Transfer und Translation. Um die internationale Sichtbarkeit zu verbessern, müssten in Deutschland mehr Langzeitstudien in der Forschung zur Gesundheitsförderung finanziert werden.

Keywords: Gesundheitsförderung, Evidenzbasierung, Transfer, Forschungsförderung

Einleitung

Es gibt keinen Konsens darüber, was unter Forschung zur Gesundheitsförderung zu verstehen ist. Die zentralen Forschungsfelder sind aber sicherlich erstens die Forschung zu den Determinanten der Gesundheit [1] und deren Wirkmechanismen, zweitens die Entwicklung von Interventionen und Policies zur Förderung gesunder Lebenswelten, Lebensweisen [2] (Settingsansatz – Lebensweltansatz) und übergreifenden strukturellen Rahmenbedingungen, drittens die Evaluation [3] der Wirksamkeit und Wirkweise von Interventionen und Policies sowie viertens die Forschung zur gelingenden Implementation von Interventionen und Policies. (Koelen et al. 2001)

In Abgrenzung zur prä-klinischen und klinisch-therapeutischen Gesundheitsforschung werden vor allem folgende sechs Merkmale hervorgehoben (Woodall et al. 2018, Corbin 2016):

- Die Forschung zur Gesundheitsförderung findet genuin nicht im Labor bzw. unter standardisierten Bedingungen, sondern im Feld unter Alltagsbedingungen statt.
- Sie erfolgt zweitens häufig in Interaktion mit Politik und Praxis.
- Sie ist drittens durch Multi- und Interdisziplinarität geprägt sowie
- viertens durch die damit einhergehende Methodenvielfalt.
- Sie ist fünftens zumindest partiell durch ein hohes wissenschaftskritisches Moment gekennzeichnet>
- und betont sechstens daher bisweilen den Ansatz der Partizipativen Gesundheitsforschung [4] (Partizipative Gesundheitsforschung) in besonderem Maße.

Derzeit lassen sich zwei Strömungen in der Forschung identifizieren, die mit den Schlagworten Evidenzbasierung und Aktionsforschung umrissen werden können. Erstere betont das Konzept der internen Validität und in diesem Zusammenhang die Limitationen von partizipativer Forschung und Methodenvielfalt. Betont wird auch eine möglichst klare Trennung von Intervention und Evaluation. Letzteres betont hingegen die Limitationen des Konzepts der internen Validität und die Vorteile von partizipativer Forschung und Methodenvielfalt. Eine klare Trennung von Intervention und Evaluation wird dabei nicht selten als Nachteil angesehen.

Aktuelle Forschungslücken in Gesundheitsförderung

Die von Badura und Kickbusch (1991) konstatierte Lücke zwischen unserem umfänglichen Wissen zu den Determinanten der Gesundheit und unserer tatsächlichen Lebenspraxis ist auch aktuell noch immer die zentrale Herausforderung für die Forschung zur Gesundheitsförderung. Die Entwicklung von effektiven und effizienten Interventionen und Policies ist zwar notwendig, aber nicht hinreichend, um diese Lücke zu schließen (Oldenburg et al. 1999). Denn es kommt auch darauf an, die Interventionen und Policies vor Ort (z. B. Quartiere, Kommunen, Regionen) angemessen zu übernehmen und zu implementieren [5]. Es braucht daher auch effektive Ansätze, die die Akteurinnen und Akteure vor Ort

(Praxis und Politik verschiedener Sektoren/Bereiche) dazu befähigen und ermächtigen [6] (Empowerment/Befähigung), die benötigten Interventionen und Policies unter Berücksichtigung der jeweils vorliegenden Rahmenbedingungen und Bedarfe angemessen und wissenschaftsbasiert auszuwählen und umzusetzen [5], [7], Oldenburg et al. 1999.

Solche Ansätze sind selbst eine Intervention auf einer Makroebene zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung bzw. ausgewählter Teilpopulationen. Sie verknüpfen das wissenschaftliche und praktische Wissen über Ursachen [1] (Determinanten der Gesundheit), Wirksamkeit (Interventionen und Policies) sowie Gelingensbedingungen und Kontextfaktoren (Implementationsforschung) zu einem Gesamtkonzept für die praktische Anwendung. Diese Interventionen auf Makroebene basieren auf Transfer- und/oder Translationsansätzen.

Die Transferforschung beschäftigt sich damit, ob und unter welchen Umständen erprobte Interventionen und Policies auf neue Kontexte (z.B. von städtischen auf ländliche Räume) oder neue Zielgruppen (z. B. von Jugendlichen auf Erwachsene) übertragen werden können, ohne ihre Wirksamkeit einzubüßen. Demgegenüber beschäftigt sich die Translationsforschung damit, wie evidenzbasierte Strategien sowie evidenzbasierte Interventionen und Policies in der Praxis lebensweltbezogener Gesundheitsförderung zur routinemäßigen Anwendung gelangen können.

Die Entwicklung und Evaluation solcher Translationsansätze spielt daher in der Forschung zur Gesundheitsförderung eine immer größere Rolle. Allerdings müssen hierzu auch die Theorie und Praxis der Evaluation weiterentwickelt werden, um derart komplexe Interventionen überhaupt angemessen evaluieren zu können [7]. Um diese Translationsansätze anhand ihres Public-Health-Impacts zu messen, sind in der Regel Langzeitstudien notwendig. Ein Best-Practice-Beispiel für derartige Studien stellt die Community Youth Development Study dar [8], die in den USA seit 2003 läuft.

Finanzielle Ressourcen für Forschung zur Gesundheitsförderung

Der Bedarf der Forschung zur Gesundheitsförderung an großangelegten Langzeitstudien, in denen nicht Individuen, sondern immer Lebenswelten (z. B. Kommunen, Schulen, Betriebe) in Interventions- und Kontrollgruppen eingeteilt werden müssen, trifft in vielen Ländern auf eine Forschungsförderlandschaft, in der erstens kaum Langzeitstudien finanziert und zweitens für die Forschung zur Gesundheitsförderung nur relativ geringe Mittel bereitgestellt werden.

Laut UK Clinical Research Collaboration [9] entfielen in Großbritannien im Jahr 2018 nur 3,5 % (ca. 385 Millionen Euro) der Fördermittel für Gesundheitsforschung (gesamt: ca. 11 Milliarden Euro) auf Forschung zu Primärprävention und Gesundheitsförderung (exklusive Forschung zu Impfungen und Chemotherapie). Allerdings stieg dieser Wert von 0,75 % im Jahr 2004/2006 kontinuierlich auf 3,5 % im Jahr 2018 an.

In den USA umfassten von der gesamten extramuralen Forschungsförderung der National Institutes of Health (NIH) im Jahr 2019 (ca. 37 Milliarden Euro) rund 27% primäre und sekundäre Prävention [10]. Dieser Wert schwankt seit 2012 um etwa 25% (+/- 5%). Von diesen rund 25 % entfallen meist knapp zwei Drittel auf Primärprävention und Gesundheitsförderung. Gemessen am Gesamtfördervolumen der NIH entfallen also etwa 16% (ca. 6 Milliarden Euro) auf die Forschung zur Primärprävention und Gesundheitsförderung.

Die Lage in Deutschland

Entsprechende Angaben stehen für Deutschland nicht zur Verfügung. Seit den 1980er-Jahren wurde in Deutschland, ausgehend von der gemeindebezogenen Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (Hauptstudienphase: 1984 bis 1994; [11]) die Forschung zur Primärprävention vermehrt gefördert [12]. Im Rahmen der Förderung der fünf Public Health-Forschungsverbünde (Bundesministerium für Bildung und Forschung 1992 bis 2001) widmete sich ein großer Teil der Projekte Fragen der primären Prävention und Gesundheitsförderung, wobei besonders vulnerable Zielgruppen, Potenziale, Konzepte und spezifische Interventionen sowie der Aktionsrahmen (Akteurinnen und Akteure, Organisationen etc.) im Mittelpunkt standen [13]. 2004 erfolgte erstmals die Einrichtung eines eigenständigen Förderschwerpunkts „Primäre Prävention und Gesundheitsförderung“ durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Seitdem wird in Deutschland die Forschung zur Gesundheitsförderung größtenteils über das BMBF gefördert, das dabei in etwa vierjährigen Intervallen thematische Schwerpunktsetzungen vorgibt. Leider ist eine Zusammenführung und der übergreifende Austausch zwischen Wissenschaft, Praxis und Politik im Rahmen von Metaprojekten wie KNP [14], [15] nicht in allen Förderperioden vorgesehen.

Folgende Förderschwerpunkte gab es bislang vom BMBF, die ausschließlich auf Forschung zur Primärprävention und Gesundheitsförderung abstellten (Tab. 1).

Förderschwerpunkt	**Laufzeit**	**Fördervolumen (Mio. Euro)**	**Kommentar**
Primäre Prävention und Gesundheitsförderung	2004 bis 2012/13	20,5	
Verbünde zur Präventionsforschung	2014 bis 2017	17,6	Wurde noch einmal von 2018 bis 2021 gefördert.
Nachhaltigkeit in der Prävention und Gesundheitsförderung	2014 bis 2017	4,1	Es wurde davon ca. eine Million Euro ausgegeben.
Verbünde zur Präventionsforschung	2018 bis 2021	13,4	Anschlussförderung (siehe oben)
Evidenzbasierung und Transfer in der Präventionsforschung	2020 bis 2023	8,5	
Interventionsstudien für gesunde und nachhaltige Lebensbedingungen und Lebensweisen	2023 bis 2026	Volumen noch unklar	Fördervolumen zum 07.10.2022 noch nicht veröffentlicht

Tab. 1: BMBF-Förderschwerpunkte für Forschung zur Primärprävention und Gesundheitsförderung

Darüber hinaus wurden in den folgenden Förderschwerpunkten des BMBF, neben Projekten zur Versorgungsforschung, auch Projekte zur Erforschung von Ansätzen der Primärprävention und Gesundheitsförderung finanziert (Tab. 2).

Förderschwerpunkt	**Laufzeit**	**Fördervolumen (Mio. Euro)**	**Kommentar**
Gesund ein Leben lang – ältere Menschen	2017 bis 2022	12	Inkl. Versorgungsforschung
Gesund ein Leben lang – Kindes- und Jugendalter	2017 bis 2024	41,5	Inkl. Versorgungsforschung
Gesund ein Leben lang – in der Erwerbsarbeit	2017 bis 2022	14,4	Inkl. Versorgungsforschung
Gesund ein Leben lang – Gendergesundheit	2017 bis 2022	10,3	Inkl. Versorgungsforschung

Tab 2: BMBF-Förderschwerpunkte zur Versorgungsforschung und Forschung zur Primärprävention und Gesundheitsförderung

Die Fördervolumina der vier Programme von „Gesund ein Leben lang“ könnten näherungsweise jeweils zur Hälfte der Forschung zur Gesundheitsförderung zugerechnet werden. Verteilt man die Fördervolumina aller Programme gleichmäßig auf die Jahre ihrer Laufzeit, dann stieg die Förderung des BMBF für Forschung zur Gesundheitsförderung von etwa 2,3 Millionen Euro pro Jahr für die Jahre 2004

bis 2013 weitgehend kontinuierlich an und lag im Jahr 2021 bei etwa 11,5 Millionen Euro. Im Vergleich dazu betrugen im Jahr 2019 die Ausgaben des BMBF für Forschung und Entwicklung im Förderschwerpunkt Gesundheitsforschung und Gesundheitswirtschaft 2,5 Milliarden Euro [16]. Demnach entfielen weniger als 0,5 % des BMBF-Fördervolumens für Gesundheitsforschung auf die Forschung zur Gesundheitsförderung. Auch wenn sich diese Zahlen und die oben angeführten Zahlen aus den USA und aus Großbritannien nicht direkt vergleichen lassen, so lässt sich doch erkennen, dass Deutschland sowohl absolut als auch relativ wenig für Forschung zur Gesundheitsförderung ausgibt.

Internationale Sichtbarkeit der deutschen Forschung zur Gesundheitsförderung

Meta-Analysen zur Wirksamkeit von komplexen (z.B. partizipativen gemeindebezogenen) Interventionen der Gesundheitsförderung [17] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger) (Meta-Analysen: [18], [19], [20], [21] zeigen, dass diese nicht eine einzige Studie aus Deutschland beinhalten. Die mit Abstand größte Anzahl der Studien kommt aus den USA. Das NIH-Office of Disease Prevention (OPD) setzt sich in den USA dafür ein, dass der Fokus der Forschung zur Gesundheitsförderung noch stärker in Richtung der Entwicklung, Evaluation und Dissemination von Interventionen gelenkt wird [10]. Laut OPD sollten mehr teure, methodisch hochwertige, kontrollierte Interventionsstudien gefördert werden, während Beobachtungsstudien und andere Studiendesigns weniger Förderung erhalten sollten. In Deutschland werden solche Forderungen kritisch gesehen [22]. Allerdings mehren sich auch hier die Forderungen nach evidenzbasierter Prävention und Gesundheitsförderung [23], [24] (Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 1: Verständnis).

In der Studie von Murray et al. [10] zeigt sich für die USA zudem der Trend, dass in der Forschung zur Gesundheitsförderung Sekundärdatenanalysen eine zunehmend größere Rolle spielen. Vor dem Hintergrund von Entwicklungen wie Digitalisierung und Big Data ist dies nicht unbedingt verwunderlich. Sekundärdaten können in der Forschung zur Gesundheitsförderung z. B. über retrospektive Studien zu Langzeiteffekten von komplexen Interventionen (z. B. [25]) wertvolle Beiträge liefern.

Fazit

Die Forschung zur Gesundheitsförderung ist derzeit vor allem dazu herausgefordert, ihr umfangreiches Wissen über die sozialen Determinanten der Gesundheit und über die Bedingungen einer gelingenden Implementation von Interventionen und Policies dafür zu nutzen, gesündere Lebenswelten und Lebensweisen zu schaffen. Hierzu muss die Forschung zur Gesundheitsförderung ihren Fokus künftig stärker auf die Entwicklung und Evaluation von komplexen Interventionen und Policies sowie von Translationsansätzen richten. Dafür wird eine Forschungsförderungslandschaft benötigt, die großangelegte kontrollierte Interventions-/Translationsstudien mit langer Beobachtungsdauer finanzieren.

Literatur:

- World Health Organization (WHO). Preventing chronic diseases – a vital investment. WHO global report. Geneva; 2005.

References

1. Hurrelmann K, Richter M. Determinanten der Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I008-2.0
2. 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
3. Haack G, Haß W. Evaluation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I016-3.0
4. 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

5. Walter U. Qualitätsmanagement und -entwicklung in der Primärprävention und Gesundheitsförderung: Stand, Herausforderungen und Perspektiven. Bundesgesundheitsbl. 2022;65:310–8. DOI:10.1007/s00103-022-03494-2
6. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I10-3.0
7. Zeeb H, Brandes M, Bauer U, Forberger S, Gelius P, Muellmann S, Okan O, Pfeifer K, Renner B, Wright M. Perspektivpapier „Zukunft Präventionsforschung“: Koordinierte Forschung zu Prävention und Gesundheitsförderung − aktuell und in der Zukunft. Gesundheitswesen. 2023 [accessed 2022 Sep 26];85:388–94. Available from: https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/a-1816-3398.pdf
8. Hawkins JD, Catalano RF, Arthur MW, Egan E, Brown EC, Abbott RD, Murray DM. Testing communities that care: The rationale, design, and behavioral baseline equivalence of the community youth development study. Prev Sci. 2008;9(3):178–90. DOI:10.1007/s11121-008-0092-y
9. UK Clinical Research Collaboration. UK Health Research Analysis 2018. 2020. [accessed 2022 Sep 26]. Available from: https://hrcsonline.net/reports/analysis-reports/uk-health-research-analysis-2018
10. Murray DM, Ganoza LF, Vargas AJ, Ellis EM, Oyedele NK, Schully SD, Liggins CA. New NIH primary and secondary prevention research during 2012-2019. Am J Prev Med. 2021;60(6):e261–8.
11. Von Troschke J, Klaes L, Maschewsky-Schneider U, Scheuermann W. Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Forschungsverbund DHP, editor. Bern, Göttingen: Hans Huber; 1998.
12. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration − Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten, Anhang. 2009. [accessed 2022 Sep 26]. Available from: https://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht09/GA2009-LF.pdf
13. Walter U, Krappweis H, Räbiger J, Schneeweiß S, Wildner M, Wolters P, Reschauer G. Public Health Forschung in Deutschland. Deutsche Gesellschaft für Public Health, editor. Bern, Göttingen: Hans Huber; 1999.
14. Walter U, Plaumann M, Nöcker G, Pawils S. Prävention und Gesundheitsförderung wirksam und nachhaltig gestalten − Ergebnisse des BMBF-Förderschwerpunkts Präventionsforschung. Gesundheitswesen. 2015;77:2–11.
15. 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, Naegele 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
16. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Ausgaben des BMBF für Wissenschaft, Forschung und Entwicklung nach Förderbereichen und Förderschwerpunkten. 2022. [accessed 2022 Sep 26]. Available from: https://www.datenportal.bmbf.de/portal/Tabelle-1.1.6.pdf
17. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
18. Hayes SL, Mann MK, Morgan FM, Kelly MJ, Weightman AL. Collaboration between local health and local government agencies for health improvement. The Cochrane database of systematic reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2012;10:CD007825.
19. O’Mara-Eves A, Brunton G, Mcdaid D, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F. Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis, and economic analysis. Public Health Res. 2013;1.4.
20. Brunton G, Caird J, Kneale D, Thomas J, Richardson M. Review 2: Community engagement for health via coalitions, collaborations, and partnerships: a systematic review and meta-analysis. EPPI-Centre, Social Science Research Unit, UCL Institute of Education, University College London: London; 2015.
21. Anderson LM, Adeney KL, Shinn C, Safranek S, Buckner-Brown J, Krause LK. Community coalition-driven interventions to reduce health disparities among racial and ethnic minority

populations. Cochrane Database Syst Rev. 2015;6:CD009905.
22. Bödeker W, Moebus S. Studiendesigns zur Wirkungsevaluation in Prävention und Gesundheitsförderung – Die Bedeutung interner und externer Validität für die Evidenzbasierung in Lebenswelten. Gesundheitswesen. 2020;82(12):e147–57. DOI:10.1055/a-0832-2220
23. De Bock F, Dietrich M, Rehfuess E. Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. Memorandum der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Konzepte. 2020;6. DOI:10.17623/BZGA:2021-KON-DE-1.0
24. De Bock F, Dietrich M, Rehfuess E. Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 1: Verständnis. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I017-1.0
25. Röding D, Walter U, Dreier M. Long-term effects of integrated strategies of community health promotion on diabetes mellitus mortality: a natural policy experiment based on aggregated longitudinal secondary data. J Urban Health. 2021;98:791–800. DOI:10.1007/s11524-021-00590-7

Korrespondenz: Dr. rer. pol., M.Sc. Dominik Röding, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Deutschland, E-mail: Roeding.Dominik@mh-hannover.de

Zitierhinweis: Röding D, Walter U. Forschung zur Gesundheitsförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i019-1.0

Copyright: © 2026 Dominik Röding 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/

Frühe Hilfen

Jörg Backes[1]
Mechthild Paul[1]
[1] Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), Köln, Deutschland

Abstract

Frühen Hilfen sind ein präventives Unterstützungsangebot für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. Ziel der Frühen Hilfen ist es, Entwicklungsrisiken frühzeitig zu erkennen und belastete Familien durch niedrigschwellige, koordinierte Hilfen zu unterstützen. Im Fokus steht die sektorenverbindende Zusammenarbeit vor allem von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe, um psychosoziale und gesundheitsbezogene Angebote passgenau anbieten zu können. Die Frühen Hilfen setzen auf eine wertschätzende, ressourcenorientierte Haltung, um Stigmatisierung zu vermeiden und die freiwillige Inanspruchnahme zu fördern. Die gesetzliche Verankerung und die Arbeit des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) sichern Qualität und Weiterentwicklung.

Keywords: Entwicklungsrisiken, belastete Familien, sektorenverbindende Kooperation, präventiver Kinderschutz, Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)

Einleitung

In den ersten Lebensjahren werden entscheidende Weichen für die Entwicklung eines Kindes gestellt. Damit alle Kinder gut aufwachsen können, ist es notwendig, Familien Unterstützung anzubieten, denen es aufgrund einer belasteten Lebenssituation nicht gelingt, die Entwicklung ihrer Kinder angemessen zu begleiten. Durch Frühe Hilfen können Kinder schon ab der Schwangerschaft und in der frühen Kindheit (Säuglinge und Kinder bis drei Jahren) so früh wie möglich gefördert werden. Ziel ist es, ihnen gute Startchancen zu ermöglichen und Entwicklungsbeeinträchtigungen abzuwenden.

In Deutschland stehen Eltern eine Vielzahl von Unterstützungseinrichtungen und -angeboten zur Verfügung. Doch insbesondere Familien, deren Lebensumstände durch verschiedene Belastungsfaktoren gekennzeichnet sind und die einen hohen Präventionsbedarf haben, können häufig nur unzureichend von Unterstützungsangeboten profitieren. Hierbei handelt es sich um das sogenannte Präventionsdilemma [1], [2], [3]. Um dieses aufzulösen, werden im Netzwerk Frühe Hilfen die Angebote der verschiedenen Akteurinnen und Akteure, Einrichtungen und Institutionen aus unterschiedlichen Sozialsystemen und Sektoren koordiniert und den Familien niedrigschwellig und möglichst passgenau zur Verfügung gestellt. Das setzt ein systematisches Erkennen relevanter Belastungsfaktoren von Eltern auf der Grundlage eines möglichst umfassenden Zugangs voraus.

Im Mittelpunkt stehen dabei vor allem das Gesundheitswesen und die Kinder- und Jugendhilfe. Gerade Eltern mit hohem Hilfebedarf können durch eine gute Zusammenarbeit dieser beiden Bereiche unterstützt werden: Das Gesundheitswesen verfügt über notwendige, nicht-stigmatisierende Zugänge zu allen Familien und somit auch zu belasteten Familien. Die Kinder- und Jugendhilfe kann insbesondere auf eine breite Palette an psychosozialen Hilfen zurückgreifen und zur Verfügung stellen.

Frühe Hilfen im Spannungsfeld zwischen Förderung und Kontrollauftrag

Gravierende Fälle von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung gaben ab 2006 Anlass zu einer breiten gesellschaftlichen Debatte über Kinderschutz [4] (Kinderschutz und Prävention – Gesundheitsförderung). Ziel der Debatte war, das Wohl der Kinder in den Mittelpunkt der gesellschaftlichen Verantwortung zu rücken. Dabei bestand auf allen föderalen Ebenen und in Wissenschaft und Praxis Einigkeit darüber, Entwicklungsstörungen und Gefährdungen für Kinder durch Prävention vermieden werden sollen. Sowohl die Gesundheitsministerkonferenz als auch die Jugendministerkonferenz sprachen sich damals für den Aufbau präventiver gesundheitsbezogener und psychosozialer Hilfen aus, die so früh wie möglich zur Verstärkung eines umfassenden Kinderschutzes sowie für eine stärkere systematische Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen den Systemen beitragen sollten.

In der Anfangszeit der Frühen Hilfen (2006 bis 2010) wurde unter dem starken Eindruck schwerwiegender Misshandlungsfälle intensiv um das Ausmaß von Förderung und Kontrolle in den Frühen Hilfen gerungen. Vertreterinnen und Vertreter aus dem Gesundheitswesen taten sich anfangs sehr schwer, Kooperationen mit der Kinder- und Jugendhilfe einzugehen, aus Sorge, als verlängerter Arm des Jugendamtes wahrgenommen zu werden und damit das Vertrauen der Familien zu verlieren. Für alle in den Frühen Hilfen und im Kinderschutz Tätigen lag und liegt die Herausforderung darin, die eigenen Zuständigkeiten sowie deren Grenzen zu erkennen und bei weitergehendem Hilfebedarf oder in Fällen von Kindeswohlgefährdung entsprechend zu handeln.

Um der Fachpraxis eine erste Orientierung für den Prozess der Verortung Früher Hilfen zu geben und einen Diskurs darüber anzuregen, erarbeitete das Nationale Zentrum Frühe Hilfen [5] gemeinsam mit seinem wissenschaftlichen Beirat eine Begriffsbestimmung Frühe Hilfen [5]. Sie enthält ein umfassendes Verständnis der Förderung positiver Entwicklungsbedingungen und verfolgt nicht in erster Linie eine Strategie der einseitigen Gefahrenabwehr [6]. 2014 wurde die Begriffsbestimmung vom Beirat des NZFH mit Vertreterinnen und Vertretern der Wissenschaft und Praxis durch das Leitbild Frühe Hilfen ergänzt [7]. Im Leitbild wurden die Eckpfeiler der Frühen Hilfen weiter ausdifferenziert. Vor allem hob es die Orientierung an den Bedarfen der Familien heraus, außerdem die wertschätzende und auf Vertrauen basierende Grundhaltung sowie die ressourcenstärkende und selbsthilfefördernde Ausrichtung der Frühen Hilfen.

Ziel der Frühen Hilfen

Frühe Hilfen reichen von Gruppenangeboten über aufsuchende Unterstützungsformen bis hin zu intensiveren Angeboten zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern. Zielgruppen sind alle Eltern, jedoch mit dem Fokus auf Familien in belasteten Lebenslagen (selektive Prävention).

Frühe Hilfen dienen der frühzeitigen Wahrnehmung von familiären Belastungen, die sich negativ auf die Gesundheit und das Wohl eines Kindes auswirken können. Sie leiten gegebenenfalls weitergehende Hilfen ein, wenn die Frühen Hilfen nicht ausreichen und/oder der Schutz der Kinder nicht ausreichend gewährleistet ist. Sie sind an der Schnittstelle zu intensiveren Hilfen und zum Schutzauftrag tätig, handeln aber nicht zur Erfüllung desselben. Dies tun sie in einem sektorenverbindenden Netzwerk unterschiedlicher Partnerinnen und Partner, die sowohl professionelle als auch ehrenamtliche Angebote bereithalten. Frühe Hilfen sind ein Unterstützungsangebot, das Eltern freiwillig in Anspruch nehmen können.

Darin eingebettet bedarf es besonderer Bemühungen, um Familien in schwierigen Lebenslagen anzusprechen und bedarfsgerecht zu unterstützen. Gerade psychosozial belasteten Familien fehlen oft die Ressourcen und auch das Vertrauen ins Unterstützungssystem, sich Hilfen aktiv zu erschließen. Sie benötigen spezifische, niedrigschwellige, meist aufsuchende Angebote, die ihre besondere Lebenslage berücksichtigen [8].

Die Vermeidung von Stigmatisierung ist dabei in erster Linie eine Frage der Haltung, mit der Fachkräfte Müttern und Vätern gegenübertreten, um sie für die Teilnahme an den freiwilligen Angeboten der Frühen Hilfen zu motivieren. Es hat sich als eine nicht erfolgsversprechende Strategie herausgestellt, Eltern als potenzielle Gefährder bzw. als Risiko für ihr Kind wahrzunehmen und anzusprechen. Dies blockiert den Aufbau einer notwendigen Vertrauensbeziehung [9].

Daher gilt es, in der Ansprache positive Ziele Früher Hilfen zu formulieren. Beispielsweise die Förderung einer altersgemäßen Entwicklung des Kindes oder das Erleben von mehr Sicherheit und Selbstwirksamkeit in der Elternrolle. Dies kommt den Bedürfnissen und Wünschen von Eltern entgegen [10] und kann die Motivation zur Inanspruchnahme von Hilfen unterstützen.

Unterstützungs- und Hilfeangebote in den Frühen Hilfen

Frühe Hilfen umfassen sowohl universelle als auch differenzierte Hilfen je nach Belastungs- und Problemhintergrund. Generell findet sich bei den Frühen Hilfen eine Vielzahl von unterschiedlichen Angeboten (Besuchsdienste, Müttercafés, Beratungsangebote, Lotsendienste etc.) in einem Kooperationsnetzwerk.

Demnach gibt es nicht den einen Hilfetypus bzw. das spezifische Angebot der Frühen Hilfen. Sie umschreiben das Verhältnis und die Bezogenheit von unterschiedlichen Hilfen in einem kommunalen Netzwerk zueinander. Dies beinhaltet Fragen des Zugangs zu Angeboten, zum Umfang der

Unterstützung und vor allem zur Zusammenarbeit und der Koordinierung von Hilfen. Ziel ist es, allen Familien die Teilhabe an den Hilfen zu ermöglichen. Niedrigschwellige Angebote wie die längerfristig aufsuchende Betreuung und Begleitung (LAB) durch Familienhebammen und Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Pfleger zeigen hier große Erfolge vor allem bei Familien mit einem mittleren Belastungsgrad [11]. Daneben gibt es auch intensivere Unterstützungsformen.

Studien zeigen, dass Familien mit besonders herausfordernden Lebensumständen, wie beispielsweise sehr junge Elternschaft, von Angeboten wie STEEP (Steps toward effective and enjoyable parenting bzw. Schritte zu wirksamer und freudvoller Elternschaft) oder entwicklungspsychologischer Beratung profitieren können. Sie arbeiten unter anderem videounterstützt mit Eltern, um die Eltern-Kinder-Interaktion, Feinfühligkeit und Bindung der Eltern zu ihren Kindern zu stärken. Dabei handelt es sich um Angebote, deren Wirksamkeit bereits belegt ist [12], [13].

Frühe Hilfen – vom Modellprojekt zur Regelförderung

Das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen und soziale Frühwarnsysteme“ wurde 2006 vom damaligen Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) auf den Weg gebracht. Ebenso initiierten Länder und Kommunen eigene Programme und Maßnahmen zu Frühen Hilfen.

Zu den zentralen Qualitätsdimensionen Früher Hilfen gehörte von Anfang an die konsequente Orientierung an den Unterstützungsbedarfen der Eltern und ihrer Kinder. Es sollte stets vom Kind bzw. von den Familien her gedacht werden; dies in einem Verbund systemübergreifender koordinierter Hilfen und Angebote vor allem des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe – orientiert an der Lebenswelt der Familien.

Im Rahmen des Aktionsprogramms wurden zehn Modellprojekte in allen Bundesländern aufgesetzt. Der Praxisteil wurde von Ländern, Kommunen, Stiftungen sowie freien Trägern durchgeführt, die wissenschaftliche Begleitung vom NZFH aus Mitteln des BMFSFJ gefördert. Dabei ging es um geeignete Zugangsmöglichkeiten zu belasteten Familien, die Wirksamkeit von Hilfetypen, Bedingungsfaktoren gelingender Vernetzung und Kooperation sowie um die Verstetigung der Frühen Hilfen im Regelsystem.

Die Erkenntnisse fanden Eingang in die Beratungen zum Bundeskinderschutzgesetz (KKG), das Anfang 2012 in Kraft trat. Die Frühen Hilfen wurden darin als freiwillige Unterstützung erstmalig vom Gesetzgeber in § 1 Abs. 4 KKG normiert: „Zu diesem Zweck umfasst die Unterstützung der Eltern bei der Wahrnehmung ihres Erziehungsrechts und ihrer Erziehungsverantwortung durch die staatliche Gemeinschaft, insbesondere auch Information, Beratung und Hilfe. Kern ist die Vorhaltung eines möglichst frühzeitigen, koordinierten und multiprofessionellen Angebots im Hinblick auf die Entwicklung von Kindern vor allem in den ersten Lebensjahren für Mütter und Väter sowie schwangere Frauen und werdende Väter (Frühe Hilfen).“

Des Weiteren wurde im Gesetz eine zeitlich befristete „Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen“ (§ 3 Abs. 4 KKG) – kurz: Bundesinitiative Frühe Hilfen – aufgenommen und vom BMFSFJ bis 2017 mit insgesamt 177 Millionen Euro gefördert. Ziel der Bundesinitiative war die Vorbereitung des bereits im Gesetz verankerten Fonds Frühe Hilfen, der ab 2018 über die Bundesstiftung Frühe Hilfen umgesetzt wurde. Darüber erfolgte die Sicherstellung der Netzwerke Frühe Hilfen und psychosozialen Unterstützung von Familien mit jährlich mindestens 51 Millionen Euro.

Mit der Bundesinitiative Frühe Hilfen wurde ein Qualitätsentwicklungsprozess angestoßen, über den zum Start der Bundesstiftung ein flächendeckender Ausbau auf einem annähernd vergleichbaren Qualitätsniveau in den Frühen Hilfen erreicht werden konnte.

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen – Motor auf Bundesebene

Das BMFSFJ fördert seit 2007 das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) als zentrale Wissensplattform und Impulsgeber zu Frühe Hilfen, auf der Grundlage partizipativer Zusammenarbeit mit Ländern, Kommunen und Verbänden. Träger ist seit Februar 2025 das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) – bis dahin die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) – in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut e. V. (DJI). Sitz des NZFH ist das BIÖG in Köln.

In den Jahren 2012 bis 2017 wurde beim NZFH die Koordinierungsstelle zur Bundesinitiative Frühe Hilfen eingerichtet. Seit 2018, mit dem Start der Bundesstiftung Frühe Hilfen, gehören zu den Aufgaben des NZFH unter anderem Dauerbeobachtung, Transfer in die Praxis, Koordination des länderübergreifenden Austausches mit den Ländern und kommunalen Gebietskörperschaften sowie

Öffentlichkeitsarbeit, um die Stiftung so zu unterstützen, dass ein bundesweit einheitliches Qualitätsniveau im Bereich Früher Hilfen im Sinne der Bundesstiftung gewährleistet werden kann (vgl. [14]).

Dabei trägt das NZFH durch die Generierung und Bereitstellung von Wissen (beispielsweise Implementierungsforschung, Prävalenz- und Versorgungsforschung, Kooperations- und Schnittstellenforschung) und dessen Transfer in die Praxis und die Öffentlichkeit zur Qualitätsentwicklung und -sicherung der Frühen Hilfen bei. Darüber hinaus regt es den wissenschaftlichen Diskurs zu Frühen Hilfen an und unterstützt deren systematische Verankerung in der Fachpraxis, um sie als wirksames, präventives sowie dauerhaftes Unterstützungsangebot für (werdende) Eltern und ihre Kinder zu etablieren und zu sichern.

Das NZFH unterstützt die Fachpraxis im Rahmen der Qualitätsentwicklung und Qualifizierung, beispielsweise über die digitale Lernplattform Frühe Hilfen (NZFH, 2024a) oder konsensual entwickelte Qualitätsstandards für Lotsendienste [15]. Außerdem initiiert das NZFH Prozesse des interdisziplinären und überregionalen Austauschs, zum Beispiel Interprofessionelle Qualitätszirkel Frühe Hilfen (NZFH, 2024b) oder kommunale Qualitätsentwicklungswerkstätten im Rahmen der Projekte „Qualitätsdialoge Frühe Hilfen“ und „Frühe Hilfen qualitätvoll gestalten“.

Das NZFH bearbeitet außerdem den Themenbereich Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen auf der Grundlage eines Gemeinsamen Beschlusses der Konferenz der Regierungschefs der Länder und der Bundeskanzlerin vom 12. Juni 2008 [16]: „Um Defizite im Kinderschutz zu identifizieren und um aus problematischen Kinderschutzverläufen zu lernen, wird das Nationale Zentrum Frühe Hilfen in Abstimmung mit Bund und Ländern eine Plattform für einen regelhaften Erfahrungsaustausch einrichten.“

Seit Beginn wird das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) von einem Beirat fachlich begleitet. Er besteht aus mehr als 40 Mitgliedern, die unterschiedliche wissenschaftliche Disziplinen sowie relevante Institutionen und Verbände repräsentieren.

Frühe Hilfen – ein eigenständiges und zugleich verbindendes Versorgungselement

Frühe Hilfen haben sich zu einem die bestehenden Sozialleistungssysteme ergänzenden und verbindenden Versorgungselement für werdende Eltern sowie Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Deutschland etabliert. Durch ein eigenes Profil und spezifische Angebote streben sie eine grundlegende Versorgungsqualität bei der Unterstützung von (werdenden) Müttern und Vätern an und entwickeln neue Zugänge für Familien in belastenden Lebenslagen.

Frühe Hilfen entfalten ihr Potenzial in der multiprofessionellen Kooperation und Vernetzung vieler Akteurinnen und Akteure aus unterschiedlichen Leistungssystemen. Hier spielt freiwilliges Engagement (Ehrenamt) eine wichtige Rolle. Erforderlich ist eine geregelte, gut koordinierte und konstruktive Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen und Institutionen, insbesondere aus den Bereichen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen, ferner aus der Schwangerschaftsberatung, der Frühförderung sowie dem Kontext materieller Hilfen der Grundsicherung.

Gute und nachhaltige Netzwerkarbeit ist daher konstitutiv für effektive lokale Systeme der Frühen Hilfen. Netzwerke haben die Aufgabe, den fachlichen Austausch zu organisieren und die Zusammenarbeit zu sichern. Sie bilden die Basis für eine stetige Verbesserung sowie Planung und Koordination einer bedarfsgerechten Angebotsstruktur. Wichtige Voraussetzung ist die gemeinsame Erarbeitung geregelter Verfahren zur übergreifenden, aber auch familienbezogenen Zusammenarbeit, verknüpft mit der beständigen Weiterentwicklung und Aushandlung eines gemeinsamen Fachverständnisses.

Vermehrt geht es auch um Fragen einer politisch strukturellen Verankerung. Denn Frühe Hilfen werden auf lokaler Ebene umgesetzt mit der Steuerungsverantwortung beim Träger der öffentlichen Jugendhilfe. Die erfolgreiche Implementierung und Weiterentwicklung hängt dabei maßgeblich von der Unterstützung der politischen Ebene ab und der damit verbundenen Ressourcenplanung.

Durch die mit Ländern, Kommunen, Beirat und Familien partizipativ entwickelte Marke Frühe Hilfen wird zukünftig die Wiedererkennbarkeit und das Profil für Familien und Fachkräfte geschärft. Mit einer gemeinsamen Markenkommunikation wird auf Angebote der Frühen Hilfen und kommunale Netzwerke aufmerksam gemacht. Dabei bilden Keyvisuals sowie der sogenannte Frühe-Hilfen-Stempel den Kern einer überregionalen Kommunikation.

Frühe Hilfen bilden ein dynamisches und lernendes System, das sich an die sich wandelnden Lebensrealitäten und Bedarfe von Familien anpasst. Ihre Weiterentwicklung orientiert sich nicht nur an fachlichen Standards und empirischen Erkenntnissen, sondern auch an den Herausforderungen und Bedürfnissen junger Familien im Alltag. Zugleich übernehmen die Frühen Hilfen eine gesellschaftspolitische Rolle: Durch ihre Netzwerke übernehmen sie Anwaltschaft für Familieninteressen, indem sie strukturelle Versorgungslücken sichtbar machen und Impulse für eine familienfreundlichere Infrastruktur setzen. Sie sind damit nicht nur Unterstützungsangebote, sondern auch aktive Fürsprecher einer präventiven Unterstützung von Familien.

Internetadressen:

- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Frühe Hilfen. Für Schwangere, werdende Eltern und Familien mit Kindern bis drei Jahre. Available from: https://www.elternsein.info
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). elternsein.info. Angebote für Schwangere & Eltern mit Kindern bis 3 Jahre. Available from: https://www.instagram.com/elternsein_info
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Available from: https://www.fruehehilfen.de
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Nationales Zentrum Frühe Hilfen, BIÖG. Available from: https://de.linkedin.com/company/nationales-zentrum-fruehe-hilfen
- Deutsches Jugendinstitut (DJI). Available from: https://www.dji.de

References

1. Bauer U. Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. 2005 edn. Wiesbaden: VS Verlag Fur Sozialwissenschaften; 2005. DOI:10.1007/978-3-322-93541-0
2. van Staa J, Renner I. »Man will das einfach selber schaffen« – Symbolische Barrieren der Inanspruchnahme Früher Hilfen. Ausgewählte Ergebnisse aus der Erreichbarkeitsstudie des NZFH. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), editor. Köln; 2020. DOI:10.17623/NZFH:K-SBIFH-AEE
3. Sahrai D, Bittlingmayer UH. Frühe Hilfen für alle? Erreichbarkeit von Eltern in den Frühen Hilfen. Expertise. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), editor. Köln; 2024. (Materialien zu Frühen Hilfen; 18). DOI:10.17623/NZFH:MFH-FHFAEVEIDFH
4. Jungmann T. Kinderschutz und Prävention – 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-I068-3.0
5. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), editor. Begriffsbestimmung Frühe Hilfen. 2009 [accessed 2025 Nov 10]. Available from: https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/grundlagen-der-fruehen-hilfen/begriffsbestimmung-fruehe-hilfen
6. Sann A, Geene R, Paul M. Frühe Hilfen – ein neues Handlungsfeld zur Stärkung von Kindern und Familien. In: Geene R, Höppner C, Lehmann F, editors. Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Ein multidisziplinäres Arbeitsbuch zur Kindergesundhei. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung; 2013. p. 361–85.
7. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), editor. Leitbild Frühe Hilfen. Beitrag des NZFH-Beirats. Köln; 2014.
8. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), editor. Bundesinitiative Frühe Hilfen – Zwischenbericht. Köln; 2014.
9. Geene R. Kindeswohl und Frühe Hilfen. In: Bartsch G, Gaßmann R, editors. Generation Alkopops: Jugendliche zwischen Marketing, Medien und Milieu. Freiburg: Lambertus; 2011. p. 77–88.
10. Renner I, Heimeshoff V, Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung. Köln; 2010.
11. Renner I, Scharmanski S. Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen – Hat sich ihr Einsatz bewährt? Bundesgesundheitsblatt. 2016 Oct;59(10):1323–31. DOI:10.1007/s00103-016-2430-8
12. Suess GJ, Bohlen U, Carlson EA, Spangler G, Maier MF. Effectiveness of attachment based STEEPTM intervention in a German high-risk sample. Attach Hum Dev. 2016;(5):443–60. DOI:10.1080/14616734.2016.1165265
13. Zwönitzer A, Ziegenhain U, Bovenschen I, Bressem K, Pillhofer M, Fegert JM, Spangler G,

Gerlach J, Gabler S, Künster AK. Effects of early intervention in children at risk: Short-term and long-term findings from an attachment-based intervention program. Ment. Health Prev. 2015;3:98–102. DOI:10.1016/j.mhp.2015.07.004

14. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Verwaltungsvereinbarung Fonds Frühe Hilfen (gem. § 3 Absatz 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz) über die Bundesstiftung Frühe Hilfen. 2017.
15. Schmenger S, Schmutz E, Backes J, Scharmanski S. Zentrale Qualitätskriterien für Lotsendienste der Frühen Hilfen in Geburtskliniken. Fachliche Anforderungen für die weitere Profilierung. Eckpunktepapier. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), editor. 2020. DOI:10.17623/NZFH:EPP-QkLF
16. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), editor. Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz. Rechtsgutachten zu Rechtsfragen im Zusammenhang mit der Analyse problematischer Kinderschutzverläufe erstellt vom Deutschen Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF) im Auftrag des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH). Köln; 2013.

Korrespondenz: Dipl.-Sozialarb. M.A. Jörg Backes, Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Maarweg 149-161, 50825 Köln, Deutschland, E-mail: joerg.backes@nzfh.de

Zitierhinweis: Backes J, Paul M. Frühe Hilfen. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i020-1.0

Copyright: © 2026 Jörg Backes 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/

Gemeindepsychologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit

Bernd Röhrle[1]
[1] Reutlingen, Deutschland

Abstract

Gemeindepsychologische Perspektiven stehen für eine fachliche Orientierung, die sich vornehmlich mit der Analyse und der Förderung von Werten, Strukturen und Prozessen des Gemeinschaftlichen als Bedingungen von Krankheit und Gesundheit beschäftigt. Als solche ist sie stark kontextuell bzw. ökologisch orientiert. Sie ist zugleich multidisziplinär angelegt und steht dabei für Menschenrechte ein. Das Selbstverständnis dieser Perspektive wird durch zahlreiche Begriffe geprägt: Wohlbefinden, Partizipation, Sense of Community, Empowerment, Setting, soziales Klima, Prävention usw. In Forschung und Praxis bietet dieser Blick sehr viele Anknüpfungspunkte für die Gesundheitswissenschaften und Public Health.

Keywords: Gemeindepsychologie, Gemeinschaft, Soziale Interventionen, Ökologisches Modell, Werte

Kernmerkmale einer gemeindepsychologischen Perspektive

Gemeindepsychologische Forschung und Praxis untersucht und modifiziert Erleben, Denken, Handeln von Individuen und Kollektiven in ihren jeweiligen Kontexten. Deshalb werden Gesundheit, menschliche Entwicklung und alltägliche Situationen immer im sozialen, kulturellen, ökologischen und materiellen Rahmen des „Gemeinschaftlichen“ (Communities) verortet: Familie, Schule, Betrieb, Gemeinde/Quartier (Lebenswelten, Settings) und gesellschaftliche Lebensverhältnisse.

Gemeindepsychologische Interventionen zielen darauf ab, die Gesundheit der Menschen bei der produktiven Lebensbewältigung zu unterstützen, indem sie die entsprechenden Verhältnisse transformieren und damit individuelle bzw. kollektive Gesundheit respektive das Wohlbefinden fördern wollen. Mit dieser Haltung stellt sich die Gemeindepsychologie kritisch gegen die ausschließlich individualisierende und positivistisch verkürzte bzw. wertfreie Haltung der Mainstream-Psychologie bei der Sicht auf Gesundheit [1].

Im Gegensatz dazu setzt sich die Gemeindepsychologie vornehmlich wertorientiert für die Verwirklichung der Menschenrechte ein. Damit verbunden sind Wertorientierungen wie Gerechtigkeit, Gleichheit oder Chancengleichheit, Anerkennung von Vielfalt und Diversität, Recht auf soziales und kulturelles Kapital sowie individuelle und kollektive Selbstbestimmung. Beispiele für entsprechende Interventionen ist die Einrichtung selbst verwalteter Häuser (Housing First) für Obdachlose oder die Stärkung nachbarschaftlicher Kontakte zum Aufbau kollektiver Kompetenzen älterer Menschen, die helfen, Depression zu mindern [2], [3]. Vor dem Hintergrund der Klimakrise wird im Kontext der „kritischen Gemeindepsychologie“ zusätzlich der Wert der Verantwortlichkeit und Nachhaltigkeit hervorgehoben [4]. Auch das Recht auf Gesundheit spielt in der langen Liste der Wertorientierungen eine zentrale Rolle (vgl. Erklärung der Menschenrechte, Artikel 25).

Zum begrifflichen Hintergrund

Das ursprüngliche, aus dem angloamerikanischen Sprach- und Professionsraum stammende Konzept einer „Community Psychology“ wurde im deutschsprachigen Bereich mit dem Begriff der „Gemeindepsychologie“ gleichgesetzt. Das englische Verständnis des Begriffes „Community“ enthält die Vorstellung von vielfältigen Formen des „Gemeinschaftlichen“ (auch zur Unterscheidung zum Gesellschaftlichen). Dabei werden Vorstellungen betont, die strukturelle, sozial-interaktive, ökonomische, kulturelle und historische, manchmal auch geografische Zusammenhänge hervorheben [5] (Sozialraum- und Gemeindeorientierung in der Gesundheitsförderung). Geografische und verwaltungstechnische Konnotationen dieses Begriffs, wie wir sie vielfach auch in den Gesundheitswissenschaften finden, sind für eine gemeindepsychologische Perspektive nicht vorrangig.

Das nicht physikalisch oder verwaltungstechnologisch definierte Gemeinschaftliche findet sich mehr auf unterschiedlichen Ebenen im Sinne von Bronfenbrenner [6] wieder (von situationsgebunden bis makroskopischer Ebene). Beispielsweise findet man sie in Netzwerk- bzw. informellen Hilfssystemen auf der meso-sozialen Ebene wieder.

Historische Hintergründe und Entwicklungen

Die Geburtsstunde der Gemeindepsychologie wurde meist mit der Konferenz von Swamscott 1965 (USA) in Zusammenhang gebracht. Diese Konferenz hatte zum Ziel, edukative Systeme zu entwickeln, welche kollektive Hilfs- und Präventionssysteme möglich machen sollten. Sie fand zu Zeiten der Bürgerbewegung und eines Krieges gegen die Armut statt („War on Poverty“ 1964 unter L. B. Johnson). Damit im Zusammenhang stehend wurde nach kontextualisierten und ressourcenorientierten Versorgungsmodellen gesucht. Diese Suche wurde dabei von zahlreichen sozialen Ereignissen und theoretischen Orientierungen vorbereitet und begleitet; z. B. Settlement-Bewegung, Chicagoer Schule und Mangel an qualifizierten Arbeitskräften. Während der Settlement-Bewegung entwickelte sich ein kooperatives Hilfesystem der Migrantinnen und Migranten, das durch Laienhilfe initiiert wurde. Die Chicagoer Schule gab einen ersten Blick auf die durch soziales Gefälle bedingte örtliche Ungleichverteilung psychischer Störungen; eine Antwort auf den vereinzelnden Blick auf psychisch Gestörte. Wegen überfrachteter Hilfesysteme für psychisch Kranke fehlte es an Mitteln und Personal, das helfen sollte, kollektive Antworten zu entwickeln.

Heute gilt die Gemeindepsychologie weltweit im Bereich der Ausbildung, Forschung und Publikationen als etabliert (z. B. [7], [8], [9], [10], [11], [12], [13], (Reich et al. 2007), [14], [15]).

In der Bundesrepublik Deutschland fand die Gemeindepsychologie ihren Beginn in den 1968er Jahren (vgl. [16], [17], [18], [19]). Im Vergleich zu anderen Ländern gelang es ihr nicht sich aus methodologischen und weltanschaulichen Gründen im akademischen System und den Ausbildungssystemen durchzusetzen (Gemeindepsychologie reduziert sich derzeit auf ein Modul der Fernuniversität Hagen und auf die Bemühungen einer Gesellschaft für Gemeindepsychologische Forschung und Praxis − GGFP).

Fachliche Verortung

Nicht nur im deutschsprachigen Raum wird innerhalb der Gemeindepsychologie die Frage diskutiert, ob Gemeindepsychologie überhaupt als Teilgebiet der Psychologie verstanden werden sollte [20]. Viele Gemeindepsychologen sehen darin nur eine Art fachliche Orientierung, die Teilgebiete der Psychologie wie auch andere Disziplinen durch ihre Werte, Forschungs- und Handlungsmethoden beeinflussen kann. Durch ihre explizite Wertorientierung steht sie positivistischen Methoden kritisch gegenüber. Sie ist im Vergleich zur deutschen Mainstream-Psychologie deutlich mehr mit qualitativen und partizipativen Methoden verbunden (siehe unten). Dennoch bestehen enge Verbindungen der Gemeindepsychologie zur Klinischen Psychologie und Psychotherapie (zum Teil gefasst als „Clinical Community Psychology“), ebenso wie zur Arbeits- und Organisationspsychologie, der Pädagogischen Psychologie, der Angewandten Sozialpsychologie und zur Umweltpsychologie.

Seit einiger Zeit werden enge Verknüpfungen zur „Community Health Psychology“ hergestellt, auch um in Gemeinschaften, aber auch in Versorgungsystemen Gesundheit partizipativ zu sichern (Berichte dazu bei [21], [22]). Insgesamt geht es dabei um Bemühungen, einen engagierten und partizipativ organisierten Kampf insbesondere gegen die gesellschaftlich bedingte soziale Ungleichheit aufzunehmen, auch in Bezug auf Krankheit und Gesundheit [23], [24] (Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit, Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit).

Gegenstandsbereiche und theoretische Orientierungen

Um die damit zusammenhängenden vielfachen Aufgaben erfüllen zu können, die sie mit vielen anderen Disziplinen teilt, nutzt die Gemeindepsychologie zahlreiche theoretische Ansätze. Auch in der Gemeindepsychologie spielen dabei übergreifend Vulnerabilitätsmodelle eine bedeutsame Rolle, wenn es um das Verhältnis von Risiken und Ressourcen geht. So findet sich dieses Denkmodell neuerdings auch bei der Untersuchung globaler Krisen (z. B. Klimakrise, Krieg, finanzielle Krisen; [25]).

Im Mittelpunkt der theoretischen Orientierungen der Gemeindepsychologie stehen ökologische Modelle [26]. Gemeinschaften werden im Rahmen dieser Modelle als individuell und kollektiv bedeutsame,

historisch gewachsene Systeme angesehen. Sie sind der Kontext, in denen regelgeprägt Ressourcen zirkulieren. Systeme dieser Art verlangen individuelle oder kollektive Anpassungsleistungen. Sie sind der soziale Fundus, um höchst unterschiedliche bio-psycho-soziale Bedürfnisse befriedigen zu können. Sie beheimaten Möglichkeiten, aber auch ökologische Nischen, in denen sich Personen und Kollektive verwirklichen können [27] (Capacity Building / Kapazitätsentwicklung).

Eine weitere ökologische Perspektive sieht das „Gemeinschaftliche“ mehr in einem mehrgliedrigen System begründet, das zwischen situativen, mikrosozialen, mesosozialen (z. B. Netzwerke), exosozialen (Institutionen, Settings) und makrosozialen Systemebenen (z. B. Gemeinden, Kultur) unterscheidet [28] (vgl. Gesundheitswissenschaften / Public Health).

Jede dieser Ebenen ist durch zahlreiche Teilkonzepte des „Gemeinschaftlichen“ geprägt. Viele dieser Begrifflichkeiten finden sich auch in anderen Fachgebieten. Innerhalb der Gemeindepsychologie erhalten sie jedoch ein eigenes Selbstverständnis. So stellt sich das beispielsweise beim Begriff des Settings dar: Settings helfen, Krisen zu überwinden, machen äußere und innere Ressourcen zugänglich und tragen so zu einem kollektiven Wohlbefinden bzw. zur Widerstandsfähigkeit von Gemeinschaften bei. Im gemeindepsychologischen Sinne unterscheidet sich der Begriff des Settings vom gesundheitswissenschaftlich geprägten Konzept, der entweder einfach örtlich und institutionell gemeint war oder sich stärker auf den phänomenologisch geprägte Vorstellung einer Lebenswelt konzentrierte [29] (Settingansatz / Lebensweltansatz) deutlich [30].

In der Gemeindepsychologie dominieren Vorstellungen, die sich zunächst mit einfachen motivationalen Konzepten begnügen, später sich aber über Modelle von sozialen Klimata bis hin zu systemtheoretisch fundierten Theorien von sozialen Orten entwickelt haben. Beispielsweise beschreiben soziale Klimata Organisationen und Gruppen als Merkmalsträger, die soziale und andere Bedürfnisse befriedigen, die Entwicklungspotentiale bieten und mehr oder weniger transparent, strukturiert und beeinflussbar sein können (z. B. wurden Behandlungseinrichtungen oder Selbsthilfegruppen mit diesem Konzept untersucht).

Speziell die subjektiven Anteile solcher Lebenswelten sind zudem in gemeindepsychologischen Begrifflichkeiten gefasst. Der Gemeinde- und Gemeinschaftssinn („Sense of Community“) bildet subjektive und messbare Vorstellungen ab, welche die historischen, kulturell geprägten und sozialräumlichen Zusammenhänge der Lebenswelt einer Person aus dessen Innensicht wiedergeben [31].

Alle diese Komponenten nehmen kollektiven und zugleich auf Individuen bezogenen Einfluss auf die Gesundheit, in dem sie sich

- über indirekte Zusammenhänge verschiedener gemeindepsychologisch relevanter Faktoren auf die Gesundheit auswirken (z. B. als salutogen bedeutsame Erziehungseinflüsse auf normative Haltungen von sozialen Netzwerken oder Settings, die ihrerseits konkrete Handlungsaufforderungen zu gesundheitsförderlichen oder auch riskanten Verhalten beinhalten) sowie
- auf gesundheitsrelevante Handlungsziele für den Einzelnen einstellen, die wiederum von Gesundheitsvorstellungen verschiedener Kollektive beeinflusst werden.

Vorstellungen von mentaler und physischer Gesundheit und Krankheit

Im Kontext eines ökologischen Modells der Gemeindepsychologie dominiert die Vorstellung von einem kontextuell (mit-)bestimmten psychischem und physischem Wohlbefinden / Well Being [32]. Damit ist nicht nur gemeint, dass Wohlbefinden eine individuelle Kategorie ist, sondern in enger Beziehung zu Umwelten steht, die Wohlbefinden möglich machen, bis hin zur Vorstellung kollektiver Formen des Wohlbefindens (z. B. als Community Well-Being; [33], [34]).

Bedingungen von Gesundheit, Wohlbefinden und Krankheit werden mit zentralen gemeindepsychologischen Teilkonzepten in Zusammenhang gebracht [35], [36], [37], [38], [39], [40] (u. a. Empowerment / Befähigung, Sense of Community, Partizipation: Mitentscheidung Bürgerinnen und Bürger, Diversity und Diversity Management / Vielfalt gestalten , Inklusion und Gesundheitsförderung, Soziales Kapital, Soziale Unterstützung). Auch diese Begrifflichkeiten finden sich mit vielen Bedeutungsschnittmengen in den Gesundheitswissenschaften wieder [41].

Forschungsmethoden

Um den komplexen Ansprüchen der Gemeindepsychologie gerecht zu werden, ist eine breite und zugleich spezifische methodologische Orientierungen notwendig. Diese müssen sich für die beschriebenen Gegenstandsbereiche in einem multidisziplinären Sinne eignen. Wenn sich Methoden der Gemeindepsychologie vornehmlich quantitativen Erhebungsformen verpflichtet fühlen, so werden z. B. Instrumente wie Mehrebenen- oder Strukturanalysen besonders wichtig.

Auch qualitative Methoden erlangen eine große Bedeutung [26], [42]. Deshalb finden sich in gemeindepsychologischen Arbeiten neben quantitativen Analysemethoden gleichermaßen auch narrative Verfahren, Tiefenanalysen aber auch Aktions- und partizipative Untersuchungsformen [43] (Partizipative Gesundheitsforschung). Außerdem findet man in gemeindepsychologischen Forschungsarbeiten sowohl kritisch-rationalistisch begründete, manchmal auch phänomenologische oder teilhabende Vorgehensweisen.

Insgesamt werden die methodischen Grundhaltungen der Gemeindepsychologie als pluralistisch aber immer auch zugleich als wertorientiert bezeichnet.

Handlungsfelder und Interventionen

Vor diesem vielfältigen Hintergrund haben sich gemeindepsychologische Handlungsziele zu ebenso mannigfaltigen kurativen und präventiven Aktionsfeldern entwickelt. Wir finden sie wieder bei der Stadtteilarbeit und dem Quartiersmanagement, bei der Unterstützung von sozialen Diensten, in Gemeindeeinrichtungen, in Bildungsinstitutionen, in Beratungsstellen und auch in der psychosozialen Versorgung.

Dabei haben soziale Interventionen Vorrang vor Hilfen die auf Individuen zentriert sind. Gemeindepsychologinnen und -psychologen werden so zum Teil eines transformativen sozialen Wandels. Deshalb sind sie auch Teil von sozialen Bewegungen. Dabei stellen sie sich auch schützend vor benachteiligte und diskriminierte Gruppen und Subkulturen [11], [44], [45], [46]. Gemeindepsychologische Akteurinnen und Akteure fungieren hierbei als Beratende, System- und Ressourcenentwickler, als Gesundheitsförderer, als Anreicherungsspezialisten sowie als Advokatinnen und Advokaten [47] (Anwaltschaft - Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen).

Partizipative Methoden und auch Konzepte wie Empowermentstrategien und Netzwerkanalysen sind Teil des professionellen Selbstverständnisses der Gemeindepsychologie. Dabei können partizipative Methoden in der sozialen Gemeinwesen- und Gesundheitsarbeit als gut untersucht gelten [48], [49]. Das Vorgehen ist zudem multidisziplinär angelegt und wird oft durch erfahrene Laien unterstützt. Die Leitidee ist, kollektives Leben von möglichst vielen Personen herrschaftsfrei mitzugestalten. Dabei sollen die Risiken von Lebenswelten minimiert und die Zugänge zu materiellen, sozialen und kulturellen Gütern erleichtert werden [39] (Soziales Kapital).

Übergreifend richtet sich der Schwerpunkt der gemeindepsychologisch geprägten Interventionen vornehmlich auf ressourcenaktivierende und dabei überwiegend auf präventiv ausgerichtete Interventionen [50]:

- Auf der *individuellen Ebene* (aber meist schon sozial-interaktiv angelegt) konzentriert man sich darauf, die situationsunabhängigen Potenziale und Fertigkeiten wie Problemlöse- und Stressbewältigungsfertigkeiten, soziale Kompetenzen und Wohlbefinden zu stärken. Zusätzlich werden Angebote zur Bewältigung von spezifischen Stressoren wie Scheidungsproblemen, Arbeitslosigkeit, Armut, Missbrauch u. a. gemacht, in denen spezifische Ressourcen, Kenntnisse und Kompetenzen vermittelt werden.
- Bezogen auf *Paare, Familien und soziale Netzwerke* werden kommunikative und sozial unterstützende Ressourcen und Fähigkeiten eingebracht. Zudem wird die Zusammenarbeit zwischen Nutzerinnen und Nutzern sowie Präventionsanbietern bzw. -diensten gefördert.
- *Organisationen wie Betriebe, Schulen oder Kindergärten* sind nicht nur Orte für individuell orientierte präventive Bemühungen. Im Rahmen gemeindepsychologischen Handelns werden die Infrastruktur und auch die Außenbeziehungen von Settings oder Einrichtungen gestärkt.
- Auf *Kommunen oder Stadtteile und Quartiere* bezogen, kommen traditionell etwa im Rahmen des Konzepts „Communities that Care (CTC)“ (in den USA entwickelt und inzwischen auch in vielen EU-Ländern angelangt) regional bezogene Bedarfsanalysen und entsprechend angepasste individuelle oder auch netzwerkspezifische präventive Interventionen zum Tragen (z. B. [51]).

- Hinzukommen Methoden der Gemeindeentwicklung (Community Profiling, Community Health Profiling). Diese stärken nicht nur die genannten partizipativen Prozesse, sondern auch die kollektiven Bewältigungspotentiale [35] (Empowerment / Befähigung). Auf diese Weise sorgt man sich um die Bedürfnisse von Benachteiligten und von defizitären Infrastrukturen (z. B. Wohnungen für Obdachlose, Gewaltreduktion in sozialen Brennpunkten, gerechter, mitgestaltender und inklusiver Zugang zu Gesundheitsdiensten und -strukturen, gesunde sozio-physikalische Lebensformen). Zudem unterstützen sie Selbsthilfepotenziale und versuchen, eine akzeptierende Kultur der schon erwähnten sozialen Nischen herzustellen (z. B. für psychisch dauerhaft Beeinträchtigte). Im Zusammenhang mit Krisen (z. B. Klimawandel, Pandemien, soziale Konflikte und Krieg) spielt die Fähigkeit eine besondere Rolle, sich darauf vorzubereiten, sie abzumildern und sich von ihnen zu erholen.
- *Methoden der Sozialplanung* haben mehr edukative und politikberatende Funktionen im Auge. Sie wollen Entscheidungsträger, Meinungsführer, soziale Dienste und Medien in ihrem Handeln unterstützen (oder auch kritisch begleiten).
- *Methoden der Gemeinwesenarbeit* tragen im Rahmen harmonisierender oder konfliktorientierter Strategien (Social Action) dazu bei, Gemeinden so zu verändern, dass sie eine stärkere Passung mit gemeindepsychologischen Zielen und Werten entwickeln können (Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit). Dabei kommen allgemeine Prinzipien zum Tragen. Sie umfassen die Analyse von Defiziten und Ressourcen sowie durch Nutzerinnen und Nutzer definierte und durch Stakeholder bzw. Akteurinnen und Akteure akzeptierte präventive Interventionen. Ein weiteres Prinzip ist neben dem partizipativen Vorgehen bei der Auswahl von Handlungsangeboten auch Maßnahmen zu ihrer nachhaltigen Implementierung (z. B. in Bestimmungen verankerte Beteiligung von Nutzerinnen und Nutzern bei sozialen Diensten). Für viele solcher Angebote liegen Studien mit z. T. auch meta-analytisch begründeter Evidenz vor.

Auch im Kontext einer kurativ orientierten klinischen Gemeindepsychologie finden sich gemeindepsychologische Leitideen insbesondere bei der Behandlung psychischer Störungen. Hier wird die Frage gestellt, was gegen die sozial und kulturell bedingte Ungerechtigkeit bei der Behandlung psychischer Störungen unternommen werden kann und was man für die Inklusion Benachteiligter oder für den Erhalt sozialer Nischen zu leisten vermag [52]. Im Vordergrund steht dabei die Schulung von Patientinnen und Patienten, um Kompetenzunterschiede zwischen Anbietern sowie Nutzerinnen und Nutzern zu mindern [53] (Gesundheitskompetenz / Health Literacy).

Darüber hinaus enthalten sie Trainingsformen, die Betroffene befähigen, sich gegen die sie unterdrückenden Bedingungen zu wehren [54] (Patientenberatung / Patientenedukation). Auch Versuche, das Soziale Kapital [39] der Adressatinnen und Adressaten zu stärken und Strategien zur Entstigmatisierung zu vermitteln, gehören zu diesen Maßnahmen. Kollektives und kulturell geprägtes Vorgehen wird dabei mit dem Begriff der Dekolonalisierung in Verbindung gebracht [55], [56].

Im Rahmen von Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen entsprechender Interventionen, etwa bei gesundheitsförderlichem Verhalten, Psychotherapie, Gewalt in Beziehungen, Hyperaktivitäts-Aufmerksamkeitsstörungen und bei verschiedenen metabolischen Erkrankungen oder auch HIV, dominieren letztlich individuelle Strategien der Edukation und die Vermittlung individueller Kontrollmöglichkeiten. Nur selten werden stärker im engeren Sinne gemeindepsychologische Interventionen zur Gruppenstärkung, zum kommunikativen Austausch, zur materiellen Bereicherung und Beteiligung innerhalb von Gesundheitsdiensten berichtet [57], [58], [59], [60], [61], [62].

Bleibt am Ende die Frage, wo die rahmenhaft vorgestellten Interventionen angeboten werden. Schon allein deswegen, weil es im deutschsprachigen Bereich keine gemeindepsychologische Ausbildung gibt, kann die gestellte Frage nur so beantwortet werden: Professionelle Helferinnen und Helfer, die diese Orientierung kennen, werden antworten, dass sie sich in ihrem Handeln von den Grundprinzipien leiten lassen. In nicht wenigen Fällen sind sie zwar nicht unbedingt Initiatorinnen und Initiatoren sozialer Bewegungen, bieten aber doch auch präventive Dienste an.

Versucht man den Blick international auszurichten, so ist die Antwort auf die eingangs gestellte Frage ganz anders: In verschiedenen Teilen der Welt (auch in der EU, insbesondere in England, Italien, Norwegen, Portugal und Spanien) ist Gemeindepsychologie in Studiengängen etabliert. Befragungen in den USA haben ergeben, dass Gemeindepsychologinnen und -psychologen in der Verwaltung auf verschiedenen Ebenen und sogar international tätig sind – oder als Beraterinnen und Berater für Organisationen (auch im Non-Profit-Bereich). Viele sind auch klinisch oder als Caseworker tätig (in weiten Teilen mit universitären Strukturen verknüpft). Dabei geht es viel um Beratung entsprechender sozialer Systeme, Unterstützung bei Empowermentprozessen, Führungstraining, Evaluation von Programmen und Anleiten von Präventionsprogrammen. Es finden sich Beispiele, die einer Mitarbeit bei der BZgA gleichkommen würden oder die in Aufgaben der Politikberatung münden. Es bleibt am Ende

der Eindruck, dass es sich vielfach, aber nicht ausschließlich, um Psychologinnen und Psychologen handelt, die einen gemeindepsychologischen Masterstudiengang absolviert und sich je nach Möglichkeit und Anforderung entsprechend beruflich betätigen können [63].

Abschluss und Ausblick

Versucht man die vielfältigen Aspekte der Gemeindepsychologie als Beitrag zu den Gesundheitswissenschaften zusammenzufassen, so lassen sich ihre Grundsätze in einer einfachen Modellvorstellung darstellen (vgl. Abb. 1).

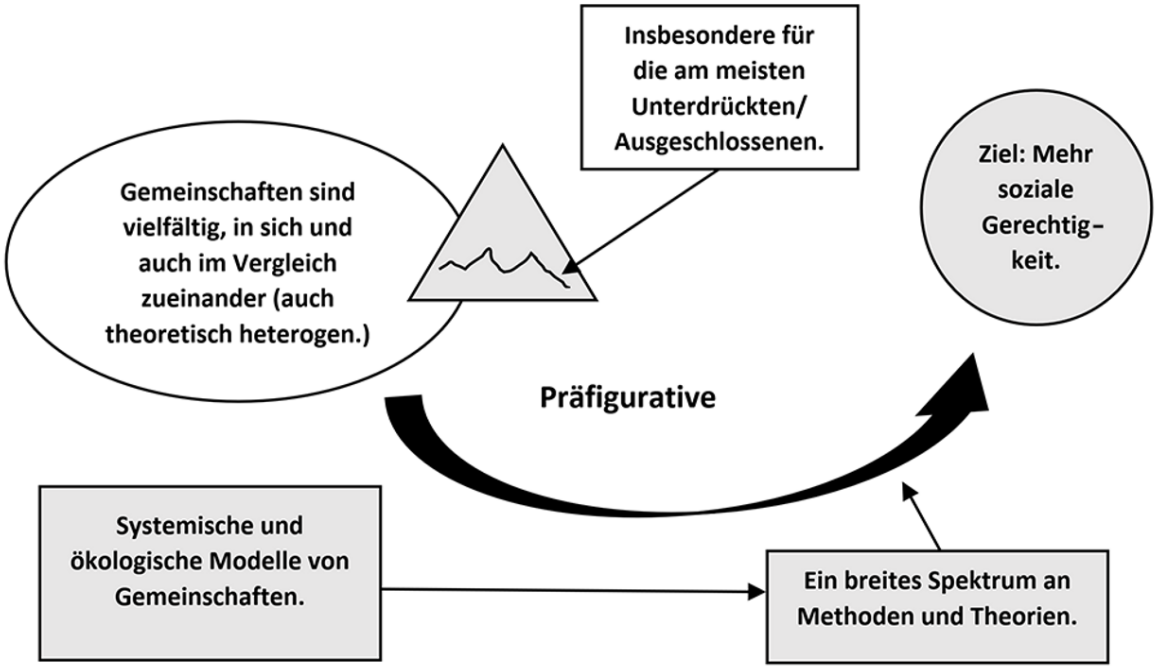


Abb. 1: Aspekte der Gemeindepsychologie als Beitrag zu den Gesundheitswissenschaften (eigene Darstellung)

Dieses Modell enthält:

- Das Konzept vorausschauender Aktion („prefigurative action“).
- Ein Verständnis von Gemeinde/Gemeinschaft, das die darin gelebte Diversität widerspiegelt und das ideologisch-politisch umstrittene und umkämpfte Konzept („the contested concept“) von Gemeinde/Gemeinschaft kritisch reflektiert.
- Die Priorität, v. a. mit den Menschen/Gruppen zu arbeiten, die von herrschenden Machtsystemen am stärksten unterdrückt und ausgegrenzt sind.
- Die Betonung ökologischen und systemischen Denkens.
- Die Nutzung eines weiten Repertoires von sowohl „psychologischen“ als auch „nicht-psychologischen“ Methoden und Theorien.

Damit ist einmal mehr die Werthaltigkeit und die präventive Orientierung der Gemeindepsychologie hervorgehoben; es reichert auch die Vorstellungen gemeinschafts- oder kommunal orientierter Formen der Gesundheitsversorgung an. Es zeigt neue Wege und Aufgaben auf.

Internetadressen:

- Society for Community Research and Action (SCRA). Available from: https://www.scra27.org/who-we-are/interorganizational-collaborations/community-psychology-around-world
- Community Psychology in the UK. Available from: https://communitypsychologyuk.ning.com
- European Community Psychology Association. Available from: https://www.ecpa-online.com
- European Federation of Psychologists' Associations (efpa). Available from: https://communitypsy.efpa.eu
- Forum Gemeindepsychologie. Available from: https://www.gemeindepsychologie.de/ausgaben.html
- Gesellschaft für gemeindepsychologische Forschung und Praxis e.V. (GGFP). Available from: https://www.ggfp.de
- Global Journal of Community Psychology Practice. Available from: https://www.gjcpp.org/en
- Society for Community Research and Action (SCRA). Available from: https://www.scra27.org

Literatur:

- Roehrle B, Akhurst J, Carr N, Herrera-Sánchez IM, Arcidiacono C, Lawthom R, Stark W, EFPA Standing Committee on Community Psychology. Community psychology in higher education in Europe: Results of a survey and discussion of the basic competency approach. J Community Appl Soc Psychol. 2020;30(5):494–507. DOI:10.1002/casp.2459

References

1. Burton M, Kagan C, Duckett P. Making the psychological political − challenges for Community Psychology. Glob J Community Psychol Pract. 2013;3(4):1–11.
2. Ehsan A, Sommet N, Morselli D, Spini D. Collaborative competence, social capital, and mental health: A cross-sectional analysis of a community-based intervention for older adults. J Community Appl Soc Psychol. 2021;31(1):53–67. DOI:10.1002/casp.2481
3. Ornelas J, Jorge-Monteiro MF, Duarte T, Vargas-Moniz M. The role of community integration and empowerment for the transformative change in community mental health. Community Psychol Glob Perspect. 2019;5(1):38–55.
4. Kagan C, Burton M, Duckett P, Lawthom R, Siddiquee A. Critical Community Psychology: Critical Action and Social Change. 2 edn. Routledge; 2019 [accessed 2025 Oct 22]. Available from: https://www.taylorfrancis.com/books/9780429776182
5. Quilling E, Kaczmarczyk D, Schäfer P, Trojan A, Süß W. Sozialraum- und Gemeindeorientierung in 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-I021-3.0
6. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge: Harvard University Press; 1979.
7. Behzadi A, Lenz A, Neumann O, Schürmann I, Seckinger M, editors. Handbuch Gemeindepsychologie: Community Psychology in Deutschland. Tübingen: dgvt-Verlag; 2023.
8. Bond MA, Serrano-García I, Keys CB, editors. APA handbook of community psychology. Volume 1: Theoretical Foundations, Core Concepts, and Emerging Challenges Volume 2: Methods for Community Research and Action for Diverse Groups and Issues. Washington (Wash.): American psychological association; 2017. (APA handbooks in psychology series).
9. Kagan C, Akhurst J, Alfaro J, editors. The Routledge international handbook of community psychology: facing global crises with hope. Milton Park, Abingdon, Oxon New York, NY: Routledge; 2022. (Routledge international handbooks).
10. Kloos B, Hill J, Thomas E, Case AD, Scott VC, Wandersman A. Community psychology: Linking individuals and communities. 4 edn. Washington: APA; 2021.
11. Nelson G, Kloos B, Ornelas J. Community psychology: Pursuit of liberation and well-being. 2 edn. New York: Palgrave; 2014.
12. Moritsugu J, Vera E, Wong FJ, Duffy K. Community psychology. 6 edn. New York: Routledge; 2019.

13. Orford J. Community psychology. Challenges, controversies and emerging consensus. New York: Wiley; 2008.
14. Scott VC, Wolfe SM, editors. Community psychology: foundations for practice. Los Angeles: SAGE; 2015.
15. Walker C, Hart A, Hanna P. Building a new community psychology of mental health: Spaces, places, people and activities. London: Palgrave Macmillan; 2017.
16. Keupp H. Gemeindepsychologie: Geboren aus dem Widerstand! Wie kann sie auch in Zukunft kritisch und widerständig sein. In: Behzadi A, Lenz A, Neumann O, Schürmann I, Seckinger M, editors. Handbuch Gemeindepsychologie – Community Psychology in Deutschland. Tübingen: DGVT; 2023. p. 39–64.
17. Röhrle B, Glüer S, Sommer G. Die Entwicklung der gemeindepsychologischen Forschung im deutschsprachigen Bereich. (1977−1993). In: Röhrle B, Sommer G, editors. Gemeindepsychologie: Bestandsaufnahmen und Perspektiven. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie; 1995. p. 25–54.
18. Schürmann I, Teske I. Narrative zur Geschichte der deutschen Gemeindepsychologie. In: Behzadi A, Lenz A, Neumann O, Schürmann I, Seckinger M, editors. Handbuch Gemeindepsychologie – Community Psychology in Deutschland. Tübingen: DGVT; 2023. p. 87–110.
19. Sommer G, Ernst H, editors. Gemeindepsychologie. Therapie und Prävention in der sozialen Umwelt. Vol. ;11. München: Urban & Schwarzenberg; 1977. (Fortschritte der Klinischen Psychologie; 11).
20. Stark W. Die Entwicklung der Gemeindepsychologie im internationalen Kontext: Gesellschaftliche Auslöser und intellektuelle Traditionen. In: Behzadi A, Lenz A, Neumann O, Schürmann I, Seckinger M, editors. Handbuch Gemeindepsychologie – Community Psychology in Deutschland. Tübingen: DGVT; 2023. p. 65–86.
21. Campbell C, Murray M. Community health psychology: Promoting analysis and action for social change. J Health Psychol. 2004;9(2):187–95. DOI:10.1177/1359105304040886
22. Campbell C, Cornish F. Reimagining community health psychology: Maps, journeys and new terrains. J Health Psychol. 2014;19(1):3–15. DOI:10.1177/1359105313500263
23. 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
24. 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
25. Deb S, Sunny AM, Sanyal N. Community psychology: theories and applications. New Delhi, India ; Thousand Oaks, California: SAGE Publications India Pvt Ltd; 2020.
26. Jason LA, Stevens E, Ram D, Miller SA, Beasley CR, Gleason K. Theories in the field of community psychology. Glob J Community Psychol Pract. 2016;7(2):1–27.
27. Nickel S, Trojan A. Capacity Building / Kapazitätsentwicklung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I007-3.0
28. 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
29. 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
30. Röhrle B. Das Konzept des „Settings“ aus gemeindepsychologischer Sicht. In: Behzadi A, Lenz A, Neumann O, Schürmann I, Seckinger M, editors. Handbuch Gemeindepsychologie – Community Psychology in Deutschland. Tübingen: DGVT; 2023. p. 293–320.
31. Stewart K, Townley G. How far have we come? An integrative review of the current literature on sense of community and well-being. Am J Community Psychol. 2020;66(1−2):166–89.
32. Röhrle B. Wohlbefinden / Well-Being. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I134-1.0

33. Di Martino S, Eiroa-Orosa FJ, Arcidiacono C. Community psychology's contributions to happiness and well-being. 1 edn. In: Brown NJL, Lomas T, Eiroa-Orosa FJ, editors. The Routledge International Handbook of Critical Positive Psychology. 1 edn Routledge; 2017.
34. Phillips R, Wong C, editors. Handbook of community well-being research. New York: Springer; 2017.
35. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I10-3.0
36. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
37. Altgeld T. Diversity und Diversity Management / Vielfalt gestalten. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i127-2.0
38. Altgeld T, Latteck ÄD. Inklusion und Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I132-2.0
39. V. D. Knesebeck O. Soziales Kapital. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I111-2.0
40. Vonneilich N, Franzkowiak P. Soziale Unterstützung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I110-3.0
41. St. John JA, Mayfield-Johnson SL, Hernández-Gordon WD, editors. Promoting the health of the community. Community health workers describing their roles, competencies, and practice. New York: Springer; 2021.
42. Bergold JB. Über die Affinität zwischen qualitativen Methoden und Gemeindepsychologie. Forum Qual Soc Res. 2000 [accessed 2023 Mar 5];1(2). Available from: https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1097/2414
43. 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
44. Riemer M, Reich SM, Evans SD, Nelson G, Prilleltensky I. Community psychology. In pursuit of liberation and wellbeing. 3 edn. New York: Bloomsbury Academic; 2020.
45. Tremblay MC, Martin DH, Macaulay AC, Pluye P. Can we build on social movement theories to develop and improve community-based participatory research? A framework synthesis review. Am J Community Psychol. 2017 Jun;59(3–4):333–62. DOI:10.1002/ajcp.12142
46. Walker C, Zlotowitz S, Zoli A. The Palgrave handbook of innovative community and clinical psychologies. Cham: Palgrave MacMillan; 2022.
47. Böhm K. Anwaltschaft – Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I003-3.0
48. Christens BD. Community power and empowerment. Oxford: Oxford University Press USA – OSO; 2019. (Advances in community psychology series).
49. Hoon Chuah FL, Srivastava A, Singh SR, Haldane V, Huat Koh GC, Seng CK, Mccoy D, Legido-Quigley H. Community participation in general health initiatives in high and upper-middle income countries: A systematic review exploring the nature of participation, use of theories, contextual drivers and power relations in community participation. Soc Sci Med. 2018;213:106–22. DOI:10.1016/j.socscimed.2018.07.019
50. Röhrle B, Ebert D, Christiansen H, editors. Prävention und Gesundheitsförderung. Bd. VI: Entwicklungen und Perspektiven. Vol. ;24. Tübingen: DGVT-Verlag; 2018. (Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung; 24).
51. Brown EC, Hawkins D, Arthur MW, Briney JS, Abbott RD. Effects of communities that care on prevention services systems: Findings from the community youth development study at 1.5 years. Prev Sci. 2007;8:180–91.

52. Roehrle B, Strouse J. Community psychological perspective of psychotherapy: A contradiction? Community Psychol Glob Perspect. 2019;5(1):7–25.
53. 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
54. Schaeffer D. Patientenberatung / Patientenedukation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I087-3.0
55. Kessi S, Suffla S, Seedat M, editors. Decolonial enactments in community psychology. Cham: Springer; 2021. (Community psychology).
56. Stevens G, Sonn CC, editors. Decoloniality and Epistemic Justice in Contemporary Community Psychology. 1st ed. 2021. Cham: Springer International Publishing; 2021. (Community Psychology).
57. Brooks H, Devereux-Fitzgerald A, Richmond L, Bee P, Lovell K, Caton N, Cherry MG, Edwards BM, Downs J, Bush L, Vassilev I, Young B, Rogers A. Assessing the effectiveness of social network interventions for adults with a diagnosis of mental health problems: A systematic review and narrative synthesis of impact. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2022;57(5):907–25. DOI:10.1007/s00127-022-02242-w
58. George AS, Mehra V, Scott K, Sriram V. Community Participation in Health Systems Research: A Systematic Review Assessing the State of Research, the Nature of Interventions Involved and the Features of Engagement with Communities. Li X, editor. PLoS ONE. 2015 Oct 23;10(10):e0141091. DOI:10.1371/journal.pone.0141091
59. Haldane V, Chuah FLH, Srivastava A, Singh SR, Koh GCH, Seng CK, Legido-Quigley H. Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. Maulsby C, editor. PLoS ONE. 2019 May 10;14(5):e0216112. DOI:10.1371/journal.pone.0216112
60. Lindacher V, Curbach J, Warrelmann B, Brandstetter S, Loss J. Evaluation of Empowerment in Health Promotion Interventions: A Systematic Review. Eval Health Prof. 2018 Sep;41(3):351–92. DOI:10.1177/0163278716688065
61. Roehrle B, Strouse J. Influence of social support on success of therapeutic interventions: A meta-analytic review. Psychotherapy. 2008;45(4):464–76. DOI:10.1037/a0014333
62. Shelton RC, Lee M, Brotzman LE, Crookes DM, Jandorf L, Erwin D, Gage-Bouchard EA. Use of social network analysis in the development, dissemination, implementation, and sustainability of health behavior interventions for adults: A systematic review. Soc Sci Med. 2019;220:81–101. DOI:10.1016/j.socscimed.2018.10.013
63. Viola JJ, Glantsman O, editors. Diverse careers in community psychology. New York: Oxford University Press; 2017.

Korrespondenz: Prof. Dr. Bernd Röhrle Diplompsychologe, Verdistr. 8, 72768 Reutlingen, Deutschland, E-mail: roehrle.bernd@t-online.de

Zitierhinweis: Röhrle B. Gemeindepsychologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i131-1.0

Copyright: © 2026 Bernd Röhrle
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/

Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming

Thomas Altgeld[1]
Gabriele Klärs[2]

[1] Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e.V., Hannover, Deutschland

[2] Hochschule Bielefeld (HSBI), Bielefeld, Deutschland

Abstract

Adressatengerechtes Arbeiten und Partizipation sind ein zentrales Qualitätsmerkmal von Gesundheitsförderung und Prävention. Geschlechterspezifische soziale und kulturelle Prägungen sowie Zuschreibungen spielen sowohl beim Gesundheitsbewusstsein als auch beim gesundheitsbezogenen Handeln im Alltag eine große Rolle. Bislang wird das soziale Geschlecht in der Gesundheitsforschung und -versorgung sowie in Prävention und Gesundheitsförderung nicht systematisch berücksichtigt. Das Präventionsgesetz und internationale Strategien liefern dafür jedoch erste nachhaltige Handlungsansätze.

Keywords: Soziales Geschlecht, Männergesundheit, Frauengesundheit, Public Health Action Cycle, Wohlbefinden, Geschlechtervielfalt

Einleitung

Neben Alter und sozio-ökonomischem Status (Bildung und Einkommen) ist Geschlecht eines der zentralen Differenzierungsmerkmale für den Gesundheitsstatus und gesundheitsbezogenes Verhalten. In zahlreichen Studien wurde nachgewiesen, dass es viele körperliche, psychische und soziale Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt, die sich z. B. auf die Betroffenheit von Erkrankungen, deren Symptome und Verläufe sowie die Verträglichkeit und Wirksamkeit von Medikamenten beziehen (z. B. [1], [2], [3]). Unterschieden wird zwischen der biologischen und der sozialen Dimension von Geschlecht, die im englischen Sprachraum als sex und gender bezeichnet werden. Mit sex ist das biologische Geschlecht, d. h. Anatomie, Physiologie, Morphologie, Hormone und Chromosomen gemeint. Gender bezieht sich auf das soziale Geschlecht im Sinne von sozialen und kulturellen Prägungen und Zuschreibungen.

Aufgrund ihrer sozialen und kulturellen Konstruiertheit sind Geschlechterzuschreibungen veränderbar. Die jeweiligen Vorstellungen und Praktiken von Geschlechtstypiken und Erwartungen werden im Rahmen von Sozialisationsprozessen vermittelt und in alltäglichen Interaktionsprozessen inszeniert. So sind auch körperbezogene Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse sowie der Grad der Bereitschaft, sich gesundheitsförderlich zu verhalten, von Geschlechterzuschreibungen geprägt.

Es herrscht daher Konsens darüber, dass die Kategorie Geschlecht in Gesundheitspolitik, -forschung und -versorgung sowie in Prävention und Gesundheitsförderung berücksichtigt werden muss.

Gleichstellungspolitik der WHO

Die Berücksichtigung von Geschlecht ist nicht nur ein Erfordernis des Gesundheitsbereichs, sondern betrifft verschiedene Politikfelder. Um Geschlecht systematisch in politische Entscheidungen und organisationale Prozesse zu integrieren, wurde die Strategie des Gender Mainstreaming entwickelt. Dieses Vorgehen wurde zunächst von der Vierten Weltfrauenkonferenz der Vereinten Nationen1995 in Peking verabschiedet und als Konzept in der Politik der Vereinten Nationen [4], [5] verankert. Mit ihrer Zustimmung verpflichteten sich die 189 Mitgliedstaaten dem Leitbild der Geschlechtergerechtigkeit und der Umsetzung von Gender Mainstreaming als Arbeitsprinzip.

Der Begriff Mainstreaming (von engl. mainstream = Hauptstrom, Hauptrichtung) beinhaltet, bei sämtlichen gesellschaftlichen und politischen Vorhaben die unterschiedlichen Auswirkungen auf die Lebenssituationen und Interessen der Geschlechter von Beginn an und systematisch zu berücksichtigen.

Die Umsetzung von Gender Mainstreaming hat damit den Charakter einer Querschnittsaufgabe. Mit dem Amsterdamer Vertrag vom 1. Mai 1999 [6] wurde Gender Mainstreaming als rechtliche Strategie der Europäischen Union verankert. Die Mitgliedsländer verpflichteten sich, bei allen politischen Programmen, Maßnahmen und Dienstleistungen die Lebenssituationen und Interessen der Geschlechter zu prüfen und zu bewerten.

Das am 14. September 2001 von der WHO verabschiedete Madrid Statement [7] hat unterstrichen, wie eng Versorgungsqualität mit der Berücksichtigung von biologischen Geschlechterunterschieden und Geschlechterrollen verknüpft ist und Gender Mainstreaming neben geschlechterspezifischen Maßnahmen die effektivste Strategie ist, um Chancengleichheit (equity) der Geschlechter zu erreichen. Dennoch muss kritisch angemerkt werden, dass die Translation der Zustimmung auf internationaler Ebene in die nationale Politik seither nur sehr zögerlich erfolgt.

Gleichstellungspolitik der EU

Auf EU-Ebene wurde Gender Mainstreaming in dem am 13. Dezember 2007 unterzeichneten Vertrag von Lissabon [8] erneut bekräftigt. In Artikel 8 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV)ist festgelegt, dass die EU bei all ihren Tätigkeiten darauf hinwirken soll, Ungleichheiten zu beseitigen und die Gleichstellung von Frauen und Männern zu fördern. Da es sich bei Gender Mainstreaming um eine Top-down-Strategie handelt, ist v. a. die Führungs- und Leitungsebene in der Verantwortung. Aufgabe ist, Leitbilder, Prozesse und Entscheidungen aus Geschlechterperspektive zu überprüfen und durch den Aufbau von Genderkompetenz einen Wandel von Organisationsstrukturen und -kulturen hin zu mehr Geschlechtergerechtigkeit herbeizuführen.

Um diese Entwicklung zu unterstützen, wurde eine Reihe von Handreichungen und Anleitungen vorgelegt. Beispielhaft sei hier das Manual „Gender Mainstreaming for health managers“ der Weltgesundheitsorganisation [9] genannt. Ziel ist neben der Sensibilisierung für die Bedeutung der Kategorie Geschlecht, Kompetenzen für die konkrete Umsetzung aufzubauen. Im Rahmen von drei Modulen, die workshopartig bearbeitet werden können, werden die Prozesse der gendersensiblen Analyse und Planung von gesundheitsbezogenen Interventionen durchlaufen und die einzelnen Schritte mit Informationen, Instrumenten (z. B. mit der Gender Analysis Matrix oder dem Gender Assessment Tool), Lernaktivitäten und Reflexionsmöglichkeiten unterstützt.

Gleichstellungspolitik in Deutschland

Für Deutschland ergibt sich die Verpflichtung zur Umsetzung einer effektiven Gleichstellungspolitik im Sinne des Gender Mainstreaming sowohl aus dem internationalen Recht als auch aus dem nationalen Verfassungsrecht. Geschlechtergerechtigkeit als Leitprinzip ist seit dem 26. Juli 2000 in der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesregierung vereinbart. Seit 2001 sind alle Ministerien der Bundesregierung verpflichtet, ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Gender Mainstreaming zu schulen und Pilotprojekte zu seiner Erprobung durchzuführen. Die einzelnen Schritte zur Implementierung von Gender Mainstreaming – von der Personalentwicklung über die Gesetzesfolgenabschätzung bis zur Überprüfung des Haushalts auf Geschlechtergerechtigkeit – wurden in den Ministerien im Rahmen von 33 Pilotprojekten bis Dezember 2003 umgesetzt [10]. Seit 2005 gibt es jedoch keine Aktivitäten der Implementierung mehr [11] bzw. fehlen systematische Bestandsaufnahmen [12].

Die Ansätze wurden nur teilweise weiterentwickelt, so dass Geschlechteraspekte bei der Definition von Politikzielen und Handlungsschwerpunkten der Ressorts nach wie vor kaum systematisch berücksichtigt werden. Um den aktuellen Stand der Gleichstellung der Geschlechter in Deutschland zu ermitteln und neue Impulse für die Gleichstellungspolitik zu erhalten, wird seit 2008 in jeder Legislaturperiode durch eine Sachverständigenkommission, die seit 2021 bei der Bundesstiftung Gleichstellung angesiedelt ist, ein Gleichstellungsbericht erstellt, der durch Handlungsempfehlungen (Gutachten) ergänzt wird.

Im Juli 2020 verabschiedete die Bundesregierung außerdem erstmals eine ressortübergreifende Gleichstellungsstrategie, die gleichstellungspolitische Ziele der gesamten Bundesregierung formuliert und Maßnahmen nennt, die jeweils durch die federführenden Ressorts umgesetzt werden. Der Umsetzungsstand wird fortlaufend dokumentiert und veröffentlicht [13].

Forschung und Praxis zur Gesundheit von Frauen

Ihren Anfang nahm die Thematisierung von frauengesundheitsbezogenen Themen im Zuge der Frauenbewegung der 1970-er und 1980-er Jahre. Die Frage nach der Asymmetrie der

Geschlechterverhältnisse und die kritische Reflexion der Konstruktionen von Weiblichkeit und Geschlecht wurden Gegenstand der sozialwissenschaftlichen Frauenforschung. Neben der theoretischen und empirischen Bearbeitung von frauenbezogenen Themen in Wissenschaft und Forschung waren Ausgangspunkte der Frauengesundheitsbewegung die Kritik an männerdominierter Gynäkologie und Geburtshilfe, Medikalisierung des weiblichen Körpers und Gewalt gegen Frauen sowie die Forderung zur Abschaffung des § 218, StGB als Kristallisationspunkt für die Einforderung des Selbstbestimmungsrechts von Frauen über den eigenen Körper. Neben Frauenzentren, Frauenhäusern und Frauenberatungsstellen gründeten sich in dieser Zeit Frauengesundheitszentren als spezifische Anlaufstellen für Frauen zur Gesundheit. Sie boten Selbsthilfe und Beratung für Frauen und Mädchen zu gesundheitlichen Themen an und brachten die Perspektive und Anliegen von Frauen in gesundheitspolitische Debatten ein. So ging von ihnen die politische Forderung aus, die gesundheitlichen Implikationen der Lebenslagen von Frauen zu verstehen und Gesundheitsversorgung und -politik frauengerecht zu gestalten [14]. Heute existieren in Deutschland noch zwölf Frauengesundheitszentren. Politisch war das Thema Frauengesundheit zunächst in der Frauenpolitik verortet, wie der erste Frauengesundheitsbericht verdeutlicht, der im Jahr 2001 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) veröffentlicht wurde. Die daraufhin eingerichtete und vom BMFSFJ von 2001 bis 2004 finanzierte *Bundeskoordination Frauengesundheit* sollte die Umsetzung der im Bericht formulierten Handlungsempfehlungen unterstützen sowie Wissenstransfer und Vernetzung fördern. Auch auf Landesebene erfuhr das Thema Frauengesundheit politischen Auftrieb; es fand Eingang in gesundheitspolitische Debatten und es wurden zahlreiche Aktivitäten auf den Weg gebracht. Mehrere Bundesländer legten Gesundheitsberichte zur gesundheitlichen Situation von Frauen vor (z. B. Nordrhein-Westfalen im Jahr 2000, Berlin im Jahr 2003) und gründeten Netzwerke zur Frauengesundheit (z. B. Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen).

Gleichzeitig wurden unter dem Dach Gender verstärkt Aspekte der Gesundheit von Männern diskutiert. In Nordrhein-Westfalen wurde durch den Landtag die Enquete-Kommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen“ (2001 bis 2004) eingerichtet und das Feministische Frauengesundheitszentrum Köln als einer von zwei Trägern beauftragt, das vom Gesundheitsministerium geförderte Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW zu etablieren. Ihr Auftrag war, die Akteurinnen und Akteure im Gesundheitssystem für die Relevanz von Geschlecht zu sensibilisieren und konkrete Aktivitäten zu unterstützen. Auf diese Weise gelang das Thema zwar stärker in den Fokus, von einer systematischen Verankerung kann jedoch bis heute keine Rede sein.

Auch auf der Bundesebene wurde die Gesundheitsberichterstattung, die bis dahin weitgehend geschlechtsblind war, weiterentwickelt. Das Robert Koch-Institut (rki) bereitet seit dieser Zeit Daten geschlechterdifferenziert auf und stellte die zentralen geschlechtsspezifischen Daten in Form eines Männergesundheitsberichts (2014) und eines Frauengesundheitsberichtes (2020) zusammen. Beide Berichte machen auf Basis von umfangreichem Zahlenmaterial deutlich, welche Handlungsbedarfe auch für Deutschland bestehen.

Forschung und Praxis zur Gesundheit von Männern

Das Handlungsfeld Gesundheit von Männern ist erst spät beforscht und aufgegriffen worden. Während der erste Frauengesundheitsbericht auf nationaler Ebene 2001 vom Bundesfamilienministerium veröffentlicht wurde, kam der erste Männergesundheitsbericht des Robert Koch-Instituts erst 2014 [1] heraus.

Auf internationaler Ebene ist das Themenfeld Männergesundheit entscheidend durch das WHO-Regionalbüro für Europa (WHO/Europa) vorangetrieben worden. Das Büro hat 2018 in seiner ersten Strategie zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Männern in der Europäischen Region klar benannt, dass effektive männergerechte Gesundheitsförderung auf Stärken und positiven Bildern von Männern aufbauen und eben nicht Männer als hinsichtlich ihres Gesundheitsbewusstseins defizitäre Wesen begreifen sollte. Die Strategie benennt drei Grundvoraussetzungen [15]:

- Aufbauen auf einem positiven Bild von Jungen und Männern und dieses fördern, unabhängig von deren Alter, sexueller Orientierung, Geschlechtsidentität, ethnischer Zugehörigkeit, Kultur und Religion.
- Verzicht auf Verwendung von geschlechtsspezifischen Vorurteilen, die zu einem Fortbestehen von ungleichen und schädlichen Rollenbildern und Verhaltensweisen beitragen.
- Entwicklung stützender Umfelder, die einen positiven, ganzheitlichen Ansatz gegenüber der Rolle von Männern als Väter, Partner, Kollegen und Betreuer fördern.

Richtungsweisend ist bei der WHO-Strategie der Perspektivenwechsel weg von der Betrachtung

einzelner Risikoverhaltensweisen und vermeintlich gesundheitlicher Defizite bei Männern hin zu Wohlbefinden und positiven Männerrollen. Außerdem ist die enge Verknüpfung mit Gleichstellungsfragen bemerkenswert. Länder mit einer ausformulierten Männergesundheitsstrategie, beispielsweise Australien oder Neuseeland, erfüllen diese Voraussetzungen bereits seit Jahren [16].

Das einzige europäische Land, das die WHO-Strategie umsetzt, ist Irland. Irland hat einen „National Men's Health and Action Plan. Healthy Ireland – Men HI-M 2017−2021" [17] mit dem programmatischen Untertitel verabschiedet: „Working with men in Ireland to achieve optimum health and wellbeing". Der Aktionsplan will Männergesundheit in breiten Politikfeldern verankern und ist Teil einer „Gesunden Irland-Gesamtstrategie", wie nachfolgendes Schaubild verdeutlicht:



Abb. 1: Strategie Healthy Ireland – Men (Quelle: [17], S. 10).

2021 wurde die Gesamtstrategie erweitert um einen „Women's Health Action Plan", der bis einschließlich 2025 umgesetzt werden soll. Kein anderes europäisches Land hat bislang eine vergleichbar umfassende geschlechtersensible Politikstrategie für beide Geschlechter entwickelt.

Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland

Bis dato (Stand 2024) hat sich in Deutschland trotz verbesserter Datenlagen und Verankerung von Gender Mainstreaming in Grundsatzpapieren und einzelnen Förderprogrammen noch keine wirklich geschlechtergerechte Gesundheitsförderungs- und Präventionslandschaft entwickelt. Auch die Umsetzungspraxis der gesetzlichen Verpflichtung der Krankenkassen im Rahmen von § 2b und § 20, SGB V ist im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung über die vier geförderten Projekte nicht wesentlich hinausgekommen. Über die gemeinsam geförderten Modellprojekte hinaus gab es nur

sehr wenige Projekte von Einzelkassen mit geschlechtsspezifischem Ansatz, z. B. zu männergerechtem betrieblichen Gesundheitsmanagement der Techniker Krankenkasse oder ein Primärpräventionsprogramm für Alleinerziehende und ihre Kinder von der BARMER.

Beispiel für gute Praxis kommunaler geschlechtsspezifischer Gesundheitsförderung

Ein Beispiel guter Praxis kommunaler geschlechtsspezifischer Gesundheitsförderung sind die Angebote des „Instituts für Frauen- und Männergesundheit“ in Wien. Ihr Ansatz und die Umsetzung sind einzigartig im deutschsprachigen Raum. Das Institut will gesundheitsbewusste Lebensstile von Frauen und Männern unterstützen. Gesundheit wird dabei als soziales, psychisches und physisches Wohlbefinden gesehen. In drei Gesundheitszentren (zwei für Frauen und eines für Männer) an sechs Standorten über die Stadt Wien verteilt, werden vielfältige Angebote für vulnerable Jungen, Mädchen, Männer und Frauen gemacht. Das Angebotsspektrum reicht von Selbstwertstärkung für Mädchen und junge Frauen mit Migrationshintergrund, über interkulturelle Männerwerkstätten bis hin zur Begleitung zu Gesundheitschecks in Arztpraxen.

In Deutschland gibt es seit den 1970-er Jahren in zwölf größeren Kommunen Frauengesundheitszentren (z. B. Berlin, Hannover, Köln, München), die auch präventive Angebote vorhalten, u. a. frauenspezifische Bewegungs- und Entspannungskurse oder Selbstverteidigungskurse für Mädchen. Ein vergleichbarer Ansatz für Männer findet sich bislang nur in Nürnberg mit dem Projekt „Kommunale Koordination von Jungen- und Männergesundheit“ (im Aufbau). Es soll auf die Bedarfe von Jungen und Männern in schwierigen Lebenslagen fokussieren, vor allem in sozioökonomisch stark belasteten Stadtteilen. Es ist auf drei Jahre (2021 bis 2024) angelegt und wird von der Techniker Krankenkasse gefördert.

Das Gros der Projekte zur Primärprävention in Kitas und Schulen sowie der Individualprävention agiert im deutschen und europäischen Raum nach wie vor relativ geschlechtsneutral.

Gleichstellung in der Gesundheitsförderung

In der Gesundheitsförderung bilden adressatengerechtes Arbeiten und Partizipation zentrale Qualitätsmerkmale. Um Interventionen an die Bedürfnisse und Lebenslagen der Adressatinnen und Adressaten anpassen zu können, ist die Berücksichtigung von Geschlecht unerlässlich. Eine maßgeschneiderte gendersensible Gesundheitsförderung verfolgt darüber hinaus geschlechter- und gleichstellungspolitische Ziele: Sie will gesundheitliche Ressourcen der Geschlechter fördern, einen Beitrag zur Verminderung geschlechtlich bedingter Ungleichheit leisten sowie traditionelle Geschlechterzuschreibungen kritisch reflektieren, um diese letztlich aufzuweichen oder zu erweitern. Als Qualitätsmerkmal hat Geschlecht Eingang in verschiedene Systeme der Qualitätssicherung gefunden.

Die vom Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit entwickelten zwölf Good Practice-Kriterien haben sich als fachlicher Rahmen für die Planung und Umsetzung von Maßnahmen der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung etabliert. Die Kriterien bilden Anforderungen an die Konzeptqualität und umfassen neben u. a. Konzeption, Settingansatz [18] (Settingansatz/Lebensweltansatz) und Evaluation den Zielgruppenbezug, der die Differenzierung nach geschlechtlicher Zuschreibung beinhaltet [19].

Planung und Umsetzung gesundheitsförderlicher gendersensibler Interventionen

Die Planung und Umsetzung gesundheitsförderlicher Interventionen orientiert sich idealerweise am Public Health Action Cycle/Gesundheitspolitischer Aktionszyklus [20]. Dieses Instrument zur systematischen Konzeptionierung von Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention umfasst in seiner erweiterten Variante [21] die relevanten Prozessschritte von der Problemanalyse über die Definition von Gesundheitszielen, die Auswahl von Strategien und Maßnahmen sowie deren Umsetzung bis zur Evaluation. Bei jedem Prozessschritt sind geschlechterbezogene Aspekte zu berücksichtigen (siehe Abb. 2).

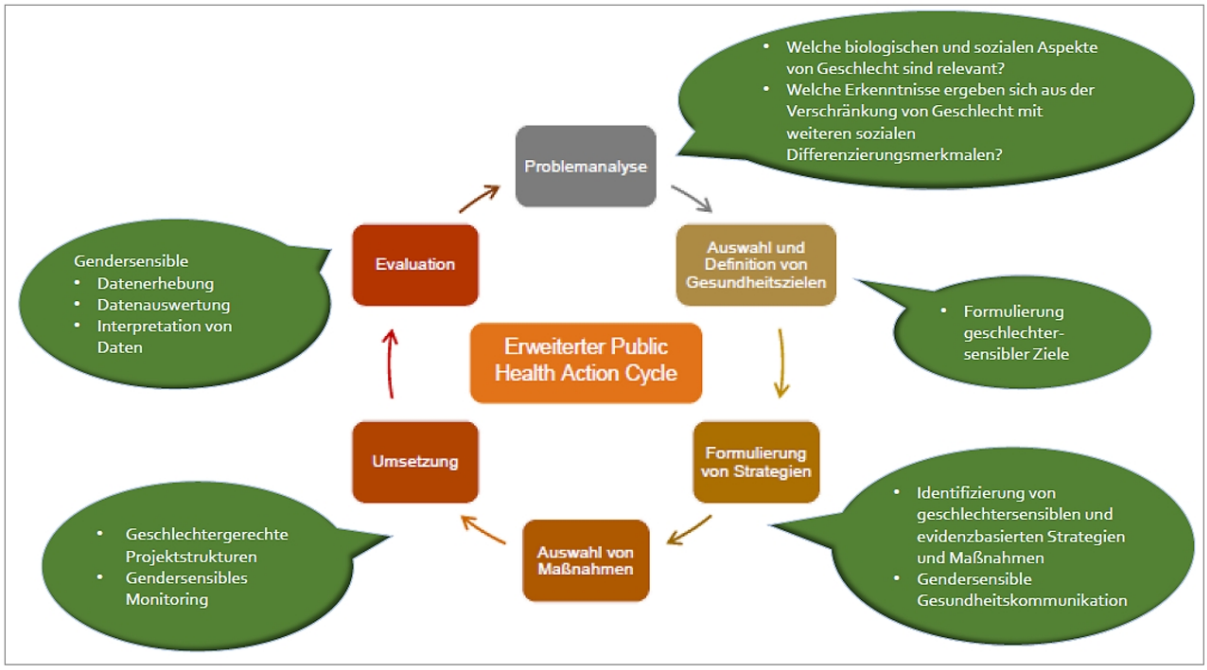


Abb. 2: Gendersensibler Public Health Action Cycle (eigene Darstellung)

Seit 2001 betreibt die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, die von Kantonen und Versicherern finanziert wird und den gesetzlichen Auftrag hat, Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anzuregen, zu koordinieren und zu evaluieren, das Qualitätssystem „quint-essenz“, das Methoden und Instrumente für das Projektmanagement und die Qualitätsentwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt hat und sie Akteurinnen und Akteuren zur Verfügung stellt. Die 21 Qualitätskriterien [22] beziehen sich auf verschiedene Prozessschritte von der Projektgründung, über -planung, -organisation und -steuerung bis zur Evaluation sowie Qualitätsdimensionen. Jedes Kriterium ist mit Indikatoren hinterlegt, die in Form von Checklisten für die konkrete Projektarbeit genutzt werden können. Die Checkliste zur Genderperspektive ermöglicht über alle Projektschritte hinweg systematisch zu überprüfen, ob und in welcher Weise Geschlechteraspekte berücksichtigt wurden.

Die beispielhaft genannten Instrumente können in der Planungsphase eingesetzt werden, um die Kategorie Geschlecht zu berücksichtigen. Sie können darüber hinaus hilfreich für die Überprüfung der Konzeptqualität aus der Geschlechterperspektive sein, wenn es beispielsweise um die Einschätzung der Förderungswürdigkeit von Projekten geht.

Geschlechtsspezifische Besonderheiten nach dem Präventionsgesetz

Mit dem am 25. Mai 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetz [23] werden die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen. Diese Verpflichtung gilt für das gesamte Leistungsspektrum, das über die gesetzliche Krankenversicherung finanziert wird. Für den Bereich der Primärprävention wird diese Verpflichtung noch einmal ausdrücklich in der Neufassung des § 20, SGB V verankert: „Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechterbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.“

Nach der Verabschiedung des Präventionsgesetzes veröffentlichte das Bundesministerium für Gesundheit eine Rahmenbekanntmachung mit dem Schwerpunkt „Geschlechtsspezifische Besonderheiten in der Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung“ [24]. Die Ergebnisse der in diesem Rahmen dann ab Anfang 2020 geförderten sieben Forschungsvorhaben und fünf Modellprojekte sollen dazu beitragen, „geschlechtsbedingte gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren und die Qualität von Angeboten in der Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung zu verbessern“ ([24], S. 2). Unter anderem wurden die Entwicklung einer gendersensiblen psychischen Gefährdungsbeurteilung und eine geschlechtsspezifische Diabetesprävention als Forschungsvorhaben gefördert.

Bei den Modellprojekten akzentuieren zwei Projekte die Übertragung erfolgreicher männerspezifischer Programme aus dem angelsächsischen Raum auf deutsche Kontexte: „Men's Sheds“ („Männerschuppen“) und „Healthy Dads – Healthy Kids“. Obwohl ein Großteil der geförderten Projekte bereits Ende 2023 ausgelaufen ist oder bis zum 1. Quartal 2025 ausläuft, finden sich bislang kaum Ergebnisberichte oder Zwischenpublikationen aus den geförderten Projekten.

Auch das im Rahmen der Umsetzung des Präventionsgesetzes gegründete, kassenartenübergreifende GKV-Bündnis für Gesundheit suchte Ende 2020 im Rahmen einer bundesweiten Ausschreibung geeignete Projekte zu geschlechtergerechten Ansätzen und fördert die Erforschung geschlechtsspezifischer Besonderheiten bei der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Seit Mitte 2021 werden über einen Zeitraum von drei Jahren vier Modellprojekte gefördert.

Die Förderbekanntmachungen des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses, der seit 2016 Projekte fördert, „die innovative Ansätze für die gesetzliche Krankenversicherung erproben und neue Erkenntnisse zum Versorgungsalltag gewinnen“ sollen, hatten bis 2024 keinen Genderschwerpunkt. Erst die laufende Förderbekanntmachung 2024 benennt als eines von acht ausgeschriebenen Themen die Forschung für eine bedarfsgerechte Versorgung im Hinblick auf geschlechtsbedingte Unterschiede unter Berücksichtigung weiterer Determinanten (intersektionaler Ansatz).

Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Vielfalt der Geschlechter

Sarah Payne [25] ist in einem Grundsatzpapier für die Weltgesundheitsorganisation der Frage nachgegangen, wie Chancengleichheit über das Gesundheitssystem hergestellt werden kann. Dabei hat sie drei zentrale Strategien zur Verbesserung der Geschlechtergerechtigkeit benannt, die auch für den Gesundheitsförderungssektor entscheidend sind: regulatorische Ansätze (z. B. Gesetzgebung), organisatorische Ansätze (z. B. Gender Impact Assessments) und informationelle Ansätze (z. B. gendersensitive Gesundheitsindikatoren). Payne sieht in der Schaffung eines politischen Rückhalts den Dreh- und Angelpunkt für Fortschritte in Genderfragen: Nur so ließen sich Strukturen verändern und Ressourcen mobilisieren. Der Status quo des Beschreibens von geschlechtsspezifischen Auffälligkeiten und der Verankerung von Gender Mainstreaming in Präambeln oder Querschnittsanforderungen bei unveränderter geschlechtsneutral agierender Praxis würde bislang zu wenig kritisiert.

Komplexer werden die politischen Genderdiskussionen aktuell auch durch die sichtbarer werdende Vielfalt der Geschlechter. So haben seit 2017 nicht-binäre Menschen mit der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zur sogenannten Dritten Option ein Recht auf Anerkennung ihrer nicht-binären Geschlechtlichkeit sowie ein Recht erkämpft, gegenüber anderen Geschlechtern nicht benachteiligt zu werden.

Internetadressen:

- BARMER. Alleinerziehend. Na und?: Präventionsprogramm „wir2“. Available from: https://www.barmer.de/unsere-leistungen/leistungen-a-z/praeventionangebote/alleinerziehend-na-und-1056286
- Bundesministerium für Familie (BMFSFJ) S Frauen und Jugend. Umsetzungsstand der Maßnahmen der Gleichstellungsstrategie der Bundesregierung nach Zielen. Available from: https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/umsetzungsstand-der-massnahmen-der-gleichstellungsstrategie-der-bundesregierung-nach-zielen-186048
- Bundesministerium für Familie (BMFSFJ) S Frauen und Jugend. Dritter Gleichstellungsbericht der Bundesregierung. Available from: https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/ministerium/berichte-der-bundesregierung/dritter-gleichstellungsbericht/gleichstellungsberichte-der-bundesregierung/die-gleichstellungsberichte-der-bundesregierung-118040
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG −). Geschlechtsspezifische Besonderheiten in der Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung/handlungsfelder/forsc und-gesundheit
- Bundesstiftung Gleichstellung. Available from: https://www.bundesstiftung-gleichstellung.de
- Bundesverband der Frauengesundheitszentren e. V. Available from: https://www.frauengesundheitszentren.de
- Europäisches Parlament. Gleichstellung von Männern und Frauen. 2025 [accessed 2025 Aug 25].

Available from: https://www.europarl.europa.eu/ftu/pdf/de/FTU_2.3.8.pdf

- Feministisches FrauenGesundheitsZentrum Hagazussa e. V. Köln. Available from: https://www.frauengesundheitszentrum-koeln.de
- Förderbekanntmachung Versorgungsforschung zum themenspezifischen Bereich des Gemeinsamen Bundesausschusses. Available from: https://innovationsfonds.g-ba.de/foerderbekanntmachungen/foerderbekanntmachung-versorgungsforschung-zum-themenspezifischen-bereich.52
- Gesundheitsförderung Schweiz. Checkliste zur Genderperspektive. Version 1.1, 01.07.2014. 2014 [accessed 2024 Oct 12]. Available from: https://quint-essenz.ch/de/public_assets/117/download
- GKV-Bündnis für Gesundheit. Available from: https://www.gkv-buendnis.de
- Healthy Dads – Healthy Kids. Available from: https://www.healthydadsandkids.com
- Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses. Available from: https://innovationsfonds.g-ba.de
- Institut für Frauen- und Männergesundheit Wien. Available from: https://www.fem-men.at
- Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW. 2025 [accessed 2025 Aug 25]. Available from: https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/ag7/projekte/kofrage.xml
- Men's Health Forum in Ireland. Available from: https://www.mhfi.org
- European Institute for Gender Equality. What is gender mainstreaming? Available from: https://eige.europa.eu/gender-mainstreaming/what-is-gender-mainstreaming
- World Health Organization (WHO). Gender and health. Available from: https://www.who.int/health-topics/gender
- Women's health action Plan 2022 – 2023. Available from: https://www.gov.ie/en/publication/232af-womens-health-action-plan-2022-2023

References

1. Robert Koch-Institut (RKI), editor. Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin; 2014.
2. Robert Koch-Institut (RKI), editor. Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheits-berichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin; 2020.
3. Kolip P. Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Hurrelmann K, editor. Bern: Hogrefe; 2016.
4. United Nations (UN). Report of the Fourth World Conference on Women. Beijing, 4−15 September 1995. New York; 1996. [accessed 2024 Oct 12]. Available from: https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing full report E.pdf
5. United Nations Economic and Social Council (UN ECOSOC). Mainstreaming the gender perspective into all policies and pogrammes in the United Nations system. Report of the Secretary-General, E/1997/66, 12 June 1997. 1997. [accessed 2024 Oct 12]. Available from: https://www.refworld.org/reference/themreport/ecosoc/1997/en/77873
6. Europäisches Parlament. Vertrag von Amsterdam. 1999 [accessed 2024 Oct 12]. Available from: https://www.europarl.europa.eu/about-parliament/de/in-the-past/the-parliament-and-the-treaties/treaty-of-amsterdam
7. World Health Organization (WHO). Madrid Statement − Mainstreaming gender equity in Health: The need to move forward. 2002.
8. Europäisches Parlament. Vertrag von Lissabon. 2009 [accessed 2024 Oct 12]. Available from: https://www.europarl.europa.eu/about-parliament/de/in-the-past/the-parliament-and-the-treaties/treaty-of-lisbon
9. World Health Organization (WHO). The health and well-being of men in the WHO European Region: better health through a gender approach. 2011. [accessed 2024 Oct 12]. Available from: https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289053532
10. Sellach B, Baer S, Enders-Dragässer U, Kreß B, Kuhl M. Wissensnetz Gender Mainstreaming für die Bundesverwaltung. Berlin; 2003.
11. Lewalter S, Geppert J, Baer S. Leitprinzip Gleichstellung? 10 Jahre Gender Mainstreaming in der deutschen Bundesverwaltung,. Gender Heft. 2009 [accessed 2024 Oct 12];1:125–39. Available from: whttps://ww.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice-kriterien
12. Stiegler B. Gender Mainstreaming. Genderpolitik. Bielefeld: Nomos; 2016.
13. Bundesministerium für Familie (BMFSFJ) S Frauen und Jugend. Umsetzungsstand der Maßnahmen der Gleichstellungsstrategie der Bundesregierung nach Zielen. 2021. [accessed 2024 Oct 12]. Available from: https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/umsetzungsstand-der-

massnahmen-der-gleichstellungsstrategie-der-bundesregierung-nach-zielen-186048
14. Boehm S. Die Frauengesundheitsbewegung. Kritik als Politikum. Bielefeld; 2024.
15. World Health Organization (WHO). The health and well-being of men in the WHO European Region: better health through a gender approach. 2018. [accessed 2024 Oct 12]. Available from: https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289053532
16. Altgeld T. Geschlechteraspekte in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Kolip P, Hurrelmann K, editors. Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Bern: Hogrefe; 2016. p. 300–11.
17. Health Service Executive. National Men's Health and Action Plan. Healthy Ireland – Men HI-M 2017−2021. 2016. [accessed 2024 Oct 12]. Available from: https://www.mhfi.org/HI-M.pdf
18. 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
19. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. 2021 [accessed 2024 Oct 12]. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice-kriterien
20. Hartung S, Rosenbrock R. Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i099-2.0
21. Rosenbrock R, Gerlinger T. Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 3 edn. Bern: Huber; 2014.
22. Gesundheitsförderung Schweiz. Checkliste zur Genderperspektive. Version 1.1, 01.07.2014. 2014 [accessed 2024 Oct 12]. Available from: https://quint-essenz.ch/de/public_assets/117/download
23. 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
24. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Rahmenbekanntmachung zum Förderschwerpunkt: „Geschlechtsspezifische Besonderheiten in der Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung". 2018. [accessed 2024 Oct 12]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/B/Bekanntmachungen/2018-12-21_Rahmenbekanntmachung-geschlechtsspezifische-besonderheiten.pdf
25. Payne S. How can gender equity be addressed through health systems? 2009.

Korrespondenz: Dipl.-Psych. Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e.V., Schillerstr. 32, 30159 Hannover, Deutschland, E-mail: thomas.altgeld@gesundheit-nds-hb.de

Zitierhinweis: Altgeld T, Klärs G. Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i022-1.0

Copyright: © 2026 Thomas Altgeld 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/

Gesunde Städte-Netzwerk

Eike Quilling[1]
Jana Bauer[2]
Anette Christ[2]
Patricia Tollmann[3]
Hans Wolter[4]

[1] Fachbereich für Gesundheitswissenschaften, Professorin für Gesundheitspädagogik und -kommunikation, Hochschule Bochum, Bochum, Germany

[2] Abteilung 2 Umwelt & Hygiene, Sekretariat Gesunde Städte-Netzwerk, Gesundheitsamt Frankfurt, Frankfurt am Main, Germany

[3] Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Hochschule Bochum, Bochum, Germany

[4] Im Ruhestand, Frankfurt, Germany

Abstract

Eine „Gesunde Stadt“, so führt die WHO aus, ist eine Stadt, in der die Gesundheit und das Wohlergehen der Bürgerinnen und Bürger bei Entscheidungsprozessen berücksichtigt werden. Inspiriert durch das Mitte der 1980er Jahre von der WHO gegründete Healthy Cities Network wurde das Gesunde Städte-Netzwerk in Deutschland auf Grundlage der Prinzipien der Ottawa Charta von 1986 gegründet. Jede Stadt und jeder Landkreis kann dem Gesunde Städte-Netzwerk beitreten. Ziel ist, das Konzept einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik zu verfolgen und in Kooperation mit verschiedenen intersektoral vernetzten Akteurinnen und Akteuren in der Kommune diesbezüglich Strukturen und Prozesse zu entwickeln und zu erproben. Im Fokus steht die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit durch das Schaffen gesundheitsförderlicher Verhältnisse auf kommunaler Ebene. Beteiligte Kommunen profitieren durch den aktiv gelebten Erfahrungsaustausch im Gesunde Städte-Netzwerk sowie durch den auf diese Weise geschaffenen Lern-, Aktions- und Diskussionsraum. Im Rahmen dieser Lernnetzwerke sollen „Good Practices“, Gedankenimpulse und Gestaltungsideen mit anderen Kommunen geteilt werden.

Keywords: Gesunde Städte-Netzwerk, Gesunde Stadt, Kommune, Kommunale Gesundheitsförderung, Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung

Einleitung

Mitte der 1980er Jahre gründete die WHO das internationale Healthy Cities Network mit dem Ziel, Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene im Sinne der Ottawa Charta von 1986 [1] zu stärken und eine Vernetzung zwischen Städten in Europa sowie darüber hinaus zu schaffen. Mittlerweile besteht das Healthy Cities Network aus über 1.400 Kommunen in mehr als 20 Ländern und erreicht somit über 165 Millionen Menschen [2].

1989 riefen elf Kommunen das Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland ins Leben, dem heute über 90 Städte, Kreise und Regionen mit insgesamt mehr als 25 Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern angehören [3].

Für die Gründung und die folgende Entwicklung des Gesunde Städte-Netzwerks war grundlegend, dass deutschen Kommunen nach Art. 28 Abs. 2 GG das Recht auf Selbstverwaltung obliegt. So besteht im Vergleich zu vielen anderen Staaten eine rechtlich günstige Ausgangslage, um an die Agenda der Ottawa Charta von 1986 anknüpfen zu können. In deren Verständnis der Gesundheitsförderung werden aktives Eintreten für Gesundheit durch bürgerschaftliches Engagement und die aktive bürgerliche Beteiligung, die Verbesserung der Gesundheitskompetenz von einzelnen und ganzen Bevölkerungsgruppen sowie die effektive Vernetzung und Kooperation möglichst aller Akteurinnen und Akteure in unterschiedlichen Settings als Handlungsstrategien empfohlen [4] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen). Diese drei Handlungsstrategien stehen in permanenter Interaktion miteinander und können auf kommunaler Ebene beeinflusst werden [5].

Insofern stellte das Gesunde Städte-Netzwerk in der Zeit seines Entstehens einen Arbeitskreis mit dem gemeinsamen Ziel dar, die Gesundheit der Bevölkerung zu sichern. Zudem verstanden sich die beteiligten Akteurinnen und Akteure auf der Grundlage gemeinsamer Überzeugungen als Treibende und

Anwälte für die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebens- und Umweltbedingungen. Das Handeln der Beteiligten wurde durch Netzwerkstrukturen koordiniert [6]. Die damit verbundenen Erfahrungen und Einstellungen prägen bis heute maßgeblich das Selbstverständnis der Netzwerkakteurinnen und -akteure.

Freiwilligkeit und Gegenseitigkeit sind wesentliche Merkmale des Netzwerks. Beides hat neben fachpolitischen Dimensionen der Gesundheitsförderung bei vielen Kommunen zu einem dauerhaften Interesse und Beitrittswünschen beigetragen. Die dem Netzwerk beigetretenen Kommunen versichern durch einen Stadtratsbeschluss, dass sie Gesundheit verstärkt in den Mittelpunkt ihrer Kommunalpolitik stellen werden. Eine zentrale Rolle spielt hier das 9-Punkte-Programm zum Beitritt in das Gesunde Städte-Netzwerk.

Das 9-Punkte-Programm zum Beitritt in das Gesunde Städte-Netzwerk

Für den Beitritt in das Gesunde Städte-Netzwerk müssen sich Kommunen, Kreise oder Gemeinden zur Erfüllung von neun Kriterien verpflichten. Das im Folgenden aufgeführte 9-Punkte-Programm steckt die Mindeststandards in der Zusammenarbeit ab und dient als Kriterienkatalog für die Teilnahme am Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland [7].

1. Zustimmung durch den Rat der Stadt.
2. Einrichtung einer Geschäftsstelle und Benennung einer kommunalen Koordinierungsperson.
3. Entwicklung einer ressortübergreifenden gesundheitsfördernden Politik, z. B. durch Informationen der Politikbereiche sowie durch Gesundheitsförderungskonferenzen, Entwicklung intersektoraler Kooperationsstrukturen.
4. Gesundheitsförderung als Entscheidungskriterium bei öffentlichen Planungen etablieren.
5. Rahmenbedingungen für Beteiligungsmöglichkeiten: Empfehlung für die Schaffung geeigneter Unterstützungs- und Koordinierungsstrukturen.
6. Gesundheits- und Sozialberichterstattung.
7. Teilnahme an Netzwerkaktivitäten (z. B. Mitgliederversammlung, Symposien).
8. Informationstransfer ins Netzwerk.
9. Erfahrungsberichte zur Reflektion der Gesunde Städte-Arbeit (alle 4 Jahre), Information der zuständigen politischen Gremien in der Kommune (spätestens alle 4 Jahre).

Die Mitgliedschaft basiert auf Freiwilligkeit. Von einer Beteiligung profitieren die teilnehmenden Kommunen insofern, als sie ein Lern-, Aktions- und Diskussionsinstrument geschaffen haben, mit dem die Arbeit hin zur Gesunden Stadt bereichert und unterstützt werden kann. Die Erfahrungen der einzelnen Kommunen werden durch die Erstellung von Erfahrungsberichten im Netz geteilt, sodass alle Kommunen die Möglichkeit haben, von den Erfahrungen, innovativen Planungen, Maßnahmen und Modellprojekten zu profitieren. Damit können Gesunde Städte als Lernnetzwerke für Innovation und Verhältnisprävention angesehen werden.

Bedeutung des Gesunde Städte-Netzwerks für die Gesundheitsförderung

In Ergänzung zur Ottawa Charta von 1986 wurde in der Shanghai-Erklärung im Jahr 2016 vor dem Hintergrund der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung die internationale Relevanz der Kommune als bedeutendes übergeordnetes Setting [8] (Settingansatz – Lebensweltansatz) für die Gesundheitsförderung erneut betont: „Health is created in the settings of everyday life − in the neighbourhoods and communities where people live, love, work, shop and play. Health is one of the most effective markers of any city's successful sustainable development and contributes to make cities inclusive, safe and resilient for the whole population." [9].

Böhme und Stender (2020) beschreiben das Gesunde Städte-Netzwerk als wichtigen Motor der Kommunalen Gesundheitsförderung [10] (Kommunale Gesundheitsförderung). Die Gestaltung gesunder und sozialer Städte sowie der Entwicklung von Strukturen [11] (Capacity Building/Kapazitätsentwicklung) gewinnt insbesondere vor dem Hintergrund fortbestehender sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten [12] (Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit) an Bedeutung [11] (Capacity Building/Kapazitätsentwicklung).

Einen zentralen Ansatzpunkt bei der Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit bietet neben der

kommunalen Gesundheitsförderung auch die Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung [13]. Im Sinne des Health in All Policies-Ansatzes [14] (Gesundheit in allen Politikfeldern/Health in All Policies (HiAP)) spielt die Politik und Verwaltung auf kommunaler Ebene hierbei eine entscheidende Rolle (Böhme, Köckler & Quilling 2023), [5]. Auch auf nationaler Ebene wurde mit dem Präventionsgesetz [15] (PrävG 2015) die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention im kommunalen Bereich gestärkt.

Diese Entwicklungen zeigen, wie bedeutend die Lebenswelt Kommune für Gesundheitsförderung und Prävention ist, und verdeutlichen zugleich die Relevanz des Gesunde Städte-Netzwerks als aktiven Treiber für kommunale „Health in all Policies-Strategien".

Das Gesunde Städte-Netzwerk bindet sich auch in fachpolitische Diskussionen ein, u. a. in die Diskussion um das Präventionsgesetz. In der bundesweiten Dimension vertritt das Gesunde Städte-Netzwerk eine Haltung, die den Health in All Policies-Ansatz [14] (Gesundheit in allen Politikfeldern/Health in All Policies (HiAP)) jeweils unter systematischem Einschluss der Kommunen bei gesetzlichen Vorhaben und gesundheitsrelevanten Bundes- und Länderprogrammen betont.

Zudem engagiert sich das Gesunde Städte-Netzwerk in bundesweiten Organisationen wie der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e.V. und dem Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit. Dies ermöglicht es dem Netzwerk, auf übergeordneter Ebene Ziele für die kommunale Landschaft einzufordern [7]. Mitglied ist das Netzwerk auch in Expertenbeiräten wie z. B. dem Beirat zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD).

Das Gesunde Städte-Netzwerk und das Präventionsgesetz

2015 wurde das Präventionsgesetz [15] (PrävG) verabschiedet. Für das Gesunde Städte-Netzwerk bedeutete die Verabschiedung einen lang erstrebten Wendepunkt in der Gesetzgebung für eine wirkungsvolle Politik der Gesundheitsförderung im Sinne der WHO. Auf diese Weise wurden nationale Strukturen für die kommunale Gesundheitsförderung geschaffen. Einen normativen Fortschritt stellt insbesondere die Berücksichtigung von „Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten" dar (§ 20a Abs. 1 SGB V). So bietet das Präventionsgesetz zahlreiche Chancen und Möglichkeiten für die gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebenswelten sowie für Communities, die bislang zu wenig erreicht wurden.

Eine Herausforderung für die kommunale Ebene kann laut Janz [16] u. a. die Beantragung finanzieller Mittel bei den Krankenkassen darstellen. Erste Ansätze von Good Practice-Beispielen zeigen, dass kommunal initiierte Netzwerke Voraussetzung für eine erfolgreiche Kooperation von Kommune und Krankenkassen sowie für die Nachhaltigkeit von Maßnahmen sind [17]. Klier [18] forderte zudem spezifische Förderprogramme zur kommunalen Gesundheitsförderung sowie eine stärkere Vernetzung mit dem GKV-Bündnis für Gesundheit. Erste Ansätze in diese Richtung werden z. B. im Rahmen des kommunalen Förderprogramms des GKV-Bündnisses sichtbar [17], außerdem im Kontext des kommunalen Partnerprozesses, der über den „Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit" von der BZgA gesteuert wird.

Durch das Förderprogramm „Gesunde Kommune" der Techniker Krankenkasse (TK) in Kooperation mit dem Gesunde Städte-Netzwerk wurde die Strukturentwicklung im Sinne des HiAP-Ansatzes gefördert [19]. Einige Kommunen konnten aus dem Förderprogramm heraus geschaffene Strukturen nach Ablauf des Förderzeitraums verstetigen, ein Beispiel dafür ist das Projekt „Gut geht's" in Frankfurt am Main.

Beispiele aus der Praxis

Die Besonderheit des Gesunde Städte-Netzwerks ist seine institutionelle Unabhängigkeit auf der Ebene von Bund und Ländern. Auf lokaler und regionaler Ebene besteht allerdings eine enge Verbindung zum Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) [20] (Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung): Die Zuständigkeiten und personellen Ressourcen für die Arbeit im Gesunde Städte-Netzwerk sind häufig bei den örtlichen Gesundheitsämtern angesiedelt. Die Zielsetzung „Health in All Policies" [14] (Gesundheit in allen Politikfeldern/Health in All Policies (HiAP)) als zentraler Strategieansatz der WHO erfordert jedoch, in der kommunalen Praxis Akteurinnen und Akteure außerhalb des Gesundheitssektors für gesundheitsgerechte Planungen und Programme zu gewinnen. Dies gilt für alle kommunalen Ämter und Fachbereiche sowie nicht-staatliche Träger (Vereine, Verbände, Privatwirtschaft etc.).

Das Besondere am Gesunde Städte-Netzwerk ist, dass jede Mitgliedskommune gleichermaßen von sowohl kommunalen Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsverwaltung als auch aus dem Bereich

der Selbsthilfe und Initiativen vertreten ist. So wird der Zusammenschluss und das Miteinanderwirken der verschiedenen Akteurinnen und Akteure gestärkt.

Methodisch sind für die Koordination und die Willensbildung der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure vor allem lokale und regionale Gesundheitsförderungs- und Präventionskonferenzen ein wichtiges Instrument [21] (Gesundheitskonferenzen). Die Gesunde Städte-Koordination wird deshalb in der Regel mit der Planung und Organisation entsprechender Kooperationsvorhaben und Veranstaltungsformate beauftragt. Die praktische Netzwerkarbeit vor Ort entspricht einer intermediären Funktion für die Verwaltung, um die Anschlussfähigkeit der Gesundheitsämter gegenüber externen Akteurinnen und Akteuren herzustellen und in kooperative Formen umzusetzen.

Es gibt neun Kommunen, die als Kompetenzzentren gezielt an den Intentionen der Ottawa-Charta sowie des 9 Punkte-Programms ansetzen und so besondere Schwerpunkte der Gesundheitsförderung in die kommunale Praxis umsetzen. Ihre Erfahrungen werden in das Gesunde Städte-Netzwerk eingebacht und somit Unterstützung für andere Kommunen angeboten, damit sie von dem Wissen und den Ressourcen profitieren können. Stand 2023 werden die Themen Gesundheitsberichterstattung, Migration, Integration & Gesundheit, integrierte kommunale Strategien, Gesundheit im Kindes- und Jugendalter, Gesundheit im Alter, Umsetzung des Präventionsgesetzes und kommunale Gesundheitsförderkonferenzen von den Kompetenzzentren abgedeckt. Die folgenden Kommunen fungieren als Kompetenzzentren: Berlin Friedrichshain-Kreuzberg, Frankfurt am Main, Herne, Köln, Leipzig, Rhein-Kreis Neuss, Stuttgart, Bochum und Marburg-Biedenkopf.

Es gibt zudem regionale Netzwerke für eine effektive Gesunde Städte-Arbeit. Regionale Netzwerke im Sinne des Gesunden Städte-Netzwerkes sind Zusammenschlüsse von mehreren Mitgliedsstädten, die räumlich eine gewisse Nähe aufweisen. Das jeweilige Bundesland kann, muss dafür aber nicht unbedingt das Kriterium des Zusammenschlusses sein. Bisher sind mehr als 35 Städte und Bezirke in insgesamt sechs regionalen Netzwerken vertreten. Die regionalen Netzwerke bestimmen die Inhalte der Treffen selbst. Gesetzliche Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung in den Bundesländern, integrierte kommunale Strategien, zielgruppenspezifische Themen, beispielsweise zu älteren, langzeitarbeitslosen oder geflüchteten Menschen sowie fachliche Fragen z. B. zur Umweltgerechtigkeit und zur integrierten Stadtentwicklung sind Beispiele für übergreifende Themen.

Die Gesunden Städte profitieren vom Erfahrungsaustausch. Weitere erfolgsversprechende Ansätze, Instrumente, Infrastrukturen sowie Beispiele im Rahmen des Gesunde Städte-Netzwerks sind z. B.:

- *Gesundheitsberichterstattung*, die gesundheitliche Probleme, Potenziale und Bedarfe aufdeckt, analysiert, bewertet und der Öffentlichkeit zur Verfügung stellt.
- *Gesundheitskonferenzen* als Kooperations- und Partizipationsinstrumente, in denen unterschiedliche Institutionen einer Kommune von Ärztinnen und Ärzten, Arbeitgeberinnen und -gebern, Bildungseinrichtungen, Gewerkschaften, Initiativen, Krankenkassen, Selbsthilfegruppen bis hin zu Stadtämtern und Wohlfahrtseinrichtungen die Themen Gesundheitsförderung und Prävention behandeln und zielgerichtet umsetzen (z. B. Stadtgesundheitskonferenz Frankfurt am Main).
- *Kommunale Gesundheitsrahmenkonzepte* als Gesundheitsentwicklungspläne, in denen Stadtämter oder öffentliche Einrichtungen Rahmenbedingungen und Projekte für die Verbesserung der gesundheitlichen Lage abstimmen, die sie verantwortlich fördern bzw. zukünftig fördern wollen. Konkret verabredet werden Ziele, Umsetzungsschritte und -zeitpläne, Ressourcen, Verantwortlichkeiten sowie die Evaluation (z. B. Strukturaufbau „Gesunde Städte-Netzwerk – Stadt Leipzig“, Hitzeaktionspläne).
- *Gesundheitsfördernde Infrastrukturen*, offen für alle Bürgerinnen und Bürger, die sich zu Fragen von Gesundheit, Soziales und Selbsthilfe informieren, beraten und beteiligen wollen (z. B. Abteilungen des Gesundheits- und Sozialamtes, Informations- und Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen, Freiwilligenagenturen und Volkshochschulen).
- *Stadtteilgesundheitsbüros* als niedrigschwellige Anlaufstellen für Bürgerinnen und Bürger zur Mitgestaltung der Stadtteile sowie mit gesundheitsfördernden Angeboten für einzelne Zielgruppen, häufig in Verbindung mit Aktivitäten der sozialen Stadtteilentwicklung.
- *Gesundheitsförderungsaktivitäten* in Schulen und Kindergärten zu Themen wie Schulhofumgestaltung, Aufbau von Schulkiosken bzw. Mittagstischen, Förderung von Bewegungsangeboten, Schulgesundheitskräfte, Gesundheitslotsinnen und -lotsen, Frühe Hilfen Netzwerk und Präventionsketten.
- *Gesundheitskommunikation*: Gesundheitsmärkte, Gesundheitswochen, Gesunde Städte-Zeitung, Social Media etc.

Plümer und Trojan [22] führten im Jahr 2002 eine Studie durch, um zu erheben, inwieweit die Elemente

intersektorale Zusammenarbeit, aktive Bürgerinnen- und Bürgerbeteiligung, gleiche Chancen für Gesundheit sowie Gemeinwesenorientierung in der kommunalen Praxis verankert waren. Mit diesem Ziel wurde eine bundesweite Befragung der Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren im Gesunde Städte-Netzwerk durchgeführt. Auf Grundlage der Ergebnisse stellten die Autoren ein Monitoringmodell, das „Gesunde-Städte-Barometer“, vor. Dieses Instrument ermöglichte Längsschnittanalysen in der Entwicklung der gesunden Städte und konnte zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beitragen.

Eine weitere Studie wurde von Grüb [23] durchgeführt. Dabei ging es darum, den Informationszugang für Bürgerinnen und Bürger im Rahmen einer Dokumentenanalyse als Voraussetzung für Lernprozesse zu evaluieren. Die Ergebnisse zeigten, dass über 50 % der Städte im Internet über ihre Mitgliedschaft im Gesunde Städte-Netzwerk informierten, jedoch war die Anzahl ausbaubar. Insbesondere die Transparenz der Informationen zeigte sich als eingeschränkt. Auf dieser Grundlage gab Grüb (ebd.) Empfehlungen für ein lernförderliches Netzwerkumfeld, welche u. a. die zentralisierte Koordination der Informationsdarstellung sowie die Partizipation und stärkere Einbeziehung von Bürgerinnen und Bürgern in das Netzwerk und an der Bereitstellung relevanter Informationen umfassten.

Fazit

Das Gesunde Städte-Netzwerk bietet einen strukturierten und praxisnahen Rahmen für Kommunen, die sich der Gesundheitsförderung der gesamten Bevölkerung stärker verpflichten möchten. Das Netzwerk ist nicht nur vor Ort über Kommunalverwaltungen und zivilgesellschaftliche Initiativen, Vereine und Träger wirksam, sondern auch auf Bundesebene.

Internetadressen:

- Gesunde Städte-Netzwerk. Das 9-Punkte Programm. Available from: https://gesunde-staedte-netzwerk.de/9-punkte-programm/
- Gesunde Städte-Netzwerk. Kompetenzzentren. Available from: https://gesunde-staedte-netzwerk.de/das-netzwerk/kompetenzzentren/
- World Healt Organisation (WHO). WHO European „Healthy Cities Network“. Available from: https://www.who.int/europe/groups/who-european-healthy-cities-network
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/partnerprozess

References

1. World Healt Organisation (WHO). Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference for Health Promotion. Ottawa; 1986.
2. World Healt Organisation (WHO). WHO European Healthy Cities Network. 2023 [accessed 2023 Jun 14]. Available from: https://www.who.int/europe/groups/who-european-healthy-cities-network
3. Das Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland. Das Gesunde-Städte-Netzwerk Mitglieder. 2023 [accessed 2023 Jun 14]. Available from: https://gesunde-staedte-netzwerk.de/mitglieder.
4. 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
5. Quilling E, Babitsch B, Dadaczynski K, Kruse S, Kuchler M, Köckler H, Leimann J, Walter U, Plantz C. Municipal health promotion as part of urban health: A Policy Framework for Action. Sustainability. 2020 Aug 18;12(16):6685. DOI:10.3390/su12166685
6. Sabatier PA. Advocacy-Koalitionen, Policy-Wandel und Policy-Lernen: Eine Alternative zur Phasenheuristik. In: Héritier A, editor. Policy-Analyse: Kritik und Neuorientierung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 1993. p. 116–48.
7. Das Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland. 9-Punkte Programm. 2023 [accessed 2023 Jun 14]. Available from: https://gesunde-staedte-netzwerk.de/9-punkte-programm.
8. 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
9. World Healt Organisation (WHO). Shanghai declaration on promoting health in the 2030 − Agenda

for sustainable development. Health Promot Int. 2017; DOI:10.1093/heapro/daw103
10. Quilling E, Leimann J, Tollmann P. Kommunale 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-I043-1.0
11. Nickel S, Trojan A. Capacity Building / Kapazitätsentwicklung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I007-3.0
12. 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
13. Böhme C, Köckler H, Quilling E. Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I151-1.0
14. Köckler H, Geene R. Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I157-1.0
15. 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
16. Janz A. Zum Stand der Umsetzung des Präventionsgesetzes aus kommunaler Sicht. Vortrag GSN-Kompetenzforum am 11. Juni 2018. 2018.
17. Böhme C, Franke T. Kooperation von Kommunen und Krankenkassen. Gemeinsam gesunde Lebenswelten schaffen. Berlin: Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH; 2021.
18. Klier W. Strategie-Treffen des Gesunde Städte-Netzwerks in München. Gesunde Städte Nachrichten 2020. 2020 [accessed 2023 Jun 14];(1). Available from: https://gesunde-staedte-netzwerk.de/wp-content/uploads/GSN-Nachrichten-2020-2.pdf.
19. Weth C. Das Gesunde Städte-Netzwerk. In: Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H, editors. Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Wiesbaden: Springer VS; 2020. p. 305–11.
20. 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
21. Hollederer 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
22. Plümer KD, Trojan A. „Gesunde Städte" – Anspruch und Performance. Gesundheitswesen. 2004 Mar;66(3):202–7. DOI:10.1055/s-2004-813037
23. Grüb B. Lernnetzwerke im Gesundheitswesen − BürgerInnenbeteiligung im Gesunde Städte Netzwerk. Strategisches Lernen. Austrian Management Review. 2014;4(1):57–63.

Korrespondenz: Prof.in Dr.in Eike Quilling, Hochschule Bochum, Fachbereich für Gesundheitswissenschaften, Professorin für Gesundheitspädagogik und -kommunikation, Gesundheitscampus 6–8, 44801 Bochum, Deutschland, E-mail: eike.quilling@hs-bochum.de

Zitierhinweis: Quilling E, Bauer J, Christ A, Tollmann P, Wolter H. Gesunde Städte-Netzwerk. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i152-1.0

Copyright: © 2026 Eike Quilling 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/

Gesundheit

Peter Franzkowiak[1]
Klaus Hurrelmann[2]
[1] Fachbereich Sozialwissenschaften, Hochschule Koblenz, Koblenz, Deutschland
[2] Hertie School of Governance, Berlin, Deutschland

Abstract

Lange Zeit galt Gesundheit in der Wissenschaft lediglich als Abwesenheit von Krankheit, reduziert auf das Fehlen körperlicher und psychischer Funktionsstörungen. Erst das Gesundheitsverständnis der WHO von 1948 brachte einen Paradigmenwechsel: Gesundheit wurde nun positiv als „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ definiert. Die WHO-Definition hat drei Schlüsselmerkmale: positive Gesundheit, Ablösung von den engen Bezügen biomedizinischer Perspektiven und Versorgungssysteme, Mehrdimensionalität. Sie weist aber auch große Operationalisierungsprobleme auf. Neuere, interdisziplinär einsetzbare Definitionen orientieren sich am Modell der produktiven Realitätsverarbeitung. Sie betonen Balance, biografische Adaptation und Bewältigung. Ebenso wird der relativen und der funktionalen Gesundheit (nach ICF) eine wichtige Bedeutung zugemessen. Gesundheit muss in Zukunft als eigenständige, wissenschaftlich und versorgungspolitisch „starke“ Referenzkategorie etabliert und ausgebaut werden.

Keywords: Gesundheit, Klassifikationen, WHO-Definition, Multidimensionalität, Interdisziplinäre Gesundheitsdefinitionen, Modell der produktiven Realitätsverarbeitung, Funktionale Gesundheit, ICF, Gesundheitsförderung, Gesundheit als Referenzkategorie

Einleitung

Gesundheit ist kein eindeutig definierbares Konstrukt. Sie ist schwer fassbar und nur schwer zu beschreiben. Ebenso wie Krankheit [1] wird Gesundheit individuell und sozial produziert und organisiert. Gesundheit ist ein relatives und relationales Phänomen, ein sozial verhandeltes Konstrukt, das vom jeweiligen kulturellen, gesellschaftspolitischen und ökologischen Kontext beeinflusst wird und sich dabei beständig erneuert [2], [3], [4].

Frühere Versuche einer Definition und Klassifikation gingen fast immer von einer Opposition zum Begriff Krankheit [1] aus. Der britische Medizinethiker und -philosoph Seedhouse ([5], siehe auch [6], S. 46 ff.) benannte vier charakteristische wissenschaftliche Kernvorstellungen für Gesundheit:

- Idealzustand mit völligem Wohlbefinden ohne jede körperliche, psychische und soziale Störung
- persönliche Stärke, die auf körperlichen und psychischen Eigenschaften beruht
- Leistungsfähigkeit zur Erfüllung von gesellschaftlichen Anforderungen, insbesondere von alltäglichen Rollenverpflichtungen
- Gebrauchsgut (Ware), das hergestellt und „eingekauft“ werden kann.

Die Vorstellungen betrachten Gesundheit zwar aus unterschiedlichen Perspektiven, lassen sich aber noch nicht zu einem Gesamtbild verbinden. Franke [7] und Faltermaier [3] bemängeln, dass für Gesundheit bis heute keine allgemeingültige Definition für das gesamte interdisziplinäre Praxis- und Forschungsfeld vorliegt.

Allgemeine Ordnungsvorschläge

Der Medizinsoziologe Gerd Göckenjan entfaltete [8] eine Systematik von drei dominanten Deutungsfigurationen:

- Gesundheit als Abgrenzungskonzept ist eng mit der medizinischen Deutung und Diagnostik von Krankheit verknüpft [9] (Biomedizinische Perspektive). Gesundheit wird als Abwesenheit von Krankheit, als noch nicht Krankheit oder als noch nicht vollständig medizinisch diagnostizierte körperliche/seelische Verfassung umschrieben. Die hierbei vorgenommene Abgrenzung von Gesundheit zu Krankheit ist häufig notwendig (etwa für eine Bescheinigung zur Arbeitsunfähigkeit oder Erwerbsminderung). Sie ist jedoch nur vordergründig konkret und gibt eine nur scheinbare Klarheit vor.
- Als Funktionsaussage steht Gesundheit für Leistungs- und Arbeitsfähigkeit in körperlicher und sozialer Hinsicht bzw. als Rollenerfüllung [10] (Soziologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit). Zu diesem Komplex gehören zudem alle homöostatischen Gesundheitsvorstellungen eines körperlich-seelischen Gleichgewichts [11] (Salutogenese) und einer flexiblen Anpassung von Körper und Selbst an sich verändernde Umweltbedingungen [12] (Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell in der Gesundheitsförderung). Das Schwergewicht wird hierbei oft auf die Widerstandsfähigkeit von Menschen z. B. gegenüber Krankheitserregern und Infektionen gelegt. Auch die funktionsorientierten Umschreibungen sind nur in Teilen konkret; sie lassen sich eher als Metaphern deuten.
- Gesundheitsdefinitionen enthalten auch ein Verständnis von Gesundheit als höchstem Wert und absolutem Richtwert. Daraus versuchen sich zum Teil Ansätze zu normativen Gesundheitszwängen und Optimierungspflichten zu rechtfertigen.

In der internationalen Debatte jüngerer Zeit finden sich inzwischen Ordnungsvorschläge, die stärker auf den Kontext einer Gesundheitsdefinition abheben. Dabei wird unterschieden zwischen allgemeinen, brückenbildenden Gesundheitsbegriffen (wie der WHO-Definition) und unterschiedlichen operationalen Definitionen. Letztere sind auf einen genau definierten Kontext bezogen und dienen dort für evidenzbasierte Mess-, Dokumentations- und Verlaufszwecke.

Die WHO-Definition

Von besonderer Bedeutung für die Gesundheitsförderung und zugleich die bekannteste wertorientierte Umschreibung ist die Präambel der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation WHO von 1948: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Das Erreichen des höchstmöglichen Gesundheitsniveaus ist eines der Grundrechte jedes Menschen ohne Unterschied der ethnischen Zugehörigkeit [original: race], der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“ ([13], S. 1 − eigene Übersetzung). Für diese Aussagen hat sich weltweit das Kürzel WHO-Gesundheitsdefinition eingebürgert.

Die WHO löste Gesundheit aus einer rein biomedizinischen Sichtweise und aus den engen Bezügen professioneller Krankheitssysteme. Gesundheit wird positiv definiert und multidimensional bestimmt. Sie umfasst körperliche, seelisch-geistige und soziale Anteile, die sich wechselseitig beeinflussen. Die WHO-Definition war auch ein ideengebender Vorläufer des paradigmatisch einflussreichen, erst Jahrzehnte später wissenschaftlich ausgereiften und weiterentwickelten biopsychosozialen Modells von Krankheit und Gesundheit. Das Prinzip der Mehrdimensionalität übertrug die WHO in der Folge auch auf die psychische Gesundheit (Mental Health).

Die deutsche Übersetzung spricht zwar von Gesundheit als „Zustand“; dies ist allerdings eine Verschiebung gegenüber dem englischen Originalbegriff (state). Nicht gemeint ist Gesundheit als statischer, einmal erreichter und dann unveränderlicher Zustand. Vielmehr ist sie zu sehen als ein dynamisches Stadium, als ein lebensgeschichtlich und alltäglich immer neu reguliertes Potenzial, als eine beständige und aktiv herzustellende Balance im Spannungsfeld zwischen Ressourcen und Belastungen.

Der Gesundheitsbegriff der WHO betont im Gegensatz zum biomedizinisch-naturalistischen Verständnis von Krankheit die Verankerung von Well-Being in allen Dimensionen des täglichen Lebens [14] (Wohlbefinden/Well-Being). Gesundheitsbewusste und -förderliche Lebensweisen/Lebensstile [15] erfordern das Vorhandensein positiver politischer, kultureller, ökonomischer und sozialökologischer Grundvoraussetzungen [16] (Determinanten der Gesundheit). Höchstmögliche Gesundheit ist ein Menschenrecht, ihre Erhaltung und Sicherung eine nationalstaatliche und zugleich weltgesellschaftliche Verpflichtung.

In den 1980-er Jahren wurde in Abschlussdokumenten zentraler WHO-Versammlungen die spirituelle Dimension hinzugefügt – allerdings ohne entsprechende Revisionen des grundlegenden Verfassungstextes von 1948. Die Diskussion um Spiritualität als vierter Dimension hat bis heute in der asiatisch-pazifischen Region und in den arabisch-islamischen Mitgliedsstaaten der WHO große Bedeutung und Ausstrahlung. Im europäischen und nordamerikanischen Raum wird sie (noch) weitgehend ausgeblendet.

Kritische Perspektiven, Herausforderungen und Weiterentwicklungen

Die WHO-Definition ist vielfach kritisiert worden. Hauptkritikpunkte sind die Einseitigkeit einer subjektiv akzentuierten Sichtweise, ihre ungenaue, kaum zu operationalisierende oder messbare Mehrdimensionalität und das noch unausgereifte, eher statische Denken in Polen. Ihr wurde oft ein dogmatischer Charakter, die Formulierung eines unerreichbaren Zustands unterstellt − in Verkennung der historisch-politischen Funktion und der unmittelbar unter dem Eindruck des zivilisatorisch verheerenden Zweiten Weltkrieges erstellten Formulierungen. Die Kritik konzentrierte sich zum einen auf den umstrittenen Begriff des „Zustands“, zum anderen auf die vermeintlich absolute Utopie eines „vollständigen“ oder „völligen“ Wohlbefindens. Kickbusch [17] interpretiert das Streben nach „umfassendem Wohlbefinden“ zwar auch als universelle, positiv-utopische Aufforderung. Die Forderung sei jedoch zu lesen als verantwortungsethisches Postulat zur Herstellung und Sicherung von Gesundheit für alle Menschen – in Einheit mit der staatlichen Verpflichtung zu real gleichen Gesundheitschancen für Alle in einem Gemeinwesen und einer Nation.

Auf dem Hintergrund globaler Wandlungsprozesse sind allerdings definitionsimmanente Begrenzungen und epidemiologische Einschränkungen immer deutlicher geworden. Drei Problemcluster sind bedeutsam:

- die weltweite Veränderung der Demografie von Bevölkerungen, die damit einhergehenden Herausforderungen von Gesundheitssicherung und Versorgung der Gesellschaften des langen Lebens (vielfach mit chronischer Einschränkung und lebensbegleitenden Behandlungspotenzialen in älteren Teilpopulationen)
- eine tiefgreifende Umwälzung von Risiko- und Krankheitsmustern, der globale Wandel des gesundheitlichen Problempanoramas, zusätzlich die Ausweitung systemisch-professioneller Detektion, Behandlung und Begleitung
- die strukturelle Bedeutung der sozialen und ökologischen Determinanten von Gesundheit und aller mit ihnen verbundenen Ungleichheiten und Gradienten

Es ist nicht zu übersehen, dass die WHO-Definition von Gesundheit Grenzen hat, wenn es darum geht, Gesundheit zu operationalisieren und für die klinische Medizin und Public Health-Forschungszwecke messbar zu machen. Ihre Stärke liegt primär darin, „über Determinanten von Gesundheit nachzudenken, also über Faktoren, die krank oder gesund machen, und über die dabei wirksamen Mechanismen. Die WHO-Definition lässt sich als gesundheitspolitische Vision verstehen, als ein für alle Menschen anzustrebendes Ideal.“ ([18], S. 21) Kickbusch [17] insistiert, dass Gesundheit im Sinne der WHO-Formulierung nicht als Messgröße verstanden wurde und vielmehr ein „normatives Gut“ sei. Weder sei sie für Effizienzmessungen entwickelt worden, noch sei sie dafür tauglich.

Neue Gesundheitskonzepte können die verengten Formulierungen der WHO-Definition überschreiten, indem sie explizit anerkennen, dass auch Menschen mit chronischen Krankheiten und Einschränkungen gesund sein können. Die Betonung liegt dann nicht mehr auf umfassender bzw. „vollständiger“ Gesundheit (die zu oft als nicht nur unerreichbare, sondern auch ausgrenzende perfekte Gesundheit missinterpretiert wird). Im Zentrum stehen vielmehr alle Fähigkeiten und Ressourcen, unvermeidliche Herausforderungen des Lebens aktiv und produktiv zu meistern (siehe weiter unten die Ausführungen zu einer interdisziplinär tragfähigen Definition sowie zur funktionalen Gesundheit).

Trotz aller Einzelkritik nimmt die WHO-Definition wichtige integrative Aspekte auf und hat immer noch erhebliche Ausstrahlung in die Politik und vor allem in die Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung [6], [19], [20], [21] (Prävention und Krankheitsprävention). Auch für die medizinische und gesundheitswissenschaftliche Arbeit bleibt sie konzeptionell fruchtbar.

Neuere integrative und interdisziplinäre Gesundheitsdefinitionen

Seit Ende der 1980-er Jahre wurden aus Grundvorstellungen zentraler wissenschaftlicher Theorien

Grundsätze für Module eines auch wissenschaftlich haltbaren und belastbaren Gesundheitsbegriffs abgeleitet [22]. Dabei wurden biomedizinische Theorien, Lern- und Persönlichkeitstheorien, Stress- und Bewältigungstheorien, Interaktions- und Sozialstrukturtheorien sowie Public Health-Theorien gleichgewichtig aufgenommen und in das interdisziplinäre, sozialisationstheoretisch abgeleitete „Modell der produktiven Realitätsverarbeitung“ integriert.

Zusammenfassend lassen sich acht interdisziplinär tragfähige Maximen von Gesundheit und Krankheit formulieren (Tab. 1):

1	Gesundheit und Krankheit ergeben sich aus einem Wechselspiel von sozialen und personalen Bedingungen, welches das Gesundheitsverhalten prägt.
2	Die sozialen Bedingungen (Gesundheitsverhältnisse) bilden den Möglichkeitsraum für die Entfaltung der personalen Bedingungen für Gesundheit und Krankheit.
3	Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts, Krankheit das Stadium des Ungleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene.
4	Gesundheit und Krankheit als jeweilige Endpunkte von Gleichgewichts- und Ungleichgewichtsstadien haben eine körperliche, psychische und soziale Dimension.
5	Gesundheit ist das Ergebnis einer gelungenen, Krankheit einer nicht gelungenen Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen.
6	Persönliche Voraussetzung für Gesundheit ist eine körperbewusste, psychisch sensible und umweltorientierte Lebensführung.
7	Die Bestimmung der Ausprägungen und Stadien von Gesundheit und Krankheit unterliegt einer subjektiven Bewertung.
8	Fremd- und Selbsteinschätzung von Gesundheits- und Krankheitsstadien können sich auf allen drei Dimensionen − der körperlichen, der psychischen und der sozialen − voneinander unterscheiden.

Tab. 1: Acht Maximen für die integrative und interdisziplinäre Formulierung von Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen (zitiert nach [22]*, S. 139−146)*

Von besonderer Bedeutung für die Gesundheitsförderung sind die Leitvorstellungen der sozialen und personalen Möglichkeitsräume, des Gleichgewichts und der Bewältigungsorientierung. Voraussetzung für Gesundheit sind Kompetenzen und Kapazitäten zur produktiven Auseinandersetzung mit den inneren und äußeren Anforderungen. Gesundheit ist nach dieser Definition gegeben, wenn sowohl körperliche und psychische Anforderungen als auch soziale und materielle Umweltanforderungen von einem Menschen im jeweiligen Lebensabschnitt produktiv bearbeitet und bewältigt werden. Zu den inneren Anforderungen gehören im biologischen Bereich die genetische Disposition, die körperlich-physiologische Konstitution, das Immunsystem, Nervensystem und Hormonsystem in ihrer jeweiligen Dynamik und Belastbarkeit, und im psychischen Bereich die Persönlichkeitsstruktur, Belastungsbewältigung/Resilienz bzw. Vulnerabilität und das Temperament.

Diese Anforderungen sind zugleich die Grundausstattung, mit der den äußeren Anforderungen begegnet werden muss. Zu jenen gehören die sozioökonomische Lage, das ökologische Umfeld, Wohnbedingungen, hygienische Verhältnisse, Bildungsangebote, Arbeitsbedingungen, private Lebensformen und die soziale Einbindung. Auch diese Anforderungen sind ihrerseits Ressourcen, die ein Mensch zur Verfügung haben muss, wenn er den inneren Anforderungen erfolgreich begegnen und die innere Realität aus Körper und Psyche ebenso produktiv verarbeiten will wie die äußere Realität aus sozialer und dinglicher Umwelt.

Aus diesen Überlegungen lässt sich die nachfolgende Definition von Gesundheit ableiten: „Gesundheit bezeichnet den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist nach diesem Verständnis ein angenehmes und durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut in Frage gestellt ist. Gelingt das Gleichgewicht, dann kann dem Leben Freude und Sinn abgewonnen werden, es ist eine produktive Entfaltung der

eigenen Kompetenzen und Lernpotenziale möglich, und es steigt die Bereitschaft, sich gesellschaftlich zu integrieren und zu engagieren.“ ([22], S. 147). „Zustand“ ist hier als ein dynamischer Zustand zu verstehen.

Zu den wichtigsten Elementen einer die Gesundheit fördernden und erhaltenden Lebensführung zählen positive Einstellungen zu den alltäglichen Herausforderungen, die Annahme des eigenen Körpers und der psychischen Grundausstattung einschließlich zeitweiser oder auch dauerhafter Beeinträchtigungen oder Einschränkungen. Außerdem optimistische Erwartungen an die soziale Umwelt und insgesamt die Vorstellung von der Beeinflussbarkeit der eigenen Lebensführung. In den Lern- und Entwicklungstheorien ist dieser Tatbestand mit dem Begriff der „Selbstwirksamkeit“ bezeichnet worden, in der salutogenetischen Theorie [11] (Salutogenese) mit „Kohärenzgefühl“ (Sense of Coherence), in der Sozialisationstheorie (an der sich diese Gesundheitsdefinition orientiert) mit „produktiver Realitätsverarbeitung“. Wichtig ist die Verbindung von Selbstvertrauen mit bewusster Lebensführung, die auf Arbeit, Leistung, Anspannung und Rationalität gerichtet ist, sowie Genussfähigkeit, die auf Entspannung, angenehmes Essen und Trinken, Bewegung, Bindung, Liebe und erfüllte Sexualität zielt.

Analoge Definitionsversuche und Anschlussmöglichkeiten

Definitionen, die biografische Adaptation, Balance und Bewältigung im Rahmen sich beständig ändernder, systemisch komplexer Lebens- und Umweltherausforderungen in den Mittelpunkt rücken, finden sich auch bei folgenden Autorinnen und Autoren:

- Huber et al. [23], [24]): Gesundheit als dynamische Fähigkeit, mit sozialen, körperlichen und emotionalen Herausforderungen umzugehen und selbstbestimmt mit ihnen zu leben, angesichts lebenslanger sozialer, physischer und emotionaler Herausforderungen.
- Bircher [25]: Im Meikirch-Modell wird Gesundheit als dynamischer Zustand des Wohlbefindens und als komplexes adaptives System verstanden, das Menschen in die Lage versetzt, den Anforderungen des Lebens zu genügen.
- Krahn et al. [26]: Gesundheit als dynamisches Zusammenspiel von körperlichem, geistigem, sozialem und existenziellem Wohlbefinden bei der Anpassung an und der Bewältigung von (unvermeidlichen) Lebens- und Umweltbedingungen.

Weitere konzeptionelle Parallelen und Anschlussmöglichkeiten bestehen zu systemischen Gesundheitsdefinitionen [27] und dem Holistic Model of Health (HMH) von Nordenfelt [28] aus der theoretischen Medizin und Medizinphilosophie. Im HMH ist Gesundheit eine Funktion aller personalen Fähigkeiten und Kompetenzen. Sie ist eine der Voraussetzungen dafür, im jeweiligen kulturellen Rahmen und über sozialen Austausch absichtsvolle Handlungen auszuführen und eigene Ziele (Vital Goals) zu erreichen. Hier ergeben sich gerade für die Gesundheitsförderung Anknüpfungspunkte zum Konzept der Teilhabe- und Verwirklichungschancen (Human Capabilities-Ansatz). Darauf hat im deutschsprachigen Raum wegweisend der Sozialepidemiologe Abel [29] hingewiesen [30] (Verwirklichungschancen/Capabilities). Im HMH sind eingeschränkte Gesundheit oder chronische Krankheit keinesfalls ausgeschlossen, vielmehr durchaus kompatibel mit den Grundannahmen.

Ressourcenaspekt und soziale (Mit-)Bestimmtheit prägen das sozialepidemiologisch-gesundheitswissenschaftliche Konstrukt einer sozialen Gesundheit [31], neuer: [32]. Gesundheit wird hier als das Ergebnis individueller und kollektiver Ressourcenakkumulierung und -krisen angesehen. Sie entsteht (und wird erhalten) auf der Grundlage eines gelingenden Ressourcenaustausches zwischen Mensch und Gesellschaft. Krankheit gilt dagegen als Ergebnis von Ressourcenkrisen. Akkumulation wie Krisen der Ressourcen werden sozial beeinflusst und gesteuert. Somit ist Gesundheit immer auch ein Ergebnis gemeinschaftlichen Handelns. Der Begriff der sozialen Gesundheit soll explizit anzeigen, ob es den Akteuren und Akteurinnen und v. a. den Kollektiven gelingt, sowohl erfolgreich Ressourcenakkumulation und Ressourcensicherung zu betreiben als auch eine gerechte Ressourcenverteilung zu ermöglichen.

Relative, bedingte und funktionale Gesundheit

Gesundheit kann nicht nur optimal, umfassend oder positiv sein. Jedes Gesundheitskonzept muss die Bedingtheit und potenzielle Einschränkung von Gesundheit integrieren können [33] (Gesundheits-Krankheits-Kontinuum). Menschen, die akute Störungen bewältigen oder mit chronischen körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen leben, sind nicht ausschließlich krank. Sie haben im Umgang mit ihren Befindlichkeitsstörungen und Krankheiten sowie in ihrer Alltagsgestaltung immer auch gesunde Anteile (Kompetenzen und Ressourcen). Sie leben in relativer bzw. bedingter Gesundheit.

Relative Gesundheit ist das dynamische Stadium eines teilweise gestörten Gleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren. Es tritt ein, wenn einem Menschen die Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen nur teilweise oder nur vorübergehend gelingt. In der Rehabilitation war lange der ähnlich angelegte Begriff der bedingten Gesundheit geläufig. Er umschreibt die Fähigkeit zur aktiven Lebensgestaltung, Leistungsfähigkeit in Beruf und Alltag auch mit chronischer Krankheit. Menschen mit einer chronischen Krankheit bzw. mit einer dauerhaften Einschränkung oder Beeinträchtigung sind bedingt gesund, wenn sie ein dynamisches Gleichgewicht finden, das ein sinnvolles Dasein und die Erreichung von Lebenszielen in Grenzen ermöglicht.

Die gegenwärtig dominierende fachliche Begrifflichkeit in diesem Kontext ist die funktionale Gesundheit. Sie ist Kernkonzept der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und hat große Bedeutung für die Rehabilitationsmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung [34].

Eine Person ist demnach − vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren − funktional gesund, wenn

- ihre körperlichen Funktionen einschließlich des seelischen Bereichs und der Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
- sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
- sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).

Aufgrund des ihr zugrunde liegenden bio-psycho-sozialen Modells ist die ICF nicht primär defizitorientiert. Im Zentrum stehen – ressourcenorientiert, ätiologieneutral und auf der Grundlage eines Kontinuumskonzepts – die drei genannten interagierenden Komponenten von Gesundheit. Die ICF kann universell angewandt werden, d. h. auf alle Menschen bezogen, nicht nur auf Menschen mit Behinderungen oder Einschränkungen [35].

Gesundheit als Referenzkategorie

Resümierend lässt sich feststellen: Angestoßen durch die bahnbrechende Neudefinition der Weltgesundheitsorganisation WHO im Jahr 1948 hat der Begriff Gesundheit seitdem an Konturen gewonnen und sich in der wissenschaftlichen Diskussion immer stärker verbreitet. Dennoch hat er es bisher nicht geschafft, sich als die führende Referenzkategorie durchzusetzen. Wenn es um die Bestimmung von körperlichen, psychischen und sozialen Befindlichkeiten eines Menschen oder einer Bevölkerungsgruppe geht, wird nach wie vor dominant der Begriff Krankheit eingesetzt – zumindest im deutschen Sprachraum.

Abel [29] diagnostiziert eine nach wie vor bestehende Ohnmacht des Gesundheitsbegriffs. Diese sei gegeben, solange Gesundheit definitorisch und (versorgungs-)strukturell im Kontext der gesellschaftlichen Definitions- und Steuerungsmacht der Medizin verhandelt werde. Bis heute besitze der Gesundheitsbegriff keine hinreichende Eigenständigkeit. Vielmehr dominieren Krankheit (bzw. deren Abwesenheit) als Referenzgröße und die Medizin als Leitwissenschaft. Ein echtes Gleichgewicht der Begriffe sei weder in der Forschung noch in der Politik oder der Public Health-Praxis erreicht worden. Vielmehr erscheine Gesundheit „schwach und kontrovers definiert, als Leitparadigma ungeeignet“ (ebd., S. 35). Mit der Fokussierung auf Krankheit verfestige sich die Reproduktion der tradierten Machtverteilungen in Wissensproduktion, Prävention, Versorgung und Politik einseitig zugunsten biomedizinischer Paradigmen und Struktursicherungen.

Im Rahmen seiner Generalkritik würdigt Abel explizit die inter- und transdisziplinären Ansätze und Definitionsmaximen von Hurrelmann, Huber und Bircher (siehe oben), weil sie programmatisch ohne die Referenzgröße Krankheit auskommen. Zugleich wird Gesundheit als aktive, variable und multimodale Anpassungsleistung und Auseinandersetzung mit den Lebensbedingungen verstanden und operationalisiert. Zukünftig besteht die Notwendigkeit, Gesundheit als starke Referenzkategorie zu etablieren und auszubauen. Nur ein starker Gesundheitsbegriff liefert die „Voraussetzung für mehr Erkenntnisse zum Wohlergehen, der Lebensqualität und den Verwirklichungschancen der Menschen. (...) Gesundheit ist ein in sich multidisziplinäres und interparadigmatisches Unterfangen, denn die Determinanten der Gesundheit sind primär die sozialen Lebensbedingungen.“ ([29], S. 36).

Internetadressen:

- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Downloads – ICF. Available from: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html
- World Health Organisation (WHO). Available from: https://www.who.int

References

1. Fangerau H, Franzkowiak P. Krankheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I069-2.0
2. Nettleton S. The sociology of health and illness. Cambridge, UK Medford, MA, USA: Wiley; 2021.
3. Faltermaier T. Gesundheitspsychologie. Vol. 21. Stuttgart: W. Kohlhammer; 2023. (Grundriss der Psychologie). DOI:10.17433/978-3-17-041183-8
4. Richter M, Hurrelmann K. Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit. In: Richter M, Hurrelmann K, editors. Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer VS; 2023. p. 1–19.
5. Seedhouse D. Health: the foundations for achievement. Chichester, Weinheim: Wiley; 2001.
6. Naidoo J, Wills J. Lehrbuch Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Bern: Hogrefe; 2019. (Ciando library).
7. Franke A. Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber; 2012. (Programmbereich Gesundheit).
8. Göckenjan G. Stichwort Gesundheit. In: Deppe HU, Friedrich H, Müller R, editors. Öffentliche Gesundheit − Public Health. Frankfurt am Main, New York: Campus; 1991. p. 15−24.
9. Holst J. Biomedizinische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I006-2.0
10. Reibling N. Soziologische Perspektiven auf Gesundheit und 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-I116-4.0
11. 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
12. Blümel S. Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell in 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-I121-3.0
13. World Health Organisation (WHO). Constitution of the World Health Organization. In: Basic Documents. Forty-ninth edition including amendments adopted up to 31 May 2019. Geneva; 2020. p. 1–19.
14. Röhrle B. Wohlbefinden / Well-Being. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I134-1.0
15. Röding D. Lebensweisen / Lebensstile. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I073-2.0
16. 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
17. Kickbusch I. Der Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation. In: Häfner H, editor. Gesundheit − unser höchstes Gut? Berlin, Heidelberg: Springer; 1999. p. 275−286. (Schriften der Mathematisch-naturwissenschaftlichen Klasse der Heidelberger Akademie der Wissenschaften; 4).
18. Razum O, Kolip P. Gesundheitswissenschaften: Eine Einführung. In: Razum O, Kolip P, editors. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Beltz Juventa; 2020. p. 19−42.
19. Ruckstuhl B. Gesundheitsförderung – Entwicklungsgeschichte einer neuen Public-Health-Perspektive. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2020. (Grundlagentexte Gesundheitwissenschaften).

20. Hurrelmann K. Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Richter M, Stock S, editors. Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe; 2024. p. 23–34.
21. 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
22. Hurrelmann K, Richter M. Gesundheits- und Medizinsoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung. Weinheim: Beltz; 2013. (Grundlagentexte Soziologie).
23. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JWM, Schnabel P, Smith R, van Weel C, Smid H. How should we define health? BMJ. 2011 Jul 26;343(jul26 2):d4163. DOI:10.1136/bmj.d4163
24. Huber M, van Vliet M, Giezenberg M, Winkens B, Heerkens Y, Dagnelie PC, Knottnerus JA. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. BMJ Open. 2016 Jan 12;6(1):e010091. DOI:10.1136/bmjopen-2015-010091
25. Bircher J. Die verlorene Hälfte der Medizin: Das Meikirch-Modell als Vision für ein menschengerechtes Gesundheitswesen. Berlin, Heidelberg: Springer; 2019. DOI:10.1007/978-3-662-59639-5
26. Krahn GL, Robinson A, Murray AJ, Havercamp SM, Havercamp S, Andridge R, Arnold LE, Barnhill J, Bodle S, Boerner E, Bonardi A, Bourne ML, Brown C, Buck A, Burkett S, Chapman R, Cobranchi C, Cole C, Davies D, Dresbach T, Farr J, Fay ML, Fletcher R, Gertz B, Hollway J, Izzo M, Krahn G, Lawrence-Slater R, Lecavalier L, Murray A, Page K, Perry S, Poling A, Rabidoux P, Rice R, Robinson A, Rosencrans M, Ryan M, Sanford C, Schaeffer C, Seeley J, Shogren K, Stepp K, Straughter M, Sucheston-Campbell L, Tassé MJ, Taylor C, Walton K, Wehmeyer M, Williams C, Witwer A. It's time to reconsider how we define health: Perspective from disability and chronic condition. Disability and Health Journal. 2021 Oct;14(4):101129. DOI:10.1016/j.dhjo.2021.101129
27. Hafen M. Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese. Heidelberg: Carl Auer; 2014. (Systemische Therapie / Medizin).
28. Nordenfelt L. Functions and Health: Towards a Praxis-Oriented Concept of Health. Biol Theory. 2018 Mar;13(1):10–6. DOI:10.1007/s13752-017-0270-x
29. Abel T. Der funktionale Gesundheitsbegriff – Reflexionen zwischen Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung. Swiss Academies Reports. 2021 [accessed 2025 Jun 14];16(10):33–6. Available from: https://www.sagw.ch/fileadmin/redaktion_sagw/dokumente/Publikationen/Berichte/2021_Macht_Medizin/12_Der_Funktionale_Gesundheitsbegriff.pdf
30. Altgeld T, Bittlingmayer UH, Islertas Z. Verwirklichungschancen / Capabilities. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I126-2.0
31. Pfaff H, Ernstmann N, Driller E, Jung J, Karbach U, Kowalski C, Nitzsche A, Ommen O. Elemente einer Theorie der sozialen Gesundheit. In: Schott T, Hornberg C, editors. Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011. p. 39–68. DOI:10.1007/978-3-531-92790-9_2
32. Paul J, Merz S, Bergholz A, König F, Weigt J, Eich-Krohm A, Apfelbacher C, Holmberg C. Social health: rethinking the concept through social practice theory and feminist care ethics. Med. Humanit. 2023 Dec 19;49(4):752–9. DOI:10.1136/medhum-2022-012535
33. Franzkowiak P. Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I026-2.0
34. Ziese T, Saß AC. Gesundheitsberichterstattung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I028-2.0
35. Schuntermann MF. Einführung in die ICF: Grundkurs – Übungen – offene Fragen. Landsberg: ecomed MEDIZIN; 2022.

Korrespondenz: Prof. (i.R.) Dr., Dipl.-Psych. Peter Franzkowiak, Hochschule Koblenz, Fachbereich Sozialwissenschaften, Konrad-Zuse-Str. 1, 56075 Koblenz, Deutschland, E-mail: franzkowiak@hs-koblenz.de

Zitierhinweis: Franzkowiak P, Hurrelmann K. Gesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i023-1.0

Copyright: © 2026 Peter Franzkowiak 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/

Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP)

Heike Köckler[1]
Raimund Geene[2]
[1] Professorin für Sozialraum und Gesundheit, Hochschule für Technik, Wirtschaft, Gesundheit Bochum, Bochum, Germany
[2] Berlin School of Public Health, Berlin, Germany

Abstract

Gesundheit in allen Politikfeldern zu verankern, ist eine von der WHO verfolgte Strategie, die unter dem Begriff Health in All Policies (HiAP) eingeführt wurde und ressort- sowie politikfeldübergreifende Zusammenarbeit im Sinne einer Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verfolgt. Insbesondere auf kommunaler Ebene und mit den Möglichkeiten des Präventionsgesetzes wird der Ansatz erst in den letzten Jahren zunehmend auch in Deutschland verfolgt, während es auf internationaler Ebene bereits seit Jahrzehnten verschiedene etablierte Umsetzungen gibt.

Keywords: Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, Whole of Society, Sektorübergreifende Zusammenarbeit

Einleitung

Die Strategie, Gesundheit in allen Politikfeldern zu verfolgen unterstreicht, dass Gesundheitsförderung und Prävention nicht allein vom Gesundheitssektor erfüllt werden können. Wie viele andere Ansätze der Gesundheitsförderung geht auch dieser auf das umfassende Verständnis von Gesundheitsförderung der Ottawa Charta der WHO aus dem Jahr 1986 zurück. Dort heißt es: „Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt (...) nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen (...)“ [1]. Im Rahmen der finnischen EU-Ratspräsidentschaft 2006 wurde Health in All Policies (HiAP) als europäisches Leitkonzept vereinbart. [2] (Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa), [3] (Gesundheitsförderung 4: Europäische Union), [4]

Im Jahr 2013 wurde Gesundheit in allen Politikfeldern in der Helsinki-Deklaration (Abschlusserklärung der 8. Weltkonferenz für Gesundheitsförderung) beschrieben als „ein Konzept für die Politik in allen Sektoren, die systematisch die Auswirkungen von Entscheidungen auf Gesundheit und Gesundheitssysteme berücksichtigt, Synergien sucht und schädliche Auswirkungen auf die Gesundheit vermeidet, um die Gesundheit der Bevölkerung und gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern“ [5].

HiAP im Kontext gesundheitsfördernder Gesamtpolitik

Gesundheit in allen Politikfeldern (im Folgenden meist in englischer Abkürzung „HiAP“ verwendet) baut auf die reichhaltigen Ansätze einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik / Healthy Public Policy [6] (Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy) auf. Nach Einschätzung von Trojan ([4], S. 31) „wird aber deutlich, dass HiAP (vermutlich, weil konkreter als der metaphorische Ausdruck Healthy Public Policy, wörtlich: gesunde öffentliche Politik. *Anmerkung der Verfasser*) eine politikfähige Bezeichnung darstellt.“ Diese Einschätzung mag auch darin begründet sein, dass neben Zielen, die auf einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik fußen, auch Ziele anderer Politikfelder, die Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung verfolgen, in eine HiAP-Strategie integriert werden. Als relevant einzuordnen sind hier insbesondere Politikfelder, die an den Determinanten der Gesundheit [7] ansetzen, ein originäres Interesse an ihnen haben und Einfluss auf sie nehmen.

So heißt es im Abschnitt „Voraussetzungen für die Gesundheit“ der Ottawa Charta: „Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen

gebunden.“ [1] Hierzu zählen beispielsweise die Arbeits-, Bildungs-, Stadtentwicklungs-, Wirtschafts- und Umweltpolitik; außerdem können Politikfelder wie die Innere Sicherheit, Landwirtschaft oder Familienpolitik ihren eigenen Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten (siehe [8]).

HiAP – ein Mehrebenen-Ansatz

Da viele Politikfelder auf unterschiedlichen Ebenen, von der Europäischen Union bis zu den Kommunen, verankert sind, ist HiAP ein Mehrebenen-Ansatz. Sowohl in der generellen fachlichen Debatte als auch von vielen kommunalen Akteurinnen und Akteuren selbst wird die Bedeutung der kommunalen Ebene als besonders hoch eingeschätzt, um Gesundheit in allen Politikfedern verfolgen zu können. Dies ist in Deutschland nicht zuletzt im Prinzip der kommunalen Selbstverwaltung begründet, die den Kommunen mit den Möglichkeiten, eigenes Ortsrecht zu schaffen, einen eigenen Gestaltungsrahmen gibt. Gleichzeitig ist den Kommunen zu großen Teilen die Aufgabe der Daseinsvorsorge zugeordnet, auch wenn es insbesondere in Kommunen mit einkommensschwacher Bevölkerung und geringer wirtschaftlicher Kraft häufig an den notwendigen Finanzmitteln mangelt [9], [10] Kommunale Gesundheitsförderung.

Das Politikfeld Umwelt, inklusive Klimaschutz und Anpassung an Klimafolgen, verdeutlicht das Potential des Ansatzes. So bieten viele umweltbezogene Maßnahmen neben dem Ziel des Gesundheitsschutzes auch Möglichkeiten für Gesundheitsförderung und verhältnisbezogene Prävention. Leise Orte, mit geringer Luftbelastung sowie einer attraktiven Grünraum- und Wasserflächengestaltung bieten beispielsweise vielfältige Möglichkeiten. Die Bedeutung wohnortnaher öffentlicher Grünräume wurde insbesondere während der Corona-Pandemie als wichtige Ressource von Gesundheitsförderung und Prävention hervorgehoben [11] (Umweltbezogene Gesundheitsförderung). Das Politikfeld Klima zeigt zudem deutlich, dass es nicht nur auf das Handeln von Politik und Verwaltung in den jeweiligen Sektoren ankommt. Vielmehr ist auch hier eine gesamtgesellschaftliche Veränderung erforderlich, die im Zusammenhang mit umweltbezogenen Entwicklungen als große Transformation bezeichnet wird [12]. Ein Lernen von Strategien der Klimapolitik kann demnach auch für die Strategie, Gesundheit in allen Politikfeldern zu verfolgen, dienlich sein: „Außerdem sind strukturelle und organisatorische Ansätze gegebenenfalls auf das Gesundheitswesen zu übertragen, denn auch Klimapolitik verfolgt (...) eine »in All Policies«-Strategie“ ([13], S. 169).

Das Zukunftsforum Public Health ist ein Zusammenschluss von Vertreterinnen und Vertretern aus Wissenschaft und dem Themenfeld der Public Health. In einem Positionspapier des Steuerungskreises des Zukunftsforums zu HiAP wird entsprechend der Aussage zur Klimapolitik auch im Hinblick auf Gesundheit eine politikfeldübergreifende Strategie betont. Sie müsse „eine Doppelstrategie von regierungspolitischen und gesellschaftlichen Ansätzen sein (»Whole of Government« [die gesamte politische Führung sowie Ämter und Behörden einbeziehend] und »Whole of Society Approach« [die gesamte Gesellschaft einbeziehend])“ ([14], S. 3). Anknüpfend an die Helsinki-Deklaration der WHO und den Modellprogrammen (Leppo et al. 2013) werden durch das Zukunftsforum sechs Aspekte als Prioritäten für HiAP herausgestellt ([14], S. 1 f.). Dies sind im Einzelnen:

- Gesundheitliche Chancengleichheit
- Intersektorales Verständnis
- Vernetzung und Nachhaltigkeit
- Nutzerorientierung
- Empowerment, Selbstwirksamkeit und Selbsthilfe
- Salutogenese

Gesundheit in allen Politikfeldern − HiAP in der Umsetzung

Gesundheit in allen Politikfeldern umzusetzen, steht in der Praxis vor vielfältigen Hindernissen. Dazu zählen bestehende Machtstrukturen, die gesundheitliche Chancengleichheit und eine große Transformation nicht verfolgen oder gar aktiv behindern. Der aktuelle Wohnungsmarkt, der Abbau von Rohstoffen wie Kohle oder (autogerechte) Mobilität sind hier Beispiele. Akteurinnen und Akteure, die gesundheitsbezogene Ziele verfolgen, sind selten machtwirksam vertreten. Hinzu kommen sektorale Strukturen in Verwaltung und Politik, die den integrierten HiAP-Ansatz organisatorisch, personell und kompetenzbezogen für alle Beteiligten nicht einfach machen. Nicht selten gibt es Zielkonflikte zwischen den Anliegen der einzelnen Sektoren. Gesundheitsförderung im Sinne von mehr Chancengerechtigkeit kann häufig nicht durchgesetzt werden, auch wegen fehlender Operationalisierungen (siehe [15], S. 429).

Förderlich für die Umsetzung von HiAP ist hingegen, wenn gesundheitsbezogene Ziele dem Politikfeld dienlich sind, in das Gesundheit integriert wird, da sie beispielsweise zur besseren Arbeitsmarktintegration, lebenswerteren Städten, Bildungserfolgen von Kindern und damit zu sinnvollen Einsparungen bei Sozialabgaben führen können. Wenn gesundheitsbezogene Ziele als die eigenen Ziele eines Politikfeldes verstanden und formuliert werden, ist HiAP leichter umsetzbar. Hierbei ist eine auf Gesundheitsförderung und Prävention ausgerichtete, salutogenetische Zielformulierung hilfreich [16] (Salutogenese).

Institutionell ist es förderlich für HiAP, wenn auch gesundheitsbezogene Verbände Beteiligungs- sowie Klagemöglichkeiten erhalten, da diese gegen die oben benannten Machtstrukturen agieren können. Beispiele sind hier Klagen zum Verbraucherschutz, im Hinblick auf den Kohleausstieg oder zur Luftreinhaltung [8].

Intersektorale Zusammenarbeit ist, wie oben angesprochen, nicht einfach; sie kann durch organisatorische Rahmenbedingungen, Kommunikation und die entsprechende Haltung der Beteiligten begünstigt werden ([15], S. 430).

HiAP im Kontext kommunaler Selbstverwaltung

Die kommunale Ebene ist für verschiedene Politikfelder nicht zuletzt aufgrund der kommunalen Selbstverwaltung im Mehrebenen-System bedeutsam und somit von herausgehobener Relevanz für HiAP. Es gibt eine Vielzahl guter Beispiele für Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene [10] (Kommunale Gesundheitsförderung), die u. a. in der Datenbank des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit anhand von Good Practice Kriterien [17] (Good Practice / Best Practice in der Gesundheitsförderung) beschrieben werden (siehe auch [18]).

Für die Lebensphasen Kindheit und Jugend kann dies exemplarisch dargestellt werden. Gesundheitsförderung kann hier als Teil der kommunalen Daseinsvorsorge gestaltet werden. Die Absicherung und Förderung von Kinder- und Jugendgesundheit erfolgt im Gesundheitswesen sowohl im Bereich der ärztlichen Versorgung wie auch im öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst. Der Settingansatz-Lebensweltansatz [19] in der Gesundheitsförderung und Prävention ist insbesondere in den Bildungseinrichtungen verortet. Settings wie KiTa [20] (Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen) und Schule [21] (Gesundheitsförderung und Schule), aber auch offene Angebote im Quartier werden als gesunde Orte gestaltet, sodass auch Stadt- und Verkehrsplanung, planerischer Umweltschutz und Sicherheitskonzepte beachtet und eingebunden werden.

Im Rahmen einer Präventionskette / Integrierte kommunale Gesundheitsstrategie [22] (Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention) werden Angebote von frühen Hilfen [23] (Frühe Hilfen) bis zur Transition ins junge Erwachsenenalter vorgehalten mit einem spezifischen Blick auf Gruppen mit besonderem Unterstützungsbedarf (Inklusion). Die Vernetzung der Angebote zielt darauf ab, über koordiniertes Vorgehen nachhaltige und flächendeckende Angebote für gesunde Lebenswelten sicherzustellen [24]. In den für Kinder und Jugendliche relevanten Settings sind insbesondere die Krankenkassen gemäß ihres gesetzlichen Auftrags nach § 20a SGB V aktiv, ebenso wie andere Sozialversicherungsträger (insbesondere Unfallkassen) sowie Träger der Einrichtungen, Jugend- und Gesundheitsämter und z. T. auch Stiftungen, letztere insbesondere mit Modellprojekten. Trotz der Forderung nach Koordination und Kooperation („kassenübergreifende Leistungserbringung“, § 20a SGB V) wird vielfach ein Mangel an Zusammenarbeit beklagt (ebd.) [25] (Präventionsgesetz).

HiAP international – Beispiele

International gibt es vor allem in Ländern mit staatlichen Gesundheitssystemen zahlreiche Anwendungsbeispiele. Dabei gilt das bereits seit 1972 entwickelte Nordkarelien-Projekt [26] als ältestes Beispiel für eine HiAP-Implementierung. Nordkarelien ist eine strukturschwache finnische Region, in der zur Beseitigung bestehender Versorgungslücken ein komplexes Maßnahmenbündel mit gesetzlichen und finanziellen Anreizen für intersektorale Zusammenarbeit entwickelt wurde. Dadurch konnten gesundheitliche Belastungen wie koronare Herzkrankheiten und eine erhöhte Säuglingssterblichkeit deutlich reduziert werden.

Spätere Konzepte in anderen Ländern orientierten sich mehr an Gesundheitsförderung. Ein Beispiel hierfür ist das neuseeländische Modell des „Well-Being Budget“, das aus volkswirtschaftlichen Diskursen zur adäquaten Messung von Wohlfahrt entstanden ist [27] (Lebensqualität – ein Konzept der individuellen und gesellschaftlichen Wohlfahrt). Mit dem Schwerpunkt des intergenerationellen Wohlbefinden / Well-Being [28] wurden hier insbesondere Maßnahmen gegen Kinderarmut initiiert, die an Fragen von

(kurzfristiger) Zielerreichung, Nachhaltigkeit und ressortübergreifender Zusammenarbeit jährlich gemessen werden [29]. Stark kommunal ausgerichtet ist der „Norwegian Public Health Act“ (Public Health-Gesetz) von 2012 mit flächendeckender Einrichtung kommunaler Koordinationsstellen [30].

Im australischen Bundesstaat South Australia wird seit 2008 mit „SA Health“ ein von der WHO eng begleitetes und evaluiertes HiAP-Modell aufgelegt [31], das international als beispielgebend gilt. Hier wurde in einem breiten Bündnis eine gemeinsame Strategie („Cross Government and Community Strategic Plan“) mit sechs Handlungsfeldern und 98 Gesundheitszielen vereinbart [32]. Evaluationsergebnisse [33] verweisen auf erprobte Instrumente, die auch in weiteren HiAP-Modellregionen genutzt werden.

Ein weiteres Beispiel für die Implementation von HiAP stellt das Programm der sogenannten „Marmot Cities“ in England dar. Hier wurden seit 2013 die von dem britischen Epidemiologen Sir Michael Marmot, Vorsitzender der WHO-Kommission zu sozialen Determinanten, entwickelten „Marmot-Prinzipien“ in sechs britischen Modellkommunen implementiert. Dabei ging es um Gesundheitsförderung in einzelnen Lebensphasen (von Schwangerschaft über Kindheit und Jugend bis ins Erwachsenenalter), Gesundheitsförderung in den Lebenswelten (insbesondere Arbeitswelt und Kommune) sowie um eine verhältnispräventive Ausrichtung auf gesunde Lebensstandards einschließlich eines umfassenden Ausbaus von Prävention (vgl. [34], [35]). Hierzu liegt u. a. ein umfassender Bericht zu einer erfolgreichen HiAP-Strategie in der Stadt Coventry vor, in der als Maßnahmen u. a. die Förderung des Fahrradverkehrs, die Einbindung von Mental Health-Fachkräften in die Betreuung Obdachloser, die Einbindung der Feuerwehr beim Erkennen von Demenz oder Vernachlässigung sowie die Fokussierung auf die Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen beschrieben werden [36].

In Wales wurde 2015 ein „Well-being of Future Generations Act“ beschlossen, durch den in Koordination von Public Health Wales eine breite Bürgerbeteiligung zur Umsetzung von sieben Zielen initiiert wurde (1. prosperous, 2. resilient, 3. healthier, 4. more equal Wales, 5. Wales of cohesive communities, 6. of vibrant culture and thriving Welsh language und 7. globally responsible Wales; [37]).

Auch in den Niederlanden wird eine nationale HiAP-Strategie als „Whole of Society“-Ansatz mit dem Titel „Alles is gezondheid“ entwickelt. Kern des Programms sind die sogenannten „pledges“ (deutsch etwa: Versprechen), in dem die Unterzeichnenden darstellen, welche Maßnahmen sie zur Verwirklichung der HiAP-Strategie auf freiwilliger Basis ergreifen werden [38].

Weitere regionale und überregionale HiAP-Projekte werden u. a. aus Kanada (British Columbia), USA (Kalifornien) sowie Thailand (mit landesweit verbindlicher Einführung von Gesundheitsfolgenabschätzungen) berichtet [39].

Im Rahmen dieser vielfältigen HiAP-Umsetzungen wurden, insbesondere basierend auf den Evaluationsergebnissen aus Australien [33], viele konkrete Instrumente entwickelt und erprobt. Diese reichen von eher allgemeinen Methoden des Monitorings durch Sozial- und Gesundheitsberichte über weitergehende Messungen entlang spezifischer Zielindikatoren oder auch angelehnt an die Global Burden of Disease (GBD) bis hin zu konkreten Instrumenten etwa der Gesundheitsverfahrensabschätzungen [40] (Health Technology Assessment (HTA) / Technikfolgenabschätzung), Gesundheitsprozessanalysen (HLAs) oder auch Gesundheitsfolgenabschätzung [41] (Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA)) [39].

Möglichkeiten und Grenzen

Das Präventionsgesetz [25] bietet in Deutschland seit 2015 Anknüpfungsmöglichkeiten, um Gesundheit in allen Politikfeldern zu verfolgen. Mit der in diesem Rahmen eingeführten Nationalen Präventionskonferenz sowie den seither in allen Bundesländern eingerichteten Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit und vielfach vorhandenen kommunalen Gesundheitskonferenzen [42] „existieren mittlerweile auf allen föderalen Ebenen Kooperationsstrukturen, die das Potenzial bieten, die Herausforderungen in der Gesundheitsförderung und Prävention gesamtgesellschaftlich und politikfeldübergreifend zu adressieren“ ([43], S. 261, siehe auch [44]).

Im Ausblick des 1. Präventionsberichts der Nationalen Präventionskonferenz wird unter der Überschrift „Gesamtgesellschaftliche Strategien“ konstatiert: „Messbare Erfolge bei der Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie können jedoch nur im Schulterschluss aller auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene verantwortlichen Akteure im Sinne von ‚Gesundheit in allen Politikfeldern‘ erzielt werden.“ [44], S. 256. Im Schlusssatz des Berichtes heißt es: „Die Sozialversicherungsträger werden sich für solch einen

Schulterschluss einsetzen – in der Zuversicht, im zweiten Präventionsbericht der NPK im Jahre 2023 nicht nur über weitere Fortschritte in den jeweils eigenen Verantwortungsbereichen berichten zu können, sondern auch über einen gesamtgesellschaftlichen Aufbruch zu mehr Gesundheitsorientierung in allen für die Gesundheit der Bevölkerung relevanten Handlungsfeldern.“ ([44], S. 257).

HiAP und die Corona-Pandemie

Neues Gewicht hat Health in All Policies durch die Corona-Pandemie in vielfältiger Hinsicht erhalten. So wurde das Ziel einer Prävention von Covid-19-Erkrankungen strukturell priorisiert (in Deutschland sinnbildlich im sogenannten „Corona-Kabinett“ und durch die zahlreichen Sondersitzungen der Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten); Prävention wurde auch in anderen Politikfeldern wie Bildungs- oder Wirtschaftspolitik dominant. Im Bereich der Stadtentwicklung sind Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung in einer breiteren Fachdiskussion angekommen und haben beispielsweise Eingang in das Memorandum Urbane Resilienz im Rahmen der Nationalen Stadtentwicklungspolitik gefunden. Ein umfangreiches Dossier zu Pandemie und Raumentwicklung stellt die Akademie für Raumentwicklung in der Leibniz-Gemeinschaft online bereit [45]. Diese Ansätze verfolgen ein umfassendes Risikoverständnis, das nicht allein Pandemien, sondern auch Naturkatastrophen oder/und Kriege sowie Cyber-Attacken, einbezieht. Zudem werden Folgen durch begleitende Maßnahmen wie Lock-Down, Home-Office und Einschränkungen in der Nutzung öffentlicher Räume betrachtet.

Gleichzeitig ist der Umgang mit der Pandemie im Gesundheitssektor vor allem auf Prävention und Krankheitsprävention [46] bezogen, Gesundheitsförderung spielte insbesondere zu Anfang kaum eine Rolle. Die o. g. sechs Prioritäten von HiAP fanden wenig Berücksichtigung. Studien zu sozialer Ungleichheit zeigen, dass Präventionsstrategien wie Lockdowns insbesondere in Kitas und Schulen sowohl national (u. a. [47], [48], [49], [50], [51]) als auch international (u. a. [52], [53]) die Prioritäten von HiAP nicht berücksichtigt und soziale Ungleichheiten sogar noch verstärkt haben.

Perspektiven

Das Konzept Gesundheit in allen Politikfeldern steht in Deutschland erkennbar erst am Anfang. Zwar gibt es zahlreiche Praxiserfahrungen in multidisziplinär entwickelten Politikfeldern wie etwa der Umwelt- oder Stadtentwicklungspolitik sowie den Kommunen und einzelnen Bundesländern (etwa Bremen und Baden-Württemberg). Im Rahmen der Corona-Pandemie wurde der Bedarf übergreifender Präventionsstrategien deutlich. Zudem ist die Berücksichtigung von HiAP auf der programmatischen Ebene von nahezu allen politischen und gesellschaftlichen Gruppen proklamiert. Es fehlt jedoch bislang an übergreifenden Strukturen.

Für die Implementation von HiAP ist es bedeutend, diese nicht nur auf Gefahrenabwehr auszurichten, sondern dem Grundgedanken der Ottawa Charta folgend Gesundheitsförderung und Prävention zu verfolgen. Dieser an Verhältnissen ansetzende Ansatz verspricht insbesondere für die Verringerung sozialer Ungleichheit bei Gesundheit Erfolg. Darüber hinaus ermöglicht er dem ethischen Anspruch gerecht zu werden, Gesundheit nicht als soziales Distinktions- oder gar Charaktermerkmal zu verwenden, sondern auf gesellschaftliche und umweltbezogene Verhältnisse zu fokussieren. Eine umfassende ethische Reflektion des HiAP-Ansatzes steht für Deutschland noch aus.

2021 wurde in Deutschland durch das Zukunftsforum Public Health nach einem mehrjährigen Vorbereitungs- und öffentlichen Konsultationsprozess eine „Roadmap Public Health-Strategie“ vorgelegt [54], die HiAP als zentrales Ziel ausweist und dazu differenzierte Vorschläge entwickelt. Hier wird sich an den Essential Public Health Operations (EPHOs) orientiert und dabei der Schwerpunkt auf die Bereiche Governance sowie Struktur und Finanzierung gelegt, für die entsprechende politische Entscheidungen eingefordert werden, um eine nationale Public Health-Strategie – als konkrete Umsetzung für HiAP in Deutschland – zu entwickeln bzw. zu initiieren.

Internetadressen:

- Akademie für Raumentwicklung in der Leibniz-Gemeinschaft (ARL). Available from: https://www.arl-net.de/de/pandemie
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
- Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen (BMWSB). Memorandum „Urbane Resilienz – Wege zur robusten, adaptiven und zukunftsfähigen Stadt“. Available from: https://www.nationale-stadtentwicklungspolitik.de/NSPWeb/SharedDocs/Blogeintraege/DE/memorandum_urbane_resilien
- Zukunftsforum Public Health. Available from: https://www.zukunftsforum-public-health.de/ueber-uns/

Literatur:

- Köckler H, Fehr R. Health in All Policies: Gesundheit als integrales Thema von Stadtplanung und -entwicklung. In: Baumgart S, Köckler H, Ritzinger A, Rüdiger A, editors. Planung für gesundheitsfördernde Städte. Hannover: Akademie für Raumforschung und Landesplanung; 2018. p. 70−86. (Forschungsberichte der ARL; 8).
- Zukunftsforum Public Health. Auf dem Weg zu einer Public Health-Strategie. 2020. Available from: https://zukunftsforum-public-health.de/konsultationsphase

References

1. World Health Organisation (WHO). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Genf; 1986.
2. 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
3. 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
4. Trojan A. Gesundheit in allen Politikbereichen: Die Entwicklungsgeschichte eines Kernkonzepts der Gesundheitsförderung. In: Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H, editors. Gesundheit Als Gesamtgesellschaftliche Aufgabe: Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer VS; 2020. p. 17–35.
5. World Health Organisation (WHO). The Helsinki Statement on Health in All Policies. Helsinki; 2013.
6. 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
7. 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
8. Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H, editors. Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer VS; 2020.
9. Walter U, Volkenand K. Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland: Pflichten, Rechte und Potenziale im Kontext der kommunalen Daseinsvorsorge. Gesundheitswesen. 2017;79(04):229–37. DOI:10.1055/s-0042-113129
10. Quilling E, Leimann J, Tollmann P. Kommunale 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-I043-1.0
11. Malsch A. Umweltbezogene 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-I150-2.0

12. Wissenschaftlicher Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderung (WBGU). Welt im Wandel: Gesellschaftsvertrag für eine Große Transformation. 2 edn. Berlin: WBGU; 2011.
13. Köckler H. Klimapolitik. In: Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H, editors. Gesundheit als Gesamtgesellschaftliche Aufgabe: Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer VS; 2020. p. 160–71.
14. Geene R, Gerhardus A, Grossmann B, Kuhn J, Kurth BM, Matusall S, Moebus S, Von Philipsborn P, Pospiech S. Health in All Policies – Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland. Zukunftsforum Public Health, editor. Zukunftsforum Public Health; 2019.
15. Böhm K, Lahn S, Geene R, Köckler H, Bräunling S. Health in All Policies: Wo stehen wir und was braucht es für die weitere Entwicklung? In: Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H, editors. Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe: Das Konzept Health in All Policies und Seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer VS; 2020. p. 427–34.
16. 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
17. Elkeles T, Kilian H, Von Rüden U, Ackermann G. Good Practice / Best Practice in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I141-2.0
18. Kilian H, Hartl J, Jordan S. Good Practice-Kriterien – ein Werkzeug für eine politikübergreifende Zusammenarbeit. In: Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H, editors. Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe: Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer VS; 2020. p. 387–96.
19. 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
20. 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
21. Paulus P, Dadaczynski K. Gesundheitsförderung und Schule. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I051-3.0
22. 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
23. 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
24. Thyen U, Geene R. Priorisierung von Kindergesundheit im Kontext von HiAP. Publ Health For. 2020 Sep 25;28(3):169–75. DOI:10.1515/pubhef-2020-0048
25. 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
26. Melkas T. Health in all policies as a priority in Finnish health policy: a case study on national health policy development. Scand J Public Health. 2013 Mar;41(11 Suppl):3–28. DOI:10.1177/1403494812472296
27. Noll HH. Lebensqualität – ein Konzept der individuellen und gesellschaftlichen Wohlfahrt. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I072-1.0
28. Röhrle B. Wohlbefinden / Well-Being. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I134-1.0
29. Dalziel P. Wellbeing Economics in New Zealand. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., editor. impu!se. 2019 [accessed 2022 Dec 14];

(104):6–7. Available from: https://www.gesundheit-nds.de/index.php/medien/impulse

30. Hagen S, Øvergård KI, Helgesen M, Fosse E, Torp S. Health promotion at local level in Norway: The use of public health coordinators and health overviews to promote fair distribution among social groups. Int J Health Policy Manag. 2018 Sep 1;7(9):807–17. DOI:10.15171/ijhpm.2018.22
31. Kickbusch I. Health in All Policies: the Evolution of the Concept of Horizontal Health Governance. In: Kickbusch I, Buckett K, editors. Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010. Adelaide, South Australia: Department of Health, Government of South Australia; 2010. p. 11–23.
32. Wismar M, Ernst K. Health in All Policies in Europe. In: Kickbusch I, Buckett K, editors. Implementing Health in All Policies. Adelaide, South Australia: Department of Health, Government of South Australia; 2010. p. 53−64.
33. Baum F, Lawless A, Delany T, Macdougall C, Williams C, Broderick D, Wildgoose D, Harris E, Mcdermott D, Kickbusch I, Popay J, Marmot M. Evaluation of Health in All Policies: concept, theory and application. Health Promot Int. 2014 Jun;29 Suppl 1(suppl 1):i130-142. DOI:10.1093/heapro/dau032
34. Wilkinson RG, Marmot MG, editors. Social determinants of health: the solid facts. 2 edn. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003.
35. Marmot M. The health gap: the challenge of an unequal world. The Lancet. 2015 Dec;386(10011):2442–4. DOI:10.1016/S0140-6736(15)00150-6
36. Coventry City Council. Health inequalities in Coventry – a summary. 2018. [accessed 2022 Dec 10]. Available from: https://www.coventry.gov.uk/download/downloads/id/27141/health_inequalities_in_coventry_-_a_summary.pdf
37. Weatherup C. The Well-being of Future Generations in Wales. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., editor. impu!se. 2019 [accessed 2022 Dec 14];(104):3–4. Available from: https://www.gesundheit-nds.de/fileadmin/Publikationen/Impulse/impulse-nr104-web_de-en.pdf.
38. Bekker M, Helderman JK, Jansen M, Ruwaardd D. The conditions and contributions of “Whole of Society” governance in the Dutch - “All about Health…” programme. In: Greer SL, Wismar M, Pastorino G, Kosinska M, editors. Civil society and health: Contributions and potential. Copenhagen, Denmark: European Observatory on Health Systems and Policies; 2017. p. 158–80. (Observatory Study Series; 48).
39. Geene R. Health in All Policies – Internationale Entwicklungen, Umsetzungsbeispiele und Perspektiven für Deutschland. In: Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H, editors. Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe: Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer VS; 2020. p. 37–54.
40. Gerhardus A, Perleth M. Health Technology Assessment (HTA) / Technikfolgenabschätzung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I066-2.0
41. Linden S, Töppich J. Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I064-2.0
42. Hollederer 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
43. Liedtke S, Kamga Wambo GO, Ludwig S, Finis M. Nationale Präventionsstrategie. In: Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H, editors. Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe: Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer VS; 2020. p. 255–62.
44. Nationale Präventionskonferenz (NPK). Erster Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V. 2019. [accessed 2022 Dec 10]. Available from: https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/2_praeventionsbericht/NPK-Praeventionsbericht_Barrierefrei.pdf
45. Akademie für Raumentwicklung in der Leibniz-Gemeinschaft (ARL). Themendossier Pandemie und Raumentwicklung. 2022 [accessed 2022 Dec 10]. Available from: https://www.arl-net.de/de/pandemie
46. 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

47. Bräunling S, Böhm K, Köckler H, Geene R. Nachtrag zur Einleitung: HiAP und COVID-19. In: Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H, editors. Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe: Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer VS; 2020. p. 12–4.
48. Holst J. COVID-19: Special challenges for theoretical and practical public health. Gesundheitswesen. 2020 Nov;82(11):829–35. DOI:10.1055/a-1276-0847
49. Dragano N, Hoebel J, Wachtler B, Diercke M, Lunau T, Wahrendorf M. Soziale Ungleichheit in der regionalen Ausbreitung von SARS-CoV-2. Bundesgesundheitsbl. 2021 Sep;64(9):1116–24. DOI:10.1007/s00103-021-03387-w
50. Hoebel J, Haller S, Bartig S, Michalski N, Marquis A, Diercke M, Schmid-Küpke N, Wichmann O, Sarma N, Schaade L, Hövener C. Soziale Ungleichheit und COVID-19 in Deutschland – Wo stehen wir in der vierten Pandemiewelle? Epidemiologisches Bulletin. 2022;(5):3–10. DOI:10.25646/9555
51. Altgeld T, Tempel N, Wächter-Raquet M, Lettau I, Focke L, Kwarteng JN. Mehr Gesundheit lässt sich nur vor Ort herstellen! GuS. 2022;76(3):14–23. DOI:10.5771/1611-5821-2022-3-14
52. Denk A. Ein internationales Ziel zur Reduzierung von Ungleichheit. VN. 2021;69(6):243. DOI: 10.35998/vn-2021-0027
53. Schulte C. Die Corona-Pandemie in Lateinamerika – ein Überblick aus der Perspektive sozialer Ungleichheiten. In: Dietz K, Peters S, Schnepel C, editors. Corona in Lateinamerika. Nomos; 2022. p. 23–34. DOI:10.5771/9783748930020-23
54. Zukunftsforum Public Health. Eine Public Health Strategie für Deutschland. 2021. [accessed 2022 Dec 10]. Available from: https://zukunftsforum-public-health.de/wp-content/uploads/2021/03/ZfPH_PH_Strategie_Policy-Paper.pdf

Korrespondenz: Prof. Dr. habil. Heike Köckler, Hochschule für Technik, Wirtschaft, Gesundheit Bochum, Professorin für Sozialraum und Gesundheit, Gesundheitscampus 6 – 8, 44801 Bochum, Deutschland, E-mail: heike.koeckler@hs-bochum.de

Zitierhinweis: Köckler H, Geene R. Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i157-1.0

Copyright: © 2026 Heike Köckler 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/

Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung

Anke Spura[1]
[1] Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), Köln, Germany

Abstract

Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung zielen darauf ab, Wissen, Einstellungen und Fähigkeiten zu vermitteln, um gesundheitsförderliches Verhalten zu ermöglichen. Sie kombinieren Lernerfahrungen, die sowohl Einzelpersonen als auch Gemeinschaften befähigen, ihre Gesundheitskompetenz zu verbessern. Dabei sind individuelle Verhaltensweisen ebenso wie gesellschaftliche Rahmenbedingungen notwendig zu berücksichtigen. Wissensstand, Risikobewusstsein und Motivation sind dabei zentrale Evaluationskriterien. Der Ansatz bewegt sich im Spannungsfeld individueller Entscheidungsfreiheit und Expertenautorität. Neben edukativen Maßnahmen besteht auch ein emanzipatorisches Ziel, indem Gesundheitskompetenzen in sozialen Kontexten gestärkt werden.

Keywords: Gesundheitsberatung, Gesundheitsbildung, Gesundheitsförderung, Gesundheitsinformationen, Gesundheitskommunikation, Gesundheitskompetenz/Health Literacy, Health Education

Einleitung

Die Begriffe gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung werden häufig synonym verwendet und stehen in Zusammenhang mit Konzepten wie Gesundheitsbildung [1], Gesundheitskompetenz/Health Literacy [2], Gesundheitsberatung [3] und Gesundheitskommunikation [4]. Trotz der Überschneidungen bestehen konzeptionelle Unterschiede, die auf die theoriegeschichtlichen Entwicklungen verschiedener Disziplinen zurückzuführen sind. Eine präzise Definition muss daher berücksichtigen, dass Bedeutungen einem stetigen Wandel unterliegen. Der Beitrag beleuchtet die konzeptionelle Einbettung der Begriffe in Gesundheitsförderung und Prävention und nimmt vornehmlich eine bevölkerungsbezogene Public Health- sowie sozial- und gesundheitswissenschaftliche Perspektive ein, die nicht vorrangig auf medizinische Aufklärungspflichten abzielt (z.B. nach Patientenrechtegesetz § 630 BGB oder § 65b Sozialgesetzbuch V).

Grundlagen und konzeptionelle Bezüge

Im anglo-amerikanischen Sprachgebrauch ist eine begriffliche Differenzierung in Erziehung als upbringing/education und Aufklärung als enlightenment/education [5] unüblich. Geläufig ist dagegen der Begriff Health Education.

In den 1950-er Jahren entwickelte sich international ein Selbstverständnis von Health Education als aufklärendes Vermitteln bio-medizinischen Wissens zu einem sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Erziehungsansatz mit dem Ziel der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung [6]. Grundannahme war nicht mehr ein Automatismus zwischen Wissen und Verhalten. Vielmehr wandte sich die damals moderne Vorgehensweise hin zu Interventionen, die auf individuelles Risikoverhalten positiv erzieherisch einwirken sollten. Hinzu kamen Erkenntnisse aus der Werbewirtschaft und den Medien, die von individuellen und kollektiven Einstellungen als Determinanten für Gesundheitsverhalten ausgingen [6].

Sowohl international als auch in Deutschland entwickelte sich eine neue Profession der Health Educator/Gesundheitserzieher, die wissenschaftsbasiert praktische Aufgaben der Gesundheitserziehung übernahmen. Dabei löste als Methode die Mehrebenenkampagne das traditionelle museale Ausstellungs- und Aufklärungsformat ab. Mit der Stärkung eines (psycho-)sozialen, vornehmlich individuenorientierten Ansatzes geriet außerdem das Prinzip der sozialen Determinanten von Gesundheits- und Risikoverhalten in den Fokus.

Der Blick auf das individuelle Verhalten wurde damit erweitert auf die kollektiven und sozialen Bedingungen. Mit dem weiteren Anschluss der Gesundheitserziehung/Health Education an Disziplinen

wie die Soziologie nahm die Komplexität des professionellen Fachwissens in den 1950-er und 1960-er Jahren rapide zu.

In den 1980-er Jahren konzipierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die zur Wissenserweiterung und Verbreitung gesundheitsbezogener Inhalte dienenden Information und Education als integrale Aspekte der Gesundheitsförderung [7]. Dadurch wurde Health Education als eine Methode innerhalb der Gesundheitsförderung betrachtet, die dazu diente, Informationen bereitzustellen [8]. Das Health Promotion Glossary [9] definierte den Begriff als breites Spektrum von Aktivitäten, die von Informations- und Bildungsangeboten bis hin zu sozialer Mobilisierung und gesundheitspolitischer Interessenvertretung (advocacy) reichen [10]. Diese Definition wurde später ([10], 2012) modifiziert und enger gefasst.

Erkennbar ist ein zweifacher Wirkzusammenhang ausgehend von den Gesundheitsdeterminanten einerseits über Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung (Health Education) auf der Individualebene, und andererseits über Gesundheitsverhältnisse und soziale Kontexte (Healthy Public Policies). Beide Wege werden als notwendig erachtet, um vermittelt über Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln [11] die gesundheitliche Lage und Ungleichheiten als Outcomes der Gesundheitsförderung positiv zu beeinflussen bzw. zu verändern [12] (Erklärungs- und Veränderungsmodelle 1: Einstellungs- und Verhaltensänderung).

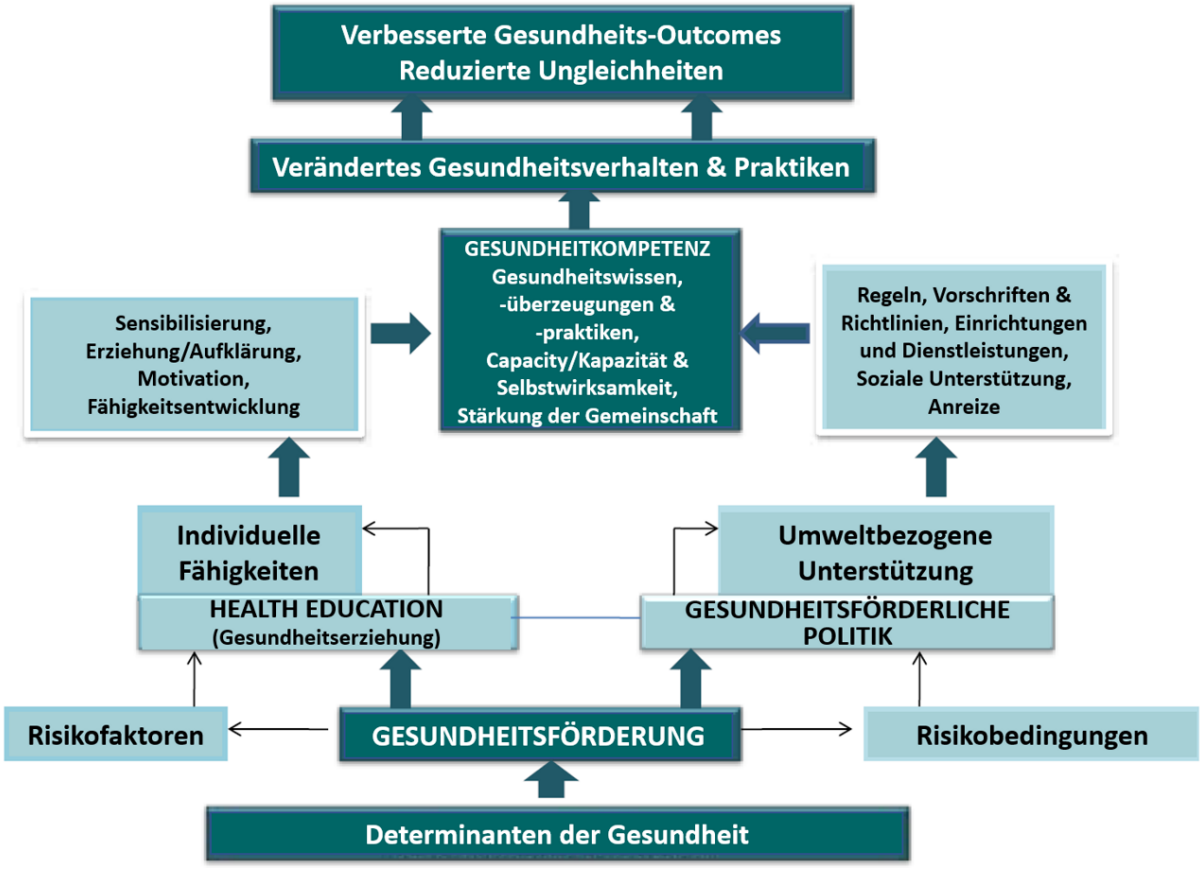


Abb. 1: Beziehung zwischen den zentralen Gesundheitskonzepten (Quelle: übersetzt nach WHO 2012, S. 17)

Aktuell definiert die Coalition of National Health Education Organizations (CNHEO) Health Education als systematische Maßnahmen, die darauf abzielen, chancengleiche Rahmenbedingungen für den Erwerb von Wissen, Einstellungen und Fähigkeiten zu schaffen, um gesundheitsförderliches Verhalten zu entwickeln, anzupassen oder beizubehalten (vgl. [13], S. 4).

Die WHO beschreibt Health Education derzeit als „jede Kombination von Lernerfahrungen, die Einzelpersonen und Gemeinschaften dabei unterstützt, ihre Gesundheit zu verbessern, indem Wissen erweitert, Motivation beeinflusst und Gesundheitskompetenz gestärkt wird“ (eigene Übersetzung, [10], S. 4). Health Education umfasst dabei die Informationen zu Gesundheitsdeterminanten, individuellen Risikofaktoren sowie zum Gesundheitssystem und kann in umfassende Public Health-Maßnahmen eingebettet werden. Dabei richtet sie sich nicht nur auf individuelles Verhalten, sondern auch auf die kollektive Ebene und die Rahmenbedingungen [10].

Nach Naidoo und Wills [14] zielen Gesundheitsaufklärung und -erziehung darauf ab, z. B. mit massenmedialen Methoden Menschen Wissen, Informationen sowie erforderliche Fähigkeiten zu vermitteln, um eigenständige gesundheitsbezogene Entscheidungen treffen zu können. Dabei wird anerkannt, dass die Entscheidungsprozesse komplex sind und durch soziale sowie ökonomische Rahmenbedingungen beeinflusst werden. Der Ansatz bewegt sich im Spannungsfeld zwischen individueller Entscheidungsfreiheit und Expertenautorität, wobei Wissensstand, Risikobewusstsein und Motivation zentrale Evaluationskriterien darstellen ([14], S. 137, 164).

Gesundheitserziehung und -aufklärung verbinden informativ-edukatorische Aspekte mit einem emanzipatorischen und befähigenden Normativum, das die Kompetenzen sowohl von Einzelnen als auch von Gemeinschaften in soziale Kontexte einbettet und erweitert.

Historische Entwicklungen in Deutschland

In Deutschland stehen die Begriffe Gesundheitserziehung und gesundheitliche Aufklärung in der Tradition einer frühen Gesundheitslehre und folgten auf die bis Ende der 1950-er Jahre verwendete Bezeichnung der hygienischen Volksbelehrung. Institutionen der Volksgesundheitspflege [15] wie der Deutsche Verein für Volks-Hygiene (gegründet 1899) [16] und der 1921 gegründete Reichsausschuss für hygienische Volksbelehrung waren überwiegend krankheitsorientiert, d. h. auf die Darstellung von Gesundheitsgefahren (z. B. TBC, Alkoholismus, Säuglingssterblichkeit) und Krankheitsfolgen ausgerichtet und bereits damals uneinheitlich organisiert [15].

Ein Initialisierungsmoment der deutschen Gesundheitsaufklärung liegt 1911 in der I. Internationalen Hygiene-Ausstellung des Deutschen Hygiene-Museums (DHM) in Dresden, die dem Leitbild über eine „hygienische Volksbildung, Volksaufklärung oder Volksbelehrung“ folgte. Das DHM adressierte mit seinen Ausstellungen und seinem Portfolio an Aufklärungsmedien und -dienstleistungen vornehmlich „medizinische Lehreinrichtungen, Krankenhäuser, Gesundheitsämter und Schulen“ ([6], S. 7). Mit der Verstaatlichung des DHM 1946 migrierte der damalige Direktor von Dresden nach Köln, wo er 1949 das Deutsche Gesundheits-Museum (DGM) gründete. Das Dresdner Modell prägte jedoch weiterhin die gesamtdeutsche gesundheitliche Aufklärung. Trägerorganisation in der DDR war ab 1975 das Institut für Gesundheitserziehung (IfG), angegliedert an das DHM. In der BRD übernahm ab 1967 die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) als Bundesbehörde die Aufgaben des DGM [17]. Zu den ersten Maßnahmen der BZgA zählte u. a. eine Aufklärungskampagne gegen das Rauchen bei Jugendlichen.

Bereits in den 1950-er Jahren stand das traditionelle aufklärungsorientierte Dresdner Modell in der Kritik. Es wurde gefordert, nicht nur Wissen zu vermitteln, sondern Verhalten und Einstellungen direkt zu beeinflussen. Damit einher ging eine Kritik an der Effektivität des musealen Ausstellungs- und Messeformats, weil die damals neuen Medien an Bedeutung gewannen. Mit der Neuausrichtung auf den Erziehungsansatz ging neben einer Verwissenschaftlichung auch eine stärkere Ausrichtung auf Fachthemen wie Verhalten, Einstellungen und Gewohnheiten, Überzeugung und Motivation einher ([6], S. 6-16).

Dadurch gewannen ab den 1960-er Jahren in beiden deutschen Staaten neben den Sozialwissenschaften im Gesundheitskontext weitere Disziplinen an Bedeutung, etwa die Medienwissenschaften, Sprachwissenschaften oder Kognitionswissenschaften. Das damalige Verständnis des Erziehungsbegriffs war breit gefächert und umfasste die Gesamtheit der wissenschaftlich begründeten Bildungs- und Erziehungsmaßnahmen. Aktivitäten und Angebote waren vor allem an Familien, Einrichtungen der Erziehung und des Gesundheitswesens ausgerichtet und thematisierten medizinisch begründetes Gefährdungs- und Krankheitswissen [18] (Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell).

Hauptzielgruppen waren Kinder und Jugendliche bzw. deren Eltern. Das Themenspektrum erstreckte sich von der Prävention des Alkoholmissbrauchs über Drogenkonsum, Sexualerziehung, Unfallverhütung bis hin zur Zahngesundheit und nahezu allen relevanten gesundheitlichen Problembereichen. Es wurden außerdem zahlreiche Unterrichtsmaterialien entwickelt; Gesundheitserziehung fand Berücksichtigung in den Lehrplänen aller Schularten und Bundesländern (z. B. Biologie und Sport).

Institutionen gesundheitlicher Aufklärung in Deutschland

Eine Übersicht über wichtige Institutionen der gesundheitlichen Aufklärung sowie eine Auswahl verschiedener Trägerorganisationen ist in Abbildung 2 dargestellt.

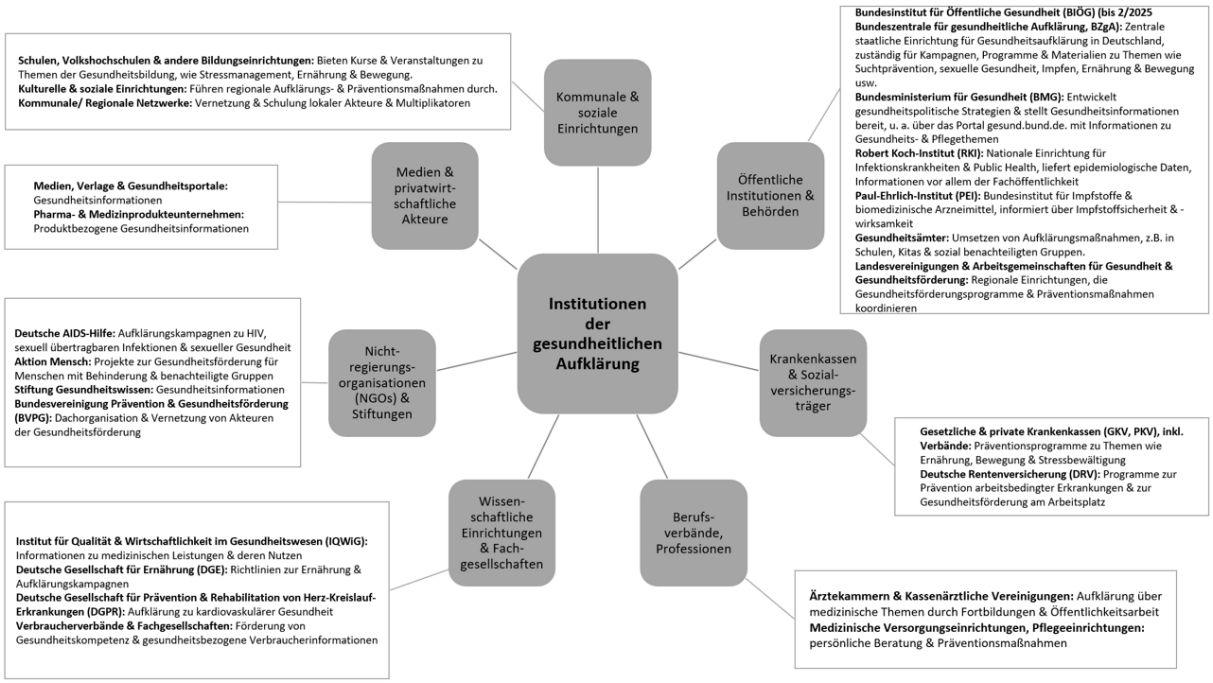


Abb. 2: Institutionen der gesundheitlichen Aufklärung und Trägerorganisationen, Beispiele (eigene Darstellung)

Mit der BZgA wurde 1967 auf Bundesebene die Leitagentur für gesundheitliche Aufklärung geschaffen. Sie war beauftragt mit der Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Menschen, insbesondere mit der Erarbeitung von Grundsätzen und Richtlinien für Inhalte und Methoden der praktischen Gesundheitserziehung sowie mit der Koordinierung und Verstärkung der gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitserziehung. Die Maßnahmen zielten darauf ab, Wissen, Einstellungen und Fähigkeiten gesundheitsförderlich zu stärken.

Ergänzt wurde dieses Mandat durch gesetzlich verankerte Aufträge. Die BZgA sollte informieren und beraten sowie Bewusstsein, Kompetenzen und konkrete Präventionsmaßnahmen fördern (Abb. 3). Weitere Aufklärungsaufgaben wurden durch ministerielle Erlasse übertragen oder ergaben sich im Rahmen von Kooperationen auf nationaler und internationaler Ebene. Zum 13. Februar 2025 wurde die BZgA umbenannt in Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG). Es baute auf der Gesundheitskommunikation der BZgA auf, in der Rechtsnachfolge gingen die gesetzlichen Aufgaben auf das BIÖG über.

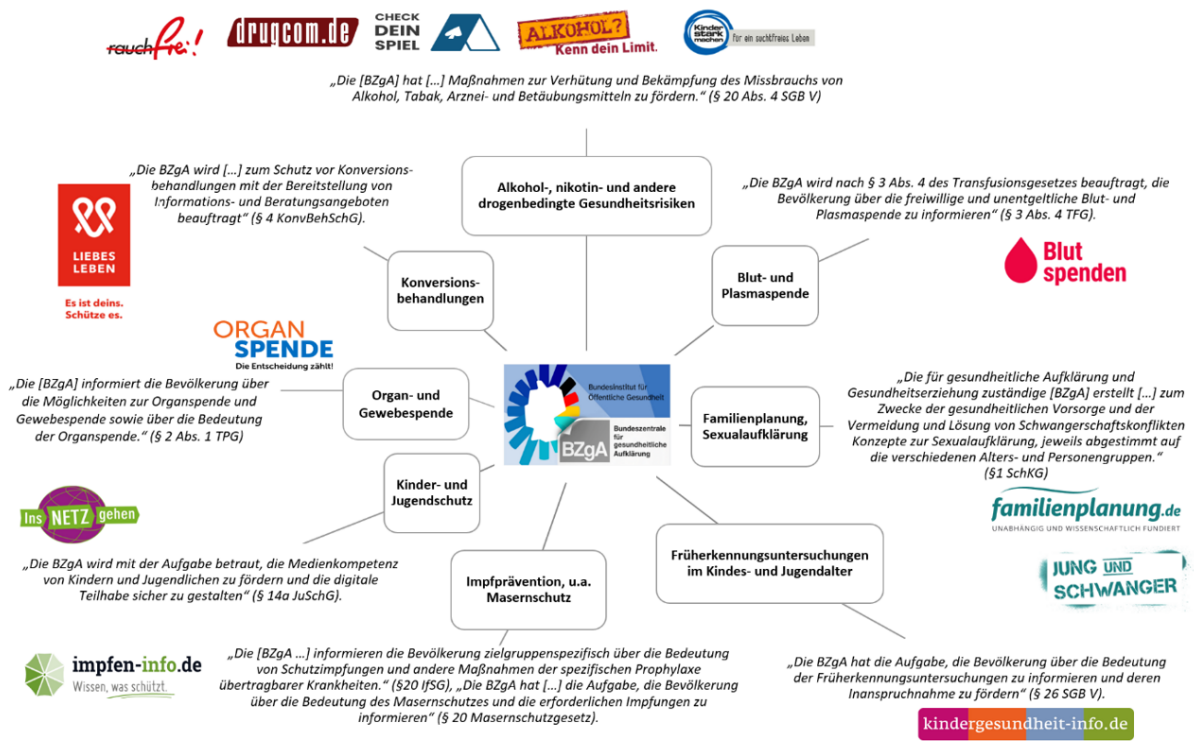


Abb. 4: Gesetzliche Aufgaben BIÖG/BZgA zur gesundheitlichen Aufklärung, Beispiele (Stand Februar 2025, eigene Darstellung)

Das BIÖG betrachtet gesundheitliche Aufklärung als einen zentralen Bestandteil der Gesundheitsförderung. Vermittelt über die Stärkung der Gesundheitskompetenz und die Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens sollen Gesundheit verbessert und gesundheitliche Ungleichheiten verringert werden. Dies geschieht durch Wissensvermittlung, Gesundheitskommunikation, Kampagnen, Beratung und Präventionsmaßnahmen. Leitprinzipien sind Zielgruppenorientierung, Lebensweltbezug, Chancengleichheit sowie Vernetzung und Wissenstransfer.

Ein Beispiel sind Mehrebenenkampagnen zur Tabakentwöhnung, kombiniert mit Beratung, Online- und Social Media-Inhalten und Informationsmaterialien. Dabei sind die Konzepte der gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitserziehung eng miteinander verwoben, wenngleich im deutschen Sprachgebrauch sich kein übergeordneter Terminus wie Health Education herausgebildet hat. Eine direkte Übersetzung in Gesundheitsbildung [1] ist ungeeignet, da dieser eher auf den Bereich der Erwachsenenbildung abzielt.

Aktuelle Konzepte und Diskussionen

Seit den 1980-er Jahren nahm die Anzahl an Programmen und Projekten zu, während die theoretische Auseinandersetzung mit dem Leitkonzept Erziehung weniger intensiv verfolgt wurde. Ab den 2000-er Jahren wurde der theoretische Diskurs über Gesundheitserziehung aufgegriffen [19], [20], z. B. mit dem Vorschlag, Gesundheitserziehung als Anwendungsebene einer sich erst langsam entwickelnden Theorie der Gesundheitspädagogik zu verstehen, die sich als essenzielle Komponente in die Basisstrategien der Gesundheitsförderung integrieren ließe.

Auch auf der thematischen Ebene lassen sich Entwicklungen abbilden. Eine internationale bibliometrische Analyse der Jahre 2000−2021 extrahierte im Kontext von Health Education und Gesundheitskompetenz verschiedene Themencluster:

- Krankheitskonzepte, Erwachsensein, Fürsorge und andere krankheitsbezogene Begriffe
- Begriffe rund um Jugendliche und Kinder, Prävention, Gesundheitswissen und Prävention psychischer Erkrankungen
- allgemeine Begriffe wie Bildung, Gesundheitsförderung, Prävention.

Laut Schlagwortanalyse standen bis 2016 Krankheit und Pflege im Vordergrund, ab 2018 rückten Bildung, Gesundheit und Prävalenz in den Fokus, seit 2019 vermehrt psychische Gesundheit und

COVID-19 ([21], S. 14). Aspekte wie > Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, kulturelle Einbettung und Emanzipation gewannen international ebenfalls an Bedeutung [22].

Neben der Vermittlung gesundheitsrelevanter Informationen berührt gesundheitliche Aufklärung auch gesellschaftliche und rechtliche Aspekte, aktuell etwa zur Organspende oder Impfkommunikation. In Bereichen wie Sexual-, Drogen- und Aidsaufklärung übernimmt sie zudem eine enttabuisierende Funktion. Ein Leitgedanke ist dabei prägend: das Recht auf umfassende Gesundheitsinformationen. Damit verbunden ist die Herausforderung, komplexe Gesundheitsinformationen verständlich und zugänglich aufzubereiten. Gleichzeitig wird die Vorstellung hinterfragt, dass Wissen automatisch zu gesundheitsförderlichem Verhalten führt, da Entscheidungen oft von weiteren individuellen und gesellschaftlichen Faktoren und Anreizen beeinflusst werden.

In einer vereinfachenden Unterscheidung der gegenwärtigen methodischen Ausrichtungen adressiert Gesundheitserziehung eher Kinder und Jugendliche in pädagogischen Settings, um Verhalten u. a. durch Wertevermittlung zu beeinflussen, während gesundheitliche Aufklärung sich eher an Erwachsene richtet. Sie setzt auf sachliche Informationen, die eigenverantwortliche Entscheidungen ermöglichen sollen, und wird häufig im Rahmen bevölkerungsweiter Gesundheitskommunikation [4] eingesetzt.

In der vereinfachten Gegenüberstellung (Tab. 1) geht Gesundheitsaufklärung idealtypisch von einem rational handelnden, aufgeklärten und autonomen Individuum aus; Gesundheitserziehung betrachtet die Adressaten eher aus einer Top-Down-Perspektive in pädagogischen Settings. Gesundheitsaufklärung beruft sich auf einen Automatismus zwischen Information und Handeln, Gesundheitserziehung wirkt auf das Verhalten mehr direkt ein.

Merkmal	Gesundheitliche Aufklärung	Gesundheitserziehung
Definition	Vermittlung geprüfter, sachlicher Informationen mit dem Ziel, eigenverantwortliche Entscheidungen zu ermöglichen	Pädagogische Maßnahmen zur gezielten Beeinflussung von Wissen, Einstellungen und Verhalten
Zielgruppe	Erwachsene, breite Bevölkerung	Kinder, Jugendliche, Eltern, Erzieher
Historische Entwicklung	Ursprünge in der hygienischen Volksbelehrung des 19. Jahrhunderts, ab 1950-er Jahren moderne multimediabasierte Aufklärung	Entwicklung seit den 1950-er Jahren als Reaktion auf die Kritik an rein informativer Aufklärung, verstärkte sozialwissenschaftliche Orientierung
Theoretische Grundannahmen	Annahme eines rational handelnden Individuums, das durch Information aufgeklärt wird (Erkenntnistheorie, Moralphilosophie, Rationalismus)	Annahme eines beeinflussbaren Verhaltens zur Förderung der Gesundheit (Erziehungswissenschaft, Sozialwissenschaften, Verhaltenswissenschaft)
Bezug zu Gesundheitsförderung	Bestandteil der Gesundheitsförderung durch Wissensvermittlung und Kompetenzentwicklung	Methode innerhalb der Gesundheitsförderung mit direkter Verhaltenslenkung
Schwerpunkt	Autonomie und Eigenverantwortung der Individuen durch Bereitstellung von Gesundheitsinformationen	Direkte Verhaltensbeeinflussung durch pädagogische Maßnahmen
Praktische Umsetzung	Multimediakampagnen, gesetzlich verankerte Informationspflichten, Öffentlichkeitsarbeit	Unterrichtsprogramme, Schulcurricula, interaktive Lernangebote, Beratung

Methodik	Informationsvermittlung, Kampagnen, Medien	Pädagogische Konzepte, Schulunterricht, Workshops, Methoden der sozialen Arbeit
Kritikpunkte	Vereinfachende Annahme, dass Wissen automatisch zu gesundem Verhalten führt (linear-kausaler Automatismus)	Top-Down-Ansatz mit potenziell paternalistischem Charakter (Expertenautorität)
Aktuelle Diskussion	Fokus auf Gesundheitskompetenz und verständliche Informationsvermittlung	Integration in umfassendere Gesundheitsförderungsstrategien, stärkere Betonung von Gesundheitsbildung

Tab. 1: Vereinfachter konzeptioneller Vergleich gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung (eigene Darstellung)

Herausforderungen und Chancen der gesundheitlichen Aufklärung

Die gesundheitliche Aufklärung orientiert sich weiterhin an zentralen internationalen Dokumenten wie der Ottawa-Charta der WHO [9] und der Shanghai Declaration on Promoting Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development [23]. Diese Konzepte interagieren mit anderen Entwicklungen der Gesundheitsförderung und beeinflussen sich gegenseitig [24]. Für die weitere Entwicklung gesundheitlicher Aufklärung lassen sich folgende Themenbereiche identifizieren:

- Informationsselektion und die Herausforderung der Infodemie: Die gesundheitliche Aufklärung muss sich aufgrund des Präventionsparadoxons [25] (Präventionsparadox) auch zukünftig mit ungleichen Zugängen und Erreichbarkeiten für gesundheitliche Informationen auseinandersetzen. Daneben expandiert der Gesundheitsmarkt weiterhin, sodass nicht ein Mangel an Gesundheitsinformationen besteht, sondern deren Selektion eine zentrale Herausforderung darstellt. Die Corona-Pandemie hat die Problematik der Infodemie verstärkt. Allerdings folgen die Gesundheitsinformationen nicht immer der bestmöglichen wissenschaftlichen Evidenz. Zudem wurden die Risiken der politischen Instrumentalisierung nicht erst in der Corona-Pandemie deutlich. Ein Blick in die Geschichte der Gesundheitskommunikation zeigt, dass auch andere Bereiche immer wieder zu politischen Arenen wurden, „sei es beim Thema Sexualität und reproduktive Gesundheit, Ernährung, Sport und Bewegung, Organspende, Körperformen, Bevölkerungsgesundheit, Lebensstil, Onto- und Phylogenese des Menschen oder der Medialität und Institutionalisierung des Kommunizierens über Gesundheit und Krankheit selbst.“ ([26], S. 7). Gesundheitliche Aufklärung als biopolitisches Handlungsfeld wird somit immer auch politische Arena sein. Wie die Akteurinnen und Akteure damit umgehen, welche Lösungen sie entwickeln und wie sich das Selbstverständnis in Bezug auf dieses Spannungsfeld entwickelt, bleibt ein Indikator für die Professionalisierung.
- Technologische Entwicklungen und Künstliche Intelligenz (KI): Mit der Infodemie einher geht auch die Verbreitung pseudowissenschaftlicher Inhalte unter dem Deckmantel alternativer gesundheitlicher Aufklärung. Das kann Vertrauen in staatliche Institutionen untergraben. Der KI-Einsatz zum Beispiel in Social Media-Netzwerken kann diese Entwicklungen verstärken aber auch zu Lösungsansätzen beitragen. Die Herausforderung besteht darin, den Anschluss an hochdynamische technologische Entwicklungen nicht zu verpassen, insbesondere im Bereich der KI.
- Qualitätssicherung und wirtschaftliche Interessenneutralität: Die Sicherung von Qualität und wirtschaftlicher Unabhängigkeit bleibt als Fundament für Vertrauen eine zentrale Herausforderung der gesundheitlichen Aufklärung. Die Orientierungs- bzw. Lotsenfunktion gewinnt an Bedeutung. Forschung und Evidenzbasierung in diesem Bereich sollten nicht nur der Generierung neuen Wissens dienen, sondern auch der Strukturierung des expandierenden Wissens. Die Institutionen der gesundheitlichen Aufklärung haben hier die Aufgabe, dynamische und belastbare Verfahren der Evidenzsynthese und des Wissenstransfers zu entwickeln.
- Herausforderungen der gesundheitlichen Lage und Krisenresilienz: In der krankheitsbezogenen Aufklärung wird sich der wachsende Bedarf in den Bereichen mentale Gesundheit und altersassoziierte nicht-übertragbare Erkrankungen (NCD) [27] fortsetzen. Außerdem nimmt die Dynamik gesundheitlicher Aufklärung insbesondere in Krisenzeiten zu. Die Fähigkeit, adäquat zu

reagieren, wird ein entscheidender Faktor für die Resilienz des Systems der gesundheitlichen Aufklärung sein. Dies gilt insbesondere mit Blick auf komplexe Krisen wie dem Klimawandel [28] (Klimawandel und Gesundheitsförderung). Die mit ihm verbundenen gesundheitlichen Herausforderungen verlangen immer mehr nach Lösungen gemäß eines Health in all Policies-Ansatzes [29] (Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP)).

- Rolle des Gesundheitspersonals in der Digitalisierung in Prävention und Gesundheitsförderung [30]: Gesundheitspersonal und soziale sowie pädagogische Professionen bleiben zentrale Multiplikatoren der Gesundheitsaufklärung. Ihre Kompetenzen müssen insbesondere im Kontext der Digitalisierung gestärkt werden [31], [32], weil die Co-Kreation von Gesundheit als partizipativer Prozess in spezifischen professionellen Settings und Lebenswelten zunehmend relevant wird (Haack & Haß, 2024, [33], [34]).
- Herausforderungen durch wirtschaftlich starke Interessengruppen: Gesundheitliche Aufklärung steht nach wie vor in Konkurrenz zu finanzstarken Akteurinnen und Akteuren, etwa aus der Tabak- und Alkoholindustrie oder dem Ernährungssektor. Dies verdeutlicht eine Grenze gesundheitsbezogener Aufklärung. Für eine bessere Wirksamkeit sollte gesundheitliche Aufklärung in komplexen Interventionen (Haack & Haß, 2024) noch stärker gebündelt werden mit Instrumenten zur Verhältnisprävention [35] (Prävention und Krankheitsprävention), z. B. gesetzliche Ge- und Verbote oder fiskalische Regelungen.
- Spannungsfelder der gesundheitlichen Aufklärung als professionelle Herausforderung: Die Stärkung der Prävention bleibt ein professionelles Spannungsfeld zwischen (New) Public Health-Ansätzen [36] und medizinischer Prävention [37] (Medizinische Prävention). Dies zeigt sich unter anderem in der stetigen Ausbalancierung der Deutungshoheit zwischen medizinischer Prävention einerseits und Primärprävention andererseits, in der es auch um die jeweiligen gesundheitlichen Aufklärungsaufgaben geht.
- Konzeptionelle Weiterentwicklung der Gesundheitsaufklärung: Der Ansatz Gesundheitskompetenz hat weiterhin Konjunktur [21], wodurch sich eine fortwährende theoretische Entwicklungsarbeit für Gesundheitserziehung und Aufklärung ergibt. Diese Entwicklung wird sich fortsetzen, je intensiver gesellschaftliche und politische Akteurinnen und Akteure in Prävention und Gesundheitsförderung investieren. Das WHO-Rahmenkonzept GESUNDHEIT21 [38] hat hierfür Maßstäbe gesetzt, auch für die Gesundheitskommunikation. Ein relevanter neuer Ansatz ist das Konzept der Behavioural and Cultural Insights (BCI) [39], der das Verhalten von Individuen und Gemeinschaften sowie kulturelle Werte, Normen und Überzeugungen in Aufklärungsmaßnahmen einbezieht. BCI bündelt sozialwissenschaftliche Theorien und erleichtert ihre Integration in den politischen Public Health-Diskurs. Eine zukunftsfähige gesundheitliche Aufklärung sollte neben rationalen Entscheidungsprozessen auch emotionale Aspekte einbeziehen, um die Kompetenzen einer gesundheitsbewussten aufgeklärten Gesellschaft zu stärken. Dies impliziert ein notwendiges professionelles Interesse daran, Adressaten und Adressatinnen gesundheitlicher Aufklärung eingebunden in ihre komplexen sozialen Welten besser zu verstehen und einzubeziehen.

Die Autorin dankt Guido Nöcker für seine Vorarbeiten zu diesem Leitbegriff in den bisherigen Auflagen.

Literatur:

- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000 Sep 1;15(3):259–67. DOI:10.1093/heapro/15.3.259
- Tone BK. Health education and the ideology of health promotion: A review of alternative approaches. Health Educ Res. 1986;1(1):3–12. DOI:10.1093/her/1.1.3

References

1. 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
2. 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
3. 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
4. Schäfer M, Reifegerste D. Gesundheitskommunikation. In: Bundesinstitut für Öffentliche

Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I056-2.0

5. Treitel C. German health narratives between life reform and medical enlightenment, 1890–1930. Semin J Ger Stud. 2023 Mar 1;59(1):69–94. DOI:10.3138/seminar.59.1.5
6. Sammer C. Gesundheitserziehung – die Ver(sozial)wissenschaftlichung der Gesundheitsaufklärung in den 1950er und 1960er Jahren. NTM. 2019 Mar;27(1):1–38. DOI:10.1007/s00048-018-00203-6
7. WHO Regional Office for Europe. Health promotion: A discussion document on the concept and principles: Summary report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion, Copenhagen, 9-13 July 1984. 1984. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/107835
8. Berić B, Dzeletović A. Health promotion and health education: theory and practice. Vojnosanit Pregl. 2003 Jul;60(4):455–60. DOI:10.2298/vsp0304455b
9. WHO Regionalbüro für Europa. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. 1986. [accessed 2025 Jul 27]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/59557/Ottawa_Charter_G.pdf
10. WHO World Health Organization. Health Promotion Glossary. Geneva; 1998. [accessed 2025 Jul 27]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/64546/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf?sequence=1
11. Faltermaier T. Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I060-3.0
12. Finne E, Paul H. Erklärungs- und Veränderungsmodelle 1: Einstellungs- und Verhaltensänderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I012-3.0
13. Coalition of National Health Education Organizations (CNHEO). Health Education and Promotion Terminology Report (2021). 2020. [accessed 2025 Jul 27]. Available from: https://www.cnheo.org/2020-joint-committee-on-health-education-terminology.html
14. Naidoo J, Wills J. Lehrbuch Gesundheitsförderung. 3 edn. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Bern: Hogrefe; 2019.
15. Vogel M. Hygienische Volksbildung. Julius Springer; 1925.
16. Beerwald K, editor. Veröffentlichungen des Deutschen Vereins für Volks-Hygiene. Im Auftrage des Zentralvorstandes in zwanglosen Heften herausgegeben (Heft 1-10). Oldenbourg: De Gruyter; 2025.
17. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Was erhält die Menschen gesund? Jubiläumsbroschüre 50 Jahre BZgA. 2017.
18. Sperlich S, Franzkowiak P. Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I102-3.0
19. Wulfhorst B. Theorie der Gesundheitspädagogik: Legitimation, Aufgabe und Funktionen von Gesundheitserziehung. Weinheim München: Juventa; 2002. (Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften).
20. Wulfhorst B, Hurrelmann K, editors. Handbuch Gesundheitserziehung. Bern: Huber; 2009. (Handbuch Gesundheitswissenschaften).
21. Selva-Pareja L, Ramos-Pla A, Mercadé-Melé P, Espart A. Evolution of scientific production on health literacy and health education – A bibliometric analysis. Int J Environ Res Public Health. 2022 Apr 5;19(7):4356. DOI:10.3390/ijerph19074356
22. Brito PNA, Santana ELP de, Moraes OA, Silva JC da, Cruz PJSC. O que se tem discutido sobre Educação Popular em Saúde nos últimos anos: uma revisão narrativa da literatura. Cien Saude Colet. 2024 Jun;29(6):e12542023. DOI:10.1590/1413-81232024296.12542023
23. WHO World Health Organization. Shanghai declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Health Promot Int. 2017;32(1):7–8. Available from: https://academic.oup.com/heapro/article/32/1/7/2979257 DOI:10.1093/heapro/daw103
24. van der Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Uiters E. The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. J Health Commun. 2013;18 Suppl 1(sup1):172–84. DOI:10.1080/10810730.2013.825668

25. Franzkowiak P. Präventionsparadox. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I094-4.0
26. Reifegerste D, Sammer C. Interdisziplinäre Perspektiven auf vergangene Gesundheitskommunikation. Gesundheitskommunikation und Geschichte: interdisziplinäre Perspektiven. 2022;5–15. DOI:10.21241/SSOAR.82807
27. Schmidt H, Barnhill A. Equity and noncommunicable disease reduction under the Sustainable Development Goals. PLoS Med. 2015 Sep;12(9):e1001872. DOI:10.1371/journal.pmed.1001872
28. Herrmann A, Eichinger M. Klimawandel und 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-I156-1.0
29. Köckler H, Geene R. Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I157-1.0
30. Scherenberg V. Digitalisierung in Prävention und 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-I130-1.0
31. Connell L, Finn Y, Sixsmith J. Health literacy education programmes developed for qualified health professionals: a scoping review. BMJ Open. 2023 Mar 30;13(3):e070734. DOI:10.1136/bmjopen-2022-070734
32. Stellefson M, Paige SR, Chaney BH, Chaney JD. Evolving role of social media in health promotion: Updated responsibilities for health education specialists. Int J Environ Res Public Health. 2020 Feb 12;17(4):1153. DOI:10.3390/ijerph17041153
33. Slattery P, Saeri AK, Bragge P. Research co-design in health: a rapid overview of reviews. Health Res Policy Syst. 2020 Feb 11;18(1):17. DOI:10.1186/s12961-020-0528-9
34. Stock C. Grand challenges for public health education and promotion. Front Public Health. 2022 Jun 27;10:917685. DOI:10.3389/fpubh.2022.917685
35. 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
36. Rosenbrock R. Was ist New Public Health? Bundesgesundheitsblatt. 2001 Aug 1;44(8):753–62. DOI:10.1007/s001030100231
37. 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
38. WHO Regionalbüro für Europa, editor. Gesundheit 21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen; 1999 [accessed 2025 Jul 27]. (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“; 6). Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328223/9789289073493-ger.pdf
39. WHO Regional Office for Europe. European regional action framework for behavioural and cultural insights for health, 2022–2027. 2023. [accessed 2025 Jul 27]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/372664/WHO-EURO-2023-8004-47772-70522-eng.pdf

Korrespondenz: Dr. Anke Spura, Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) Köln, Deutschland, E-mail: anke.spura@bioeg.de

Zitierhinweis: Spura A. Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i024-1.0

Copyright: © 2026 Anke Spura
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/

Gesundheits-Apps

Viviane Scherenberg[1]

[1] Dekanin Fachbereich Public Health und Umweltgesundheit, APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft GmbH, Bremen, Germany

Abstract

Gesundheits-Apps können je nach Anwendungsfeld in Gesundheitsförderungs-, Präventions- und Medizin-Apps unterteilt werden. Weitere Unterscheidungen ergeben sich danach, ob sie als Medizinprodukt eingeordnet sind, bestimmte Prüfverfahren durchlaufen müssen oder von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erstattet werden können (wie z. B. digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs). Auch ihre Funktionen variieren, z. B. Information, Dokumentation, Selbstmanagement, Self-Tracking oder KI-gestützte Analyse und Personalisierung. Mit der zunehmenden Verbreitung solcher Anwendungen gewinnen Qualitätssicherung, Transparenz, Datenschutz, Datensicherheit und Nutzennachweise an Bedeutung.

Keywords: Gesundheits-Apps, Präventions-Apps, Medizin-Apps, digitale Gesundheitsanwendungen, DiGA, ePublic Health

Einleitung

Die Nachfrage nach Gesundheits-Apps steigt mit zunehmender Marktverbreitung und Akzeptanz digitaler Medien sowohl aufseiten der Nutzerinnen und Nutzer als auch aufseiten der Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen. Gesundheits-Apps sind aus den Bereichen der digitalen Prävention, der Gesundheitsförderung und der Versorgung (siehe auch [1] (Digitalisierung in Prävention und Gesundheitsförderung)) nicht mehr wegzudenken. Dabei wird der Begriff „Gesundheits-Apps“ häufig allumfassend genutzt. Nicht nur aus zulassungs- und erstattungsrechtlichen Gründen ist eine stärkere Differenzierung notwendig, denn Gesundheits-Apps unterscheiden sich stark hinsichtlich ihrer Anwendungsfelder, Zielgruppen, Zweckbestimmungen, Risikopotenziale und der eingesetzten Instrumentarien. Grob unterscheiden lassen sich Gesundheits-Apps in Gesundheitsförderungs-Apps, Präventions-Apps und Medizin-Apps. Dabei können Medizin-Apps der Unterstützung von Diagnostik, Therapie, Überwachung oder Krankheitsbewältigung dienen. Unter Präventions-Apps werden Apps verstanden, die auf kollektiver Ebene der Kontrolle und Eindämmung eines Infektionsgeschehens (z. B. Warn- oder Kontaktverfolgungs-Apps) und auf individueller Ebene der Krankheitsvorbeugung oder Risikoreduktion dienen können (z. B. Bewegungs-, Ernährungs- oder Stressmanagement-Apps). Gesundheitsförderungs-Apps zielen wiederum auf die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen und Kompetenzen ab.

Wie bei klassischen Präventionsinterventionen ist eine Unterscheidung zwischen Gesundheitsförderung und Prävention auch bei digitalen Präventionsinterventionen in der Praxis kaum möglich, da es sich um komplementäre Strategien zur Erhaltung und Stärkung der Gesundheit handelt. Zusammengefasst werden Gesundheits-Apps sowohl nach ihrem Anwendungsfeld als auch danach betrachtet, ob sie als Medizinprodukt einzuordnen sind, spezifische Prüfverfahren durchlaufen müssen und als digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) erstattungsfähig sind.

Anwendungsfelder in der Prävention und gesetzliche Grundlagen

Gesundheits-Apps können entweder universell oder selektiv oder indiziert präventiv ausgerichtet werden. Entsprechend können sich Gesundheits-Apps vorbeugend und kompetenzstärkend an Menschen ohne Risikofaktoren (Primärprävention, Gesundheitsförderung) oder an Hochrisikogruppen (schwere COPD, Diabetes mellitus, Krebserkrankungen etc.) richten, bei denen gesundheitliche Risikofaktoren vorliegen (Sekundärprävention) oder sich bereits eine Erkrankung manifestiert hat (Tertiärprävention) [2], [3] (siehe [4] (Prävention und Krankheitsprävention)). Gesundheits-Apps können im Sinne einer Hochrisikostrategie auf Personen mit erhöhtem Krankheits- oder Komplikationsrisiko ausgerichtet sein. Je nach Zielrichtung können sie vorsorgend, frühbehandelnd, schadensminimierend oder rückfallpräventiv wirken und insbesondere Adhärenz, Selbstmanagement sowie Kommunikation mit Leistungserbringenden bei chronischen Erkrankungen unterstützen [5], [6], [7].

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz wurde 2019 die Grundlage für die Erstattung digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) in der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen [8]. Seit 2020 werden erstattungsfähige DiGA im DiGA-Verzeichnis (siehe https://diga.bfarm.de [9]) des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gelistet. Die Aufnahme erfolgt über das sogenannte Fast-Track-Verfahren, in dem das BfArM insbesondere Anforderungen an Sicherheit, Funktionstauglichkeit, Qualität, Datenschutz, Datensicherheit, Interoperabilität und positive Versorgungseffekte prüft. Positive Versorgungseffekte können als medizinischer Nutzen oder als patientenrelevante Struktur- und Verfahrensverbesserung nachgewiesen werden [10], [11]. DiGA können dauerhaft oder vorläufig in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen werden. Eine vorläufige Aufnahme ist möglich, wenn der positive Versorgungseffekt noch nicht abschließend nachgewiesen ist, aber geeignete Nutzungsdaten und ein wissenschaftliches Evaluationskonzept vorliegen. Für vorläufig aufgenommene DiGA niedrigerer Risikoklassen muss der endgültige Nachweis grundsätzlich innerhalb von zwölf Monaten, spätestens jedoch nach 24 Monaten erbracht werden [10]. Mit Inkrafttreten des Digital-Gesetzes am 26. März 2024 wurde der DiGA-Rahmen erweitert. Unter bestimmten Voraussetzungen können seitdem auch Medizinprodukte der Risikoklasse IIb als DiGA aufgenommen werden. Für diese Anwendungen ist keine vorläufige Aufnahme zur Erprobung vorgesehen; der medizinische Nutzen muss bereits bei Antragstellung durch eine Studie belegt werden [10]. Ärztinnen, Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können DiGA verordnen; gesetzlich Versicherte können DiGA bei nachgewiesener Indikation auch direkt bei ihrer Krankenkasse beantragen [10], [11].

Medizinische Apps

Medizin-Apps unterscheiden sich von Gesundheitsförderungs- und Präventions-Apps vor allem durch ihre medizinische Zweckbestimmung. Rechtliche Grundlage für die Einordnung als Medizinprodukt ist die europäische Medizinprodukte-Verordnung, Medical Device Regulation (MDR). Ob eine App als Medizinprodukt eingestuft wird, hängt davon ab, ob sie nach Herstellerangabe einem medizinischen Zweck dient, z. B. dem Erkennen, Verhüten, Überwachen, Vorhersagen, Prognostizieren, Behandeln oder Lindern von Krankheiten [12]. Medizin-Apps mit CE-Kennzeichnung müssen ein Konformitätsbewertungsverfahren nach MDR durchlaufen. Bei höherem Risiko prüft zusätzlich eine unabhängige Benannte Stelle, ob die Anforderungen der MDR erfüllt sind. Die CE-Kennzeichnung zeigt die regulatorische Konformität eines Medizinprodukts an, ist jedoch nicht automatisch mit einem patientenrelevanten Wirksamkeits- oder Nutzennachweis gleichzusetzen [13]. Bei digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) kommen zusätzlich die Anforderungen des Fast-Track-Verfahrens nach § 33a und § 139e SGB V sowie der Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) hinzu [10], [14]. Die genannten Zweckbestimmungen verdeutlichen, dass die Grenzen zwischen Apps zur Tertiärprävention (z. B. bei chronischen Erkrankungen) und Medizin-Apps häufig fließend sind. Apps, die Daten analysieren, berechnen, diagnostisch bewerten, messen, überwachen oder Therapieentscheidungen unterstützen, können eher als Medizinprodukte eingeordnet werden. Dies gilt insbesondere für KI-gestützte Anwendungen, wenn sie gesundheitsbezogene Daten auswerten, Risiken prognostizieren, diagnostische Einschätzungen unterstützen oder therapeutische Empfehlungen ableiten. In solchen Fällen sind neben der MDR auch die Anforderungen der europäischen KI-Verordnung sowie die Schnittstelle zwischen MDR, In Vitro Diagnostic Medical Devices Regulation **(**IVDR) und AI Act zu berücksichtigen [15], [16]. Apps ohne medizinische Zweckbestimmung werden demgegenüber eher den Bereichen Lebensstil, Wohlbefinden, Gesundheitsförderung oder allgemeine Prävention zugeordnet. Entscheidend ist jeweils der vom Hersteller angegebene Zweck der App [12].

Methodiken von Gesundheits-Apps

Damit Gesundheits-Apps, unabhängig davon, ob sie der Gesundheitsförderung, Prävention oder medizinischen Versorgung dienen, ihren jeweiligen Zweck erfüllen können, werden unterschiedliche Methoden eingesetzt. Tabelle 1 zeigt zentrale methodische Beispiele.

Ziel	Methodische Beispiele
Information und Aufklärung	Informationen zu Bewegung, Ernährung, Infektionsschutz, Sucht, psychischer Gesundheit
Beratung	digitale Beratung, Chatangebote, Krisen- oder Suchtberatung
Verhaltens- und Selbst-management-Training	Stressbewältigung, Bewegungsprogramme, Online-Kurse, Patientenschulungen
Dokumentation	automatische Quantifizierung von Schritten, Blutdruck, Schlaf oder Blutzucker; digitale Tagebücher
Motivation	digitale Challenges, Feedback, Auszeichnungen, Zielvereinbarungen
Erinnerung	Vorsorge-Planer, Push-Nachrichten, Medikations- und Termin-erinnerungen
Personalisierung	adaptive Inhalte, individuelle Zielsetzung, algorithmisch oder KI-unterstütztes Feedback
Versorgungsintegration	Schnittstellen zu Wearables, Telemonitoring, elektronischer Patientenakte oder Versorgungspfaden

Tab. 1: Methoden von Gesundheits-Apps in Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung, eigene Darstellung in Anlehnung an [4]

Self-Tracking als wesentlicher Bestandteil von Gesundheits-Apps

Insbesondere die Dokumentation von menschlichen Verhaltensweisen mithilfe von Gesundheits-Apps hat eine herausgehobene Bedeutung. Dabei wird die digitale Form der Aufzeichnung und Analyse von menschlichem Verhalten unter den Begriffen „Self-Tracking“, „Quantified Self“ und „Lifelogging“ (zu Deutsch: „Lebensprotokollierung“) zusammengefasst [17]. Diese Methode zur Selbstreflexion ist nicht neu. Neu ist, dass Apps und Wearables (z. B. Fitness-Tracker) Verhaltensweisen automatisiert und permanent aufzeichnen, während verhaltensbezogene Daten in der Vergangenheit händisch (z. B. mithilfe von Tagebüchern) erhoben wurden. Dabei zielen sogenannte Tracking-Apps durch die systematische Datendokumentation und -analyse darauf ab, Nutzerinnen und Nutzer zu informieren und ihnen ermutigende Anreize zur gesundheitlichen Verhaltensänderung (z. B. mithilfe von Push-Nachrichten) zu geben. Die Erhebung der Daten beschränkt sich dabei nicht nur auf Verhaltensweisen der direkten Nutzerinnen und Nutzer (z. B. Bewegungs-, Schlaf- oder Essverhalten), sondern auch auf Verhaltensweisen Dritter (z. B. Apps für Eltern zur Schreianalyse von Säuglingen). Beziehen können sich die Verhaltensweisen auf emotionale und körperliche Zustände, Körperleistungen sowie reine Verhaltensweisen (z. B. Medikamenteneinnahme). Wie Tabelle 2 verdeutlicht, kann beim Tracking unterschieden werden zwischen 1.) der manuellen Erfassung von Daten, Bildern und Texten („Active Tracking“) und 2.) der automatischen Erfassung von Zuständen, Daten oder der manuellen Erfassung von Verhaltensweisen („Passive Tracking“) [18].

Dimensionen	Automatische Aufzeichnung von Daten (= Passive Tracking)	Manuelle Aufzeichnung von Daten (= Active Tracking)
Emotionale Zustände	Objektiver Stresslevel, Atemmuster etc.	Subjektiv wahrgenommener Stress, Gefühle, Emotionen, Stimmungen, Gewohnheiten etc.
Körperliche Zustände	Herzfrequenz, Blutdruck, Blutzucker, Sauerstoffaufnahme (VO_2), Schlafdauer und -phasen, Kalorienverbrauch, Gewicht, BMI, Fettanteil, Körperhaltung etc.	Kopfschmerzen, Migräne-/Allergieanfälle, subjektive Schlafqualität, Taillenumfang, Menstruationszyklus, Stuhlgang etc.
Körper-leistungen	Schritte, Dauer und Strecke von Lauf- und Fahrradrouten, durchgeführte Fitness-Übungen, Fitnessalter etc.	Subjektive Selbsteinschätzung der körperlichen Leistung(ssteigerung)/Produktivität etc.
Verhaltens-weisen	Bewegungsverhalten (Schwimmen, Laufen, Gehen etc.), Smartphone-Nutzung etc.	Ernährungs-, Trink- und Rauchverhalten, Alkoholkonsum, Medikamenteneinnahme etc.

Tab. 2: Beispiele für Self-Tracking [19]

Die spezifische Erfassung von emotionalen Zuständen und Stimmungen z. B. mithilfe von Wertungen auf Stimmungsskalen oder Emoticons wird unter dem Begriff „Mood-Tracking“ subsumiert [20]. Dabei beschränken sich die digitalen Stimmungsbarometer nicht nur auf das Sichtbarmachen aktueller emotionaler Stimmungen, sondern sie ermöglichen auch eine grafische Darstellung von Stimmungsveränderungen im Zeitverlauf. Genutzt wird Mood-Tracking, um Zusammenhänge zwischen Stress und Gesundheit zu reflektieren [21] und so durch Verhaltensänderungen Stress zu reduzieren (siehe [22] (Stress und Stressbewältigung)). Dabei wird das Stresslevel subjektiv durch die manuelle, punktuelle Eingabe aktueller Gefühlslagen oder objektiv durch automatische, kontinuierliche Messungen physiologischer Parameter (Herzfrequenz etc.) über Smartphones und Wearables erfasst [23]. Das Self-Tracking via Wearables (z. B. Fitnessarmbänder, Blutzuckermessgeräte, digitale Körperanalysewaagen und Zahnbürsten) oder Hearables (z. B. Kopfhörer mit Pulsmessung) kann hierbei sowohl einen positiven als auch einen negativen Einfluss auf die Körperwahrnehmung ausüben. Während aus Sicht von Befürworterinnen und Befürwortern die Körperwahrnehmung geschärft wird [20], bezweifeln Kritikerinnen und Kritiker, dass eine reine Interpretation wiederkehrender Datenmuster die Körperwahrnehmung tatsächlich beeinflussen kann [24]. Zudem kann eine erhöhte Aufmerksamkeit für Körperdaten kritisch betrachtet werden, wenn sie in eine übermäßige Fixierung auf Messwerte umschlägt. Ein solches Phänomen wird bspw. beim Schlaftracking als „Orthosomnia“ bezeichnet. Der Begriff setzt sich aus „ortho“ im Sinne von „korrekt“ bzw. „richtig“ und „somnia“ im Sinne von „Schlaf“ zusammen. Ein solches perfektionistisches Streben nach dem perfekten Schlaf kann schlafbedingte Angst oder Perfektionismus fördern [25].

Qualitätssicherung von Gesundheits-Apps

Werden Gesundheits-Apps entwickelt, müssen gesundheitliche, didaktische sowie technische Aspekte berücksichtigt werden. Um zu ergründen, welcher gesundheitliche Nutzen von ihnen ausgehen kann, bedarf es der Betrachtung der Qualitätsdimensionen Kontext-, Input-, Durchführungs- und Ergebnisqualität [26] und damit der Ursachen-Wirkungs-Kette. Der Erfolg von Gesundheits-Apps wird durch die Ergebnisqualität und damit nach den Wirkungen und der Wirksamkeit sichtbar, die durch entsprechende Evaluationen zu erheben sind. Tabelle 3 verdeutlicht die Abhängigkeit und Bedeutung der einzelnen Qualitätsdimensionen, die vor, während und nach einer Intervention vom App-Anbieter sichergestellt werden sollten. Dies ist von Bedeutung, da bei (digitalen) Präventionsprojekten oft interventionstheoretische Grundlagen (z. B. gesundheitspsychologische Modelle zur

Verhaltensänderung, lernpsychologische Modelle (siehe [27] (Lernpsychologische Perspektive)) und Rückfallprophylaxe, medizinische Leitlinien) unzureichend berücksichtigt werden und so anvisierte Qualitätsziele (Output, Outcome etc.) nicht erreicht werden [28]. Die Berücksichtigung der einzelnen Qualitätsdimensionen ist sowohl für die Entwicklung als auch für die Evaluation (siehe [29] (Evaluation)) von Gesundheits-Apps entscheidend.

Qualitätsdimension und Beispiele	
1.) Kontext- und Inputqualität: Welche organisatorischen und programmbezogenen Voraussetzungen müssen geschaffen bzw. welche Ressourcen bereitgestellt/berücksichtigt werden, damit die Gesundheits-App unmittelbar/langfristig Wirkungen erzeugt?	
Beispiele:	• Entwicklung durch ein qualifiziertes Expertenteam (Informatik, Prävention etc.) • Berücksichtigung der technischen Ausstattung der Nutzerinnen und Nutzer • Berücksichtigung von Bedürfnissen (z. B. Integration von Risikogruppen)
2. Prozess- und Durchführungsqualität: Wie muss die Gesundheits-App beschaffen sein, um unmittelbar/langfristig Wirkungen bei den Nutzerinnen und Nutzern zu erzeugen?	
Beispiele:	• Form, Art und Auswahl der vermittelten (relevanten) Inhalte (z. B. Videos, Podcast) • Integration von didaktischen Methoden (Lernkonzept) • Integration von Motivationskomponenten
3. Ergebnisqualität: Welche Wirkungen hat die Gesundheits-App auf die Nutzerinnen und Nutzer und wie hoch ist die Wirksamkeit der Gesundheits-App?	
a.) Outcomequalität: Welche unmittelbaren Auswirkungen hat die Gesundheits-App auf die Nutzerinnen und Nutzer?	
Beispiele:	• Erreichungsgrad der potenziellen Zielgruppe • Persönlicher Nutzengrad/Akzeptanz der Gesundheits-App • Nutzung der Gesundheits-App
b.) Outputqualität: Welche langfristigen Wirkungen übt die Gesundheits-App auf die Nutzerinnen und Nutzer aus?	
Beispiele:	• Wirkung auf das Wissen/die Einstellung der Nutzerinnen und Nutzer • Wirkung auf das Gesundheitsverhalten • Wirkung auf den Gesundheitszustand

Tab. 3: Qualitätsdimensionen von Präventionsinterventionen, [30] in Anlehnung an [26]

Die Qualitätssicherung von Gesundheits-Apps bleibt anspruchsvoll, da digitale Gesundheitsangebote sicher, ethisch vertretbar, nutzerorientiert und evidenzbasiert in Präventions- und Versorgungskontexte eingebunden werden sollten. Die WHO betont hierfür die Bedeutung geeigneter Governance-Strukturen, digitaler Gesundheitskompetenz und nachhaltiger Implementierung. Für Nutzerinnen und Nutzer bleibt der Markt dennoch schwer überschaubar, weshalb nachvollziehbare Qualitätstransparenz zentral ist [31].

Qualitätstransparenz von Gesundheits-Apps

Die Qualitätstransparenz kann sich sowohl auf die Transparenz zugrunde liegender Evidenz beziehen (z. B. allgemeine wissenschaftliche Erkenntnisse oder spezifisch, für die Gesundheits-App erbrachte empirische Nutzennachweise) als auch auf die Sichtbarmachung externer Prüf- und Bewertungsverfahren. Eine solche Qualitätstransparenz stellt eine wichtige Voraussetzung dafür dar, dass Gesundheits-Apps von Nutzerinnen und Nutzern sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (z. B. von Ärztinnen und Ärzten, siehe auch [32] (Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren)) akzeptiert, nachgefragt und genutzt werden. Mit der zunehmenden Verbreitung von Gesundheits-Apps steigt die Forderung nach Evidenznachweisen. Gleichzeitig bleibt Qualitätstransparenz eine Herausforderung, da Gesundheits-Apps von nationalen und internationalen Anbietern entwickelt und über App-Stores weltweit bereitgestellt werden. Qualitätskennzeichnungen wie Gütesiegel, Prüfkennzeichnungen oder Test-Labels können Orientierung bieten, ersetzen jedoch keine systematische Prüfung von Sicherheit, Qualität oder Wirksamkeit. Für erstattungsfähige DiGA erhöht das DiGA-Verzeichnis die Transparenz, da zentrale Informationen zu geprüften Anwendungen öffentlich zugänglich sind. Außerhalb dieses Verzeichnisses bleibt die Qualitätstransparenz hingegen uneinheitlich, da App-Stores meist nur begrenzte Informationen zu Evidenz, Datenschutz, Datensicherheit, Zweckbestimmung oder fachlicher Qualität bereitstellen. Frühere Studien zu Gütesiegeln und CE-Kennzeichnungen zeigen, dass qualitätsbezogene Kennzeichnungen in App-Store-Beschreibungen nur selten sichtbar waren; dieser Befund ist heute vor allem als historischer Hinweis auf Transparenzdefizite einzuordnen [9], [33]. Ungünstige Signalwirkungen können von Qualitätskennzeichnungen dann ausgehen, wenn potenzielle Nutzerinnen und Nutzer automatisch von einer hohen gesundheitsförderlichen oder therapeutischen Wirksamkeit ausgehen, obwohl von Qualitätskennzeichnungen nicht per se eine hohe Wirksamkeit abgeleitet werden kann.

Kritische Betrachtung und Fazit

Mit der Einführung erstattungsfähiger digitaler Gesundheitsanwendungen ist für eine bestimmte Gruppe von Gesundheits-Apps ein Nachweis positiver Versorgungseffekte erforderlich geworden. Dieser kann als medizinischer Nutzen oder als patientenrelevante Struktur- und Verfahrensverbesserung erbracht werden. Bei vorläufig aufgenommenen DiGA kann der endgültige Nachweis nachgelagert erfolgen, muss jedoch fristgerecht vorgelegt werden [9], [10]. Der DiGA-Bericht des GKV-Spitzenverbandes verdeutlicht, dass DiGA in der Versorgung angekommen sind, zugleich aber weiterhin Fragen zu Evidenz, Erprobungsdauer, Preisbildung, Nutzenbewertung und Versorgungspraxis bestehen [34]. Zukünftig wird eine Wirksamkeitskontrolle dadurch erschwert, dass digitale Welten zunehmend miteinander verschmelzen. Gesundheits-Apps können als App oder Web-App konzipiert, über Internet-Browser zugänglich und mit Wearables, Sensoren, Telemonitoring-Systemen, elektronischen Patientenakten, Sprachassistenten oder KI-basierten Analyse- und Entscheidungssystemen verknüpft werden. Angesichts dieser Komplexität wird es schwieriger, Prüfkriterien zu definieren und die Wirkungen einzelner Bestandteile isoliert zu überprüfen. Eine weitere Herausforderung besteht darin, dass Menschen mit niedrigem sozialem Status Gesundheits-Apps tendenziell weniger nutzen und damit weniger stark vom digitalen Wandel profitieren („digital health divide“, siehe auch [35] (Präventionsparadox)). DiGA können sich positiv auf gesundheitliche Chancengleichheit (siehe [36] (*Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit*)) auswirken, wenn Zugang, Verständlichkeit, Barrierefreiheit, Datenschutz, Transparenz und digitale Gesundheitskompetenz systematisch berücksichtigt werden (siehe [37] (*Gesundheitskompetenz / Health Literacy*)). Eine einfache, barrierearme und übersichtliche Gestaltung digitaler Gesundheitsangebote sowie die Förderung digitaler Gesundheitskompetenz können dazu beitragen, Ungleichheiten im Zugang und in der Nutzung zu verringern und die Reichweite präventiver Effekte zu erhöhen [38]. Digitale Gesundheitskompetenz befähigt Nutzerinnen und Nutzer zudem dazu, Qualitätsinformationen zu finden, einzuordnen und informierte Entscheidungen über die Nutzung einer Gesundheits-App zu treffen. Als Ausblick sind zudem digitale Pflegeanwendungen (DiPA) zu nennen. Sie wurden mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz in der sozialen Pflegeversicherung eingeführt und sollen pflegebedürftige Menschen dabei unterstützen, Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten zu mindern oder einer Steigerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Praktisch spielen DiPA bislang jedoch noch keine mit DiGA vergleichbare Rolle, da das DiPA-Verzeichnis erst veröffentlicht wird, sobald die erste DiPA gelistet ist [39]. Die Schaffung von Vertrauen und Glaubwürdigkeit in Gesundheits-Apps bleibt daran geknüpft, die Transparenz der Qualität, z. B. durch Evaluationen, Qualitätssiegel, wissenschaftliche Expertise und nachvollziehbare Evidenznachweise, zu steigern.

References

1. Scherenberg V. Digitalisierung in Prävention und 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-i130-1.0
2. Hurrelmann K, Richter M, Klotz T, Stock S. Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Richter M, Klotz T, Stock S, editors. Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. 6 edn. Bern: Hogrefe; 2024. p. 23–34.
3. Leppin A, Blunck L. Konzepte und Strategien der Prävention. In: Hurrelmann K, Richter M, Klotz T, Stock S, editors. Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. 6 edn. Bern: Hogrefe; 2024. p. 47–54.
4. 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
5. Armitage LC, Kassavou A, Sutton S. Do mobile device apps designed to support medication adherence demonstrate efficacy? A systematic review of randomised controlled trials, with meta-analysis. BMJ Open. 2020;10(1):e032045. DOI:10.1136/bmjopen-2019-032045
6. Tabi K, Randhawa AS, Choi F, Mithani Z, Albers F, Schnieder M, Nikoo M, Vigo D, Jang K, Demlova R, Krausz M. Mobile apps for medication management: review and analysis. JMIR Mhealth Uhealth. 2019;7(9):e13608. DOI:10.2196/13608
7. Whitehead L, Seaton P. The effectiveness of self-management mobile phone and tablet apps in long-term condition management: a systematic review. J Med Internet Res. 2016;18(5):e97. DOI: 10.2196/jmir.4883
8. Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG) vom 9. Dezember 2019 (BGBl I S. 2562–2584).
9. DiGA-Verzeichnis: Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Gesundheitsanwendungen. Bonn und Köln: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM); 2026 [accessed 2026 Jun 29]. Available from: https://diga.bfarm.de
10. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Das Fast-Track-Verfahren für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) nach § 139e SGB V: Ein Leitfaden für Hersteller, Leistungserbringer und Anwender. Version 3.6 vom 10.12.2025. Bonn: BfArM; 2025 [accessed 2026 Jun 29]. Available from: https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medizinprodukte/diga_leitfaden.pdf
11. Lantzsch H, Eckhardt H, Campione A, Busse R, Henschke C. Digital health applications and the fast-track pathway to public health coverage in Germany: challenges and opportunities based on first results. BMC Health Serv Res. 2022;22:1182. DOI:10.1186/s12913-022-08500-6
12. Europäisches Parlament, Rat der Europäischen Union. Verordnung (EU) 2017/745 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. April 2017 über Medizinprodukte. Brüssel: Europäische Union; 2017 [accessed 2026 Jun 29]. Available from: https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2017/745/oj/deu?locale=de
13. Gießelmann K. Gesundheits-Apps: Medizinprodukte mit Nebenwirkungen. Dtsch Arztebl. 2018;115(14):A538–A542. Available from: https://www.aerzteblatt.de/archiv/gesundheits-apps-eine-frage-des-vertrauens-fd15ade8-31e9-4dc5-99fd-dd4b135994e8
14. Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung vom 8. April 2020 (BGBl. I S. 768), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 27. Januar 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 22) geändert worden ist.
15. Europäische Union. Verordnung (EU) 2024/1689 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 13. Juni 2024 zur Festlegung harmonisierter Vorschriften für künstliche Intelligenz (KI-Verordnung / AI Act). Brüssel: Europäische Union; 2024 [accessed 2026 Jun 29]. Available from: https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2024/1689/oj
16. Medical Device Coordination Group & Artificial Intelligence Board. MDCG 2025-6: FAQ on Interplay between the Medical Devices Regulation & In Vitro Diagnostic Medical Devices Regulation and the Artificial Intelligence Act. Brussels: European Commission; 2025 [accessed 2026 Jun 29]. Available from: https://health.ec.europa.eu/document/download/b78a17d7-e3cd-4943-851d-e02a2f22bbb4_en?filename=mdcg_2025-6_en.pdf
17. Selke S. Einleitung: Lifelogging zwischen disruptiver Technologie und Kulturwandel. In: Selke S, editor. Lifelogging: Digitale Selbstvermessung und Lebensprotokollierung zwischen disruptiver Technologie und Kulturwandel. Wiesbaden: Springer Verlag; 2016. p. 1–21.

18. Bode M, Kristensen DB. The digital doppelgänger within: A study on self-tracking and the quantified self movement. In: Canniford R, Bajde D, editors. Assembling consumption: Researching actors, networks and markets. London: Routledge; 2015. p. 119–134.
19. Scherenberg V. Prävention via Lifelogging: Möglichkeiten und Grenzen der digitalen Selbstvermessung. In: Pfannstiel MA, Da-Cruz P, Mehlich H, editors. Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen VI: Impulse für die Forschung. Wiesbaden: Springer Verlag; 2019. p. 475–486.
20. Pritz S. Mood Tracking: Zur digitalen Selbstvermessung der Gefühle. In: Selke S, editor. Lifelogging: Digitale Selbstvermessung und Lebensprotokollierung zwischen disruptiver Technologie und kulturellem Wandel. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2016. p. 127–150.
21. Fröhlich G. Die Geschichte medienbasierter Selbsttechnologie von Rousseau bis Runtastic. In: Grenzel P, Krotz F, Wimmer J, Winter R, editors. Das vergessene Subjekt: Subjektkonstitutionen in medialisierten Alltagswelten. Wiesbaden: Springer; 2019. p. 207–226.
22. Ernst G, Franke A, Franzkowiak P. Stress und Stressbewältigung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i118-2.0
23. Scherenberg V, Erhart M. Stresslogging: Möglichkeiten und Grenzen der Vermessung von Gefühlen via Mood-Tracking. In: Scherenberg V, Pundt J, editors. Psychische Gesundheit stärken – aber wie? Bremen: APOLLON University Verlag; 2020. p. 259–282.
24. Feuchter M. Gesundheitsdaten: Von der Selbstvermessung zum Versicherungsmarkt: Health data: From self-tracking to the insurance market. Imago Hominis. 2015;22(4):242–247. Available from: https://www.imabe.org/imagohominis/imago-hominis-4/2015/gesundheitsdaten-von-der-selbstvermessung-zum-versicherungsmarkt
25. Baron KG, Abbott S, Jao N, Manalo N, Mullen R. Orthosomnia: Are Some Patients Taking the Quantified Self Too Far? J Clin Sleep Med. 2017;13(2):351–354. DOI:10.5664/jcsm.6472
26. Ehlers UD. Qualität im E-Learning aus Lernersicht. 2 edn. Wiesbaden: VS Verlag; 2011.
27. von Lengerke T, Franzkowiak P. Lernpsychologische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i074-2.0
28. Dadaczynski K, Baumgarten K, Hartmann T. Settingbasierte Gesundheitsförderung und Prävention. Präv Gesundheitsf. 2016;11:214-221. DOI:10.1007/s11553-016-0562-1
29. Haack G, Haß W. Evaluation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i016-3.0
30. Scherenberg V. Qualitätsaspekte von Gesundheits-Apps: Wie lässt sich Qualität erkennen? Public Health Forum. 2015;23(3):144–146. DOI:10.1515/pubhef-2015-0053
31. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020–2025. Geneva: World Health Organization; 2021 [accessed 2026 Jun 29]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924
32. Blümel S, Lehmann F, Hartung S. Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i128-2.0
33. Albrecht UV, Hillebrand U, von Jan U. Relevance of trust marks and CE labels in German-language store descriptions of health apps: analysis. JMIR mHealth uHealth. 2018;6(4):e10394. DOI:10.2196/10394
34. GKV-Spitzenverband. DiGA-Bericht des GKV-Spitzenverbandes 2025. Bericht über die Inanspruchnahme und Entwicklung der Versorgung mit Digitalen Gesundheitsanwendungen. Bericht gemäß § 33a Absatz 6 SGB V. Berichtszeitraum: 01.09.2020–31.12.2025. Berlin: GKV-Spitzenverband; 2026 [accessed 2026 Jun 29]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/telematik/digitales/2025_DiGA_Bericht_GKV_SV.pdf
35. Franzkowiak P. Präventionsparadox. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i094-4.0
36. 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. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i052-3.0

37. 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
38. Brand T, Herrera-Espejel P, Muellmann S, Wiersing R, Busse H. Digitale Spaltung in der Gesundheitsförderung und Prävention: Herausforderungen und Chancen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2024;67(3):268–276. DOI:10.1007/s00103-024-03832-6
39. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Digitale Pflegeanwendungen (DiPA). Bonn: BfArM; 2026 [accessed 2026 Jun 29]. Available from: https://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Aufgaben/DiGA-und-DiPA/DiPA/_node.html

Korrespondenz: Prof. Dr., MPH Viviane Scherenberg, APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft GmbH, Dekanin Fachbereich Public Health und Umweltgesundheit, Universitätsallee 18, 28359 Bremen, Deutschland, E-mail: viviane.scherenberg@apollon-hochschule.de

Zitierhinweis: Scherenberg V. Gesundheits-Apps. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i158-1.0

Copyright: © 2026 Viviane Scherenberg
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/

Gesundheits-Krankheits-Kontinuum

Peter Franzkowiak[1]
[1] Fachbereich Sozialwissenschaften, Hochschule Koblenz, Koblenz, Deutschland

Abstract

Das Konzept eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums ist eng verbunden mit dem Gesundheitsmodell der Salutogenese. Zwischen Gesundheit und Krankheit bestehen vielfache dimensionale Wechselbeziehungen. Beide sind keine sich gegenseitig ausschließende Zustände, vielmehr gedachte Endpunkte in einem gemeinsamen Kontinuum von HE (Health Ease) und DE (Dis-Ease). Zwischen den Polen können auch gesundheitliche Beeinträchtigungen abgebildet werden; es existiert eine Vielfalt von gesunden und kranken Anteilen in dynamischer Bewegung. Der Kontinuumsansatz hat Vorläufer und konzeptionelle Nachbarschaften von der Integrativen Medizin über Verhaltenstheorien und Stressmodelle bis zur Wellness-Bewegung. In der anglo-amerikanischen Mental Health-Forschung wird die dynamische Dimensionalität auf mehrfache Ebenen und ihre Kovariation ausgeweitet. Klassifikationen psychischer Störungen werden entwickelt, die sich konsequent an Kontinuen orientieren.

Keywords: Gesundheit, Krankheit, Salutogenese, Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, HE-DE-Kontinuum, Mental Health, Dual Continua Model, HiTOP, kategoriales vs. dimensionales Denken

Einleitung

Wie immer man Gesundheit, Gesundheitsrisiken und Krankheit betrachtet und zu systematisieren versucht, ob aus primär körperlicher, seelischer, sozialer oder ökologischer Perspektive betrachtet: Es bestehen stets Wechselbeziehungen mit fließenden Übergängen. Diese Wechselwirkungen werden beeinflusst durch Anlagefaktoren (genetische und physiologische Dispositionen), natürliche Alterungs- und Abbauprozesse, lebensgeschichtlich erworbene Erfahrungen, psychosoziale Vulnerabilitäten bzw. Resilienzen, Motivationen und Handlungsbereitschaften [1] (Lebensweisen/Lebensstile) sowie soziokulturelle, ökonomische und umweltbezogene Rahmenbedingungen [2], [3] (Lebenslagen und Lebensphasen; Determinanten der Gesundheit).

Gesundheit und Krankheit im Kontinuumskonzept

Aufbauend auf der salutogenetischen Perspektive [4] (Salutogenese) versteht die Gesundheitsförderung Gesundheit und Krankheit nicht als einander ausschließende Zustände, sondern als gedachte Endpunkte eines gemeinsamen Kontinuums. Es gibt fließende Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit. Außerdem existiert kein strenges zeitliches Nacheinander, sondern oft eine Gleichzeitigkeit von eher gesunden und eher kranken Anteilen des Wohlbefindens. Das Kontinuum enthält zahlreiche Zwischenstadien mit sowohl subjektiver Befindlichkeit als auch medizinisch objektivierten Befunden. Bereits die Alltagssprache kennt vielfältige Differenzierungen: gesund sein, gesund bleiben, wieder gesund werden, sich krank fühlen, krank werden, akut krank sein, sich von einer Krankheit erholen, chronisch krank sein, behindert sein, mit Behinderung leben, bedingt gesund sein etc. [5] (Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln).

Das Kontinuum ist gedacht zwischen einem imaginären Gesundheitspol (total well-being bzw. Health Ease, abgekürzt: HE) und einem imaginären Krankheitspol (total illness bzw. Health Dis-Ease, abgekürzt: DE). Es wird daher auch als HE-DE-Kontinuum bezeichnet [6], [7].

Die Gesamtkonzeption ist mehrdimensional. Neben Gesundsein und Kranksein existieren weitere Befindensdimensionen, die ebenfalls als Kontinuen zu denken sind. Sie wirken auf die Grunddimension ein und stehen mit dieser in Zusammenhang. An jedem Punkt besteht ein labiles, immer wieder neu auszubalancierendes Gleichgewicht zwischen salutogenetischen Prozessen (welche die körperliche, seelische und soziale Regulationsfähigkeit sichern bzw. unterstützen) und pathogenetischen Vorgängen (welche die körperliche, seelische und soziale Regulations- und Anpassungsfähigkeit überfordern oder hemmen). Kernfragen sind:

- Wie weit entfernt bzw. wie nahe ist ein Mensch an einem bestimmten lebensgeschichtlichen Zeitpunkt den Polen maximale Gesundheit und maximale Krankheit?
- Welche dynamische Bewegung zu dem einen oder dem anderen Pol existiert bzw. ist möglich?

Für die Verortung eines Menschen auf dem HE-DE-Kontinuum (siehe Abbildung 1) werden gleichermaßen medizinische Befunde wie auch Indikatoren des subjektiven Befindens herangezogen. Menschen sind nicht nur gesund oder krank. Sie befinden sich zu einer lebensgeschichtlichen Zeit auf einer relativen Position zwischen den Polen − und dies hinsichtlich vielfältiger subjektiver und objektiver Dimensionen.

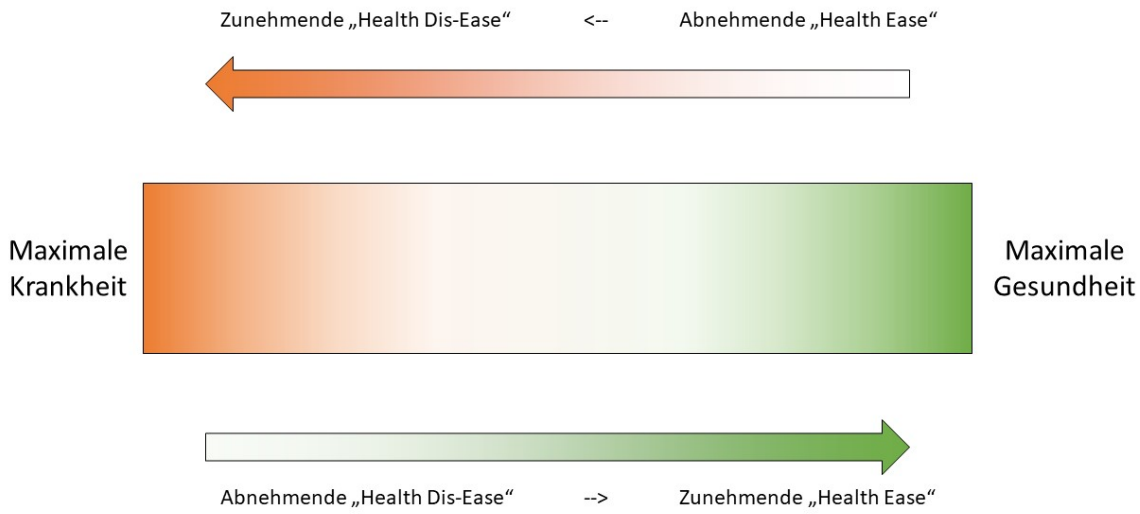


Abb. 1: Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (eigene Darstellung)

Welche Position(en) eine Person einnimmt, ist Ergebnis der prozesshaften Wechselwirkung zwischen persönlichen sowie umweltgebundenen Risikofaktoren und Protektivfaktoren bei der Bewältigung von Belastungen und im Rahmen der produktiven Realitätsverarbeitung [8] (Gesundheit). Dabei besteht eine Abhängigkeit vom jeweiligen sozialen Kontext und der Lebensgeschichte des Menschen. Die dynamische Balance zwischen Salutogenese und Pathogenese entscheidet, ob man für einen gewählten Zeitpunkt von optimaler oder maximaler Gesundheit spricht, von einem unauffälligen Gesundheitsstatus, von einer relativen, bedingten Gesundheit, von akutem Kranksein, von chronischer Krankheit bzw. Behinderung, von maximaler Krankheit oder finalen Krankheitszuständen.

Krankheit ist im Kontinuumskonzept kein streng abgrenzbares pathologisches Ereignis. Sie wird als lebensgeschichtlich eingebetteter Prozess einer „Ent-Gesundung“ ([7], S. 172) verstanden – ganz im Sinne von DE (Health Dis-Ease). Die Begründer der deutschen Medizinischen Anthropologie und Integrativen Medizin prägten hierfür das Bild einer „Blockierung der Gesundheitserzeugung“ ([9], S. 1.277) – in Fortführung von [10], [11]. Zu beachten bleibt: eine Entwicklung in Richtung Gesundheit ist von jeder Position aus möglich – sogar unter palliativen Umständen am Lebensende.

Gesundheit wird, wie Faltermaier zusammenfasst, „als umfassendes Konstrukt und als allgemeiner Zustand des Organismus bzw. der Person verstanden, der auf einem multidimensionalen (körperlich-psycho-sozialen) Kontinuum variiert und Krankheit bzw. Krankheiten als spezifische Phänomene einschließt. Man kann also auf verschiedenen Niveaus von Gesundheit krank sein. Krankheit und

Gesundheit schließen sich nicht aus. Ein Mensch kann krank sein und sich auf dem Gesundheitskontinuum nahe am positiven Pol befinden, er kann sich auf dem Gesundheitskontinuum aber auch nahe dem negativen Pol befinden und muss dennoch nicht an einer Krankheit leiden.“ ([12], S. 178).

Integration gesundheitlicher Beeinträchtigungen und Einschränkungen

Auch teilweise reversible bzw. vollständig irreversible Gesundheitsbeeinträchtigungen können im Kontinuum in ihrer jeweiligen, immer wieder veränderbaren Balance zwischen gesunden und kranken Anteilen sowie zwischen subjektiven und objektiven Einschätzungen abgebildet werden. Hierzu zählen akute oder chronische Krankheiten bis hin zu chronischen funktionellen Einschränkungen mit psychischen und sozialen Beeinträchtigungen, z. B. Diabetes mellitus, depressive Störungen oder dem Leben nach einem Herzinfarkt, einer (überwundenen) Tumorerkrankung oder mit unfallbedingten Verletzungen, andauernden Infektionsfolgen oder mit AIDS unter Therapie etc.

Die niederländische Ärztin Machteld Huber hat Mitte der 2010-er Jahre eine „Spinnennetz“-Visualisierung von sechs Gesundheits-/Krankheitsdimensionen vorgestellt (Abbildung 2; siehe auch [13]). Der Fokus liegt hier auf der in sechs Dimensionen differenzierten subjektiven Einschätzung einer Person über ihren (positiven) Gesundheitsstatus. Hubers zentraler Bezug ist die Funktionsfähigkeit – der übergeordnete Begriff aus der ICF-Klassifikation [8] (Gesundheit).

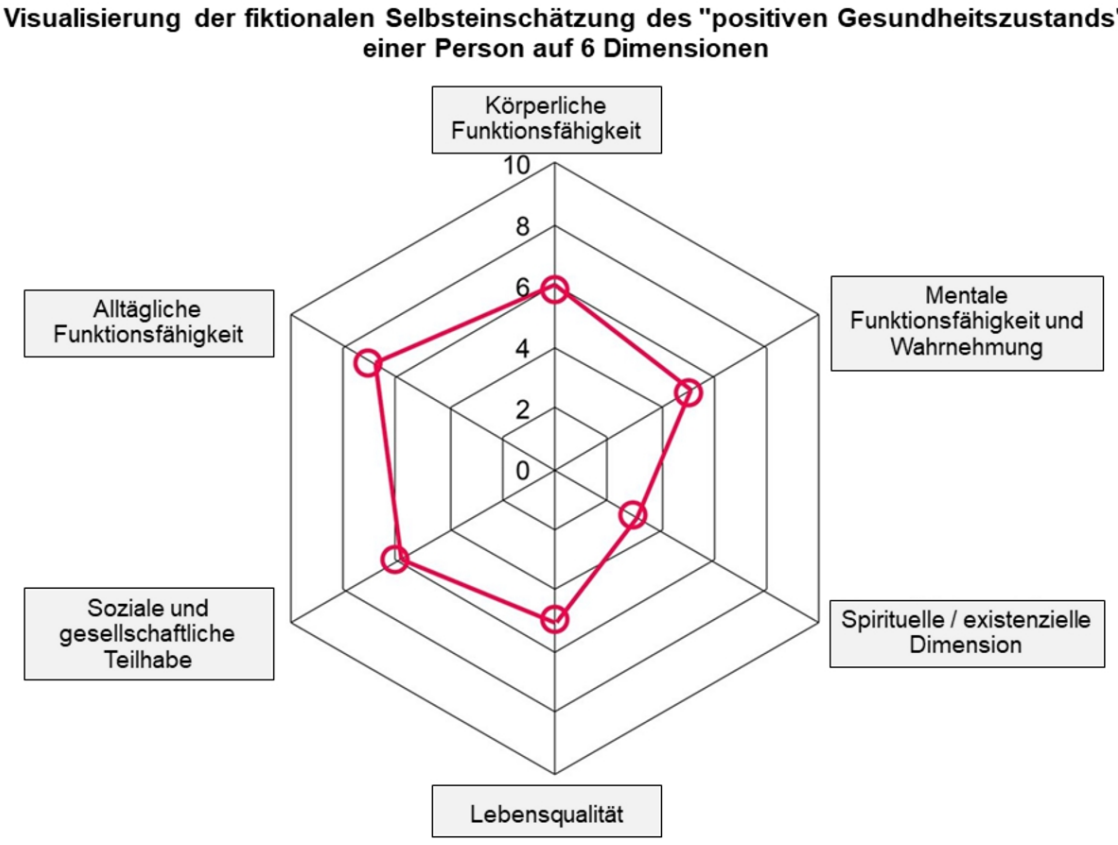


Abb. 2: Sechs Dimensionen positiver Gesundheit, visualisiert als fiktionale Selbsteinschätzung einer Person (Quelle: [14], S. 9, eigene Übersetzung)

Die mehrdimensionale Perspektive kann nicht nur auf eine Krankheit angewandt werden. In Form von Überlagerungen und Wechselwirkungen gilt sie auch für Multimorbidität, d. h. für das Vorhandensein mehrerer Beeinträchtigungen und Krankheiten vor allem in späten Lebensphasen.

Vorläufer und analoge Konzeptionen

Für die Konzeption des Kontinuums gibt es wissenschaftliche Vorläufer in der Medizinischen Anthropologie, der Psychosomatischen und Integrativen Medizin, den Lern- und Verhaltenstheorien, der Sozial- und Verhaltensmedizin, der Gesundheitspsychologie und den Belastungs-Bewältigungsmodellen (vgl. ausführlich: [7], [15], [12]).

Ein Parallelkonzept stammt aus den frühen 1970-er Jahren, entwickelt von dem US-amerikanischen Mediziner John W. Travis, einem Impulsgeber der Wellness-Bewegung. Travis publizierte sein Illness-Wellness-Kontinuum erstmals 1972. Ausgehend von einem gedachten neutralen mittleren Punkt, soll es die möglichen Stufen und Bewegungen von persönlichem Wohlbefinden vs. Krankheit anzeigen: zwischen den Polen High-Level-Wellness und vorzeitigem Tod (siehe Abbildung 3). Travis weist der Wellness-Richtung drei aufsteigende Stufen zu (Bewusstheit, Bildung, Wachstum), dem Weg zu vorzeitigem Tod drei absteigende Stufen (Krankheitszeichen, Symptome, Einschränkung/Behinderung). Das Illness-Wellness-Kontinuum (mittlerweile auch mit salutogenetischen Anleihen erweitert) spielt bis heute eine zentrale Rolle in der konzeptionellen Fundierung von Interventionen und Geschäftsfeldern in den weltweiten Wellness-Bewegungen und Lifestyle-Trends [16], [17]. Es wurde noch nicht ins Deutsche übertragen.

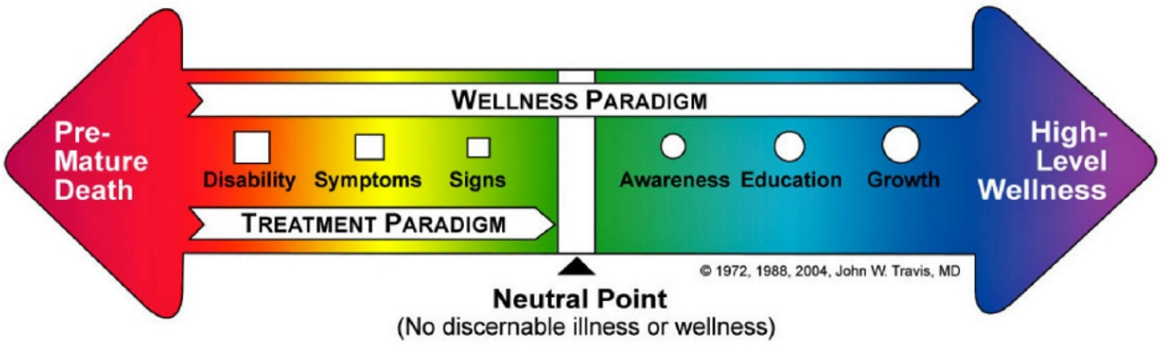


Abb. 3: Das Illness-Wellness Continuum von Travis (Quelle: [18]; hier: [17])

Travis entwickelte und veröffentlichte sein Kontinuumskonzept einige Jahre vor Antonovskys Hauptwerk „Health, Stress and Coping“ [6], und es erfuhr bereits in den 1970-er Jahren weite Verbreitung in den USA. Obwohl zumindest grafisch und in Teilen auch paradigmatisch durchaus ähnlich, bezogen sich beide Konzeptionen nicht aufeinander.

Relevanz, Weiterentwicklungen und Erweiterungen

Hurrelmann und Richter bescheinigen dem salutogenetischen Denken in Polen auf einem Kontinuum, dass es für die moderne Gesundheits- und Medizinsoziologie „von bahnbrechender Bedeutung“ gewesen sei ([15], S. 124). Hiermit werde die engführende kategorische Trennung von Gesundheit und Krankheit aus den naturalistisch-biomedizinischen Modellen und Diagnosesystemen überwunden.

Konzeptionelle Weiterentwicklungen finden sich in der internationalen „Mental Health Promotion and Protection“. Aufbauend auf Tudor [19] entwickelte der US-amerikanische Gesundheitssoziologe Ancel Keyes seit Anfang der 2000-er Jahre ein noch nicht ins Deutsche übertragene Dual Continua Model of Mental Health. International wird es vielfach genutzt als heuristische und praxisanleitende Richtschnur für Vorsorge und Behandlung/Unterstützung. Das Doppel-Kontinuum enthält eine vertikale Achse für Ausprägungen des Flourishing (blühen, gedeihen) bzw. Languishing (welken, verkümmern) von seelischer Gesundheit. Diese wird gekreuzt von einer horizontalen Achse zum im engeren Sinn klinischen Kontinuum seelischer Störung/Krankheit. Dadurch ergeben sich vier Quadranten mit einem inneren Kreis aus sechs Sektoren, in denen sich die vielfältigen Formen von Prozessen und Zuständen seelischer Gesundheit, Gefährdung, Risikoausprägung, Störung akuter oder chronischer Krankheit verorten lassen (Abbildung 4).

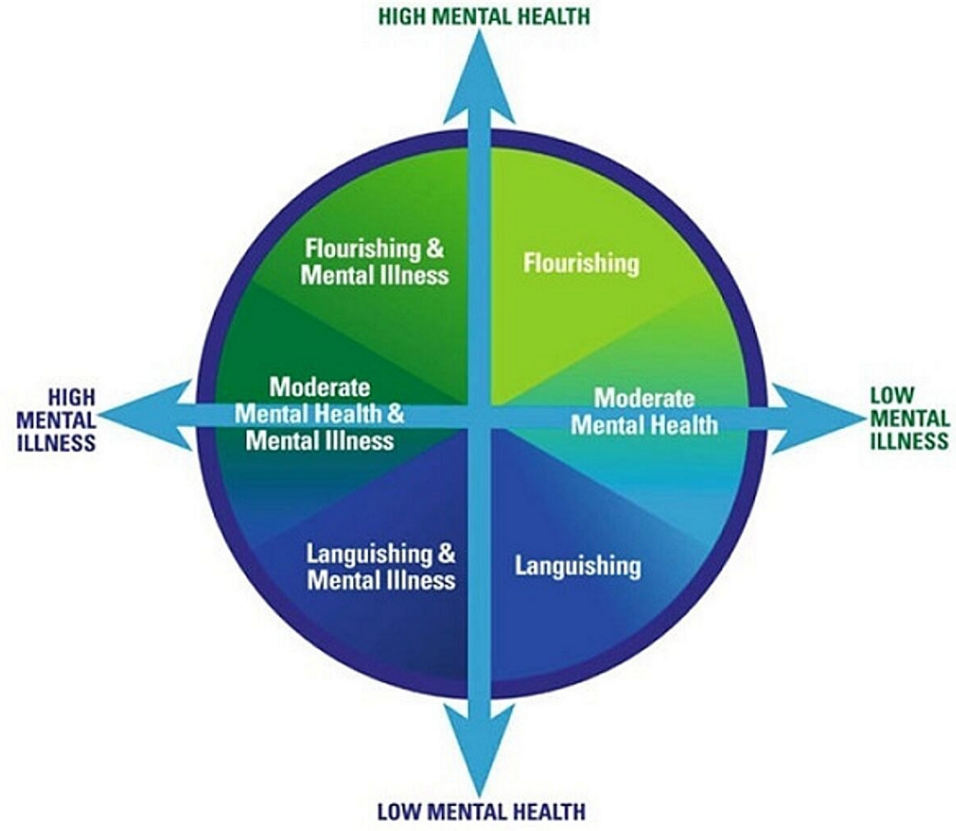


Abb. 4: Das Two Continua Model of Mental Health von Keyes (Quelle: [20], S. 182)

Das orthogonale Modell eines doppelten Kontinuums ist besonders hilfreich wegen seines Doppelcharakters. Ein Kontinuum psychischer Krankheit/Gefährdung und ein Kontinuum psychischer Gesundheit werden voneinander unterschieden und zugleich miteinander verbunden. Veränderungen auf einem Kontinuum können verbunden mit oder auch losgelöst von der Position auf dem anderen Kontinuum stattfinden. Modelle wie diese werden vorwiegend genutzt, um Positionen und Entwicklungsverläufe einzelner Individuen zu identifizieren. Prinzipiell ist der Rahmen auch auf soziale Gruppen oder ganze Populationen sowie auf weitere Gesundheitsdimensionen wie der somatischen Gesundheit bzw. Krankheit übertragbar [21].

Wie beim HE-DE-Kontinuum ist die theoretische und empirische Forschung zur (Public) Mental Health gefordert, v. a. die sozialen Determinanten von psychischer Gesundheit, Gefährdung und Krankheit stärker zu thematisieren. Die Position eines Individuums oder einer Gruppe in den Quadranten ist unterkomplex erklärt, wenn diese nicht auch auf ihren sozialen Status, auf Statuspassagen und die dadurch gegebenen bzw. eingeschränkten Kompetenzen, Ressourcen und Gesundheitschancen bezogen wird. Nachgewiesenermaßen verringern Public Health-Interventionen zur Verminderung sozialer Ungleichheiten die Rate manifester psychischer Störungen. Sie erhöhen damit die Aussicht auf flourishing, also auf eine hohe und stabile psychische Gesundheit aller.

Ausblick für die Gesundheitsförderung

Die Orientierung an Gesundheits-Krankheits-Kontinuen zeigt eine tiefgreifende Veränderung des kategorialen Denkens in Medizin, Psychiatrie und Gesundheitswissenschaften an. Es geht nicht mehr um das Vorliegen oder Nicht-Vorliegen einer spezifischen Gesundheitsstörung, sondern um ein dynamisch-dimensionales Denken. Jede Person ist gesund und krank, ihr gegenwärtiges Sein (being) befindet sich variabel zwischen Gesundheit als umfassendem Wohlbefinden (Well-Being bzw. Health Ease) bis Krankheit in allen Dimensionen (disease/illness bzw. Dis Ease).

Dieser Ansatz steht im Widerspruch zum Beurteilungs- und Abrechnungssystem der gegebenen medizinisch-psychiatrischen Versorgung. In den Diagnoseschlüsseln, Kodier-Richtlinien und Entgeltsystemen der ambulanten und stationären Versorgung und Rehabilitation gelten Gesundheit und

Krankheit als Gegensätze. Das führt notwendig zu dichotomen Diagnosen und Ausschluss-Kategorien, ebenso zu einer Verkürzung feiner, kontinuierlicher Ausprägungen auf binäre Kategorien. Diese systemische Barriere gilt es in den Klassifikationen und Diagnoseschlüsseln (ICD-10 bzw. ICD-11; DSM 5) zu überwinden.

Entsprechende Bewegungen und Initiativen zur Entwicklung von Hybrid-Systemen zur dimensionalen Klassifizierunggibt es erneut in der internationalen Mental Health-Forschung und psychiatrischen Diagnosebildung [22], [23]. Kurz nacheinander entstanden zwei Initiativen: Der 2009 vom US-amerikanischen National Institute of Mental Health angestoßene dimensionale Forschungsrahmen der Research Domain Criteria (RDoC) mit primär neurobiologischer und biogenetischer Stoßrichtung, und die seit 2015 von einem globalen Verbund (HiTOP Consortium) entwickelte und fortschreitend validierte, primär psychologisch daten- und statistikbasierte Hierarchische Taxonomie der Psychopathologie (HiTOP). Der HiTOP-Ansatz beansprucht für sich, durch konsequente Orientierung an Kontinuen das immer wieder beklagte Problem willkürlicher Schwellenwerte und diagnostischer Instabilität innerhalb der persönlichkeitspsychologischen und klinisch-psychiatrischen Diagnostik aufzulösen. Als alternatives Diagnosesystem will es die traditionellen Nosologien und ihre Kategorien im DSM und der ICD auflösen und in Form von Dimensionsprofilen neu darstellen [24], [25].

Kategoriale Klassifikationen fußen auf Diskontinuitätsannahmen: Unterschiede und klare Grenzziehungen zwischen Gesundheit und Krankheit werden postuliert. Dimensionale Klassifikationen beruhen auf Kontinuitätsvorstellungen: Übergänge, Überschneidungen und Wechselwirkungen werden beobachtet und in ihrem Zusammenwirken bewertet. Ein Vorteil dimensionaler Systeme ist, dass sie Informationen über die Intensität und subklinische Ausprägungen sowie dynamische Entwicklungen auf mehreren miteinander verschränkten Dimensionen bereitstellen [26].

Nicht zuletzt hat eine Stärkung des dimensionalen Denkens in alltäglichen wie auch professionellen Kontexten der (nicht nur psychischen und psychosomatischen) Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung besondere Konsequenzen. Es begünstigt antidiskriminierende und toleranzfördernde Einstellungen. So belegt die Meta-Analyse von Peter et al. [27], dass Menschen, die von einem Kontinuum zwischen Gesundheit und psychischer Krankheit ausgehen, konsistent weniger zu stigmatisierenden Haltungen gegenüber Menschen mit psychischen Problemen neigen als Personen mit kategorialen Überzeugungen.

References

1. Röding D. Lebensweisen / Lebensstile. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I073-2.0
2. 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
3. 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
4. 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
5. Faltermaier T. Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I060-3.0
6. Antonovsky A. Health, Stress and Coping. London: Jossey-Bass; 1979.
7. Franke A. Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern: Verlag Hans Huber; 2012. (Programmbereich Gesundheit).
8. Franzkowiak P, Hurrelmann K. Gesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I023-2.0
9. Uexküll T von. Die Einführung der psychosomatischen Betrachtungsweise als wissenschaftstheoretische und berufspolitische Aufgabe. Gedanken zum Problem der ärztlichen

Verantwortung. In: Adler RH, Hermann JM, Köhle K, Schonecke OW, Uexküll T von, Wesiak W, editors. Psychosomatische Medizin. München: Urban & Schwarzenberg; 1990. p. 1272–88.
10. Weizsäcker V von. Soziale Krankheit und soziale Gesundung. Julius Springer; 1930.
11. Weizsäcker V von, Janz D. Gesammelte Schriften. 8: Soziale Krankheit und Gesundung: soziale Medizin / bearb. von Dieter Janz. In: Achilles P, editor. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1986.
12. Faltermaier T. Gesundheitspsychologie. Stuttgart: W. Kohlhammer; 2023. (Grundriss der Psychologie; Band 21).
13. Bahrs O, Smith A. Positive Health – Ein disziplinübergreifender Ansatz zur Förderung von Gesundheit. Der Mensch. 2024;64/65(3–4):84–9.
14. Huber M, van Vliet M, Giezenberg M, Winkens B, Heerkens Y, Dagnelie PC, Knottnerus JA. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. BMJ Open. 2016 Jan 12;6(1):e010091. DOI:10.1136/bmjopen-2015-010091
15. Hurrelmann K, Richter M. Gesundheits- und Medizinsoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung. Weinheim: Beltz; 2013. (Grundlagentexte Soziologie).
16. Travis JW, Ryan RS. The wellness workbook – how to achieve enduring health and vitality. Ten Speed; 2004.
17. Deutscher Wellness Verband. John W. Travis: Dr. Wellness. 2025 [accessed 2025 Jun 14]. Available from: https://www.wellnessverband.de/themen/wellness/john_w_travis_wellness.php
18. Travis JW. Illness-Wellness Continuum. 1972.
19. Tudor K. Mental health promotion: paradigms and practice. London New York: Routledge; 1996.
20. Keyes CLM. Mental health as a complete state: How the salutogenic perspective completes the picture. In: Bauer GF, Hämming O, editors. Bridging Occupational, Organizational and Public Health: A Transdisciplinary Approach. Dordrecht: Springer Netherlands; 2014. p. 179–92. Available from: https://globalhealth.duke.edu/sites/default/files/event-attachments/mental_health_as_a_complete_state_-_keyes_2014.pdf
21. Wettstein F. Das doppelte Kontinuum von gesund und krank. SuchtMagazin. 2020 [accessed 2025 Jun 2];46:6–12. Available from: https://irf.fhnw.ch/server/api/core/bitstreams/f9a7fe30-411e-4258-ac18-93c4cf37a94c/content
22. Kotov R, Cicero DC, Conway CC, DeYoung CG, Dombrovski A, Eaton NR, First MB, Forbes MK, Hyman SE, Jonas KG, Krueger RF, Latzman RD, Li JJ, Nelson BD, Regier DA, Rodriguez-Seijas C, Ruggero CJ, Simms LJ, Skodol AE, Waldman ID, Waszczuk MA, Watson D, Widiger TA, Wilson S, Wright AGC. The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) in psychiatric practice and research. Psychol Med. 2022 Jul;52(9):1666–78. DOI:10.1017/S0033291722001301
23. Lahey BB, Tiemeier H, Krueger RF. Seven reasons why binary diagnostic categories should be replaced with empirically sounder and less stigmatizing dimensions. JCPP Adv. 2022 Dec;2(4):e12108. DOI:10.1002/jcv2.12108
24. Conway CC, Krueger RF, Cicero DC, DeYoung CG, Eaton NR, Forbes MK, Hallquist MN, Kotov R, Latzman RD, Ruggero CJ, Simms LJ, Waldman ID, Waszczuk MA, Watson D, Widiger TA, Wright AGC, HiTOP Consortium Executive Board. Rethinking the diagnosis of Mental Disorders: Data-driven psychological dimensions, not categories, as a framework for mental-health research, treatment, and training. Curr Dir Psychol Sci. 2021 Apr;30(2):151–8. DOI:10.1177/0963721421990353
25. Cicero DC, Ruggero CJ, Balling CE, Bottera AR, Cheli S, Elkrief L, Forbush KT, Hopwood CJ, Jonas KG, Jutras-Aswad D, Kotov R, Levin-Aspenson HF, Mullins-Sweatt SN, Johnson-Munguia S, Narrow WE, Negi S, Patrick CJ, Rodriguez-Seijas C, Sheth S, Simms LJ, Thomeczek ML. State of the Science: The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). Behavior Therapy. 2024 Nov;55(6):1114–29. DOI:10.1016/j.beth.2024.05.001
26. Döpfner M. Kategoriale versus dimensionale Klassifikation psychischer Störungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. In: Fegert J, Resch F, Kaess M, Döpfner M, Konrad K, Plener PL, editors. Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Heidelberg: Springer Nature; 2024. p. 373–84.
27. Peter LJ, Schindler S, Sander C, Schmidt S, Muehlan H, McLaren T, Tomczyk S, Speerforck S, Schomerus G. Continuum beliefs and mental illness stigma: a systematic review and meta-analysis of correlation and intervention studies. Psychol Med. 2021 Apr;51(5):716–26. DOI:10.1017/S0033291721000854

Korrespondenz: Prof. (i.R.) Dr., Dipl.-Psych. Peter Franzkowiak, Hochschule Koblenz, Fachbereich Sozialwissenschaften, Konrad-Zuse-Str. 1, 56075 Koblenz, Deutschland, E-mail: franzkowiak@hs-koblenz.de

Zitierhinweis: Franzkowiak P. Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i026-1.0

Copyright: © 2026 Peter Franzkowiak
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/

Gesundheitsberatung

Winja Weber[1]
Hanna Lütke Lanfer[2]
[1] Krebsinformationsdienst, Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg, Deutschland
[2] Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 4 Prävention und Gesundheitsförderung, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

Abstract

Gesundheitsberatung bezeichnet einen interaktiven Prozess zwischen einer professionell beratenden und mindestens einer ratsuchenden Person, der auf die individuelle Förderung von Gesundheit, Prävention von Krankheiten und deren Bewältigung abzielt. Gesundheitsberatung stellt die Lebensumstände der Ratsuchenden in den Fokus und geht über eine reine Informationsvermittlung hinaus, indem sie dabei unterstützt, das Empowerment der Ratsuchenden zu fördern. Sie kann durch verschiedene Berufsgruppen und über verschiedene Kanäle angeboten werden, wobei je nach Medium unterschiedliche Anforderungen und Zugangsmöglichkeiten bestehen. Eine zielgruppenspezifische Anpassung (Tailoring) der Beratungsinhalte und -angebote ist entscheidend, um Zugangsbarrieren für vulnerable Zielgruppen zu senken, gesundheitliche Gerechtigkeit zu fördern und auf die individuellen Bedürfnisse der Ratsuchenden einzugehen.

Keywords: Gesundheitsberatung, Empowerment, Gesundheitsförderung, Tailoring, Vulnerable Zielgruppen

Einleitung

Gesundheitsberatung meint eine professionelle Beratung zu spezifischen Gesundheitsfragen und -problemen von einer beratenden für mindestens eine ratsuchende Person. Sie ist somit durch einen zwischenmenschlichen Prozess (Interaktion) sowie eine reziproke Kommunikation gekennzeichnet. Hauptziel der Gesundheitsberatung ist es, Individuen darin zu unterstützen, die eigene Gesundheit zu fördern, Krankheiten zu verhindern und/oder eine Krankheit zu bewältigen [1].

Auch wenn Wissen als eine Basis gilt, um Veränderungsprozesse anstoßen zu können, geht die Gesundheitsberatung über reine Informationsvermittlung und Aufklärung hinaus. Sie ist problem- und personenorientiert ausgerichtet und berücksichtigt die Lebenswelten der Ratsuchenden, ihre individuellen Gesundheitsrisiken und -vorstellungen sowie ihre gesundheitsförderlichen Möglichkeiten. Die Ratsuchenden sollen dazu befähigt werden, persönliche Kompetenzen zu entwickeln, um mehr Einfluss auf ihre Gesundheit und Lebenswelt ausüben und mit Veränderungen in verschiedenen Lebensphasen oder mit psychischen und physischen Belastungen und Erkrankungen umgehen zu können. Indem sie darin unterstützt werden, ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu erlangen [2] (Empowerment / Befähigung), werden sie auch darin befähigt, Angebote des Versorgungssystems optimal für sich zu nutzen und sich aktiv zu beteiligen [3] (Partizipation).

Insgesamt hat die Gesundheitsberatung somit ein breites Aufgabenspektrum und vielfältige Funktionen, unter anderem

- komplexe Expertise für Laien zugänglich zu machen und hierdurch eine Informationsasymmetrie zu verringern,
- Orientierung in der komplexen und fragmentierten Versorgungslandschaft zu geben,
- Klarheit über Gesundheitsprobleme und Bewältigungsmöglichkeiten zu schaffen,
- Gesundheitsressourcen zur Bewältigung gesundheitlicher Probleme zu stärken sowie
- das Empowerment zu fördern und so eine stärkere Partizipation der Individuen zu ermöglichen.

Hierdurch kann die Gesundheitsberatung grundsätzlich einen Beitrag zur Verringerung sozial bedingter ungleicher Gesundheitschancen leisten [4], [5], [6].

Zielgruppenansprache: Tailoring

Die Nutzenden von Gesundheitsberatung sind sehr vielfältig und unterscheiden sich in ihren Bedürfnissen, Biografien und gesundheitlichen Herausforderungen. Um die Wirksamkeit der Beratung zu erhöhen, ist daher eine zielgruppenspezifische Anpassung unerlässlich. Tailoring (sinngemäß „maßgeschneidert“) bezeichnet die gezielte Anpassung von Gesundheitsinformationen in der Gesundheitsberatung an die individuellen Merkmale, Bedürfnisse und Lebensumstände einer bestimmten Person oder Zielgruppe. Im Gegensatz zu allgemein gefassten Gesundheitsinformationen, die oft hohe Streuverluste oder nicht intendierte Wirkungen erzielen, zielt Tailoring darauf ab, die Relevanz und Wirksamkeit der Informationen durch Personalisierung zu verbessern [7], [8].

Um diese Aufgaben zu erfüllen, ist ein hohes Maß an Kenntnissen und Fähigkeiten durch die Beratenden notwendig. Dies erfordert neben spezifischem Fachwissen auch ein theoretisches Wissen zu relevanten Theorien und Modellen [9] (Erklärungs- und Veränderungsmodelle 1: Einstellungs- und Verhaltensänderung) aus den Gesundheitswissenschaften und der Gesundheitspsychologie, um Gesundheit und Gesundheitsverhalten sowie dessen Determinanten verstehen und in einer Beratung adressieren zu können (z. B. Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell [10], Stress und Stressbewältigung [11], Health Belief Model, Transtheoretisches Modell in Erklärungs- und Veränderungsmodelle 1: Einstellungs- und Verhaltensänderung [9]) [4], [1], [6].

Auch sind Kenntnisse über subjektive Krankheitstheorien notwendig, um individuelle Vorstellungen und Wahrnehmungen in die Beratung einzubeziehen. Zudem sind Fähigkeiten wie Techniken der Gesprächsführung, kommunikative und soziale Kompetenzen (z. B. zum angemessenen Umgang mit Emotionen) für eine erfolgreiche Beratung relevant [4], [6].

Abgrenzung zu verwandten Konzepten

Gesundheitsberatung mit dem Ziel, persönliche Kompetenzen zu fördern und somit die selbstbestimmte und aktive Gestaltung der Gesundheit zu unterstützen, ist eine Maßnahme im Sinne der Gesundheitsförderung [12] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen). Auch verwandte Konzepte und Ansätze wie die Gesundheitsbildung, -erziehung und -aufklärung sowie die Patientenberatung verfolgen ähnliche Ziele. Allerdings lassen sich die Begriffe durch bestimmte Merkmale von der Gesundheitsberatung abgrenzen.

Während die Gesundheitsberatung eine aktive Rolle der Ratsuchenden, einen zwischenmenschlichen Prozess und eine subjektorientierte Ausrichtung voraussetzt, findet bei der gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitserziehung [13] (Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung) eine meist einseitige und häufig massenmediale Vermittlung von Gesundheitsinformationen an verschiedene Individuen statt (z. B. durch Gesundheitskampagnen).

Gesundheitsberatung meint zudem eine zeitlich befristete Intervention, die sich auf ein konkretes Problem und die Vermittlung von entsprechend benötigten Kompetenzen bezieht. Hierdurch grenzt sie sich von Ansätzen wie der gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitserziehung [13] (Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung) sowie Gesundheitsbildung [14] ab, die als langfristig organisierte Bildungs- und Lernprozesse in einem häufig pädagogischen Kontext auf die allgemeine Förderung von Kompetenzen wie eine ausgeprägte Gesundheitskompetenz abzielen. Während die Gesundheitserziehung dabei vor allem auf Kinder und Jugendliche ausgerichtet ist (z. B. in Schulen, Kindertagesstätten), richtet sich die Gesundheitsbildung insbesondere an Erwachsende (z. B. in Volkshochschulen) – im Englischen werden beide Ansätze meist synonym unter den Begriff *Health Education* gefasst.

Die Gesundheitsberatung grenzt sich außerdem von der Patientenberatung/Patientenedukation [15] ab, die länger angelegte, krankheitsbegleitende Interventionsstrategien umfasst und das Ziel hat, die Selbststeuerungsfähigkeit und das Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten zu verbessern. Während die Patientenberatung/Patientenedukation somit ausschließlich auf erkrankte Personen zugeschnitten ist, richtet sich die Gesundheitsberatung auch an gesunde Menschen.

Gesundheitsberatung als Beruf: Interdisziplinär und kontextabhängig

Lange Zeit wurde die Gesundheitsberatung vor allem als Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten angesehen. Eine ärztliche Gesundheitsberatung wurde 1989 (Gesundheitsreformgesetz, GRG) auch gesetzlich

verankert und als integraler Bestandteil der kassen- bzw. vertragsärztlichen Versorgung festgelegt (§25 und §26 SGB V). Die Gesundheitsberatung umfasst alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung.

Mit dem 2015 verabschiedeten Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention [16] (Präventionsgesetz – PrävG) wurde die Möglichkeit geschaffen, dass Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen (gemäß §25 und §26 SGB V) sowie im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder sonstigen Untersuchung (§20 Abs. 5 Satz 2 SGB V) auch schriftliche Empfehlungen für individuelle verhaltensbezogene Leistungen zur Primärprävention ausstellen können.

Mangelnde zeitliche Ressourcen und Beratungsanliegen über medizinische Fragen hinaus haben dazu geführt, dass Gesundheitsberatung ein zunehmend heterogenes Praxisfeld ist, in dem Fachleute aus verschiedenen Professionen tätig sind. Dazu gehören neben Ärztinnen und Ärzten auch Psychologinnen und Psychologen, Apothekerinnen und Apotheker, Hebammen, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Pflegekräfte. Ebenso sind Angehörige anderer Fachgebiete wie (Sozial-)Pädagoginnen und Pädagogen, Ökotrophologinnen und Ökotrophologen, Sozialarbeitende oder Sportwissenschaftlerinnen und Sportwissenschaftler in der Gesundheitsberatung tätig.

Demnach kann Gesundheitsberatung in verschiedenen Settings stattfinden: Neben Kliniken und Praxen wird sie auch in (staatlichen und öffentlichen) Gesundheitseinrichtungen wie Gesundheitsämtern, von gesetzlichen Krankenkassen oder von freien sozialen Trägern wie Wohlfahrtsverbänden oder Selbsthilfeorganisationen [17] (Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung) angeboten.

Dabei behandelt die Gesundheitsberatung nicht nur medizinische und biologisch orientierte Themen, sondern beispielsweise auch psychologische, soziale, sozialrechtliche und pflegerische Fragestellungen. Generell kann die Gesundheitsberatung breit aufgestellt bzw. thematisch breit gefächert sein. In der Praxis ist sie allerdings häufig spezialisiert und auf bestimmte Themen zugeschnitten: z. B. auf Sucht-, HIV/AIDS-, Krebs- oder Ernährungsberatung (etwa in Gesundheitsämtern). Aufgrund der Vielzahl an Anforderungen an eine umfassende Gesundheitsberatung sind häufig die interdisziplinäre Zusammenarbeit, ein funktionierender Informationsaustausch und eine enge Abstimmung erforderlich. Die Gesundheitsberatung stellt dabei für viele Gesundheitsberufe eine der zentralen Aufgaben dar (z. B. für Pflegepersonal), andere beraten innerhalb ihres sonstigen Aufgabenbereichs auch in Fragen der Gesundheit (z. B. Sozialarbeitende; [5]).

Durch das zunehmende Interesse an Gesundheitsthemen wächst das Berufsfeld weiter an. So sind neue Berufsbezeichnungen wie „Gesundheitscoach“ entstanden. Dabei ist dies keine gesetzlich geschützte Berufsbezeichnung: „Gesundheitscoaches“ werden auch nicht staatlich geprüft. Zwar gibt es Institutionen, die zertifizierte Weiterbildungen anbieten, die für eine solche Tätigkeit allerdings nicht verpflichtend sind. Auch die Qualität unterscheidet sich stark, selbst bei zertifizierten Beraterinnen und Beratern. Dabei ist das kaum überschaubare Angebot im Hinblick auf die Seriosität sehr heterogen und teilweise mit fehlender finanzieller Unabhängigkeit verbunden. Wenn die Behandlung manifester Krankheitsbilder durch Gesundheitscoaches Gegenstand einer eigenverantwortlichen und weisungsfreien Tätigkeit ist, so wird möglicherweise die Grenze zur Heilkunde überschritten, die dem Gesetz nach approbierten Ärztinnen und Ärzten sowie Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern vorbehalten ist [18]. Auch der Datenschutz und der Umgang mit sensiblen Daten angesichts der Vielzahl von Gesundheitsberatungsangeboten bleibt ein grundsätzliches Problem, das zu berücksichtigen ist und ggf. weitergehender rechtlicher Regelungen bedarf [6].

Kanalabhängige Gesundheitsberatung

Gesundheitsberatung kann sowohl Face-to-Face als auch medienvermittelt per Telefon, E-Mail oder Onlineanwendungen erfolgen. Über welche Kommunikationswege eine Gesundheitsberatung in Anspruch genommen wird, hängt von verschiedenen Faktoren wie den individuellen Medienpräferenzen, dem Beratungsthema, den verschiedenen Charakteristika der Vermittlungsformen und deren Vor- und Nachteilen ab [6], [5].

Zunächst sind die verschiedenen Vermittlungsformen durch verschiedene Zugangsbarrieren und Kompetenzen charakterisiert. Demnach erfordert der persönliche Kontakt die räumliche Anwesenheit beider Gesprächsparteien, wobei nicht alle diese Möglichkeit haben (wegen körperlicher Einschränkungen, Berufstätigkeit, weiter Wege in ländlichen Regionen etc.). Die Anwesenheit aller am

Gespräch beteiligten Personen kann durch eine medienvermittelte, raumunabhängige Kommunikation umgangen werden. Dafür sind jedoch erweiterte Kompetenzen notwendig, insbesondere bei digitalen Angeboten. Medienvermittelte Kommunikation wird eher von jüngeren Zielgruppen in Anspruch genommen, während Ältere eher das persönliche Gespräch suchen.

Bei schriftlichen Kommunikationsformen wie Brief, E-Mail oder Live-Chat kann das Thematisierte zwar schriftlich fixiert und im Nachgang gelesen und bearbeitet werden, es fehlen hier aber die Möglichkeiten (non)verbaler Kommunikation. Je nach Thema ist es für Personen unter Umständen einfacher, Gefühle oder Ängste (z. B. am Telefon) verbal auszudrücken und zu verstehen, als sie zu verschriftlichen. Durch die Wahrnehmung nonverbaler Signale (z. B. in einem persönlichen Gespräch oder bei der Videotelefonie) kann besser nachvollzogen werden, ob Besprochenes (richtig) verstanden wurde.

Die verschiedenen Vermittlungsformen unterscheiden sich zudem danach, ob sie synchron oder asynchron stattfinden. Während eine asynchrone Kommunikation z. B. per E-Mail durch die Zeitverzögerung eine höhere Flexibilität hat (da die zeitgleiche Anwesenheit beider Parteien nicht notwendig ist), eignen sich synchrone Kommunikationsformen wie das persönliche Gespräch, ein Telefonat oder ein Live-Chat eher, wenn Ratsuchende ein dringendes Anliegen haben.

In einigen Settings kann während der Gesundheitsberatung die Anonymität der Anfragenden gewährleistet werden (z. B. per Telefon oder Live-Chat), in anderen Vermittlungsformen wie dem persönlichen Gespräch sind sich die Gesprächspartner dagegen bekannt. Ob Anonymität gewünscht wird, kann sowohl von der Beziehung der beiden Parteien als auch vom Thema abhängen. Besonders bei intimen oder tabubesetzten und potenziell stigmatisierenden Themen wünschen sich viele Ratsuchende, anonym zu bleiben. Auch die Komplexität eines Themas kann darüber bestimmen, über welchen Kanal eine Person eine Beratung in Anspruch nimmt. Insbesondere bei komplexen Themen (z. B. eine genetische Krebsberatung) eignen sich Kanäle, die er erlauben, Inhalte zu verbalisieren, möglicherweise eher als solche, die nur eine eingeschränkte Tiefe ermöglichen (z. B. Live-Chat).

Auch wenn eine Gesundheitsberatung häufig als persönliches Gespräch stattfindet (bei einem Arzt oder einer Ärztin, in Gesundheitseinrichtungen etc.) nimmt die digitale Gesundheitsberatung eine zunehmend größere Rolle ein. Die Kombination unterschiedlicher Dienste und Kommunikationswege ermöglicht die Integration von Individual- (z. B. über E-Mails oder Apps) und Gruppenkommunikation (z. B. über Chats). Sie stellt somit eine sinnvolle Ergänzung der Face-to-Face-Beratung dar.

Gesundheitsberatung für vulnerable Zielgruppen

Der Begriff „vulnerable Zielgruppen“ ist in der Gesundheitsförderung und -beratung allgegenwärtig; dennoch ist seine Definition und Verwendung umstritten. Häufig werden darunter Bevölkerungsgruppen subsumiert, die aufgrund bestimmter Merkmale wie Alter, sozialer Benachteiligung, Migrationshintergrund, chronischer Erkrankungen oder Behinderungen einem erhöhten Risiko gesundheitlicher Beeinträchtigungen ausgesetzt sind oder weniger als andere Bevölkerungsgruppen gesundheitsrelevante Angebote wahrnehmen [19], [20].

Dabei ist Vulnerabilität ein extern zugeschriebenes und kein inhärentes Merkmal einer Person oder Gruppe. Vielmehr entsteht sie durch das Zusammenspiel verschiedener Faktoren: Soziale Ungleichheit, Diskriminierung, eingeschränkter Zugang zu (gesundheitlichen) Ressourcen und fehlende Teilhabemöglichkeiten können dazu beitragen, dass Menschen vulnerabel für gesundheitliche Probleme werden. Auch Sprachbarrieren und negative Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem können den Zugang zu Gesundheitsinformationen und -beratung erschweren. Vulnerabilität steht daher im Zusammenhang mit gesellschaftlichen Normen und Strukturen, die durch systemische Exklusionsmechanismen bestimmte Bevölkerungsgruppen benachteiligen und somit gesundheitliche Ungleichheiten verstärken [21].

Obgleich die Wahrnehmung von Vulnerabilität essentiell ist, um Zugangsschwierigkeiten zu gesundheitlichen Strukturen bestimmter Gruppen zu identifizieren und anzugehen, sollte diese Form der Fokussierung nicht die bestehenden Ressourcen und Bewältigungsstrategien der Betroffenen vernachlässigen. In der Gesundheitsberatung sollte eine ganzheitliche Betrachtungsweise angestrebt werden, die auch die strukturellen Faktoren und die Gründe für Vulnerabilität und Ungleichheit in den Blick nimmt [22], [19].

Gesundheitsberatung für vulnerable Zielgruppen erfordert eine präzise Ausrichtung auf Zugangsbarrieren, die diese Gruppen daran hindern, von gesundheitsrelevanten Informationen und Angeboten zu profitieren. Eine Möglichkeit, Zugänge zu verbessern, ist der sogenannte

Sozialarbeiteransatz. Hierbei sucht Gesundheitspersonal Personen mit bekannten Zugangsbarrieren in ihrer Lebenswelt auf. Oder es werden niedrigschwellige Angebote in Stadtvierteln etabliert, etwa Gesundheitskioske. Eine weitere bewährte Strategie ist der Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus bestimmten Zielgruppen, um gesundheitsrelevante Angebote und Beratungen bekanntzumachen und das Vertrauen in diese zu stärken [23] (Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren).

Im Kontext von gesundheitlicher Beratung gilt es, die Bedarfe vulnerabler Zielgruppen zu berücksichtigen und Kommunikationsbarrieren durch den Einsatz von Sprachmittlerinnen oder -mittler, weiterer (technischer) Hilfsmittel zur Kommunikation oder die Verwendung Leichter Sprache zu reduzieren. Tailoring sollte den zielgruppenspezifischen Ansatz begleiten und zur Förderung von Beteiligung in Gesundheitsberatungen beitragen [24], [25] .

Die Autorinnen danken Elisabeth Krane und Susanne Linden für ihre Vorarbeiten zu diesem Leitbegriff in den bisherigen Auflagen.

References

1. Faltermaier T. Gesundheitsberatung. In: Nestmann F, Engel F, Sickendiek U, editors. Das Handbuch der Beratung. Tübingen: dgvt; 2004. p. 1.063-1.081. (Ansätze, Methoden und Felder; 2).
2. Brandes S, Stark W. Empowerment/Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i10-3.0
3. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
4. Domsch H, Lohaus A. Gesundheitsberatung. In: Warschburger P, editor. Beratungspsychologie. Berlin, Heidelberg: Springer; 2009. p. 153–70.
5. Reifegerste D, Ort A. Gesundheitskommunikation. 2 edn. Baden-Baden: Nomos; 2024.
6. Schmidt-Kaehler S. Gesundheitsberatung im Internet: Nutzwert, Evaluation und Positionierung internetgestützter Informations- und Beratungsleistungen für Bürger, Versicherte und Patienten in der gesundheitlichen Versorgung [Dissertation]. Universität Bielefeld; 2005 [accessed 2024 Sep 23]. Available from: https://pub.uni-bielefeld.de/record/2304060
7. Lütke Lanfer H, Rossmann C. Grundlagen der Gesundheitskommunikation in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Tiemann M, Mohokum M, editors. Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer; 2021. p. 239–49. (Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit).
8. Noar SM, Harrington NG, Aldrich RS. The role of message tailoring in the development of persuasive health communication messages. Ann Int Commun Assoc. 2009 Jan;33(1):73–133. DOI:10.1080/23808985.2009.11679085
9. Finne E, Paul H. Erklärungs- und Veränderungsmodelle 1: Einstellungs- und Verhaltensänderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i012-3.0
10. Sperlich S, Franzkowiak P. Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i102-3.0
11. Ernst G, Franke A, Franzkowiak P. Stress und Stressbewältigung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i118-2.0
12. 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
13. Spura A. Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i024-2.0
14. 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
15. Schaeffer D. Patientenberatung/Patientenedukation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i087-3.0
16. 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
17. 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
18. Stock C. Rechtsgutachten zum Heilpraktikerrecht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. 2021 [accessed 2024 Sep 24]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Stock_Gutachten_Heilpraktikerrecht_bf.pdf.
19. Inthorn J. „Vulnerable Gruppen“ und ihre Bedeutung für die ethische Begründung gesundheitsbezogener Maßnahmen. Public Health Forum. 2022 Mar 28;30(1):12–4. DOI:10.1515/pubhef-2021-0122
20. Pawils S. Prävention und Gesundheitsförderung für vulnerable Zielgruppen. In: Tiemann M, Mohokum M, editors. Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer; 2021. p. 393–7. (Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit).
21. Gingrich A. Othering. In: Kreff F, Knoll EM, Gingrich A, editors. Lexikon der Globalisierung. transcript; 2011 Dec 31. p. 323–4.
22. Habermann-Horstmeier L, Lippke S. Grundlagen, Strategien und Ansätze der Gesundheitsförderung. In: Tiemann M, Mohokum M, editors. Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer; 2021. p. 65–75. (Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit).
23. Blümel S, Lehmann F, Hartung S. Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i128-2.0
24. Homfeldt HG. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In: Thole W, editor. Grundriss Soziale Arbeit. Wiesbaden: VS; 2002. p. 317–30.

Korrespondenz: Dr. phil. Winja Weber, Deutsches Krebsforschungszentrum, Krebsinformationsdienst, Im Neuenheimer Feld 280, 69120 Heidelberg, Deutschland, E-mail: winja.weber@dkfz-heidelberg.de

Zitierhinweis: Weber W, Lütke Lanfer H. Gesundheitsberatung. . In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i027-1.0

Copyright: © 2026 Winja Weber 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/

Gesundheitsberichterstattung

Anke Saß[1]
Thomas Ziese[1]
[1] Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland

Abstract

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) liefert wissenschaftlich fundierte Informationen zur Gesundheit der Bevölkerung. Das Themenspektrum der Berichte, Artikel, Faktenblätter und Online-Daten reicht von der gesundheitlichen Lage über das Gesundheitsverhalten und Präventionsmöglichkeiten bis hin zur Gesundheitsversorgung. Die Informationen werden auf unterschiedlichen Ebenen publiziert: in den Kommunen (Gesundheitsämter), in den Ländern (Öffentlicher Gesundheitsdienst), auf Bundesebene (Robert Koch-Institut und Statistisches Bundesamt) sowie durch internationale Gremien (EU, WHO und OECD). Zielgruppen sind Politikerinnen und Politiker, Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens, Public-Health-Fachleute, Wissenschaftlerinnen, Wissenschaftler, Studierende und Medien.

Keywords: Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsinformationen, Gesundheitspolitik, Journal of Health Monitoring, Gesundheitsdaten

Einleitung

Gesundheitsberichterstattung (GBE) informiert über gesundheitsrelevante Themen und liefert so wissenschaftlich fundierte Informationen als Grundlagen für gesundheitspolitische Diskussionen und Entscheidungen. Das Themenspektrum der GBE umfasst dabei alle wichtigen Bereiche der Gesundheit (vgl. Tab. 1).

Themenbereich	**Beispiele**
Gesundheitszustand	• Wohlbefinden und Lebensqualität • Körperliche und psychische Krankheiten und Gesundheitsstörungen ausgewählter Bevölkerungsgruppen (z. B. Kinder, höheres Lebensalter, Menschen mit Migrationsgeschichte) • Lebenserwartung und Todesursachen • Krankheitsfolgen
Einflussfaktoren auf die Gesundheit	• Gesundheitsverhalten (z. B. Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum) • Soziale Einflussfaktoren (z. B. Bildung)
Gesundheitsversorgung	• Ambulante und stationäre Versorgung • Rehabilitation und Pflege • Gesundheitsausgaben und Krankheitskosten
Prävention und Gesundheitsförderung	• Verhaltensprävention, Verhältnisprävention • Vorsorge und Früherkennung, Impfungen • Selbsthilfe

Tab. 1: Themenspektrum der Gesundheitsberichterstattung (GBE) (eigene Darstellung)

Adressatinnen und Adressaten der Gesundheitsberichterstattung

Die Politik ist ein wichtiger Adressat der GBE. Aber ebenso richtet sie sich an eine breite Fachöffentlichkeit wie z. B. Akteurinnen und Akteure der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, den Öffentlichen Gesundheitsdienst und Selbsthilfeverbände, die Informationen zur Gesundheit professionell nutzen. Darüber hinaus adressiert sie Studierende und Lehrende der Public-Health-Wissenschaften sowie Vertreterinnen und Vertreter der Medien. Bürgerinnen und Bürger nutzen die Gesundheitsberichterstattung als eine nicht von Partikularinteressen geleitete Informationsquelle.

Das große Interesse wird an der weiten Verbreitung der Publikationen der GBE deutlich. Pro Monat werden z. B. bis zu 34.000 Zugriffe auf die Website des „Journal on Health Monitoring“ gezählt. Die GBE bildet damit einen wichtigen Baustein im gesundheitspolitischen Diskurs und will durch verständlich aufbereitete Informationen und Analysen die Diskussion zwischen den Akteurinnen und Akteuren sowie Nutzerinnen und Nutzern des Gesundheitswesens unterstützen.

Publikationsstrategie der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Die nach internationalen Vorbildern entwickelte Online-Zeitschrift „Journal of Health Monitoring“ erscheint seit 2016 vierteljährlich. Sie greift wichtige Public Health-Themen auf; jede Ausgabe widmet sich einem Leitthema. Zusätzlich erscheinen Einzelartikel, z. B. die Empfehlung „Gute Praxis GBE 2.0“. Die Zeitschrift ist zweisprachig (deutsch/englisch) und barrierefrei. Alle Artikel durchlaufen ein externes Peer-Review-Verfahren.

Das „Journal of Health Monitoring“ wendet sich an eine breite Fachöffentlichkeit. Ein Editorial Board begleitet die Arbeit der Redaktion. Um die Auffindbarkeit insbesondere international zu erhöhen, sind die englischen Ausgaben des Journals seit Februar 2022 in der Literaturdatenbank PubMed verfügbar. Daneben werden in unregelmäßigen Abständen umfangreiche Gesundheitsberichte erarbeitet. Zuletzt erschien 2020 der Bericht „Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland“. 2023 wurde eine Kurzfassung als Broschüre publiziert. Seit 2024 werden indikatorenbasierte GBE-Informationen und die Publikationen der GBE, wie das „Journal of Health Monitoring“, auf einer neuen Internet-Plattform präsentiert.

Ergänzt werden die Informationen durch das umfassende Datenangebot des Informationssystem der Bundes-GBE (IS-GBE). Dabei handelt es sich um eine Onlinedatenbank, die Daten zu zahlreichen Themenfeldern der GBE bereitstellt. In der vom Statistischen Bundesamt gepflegten Datenbank werden Informationen aus mehr als 100 verschiedenen Datenquellen systematisch zusammengeführt, darunter amtliche Statistiken, Verwaltungs- und Registerdaten sowie Surveys. Die Informationen liegen in Form von zum Teil individuell gestaltbaren Tabellen und Grafiken vor, auch Dokumentationen zu den Datenquellen und Erhebungsmethoden sind abrufbar.

Ebenen der Gesundheitsberichterstattung

Gesundheitsberichterstattung wird in Deutschland auf mehreren Ebenen durchgeführt: in den Kommunen (zum Teil auch Stadtteilen oder Quartieren), in den Ländern und auf der Bundesebene. Tendenziell ist die Datenlage für großräumige Analysen besser als für kleinräumige. Dies gilt insbesondere für Themen des Gesundheitsverhaltens und für verknüpfbare Daten, beispielsweise für die gemeinsame Betrachtung von sozialer Lage und Gesundheit.

- Auf *kommunaler* Ebene werden Gesundheitsberichte überwiegend von den Gesundheitsämtern erstellt, neben Basisberichten auch Schwerpunktberichte. Wichtige Themen sind die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen unter Nutzung der jeweiligen Schuleingangsuntersuchungen, Gesundheitsversorgung, psychische Gesundheit sowie die Gesundheit von Älteren, wie eine Auswertung der Kommunalen Datenbank Gesundheitsberichterstattung von Nordrhein-Westfalen zeigt [1].
- Die Gesundheitsberichterstattung der *Länder* ist als Aufgabe in den Ländergesetzen zum Öffentlichen Gesundheitsdienst [2] (Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung) definiert und orientiert sich an einem gemeinsamen Indikatorensatz [3] (Gesundheitsindikatoren), der vergleichende Betrachtungen zwischen den Ländern erlaubt.
- Auf *Bundesebene* wird die GBE durch das Robert Koch-Institut zusammen mit dem Statistischen Bundesamt durchgeführt.

Daneben existiert in Deutschland ein differenziertes nichtstaatliches Berichtswesen, beispielsweise im Bereich der Sozialversicherungsträger oder der Betrieblichen Gesundheitsförderung [4] (Betriebliche Gesundheitsförderung).

- Auf *internationaler* Ebene sind die Gesundheitsberichterstattungssysteme der WHO und der OECD seit mehreren Jahren fest etabliert. Daneben wird auch auf EU-Ebene eine GBE aufgebaut, die verschiedene Berichte und EU-weit einheitliche Datengrundlagen beinhaltet. Durch die Implementierung des verpflichtenden Gesundheitssurveys (European Health Interview Survey – EHIS) stehen auf europäischer Ebene valide Gesundheitsdaten zur Verfügung. Die überwiegende Zahl der Aktivitäten zur Weiterentwicklung von Surveillance und Public Health zu nichtübertragbaren Krankheiten und ihren Determinanten wird jedoch auf Projektebene durchgeführt. Eine dauerhafte Infrastruktur für diese Bereiche fehlt in der EU.

Neben der Bereitstellung von Gesundheitsberichten und Informationssystemen übernimmt die GBE wichtige Aufgaben bei der Unterstützung (gesundheits-)politischer Maßnahmen und Programme. So spielen die Informationen der Gesundheitsberichterstattung eine wichtige Rolle bei den Gesundheitszieleprozessen und anderen Aktionsprogrammen wie beispielsweise bei der Förderung von Gesundheit im Kindes- und Jugendalter.

Die Beteiligung der GBE an solchen Programmen hat zwei Schwerpunkte: Zum einen trägt sie dazu bei, Programmziele und Maßnahmen zu deren Umsetzung zu identifizieren, zum anderen wirkt sie mit an der Evaluation, die der Kontrolle von Zielerreichung und Wirksamkeit der Maßnahmen [5] (Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus) dient.

Qualitätsanforderungen an die Gesundheitsberichterstattung

Damit die GBE ihren Aufgaben gerecht werden kann, muss sie hohen Qualitätsanforderungen genügen. Die „Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung“ bietet anhand von Leitlinien und Empfehlungen eine fachliche Orientierung für das Erstellen von Gesundheitsberichten. Sie dient dazu, die GBE auf kommunaler, Landes- und Bundesebene zu unterstützen und eine hochwertige Berichterstattung sicherzustellen [6]. Die Leitlinien und Empfehlungen sind von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern der unterschiedlichen Ebenen der GBE in Deutschland erarbeitet worden.

Neben der Unterstützung der Gesundheitspolitik liefert die GBE auch Beiträge zu Berichterstattungssystemen anderer Politikfelder. Hier ist neben der Kinder- und Jugend-, Familien-, Ernährungs- und Umweltberichterstattung insbesondere die zunehmende Verknüpfung mit der Sozialberichterstattung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene zu nennen. Der Idealfall einer integrierten (gesundheitsbezogenen) Berichterstattung hat zwar im Bereich der als intersektorale Politik verstandenen Gesundheitsförderung viele Befürworterinnen und Befürworter, stößt bei der Umsetzung auf kommunaler Ebene jedoch auf vielfältige Probleme.

Umsetzung in Praxis, Politik und Forschung

Der weitere Ausbau der Gesundheitsberichterstattung hängt nicht zuletzt von der Entwicklung ihrer Datengrundlagen ab. Auf Bundesebene ist im Jahr 2024 die Studienreihe „Gesundheit in Deutschland“ gestartet [7]. Damit wird das bevölkerungsbezogene RKI-Gesundheitsmonitoring [8] fortgeschrieben und an aktuelle Entwicklungen und Erfordernisse angepasst. Das Robert Koch-Institut lädt zufällig ausgewählte Personen in mehr als 300 Städten und Gemeinden zur Teilnahme ein.

Die Studienreihe ist als Panel-Studie konzipiert. Dabei wird eine Gruppe von Menschen über einen längeren Zeitraum immer wieder befragt. Mit dem Panel wird es möglich, schnell und regelmäßig aktuelle Daten zur Gesundheit zu erheben. Ziel ist es, insgesamt 100.000 Panel-Teilnehmende ab einem Alter von 16 Jahren zu gewinnen. Die Teilnahme ist freiwillig. Die Angaben ermöglichen wissenschaftlich fundierte und für ganz Deutschland aussagekräftige Ergebnisse zur gesundheitlichen Lage. Geplant ist außerdem, neben den Befragungen auch Untersuchungsdaten zu integrieren, zum Beispiel über die Messung von Körpergröße, Gewicht und Blutdruck oder Laboranalysen von Blutproben.

Die Studienreihe „Gesundheit in Deutschland“ ergänzt vorhandene Informationen anderer Datenhalter (z. B. amtliche Statistik, Sozialversicherung) um dort nicht erfasste Informationen, z. B. zur subjektiven Gesundheit, zur sozialen Situation oder zum Gesundheitsverhalten. Damit stehen für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes regelmäßig erhobene Primärdaten zur Verfügung, die eine kontinuierliche Beobachtung von Veränderungen im Gesundheitsstatus und seinen Determinanten mit Längsschnitt- und Querschnittkomponenten ermöglichen. Die Studienreihe ist so angelegt, dass oftmals

auch regionale Vergleiche möglich sind. Zudem nutzt die Gesundheitsberichterstattung Sekundärdaten und führt Forschungsprojekte zur Erschließung und Verknüpfung von weiteren Datenquellen durch, z. B. Abrechnungsdaten entsprechend der Datentransparenzverordnung (DaTraV) [9].

Wichtige Fragen, die als Herausforderungen gleichermaßen für Praxis, Politik und Forschung zu betrachten sind, betreffen die Umsetzung von Daten in praktisches und politisches Handeln:

- Würde eine stärkere Beteiligung von Fachleuten und Laien, Bürgerinnen und Bürgern in der Entstehungsphase der Berichte zu mehr Engagement und Aktivitäten bei der Umsetzung der Berichte führen?
- Sind die Berichtsbereiche und Indikatoren genügend handlungsorientiert?
- Sind ausreichend Daten verfügbar, die eine kleinräumige Analyse erlauben? Für lokale Interventionen werden Informationen insbesondere auf kommunaler Ebene benötigt.
- Wie kann man eine größere öffentliche Debatte der Gesundheitsberichte erreichen?
- Sind Nutzeranalysen und eine Qualitäts- bzw. Effektivitätskontrolle der bisher entwickelten Gesundheitsberichte ausreichend?

Weiterführende Quellen:

- Böhm A. Bürgernahe Gesundheitsberichterstattung. In: Kuhn J, Böcken J, editors. Verwaltete Gesundheit: Konzepte der Gesundheitsberichterstattung in der Diskussion. Frankfurt am Main: Mabuse; 2009. p. 171–81.
- Kuhn J, Böcken J, editors. Verwaltete Gesundheit: Konzepte der Gesundheitsberichterstattung in der Diskussion. Frankfurt am Main: Mabuse; 2009.
- Kurth BM, Saß AC, Ziese T. Gesundheitsberichterstattung. In: Razum O, Kolip P, editors. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Beltz Juventa; 2020. p. 390–420.
- Reintjes R, Klein S. Gesundheitsberichterstattung und Surveillance: Messen, Entscheiden und Handeln. Bern: Huber; 2007.
- Saß AC, Lampert T, Prütz F, Beermann S, Ziese T. Gesundheitsberichterstattung. In: Thielscher C, editor. Handbuch Medizinökonomie I. Heidelberg: Springer Gabler; 2021. p. 169–93.
- Süß W, Schäfer I, Trojan A. Integrierte (Gesundheits-)Berichte: Konzeptionelle Überlegungen und Umsetzungserfahrungen. Aachen: Shaker; 2007.
- Szagun B. Kommunale Gesundheitsberichterstattung als Grundlage für Gesundheitsförderung. In: Kuhn J, Heyn M, editors. Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst. Bern: Hogrefe; 2015. p. 125–34.
- Ziese T, Prütz F, Rommel A, Reitzle L, Saß AC. Gesundheitsberichterstattung des Bundes am Robert Koch-Institut – Status quo und aktuelle Entwicklungen. Bundesgesundheitsblatt. 2020 Sep;63(9):1057–66. DOI:10.1007/s00103-020-03195-8

Internetadressen:

- Europäische Gesundheitsumfrage – Mikrodaten. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/microdata/european-health-interview-survey
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE Bund). 2024. Available from: https://www.rki.de/gbe
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE Bund). Available from: https://www.gbe-bund.de
- Gesundheitsstudien. 2025. Available from: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/gesundheit_deutschland/gesundhei
- World Health Organization (WHO). Global health observatory − Explore a world of health data. Available from: https://www.who.int/data/gho

References

1. Rosenkötter N, Borrmann B. Einblicke in die kommunale und kleinräumige Gesundheitsberichterstattung − die Datenbank kommunale Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen. Gesundheitswesen. 2014;76(08/09):A151.
2. 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

3. Röding D, Gerlich MG, Walter U. Gesundheitsindikatoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i055-3.0
4. Hartung S, Faller G. Betriebliche 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-i042-3.0
5. Hartung S, Rosenbrock R. Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i099-2.0
6. Starke D, Tempel G, Butler J, Starker A, Zühlke C, Borrmann B. Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen 2.0. J Health Monit. 2019;4(S1):1–22. DOI:10.25646/6058
7. Lemcke J, Loss J, Allen J, Öztürk I, Hintze M. Gesundheit in Deutschland: Etablierung eines bevölkerungsbezogenen Gesundheitspanels. J Health Monit. 2024;9(S2):2–22.
8. Kurth BM, Lange C, Kamtsiuris P, Hölling H. Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Sachstand und Perspektiven. Bundesgesundheitsblatt. 2009;52(5):557–70.
9. Krause L, Reitzle L, Hess S. Referenzauswertungen für die Schätzung von Prävalenz, Inzidenz und Mortalität Public-Health-relevanter Erkrankungen auf Basis von Routinedaten. Bundesgesundheitsblatt. 2024;67(1):139–48.

Korrespondenz: Anke Saß, Robert Koch-Institut, General-Pape-Straße 62-66, 12101 Berlin, Deutschland, E-mail: SassA@rki.de

Zitierhinweis: Saß A, Ziese T. Gesundheitsberichterstattung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i028-1.0

Copyright: © 2026 Anke Saß 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/

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Anne Kaman[1]
Ulrike Ravens-Sieberer[2]

[1] Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, Forschungssektion "Child Public Health", Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

[2] Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, Forschungssektion Child Public Health, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

Abstract

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität umfasst das subjektive Wohlbefinden in verschiedenen Lebensbereichen. Eine einheitliche Definition existiert bislang nicht, meist werden jedoch körperliche, psychologische, soziale, familiäre und arbeits- bzw. schulbezogene Faktoren berücksichtigt. Dieses Verständnis führt zunehmend zu einem Paradigmenwechsel in der Medizin: Der Erfolg einer Behandlung wird nicht mehr nur an körperlichen Befunden gemessen, sondern auch an den individuellen Einschätzungen der Patientinnen und Patienten. Zahlreiche Studien haben die gesundheitsbezogene Lebensqualität in den vergangenen Jahren untersucht – allerdings ohne auf eine entwickelte Theorie zurückgreifen zu können.

Keywords: Subjektive Gesundheit, Wohlbefinden

Lebensqualität als Forschungsfeld

Der Begriff der Lebensqualität wird in verschiedenen Zusammenhängen verwendet. In die Politikgestaltung hat Lebensqualität als qualitatives Gegenkonzept zu einem quantitativen Verständnis von Lebensstandard seit den 1970er-Jahren Eingang gefunden [1] (Lebensqualität – ein Konzept der individuellen und gesellschaftlichen Wohlfahrt). Dabei werden quantifizierbare Lebensbedingungen in Bezug gesetzt zur subjektiven Wahrnehmung dieser Bedingungen und dem damit verbundenen Wohlbefinden. Versuche der Operationalisierung eines Konzepts der Lebensqualität sind gegenwärtig nicht mehr nur auf Ökonomie, Soziologie und Philosophie beschränkt, sondern werden auch in der Psychologie, Gesundheitsforschung und in der Medizin unternommen. Lebensqualität ist ein übergreifendes interdisziplinäres Forschungsfeld, in das sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität konzeptionell einordnen lässt.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität: ein multidimensionales Konstrukt

Bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität handelt es sich um ein multidimensionales Konstrukt, das die Funktionsfähigkeit bzw. das subjektive Wohlbefinden in verschiedenen wichtigen Lebensbereichen umfasst. Es gibt zahlreiche Definitionen dieses Konstrukts, die in der Regel körperliche, emotionale bzw. psychologische, soziale, familiäre und oftmals auch arbeits- bzw. schulbezogene Aspekte berücksichtigen.

Im Rahmen der Entwicklung des Fragebogens WHOQOL durch die Quality of Life Assessment Group der Weltgesundheitsorganisation wurde ein sechsdimensionales Konstrukt definiert [2]. Nach dieser Definition umfasst die gesundheitsbezogene Lebensqualität eine körperliche und eine psychische Dimension sowie Dimensionen zu sozialen Beziehungen, zu Lebensbedingungen und zur Spiritualität bzw. zur Religion oder zu persönlichen Überzeugungen.

Kritik erfährt das Konstrukt bzw. die zugehörige Forschung vor allem aufgrund eines Theoriemangels; es existiert weder eine fundierte Theorie, noch konnte bis dato eine erfolgreiche Anbindung des Konstrukts an eine bereits entwickelte Theorie geleistet werden. Bestimmte Befunde wie beispielsweise die Assoziation zwischen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und dem sozioökonomischen Status von Personen sind jedoch vielfach repliziert worden [3], [4]. Die aktuelle Forschung nutzt zur Hypothesenbildung Befunde aus früheren Studien, die je nach Untersuchungsgruppe zahlreich bzw. begrenzt sind.

Psychische und soziale Dimensionen der Gesundheit

In der Wissenschaft wird davon ausgegangen, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität einer Person durch ihre individuelle gesundheitliche Situation und/oder medizinische Behandlung beeinflusst wird. Dementsprechend wird angenommen, dass sich der Erfolg einer Behandlung in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Patientinnen und Patienten widerspiegelt. Messverfahren zur Erfassung ihrer subjektiven Aussagen erfahren in der Medizin zunehmendes Interesse. Ihre Berücksichtigung stellt eine sinnvolle Ergänzung zu der in der Medizin üblichen Fokussierung auf körperliche Befunde dar.

Dieser Paradigmenwechsel in der Medizin geht u. a. auf eine Definition der WHO zurück, wonach neben dem körperlichen Zustand auch psychische und soziale Dimensionen die Gesundheit ausmachen. Die Zunahme chronischer Erkrankungen, die Auswirkungen dieser Erkrankungen und ihrer Behandlung auf das Wohlbefinden sowie die Funktionsfähigkeit der Patientinnen und Patienten sind von wachsendem Interesse in der Medizin, in der Pflege und in zugehörigen Forschungsbereichen [5], [6] (Epidemiologie und Sozialepidemiologie; Determinanten der Gesundheit).

Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität

Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wird grundsätzlich zwischen generischen und krankheitsspezifischen Instrumenten unterschieden. Generische Instrumente sind geeignet sowohl zum Einsatz in der Allgemeinbevölkerung (d. h. in gesunden Populationen) als auch in klinischen Populationen erkrankter Personen. Krankheitsspezifische Instrumente sind hingegen speziell für Patientinnen und Patienten mit bestimmten Erkrankungen entwickelt worden. Sie erfragen auch spezifische Beeinträchtigungen durch die vorliegende Erkrankung und dienen so beispielsweise der Erfassung der rheuma-spezifischen Lebensqualität.

Außerdem wird zwischen Instrumenten und Messverfahren für die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern bzw. Jugendlichen und von Erwachsenen unterschieden. Speziell für Kinder bzw. Jugendliche entwickelte Instrumente gewährleisten eine altersgemäße Erfassung des Konstrukts. Etablierte und anerkannte Instrumente zur Erfassung der generischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen sind der KINDL-R [7] und der KIDSCREEN [8]. Die genannten Instrumente können zu Screening-, Monitoring- und Evaluationszwecken in nationalen und europäischen Gesundheitssurveys eingesetzt werden; u. a. wurden sie in der bundesweiten Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KiGGS) verwendet [9]. Als Instrumente zur Erfassung der krankheitsspezifischen Lebensqualität liegen für verschiedene Erkrankungen explizit entwickelte Fragebögen vor (z. B. DISABKIDS, [10]).

Die genannten Instrumente für Kinder und Jugendliche werden jeweils sowohl als Selbstberichtsversionen als auch als Fremdbeurteilungsversionen angeboten. Im Ergebnis liefern sie ein Profil und einen Gesamt- bzw. Index-Wert.

Für Befragte ab 14 Jahren bis in das hohe Erwachsenenalter liegt der Short-Form-36 (SF-36) als vielfach eingesetzter Fragebogen vor [11], deutsche Version: [12]. Der SF-36 liefert ein Profil basierend auf den Werten zu acht erfassten Dimensionen sowie zwei Summenwerte aus Skalen, die sowohl die körperliche als auch die psychische Komponente zusammenfassend abbilden. Als weltweit anerkanntes Instrument wurde der SF-36 u. a. im Bundesgesundheitssurvey [13] und in dem Modul zur psychischen Gesundheit der KiGGS-Studie (BELLA-Studie, [14]) bei erwachsenen Befragten eingesetzt.

Darüber hinaus seien hier innovative Entwicklungen wie die US-amerikanische Forschungsinitiative PROMIS (Patient-Reported Outcomes Measurement) sowie Computer-Adaptive Tests (CATs) besonders erwähnt. Die PROMIS-Initiative hat zum Ziel, die Erfassung und Konzeptualisierung von Patient-Reported Outcomes (u. a. Lebensqualität und subjektive Gesundheit) zu verbessern und auf Basis moderner testtheoretischer Methoden standardisierte Instrumente bereitzustellen. CATs sind psychometrisch reliabel und erlauben eine valide Messung anhand weniger Items, die für jeden Befragten individuell ausgewählt werden. Mithilfe eines statistisch anspruchsvoll entwickelten deutschsprachigen CAT (Kids-CAT) lässt sich die generische gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen erfassen [15].

Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Forschung

In den vergangenen Jahren wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität in zahlreichen Studien sowohl im Rahmen der Gesundheitsforschung als auch in klinischen Studien untersucht, wobei unterschiedliche Ziele verfolgt wurden. So kann die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Bereich der Therapieforschung sinnvoll sein, um Therapieerfolge auch auf der subjektiven Ebene von Patientinnen und Patienten zu evaluieren. Die Berücksichtigung des Konstrukts kann auch im Rahmen der Entwicklung und Evaluation von Präventionsmaßnahmen wertvolle Informationen liefern. Zudem ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität ein wichtiger Indikator des subjektiven Wohlbefindens für die Gesundheitsberichterstattung und kann sowohl für die Gesamtbevölkerung als auch für einzelne Bevölkerungsgruppen (z. B. Ost- versus Westdeutschland) wichtige Informationen liefern. Damit hat das Konstrukt auch eine Bedeutung für die Public Health-Forschung [16] (Gesundheitswissenschaften / Public Health).

Darüber hinaus wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität vielfach in ausgewählten Populationen (z. B. in spezifischen Krankheitsgruppen) untersucht. Die Resultate können dann zur näheren Beschreibung der jeweiligen Gruppen genutzt und mit Normdaten aus der Allgemeinbevölkerung verglichen werden.

Aussichten

Perspektivisch sollte geprüft werden, ob eine Implementierung regelmäßiger Messungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in die medizinische Routineversorgung dazu beitragen kann, die medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten zu verbessern. In diesem Zusammenhang wäre u. a. die Frage interessant, ob und inwieweit die Kommunikation von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten durch eine regelmäßige Messung des subjektiven Wohlbefindens der Patientinnen und Patienten unterstützt werden kann.

Weiterführende Quellen:

- International Society for Quality of Life Research – ISOQOL. 2019 [accessed 2024 Aug 6]. Available from: https://www.isoqol.org
- Mapi Research Trust. PROQOLID (Patient-reported outcome and quality of life instruments database). 2019 [accessed 2024 Aug 6]. Available from: https://eprovide.mapi-trust.org/about/about-proqolid
- Ravens-Sieberer U, Klasen F, Bichmann H, Otto C, Quitmann J, Bullinger M. Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen. (Assessment of health-related quality of life in children and adolescents). Gesundheitswesen. 2013 Oct;75(10):667–78. DOI:10.1055/s-0033-1349555
- Robert Koch-Institut (RKI). 2024 [accessed 2024 Aug 6]. Available from: https://gesundheit-in-deutschland.de/de
- Schumacher J, Klaiberg A, Brähler E. Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden – Eine Einführung. In: Schumacher J, Klaiberg A, Brähler E, editors. Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Göttingen: Hogrefe; 2003. p. 9–23.
- Springer Nature Switzerland AG. Quality of life research – An international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation – An official journal of the International Society of Quality of Life Research. 2024 [accessed 2024 Aug 6]. Available from: https://link.springer.com/journal/11136

References

1. Noll HH. Lebensqualität − ein Konzept der individuellen und gesellschaftlichen Wohlfahrt. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i072-1.0
2. WHOQOL Group, editor. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995;41(10):1403–9.
3. Le Ha ND, Mensah F, Lange K, Kerr JA, Edwards B, Wang Y, Dwyer T, Wake M, Gold L. Association between children's health-related quality of life, healthcare costs and socioeconomic

position: Results from a longitudinal Australian-based study. Soc Sci Humanit Open. 2023;8(1):100547. DOI:10.1016/j.ssaho.2023.100547

4. Otto C, Haller AC, Klasen F, Hölling H, Bullinger M, Ravens-Sieberer U, BELLA study group. Risk and protective factors of health-related quality of life in children and adolescents: Results of the longitudinal BELLA study. PLoS One. 2017 Dec 28;12(12):e0190363. DOI:10.1371/journal.pone.0190363
5. Kuhn J, Bolte G. Epidemiologie und Sozialepidemiologie. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i011-3.0
6. 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
7. Ravens-Sieberer U, Bullinger M. Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: First psychometric and content analytical results. Quality of Life Research. 1998;7(5):399–407.
8. Ravens-Sieberer U. The KIDSCREEN questionnaires: quality of life questionnaires for children and adolescents. Handbook. The KIDSCREEN Group Europe, editor. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2006.
9. Baumgarten F, Cohrdes C, Schienkiewitz A, Thamm R, Meyrose AK, Ravens-Sieberer U. Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Zusammenhänge mit chronischen Erkrankungen und psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt. 2019 Oct;62(10):1205–14. DOI:10.1007/s00103-019-03006-9
10. The DISABKIDS Group Europe, editor. The DISABKIDS-questionnaires for children with chronic conditions. Lengerich: Papst Science Publishers; 2006.
11. Ware JE, Sherbourne C. The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. Medical Care. 1992;30(6):473–83.
12. Morfeld M, Kirchberger I, Bullinger M. SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand – Deutsche Version des Short Form-36 Health Survey. 2 edn. Göttingen: Hogrefe; 2011.
13. Ellert U, Kurth BM. Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt. 2013 May;56(5–6):643–9. DOI:10.1007/s00103-013-1700-y
14. Otto C, Reiss F, Voss C, Wüstner A, Meyrose AK, Hölling H, Ravens-Sieberer U. Mental health and well-being from childhood to adulthood: design, methods and results of the 11-year follow-up of the BELLA study. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2021 Oct;30(10):1559–77. DOI:10.1007/s00787-020-01630-4
15. Barthel D, Otto C, Nolte S, Meyrose AK, Fischer F, Devine J, Walter O, Mierke A, Fischer KI, Thyen U, Klein M, Ankermann T, Rose M, Ravens-Sieberer U. The validation of a computer-adaptive test (CAT) for assessing health-related quality of life in children and adolescents in a clinical sample: study design, methods and first results of the Kids-CAT study. Qual Life Res. 2017 May;26(5):1105–17. DOI:10.1007/s11136-016-1437-9
16. 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

Korrespondenz: Dr. Anne Kaman, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, Forschungssektion "Child Public Health", Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Deutschland, E-mail: a.kaman@uke.de

Zitierhinweis: Kaman A, Ravens-Sieberer U. Gesundheitsbezogene Lebensqualität. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i030-1.0

Copyright: © 2026 Anne Kaman 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/

Gesundheitsbildung

Eva Kracke[1]
Deborah Sommer[2]
[1] Verband der Volkshochschulen von Rheinland-Pfalz e.V., Mainz, Deutschland
[2] Programmabteilung | Fachteam Gesundheit & Umwelt, Hamburger Volkshochschule, Hamburg, Deutschland

Abstract

Der Begriff Gesundheitsbildung beschreibt Lernprozesse, mit denen Menschen befähigt werden, gezielt Einfluss auf die Faktoren zu nehmen, die ihre Gesundheit bestimmen. Durch organisierte Bildungsprozesse werden Wissen und Fertigkeiten vermittelt, soziale Faktoren beleuchtet und Umweltbezüge hergestellt. Vermittelt werden gesundheitsbezogene Kompetenzen, die es ermöglichen, selbst zu entscheiden, ob, wann und wie das Alltagshandeln am Erhalt der Gesundheit ausgerichtet werden soll bzw. kann.

Keywords: Gesundheitsbildung, Selbstbestimmung, Gesundheitskompetenz, Erwachsenenbildung, Health Literacy

Begriffsbestimmung

Bezüglich der Verwendung der Begriffe Gesundheitsbildung, Gesundheitskompetenz, Gesundheitserziehung und gesundheitliche Aufklärung bestehen Überlappungen und Unschärfen, die sich aus der historischen Entwicklung der Begriffe erklären lassen [1] (Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung). Der Begriff Gesundheitsbildung hat sich zwischenzeitlich in der Erwachsenenbildung allgemein durchgesetzt (vgl. Hoh & Barz 2011, S. 1128) und auch Eingang in die Hochschullehre gefunden. Hier wird erläutert, wie er im Rahmen der Erwachsenenbildung entstanden ist, aktuell definiert und verwendet wird.

Gesundheitsbildung bezeichnet *organisierte Lern- und Entwicklungsprozesse*, die es Menschen ermöglichen, gezielt Einfluss auf die Faktoren zu nehmen, die ihre Gesundheit bestimmen, d. h. auf ihre Lebensbedingungen (persönliche, soziale, ökologische) und ihr Gesundheitshandeln [2] (Determinanten der Gesundheit).

In Abgrenzung zur Gesundheitserziehung [1] (Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung) betont der Begriff der Gesundheitsbildung die Selbstbestimmung von informiert entscheidenden und handelnden Subjekten, die unter spezifischen Bedingungen leben und diese mitgestalten. Gesundheitsbildung ist auf Handeln als soziales Handeln gerichtet, nicht nur auf die Veränderung von Verhalten. Gesundheitsbildung impliziert einen Prozess der Befähigung und der zunehmenden Entscheidungs- und Handlungsmacht, beschreibt aber anders als der Begriff Empowerment/Befähigung [3] weniger informelle, sondern eher formelle Lernprozesse. Eine in diesem Sinne verstandene Gesundheitsbildung trägt dazu bei, dass Menschen sich eine Gesundheitskompetenz aneignen, die es ihnen ermöglicht, im Sinne einer kritischen Form von Health Literacy zu handeln [4] (Health Literacy/Gesundheitskompetenz, Punkt 3).

Zur Diskussion um die Begriffe *Gesundheitsbildung* und *Gesundheitserziehung* [1] (Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung) weist Wulfhorst ([5], S. 734) darauf hin, dass es sich hierbei um eine überwiegend deutschsprachige handele; in der angloamerikanischen Literatur umfasse „Health Education“ Bildungs- und Erziehungsprozesse gleichermaßen.

Entwicklung der Gesundheitsbildung im Kontext der Erwachsenenbildung

Die Konzeption der Gesundheitsbildung wurde seit Mitte der 1980er-Jahre im Wesentlichen von Volkshochschulen geprägt und hat zur Schärfung der Sichtweise auf Lern- und Bildungsprozesse als Teil der Gesundheitsförderung [6] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen) beigetragen. Ein Auslöser war die

Kritik an dem eher mechanistischen Menschenbild, an der präventiv pathogenetischen Orientierung und an der Fokussierung auf Verhalten in der Gesundheitserziehung [1] (Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung).

Die Entwicklung des Begriffs Gesundheitsbildung in Deutschland erfolgte zeitlich parallel zur Entstehung der Ottawa-Charta in einer von Volkshochschulverbänden getragenen Arbeitsgruppe, in die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und die Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e. V einbezogen waren. Im Ergebnis entstand 1985 der „Rahmenplan Gesundheitsbildung an Volkshochschulen“ (vgl. [7]), der Grundlage einer inzwischen fast vier Jahrzehnte andauernden Qualitätsentwicklung der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen wurde.

In der pädagogischen Diskussion bezieht sich „Erziehung“ eher auf den Versuch einer Steuerung von Einstellungen und Verhalten im Sozialisationsprozess eines Menschen, während „Bildung“ eher Prozesse und Ergebnisse der selbstbestimmten, individuellen Verarbeitung und Aneignung auf dem Weg der Persönlichkeitsbildung meint. Der Begriff der Bildung ist damit leichter als der Begriff Erziehung mit der Idee der Gesundheitsförderung und der Betonung der Selbstbestimmung in der Ottawa-Charta zu verbinden.

Ein zweiter Meilenstein der konzeptionellen Entwicklung war eine 1994 von Volkshochschulverbänden gemeinsam mit der WHO ausgerichtete Tagung, in deren Vorbereitung und Durchführung der Begriff der Gesundheitsbildung mit Blick auf die Diskussionen der Weltkonferenzen zur Gesundheitsförderung [8] (Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986) weiter geschärft wurde (vgl. [9]).

Dass gerade an Volkshochschulen Gesundheitsbildung konzeptionell so entwickelt werden konnte, lässt sich mit ihrer Geschichte erklären. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts war die Teilhabe von allen Bevölkerungsgruppen am gesellschaftlichen Leben Leitidee der Volkshochschulen. Volkshochschulen waren auch deshalb strukturell geeignet, die Neuen Sozialen Bewegungen der 1970er- und 1980er-Jahre − wie die Frauenbewegung oder die Ökologiebewegung − aufzugreifen. Mit ihnen wurden Selbstbestimmung und Partizipation [10] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger) Teil eines Bildungsverständnisses, das die Kompetenzen der Betroffenen respektierte.

Bildungstheoretische Anregungen kamen in den darauffolgenden Jahren aus der pädagogischen Rezeption des Konstruktivismus und der Systemtheorie. Diese Theorien verneinen die Möglichkeit einer zielgerichteten pädagogischen Intervention, deren Ergebnis absehbar ist, und betonen den Einfluss sozialer Systeme auf Lernprozesse, auch auf solche zur Gesundheit. Interaktionen in sozialen Systemen sind demnach nicht determinierbar und in hohem Maße kontextabhängig. Die Umsetzung dieser theoretischen Basis in praxistaugliche Konzepte für die Erwachsenenbildung wird allerdings durch die formellen Voraussetzungen organisierter Bildungsprozesse begrenzt. Aufgrund bildungspolitischer Entscheidungen gewannen Gesichtspunkte der Marktorientierung in der Erwachsenenbildung stärkere Bedeutung und führten zu einer konzeptionellen Unschärfe. Der starke Einfluss der Erwachsenenbildung bewirkte zugleich, dass Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung [1] (Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung) von einigen Autorinnen und Autoren primär danach unterschieden wurden, ob sie Erwachsene oder Kinder und Jugendliche erreichen wollten und nicht nach der Konzeption.

Aspekte von Gesundheitsbildung

Bildung ist ein zentraler Indikator für Lebensqualität, Morbidität und Mortalität. Die starke Korrelation gesundheitsbezogener Outcomes mit Bildung lässt sich nur zum Teil mit dem Zusammenhang zu Einkommen und beruflichem Status erklären. Bildung scheint vielmehr generell einen Einfluss darauf zu haben, welche Strategien zur Mitgestaltung von Lebensbedingungen − auch im Sinne ihrer Gesundheit − Menschen wählen. Dabei ist das von Hoh und Barz ([11], S. 1030) beschriebene „sich selbstoptimierende Individuum“, welches sich durch „Fitness“ möglichst optimal an berufliche und private Aufgaben anpasst, nicht das Ziel der Gesundheitsbildung.

Gefördert wird hingegen die Kompetenz, in den Settings des alltäglichen Lebens Einfluss auf zentrale Gestaltungsfragen nehmen zu können und sich am gesellschaftlichen Diskurs über die Art und Weise, wie wir leben wollen und nach welchen Werten und Maßstäben wir die Gesellschaft ausrichten wollen, zu beteiligen. Diese Form von Lernprozessen ist Aufgabe von Bildungsinstitutionen aller Art, muss aber gerade auch diejenigen Menschen erreichen, die wenig Zugang zu formeller Bildung haben. Die Gestaltung von Partizipationsprozessen im Sinne der Gesundheitsförderung in Settings [12] (Settingansatz/Lebensweltansatz) und die Förderung von Empowermentprozessen [3] (Empowerment/Befähigung) sind Teil solcher Bildungsarbeit.

Ziel von Gesundheitsbildung ist es, die gesundheitliche Chancengerechtigkeit für alle Menschen zu befördern und gesundheitsförderliche Lebensweisen und Lebensverhältnisse zu stärken (vgl. [13], S. 3). Benötigt werden Kompetenzen, die es Menschen ermöglichen zu entscheiden, ob, wann und wie sie ihr Alltagshandeln am Erhalt ihrer Gesundheit ausrichten. Vermittelt werden:

- Wissen, um mögliche gesundheitliche Auswirkungen des Handelns einschätzen zu können (Information)
- Fertigkeiten, gesundheitsförderliche Handlungen auszuführen, z. B. die Fähigkeit, sich eigene Mahlzeiten zuzubereiten oder auf dem Fahrrad das Gleichgewicht zu behalten (Handlungskompetenz)
- Fähigkeiten, angesichts komplexer Kontexte und unvollständiger Informationen Entscheidungen treffen zu können, die sich auf die Gesundheit auswirken (Entscheidungskompetenz)
- Fähigkeiten, gesundheitsbezogene Entscheidungen im unmittelbaren sozialen Umfeld angemessen kommunizieren zu können (Kommunikationskompetenz)
- Fähigkeiten, Gesundheit global zu denken unter Berücksichtigung der Nachhaltigkeitsziele (vgl. [14], S. 34 ff) (Bewertungskompetenz)
- Fähigkeiten, sich selbstständig dafür benötigtes Wissen anzueignen (Selbstorganisation)

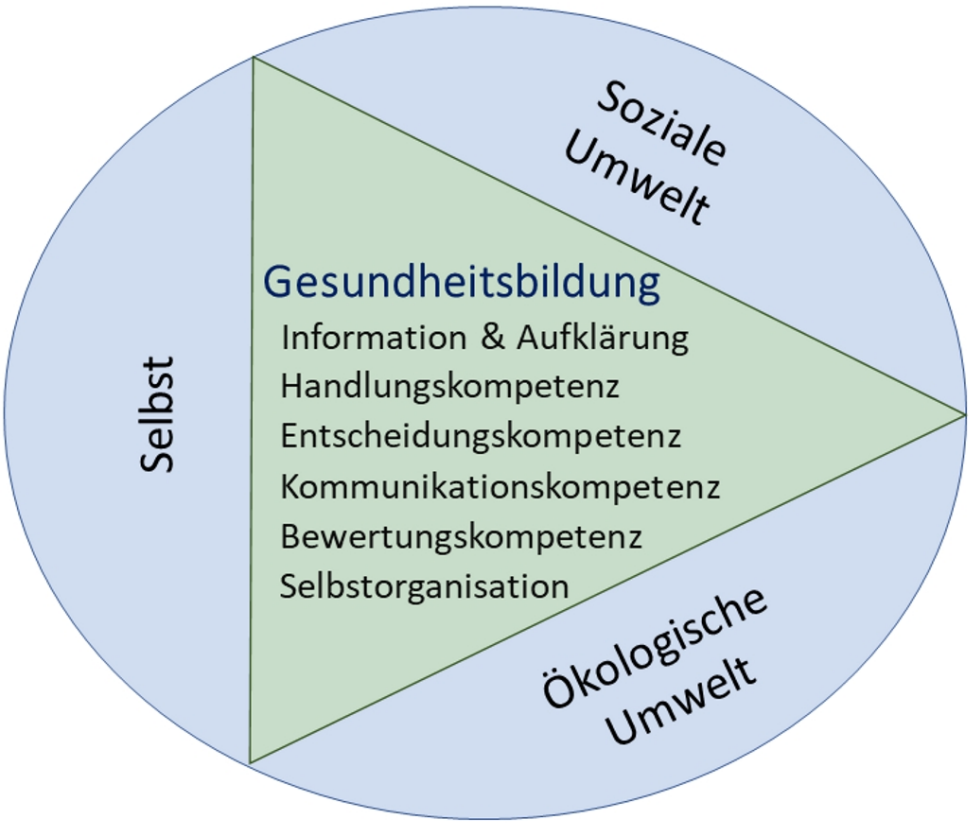


Abb.1: Aspekte und Einflussfaktoren von Gesundheitsbildung (eigene Darstellung)

Aktuelle Einordnung

„Obwohl im konzeptionellen Anspruch viel weiter gefasst, lässt sich die Nachfrage nach Lernangeboten in der Gesundheitsbildung vor allem den Schwerpunkten Förderung körperlicher Aktivität, Stressbewältigung und Ernährung zuordnen. Organisierte Lernprozesse von Erwachsenen beruhen grundsätzlich auf Freiwilligkeit und erreichen deshalb primär Zielgruppen, die für die angebotenen Themen persönlich sensibel sind und die generell einen Zugang zu Bildung haben, nicht unbedingt die

Bevölkerungsgruppen mit dem größten Bedarf. Die Möglichkeiten der Gesundheitsbildung, zum Abbau sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beizutragen, sind daher unter den derzeit gegebenen Bedingungen begrenzt. [15] (Gesundheitliche Chancengleichheit; Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung / Gender Mainstreaming).

Heute sind die Bildungskonzepte im Bereich Gesundheit zunehmend differenzorientiert und berücksichtigen Diversitäten in Bezug auf Alter, Geschlecht, sexueller Orientierung, ethnischer/kultureller Herkunft, Behinderung und Weltanschauung [16] (Diversity und Diversity Management / Vielfalt gestalten). Dies betrifft alle Bereiche der Angebotsgestaltung von der Raumausstattung über die Ausschreibung bis hin zur Angebotsdurchführung (vgl. [17]).

Konzeptionelle Bemühungen, Menschen in schwierigeren sozialen Lagen mit Angeboten der Gesundheitsbildung gezielt zu erreichen, gibt es seit langer Zeit. Gesundheitsbezogene Themen werden z. B. in Kurse für Migrantinnen und Migranten und in Angebote der Grundbildung aufgenommen. Auch findet aufsuchende Bildungsarbeit im Rahmen von Projektförderungen statt. Ein Beispiel für gelungene aufsuchende Bildungsarbeit ist das Projekt „Gesunde Südstadt“ des Bildungszentrums Nürnberg [18]. Trotz dieser Bemühungen, geraten Maßnahmen aber immer wieder an strukturelle und finanzielle Grenzen. Auch die Verabschiedung des Präventionsgesetzes [19] (Präventionsgesetz) im Jahr 2015 hat hier noch zu keinen maßgeblichen Änderungen geführt.

Da aktuelle Erhebungen zum Ergebnis gekommen sind, dass die Gesundheitskompetenz größerer Bevölkerungsgruppen unzureichend ist, könnte die Diskussion um Gesundheitsbildung künftig einen neuen Stellenwert bekommen (vgl. [20], S. 100). Gedacht ist hierbei an das im Leitbegriff Gesundheitskompetenz/Health Literacy [4] beschriebene umfassende Verständnis von Gesundheitskompetenz aus der Perspektive der Gesundheitsförderung und nicht eine nur eingeschränkte Kompetenz von Patientinnen und Patienten für die Bewertung von Behandlungsalternativen.

In Folge der Covid 19-Pandemie und den damit verbundenen Einschränkungen von Präsenzveranstaltungen, hat die Digitalisierung in der Erwachsenenbildung einen deutlichen Aufschwung erfahren. Auch im Bereich Gesundheitsbildung lässt sich dies nachvollziehen. Internetbasierte Entspannungs- und Bewegungsangebote, sowie z. B. Kochkurse werden verstärkt nachgefragt und sind auch nach der Pandemie aus dem Angebot der Gesundheitsbildung nicht mehr wegzudenken. Inwieweit sich hierdurch die Chance bietet, neue und zuvor kaum erreichte Zielgruppen zu erreichen, muss sich noch zeigen.

Die Aktualisierung des Leitbegriffes basiert auf der von Beate Blättner († 2021) im Jahr 2014 erstellten Ausgabe. Die Autorinnen danken ihr und bitten die Leserinnen und Leser um Verständnis, dass für die Ausführungen von Beate Blättner eine direkte Zuordnung der Quellen nicht immer möglich ist.

Weiterführende Literatur:

(aus den Vorarbeiten von Beate Blättner)

- Blättner B. Paradigmenwechsel: Von der Gesundheitsaufklärung und -erziehung zur Gesundheitsbildung und -förderung. In: Weitkunat R, Haisch J, Kesseler M, editors. Public Health und Gesundheitspsychologie. Bern: Huber; 1997. p. 119–25.
- Blättner B. Gesundheit lässt sich nicht lehren: Professionelles Handeln von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung aus systemisch-konstruktivistischer Sicht. Bad Heilbrunn: Klinkhardt; 1998. (Theorie und Praxis der Erwachsenenbildung).

Internetadressen:

- Volkshochschulen. Programmbereiche. Available from: https://www.volkshochschule.de/verbandswelt/programmbereiche

References

1. Spura A. Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i024-2.0
2. 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
3. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I10-3.0
4. 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
5. Wulfhorst B. Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung. In: Hurrelmann K, Razum O, editors. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2016. p. 729−738.
6. 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
7. Arbeitskreis Gesundheitsbildung. Rahmenplan Gesundheitsbildung an Volkshochschulen. Bonn: Pädagogische Arbeitsstelle des Deutschen Volkshochschulverbandes; 1985.
8. 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
9. Blättner B, Borkel A, Venth A, editors. Anders leben lernen: Beiträge der Erwachsenenbildung zur Gesundheitsförderung. Kongressdokumentation. Frankfurt: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung; 1996.
10. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
11. Hoh R, Barz H. Weiterbildung und Gesundheit. In: Tippelt R, von Hippel A, editors. Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2018. p. 1027–48. DOI:10.1007/978-3-531-19979-5_50
12. 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
13. Bundesarbeitskreis Gesundheit. VHS macht gesünder. Programmbereich Gesundheit. Deutscher VolkshochschulVerband e. V., editor. Bonn; 2021.
14. van Look A, Heinold-Krug E. Instrumente zur nachhaltigen Organisations- und Programmentwicklung. In: Bundesarbeitskreis Politik − Gesellschaft − Umwelt im Deutschen Volkshochschulverband, editor. Bildung für nachhaltige Entwicklung. Bonn; 2019. p. 27−48.
15. Altgeld T, Klärs G. Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I022-2.0
16. Altgeld T. Diversity und Diversity Management / Vielfalt gestalten. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i127-2.0
17. Borkel A, von Dungen B, Goldapp C, Haak G, Schlüter A, Voigt U. In Zukunft alt? Gesund Älterwerden als Thema der Erwachsenenbildung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Deutscher Volkshochschul-Verband (vhs), editors. 2014 [accessed 2020 Apr 5]. Available from: https://shop.bzga.de/in-zukunft-alt-gesund-aelterwerden-als-thema-der-erwachsenenbildung-61420000
18. Pfeifer G, Walter V, John D, Kohls N, Röhrich C. Können Volkshochschulen ‘gesundheitliche Chancengleichheit’?: Ein Erfahrungsbericht aus Nürnberg zum Projekt „Gesunde Südstadt“. HBV.

2021 Dec 15;71:94–104. DOI:10.3278/HBV2104W010

19. 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
20. Schaeffer D, Vogt D, Berens EM, Hurrelmann K. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften; 2016. DOI:10.2390/0070-pub-29081112

Korrespondenz: Dipl. oec. troph. Eva Kracke, Verband der Volkshochschulen von Rheinland-Pfalz e.V., Hintere Bleiche 38, 55116 Mainz, Deutschland, E-mail: kracke@vhs-rlp.de

Zitierhinweis: Kracke E, Sommer D. Gesundheitsbildung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i031-1.0

Copyright: © 2026 Eva Kracke 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/

Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) / Health Impact Assessment (HIA)

Heidi Sinning[1]
Joachim Westenhöfer[2]

[1] Leiterin ISP – Institut für Stadtforschung, Planung und Kommunikation der Fachhochschule Erfurt – University of Applied Sciences, Fachhochschule Erfurt, Erfurt, Germany

[2] Department Gesundheitswissenschaften der Fakultät Life Sciences (bis Sommersemester 2023), Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, Germany

Abstract

Die Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) ist ein systematisches Verfahren zur Bewertung gesundheitlicher Auswirkungen von politischen, planerischen Vorhaben sowie von konkreten Projekten. Sie berücksichtigt unter anderem umweltbezogene, gesellschaftliche und soziale Einflussfaktoren auf Gesundheit und unterstützt den Ansatz „Health in All Policies (HiAP)“. Der Verfahrensablauf umfasst Screening (Vorprüfung), Scoping (Analysevorbereitung), Appraisal (Analyse), Berichterstattung sowie Monitoring. Ziel ist es, positive Gesundheitseffekte zu fördern, Risiken zu minimieren und gesundheitliche Chancengleichheit zu stärken.

Zielsetzung und Definition

Eine Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA; englisch Health Impact Assessment HIA) zielt darauf ab, die gesundheitlichen Auswirkungen eines Vorhabens zu identifizieren, zu analysieren und zu bewerten. Dabei handelt es sich um ein systematisches und strukturiertes Vorgehen, mit dem sowohl die positiven als auch die negativen Auswirkungen abgeschätzt werden. Die untersuchten Vorhaben können politische Entscheidungen, Programme, Pläne oder Projekte aus unterschiedlichen Bereichen sein, wie z. B. Stadt- und Verkehrsplanung, Umwelt- und Klimaprojekte, Sozialraumplanung, Bildungsprogramme oder Agrarpolitik. Das Gothenburg Consensus Paper definiert GFA als eine Kombination von Verfahren, Methoden und Werkzeugen, durch welche sich ein Vorhaben (Strategie, Programm oder Projekt) hinsichtlich möglicher gesundheitlicher Auswirkungen und deren Verteilung in der Bevölkerung beurteilen lässt [1].

Hintergrund

Gesundheitsfolgenabschätzung ist eng mit dem Public-Health-Verständnis der sozialen Determinanten von Gesundheit (siehe auch [2] (Determinanten der Gesundheit)) verbunden. Gesundheit wird dabei nicht allein als Ergebnis individueller Verhaltensweisen oder medizinischer Versorgung verstanden, sondern als Resultat gesellschaftlicher, sozialer und umweltbezogener Rahmenbedingungen.

Die Gesundheit der Menschen wird durch viele Entscheidungen und Entwicklungen beeinflusst, die außerhalb des eigentlichen Gesundheitssektors getroffen werden bzw. stattfinden, etwa Stadtentwicklung, Verkehr, Umwelt oder Bildung. Dabei werden die Auswirkungen solcher Entscheidungen und Entwicklungen auf die Gesundheit oft nicht mitgedacht oder gar systematisch berücksichtigt. Hinsichtlich der Auswirkungen von verschiedenen Planungsvorhaben auf die Umwelt hat sich die Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) etabliert. In der UVP wird auch das Schutzgut „Mensch, insbesondere menschliche Gesundheit“ berücksichtigt (§2 Abs 1 Nr. 1 UVPG [3]). Allerdings ist eine UVP in Deutschland nur für bestimmte Vorhaben vorgeschrieben (§1 UVPG [3]) und dabei werden in der Regel nur bio-physikalische Umweltaspekte untersucht, während soziale und ökonomische Aspekte meist nicht Bestandteil einer UVP sind [4]. Eine GFA sollte jedoch auf einem umfassenden Verständnis von Gesundheit [5] und deren biologischen, psychologischen und sozialen Determinanten (bio-psycho-soziales Modell) beruhen.

Konzeptionell steht die GFA damit in engem Zusammenhang mit dem internationalen Ansatz Health in All Policies (HiAP) (siehe auch [6] (Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HIAP)), der auch in Deutschland zunehmend an Bedeutung gewinnt. Dieser Ansatz fordert, gesundheitliche Aspekte systematisch in allen Politikfeldern zu berücksichtigen [7].

Ablauf

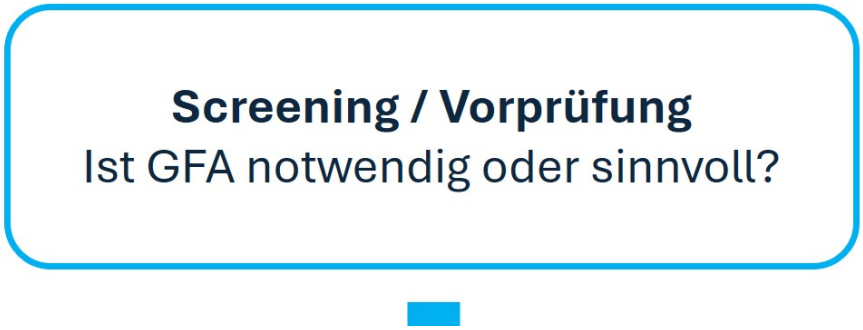
Eine GFA kann prospektiv, begleitend oder retrospektiv durchgeführt werden [8]. Eine prospektive, also vorausschauende GFA, findet auf der Basis vorhandenen Wissens im Vorfeld der Implementation einer Maßnahme statt, um Empfehlungen rechtzeitig berücksichtigen zu können. Eine begleitende GFA findet parallel zur Durchführung von Maßnahmen statt und kann die kurz-, mittel- und ggf. langfristigen Auswirkungen in die Steuerung der Umsetzung einer Maßnahme einbeziehen. Eine retrospektive GFA analysiert stattgefundene Interventionen mit dem Ziel, Erkenntnisse für vergleichbare zukünftige Maßnahmen zu gewinnen. Alle GFA-Varianten setzen voraus, dass angemessene Ressourcen für Forschung und Berichterstattung zur Verfügung stehen.

Eine prospektive GFA sollte vorzugsweise so frühzeitig in der Vorhabenplanung stattfinden, dass konstruktive Modifizierungen noch vor der Umsetzungsphase des Vorhabens möglich sind. Andererseits kann eine GFA sinnvollerweise erst dann durchgeführt werden, wenn die Planung des Vorhabens ausreichend konkret ist, um die möglichen Auswirkungen bewerten zu können.

Auch hinsichtlich des Umfangs und der Tiefe einer GFA können verschiedene Ansätze unterschieden werden. Eine „Schreibtisch-GFA“ benötigt nur wenige Tage. Eine kompakte GFA dauert einige Wochen und beinhaltet oft die Beteiligung der Akteurinnen und Akteure sowie eine systematische Literaturanalyse. Eine umfassende GFA kann mehrere Monate in Anspruch nehmen und umfangreiche systematische Literaturanalysen und evtl. die Erhebung und Auswertung eigener Primärdaten umfasst ([8], S. 11-12]).

Für den Ablauf einer Gesundheitsfolgenabschätzung hat sich international ein Prozess in fünf Phasen entwickelt (Abb. 1) [9]:

1. Screening (Vorprüfung, Sichtung): In der Screening-Phase wird geprüft, ob für ein Vorhaben relevante gesundheitliche Auswirkungen zu erwarten sind und ob eine GFA sinnvoll und durchführbar ist. Kriterien sind unter anderem Reichweite der Maßnahme, betroffene Bevölkerungsgruppen und politische Relevanz.
2. Scoping (Analysevorbereitung): Im Scoping werden Zielsetzung, Untersuchungsrahmen und methodisches Vorgehen festgelegt. Dazu gehören die Auswahl relevanter Gesundheitsdeterminanten, Indikatoren und Datenquellen (z. B. Gesundheitsberichterstattung, Umwelt- und Sozialdaten) sowie die Planung der Beteiligung relevanter Akteurinnen und Akteure.
3. Appraisal and Analyse (Analyse und Bewertung): Die Bewertungsphase stellt den Kern der GFA dar. Mithilfe quantitativer und qualitativer Methoden – etwa Literaturreviews, Sekundärdatenanalysen, Primärdatenerhebungen, Experteninterviews oder partizipativer Workshops – werden die (potenziellen) gesundheitlichen Auswirkungen analysiert. Besonderes Augenmerk liegt auf der Verteilung der Effekte zwischen verschiedenen sozialen Gruppen.
4. Reporting (Berichtslegung und Empfehlungen): Auf Grundlage der Bewertung werden praxisnahe und umsetzbare Empfehlungen formuliert. Diese zielen darauf ab, gesundheitsförderliche Effekte zu verstärken und gesundheitliche Risiken zu minimieren. Die Ergebnisse werden in einem strukturierten GFA-Bericht dokumentiert und politischen Entscheidungsträgern zur Verfügung gestellt.
5. Monitoring und Evaluation: Die Monitoring- und Evaluationsphase dient der Überprüfung, ob und in welchem Umfang die Empfehlungen umgesetzt wurden und welche tatsächlichen gesundheitlichen Effekte eingetreten sind. Gleichzeitig trägt sie zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der GFA-Praxis bei.



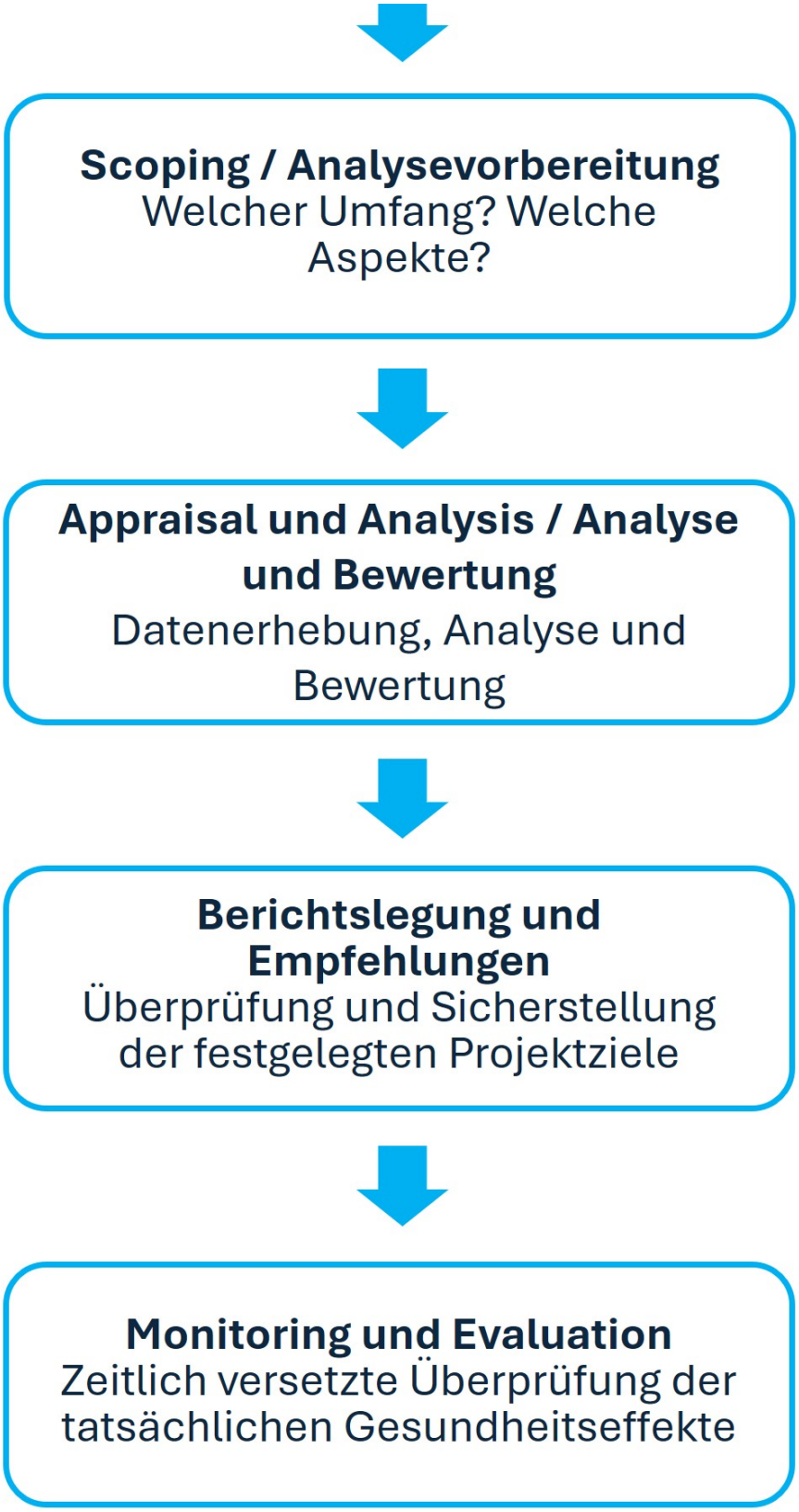


Abb. 1: Phasen der GFA (eigene Darstellung, nach [8])

Gesundheitsfolgenabschätzung in der Praxis

International betrachtet wird die HIA seit Ende der 1990er-Jahre verfolgt [10]. Langjährige Erfahrungen mit dem Instrument GFA bzw. HIA haben mehrere Länder, u. a. Großbritannien, Österreich, Australien, USA, Irland, Neuseeland, Schweden und die Niederlande. Die HIA wird dort in politischen Prozessen, Projekten, Programmen und Planungen mehr oder weniger regelmäßig auf lokaler, regionaler und überregionaler Ebene eingesetzt, um Gesundheitsfolgen zu berücksichtigen. In Großbritannien und in den Niederlanden wurden HIAs z. B. bei Großprojekten, wie dem Bau von Flughäfen, sowie zu verschiedenen Entwicklungsmaßnahmen durchgeführt.

In Deutschland ist zuletzt die Gesundheitsfolgenabschätzung im Rahmen der vom Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMFTR) geförderten Forschungsprojekte GFA_Stadt (Gesundheitsfolgenabschätzung in der Stadtentwicklung) und GFA_Stadt_Plus (Folgeprojekt) vom Institut für Stadtforschung, Planung und Kommunikation der Fachhochschule Erfurt und der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg intensiv bearbeitet worden [11]. Im Rahmen dieser Forschungsprojekte wurde ein praxistaugliches Verfahren entwickelt, mit dem Kommunen gesundheitliche Auswirkungen von Stadtentwicklungsmaßnahmen systematisch bewerten können. Hintergrund war die Erkenntnis, dass Stadtplanung erhebliche Auswirkungen auf Gesundheit und Lebensqualität hat, u. a. durch Luftverschmutzung, Lärm, Hitze, Bewegungsmöglichkeiten oder soziale Teilhabe. Dabei ist eine komplexe Wirkungskette von den stadtplanerischen Schlüsselfaktoren und deren direkten Effekten bis zu den gesundheitlichen Auswirkungen zu berücksichtigen (siehe Abb. 2).

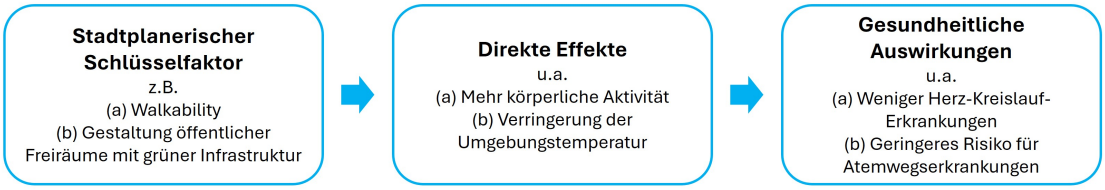


Abb. 2: Beispielhafte Wirkungskette von stadtplanerischen Schlüsselfaktoren zu gesundheitlichen Auswirkungen (aus: [12])

Im Rahmen des GFA_Stadt-Projekts wurden konkrete Stadtquartiere in Hamburg (v. a. mit dem erprobten Vorhaben „B-Plan“) und Gera (mit dem erprobten Vorhaben „Stadtteilzentrum“) betrachtet. Im GFA_Stadt_Plus-Projekt wird die GFA in dem Quartier Werne in Bochum zu einem Stadtteilentwicklungskonzept und in dem Ortsteil Uetz-Paaren in Potsdam zu einem Rahmenplan erprobt [13]. Dabei analysierten die Forschenden unter anderem:

- die Bewegungsfreundlichkeit („Walkability“) von Quartieren,
- den Zugang zu Grün- und Freiflächen,
- Belastungen durch Verkehr und Lärm,
- Möglichkeiten sozialer Begegnung und
- gesundheitliche Auswirkungen der Vorhaben bzw. Planungen auf vulnerable Gruppen wie ältere Menschen oder Kinder.

Der im Rahmen der Projekte entwickelte „GFA-Demonstrator“, bestehend aus einem Phasenmodell und einem webbasierten Online-Tool, kann Kommunen helfen, Gesundheitsaspekte frühzeitig in Planungsprozesse einzubeziehen. Die gemeinsame Anwendung des GFA-Demonstrators von Stadtplanungsamt, Gesundheitsverwaltung und weiteren kommunalen Akteuren ist dabei entscheidend.

Die Gesundheitsfolgenabschätzung zeigte beispielsweise auf, dass

- wohnortnahe Grünflächen körperliche Aktivität und psychisches Wohlbefinden fördern,
- hohe Verkehrsbelastung mit Lärm- und Luftschadstoffexposition verbunden ist,
- sichere Fuß- und Radwege die aktive Mobilität stärken und
- sozial benachteiligte Quartiere häufig stärkeren Umweltbelastungen ausgesetzt sind.

Auf Grundlage dieser Ergebnisse wurden Handlungsempfehlungen für Kommunen entwickelt. Dazu gehörten:

- stärkere Begrünung und Verschattung im öffentlichen Raum,
- Förderung des Fuß- und Radverkehrs,
- frühzeitige Beteiligung der Bevölkerung,
- engere Zusammenarbeit von Stadtplanung und Gesundheitsämtern und
- stärkere Berücksichtigung gesundheitlicher Chancengleichheit [14] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit) in Planungsprozessen.

Reflexion und Perspektiven: GFA und Gesundheitsförderung

Die Gesundheitsfolgenabschätzung ist ein wichtiges Instrument moderner Public-Health-Politik. Sie ermöglicht es, gesundheitliche Auswirkungen politischer und planerischer Entscheidungen systematisch zu analysieren und gesundheitliche Belange frühzeitig in Entscheidungsprozesse einzubringen. Durch ihren interdisziplinären, partizipativen und evidenzorientierten Ansatz trägt die GFA dazu bei, gesundheitsförderliche Lebensbedingungen zu schaffen und gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern. Angesichts komplexer gesellschaftlicher Herausforderungen gewinnt die Gesundheitsfolgenabschätzung international wie national zunehmend an Relevanz. Für die Einführung von GFAs in Deutschland sind rechtliche Grundlagen und Verwaltungsverfahrensregeln als Voraussetzung sowie weitere Rahmenbedingungen nötig. Zwar besteht beispielsweise bereits im §1 Baugesetzbuch (BauGB) [15] die Anforderung, Gesundheitsaspekte zu berücksichtigen, jedoch fehlt es häufig noch an einer entsprechenden Umsetzung. Ein unterstützender Trend kann hier die Etablierung rechtlicher Grundlagen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) bzw. die Gesundheitsämter sein. Für 13 Bundesländer ist bereits eine verpflichtende Stellungnahme bzw. der Einbezug des Öffentlichen Gesundheitsdiensts [16] (Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung) in Planungsvorhaben geregelt ([17], § 17 Absatz 1 Satz 1), ([18], § 8 Absatz 1 Satz 1).

Wir bedanken uns bei den Kollegen Susanne Linden und Jürgen Töppich für ihre wissenschaftliche Vorarbeit und die Erstversionen, an die wir dankenswerterweise anknüpfen durften.

References

1. WHO Regional Office for Europe. Health impact assessment: main concepts and suggested approach. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1999 [accessed 2026 Jun 18]. Available from: https://www.healthedpartners.org/ceu/hia/hia01/01_02_gothenburg_paper_on_hia_1999.pdf
2. 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
3. Gesetz über die Umweltverträglichkeitsprüfung (UVPG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. März 2021 (BGBl. I S. 540), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 348) geändert worden ist.
4. Mekel O. Gesundheitsfolgenabschätzung. In: Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H, editors. Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe: Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2020. p. 377–386. DOI:10.1007/978-3-658-30504-8_37
5. Franzkowiak P, Hurrelmann K. Gesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i023-2.0
6. Köckler H, Geene R. Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i157-1.0
7. Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H. Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe: Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2020. DOI:10.1007/978-3-658-30504-8

8. Amegah T, Amort F, Antes G, Haas S, Knaller C, Peböck M, Reif M, Spath-Dreyer I, Sprenger M, Strapatsas M, Türscherl E, Vyslouzil M, Wolschlager V. Gesundheitsfolgenabschätzung. Leitfaden für die Praxis. Wien: Bundesministerium für Gesundheit; 2013 [accessed 2026 Jun 18]. Available from: https://jasmin.goeg.at/id/eprint/344/1/GFA-Leitfaden_Publikation.pdf
9. World Health Organization. Health impact assessment (HIA) tools and methods. Geneva: WHO; 2023 [accessed 2026 Jun 18]. Available from: https://www.who.int/tools/health-impact-assessments
10. Kemm J, Parry J. The development of HIA. In: Kemm J, Parry J, Palmer S, editors. Health impact assessment. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 15-23.
11. GFA_Stadt_Plus. Hamburg: HAW Hamburg; 2025 [accessed 2026 Jun 18]. Available from: https://gfa-stadt-plus.de/home
12. Adami T, Westenhöfer J, Benneckenstein A, Sinning H, Bojahr C, Sibilis A, Tolg B. Gesundheitsförderung durch städtische Planung. Präv Gesundheitsf. 2024;20:212-218. DOI:10.1007/s11553-024-01119-x
13. Sinning H, Bojahr C, Benneckenstein A, Sibilis A, Tolg B, Westenhöfer J. Health Impact Assessment in Urban Development – Model Approach, Potentials and Limitations for the Systematic Integration of Health Aspects in Urban Planning Processes: Case Study Gera, Germany. In: Book of Proceedings of the AESOP Congress 2023: Track 1 Integrated Planning for Complexity. Łódź: AESOP; 2024 [accessed 2026 Jun 18]. p. 9-22. Available from: https://archive.aesop-planning.eu/bitstreams/da409bfb-afd9-4678-aef2-7365b0a0bf1f/download
14. 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. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i052-3.0
15. Baugesetzbuch (BauGB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 3. November 2017 (BGBl. I S. 3634), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. I 2025 Nr. 348) geändert worden ist.
16. 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
17. Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Hamburg (Hamburgisches Gesundheitsdienstgesetz – HmbGDG), in der Fassung der Bekanntmachung vom 18.07.2001.
18. Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW), in der Fassung der Bekanntmachung vom 25.11.1997.

Korrespondenz: Prof. Dr. Heidi Sinning, Fachhochschule Erfurt, Leiterin ISP – Institut für Stadtforschung, Planung und Kommunikation der Fachhochschule Erfurt – University of Applied Sciences, Altonaer Straße 25 , 99085 Erfurt, Deutschland, E-mail: sinning@fh-erfurt.de

Zitierhinweis: Sinning H, Westenhöfer J. Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) / Health Impact Assessment (HIA). In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i064-1.0

Copyright: © 2026 Heidi Sinning 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/

Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy

Raimund Geene[1]
Heike Köckler[2]
Alf Trojan[3]

[1] Berlin School of Public Health, Berlin, Germany
[2] Professorin für Sozialraum und Gesundheit, Hochschule für Technik, Wirtschaft, Gesundheit Bochum, Bochum, Germany
[3] Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany

Abstract

Das Konzept der „Gesundheitsfördernden Gesamtpolitik“/“Healthy Public Policy“ entstammt der Ottawa-Charta der WHO und ist dort als erstes Handlungsfeld benannt. Dazu wird eine ressort- und politikfeldübergreifende Zusammenarbeit im Sinne einer Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe skizziert. „Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik“ bildet gemeinsam mit dem Settingansatz und der Strategie intersektoraler Vernetzung eine zentrale Trias für eine „Neue Öffentliche Gesundheit“ (New Public Health), wie sie in der Ottawa-Charta skizziert wird. Seit 2013 wird sie zunehmend unter dem Begriff „Health in All Policies“ (HiAP) verfolgt, wenngleich das Handlungsfeld „Gesundheitsfördernder Gesamtpolitik“ unmittelbar auf die gesamtpolitische Verantwortung abzielt. Insbesondere auf kommunaler Ebene und mit den Möglichkeiten des Präventionsgesetzes wird der Ansatz seit 2015 zunehmend in Deutschland verfolgt, während es auf internationaler Ebene bereits seit Jahrzehnten verschiedene etablierte Umsetzungen zu beobachten gibt.

Keywords: Ottawa-Charta, gesamtpolitische Verantwortung, Verhältnisprävention, intersektorale Zusammenarbeit, kommunale Gesundheitsförderung

Einleitung

Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik wurde durch die Ottawa-Charta von 1986 als Schlüsselkonzept für ein aktives gesundheitsförderliches Handeln eingeführt. Hier lautet das erste Handlungsfeld im Mehrebenenmodell der Gesundheitsförderung [1] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen): „Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln!“

In der Charta wird die Forderung erläutert: „Gesundheitsförderung beinhaltet weit mehr als medizinische und soziale Versorgung. Gesundheit muss auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden. Politikerinnen und Politikern müssen dabei die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen und ihre Verantwortung für die Gesundheit verdeutlicht werden. Dazu wendet eine Politik der Gesundheitsförderung verschiedene, sich gegenseitig ergänzende Ansätze an, u. a. Gesetzesinitiativen, steuerliche Maßnahmen und organisatorisch strukturelle Veränderungen. Nur koordiniertes Handeln kann zu einer größeren Chancengleichheit im Bereich der Gesundheits-, Einkommens- und Sozialpolitik führen. Ein solches gemeinsames Handeln führt dazu, ungefährlichere Produkte, gesündere Konsumgüter und gesundheitsförderlichere soziale Dienste zu entwickeln sowie eine gesündere und erholsamere Umwelt zu schaffen. Eine Politik der Gesundheitsförderung muss Hindernisse identifizieren, die einer gesundheitsgerechteren Gestaltung politischer Entscheidungen und Programme entgegenstehen. Sie muss Möglichkeiten einer Überwindung dieser Hemmnisse und Interessengegensätze bereitstellen. Ziel muss es sein, auch politischen Entscheidungsträgern die gesundheitsgerechtere Entscheidung zur leichteren Entscheidung zu machen.“ (WHO 1986)

Gerade der Anspruch an eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik orientiert demnach auf Verhältnisprävention, weniger auf Verhaltensprävention.

Die gesündere Wahl zur leichteren Wahl machen

In der Adaption wurde dies häufig auf die Leitorientierung „Make the healthier choice the easier choice“ (WHO 1986) verdichtet, womit prägnant der Anspruch an eine Gesundheitsorientierung aller

Politikbereiche formuliert wird: Die gesündere Wahl zur leichteren Wahl machen. Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik ist wesentliche Voraussetzung, um Lebenswelten [2] (Settingansatz − Lebensweltansatz) gesundheitsfördernd gestalten zu können (zweite Handlungsstrategie der Ottawa-Charta). Erst eine politisch-parlamentarisch entschiedene und auf der Führungsebene politisch vertretene gesundheitsfördernde Gesamtpolitik kann gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen im Kleinen wie im Großen, im Wohnquartier wie in größeren räumlichen Einheiten (Kommune, Region, Bundesland, Nationalstaat, Europa) erreichen. In Weiterentwicklung dieser Verknüpfung haben Rosenbrock und Gerlinger [3] ein 6-Felder-Modell der Verhaltens- und Verhältnisprävention mit Bezug zum Individuum, zum Setting und mit Bevölkerungsbezug entwickelt.

	Beispiele Information, Aufklärung, Beratung	**Beispiele Beeinflussung des Kontextes**
Individuum	I. • Ärztliche Gesundheitsberatung • Gesundheitskurse	II. • präventiver Hausbesuch
Setting	III. • Anti-Tabak-Aufklärung in Schulen	IV. • Betriebliche Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung
Bevölkerung	V. • „Esst mehr Obst“ • „Sport tut gut“ • „Rauchen gefährdet die Gesundheit“ • „Seid nett zueinander“	VI. • HIV/Aids-Kampagne • Trimming 130

Tabelle 1: Typen und Arten der familiären Gesundheitsförderung/Primärprävention ([3]*, S. 89)*

Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik heißt, die Determinanten der Gesundheit [4] zu beeinflussen. Zu diesen zählen qualifizierende Bildung, Zugang zu einer qualitativ gesundheitsfördernden Ernährung, angemessene Wohnbedingungen, ein stabiles Ökosystem, insbesondere auch im Hinblick auf Folgen des Klimawandels, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit, eine sorgfältige Verwendung begrenzter Ressourcen in Natur und Umwelt [5] (Nachhaltige Gesundheitsförderung) und schließlich als zentrales Gut Frieden (einschließlich des sozialen Friedens).

Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik wird dementsprechend von allen wichtigen Politikbereichen mitgestaltet: Arbeit, Soziales, Bildung, Stadtentwicklung, Umwelt, Ernährung, Klima- und Verbraucherschutz, Wirtschaft, Familie, Jugend, Frauen, Seniorinnen/Senioren und vieles mehr. Zu einer solchen gesundheitsfördernden Gesamtpolitik gehören auch all jene Politikbereiche und Handlungsfelder, die an private, gemeinnützige (Vereine, Kirchen etc.) oder öffentliche Organisationen und Einrichtungen übertragen werden.

Kernelemente gesundheitsfördernder Gesamtpolitik

Kernelemente in der Herausbildung, Entwicklung und Umsetzung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik sind:

- Anerkennung der Handlungs- und Politikfelder des Mehrebenenmodells der Gesundheitsförderung der Ottawa-Charta sowie der drei zugehörigen Handlungs- und Umsetzungsstrategien: gesundheitliche Interessen vertreten (advocate), befähigen und ermöglichen (enable) sowie vermitteln und vernetzen (mediate) [6] (Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa).
- Anerkennung der Definition von Gesundheit der WHO [7] (Gesundheit), um einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik eine breitere Basis geben zu können. Damit ist auch die Anerkennung der verschiedenen grundlegenden sozialen Determinanten für die Gesundheit gemeint, insbesondere der sozioökonomischen Bedingungen von Gesundheit und Lebensqualität

[8] (Soziale Ungleichheit und Gesundheit / Krankheit).

- Integrierte Gesundheits- und Sozialberichterstattung als rationale Entscheidungsgrundlage für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, wie im Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus [9], in der Gesundheitsberichterstattung [10] vorgesehen. Dazu gehört die Etablierung einer erweiterten Gesundheitsverträglichkeitsprüfung im Sinne eines Health Impact Assessment [11] (Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsfolgeabschätzung (GFA)) für alle grundsätzlichen Entscheidungen genauso wie auch für Entscheidungen von besonderer Tragweite, etwa in der Energiepolitik oder der Wirtschaftspolitik, wenn es um den Bau von Energieproduktionsstätten, die Ansiedlung von Unternehmen oder die Ausweitung von Gewerbeflächen geht.
- Schaffung von Strukturen für intersektorale Kooperation im Sinne ressortübergreifender Strategien und Handlungsansätze auf unterschiedlichen politischen und sozialräumlichen Ebenen [12] (Gesundheitskonferenzen).
- Verankerung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik auf globaler, europäischer, nationaler, föderaler und kommunaler Ebene in den jeweiligen politischen Leitprogrammen und -zielen (z. B. Ratsbeschlüsse auf kommunaler Ebene, nationale Regierungsprogramme und im Rahmen von EU-Verträgen zur Regelung der Zusammenarbeit in der Europäischen Union) (Health in All Policies; Gesundheitsförderung 4: Europäische Union [13]). Dabei kommt der gesundheitsfördernden Gesamtpolitik eine ähnliche richtungsweisende Aufgabe bei der Schaffung, Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität zu, wie sie die Wohlfahrtskonzepte für die Entwicklung der Nachkriegsgesellschaften in der westlichen Welt hatten.

Drei Konzepte

Die Programmatik der WHO umfasst eine strategische Trias voneinander ergänzenden (teilweise auch sich überlappenden) Konzepten: Gesundheitsfördernde Lebenswelten, Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik und Intersektorale Zusammenarbeit.

- Gesundheitsfördernde Lebenswelten bezeichnen dabei das Ziel, beziehen sich allerdings meist primär auf die kleinräumige Ebene von Settings.
- Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik ist das Instrument, Lebenswelten gesundheitsfördernd zu gestalten.
- Intersektorale Zusammenarbeit spricht die Akteurinnen und Akteure für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik an. Auf der lokalen Ebene wird der Grundgedanke einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik zumeist als integrierte Quartiers- bzw. Stadtentwicklungspolitik thematisiert. Im Bundesförderprogramm „Soziale Stadt“ wird für die Gesamtheit von Zielen, Instrumenten und Akteurinnen und Akteuren von einem „integrierten Handlungskonzept“ gesprochen [14] (Gesundheitsförderung und gesunde/soziale Stadt; Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention).

Dabei gibt es drei für intersektorale Kooperation zu unterscheidende Bereiche im gesamtgesellschaftlichen Gefüge:

- Interne Zusammenarbeit innerhalb des politisch-administrativen Systems, d. h. zwischen verschiedenen Ministerien auf der nationalen oder Länderebene oder verschiedenen Referaten/Ressorts der Kommunalpolitik.
- Externe Kooperation des politisch-administrativen Systems mit relevanten Akteurinnen und Akteuren außerhalb des staatlichen oder kommunalen Bereichs.
- Zusammenarbeit von staatlichem Sektor, marktwirtschaftlichem Sektor und dem sogenannten „Dritten Sektor“ (Freiwilligen-, gemeinnützigen Sektor) jenseits von Markt und Staat, auch oft als „Zivilgesellschaft“ bezeichnet.

Die Frage der intersektoralen Kooperation wird im Ansatz Health in All Policies mit den Ansätzen der Betonung von Regierungsverantwortung („Whole-of-Government Approach“) und von gesamtgesellschaftlicher Bewegung („Whole-of-Society Approach“) weiter ausdifferenziert.

Vernetzung und Verbindung

Eine Vernetzung und Verbindung von globalen und lokalen Politikansätzen und -programmen durch die vertikale Integration der verschiedenen Ebenen gehört ebenfalls zu einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik. Ein weiterer wichtiger Bestandteil ist die Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger im jeweiligen sozialräumlichen Zielbereich. Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik soll durch Partizipation [15] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger) entwickelt und umgesetzt werden.

Die Kluft zwischen Anspruch und Wirklichkeit in der Entwicklung einer intersektoral angelegten verbindlichen gesundheitsfördernden Gesamtpolitik ist groß: „In einer idealen Welt wäre eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik ein rationaler Prozess, aber in Wirklichkeit läuft dieser Prozess nicht rational, sondern eher komplex und diffus ab, was als ‚muddling through' bzw. ‚sich durchwursteln' bezeichnet wird." ([16], S. 380).

Es gibt allerdings auch positive Beispiele für die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik bzw. für die Umsetzung einer solchen in wichtigen Teilbereichen. Dies sind z. B. auf der globalen Ebene die Einrichtung einer Kommission zu den sozialen Determinanten der Gesundheit durch die WHO 2005 sowie das Programm mit den Entwicklungszielen der UN für das 21. Jahrhundert (United Nations Development Programme 2006) oder auch die Formulierung und Weiterentwicklung der Agenda 21 seit der Rio-Konferenz 1992 [6] (Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa). Auf die Ergebnisse der WHO-Kommission zu den sozialen Determinanten hat die EU-Kommission mit weitreichenden multisektoralen politischen Aktivitäten, die für Gesundheitsförderung von großer Bedeutung sind, geantwortet (z. B. Closing the Gap von 2004 bis 2007; Determine von 2007 bis 2010). Auf der programmatischen Ebene der EU wurden die unterschiedlichen Programme in die allgemeine Strategie „Gemeinsam für die Gesundheit" integriert (2008 bis 2013; inzwischen verlängert bis 2020), die u. a. auch gesundheitliche Ungleichheiten und die sozialen Determinanten der Gesundheit in den Vordergrund rückt [13] (Gesundheitsförderung 4: Europäische Union).

Im Zuge der 8. Weltkonferenz zur Gesundheitsförderung 2013 wurde der Ansatz weiterentwickelt in das Konzept Health in All Policies, expliziert in der Helsinki Deklaration der WHO von 2013. Darin wird ein eigenständiger Politikansatz formuliert, einerseits auf Regierungsarbeit bezogen („Whole-of-Government Approach"), andererseits auf zivilgesellschaftliches Engagement („Whole-of-Society Approach") [6] (Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa), [17], [18] Nach Einschätzung von Trojan ([19], S. 31) wird deutlich, dass „HiAP (vermutlich weil konkreter als der metaphorische Ausdruck Healthy Public Policy) eine politikfähige Bezeichnung darstellt."

„Health for All and All for Health"

Durch die 9. Weltkonferenz zur Gesundheitsförderung 2016 wurde der Ansatz in der Shanghai-Deklaration mit der Überschrift „Health for All and All for Health" als gleichermaßen professioneller Anspruch formuliert wie auch strategisch als übergreifende gesamtgesellschaftliche Bewegung für Gesundheit.

Im Rahmen der Diskussionen um eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik benannte Ilona Kickbusch [20] die wichtigsten Eckpfeiler eines gesundheitspolitischen Handelns. Gesundheitspolitik

- ist gesundheitsfördernde Gesamtpolitik und fest in allen Politikbereichen verankert,
- ist langfristige Investitionspolitik;
- vernetzt eine Vielzahl von Politikbereichen im öffentlichen und privaten Bereich,
- fördert einen Gesundheitsmarkt, der zum wirtschaftlichen Wachstum, zur Gesundheit und Lebensqualität aller Bevölkerungsschichten beiträgt,
- fördert die aktive Teilnahme der Bürgerinnen und Bürger an der Gesundheit und stärkt ihre Rechte und Kompetenzen im Gesundheitssystem und auf dem Gesundheitsmarkt,
- zeigt globale Verantwortung.

Während diese Eckpfeiler das Konzept der „Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik" auf der internationalen Ebene ansprechen [21] (Globale Gesundheit / Global Health), wird für Entscheidungspersonen und Fachkräfte der Gesundheitsförderung eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik insbesondere relevant auf der lokalen Ebene im Rahmen der sogenannten „integrierten Programme" (z. B. Soziale Stadt, Umwelt und Gesundheit; Gesunde Städte; Präventionskette – Integrierte kommunale Gesundheitsstrategie).

Internetadressen:

- Europäische Kommission. Gesundheitswesen. Available from: https://health.ec.europa.eu/index_de
- Health Inequality Portal. Understand health inequalities and act on them. Available from: https://www.health-inequalities.eu
- World Health Organisation Europe (WHO). Social determinants of health. Available from: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1

- World Health Organisation Europe (WHO). Health in all Policies. Available from: https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/policy/entry-points-for-addressing-socially-determined-health-inequities/health-in-all-policies-hiap
- Public Health Institute. Available from: https://www.phi.org/resources/?resource=hiapguide
- Zukunftsforum Public Health. Available from: https://zukunftsforum-public-health.de

Weiterführende Literatur:

- Evers A, Farrant W, Trojan A, editors. Healthy Public Policies at the Local Level. Franfurt am Main: Campus; 1990. (Public policy and social welfare; 2).
- Laverack G. Gesundheitsförderung und Empowerment. Grundlagen und Methoden mit vielen Beispielen aus der praktischen Arbeit. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung; 2010.
- Rudolph L, Caplan J, Ben-Moshe K, Dillon L. Health in All Policies: A Guide for State and Local Governments. Washington, DC, Oakland, CA: American Public Health Association and Public Health Institute; 2013.
- Stahl 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.
- Trojan A, Legewie H. Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Frankfurt am Main: VAS-Verlag für Akademische Schriften; 2001.
- World Health Organisation (WHO), Government of South Australia. Adelaide Statement on Health in All Policies, moving towards a shared governance for health and well-being. Adelaide: Government of South Australia; 2010.

Literatur:

- Nutbeam D. Glossar Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung; 1998.

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
2. 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
3. Rosenbrock R, Gerlinger T. Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 3 edn. Bern: Hogrefe; 2014.
4. 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
5. 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
6. 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
7. Franzkowiak P, Hurrelmann K. Gesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I023-2.0
8. 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
9. Hartung S, Rosenbrock R. Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I099-2.0

10. Ziese T, Saß AC. Gesundheitsberichterstattung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I028-2.0
11. Linden S, Töppich J. Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I064-2.0
12. Hollederer 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
13. 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
14. 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
15. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
16. Naidoo J, Wills J. Lehrbuch der Gesundheitsförderung. 3 edn. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Bern: Hogrefe; 2019. (Programmbereich Gesundheit).
17. Geene R, Kurth BM, Matusall S. Health in All Policies – Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland. Gesundheitswesen. 2020 Jul;82(07):e72–6. DOI:10.1055/a-1138-0389
18. Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H. Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer VS; 2020.
19. Trojan A. Gesundheit in allen Politikbereichen: Die Entwicklungsgeschichte eines Kernkonzepts der Gesundheitsförderung. In: Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H, editors. Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer VS; 2020. p. 17–36.
20. Kickbusch I. Die Gesundheitsgesellschaft − Megatrends der Gesundheit und der Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung; 2006.
21. Gräser S. Global Health / Globale Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I063-3.0

Korrespondenz: Prof. Dr. rer. pol., MPH Raimund Geene, Berlin School of Public Health, Alice Salomon Platz 5, 12627 Berlin, Deutschland, E-mail: raimund.geene@ash-berlin.de

Zitierhinweis: Geene R, Köckler H, Trojan A. Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i032-1.0

Copyright: © 2026 Raimund Geene 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/

Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung

Christa Böhme[1]
Heike Köckler[2]
Eike Quilling[3]

[1] Bereich Stadtentwicklung, Recht und Soziales, Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin, Deutschland

[2] Professorin für Sozialraum und Gesundheit, Hochschule für Technik, Wirtschaft, Gesundheit Bochum, Bochum, Deutschland

[3] Fachbereich für Gesundheitswissenschaften, Professorin für Gesundheitspädagogik und -kommunikation, Hochschule Bochum, Bochum, Deutschland

Abstract

Die Gesundheit des Menschen wird stark geprägt von Lebensbedingungen wie ökonomischen, sozialen, infrastrukturellen sowie umweltbezogenen Aspekten, die u. a. von Prozessen der Stadtentwicklung elementar beeinflusst werden. Politik und Verwaltung kommen hierbei auf kommunaler Ebene eine zentrale Rolle zu. Von gesundheitsfördernder Stadtentwicklung wird gesprochen, wenn Planung, Programme, Projekte oder Maßnahmen die Förderung von Gesundheit der Bevölkerung, spezifischer Communities und/oder gezielt Gesundheitsdeterminanten adressieren.

Keywords: Chancengerechtigkeit, Gesundheitsförderung, Gesundheitsdeterminanten, Kommune, Planung, Stadt

Einleitung

Die Gesundheit der Menschen wird von zahlreichen verschiedenen Faktoren determiniert. Neben Alter, Geschlecht und genetischen Dispositionen, Lebensstil und Verhaltensweisen sowie sozialen Netzwerken sind dies vor allem die Lebensbedingungen und -verhältnisse [1] (Determinanten der Gesundheit). Aufgabe der Stadtentwicklung ist es, diese Lebensverhältnisse vor Ort in den Kommunen zu gestalten. Entscheidungen zur Stadtentwicklung haben daher seit jeher die Gesundheit der Menschen in den Städten beeinflusst.

Bereits in der griechischen und römischen Antike wurden Kälte und Hitze, Trinkwasserqualität sowie Winde als Umwelteinflüsse des Menschen erkannt und hieraus beispielsweise vom Vitruv 70–60 v. Chr. Regeln für Architektur und Stadtplanung zum Schutz der Gesundheit abgeleitet [2]. Mitte und Ende des 19. Jahrhunderts waren vor allem Epidemien (z. B. Cholera) und die schwierigen Lebensbedingungen der Arbeiterinnen und Arbeiter und ihrer Familien in den schnell wachsenden Städten Auslöser von Städtebaureformen, die gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse zum Ziel hatten [3].

Im 21. Jahrhundert findet der Einfluss der Stadtentwicklung auf die Gesundheit seinen programmatischen Niederschlag in der 2020 neu formulierten Leipzig-Charta [4] – das Leitdokument für die Stadtentwicklung in Deutschland und Europa. Die Charta beschreibt mit der gerechten, grünen und produktiven Stadt drei Dimensionen gemeinwohlorientierter Stadtentwicklung und zählt hierzu ausdrücklich ein gesundes Lebensumfeld, gesunden Wohnraum, ein gesundes Stadtklima, eine ausreichende Gesundheitsversorgung und Umweltgerechtigkeit [5] für alle gesellschaftlichen Gruppen (Neue Leipzig Charta 2020).

Stadtentwicklung beschreibt Veränderungsprozesse in Städten, die sich in demografischen, ökonomischen, sozialen, infrastrukturellen, umweltbezogenen, politischen und fiskalischen Dimensionen erfassen lassen [6]. Verschiedene Akteurinnen und Akteure versuchen durch gezielte Handlungen in den genannten Dimensionen die Entwicklung von Städten zu beeinflussen. Eine zentrale Rolle kommt hier der Politik und Verwaltung zu, insbesondere auf kommunaler Ebene. Daher wird gesundheitsfördernde Stadtentwicklung im Sinne des Health in all Policies-Ansatzes [7] (Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP)) auch dem Dachsetting Kommune [8] (Kommunale Gesundheitsförderung) [9] zugeordnet.

Wenn die Förderung der Gesundheit der Bevölkerung oder spezifischer Communities leitend ist und/oder gezielt Gesundheitsdeterminanten adressiert werden, handelt es sich um eine gesundheitsfördernde

Stadtentwicklung [10], [11].

Aufgabenfelder gesundheitsfördernder Stadtentwicklung

Wollen Kommunen gesundheitsförderliche Lebensverhältnisse vor Ort schaffen, erhalten und weiterentwickeln, müssen sie sich an den Verhältnissen orientieren, in denen Menschen leben und verschiedene Gesundheitsdeterminanten adressieren. Im Mittelpunkt stehen dabei insbesondere die folgenden Aufgaben ([12], S. 5 f.):

- *Sozialräumliche Segregation abbauen*: In deutschen Großstädten ist eine ansteigende Konzentration von Armut in einzelnen Stadtteilen zu beobachten. Durch die Aufwertung innerstädtischer Quartiere und steigende Mieten werden Haushalte mit niedrigem Einkommen zunehmend gezwungen, ihre angestammten Wohnstandorte zu verlassen und in Wohngegenden mit niedrigen Mieten zu ziehen (Gentrifizierung). Die räumliche Konzentration verstärkt die negativen Auswirkungen von Armut, so auch bezogen auf die gesundheitliche Lage der Bewohnerinnen und Bewohner. Vor allem durch wohnungspolitische Maßnahmen und eine verstärkte Sozialraumorientierung als verbindliche Grundlage für ressortübergreifende Planungen kann der sozialen Segregation entgegengewirkt werden [13] (Sozialraum- und Gemeindeorientierung in der Gesundheitsförderung).
- *Nachhaltige Mobilität fördern*: Die zunehmende Urbanisierung und die sich weiter verändernden Produktionsabläufe und Lebensstile gehen mit zunehmender Mobilität von Gütern und Personen einher. Städte müssen hierfür nachhaltige und inklusive Mobilitätssysteme schaffen, die den Umweltverbund (Fußgängerinnen und Fußgänger, Radfahrerinnen und Radfahrer und ÖPNV) priorisieren und das Aufkommen des motorisierten Individual- und Güterverkehrs reduzieren. Damit werden die Emission von Luftschadstoffen, Treibhausgasen und Lärm sowie das Unfallrisiko gesenkt und Bewegung im Alltag, also aktive Mobilität, gefördert.
- *Urbanes Grün erhalten und entwickeln*: Vor allem wachsende Städte mit einem angespannten Wohnungsmarkt stehen vor der Herausforderung, ausreichend Wohnraum für alle Bevölkerungsgruppen zur Verfügung zu stellen. In solchen Städten ist urbanes Grün besonders gefährdet. Die Städte sollten große Anstrengungen unternehmen, urbanes Grün zu erhalten und weiterzuentwickeln, da Grün- und Freiflächen bedeutende Orte der Bewegung, der Erholung, der Naturerfahrung und der sozialen Begegnung sind. Außerdem haben sie wichtige bioklimatische und ökologische Funktionen.
- *Infrastrukturen entwickeln*: Infrastruktur zählt zu den wichtigsten Elementen der kommunalen Daseinsvorsorge und damit zum Wesen der kommunalen Selbstverwaltung. Gemeint sind hier soziale Infrastruktur wie wohnungsnahe, gesundheitliche und pflegerische Einrichtungen und Dienste, aber auch Stadtteil- bzw. Gemeinwesenzentren, technische Infrastruktur, wie sie beispielsweise zur Sicherung der Mobilität notwendig ist. Hinzu kommt die grüne Infrastruktur, verstanden als Netzwerk urbaner Grünflächen, und vieles mehr. Die Aufgabe der Kommunen besteht darin, ihre sozialen, technischen und grünen Infrastrukturen zukunftsfähig und nachhaltig zu entwickeln. Dies trage dazu bei, dass alle Menschen in einer Kommune gesund und ökologisch verträglich leben können.
- *Umweltgerechtigkeit schaffen*: In vielen Städten sind insbesondere Menschen mit geringem Einkommen und/oder Migrationsgeschichte in einzelnen Quartieren und Wohnlagen umweltbezogenen Mehrfachbelastungen ausgesetzt. Diese Belastungen können zu erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Daher ist es eine wichtige Aufgabe der Kommunen, mehr Umweltgerechtigkeit zu schaffen und Umwelt-/Klimaschutz sowie soziale Gerechtigkeit [14] (Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit) mit integrierten Ansätzen zu verfolgen.
- *Partizipation ermöglichen*: Die Beteiligung von Bewohnerinnen und Bewohnern an Prozessen der Stadtentwicklung ist nicht nur rechtlich verankert. Sie ist auch ein wesentliches Kriterium einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung, die Selbstbestimmung und Empowerment als zentral ansieht. Partizipation [15] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger) erfordert eine stetige Überprüfung und Weiterentwicklung der eingesetzten Methoden und Werkzeuge sowie Kompetenzen derjenigen, die Prozesse verantworten. Dies gilt insbesondere mit Blick auf das bessere Erreichen und die Beteiligung benachteiligter Bevölkerungsgruppen, z. B. durch aufsuchende (Soziale) Arbeit oder den Einsatz digitaler Beteiligungsformen. Zudem ist es – nicht zuletzt mit Blick auf Glaubwürdigkeit und Akzeptanz – notwendig, dass die Kommune zu Beginn eines Beteiligungsverfahrens die Spielräume der Partizipation transparent macht und die Beteiligung niederschwellig ermöglicht.

Instrumente gesundheitsfördernder Stadtentwicklung

Den eingangs benannten Dimensionen der Stadtentwicklung sind eine Vielzahl von Instrumenten in einschlägigen Politikfeldern zuzuordnen, die für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung genutzt werden können. Dies folgt dem Ansatz der Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP) [7]. Kommunen verfügen über ein umfangreiches Instrumentarium an formellen (also gesetzlich geregelten) und informellen (also freiwilligen) Instrumenten. Sie können zudem unterschieden werden in sektorale und integrierende sowie in gesamtstädtische und teilräumlich ausgerichtete Instrumente. Im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung sind den Kommunen vielfältige Aufgaben der Daseinsvorsorge übertragen, wodurch sie über Ortsrecht kontextspezifische Impulse in die Stadtentwicklung geben können. Ein besonderes Potential wird in der Stadtplanung, der integrierten Stadtentwicklung und dem planerischen Umwelt- und Naturschutz gesehen [16], [17], [18].

Insbesondere integrierten Stadtentwicklungskonzepten kommt ein großes Potential zu. In Form von städtebaulichen Entwicklungskonzepten dienen sie als Grundlage für Maßnahmen der von Bund und Ländern getragenen Städtebauförderung. Im Leitfaden Prävention der gesetzlichen Krankenkassen werden die Fördergebiete des Städtebauförderprogramms „Sozialer Zusammenhalt“ (ehemals: „Soziale Stadt“) als generell förderfähig nach dem Präventionsgesetz [19] eingeordnet. So gibt es erste Beispiele einer Anreicherung von Städtebauförderungsprogrammen durch Präventionsmittel, die insbesondere der Nutzung baulich-räumlicher Veränderungen beispielsweise der grünen Infrastruktur und des öffentlichen Raums für Bewegung dienen (beispielsweise für Bochum-Wattenscheid siehe: [20]). Im Sinne der Daseinsvorsorge rücken zudem Themen der Gesundheitsförderung und Prävention und Krankheitsprävention [21] verbunden mit gesundheitlicher Versorgung in den Fokus (ebd.).

Die eher sektoral ausgerichteten Instrumente des planerischen Umweltschutzes sind in der Regel im Bundesimmissionsschutzgesetz verankert und beziehen sich auf Luftreinhaltung, Lärm- oder Strahlenschutz. Der Schutz der menschlichen Gesundheit ist hier zentral. Ansätze, die die Vulnerabilität der Bevölkerung in den Fokus setzen, werden zwar gefordert (SRU 2020; Köckler 2017), jedoch ebenso wenig umgesetzt wie eine systematische Betrachtung von Mehrfachbelastungen. Im Bereich der informellen Hitzeaktionspläne, an deren Entwicklung Gesundheitsakteure und -akteurinnen häufig beteiligt sind, gestaltet sich dies durchaus anders. Auch in der Grün- und Freiraumplanung gibt es erste vielversprechende Ansätze [22].

Um die Potentiale dieser Politikfelder für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung zu erschließen, kommen Böhm et al. unter anderem zu folgender Schlussfolgerung: „Gesundheitsexpert*innen benötigen Policy-Wissen für die Kooperation. (...) Akteure anderer Politikfelder sind mit einem salutogenetischen Gesundheitsverständnis [23] (Salutogenese) vertraut zu machen“ ([12], S. 432).

Um diese Prozesse zu unterstützen, gibt es Arbeitshilfen wie den Leitfaden Gesunde Stadt [24] sowie die Handreichung „Gemeinsam planen: Orte für ein gesundes Leben in der Kommune schaffen“ [25].

Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung und integriertes Handeln

Gesundheitsfördernde Lebensverhältnisse zu erhalten und weiterzuentwickeln stellt sich als eine sehr komplexe Aufgabe dar, die mit verschiedenen Instrumenten verfolgt werden kann. Sie erfordert integriertes, fachübergreifendes Handeln. Insbesondere die Zusammenarbeit von Stadtplanung/Stadtentwicklung, Grün- und Freiraumplanung, Umwelt- und Naturschutz sowie Gesundheitsförderung ist eine zentrale Voraussetzung für eine umfassende und erfolgreiche Berücksichtigung von Gesundheit in der Stadtentwicklung. Eine kommunal entwickelte Gesamtstrategie mit Gesundheitszielen kann hier Orientierung geben [8] (Kommunale Gesundheitsförderung).

Sollen Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung nicht unverbunden nebeneinanderstehen, sondern für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung zusammenwirken, müssen zum einen geeignete Organisationsstrukturen für ressort- und fachübergreifendes Arbeiten in den Kommunen etabliert werden. Zum anderen müssen die möglichen Synergieeffekte einer Kooperation von Stadtentwicklung und Gesundheit stärker ins Bewusstsein der kommunalen Akteurinnen und Akteure inner- und außerhalb von Politik und Verwaltung rücken [26].

Nötig ist nicht nur die Kooperation von Stadtplanung/Stadtentwicklung, Grün- und Freiraumplanung, Umwelt- und Naturschutz und Gesundheit. In die fachübergreifende Zusammenarbeit müssen auch die Bereiche Verkehr, Sport, Kinder, Jugend und Familie, Soziales und Bildung einbezogen werden.

Außerdem geht es um die Bündelung von Ressourcen, die Vernetzung mit Akteurinnen und Akteuren außerhalb von Politik und Verwaltung sowie die Verknüpfung unterschiedlicher räumlicher Ebenen: von der Gesamtstadt über den Stadtteil bis zur Nachbarschaft.

Nutzen und Mehrwert für Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung leistet einen zentralen Beitrag zur Verwirklichung des Health in All Policies-Ansatzes, indem bereits in Planungsprozessen die unterschiedlichen Politikfelder adressiert und einbezogen werden.

Indem Einflussmöglichkeiten auf (öffentliche) Räume wie beispielsweise die Gestaltung der Mobilität eröffnet werden und so ein gesundheitsförderliches Verhalten durch die Veränderung der Rahmenbedingungen (z. B. durch Fahrradwege) ermöglicht wird, leistet sie einen elementaren Beitrag zur Verhältnisprävention wie im Settingansatz gefordert [27] (Settingansatz/Lebensweltansatz).

Mittels der Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern an Planungsprozessen bietet sich der Gesundheitsförderung und Prävention die Chance, ihre Ziele in die Instrumente der Stadtentwicklung über Partizipationswege einzubinden.

Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung ist ein dynamisches Feld mit einer Vielzahl von Akteurinnen und Akteuren sowie Ressourcen und bietet mit der konsequenten Umsetzung des Health in All Policies-Ansatzes die Möglichkeit, gesundheitliche Ungleichheit zu reduzieren und für mehr Chancengerechtigkeit und Selbstbestimmung auch im Kontext von Gesundheit zu sorgen; dies entspricht laut Ottawa Charta [28] nicht zuletzt dem Kerngedanken der Gesundheitsförderung.

Der Richtungswechsel in den Gesundheitswissenschaften von der Verhaltens- zur Verhältnisprävention – wie er auch im Präventionsgesetz [19] (2015) verankert ist –, intensiviert zudem die Synergien zwischen Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung und bietet Möglichkeiten, verschiedene Programme und Finanzierungsquellen sinnvoll zu verbinden und beispielsweise Mittel der Städtebauförderung mit den Möglichkeiten krankenkassenfinanzierter Interventionen, wie sie im Präventionsgesetz vorgesehen sind, zu kombinieren.

Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung kann somit langfristig settingübergreifende, gesundheitsfördernde Lebensbedingungen und Strukturen schaffen, indem sie mittels zentraler Koordination und systematischer Planung [29], [8] (Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus, Kommunale Gesundheitsförderung) eine aktive Beteiligung der Bewohnerinnen und Bewohner sicherstellt.

Perspektiven / Empfehlungen

Stadtentwicklung stand während der Covid 19 Pandemie und auch seit dem Krieg im Herzen Europas insbesondere in ihrer sozialen, ökonomischen und fiskalischen Dimension vor besonderen Herausforderungen. Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung sollte als ein Weg gesehen werden, diesen Herausforderungen zu begegnen. Gleiches gilt für die Anpassung an den Klimawandel und seine Folgen.

In Zukunft gilt es, in einer sich immer weiter ausdifferenzierenden städtischen Gesellschaft konsequent die Perspektive auf Subgruppen und Communities einzunehmen. Der in Deutschland an Bedeutung gewinnende Ansatz der Community Health sieht sich auch als ein Beitrag zu gesundheitsfördernder Stadtentwicklung [30]. Impulse, Gesundheitsförderung mit gesundheitlicher Versorgung wie Gesundheitskiosken und / oder Community HealthNurses zu verknüpfen, integrieren den Aspekt der Daseinsvorsorge und zugehender sozialer Arbeit insbesondere in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf in eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung.

References

1. Hurrelmann K, Richter M. Determinanten der Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I008-2.0
2. Baumgart S. Räumliche Planung und öffentliche Gesundheit – eine historische Verknüpfung. In: Baumgart S, Köckler H, Ritzinger A, Rüdiger A, editors. Planung für gesundheitsfördernde Städte. Hannover: Verlag der ARL; 2018. p. 20–36. Available from: https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/59571/ssoar-2018-baumgart-Raumliche_Planung_und_offentliche_Gesundheit.pdf?sequence=1&lnkname=ssoar-2018-baumgart-Raumliche_Planung_und_offentliche_Gesundheit.pdf
3. Labisch A, Woelk W. Geschichte der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann K, Razum O, editors. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2015. p. 55–98.
4. Neue Leipzig Charta. Die transformative Kraft der Städte für das Gemeinwohl. Verabschiedet beim Informellen Ministertreffen Stadtentwicklung am 30. November 2020. 2020. [accessed 2023 Jul 10]. Available from: https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/veroeffentlichungen/sonderveroeffentlichungen/2021/neue-leipzig-charta-pocket-dl.pdf;jsessionid=98CCCA5F9B0589E358A521C1BA919569.live11313?__blob=publicationFile&v=3
5. Bunge C, Böhme C. Umweltgerechtigkeit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I136-4.0
6. Friedrichs J. Stadtenwicklung. In: Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL), editor. Handwörterbuch der Stadt- und Raumentwicklung. Hannover: ARL; 2018. p. 2.421-2.433.
7. Köckler H, Geene R. Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I157-1.0
8. Quilling E, Leimann J, Tollmann P. Kommunale 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-I043-1.0
9. Quilling E, Babitsch B, Dadaczynski K, Kruse S, Kuchler M, Köckler H, Leimann J, Walter U, Plantz C. Municipal Health Promotion as Part of Urban Health: A Policy Framework for Action. Sustainability. 2020 Aug 18;12(16):6685. DOI:10.3390/su12166685
10. Baumgart S, Köckler H, Ritzinger A, Rüdiger A. Planung für gesundheitsfördernde Städte. Hannover: Verlag der ARL; 2018. (Forschungsberichte der ARL; 8).
11. Köckler H, Sieber R. Die Stadt als gesunder Lebensort?! Bundesgesundheitsbl. 2020 Aug;63(8):928–35. DOI:10.1007/s00103-020-03176-x
12. Böhme C, Brichetti K, Bunge C, Claßen T, Daubitz S, Frinken M, Göpel E, Göttlein E, Hartung S, Hornberg C, Kliemke C, Knöll M, Köckler H, Lummitsch U, Pospiech S, Riedel N, Schikorra S, Schmidt G, Schmidt M, Schubert K, Süß W. Empfehlungen für eine gesundheitsfördernde und nachhaltige Stadtentwicklung – Fünf Thesen der Arbeitsgruppe Gesundheitsfördernde Gemeinde- und Stadtentwicklung (AGGSE). 2020. [accessed 2025 Oct 15]. Available from: https://tuprints.ulb.tu-darmstadt.de/id/eprint/14285
13. Quilling E, Kaczmarczyk D, Schäfer P, Trojan A, Süß W. Sozialraum- und Gemeindeorientierung in 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-I021-3.0
14. 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
15. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
16. Sieber R, Köckler H. Handlungsfeld Kommune. In: Department of Community Health, editor. Community Health. Weinheim: Beltz Juventa; 2022. p. 218–27.
17. Baumgart S, Rüdiger A. Gesundheit in der Stadtpanung. Instrumente, Verfahren, Methoden. Vol. ;4. München: oekom verlag; 2022. (Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region; 4).
18. Böhme C, Franke T, Preuß T, Heinrichs E, Schreiber M, Kumsteller F, Köckler H. Kooperative

Planungsprozesse zur Stärkung gesundheitlicher Belange – modellhafte Erprobung und Entwicklung von Ansätzen zur nachhaltigen Umsetzung. Teilbericht zur Dokumentenrecherche/-analyse (Arbeitspaket 1). Umweltbundesamt, editor. Dessau-Roßlau; 2021. (Umwelt & Gesundheit; 6/2021).

19. 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
20. Köckler H, Lottermoser A, Sprünken M. Bochum-Wattenscheid Mitte: Integrierte gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung. In: Faller G, Department of Community Health, editors. Community Health. Weinheim: Beltz Juventa; 2022.
21. 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
22. Böhme C, Franke T, Michalski D, Reimann B, Strauss WC. Mehr Umweltgerechtigkeit: gute Praxis auf kommunaler Ebene. Umweltbundesamt; 2022.
23. 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
24. Gesundheit L, Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW). Leitfaden Gesunde Stadt. Hinweise für Stellungnahmen zur Stadtentwicklung aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst. Bochum; 2019.
25. Umweltbundesamt. Handreichung “Gemeinsam planen: Orte für ein gesundes Leben in der Kommune schaffen. Dessau-Roßlau; 2022.
26. Quilling E, Mielenbrink V, Osterhoff A, Terhorst S, Tollmann P, Kruse S. State of evidence on municipal strategies for health promotion and prevention: a literature and database research (Scoping Review). BMC Public Health. 2022 Dec;22(1). DOI:10.1186/s12889-022-12607-0
27. 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
28. World Health Organisation (WHO). Ottawa Charta. Genf; 1986. [accessed 2023 May 17]. Available from: https://intranet.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
29. Hartung S, Rosenbrock R. Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I099-2.0
30. Faller G, Department of Community Health, editors. Community Health. Grundlagen, Methoden, Praxis. Weinheim: Beltz Juventa; 2022.

Korrespondenz: Dipl.-Ing. Christa Böhme, Deutsches Institut für Urbanistik, Bereich Stadtentwicklung, Recht und Soziales, Zimmerstraße 13-15, 10969 Berlin, Deutschland, E-mail: boehme@difu.de

Zitierhinweis: Böhme C, Köckler H, Quilling E. Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i151-1.0

Copyright: © 2026 Christa Böhme 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/

Gesundheitsförderndes Krankenhaus

Christina Dietscher[1]
Birgit Metzler[2]
Jürgen M. Pelikan †[3]

[1] Sektion VI – Humanmedizinrecht und Gesundheitstelematik, Leiterin, Abteilung A/1 – Nicht übertragbare Erkrankungen, psychische Gesundheit und Altersmedizin, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien, Österreich

[2] Kompetenzzentrum Gesundheitsförderung und Gesundheitssystem, Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Österreich

[3] PhD Director WHO-CC Health Promotion in Hospitals and Health Care Gesundheit Österreich GmbH, Professor em. (University of Vienna), Wien, Österreich

Abstract

Bei der Gesundheitsförderung im Krankenhaus stehen Kliniken vor allem mit ihrem Zugang zu bestimmten Zielgruppen im Fokus (Patientinnen und Patienten, Beschäftigte, Besucherinnen und Besucher, Anwohnerinnen und Anwohner). Der Ansatz „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“ ist dagegen deutlich umfassender und sieht eine Klinik selbst als gesundheitsfördernde Umwelt. Mit partizipativen Konzepten der Organisationsentwicklung entstehen dort Strukturen, Ressourcen und Prozesse, die neben der medizinischen Versorgung auch die ganzheitliche somatische, psychische und soziale Gesundheit aller Beteiligten eines Krankenhauses stärken.

Keywords: Gesundheitsförderndes Krankenhaus, Gesundheitsförderung und Krankenhaus, Health Promoting Hospital Network, Netzwerke gesundheitsfördernder Krankenhäuser, Settingansatz in der Gesundheitsförderung

Einleitung

Studien belegen, dass Gesundheit weitgehend außerhalb des Gesundheitssystems entsteht, nämlich hauptsächlich dort, wo Menschen „spielen, lernen, arbeiten und lieben“ [1]. Die Steigerung der Lebenserwartung und die Reduktion frühzeitiger Morbidität und Mortalität sind nicht nur auf medizinische Interventionen zurückzuführen. Sie basieren auch wesentlich auf unterschiedlichen Lebensstilen, Umweltfaktoren und genetischen Veranlagungen. Insbesondere sozialen und Umweltfaktoren kommt dabei eine besondere Rolle zu. So zeigt etwa die Epigenetik die prinzipielle Beeinflussbarkeit genetischer Prädispositionen durch Umwelteinflüsse auf. Zudem hängen persönliche Lebensbedingungen und -stile stark von sozio-ökonomischen Determinanten und Sozialisationserfahrungen ab [2] (Determinanten der Gesundheit).

Gesundheit und Krankheit sind somit soziale Phänomene, die von gesellschaftlichen Bedingungen wie beispielsweise vom Bildungsniveau und der sozialen Teilhabe oder gesetzlich normierten Regeln (z. B. hinsichtlich Arbeitssicherheit oder Umweltgrenzwerten) beeinflussbar sind.

Entsprechend propagiert der Settingansatz/Lebensweltansatz [3], der sich ab den 1980er Jahren herausbildete und 1986 in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung verankert wurde [1], die Bedeutung nicht-medizinischer Interventionen zur Verbesserung von Gesundheitsdeterminanten in Settings wie Betrieben, Schulen, Gemeinden und Krankenhäusern. Das übergeordnete Ziel besteht darin, die Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Neben Führungsstilen sowie den Arbeits- und Lebensbedingungen im Setting spielt auch die Art der Veränderungsprozesse eine wichtige Rolle, die durch Empowerment/Befähigung [4], Partizipation und Ressourcen-Orientierung selbst gesundheitsförderlich wirken sollen.

Die Rolle der "Gesundheitsdienste"

Die Ottawa-Charta [1] erwähnt die Gesundheitsdienste als einziges Setting, das einer Reorientierung bedarf. Deren Ziel ist es, „ein Versorgungssystem zu entwickeln, das (…) weit über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht“ (ebd.). Die Charta fordert nicht zuletzt eine bessere Koordination zwischen dem Gesundheitssektor und anderen sozialen, politischen und ökonomischen

Kräften, darüber hinaus eine verstärkte Berücksichtigung salutogener (nicht nur pathogener) Faktoren [5] (Salutogenese) in der Forschung, entsprechende Anpassungen in der beruflichen Aus- und Weiterbildung und nicht zuletzt eine Veränderung der Organisationsformen im Gesundheitssystem. Damit soll die Orientierung an den Bedürfnissen der Menschen als ganzheitliche Persönlichkeiten gewährleistet werden.

Dabei bleibt offen, wie der Begriff „Gesundheitsdienste“ zu verstehen ist. Während die WHO bereits in ihrer Alma Ata-Deklaration [6] auf die wesentliche Rolle der Primärversorgung für die Gesundheitsförderung hinwies, fehlten zunächst Überlegungen und Konzepte für Krankenhäuser. Diese spielen jedoch auch aufgrund ihrer Ausbildungsfunktion eine entscheidende Rolle als Kern moderner Gesundheitssysteme und prägen alle Gesundheitseinrichtungen.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob und wie Gesundheitsförderung an ein Setting wie das Krankenhaus anschließen kann, das doch per definitionem seinen Fokus auf die Behandlung von Krankheiten und damit nur mittelbar auf die Förderung von Gesundheit legt. Zudem kommen Patientinnen und Patienten v. a. in mehr oder weniger bedrohlichen Lebenssituationen ins Krankenhaus, in denen ihre bisherigen Gesundheitsstrategien nicht mehr ausreichen und sie auf mehr oder weniger invasive Interventionen angewiesen sind.

Dennoch lassen sich Gesundheitsförderung und Krankenhaus durchaus verbinden. Das Krankenhaus bietet sowohl für seine Patientinnen und Patienten als auch für Mitarbeitende und auch für die Bevölkerung im Einzugsgebiet eine Reihe von (noch nicht ausreichend genutzten) Schutzfaktoren [7] (Resilienz und Schutzfaktoren), die es zu stärken gilt. Gleichzeitig bestehen beträchtliche Gesundheitsrisiken und Belastungen [8] (Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell) (z. B. Hospitalismus, Behandlungsfehler, nosokomiale Infektionen), die es nach Möglichkeit zu vermeiden gilt.

Einbindung von Patientinnen und Patienten

Bei Patientinnen und Patienten können die partizipative [9] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger) und empowernde Einbindung in ihren Behandlungsprozess als Ko-Produzentinnen und -Produzenten ihrer Gesundheit, Formen von Schulungen und sozialer Unterstützung sowie die Qualität von Kommunikation und Information dazu beitragen, die Behandlungsergebnisse über den Krankenhausaufenthalt hinaus zu verbessern. Im Krankenhaus selbst sind Patientinnen und Patienten für Interventionen zur Lebensstiländerung besonders empfänglich („teachable moment“). Das bedeutet, dass die Prozesse der Krankenbehandlung und Rehabilitation mit messbaren Effekten auf die klinischen Ergebnisse gesundheitsförderlich gestaltet werden können (vgl. u. a. [10]).

Gleiches gilt für das Krankenhaus als physische Umgebung: Die Evidenzforschung zur Krankenhausarchitektur zeigt beispielsweise messbare Effekte baulicher Maßnahmen auf die Patientensicherheit (weniger Infektionen und Stürze) und Mitarbeiterzufriedenheit (vgl. u. a. [11]). Auch Qualität und Quantität der Krankenhausverpflegung tragen wesentlich zum Wohlbefinden und zur Gesundheit von Patientinnen und Patienten sowie von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei.

Krankenhäuser als Arbeitgeber und regionale Akteure

Krankenhäuser sind wichtige Arbeitgeber. Die Qualität der Arbeitsplätze wirkt sich nicht nur auf die Gesundheit der Beschäftigten (und deren Angehörige) aus, sondern mittelbar auch auf die Patientinnen und Patienten, da starke Arbeitsbelastung das Risiko von Fehlern erhöht. Weil Arbeitsplätze in Krankenhäusern besondere Herausforderungen an die Gesundheit stellen – etwa die vielfache Konfrontation mit Leid und Tod, Infektions- und Kontaminationsrisiken, Nacht- und Schichtarbeit, hohes Burnout-Risiko etc. – sind Gesundheitsschutz, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung für die Mitarbeitenden besonders angezeigt. Dabei geht es zunehmend auch um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf – nicht nur aufgrund des weiter steigenden Frauenanteils an den Beschäftigten, sondern auch wegen der demografischen Entwicklungen: Immer mehr Angestellte haben betreuungsbedürftige Angehörige.

Schließlich sind Krankenhäuser wichtige Akteure in ihrer Region. Sie kooperieren mit den regionalen Gesundheits- und Sozialeinrichtungen sowie Verwaltungen. Beispielsweise können sie durch die Bereitstellung epidemiologischer Daten zum regionalen Krankheits- und Verletzungsgeschehen als Basis für entsprechende regionale Interventionsmaßnahmen die Regionalentwicklung unterstützen. Als wichtiger Wirtschaftsfaktor haben Krankenhäuser durch ihre Einkaufspolitik (z. B. Bezug regionaler, biologischer Produkte für die Krankenhausküche) sowie durch ihr Energie- und Abfallmanagement vielfältige gesundheits- und klimarelevante Einflussmöglichkeiten auf die Region.

Orientierung am Konzept „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“ bedeutet demnach, die Auswirkungen von Organisationsentscheidungen auf die Gesundheit der angesprochenen Gruppen systematisch zu berücksichtigen. Gesundheit wird dabei im Sinne der WHO als ein somato-psycho-soziales Konzept verstanden. Gesundheitsförderung [12] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen) umfasst dabei auch Aspekte der Krankheitsprävention [13] (Prävention und Krankheitsprävention), des Gesundheitsschutzes [14] (Gesundheitsschutz), der Gesundheitskompetenz [15] (Gesundheitskompetenz / Health Literacy) sowie der Gesundheitserhaltung und -entwicklung.

Konzept Gesundheitsförderndes Krankenhaus

Die Geschichte der Konzeptentwicklung, Umsetzung und Verbreitung des GFKH wurde zuletzt in Pelikan, Metzler & Nowak [16] umfassend dargestellt. Im Folgenden wird ein kurzer Überblick gegeben.

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung inspirierte Konzeptentwicklungen, die 1989 zu einem erfolgreichen WHO-Modellprojekt in Wien (bis 1996) und 1990 zur Gründung des zunächst auf Europa begrenzten International Network of Health Promoting Hospitals (HPH) als „Multi City Action Plan“ des Gesunde Städte-Projekts der WHO führten.

Eine erste Verschriftlichung des GFKH-Konzeptes stellt die Budapest-Declaration on Health Promoting Hospitals [17] dar. Zuvor galt es zunächst das Ziel zu klären: Sollte das Krankenhaus im Sinne von „Gesundheitsförderung im Krankenhaus“ lediglich als Zugang zu Personen oder Gruppen genutzt werden, um bestimmte Gesundheitsförderungsmaßnahmen oder -programme umzusetzen? Oder sollte das anspruchsvollere Ziel angestrebt werden, das Krankenhaus zu einer gesundheitsfördernden Organisation zu entwickeln? Im Sinne der Ottawa-Charta erfolgte die Entscheidung für den umfassenden Ansatz.

Für diesen Ansatz hält die Budapest-Declaration 17 Aufgaben und Ziele fest. Sie umfassen Führungsgrundsätze, patientenbezogene sowie mitarbeiterbezogene Ziele und Maßnahmen, auf die Region bezogene Ziele und Maßnahmen, die Gestaltung des Krankenhauses als physische Umgebung und die Orientierung an gesundheitsfördernden Werten (Berücksichtigung der Bedürfnisse unterschiedlicher Zielgruppen, Akzeptanz unterschiedlicher Wertvorstellungen, Partizipation, Orientierung an Gesundheitsgewinn, Vorbildfunktion etc.).

Umsetzung des Konzepts

Die Implementierung des Konzeptes erfordert die Schaffung entsprechender organisationaler Kapazitäten [18] (Capacity Building/Kapazitätsentwicklung), spezifischer Strukturen (z. B. Leitbild, Gesundheitsförderungs-Beauftragte, -Team, -Ausschuss) und Prozesse (z. B. Gesundheitsbeobachtung und -berichterstattung, Implementierungsprojekte) sowie entsprechende Ressourcen (Personal, Budget, Zeit). Damit sind die Voraussetzungen für einen offenen Ansatz der Organisationsentwicklung [19] (Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung) geschaffen: Aufbauend auf standortspezifische Analysen und Diagnosen erfolgt – unter Heranziehung universaler Best Practice-Lösungen – die Auswahl von Maßnahmen, die für die Verbesserung als geeignet erscheinen sowie deren Implementierung und Umsetzung als Projekte einschließlich einer Evaluierung der Effekte [20].

Verbreitung des Konzepts

Im zweiten Teil der Budapest-Declaration wurden Kriterien für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser festgelegt. Zur Befolgung dieser verpflichteten sich zwanzig Krankenhäuser aus zwölf europäischen Staaten, die sich von 1993 bis 1997 am europäischen Pilotkrankenhausprojekt (EPHP) beteiligten und die Machbarkeit des Konzeptes unter den Bedingungen ihrer jeweiligen Gesundheitseinrichtungen erprobten.

Zur weiteren Verbreitung des Ansatzes propagierte die WHO ab 1995 die Gründung nationaler und regionaler HPH-Netzwerke. Sie sollten die beteiligten Krankenhäuser vernetzen, neue Einrichtungen für die Gesundheitsförderung gewinnen und die Entwicklung in den Mitgliedseinrichtungen durch Know-how und Instrumente unterstützen. Häufig (beispielsweise in Deutschland oder Österreich) wurden die EPHP-Krankenhäuser zu Koordinationsstellen oder Impulsgebern für Netzwerkbildungen in ihrer Region. Die Rolle und die Aufgaben der Netzwerke wurden in den Wiener Empfehlungen Gesundheitsfördernder Krankenhäuser [21] beschrieben, die zum Ende des EPHP-Projekts verabschiedet wurden.

Der Ansatz „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“, dessen Umsetzung nach wie vor weitgehend auf Freiwilligkeit beruht, blieb in der Krankenbehandlung ein Randkonzept. Im Gegensatz dazu erfuhr das Qualitätsmanagement [22] (Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement), das teils verwandte Ziele verfolgt, nicht zuletzt aufgrund der stärkeren Verpflichtung der Krankenhäuser zur Qualitätsarbeit eine nahezu flächendeckende Verbreitung.

Die WHO propagierte daher eine Reihe von Initiativen zur Verbindung von Gesundheitsförderung und Qualität im Krankenhaus. Dies führte zur Entwicklung von 18 Kernstrategien, die die Hauptinhalte des „Gesundheitsfördernden Krankenhauses“ beschreiben [23]. Die Strategien beziehen sich auf die drei Zielgruppen (Patientinnen und Patienten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, und die Region), die bereits in der Budapest-Declaration benannt sind, und zielen je zur Hälfte auf Gesundheitsförderung in den Kernprozessen und zusätzliche gesundheitsförderliche Angebote.

Implementierungshilfen

Als Implementierungshilfe wurde ein engeres Set von fünf Standards gesundheitsfördernder Krankenhäuser mit einem Selbstbewertungstool zur Organisationsdiagnose entwickelt [24]. Diese Engführung begünstigte zwar die Vermittlung des Konzeptes an die zunehmend standardisierten Abläufe und Evidenz-Orientierung in der Krankenbehandlung; außerdem erwies sie sich im Zuge der Globalisierung von HPH (etwa ab 2005) insbesondere im südostasiatischen Raum als erfolgreich. Zugleich gab es aber weniger Raum für die Einbindung von Ansätzen, die in der Vergangenheit auch unter dem Dach „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“ firmiert und das Konzept dadurch gestärkt hatten. Dies umfasst Ansätze für verschiedene Zielgruppen (z. B. Babys, Kinder und Jugendliche, ältere Menschen, Migrantinnen und Migranten), Lebensstile (z. B. Ernährung, Tabakkonsum) und Verbindungen zu anderen Reformkonzepten wie Qualität, Umweltschutz, Nachhaltigkeit und Corporate Social Responsibility.

Um solche Ansätze weiterhin in der HPH-Familie zu halten, wurden spezifische Working Groups und Task Forces eingerichtet. Sie entwickelten teils eigene Standards, die denen der HPH-Standards folgten. In jüngerer Zeit wurden auch Konzepte zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz im Krankenhaus mit dem GFKH-Konzept verbunden. In Österreich erfolgte 2014/15 in Zusammenarbeit mit dem nationalen HPH-Netzwerk eine Machbarkeitsstudie für ein Selbstbewertungsinstrument zur organisationalen Gesundheitskompetenz [25]. Das Instrument wurde international weiterentwickelt und liegt auch in englischer Sprache vor [25].

Trotz dieser Integrationsbemühungen gab es vor allem aus europäischen HPH-Netzwerken wiederholt Kritik an der Engführung durch die fünf Standards, die wesentliche Aspekte des umfassenden GFKH-Reform-Ansatzes nicht berücksichtigten und eher dem reduzierten Ansatz der „Gesundheitsförderung im Krankenhaus“ entsprachen. Im Jahr 2020 führte das zu einer revidierten und stärker am ursprünglichen Konzept ausgerichteten Neuauflage der Standards [25]. Sie beinhalten nun auch explizit Grundwerte der Gesundheitsförderung wie die Orientierung an gesundheitlicher Chancengerechtigkeit und an Personenzentrierung. Zudem wird die Rolle des Krankenhauses als Akteur für Gesundheitsförderung im regionalen Kontext berücksichtigt, einschließlich der Verbindung von Umwelt und Gesundheit.

Zusammenfassende aktuelle Definition

Das revidierte Gesundheitsförderungs-Glossar der WHO ([28], S. 2) definiert Gesundheitsfördernde Krankenhäuser heute wie folgt: „Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitsdienste richten ihre Führungsmodelle, Strukturen, Prozesse und Kultur so aus, dass sie den Gesundheitsgewinn für Patienten, Personal und die versorgte Bevölkerung optimieren und nachhaltige Gesellschaften unterstützen. Das Konzept der gesundheitsfördernden Krankenhäuser und Gesundheitsdienste war eine Reaktion auf den Aktionsbereich ‚Neuausrichtung der Gesundheitsdienste‘ der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Der von den gesundheitsfördernden Krankenhäusern verfolgte Ansatz, der das gesamte System einbezieht, stützt sich auf mehrere Gesundheitsreformbewegungen und konsolidiert diese: Patienten- oder Verbraucherrechte, medizinische Grundversorgung, Qualitätsverbesserung, umweltverträgliche (‚grüne‘) Gesundheitsversorgung und Organisationen, die sich für die Gesundheit einsetzen. Die Organisationsentwicklungsstrategie gesundheitsfördernder Krankenhäuser beinhaltet eine Neuausrichtung von Führung, Politik, Personal, Strukturen, Kultur und Beziehungen im Hinblick auf verbesserte Gesundheitsergebnisse für Patienten, Personal und Bevölkerungsgruppen in Gemeinden und anderen Einrichtungen. Strategien und Standards, die auf der Philosophie und den Instrumenten der Qualitätsverbesserung beruhen, werden als Richtschnur für Maßnahmen verwendet: zu vorrangigen Fragen der Gesundheit und der Chancengleichheit; zum Nutzen bestimmter Patientengruppen wie Kinder

und Jugendliche, ältere Menschen, Menschen mit psychischen Erkrankungen und Migranten; zu Themen der Prävention und Gesundheitsförderung wie Rauchen, Ernährung, körperliche Bewegung und Alkoholkonsum; und zur ökologischen Nachhaltigkeit."

Aktueller Stand und Perspektiven

Das internationale HPH-Netzwerk hat sich in den beinahe 35 Jahren seines Bestehens konzeptuell und institutionell konsolidiert. Seit 1993 finden jährlich internationale Konferenzen statt, es gibt eine Website, themenspezifische Arbeitsgruppen und Trainings-Angebote. Das Netzwerk hat mehrere strukturelle Veränderungen überstanden, darunter mehrfache Wechsel des internationalen Netzwerk-Sekretariats. Während die Anzahl der Mitgliedsorganisationen und der nationalen sowie regionalen Netzwerke in Europa derzeit eher zu stagnieren scheint (nicht zuletzt auch in Folge diverser internationaler Krisen), ist das Wachstum in Asien ungebrochen.

Seit 2008 ist HPH als selbstständiger Verein nach Schweizer Recht konstituiert, mit einer besonderen Beziehung zur WHO und weiteren supranationalen Organisationen wie der International Hospital Federation, Health Care Without Harm, dem Global Network for Tobacco Free Healthcare Services oder dem WHO-M-POHL Netzwerk zur Gesundheitskompetenz-Messung. Seit 2009 steht HPH auch anderen Gesundheitseinrichtungen als Krankenhäusern offen. Zum Zeitpunkt dieses Updates (Anfang 2024) gibt es ca. 20 nationale bzw. regionale Netzwerke und etwa 550 Mitgliedseinrichtungen. An den jährlichen internationalen Konferenzen nehmen im Schnitt 600 Delegierte teil.

Im Jahr 2011 wurde eine umfassende internationale Evaluationsstudie der nationalen und lokalen Netzwerke sowie der Mitgliedskrankenhäuser durchgeführt (PRICES-Studie: [29]). Erhoben wurden organisationale Kapazitäten und Implementierungsschwerpunkte in den HPH-Mitgliedseinrichtungen sowie Strukturen und unterstützende Maßnahmen der nationalen und regionalen HPH-Netzwerke. Die Ergebnisse zeigen, dass jene Krankenhäuser, die mehr Strukturen zur Gesundheitsförderung implementiert hatten, auch mehr Gesundheitsförderung umsetzten. Zudem kann die Implementierung in Organisationen durch strategische Netzwerkarbeit gestärkt werden. Nationale Rahmenbedingungen, insbesondere gesetzliche Regelungen zur Gesundheitsförderung, können sowohl die Arbeit der Netzwerke als auch die Implementierung von Gesundheitsförderung in den Organisationen entscheidend unterstützen [10].

Im deutschsprachigen Raum bestehen nach wie vor Netzwerke in Deutschland (seit 1995) und Österreich (seit 1996), wobei gemessen an der Anzahl der Krankenhäuser die Verbreitung in Österreich deutlich größer ist. In Österreich dürfte zum einen die Strategie des „Umbrella-Konzepts" aufgegangen sein. Durch Etablierung von Sektionen für Baby-friendly Hospitals, Tabakfreie Gesundheitseinrichtungen und Altersfreundliche Gesundheitseinrichtungen konnten Einrichtungen gewonnen werden, die sich ansonsten anders organisiert hätten. In der Netzwerkkoordination, die über weite Strecken am gleichen Institut wie die Koordination des internationalen HPH-Netzwerks und später des internationalen Konferenz-Sekretariats angesiedelt war, ergaben sich zudem nachhaltigkeitsfördernde Synergien. In Deutschland hingegen schlugen die „Rauchfreien Krankenhäuser" und die „Gesundheitsfördernden Krankenhäuser" getrennte Wege ein. Die derzeit in Hamburg angesiedelte internationale HPH-Koordination könnte für das deutsche HPH-Netzwerk neue Impulse bringen.

In der Schweiz, die nicht am EPHP teilgenommen hatte, wurde 1999 vergleichsweise spät ein nationales Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser etabliert. Es wurde allerdings 2012 aufgelöst, während die tabakfreien Gesundheitseinrichtungen in der Schweiz – ähnlich wie in Deutschland – weiterhin bestehen.

Insgesamt hat HPH bisher nur begrenzt die hohen Erwartungen erfüllt, die bei seiner Etablierung mit dem Konzept verbunden wurden. Es hat vor allem im globalen Norden Verbreitung gefunden, doch auch hier nur einen Bruchteil der Krankenhäuser erreicht. Selbst jene, die teilnehmen, sind zumeist weit von einer umfassenden Orientierung an Gesundheitsförderung entfernt, wie sie von der Ottawa-Charta gefordert wird. Die Ausdehnung auf andere Gesundheitseinrichtungen steckt nach wie vor in den Anfängen, hat allerdings im Zusammenhang mit der Verbreitung gesundheitskompetenter Organisationen etwas an Fahrt aufgenommen. Ein Vergleich zwischen europäischen und asiatischen HPH-Netzwerken zeigt, dass der begrenzte Erfolg wohl vor allem dem weitgehenden Fehlen einer konsequenten gesundheitspolitisch geforderten und unterstützten Public Health-Orientierung von Krankenhäusern, Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitssystemen zuzuschreiben ist.

Gesundheitsförderung hat vor allem dann eine Chance, wenn sie als geeignete Lösung für vorhandene Probleme eingeführt wird und nicht als zusätzliches, belastendes Ziel. Wenn beispielsweise ein stärkerer

Beitrag der Krankenhäuser zu Public Health geleistet werden soll, sind durch die Gesundheitspolitik jene gesetzlichen Rahmenbedingungen und Ressourcen zu schaffen, die dies für Krankenhäuser fördern, ermöglichen und auch belohnen – beispielsweise durch die Honorierung von Gesprächszeiten und Gesundheitsberatungen, die Integration von Gesundheitsförderung in Qualtiätsmanagement-Systeme und die Adaptierung von Aus-, Fort- und Weiterbildungs-Curricula als Voraussetzung für eine Kulturveränderung im Gesundheitssystem.

Wir danken Jürgen M. Pelikan, der in der ersten Version dieses Beitrags das Team der Autorinnen und Autoren leitete und leider im Februar 2023 verstarb.

Weiterführende Quellen:

- Dietscher C, Pelikan JM, Schmied H, McQueen D. Health promoting hospitals. In: Oxford bibliograhpies in public health. Oxford: Oxford University; 2014. Available from: https://www.oxfordbibliographies.com/display/document/obo-9780199756797/obo-9780199756797-0131.xml
- Dietscher C, Pelikan JM. Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen. Präv Gesundheitsf. 2016;11(1):53–62. Available from: https://www.oxfordbibliographies.com/display/document/obo-9780199756797/obo-9780199756797-0131.xml
- Frampton SB, Pelikan JM, Wieczorek CC, McQueen D. The New Haven recommendations on partnering with patients, families, and citizens to enhance performance and quality in health promoting hospitals and health services. Copenhagen: International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services; 2016. Available from: https://www.oxfordbibliographies.com/display/document/obo-9780199756797/obo-9780199756797-0131.xml
- Gröne O, Garcia-Barbero M, editors. Health promotion in hospitals: evidence and quality management. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005.
- Lee CB, Chen MS, Chien SH, Pelikan JM, Wang YW, Chu CMY. Strengthening health promotion in hospitals with capacity building: a Taiwanese case study. Health Promot Int. 2015;30(3):625–36.
- Pelikan JM. The application of salutogenesis in healthcare settings. In: Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, Espnes GA, editors. The handbook of salutogenesis. Heidelberg: Springer; 2017. p. 261–6.
- Pelikan JM, Dietscher C. Warum sollten und wie können Krankenhäuser ihre organisationale Gesundheitskompetenz verbessern? Bundesgesundheitsblatt. 2015;58(9):989–95.
- Pelikan JM, Schmied H, Dietscher C. Improving organizational health: The case of health promoting hospitals. In: Bauer GF, Hämmig O, editors. Bridging occupational, organizational, and public health: a transdisciplinary approach. New York: Springer Science + Business Media; 2014. p. 133–53.
- Pelikan JM, Schmied H, Dietscher C. Prävention und Gesundheitsförderung im Krankenhaus. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J, editors. Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Huber; 2014. p. 297–310.
- Pelikan JM, Wolff S, Halbmayer E. Das gesundheitsfördernde Krankenhaus: Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation. Weilheim: Beltz Juventa; 1999.
- Wang YW, Chia SL, Chou CM, Chen MS, Pelikan JM, Chu C, Wang MH, Lee CB. Development and validation of a self-assessment tool for an integrative model of health promotion in hospitals: Taiwan's experience. Int J Environ Res Public Health. 2019 Jun 1;16(11). DOI:10.3390/ijerph16111953
- Weisz U, Haas W, Pelikan JM, Schmied H. Sustainable hospitals: a socio-ecological approach. GAIA. 2011;20(3):191–8.
- Wieczorek CC, Nowak P, Frampton SB, Pelikan JM. Strengthening patient and family engagement in healthcare – the New Haven recommendations. Patient Educ Couns. 2018;101(8):1508–13. DOI:10.1016/j.pec.2018.04.003
- Pelikan JM. Health-literate healthcare organizations. In: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Sorensen K, Pinheiro P, editors. International handbook of health literacy – research, practice, and policy across the life-span. Bristol: Policy Press; 2019. p. 539–54.

Internetadressen:

- Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen. Available from: https://www.dngfk.de
- rauchfrei plus – Gesundheitseinrichtungen für Beratung und Tabakentwöhnung. Available from: https://www.dnrfk.de
- International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services. Available from: https://www.hphnet.org
- Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen. Available from: https://www.ongkg.at

Literatur:

- Dietscher C, Winter U, Pelikan JM. The application of salutogenesis in hospitals. In: Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, Espnes GA, editors. The handbook of salutogenesis. Heidelberg: Springer; 2017. p. 277–98.

References

1. Weltgesundheitsorganisation (WHO). Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung. 1986. [accessed 2024 Feb 19]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/59557/Ottawa_Charter_G.pdf
2. 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
3. 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
4. Brandes S, Stark W. Empowerment/Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i10-3.0
5. Faltermaier T, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Salutogenese. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i104-3.0
6. World Health Organization (WHO). Declaration of Alma-Ata. 1978. [accessed 2024 Mar 11]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2
7. Rönnau-Böse M, Fröhlich-Gildhoff K, Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i101-2.0
8. Sperlich S, Franzkowiak P. Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i102-3.0
9. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
10. Dietscher C. How can the functioning and effectiveness of networks in the settings approach of health promotion be understood, achieved, and researched? Health Promot Int. 2017;32(1):139–48.
11. Ulrich RS, Zimring C, Zhu X, DuBose J, Seo HB, Choi YS, Quan X, Joseph A. A Review of the Research Literature on Evidence-Based Healthcare Design. HERD. 2008 Apr;1(3):61–125. DOI:10.1177/193758670800100306
12. 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
13. 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
14. Kuhn J, Böhm A. Gesundheitsschutz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i059-3.0
15. 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
16. Pelikan JM, Metzler B, Nowak P. Health-Promoting Hospitals. In: Kokko S, Baybutt M, editors. Handbook of Settings-Based Health Promotion. Cham: Springer International Publishing; 2022. p. 119–49. DOI:10.1007/978-3-030-95856-5_7
17. Weltgesundheitsorganisation (WHO). The Budapest declaration on health promoting hospitals. 1991. [accessed 2024 Jan 3]. Available from: https://www.hphnet.org/wp-content/uploads/2020/03/Budapest-Declaration.pdf
18. Nickel S, Trojan A. Capacity Building / Kapazitätsentwicklung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i007-3.0
19. Lobnig H, Dietscher C, Metzler B, Pelikan JM. Organisationsentwicklung als Methode 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-i083-3.0
20. Pelikan JM, Garcia-Barbero M, Lobnig H, Krajic K. Pathways to a health promoting hospital. Gamburg: Health Promotion Publications; 1998.
21. Weltgesundheitsorganisation (WHO). The Vienna recommendations on health promoting Health Hospitals. 1997 [accessed 2024 Jan 3]. Available from: https://www.hphnet.org/wp-content/uploads/2020/03/Vienna-Recommendations.pdf
22. 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
23. Pelikan JM, Krajic K, Dietscher C, Nowak P. Putting HPH policy into action. Working paper of the WHO Collaborating Centre on health promotion in hospitals and health care. Vienna: Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine; 2006.
24. Gröne O. Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms. Copenhagen: World Health Organization (WHO); 2006.
25. Dietscher C, Pelikan JM. Health-literate hospitals and healthcare organizations – results from an Austrian feasibility study on the self-assessment of organizational health literacy in hospitals. In: Schaeffer D, Pelikan JM, editors. Health literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe; 2017. p. 303–13.
26. International Working Group Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations (Working Group HPH HLO). International self-assessment tool organizational health literacy (responsiveness) for hospitals – SAT-OHL-Hos-v1.0-EN-international. Vienna: WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Healthcare (CC-HPH); 2019.
27. International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services. 2020 Standards for Health Promoting Hospitals and Health Services. Hamburg, Germany: International HPH Network; 2020.
28. World Health Organization (WHO). Health promotion glossary of terms. 2021. [accessed 2024 Jan 2]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf?sequence=1
29. Pelikan JM, Dietscher C, Schmied H, Röthlin F. A model and selected results from an evaluation study on the International HPH Network (PRICES-HPH). Clinic Health Promot. 2011;1(1):9–15.

Korrespondenz: Dr. M.A. Christina Dietscher, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Sektion VI – Humanmedizinrecht und Gesundheitstelematik, Leiterin, Abteilung A/1 – Nicht übertragbare Erkrankungen, psychische Gesundheit und Altersmedizin, Radetzkystraße 2, 1030 Wien, Österreich, E-mail: christina.dietscher@sozialministerium.at

Zitierhinweis: Dietscher C, Metzler B, Pelikan † JM. Gesundheitsförderndes Krankenhaus. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i046-1.0

Copyright: © 2026 Christina Dietscher 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/

Gesundheitsförderung 1: Grundlagen

Lotte Kaba-Schönstein[1]
[1] Hochschule Esslingen, Esslingen, Deutschland

Abstract

Das Gesundheitsförderungskonzept ist als Umsetzung der WHO-Zielsetzung von Alma Ata (1978, Gesundheit für alle) entwickelt und 1986 auf der Konferenz von Ottawa zusammengefasst worden. Grundlagen sind ein sozialökologisches Verständnis von Gesundheit, Chancengleichheit und eine neue, salutogenetische Perspektive. Gesundheitsförderung setzt an den Ressourcen an und stärkt die Gesundheit von Einzelnen, Systemen und Bevölkerungen. Wichtige Prinzipien sind Empowerment und Partizipation. Der komplexe Ansatz geht über den Gesundheitssektor hinaus, die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt bei allen Politikbereichen und auf allen gesellschaftlichen Ebenen.

Keywords: Gesundheitsförderung, Gesundheit für alle, salutogenetische Perspektive, Partizipation, Empowerment, Settingansatz/Lebensweltansatz

Definition

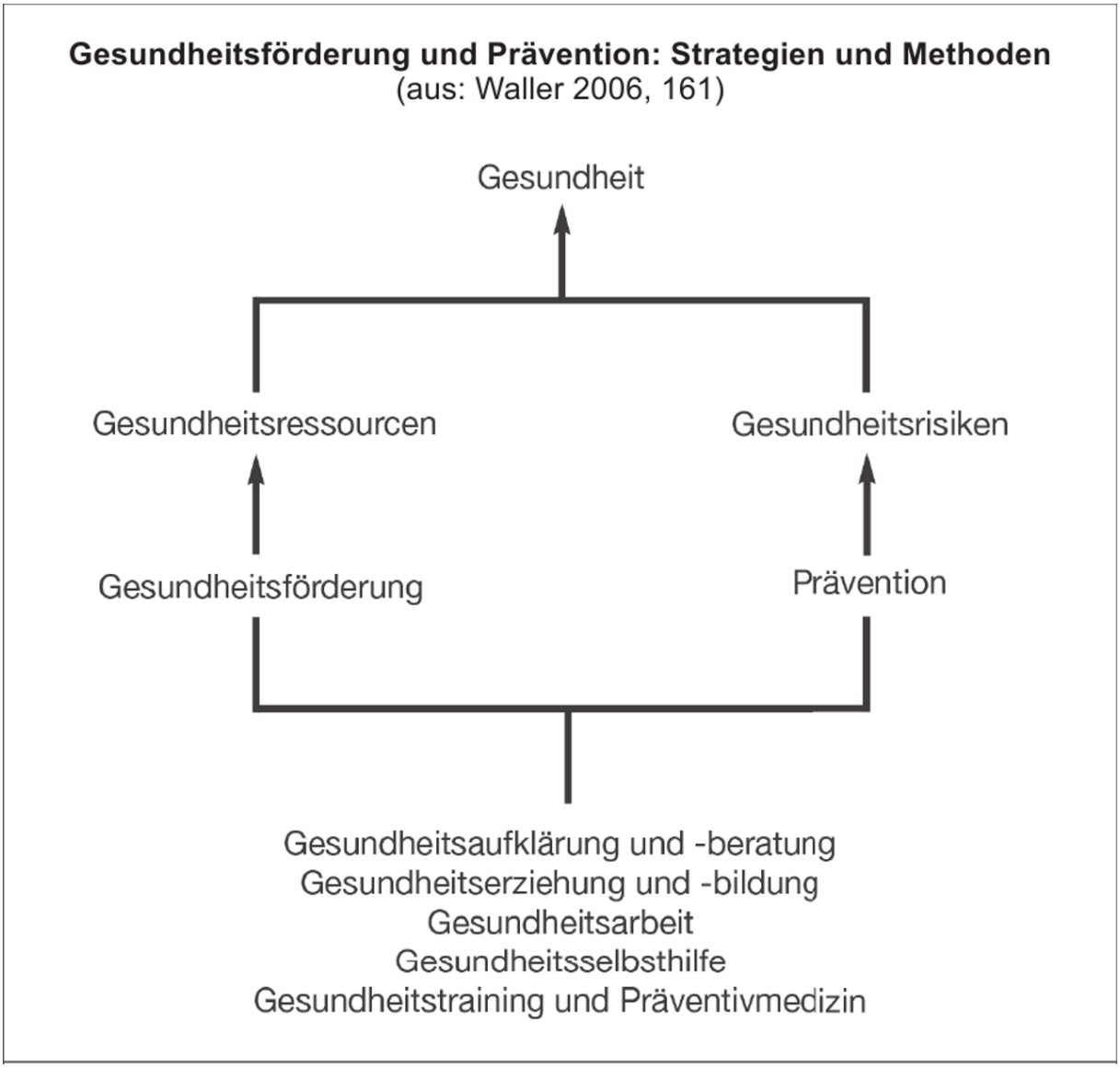
Gesundheitsförderung ist (in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986) definiert als Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Diese Definition ist in der Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert (1997) weiter entwickelt worden: Gesundheitsförderung ist ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern durch Beeinflussung der Determinanten der Gesundheit [1].

Im Einklang mit der Philosophie der WHO seit Alma-Ata 1977 ist der Ansatz der Gesundheitsförderung gekennzeichnet durch einen starken Fokus auf gesundheitliche und soziale Ungleichheiten und die Herstellung von Chancengleichheit [2], [3] (Soziale Ungleichheit und Gesundheit / Krankheit, Chancengleichheit und Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care).

Gesundheitsförderung ist nach dem Verständnis der WHO ein Konzept, das bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen sowie auf allen gesellschaftlichen Ebenen ansetzt. Kennzeichnend für das Konzept Gesundheitsförderung ist deshalb die salutogenetische Perspektive [4] (Salutogenese) mit der Fragestellung, wie und wo Gesundheit hergestellt wird.

Diese Perspektive führt zur Identifikation von Ressourcen und Potenzialen und ermöglicht deren gezielte Stärkung. Insofern bedeutete Gesundheitsförderung ursprünglich eine Abkehr von einer lediglich an der Pathogenese und an Risiken und Risikofaktoren [5] (Risikofaktoren und Riskikofaktorenmodell) orientierten Perspektive der Gesundheitserziehung und Prävention [6] (Prävention und Krankheitsprävention), [7] (Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung). Inzwischen wird die an salutogenen Ressourcen und Potenzialen orientierte Gesundheitsförderung überwiegend als gleichrangige Ergänzung der an pathogenen Risiken orientierten Prävention angesehen. Waller versteht Gesundheitsförderung und Prävention als die beiden grundlegenden Strategien zur Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit (siehe Abbildung).

Gesundheitsförderung ist ein komplexer sozialer und gesundheitspolitischer Ansatz, der ausdrücklich sowohl die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensweisen [8] (Lebensweisen/ Lebensstile) als auch die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen umfasst. Gesundheitsförderung will nicht nur individuelle Lebens- und Handlungsfähigkeiten beeinflussen und Menschen zur Verbesserung ihrer Gesundheit befähigen. Sie zielt darüber hinaus auf ökonomische, soziale, ökologische und kulturelle Faktoren und auf politische Interventionen zur Beeinflussung dieser gesundheitsrelevanten Faktoren [9], [10] (Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, Gesundheitspolitik).



(aus: 11, 161)

Zu den Maßnahmen der Gesundheitsförderung gehören z. B. die Gesetzgebung zur Reduktion von Gesundheitsbelastungen und zur Unterstützung von Gesundheitshandeln [12] (Health Impact Assessment / Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA)), sowie gesundheitsförderliche Strukturmaßnahmen zur Verbesserung von Wohnbedingungen und Wohnumfeld, Mobilität, Arbeitsbedingungen und Gemeinschaftsverpflegung in verschiedenen Institutionen [13] (Gesundheitsschutz). Durch gesundheitspolitische Interventionen sollen die Handlungs- und Wahlmöglichkeiten der Menschen erweitert werden und soll „die gesündere Wahl zur leichteren Wahl“ gemacht werden [14] (Verwirklichungschancen / Capabilities).

Die Ziele und Prinzipien von Gesundheitsförderung wurden erstmals 1984 vom Europäischen Regionalbüro der WHO in dem Grundsatzpapier „Diskussionsgrundlage über Konzept und Prinzipien“ zusammengefasst. Schon dieses erste eigenständige (inoffizielle) Grundsatzdokument der Gesundheitsförderung bezeichnet als Ziele von Gesundheitsförderung die Befähigung von Menschen, größeren Einfluss auf die Erhaltung und Verbesserung ihrer Gesundheit zu nehmen und die Bedingungen und Ursachen von Gesundheit zu beeinflussen (in heutiger Terminologie: die Determinanten der Gesundheit zu beeinflussen). Daraus resultiert die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit vieler Bereiche mit vielfältigen Faktoren. Die Abbildung fasst die wichtigen Perspektiven und Prinzipien von Gesundheitsförderung aus damaliger Sicht zusammen.

Konzept und Prinzipien der Gesundheitsförderung
(aus: Regionalbüro für Europa der WHO 1984)

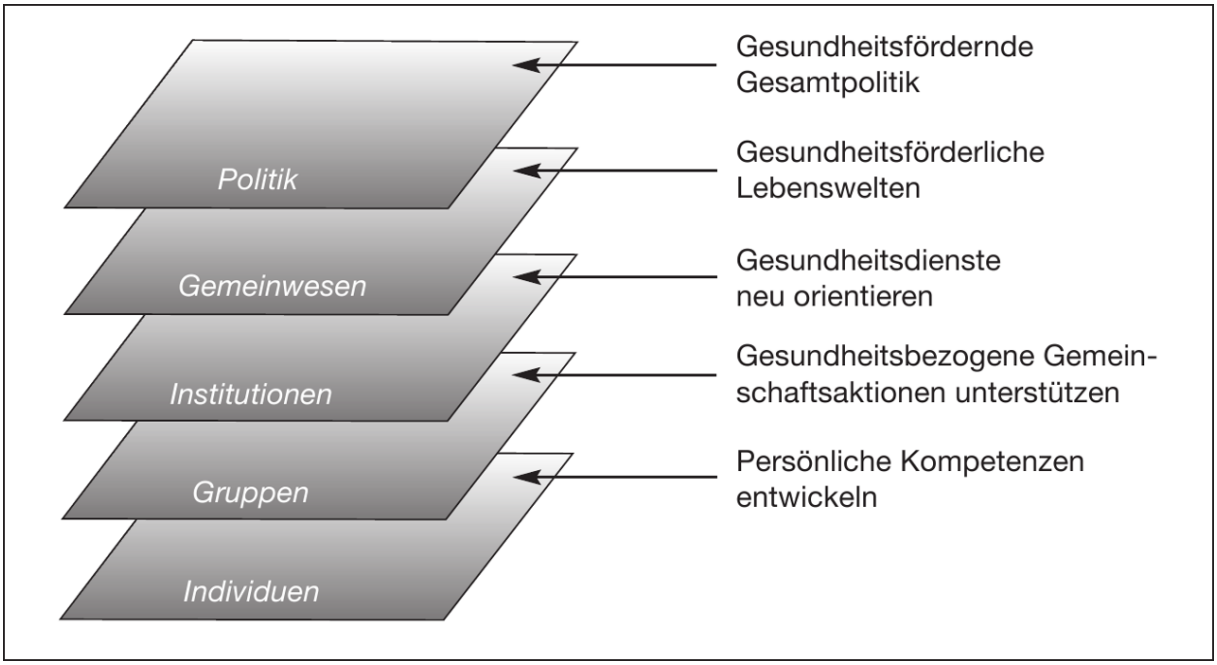
- Sozioökologisches Verständnis der ständigen Wechselwirkungen zwischen Mensch und Umwelt
- Blick auf die gesamte Bevölkerung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen und nicht ausschließlich auf spezifische Risikogruppen
- Verbindung unterschiedlicher, aber einander ergänzender Maßnahmen oder Ansätze, einschließlich Information, Erziehung, Gesetzgebung, steuerlicher Maßnahmen, organisatorischer Regelungen, gemeindenaher Veränderungen sowie spontaner Schritte gegen Gesundheitsgefährdungen
- Konkrete und wirkungsvolle Beteiligung der Öffentlichkeit
- Gesundheitsförderung als primäre Aufgabe im Gesundheits- und Sozialbereich und keine „medizinische Dienstleistung“

Diese Ziele und Prinzipien wurden 1986 in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung als erstes wegweisendes und offizielles Dokument veröffentlicht und 1997 in der Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert bestätigt und weiterentwickelt [15], [16] (Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986 und Gesundheitsförderung 3 : Entwicklung nach Ottawa).

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung – Aktionsstrategien und Handlungsbereiche / Handlungsebenen der Gesundheitsförderung

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung fasst die wichtigsten Aktionsstrategien und Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung zusammen. Sie unterscheidet drei grundlegende Handlungsstrategien und fünf vorrangige Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung (siehe Abbildung).

Mehrebenenmodell der Gesundheitsförderung



(modifiziert nach Projekt Gesundheitsförderung, Universität Bielefeld/Göpel o. J.)

Als Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung werden hervorgehoben:

- Anwaltschaft für Gesundheit („advocacy“ – übersetzt auch als „Interessen vertreten und durchsetzen“ oder „Parteinehmen“), Anwaltschaft [17] (Anwaltschaft - Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen) meint das aktive Eintreten für Gesundheit im Sinne der Beeinflussung politischer, ökonomischer, sozialer, kultureller, biologischer Faktoren sowie von Umwelt- und Verhaltensfaktoren.
- Befähigen und ermöglichen („enable“) spricht v.a. Konzepte wie Kompetenzförderung [18] (Kernkompetenzen professioneller Gesundheitsförderung) und Empowerment [19] (Empowerment/Befähigung) an mit dem Ziel, bestehende Unterschiede des Gesundheitszustands zu verringern und selbstständig das größtmögliche Gesundheitspotenzial zu verwirklichen [20] (Gesundheitskompetenz / Health Literacy).
- Vermitteln und vernetzen („mediate“), vermitteln und vernetzen [21] (Netzwerkarbeit – Vermitteln und Vernetzen als professionelle Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung) meint die aktive und dauerhafte Kooperation mit allen Akteuren innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens.

Die fünf vorrangigen Handlungsebenen und -bereiche der Gesundheitsförderung sind:

1. Entwicklung einer Gesundheitsfördernden Gesamtpolitik [9] (Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy) („build healthy public policy“). Da Gesundheitsförderung über medizinische und soziale Versorgung hinausgeht, muss Gesundheit auf allen Ebenen und in allen Politikbereichen auf die politische Tagesordnung gesetzt werden und müssen Politiker und Politikerinnen die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen und ihrer Verantwortung für Gesundheit deutlich machen. Eine Politik der Gesundheitsförderung wendet dazu verschiedene, sich gegenseitig ergänzende Ansätze an, z. B. Gesetzesinitiativen, steuerliche Maßnahmen, organisatorisch-strukturelle Veränderungen.

2. Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen („create supportive environments“) – auch als Schaffen unterstützender Umweltbedingungen übersetzt. Die enge Verbindung zwischen Mensch und Umwelt wird als die Grundlage für einen sozialökologischen Weg zur Gesundheit angesehen. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende und befriedigende Arbeits- und Lebensbedingungen und macht den Schutz der natürlichen und sozialen Umwelt sowie die Erhaltung der natürlichen Ressourcen zu ihrem Thema [22], [23], [24] (Nachhaltige Gesundheitsförderung, Ökologische und humanökologische Perspektive, Settingansatz / Lebensweltansatz).

3. Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen („strengthen community action“). Zentrales Anliegen der Gesundheitsförderung ist die Unterstützung von Nachbarschaften, Gemeinschaftsaktivitäten von Bürgern und Bürgerinnen, Selbsthilfeaktivitäten und Gemeinden im Sinne vermehrter Selbstbestimmung, Autonomie und Kontrolle über ihre eigenen Gesundheitsbelange [25], [26], [27] (Gemeindepsychologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit, Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit, Partizipation, Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung, Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung).

4. Persönliche Kompetenzen entwickeln („develop personal skills“). Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten. Sie will dadurch den Menschen helfen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben. Sie will ihnen zugleich ermöglichen, Veränderungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zugutekommen. In diesem Zusammenhang sollen Menschen zu lebenslangem Lernen befähigt werden, ihnen soll geholfen werden, mit den verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuellen chronischen Erkrankungen und Behinderungen umgehen zu können [7], [28], [29], [20], [30], [31] (Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung, Gesundheitsberatung, Gesundheitsbildung, Gesundheitskompetenz / Health Literacy, Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung, Patientenberatung / Patientenedukation).

5. Die Gesundheitsdienste neu orientieren („reorient health services“). Die Gesundheitsdienste sollen ein Versorgungssystem entwickeln, das über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinaus auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und sich an den Bedürfnissen der Menschen als ganzheitliche Persönlichkeiten orientiert [32] (Gesundheitsförderndes Krankenhaus). Die Angehörigen der Gesundheitsdienste sollen die Möglichkeiten der Koordination zwischen dem Gesundheitssektor und den anderen gesundheitsrelevanten sozialen, politischen und ökonomischen Kräften verbessern.

Die verschiedenen Handlungsebenen und -bereiche der Gesundheitsförderung werden auch als „Mehrebenenansatz“ der Gesundheitsförderung bezeichnet. Er stellt ein integratives Konzept dar mit Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Handlungsebenen.

Der fünfte Handlungsbereich „Gesundheitsdienste neu orientieren“ wurde in der Folgezeit und in Darstellungen des Ansatzes verallgemeinert zur Ebene der „Institutionen“. Die fünf Handlungsbereiche und -ebenen der Charta wurden auf der 4. Konferenz von Jakarta 1997, elf Jahre nach der Konferenz und Charta von Ottawa, ausdrücklich als wirksame „Strategien“ bestätigt [16] (Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa).

Akteure, beteiligte Berufsgruppen, Zielgruppen und Voraussetzungen der Gesundheitsförderung: Der komplexe Ansatz und Prozess der Gesundheitsförderung ist nicht vorrangig eine Aufgabe des Medizinsystems oder des Gesundheitswesens sowie seiner Berufsgruppen. Er erfordert die aktive Beteiligung der Bevölkerung und die Kooperation einer Vielzahl von Akteuren, Sektoren und Berufsgruppen auf allen Ebenen, insbesondere die intersektorale Kooperation.

Gesundheitsförderung richtet sich an alle Menschen in allen Lebenslagen und Lebensphasen [33]. Dies umfasst auch ausdrücklich Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen. Durch lebenslanges Lernen sollen Menschen befähigt werden, verschiedene Lebensphasen und eventuell chronische Erkrankungen und Behinderungen zu bewältigen.

Die Ottawa-Charta benennt grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit, an die jede Verbesserung des Gesundheitszustandes zwangsläufig fest gebunden sei: Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Ökosystem, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit.

Settingansatz der Gesundheitsförderung: Eine Kernstrategie der Gesundheitsförderung ist der Settingansatz / Lebensweltansatz [24], der Gesundheitsförderung auf die Lebensbereiche, Systeme und Organisationen wie Stadt, Gemeinde, Quartier, Kindertageseinrichtung, Schule, Hochschule, Betrieb etc. ausrichtet, in denen Menschen einen großen Teil ihrer Lebenszeit verbringen und die mit ihrem sozialen Gefüge und mit ihrer Organisationsstruktur und -kultur die Gesundheit der Einzelnen beeinflussen (Gesundheit wird im Alltag hergestellt und aufrechterhalten, Gesundheitsförderung muss folglich im Lebensalltag ansetzen und diesen gesundheitsförderlich gestalten). Eng verbunden mit dem Settingansatz ist die Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung [34], die einen Prozess geplanter organisatorischer Veränderung der Settings und Systeme anregt und unterstützt.

Der Settingansatz ist als wichtigste Umsetzungsstrategie der Gesundheitsförderung zur Verbindung der fünf Handlungsebenen weiterentwickelt worden und hat sich bewährt. Er ist im gesundheitspolitischen Grundsatzprogramm für Europa „Gesundheit21“ (1998) ausdrücklich als besonders bedeutsam und wirksam herausgehoben worden [16] (Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa).

Die Ziele, Prinzipien und Handlungsebenen und -strategien wurden auf der Internationalen Gesundheitsförderungs-Konferenz von Jakarta 1997 bilanziert und aktualisiert und in einer Erklärung zusammengefasst.

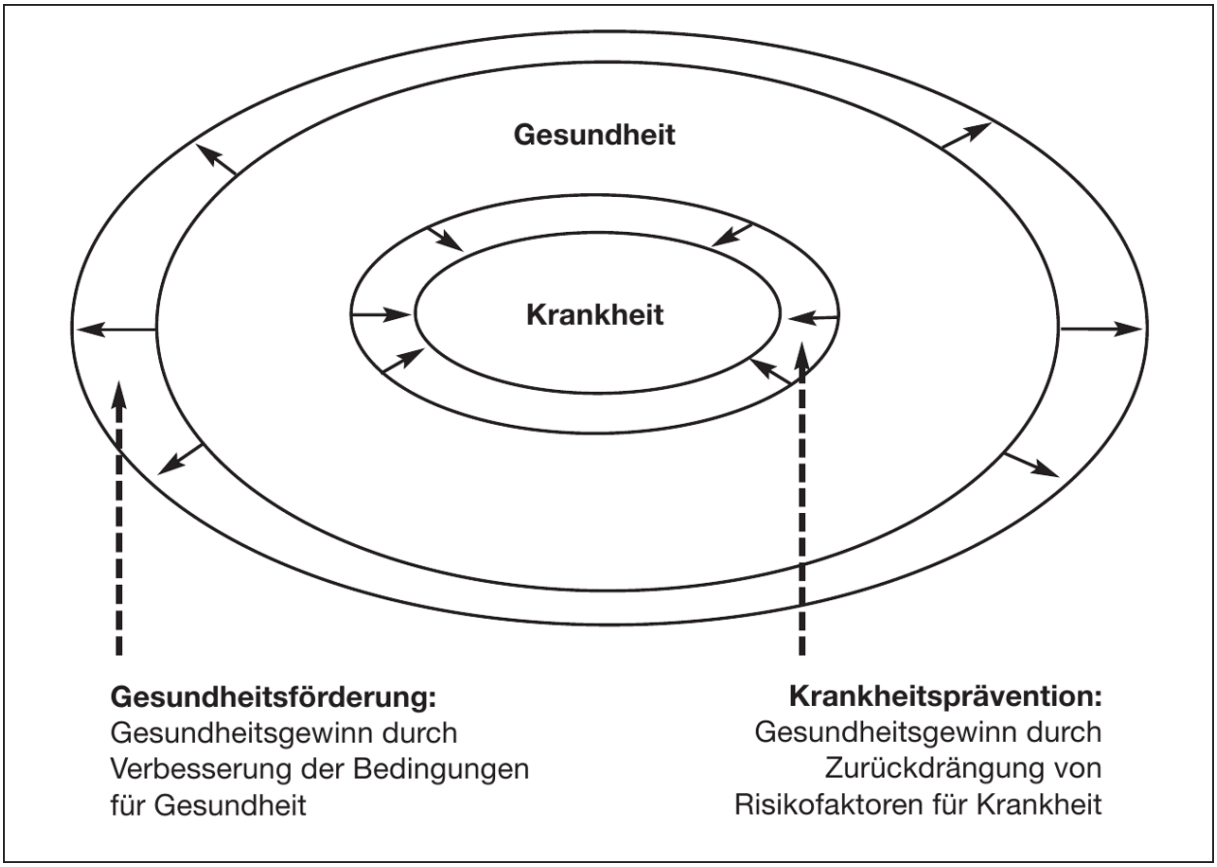
Die Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert (1997)

Die Konferenz von Jakarta fand 1997 zur Würdigung und Evaluation der vergangenen Dekade nach Ottawa und zur Entwicklung von Perspektiven für das 21. Jahrhundert statt. Die Jakarta-Erklärung benennt als Ziel der Gesundheitsförderung

„den größtmöglichen Gesundheitsgewinn für die Bevölkerung zu erreichen, maßgeblich zur Verringerung der bestehenden gesundheitlichen Ungleichheiten beizutragen, die Menschenrechte zu stärken und soziale Ressourcen aufzubauen. Letztendlich gilt es, die Gesundheitserwartung zu vergrößern und die diesbezügliche Kluft zwischen Ländern und Bevölkerungsgruppen zu verringern.“

Der neu eingeführte Begriff des Gesundheitsgewinns bietet die Möglichkeit, die Verbesserung von Gesundheitsergebnissen auszudrücken und alternative Interventionen hinsichtlich des größtmöglichen Gesundheitsgewinns zu vergleichen. Als Gesundheitsergebnisse werden Veränderungen im Gesundheitszustand eines Individuums, einer Gruppe oder einer Bevölkerung verstanden, die einer geplanten, systematischen Intervention oder Folge von Interventionen zugerechnet werden können. Hurrelmann hat in Anlehnung an Pelikan und Halbmayer die Orientierung am Erzielen von Gesundheitsgewinn zur Kennzeichnung und Unterscheidung von Gesundheitsförderung und Prävention dargestellt (siehe Abb. unten).

Gesundheitsgewinn bei Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention



(aus: [35], 99)

In der Jakarta-Erklärung, die sich als Handlungsrahmen für Gesundheitsförderung versteht, werden die Voraussetzungen für Gesundheit benannt. Armut wird als größte Bedrohung der Gesundheit hervorgehoben. Bei den Determinanten für Gesundheit gelten als neue Herausforderungen demografische Trends wie die Verstädterung und die steigende Zahl älterer Menschen, die hohe Prävalenz chronischer und psychischer Erkrankungen, neue und wieder auftretende Infektionskrankheiten und transnationale Faktoren wie die Globalisierung der Wirtschaft und Informationstechnologie. Als entscheidend für den Erfolg der Gesundheitsförderung werden die fünf in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung aufgezeigten Handlungsebenen und -strategien aufgeführt und bestätigt. Der wissenschaftliche Erkenntnisstand zeige,

- dass umfassende Ansätze der Gesundheitsentwicklung am wirksamsten sind, d.h. solche, die die fünf Handlungsbereiche und -strategien kombinieren
- dass insbesondere Settings als Lebensbereiche, in denen Menschen den größten Teil ihrer Zeit verbringen, gute Möglichkeiten zur praktischen Umsetzung solcher umfassender Strategien bieten
- dass die Einbeziehung der Bevölkerung in gesundheitsfördernde Entscheidungen unerlässlich für eine dauerhafte Umsetzung und Wirksamkeit ist.

Um die alten und neuen Herausforderungen für die Gesundheitsförderung meistern zu können, bedürfe es neuer Handlungsformen. Hiermit ist insbesondere die Notwendigkeit einer verbesserten intersektoralen Zusammenarbeit und das Entwickeln neuer, gleichberechtigter Partnerschaften für Gesundheit gemeint [36] (Partnerschaften für Gesundheit). Fünf Prioritäten der Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert werden formuliert:

- Förderung sozialer Verantwortung für Gesundheit,
- Ausbau der Investitionen in die Gesundheitsentwicklung,
- Festigung und Ausbau von Partnerschaften für Gesundheit,
- Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Gemeinschaften und der Handlungskompetenz des Einzelnen,
- Sicherstellung einer Infrastruktur für die Gesundheitsförderung.

Die Erklärung schließt mit einem Aufruf zum Handeln und fordert ein weltweites Bündnis zur Gesundheitsförderung.

Im Verständnis der Konferenzen von Ottawa und Jakarta definiert sich das Konzept Gesundheitsförderung durch das Zusammenführen von zwei strategischen Ansätzen: die Stärkung von persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenz verbunden mit einer systematischen Politik, die auf die Verbesserung von Gesundheitsdeterminanten und den Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit abzielt. Strategische Schlüsselpunkte sind dabei die salutogenetische Perspektive, Empowerment und Selbstbestimmung sowie die Intersektoralität. [37]

Die folgende Abbildung fasst die grundlegenden Perspektiven und Orientierungen der Gesundheitsförderung, wie sie 1986 in der Ottawa-Charta begründet und 1997 in der Jakarta-Erklärung bestätigt worden sind, tabellarisch zusammen.

Perspektiven und Orientierungen der Gesundheitsförderung	
Orientierung an Gesundheit	Konzeptioneller historischer Wendepunkt und grundlegend für das Handlungskonzept Gesundheitsförderung; Umorientierung von der Verhütung von Krankheiten zur Förderung von Gesundheit und zu der Frage, wo und wie Gesundheit hergestellt wird, ist auch als Paradigmenwechsel bezeichnet worden, etwas vorsichtiger als Perspektivenwechsel (salutogenetische Perspektive)
Orientierung an Kompetenzen, Schutzfaktoren und Ressourcen	Statt Orientierung an Risiken und Defiziten wie in der Prävention von Krankheiten
Verständnis von Gesundheit als Kompetenz zur selbstbestimmten Lebensgestaltung und -bewältigung	Gesundheitsförderung auf der Ebene des Individuums und von Gruppen und Gemeinschaften als Befähigung, Kompetenzförderung und Empowerment
Sozialökologisches Verständnis von Gesundheit und Gesundheit beeinflussenden Faktoren	Orientierung auf die politische Gestaltung der gesundheitsrelevanten Faktoren und Bedingungen (im Sinne von Bedingungs- und Strukturgestaltung) und Betonung der Notwendigkeit intersektoraler Zusammenarbeit auch und gerade von und mit Sektoren außerhalb des Gesundheitswesens
Partizipation und Empowerment	Teilhabe aller Betroffenen und Beteiligten; Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten, Entwicklung und Stärkung von Individuen, Gruppen, Organisationen
Lebenswelt- und Alltagsorientierung	Lebensweisen, Settingansatz
Gemeinwesenorientierung	Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit, Gemeindeorientierung
Gesundheitliche Chancengleichheit	Verringerung sozial bedingter Ungleichheiten der Gesundheit; Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Menschen/Gruppen

Internetadressen:

- World Health Organisation (WHO). Available from: https://www.who.int
- Weltgesundheitsorganisation Europa. Available from: https://www.who.int/europe/de
- Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen. Available from: https://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de

Literatur:

- Blättner B, Waller H. Gesundheitswissenschaft: eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer; 2011.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung. 1983;5.
- Franzkowiak P, Sabo P, editors. Dokumente der Gesundheitsförderung. 1: Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung. In Mainz: Sabo; 1993. (Blickpunkt Gesundheit; 1).
- Franzkowiak P, Sabo P, editors. Regionalbüro für Europa der WHO, Gesundheitsförderung – Eine Diskussionsgrundlage über Konzept und Prinzipien, 1984. In: Dokumente der Gesundheitsförderung 1: Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung. Mainz: Sabo; 1993. (Blickpunkt Gesundheit; 1).
- Hurrelmann K, Laaser U, Richter M. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Razum O, Hurrelmann K, editors. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Beltz; 2016.
- 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.
- Naidoo J, Wills J. Lehrbuch Gesundheitsförderung. Überarbeite, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage. Köln; 2010.
- Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz, editor. Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung. 1984;6.
- Ruckstuhl B. Gesundheitsförderung: Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health-Perspektive ; mit Zeitzeugeninterviews. Weinheim, München: Juventa; 2011. (Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften).
- Trojan A, Legewie H. Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung: Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Frankfurt am Main: VAS; 2001. (Reihe psychosoziale Aspekte in der Medizin Psychosomatik).
- World Health Organisation (WHO). Milestones in Health Promotion. Statements from Global Conferences. Genf; 2009.

References

1. Hurrelmann K, Richter M. Determinanten der Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I008-2.0
2. 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
3. Zimmermann T. Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I096-3.0
4. 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
5. Sperlich S, Franzkowiak P. Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I102-3.0
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
7. Spura A. Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i024-2.0
8. Röding D. Lebensweisen / Lebensstile. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

(BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I073-2.0

9. 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
10. 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
11. Waller H. Gesundheitswissenschaft: eine Einführung in Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer; 2006.
12. Linden S, Töppich J. Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I064-2.0
13. Kuhn J, Böhm A. Gesundheitsschutz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I059-3.0
14. Altgeld T, Bittlingmayer UH, Islertas Z. Verwirklichungschancen / Capabilities. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I126-2.0
15. 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
16. 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
17. Böhm K. Anwaltschaft – Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I003-3.0
18. 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
19. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I10-3.0
20. 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
21. Quilling E, Tollmann P, Brähler-Dieling N, Trojan A, Süß W. Netzwerkarbeit – Vermitteln und Vernetzen als professionelle Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I125-3.0
22. Quilling E, Leimann J, Rangnow P. Nachhaltige Gesundheitsförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Nachhaltige Gesundheitsförderung: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I079-3.0
23. Fehr R. Ökologische und humanökologische Perspektive. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I082-3.0
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

25. Röhrle B. Gemeindepsychologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I131-2.0
26. 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
27. Quilling E, Brähler-Dieling N, Kuchler M, Trojan A. Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I108-3.0
28. 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
29. 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
30. Weichold K. Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I070-3.0
31. Schaeffer D. Patientenberatung / Patientenedukation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I087-3.0
32. 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
33. 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
34. Lobnig H, Metzler B, Dietscher C, Pelikan JM. Organisationsentwicklung als Methode 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-i083-3.0
35. Hurrelmann K. Gesundheitssoziologie: eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim, München: Juventa-Verl; 2006. (Grundlagentexte Soziologie).
36. 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
37. Altgeld T, Kickbusch I. Gesundheitsförderung. In: 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 in Elsevier; 2012. p. 187–97.

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

Zitierhinweis: Kaba-Schönstein L. Gesundheitsförderung 1: Grundlagen. . In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i033-1.0

Copyright: © 2026 Lotte Kaba-Schönstein
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/

Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986

Lotte Kaba-Schönstein[1]
[1] Hochschule Esslingen, Esslingen, Deutschland

Abstract

Das Konzept der Gesundheitsförderung ist in den 1980er-Jahren entwickelt worden. Es wurde 1986 in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung zusammengefasst als ein Aktionsprogramm zur Verwirklichung der gesundheitspolitischen Ziele „Gesundheit für alle 2000“ (GFA 2000). Das Programm wurde vom Regionalbüro Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO) initiiert, entwickelt und durchgeführt. Später wurde es vom WHO-Hauptbüro in Genf als überregionales Projekt übernommen. Das Konzept und der Begriff Gesundheitsförderung haben sich seitdem weltweit verbreitet, werden jedoch nicht immer einheitlich verstanden.

Keywords: Gesundheitsförderungskonzept, Gesundheitspolitik, Weltgesundheitsorganisation, Gesundheit für Alle 2000, Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung

Einleitung

Konzept und Prinzipien der Gesundheitsförderung sind in den 1980er-Jahren in den Industriestaaten Europas, Nordamerikas und Australiens entwickelt worden. Das Gesundheitsförderungskonzept, wie es 1986 in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung zusammengefasst wurde, ist als ein Aktionsprogramm zur Verwirklichung der gesundheitspolitischen Ziele „Gesundheit für alle 2000“ (GFA 2000) entwickelt worden [1] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen). Das Programm wurde vom Regionalbüro Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO) initiiert, mitentwickelt und durchgeführt und ist später vom WHO-Hauptbüro in Genf als überregionales Projekt übernommen worden. Das Konzept und der Begriff Gesundheitsförderung haben sich weltweit verbreitet, werden jedoch nicht immer einheitlich verstanden [2] (Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa).

Die gesundheitspolitische und konzeptionelle Entwicklung im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation und ihrer jeweiligen Regionalbüros verläuft typischerweise über internationale bzw. Welt-Versammlungen und -Konferenzen und deren Entschließungen. Die Abbildung „Gesundheitspolitische Rahmenprogrammatik: Historische Wendepunkte und Meilensteine de Gesundheitsförderung auf internationaler Ebene“ in Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa [2] zeigt die Zusammenhänge und die zeitliche Abfolge der für die internationale Entwicklung der Gesundheitsförderung bedeutsamen Konferenzen und Entschließungen und sonstiger Einflussfaktoren.

Bedeutsame Grundlagen und Wendepunkte dieser Entwicklung zur Gesundheitsförderung sind die Verabschiedung der gesundheitspolitischen Zielsetzung „Gesundheit für alle“ (GFA), die Konferenz und Deklaration von Alma-Ata (1978), die Entwicklung eines Europäischen Regionalprogramms GFA 2000 (1984) und die Einrichtung eines WHO-Programms Gesundheitsförderung (1984). Von Einfluss auf die Entwicklung des neuen Konzepts Gesundheitsförderung war auch die Kritik an einer einseitig naturwissenschaftlich orientierten Medizin, Prävention [3] (Prävention übertragbarer Erkrankungen) und Gesundheitserziehung. Sie wurde ergänzt durch Kritik und Anregungen aus den neuen sozialen Bewegungen der 1970erund 1980er-Jahre (Gesundheits-, Umwelt-, Verbraucher-, Frauen- und Selbsthilfebewegung).

Die 1986 verabschiedete Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung ist ein Aktionsprogramm zur Verwirklichung der Ziele GFA 2000 sowie ein Handlungsanstoß für eine „New Public Health“ [4] (Gesundheitswissenschaften/Public Health). Sie fasst die bis dahin erfolgte Konzeptentwicklung zusammen und ist das Schlüsseldokument der weiteren konzeptionellen Entwicklung sowie der internationalen Verbreitung von Gesundheitsförderung. In den internationalen Ottawa-Nachfolgekonferenzen von Adelaide (1988) und Sundsvall (1991) werden jeweils einzelne Handlungsbereiche der Ottawa-Charta spezifiziert. 1997 werden auf der Konferenz von Jakarta die Erfahrungen und Ergebnisse seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta bilanziert, die Kernbereiche und Strategien der Charta bestätigt und weiterentwickelt. Die globale und die regionale Rahmenstrategie für

Gesundheitsförderung: Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000 wird 1998 zur „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert / Gesundheit21“ aktualisiert und den Anforderungen des 21. Jahrhunderts angepasst. Die 5. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Mexiko-City verabschiedet 2000 erstmals eine Erklärung der Gesundheitsminister zur Gesundheitsförderung und einen Rahmen für nationale Aktionspläne zur Gesundheitsförderung (zur Entwicklung nach 1986 siehe Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa [2]).

„Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“, Konferenz und Deklaration von Alma-Ata (1978)

Die gesundheitspolitische Rahmenprogrammatik für Gesundheitsförderung geht zurück auf die Resolution der 30. Weltgesundheitsversammlung von Genf 1977. Hier wurde entschieden, dass „das vorrangige soziale Ziel von Regierungen und WHO in den kommenden Jahrzehnten das Erreichen eines Grades von Gesundheit für alle Bürger der Welt bis zum Jahr 2000 sein soll, der ihnen erlaubt, ein sozial und ökonomisch produktives Leben zu führen“. Diese Zielsetzung wurde als „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ bekannt. Ein Jahr später wurde diese Entwicklung fortgeführt mit der von WHO und UNICEF in Alma-Ata veranstalteten Internationalen Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung/ Primary Health Care [5] (Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care).

Die Deklaration von Alma-Ata (1978) ist ein Schlüsseldokument in der Entwicklung und Weiterentwicklung der Strategie „Gesundheit für alle“. Sie ist Grundlage der daraus abgeleiteten Gesundheitsförderung. Die Deklaration enthält bereits die Kernelemente der weltweiten gesundheitspolitischen Programmentwicklung bis heute und wird als Wendepunkt der bis dahin eng medizinisch orientierten Weltgesundheitsorganisation eingeschätzt.

So wird erstmals explizit darauf hingewiesen, dass zum Erreichen der Gesundheitsziele [6] das Zusammenwirken von sozialen und ökonomischen Sektoren außerhalb des Gesundheitssektors und die Beteiligung der Bevölkerung notwendig ist [7] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger). Gesundheit wird als Grundrecht aller Menschen deklariert. Die Ungleichheit des Gesundheitszustands von Menschen insbesondere zwischen Industrie- und Entwicklungsländern, aber auch innerhalb von Ländern, wird als unannehmbar bezeichnet und in Zusammenhang mit einer gerechten Weltwirtschaftsordnung gesetzt.

Primäre Gesundheitsversorgung wird als Schlüsselstrategie zum Erreichen der Gesundheit für alle angesehen, als Teil einer Entwicklung im Geiste sozialer Gerechtigkeit und Politik der Chancengleichheit [8] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit). Primäre Gesundheitsversorgung richtet sich auf die Hauptgesundheitsprobleme der Gesellschaft und umfasst (gemeindeorientierte) gesundheitsfördernde, präventive, kurative und rehabilitative Dienste [9] (Sozialraum- und Gemeindeorientierung in der Gesundheitsförderung). Die 32. Weltgesundheitsversammlung von 1979 in Genf bestätigte die Deklaration von Alma-Ata und führte die Globalstrategie „Gesundheit für alle 2000“ ein. Diese Globalstrategie war das Rahmenprogramm für alle regionalen Programme und Strategien. Sie wurde 1998 von der 51. Weltgesundheitsversammlung in einer stark überarbeiteten Form als globale Strategie für das 21. Jahrhundert bestätigt [2] (Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa).

Europäische Strategie „Gesundheit für alle“ (1984) und Vorarbeiten zum „WHO-Programm Gesundheitsförderung“

Auf der Tagung des Europäischen Regionalkomitees 1980 in Kopenhagen einigten sich die Vertreter der Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO (WHO-Euro) auf der Grundlage der Globalstrategie erstmalig auf ein gemeinsames gesundheitspolitisches Konzept: die Europäische Strategie zur Erreichung des Ziels „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“.

Zur Unterstützung dieser Strategie wurde 1981 in Berlin ein neues „Europäisches Regionalprogramm über Gesundheitserziehung und Lebensweisen“ [10] (Lebensweisen / Lebensstile) beschlossen. Es hatte drei Schwerpunkte: „Gesundheitsförderung“, „präventive Gesundheitserziehung“ und „unterstützende Gesundheitserziehung“. Diese neue Strategie sollte die bisherige Gesundheitserziehung an die gesundheitspolitische Entwicklung anpassen und sie fortentwickeln: mit neuen Leitbildern, einem positiven Gesundheitsbegriff, innovativen Methoden, Gemeinschafts- und Laienbeteiligung, Multisektoralität und Interdisziplinarität sowie Berücksichtigung von sozialen und Umweltfaktoren.

1984 verabschiedeten die europäischen WHO-Mitgliedstaaten nach Vorarbeiten des Europäischen Regionalbüros die „38 Einzelziele für Gesundheit 2000“ zur Unterstützung der europäischen Regionalstrategie als europäisches gesundheitspolitisches Grundsatzprogramm. Der Schwerpunkt von Gesundheitspolitik sollte auf die „Förderung der Gesundheit“ und die „Verhütung von Krankheiten“, also auf das Vorfeld von Krankheiten und Therapie gelegt werden. Weitere Hauptelemente der Europäischen Regionalstrategie waren die Reduzierung der gesundheitlichen Chancenungleichheiten zwischen den Ländern und innerhalb der Länder Europas, die Förderung der Beteiligung der Bevölkerung an Belangen, die ihre Gesundheit betreffen, die sektorübergreifende und internationale Zusammenarbeit und eine gemeindeorientierte primäre Gesundheitsversorgung.

Die 1984 formulierten „Ziele zur Gesundheit für alle – die Gesundheitspolitik für Europa“ wurden 1991 vom WHO-Regionalkomitee für Europa aktualisiert. Durch die Europakonferenz Gesundheitspolitik von 1994 in Kopenhagen wurde der regionalgesundheitspolitische Ansatz der „Gesundheit für alle“ als der beste Weg zur Bewältigung der gesundheitspolitischen Probleme auch im auf 51 Mitgliedstaaten angewachsenen Europa bestätigt. Gesundheitliche Chancengleichheit wird dabei als in jeder Beziehung erstes Prinzip hervorgehoben.

Kritik an Medizin, „traditioneller“ Prävention und Gesundheitserziehung und die Neuen sozialen Bewegungen (Gesundheits-, Umwelt-, Frauen-, Verbraucher- und Selbsthilfebewegung)

Zur Zeit der Entwicklung des neuen Konzepts Gesundheitsförderung, Ende der 1970er-, Anfang der 1980er-Jahre haben verschiedene Bewegungen, Strömungen und Trends, die sich zeitlich und inhaltlich vielfach überschneiden, die Entwicklung des Konzepts Gesundheitsförderung beeinflusst:

- Allgemeine Medizinkritik, die den eingeschränkt biomedizinischen Umgang mit Krankheit und Gesundheit thematisierte [11] (Biomedizinische Perspektive)
- Kritik an der daraus abgeleiteten „traditionellen“ Prävention und Gesundheitserziehung und die damit verbundenen Forderungen nach ihrer „Modernisierung“ und Umorientierung
- Beginnende Erweiterung der Medizin und Prävention um psychosoziale Perspektiven und ein Verständnis der Prävention als Gemeinschaftsaufgabe, die psychosoziale u.a. Berufsgruppen einbezieht
- Erste Erfahrungen mit gemeindeorientierten Herz-Kreislauf-Präventionsstudien und -programmen in den USA, Skandinavien und Deutschland
- Gesundheits-, Umwelt- und Verbraucherbewegungen, insbesondere auch Frauengesundheits- und Selbsthilfebewegung, die eine ganzheitlichere und differenziertere Betrachtungsweise von Krankheit und Gesundheit einforderten
- Zunehmende Bedeutung gesellschaftlicher Trends und Moden der Fitness, Wellness und Gesundheit

Es gab aber auch innerhalb der Gesundheitserziehung selbst, sowohl unter Praktikerinnen und Praktikern, als auch in den einschlägigen (wissenschaftlichen) Veröffentlichungen, eine kritische Diskussion ihrer Schwächen und Einseitigkeiten. Bemängelt wurden:

- fast ausschließliche Krankheits-, Medizin- und Risikofaktorenorientierung,
- überwiegende Expertenorientierung,
- Tendenz zu individualisierenden, einseitigen und Schuld zuweisenden Perspektiven und Methoden („Blaming the victim/Victim blaming“),
- Einengung der Perspektiven und Strategien auf individuelle medizinisch definierte Risikofaktoren und auf individuelle Verhaltensänderungen und
- damit einhergehende Vernachlässigung struktureller Perspektiven und Strategien.

Vielen Ansätzen der traditionellen Gesundheitserziehung wurde auch vorgeworfen, soziale Unterschiede zu vernachlässigen und sogar zu vergrößern durch eine oft unreflektierte Mittelschichtorientierung, wie sie z. B. durch ausschließlichen oder überwiegenden Einsatz von Printmedien, von Kursangeboten und von Komm-Strukturen der Gesundheitserziehung entstehen kann [8] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit).

Diese Einseitigkeiten und Mängel wurden auch für die mangelnde Wirksamkeit der Gesundheitserziehung verantwortlich gemacht und mit Forderungen nach Umorientierung und

Erweiterung der Perspektiven, Prinzipien und Strategien verbunden: Beteiligung von Laien, von Gemeinschaften, Berücksichtigung von Lebensbedingungen, von sozialen Unterschieden in Gesundheit und Krankheit, Notwendigkeit interdisziplinärer Problemanalysen und Strategien, „positives“ Gesundheitsverständnis – Forderungen, die sich mit denen der GFA 2000 und Deklaration von Alma-Ata deckten [12] (Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung).

WHO-Euro-Arbeitsschwerpunkt „Programm Gesundheitsförderung“ (1984)

Anfang 1984 hatte die WHO-Euro in Kopenhagen ein neues Programm (im Sinne von Arbeitsschwerpunkt) unter der Bezeichnung Gesundheitsförderung eingerichtet. Dieses Programm wurde maßgeblich von Ilona Kickbusch als Regional Officer for Health Education initiiert und mitentwickelt. Im selben Jahr traf sich in diesem Zusammenhang eine internationale Arbeitsgruppe und diskutierte und veröffentlichte ein erstes Grundsatzpapier „Diskussionsgrundlage über Konzept und Prinzipien der Gesundheitsförderung“. Die Kritik an Medizin, Prävention und Gesundheitserziehung, die gesundheitspolitischen Programmvorgaben der WHO seit Alma-Ata sowie Anregungen aus der Verbraucher-, Frauen- und Selbsthilfebewegung und der gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit [9] (Sozialraum- und Gemeindeorientierung in der Gesundheitsförderung) waren in die Entwicklung von Konzept und Prinzipien des neuen Ansatzes Gesundheitsförderung eingeflossen.

Diese „Diskussionsgrundlage“ ist das erste eigenständige – wenn auch inoffizielle – Grundsatzdokument der Gesundheitsförderung. Es bezeichnet als Ziel von Gesundheitsförderung die Befähigung von Menschen, größeren Einfluss auf die Erhaltung und Verbesserung ihrer Gesundheit zu nehmen und nennt als (noch aktuelle) wichtige Prinzipien von Gesundheitsförderung:

- Sozioökologisches Verständnis der ständigen Wechselwirkungen zwischen Mensch und Umwelt
- Blick auf die gesamte Bevölkerung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen und nicht ausschließlich auf spezifische Risikogruppen
- Beeinflussung der Bedingungen und Ursachen von Gesundheit (mit der Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit vieler Bereiche zur Beeinflussung der vielfältigen Faktoren)
- Verbindung unterschiedlicher, aber einander ergänzender Maßnahmen oder Ansätze, einschließlich Information, Erziehung, Gesetzgebung, steuerlicher Maßnahmen, organisatorischer Regelungen, gemeindenaher Veränderungen sowie spontaner Schritte gegen Gesundheitsgefährdungen
- Konkrete und wirkungsvolle Beteiligung der Öffentlichkeit
- Verständnis von Gesundheitsförderung als primäre Aufgabe im Gesundheits- und Sozialbereich und nicht als medizinische Dienstleistung [1] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen)

Die Ottawa-Konferenz und Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986)

Vor dem Hintergrund der WHO-Strategien und eines zunehmenden Interesses an einer „New Public Health“ veranstaltete die WHO 1986 zusammen mit der Canadian Public Health Association und Health and Welfare Canada in Ottawa eine Weltkonferenz. Diese erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung mit 240 Teilnehmenden aus 35 überwiegend Industrieländern verabschiedete die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Die Charta fasst die in der mehrjährigen Programmentwicklungsphase erarbeiteten wichtigsten Ziele und Prinzipien des Handlungskonzepts Gesundheitsförderung zusammen und ergänzt sie um spezifische Handlungsprinzipien und Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung.

Die Ottawa-Charta wurde von ihren Verfassern und Verfasserinnen als ein Aktionsprogramm zur Erreichung des Ziels „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ und darüber hinaus verstanden. Weitere Zielorientierungen und Grundlagen für die Entwicklung der Charta waren: die Deklaration von Alma-Ata über die primäre Gesundheitsversorgung/ Primary Health Care, das WHO-Dokument Einzelziele für Gesundheit 2000 und die Diskussion der Weltgesundheitsversammlung zur intersektoralen Zusammenarbeit für Gesundheit.

Die Charta wurde in zahlreiche Sprachen übersetzt und in der zweiten Hälfte der 1980er-Jahre in einer für ein gesundheitspolitisches Dokument außergewöhnlichen Dynamik verbreitet. Sie wurde nach und nach von den Regierungen und staatlichen sowie nichtstaatlichen Akteuren und Organisationen der

Gesundheitsförderung als Grundsatz- und Leitdokument akzeptiert für die Gesundheitsförderung, die Gesundheitserziehung, die Gesundheitsbildung [13], die Prävention [14] (Prävention und Krankheitsprävention) sowie für Gesundheitswissenschaften und (neue) Öffentliche Gesundheit/(New) Public Health [13], [14], [4] (Gesundheitsbildung, Prävention und Krankheitsprävention, Gesundheitswissenschaften / Public Health).

Sie ist das Grundsatzdokument für die Settingprojekte und die diese verbindenden zahlreichen internationalen, nationalen und regionalen Netzwerke der Gesunden Städte, Gesundheitsfördernden Schulen, Betriebe und Krankenhäuser [15], [16], [17], [1], [18], [2], [19] (Settingansatz / Lebensweltansatz, Kommunalpolitische Perspektive / Leitbild Gesunde und Soziale Stadt, Gesundheitsförderung und Schule, Gesundheitsförderung und Betrieb, Gesundheitsförderndes Krankenhaus, Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986 und Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa, Gesundheitsförderung 5: Deutschland).

In den internationalen Ottawa-Nachfolgekonferenzen von Adelaide (1988) und Sundsvall (1991) wurden jeweils einzelne Handlungsbereiche der Ottawa-Charta spezifiziert. 1997 wurden auf der Konferenz von Jakarta die Erfahrungen und Ergebnisse seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta bilanziert sowie die Kernbereiche und Strategien der Charta bestätigt und weiterentwickelt.

Diese und die weiteren Konferenzen werden ausführlich im folgenden Abschnitt „ Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa“ [2] behandelt.

Das Konzept der Gesundheitsförderung (nach der Ottawa-Charta) wurde als Ausdruck einer „dritten Public Health-Revolution“ bezeichnet. Nach dem erfolgreichen Kampf gegen die Infektionskrankheiten durch Gesundheitsschutz [20] und Hygiene und nach der Zurückdrängung von Risikofaktoren [21] (Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell) in der Prävention [14] (Prävention und Krankheitsprävention) steht die Zunahme von chronischen (nichtübertragbaren) Erkrankungen im Fokus. Die Ergebnisse der großen Gemeindeinterventionsstudien im 20. Jahrhundert legten nahe, dass die Verbesserung der bevölkerungsweiten Gesundheitsbilanz, der Gesundheits- und der Lebenserwartung über die Möglichkeiten der Medizin sowie der risikoorientierten edukativen Verhaltensänderung hinausgeht. Als erfolgversprechender gelten seither breite, interdisziplinäre und intersektorale Strategien zur Beeinflussung gesundheitsrelevanter Lebensbedingungen sowie die Berücksichtigung von Gesundheit als Handlungsziel in verschiedenen Politikbereichen. Gesundheit ist in sozialökologischer Perspektive eine Ressource für Wohlbefinden [22] (Wohlbefinden / Well-Being) und erhöhte Lebensqualität [23] (Lebensqualität - ein Konzept der individuellen und gesellschaftlichen Wohlfahrt).

Internetadressen:

- Weltgesundheitsorganisation Europa. Available from: https://www.who.int/europe/de
- Health promotion. Available from: https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1
- Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen. Available from: https://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de

Literatur:

- Franzkowiak P, Sabo P. Die Entwicklung der Gesundheitsförderung in internationalen und nationalen Dokumenten. In: Franzkowiak P, Sabo P, editors. Dokumente der Gesundheitsförderung 1: Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung. Mainz: Sabo; 1993. (Blickpunkt Gesundheit; 1).
- Kickbusch I, Hartung S. Die Gesundheitsgesellschaft: Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik. Bern: Huber; 2014.
- Leanza M. Die Zeit der Prävention: eine Genealogie. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft; 2017. (Nomos eLibrary: Soziologie).
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung. 1983;5.
- Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz, editor. Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung. 1984;6.
- Altgeld T, Kickbusch I. Gesundheitsförderung. In: 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 in Elsevier; 2012. p. 187–97.

- Barić L, Conrad G. Gesundheitsförderung in Settings: Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Settingsansatzes der Gesundheitsförderung. Gamburg: Verl. für Gesundheitsförderung, Conrad; 1999.
- Hurrelmann K, Laaser U, Richter M. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Razum O, Hurrelmann K, editors. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Beltz; 2016.
- Ruckstuhl B. Gesundheitsförderung: Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health-Perspektive ; mit Zeitzeugeninterviews. Weinheim, München: Juventa; 2011. (Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften).
- Franzkowiak P, Luetkens C, Sabo P. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung von 1992 bis 2013. Duisburg; 2013.
- World Health Organisation (WHO). Milestones in Health Promotion. Statements from Global Conferences. Genf; 2009.
- Trojan A, Legewie H. Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung: Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Frankfurt am Main: VAS; 2001. (Reihe psychosoziale Aspekte in der Medizin Psychosomatik).
- Franzkowiak P, Sabo P, editors. Regionalbüro für Europa der WHO, Gesundheitsförderung – Eine Diskussionsgrundlage über Konzept und Prinzipien, 1984. In: Dokumente der Gesundheitsförderung 1: Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung. Mainz: Sabo; 1993. (Reihe Blickpunkt Gesundheit; 1).

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
2. 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
3. Kossow A. Prävention übertragbarer Erkrankungen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i090-2.0
4. 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
5. Zimmermann T. Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I096-3.0
6. 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
7. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
8. 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
9. Quilling E, Kaczmarczyk D, Schäfer P, Trojan A, Süß W. Sozialraum- und Gemeindeorientierung in 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-I021-3.0
10. Röding D. Lebensweisen / Lebensstile. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I073-2.0
11. Holst J. Biomedizinische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I006-2.0

12. Spura A. Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i024-2.0
13. 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
14. 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
15. 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
16. Paulus P, Dadaczynski K. Gesundheitsförderung und Schule. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I051-3.0
17. 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
18. 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
19. 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
20. Kuhn J, Böhm A. Gesundheitsschutz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I059-3.0
21. Sperlich S, Franzkowiak P. Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I102-3.0
22. Röhrle B. Wohlbefinden / Well-Being. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I134-1.0
23. Noll HH. Lebensqualität – ein Konzept der individuellen und gesellschaftlichen Wohlfahrt. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I072-1.0

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

Zitierhinweis: Kaba-Schönstein L. Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i034-1.0

Copyright: © 2026 Lotte Kaba-Schönstein
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/

Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa

Lotte Kaba-Schönstein[1]
[1] Hochschule Esslingen, Esslingen, Deutschland

Abstract

Die Gesundheitsförderung hat sich seit der Ottawa-Charta von 1986 zu einem globalen Anliegen entwickelt. In internationalen Konferenzen und Deklarationen wie Jakarta, Bangkok, Shanghai wurden die Prinzipien und Strategien der Gesundheitsförderung weiterentwickelt. Betont wird die Bedeutung von Gesundheit in einer globalisierten Welt und die Notwendigkeit, Gesundheitsdeterminanten durch politische Maßnahmen und Partnerschaften zu beeinflussen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat mit Rahmenprogrammen wie „Gesundheit21" und „Gesundheit 2020" die Gesundheitspolitik in Europa und weltweit geprägt. Die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung mit den Sustainable Development Goals (SDGs) führen die wirtschaftlichen, sozialen, ökologischen und gesundheitlichen Aspekte zusammen.

Keywords: Chancengleichheit, Settingansatz, Health in All Policies (HiAP), Empowerment, Soziale Determinanten, Globale Gesundheit

Einleitung

Die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa 1986 fasste mit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung die bis dahin erfolgte Konzeptentwicklung in einem Aktionsprogramm zur Erreichung der gesundheitspolitischen Ziele „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ zusammen. Die Charta wurde zum Schlüsseldokument und Grundsatzpapier für die weitere Entwicklung der Gesundheitsförderung.

Das Konzept und die Handlungsbereiche wurden in den Folgejahren über weitere internationale Konferenzen, die jeweils mit Erklärungen und Empfehlungen abgeschlossen wurden (und die eine immer größer werdende Anzahl von Delegierten aus möglichst vielen Ländern und Regionen repräsentierten), differenziert, bilanziert und weiterentwickelt. Diese Konferenzen werden insbesondere seit der Konferenz von Bangkok (2005) im Bewusstsein der zunehmenden Globalisierung von Gesundheit sowie der Transition von „International (Public) Health“ zu „Global (Public) Health“ als „Globale“ Konferenzen bezeichnet und konzipiert [1] (Global Health/Globale Gesundheit). Sie bilden den Grundstock („das Erbe“/“Legacy“) für die Fortentwicklung von Konzept und Strategien und bauen aufeinander auf (siehe Abbildung).

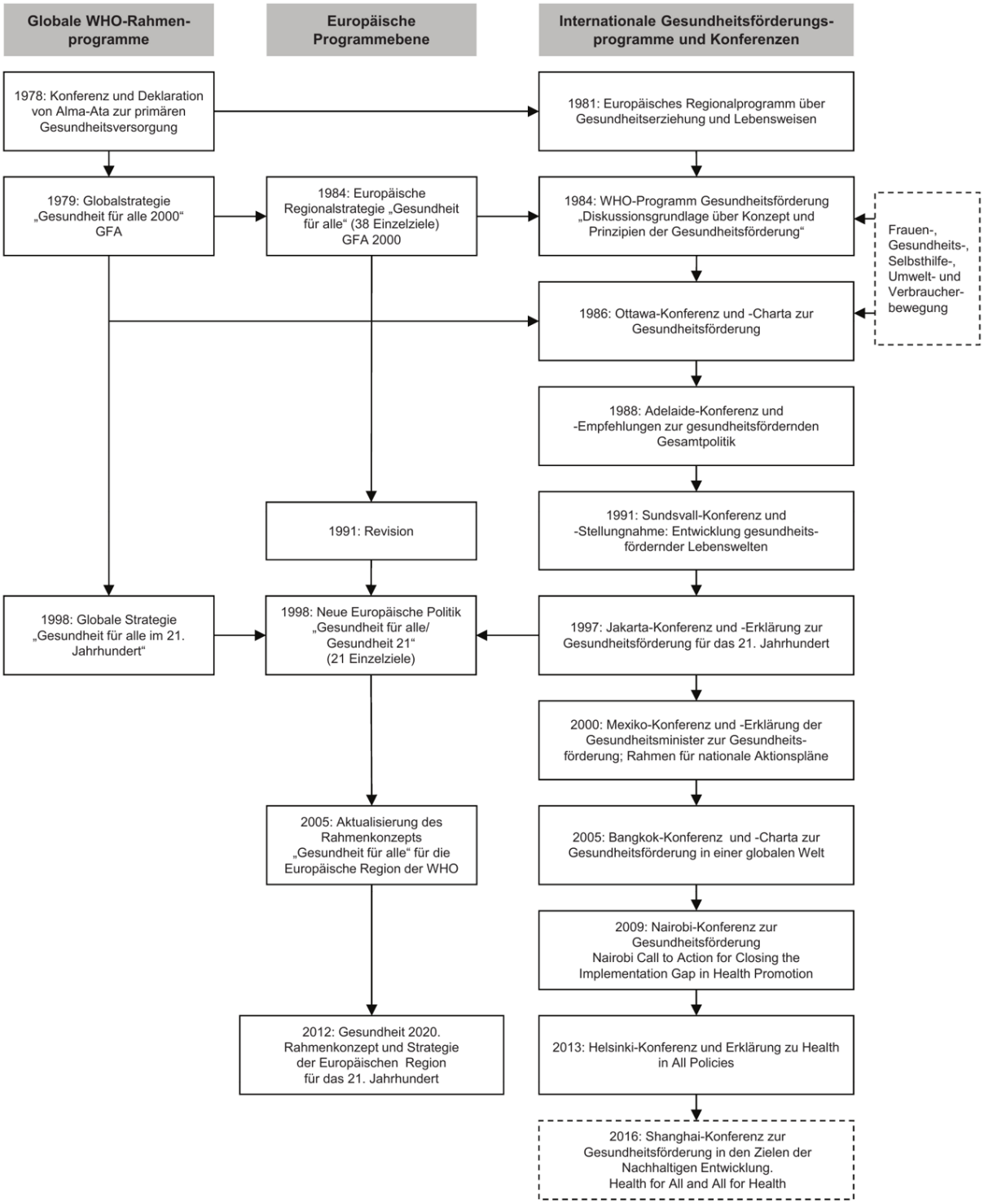
Für die Entwicklung und Fortschreibung des Konzeptes Gesundheitsförderung im Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) waren die Konferenzen von Ottawa (1986) und Jakarta (1997) und die mit ihnen verbundenen Konferenzdokumente und Chartas ausschlaggebend. Ihre Ergebnisse werden in den Leitbegriffen Gesundheitsförderung 1 [2] und 2 [3] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986) dargestellt.

Im Folgenden werden zunächst die weiteren internationalen Konferenzen mit ihren Entschließungen vorgestellt. Soweit andere Programme und Aktivitäten der WHO oder ihrer jeweiligen Kooperationspartner und -partnerinnen für die Entwicklung relevant sind, werden sie an geeigneter Stelle mitbehandelt (siehe auch die Abb.).

Die zentralen Konferenzen waren die:

- 2. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in **Adelaide**, Australien (1988)
- 3. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in **Sundsvall**, Schweden (1991)
- 4. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in **Jakarta**, Indonesien (1997)
- 5. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in **Mexiko-City**, Mexiko (2000)
- 6. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in **Bangkok,** Thailand (2005)
- 7. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in **Nairobi**, Kenia (2009)
- 8. Internationale (Globale) Konferenz zur Gesundheitsförderung in **Helsinki**, Finnland (2013)

- 9. Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung in **Shanghai**, China (November 2016)



Daneben und dazwischen gab es 1989 eine Arbeitsgruppe und einen Aktionsaufruf zur Gesundheitsförderung in Entwicklungsländern und 1993 die WHO-Initiative zur Investition in die Gesundheit von Frauen. 1998 wurde die gesundheitspolitische Rahmenprogrammatik der Gesundheitsförderung Gesundheit für alle 2000 aktualisiert und als „Gesundheit21“ bestätigt.

Seit Mitte der 1980er-Jahre wurden vielfältige Projekte nach dem Settingansatz/Lebensweltansatz [4] sowie internationale, nationale und regionale Setting-Netzwerke aufgebaut. Die zweite und die dritte internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Adelaide (1988) und Sundsvall (1991) dienten der Differenzierung und Weiterentwicklung der innovativen und politisch besonders brisanten Handlungsfelder der Ottawa-Charta.

2. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Adelaide, Australien (1988)

Der Aktionsbereich gesundheitsfördernde Gesamtpolitik [5] (Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy) wurde weiterentwickelt auf der von der WHO und dem australischen Ministerium für soziale Dienste und Gesundheit gemeinsam veranstalteten zweiten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Adelaide, Australien (1988), die die Adelaide-Empfehlungen verabschiedete. Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik ist nach den Adelaide-Empfehlungen gekennzeichnet durch die ausdrückliche Sorge um Gesundheit und Chancengleichheit auf allen Gebieten der Politik, einschließlich der Verantwortung für ihre Gesundheitsverträglichkeit [6] (Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA)). Hauptziel dieser multisektoral angelegten Politik ist die Schaffung von unterstützenden physischen und sozialen Umwelten, um die Menschen zu befähigen, ein gesundes Leben zu führen bzw. ihnen die Wahl gesünderer Alternativen zu ermöglichen oder zu erleichtern.

Als diesbezüglich vorrangige Aktionsfelder wurden vorgeschlagen:

- Die Unterstützung der Gesundheit der Frauen
- Lebensmittel und Ernährung
- Tabak und Alkohol
- Schaffung unterstützender Umwelten
- Entwicklung neuer Bündnisse für Gesundheit und
- die Verpflichtung zu einer globalen Verantwortung für öffentliche Gesundheit

WHO-Arbeitsgruppe zur Gesundheitsförderung in Entwicklungsländern in Genf (1989): 1989 berief das WHO-Hauptbüro in Genf eine Arbeitsgruppe „Gesundheitsförderung in Entwicklungsländern“ nach Genf, die Gesundheitsförderung als auch ein für die Entwicklungsländer relevantes Konzept anerkannte und einen „Aktionsaufruf zur Gesundheitsförderung in Entwicklungsländern“ verabschiedete. Die spezifischen Interessen der „Entwicklungsländer“ wurden auch seit der Sundsvall-Konferenz (1991) deutlich artikuliert und fanden ihren Niederschlag in den Konferenzergebnissen. Die internationale Konferenz „Investment in Health“ (1990) in Bonn hat Gesundheitsförderung ausdrücklich als eine „positive Investition in die Zukunft“ und nicht als bloßen „Kostenfaktor“ thematisiert und auf die Tagesordnung der 1990er-Jahre gesetzt [3] (Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986).

3. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung zur Entwicklung gesundheitsfördernder Lebenswelten in Sundsvall, Schweden (1991)

Supportive environments wurde auch als „unterstützende Umwelten für Gesundheit“ übersetzt. Die Sundsvall-Konferenz war eine gemeinschaftliche Veranstaltung der Weltgesundheitsorganisation, des Umweltprogramms der Vereinten Nationen und des Nordischen Ministerrats. Sie war die erste Konferenz für Gesundheitsförderung mit globaler Beteiligung aus 81 Ländern sowie einer gleichgewichtigen Teilnahme von Mitgliedern aus Entwicklungs- und Industrieländern und von Männern und Frauen. In der Sundsvall-Stellungnahme wurden alle Gemeinden, Städte, Länder und Regierungen dazu aufgerufen, solche unterstützende Umwelten zu schaffen. Dazu gehörten auch die Themen „gesundheitliche Chancenungleichheit“, „Armut“ und „Zugang zu einer medizinischen Grundversorgung“. Das Erreichen einer globalen Rechenschaftspflicht zur Erhaltung von unterstützenden Umwelten für die Gesundheit war ein weiteres zentrales Thema.

WHO-Initiative und Konferenz „Investition in die Gesundheit von Frauen“ in Wien (1993): 1993 rief die WHO die Initiative „Investition in die Gesundheit von Frauen“ ins Leben. 1994 veranstaltete das Regionalbüro mit der Weltbank und der norwegischen und österreichischen Regierung als Co-Sponsoren in Wien eine Konferenz zum Thema „Die Gesundheit von Frauen zählt“. Die notwendigen Prioritäten und Strategien wurden von den Konferenzteilnehmenden in der „Wiener Erklärung zur Investition in die Gesundheit von Frauen in mittel- und osteuropäischen Ländern“ zusammengefasst. Sie ist für viele Initiativen der Frauengesundheitsförderung, auch in den westeuropäischen Ländern, wegweisend geworden. In Deutschland wurde dadurch der erste Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Auftrag gegeben und veröffentlicht. Auch die Netzwerke zur Gesundheit von Frauen und Mädchen in Niedersachsen und Sachsen-Anhalt wurden durch diese Initiative angeregt.

4. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Jakarta, Indonesien (1997)

Die letzten Jahre des 20. Jahrhunderts waren durch die Aktualisierung und Anpassung der vorhandenen internationalen gesundheitspolitischen Programmatik und des Gesundheitsförderungskonzepts an die Herausforderungen des 21. Jahrhundert gekennzeichnet. Die 4. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung – „Neue Partner für eine neue Ära: Gesundheitsförderung auf dem Weg ins 21. Jahrhundert“ („New partners for a new era“) – fand im Juli 1997 in Jakarta, Indonesien, statt, erstmalig in einem Entwicklungsland und unter Einbeziehung des privatwirtschaftlichen Sektors in die Unterstützung der Gesundheitsförderung. Während die 2. und 3. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Adelaide und Sundsvall jeweils Handlungsbereiche der Ottawa-Charta spezifiziert und weiterentwickelt hatten, sollte sie, elf Jahre nach Verabschiedung der Ottawa-Charta, die Erfahrungen mit effektiver Gesundheitsförderung bilanzieren und die Einflussfaktoren der Gesundheit [7] (Determinanten der Gesundheit) sowie Konzepte und Strategien neu bewerten.

Die Gesundheitsförderungskonferenz von Jakarta verabschiedete die „Jakarta-Erklärung“ zur Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert. Sie bestätigte die gesundheitspolitischen Kernaussagen der vorangegangenen Konferenzen, insbesondere der Ottawa-Charta, und setzte folgende Prioritäten der Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert:

- Förderung sozialer Verantwortung für Gesundheit
- Ausbau der Investitionen in die Gesundheitsentwicklung
- Festigung und Ausbau von Partnerschaften für Gesundheit
- Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Gemeinschaften und der Handlungskompetenzen des Einzelnen sowie
- Sicherstellung einer Infrastruktur für die Gesundheitsförderung [2] (Ausführlicher, auch zu dem neu eingeführtem Konzept „ Gesundheitsgewinn“ Gesundheitsförderung 1: Grundlagen).

Als Jakarta-Nachfolgekonferenz fand 1998 in Magdeburg die Internationale WHO-Konferenz „Neue Partner für Gesundheit“ statt. Sie verabschiedete die Magdeburger „Empfehlungen zu neuen Partnerschaften in der Gesundheitsförderung“ [8] (Partnerschaften für Gesundheit).

1. Resolution zur Gesundheitsförderung (1998): In der 5. Weltgesundheitsversammlung 1998 wurden mit der Verabschiedung der ersten Resolution zur Gesundheitsförderung die Aussagen der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986) und die Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert (1997) bestätigt. Die Länder verpflichteten sich und die WHO, dem nächsten Exekutivrat über die Fortschritte bei der Umsetzung zu berichten.

5. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung, Mexiko City, Mexiko (2000)

Im Jahr 2000 wurde in Mexiko die 5. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung durchgeführt zum Thema „Abbau gesundheitlicher Chancenungleichheiten“ („Bridging the equity gap“). Das zweigeteilte Programm war ein Novum: Ein zweitägiges ministerielles Programm war ganz auf die Delegationen der Gesundheitsministerien und anderer Ministerien ausgerichtet. Das fünftägige Fachprogramm für die ca. 800 ausgewählten Experten und Expertinnen sowie Entscheidungsträger und -trägerinnen aus Wissenschaft, Politik und Praxis der Gesundheitsförderung fand parallel statt mit zwei gemeinsamen Sitzungen.

Die Konferenz verabschiedete erstmalig eine Erklärung nicht nur der geladenen Delegierten, sondern der Gesundheitsminister zur Gesundheitsförderung: „Die Lücke der Gleichstellung schließen“ und den „Rahmen für nationale Aktionspläne zur Gesundheitsförderung“. Insgesamt haben 87 Länder die Erklärung verabschiedet, auch Deutschland. In der Erklärung verpflichteten sich die Ministerien, nationale Aktionspläne für Gesundheitsförderung zu entwickeln. Während der Konferenz wurde der Rahmen für diese Aktionspläne entwickelt und verabschiedet (siehe Abbildung).

Schwerpunkte und Strategien in der Mexiko-Erklärung der Gesundheitsminister und Gesundheitsministerinnen zur Förderung der Gesundheit (2000)

Die Mexiko-Erklärung „Die Lücke der Gleichstellung schließen“ und der Rahmen für die landesweiten Aktionspläne haben *drei Schwerpunkte*:

- Soziale, wirtschaftliche und umweltbezogene Determinanten für Gesundheit
- Mechanismen der Kooperation über alle gesellschaftlichen Sektoren und Ebenen
- Abbau gesundheitlicher Chancenungleichheiten in armen und reichen Ländern

Sechs *allgemeine Strategien* bilden die Grundlage:

- Soziale Verantwortung für Gesundheit fördern (z. B. mithilfe von Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen - auf lokaler wie nationaler Ebene)
- Investitionen für Gesundheitsentwicklung erhöhen. Lokale Kapazitäten für die Förderung von Gesundheit erhöhen. Empowerment von Individuen und Gemeinschaften
- Infrastrukturen für Gesundheitsförderung schaffen
- Die „Evidenz“-Basis von Gesundheitsförderung stärken (in zwei Bereichen: Determinanten von Gesundheit/Gesundheitsressourcen)
- Gesundheitsförderungspolitiken und -programme am wissenschaftlichen Erkenntnisstand orientieren
- Gesundheitsdienste neu orientieren in Richtung Gesundheitsförderung und Primärprävention.

Folgende Punkte der Erklärung sind besonders hervorzuheben:

- Die Festlegung der Förderung der Gesundheit als grundlegende Priorität im Hinblick auf Politiken und Programme von lokaler bis internationaler Ebene.
- Die Verpflichtung zur Übernahme der Führungsrolle seitens der Nationalen Gesundheitsministerien, unter besonderer Berücksichtigung folgender Prozesse:
  - der aktiven Beteiligung von gesellschaftlichen Gruppen und Sektoren
  - von Maßnahmen, die Partnerschaften stärken und
  - der Bildung und Stärkung von effektiven Netzwerken

Es wird darauf hingewiesen, dass die Anwendung der Gesundheitsförderungsstrategien und -methoden in vielen Ländern, auch in Europa, noch unzureichend ist. Die Verbindung der Umsetzung der Mexiko-Erklärung mit aktuellen Prozessen zur Entwicklung von nationalen Gesundheitszielen und -indikatoren im Rahmen der Umsetzung von „Gesundheit21“ wird betont.

6. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Bangkok, Thailand (2005)

Der Themenschwerpunkt der 6. internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, die 2005 in Bangkok (Thailand) stattgefunden hat, war Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt: „Neue Akteure für eine neue Ära: Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert“ („Policy and Partnership for Action: Determinants of Health“). Die Konferenz diskutierte die Globalisierung in ihren Auswirkungen auf Gesundheit, insbesondere die Möglichkeiten, die Gesundheitsdeterminanten in einer globalisierten Welt durch Gesundheitsförderung zu beeinflussen. Eine Mehrheit von Teilnehmenden kam aus Asien und Afrika. Die Bedeutung von Gesundheitsförderung sowohl für die Industriestaaten, als auch für die Entwicklungs- und Schwellenländer wurde hervorgehoben.

Die auf der Konferenz verabschiedete „Bangkok-Charta zur Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt“ betont die Bedeutung von Gesundheitsförderung in der Globalisierung und beschreibt die nötigen Maßnahmen, Verpflichtungen und Forderungen, um Gesundheitsdeterminanten in einer globalisierten Welt mittels Gesundheitsförderung beeinflussen zu können. Sie betont, dass strategische Orientierung und Partnerschaften, die zum Empowerment [9] (Empowerment/Befähigung) von Gemeinschaften sowie zur Verbesserung der Gesundheit und der gesundheitlichen Chancengleichheit beitragen, im Zentrum weltweiter und nationaler Entwicklungen stehen sollten. Sie versteht sich als Ergänzung und Weiterentwicklung der Werte, Prinzipien und Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung, wie sie in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung [3] (Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986)

und in den Empfehlungen der nachfolgenden Weltgesundheitsförderungskonferenzen festgeschrieben und von den Mitgliedstaaten in der Weltgesundheitsversammlung bestätigt wurden. Der globale Kontext der Gesundheitsförderung habe sich seit der Entwicklung der Ottawa-Charta gewandelt.

Einige der aktuellen Haupteinflussfaktoren auf die Gesundheit [7] (Determinanten der Gesundheit) sind die zunehmende Ungleichheit zwischen den Ländern, neue Konsum- und Kommunikationsmuster, globale Umweltveränderungen und Verstädterung. Andere Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen, sind rasche und häufig ungünstige soziale, ökonomische und demografische Veränderungen, die die Arbeitsbedingungen, das Lernumfeld, Familienstrukturen sowie den kulturellen und sozialen Aufbau von Gemeinschaften beeinträchtigen. Es wird betont, dass Frauen und Männer von diesen Entwicklungen unterschiedlich betroffen sind. Die Gefährdung von Kindern, die Ausgrenzung von Minderheiten, von Menschen mit Behinderungen sowie von indigenen Menschen und Bevölkerungsgruppen habe zugenommen. Globalisierung eröffne neue Möglichkeiten der Kooperation zur Gesundheitsverbesserung und zur Reduzierung grenzüberschreitender Gesundheitsrisiken: erweiterte Informations- und Kommunikationstechnologie, verbesserte globale Führungsmechanismen und Möglichkeiten des Erfahrungsaustauschs.

Um den Herausforderungen der Globalisierung begegnen zu können, müssen die Vorgehensweisen quer durch alle Politikbereiche abgestimmt werden. Es wird als Fortschritt hervorgehoben, dass Gesundheit bereits verstärkt ins Zentrum der Entwicklung gerückt werden konnte, z. B. durch die Entwicklungsziele für das 21. Jahrhundert (Millennium Developmental Goals). Die Charta formuliert Strategien für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt [1] (Global Health / Globale Gesundheit).

Die Bangkok-Charta betont die Verpflichtung zur „Gesundheit für alle“. Dem Gesundheitssektor kommt eine Schlüsselrolle beim Aufbau von Strategien und Partnerschaften zur Gesundheitsförderung zu. Wesentliche Voraussetzungen für die Beeinflussung der Gesundheitsdeterminanten sind ein integrierter Politikansatz innerhalb von Regierungen und internationalen Organisationen sowie eine Verpflichtung zur settingübergreifenden Kooperation und zur Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft und dem Privatsektor. Gesundheitsförderung muss in diesem Zusammenhang in vier Schlüsselbereichen positioniert werden:

1. Gesundheitsförderung muss ein zentraler Punkt auf der globalen Agenda werden.
2. Gesundheitsförderung muss zu einer wesentlichen Verantwortung aller Regierungsebenen werden.
3. Gesundheitsförderung muss zu einem wesentlichen Kern von Gemeinschaften und Zivilgesellschaft werden.
4. Gesundheitsförderung muss ein Verantwortungsbereich guter Führung und Steuerung werden.

In der Bangkok-Charta wird darauf hingewiesen, dass seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta eine bemerkenswerte Anzahl von Gesundheitsförderungsresolutionen unterzeichnet worden ist, aber nicht immer konkrete Maßnahmen daraufhin erfolgt sind. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ersuchen deshalb die Mitgliedstaaten und die WHO ausdrücklich, diese „Umsetzungslücke“ zu schließen und den Schritt in Richtung handlungsorientierter Politiken und Partnerschaften zu gehen.

Die Konferenz und Charta von Bangkok hat besondere Bedeutung für die Entwicklung der Perspektive Global Health/ Globale Gesundheit und globale Gesundheitsförderung erhalten und hat die Diskussion um primäre Gesundheitsversorgung [10] (Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care) in den Entwicklungs- und Schwellenländern wiederbelebt). In Europa bildete sie, gemeinsam mit dem (2005) aktualisierten Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ (GFA) einen wesentlichen Handlungsrahmen für die Entwicklung einer Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten („Zugewinn an Gesundheit“), dem das WHO-Regionalkomitee für Europa 2006 durch Resolution zugestimmt hat.

Die Strategie setzt sich für ein umfassendes und integriertes Konzept zur Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten ein, das gleichzeitig Programme zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention auf Bevölkerungsebene befürwortet, das darüber hinaus stark gefährdete Gruppen und Personen aktiv ins Visier nimmt und eine effektive Behandlung und Versorgung für einen möglichst großen Anteil der Bevölkerung gewährleistet und dabei systematisch Konzepte und Maßnahmen zur Verringerung der Ungleichheiten im Gesundheitsbereich miteinander verbindet.

7. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Nairobi, Kenia (2009) Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap (Gesundheitsförderung und Entwicklung: die Lücke der Implementation schließen)

Als erste Globale Gesundheitsförderungskonferenz auf dem afrikanischen Kontinent wurde 2009 von der WHO und der Republik Kenia/dem kenianischen Ministerium für Public Health die 7. Internationale Welt-Konferenz zur Gesundheitsförderung in Nairobi, Kenia, veranstaltet und die globale Perspektive der Gesundheitsförderung damit vervollständigt. Teilgenommen haben über 600 Expertinnen und Experten aus mehr als 100 Ländern und aus allen Ebenen und Bereichen der Gesundheitsförderung: Politik, Gesundheitsminister und -ministerinnen, Forschung, Lehre und Praxis sowie Repräsentanten und Repräsentantinnen von Gemeinschaften/Gemeinden. Sie wurden ergänzt durch eine gleiche Anzahl von virtuell Teilnehmenden, die sich auf einer neuen „Social networking site“ registrierten.

Die Konferenz ging davon aus, dass seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta und durch die nachfolgenden sechs internationalen Gesundheitsförderungskonferenzen inzwischen genug Erfahrung und Evidenz vorliege, um die Bedeutung der Gesundheitsförderung als integrative und kostengünstige Strategie und essentielle Komponente von Gesundheitssystemen zu belegen. Jetzt gehe es vorrangig darum, wie „die Lücke der Implementierung in der Gesundheitsförderung und Entwicklung“ (endlich) geschlossen werden könnte.

In der Abschlusserklärung, dem „Nairobi Call to Action for Closing the Implementation Gap in Health Promotion“, fordern die Delegierten die Regierungen, die Zivilgesellschaft, die Entwicklungsorganisationen und die Gesundheitsdienste auf, ihre Gesundheitsförderungsprogramme gemeinsam zu stärken und zu implementieren, um so die hohe Zahl von vermeidbaren Krankheiten und Todesfällen zu reduzieren. Der Aktionsaufruf bezieht sich auf die Deklaration von Alma-Ata (Gesundheit für alle) und die Empfehlungen der WHO-Kommission zu den sozialen Determinanten der Gesundheit. Er bestätigt die Werte, Prinzipien und Aktionsstrategien der Ottawa-Charta und ihrer globalen Nachfolgekonferenzen in Adelaide, Sundsvall, Jakarta, Mexico-City, einschließlich der Bangkok-Charta, die durch die Mitgliedstaaten in der Weltgesundheitsversammlung bestätigt worden ist.

Angesichts der globalen Herausforderungen für Gesundheit und Entwicklung werden Regierungen und Entscheidungsträger aufgefordert, das ungenutzte Potenzial der Gesundheitsförderung zu erschließen und Gesundheitsförderungsprinzipien zum integralen Bestandteil der Politik- und Entwicklungsagenda zu machen sowie geeignete effektive und nachhaltige Umsetzungsmechanismen zu entwickeln.

Die vorgeschlagenen *Strategien* orientieren sich an den fünf Konferenzthemen:

1. Capacity Building / Kapazitätsentwicklung für Gesundheitsförderung [11]*:* Die Entwicklung einer nachhaltigen Infrastruktur für Gesundheitsförderung und Kapazitätsentwicklung auf allen Ebenen ist grundlegend für das Schließen der Implementationslücke.
2. *Gesundheitssysteme stärken:* Um nachhaltig zu sein, müssen Gesundheitsförderungsinterventionen eingebettet sein in Gesundheitssysteme, die auf Chancengleichheit und Qualität ausgerichtet sind. Die Integration von Gesundheitsförderung in alle Bereiche und alle Ebenen der Gesundheitssysteme erhöht die Gesamtleistungsfähigkeit der Systeme.
3. *Partnerschaften und Intersektorale Aktion:* Die effektive Beeinflussung der Determinanten der Gesundheit und Herstellung von Chancengleichheit erfordert Aktionen und Partnerschaften über die Sektorengrenzen hinweg, um Formen der Zusammenarbeit und Integration zu implementieren.
4. *Empowerment von Gemeinschaften / Gemeinden* (Community Empowerment): Um Bedingungen für gesundheitliche Chancengleichheit sicherzustellen und aufrechtzuerhalten, müssen Gemeinschaften/Gemeinden Macht, Ressourcen und Entscheidungsfindung teilen.
5. *Gesundheitskompetenz/Health Literacy* [12] *und Gesundheitsverhalten* [13] *(*Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln*):* Eine grundlegende Bildung ist ein essentieller Baustein für Entwicklung und Gesundheitsförderung. Interventionen zur Förderung der Health Literacy/ Gesundheitskompetenz müssen auf der Grundlage von gesundheitlichen, sozialen und kulturellen Bedürfnissen sowie Bedarfen entwickelt werden.

„Acting together“ / Gemeinsam handeln: Abschließend wird hervorgehoben, dass sich sowohl Entwicklungsländer als auch entwickelte Länder mit einem Anstieg vermeidbarer Erkrankungen

konfrontiert sehen, der ihre zukünftige wirtschaftliche Entwicklung zu untergraben droht. Für Regierungen und Entscheidungsträger werden fünf dringliche Verantwortlichkeiten benannt:

- *Führung und Fachkräfte stärken*
- *Mainstream Health Promotion (Gesundheitsförderung zum durchgängigen Prinzip aller Politikbereiche machen)*
- *Empowerment von Gemeinschaften/Gemeinden und Individuen*
- *Partizipatorische Prozesse verstärken*
- *Wissen schaffen und anwenden*

8. Internationale (Globale) Konferenz zur Gesundheitsförderung „Health in all policies - Gesundheit in allen Politikbereichen. 2013 Helsinki, Finnland

Die 8. Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung wurde vom 10.-14. Juni 2013 in Helsinki, Finnland von der Weltgesundheitsorganisation und dem finnischen Ministerium für Soziales und Gesundheit veranstaltet zum Thema Health in All Policies (HiAP) (Gesundheit in allen Politikbereichen) und verabschiedete die gleichnamige Helsinki-Stellungnahme (Statement). Die ca. 700 geladenen Teilnehmenden kamen aus ca. 140 Ländern und aus verschiedenen politischen Sektoren (Gesundheit, Bildung, Umwelt, Arbeit, Finanzen etc.) und verschiedenen politischen Ebenen der Mitgliedstaaten aber auch aus der Zivilgesellschaft und Wirtschaft.

Health in All Policies ist als Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik und intersektorale Zusammenarbeit von Anfang an ein wichtiger Ansatz in der Gesundheitsförderung und wurde als „Gesundheit in allen Politikbereichen“ während der finnischen EU-Präsidentschaft 2006 auf die politische Ebene gehoben [14] (Gesundheitsförderung 4: Europäische Union).

Die Konferenz und das Helsinki-Statement zur Gesundheit in allen Politikbereichen beziehen sich unter der Perspektive „Auf unserem Erbe aufbauen, in die Zukunft blicken“ explizit auf die Grundlagen der Alma Ata-Deklaration zur Primären Gesundheitsversorgung (1978) und der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986), die schon intersektorale Strategien und Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik als zentrale Elemente der Förderung der Gesundheit, der gesundheitlichen Chancengleichheit und der Verwirklichung von Gesundheit als Menschenrecht identifiziert hatten.

Es wurde auch aufgebaut auf den Ergebnissen der Konferenzen von Adelaide (1998), Sundsvall (1991), Jakarta (1997), Mexico City (2000), Bangkok (2005) und Nairobi (2009). Das Helsinki Statement verweist darauf, dass die in diesen Konferenzen erarbeiteten Kernprinzipien der Gesundheitsförderung bestätigt und verstärkt werden durch die Politische Erklärung von Rio zu Sozialen Determinanten von Gesundheit (Rio de Janeiro 2011), durch die Politische Erklärung des UN-High-Level Meeting der Generalversammlung zur Prävention nichtübertragbarer Erkrankungen von 2011 sowie durch das Rio+20 Outcome Document (The Future we want 2012). Die Kernprinzipien werden auch als Beitrag zu den Post-2015 Entwicklungszielen gesehen: „Gesundheit für alle ist ein wesentliches gesellschaftliches Ziel von Regierungen sowie der Eckpfeiler von nachhaltiger Entwicklung.“

Das Statement betont, dass das Erreichen einer bestmöglichen Gesundheit für alle Menschen, unabhängig von ethnisch-kultureller Herkunft/Hautfarbe („Race“), Religion, politischer Überzeugung, ökonomischen oder sozialen Bedingungen eines der fundamentalen Menschenrechte sei, dass die Regierungen Verantwortung für die Gesundheit ihrer Bevölkerungen haben und dass gesundheitliche Chancengleichheit ein Ausdruck sozialer Gerechtigkeit sei. Die gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen den Ländern und innerhalb der Länder seien politisch, sozial und wirtschaftlich inakzeptabel und vermeidbar. Es sei bekannt, dass gute Gesundheit die Lebensqualität [15] (Lebensqualität – ein Konzept der individuellen und gesellschaftlichen Wohlfahrt) erhöht, die Fähigkeit zu lernen verbessert, Familien und Gemeinschaften stärkt und die Arbeitsproduktivität steigert. Aktivitäten zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit ihrerseits tragen zu Gesundheit, Reduktion von Armut, sozialer Inklusion und Sicherheit bei. Die Vielfalt der Determinanten der Gesundheit in einer verbundenen Welt (demographischer Wandel, schnelle Urbanisierung, Klimawandel und Globalisierung), die über die Verantwortung und den Einfluss des Gesundheitssektors hinausgehen, erfordere den politischen Willen, das gesamte Regierungshandeln auf Gesundheit zu verpflichten (to engage „the whole of government“ in health.)

Gesundheit in allen Politikbereichen wird als Ansatz für eine öffentliche Politik gesehen, die über einzelne

Sektoren hinweg systematisch die gesundheitlichen Implikationen von Entscheidungen in Betracht zieht, Synergien sucht und schädliche Gesundheitseffekte vermeidet, um Gesundheit und die gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern. Dieser Ansatz verbessert die Rechenschaftspflicht von politisch Handelnden für Gesundheitswirkungen auf allen Politikebenen. Das beinhaltet die Betonung der Konsequenzen öffentlicher Politik auf Gesundheitssysteme und auf die Determinanten von Gesundheit und Wohlbefinden [6] (Health Impact Assessment / Gesundheitsverträglichkeitsprüfung). Es wird an Regierungen appelliert, sicherzustellen, dass im Rahmen einer Bandbreite von Prioritäten gesundheitsbezogene Erwägungen transparent in der Politikgestaltung mitberücksichtigt werden sowie Möglichkeiten für zusätzliche Vorteile (co-benefits) über mehrere Sektoren hinweg und für die Gesellschaft als Ganzes eröffnet werden. Gesundheit in allen Politikbereichen kann einen Rahmen bereitstellen für Regulierungen und praktische Instrumente, die Gesundheit, soziale und gerechtigkeitsbezogene Ziele mit wirtschaftlicher Entwicklung verbinden und Interessenskonflikte transparent managen. Die Konferenzteilnehmer sehen Gesundheit in allen Politikbereichen als konstituierenden Bestandteil der Länderbeiträge zur Erreichung der Millennium-Entwicklungsziele der Vereinten Nationen. HiAP müsse auch eine Schlüsselüberlegung beim Entwerfen der Post-2015 Entwicklungsagenda bleiben. Sie appellieren an Regierungen, ihre Verpflichtungen für die Gesundheit und das Wohlbefinden ihrer Bevölkerungen zu erfüllen, indem sie folgende Maßnahmen ergreifen:

- Selbstverpflichtung zu Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit als politischer Priorität
- Sicherung effektiver Strukturen, Prozesse und Ressourcen
- Stärkung der Kapazität von Gesundheitsministerien, andere Regierungssektoren mit in Dienst zu nehmen
- Aufbau institutioneller Kapazitäten und Fertigkeiten
- Einführung transparenter Prüfungs- und Rechenschaftsmechanismen
- Einführung von Maßnahmen bei Interessenkonflikten
- Einbeziehen von Gemeinschaften, sozialen Bewegungen und der Zivilgesellschaft

An die WHO wird appelliert, die Mitgliederstaaten darin zu unterstützen, Gesundheit in allen Politikbereichen in die Praxis umzusetzen, ihre eigene Kapazität in Gesundheit in allen Politikbereichen zu stärken und diesen Grundsatz in allen ihren Arbeitsbereichen und mit allen ihren Kooperationspartnern anzuwenden und zu fördern. Um die Umsetzung der Health in All Policies in den Ländern zu erleichtern, wurde von der WHO 2014 ein Health in All Policies (HiAP) - Framework for Country Action als Starthilfe veröffentlicht. Im November 2016 (30 Jahre nach der Ottawa-Konferenz von 1986) findet in Shanghai, China die 9. Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung unter dem Titel Health Promotion in the Sustainable Development Goals statt mit dem zusätzlichen Slogan: Health for All and All for Health.

Während bis hierher die Entwicklung anhand der internationalen Konferenzen und ergänzender Ereignisse und Dokumente dargestellt wurde, sollen im Folgenden die wichtigsten Programme beschrieben und bei Bedarf durch andere relevante Aspekt der Entwicklung ergänzt werden. Dabei werden angesprochen: Die Rahmenprogramme der WHO „Gesundheit21“ und „Gesundheit 2020“ sowie die Programme, die für den Zusammenhang von Gesundheitsförderung und nachhaltiger Entwicklung besonders relevant sind.

9. Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung: Promoting Health, Promoting Sustainable Development: Health for all and all for Health. (Gesundheitsförderung in den Zielen zur nachhaltigen Entwicklung. Gesundheit für alle und alle für Gesundheit) 2016, Shanghai, China

Vom 21. – 24. November 2016 wurde in Shanghai, China, die 9. Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung unter dem Titel Health Promotion in the Sustainable Development Goals (SDG) veranstaltet mit dem zusätzlichen Slogan: Health for All and All for Health (Gesundheitsförderung in den Zielen zur nachhaltigen Entwicklung: Gesundheit für alle und alle für Gesundheit). Die Konferenz wurde von der WHO gemeinsam mit der staatlichen Kommission für Gesundheit und Familienplanung der Volksrepublik China organisiert, 30 Jahre nach der Verabschiedung der Ottawa-Charta, die weiterhin als Erbe und Orientierung für die Zukunft der Gesundheitsförderung eingeschätzt wurde. Die Konferenz sollte der Frage nachgehen, wie Gesundheitsförderung in den Zielen zur nachhaltigen Entwicklung verwirklicht werden kann.

Zur 9. Globalen Konferenz waren über 1260 hochrangige Entscheidungsträger und Fachleute aus 131 Ländern nach Shanghai gekommen, darunter 123 Bürgermeister und Bürgermeisterinnen. Zusammen mit den Experten und Expertinnen der Gesundheitsförderung waren Minister und Ministerinnen der Ressorts Landwirtschaft, Entwicklungszusammenarbeit, Finanzen, Auswärtiges, Gesundheit und Handel mit der Frage befasst, wie die Gesundheitsförderung in die Maßnahmen der Länder zur Verwirklichung der SDG einbezogen werden kann. Die Mitgliedsländer der WHO in der Europäischen Region waren durch hochrangige Delegationen vertreten. Starke politische Unterstützung erhielt die Konferenz vom Gastgeber, der mit hochrangigen Politikern und Politikerinnen vertreten war und auf die Verknüpfung der SDG mit der kürzlich verabschiedeten Strategie Healthy China 2030 verwies.

Die Shanghai-Erklärung über Gesundheitsförderung im Rahmen der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung hebt hervor, dass Gesundheit und Wohlbefinden entscheidende Voraussetzungen für nachhaltige Entwicklung und die Verwirklichung der Agenda 2030 der Vereinten Nationen und der darin enthaltenen Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDG) sind. Diese Ziele begründen die Verpflichtung, in Gesundheit zu investieren, eine allgemeine Gesundheitsversorgung zu verwirklichen (universal coverage), gesundheitliche Benachteiligung für Menschen jeden Alters abzubauen: „Wir sind entschlossen, niemanden zurückzulassen“.
Die Förderung der Gesundheit erfordert Maßnahmen zu allen Zielen der nachhaltigen Entwicklung und kann nur durch den Einsatz der gesamten Gesellschaft erreicht werden.

Die Strategien der Ottawa-Charta dienen dabei als Kompass. Die Ergebnisse der vorhergegangenen globalen Konferenzen zur Gesundheitsförderung in der Folge der Ottawa-Charta werden als Grundlage und „Erbe“ ausdrücklich benannt und berücksichtigt (Adelaide 1998, Sundsvall 1991, Jakarta 1997, Mexiko-City 2000, Bangkok 2005, Nairobi 2009 und Helsinki 2013).

Es werden mutige politische Entscheidungen für mehr Gesundheit gefordert. Gesundheitsförderung hat es mit einem neuen globalen Kontext zu tun. Die Gesundheit der Menschen kann nicht länger getrennt von der Gesundheit unseres Planeten gesehen werden, Neue Bedrohungen der Gesundheit nehmen zu, auch mächtige kommerzielle Interessen. Die Ungleichheiten machen politisches Handeln in vielen verschiedenen Politikbereichen und gemeinsames Handeln auf globaler Ebene notwendig. Dabei sind die Rechte von Frauen, von in Migration befindlichen Menschen und die zunehmende Anzahl von Personen, die von humanitären und ökologischen Krisen betroffen sind, besonders zu berücksichtigen.

Prioritäten: Drei Säulen der Gesundheitsförderung

1. Verantwortungsbewusste Regierungsführung trägt wesentlich zur Gesundheitsförderung bei (good governance).
   Die Interdependenzen und Universalität der Ziele für nachhaltige Entwicklung versprechen Vorteile von Investitionen in allen Bereichen. Gesundheit ist grundlegende Verantwortung und Verpflichtung von Regierungen.
2. Städte und Gemeinden sind wesentliche Umgebungen für die Förderung der Gesundheit.
   Gesundheit ist Indikator für Erfolge in anderen Bereichen, Gesundheitsförderung trägt dazu bei, Städte für die gesamte Bevölkerung inklusiv, sicher und widerstandsfähig zu machen.
3. Befähigung der Menschen zur Förderung ihrer Gesundheitskompetenz (Health Literacy) ermöglicht und stärkt die gesundheitliche Chancengleichheit.

Die Shanghai-Erklärung schließt mit einem Handlungsappell: Gesundheit ist eine politische Entscheidung. Die Konferenzteilnehmenden stellen sich gegen Interessen, die sich schädlich auf die Gesundheit auswirken und werden Barrieren beseitigen, die der Befähigung der Menschen (insbesondere Mädchen und Frauen) zur Selbstbestimmung über ihre Gesundheit entgegenstehen.

Die mehr als 100 Bürgermeister und Bürgermeisterinnen verabschiedeten am 21.Nov. 2016 außerdem den Shanghai-Konsens zu gesunden Städten (Shanghai consensus on Healthy Cities). Sie betonen die Bedeutung von Kommunen, die für Gesundheit und Wohlbefinden arbeiten für die nachhaltige Entwicklung und verpflichten sich zu verantwortungsbewusster Regierungsführung (Good governance).

Der offizielle Bericht zur Shanghaikonferenz 2016 kommt zu der Einschätzung, dass Gesundheitsförderung niemals zuvor so deutlich im Zentrum der globalen politischen Agenda gestanden hat, die die Welt transformieren wird.

Rahmenprogramme: Während bis hierher die Entwicklung anhand der internationalen Konferenzen und ergänzender Ereignisse und Dokumente dargestellt wurde, sollen im Folgenden die wichtigsten Programme beschrieben und bei Bedarf durch andere relevante Aspekt der Entwicklung ergänzt werden.

Dabei werden angesprochen: Die Rahmenprogramme der WHO „Gesundheit21“ und „Gesundheit 2020“ sowie die Programme, die für den Zusammenhang von Gesundheitsförderung und nachhaltiger Entwicklung besonders relevant sind.

Rahmenprogramm Gesundheit21 (1998) und Gesundheitsförderung

Auf der Ebene der internationalen Gesundheitspolitik wurde 1998 von der WHO das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ (GFA) aktualisiert und die grundsätzliche Strategie von Alma-Ata bestätigt. Das Konzept „Gesundheit21“ für die 870 Millionen Menschen in 51 Ländern der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation ist durch die folgenden Hauptelemente gekennzeichnet: Das konstante oberste Ziel ist seit Alma Ata (1978), für alle Menschen das gesundheitliche Potenzial zu erreichen (Chancengleichheit).

Die Bemühungen, dieses übergeordnete Ziel zu erreichen, orientieren sich an zwei Hauptzielen für bessere Gesundheit:

- Förderung und Schutz der Gesundheit der Bevölkerung während des gesamten Lebens
- Verringerung der Inzidenz der wichtigsten Krankheiten und Verletzungen und der damit verbundenen Leiden

Die ethische Grundlage wird von drei Grundwerten gebildet:

- Gesundheit als fundamentales Menschenrecht
- Gesundheitliche Chancengleichheit und Solidarität bei den Handlungen zwischen Ländern, Bevölkerungsgruppen innerhalb von Ländern und zwischen Männern und Frauen sowie
- Partizipation und Rechenschaftspflicht des Einzelnen wie auch von Gruppen, Gemeinschaften, Institutionen, Organisationen und Sektoren in der gesundheitlichen Entwicklung

Die 38 Einzelziele der Vorläuferprogramme von 1984 und 1991 wurden auf 21 Ziele (für das 21. Jahrhundert) konzentriert. Das Rahmenkonzept Gesundheit21 ist in acht Kapitel im Sinne von Programmteilen gegliedert. Im ersten Kapitel wird die GFA-Vision beschrieben. Kapitel 2 konzentriert sich auf Gesundheitliche Chancengleichheit und Solidarität. Kapitel 3 und 4 erläutern die erwünschten gesundheitlichen Ergebnisse für die Bevölkerung der Region. Kapitel 4 „Prävention und Bekämpfung von Krankheiten und Verletzungen“ schlägt Strategien vor, um die Inzidenz, Prävalenz und die Auswirkungen von spezifischen Krankheiten und anderen Ursachen für eine schlechte Gesundheit zu verringern.

Das für die Gesundheitsförderung zentrale Programm ist Kapitel 5: „Multisektorale Strategien für die Schaffung einer nachhaltigen Gesundheit“. Es konzentriert sich auf Handlungsansätze vieler Sektoren, um ein gesundheitsförderliches natürliches, wirtschaftliches, soziales und kulturelles Umfeld sicherzustellen. Hier werden die früher getrennten Bereiche der „Lebensweisen“ und der „Umwelt“ enger verknüpft und der Begriff der „nachhaltigen Gesundheit“ eingeführt [16] (Nachhaltige Gesundheitsförderung). Nach den biologischen Grundlagen von Gesundheit und den natürlichen und wirtschaftlichen Determinanten von Gesundheit werden „Gesunde Lebensweisen“ behandelt, die in „Gesunde Entscheidungen und gesundes Verhalten“ und „Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden“ gegliedert sind.

Settings zur Förderung der Gesundheit werden als Ansatz hervorgehoben, der davon ausgeht, dass gesundheitliche Entscheidungen im Alltagsrahmen, zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz und in der Gemeinschaft des Nahbereichs getroffen werden. Der Settingansatz bedeute, dass man

- die Aufmerksamkeit verstärkt auf die Stellen konzentriert, wo Gesundheit gefördert und erhalten wird,
- den Maßnahmen deutlich erkennbare Grenzen setzt,
- es leicht macht, mögliche Partner zu finden,
- die Möglichkeit bietet, zu beobachten und zu messen, wie sich Interventionen zum Vorteil der Gesundheit auswirken und
- eine gute Möglichkeit erhält, Pilotversuche durchzuführen und einen nachhaltigen gesellschaftlichen Wandel zu bewirken.

Der Settingansatz wird als bewährte und selbstständige Strategie bezeichnet und für viele unterschiedliche Lebensbereiche gefordert.

Zu Settingprojekten, internationalen, nationalen und regionalen Netzwerken ist in diesem Zusammenhang folgendes zu ergänzen: Für die Gesundheitsförderungssettings Städte, Krankenhäuser, Schulen und Betriebe wurden seit Mitte der 1980er-Jahre in Umsetzung des Settingansatz der Gesundheitsförderung [4] (Settingansatz/Lebensweltansatz) und der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung umfangreiche internationale und nationale Netzwerke aufgebaut.

Begonnen hat diese weltweite Entwicklung schon 1986 mit dem „Healthy Cities-Projekt“ und dem Internationalen Gesunde Städte-Netzwerk, aus dem sich weitere Projekte und internationale, nationale und regionale Netzwerke für die Settings Krankenhaus und Gesundheitseinrichtungen, Schule, Hochschule, Betriebe, Regionen sowie - bisher allerdings noch nicht in Deutschland - für Inseln, Dörfer und für Gefängnisse entwickelt haben [17], [18], [19] (Gesundheitsförderung und Betrieb, Gesundheitsförderung und Schule, Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen, Gesundheitsförderndes Krankenhaus, Gesundheitsförderung und Gesunde/Soziale Stadt).

Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO wurde 2005 aktualisiert. Es handelte sich dabei nicht um eine neue Strategie, sondern um die dritte Aktualisierung seit der erstmaligen Annahme durch die europäische Region 1980. Die vorangegangene Aktualisierung „Gesundheit21“ wurde dabei überprüft und erneut bekräftigt. Das seitdem gewonnene Wissen und die gesammelten Erfahrungen wurden einbezogen. Die Aktualisierung ist mit einem Aufruf zu einem „unbefristeten GFA-Prozess“ verbunden.

Gesundheit 2020. Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert (2012)

2012 wurde mit „Gesundheit 2020“ das neue Rahmenkonzept für die Gesundheitspolitik in der europäischen Region der WHO für eine Bevölkerung von 900 Millionen in 53 Ländern beschlossen. Es baut auf den Erfahrungen auf, die mit dem vorangegangenen Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ gewonnen worden sind und stützt sich auf ein breites Spektrum an Erkenntnissen, die sowohl aus traditionellen, als auch aus neu entstehenden Bereichen der Gesundheitspolitik stammen. Ausgangspunkt ist die Erkenntnis, dass es zwar signifikante Verbesserungen in Gesundheit und Wohlbefinden gegeben hat, dass sie aber nicht überall gleichmäßig verteilt stattgefunden haben. So bestand beispielsweise zwischen der höchsten und niedrigsten Lebenserwartung bei Geburt ein Unterschied von 16 Jahren in der Europäischen Region. Als vorrangige gesundheitliche Herausforderungen sieht die WHO die Zunahme der gesundheitlichen Ungleichheit in und zwischen den Ländern, eingeschränkte öffentliche Ausgaben aufgrund der Finanzkrise und eine wachsende Krankheitslast bei den nichtübertragbaren Erkrankungen (Noncommunicable Diseases), inklusive Adipositas, Krebs und Herz-Kreislauferkrankungen. Diese geänderten Umstände und gesundheitlichen Herausforderungen würden neue Ansätze für Gesundheit erfordern und Absprachen zwischen Institutionen aller Sektoren und der Gesellschaft insgesamt (Action across government and society). Der mögliche Beitrag der Gesundheit zu wirtschaftlicher Produktivität und Prosperität werde nicht ausgeschöpft. Die gesellschaftliche Solidarität und der allgemeine Zugang zur Versorgung seien bedroht.

Vor diesem Hintergrund wurde das neue Rahmenkonzept in einem zweijährigen intensiven und beteiligungsorientierten Entwicklungsprozess mit drei ineinander verwobenen Strängen entwickelt: Sammeln von Erkenntnissen, Dokumentation von Erfahrungen und Prüfung durch eine große Anzahl von Akteuren und Fachkollegen. Zur Evidenzbasierung des Konzepts haben in Auftrag gegebene Studien über Maßnahmen gegen Benachteiligung und die sozialen Determinanten der Gesundheit sowie zu Führungs- und Steuerungsfragen (governance) im Gesundheitsbereich beigetragen. Die aufeinander folgenden Entwürfe wurden überarbeitet und übersetzt und in einem zweijährigen Konsultationsprozess durch Tausende von Akteuren in den Ländern der Region und darüber hinaus erprobt.

Das neue Rahmenkonzept wurde im September 2012 vom WHO-Regionalkomitee für Europa angenommen. Es soll zeigen, wie sich die Politik auf wirksamere und effizientere Weise mit den heutigen sozialen, demografischen und epidemiologischen Herausforderungen auseinandersetzen kann, durch neue Prioritäten, Anstoßen von Maßnahmen in anderen Bereichen und Einführen neuer Konzepte in die Organisation des Gesundheitswesens.

Ein Schwerpunkt liegt im Bereich der Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit.
Zielvorgaben von „Gesundheit 2020“ für die Europäische Region sind:

1. Senkung der vorzeitigen Mortalität
2. Erhöhung der Lebenserwartung
3. Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten
4. Förderung des Wohlergehens der Bevölkerung
5. Sicherung einer universellen Versorgung und des Rechts auf ein Höchstmaß an Gesundheit
6. Aufstellung nationaler Ziele und Vorgaben für die Gesundheit in den Mitgliedstaaten

Der Politik werden zwei strategische Ziele und vier vorrangige Handlungsfelder aufgezeigt.

Die Ziele sind:

1. Verbesserung der Gesundheit für alle und Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten
2. Verbesserung von Führung und partizipatorischer Steuerung für die Gesundheit (governance for health)

Die vier vorrangigen Handlungsfelder sind:

Priorität 1:	Investitionen in einen Lebensverlaufsansatz (life-course approach) und die Handlungsfähigkeit der Menschen
Priorität 2:	Bekämpfung der wichtigsten gesundheitlichen Herausforderungen in der Europäischen Region
Priorität 3:	Stärkung von bürgernahen Gesundheitssystemen, von Kapazitäten in den öffentlichen Gesundheitsdiensten und von Vorsorge, Surveillance und Gegenmaßnahmen für Notlagen
Priorität 4:	Schaffung eines stützenden Umfeldes und widerstandsfähiger Gemeinschaften

Gesundheit 2020 unterstützt gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln für mehr Gesundheit und Wohlbefinden (whole-of-government and whole-of-society-approach). Dadurch sollen die Gesundheit und das Wohlbefinden von Bevölkerungen verbessert werden, gesundheitliche Benachteiligung abgebaut, die öffentliche Gesundheit gestärkt werden, sowie bürgernahe, nachhaltige und flächendeckende Gesundheitssysteme gewährleistet werden, die gleiche Chancen auf qualitativ hochwertige Leistungen bieten.

Auf der europäischen Ebene ist Gesundheit 2020 das richtungweisende Rahmenprogramm. Die Österreichischen Rahmengesundheitsziele wurden ausdrücklich in einer HiAP - Perspektive entwickelt und gelten als Good Practice-Beispiel für einen nationalen Umsetzungsprozess von Gesundheit 2020. Auf der Grundlage der Rahmengesundheitsziele wurde die Gesundheitsförderungsstrategie entwickelt und im März 2014 beschlossen [20] (Gesundheitsförderung 6: Österreich).

Ergänzend ist hier auf den Europäischen Gesundheitsbericht hinzuweisen: Er ist eine Flagschiffpublikation des Europäischen Regionalbüros der Weltgesundheitsorganisation. Er erscheint alle 3 Jahre. Mit dem Bericht von 2012 „Ein Wegweiser zu mehr Wohlbefinden“ (Charting the way to well-being) wurde die Umorientierung zu WHO-Zielen für Gesundheit und Wohlbefinden [21] (Wohlbefinden / Well-Being) verdeutlicht. Mit der Annahme von Gesundheit 2020 beauftragten die Mitgliedstaaten das Regionalbüro, das Wohlbefinden der Bevölkerung in der Region zu messen und ganzheitlich darüber Bericht zu erstatten. Im Europäischen Gesundheitsbericht 2015 werden die seitdem erzielten Fortschritte und Herausforderungen bei der Umsetzung von Gesundheit 2020 beschrieben.

Strategien zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Erkrankungen/Noncommunicable diseases (NCD): Parallel und in Ergänzung zur Strategie Gesundheit 2020 wurden auch wichtige programmatische Entwicklungen für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Erkrankungen und für Psychische Gesundheit beschlossen. Aufgrund der zunehmenden epidemiologischen

Herausforderungen durch die nichtübertragbaren Erkrankungen (noncommunicable diseases (NCD) wurde 2011 von dem High-Level Meeting der Generalversammlung der Vereinten Nationen (United Nations, UN) eine Politische Erklärung zur Prävention und Kontrolle nichtübertragbarer Erkrankungen angenommen und 2014 erneuert. Der 2012 von der WHO-Europa verabschiedete Aktionsplan zur Umsetzung der europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten für den Zeitraum 2012-2016 wird fortgeführt im aktuellen Aktionsplan 2016 – 2020. Er enthält auch die Implikationen der inzwischen verabschiedeten Sustainable Development Goals (SDG).

Für die Weltebene veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation (Genf) 2013 (auf der Grundlage der Politischen Erklärung des UN-High Level Meetings von 2011) den Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases (2013 – 2020). Die Strategien und Aktionspläne kombinieren Ansätze der Prävention [22] (Prävention und Krankheitsprävention) mit solchen der Gesundheitsförderung (z. B. Empowerment, Schaffen gesundheitsförderlicher Lebenswelten.)

Der wachsenden Bedeutung und gestiegenen Aufmerksamkeit für die psychische Gesundheit wurde von der WHO-Europa 2013 mit dem Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit entsprochen. Er stimme überein mit den Zielen der Europäischen Rahmenstrategie Gesundheit 2020 und solle zu ihrer Verwirklichung beitragen.

Gesundheitsförderung und Nachhaltigkeit, Agenda 21 und Agenda 2030, Sustainable Development Goals

Die Verknüpfung von Gesundheitsförderung und dem Leitkonzept der Nachhaltigkeit sowie der im Umweltbereich im Anschluss an die Konferenz von Rio 1992 entwickelten Agenda 21 ist im 5. Kapitel von Gesundheit21 auf der internationalen und programmatischen Ebene am ausgeprägtesten. Obwohl ein systematischer Vergleich von Gesundheitsförderung und Agenda 21 hinsichtlich ihrer Prinzipien und Arbeitsprozesse große Übereinstimmungen ergibt (z. B. Chancengleichheit, intersektorale Aktion, Bürgerbeteiligung etc.), spielte Gesundheit bei der tatsächlichen Umsetzung der Agenda 21 auf der lokalen Ebene in Deutschland nur in Ausnahmefällen (Healthy Cities) eine Rolle. Dies wird auch auf die unterschiedlichen Finanzierungsquellen für Gesundheits- und Umweltprojekte zurückgeführt. Die Lokale Agenda 21 erschien für einige Zeit politisch zugkräftiger als Gesundheitsförderung, die Umsetzung zahlreicher Beschlüsse und Strategien hat sich jedoch als langwierig erwiesen. Eine Belebung erhielt der Nachhaltigkeitsdiskurs auf der Bundesebene über den 2010/2011 angelegten „Nachhaltigkeitsdialog“ der Bundesregierung. Auch in den inzwischen entwickelten Nachhaltigkeitsstrategien der Bundesländer spielt Gesundheit eine Rolle und trägt damit zur Verknüpfung von Nachhaltigkeits- und Gesundheitsförderungsaktivitäten bei.

Auf der internationalen Ebene wurde die Verbindung von Gesundheit, Chancengleichheit, Klimaschutz und nachhaltiger Entwicklung verstärkt thematisiert, z. B. über die Internationale Union für Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung, insbesondere aber durch die Entwicklung der Post-2015-Sustainable Development Agenda des United Nations Development Programme (UNDP) und die Entwicklung von den (2015 ausgelaufenen) Millenium Development Goals (MDG) zu den Sustainable Development Goals (SDG) [1] (Global Health / Globale Gesundheit).

Besondere Bedeutung hat die Agenda 2030 für Nachhaltige Entwicklung (2015) mit den Sustainable Development Goals (SDG) (Nachhaltige Entwicklungsziele) der Vereinten Nationen für die Gesundheit(sförderung). Die Nachhaltigen Entwicklungsziele der Vereinten Nationen (SDG) bauen auf den Milleniums-Entwicklungszielen (MDG) auf und sind für alle Länder relevant. Sie behandeln die wirtschaftlichen, umweltbezogenen und sozialen Grundlagen einer nachhaltigen Entwicklung, wobei ein bedeutsamer Schwerpunkt auf Verteilungsgerechtigkeit gelegt wird und die grundlegenden Ursachen der Armut adressiert werden. Sie werden in einen Zusammenhang gestellt, der verdeutlicht, dass eine nachhaltige Entwicklung die Zusammenarbeit der vielen Sektoren und Systeme eines Landes voraussetzt. Die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung mit den 17 SDGs und 169 Zielvorgaben wurde von den Staats- und Regierungschefs der 193 Mitgliedsstaaten der Generalversammlung der Vereinten Nationen im September 2015 angenommen. Sie verpflichten sich zur Umsetzung bis 2030. Die Ziele verknüpfen Armutsbekämpfung mit nachhaltiger Entwicklung.

Das 3. Entwicklungsziel bezieht sich explizit auf Gesundheit und Wohlergehen: „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlbefinden fördern“ und ist in 13 Gesundheitsunterziele gegliedert. Angesichts der sozialen Determinanten von Health for All und Health in All Policies sind jedoch ausnahmslos alle Nachhaltigkeitsziele implizit auch Gesundheitsförderungsziele, da sie die sozialen, politischen und wirtschaftlichen Determinanten der Gesundheit betreffen: 1) Armut

beenden, 2) Hunger beenden, 3) gute gesundheitliche Versorgung, 4) hochwertige Bildung, 5) Geschlechtergerechtigkeit, 6) Wasser- und sanitäre Versorgung, 7) erneuerbare Energien, 8) gute Arbeit und nachhaltiges wirtschaftliches Wachstum, 9) Infrastruktur und Innovation, 10) Verringerung der Ungleichheiten innerhalb von und zwischen Ländern, 11) nachhaltige Städte und Gemeinschaften, 12) verantwortungsvoller Konsum und Produktion, 13) verantwortungsbewusstes Klimahandeln, 14) Erhalt des Lebens im Wasser, 15) Erhalt und Förderung der Land-Ökosysteme 16) Frieden und Gerechtigkeit, 17) globale Partnerschaften für nachhaltige Entwicklung.

Der integrative Ansatz erfordert eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung über die Sektoren hinweg, aber auch der internationalen Organisationen und Institutionen. Die Umsetzung in die nationale Gesundheitsförderung erfolgt über die Integration in die nationalen Gesundheitsziele. Erleichtert wird dies, wenn es Rahmenziele gibt, die an Gesundheit in allen Politikbereichen (HiAP) orientiert sind, wie z. B. in Österreich. Dort werden die Nachhaltigen Entwicklungsziele durch Abgleich mit den Gesundheits-Rahmenzielen umgesetzt. Neben der WHO und den großen internationalen Organisationen der Nachhaltigkeitspolitik werden im Folgenden noch zwei weitere Organisationen ausdrücklich angesprochen, weil sie für die internationale Praxis und Politik insbesondere der Umsetzung von Gesundheitsförderung wesentliche Bedeutung haben, im Fall der Internationalen Union weltweit, bei der Initiative D-A-CH für die deutschsprachigen Länder.

Internationale Union für Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung (IUHPE)

Im nichtstaatlichen Bereich versucht die 1951 gegründete Union für Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung als Fachorganisation der Professionellen im internationalen Austausch auf der Grundlage der Ottawa-Charta wirkungsvolle Ansätze der Gesundheitsförderung zu entwickeln. Sie hat seit den 1990er-Jahren Konferenzen und vergleichende Studien zur Effektivität und Effizienz von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und zur Qualitätsentwicklung durchgeführt. Sie gibt eine Fachzeitschrift heraus und veranstaltet regelmäßig internationale (globale und europäische) Fachtagungen zu überregional und global aktuellen Themen der Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. Die 22. IUPHE- World Conference wurde im Mai 2016 in Curritiba, Brasilien, durchgeführt zum Thema Promoting health and equity. Die Weltkonferenzen bieten ein globales Forum für Fachkräfte aus Wissenschaft, Politik, Forschung und Praxis und sollen den internationalen Meinungsaustausch voranbringen. Die 23. IUHPE - Weltkonferenz ist für April 2019 in Neuseeland geplant zum Thema: Waiora: Promoting Planetary Health and Sustainable Development for all.

Die IUHPE hat (2009 – 2013) mit finanzieller Unterstützung der Europäischen Kommission im Rahmen des EU-Gesundheitsprogramms [14] (Gesundheitsförderung 4: Europäische Union) im Projekt „CompHP - Developing Competencies and professional standards for Health Promotion Capacity Building in Europe“ ein Handbuch zu den Kernkompetenzen professioneller Gesundheitsförderung entwickelt. Eine deutsche Kurzfassung der IUHPE-Dokumente wurde als „CompHP-Rahmenkonzept für die Gesundheitsförderung. Kernkompetenzen - Professionelle Standards - Akkreditierung“ von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014) herausgegeben und wird seither in Gesundheitsförderungsfachkreisen diskutiert [23] (Kernkompetenzen professioneller Gesundheitsförderung).

D/A/CH-Netzwerk für Gesundheitsförderung

Das D/A/CH-Netzwerk für Gesundheitsförderung wurde 2011 in Wien gegründet und umfasst Fachpersonen der Gesundheitsförderung aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Es dient dem fachlichen Austausch von Wissenschaft, Praxis und Politik, der Vernetzung und Entwicklung transnationaler Perspektiven für die deutschsprachigen Regionen. Das Netzwerk führt jährliche Fachtagungen mit lokalen Partnerorganisationen durch. Die letzte gemeinsame Tagung fand im März 2018 im Zusammenhang mit dem Kongress Armut und Gesundheit und der Fachtagung „Lebendige Stadt – gesunde Menschen“ in Berlin statt.

Aktuelle Herausforderungen und Diskussion

Seit der Jahrtausendwende stehen in der Praxis und in der wissenschaftlichen und politischen Diskussion (auch in der Nachbereitung und Weiterentwicklung der durch die Konferenzen von Jakarta, Bangkok,

Nairobi, Helsinki und Shanghai sowie von „Gesundheit21“ benannten Probleme und Prioritäten) insbesondere die folgenden Herausforderungen sowie Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung auf der Tagesordnung:

- Weiter bestehende gesundheitliche Ungleichheiten und Aktualisierung der Strategien zur Erhöhung der Chancengleichheit mit Orientierung an sozialen, kommerziellen und politischen Determinanten der Gesundheit
- Der Beitrag der Gesundheit zur sozialen, wirtschaftlichen und nachhaltigen Entwicklung und zum Wohlstand, Gesundheit als soziales Kapital und globales öffentliches Gut
- Erweiterung der Perspektive von der globalen Gesundheit zur „planetaren Gesundheit“ (Planetary health), Entwicklung der One Health -Perspektive (Verbindung der Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt)
- Orientierung an Förderung von Gesundheit, Wohlbefinden [21] (Wohlbefinden / Well-Being) und Lebensqualität [15] (Lebensqualität – ein Konzept der individuellen und gesellschaftlichen Wohlfahrt)
- Prioritäten („Pfeiler“) der Gesundheitsförderung in der nachhaltigen Entwicklung: Verantwortungsbewusste Regierungsführung (Governance) - Gesunde Städte und Gemeinden - Gesundheitskompetenz/Health Literacy
- Weiter steigende Bedeutung einer intersektoralen Gesamtpolitik zur Förderung der Gesundheit auf allen Ebenen: Global, national, regional, kommunal
- „Gesundheit ist eine politische Entscheidung“: Gesundheit in allen Politikbereichen (HiAP) als gesamtpolitische und gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

(Siehe hierzu die www.bioeg.de/Leitbegriffe Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit [24], Chancengleichheit, Determinanten der Gesundheit [7], Soziales Kapital [25]).

Bezüglich der Implementation und Umsetzung konzentrieren sich Diskussion und Praxis auf Gesundheitsergebnisse, Effektivität und Effizienz, Evaluation [26], Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement [27] von Gesundheitsförderung sowie auf die Forderungen nach einer stärkeren Evidenzbasierung/Evidenzorientierung der Gesundheitsförderung). Die Notwendigkeit einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik und der intersektoralen Kooperation sowie Partnerschaften und Allianzen in Verbindung mit einer nachhaltigen Gesundheitsförderungspolitik wird aufgegriffen und betont im Zusammenhang einer „Health in All Policies“- und „All for health“-Perspektive.

Die finnische EU-Präsidentschaft hatte schon 2006 einen determinantenbasierten Gesundheits(förderungs)ansatz zu ihrer Priorität erklärt und damit „Health in All Policies“ (HiAP) auch auf die Tagesordnung der Europäischen Union gesetzt [14] (Gesundheitsförderung 4: Europäische Union).

Das Adelaide-Statement on Health in All Policies fasst die Ergebnisse einer internationalen Expertenkonferenz von WHO und Government of South Australia vom Frühjahr 2010 in Adelaide, Australien, zusammen. Es benennt die Verantwortung des Gesundheitssektors, in der Unterstützung der „Health in All Policies“ die Gesundheit in die anderen Bereiche und Sektoren der Politik zu integrieren (Mainstreaming Health). Die Adelaide-Stellungnahme benennt erfolgreiche Beispiele der Verknüpfung von Gesundheit mit anderen Politikbereichen wie Ökonomie und Beschäftigung, Bildung und frühe Kindheit. Die Stellungnahme war ein Vorbereitungstext für die Weltkonferenz zu den sozialen Determinanten von Gesundheit (2011 in Brasilien) und für die 8. Weltkonferenz zur Gesundheitsförderung mit dem Fokus „Health in All Policies“ (2013 in Finnland). Im Helsinki Statement on Health in All Policies wurde dieser Ansatz weiter ausdifferenziert und (2012) im Rahmenkonzept Gesundheit 2020 bestätigt. Der Ansatz wurde außerdem um die Perspektiven des gesamtstaatlichen und gesamtgesellschaftlichen Handelns erweitert (whole of government und whole of society approach) sowie durch die Betonung der neuen Steuerung und Führung (governance) ergänzt.

Durch die Entwicklung und Verabschiedung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung mit den Nachhaltigen Entwicklungszielen werden die determinantenorientierten Ansätze der Health in All Policies und des Health Mainstreaming bestätigt und verstärkt. Armutsbekämpfung, nachhaltige Entwicklung und Gesundheitsförderung werden integriert.

Die zum 30jährigen Jubiläum der Ottawa-Charta im November 2016 in Shanghai, China, durchgeführte 9. Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung hat diese Entwicklungen aufgegriffen und zusammengeführt unter dem Tagungstitel Health Promotion in the Sustainable Development Goals, vereinfacht in dem offiziellen Slogan: Health for All and All for Health. Diese Perspektive wurde fortgeführt durch eine 2017 in Adelaide veranstaltete internationale Konferenz zum Thema: Health in All Policies – Progressing the Sustainable Development Goals und der von dieser verabschiedeten Adelaide II - Stellungnahme: Implementing the Sustainable Development Goals through good

governance in health and wellbeing : building on the experience of Health in All Policies (Implementierung der nachhaltigen Entwicklungsziele durch verantwortungsbewusste Regierungsführung im Bereich Gesundheit und Wohlbefinden: Auf den Erfahrungen von Health in All Policies aufbauen).

Internetadressen:

- World Health Organisation (WHO). Europe. Available from: https://www.euro.who.int/en
- Health promotion. Available from: https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1
- United Nations Development Programme (UNDP). Available from: https://www.undp.org
- Arbeitskreis, Gesundheitsfördernde Hochschulen. Available from: https://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de
- Gesundheitsförderung Schweiz. Gesundheit fördern und Krankheiten vorbeugen. Available from: https://www.gesundheitsfoerderung.ch
- Fonds Gesundes Österreich. Available from: https://www.fgoe.org
- Gesundheit Österreich GmbH. Available from: https://www.goeg.at
- IUHPE – UIPES. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE): For a world where all people achieve optimum health and wellbeing. Available from: https://www.iuhpe.org
- Dreiländertagung Betriebliche Gesundheitsförderung – Voneinander Lernen, Gemeinsam Impulse Setzen. Available from: https://www.dreilaendertagung.net/start

Literatur:

- Kaba-Schönstein L. Gesundheitsförderung II: Internationale Entwicklung, historische und programmatische Zusammenhänge (bis zur Ottawa- Charta 1986 und den Folgekonferenzen). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methode. 2011. p. 145–50.
- Altgeld T, Kickbusch I. Gesundheitsförderung. In: 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. p. 187–96.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), editor. Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes–Zielsteuerungsvertrags. Wien; 2014.
- Franzkowiak P, Sabo P, editors. Dokumente der Gesundheitsförderung. 1: Internationale und nationale 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, editors. Dokumente der Gesundheitsförderung II. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung von 1992 bis 2013. Duisburg; 2013.
- Hölling G, editor. Gesundheit gemeinsam gestalten – Allianz für Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main: Mabuse; 2001.
- Göpel E, editor. Nachhaltige Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main: Mabuse; 2010. (Gesundheit gemeinsam gestalten; 4).
- Hurrelmann K, Laaser U, Richter M. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Razum O, Hurrelmann K, editors. Handbuch Gesundheitswissenschaften. 6 edn. Weinheim: Beltz; 2016. p. 661–91.
- Laverack G, editor. Gesundheitsförderung & Empowerment: Grundlagen und Methoden mit vielen Beispielen aus der praktischen Arbeit. Werbach-Gamburg: Verl. für Gesundheitsförderung; 2010.
- Trojan A, Legewie H. Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung: Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Frankfurt am Main: VAS; 2001. (Psychosoziale Aspekte in der Medizin).
- WHO – World Health Organisation. Gesundheit 21: das Rahmenkonzept ‘Gesundheit für alle’ für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen; 2005. (Europäische Schriftenreihe ‘Gesundheit für alle’; 6).
- World Health Organisation (WHO). Gesundheit 21: das Rahmenkonzept ‘Gesundheit für alle’ für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen; 1999. (Europäische Schriftenreihe ‘Gesundheit für alle’; 6).
- World Health Organisation (WHO). Zugewinn an Gesundheit: die europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten. Kopenhagen; 2006.

- World Health Organisation (WHO). Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences. Geneva; 2009.
- WHO Regionalbüro für Europa. Der europäische Gesundheitsbericht. 2012. Ein Wegweiser zu mehr Wohlbefinden. Kopenhagen; 2014.
- WHO Regionalbüro für Europa. Gesundheit 2020: Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert. Kopenhagen; 2013.
- World Health Organization (WHO), editor. Der Europäische Gesundheitsbericht 2015: der Blick über die Ziele hinaus – neue Dimensionen der Evidenz. 2015.
- World Health Organisation (WHO). Promoting health in the SDGs. Report on the 9th Global conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016: all for health, health for all. 2017.

References

1. Gräser S. Global Health / Globale Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I063-3.0
2. 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
3. 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
4. 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
5. 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
6. Linden S, Töppich J. Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I064-2.0
7. 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
8. 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
9. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I10-3.0
10. Zimmermann T. Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I096-3.0
11. Nickel S, Trojan A. Capacity Building / Kapazitätsentwicklung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I007-3.0
12. 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
13. Faltermaier T. Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I060-3.0
14. 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

15. Noll HH. Lebensqualität – ein Konzept der individuellen und gesellschaftlichen Wohlfahrt. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I072-1.0
16. 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
17. Paulus P, Dadaczynski K. Gesundheitsförderung und Schule. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I051-3.0
18. 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
19. 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
20. 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
21. Röhrle B. Wohlbefinden / Well-Being. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I134-1.0
22. 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
23. 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
24. 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
25. V. D. Knesebeck O. Soziales Kapital. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I111-2.0
26. Haack G, Haß W. Evaluation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I016-3.0
27. 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

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

Zitierhinweis: Kaba-Schönstein L. Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i035-1.0

Copyright: © 2026 Lotte Kaba-Schönstein
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/

Gesundheitsförderung 4: Europäische Union

Lotte Kaba-Schönstein[1]
[1] Hochschule Esslingen, Esslingen, Deutschland

Abstract

Die Europäische Union (EU) spielt seit den 1990-er Jahren eine wichtige Rolle bei Gesundheitsförderung und Prävention. Mit dem Vertrag von Maastricht 1993 wurde die Zuständigkeit der EU für das Gesundheitswesen festgelegt, was zur Entwicklung von Aktionsprogrammen führte. Die EU-Gesundheitsstrategie „Gemeinsam für die Gesundheit“ (2008-2013, verlängert bis 2020) und weitere Aktionsprogramme setzten diese Entwicklung fort. Sie fördern die Entwicklung von u. a. innovativen Gesundheitssystemen und den Zugang zu Gesundheitsversorgung und betonen die Bedeutung von Gesundheit in allen Politikbereichen sowie die Notwendigkeit, gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern.

Die Europäische Gemeinschaft und Union als Akteur in der Gesundheitsförderung und Prävention

Im nachfolgenden Beitrag „Gesundheitsförderung und Europäische Union (EU)“ (der den Leitbegriff „Gesundheitsförderung IV“ in der Fassung von 2011 umfasst und aktualisiert), werden zunächst einleitend die Hintergründe und Meilensteine der Gesundheitsförderung im Rahmen der Europäischen Gemeinschaft und Union zusammengefasst.

Nach diesem Überblick werden die wichtigen Programme, Strategien, rechtlichen Grundlagen, Prinzipien, Projekte und Themen der Gesundheitsförderung in der Europäischen Union im Einzelnen dargestellt sowie die parallel verlaufende Einrichtung von gesundheits(förderungs)relevanten EU-Institutionen/Agenturen und Handlungsbereichen erläutert.

In einem abschließenden Teil werden die Umsetzung der EU-Gesundheits(förderungs) politik in Deutschland sowie die Entwicklungen und Perspektiven der EU-Gesundheitspolitik zusammenfassend bewertet.

Einführung und Zusammenfassung der Entwicklung

Konzept und Prinzipien der Gesundheitsförderung wurden seit den 1980er-Jahren auf Initiative und im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Kooperation mit weiteren Partnern entwickelt und zuerst in Europa und Nordamerika und dann weltweit verbreitet. Diese Entwicklung wird ausführlich in den vorangegangenen Leitbegriffen Gesundheitsförderung 1, 2 und 3 beschrieben [1], [2], [3] (Gesundheitsförderung 1, Gesundheitsförderung 2, Gesundheitsförderung 3).

Seit den 1990er-Jahren ist die Europäische Union (EU) zu einem weiteren wichtigen Akteur und Finanzier der Gesundheitsförderung auf der europäischen Ebene geworden. Sie entwickelt seitdem EU-Programme zur Öffentlichen Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention [4], [5] (Gesundheitswissenschaften/Public Health; Prävention und Krankheitsprävention). Wesentliches Instrument der EU im Gesundheitsbereich ist die Förderung und Unterstützung der Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten. Die EU wurde schrittweise um neue Mitgliedstaaten erweitert und umfasst inzwischen nach den Süd-, Nord- und Osterweiterungen 28 Mitgliedsländer und eine Bevölkerung von heute ca. 500 Millionen.

Die Aktivitäten der Europäischen Kommission im Bereich der Gesundheitsförderung konzentrierten sich in der Anfangszeit in erster Linie auf die Zusammenarbeit der Mitgliedsländer, die Finanzierung der ausgeschriebenen Programme und die Forschungsförderung, jedoch nicht auf eine inhaltliche Weiterentwicklung des Konzepts Gesundheitsförderung. In den neueren Programmen der EU werden die konzeptionellen Weiterentwicklungen und Strategien der Gesundheitsförderung im Rahmen der WHO und anderer Organisationen und Akteure in stärkerem Maße aufgenommen, umgesetzt und durch eigene Akzente ergänzt.

Zu Beginn beschränkte sich die Zusammenarbeit der 1957 als Europäische Wirtschaftsgemeinschaft gegründeten Europäischen Gemeinschaft hauptsächlich auf Handel und Wirtschaft der sechs Gründungsmitglieder. Seit Mitte der 1970er-Jahre kamen auch Fragen der öffentlichen Gesundheit auf die Agenda der Europäischen Gemeinschaft. Ein Jahrzehnt später etablierte sich der Gesundheitsministerrat als dauerhafte Einrichtung. Im Anschluss daran nahm die Europäische Gemeinschaft auf Anregung des Europäischen Rats den Kampf gegen den Krebs auf. Dieses erste europäische Gesundheitsprogramm „Europa gegen den Krebs“ (1985) kann als Initialzündung für verstärkte Aktivitäten der Gemeinschaft in der öffentlichen Gesundheit, der Prävention [5] (Prävention und Krankheitsprävention) und Gesundheitsförderung verstanden werden. Außerdem wurden vereinzelte weitere Maßnahmen zur öffentlichen Gesundheit, insbesondere zur Bekämpfung von Drogenmissbrauch und Aids, begonnen.

Lange Zeit standen diese eher präventiv-medizinischen Maßnahmen im Vordergrund der Aktivitäten. Sämtliche Rechtsakte auf Ratsebene ergingen in dieser Zeit als „Beschlüsse der im Rat vereinten Minister der Mitgliedstaaten“ oder als Entscheidungen ohne rechtliche Verbindlichkeit und stützten sich auf den Vertrag zur Gründung der europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder die Gemeinschaftsverträge. Für das Gesundheitswesen und damit für die Gesundheitsförderung bestand bis zum Vertrag von Maastricht (1992) keine ausdrückliche Gemeinschaftskompetenz.

Das Inkrafttreten des Vertrags von Maastricht (1993) markiert die Geburtsstunde der Europäischen Union. Die Zuständigkeit der Europäischen Union für Gesundheitswesen und Gesundheitspolitik wurde im Artikel 129 des Vertrags von Maastricht geregelt. Auf dieser Grundlage wurde 1993 das erste Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsförderung, -aufklärung, -erziehung und -ausbildung innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens aufgelegt und 1996 verabschiedet. Die Zuständigkeit der Europäischen Gemeinschaft für Gesundheitsangelegenheiten wurde 1997 im § 152 des Vertrags von Amsterdam erweitert. Alle EU-Maßnahmen im Gesundheits(förderungs)bereich unterliegen auch nach diesem Vertrag weiterhin dem im Vertrag von Maastricht eingefügten Subsidiaritätsprinzip und Harmonisierungsverbot und müssen einen europäischen Mehrwert erbringen. Seit 2000 hat die „Offene Methode der Koordinierung (OMK)“ als neuer Regulationsmodus für eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den EU-Staaten in der europäischen Gesundheits- und Sozialpolitik zunehmende Bedeutung.

Im Herbst 2002 wurde (nach langwierigen Abstimmungsprozessen zwischen Europäischer Kommission, dem Europäischen Rat und dem Europäischen Parlament) ein neues, einheitliches Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008) verabschiedet. Es löste die vorangegangenen acht Einzelprogramme ab. Das neue Aktionsprogramm enthält als einen der drei Hauptzielbereiche „Förderung der Gesundheit und Verhütung von Krankheiten durch Beeinflussung der Gesundheitsfaktoren in allen gemeinschaftlichen Politik- und Tätigkeitsfeldern“. Es bildete die erste Grundlage für die Aktivitäten der Europäischen Union im Bereich Gesundheitsförderung im neuen Jahrtausend.

Die Europäische Kommission legte im Oktober 2007 ein Weißbuch vor: „Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013“. (White Paper Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013). Der strategische Ansatz baut auf früheren Bemühungen auf und stellt einen umfassenden Rahmen bereit, der über die zentralen Gesundheitsfragen hinaus auch weiter gefasste Aspekte wie politikübergreifende und globale Gesundheitspolitik behandelt.

Im Oktober 2007 wurde das zweite Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit (2008-2013), das auf den Ergebnissen des Vorläuferprogramms aufbaut, beschlossen (Laufzeit 1.1.2008 bis 31.12.2013). Es ist das Hauptinstrument der Kommission zur Umsetzung der neuen EU-Gesundheitsstrategie „Gemeinsam für die Gesundheit (2008-2013)“. Das Programm soll in einem hohen Maß zu Schutz und Sicherheit der europäischen Bürger und Bürgerinnen beitragen.

Seit dem Vertrag von Lissabon 2007 (in Kraft seit Dezember 2009) bildet Artikel 168 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (VAEU) die rechtliche Grundlage für die gemeinschaftliche Politik im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Er hat den geringfügig erweiterten Artikel 152 des Vertrags von Amsterdam abgelöst. Weitere Rechtsgrundlage ist die EU-Grundrechtscharta, die jedem Menschen ein Recht auf Zugang zur Gesundheitsversorgung garantiert.

2011 wurde die ursprünglich von 2008-2013 vorgesehene Laufzeit der EU-Gesundheitsstrategie „Gemeinsam *für die Gesundheit“ verlängert bis 2020.*

Im November 2011 hatte die Europäische Kommission einen Vorschlag für ein drittes Mehrjahresprogramm (von 2014-2020) angenommen. Das Europäische Parlament akzeptierte den

Vorschlag für dieses dritte EU-Gesundheitsprogramm am 28.2.2014. Die Verordnung des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 11. März 2014 über ein drittes Aktionsprogramm der Union im Bereich der Gesundheit (2014-2020) wurde am 21.3.2014 im Official Journal der Europäischen Union veröffentlicht und trat am Folgetag in Kraft. Das dritte EU-Gesundheitsprogramm ist das wichtigste Instrument der Europäischen Kommission zur Umsetzung der EU-Gesundheitsstrategie „Gemeinsam für die Gesundheit“ (2007), die wiederum die allgemeine Strategie Europa 2020 unterstützt (siehe Abbildung „Die Europäische Gemeinschaft und Union als Akteur in der Gesundheitsförderung: Überblick, Grundlagen und Meilensteine“ auf der nächsten Seite).

Nach dieser Zusammenfassung der Entwicklung und Überblicks-Darstellung werden im Folgenden die wichtigen Programme, Strategien, rechtlichen Grundlagen, Prinzipien, Projekte und Themen der Gesundheitsförderung im Rahmen der Europäischen Union im Einzelnen dargestellt sowie die Einrichtung von gesundheits(förderungs)relevanten EU-Institutionen/Agenturen und Handlungsbereichen erläutert.

Die Europäische Gemeinschaft und Union als Akteur in der Gesundheitsförderung: Überblick, Grundlagen und Meilensteine

1957	Gründung Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
1985	Erstes europäisches Gesundheitsprogramm „Europa gegen den Krebs“
1992	Vertrag von Maastricht (in Kraft 1993), Gründung der Europäischen Union; Artikel 129. Erste Rechtsgrundlage der Zuständigkeit der EU für Gesundheitswesen und Gesundheitsförderung
1993	Erstes Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsförderung, -aufklärung, -erziehung und -ausbildung aufgelegt (verabschiedet 1996, geplant bis 2000)
1995	Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz gegründet
1997	Vertrag von Amsterdam: § 152 löst Artikel 129 ab. Erweiterte Zuständigkeit der Europäischen Gemeinschaft für Gesundheit, aber weiterhin Subsidiaritätsprinzip und Harmonisierungsverbot
2000	„Offene Methode der Koordinierung“ (OMK) als neues Verfahren einer verstärkten Zusammenarbeit zwischen den EU-Staaten eingeführt
2002	Neues, einheitliches Aktionsprogramm der Gemeinschaft für Öffentlichen Gesundheit (2003 - 2008)
2005	Europäische Public Health Agentur/ Public Health Executive Agency und European Centre for Disease Prevention and Control gegründet
2007	Weißbuch der Europäischen Kommission: „Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013“ Zweites Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit (2008-2013) Vertrag von Lissabon (in Kraft 2009): Artikel 168 VAEU neue rechtliche Grundlage für gemeinschaftliche Politik im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, löst Artikel 152 des Amsterdamer Vertrags ab. Verankerung der Offenen Methode der Koordination
2008	Neue Gesundheitsstrategie der Europäischen Kommission: „Gemeinsam für die Gesundheit (2008-2013); 2011verlängert bis 2020
2009	Public Health Executive Agency umgewandelt in Executive Agency for Health and Consumers Mitteilung der Kommission: Solidarität im Gesundheitswesen: Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der EU
2010	Gesamtstrategie Europa 2020/Europe 2020 European Platform against Poverty and Social Exclusion (2010-2020)
2011	Joint Action to address Health Inequalities (bis 2014)
2013	Investing in Health - Social Investment Package: Towards Social Investment for Growth and Cohesion – including implementing the European Social Fund 2014-2020
2014	Drittes Aktionsprogramm der Europäischen Union im Bereich der Gesundheit (2014-2020)
2016	März: Arbeitsplan 2016 verabschiedet

Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung nach dem Vertrag von Maastricht, erste Rechtsgrundlage: Artikel 129 des Maastrichter Vertrags (1992/93)

Der Wandel der Wirtschaftsgemeinschaft zur politischen Union aufgrund des Maastrichter Vertrags führte zu einer neuen Qualität der Gesundheitspolitik auf Gemeinschaftsebene. Diese kommt im Schaffen einer eigenen Gesundheitszuständigkeit in den Artikeln 3, Buchstabe o, und 129 des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft (EGV) zum Ausdruck. Bis dahin hatte es zwar versprengte Einzelinitiativen zu verschiedenen Krankheitsbildern gegeben, aber keine klar erkennbare Gesamtkonzeption einer Gesundheitspolitik der Gemeinschaft.

Gemäß Artikel 129 unterstützt die Gemeinschaft die Bemühungen der Mitgliedstaaten auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit, ist ihnen bei der Formulierung und Umsetzung von koordinierten Zielen und Strategien behilflich und leistet einen Beitrag zur Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus in der gesamten Europäischen Gemeinschaft. Dieser sollte sich an den besten in einem gegebenen Aktions- und Themenbereich schon erzielten und bekannten Ergebnissen und Erfolgen orientieren.

In ihrer Mitteilung über einen Aktionsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit vom 24. November 1993 stellte die Kommission erstmalig die gesundheitlichen Probleme dar, mit denen sich die Mitgliedstaaten konfrontiert sehen. Die Europäische Kommission zeigte auf, wie sie die Bestimmungen des Maastrichter Vertrags umsetzen werde und dass sie sich dabei auf zwei Arten von Maßnahmen stütze:

- Horizontale Maßnahmen zur Förderung und Überwachung der Gesundheit. Dazu gehört auch das Programm der Europäischen Gemeinschaft zur Gesundheitsförderung, -aufklärung, -erziehung und -ausbildung.
- Mehrjährige globale Programme, die prioritäre Bereiche abdecken wie Krebs, Drogenabhängigkeit, Aids und andere übertragbare Krankheiten. Darüber hinaus legte die Kommission auch zu den Aktionsbereichen Umweltkrankheiten, Unfälle und Verletzungen sowie zu seltenen Krankheiten zielgerichtete Programme vor.

Die Zuständigkeit der Gemeinschaft nach Artikel 129 EGV beschränkte sich auf die Verhütung von Krankheiten. Sie hatte als Instrumente nur Fördermaßnahmen und Empfehlungen zur Verfügung und schloss eine Harmonisierung von Rechts- und Verwaltungsvorschriften aus. Das insbesondere auf deutschen Wunsch ins Vertragswerk aufgenommene Subsidiaritätsprinzip sagt, dass „in den Bereichen, die nicht in die ausschließliche Zuständigkeit der Gemeinschaft fallen - was beim Gesundheitswesen zutrifft -, die Gemeinschaft nur tätig wird, sofern und soweit die Ziele der in Betracht gezogenen Maßnahmen auf Ebene der Mitgliedstaaten nicht ausreichend erreicht werden können und daher wegen ihres Umfangs oder ihrer Wirkungen besser auf Gemeinschaftsebene erreicht werden können“.

Dennoch wurde durch den Vertrag von Maastricht eine Zunahme der EU-Gesundheitskompetenz erreicht. Mit der neuen Rechtsgrundlage und der Errichtung eines Gesundheitsministerrats als ständige Einrichtung wurden die institutionellen Grundlagen für die Gesundheitspolitik verbessert. Die Einflussmöglichkeiten der Gesundheitspolitik wurden mit der sogenannten „Gesundheitsschutzverträglichkeitsklausel“ gestärkt [6] (Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA)). Diese besagt, dass die Erfordernisse im Bereich des Gesundheitsschutzes [7] (Gesundheitschutz) auch Bestandteil der übrigen Politiken der Gemeinschaft sind. Außerdem ergab sich aus Artikel 189 b EGV eine stärkere Beteiligung des Europäischen Parlaments. Dies zeigte sich im veränderten Abstimmungsverhalten und an den zahlreichen Vermittlungsverfahren zu den Gesundheitsprogrammen. Insgesamt wurden innerhalb des 1993 von der Europäischen Kommission festgelegten Aktionsrahmens im Bereich der Öffentlichen Gesundheit nach und nach acht einzelne Aktionsprogramme angenommen. Sie waren für die Gesundheitsförderung und Prävention [5] (Prävention und Krankheitsprävention) im Rahmen der Europäischen Union von grundlegender Bedeutung (s. Abb. unten).

Europäische Aktionsprogramme der Gemeinschaft im Rahmen des Aktionsrahmens im Bereich der Öffentlichen Gesundheit
(nach: Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften vom 9.10.2001, L 271/1)

- Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsförderung, -aufklärung, -erziehung und -ausbildung (1996-2000)
- Aktionsplan zur Krebsbekämpfung (1996-2000)
- Aktionsprogramm zur Prävention von Aids und bestimmten anderen übertragbaren Krankheiten (1996-2000)
- Aktionsprogramm zur Suchtprävention (1996-2000)
- Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsberichterstattung (1997-2000)
- Aktionsprogramm zur Verhütung von Verletzungen (1999-2003)
- Aktionsprogramm, betreffend seltene Krankheiten (1999-2003)
- Aktionsprogramm, betreffend durch Umweltverschmutzung bedingte Krankheiten (1999-2001)

Neue Handlungsbereiche und Gründung von Institutionen/Agenturen. Von Bedeutung für die Entwicklung der Gesundheitsförderung auf der europäischen Ebene sind auch:

- Gesundheitsforschung innerhalb der europäischen Forschungsrahmenprogramme
- Aufbau einer Europäischen Gesundheitsstatistik durch Eurostat (1994)
- Auf- und Ausbau der Europäischen Gesundheitsberichterstattung [8]
- Auf- und Ausbau des gesundheitlichen Verbraucherschutzes

Für den Bereich Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz wurde schon von der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft ein Beratender Ausschuss für Sicherheit, Arbeitshygiene und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz gegründet. Er soll die Beteiligung der Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen sowie der Arbeitnehmerorganisationen an den Gemeinschaftsmaßnahmen ermöglichen. Die 1975 gegründete Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen soll wissenschaftliche Erkenntnisse und Daten zur Situation der Menschen am Arbeitsplatz sammeln und verbreiten. Als weitere EU-Behörde wurde 1995 die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz gegründet, um Informationen über die Sicherheit am Arbeitsplatz zu gewinnen. 1997 verabschiedete das Europäische Netzwerk Gesundheitsförderung im Betrieb mit finanzieller Unterstützung durch die EU-Kommission die „Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union“ (Gesundheitsförderung und Betrieb).

Zentral für die Gesundheitsförderung war das „Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsförderung, -information, -erziehung und -ausbildung“ innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der Öffentlichen Gesundheit, das im Februar 1996 verabschiedet worden war. Es förderte zahlreiche gesundheitsfördernde Maßnahmen und Projekte von vielen Institutionen und Akteuren. Dabei wurde ein immer größerer Wert darauf gelegt, dass möglichst viele - und wenn möglich und sinnvoll sogar alle - Mitgliedsländer beteiligt werden und entsprechende Netzwerke gebildet und unterstützt werden. Beispiele hierfür sind die Förderung der Entwicklung:

- eines Europäischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Schulen in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation und dem Europarat [3], [9] (Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa; Gesundheitsförderung und Schule),
- einer Koordinationsstelle des Europäischen Netzwerkes Betriebliche Gesundheitsförderung,
- eines Europäischen Netzwerks zu Interventionen und Strategien zur Reduzierung sozioökonomischer Ungleichheiten der Gesundheit,
- eines Europäischen Netzwerks der Gesundheitsförderungsorganisationen/European Network of Health Promotion Agencies (ENHPA), seit 1998 EuroHealthNet,
- eines Europäischen Netzwerkes von Nichtregierungsorganisationen (NGOs)/(European Public Health Alliance/EPHA).

Im Bereich Aus- und Fortbildung für Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung wurden auch Konferenzen, Workshops und Fortbildungsveranstaltungen von der Europäischen Kommission finanziell gefördert und teilweise selbst mitveranstaltet, so z. B. Europäische Summer Schools Health Promotion. Außerdem wurden im Bereich Gesundheitsausbildung Projekte unterstützt zur Entwicklung eines European Master in Health Promotion, eines European Master in Public Health Nutrition sowie eines EU-Weiterbildungscurriculums/programms in Öffentlicher Gesundheit für Krankenschwestern/-pfleger.

Auch *Fragen der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten* gelangten zunehmend in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und Förderung [10], [11] (Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit, Gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit). Neben dem Europäischen Netzwerk Interventionen/Strategien zur Verringerung von sozioökonomischen Gesundheitsunterschieden wurde ein Projekt der Europäischen Gesundheitsförderungseinrichtungen (ENPHA) zur Rolle der Gesundheitsförderung bei der Beseitigung von gesundheitlichen Ungleichheiten gefördert. In Fortführung dieser Entwicklung ist der Abbau von Ungleichheiten im Gesundheitszustand und Gesundheitswesen im Aktionsprogramm der EU für 2003-2008 zu einem expliziten Ziel des Gesamtprogramms geworden.

Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung nach dem Vertrag von Amsterdam (1997), Artikel 152 als neue Rechtsgrundlage (in Kraft ab 1999)

Der Vertrag von Amsterdam wurde auf dem Amsterdamer Europäischen Gipfel am 16./17. Juni 1997 unterzeichnet und ist nach seiner Ratifizierung in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union am 1. Mai 1999 in Kraft getreten. Er sollte die Europäische Union nach innen und außen effektiver gestalten und den Weg für die Aufnahme neuer Mitgliedstaaten (mittel- und osteuropäische Beitrittsstaaten) bereiten. Im Vertrag von Amsterdam wurde Artikel 129 EGV als Artikel 152 EGV neu geregelt. Dies geschah überraschend (unter dem Eindruck der BSE-Krise). Zunächst hatte bei den Europäischen Institutionen, d.h. dem Europäischen Parlament, der Europäischen Kommission und dem Ministerrat und auch in den Mitgliedstaaten Übereinstimmung bestanden, dass keine Änderung dieses Artikels erforderlich sei.

Der *neue Artikel 152 EGV* nennt als Ziel der Europäischen Gesundheitspolitik die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung durch die Verhütung von Krankheiten und Beseitigung von Ursachen für Gesundheitsgefährdung. Dabei steht die Bekämpfung der weitverbreiteten schwerwiegenden Krankheiten im Vordergrund. Die EU-Gesundheitspolitik ist aber nicht auf diese begrenzt. Gegenüber der alten Fassung von Artikel 129 des Maastricht-Vertrags wird eine deutliche Stärkung der Belange des „Gesundheitsschutzes“ in allen Bereichen der Gemeinschaftspolitik festgelegt. Mit der Konstituierung der neuen Europäischen Kommission im September 1999 und der Neuorganisation der Kommission im Gesundheitsbereich wurden die organisatorischen und strukturellen Voraussetzungen der Kommission diesen Vorgaben angepasst und verbessert. Bisher getrennte Aufgaben der Gesundheitspolitik wurden in einer *neuen Generaldirektion „Gesundheit und Verbraucherschutz“* zusammengeführt.

Das *Subsidiaritätsprinzip* gilt weiterhin. Die Verantwortung der Mitgliedstaaten für Gesundheitspolitik, insbesondere für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung, bleibt unberührt. Wesentliches Instrument der Europäischen Union im engeren Gesundheitsbereich ist auch zukünftig die Förderung und Unterstützung der Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten durch die Gemeinschaft.

Im Rahmen der Gemeinschaftspolitik nach dem Vertrag von Amsterdam hat seit 2000 die „Offene Methode der Koordinierung (OMK)“ als neues Regulierungsverfahren einer verstärkten „freiwilligen“ Zusammenarbeit der EU-Mitgliedstaaten erhöhte europapolitische Bedeutung erlangt. Sie betrifft die Aufgabenfelder, in denen die EU nur über eingeschränkte Kompetenzen verfügt, wie den Bereich der Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung.

Die „offene Methode der Koordinierung“ umfasst in ihrer typischen Ausprägung:

- Vereinbarung politischer Ziele bzw. Leitlinien mit Zeitplänen zur Verwirklichung der Ziele durch den Europäischen Rat
- Festlegung von Indikatoren und Benchmarks für den Vergleich bewährter Praktiken
- Umsetzung der europäischen Leitlinien in die nationale und regionale Politik durch Festlegung konkreter Ziele und Maßnahmen in nationalen Aktionsplänen (NAPs)
- regelmäßige Überwachung, Bewertung und gegenseitige Prüfung der erzielten Fortschritte und ggf. Empfehlungen an die Mitgliedstaaten

Sie wurde rechtlich auf Artikel 2 EU-Vertrag und Artikel 2 EG-Vertrag gestützt, wonach es Aufgabe der Gemeinschaft ist, den Ausgleich zwischen Wettbewerb und Kohäsion in der Gemeinschaft zu fördern.

(Neue) Europäische Gesundheitspolitik – Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Öffentlichen Gesundheit 2003-2008

Die Politik der Europäischen Gemeinschaft allgemein und auch der Europäischen Politik im Bereich der Öffentlichen Gesundheit und Gesundheitsförderung wurde sowohl von außen, d.h. von der politischen Öffentlichkeit und Experten und Expertinnen, als auch aus eigenen Reihen von Kommission, Parlament und Rat kritisch begleitet. Beklagt wurden die allgemeine Intransparenz und Bürgerferne der Gemeinschaftspolitik und für den Gesundheitsförderungsbereich insbesondere:

- **I**nkohärente Einzelprogramme und Zuständigkeiten, sowohl innerhalb der Europäischen Kommission als auch zwischen den Mitgliedstaaten
- Unkoordinierte Maßnahmen
- Widersprüche zwischen Programmen, insbesondere zwischen den Aktivitäten zur Krebsbekämpfung und zum Rauchen als Gesundheitsrisiko und der gleichzeitigen Subvention des Tabakanbaus in der Gemeinschaft
- Ungenügende Zusammenarbeit mit anderen internationalen Organisationen (wie z. B. der Weltgesundheitsorganisation)
- Mangelhafte Beteiligung von Bürgern/Bürgerinnen und Verbrauchern/ Verbraucherinnen,
- Kurzfristige und unberechenbare Projektfinanzierungen

Der Aktionsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit wurde in der Mitteilung der Europäischen Kommission vom 15.4.1998 über die Entwicklung der Gemeinschaftspolitik in diesem Bereich einer Prüfung unterzogen. Sie ergab, dass angesichts der neuen Vertragsbestimmungen, der neuen Herausforderungen und der bisherigen Erfahrungen eine neue gesundheitspolitische Strategie und ein neues Programm benötigt werden. Im Jahr 2000 wurde wegen des ursprünglich geplanten Auslaufens des Programms im selben Jahr ein konkreter Vorschlag für ein Nachfolgeprogramm erarbeitet: das Aktionsprogramm der Europäischen Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2001-2006). Wegen der langwierigen Abstimmungsprozesse zwischen Kommission, Rat und Parlament hat sich die Verabschiedung verzögert und erfolgte erst im September 2002 für die Laufzeit 2003 bis 2008.

Die bisher themenbezogene Aufgliederung in die zuletzt acht Einzelprogramme wird von einem einheitlichen Programm abgelöst. Die grundlegenden Gesamtziele der neuen EU-Gesundheitspolitik sind, in Ergänzung zu einzelstaatlichen Politiken, der Schutz der menschlichen Gesundheit und Verbesserungen im Gesundheitswesen. Die allgemeinen Programmziele werden in der Abbildung unten zusammengefasst.

Allgemeine Programmziele des Aktionsprogramms der Europäischen Gemeinschaft im Bereich der Öffentlichen Gesundheit (2003-2008)
• Verbesserung des Informations- und Wissensstandes in Bezug auf Gesundheitsfragen im Interesse der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens • Verbesserung der Fähigkeit zur schnellen und koordinierten Reaktion auf Gesundheitsgefahren • Gesundheitsförderung und Verhütung von Krankheiten durch Beeinflussung der Gesundheitsfaktoren/-determinanten in allen gemeinschaftlichen Politik- und Tätigkeitsfeldern

Das Programm soll dazu beitragen, dass

- durch die Förderung einer integrierten und sektorübergreifenden Gesundheitsstrategie bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt wird,
- Ungleichheiten im Gesundheitsbereich abgebaut werden,
- die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten in den unter Artikel 152 des Vertrags fallenden Bereichen gefördert wird.

Die Förderung der Gesundheit und Verhütung von Krankheiten (Hauptzielbereich 3) durch die Beeinflussung der Gesundheitsfaktoren in allen gemeinschaftlichen Politik und Tätigkeitsfeldern soll durch Aktionen und Unterstützungsmaßnahmen in sechs Bereichen erfolgen (siehe Abb. unten).

EU-Aktionsprogramm im Bereich der Öffentlichen Gesundheit (2003-2008), Hauptzielbereich 3 – Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung: Aktionen und Unterstützungsmaßnahmen

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

Wichtige Prinzipien und Anliegen des neuen Programms sind die Gewährleistung eines hohen Koordinationsniveaus zwischen Aktionen und Initiativen der Gemeinschaft und der Mitgliedstaaten sowie die Verbesserung des Funktionierens bestehender und zukünftiger Netze im Bereich der öffentlichen Gesundheit, um mehr Nachhaltigkeit [12] (Nachhaltige Gesundheitsförderung) zu erreichen. Die Kommission soll die Effizienz und Kohärenz der Maßnahmen des Programms und die Förderung der kontinuierlichen Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten gewährleisten. Vorrang sollen gesundheitsfördernde Maßnahmen haben, die die schwersten Krankheiten betreffen.

Das Programm unterstützt die Entwicklung einer integrierten und sektorübergreifenden Strategie für das Gesundheitswesen. So soll sichergestellt werden, dass die Gemeinschaftspolitiken und -aktivitäten zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit beitragen. Einrichtungen, Verbände, Organisationen und Gremien des Gesundheitswesens sowie die breite Öffentlichkeit sollen einbezogen werden. Durch geeignete Mechanismen wie Gesundheitsforen soll eine Zusammenarbeit mit den im Gesundheitswesen tätigen Einrichtungen und nichtstaatlichen Organisationen geschaffen werden.

Durch das Programm soll ein „beträchtlicher“ europäischer Mehrwert entstehen. Dies soll durch die Unterstützung von Strukturen und Programmen erreicht werden, die durch erleichterten Austausch von Erfahrungen und bewährten Praktiken sowie durch die Bereitstellung einer Grundlage für die gemeinsame Analyse der Gesundheitsdeterminanten die Fähigkeiten von Einzelnen, Behörden, Verbänden, Organisationen und Körperschaften im Gesundheitswesen steigern. Ein zusätzlicher Nutzen auf Gemeinschaftsebene soll durch die Bündelung und Ergänzung sonst einzelstaatlich isolierter Maßnahmen entstehen. Den Belangen der Bürgerinnen und Bürger soll in der Gesundheitspolitik der Gemeinschaft künftig mehr Raum gegeben werden (Partizipation, Bürgerbeteiligung). Gesundheitsinformationen sollen für Bürgerinnen und Bürger so zugänglich wie möglich gemacht werden.

Die Laufzeit wurde auf sechs Jahre (2003-2008) angelegt, damit ein ausreichender Zeitraum für die Durchführung der Maßnahmen und das Erreichen der Programmziele zur Verfügung steht. Die Durchführung des Programms sollte regelmäßig überwacht und evaluiert werden. Der Finanzrahmen wurde mit 312 Millionen Euro für die gesamte Laufzeit festgelegt mit gleichgewichtiger Verteilung der Mittel auf alle drei Zielsetzungsbereiche des Programms.

Internationale Zusammenarbeit und Partnerschaften

Bei der Durchführung des Programms sollte mit den für das Gesundheitswesen zuständigen internationalen Organisationen, insbesondere mit der Weltgesundheitsorganisation, sowie dem Europarat und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung und anderen internationalen Organisationen eng zusammengearbeitet werden. Schon im Jahr 2001 hatten Europäische Kommission und WHO die Möglichkeiten einer „neuen Partnerschaft“ und eines Kooperationsrahmens ausgelotet. 2002 wurden in einer Reihe von Konsultationen auf höchster Ebene

der beiden Organisationen Möglichkeiten gemeinsamer Strategien beraten. Eine erfolgreiche Zusammenarbeit beider Organisationen gab es schon im Bereich der übertragbaren Krankheiten in Entwicklungsländern und in der Entwicklung neuer internationaler „Public-Private-Partnerschaften“ (PPP) wie dem Globalen Fonds, der mehr als 40 Entwicklungsländern Mittel zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria zur Verfügung stellte. Prioritäre Bereiche einer zukünftigen Zusammenarbeit sind die Stärkung der bestehenden Partnerschaft in Tabakfragen und zu Gesundheitsinformationen. Darüber hinaus sollten Möglichkeiten der Zusammenarbeit in neuen Bereichen - wie den Gesundheitsaspekten der EU-Erweiterung, der Verbindung zwischen Armut und Gesundheit und der Gesundheit von Kindern - erörtert werden.

Im September 2009 haben das WHO-Regionalbüro und die Europäische Kommission eine gemeinsame Erklärung verabschiedet, wonach sie eine Stärkung des Grundsatzdialogs und der fachlichen Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Öffentlichen Gesundheit anstreben. Die Erklärung skizziert den Rahmen für die Zusammenarbeit in den nächsten fünf Jahren. Sie stellt die Entwicklung gemeinsamer Surveillance-, Warn- und Informationssysteme für den Gesundheitsbereich sowie eine Intensivierung der Zusammenarbeit auf Länderebene in Aussicht. Die seit 2001 bestehende Zusammenarbeit soll ausgeweitet werden auf die Bereiche eGesundheit, Gesundheitsforschung, Innovation im Gesundheitsbereich und Bildung. Angestrebt wird eine koordinierte Anstrengung für die Erarbeitung einer neuen europäischen Gesundheitspolitik, die einen integrierten Rahmen zur Bewältigung der gesundheitlichen Herausforderungen in der Europäischen Region der WHO bilden soll.

Reflexionsprozess zur EU-Gesundheitspolitik und Entwicklung einer zukünftigen EU-Gesundheitsstrategie

Im Juli 2004 wurde von der Europäischen Kommission ein Reflexionsprozess zur Entwicklung einer zukünftigen EU-Gesundheitspolitik eingeleitet; es wurden öffentliche Einrichtungen, Interessengruppen sowie einzelne Bürger und Bürgerinnen eingeladen, zum Prozess beizutragen. Es entwickelte sich eine bedeutsame Debatte innerhalb der EU, aber auch Länder wie die USA, Norwegen, Israel und die Schweiz beteiligten sich. Die Kommission erhielt 193 Beiträge von nationalen und regionalen Behörden, Nichtregierungsorganisationen, Universitäten, einzelnen Bürgerinnen und Bürgern sowie von Unternehmen. Die EU engagierte sich dabei, alle gesundheitlichen Akteure und Entscheidungsträger zusammenzubringen und Partnerschaften für Gesundheit [13] zu entwickeln.

Die Notwendigkeit von „Health in All Policies“ als Fortentwicklung der gesundheitsfördernden Gesamtpolitik [14] (Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy) und intersektoralen Zusammenarbeit wird auch seit der Zeit der finnischen Ratspräsidentschaft 2006 als „Gesundheit in allen Politikbereichen“ (innerhalb der EU, aber auch in der Politik der Gemeinschaftsländer) verstärkt diskutiert, gefordert und umgesetzt [1], [2], [3] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986, Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa). Im Reformvertrag von Lissabon (2007) wurde vorgeschlagen, der Gesundheit im Rahmen der Europäischen Gemeinschaft mehr politisches Gewicht zu verleihen.

Neues strategisches Konzept der EU für die Gesundheit: Gemeinsam für die Gesundheit (2008-2013, 2011 verlängert bis 2020)

Im Oktober 2007 wurde von der Kommission unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Reflexionsprozesses von 2004 und umfangreicher weiterer Anhörungen (2007) ein Weißbuch „Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013“ (White Paper Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013) vorgelegt. Es macht Vorgaben für eine neue Gesundheitsstrategie der Gemeinschaft angesichts immer akuterer Bedrohungen der Bevölkerungsgesundheit wie dem demografischen Wandel und der „Überalterung der Bevölkerung“, grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren (Pandemien, größere Unfälle, biologische Zwischenfälle sowie Bioterrorismus), aber auch der Chancen der raschen Entwicklung neuer Technologien, die die Gesundheitsförderung, die Prognose, die Prävention und Therapie von Krankheiten revolutioniert hätten (insbesondere Informations- und Kommunikationstechnologien, Innovationen in der Gentechnik, Bio- und Nanotechnologie). In einem einheitlichen strategischen Rahmen soll die Zusammenarbeit EU-weit in den Bereichen, in denen die Mitgliedstaaten nicht allein tätig werden können, gestärkt werden und ein größeres Verständnis für gesundheitspolitische Fragen in Europa und weltweit erreicht werden. Der „Gesundheit in allen Politikfeldern“ soll ein höherer Stellenwert eingeräumt werden.

Die vorliegende Strategie verleihe der Gesundheit mehr Gewicht in politischen Strategien wie der Lissabon-Strategie für Wachstum und Beschäftigung, indem sie die Verknüpfung von Gesundheit und Wohlstand betont, und der „Bürgernahen Agenda“, indem sie den Bürgern und Bürgerinnen das Recht zuerkennt, selbst über ihre Gesundheit und gesundheitliche Versorgung zu entscheiden.

Die Maßnahmen der Strategie betreffen gesundheitsrelevante Arbeiten in allen Sektoren. Gesundheit wird in den Artikeln des Vertrags zu Binnenmarkt, Umwelt, Verbraucherschutz, sozialen Angelegenheiten, einschließlich der Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz, Entwicklungspolitik und Forschung sowie vielen anderen angesprochen. Der zusätzliche Nutzen gesundheitsrelevanter Maßnahmen auf Gemeinschaftsebene zu den Maßnahmen der Mitgliedstaaten wird hervorgehoben, insbesondere im Bereich der Prävention, einschließlich Lebensmittelsicherheit und Ernährung, Sicherheit von Arzneimitteln, Bekämpfung des Rauchens, Rechtsvorschriften für Blut, Gewebe, Zellen, Organe, Wasser- und Luftqualität sowie Errichtung mehrerer Gesundheitsagenturen. Die Anhörungen hätten einen Konsens zur Rolle der Gemeinschaft im Gesundheitswesen ergeben. Danach sollten Gesundheitsbelange in alle Bereiche der Gemeinschaftspolitik integriert und gesundheitliche Benachteiligungen abgebaut werden. Die Gemeinschaft sollte eine wichtige Rolle in globalen Gesundheitsfragen spielen, Gesundheitsförderung sollte im Mittelpunkt stehen und die Gesundheitsinformation verbessert werden.

Die Herausforderungen und Aufgaben erforderten einen langfristigen Ansatz. Das vorgelegte Weißbuch soll einen kohärenten Rahmen skizzieren, eine „erste gesundheitspolitische Strategie der Gemeinschaft“. Diese soll für die Gemeinschaftsmaßnahmen richtungweisend sein. Die Strategie legt auch Durchführungsmechanismen für die Zusammenarbeit zwischen den Partnern fest - zur stärkeren Berücksichtigung von Gesundheitsfragen in allen Politikbereichen sowie zur besseren Erkennbarkeit und zum besseren Verständnis von Gesundheitsfragen auf Gemeinschaftsebene. Die im Weißbuch skizzierte Strategie sollte bis 2013 gelten und danach überarbeitet werden, um das Erreichen der Ziele zu fördern. Eine Bewertung der Europäischen Kommission kam 2011 zu dem Ergebnis, dass die Strategie als Ausgangsbasis für Maßnahmen auf nationaler Ebene und EU-Ebene dient und die 2007 formulierten Grundsätze und Ziele für das kommende Jahrzehnt im Rahmen der Strategie Europa 2020 ihre Gültigkeit behalten werden.

Vier Hauptprinzipien und drei strategische Ziele stehen im Mittelpunkt:

Prinzip 1:
Eine auf gemeinsamen Gesundheitswertvorstellungen beruhende Strategie

Die Kommission hat in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten einen wertebasierten Ansatz für Gesundheitsversorgungssysteme entwickelt. Der Rat hat 2006 eine Erklärung über diese gemeinsamen Werte angenommen. Er nannte darin als Grundwerte flächendeckende Versorgung, Zugang zu qualitativ hochwertiger medizinischer Versorgung, Verteilungsgerechtigkeit und Solidarität.

Das Weißbuch betont in diesem Zusammenhang, dass auch Patientenrechte wie die Beteiligung an der Entscheidungsfindung und die Gesundheitskompetenz berücksichtigt werden müssen [15], [16] (Gesundheitskompetenz/Health Literacy, Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung). Daher sollen Programme, die Anreize zum Erwerb gesundheitsrelevanter Kenntnisse für verschiedene Altersgruppen bieten, gefördert werden. Wegen der noch immer bestehenden großen Ungleichheit im Gesundheitswesen wird auf den Wert zur Verbesserung der Gesundheit und Verringerung gesundheitlicher Benachteiligung verwiesen. Maßnahmen: Die Kommission werde Maßnahmen vorschlagen, die bestehende Benachteiligungen abbauen können. Da die Gesundheitspolitik auf den besten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen müsse, werde ein System von Gesundheitsindikatoren geschaffen, das gemeinsame Verfahren für die Erfassung vergleichbarer Daten auf allen Ebenen vorsieht.

Prinzip 2:
Gesundheit ist das höchste Gut

Gesundheit sei für das Wohl des Einzelnen wie der Gesellschaft insgesamt von Bedeutung, eine gesunde Bevölkerung sei aber auch Voraussetzung für wirtschaftliche Produktivität und Wohlstand. Um zu unterstreichen, dass die „Lebenserwartung der Bevölkerung bei guter Gesundheit“ und nicht nur die Zahl der Lebensjahre einen Schlüsselfaktor für Wirtschaftswachstum darstelle, seien 2005 die gesunden Lebensjahre (Healthy Life Years - HLY) in die Lissaboner Strukturindikatoren aufgenommen worden. Ausgaben im Gesundheitsbereich sollten nicht nur als Kostenfaktor, sondern auch als Investition gesehen werden. Wahre Kosten entstünden der Gesellschaft durch Ausgaben für Erkrankungen und versäumte Investitionen. Demgegenüber wurden (2006) durchschnittlich nur 3 Prozent des

Gesundheitsgesamtbudgets der OECD-Mitgliedstaaten für Prävention, Gesundheitsförderung und Öffentliche Gesundheit ausgegeben und 97 Prozent für kurative Versorgung und Behandlung (OECD: Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung).

Maßnahmen: Entwicklung eines Programms von Analysen der wirtschaftlichen Beziehungen zwischen Gesundheitszustand, Gesundheitsinvestitionen sowie Wirtschaftswachstum und -entwicklung (Kommission, Mitgliedstaaten).

Prinzip 3:
Gesundheit in allen Politikbereichen

Es wird betont, dass die Gesundheit der Bevölkerung nicht nur ein Thema der Gesundheitspolitik ist. Gesundheit spielt auch in anderen Politikbereichen eine Rolle, wie bei der Umwelt- und Regionalpolitik, der Tabakbesteuerung, Arzneimittel- und Lebensmittelvorschriften, Gesundheitsforschung und -innovation, bei der Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, Entwicklungspolitik, Arbeitsplatz etc. Die Synergien mit diesen und anderen Sektoren müssen genutzt werden. Neue Partnerschaften müssen entwickelt werden (u.a. mit Nichtregierungsorganisationen, der Industrie, der Wissenschaft und den Medien). Der Ansatz gilt auch für die Entwicklung-, Außen- und Handelspolitik. Als ein Beispiel für koordiniertes Vorgehen wird der Ansatz zur Bekämpfung von HIV/Aids in der EU und benachbarten Ländern genannt.

Maßnahmen: Stärkere Einbeziehung der Gesundheitsaspekte in alle Politikbereiche auf den Ebenen der Gemeinschaft, der Mitgliedstaaten und auf regionaler Ebene, einschließlich des Einsatzes von Folgenabschätzungs- und Bewertungsinstrumenten [17] (Health Technology Assessment (HTA) / Technikfolgenabschätzung).

Prinzip 4:
Mehr Mitsprache der EU in der globalen Gesundheitspolitik

Von einer nachhaltigen kollektiven Führung in der globalen Gesundheitspolitik werden bessere Gesundheitsergebnisse für die Bürgerinnen und Bürger der EU erwartet, da globale Gesundheitsfragen zunehmenden Einfluss auf die Gemeinschaft und die interne Gemeinschaftspolitik haben. Die Kohärenz zwischen der internen und externen Gesundheitspolitik zur Unterstützung globaler Gesundheitsziele [18] (z. B. Millenniumsentwicklungsziele) kann gestärkt werden. Der Beitrag der EU zur globalen Gesundheit [19] (Global Health / Globale Gesundheit) erfordert die Interaktion der Gesundheits-, Entwicklungs-, Außen-, Forschungs- und Handelspolitik und die verstärkte Koordination mit internationalen Organisationen wie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und anderen Organisationen der Vereinten Nationen, der Weltbank etc.

Maßnahmen: Stärkung des Gemeinschaftsstatus in internationalen Organisationen und der Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen mit strategischen Partnern und Ländern. Sicherstellung der angemessenen Einbeziehung der Gesundheit in die EU-Außenhilfe. Förderung der Durchführung internationaler Gesundheitsabkommen, insbesondere des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakkonsums.

Strategische Ziele

Die Gesundheitspolitik auf Gemeinschaftsebene sollte die Gesundheit fördern, die Bürger und Bürgerinnen vor Gefahren schützen und die Nachhaltigkeit unterstützen. Drei Ziele wurden als vorrangige Bereiche festgelegt, für die zusammen mit den Mitgliedstaaten spezifischere operative Ziele entwickelt werden sollen.

Ziel 1:
Förderung der Gesundheit in einem alternden Europa

Die Gesundheit im Alter muss unterstützt werden durch Maßnahmen, die während der gesamten Lebensspanne Gesundheit fördern und Krankheit vorbeugen, indem sie wesentliche Faktoren wie schlechte Ernährung, Bewegungsmangel, Alkohol, Drogen- und Tabakkonsum, Umweltrisiken und Unfälle berücksichtigen. Maßnahmen: Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit älterer Menschen und der Beschäftigten sowie Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Weiterentwicklung und Erarbeitung von Maßnahmen zu Tabak, Ernährung, Alkohol, psychischer Gesundheit und anderen umweltbedingten und sozioökonomischen Gesundheitsfaktoren/-determinanten. Neue Leitlinien für Krebsvorsorgeuntersuchungen und eine Mitteilung über europäische Maßnahmen im Bereich seltener Krankheiten. Folgemaßnahmen zur Mitteilung über Organspende und Transplantation.

Ziel 2:
Schutz der Bürger vor Gesundheitsgefahren

Der Schutz der Bürgerinnen und Bürger ist eine Verpflichtung gemäß Art. 152 EG-Vertrag und seit jeher zentrales Anliegen der gemeinschaftlichen Gesundheitspolitik. Dies umfasst wissenschaftliche Risikobewertung, Bereitschaftsplanung und Reaktionen auf Epidemien und Bioterrorismus, Strategien zur Bekämpfung der Risiken durch bestimmte Erkrankungen und Zustände, Maßnahmen bei Unfällen und Verletzungen, die Verbesserung der Sicherheit am Arbeitsplatz und Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensmittelsicherheit und des Verbraucherschutzes. Diese Arbeit soll fortgeführt werden, sich jedoch auf Herausforderungen konzentrieren, die bislang nicht in vollem Maße berücksichtigt worden sind: Bekämpfung von Pandemien, biologischen Zwischenfällen, Bedrohung durch Bioterrorismus und neu auftretende oder wahrgenommene Gesundheitsgefahren, wie den Auswirkungen des Klimawandels auf die öffentliche Gesundheit und „unerwünschte Wirkungen der gesundheitlichen Versorgung“ von Menschen. Maßnahmen: Stärkung der Mechanismen zur Überwachung und Reaktion auf Gesundheitsgefahren, einschließlich Überprüfung der Zuständigkeit des Europäischen Zentrums für die Kontrolle von Krankheiten. Gesundheitsaspekte der Anpassung an den Klimawandel.

Ziel 3:
Förderung dynamischer Gesundheitssysteme und neuer Technologien

Die Gesundheitssysteme der EU werden unter wachsendem Druck gesehen, auf die Herausforderungen zu reagieren, die die Bevölkerungsalterung, die steigenden Erwartungen, die Migration und Mobilität von Patienten und Patientinnen sowie von Beschäftigten des Gesundheitswesens mit sich bringen. Neuen Technologien wird das Potenzial zugeschrieben, die Gesundheitsversorgung zu revolutionieren und deren Nachhaltigkeit zu unterstützen. Von Gesundheitstelematik, Genomik und Biotechnologien sei zu erwarten, dass sie die Prävention und Behandlung verbessern und den Schwerpunkt von der stationären Versorgung auf die Prävention und die Primärversorgung verlagern helfen [20], [21] (Prädiktive Medizin und individualisierte Medizin, Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care). Neue Technologien müssten allerdings hinsichtlich Kosteneffizienz und Verteilungsgerechtigkeit bewertet werden. Zur Steigerung der Investitionen ins Gesundheitswesen ist die Gesundheit in Instrumente einbezogen worden, die darauf abzielen, das Wachstum, die Beschäftigung und die Innovation zu fördern, einschließlich der Lissabon-Strategie, des 7. Forschungsrahmenprogramms mit der Gemeinsamen Technologie-Initiative etc.

M a ß n a h m e n : Gemeinschaftsrahmen für sichere, hochwertige und effiziente Gesundheitsdienstleistungen. Unterstützung der Mitgliedstaaten beim Umgang mit Innovationen in Gesundheitssystemen. Unterstützung der Durchführung und Interoperabilität von gesundheitstelematischen Lösungen.

Durchführung der Strategie „Gemeinsam für die Gesundheit“

Die Mitgliedstaaten sind eng in die Durchführung der Strategie einzubinden, da die Zuständigkeit für das Gesundheitswesen auf nationaler, regionaler und kommunaler Ebene liegt und das Subsidiaritätsprinzip zu beachten ist. Die Kommission wird einen Mechanismus zur strukturierten Zusammenarbeit vorschlagen. Die Strategie wird von allen Einrichtungen der EU uneingeschränkt unterstützt. Sie ist zu einem bedeutsamen Zeitpunkt entwickelt worden, kurz bevor die Zahl der EU-Mitgliedstaaten auf 27 gestiegen war. Für jedes Ziel hat die Kommission mehrere Ausschüsse und Arbeitsgruppen eingesetzt, in denen nationale Regierungen, lokale und regionale Behörden, Interessengruppen, nationale und internationale Organisationen sowie sonstige Experten und Expertinnen zusammenarbeiten. Neben der hochrangigen Arbeitsgruppe des Rates zur Beratung der Kommission und zur Förderung einer verstärkten Koordinierung zwischen den EU-Ländern gibt es mehrere von der Kommission geleitete Gesundheitsausschüsse und Expertenausschüsse und Expertengruppen, z. B. Hochrangige Gruppe für Ernährung und Bewegung, HIV/Aids Think Tank, Expertengruppe zur Gesundheitsinformation etc. Die EU-Expertengruppe zu sozialen Determinanten und gesundheitlichen Ungleichheiten ist ein Gremium, in dem die Ministerien der EU-Mitgliedstaaten vertreten sind, mit dem Ziel, dieses zentrale Thema der europäischen Gesundheitspolitik zu beraten.

Zweites Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit/Gesundheitsprogramm 2008-2013

Das zweite Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit (2008-2013), das auf den Ergebnissen des Vorläuferprogramms aufbaut, wurde im Oktober 2007 beschlossen (Laufzeit 1.1.2008 bis 31.12.2013). Das Programm ist Teil und Hauptinstrument der Kommission zur Umsetzung der

übergreifenden und breiteren Strategie „Gemeinsam für die Gesundheit 2008-2013“. Das Programm war mit einem Gesamthaushalt von 321,5 Millionen Euro ausgestattet. Der Großteil der Mittel war zur Finanzierung von Projekten und anderen Aktionen bestimmt, die durch die Förderung und die Sicherung der Gesundheit von Einzelnen und der Bevölkerung zu mehr Solidarität und erhöhtem Wohlstand in der Europäischen Union beitragen. Das Programm wurde von der Kommission und der Exekutivagentur für Öffentliche Gesundheit (PHEA)/seit 2008 Exekutivagentur für Öffentliche Gesundheit/Executive Agency for Health and Consumers (EAHC) geleitet.

Das Programm hat drei übergreifende *Programmziele:*

1. Ziel:
Besserer Gesundheitsschutz der Bürgerinnen und Bürger

- Schutz der Bürger und Bürgerinnen vor Gesundheitsbedrohungen. Entwicklung der Fähigkeit der EU-Gemeinschaft, auf übertragbare und nichtübertragbare Krankheiten sowie auf Gesundheitsbedrohungen, die von physikalischen, chemischen und biologischen Quellen, einschließlich Bioterrorismus, ausgehen, zu reagieren, beispielsweise durch Bereitschaft und Planung für Gesundheitsnotfälle.
- Mehr Sicherheit für die Bürgerinnen und Bürger. Förderung von Aktionen in Bezug auf Patientensicherheit durch hochwertige und sichere Gesundheitsversorgung, wissenschaftliche Beratung und Risikobewertung, Sicherheit und Qualität von Organen, Substanzen menschlichen Ursprungs und Blut.

2. Ziel:
Gesundheitsförderung, einschließlich des Abbaus von Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung

- Aktionen in Bezug auf wesentliche Gesundheitsfaktoren (Determinanten) wie etwa Ernährung und körperliche Aktivität, Drogenmissbrauch, Sexuelle Gesundheit, Konzentration auf Schlüsselelemente wie Erziehung und Arbeitsplatz.
- Maßnahmen zur Verhütung schwerer Krankheiten und Schwerpunkt auf Maßnahmen mit gemeinschaftlichem Mehrwert in Bereichen wie geschlechterspezifische Fragen, Kindergesundheit oder seltene Krankheiten.
- Förderung gesünderer Lebensweisen und Abbau von Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung und damit Anhebung der Zahl der gesunden Lebensjahre und Förderung der Gesundheit im Alter [22] (Gesundheitsförderung und Prävention im Alter).
- Förderung und Verbesserung der körperlichen und geistigen Gesundheit.
- Maßnahmen gegen die Gesundheitsfolgen sozialer und ökologischer Determinanten.

3. Ziel:
Schaffung und Verbreitung von gesundheitlichen Informationen und Kenntnissen

- Austausch von Wissen und bewährten Verfahren zu Gesundheitsaspekten zur Unterstützung Europäischer Referenznetzwerke.
- Sammlung, Analyse und Verbreitung von Gesundheitsinformationen mit dem Schwerpunkt auf einem Gesundheitsüberwachungssystem mit entsprechenden Indikatoren sowie auf Wegen der Übermittlung von Informationen an Bürger und Bürgerinnen, wie etwa das Portal „Gesundheit“, Konferenzen und regelmäßige Berichte zum Gesundheitsstand in der EU.

Die Aktionen sollen den einzelstaatlichen Aktionen einen europäischen Mehrwert hinzufügen. Das bedeutet den Einbezug von Akteuren aus verschiedenen teilnehmenden Ländern und dass die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere europäische Länder und Regionen gegeben sein muss. Die eingereichten Anträge wurden von der Exekutivagentur für Öffentliche Gesundheit bearbeitet.

Exekutivagentur für Verbraucher, Gesundheit und Ernährung (Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency, CHAFEA) − Die EU hatte schon 2005 die Europäische Public-Health-Agentur gegründet (Public Health Executive Agency), um die Effizienz ihrer Maßnahmen zu verbessern und die Mitgliedsländer in ihren Bemühungen zur Umsetzung der europäischen Gesundheitsziele zu unterstützen. Die Agentur wurde in Luxemburg angesiedelt. Sie gibt logistische, wissenschaftliche und technische Unterstützung für Gesundheitsförderungsprojekte, die von der EU finanziell unterstützt werden. 2008 wurde die Agentur umgewandelt in die Executive Agency for Health and Consumers (EAHC) und erhielt Aufgaben im Bereich von Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit. Sie implementiert die EU-Gesundheits- und Verbraucherprogramme (inzwischen „Exekutivagentur für Verbraucher, Gesundheit und Ernährung, Consumers, Health and Food Executive Agency (CHAFEA), weiterhin in Luxemburg angesiedelt).

Ebenfalls 2005 wurde das *Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten/European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)* gegründet auf der Grundlage von EU-Parlaments- und Ratsbeschlüssen von 2004. Es hat seinen Sitz in Stockholm und soll in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten die Abwehr gegen Infektionskrankheiten stärken [23] (Prävention übertragbarer Erkrankungen).

Reformvertrag von Lissabon 2007 (in Kraft seit 2009)

Der Vertrag von Lissabon bildet seit dem 1. Dezember 2009 die primärrechtliche Grundlage der EU. Seither ist Artikel 168 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (VAEU) die rechtliche Grundlage für die gemeinschaftliche Politik im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention und hat den Artikel 152 des Vertrags von Amsterdam (bzw. seit 2000 des Vertrags von Nizza) abgelöst. Der Reformvertrag baut auf der Struktur der bestehenden Verträge auf. Der Name des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft (EG-Vertrag, EGV) wurde dabei geändert in „Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union“ (VAEU). Der Reformvertrag enthält Änderungen und Ergänzungen wie z. B. die Klarstellung der Kompetenzabgrenzung zwischen der EU und Mitgliedstaaten, die Grundrechte-Charta, einen Subsidiaritätskontrollmechanismus sowie die vereinfachte Möglichkeit zur verstärkten Zusammenarbeit.

Der §168 bleibt im Absatz 1 unverändert, in dem festgelegt wird, dass „bei der Festlegung und Durchführung aller Unionspolitiken und -maßnahmen ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt“ wird. Im Absatz 2 wird die „Beseitigung der Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit“ erweitert auf die „Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der körperlichen und geistigen Gesundheit“. Durch den Artikel 168 ergeben sich weitere Änderungen im Bereich des Gesundheitswesens, die z.T. nur klarstellen, z.T. aber auch eine Kompetenzerweiterung der EU darstellen. Die Bekämpfung der weit verbreiteten schweren Krankheiten wird ausgeweitet: „… außerdem umfasst sie die Beobachtung, frühzeitige Meldung und Bekämpfung schwerwiegender grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren“.

Hintergrund für diese Kompetenzausweitung waren die Erfahrungen mit der Vogelgrippe. In diesem Zusammenhang dazugekommen ist auch die Kompetenz zum Erlass von Maßnahmen, die unmittelbar den Gesundheitsschutz der Bevölkerung vor Tabakkonsum und Alkoholmissbrauch zum Ziel haben, im Sinne von Gefahrenabwehr und nicht „Gesundheitsförderung“. Der Zuständigkeitsbereich wird im Absatz 2 AEUV auf die Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten erstreckt, die darauf abzielt, die Komplementarität der Gesundheitsdienste in den Grenzbereichen zu verbessern. Für diese Verbesserung soll die offene Methode der Koordinierung (OMK) genutzt werden, die mit dieser Vorschrift im Vertrag (Art. 168 Abs. 2) verankert wird. Dadurch erhält die Kommission die „weiche“ Befugnis („weich“ im Sinne eines „soft law“, einer „weichen Steuerung“), Initiativen durchzuführen, die darauf abzielen, Leitlinien und Indikatoren festzulegen, den Austausch bewährter Verfahren durchzuführen und die erforderlichen Elemente für eine regelmäßige Überwachung und Bewertung auszuarbeiten (in enger Abstimmung mit den Mitgliedstaaten.)

Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten und Beeinflussung sozioökonomischer Determinanten

Der Bereich der Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten (Health Inequalities, Health Inequity) und der damit zusammenhängenden Beeinflussung der sozioökonomischen Determinanten der Gesundheit hat eine zunehmende Bedeutung in der EU-Gesundheitsförderungspolitik erhalten. Die Kommission hatte in der „Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen Solidarität im Gesundheitswesen: Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der EU“ vom 20.10.2009 deutlich gemacht, dass sie in der Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheit einen Schwerpunkt sieht. Bei der Reduktion dieser Ungleichheiten spielen neben der Public Health-Politik auch andere Bereiche eine Rolle wie Beschäftigung, Gesundheit und Arbeitsschutz, Sozialpolitik, Chancengleichheit und Grundrechte, Diversity und Anti-Diskriminierung [24] (Diversity und Diversity Management / Vielfalt gestalten), das Forschungsrahmenprogramm, die Europa-2020-Strategie, die Europäische Nachhaltigkeitsstrategie sowie der Strukturfonds.

Beispiele für diesbezügliche Projekte mit deutscher Beteiligung an den letzten beiden Aktionsprogrammen sind „Closing the Gap“ und „DETERMINE“. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hatte von 2004 bis 2007 im Rahmen von EuroHealthNet die Federführung im EU-geförderten Projekt „Closing the Gap“ („European Partners for Equity in Health“) zu Handlungsstrategien

zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten in Europa [11] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit). Das Nachfolgeprojekt DETERMINE (2007-2010) hat auf den Ergebnissen von „Closing the gap“ aufgebaut. DETERMINE war ein ebenfalls im Rahmen von EuroHealthNet durchgeführtes und von der EU gefördertes Programm zur Beeinflussung der sozioökonomischen Determinanten der Gesundheit zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit (Working together for Equity). Die BZgA und die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) waren Partner in dem dreijährigen Projekt. Übergeordnetes Ziel des Projekts war es, ein größeres Bewusstsein und größere Kompetenz bei Entscheidungsträgern zu fördern.

Die BZgA war auch beteiligt an dem von EuroHealthNet koordinierten und von der EU als „Joint Action“ kofinanzierten Equity Action Programm (2011-2014), an dem 15 Europäische Länder und Norwegen, Nichtregierungsorganisationen und die Europäische Kommission beteiligt waren. Equity Action hatte die Stärkung von Politik und Strategien der Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten auf der Ebene der Mitgliedstaaten, Regionen und der EU zum Ziel.

DRIVERS („Drivers for Health Equity“) (2012-2014) , ebenfalls mit BZgA-Beteiligung über EuroHealthNet) war ein Forschungsprojekt im Rahmen des 7. EU-Rahmenprogramms. Ziel war es, die Zusammenhänge und Einflüsse auf Gesundheit über die Lebensspanne zu verstehen und Lösungsvorschläge zur Verbesserung der Gesundheit und Reduzierung von gesundheitlicher Ungleichheit zu finden. Es konzentrierte sich auf drei hauptsächliche „Driver“ für gesundheitliche Ungleichheiten: Frühe Kindheits-Entwicklung, Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen sowie Einkommen und Soziale Sicherheit. Es wurde von EuroHealthNet koordiniert. 2015 erschien mit „Improving health equity through action across the life course“ eine Zusammenfassung der Evidenz und Empfehlungen aus dem Projekt.

Die BZgA arbeitet zusammen mit anderen Institutionen der Prävention und Gesundheitsförderung, die von der EU-Kommission, insbesondere von der Generaldirektion Verbraucher und Gesundheit sowie im Rahmen des Forschungsrahmenprogramms Horizon 2020 gefördert werden: Diese Zusammenarbeit erfolgt in den Bereichen der Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit“, „Chronische Erkrankungen (Chrodis)“, „Alkoholprävention“, „Gesundes Altern“ und „Qualitätsverbesserung in der HIV-Prävention“.

EuroHealthNet ist auf europäischer Ebene das (auch für die BZgA) zentrale Netzwerk im Bereich der Gesundheitsförderung, insbesondere mit dem Schwerpunkt Health Inequalities. Das „neue“ EuroHealthNet versteht sich in seiner veränderten Ausrichtung (seit 2013) als europäische Partnerschaft zur Förderung von Gesundheit, Chancengleichheit und Wohlbefinden. Es ist eine gemeinnützige Partnerschaft von 31 öffentlichen Organisationen der lokalen, regionalen, nationalen und internationalen Ebene in Europa (Stand Juni 2016) mit dem Auftrag der Unterstützung des Aufbaus gesünderer Gemeinschaften und der Bekämpfung der gesundheitlichen Ungleichheit in und zwischen den europäischen Staaten. EuroHealthNet hat (Stand Juni 2016) 31 Mitglieds- und Partnerorganisationen und unterstützt sowohl die Strategie „Gesundheit 2020“ der WHO-Europa, als auch die EU-Gesundheitsprogramme. Der strategische EuroHealthNet-Plan 2014-2020 zielt auf eine nachhaltige Zukunft und einen umfassenden Beitrag zu Gesundheit, Chancengleichheit und Wohlbefinden in Europa. Es teilt sich auf in HPE (Gesundheitsförderung in Europa), CIRI (das europäische Zentrum für Innovation, Forschung und Anwendung im Bereich Gesundheit und Wohlbefinden sowie PHASE (die europäische Plattform für Gesundheit und soziale Gerechtigkeit). Beispiele für die Aktivitäten im Bereich CIRI sind die Projekte DRIVERS (2012-2015) und IROHLA („Intervention Research on Health Literacy among Ageing Population“) (2013-2015), an denen auch die BZgA beteiligt war. Im Bereich der Bekämpfung der gesundheitlichen Ungleichheit ist EuroHealthNet beteiligt an den aktuellen Initiativen des Europäischen Parlaments: VulnerABLE: Improving the health of those in isolated and vulnerable situations (2016-2017) und „Reducing health inequalities among LGTB people (2016-2017).

Drittes Aktionsprogramm der Union im Bereich Gesundheit (2014-2020)

Im November 2011 hatte die Europäische Kommission einen Vorschlag für ein Drittes Mehrjahresprogramm (2014-2020) angenommen. Im Mai 2012 hatte eine Hochrangige Konferenz zu den EU-Gesundheitsprogrammen, ihren Ergebnissen und Perspektiven stattgefunden, die Erfolge aus zehn Jahren Gesundheitsprogramm reflektierte. Das Europäische Parlament akzeptierte den Vorschlag für ein drittes EU- Gesundheitsprogramm für den Zeitraum 2014-2020 am 28.2.2014. Die Verordnung des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 11. März 2014 über ein drittes Aktionsprogramm der Union im Bereich der Gesundheit (2014-2020) wurde am 21.3.2014 im Official Journal der Europäischen Union veröffentlicht und trat am Folgetag in Kraft.

Das neue Gesundheitsprogramm versteht sich als Antwort auf die folgenden Herausforderungen:

- Demografische Entwicklung, die die Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme gefährdet
- Fragile ökonomische Erholung mit Begrenzung der Ressourcen, die für Investitionen in Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen
- Vergrößerung von gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen und innerhalb von Mitgliedsländern
- Zunahme der Prävalenz von chronischen Erkrankungen

Die *übergeordneten Ziele* des Programms sind:

- die Verbesserung der Gesundheit der EU-Bürger und Bürgerinnen und Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten,
- die Unterstützung von Gesundheitsinnovationen und Verbesserung der Nachhaltigkeit von Gesundheitssystemen,
- Fokussierung auf aktuelle Gesundheitsthemen der Mitgliedstaaten (across the Member States),
- Unterstützung und Ermutigung für Kooperationen zwischen Mitgliedstaaten.

Das Programm verfolgt *vier spezifische Ziele* (siehe Abb. unten)

EU-Aktionsprogramm im Bereich der Öffentlichen Gesundheit (2003-2008), Hauptzielbereich 3 – Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung: Aktionen und Unterstützungsmaßnahmen

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

Das dritte EU-Gesundheitsprogramm ist das wichtigste Instrument der Europäischen Kommission zur Umsetzung der EU-Gesundheitsstrategie „Gemeinsam für die Gesundheit“ (2007-2013, verlängert bis 2020), die wiederum die allgemeine Strategie Europa 2020 (von 2010) unterstützt. (Weitere gesundheitsrelevante Programme sind Horizon 2020 sowie die Structural and Investment Funds.) Die Umsetzung des dritten Gesundheitsprogramms erfolgt mithilfe von jährlichen Arbeitsplänen in Zusammenarbeit mit den Mitgliedsstaaten. Für das Programm mit siebenjähriger Laufzeit steht ein Gesamtbudget von 449,4 Millionen Euro bereit.

Arbeitspläne, europäischer Mehrwert, Joint Actions (Gemeinsame Maßnahmen): Zur Umsetzung des Programms werden von der Europäischen Kommission in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten jährlich Arbeitspläne verabschiedet. Der Arbeitsplan 2016 wurde am 1. März 2016 verabschiedet. Auf der Grundlage der thematischen Schwerpunkte der Arbeitspläne können Vorhaben gefördert werden, die einen zusätzlichen Mehrwert auf europäischer Ebene beinhalten und Entwicklungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit auf europäischer Ebene fördern. Ein besonderes Förderinstrument sind Gemeinsame Maßnahmen (Joint Actions - JA). Die Mitgliedstaaten entscheiden über eine Beteiligung an den Joint Actions. Sie benennen Kooperationspartner zur Teilnahme an den JA gegenüber der EU. Die Exekutivagentur für Verbraucher, Gesundheit und Ernährung (Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency _ CHAFEA) ist zuständig für die Aufrufe zur Einreichung von Vorschlägen und Vergabebeschlüsse, Monitoring und Verbreitung der Ergebnisse.

Nationale Focal Points (National Focal Points): Die nationalen Focal Points haben die Aufgabe, die

Möglichkeiten des Gesundheitsförderungsprogramms zu verbreiten, Antragstellende zu beraten und zu unterstützen, an der Berichterstattung und Evaluation mitzuwirken und die Ergebnisse des Gesundheitsprogramms auf nationaler Ebene zu verbreiten.

Der *Arbeitsplan 2016* sieht die folgenden Joint Actions (Gemeinsame Maßnahmen) vor:

- Qualität der Prävention von HIV/AIDS/sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten und der Prävention von Virushepatitiden und Tuberkulose mit Bezug zur Versorgung
- Maßnahmen im Bereich chronischer Erkrankungen
- Eindämmung des Tabakkonsums
- Antibiotika-Resistenzen und nosokomiale Infektionen
- Grundlagen für die Aufbereitungsverfahren von Blut, Gewebe und Zellen

Das Dritte EU-Gesundheitsprogramm (2014-2020) wendet sich an dieselben Partner wie die vorherigen Programme. Die Ziele wurden mehr fokussiert und greifbarer formuliert (SMART). Die Maßnahmen sind limitiert und thematisch priorisiert. Die Interventionstypen wurden beibehalten aber administrative und finanzielle Prozeduren aktualisiert und vereinfacht. Es gibt Fortschrittsindikatoren, um die Ziele und den Impact zu überwachen. Die Jahrespläne basieren auf langfristiger Policy-Planung. Die Verbreitung und Übermittlung der Programmergebnisse soll verbessert werden.

Umsetzung der EU-Gesundheitspolitik in Deutschland

Für die Umsetzung der EU-Gesundheits(förderungs)politik in Deutschland ist von grundlegender Bedeutung, dass die Kompetenzen zwischen Bund und Ländern geteilt sind und die Bundesregierung für autonome Zuständigkeiten der Länder keine Verpflichtungen eingehen kann. Der Bundesrat hatte zum Vorschlag der Kommission bereits 2000 umfassend Stellung bezogen und die integrative Zusammenfassung aller Gesundheitsprogramme begrüßt. Die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder (GMK) hat im Juni 2002 einstimmig und grundlegend für die weitere Entwicklung eine Entschließung zu „Grundlinien einer europäischen Gesundheitspolitik – Die Position der Länder“ angenommen.

Die GMK hielt es für erforderlich, im weiteren Gestaltungsprozess europäischer Gesundheitspolitik eine aktive Rolle einzunehmen und zu einer systematischen und auf Kontinuität angelegten Weiterentwicklung europäischer Gesundheitspolitik beizutragen. Die GMK betonte den Grundsatz der Subsidiarität auch bei weiteren europäischen Entwicklungen. Eine Harmonisierung der Gesundheitssysteme müsse auch in Zukunft ausgeschlossen bleiben. Allerdings müsse die Subsidiarität mit Leben erfüllt werden und das deutsche Gesundheitswesen müsse im Vergleich mit anderen Systemen seine Stärken verdeutlichen. Zusammenarbeit, Erfahrungsaustausch, die Ermöglichung von Vergleichen zwischen den europäischen Systemen ermöglichten mehr Konvergenz und eröffneten Chancen für gegenseitiges Lernen und den Wettbewerb um beste Lösungen über Best-Practice-Modelle. Dazu könne die Methode der offenen Koordinierung einen Beitrag leisten. Allerdings müssten Werte, Ziele und Kriterien für einen entsprechenden Prozess unter Beteiligung der Länder/Regionen erfolgen und die Beteiligten des Gesundheitswesens müssten einbezogen werden.

Auch auf EU-Ebene will die GMK die Mitwirkungsmöglichkeiten der Länder und Regionen stärken. Sie hielt es für erforderlich, dass die Länder zukünftig stärker unmittelbar an der Gestaltung der Gesundheitspolitik in Europa durch eigene Aktivitäten mitwirken, insbesondere in der Umsetzung des neuen Aktionsprogramms im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Sie bat die Bundesregierung darum, die Länder zukünftig bei der Identifizierung der relevanten gesundheitspolitischen Themen und der Festlegung gesundheitspolitischer Ziele zu beteiligen.

Die Länder haben in der GMK insbesondere seit der Einführung der Offenen Methode der Koordinierung in verschiedenen europäischen Politikbereichen in mehreren Gesundheitsministerkonferenzen zu Fragen der Europäischen Gesundheitspolitik Entschließungen unterstützend und auch kritisch Stellung genommen und immer wieder die Subsidiarität betont. 2005 wurde der GMK-Beschluss der Länder von 2002 aufgegriffen und weiterentwickelt. Die GMK kündigte an, auch weiterhin eine aktive Rolle im Gestaltungsprozess der europäischen Gesundheitspolitik einzunehmen (Leitantrag der 78. GMK zur Europäischen Gesundheitspolitik). Sie beschäftigte sich auch in der 79. GMK 2006 und in der 81. GMK 2008 mit Europäischen Aspekten der Gesundheitsversorgung bzw. der territorialen Vielfalt als Stärke. 2009 hat die 82. GMK ohne Gegenstimme eine Neuausrichtung von EU-Strategien in Zeiten der Krise gefordert und gesundheitlichen Schutz und Solidarität als einen Beitrag zur Stabilisierung der

europäischen Gesellschaften in der Krise betont. Dies schließe Leistungen der Prävention zur Verbesserung der Lebensbedingungen und -gewohnheiten ein. Der Grundsatz „Gesundheit in allen Politikbereichen“ („Health in All Policies“) müsse besonders jetzt Anwendung finden.

Die *89. GMK 2016* begrüßt (einstimmig) grundsätzlich das im Aktionsprogramm der Europäischen Kommission formulierte Anliegen, sich auf große Fragen mit erkennbarem Mehrwert eines gemeinsamen Tätigwerdens auf EU-Ebene zu konzentrieren. Sie vermisst im Arbeitsprogramm 2016 allerdings die Patientensicherheit und bittet das Bundesministerium für Gesundheit, sich für eine Fortschreibung und Weiterentwicklung der Patientensicherheit auf EU-Ebene einzusetzen.

Das Bundesministerium für Gesundheit setzt sich „im Rahmen der Subsidiarität und Wahrung der Verhältnismäßigkeit“ dafür ein, „dass in Deutschland bewährte europäische Verfahren bekannt und genutzt werden“.

Bewertung und Perspektiven der neueren Entwicklungen der EU-Gesundheits(förderungs)politik

Mit dem „neuen“ Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Öffentlichen Gesundheit (2003-2008) wurde eine weitere Etappe der Gesundheitsförderung auf der europäischen Ebene eingeleitet, gut zehn Jahre nach Beginn der systematischeren Gemeinschaftsaktivitäten innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der Öffentlichen Gesundheit von 1993. Die Kritik an den „Kinderkrankheiten“ der ersten Phase wurde ernst genommen. Forderungen nach mehr Transparenz, Bürgerbeteiligung, mehr Nachhaltigkeit, nach mehr Kohärenz und einer intersektoralen, integrierten europäischen Gesundheitspolitik wurden seither zunehmend aufgegriffen.

Das einheitliche erste neue Aktionsprogramm stellte gegenüber den vorherigen, mangelhaft verbundenen Einzelprogrammen einen erheblichen Fortschritt dar. Während z. B. im 1. Aktionsprogramm der Gemeinschaft Gesundheitsförderung, -aufklärung und -erziehung noch sehr pragmatisch aufgereiht wurden, waren jetzt „Förderung der Gesundheit“ und „Verhütung von Krankheiten“ durch Beeinflussung der Gesundheitsdeterminanten klarer und dem Stand der internationalen Diskussion entsprechend zu einem der drei Hauptziele des Programms geworden. Auch die intersektorale Zusammenführung in der Direktion Gesundheit und Verbraucherschutz war eine sinnvolle Weiterentwicklung. Die EU-Gesundheitsstrategie „Gemeinsam für die Gesundheit 2008-2013“ (verlängert bis 2020) und die zu ihrer Umsetzung entwickelten „Aktionsprogramme Gesundheit 2008-2013 und 2014-2020“ führen diese positive Entwicklung fort. Die Bedeutung der Investitionen in Gesundheit und der Gesundheitsförderung für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung und eine gesündere und wirtschaftlich produktivere Gesellschaft ist immer klarer herausgearbeitet und umgesetzt worden. Neuere Entwicklungen der Konzeptdiskussion und Politik, wie die „Gesundheit in allen Politikbereichen“ (Health in All Policies, Health mainstreaming), werden aufgegriffen und umgesetzt. Die Notwendigkeit der Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten und Beeinflussung der sozialen und sozioökonomischen Determinanten der Gesundheit wird immer deutlicher und oberste Priorität, die alle anderen Ziele beeinflusst. Auch im Rahmen der Weiterführung der Lissabon-Strategie durch die „EU-2020-Strategie für intelligentes, nachhaltiges und integratives Wachstum“ geht es darum, soziale Kohäsion zu fördern, soziale Ausgrenzung zu verhindern und auch deshalb gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern. Mit der Verknüpfung von gesundheitlicher Chancengleichheit, Gesundheit und (nachhaltiger) Entwicklung befindet sich die Europäische Union im Einklang mit den Zielsetzungen der WHO und des UNDP (Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen). Auf der Ebene der Konzepte und Begrifflichkeiten werden Gesundheitsförderung und Prävention klarer und spezifischer eingesetzt als in den Anfangsjahren der Gemeinschaftsaktivitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit.

Zusammenfassend ist jedoch trotz aller Fortschritte festzustellen, dass sich die EU-Gesundheitspolitik und Gesetzgebung weiterhin darauf beschränken, nationale Maßnahmen zu ergänzen und Minimalstandards zu setzen, die eher dem Schutz vor Gesundheitsschädigung dienen und nicht wesentlich zur Gesundheitsförderung beitragen. Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderungspolitik sind weiterhin ganz überwiegend eine nationalstaatliche Angelegenheit. Die Steuerung über die Offene Methode der Koordinierung (OMK) verläuft eher schleppend. Die Reichweite der Gesundheitsprogramme ist durch die Beschränkung der Gestaltungskompetenzen und die vergleichsweise bescheidene Ausstattung mit finanziellen Mitteln (2014-2020: 449 Millionen Euro für 28 Länder und für eine halbe Milliarde Menschen) sehr begrenzt.

Die Umsetzung des Aktionsprogramms 2014-2020 über die Jahresarbeitspläne und Joint Actions bleibt abzuwarten, ebenso die Reaktion auf die neuen Herausforderungen durch die Aufnahme und Integration von geflüchteten Menschen sowie durch den Brexit.

Die Autorin dankt Helene Reemann (BZgA) für hilfreiche Hinweise.

Internetadressen:

- Europäische Kommission. Available from: https://ec.europa.eu/commission/index_de
- European Commission. CHAFEA, the EU's Consumer, Health, Agriculture and Food Executive Agency. Available from: https://westmed-initiative.ec.europa.eu/chafea/
- European Commission. Europe 2020. Available from: https://commission.europa.eu/business-economy-euro/european-semester_en
- Europäische Kommission. Gesundheitswesen. Available from: https://ec.europa.eu/health
- Health and Consumer Protection Directorate-General, European Commission. Summary Report of the responses to Health in Europe: A Strategic Approach Discussion Document for a Health Strategy. Available from: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/strategy/docs/consultation_frep_en.pdf
- European Centre for Disease Prevention and Control (ecdc). Available from: https://ecdc.europa.eu/en/home
- Europäische Union. Zusammenfassungen der EU-Gesetzgebung. Available from: https://eur-lex.europa.eu/browse/summaries.html?locale=de
- EuroHealthNet. Available from: https://www.eurohealthnet.eu
- Gesundheitsministerkonferenz (GMK). Available from: https://www.gmkonline.de
- Health Inequalities portal. Understand health inequalities and act on them. Available from: https://www.health-inequalities.eu

Literatur:

- 75. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder am 20. / 21.06.2002 in Düsseldorf. [Presented at] Düsseldorf; 2002.
- Kurth BM, Stein H, editors. The new Public Health Policy of the European Union. Die neue Gesundheitspolitik der Europäischen Union: Past Experience, Present Needs, Future Perspectives. Erfahrungen, Anforderungen, Perspektiven. München: Urban und Vogel; 1999. (Conference Proceedings. Tagungsbericht).
- Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften vom 9.10.2002, L 271/1-11. Beschluss Nr. 1786/2002/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. September 2002 über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008) – Erklärungen der Kommission. 2002.:1–12.
- Europäische Kommission. Weißbuch „Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013". Schlussfolgerungen des Rates zum Weißbuch der Kommission (Dezember 2007 und Juni 2008). 2008.
- Franzkowiak P, Sabo P, editors. Dokumente der Gesundheitsförderung II. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung von 1992-2013. In Duisburg: Sabo; 2013. (Blickpunkt Gesundheit; 6).
- Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften Nr. C 216/21. Gemeinsamer Standpunkt (EG) Nr. 11/95, vom Rat festgelegt am 2. Juni 1995 im Hinblick auf den Erlass des Beschlusses des Europäischen Parlaments und des Rates über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsförderung, -aufklärung, -erziehung und -ausbildung innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit (1996-2000) (95/C 216/03), 21.08.1995. 1995.
- Gericke C, Busse R. Präventionspolitik im europäischen Vergleich. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J, editors. Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Huber; 2014. p. 399–410.
- Jahn A, Razum O, Diesfeld HJ. InternInternationale Organisationen mit gesundheitspolitischer Bedeutung. In: Razum O, Hurrelmann K, editors. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Beltz; 2016. p. 1155–76.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (KOM). Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern. 723 endg. vom 5.12.2001. Brüssel; 2001.
- Landtag von Baden-Württemberg. Große Anfrage der Fraktion der CDU und Antwort der Landesregierung: Gesundheit in Europa. Drucksache 13/1163, 10.07.2002 / 10.10.2002. 2002.

- Landtag von Baden-Württemberg. Antrag der Abg. Andreas Hoffmann u.a., CDU, und Stellungnahme des Staatsministeriums: Auswirkungen des Lissabon-Vertrags auf die Gesundheitsautonomie der EU-Mitgliedstaaten. Drucksache 14/5122, 18.09.2009. 2009.
- Möhle M. Europäische Sozial- und Gesundheitspolitik: Entwicklung – Politikfelder – Akteure. Aachen: Shaker; 2013. (Berichte aus der Politik).
- Rat der Europäischen Union. Vorschlag für einen Beschluss des Europäischen Parlaments und des Rates über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2001-2006). 2000. (Interinstitutionelles Dossier 2000/0119 (COD). Brüssel 22.06.2000).
- Rat der Europäischen Union. Vorschlag über einen Beschluss des Europäischen Parlaments und des Rates über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2001-2006), Gruppe „Gesundheitswesen“. 2000. (Interinstitutionelles Dossier 2000/0119 (COD), Brüssel 10.11.2000).
- Reemann H, Weyers S, Lazdane G, Friele M, Rüden U von, Wentzlaff-Eggebert M. Internationale Zusammenarbeit zur Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Walter U, Koch U, Plaumann M, editors. Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland: Konzepte, Strategien und Interventionsansätze der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln; 2015. p. 118–31. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; Sonderheft 1).
- Rosenbrock R, Gerlinger T. Gesundheitspolitik: eine systematische Einführung. Bern: Huber; 2015. (Lehrbuch Gesundheitswissenschaften).
- Stein H, Gersching C. Gesundheit in der Europäischen Union. In: Bundesvereinigung für Gesundheit, editor. Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder. 1-25; 2001. (Loseblattwerk Neuwied).
- Amtsblatt der Europäischen Union, 21.3.2014. Verordnung (EU) Nr. 282/2014 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. März 2014 über ein drittes Aktionsprogramm der Union im Bereich der Gesundheit (2014-2020) und zur Aufhebung des Beschlusses Nr. 1350/2007/EG Text von Bedeutung für den EWR. 2014.
- Weinbrenner S, Wörz M, Busse R. Gesundheitsförderung im europäischen Vergleich. 1 edn. Bonn, Frankfurt: KomPart-Verl.-Ges; 2007.

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
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
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
4. 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
5. 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
6. Linden S, Töppich J. Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I064-2.0
7. Kuhn J, Böhm A. Gesundheitsschutz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I059-3.0
8. Ziese T, Saß AC. Gesundheitsberichterstattung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I028-2.0
9. Paulus P, Dadaczynski K. Gesundheitsförderung und Schule. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention.

Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I051-3.0

10. 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
11. 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
12. Quilling E, Leimann J, Rangnow P. Nachhaltige Gesundheitsförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Nachhaltige Gesundheitsförderung: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I079-3.0
13. 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
14. 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
15. 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
16. Weichold K. Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I070-3.0
17. Gerhardus A, Perleth M. Health Technology Assessment (HTA) / Technikfolgenabschätzung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I066-2.0
18. 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
19. Gräser S. Global Health / Globale Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I063-3.0
20. 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
21. Zimmermann T. Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I096-3.0
22. Geigl C, Anderle L, Leitzmann M, Janßen C. Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I002-4.0
23. Kossow A. Prävention übertragbarer Erkrankungen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i090-2.0
24. Altgeld T. Diversity und Diversity Management / Vielfalt gestalten. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i127-2.0

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

Zitierhinweis: Kaba-Schönstein L. Gesundheitsförderung 4: Europäische Union. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i036-1.0

Copyright: © 2026 Lotte Kaba-Schönstein
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/

Gesundheitsförderung 5: Deutschland

Lotte Kaba-Schönstein[1]
Alf Trojan[2]
Michael Hahn[3]

[1] Hochschule Esslingen, Esslingen, Germany
[2] Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany
[3] Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), Köln, Germany

Abstract

Die Entwicklung der Gesundheitsförderung in Deutschland ist stark beeinflusst durch die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung und weitere Programme und Konzeptionen der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Vorrangig sind die Länder in der Verantwortung, aber auch das politische Handeln von Bund und Kommunen beeinflusst die Ausgestaltung von Strukturen. Diese sind geprägt von einer Vielzahl von Akteuren und Zuständigkeiten, Heterogenität der Interessen und unzureichender Koordinierung. Weil das Präventionsgesetz 2015 hauptsächlich die gesetzliche Krankenversicherung in die Pflicht nahm, fehlt eine Gesamtstrategie für Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe in allen Politikbereichen.

Rahmenbedingungen und Hintergrund der Entwicklung

Die Entwicklung der Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland seit der Mitte der 1980er-Jahre wurde sowohl im staatlichen als auch im nichtstaatlichen Bereich stark durch die Programme und Konzepte der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beeinflusst. Die Bundesrepublik Deutschland unterstützt offiziell die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986), das 1991 aktualisierte Programm „Gesundheit für alle 2000“ des Europäischen Regionalbüros der Weltgesundheitsorganisation von 1985 sowie die nachfolgende Strategie „Gesundheit 21“. Dies gilt auch für das gesundheitspolitische Rahmenprogramm „Gesundheit 2020“ [1] (Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986), [2] (Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa). Auch die Europäische Gemeinschaft bzw. Union ist seit den 1990er-Jahren zu einem für Deutschland zunehmend wichtigen Akteur im Bereich der Öffentlichen Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention geworden, dessen Strategien und Programme auch für Deutschland gelten [3] (Gesundheitsförderung 4: Europäische Union), (zum Verhältnis von Gesundheitsförderung und Prävention vgl. [4] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen), [5] (Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven), [6] (Prävention und Krankheitsprävention)).

Die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention in der Bundesrepublik Deutschland ist geprägt durch die föderale Gliederung mit der vorrangigen Länderverantwortung für Gesundheitspolitik sowie das insgesamt stark gegliederte, plurale Gesundheitssystem mit einer Vielzahl von Akteuren, Strukturen, Finanzierungen und Interessen [7], [8], [9], [10], [11], [12] (Akteure und Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention), [13] (Finanzierung der Gesundheitsförderung). Das Poster (Abbildung 1) beschreibt Phasen dieser Entwicklung und notiert bedeutsame Ereignisse im Zeitverlauf. Dem Wunsch nach Übersichtlichkeit ist geschuldet, dass die Darstellung keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann. Andere Darstellungen richten den Fokus auf die Institutionen der Gesundheitsförderung und Prävention [12] oder die Präventionsgesetzgebung [14].

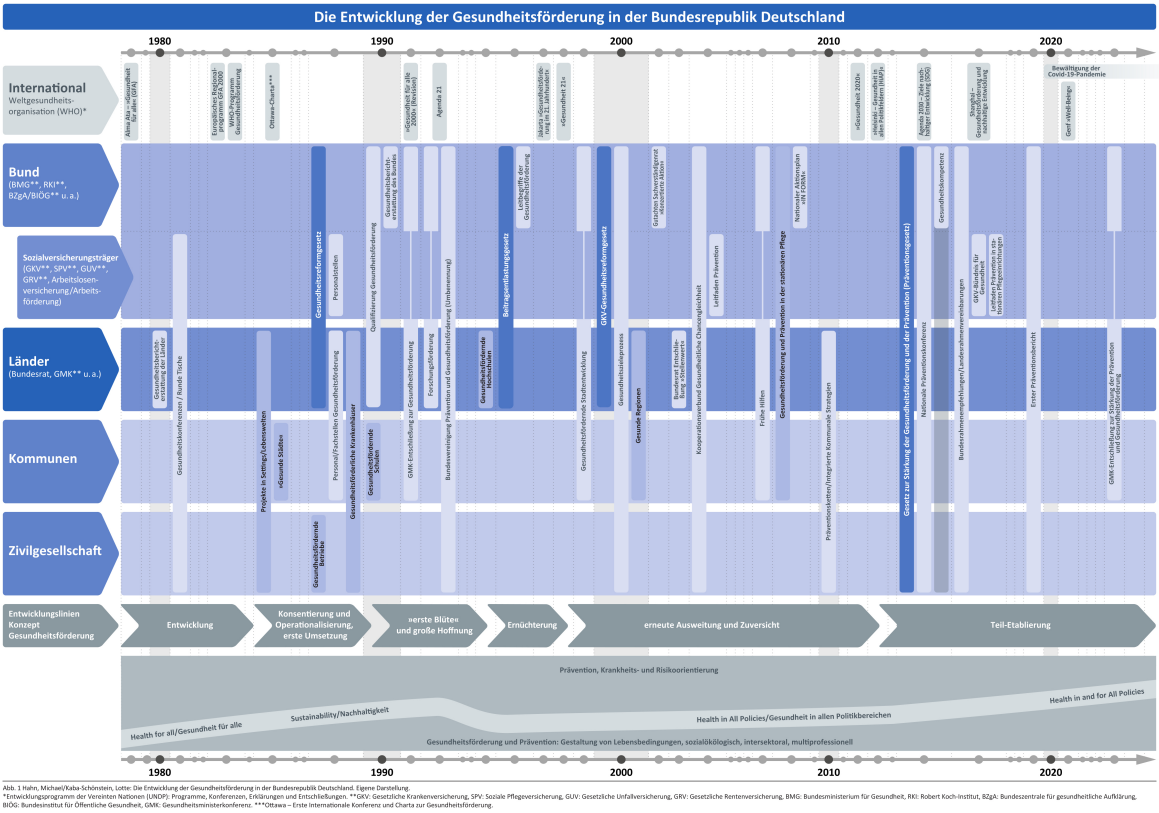


Abb. 1: Die Entwicklung der Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland. Eigene Darstellung.

**Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP): Programme, Konferenzen, Erklärungen und Entschließungen. **GKV: Gesetzliche Krankenversicherung, SPV: Soziale Pflegeversicherung, GUV: Gesetzliche Unfallversicherung, GRV: Gesetzliche Rentenversicherung, BMG: Bundesministerium für Gesundheit, RKI: Robert Koch-Institut, BZgA: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BIÖG: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit, GMK: Gesundheitsministerkonferenz. ***Ottawa – Erste Internationale Konferenz und Charta zur Gesundheitsförderung.*

Gesundheitsförderung – Entwicklungslinien und Perspektivwechsel in Deutschland

Die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention werden uneinheitlich verwendet (zur ausführlichen konzeptuellen und begrifflichen Klärung vgl. [4] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen) sowie [5] (Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven)), [15]. In der Bundesrepublik Deutschland (BRD) waren bis in die 1990er-Jahre Ansätze und Begrifflichkeiten der Prävention von Krankheiten vorherrschend [6] (Prävention und Krankheitsprävention). Sie haben ihre Wurzeln in der öffentlichen Gesundheitspflege, Seuchen- und Sozialhygiene und Sozialen Medizin des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts [16], [17], [18], [19], [20]. Während der nationalsozialistischen Herrschaft (1933 -1945) war die Sozialhygiene als alte Leitwissenschaft der Öffentlichen Gesundheitspflege systematisch durch die rücksichtslose sozialdarwinistische Erb- und Rassenhygiene als neuem Leitbild ersetzt worden ([21], S. 195-300), [22]. Nach 1945 bis 1990 entwickelte sich die Sozialhygiene in den zwei ideologisch sehr unterschiedlich ausgerichteten deutschen Staaten in verschiedene Richtungen: So wurde in der Sowjetischen Besatzungszone und ab 1949 in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) die Sozialhygiene aus der Vorkriegszeit weitgehend übernommen. Mit der Prophylaxe als Leitidee der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung und im Sinne der Gestaltung gesundheitsgerechter Lebensbedingungen [23] wurden spezifische neue Einrichtungen wie Ambulatorien, Dispensaires und Polikliniken sowie das betriebliche Gesundheitswesen geschaffen. Die Dispensairebetreuung verknüpfte prophylaktische, diagnostische, therapeutische und rehabilitative Maßnahmen für prinzipiell alle Bevölkerungsgruppen, insbesondere solche mit besonderen Krankheitsrisiken und chronischen Erkrankungen([24], S. 115-118), [25]. Dem Konzept des Gesundheitsschutzes lag dabei die Vorstellung einer Gesundheitsfördernden Gesamtpolitik zugrunde ([20], S. 45).

In der Bundesrepublik Deutschland (BRD) wurde die Sozialhygiene im Gegensatz dazu als Sozialmedizin insbesondere auf ärztliches Handeln bezogen und nach und nach auf ärztliche Fürsorge eingeschränkt. Ab den 1960er-Jahren wurden an einigen wenigen westdeutschen Universitäten sozialmedizinische Inhalte vertreten ([20], S. 45). Erst ab 1989 wurde durch eine Förderinitiative der Bundesregierung die Grundlage dafür geschaffen, Public Health wieder in Forschung und Lehre weiterzuentwickeln (zur unterschiedlichen Entwicklung in beiden Staaten: zusammenfassend ([20], ausführlicher: [26]).

Im WHO-Regionalbüro für Europa [27] wurde in den 1980er-Jahren aus der Kritik am stark krankheits- und risikoorientierten Ansatz und der mangelnden Wirksamkeit der traditionellen Prävention und Gesundheitserziehung heraus das „Konzept Gesundheitsförderung“ entwickelt. Es beinhaltet einen Wechsel zu einer salutogenetischen Perspektive, zu Ressourcen von Individuen und zur aktiven politischen Gestaltung von Bedingungen und Lebenswelten (Settings), zu Empowerment / Befähigung [28] und Partizipation sowie zum Thema Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy [29], [1] (Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986). Zum besseren Verständnis der Entwicklung seit Mitte der 1980er-Jahre sowie der aktuellen Situation in der Gesundheitsförderung und Prävention, auch im internationalen Vergleich, ist es hilfreich, den Perspektivwechsel und die Entwicklungslinien des neuen Konzepts Gesundheitsförderung in Deutschland nachzuzeichnen.

Die Entwicklung des Lebensweisenkonzepts zum Gesundheitsförderungskonzept im Rahmen der WHO war sowohl für die BRD als auch für die DDR als Mitgliedsstaaten der WHO maßgeblich. Das Institut für Gesundheitserziehung des Deutschen Hygiene Museums der DDR war seit 1982 WHO-Kooperationspartner und Veranstalter internationaler Workshops, 1987 wurde es als WHO-Kollaborationszentrum für Gesundheitserziehung anerkannt ([30], S. 130-131). Es war für die DDR mit ihrem Leitbild umfassender Prophylaxe und dem Selbstverständnis von Gesundheitsschutz als Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik weniger „neu“ als für die vorherrschende (ärztliche) Sozialmedizin und Prävention in der BRD.

In der Bundesrepublik Deutschland verlief die Entwicklung seit Mitte der 1980er-Jahre in verschiedenen Phasen, die nicht durchgängig klar zu trennen sind und teilweise auch gegenläufige Tendenzen enthielten. Gesundheitsförderung als politisches Aktionsprogramm wurde in einer Entwicklungsphase, die von Anfang der 1980er-Jahre bis zur Verabschiedung der Ottawa-Charta im November 1986 anzusetzen ist, vom europäischen Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation vorbereitet und ausgearbeitet [4] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen), [1] (Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986). Nach der Verabschiedung der Ottawa-Charta begann eine Phase der Verbreitung und ersten Umsetzungserfahrungen in der zweiten Hälfte der 1980er-Jahre, die in der Bundesrepublik Deutschland Anfang der 1990er-Jahre weitgehend abgeschlossen war. Zu diesem Zeitpunkt hatten die maßgeblichen staatlichen und nichtstaatlichen Akteure sich mit dem neuen Aktionskonzept auseinandergesetzt, ihre Standpunkte geklärt und die Prinzipien des Konzepts in ihre jeweiligen Programme und Stellungnahmen integriert.

In dieser ersten Phase der Verbreitung und Umsetzung war der innovative Charakter des Aktionskonzepts in teilweise offensiver Form als explizites Gegenkonzept zur bisherigen Gesundheitserziehung und zur Prävention herausgestellt worden: Gestaltung von Lebensbedingungen statt individueller Verhaltensänderung, komplexer sozialökologischer sozial- und gesundheitspolitischer Ansatz versus medizinisches Konzept, keine vorrangig medizinische Aufgabe und Zuständigkeit, sondern gesundheitspolitische, intersektorale, interdisziplinäre und multiprofessionelle Herausforderung. Diese Zuspitzung führte zu teilweise heftigen Auseinandersetzungen über die Auslegung und die Konsequenzen des neuen Konzepts und Programms.

Die neue Orientierung wurde von reformorientierten Professionellen und Einrichtungen des deutschen Gesundheits- und Sozialwesens mit großer Hoffnung und Aufbruchsstimmung aufgenommen und umgesetzt. Das neue Konzept berücksichtigte die Kritik an der traditionellen Gesundheitserziehung und Prävention, nahm den Stand der aktuellen Diskussion auf und wurde auch in enger Zusammenarbeit mit den neuen sozialen Bewegungen erarbeitet [1] (Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986), [31] (Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung), [32]. Im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung (vgl. Abschnitt „Kommunale Ebene“) gab es schon seit Mitte der 1980er-Jahre Gesunde Städte-Initiativen, später folgten Gesundheitsförderung in der Schule und Gesundheitsförderung im Betrieb. Auch ein Teil der Krankenkassen griff die neue Gesundheitsorientierung schon zu dieser Zeit auf (vgl. Abschnitt „Sozialversicherung“).

Weite Teile des etablierten Gesundheitswesens hatten dem „Gegen“-Konzept, das in der Konsequenz des medizinkritischen Ansatzes auch berufspolitische Umverteilungsfragen aufgeworfen hatte, zunächst

skeptisch gegenübergestanden, bis auch in diesem Bereich Anfang der 1990er-Jahre das Gesundheitsförderungskonzept in Stellungnahmen, zum Beispiel der Bundesärztekammer und des Hartmannbundes, akzeptiert und integriert wurde.

Im Prozess der Diffusion des neuen Konzepts und im zunehmenden Bemühen um breite politische Akzeptanz bei allen maßgeblichen Akteuren schliff sich die anfängliche Zuspitzung auf das Neue und Andere des Konzepts etwas ab. Durch die erfolgreiche Verbreitung kam es zu einer Vereinnahmung, in der die Bezeichnung Gesundheitsförderung teilweise als Mode- und Trendbegriff mit inflationärer Tendenz beliebig vielen Aktivitäten im Gesundheitsbereich übergestülpt wurde.

Nach einer ersten Blütezeit mit dem Ausbau der Settingprojekte und -netzwerke sowie der Gesundheitsförderungsangebote und -strukturen der Krankenkassen in der ersten Hälfte der 1990er-Jahre wurden zunehmend Forderungen nach stärkerer Zielorientierung, Evaluation und Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung erhoben.

Ab 1996, ausgelöst durch die Rücknahme der Gesundheitsförderung als Pflichtaufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Beitragsentlastungsgesetz, kam es zu einer Auflösung der Gesundheitsförderungsstruktur und -angebote der Kassen und zu einer Beschränkung auf krankheits- und risikenorientierte Prävention und Selbsthilfe. Dieser Kahlschlag hatte negative Signalwirkung auch über den Bereich der GKV hinaus und führte in eine Phase der Ernüchterung und Enttäuschung. Prinzipien der Gesundheitsförderung, wie die Ressourcenorientierung, überlebten teilweise im Gewand der unspezifischen Primärprävention.

Ende der 1990er-Jahre / Anfang der 2000er-Jahre gab es eine Phase der Bewegung und neuer, desillusionierter und pragmatischer Zuversicht in der Diskussion und Praxis der Gesundheitsförderung. Sie war gekennzeichnet durch verschiedene Entwicklungen, eine Vielzahl von Initiativen, Gutachten und Stellungnahmen, wie z. B. das GKV-Gesundheitsreformgesetz von 1999/2000, das Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) von 2001, den Bundesratsbeschluss von 2002, die Gründung des Kooperationsverbundes Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten 2003 (und dessen stetige Weiterentwicklung zum Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit mit immer mehr bedeutenden Partnerorganisationen) sowie die vielfältigen Entwicklungen in den diversen Handlungsfeldern und Settings / Lebenswelten. 2003 wurde der Querschnittsbereich „Prävention und Gesundheitsförderung“ als leistungsnachweispflichtiger und zu benotender Teil in den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung aufgenommen ([33], S. 449). Insgesamt entwickelte sich in diesem Zeitraum die qualifizierte Aus-und Weiterbildung in der Gesundheitsförderung und Prävention weiter. Die Public Health-Studiengänge wurden nach und nach ergänzt durch einschlägige Studiengänge an Fachhochschulen (inzwischen Hochschulen für Angewandte Wissenschaften). Nach 2000 erweiterten sich die Qualifizierungsmöglichkeiten durch den sog. Bolognaprozess mit Bachelor- und Masterstudiengängen [34] (Aus- und Weiterbildung in Gesundheitsförderung und Prävention).

Nach dem erfolglosen ersten Anlauf zu einem „Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention“ (2005) führte das Scheitern auch des zweiten Entwurfs für ein „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention“ (2007) zu einer Phase von Enttäuschung und Ernüchterung. Auch ein dritter Anlauf des BMG („Gesetz zur Förderung der Prävention“ (2013)) war erfolglos, da der Gesetzentwurf vom Bundesrat abgelehnt wurde [35], [36].

Die Jahre von 2002 bis 2015 waren somit stark geprägt durch das Warten – aber auch die Hoffnung auf ein Gesundheitsförderungs- und Präventionsgesetz, das Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta auch als Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy [29], gesamtgesellschaftliche Aufgabe und Gesundheit in allen Politikbereichen [37] (Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP)) berücksichtigen würde. Die Diskussion und die Stellungnahmen und Verbesserungsinitiativen der jeweiligen, aus dieser Sicht unvollständigen Gesetzentwürfe banden viel Energie aller Akteure und Fachkräfte der Gesundheitsförderung und Prävention.

Das im vierten Anlauf 2015 schließlich verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (siehe auch [38] (Präventionsgesetz), vgl. Abschnitt „Präventionsgesetz“) enttäuschte zwar die Erwartungen an ein umfassendes Gesetz im Sinne einer Gesundheit in allen Politikbereichen und einer entsprechenden Gesamtpolitik, bot aber immerhin verbesserte Grundlagen und enthielt beide Perspektiven, die der Gesundheitsförderung zum einen und die der Prävention zum anderen. Mit dem Gesetz wird der Versuch gemacht, der bisherigen Marginalisierung und Zersplitterung präventiver und

gesundheitsförderlicher Leistungen entgegenzuwirken ([39], S. 501). Die Phasen der Entwicklungslinien zum Konzept der Gesundheitsförderung werden in Abb. 1 gemeinsam mit relevanten Ereignissen auf einer Zeitachse dargestellt.

Die Entwicklung der Gesundheitsförderung in den anderen deutschsprachigen Ländern wird in den Leitbegriffen Gesundheitsförderung 6: Österreich [40] und Gesundheitsförderung 7: Schweiz [41] dargestellt.

Es gibt in der Bundesrepublik Deutschland keine durchgängigen, einheitlichen Strukturen wie z. B. in Staaten mit einem steuerfinanzierten nationalen Gesundheitsdienst wie Großbritannien. Die Situation ist geprägt durch die Fragmentierung der Akteure und Zuständigkeiten, die Heterogenität der Interessen, projektbezogene Ausrichtung, personelle Diskontinuitäten sowie die unzureichende Koordinierung der Handlungsebenen und Akteure ([33], S. 453), ([42], S. 2).

Bundesebene

Da Gesundheits(förderungs)politik im deutschen Gesundheitswesen überwiegend in die Zuständigkeit der Länder fällt, sind die Steuerungsmöglichkeiten auf der Ebene der Bundespolitik entsprechend eingeschränkt. Sie liegen insbesondere im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV; in SGB V), aber auch der Sozialen Pflegeversicherung (SPV; in SGB XI), der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV; in SGB VII) und der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV; in SGB VI) sowie dem Arbeitsschutz und der Arbeitslosenversicherung bzw. Arbeitsförderung. Insofern kommt dieser Gesetzgebung eine besondere Bedeutung für die Entwicklung und Finanzierung der Gesundheitsförderung und Prävention zu („Sozialversicherungssystem“) [43] (Sozialversicherungsträger im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention).

Eine Zuständigkeit für Gesundheitsförderung und Prävention wurde den Gesetzlichen Krankenkassen erstmals im Gesundheitsreformgesetz von 1989 mit dem § 20 SGB V gesetzlich zugeschrieben. Diese wurde 1996 mit dem Beitragsentlastungsgesetz wieder zurückgenommen bzw. eingeschränkt und erst seit 2000 wieder sukzessive erweitert – zuletzt 2015 mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG) [38] (Präventionsgesetz). Auf diese Entwicklungen kann hier nur auszugsweise eingegangen werden. Eine ausführliche Darstellung ist einer früheren Druckfassung dieses Leitbegriffs zu entnehmen [44].

Die politische Entscheidung, mit der Verabschiedung des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) 1989 Gesundheitsförderung und Prävention zur Pflichtleistung der Gesetzlichen Krankenkassen zu machen und einen Kooperationsauftrag der Krankenkassen bei der Durchführung der Gesundheitsförderung zu verankern (§ 20 SGB V), kann als einer der Meilensteine in der deutschen Entwicklung der Gesundheitsförderungspolitik gesehen werden. Seit Verabschiedung des GRG wurden vermehrt Programme der Gesundheitsförderung und Prävention von Krankenkassen initiiert sowie Stellen für Gesundheitsförderung (und Prävention) geschaffen [14].

Präventionsgesetz 2015

Mit dem am 17.07.2015 verabschiedeten Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention wurde nach drei gescheiterten Anläufen seit 2005 erstmals eine gesetzliche Grundlage für Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland geschaffen Präventionsgesetz.

§ 20 SGB V ist auch nach Inkrafttreten der Änderungen durch das Präventionsgesetz [38] der Rahmen für die wichtigsten Regelungen. Das Gesetz unterscheidet zwischen primärer Prävention und Gesundheitsförderung (§ 20 Abs. 1 SGB V – mit Regelungen zur individuellen Verhaltensprävention), Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§ 20a SGB V) und Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung [49] (Betriebliche Gesundheitsförderung) (§ 20b SGB V). Nach § 20a Abs. 1 SGB V sollen die Krankenkassen insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen fördern. § 14 Abs. 3 SGB VII regelt die Beteiligung der GUV an der nationalen Präventionsstrategie, die Beteiligung der GRV daran regelt § 14 Abs. 3 SGB VI. Die in den Bundesrahmenvereinbarungen verabschiedeten Ziele werden innerhalb der einzelnen Sozialversicherungssysteme spezifiziert bzw. operationalisiert (siehe unten: Abschnitt „Sozialversicherung“).

Aus Sicht des Bundes sind die von der NPK gewählten Ziele nicht messbar und daher keine geeignete Grundlage für den Nachweis von Wirksamkeit ([50], S. 12). Aus gesamtgesellschaftlicher Sicht und aus

Sicht der GKV ist es problematisch, dass weiterhin hauptsächlich die GKV und Versichertenbeiträge für eine auch und vor allem über Steuergelder zu finanzierende gesamtgesellschaftliche Aufgabe herangezogen werden. Die Rolle der öffentlichen Hand bleibt in der Ausformulierung und Umsetzung des Präventionsgesetzes hingegen unklar [43] (Sozialversicherungsträger im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention).

Lebenswelten / *Settings*

Die Gestaltung von gesundheitsfördernden Lebenswelten / Settings anstelle der Prävention einzelner Risikoverhaltensweisen [51] (Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell) ist eine Konsequenz der sozialökologischen Perspektive auf Gesundheit, die dem Gesundheitsförderungskonzept zugrunde liegt. Der Settingansatz / Lebensweltansatz war insofern seit Verabschiedung der Ottawa-Charta ein zentraler und kontinuierlich weiter entwickelter Ansatz der Gesundheitsförderung (vgl. Teil III: Gesundheitsförderung in Settings in:[53]).

Mit dem Präventionsgesetz wurde 2015 die sozialversicherungsfinanzierte Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erstmals gesetzlich gefasst: Im Sinne des § 20a SGB V sind Lebenswelten für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare Systeme, insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung, der Freizeitgestaltung und des Sports. Laut Bundesrahmenempfehlungen der NPK ([54], S. 7) zählen dazu insbesondere Kommunen, Kindertagesstätten, sonstige Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Freizeitgestaltung, allgemeinbildende und berufliche Schulen, Hochschulen, Betriebe, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen sowie Einrichtungen der ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung. Über diese Spezifizierung in den Bundesrahmenempfehlungen erlangt die im SGB V für die Gesetzliche Krankenversicherung getroffene Definition auch Bedeutung für GUV und GRV sowie für weitere Mitglieder der NPK und weitere Organisationen der Zivilgesellschaft, die sich an den Bundesrahmenempfehlungen orientieren.

Die Kommune wird in den Bundesrahmenempfehlungen als Lebenswelt von besonderer Bedeutung herausgehoben, weil sie die anderen genannten Lebenswelten umfasst und auch Menschen erreicht, die nicht über eines der anderen Settings erreicht werden können (z. B. alleinlebende ältere Menschen / arbeitslose Menschen, vgl. Ausführungen im Abschnitt „Kommunale Ebene“). Es sei eine Konzentration auf solche Lebenswelten erforderlich, in denen insbesondere auch Menschen mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen ohne Stigmatisierung erreicht werden können ([54] S. 8). Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben sollen die Krankenkassen zusammenarbeiten und „kassenübergreifende Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten“ erbringen (§ 20a Abs. 1 SGB V). Eine analoge, gemeinsame Leistungserbringung ermöglichende Soll-Bestimmung für GKV, GUV und GRV besteht hingegen nicht.

Kritisch angemerkt wird, dass im Präventionsgesetz trotz aller Fortschritte ein großer Spielraum der Aktivitäten und Ausgaben für individuelle Verhaltensprävention bleibt und „die Verhältnisse“ in den Lebenswelten demgegenüber nicht ausreichend berücksichtigt sind [38] (Präventionsgesetz). Dies erscheint insbesondere auch bezüglich der Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten als ungünstig. Isolierte, auf Individuen bezogene Maßnahmen wie Gesundheitsbildung / Aufklärung („Kurse“) sind in diesem Zusammenhang wenig erfolgsversprechend. Für den Bereich der Verhinderung kindlicher Adipositas ist dies eindrucksvoll belegt [55]. Die gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebenswelten und der sozialen Determinanten von Gesundheit erscheint dagegen weniger stigmatisierend und umfassender wirksam [56] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit), [57] (Determinanten der Gesundheit), [58].

Sozialversicherung

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) veröffentlicht systemspezifische Ziele im Leitfaden Prävention ([59], S. 20-21). Gemäß der ab dem Jahr 2026 festgelegten Ziele für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sollen u. a. die Zahl und der Anteil unterstützter kommunaler Steuerungsgremien, von erreichten Kindern und Jugendlichen in Kindertagesstätten und Schulen sowie von Angehörigen vulnerabler Zielgruppen erhöht werden. Als Ziele für die betriebliche Gesundheitsförderung werden u. a. genannt, die Zahl und den Anteil betreuter Betriebe mit Steuerungsgremium, von Klein- und Kleinstbetrieben, von Betrieben mit aktiver

Mitarbeitendenbeteiligung, von Betrieben mit hohem Anteil Beschäftigter ohne Berufsausbildung und von Betrieben mit Maßnahmen zur Stärkung des Muskel-Skelett-Systems bzw. der psychischen Gesundheit zu erhöhen.

Die GKV hat ein GKV-Bündnis für Gesundheit [60] als gemeinsame Initiative der Gesetzlichen Krankenkassen zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten gegründet. Das Bündnis fördert dabei u. a. Strukturaufbau und Vernetzungsprozesse, die Entwicklung und Erprobung gesundheitsfördernder Konzepte, insbesondere für sozial und gesundheitlich benachteiligte Zielgruppen, sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Evaluation. Die Gründung erfolgte ursprünglich im Rahmen einer durch das Präventionsgesetz initiierten Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch den GKV-Spitzenverband. Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts im Jahr 2021 wurde diese Beauftragung beendet. Die entsprechende Neufassung von § 20a Abs. 3 SGB V im Jahr 2023 sieht als Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes [61] nunmehr unter anderem vor, gemeinsame kassenartenübergreifende Handlungsfelder und Schwerpunktsetzungen zu empfehlen sowie Maßnahmen zur Unterstützung des Aufbaus und der Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen mit bundesweiter Bedeutung zu fördern. Auch soll der GKV-Spitzenverband die wissenschaftliche Evaluation gesundheitsförderlicher Konzepte entwickeln und erproben. Er erstellt dafür jährlich ein Arbeitsprogramm unter Berücksichtigung einer Stellungnahme der NPK.

Nicht nur durch die explizite Nennung von Orten der pflegerischen Versorgung als Lebenswelten, sondern auch durch den Einbezug der Sozialen Pflegeversicherung in die Nationale Präventionskonferenz, wurde der Fokus auf Prävention in der Pflege entsprechend gestärkt. Auch wurde gleichzeitig eine neue Leistung der Pflegekassen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen eingeführt (§ 5 SGB XI) [62] (Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege).

Präventionsleistungen der Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) gemäß § 14 Abs. 1 SGB VII sind unter anderem Beratung und Qualifizierung betrieblicher Akteure ([54], S. 10-11). Die Träger der Gesetzlichen Rentenversicherungen (GRV) erbringen gemäß § 14 Abs. 1 SGB VI „medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit“ für Versicherte, die „erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, welche die ausgeübte Beschäftigung gefährden“ [43] (Sozialversicherungsträger im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention).

Die Ausgaben der Sozialversicherungen für Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne der Bundesrahmenempfehlungen (Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in betrieblichen und nicht-betrieblichen Lebenswelten) sind sehr unterschiedlich hoch und reichen laut zweitem Präventionsbericht der NPK aus dem Jahr 2023 von 9,8 Mio. Euro im Falle der GRV über 537,7 Mio. Euro bei der GKV bis 1,2 Mrd. Euro im Falle der GUV (ausgewiesen jeweils für das Berichtsjahr 2021). Die Ausgaben der Unfallkassen sind demnach mehr als doppelt so hoch wie die der Krankenkassen. Die größte Entwicklung verzeichnet das System der GRV, die ihre Ausgaben seit dem ersten Präventionsbericht mehr als verdoppeln konnte (2017: 4,0 Mio. Euro). Die Ausgaben der Sozialversicherungsträger im Sinne der Bundesrahmenempfehlungen sind aber nur eingeschränkt vergleichbar, da beispielsweise die GKV hier ausschließlich die Ausgaben für erbrachte Leistungen aufführt, die GUV hingegen ausschließlich andere Kosten, z. B. Kosten für Aus- und Weiterbildung sowie Personal- und Sachkosten. Auch die Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes lässt Vergleiche nur bedingt zu, weil ihre Erhebungssystematik nicht auf die Darstellung von Ausgaben im Sinne der Bundesrahmenempfehlungen ausgerichtet ist ([63], S. 169-181).

Gesundheitsziele

Gesundheitsförderung und Prävention auf der Bundesebene hatte seit der Jahrtausendwende auch im Zusammenhang mit dem Gesundheitszieleprozess Auftrieb erhalten. Im Jahr 2000 war vom Gesundheitsministerium eine Konsensplattform zur Formulierung nationaler Gesundheitsziele eingerichtet worden [64]. Diese knüpft an nationalen und internationalen Initiativen, z. B. der WHO und einzelner deutscher Bundesländer, an. Neben Zielen mit Krankheitsbezug wurden Ziele zu Gesundheitsförderung und Prävention, zu Bevölkerungs- und Altersgruppen und zur Gesundheitskompetenz formuliert, die als Empfehlungen an die Gesundheitspolitik zu verstehen sind. Durch die Verabschiedung des Präventionsgesetzes erhielten acht der nunmehr insgesamt zehn Gesundheitsziele[65] eine neue Bedeutung, denn diese muss der GKV-Spitzenverband seitdem in seinem „Leitfaden Prävention“ berücksichtigen (§ 20 Abs. 2 SGB V).

Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)

Das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG, bis 2025 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)) [66] besteht seit 1967 und ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) [67]. Im Errichtungserlass wurde der Behörde die Koordinierung und Verstärkung der Gesundheitserziehung und -aufklärung [31] (Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung), die Erarbeitung von inhaltlichen und methodischen Grundsätzen und Richtlinien, die Aus- und Fortbildung der auf diesen Gebieten Tätigen sowie die Zusammenarbeit mit dem Ausland zugewiesen.

Besondere Aufgaben erhielt das BIÖG (bzw. vormals die BZgA) durch folgende Programme und Gesetze (in zeitlicher Reihung):

- das Aids-Sofortprogramm der Bundesregierung seit 1987 für die Aidsprävention
- die Aktionspläne „Drogen und Sucht“ der Drogenbeauftragten der Bundesregierung seit 1990 für die Suchtprävention>
- die Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz von 1992 (mit Fachaufsicht beim Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend)
- die Organspende nach dem Transplantationsgesetz von 1997
- die Blut- und Plasmaspende nach dem Transfusionsgesetz von 1998
- das Präventionsgesetz 2015 (Geschäftsstelle der NPK)
- die Nationale Aufklärungs- und Kommunikationsstrategie zu Diabetes mellitus 2016
- das „Nationale Aktionsbündnis Wiederbelebung" (NAWIB) 2016
- den Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst 2020

Seit 2007 unterstützt das Nationale Zentrum Frühe Hilfen [68] (NZFH) im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMBFSFJ, zuvor: BMFSFJ) die Fachpraxis. Träger des NZFH ist das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut e. V. (DJI). Seinen Sitz hat das NZFH im Bundesinstitut.

Weitere lebensphasenbegleitende, zielgruppenorientierte Aufklärungsfelder mit besonderer gesundheitlicher Priorität sind die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen, Ernährung-Bewegung-Stressregulation), von Frauen und Männern, von Älteren sowie von Menschen mit Migrationshintergrund. Das BIÖG nimmt auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention in seiner Aufklärungsfunktion sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben als auch Qualitätssicherungsaufgaben in seiner Clearing- und Koordinierungsfunktion wahr. In Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern werden Kampagnen zu Themenfeldern mit besonderer Priorität durchgeführt [69] (Gesundheitskommunikation). In der Qualitätssicherung erarbeitet es wissenschaftliche Grundlagen, entwickelt Leitlinien und erstellt Marktübersichten zu ausgewählten Bereichen. In diesen Bereichen werden auch Forschungsprojekte durchgeführt, Expertisen und Studien in Auftrag gegeben und veröffentlicht sowie Tagungen zu aktuellen Themen der gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitsförderung und Prävention veranstaltet [70].

In der Deutschen Demokratischen Republik (DDR, 1949 – 1990) spielten vor allem das Nationale Komitee für Gesundheitserziehung (für Empfehlungen und Konferenzen) sowie das „Deutsche Hygienemuseum in der DDR“ (für wissenschaftliche Methodologie, die Organisation der Gesundheitserziehung und Ausstellungen) eine bedeutsame Rolle (die damit verbundenen Entwicklungen sind nicht berücksichtigt in Abbildung 1) [24], [30], [31] (Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung).

Robert Koch-Institut

Das Robert Koch-Institut (RKI) [71] ist eine Behörde im Geschäftsbereich des BMG und dort die zentrale Einrichtung zur Krankheitsüberwachung und Krankheitsprävention. Es ist somit auch die zentrale Einrichtung des Bundes auf dem Gebiet der anwendungs- und maßnahmenorientierten biomedizinischen Forschung [72] (Biomedizinische Perspektive). Als seine Kernaufgaben nennt des RKI das Erkennen, Verhüten und Bekämpfen von Krankheiten, insbesondere von Infektionskrankheiten. Im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention führt das Institut ein bundesweites Gesundheitsmonitoring durch, dessen Ergebnisse in die ebenfalls vom RKI verantwortete Gesundheitsberichterstattung [73] des Bundes einfließen [74]. Das RKI berät die Politik und die Fachöffentlichkeit.

Forschungsförderung, institutionelle Förderung

Weitere Steuerungsmöglichkeiten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention hat der Bund über die Förderung von Forschung und Entwicklung. In diesem Zusammenhang werden Gesundheitsförderung und Prävention seit den 1990er-Jahren als Element interdisziplinärer gesundheitswissenschaftlicher Forschung von der Bundesregierung gefördert [75] (Gesundheitswissenschaften / Public Health). Nach der Förderung von Public-Health-Forschungsverbünden und Studiengängen (ab 1989 über ca.10 Jahre) erfolgte 2004 erstmals die Einrichtung eines eigenständigen Forschungsschwerpunktes „Primäre Prävention und Gesundheitsförderung“ durch das seinerzeitige Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Seither wird die Forschung zur Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland vorwiegend vom für Forschung zuständigen Bundesministerium gefördert. Es gibt in etwa vierjährigen Intervallen thematische Schwerpunkte vor, zuletzt Interventionsstudien für gesunde und nachhaltige Lebensbedingungen und Lebensweisen (2023-2026). Auch wenn für Deutschland keine konkreten Zahlen der Ausgaben für Forschung zur Gesundheitsförderung [76] vorliegen, muss davon ausgegangen werden, dass sie zwar seit der Jahrtausendwende deutlich gestiegen sind, im Vergleich zu den USA und Großbritannien aber geringfügig sind.

Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik wurde und wird vom Bund auch über die Beauftragung zu Gutachten und Berichten gemacht [73] (Gesundheitsberichterstattung), [77] (Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) / Health Impact Assessment (HIA)), [78] (Health Technology Assessment (HTA) / Technikfolgenabschätzung) sowie über die Initiierung und Finanzierung von Modellprojekten, von einschlägigen Kongressen, Tagungen und Gesprächen mit Expertinnen und Experten.

Der Bund hat außerdem Möglichkeiten der institutionellen Förderung (z. B. Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung – BVPG, siehe unten). Daneben gibt es in einer Perspektive der gesundheitsfördernden Gesamtpolitik [29] (Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy), [37] (Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HIAP)), ([79], S. 17-35) zahlreiche weitere gesundheitsrelevante Eingriffsmöglichkeiten der Bundespolitik, z. B. in den Bereichen Steuern und Abgaben, Einkommens-, Bildungs- und Beschäftigungs-, Städtebau- und Verkehrspolitik, Arbeitsförderung und Arbeitsschutz, Wohnen, Ernährung, Familienpolitik, gesundheitlicher Verbraucherschutz, Gesundheitsschutz [80], Umweltschutz [81] (Umweltbezogene Gesundheitsförderung), Klimawandel [82] (Klimawandel und Gesundheitsförderung) sowie Nachhaltigkeit [83] (Nachhaltige Gesundheitsförderung), [84], [85]. Auch unterstützt der Bund Forschung und Vernetzung im Bereich der globalen Gesundheit [86] (Global Health / Globale Gesundheit) bzw. planetarer Gesundheit.

Das BMG betreibt auch ein eigenes staatliches Gesundheitsportal, auf dem es qualitätsgesicherte, unabhängige und allgemein verständliche Gesundheitsinformationen anbietet [87].

Sachverständigenrat (SVR) Gesundheit und Pflege

Das BMG beruft einen Sachverständigenrat ein, dessen Aufgabe es ist, die Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege regelmäßig zu begutachten [88]. Wegweisende Bedeutung für die Diskussion und Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland hatte das Gutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001) „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“. Im ersten Band des Gutachtens (Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation) wurde die Optimierung des Gesundheitssystems durch Gesundheitsförderung und Prävention gefordert. Gesundheitsförderung wird als Ansatz der Stärkung bzw. Vermehrung der Ressourcen bezeichnet, der sich nicht nur auf Prävention beschränken lasse, sondern funktionell in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung zu verorten sei. Der Rat ging davon aus, dass Investitionen in die Krankheitsverhütung einen höheren gesundheitlichen Nutzen durch Verlängerung der Lebensdauer und Verbesserung der Lebensqualität bewirken und Einsparungen in Höhe von 25 bis 35 Prozent der Gesundheitsausgaben ermöglichen würden. Im Gutachten werden die Vielzahl der Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland beschrieben, weiterhin die fehlende Transparenz der Angebote, unbesetzte Felder und Überschneidungen sowie ein Übergewicht von individuenbezogenen gegenüber kontextbezogenen Maßnahmen.

Der Rat empfahl, sich in Zukunft stärker auf kontextbezogene Interventionen nach dem Settingansatz / Lebensweltansatz [52] zu orientieren, v. a. in den Settings Schule und Betrieb. Im Gesundheitswesen

sollten die Gesundheitsfördernden Krankenhäuser [89] (Gesundheitsförderndes Krankenhaus) in Anlehnung an Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung evaluationsgestützt weiterentwickelt werden.

Der Sachverständigenrat hat seine grundlegende Stellungnahme und Empfehlung zur Prävention und Gesundheitsförderung von 2000/2001 in der Folge erneuert, ergänzt und spezifiziert. Die Spezifizierung erfolgte in den weiteren SVR-Gutachten, die als Begründung für den Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung gesehen und genutzt werden (Auswahl):

- 2005: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen (Kapitel 4: Strategien der Primärprävention, partizipative Entwicklung gesundheitsförderlicher Settings)
- 2007: Kooperation und Verantwortung − Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung (Kapitel 6: Primärprävention in vulnerablen Gruppen)
  sowie im
- Sondergutachten 2009: Koordination und Integration − Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens (Kapitel 3.3: Programme zur nichtmedizinischen Prävention und Gesundheitsförderung)>
- Gutachten 2014: Bedarfsgerechte Versorgung − Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche (Kapitel 8.3.1: Ausbau der Gesundheitsförderung im Alter und Prävention von Pflegebedürftigkeit)
- Gutachten 2018: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung (Kapitel 12: u. a. Gesundheitskompetenz)
- Gutachten 2021: Digitalisierung für Gesundheit – Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems (Kapitel 6.3.2: Kompetenzentwicklung von Bürgerinnen und Bürgern)
- Gutachten 2023: Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen (Kapitel 4.2.1: Health in All Policies, Kapitel 5: Öffentlicher Gesundheitsdienst)

Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG)

Die BVPG [90] wurde 1954 als Bundesausschuss für gesundheitliche Volksbelehrung e. V. gegründet, hieß von 1969 bis 1992 Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e. V., von 1992 bis 2007 Bundesvereinigung für Gesundheit e. V., seither Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. Die gemeinnützige, politisch und konfessionell unabhängige Vereinigung hat (Stand April 2026) 135 Mitgliedsorganisationen, z. B. Verbände des Gesundheitswesens, Verbände der Heil- und Gesundheitsberufe sowie Bildungseinrichtungen. Auch die Landesvereinigungen für Gesundheit sind Mitglieder der BVPG. Ziel der BVPG ist, Prävention und Gesundheitsförderung nicht nur im Gesundheitswesen, sondern in allen Politik- und Lebensbereichen zu verankern. Sie hat Aufgaben der Koordination und Vernetzung im gesundheitspolitischen Bereich und einen Schwerpunkt in der Gremienarbeit. Sie entwickelt und verabschiedet Stellungnahmen (siehe dazu auch unten) und organisiert seit 2010 Statuskonferenzen zu prioritären und aktuellen Themen der Prävention und Gesundheitsförderung. Die BVPG hat durch das Präventionsgesetz neue Aufgaben bekommen. Sie organisiert das Präventionsforum der NPK (vgl. Ausführungen zum Präventionsgesetz [38]).

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Per bundesgesetzlicher Regelung wurde 2004 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gegründet [91]. Neben der objektiven Prüfung von Vor- und Nachteilen medizinischer Leistungen für Patientinnen und Patienten leistet es mit seinen Veröffentlichungen einen Beitrag zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung [92] (Gesundheitskompetenz / Health Literacy). Das IQWiG betreibt zur Aufklärung der Bevölkerung in gesundheitlichen Fragen auch ein eigenes Internetportal [93]. Das IQWiG wird aus Krankenkassenbeiträgen finanziert. Das BMG kann ihm Aufträge erteilen.

Wissenschaftsrat

Die Bundesregierung ist gemeinsam mit den Regierungen der Länder Träger des Wissenschaftsrats [94],

dessen Aufgabe es ist, übergreifende Empfehlungen zur inhaltlichen und strukturellen Entwicklung der Wissenschaft zu erarbeiten. In seinem Positionspapier hebt der Wissenschaftsrat Anfang 2026 Gesundheitsförderung und Prävention als Schlüssel für gesellschaftliches und individuelles Wohlbefinden hervor und fordert dafür generell mehr Gewicht und ein deutschlandweit übergreifendes Konzept zur systematischen bedarfsorientierten Entwicklung, Umsetzung und Evaluation. Er schlägt vor, das Nebeneinander von NPK, BVPG und Gesundheitszieleprozess aufzulösen, finanzielle Mittel bundesweit z. B. über einen Fond oder eine Stiftung zu bündeln sowie eine bessere Datenbasis für Forschung zu schaffen [95].

Länderebene

Gesundheitsministerkonferenz

Die Zuständigkeit für Gesundheits(förderungs)politik liegt in den Ländern bei den Sozial- bzw. Gesundheitsministerien (wenn vorhanden). Die Abstimmung der Länder untereinander und mit der Bundespolitik zu gesundheitlichen Fragen erfolgt insbesondere über die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) [96] und deren Entschließungen, für den Bereich der Bildung (Kindertageseinrichtungen und Schulen) auch über die Kultusministerkonferenz (KMK). Gerade vor dem Hintergrund des Health-in-All-Policies-Ansatzes sind zum Beispiel auch die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) sowie die Umweltministerkonferenz (UMK) von Bedeutung für Gesundheitsförderung und Prävention. Die GMK-Entschließung zur Gesundheitsförderung von 1991 war von grundlegender Bedeutung für die Akzeptanz und Entwicklung der Gesundheitsförderung auf der Ebene der Länder – weg vom vorherrschenden Ansatz der krankheits- und risikoorientierten Prävention hin zum neueren WHO-Konzept der Gesundheitsförderung, d. h. zu Ressourcen und zu Entstehungsfaktoren von Gesundheit [4] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen).

Die GMK war sich 1991 darin einig, dass präventive Gesundheitspolitik eine vordringliche Bedeutung gewonnen habe. Sie hielt es für erforderlich, dass die Begrenzungen der traditionellen Handlungsfelder überwunden und diese durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung ergänzt werden. Diese GMK-Entschließung wurde zum Bezugsdokument und zur Legitimationsgrundlage für die Gesundheitsförderung in den Ländern und insbesondere im Öffentlichen Gesundheitsdienst, dem sie eine besondere Verantwortung für die Gesundheitsförderung zuwies.

In zahlreichen weiteren Entschließungen seither hat sich die GMK zu Fragen und Prioritäten der Gesundheitsförderung und Prävention zustimmend und fordernd geäußert (80). Relevant ist insbesondere die nachstehende Auswahl an Beschlüssen (Tab.1):

Tab. 1: Für die Gesundheitsförderung und Prävention bedeutsame GMK-Entschließungen seit 2011 (eigene Zusammenstellung nach [96])

2011	(84. GMK):	Gesundheitsförderung und Prävention: Aufforderung an die Bundesregierung, gemeinsam mit den Ländern Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig in allen Politikfeldern und Lebensbereichen fest zu verankern
2013	(86. GMK):	Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)
2014	(87. GMK):	Gesundheitsförderung und Prävention, Unterstützung des Kommunalen Partnerprozesses „Gesund aufwachsen für alle!“

2015	(88. GMK):	Unterstützung des nationalen Gesundheitszieleprozesses, Bericht zur Umsetzung und Evaluation von gesundheitsziele.de
2016	(89. GMK):	Perspektiven zur Stärkung des ÖGD (u. a. Gesundheitsförderung und Prävention)
2018	(91. GMK):	Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) – „Der ÖGD: Public Health vor Ort“
2020	(93. GMK):	Entwurf für einen „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)“, Der Klimawandel – eine Herausforderung für das deutsche Gesundheitswesen (Klimaschutz = Gesundheitsschutz); Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes
2021 und 2022	(94. GMK) und (95. GMK):	Präventionsindikatoren der Länder
2024	(97. GMK):	ÖGD (mehrere Beschlüsse), Umwelt und Gesundheit
2025	(98. GMK):	Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung (Leitantrag)

In den Ländergesetzen zur Öffentlichen Gesundheit, die nach und nach das Vereinheitlichungsgesetz von 1934 abgelöst haben, sind Gesundheitsförderung und Prävention als wichtige Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und seiner Gesundheitsämter bzw. -dezernate gesetzlich festgelegt [97] (Öffentlicher Gesundheitsdienst und Gesundheitsförderung). In den Landesgesetzen für den ÖGD werden die meisten für kommunale Gesundheitsförderung und Prävention wichtigen Basisaufgaben den Gesundheitsämtern zugewiesen [5] (Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven).

Kooperations- und Koordinationsstrukturen

Auf Länderebene haben die Bundesländer eigene Gesundheitsstrategien, Gesetze, Programme und Gesundheitsziele verabschiedet, auch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst und zur intersektoralen Kooperation und Koordination, z. B. der Pakt für Prävention Hamburg oder die Gesundheitsstrategie „Baden-Württemberg – Gesundheit in allen Lebensbereichen".

In Nordrhein-Westfalen wurde schon 1991 eine Landesgesundheitskonferenz gegründet, die zusammen mit den kommunalen Gesundheitskonferenzen im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst verankert worden ist. Inzwischen haben sich Runde Tische, Gesundheitskonferenzen und andere Koordinationsgremien auf der Ebene der Länder und Kommunen verbreitet [98] (Gesundheitskonferenzen), [99]. Auf der Ebene der Regionen haben sich Modelle und Beispiele der integrierten regionalen Versorgung [100] (Gesundheitsförderung und Integrierte Versorgung) etabliert, bei denen Gesundheitsförderung und Prävention Teil der gesundheitlichen Gesamtversorgung einer

Bevölkerung sind. In Niedersachsen wurden (nach einer Modellphase 2011-2014) seit 2014 die Gesundheitsregionen mit inzwischen 36 Landkreisen und kreisfreien Städten aufgebaut (Stand: April 2026) [101]. In Bayern wurden seit 2015 die „Gesundheitsregionen^{plus}“ gefördert und 2024 im Bayerischen Gesundheitsdienstgesetz verankert. Ab 2027 soll es insgesamt 76 Gesundheitsregionen^{plus} geben [102], [100] (Gesundheitsförderung und Integrierte Versorgung),

Das Präventionsgesetz [38] führte ein, dass in den Ländern zwischen den Sozialversicherungsträgern und den in den Ländern zuständigen Stellen Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie geschlossen werden (§ 20f Abs. 1 SGB V). Darin sollen u. a. gemeinsame Ziele und Handlungsfelder, die Koordinierung von Leistungen zwischen den Beteiligten und Zuständigkeitsfragen geregelt werden. Bestehende Programme der Länder flossen dabei in die neuen Landesrahmenvereinbarungen ein. Verpflichtungen zu gemeinsamem Vorgehen oder Finanzierungszusagen schufen die Landesrahmenvereinbarungen jedoch nicht ([104], S. 1009), obwohl entsprechende Forderungen seitens der Fachpraxis bestanden. Auch Erwartungen bezüglich Sozialversicherungsträger-übergreifenden Fördertöpfen („Poolfinanzierung“) erfüllten sich nicht. Mit einer Neufassung von § 20a Abs. 3 SGB V wurden im Jahr 2023 Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen zur Unterstützung der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen initiiert. Damit wurde ein eher kassenspezifischer Impuls gesetzt, anstatt die gemeinsame Umsetzung durch alle beteiligten Akteure zu stärken.

Bundesrat

Der Bundesrat [105], die Länderkammer im deutschen föderativen politischen System, hatte auf Initiative des Saarlandes im Mai 2002 eine Entschließung zum Stellenwert der Prävention und Gesundheitsförderung in der Gesellschaft verabschiedet. Prävention und Gesundheitsförderung werden darin als gesamtgesellschaftliche Aufgaben bezeichnet, zu denen sich die Politik bekennen und die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen schaffen müsse.

Der Bundesrat hat sich wiederholt in diesem Sinne geäußert und in mehreren Stellungnahmen / Beschlüssen (2012/2013/2014/2015/2016/2021) ein Bundes-, Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz sowie Inhalte angemahnt, die der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe in der Planung und auch in der Finanzierung gerecht werden, d. h. über die GKV hinausgehen [105]. Es wird gefordert, den gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen zu entsprechen und über vorrangig individuen- und verhaltensbezogene Angebote hinaus gesundheitsförderliche Lebensbedingungen zu schaffen, Gesundheitsförderung und Prävention im Alltag, in den Lebenswelten zu verankern und darüber auch vulnerable und benachteiligte Gruppen zu beteiligen.

Landesvereinigungen und Landeszentralen für Gesundheit

In den Bundesländern wird Gesundheitsförderung und Prävention über die für Gesundheit zuständigen Sozial-, Bildungs-, Umwelt-, Arbeits-, Kultur- und Gesundheitsministerien / Senate gesteuert. Daneben gibt es in den meisten Bundesländern nichtstaatliche Landeszentralen und Landesvereinigungen für Gesundheit / Gesundheitsförderung unterschiedlicher Größe, die überwiegend von den Sozial- und Gesundheitsministerien finanziell gefördert werden, aber auch zunehmend Mittel über Programme und Projekte einwerben. Ihr zentraler Aufgabenbereich ist die Anregung, Unterstützung und Koordination von Gesundheitsförderung und Prävention über Veranstaltungen, Fortbildungen, Projekte und Materialien. Sie stimmen sich untereinander und mit der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG) ab. In einigen Bundesländern wurden und werden diese Aufgaben auch von (staatlichen) Landesgesundheitsämtern / Landesinstituten bzw. diesen angegliederten Landesämtern / Landeszentren für Gesundheit ausgeübt.

Die im Rahmen des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ entstandenen Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) sind in der Regel den jeweiligen Landesvereinigungen angegliedert. Sie bilden den Kern einer Unterstützungsstruktur für die soziallagenbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten. In der Regel werden die KGC paritätisch vom jeweiligen Landesgesundheitsministerium und den Gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Zusätzlich unterstützt das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) die Koordinierungsstellen [56] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit).

Kommunale Ebene

Auf der kommunalen Ebene der Politik sind die Gemeinden und Städte schon seit Mitte der 1980er-Jahre in der kommunalen Gesundheitsförderung [106] (Kommunale Gesundheitsförderung) und der Gesundheitsförderung im Öffentlichen Gesundheitsdienst [97] (Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung) aktiv. Die Abstimmung erfolgt horizontal durch kommunale oder regionale Arbeitsgemeinschaften, zum Teil auch formeller in Gesundheitskonferenzen [98]. Diese sind teilweise mit Landesgesundheitskonferenzen oder ähnlichen Kooperationsgremien vertikal verknüpft.

Der Bund hat gemeinsam mit den Ländern im Zuge der Covid-19-Pandemie [107] (Pandemiemanagement durch nicht-pharmakologische Interventionen in der COVID-19-Pandemie) im Jahr 2020 den „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)“ initiiert (siehe auch Abschnitt zum ÖGD weiter unten in diesem Leitbegriff). Im Zeitraum von 2021 bis 2026 stellen Bund und EU insgesamt 4 Milliarden Euro bereit. Damit soll der ÖGD in ganz Deutschland mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bekommen sowie modernisiert und digital vernetzt werden. Der vielerorts unterfinanzierte ÖGD erhielt dadurch eine erhebliche Unterstützung. Vielfach wurde damit der Wunsch verbunden, den ÖGD insbesondere als Akteur der Gesundheitsförderung und zur Gestaltung gesunder Lebenswelten zu stärken ([108], S. 561). Eine von vielen Akteuren erhoffte Verstetigung dieser Unterstützung unabhängig von einer Ausnahmesituation wie der Pandemie wurde vom BMG mit Verweis auf die Zuständigkeit der Länder und der angespannten Haushaltslage Anfang 2026 nicht auf den Weg gebracht [109].

Daneben wird auf der kommunalen Ebene Gesundheitsförderung und Prävention nach dem Settingansatz / Lebensweltansatz [52] umgesetzt. Kommunale Gesundheitsförderung [106] erfolgt in (gesundheitsfördernden) Kindertageseinrichtungen [110] (Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen), Schulen [111] (Gesundheitsförderung und Schule), Hochschulen [112] (Gesundheitsförderung und Hochschule), in der Gesundheitsbildung [113], an Volkshochschulen und anderen Einrichtungen der Erwachsenenbildung. Sie findet auch in Einrichtungen für gemeinschaftliches Wohnen, in der pflegerischen Versorgung sowie in Vereinen, Einrichtungen und sozialen Zusammenhängen, die im Umfeld von Familien entstehen, statt [114] (Gesundheitsförderung und Familien – Familiäre Gesundheitsförderung). Vor dem Hintergrund des Klimawandels [82] (Klimawandel und Gesundheitsförderung) ist vor allem die Klimaanpassung wichtiger Bestandteil der gesundheitsförderlichen Gestaltung kommunaler Lebenswelten (z. B. Hitzeschutz).

Schon seit 1986 hatten sich auf der kommunalen Ebene der Gesundheitsförderung auch deutsche Städte am Gesunde-Städte-Projekt der Weltgesundheitsorganisation beteiligt und wurden Mitglieder im internationalen WHO-Netzwerk Healthy Cities. Ein deutsches Gesunde Städte-Netzwerk [115] wurde 1989 eingerichtet und hat seine Mitgliederzahl bis 2026 auf 104 Städte, Kreise und Bezirke im deutschen Netzwerk steigern können (Stand März 2026) [116] (Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung).

Die GMK-Entschließung von 1991 wies der kommunalen Gesundheitsförderung eine besondere Bedeutung zu. Wichtige Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes/der Gesundheitsämter sind die Kooperation und Koordination der Akteure und Angebote, jedoch auch Aktivitäten und Projekte, die sich z. B. mit aufsuchenden Ansätzen (Zugeh-Struktur) gezielt an vulnerable, sozial benachteiligte und an Zielgruppen richten, die in soziallagenblinden Komm-Strukturen vernachlässigt werden (früher als sogenannte schwer erreichbare Zielgruppen / Gemeinschaften bezeichnet) [56] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit) und [117] (Streetwork / Aufsuchende soziale Arbeit). In vielen Kommunen sind (unter Beteiligung des ÖGD) Kooperations- und Koordinationsgremien wie Gesundheits(förderungs)konferenzen, Runde Tische, (Regionale) Arbeitsgemeinschaften oder Gesundheitsforen etc. entstanden. Die Kommunen bzw. Stadtteile sind auch das „Dachsetting“ für kleinere Lebenswelten, wie Vereine oder Nachbarschaften oder soziale Zusammenhänge, die auch durch freie Initiativen und Selbsthilfeaktivitäten [118] (Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung) entstehen können. So können in Kommunen und Quartieren auch Zugangsbarrieren für Personen vermindert werden, die noch nicht, nicht vollständig oder nicht mehr über die institutionellen Settings erreicht werden. Beispiele dafür sind Säuglinge, Kleinkinder, junge Familien sowie erwerbslose, kranke, ältere und alte Menschen [119] (Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention). Soziales Quartiersmanagement kann solche Prozesse initiieren. Hier zeigt sich, wie eng verknüpft Prozesse kommunaler Gesundheitsförderung sowie nachhaltiger bzw. sozialer Stadtentwicklung (Bundesprogramm „Sozialer Zusammenhalt“, „Neue Leipzig-Charta“) sind, die integriert verfolgt werden (siehe auch [116] (Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung), [120] (Sozialraum- und Gemeindeorientierung in der Gesundheitsförderung), [121] (Umweltgerechtigkeit)) und partizipativ ausgerichtet sein sollten [122] (Partizipation in Gesundheitsförderung und Prävention), [123].

Gesundheitsförderung im Quartier / in der Stadtentwicklung ist auch ein Leitthema des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Seit 2011 sind über den „Kommunalen Partnerprozess gesund aufwachsen für alle“ neue Entwicklungen angestoßen worden zum Auf- und

Ausbau von integrierten kommunalen Gesundheitsstrategien/Präventionsketten zur Armutsprävention und zum Aufwachsen in Wohlergehen nach dem Vorbild des Netzwerks für Familien/Dormagener Präventionskette (NRW), 2015 ausgeweitet auf alle Lebensphasen [119] (Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention).

Öffentliche Ausgaben

Die Ausgaben der öffentlichen Haushalte aller föderalen Ebenen gemeinsam – Bund, Länder und Kommunen – für Gesundheitsförderung und Prävention sind schwer zu erfassen. Die Indikatoren der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes grenzen Maßnahmen der Gesundheitsförderung nicht eindeutig von denen für Hygiene oder Umweltmonitoring ab. Die Summe der Ausgaben öffentlicher Haushalte für den Indikator „Gesundheitsförderung“, der mehr oder weniger Leistungen der Verhaltensprävention oder „primären Prävention“ umfasst und Anteile der Ausgaben für den Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie Teile der Sozialhilfe enthält, beträgt gut 1 Mrd. Euro und liegt damit deutlich unterhalb der Summe entsprechender Ausgaben der Sozialversicherungsträger (1,8 Mrd.) und etwa gleich hoch wie die der Arbeitgebenden (1 Mrd.) ([63], S. 169-181).">

Lebenslagen und Lebensphasen

Bezüglich der Lebenslagen und Lebensphasen [124] der Adressaten und Zielgruppen, für die „passgerechte“ Konzepte entwickelt werden sollen, wird seit der Jahrtausendwende insbesondere die sozioökonomisch benachteiligte Soziallage in den Blick genommen [125] (Soziale Ungleichheit und Gesundheit / Krankheit). In diesem Zusammenhang werden die Berücksichtigung und Beteiligung sozial benachteiligter und „vergessener“ Zielgruppen [126] (Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren), die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit und die Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit hervorgehoben [56] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit).

Für die Gesetzliche Krankenversicherung ist seit 2000 im § 20 SGB V festgelegt, dass ihre Leistungen insbesondere zur Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen sollen. Das Präventionsgesetz von 2015 hat neben der Verringerung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen auch das Ziel der Verminderung geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen gesetzlich festgeschrieben (§ 20,1).

Auf Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, heute: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit, BIÖG) wurde 2003 der bundesweite Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten gegründet (seit 2012: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit) [127]. Der Zusammenschluss von 77 Partnerorganisationen (Stand: April 2026) wird maßgeblich durch das Bundesinstitut getragen (Geschäftsstelle: Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.). Arbeitsschwerpunkte sind die Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen, mit erwerbslosen Menschen, älteren Menschen, queeren Menschen, Migration und Flucht sowie Stadtentwicklung / Gesundheitsförderung im Quartier. Eine zentrale Aktivität des Kooperationsverbundes ist der kommunale Partnerprozess „Gesundheit für alle“. Im kommunalen Partnerprozess werden Kommunen unterstützt und begleitet beim Auf- und Ausbau von integrierten kommunalen Strategien zur Gesundheitsförderung / Präventionsketten.

Seit der Jahrtausendwende erlangen die Lebenslagen von Menschen mit chronischen Erkrankungen und die Gesundheitsinformation, -beratung und -bildung für Patienten und Patientinnen größere Aufmerksamkeit [128] (Patientenberatung / Patientenedukation).

Mit dem Konzept der Lebenslagen eng verwandt ist das Konzept der Verwirklichungschancen, das seit einigen Jahren in Deutschland rezipiert und auf Umsetzungsmöglichkeiten hin überprüft wird [129] (Verwirklichungschancen / Capability Konzept).

In Bezug auf adressierte Lebensphasen lässt sich seit Längerem für die WHO/UN und viele Institutionen und Strategien in Deutschland ein lebensphasenbegleitender Ansatz („Lebensverlaufsansatz“) sowie seit 2016 eine Orientierung an Ziel 3 für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals, SDGs: „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters“) beobachten. Hier gibt es einen zunehmenden Fokus auf die beiden Enden der Lebensverlaufskurve: Schwangerschaft, Geburt und Kindheit einerseits und das Alter(n) andererseits [130] (Gesundheitsförderung im Kindesalter), [131] (Gesundheitsförderung und Prävention im Alter), (Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention), ([132], S. 28), [133], [134]. Die zunehmende Einsicht in die Bedeutung möglichst früher Interventionen und des Einbezugs der Eltern und Familien führte zum Auf-

und Ausbau der Frühen Hilfen [68] (Frühe Hilfen) sowie zu verstärkten Aktivitäten und Verknüpfungen mit Kinderschutz und Prävention-Gesundheitsförderung [135]. Sowohl auf der Bundes- als auch der Länderebene gibt es in diesem Zusammenhang Strategien, Programme und Projekte sowie Gesundheitsziele zum „gesunden Aufwachsen“ und zum „gesunden Aufwachsen für alle“. Von besonderer Bedeutung war und ist hier der 2009 erschienene „13. Kinder- und Jugendbericht: Mehr Chancen für ein gesundes Aufwachsen“ der Bundesregierung, der einen ersten systematischen Brückenschlag zwischen Jugendhilfe und Gesundheitsförderung vornimmt und Empfehlungen für den Beitrag der Kinder- und Jugendhilfe zu gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung formuliert [136].

Verstärkt durch die demografische Entwicklung wird seit dem Ende des letzten Jahrtausends auch vermehrt auf die Notwendigkeit und Möglichkeit des „gesunden Alterns“ und der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter [131] hingewiesen. Es wurden mittlerweile einschlägige Programme und Projekte entwickelt und Ziele konsentiert, z. B. das Nationale Gesundheitsziel: „Gesund älter werden“ und Aktivitäten des BIÖG zu „Gesund und aktiv älter werden“.

Zunehmend wird auch die Bedeutung einer förderlichen Gestaltung der Übergänge im Lebensverlauf erkannt. Um gelingende Transitionen zu ermöglichen, wurde die Entwicklung von Präventionsketten / Integrierten kommunalen Gesundheitsstrategien [119] (Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention) vorangetrieben. Für den kommunalen Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle“ wurden im Herbst 2015 die Ausweitung auf alle Lebensphasen und die Umbenennung in „Gesundheit für alle“ beschlossen.

Der Verknüpfung von Lebensphasen und Lebenslagen dienen auch integrative Ansätze wie die „Generationenfreundlichkeit“, „Barrierefreiheit“ und „Walkability“ von Kommunen. An einer Lebensverlaufs- und Generationenperspektive orientieren sich auch die von der Nationalen Präventionskonferenz verabschiedeten gemeinsamen Ziele „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ und „Gesund im Alter“. Die gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebenswelten nach dem Settingansatz der Gesundheitsförderung und Prävention ergibt sich aus dem sozialökologischen Gesundheitsverständnis und der Orientierung an den Determinanten der Gesundheit [57]. Sie gehört zum konzeptionellen Kern des Gesundheitsförderungskonzepts [4] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen). Lebensweltorientierte Gesundheitsförderung und Prävention nach dem Settingansatz hat sich verbreitet, insbesondere im Zusammenhang mit der besonderen Eignung zur Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit. Der Settingansatz ist ein Kriterium guter Praxis („Good Practice“) der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention. Er wird daher auch im Leitfaden Prävention der GKV besonders hervorgehoben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass zwischen der Gestaltung eines „gesundheitsförderlichen Settings“ und der weniger anspruchsvollen „Gesundheitsförderung und Prävention im Setting/in der Lebenswelt“ zu unterscheiden ist [52] (Settingansatz / Lebensweltansatz).

Handlungsbereiche und prioritäre Themen

Bei der themen- bzw. gesundheitsproblemorientierten Gesundheitsförderung standen seit Ende der 1980er-Jahre, in Überschneidung mit der Primärprävention [6] (Prävention und Krankheitsprävention), Themen der Abhängigkeit/Sucht im Vordergrund (z. B. die BZgA-Kampagne „Kinder stark machen“) sowie HIV / sexuell übertragbare Krankheiten, sexualpädagogische Themen und die sexuelle und reproduktive Gesundheit. Zunächst oft isolierte Angebote zu gesunden Lebensweisen, z. B. Ernährung, Bewegung, Nichtrauchen und Entspannung / Stressbewältigung, wurden zunehmend zu mehrdimensionalen (multifaktoriellen) Gesamtangeboten gebündelt und integriert. Während anfangs individuelle Verhaltensänderung im Mittelpunkt stand, hat sich zunehmend (aber nicht durchgängig) die Einsicht verbreitet, dass diese Angebote Verhaltens- und Verhältnisprävention, Ressourcen und Risiken kombinieren bzw. im Alltag der Lebenswelt / dem Setting verankert werden müssen, um wirksam und nachhaltig zu sein.

Angesichts der Zunahme der nichtübertragbaren Erkrankungen (Noncommunicable Diseases/NCDs) und chronischen Krankheiten, werden Risiken wie Tabak, Bewegungsmangel, (Fehl-)Ernährung, Übergewicht und Adipositas sowie Stressreduktion vermehrt adressiert. Den Einflussfaktoren Ernährung und Bewegung wird auf allen Ebenen der Politik und Lebenswelten sowie in entsprechenden gesundheitspolitischen Entschließungen eine prioritäre Bedeutung beigemessen. Seit 2008 werden mit dem ressortübergreifenden nationalen Aktionsplan „IN FORM“ – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ [137] – von Bundesernährungsministerium und

Bundesgesundheitsministerium – bundesweit Projekte unterstützt. „IN FORM“ ist Teil der 2024 verabschiedeten Ernährungsstrategie der Bundesregierung. Ernährung, Bewegung und Lebenskompetenz stehen auch im Zentrum des Nationalen Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“.

Programme und Projekte zur Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung und Resilienz haben sich in kaum überschaubarer Zahl, insbesondere in Kindertageseinrichtungen und Schulen, aber auch in Betrieben, verbreitet. Diese Programme und Projekte sind zunehmend interdisziplinär und multifaktoriell als integrierte Konzepte in Lebenswelten angelegt. Es gibt aber immer noch unverbundene, nicht abgestimmte verhaltensbezogene Einzelaktivitäten einzelner Akteure. Daraus ergibt sich eine unübersichtliche und oft überfordernde Vielzahl von möglichen Programmen und Projekten, die zu einer „Präventionsmüdigkeit“ beigetragen können. Inselartige und parallele Lösungen beinhalten auch die Gefahr der „Projektitis“ und der fehlenden nachhaltigen Wirkung.

Der AOK Bundesverband und das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) haben 2025 erstmals den „Public Health Index“ veröffentlicht, der den Umsetzungsstand wissenschaftlich empfohlener Präventionsmaßnahmen in 18 Staaten in Nord- und Zentraleuropa miteinander vergleicht. Dieser nimmt die Handlungsfelder Tabak, Alkohol, Ernährung und Bewegung in den Blick. Deutschland belegt in diesem Ranking – wie auch Österreich und die Schweiz – einen der letzten Plätze. Der Index will insbesondere der Politik Schwachstellen und Verbesserungspotentiale zur Gesundheitsförderung und Prävention aufzeigen. Geplant ist ein zweijähriger Veröffentlichungsrhythmus [138].

In einem 2026 gemeinsam von Bundesärztekammer, BVPG und dem Forum Gesundheitsziele veröffentlichten Papier fordern diese insbesondere die gesundheitsorientierte Besteuerung von Tabak, Alkohol und stark zuckerhaltigen Produkten, die Einschränkung von Werbung und Sponsoring, insbesondere zum Schutz von Kindern und Jugendlichen, klare und verständliche Produktkennzeichnungen sowie die weitere Regulierung von Verfügbarkeit und Verkaufsbedingungen [139]. Ähnlich lauten die Forderungen eines im gleichen Jahr vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes verabschiedeten Positionspapiers [140]. Beide Papiere fordern auch die Verankerung von Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies [37].

Das Thema Seelische / Psychische Gesundheit (Mental Health) tritt in Deutschland erst seit Ende der 1990er-Jahre verstärkt in das Bewusstsein als Handlungsfeld von Prävention und Gesundheitsförderung. Die Prävention psychischer Störungen und die Förderung psychischer Gesundheit ist Ziel des Aktionsbündnisses für Seelische Gesundheit, dessen Arbeit seit 2008 vom BMG gefördert wird und das insbesondere auch der Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen entgegenwirkt. Das Thema hat spätestens seit Beginn der 2010er Jahre deutlich an Bedeutung gewonnen – nicht zuletzt auch aufgrund signifikanter Steigerung von Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen ([141], S. 341), [142] (Achtsamkeit und Gesundheitsförderung), [143] (Wohlbefinden / Well-Being), [144] (Psychosomatische Perspektive). Seit der COVID-19-Pandemie ist offenkundig, dass die Prävention pandemiebedingter psychischer Belastungen wichtiger Teil der Vorbereitung auf kommende Pandemien sein muss ([108], S. 561). Dieser Bedarf besteht insbesondere für Kinder und Jugendliche [145]. Seit Beginn der 2020er-Jahre verfolgt die Bundesregierung mit ihrer „Strategie gegen Einsamkeit“ unter anderem das Ziel, Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention verstärkt auf von Einsamkeit bedrohte Menschen auszurichten, um negativen Auswirkungen fehlender sozialer Kontakte für die psychische Gesundheit entgegenzuwirken [146].

Die Reduktion psychischer Belastungen und Förderung der Resilienz [147] (Resilienz und Schutzfaktoren) ist über die persönliche Ebene von Schutzfaktoren hinaus auch ein immer bedeutenderes Ziel der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie von Programmen der Erziehung und Bildung in Kindertageseinrichtungen und Schulen. Zunehmende Bedeutung und Aufmerksamkeit erhält auch die Widerstandsfähigkeit von sozialräumlichen Gemeinschaften, Städten, Gemeinden (Community Resilience) gegenüber außergewöhnlich belastenden Ereignissen (Pandemien, katastrophalen Wetterereignissen, militärischen Bedrohungslagen etc.) [148] (Resilienz von Gemeinschaften, Städten und Gemeinwesen / Community Resilience 1: Hintergründe, Verständnis und Modelle), [149] (Resilienz von Gemeinschaften, Städten und Gemeinwesen / Community Resilience 2: Resilienzförderung). Im internationalen/globalen Rahmen der Gesundheitsförderung wird schon länger auch die Resilienz von Gesundheitssystemen als Herausforderung betont, so im 2012 verabschiedeten Papier „Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert: „Gesundheit 2020“ und in der „9. Globalen Konferenz zur Gesundheitsförderung : Gesundheitsförderung in den Zielen zur nachhaltigen Entwicklung, Gesundheit für alle und alle für Gesundheit“ in Shanghai im Jahr 2016 [2] (Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa).

Klimaanpassung – also die Reaktion auf durch den Klimawandel entstehende Herausforderungen – ist ein wichtiger Aspekt der Gestaltung resilienter Strukturen. Der Klimawandel ist eine bedeutsame

Determinante von Gesundheitschancen und es gibt beträchtliche Synergien zwischen Klimaschutz und Gesundheitsförderung [82] (Klimawandel und Gesundheitsförderung). Die Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG) [150] ist Motor für gesellschaftliche Diskurse zu diesen Themen und kooperiert mit anderen Akteuren.

Seit Mitte der 2010er-Jahre wird die Notwendigkeit der Stärkung von Gesundheitskompetenz / Health Literacy [92] als Ressource für gesundheitsbezogene Entscheidungen und als Grundlage für Selbstbestimmung und Teilhabe verstärkt diskutiert; ergänzt und erweitert um die Perspektive Organisationale Gesundheitskompetenz [151] sowie die Fähigkeiten von Gesundheitsprofessionellen [152] (Professionelle Gesundheitskompetenz), [153], [154].

Querschnitts- und Qualitätsaspekte, Evaluation und Evidenzbasierung

Als Querschnitts- und Qualitätsaspekt der Gesundheitsförderung, der für alle Settings, Lebensphasen und Gesundheitsprobleme und -themen gilt, hat sich die Differenzsensibilität entwickelt, insbesondere die Gendersensibilität und die ethnisch-kulturelle Sensibilität, aber auch zunehmend die Berücksichtigung der sozialen Lage, des Alters, von Behinderungen, der sexuellen Orientierung, sowie die Verknüpfungen der verschiedenen Diversitätsdimensionen / Intersektionalität [155] (Diversity und Diversity Management / Vielfalt gestalten), [156] (Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming), [157] (Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund), [56] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit), [158] (Inklusion und Gesundheitsförderung).

Seit den 1980er-Jahren widmen sich Fachkreise verstärkt dem Thema Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention [159] (Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement). Seit Beginn der 2000er-Jahre entstanden Forderungen nach qualifizierter Evaluation [160], die bis heute nicht durchgängig selbstverständlich ist.

Besonders herausfordernd ist die Wirksamkeitsmessung komplexer Interventionen, wie sie insbesondere für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten grundlegend sind. Komplexe Interventionen erfordern angemessene Ansätze der Evaluation, die über die in der Medizin entwickelten Konzepte hinausgehen. Die Konzepte und Praxis der Evidenzbasierung werden in den Leitbegriffen Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 1: Verständnis [161] und Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 2: Umsetzung [162] detailliert erläutert [163], [164].

Für den Bereich der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung wurden seit 2003 (im Rahmen des Beratenden Arbeitskreises des Kooperationsverbundes gesundheitliche Chancengleichheit) zwölf „Kriterien guter Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (inzwischen: „Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung“) entwickelt, die weite Verbreitung in der Praxis gefunden haben [56] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit, [165].

„Gesundheitsförderung Schweiz“ hat ein Best Practice-Konzept der Gesundheitsförderung entwickelt. Good Practice und Best Practice stehen dabei nicht in einer Rangfolge oder Wertigkeit zueinander, sondern ergänzen einander [166] (Good Practice / Best Practice in der Gesundheitsförderung).

Im Konzept der wirkungsorientierten Gesundheitsförderung und Prävention wird das Ziel unterstützt, soziallagenbezogene Interventionen systematisch auf das Erreichen konkreter Wirkungen auszurichten und diese Wirkungen zu belegen [167] (Wirkungsorientierung in Gesundheitsförderung und Prävention).

Für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) fügt das Präventionsgesetz (2015) den schon seit 1999 in das SGB V aufgenommenen Qualitätsanforderungen weitere hinzu. Zentrales Dokument für die Qualitätssicherung in der Primärprävention und Gesundheitsförderung ist der erstmals 2003 vorgelegte und regelmäßig aktualisierte Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes [59]. Der in seinem Aufbau ähnliche „Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ wurde erstmals 2016 erstellt [168]. Beide Leitfäden legen Kriterien für die Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention fest.

Die Ergebnisse des Kooperations- und Forschungsprojekts Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität (2014-2015) sind für die Umsetzung des Präventionsgesetzes weiterhin von Bedeutung [169]. Der Bericht zeigt auf, dass Kindertageseinrichtungen, Schulen und die Pflege auch über umfassende Qualitätsmanagementsysteme verfügen, die auf gesetzlichen Vorgaben

beruhen und mit Qualitätsanforderungen an Gesundheitsförderung und Prävention unbedingt kombiniert werden müssen. Akteurs- und systemübergreifende Kooperation gilt als Schlüssel für erfolgreiche Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Gerade die Wirkung intersektoraler Kooperation muss also in den Blick genommen werden [170].

Als wichtiger Zusammenschluss insbesondere wissenschaftlicher Akteure im Themenfeld Gesundheitsförderung und Prävention hat sich das Zukunftsforum Public Health [171] etabliert, das die evidenzbasierte Erarbeitung einer an internationalen Standards orientierten Public Health-Strategie für Deutschland zum Ziel hat. Es thematisiert unter anderem die Verbesserung öffentlicher Strukturen sowie der Verfügbarkeit relevanter Daten für Gesundheitsförderung und Prävention. Das Zukunftsforum hat seine Geschäftsstelle beim Robert Koch-Institut.

Stiftungen

Qualitätsentwicklung für Gesundheitsförderung und Prävention ist neben der Förderung innovativer Ansätze zunehmend auch das Ziel von bundesweit, landesweit oder regional aktiven Stiftungen. Sie treten als Auftraggeber von Studien, Interventionsprogrammen oder Modellprojekten auf und finanzieren diese mit z. T. erheblichen Beträgen. Dies betrifft insbesondere den Bereich Gesundheit(sförderung) und Prävention in Kindheit und Jugend und die Settings Kindertageseinrichtungen und Schule [13] (Finanzierung der Gesundheitsförderung). Dieses Engagement der Stiftungen zur Förderung von Innovationen und als Themenanwalt ist im Rahmen einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung der Zivilgesellschaft zu begrüßen – kritisch betrachtet wird der damit verbundene und weder demokratisch legitimierte noch rechenschaftspflichtige Einfluss von Unternehmen bzw. großem finanziellem Vermögen [172].

Bewertung und Ausblick

Die stark zusammengefasste und dennoch sehr umfangreiche Darstellung der vielfältigen Aktivitäten der zahlreichen Akteure auf den verschiedenen Ebenen der Gesundheitsförderung in Deutschland macht deutlich, dass es inzwischen ein beachtliches Engagement auf allen Ebenen und in vielen Handlungsfeldern gibt. Es wird jedoch auch deutlich, dass die vielen Aktivitäten oft noch nicht abgestimmt und schwer zu überschauen sind. Die Schwächen des deutschen Gesundheitswesens, die wenig systematische Prioritätensetzung und Planung, fehlende Transparenz, fehlende Vernetzung und Koordination der vielen Akteure und Angebote sowie das damit verknüpfte Vorhandensein von Versorgungslücken und -überschneidungen gelten auch für dessen Teilbereiche der Gesundheitsförderung und Prävention. Was auffällt, ist ein Anwachsen der Setting-/Lebensweltprojekte und -netzwerke der Gesundheitsförderung. Dies ist eine erfreuliche Entwicklung. Es ist aber insofern problematisch, als Projekte immer zeitlich begrenzt sind. Somit erfolgt die Finanzierung der Gesundheitsförderung in Deutschland trotz vieler Fortschritte noch häufig vorübergehend, weil einzelprojektbezogen, wenn auch vermehrt versucht wird, nachhaltiger zu intervenieren und zu finanzieren. Erfreulicherweise gibt es in einigen Bereichen vermehrte Programm- und Akteurskoalitionen und Kooperationsverbünde. Hier scheint es ansatzweise zu gelingen, auch neue Partnerschaften zu bilden und Gesundheitsförderung über Programme umfassender und längerfristig zu fördern.

Insgesamt ist es jedoch bisher trotz partieller Fortschritte durch das Präventionsgesetz von 2015 nicht gelungen, eine nachhaltige Finanzierung der Gesundheitsförderung im umfassenden, über die Sozialversicherung hinausreichenden Sinn aufzubauen. Es besteht weiterhin ein starkes Missverhältnis zwischen (unverbindlichen) Diskussionsrunden und -foren sowie deren Stellungnahmen und Entschließungen etc., in denen in bemerkenswerter Übereinstimmung der Ausbau der Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe und HiAP-Ansatz befürwortet wird, und der tatsächlich vorhandenen Infrastruktur und Finanzierung. Der Anteil der Ausgaben für Gesundheitsförderung an den öffentlichen Gesamtausgaben für Gesundheit ist weiter verschwindend gering. Kommerzielle Angebote der Gesundheitsförderung nehmen zu – und damit die private Finanzierung. Viele der vorhandenen Netzwerke und Arbeitsgemeinschaften / Vereinigungen haben keinen politischen Auftrag und verfügen nicht über die nötigen Ressourcen. Es gibt im Gesundheits- und Sozialwesen eine gestärkte Grundorientierung im Sinne von Gesundheitsförderung und Prävention, ein prägender Charakter kann dieser aber noch nicht attestiert werden ([108], S. 560).

Es fällt auf, dass die Diskussion über Gesundheitsförderung in vielen Fällen im Windschatten der politisch leichter vermittelbaren Prävention mitgeführt wird. Teilweise ist Gesundheitsförderung als der ressourcenorientierte Teil einer „modernen“ Prävention stillschweigend mitgemeint, wenn davon gesprochen wird, die Prävention in Deutschland auf- und auszubauen. Manchmal geht sie jedoch auch

neben der Prävention verloren. Die Entwicklung seit 2000 ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl unterschiedlicher Initiativen, die alle den Ausbau der Gesundheitsförderung und v. a. der Prävention in Deutschland befürworten. Sie stimmen auch darin überein, dass Gesundheitsförderung und Prävention nicht allein an die Gesetzliche Krankenversicherung bzw. seit 2016 die Sozialversicherung mit ihren eingeschränkten Möglichkeiten delegiert werden kann, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und eine Aufgabe aller Politikbereiche ist, für die über eine gesetzliche Regelung geeignete Rahmenbedingungen und Finanzierungswege zur Verfügung gestellt werden müssen.

Mit dem Präventionsgesetz von 2015 wurde nach mehreren gescheiterten Anläufen erstmals eine gesetzliche Grundlage für Gesundheitsförderung und Prävention geschaffen und der Aufbau einer Kooperations- und Koordinierungsstruktur vorgesehen (Nationale Präventionsstrategie, Nationale Präventionskonferenz, Präventionsbericht, Einigung auf Gesundheitsziele). Das Gesetz fokussiert weiterhin auf die GKV, bezieht aber in geringem Umfang erstmals auch weitere Sozialversicherungszweige ein. SPV, GUV und GRV sowie der Arbeitsschutz wurden adressiert, ohne auch diesen gleichermaßen Mindestausgaben gesetzlich vorzuschreiben, was zumindest unter den Sozialversicherungsträgern für Augenhöhe gesorgt hätte. Die Beteiligung weiterer Akteure ist noch unverbindlicher – damit bleibt das Gesetz sozialversicherungszentriert und entspricht insofern nicht den Anforderungen an Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe und der Health in All Policies / Health for All-Strategie. Dennoch stellt das Gesetz einen Fortschritt dar und bietet neue Chancen, Perspektiven und finanzielle Ressourcen für eine verbesserte Zielorientierung und Koordination von wichtigen Akteuren. Inwieweit diese realisiert werden, Gesundheitsförderung und Prävention tatsächlich in den Lebenswelten ankommen und gesundheitliche Ungleichheiten vermindert werden, ist leider auch nach Erscheinen der beiden ersten Präventionsberichte der NPK weiter offen. Eine notwendige Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes steht aus. Die Gesamtsituation der Gesundheitsförderung und Prävention ist weiter geprägt durch die Fragmentierung der Akteure und Zuständigkeiten, die Heterogenität der Interessen sowie die unzureichende Koordinierung der Handlungsebenen und Akteure. Gesundheitliche Chancengleichheit und die Notwendigkeit der Bekämpfung der gesundheitlichen Ungleichheit als Voraussetzung der Gesundheit für alle durch Gesundheit in allen Politikbereichen (Health for all – Health in all policies) ist zu einem Schwerpunkt und Ziel vieler Akteure, Programme und Initiativen geworden. Sie erfordert eine an den sozialen und politischen Determinanten der Gesundheit [57] orientierte Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy [29] und Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP) [37]. Dies zeigen nicht zuletzt die Erfahrungen der COVID-19-Pandemie und des Klimawandels, die auf gesundheitliche Ungleichheit noch verstärkend wirken. Die Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention wären nur dann verbessert, wenn sie in der Lage sind, solche Effekte zu mindern.

Eine Gesamtstrategie für Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche intersektorale Aufgabe in allen Politikbereichen im Sinne von Health in and for All Policies steht in Deutschland weiterhin als offener Punkt auf der Tagesordnung [45], [173], [108], [42].

References

1. 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
2. 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
3. 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
4. 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
5. Kaba-Schönstein L, Trojan A. Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I054-1.0

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
7. Hurrelmann K, Richter M, Stock S, editors. Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. 6th ed. Bern: Hogrefe; 2024. DOI:10.1024/86350-000
8. Rosenbrock R, Gerlinger T. Gesundheitspolitik: eine systemische Einführung. 4th ed. Göttingen: Hogrefe; 2024. DOI:10.1024/85968-000
9. Schwartz FW, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Busse R, Amelung VE, Dierks ML, editors. Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen. 4th ed. München: Elsevier; 2023.
10. Tiemann M, Mohokum M. Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer; 2021.
11. Altgeld T. Prävention. Eine Spielwiese für Einzelaktivitäten heterogener Akteure? Gesundheit und Gesellschaft - Wissenschaft. 2012;12(2):7–15.
12. Blümel S, Plaumann M. Akteure und Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I001-3.0
13. 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
14. Wanek V, Schreiner-Kürten K. Bedeutung und Rolle der Krankenkassen in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Tiemann M, Mohokum M, editors. Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer; 2019. p. 1–19. DOI:10.1007/978-3-662-55793-8_9-1
15. Kaba-Schönstein L, Trojan A. Historische Perspektiven der Gesundheitsförderung. In: Die Perspektive(n) der Gesundheitsförderung. Weinheim: Beltz; 2019. p. 30–46.
16. Stöckel S, Walter U. Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. In: Stöckel S, Walter U, editors. Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Weinheim: Juventa; 2002. p. 11–25.
17. Walter U, Stöckel S. Prävention und ihre Gestaltung vom Kaiserreich bis zur Jahrtausendwende. In: Stöckel S, Walter U, editors. Prävention im 20. Jahrhundert - Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Weinheim: Juventa; 2002. p. 273–299.
18. Labisch A, Woelk W. Geschichte der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann K, Razum O, editors. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2016. p. 55–98.
19. Leanza M. Die Zeit der Prävention: eine Genealogie. 1st ed. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft; 2017. DOI:10.5771/9783845292496
20. Schleiermacher S. Von sozialer Medizin über Sozialhygiene und Sozialmedizin zu Public Health. In: Schwartz FW, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Busse R, Amelung V, Dierks ML, editors. Public Health. München: Elsevier; 2022. p. 41–46.
21. Eckart WU. Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. 9th ed. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2021. DOI:10.1007/978-3-662-63425-7
22. Eckart WU. Die Vision vom „gesunden Volkskörper“. Seuchenprophylaxe, Sozialhygiene und Rassenhygiene in Deutschland zwischen Kaiserreich und Nationalsozialismus. In: Hauptsache gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation. Eine Publikation des Deutschen Hygiene-Museums, Dresden und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Marburg: Jonas; 1998. p. 34–47.
23. Niehoff JU. "Sozialismus ist die beste Prophylaxe“? Anmerkungen zum Präventionsdiskurs in der DDR. In: Hauptsache gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation. Eine Publikation des Deutschen Hygiene-Museums, Dresden und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. Marburg: Jonas; 1998. p. 180–201.
24. Ewert G. Organisation und Praxis der Prävention in der Deutschen Demokratischen Republik. In: Elkeles T, Niehoff JU, Rosenbrock R, Schneider F, editors. Prävention und Prophylaxe: Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949 - 1990. Berlin: Sigma; 1991. p. 107–127.
25. Gesundheit und Gesundheitsversorgung in der DDR. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung;

2022 [accessed 2026 Apr 10]. Available from: https://www.bpb.de/themen/deutsche-einheit/lange-wege-der-deutschen-einheit/505032/gesundheit-und-gesundheitsversorgung-in-der-ddr/

26. Niehoff JU, Schrader RR. Gesundheitsleitbilder - Absichten und Realitäten in der Deutschen Demokratischen Republik. In: Elkeles T, Niehoff JU, Rosenbrock R, Schneider F. Prävention und Prophylaxe: Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949 - 1990. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, editor. Berlin: Ed. Sigma; 1991. S. 51–74.
27. WHO-Regionalbüro für Europa. Über WHO/Europa. 2025 [accessed 2025 Dec 5]. Available from: https://www.who.int/europe/de/about-us/about-who-europe
28. Brandes S, Stark W. Empowerment/Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I10-3.0
29. 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
30. Vogel K, Bexte P, Deutsches Hygiene-Museum, Stiftung Deutsches Hygiene-Museum, editors. Das Deutsche Hygiene-Museum Dresden: 1911 bis 1990. Dresden: Michel Sandstein Verlag; 2003.
31. Spura A. Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I024-2.0
32. Altgeld T, Kickbusch I. Gesundheitsförderung. In: Schwartz FW, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Busse R, Amelung V, Dierks ML, editors. Public Health, Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Elsevier; 2022. p. 323–335.
33. Plaumann M, Schwartz FW, Walter U. Prävention und Gesundheitsförderung. In: Schwartz FW, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Busse R, Amelung V, Dierks ML, editors. Public Health. Elsevier; 2022. p. 433–453. DOI:10.1016/B978-3-437-22262-7.00034-X
34. 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
35. Geene R, Reese M. Handbuch Präventionsgesetz: Neuregelungen der Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main: Mabuse; 2017. DOI:10.5771/9783863213763
36. Altgeld T. Entstehung und Wirkung des Präventionsgesetzes. In: Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe; 2024. p. 521–534.
37. Köckler H, Geene R. Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I157-1.0
38. 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
39. Mosebach K, Schwartz FW, Walter U. Gesundheitspolitische Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen des nationalen Präventionsgesetzes. In: Hurrelmann K, Richter M, Stock S, editors. Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Göttingen: Hogrefe; 2024. p. 497–519.
40. 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
41. 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
42. Zeeb H, Loss J, Starke D, Altgeld T, Moebus S, Geffert K, Gerhardus A. Public health in Germany: structures, dynamics, and ways forward. Lancet Public Health. 2025 Apr;10(4):e333–42. DOI:10.1016/S2468-2667(25)00033-7
43. Gerlinger T. Sozialversicherungsträger im Handlungsfeld 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-I135-1.0

44. Kaba-Schönstein L, Trojan A. Gesundheitsförderung 5: Deutschland. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Ergänzungsband. 1st ed. Hamburg; 2016. p. 85–116.
45. Mosebach K, Walter U. Gesundheitspolitische Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung: analytische Grundlagen und normative Orientierungen gesellschaftlicher Mehrfachsteuerung. In: Tiemann M, Mohokum M, editors. Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer; 2019. p. 1–15. DOI:10.1007/978-3-662-55793-8_22-1
46. Wanek V, Schreiner-Kürten K. Präventionsgesetzgebung. In: Tiemann M, Mohokum M, editors. Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer; 2021. p. 95–106. DOI:10.1007/978-3-662-62426-5_21
47. Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PrävG) vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368-1379).
48. Die Nationale Präventionskonferenz. 2025 [accessed 2025 Dec 5]. Available from: https://www.npk-info.de/
49. Hartung S, Faller G. Betriebliche 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-I042-3.0
50. Deutscher Bundestag. Erster Bericht der Nationalen Präventionskonferenz über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention (Erster Präventionsbericht) mit Stellungnahme der Bundesregierung. Berlin; 2021 [accessed 2026 Apr 10]. Available from: https://dserver.bundestag.de/btd/19/261/1926140.pdf
51. Sperlich S, Franzkowiak P. Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I102-3.0
52. 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
53. Naidoo J, Wills J. Lehrbuch Gesundheitsförderung. 3rd ed. Bern: Hogrefe; 2019.
54. Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz. Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V. 2025 [accessed 2026 Apr 10]. Available from: https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/1_bundesrahmenempfehlung/Bundesrahmenempfehlunge_BRE_Weiterentwicklung_2025.pdf
55. Hunter KE, Nguyen D, Libesman S, Williams JG, Aberoumand M, Aagerup J, Johnson BJ, Golley RK, Barba A, Sotiropoulos JX, Shrestha N, Palacios T, Pryde SJ, Wolfenden L, Taylor RW, Godolphin PJ, Matvienko-Sikar K, Sanders LM, Robledo KP, Brown V, Wood CT, Taki S, Yin HS, Hayes AJ, O'Connor DA, Smith W, Espinoza DE, Askie L, Chadwick PM, Rissel C, Webster AC, Hesketh KD, Bryant M, Thomson JL, Lakshman R, Fiks AG, Helle C, Odar Stough C, Ong KK, Perrin EM, Karssen L, Larsen JK, Linares AM, Messito MJ, Wen LM, Oken E, Øverby NC, Palacios C, Paul IM, Rasmussen FE, Reifsnider EA, Rothman RL, Byrne RA, Rybak TM, Salvy SJ, Wasser HM, Thompson AL, Ghaderi A, Taylor BJ, Maffeis C, Xu H, Savage JS, Joshipura KJ, De La Haye K, Røed M, Copsey B, Golova N, Gross RS, Anzman-Frasca S, Banna J, Baur LA, Seidler AL. Parent-focused behavioural interventions for the prevention of early childhood obesity (TOPCHILD): a systematic review and individual participant data meta-analysis. Lancet. 2025 Sep;406(10509):1235–54. DOI:10.1016/S0140-6736(25)01144-4
56. 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
57. 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
58. Birgel V, Röding D, Reder M, Soellner R, Walter U. Contextual effects of community capacity as a predictor for adolescent alcohol, tobacco, and illicit drug use: A multi-level analysis. SSM - Population Health. 2023 Dec;24:101521. DOI:10.1016/j.ssmph.2023.101521

59. GKV-Spitzenverband. Leitfaden Prävention: Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V. In der Fassung vom 17. Dezember 2025. Berlin; 2025 [accessed 2026 Apr 10]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/20251218_Leitfaden_Pravention_2025_barrierefrei.pdf
60. GKV-Bündnis für Gesundheit. GKV-Bündnis für Gesundheit. 2025 [accessed 2025 Dec 5]. Available from: https://www.gkv-buendnis.de
61. GKV-Spitzenverband. GKV-Spitzenverband. 2025 [accessed 2025 Dec 5]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de
62. 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
63. Die Nationale Präventionskonferenz. Zweiter Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V. Berlin; 2023 [accessed 2026 Apr 10]. Available from: https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/2_praeventionsbericht/zweiter_npk_praeventionsbericht_nicht_barrierefrei.pdf
64. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. Forum Gesundheitsziele. 2025 [accessed 2025 Dec 5]. Available from: https://gvg.org/de/topic/174.forum-gesundheitsziele.html?path=de/topic/7.nationale-gesundheitsziele.html
65. Gerlich MG, Schwartz 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
66. Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit. Köln: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG); [accessed 2025 Dec 5]. Available from: https://www.bioeg.de
67. Bundesministerium für Gesundheit. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2025 [accessed 2025 Dec 5]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/
68. Backes J, Paul M. Frühe Hilfen. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I020-2.0
69. Schäfer M, Reifegerste D. Gesundheitskommunikation. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I056-2.0
70. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Gesundheitsförderung in Lebenswelten. Entwicklung und Sicherung von Qualität. Köln; 2015 [accessed 2026 Apr 10]. Available from: https://www.bioeg.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/gesundheitsfoerderung_in_lebenswelten_gesamtbericht--82cdf99a3bc2ce68cff306a8abe3efc9.pdf
71. Robert Koch-Institut. Berlin: Robert Koch-Institut; 2025 [accessed 2025 Dec 5]. Available from: https://www.rki.de
72. Holst J. Biomedizinische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I006-2.0
73. Ziese T, Saß AC. Gesundheitsberichterstattung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I028-2.0
74. Robert Koch-Institut. Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 2015 [accessed 2026 Apr 10]; Available from: http://edoc.rki.de/docviews/abstract.php?lang=ger&id=4091 DOI:10.17886/RKIPUBL-2015-003
75. 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
76. Dominik R, 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
77. Linden S, Töppich J. Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I064-2.0
78. Gerhardus A, Perleth M. Health Technology Assessment (HTA) / Technikfolgenabschätzung. In:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I066-2.0

79. Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H, editors. Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe: Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2020. DOI:10.1007/978-3-658-30504-8
80. Kuhn J, Böhm A. Gesundheitsschutz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I059-3.0
81. Malsch A. Umweltbezogene 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-I150-2.0
82. Herrmann A, Eichinger M. Klimawandel und 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-I156-1.0
83. Quilling E, Leimann J, Rangnow P. Nachhaltige 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-I079-3.0
84. Trojan A. Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung. GuS. 2023;77(4–5):60–4. DOI: 10.5771/1611-5821-2023-4-5-60
85. Voss M, Baltruks D. Gesundheit innerhalb planetarer Grenzen: Entwicklungen und Zusammenhänge der Nachhaltigkeits- und Gesundheitspolitik in Deutschland. In: Hartung S, Wihofsky P, editors. Gesundheit und Nachhaltigkeit. Berlin: Springer; 2024. p. 3–10.
86. Gräser S. Global Health / Globale Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I063-3.0
87. Nationales Gesundheitsportal. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2025 [accessed 2026 Apr 10]. Available from: https://www.gesund.bund.de
88. Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege. Bonn: Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege; 2025 [accessed 2025 Dec 5]. Available from: https://www.svr-gesundheit.de
89. 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
90. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. Bonn: Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V.; 2025 [accessed 2025 Dec 5]. Available from: https://www.bvpraevention.de
91. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Köln: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen; 2025 [accessed 2025 Dec 5]. Available from: https://iqwig.de/
92. 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
93. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). www.gesundheitsinformation.de. Available from: https://www.gesundheitsinformation.de
94. Wissenschaftsrat. Köln: Wissenschaftsrat; 2026 [accessed 2026 Apr 9]. Available from: https://www.wissenschaftsrat.de/
95. Wissenschaftsrat. Für Prävention und Gesundheitsförderung handeln in Wissenschaft, Versorgung und Gesellschaft | Positionspapier. Köln; 2026 [accessed 2026 Apr 10]. Available from: https://www.wissenschaftsrat.de/download/2026/3003-26 DOI:10.57674/7RVJ-JY21
96. Gesundheitsministerkonferenz. Gesundheitsministerkonferenz. Hannover: Gesundheitsministerkonferenz; 2025 [accessed 2025 Dec 5]. Available from: https://www.gmkonline.de
97. 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
98. Hollederer 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

99. Kuhn J, Heyn M, editors. Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst. 1st ed. Bern: Hogrefe; 2015.
100. Hildebrandt H, Trojan A. Gesundheitsförderung und Integrierte Versorgung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I045-2.0
101. Gesundheitsregionen Niedersachsen. Gesundheitsregionen Niedersachsen. 2025 [accessed 2025 Nov 28]. Available from: https://www.gesundheitsregionen-nds.de
102. Gesundheitsregionen plus. München: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention; 2025. Available from: https://www.stmgp.bayern.de/meine-themen/fuer-kommunen/gesundheitsregionen-plus/
103. Rind E, Reime B, Weidmann C. Rural health / Gesundheit im ländlichen Raum. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I133-2.0
104. Böhm K, Klinnert D. Die Umsetzung des Präventionsgesetzes auf Länderebene: Eine Analyse der Landesrahmenvereinbarungen. Gesundheitswesen. 2019 Dec;81(12):1004–10. DOI:10.1055/a-0638-8172
105. Bundesrat. Berlin: Bundesrat; 2025 [accessed 2025 Dec 5]. Available from: https://www.bundesrat.de
106. Quilling E, Leimann J, Tollmann P. Kommunale 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-I043-1.0
107. Klemperer D, Kuhn J, Robra BP. Pandemiemanagement durch nicht-pharmakologische Interventionen in der COVID-19-Pandemie. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I159-1.0
108. Zeeb H, Busse H. Prävention und Gesundheitsförderung - Aussichten für die Zukunft. In: Hurrelmann K, Richter M, Stock S, editors. Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe; 2024. p. 559–568.
109. Deutscher Bundestag. Schriftliche Fragen mit den in der Woche vom 26. Januar 2026 eingegangen Antworten der Bundesregierung. Drucksache 21/3928, S. 98; 2026 [accessed 2026 Apr 10]. Available from: https://dserver.bundestag.de/btd/21/039/2103928.pdf
110. 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
111. Paulus P, Dadaczynski K. Gesundheitsförderung und Schule. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I051-3.0
112. Bonse-Rohmann M. Gesundheitsförderung und Hochschule. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I044-3.0
113. 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
114. Geene R. Gesundheitsförderung und Familien - Familiäre Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I129-1.0
115. Quilling E, Tollmann P, Christ A, Bauer J. Gesunde Städte-Netzwerk. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I152-1.0
116. Böhme C, Köckler H, Quilling E. Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I151-1.0

117. Gusy B. Streetwork/Aufsuchende soziale Arbeit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I117-3.0
118. 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
119. 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
120. Quilling E, Kaczmarczyk D, Schäfer P, Trojan A, Süß W. Sozialraum- und Gemeindeorientierung in 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-I021-3.0
121. Bunge C, Böhme C. Umweltgerechtigkeit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I136-4.0
122. Hartung S, Bär G. Partizipation in Gesundheitsförderung und Prävention: In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I084-4.0
123. Hartung S. Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. In: Tiemann M, Mohokum M, editors. Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer; 2021. p. 667–676.
124. 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
125. 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
126. Blümel S, Lehmann F, Hartung S. Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I128-2.0
127. Kilian H, Lehmann F, Richter-Kornweitz A, Kaba-Schönstein L, Mielck A. Gesundheitsförderung in den Lebenswelten gemeinsam stärken: Der Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2016 Feb;59(2):266–73. DOI:10.1007/s00103-015-2287-2
128. Schaeffer D. Patientenberatung / Patientenedukation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I087-3.0
129. Altgeld T, Bittlingmayer UH, Islertas Z. Verwirklichungschancen/Capabilities. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I126-2.0
130. Richter-Kornweitz A, Kruse C. Gesundheitsförderung im Kindesalter. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I041-3.0
131. Geigl C, Anderle L, Leitzmann M, Janßen C. Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I002-4.0
132. Razum O, Kolip P. Gesundheitswissenschaften: Eine Einführung. In: Razum O, Kolip P, McCall T, Nowak AC, editors. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Beltz Juventa; 2017. p. 14–38.
133. Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Ageing. Geneva: World Health Organization; 2025 [accessed 2025 Nov 14]. Available from: https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/life-course
134. UNRIC - Regionales Informationszentrum der Vereinten Nationen. Bonn: UNRIC - Regionales

Informationszentrum der Vereinten Nationen; 2025 [accessed 2025 Nov 10]. Available from: https://unric.org/de/17ziele/sdg-3/

135. Jungmann T. Kinderschutz und Prävention - 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-I068-3.0
136. Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend. 13. Kinder- und Jugendbericht. Berlin; 2009 [accessed 2026 Apr 10]. Available from: https://www.bmbfsfj.bund.de/resource/blob/93144/f5f2144cfc504efbc6574af8a1f30455/13-kinder-jugendbericht-data.pdf
137. IN FORM - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Bonn: Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung; 2025 [accessed 2025 Dec 5]. Available from: https://www.in-form.de
138. AOK Bundesverband, Deutsches Krebsforschungszentrum. Public Health Index. 2025 [accessed 2026 Apr 10]. Available from: https://www.aok.de/pp/bv/pm/neuer-phi/
139. Bundesärztekammer, Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V., Forum Gesundheitsziele – GVG e. V. Gesundheit gestalten statt verwalten – Sofortmaßnahmen für Prävention und Gesundheitsförderung. 2026 [accessed 2026 Apr 10]. Available from: https://bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=newbv&snr=14425
140. GKV-Spitzenverband. Positionspapier Gesundheitsförderung und Prävention gesamtgesellschaftlich stärken. Berlin; 2026. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/20260326_Positionspapier_Pravention_barrierefrei.pdf
141. Schenkel A, Krist K, Meyer M, Baumgardt J. Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2023. In: Badura B, Ducki A, Baumgardt J, Meyer M, Schröder H, editors. Fehlzeiten-Report 2024. Heidelberg: Springer; 2024 [accessed 2026 Apr 10]. p. 339–425. Available from: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Fehlzeitenreport/wido_fzr2024_mitarbeiterbindung_krankheitsbed_fehlzeiten.pdf
142. Miksch A. Achtsamkeit und 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-I165-1.0
143. Röhrle B. Wohlbefinden / Well-Being. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I134-1.0
144. Binneböse M, Frommer J, Franzkowiak P, Junne F. Psychosomatische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I098-3.0
145. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Otto C, Adedeji A, Napp AK, Becker M, Blanck-Stellmacher U, Löffler C, Schlack R, Hölling H, Devine J, Erhart M, Hurrelmann K. Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSY-Studie. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2021 Dec;64(12):1512–21. DOI:10.1007/s00103-021-03291-3
146. Allianz gegen Einsamkeit. Berlin: Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2025 [accessed 2025 Dec 5]. Available from: https://www.bmbfsfj.bund.de/bmbfsfj/themen/engagement-und-gesellschaft/allianz-gegen-einsamkeit
147. Rönnau-Böse M, Fröhlich-Gildhoff K, Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I101-2.0
148. Beerlage I. Resilienz von Gemeinschaften, Städten und Gemeinwesen/Community Resilience 1 Hintergründe, Verständnis und Modelle. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I1391-1.0
149. Beerlage I. Resilienz von Gemeinschaften, Städten und Gemeinwesen/Community Resilience 2 Resilienz-Förderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I1392-1.0
150. Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit. Berlin: Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit; 2025 [accessed 2025 Dec 5]. Available from: https://www.klimawandel-gesundheit.de

151. Okan O, Rauschmayr S, Krudewig C. Organisationale Gesundheitskompetenz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I163-1.0
152. Messer M. Professionelle Gesundheitskompetenz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I162-1.0
153. Abel T, Sommerhalder K. Gesundheitskompetenz/Health Literacy: Das Konzept und seine Operationalisierung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2015 Sep;58(9):923–9. DOI:10.1007/s00103-015-2198-2
154. Dierks ML, Schaeffer D. Gesundheitskompetenz in Deutschland. In: Schwartz FW, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Busse R, Amelung V, Dierks ML, editors. Public Health. München: Elsevier; 2022. p. 490–500. DOI:10.1016/B978-3-437-22262-7.00038-7
155. Altgeld T. Diversity und Diversity Management / Vielfalt gestalten. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I127-2.0
156. Altgeld T, Klärs G. Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I022-2.0
157. Borde T, Blümel S. Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I047-2.0
158. Altgeld T, Latteck ÄD. Inklusion und Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I132-2.0
159. 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
160. Haack G, Haß W. Evaluation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I016-3.0
161. De Bock F, Dietrich M, Rehfuess E. Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 1: Verständnis. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I017-1.0
162. De Bock F, Dietrich M, Rehfuess EE. Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 2: Umsetzung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I112-1.0
163. Trojan A, Kolip P. Evidenzbasierung in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Tiemann M, Mohokum M, editors. Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer; 2020. p. 1–24. DOI:10.1007/978-3-662-55793-8_122-1
164. Kolip P, Trojan A. Qualitätsentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Tiemann M, Mohokum M, editors. Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer; 2020. p. 1–18. DOI:10.1007/978-3-662-55793-8_117-1
165. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes für gesundheitliche Chancengleichheit. 2021 [accessed 2026 Apr 10]. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/02-PDF/07-Good-Practice/2021-Broschuere-Good-Practice-Kriterien.pdf
166. Elkeles T, Kilian H, von Rüden U, Ackermann G. Good Practice / Best Practice in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I141-2.0
167. Humrich W, Kilian H, Richter-Kornweitz A, Kolip P. Wirkungsorientierung 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-I161.10

168. GKV-Spitzenverband. Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB X. Berlin; 2023 [accessed 2026 Apr 10]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/Leitfaden_Pravention_Pflege_2023_barrierefrei.pdf
169. Walter U, Koch U, Plaumann M, editors. Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland: Konzepte, Strategien und Interventionsansätze der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2015.
170. Walter U, Röding D, Kruse S, Quilling E. Ergebnisbericht: Modelle und Evidenzen der intersektoralen Kooperation in der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung. 2018. DOI:10.13140/RG.2.2.25922.61126
171. Zukunftsforum Public Health. Hannover: Zukunftsforum Public Health; 2025 [accessed 2025 Dec 5]. Available from: https://zukunftsforum-public-health.de
172. Es wird heißer. Debatte über die gesellschaftliche Rolle von Stiftungen. Bonn: Stähle, Hanna; 2020 [accessed 2026 Apr 10]. Available from: https://www.stiftungen.org/themen/next-philanthropy/es-wird-heisser.html
173. Trojan A, Kaba-Schönstein L. Aktuelle Entwicklungen und zukünftige Entwicklungstrends der Gesundheitsförderung. In: Die Perspektive(n) der Gesundheitsförderung. 1st ed. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2019. p. 47–62.

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

Zitierhinweis: Kaba-Schönstein L, Trojan A, Hahn M. Gesundheitsförderung 5: Deutschland. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i053-1.0

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/

Gesundheitsförderung 6: Österreich

Gerlinde Rohrauer-Näf[1]
Karin Waldherr[2]
Petra Plunger[3]

[1] Fonds Gesundes Österreich | Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Österreich
[2] Ferdinand Porsche FernFH, Wien, Österreich
[3] Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Österreich

Abstract

Gesundheitsförderung hat sich seit den 1990er-Jahren in Österreich zunehmend etabliert. In diesem Beitrag wird zunächst die Entwicklung gesetzlicher Rahmenbedingungen für die Gesundheitsförderung nachgezeichnet. Im Anschluss werden die Rollen und Aufgabenbereiche zentraler Akteurinnen und Akteure auf Bundes- und Landesebene beschrieben, wie auch wichtige Netzwerke und weitere Unterstützungsstrukturen für Gesundheitsförderung, die in den letzten Jahren entstanden sind und auf eine dynamische Entwicklung des Feldes hinweisen. Im Sinne des Capacity Buildings für Gesundheitsförderung wird auch der Forschungs- und Ausbildungsbereich beleuchtet.

Keywords: Gesundheitsförderung, Österreich, Akteurinnen und Akteure, Unterstützungsstrukturen, Capacity Building, Forschung, Ausbildung

Einleitung

Die Entwicklung der Gesundheitsförderung in Österreich wurde zunächst stark beeinflusst von der Verabschiedung des Gesundheitsförderungsgesetzes 1998, mit dessen Umsetzung der Fonds Gesundes Österreich beauftragt wurde. Auf Bundesebene haben die Abteilung für Gesundheitsförderung und Prävention des derzeitigen Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sowie die Sozialversicherung wichtige Rollen. Regional von großer Bedeutung sind die Vorsorge-, Präventions- und Gesundheitsförderungseinrichtungen der einzelnen Bundesländer mit ihrem Engagement insbesondere im Bereich der Gesunden Schulen und Gemeinden [1] (Settingansatz/Lebensweltansatz). Darüber hinaus gibt es eine äußerst komplexe Struktur von Organisationen und Personen.

Im Rahmen der österreichischen Gesundheitsreform 2013 erfolgten einige wichtige Schritte in Richtung Stärkung der Gesundheitsförderung, Kooperation der Akteurinnen und Akteure sowie breiter Umsetzung einer gesundheitsorientierten Politik in Österreich. Bereits ein Jahr zuvor wurden im Juni 2012 die Gesundheitsziele Österreich beschlossen. Diese sollen den Rahmen für eine umfassende gesundheitspolitische Orientierung für die nächsten zwanzig Jahre vorgeben. Sie dienten auch als Grundlage für die im Jahr 2014 von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossene Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages, der eine abgestimmte Vorgangsweise zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung festlegt.

Gesetzliche Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung

Seit Anfang der 1990er-Jahre berücksichtigt die Gesundheitspolitik in Österreich Gesundheitsförderung in der Gesetzgebung. Seit 1992 ist Gesundheitsförderung im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz als Pflichtaufgabe der Sozialversicherungsträger definiert (§ 116 Abs. 1 Z 5). Darüber hinaus gibt es gesetzliche Regelungen für freiwillige Leistungen, die „unter Bedachtnahme“ der finanziellen Leistungsfähigkeit der einzelnen Träger gewährt werden können. Die Sozialversicherungsträger konzentrieren sich v. a. auf den Settingansatz/Lebensweltansatz [1] (Betrieb, Schule). Außerdem wurden bislang einzelne Projekte der kommunalen Gesundheitsförderung (Gesundheitsförderung und Gesunde – Soziale Stadt – Kommunalpolitische Perspektive) sowie individuumsorientierte Präventionsmaßnahmen in den Feldern Ernährung, Bewegung, Stress, Zahngesundheit und Rauchen umgesetzt oder unterstützt.

Durch den „Grundsatzerlass zur Gesundheitserziehung“ [2] (Gesundheitliche Aufklärung und

Gesundheitserziehung) aus dem Jahr 1997 ist Gesundheitsförderung in Schulen verpflichtend. Der Erlass beruht auf den Erfahrungen des europäischen Netzwerks „Health Promoting Schools“ (ENHPS), einem internationalen Programm der WHO, des Europarates und der Europäischen Union. Österreich trat dem ENHPS, nun „Schools for Health in Europe“ (SHE network), 1993 bei. Mit Unterstützung der damaligen Bundesministerien für Bildung, Wissenschaft und Kultur (BMBWK) sowie für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG) wurde das Programm „Gesundheitsfördernde Schulen“ in elf Pilotschulen erprobt [3] (Gesundheitsförderung und Schule).

Ein Meilenstein für die Gesundheitsförderung in Österreich war das „Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information“, kurz Gesundheitsförderungsgesetz 1998 (GfG). Inhaltlich war die Ottawa-Charta (WHO 1986) eine wichtige Basis für dieses Gesetz [4] (Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986). Im GfG wurden grundlegende Handlungsstrategien zur Erreichung folgender Ziele definiert:

- Strukturaufbau im Bereich Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention,
- Entwicklung und Vergabe von Programmen und Angeboten in Settings [1] (Gemeinden, Städte, Schulen, Betriebe, öffentliches Gesundheitswesen) (Settingansatz/Lebensweltansatz),
- Information und Beratung,
- wissenschaftliche Programme und Evaluation zur Weiterentwicklung der Praxis sowie Unterstützung der Fortbildung und Abstimmung mit bestehenden Aktivitäten.

Ein Kernthema im österreichischen Gesundheitsreformgesetz 2005 war die Überwindung der strikten Trennung der einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens und die bessere Abstimmung. Ein Eckpunkt war die Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG (dieser Artikel der österreichischen Bundesverfassung regelt Vereinbarungen zwischen dem Bund und den Ländern) über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Diese beinhaltete unter anderem die Einrichtung der Bundesgesundheitsagentur sowie der Landesgesundheitsfonds auf Ebene der Bundesländer mit den Gesundheitsplattformen als oberste Organe. Hauptaufgaben der Gesundheitsplattformen sind die Planung, Finanzierung und Steuerung des extra- und intramuralen Gesundheitswesens. Eine weitere Aufgabe ist die Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung.

Die zehn Gesundheitsziele Österreich

Zentraler Bestandteil der Gesundheitsreform 2013 sind die zehn Gesundheitsziele, die für die nächsten zwanzig Jahre richtungsweisend sein sollen. Eines der wichtigsten Grundprinzipien bei ihrer Entwicklung war das Konzept der „Health in All Policies“ [5] (Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy). Sie wurden mit rund 40 Institutionen in einem partizipativen Prozess entwickelt und vom Ministerrat im Jahr 2012 beschlossen (siehe Abbildung unter https://gesundheitsziele-oesterreich.at/gesundheitsziele-und-arbeitsgruppen, Phase 1). Für die Umsetzung wurden bzw. werden unter Koordination des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz in verschiedenen Arbeitsgruppen Strategien, Maßnahmen und Wirkungsziele inklusive Operationalisierung erarbeitet (Phase 2).

Folgend auf die Umsetzung der Maßnahmenkonzepte für die einzelnen Gesundheitsziele in spezifischen Arbeitsgruppen (Phase 3) widmet sich die 2019 gestartete 4. Phase der Umsetzung von übergreifenden Schwerpunkten sowie der Identifizierung und Umsetzung von High-Impact Maßnahmen (z. B. Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz, der Dialog gesund & aktiv altern, die Strategie Gesundheit im Betrieb und Frühe Hilfen). Die Gesundheitsziele Österreich leisten damit einen wesentlichen Beitrag zur Umsetzung der Agenda 2030. Ein Monitoring begleitet die Umsetzung. Außerdem sind die Aktivitäten für die Öffentlichkeit über den Web-Auftritt der Gesundheitsziele einsehbar (www.gesundheitsziele-oesterreich.at).

Die Gesundheitsförderungsstrategie und weitere relevante Strategien

Zur Stärkung der Gesundheitsförderung im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 wurde die Vereinbarung von Bund, Ländern und Sozialversicherung zur partnerschaftlichen Steuerung der Planung, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung gemäß Artikel 15 a B-VG in einem Gesetz festgeschrieben. Zur expliziten Stärkung der Gesundheitsförderung sieht das Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz) im Paragraf 19 die Einrichtung von Sondervermögen für Gesundheitsförderung in den Landesgesundheitsfonds (= Landesgesundheitsförderungsfonds) vor.

In den Jahren 2013 bis 2022 wurden insgesamt 130 Millionen Euro in die Gesundheitsförderungsfonds der Länder eingebracht (aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung). Weitere 20 Millionen Euro wurden von Seiten der Länder finanziert. Als Grundlage für eine abgestimmte Verwendung der Mittel aus den Landesgesundheitsförderungsfonds und der Vorsorgemittel wurde eine Gesundheitsförderungsstrategie erarbeitet, die im Jahr 2014 beschlossen wurde. Somit wurde der Grundstein für eine abgestimmte Steuerung eines erheblichen Geldvolumens für Gesundheitsförderung in Österreich gelegt.

Die Gesundheitsförderungsstrategie baut auf den Österreichischen Rahmen-Gesundheitszielen auf, sie berücksichtigt bestehende Kapazitäten, Projekte und Programme zur Gesundheitsförderung auf Ebene des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung. Die Umsetzung der Gesundheitsförderungsstrategie wird einem Monitoring unterzogen. In eine zentrale elektronische Datenbank werden mittels eines Online-Tools die Beschreibung und Daten von Gesundheitsförderungsmaßnahmen eingespeist. Das Monitoring soll eine Beobachtung der Zielerreichung und der Mittelverwendung in Bezug auf die definierten inhaltlichen Schwerpunkte, Grundsätze und Qualitätskriterien erlauben und überregionales Lernen und Vernetzung ermöglichen.

In den letzten Jahren wurden und werden darüber hinaus eine Reihe von Strategien entwickelt, die auf Schwerpunktthemen oder relevante Zielgruppen der Gesundheitsförderung fokussieren. Es handelt sich dabei vor allem um (vgl. www.bmgf.gv.at/home/Gesundheitsförderungsstrategie):

- Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie
- Nationaler Aktionsplan Bewegung NAP.b A
- Nationaler Aktionsplan Ernährung NAP.e A
- Konzept SUPRA − Suizidprävention Austria

Der Fonds Gesundes Österreich

Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) wurde 1998 mit der Umsetzung des Gesetzes beauftragt. Als Entscheidungs- und Kontrollgremium wurde ein Kuratorium aus Vertreterinnen und Vertretern der folgenden Institutionen eingerichtet:

- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Bundesminister/-in ist Präsident/-in)
- Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung
- Bundesministerium für Finanzen
- Landeshauptleutekonferenz
- Verband der Versicherungsunternehmen>
- Dachverband der österreichische Sozialversicherung
- Städtebund
- Gemeindebund
- Seniorenrat
- Ärztekammer und Apothekerkammer

Der FGÖ bestand bereits seit den 1970er-Jahren, allerdings als kleinere Organisation, die v. a. Aktivitäten in den Bereichen der Selbsthilfe und Kariesprophylaxe umsetzte.

Gleichzeitig mit einer Änderung des Gesundheitsförderungsgesetzes im Jahr 2006 wurde die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) per Bundesgesetz gegründet. 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. Hauptaufgabe dieses nationalen Forschungs- und Planungsinstituts für das Gesundheitswesen und der Kompetenz- und Förderstelle für die Gesundheitsförderung ist die Abstimmung von Strukturplanung, Gesundheitsförderung und Qualitätssicherung. Alleingesellschafter der GmbH ist der Bund, vertreten durch den jeweiligen Gesundheitsminister bzw. die Gesundheitsministerin. Im Zuge dieser Reform wurde außerdem der Sozialversicherung ein Teil der Einnahmen aus der Tabaksteuer zur Verfügung gestellt. Diese Mittel müssen laut Gesetzgeber für die Vorsorgeuntersuchung und für Maßnahmen der Gesundheitsförderung verwendet werden.

Seit 1998 stehen dem FGÖ jährlich 7,25 Millionen Euro für die Umsetzung von Gesundheitsförderungsaktivitäten zur Verfügung, ausgeschüttet aus öffentlichen Mitteln (Anteile am Aufkommen an der Umsatzsteuer nach Maßgabe des jeweiligen Finanzausgleichsgesetzes).

Als Hauptaufgabe fördert der FGÖ mit diesen Mitteln Pilotprojekte in Settings. Weitere Aktivitäten sind Capacity Building/Kapazitätsentwicklung [6] in Form regionaler Fortbildungsangebote im Rahmen des Bildungsnetzwerks, Stipendien für Public Health-Lehrgänge, regelmäßige Konferenzen und Vernetzungsveranstaltungen, Verbreitung von Wissen an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und die Bevölkerung, Social Marketing-Aktivitäten, Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung, Forschungsförderung (bis 2008) und Kooperationen und Beauftragung im Bereich Gesundheitsförderungsforschung und Evaluation (seit 2008) sowie Unterstützung von EU-Projekten und der nationalen und internationalen Vernetzung.

Die inhaltlichen Schwerpunkte des FGÖ waren über die Jahre hinweg zum großen Teil stabil, fokussiert jeweils auf recht breite Themen, Zielgruppen oder Settings. Die wesentlichen Zielgruppen bildeten über die Jahre Kinder und Jugendliche im schulischen und außerschulischen Bereich, Menschen am Arbeitsplatz sowie ältere Menschen. Sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen [7], [8] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund) wurden im ersten Dreijahresprogramm (1998 bis 2002) und dann wieder ab 2008 prominenter berücksichtigt. Ebenso standen Frauen im Fokus der ersten drei Jahre. Die Themen Bewegung, Ernährung und seelische Gesundheit sind seit 2003 fixer Bestandteil der Arbeitsprogramme.

Ab 2008 gab es einen mehrjährigen Fokus im Bereich „Herz-Kreislauf-Gesundheit“ sowie wieder eine stärkere Betonung der Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen und Gender Mainstreaming als Querschnittsthemen. Die im Jahr 2012 gestartete FGÖ-Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ ist darauf ausgerichtet, niederschwellige kommunale Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu fördern, wodurch insbesondere vulnerable Zielgruppen erreicht werden sollen.

Im Rahmenarbeitsprogramm 2017 bis 2021 des FGÖ wurden erstmals drei übergreifende Leitthemen für fünf Jahre festgelegt, die die Grundlage für die Jahresarbeitsprogramme bildeten. Psychosoziale Gesundheit, gesundheitliche Chancengerechtigkeit sowie gendergerechte Gesundheitsförderung und Diversität sollten in den historisch entstandenen fünf Programmlinien gezielt berücksichtigt werden.

2020 legte der FGÖ bei allen Aktivitäten und Angeboten einen Fokus auf die Bewältigung der COVID-19-Pandemie (Leitthema „Gut leben in Zeiten von COVID-19“), um die Bevölkerung im Umgang mit den Auswirkungen der Maßnahmen der Bundesregierung durch Aktivitäten der Gesundheitsförderung bestmöglich zu unterstützen. Es wurden bestehende Strukturen genutzt (z. B. für die Verbreitung von Informationen über Websites und andere Kanäle) und für laufende geförderte Projekte und Programme zusätzliche Ressourcen zur Verfügung gestellt. Außerdem wurde die Möglichkeit geschaffen, Projekte mit spezifischem Corona-Fokus zu beantragen.

Im Rahmenarbeitsprogramm 2022 bis 2023 werden die nun vier bestehenden Leitthemen um das neue Schwerpunktthema Klima und Gesundheitsförderung ergänzt (siehe Abbildung 1). Auch in den Jahren 2022 und 2023 setzt der FGÖ das Rahmenarbeitsprogramm weiterhin in fünf Programmlinien, im Bereich der Entwicklung der Selbsthilfe und durch themenübergreifende Aktivitäten und Kapazitäts- und Wissensentwicklung um. Der FGÖ orientiert sich dabei stark an den Gesundheitszielen und Policies in Österreich, wie z. B. Gesundheitsförderungsstrategie, Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie, Nationaler Aktionsplan Ernährung und Nationaler Aktionsplan Bewegung.

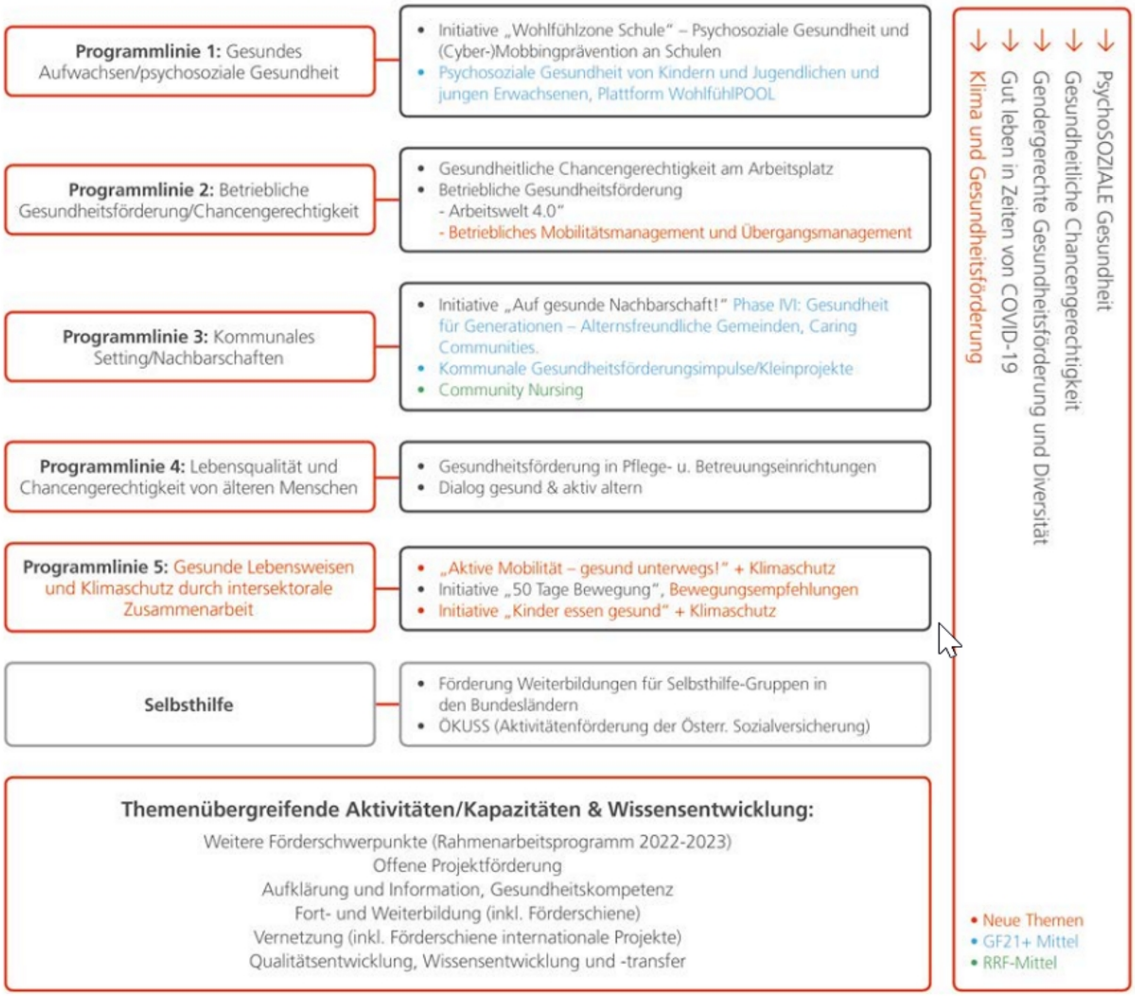


Abb. 1: Programmlinien und (Förder-)Schwerpunkte des FGÖ 2022 (rot: neue Maßnahmen des FGÖ im Jahr 2022, blau: zugeordnet dem Schwerpunkt „Gesundheitsförderung 21+" des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSG), grün: Schwerpunkt finanziert aus Mitteln der Recovery and Resilience Facility / RRF) (Quelle: Fonds Gesundes Österreich, S. 12)

Gesundheitsförderung auf Ebene der Bundesländer

In allen Bundesländern außer dem Burgenland gibt es teilweise schon seit Jahrzehnten bestehende Gesundheitsförderungs- und Präventionseinrichtungen (Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation), deren Schwerpunkt in der Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten und -programmen liegt:

- Styria vitalis (Steiermark)
- Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit (PGA, Oberösterreich)
- Gesundes Niederösterreich
- Avomed Arbeitskreis für Vorsorgemedizin (Tirol)
- AVOS Arbeitskreis für Vorsorgemedizin (Salzburg)
- aks Vorarlberg
- Wiener Gesundheitsförderung (WIG)
- Gesundheitsland Kärnten

aks Vorarlberg wurde beispielsweise bereits 1964 als Verein ins Leben gerufen − mit dem Ziel, die Gesundheit der Vorarlberger Bevölkerung zu fördern. Geldgeberinnen bzw. Geldgeber sind meist die Landesregierungen, häufig auch Krankenkassen und der FGÖ. Traditionell ist bei diesen Einrichtungen die Betreuung längerfristiger Programme wie „Gesunde Gemeinden" und „Gesunde Schulen" angesiedelt [1] (Settingansatz/Lebensweltansatz).

Die Idee der „Gesunden Gemeinde“ wurde in einigen Bundesländern (z. B. der Steiermark) bereits Ende der 1980er Jahre aufgegriffen; in manchen Bundesländern beteiligen sich mittlerweile zwei Drittel aller Gemeinden. Weitere Schwerpunkte sind Kariesprophylaxe und themenspezifische Programme wie Herz-Kreislauf-Gesundheit, Naturküche u. a. sowie Vorsorge- und Arbeitsmedizinische Leistungen.

Diese Einrichtungen haben sich als aks austria − Forum Österreichischer Gesundheitsarbeitskreise organisiert. aks austria orientiert sich mit seinen Aktivitäten zur Gesundheitsförderung u. a. an der Gesundheitsförderungsstrategie und hat sich zum Ziel gesetzt, durch überregionalen Austausch und Vernetzung sowie gemeinsames Auftreten Gesundheitsförderung in den Bundesländern besser sichtbar zu machen, zu professionalisieren und als Ansprechpartner für überregionale Projekte und EU-Projekte zur Verfügung zu stehen.

Unterstützungsstrukturen und Netzwerke für Gesundheitsförderung

Die Entwicklung wichtiger Unterstützungsstrukturen startete bereits Ende der 1980er Jahre. Österreich war maßgeblich an der Entwicklung des internationalen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser beteiligt. So wurde das erste europäische Modellprojekt mit Unterstützung der Stadt Wien und des Wiener Krankenanstaltenverbundes von 1989 bis 1996 in Wien durchgeführt. Im Jahr 1995 beschloss die WHO die Gründung nationaler und regionaler Netzwerke, ein Jahr später wurde das österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gegründet. Das österreichische Netzwerk hat somit die längste Geschichte der nationalen und regionalen Netzwerke Gesundheitsfördernder Gesundheitseinrichtungen in Österreich [10] (Gesundheitsförderndes Krankenhaus).

Ebenfalls 1996 wurde die Österreichische Kontaktstelle des Europäischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) eingerichtet, angesiedelt bei der Österreichischen Gesundheitskasse (ursprünglich Oberösterreichische Gebietskrankenkasse). Zur regionalen Unterstützung der BGF-Praxis wurde im Jahr 2000 das Österreichische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) mit Regionalstellen in allen Bundesländern gegründet. Die Partnerorganisationen des Netzwerks sind die Träger der Sozialen Kranken- und Unfallversicherung und der überregional tätige Dachverband der Sozialversicherungen, die Bundesarbeiterkammer, die Industriellenvereinigung, die Wirtschaftskammer Österreich und der Österreichische Gewerkschaftsbund. Durch ein dreistufiges, vom FGÖ gefördertes Qualitätssicherungsverfahren (Charta für BGF, Gütesiegel für drei Jahre, Verleihung BGF-Preis) sollen Betriebe bei ihren Aktivitäten begleitet werden.

Seit 2004 wurden Schulservicestellen bei den Gebietskrankenkassen (jetzt: Österreichische Gesundheitskasse) in acht Bundesländern eingerichtet. Als klassische Netzwerke haben sich das „Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen“ (WienGS), das Netzwerk „Gesundheitsförderung an Salzburgs Schulen“ sowie das Netzwerk „Gesunde Schule, bewegtes Leben“ der steiermärkischen Gebietskrankenkasse etabliert. In der Steiermark gibt es darüber hinaus auch ein von Styria vitalis betreutes Netzwerk für Volksschulen und Hauptschulen.

In den letzten Jahren wurde ein Netz der Fachstellen für Suchtprävention aller österreichischen Bundesländer sowie jener aus Südtirol aufgebaut, das als „Österreichische ARGE Suchtvorbeugung“ in einem Verein organisiert ist. Die regionalen Fachstellen für Suchtprävention widmen sich in den letzten Jahren neben ihren Aufgaben im Bereich der Information, Beratung und Betreuung Suchtkranker immer mehr auch der universellen Prävention bzw. Gesundheitsförderung [11] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen).

Weitere wichtige Netzwerke und Interessenvertretungen sind „Fit Sport Austria“, eine Initiative der Sport-Dachverbände „ASKÖ“, „ASVÖ“ und „SPORTUNION“, das Netzwerk der Frauen- und Männergesundheitszentren, das Netzwerk Gesundheitsförderung und Arbeitsintegration, die Netzwerke zu Selbsthilfe (siehe unten) das Gesunde Städte Netzwerk und die Österreichische Gesellschaft für Public Health ÖGPH (Gesundheitswissenschaften/Public Health). In der ÖGPH sind Anliegen der Gesundheitsförderung inkl. Forschungsagenden in unterschiedlichen Kompetenzgruppen vertreten (z. B. in den Kompetenzgruppen Partizipation, Public Mental Health, Demenz, Kinder- und Jugendgesundheit, Digital Health).

Selbsthilfe in der Gesundheitsförderung Österreichs

In Österreich gibt es ca. 1.700 Patientinnen- und Patienten − sowie Angehörigengruppen und –

organisationen [12] (Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung). Die Gruppen haben sich einerseits zu themenspezifischen Landes- und Bundesverbänden zusammengeschlossen, andererseits gibt es eine themenübergreifende Struktur in Form von Dachverbänden auf Länderebene, die auch die wichtigsten Träger von Kontaktstellen (Selbsthilfeunterstützungsstellen) sind. Diese Kontaktstellen haben sich im Jahr 2000 zur Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Österreich (ARGE Selbsthilfe Österreich) zusammengeschlossen. Zielsetzungen sind die Stärkung, Qualitätsentwicklung und Bündelung der Ressourcen.

Im Jahr 2017 wurden basierend auf einem Konzept zur öffentlichen Förderung der Selbsthilfe der Österreichischen Sozialversicherung in Kooperation mit dem Gesundheitsministerium sowie dem Fonds Gesundes Österreich wesentliche Entwicklungen angestoßen: Es wurde der Bundesverband Selbsthilfe Österreich als Interessenvertretung der bundesweiten themenbezogenen Selbsthilfeorganisationen gegründet, die Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe ÖKUSS an der Gesundheit Österreich GmbH als Unterstützungseinrichtung für bundesweite Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfebeteiligung eingerichtet sowie zwei Förderschienen für die finanzielle Förderung von Selbsthilfegruppen und -organisationen entwickelt.

Die ARGE Selbsthilfe Österreich wurde aufgelöst und das Netzwerk Nationaler Selbsthilfegruppen (NANES) gegründet, ein Zusammenschluss themenübergreifender Selbsthilfegruppen. Der 2011 gegründete Dachverband von Selbsthilfegruppen für seltene Erkrankungen, Verein Pro Rare Austria, besteht weiterhin. Trotz dieser positiven Schritte besteht bei der systematischen Unterstützung von Selbsthilfe und der Einbindung der Perspektive von Patientinnen und Patienten sowie sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen im Gesundheitsbereich noch Entwicklungsbedarf.

Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK)

Die Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) wurde im Jahr 2014 unter Bezugnahme auf die Gesundheitsreform und das Gesundheitsziel 3 der Gesundheitsziele Österreich „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ gegründet. Sie ist für die langfristige Entwicklung und Etablierung von Gesundheitskompetenz, für Vernetzung, Verbreitung von Wissen und Innovation, Abstimmung und Koordination zwischen Politik- und Gesellschaftsbereichen sowie Monitoring und Berichterstattung zuständig.

Die nachhaltige Weiterentwicklung der ÖPGK wird in einem breit abgestimmten Prozess nach dem Prinzip Gesundheit in allen Politikfeldern (Health in All Policies) begleitet. Die inhaltlichen Schwerpunkte der ÖPGK sind derzeit Gute Gesundheitsinformation Österreich, Gute Gesprächsqualität im Gesundheitssystem, Rahmenbedingungen in Organisationen und Settings, Empowerment von Bürgerinnen Bürgern sowie Patientinnen und Patienten sowie Messung der Gesundheitskompetenz.

Frühe Hilfen: Nationales Zentrum und Netzwerke

Frühe Hilfen vereinen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Frühinterventionen in der frühen Kindheit, um Entwicklungsmöglichkeiten und Gesundheitschancen von Kindern und ihren Eltern in Familie und Gesellschaft zu verbessern. Damit soll ein Beitrag zur Förderung der Elternkompetenzen von (werdenden) Müttern und Vätern geleistet werden. Außerdem sollen Entwicklungsstörungen und Krankheiten verhindert bzw. reduziert werden. Frühe Hilfen leisten auch einen relevanten Beitrag zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit.

In allen österreichischen Bundesländern werden seit 2015 nach dem österreichischen Grundmodell regionale Frühe Hilfen-Netzwerke aufgebaut, die durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen durch Wissenstransfer, Schulungen und Fortbildungen, Evaluationen und ein einheitliches Dokumentationssystem unterstützt werden.

Forschung zur Gesundheitsförderung in Österreich

Neben einzelnen Universitätsinstituten verschiedener Wissenschaftsdisziplinen und einigen außeruniversitären Forschungseinrichtungen wird seit Mitte der 1990er Jahre an Fachhochschulen Gesundheitsförderungsforschung und Evaluation betrieben, allerdings mit geringen finanziellen Mitteln und unter schwierigen Bedingungen.

Betrachtet man nur die Publikationen in peer reviewed Journals mit dem Suchbegriff Health Promotion ist in den letzten Jahren ein eindeutiger Aufwärtstrend in der Gesundheitsförderungsforschung in

Österreich zu beobachten [13], [14], [15]. Hinzu kommt eine große Anzahl von Projektberichten (auffindbar z. B. in der FGÖ Datenbank von geförderten Projekten) und anderen Beiträgen (z. B. Evaluationsberichte), die überwiegend von Praktikerinnen und Praktikern in der Gesundheitsförderung erstellt werden und nicht in peer-reviewed Journals erschienen sind. Auch verstärkte Aktivitäten der Österreichischen Gesellschaft für Public Health (ÖGPH) machen sich bemerkbar. Dennoch besteht noch großer Bedarf an Stärkung der Gesundheitsförderungsforschung in Österreich.

In einem Mapping zur Gesundheitsförderungsforschung und -ausbildung, durchgeführt vom Kompetenzzentrum Zukunft Gesundheitsförderung im Jahr 2022, werden unter anderem Forschungsthemen und -zugänge, Akteurinnen und Akteure, Publikationen, Netzwerke und Fördermöglichkeiten erhoben.

Was konkrete Forschungsaktivitäten an den Universitäten betrifft, werden hauptsächlich Projekte der Implementierungsforschung und der Evaluationsforschung durchgeführt, auch Forschungsprojekte zu Gesundheitsdeterminanten und zu policy-relevanten Themen.

Das Feld der außeruniversitären Einrichtungen, die zur Gesundheitsförderung forschen, ist in Österreich fragmentiert. Es werden vorwiegend Evaluationen von Gesundheitsförderungsprojekten und -programmen sowie weitere Auftragsforschung durchgeführt. Das Ludwig Boltzmann Institut for Health Promotion Research (LBIHPR) war bis 2016 in Österreich federführend in der Gesundheitsförderungsforschung und vor allem in den Bereichen Schule, Krankenhaus, Einrichtungen der Langzeitbetreuung, Partizipation, Organisation, Methoden/Evaluation und Gesundheitskompetenz tätig. Diese Arbeiten werden nun zum Großteil an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) fortgesetzt. Die GÖG führt auch Forschungsarbeiten in anderen Themenbereichen durch, etwa zur Frage sozialer Ungleichheit. Von Fachhochschulen (FH) wird v. a. Implementierungs- und Evaluationsforschung durchgeführt.

Die Forschungstätigkeiten in allen drei Bereichen – universitär, außeruniversitär und an Fachhochschulen – zeichnen sich in vielen Fällen durch angewandte und transdisziplinäre Forschungsansätze sowie durch die Vernetzung mit (vorwiegend regionalen) Partnerorganisationen aus und können in vielen Fällen der Implementierungsforschung zugerechnet werden. Man kann vor diesem Hintergrund von einem sich weiterentwickelnden Feld der Gesundheitsförderungsforschung in Österreich sprechen (vgl. [16]).

Im Gesundheitsreformgesetz 2013 wird die Berücksichtigung wissenschaftlicher Evidenz als handlungsleitendes Prinzip angeführt. Eine systematisch ausgearbeitete Forschungsstrategie für Gesundheitsförderung gibt es dennoch nicht, auch sind die finanziellen Mittel für Gesundheitsförderungsforschung in Österreich nach wie vor sehr beschränkt.

Die Weiterentwicklung von Gesundheitsförderungsforschung steht vor verschiedenen Herausforderungen. Im konventionellen, disziplinär angelegten Wissenschaftssystem inklusive relevanter Publikationsmöglichkeiten in peer-reviewed Journals gibt es wenig Anreize für Gesundheitsförderungsforschung, die inter- bzw. transdisziplinär arbeitet, auch wenn sich in den letzten Jahren (teilweise universitäts- bzw. organisationsübergreifende) Initiativen zu partizipativer Gesundheitsforschung, zu citizen science, responsible science und allgemein zur Förderung gesellschaftlicher Wirksamkeit von Forschung etabliert haben. In gesellschaftlichen Systemen, die von Gesundheitsförderungsforschung profitieren, haben zentrale Akteurinnen und Akteure in diesen Systemen jedoch keinen Forschungs(förderungs)auftrag.

Wichtige Einrichtungen, die Gesundheitsförderungsforschung in Österreich finanzieren, sind vor allem Bund, Länder und Sozialversicherung. Forschungsförderungsstellen auf Bundesebene wie der Fonds zur Förderung der Wissenschaftlichen Forschung (FWF) für die Grundlagenforschung, die Forschungsförderungsgesellschaft (FFG) für angewandte Forschung, auf Länderebene z. B. der Wiener Wissenschafts- und Technologiefonds (WWTF) oder die Gesellschaft für Forschungsförderung in Niederösterreich haben entweder keine Förderkategorie Public Health (z. B. FWF, FFG) oder themenspezifische Calls ohne klare Hinweise auf Verstetigung des Themas Gesundheitsförderung bzw. Public Health (z. B: WWTF, GFF_NÖ), was eine nachhaltige Etablierung von Gesundheitsförderungsforschung erschwert. Forschungsprojekte zur Gesundheitsförderung werden allerdings auch in nicht-themenspezifischen Calls gefördert, etwa wenn ein Thema der Gesundheitsförderung mit dem Call-Thema verbunden werden kann (z. B. IKT-unterstützte Bewegungsförderung in Calls zu IKT der FFG).

Bei den Fördergebern außerhalb des Wissenschaftssystems ist es zwar möglich, Mittel für Gesundheitsförderungsforschung unter anderen Förderkategorien zu erhalten, allerdings nur in vergleichsweise geringem Ausmaß.

Ausbildung in der Gesundheitsförderung

Lange Zeit war die 1986 in Innsbruck gegründete und inzwischen nicht mehr existente „School of Public Health“ der einzige Studiengang mit Public Health-Inhalten [17] (Gesundheitswissenschaften/Public Health). Mitte der 1990er Jahre ermöglichte ein Stipendienprogramm der Steiermärkischen Landesregierung 25 Personen ein Auslandsstudium. Im Jahr 2002 wurde schließlich der erste Universitätslehrgang Public Health in Graz gegründet. In den Jahren danach folgten einige weitere Studiengänge zu Public Health/Gesundheitswissenschaften in Tirol, Oberösterreich, Wien und Vorarlberg.

Diem und Dorner [18] erfassten alle Public Health-Ausbildungen an österreichischen Universitäten und Fachhochschulen. Grundlage waren die Informationen auf den Websites der Hochschuleinrichtungen. Mit Stand 2013 gab es drei postgraduelle Public Health-Universitätslehrgänge, zwei Public Health-Doktoratsstudien und 34 Studiengänge, die Teilbereiche von Public Health abdeckten. Außerdem wurden Public Health-Inhalte in den Curricula der Medizinstudien in Österreich identifiziert. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass es zwar ein umfangreiches Angebot für Public Health-Aus- und Weiterbildungen in Österreich gab, doch das Angebot sollte ausgebaut werden zu einer adäquaten Public Health-Workforce in Österreich.

Im aktuellen Mapping zur Gesundheitsförderungsforschung und -ausbildung zeigt sich für den Universitätsbereich, dass es kein spezifisches Studienangebot (Bachelor- oder Masterniveau,) im Bereich Gesundheitsförderung gibt. Themen der Gesundheitsförderung, die als solche ausgewiesen sind, werden v. a. im Rahmen von sozialwissenschaftlichen Studien und Lehramtsstudien angeboten, wenn auch überwiegend als Spezialisierungsmodul bzw. Wahlfach. Auch in Medizin- und Pflegewissenschaftsstudien sowie gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen ist Gesundheitsförderung in einzelnen Lehrveranstaltungen verankert.

Fachhochschulen hingegen haben in den letzten Jahren im Aus- und Weiterbildungsbereich eine wichtige Rolle eingenommen. Es sind einige vom Bund finanzierte Studiengänge (auf Bachelor- und Masterniveau) an unterschiedlichen Fachhochschulen mit Schwerpunkten/Departments in den Bereichen Gesundheit, Soziales oder Gesundheitsmanagement entstanden, die sich – wenn auch im unterschiedlichen Ausmaß – mit Gesundheitsförderung beschäftigen. Darüber hinaus gibt es zahlreiche postgraduelle Weiterbildungsangebote an Universitäten und Fachhochschulen.

Eine spezifische Ausbildung im Bereich Evaluation gibt es in Österreich bis auf einen Fachhochschul-Lehrgang Evaluation im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich bisher nicht.

Die Ausbildung auf universitärer bzw. Fachhochschul-Ebene ist abzugrenzen von einem umfangreichen und teils unübersichtlichen Angebot an Fort- und Weiterbildungen im Bereich Gesundheitsförderung. Der Fonds Gesundes Österreich nimmt hier mit dem Bildungsnetzwerk eine zentrale Rolle ein und organisiert eine Vielzahl von qualitätsgesicherten Fortbildungen, die sich vorwiegend an Praktikerinnen und Praktiker in der Gesundheitsförderung wenden. Auch die jährlich stattfindenden Konferenzen des FGÖ, die Wiener Gesundheitsförderungskonferenz, die Konferenz der ÖPGK sowie die Konferenz des Österreichischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen ONGKG tragen zur Weiterbildung bei.

Fazit und Ausblick

In den vergangenen Jahrzehnten haben wichtige Schritte in Richtung Stärkung der Gesundheitsförderung, Kooperation der Akteurinnen und Akteure und breiter Umsetzung einer salutogenetisch orientierten Gesundheitspolitik [19] (Salutogenese) in Österreich stattgefunden. Auch in der Gesundheitsförderungsforschung ist in den letzten 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 Gesundheitsförderung in Österreich gelegt.

Um das Gesundheitsförderungssystem in diesem Sinne weiterzuentwickeln, bedarf es einerseits nach wie vor des politischen Willens, andererseits aber auch der weiteren 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 zwischen Forschung in Praxis und Politik.

2022 wurden in der Gesundheit Österreich GmbH drei neue Kompetenzzentren gegründet, die sich der systematischen Entwicklung von Gesundheitsförderung widmen: Das Kompetenzzentrum Zukunft Gesundheitsförderung unterstützt im Sinne eines breiten Capacity Building-Ansatzes (vgl. [20]) die Stärkung von Gesundheitsförderung und Primärprävention, die Weiterentwicklung von Gesundheitsförderungskapazitäten, den internationalen Austausch und die Entwicklung innovativer Maßnahmen. Das Kompetenzzentrum Gesundheitsförderung und Gesundheitssystem trägt dazu bei, Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung und Prävention als Kernaufgabe in eine umfassende Gesundheitsversorgung zu integrieren. Das Kompetenzzentrum Klima und Gesundheit erarbeitet schließlich an den Schnittstellen von Klimaschutz, Klimawandelanpassung, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen nachhaltige Strategien für das Gesundheitssystem sowie Grundlagen für die Entwicklung gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen.

Mit der „Aufbau- und Resilienzfazilität“ (kurz RRF) der Europäischen Kommission werden den EU-Mitgliedstaaten Mittel zur Verfügung gestellt, um Europa nachhaltig zu stärken und resilienter zu gestalten. Um die Mittel in Anspruch zu nehmen, erstellten die Mitgliedstaaten jeweils nationale Aufbau- und Resilienzpläne. Im Zuge des österreichischen Aufbau- und Resilienzplans werden aktuell mehrere Vorhaben zur Stärkung der Gesundheit und Gesundheitsförderung umgesetzt: Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz setzt das nationale Roll-out der „Frühen Hilfen“ als Projekt mit RRF-Mitteln um. Ziel ist es, bis 2024 ein flächendeckendes Angebot von regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken in Österreich sicherzustellen. Darüber hinaus wurde, ebenfalls im Zuge des österreichischen Aufbau- und Resilienzplans, „Community Nursing“ als eines der Leuchtturmprojekte definiert. Über 120 Pilotprojekte zu Community Nursing werden in Österreich etabliert, wodurch gemeindenahe Gesundheitsförderung, Unterstützung, Beratung und Prävention ermöglicht werden.

Internetadressen:

- Agenda Gesundheitsförderung. Available from: https://agenda-gesundheitsfoerderung.at
- Community Nursing. Available from: https://cn-oesterreich.at
- Fonds Gesundes Österreich. Available from: https://www.fgoe.org
- aks austria – Forum Österreichischer Gesundheitsarbeitskreise. Available from: https://www.aksaustria.at
- Gesundheit Österreich GmbH. Available from: https://www.goeg.at
- NBGF Netzwerk. Österreichisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheits¬förderung (ÖNBGF). Available from: https://www.netzwerk-bgf.at
- Frühe Hilfen. Available from: https://www.fruehehilfen.at
- Österreichische Gesellschaft für Public Health. Available from: https://www.oeph.at
- Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe (ÖKUSS). Available from: https://oekuss.at
- Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK). Available from: https://oepgk.at

References

1. 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
2. Spura A. Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i024-2.0
3. Paulus P, Dadaczynski K. Gesundheitsförderung und Schule. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I051-3.0
4. 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
5. 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

6. Nickel S, Trojan A. Capacity Building / Kapazitätsentwicklung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I007-3.0
7. 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
8. Borde T, Blümel S. Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I047-2.0
9. Fonds Gesundes Österreich, editor. FGÖ-Rahmenarbeitsprogramm 2022/2023 inklusive FGÖ-Arbeitsprogramm 2022. 2021. [accessed 2022 Aug 4]. Available from: https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/inline-files/fgoe_arbeitsprogramm_2022_bfrei_0.pdf
10. 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
11. 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
12. 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
13. Clarke A, Gatineau M, Grimaud O, Royer-Devaux S, Wyn-Roberts N, Le Bis I, Lewison G. A bibliometric overview of public health research in Europe. Eur J Public Health. 2007 Jan 1;17(1):43–9. DOI:10.1093/eurpub/ckm063
14. Clarke A, Gatineau M, Thorogood M, Wyn-Roberts N. Health promotion research literature in Europe 1995-2005. Eur J Public Health. 2007 Jan 1;17(Supplement 1):24–8. DOI:10.1093/eurpub/ckm062
15. Schwarz E, Maier M. Publication output in the field of Public Health and its appreciation at political level in Austria. Wien Med Wochenschr. 2014;164:123–30. DOI:10.1007/s10354-014-0270-4
16. Potvin L, Jourdan D. Health promotion research has come of age! Structuring the field based on the practices of health promotion researchers. Glob Health Promot. 2021 Dec;28(4):26–35. DOI:10.1177/17579759211044077
17. 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
18. Diem G, Dorner TE. Public Health Ausbildung in Österreich. Ein Überblick. Wien Med Wochenschr. 2014;164(7–8):131–40.
19. 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
20. Aluttis C, Van den Broucke S, Chiotan C, Costongs C, Michelsen K, Brand H. Public health and health promotion capacity at national and regional level: A review of conceptual frameworks. J Public Health Res. 2014 Mar 26;3(1):37–42. DOI:10.4081/jphr.2014.199

Korrespondenz: Mag., MPH Gerlinde Rohrauer-Näf, Fonds Gesundes Österreich | Gesundheit Österreich GmbH, Aspernbrückengasse 2, 1020 Wien, Österreich, E-mail: gerlinde.Rohrauer@goeg.at

Zitierhinweis: Rohrauer-Näf G, Waldherr K, Plunger P. Gesundheitsförderung 6: Österreich. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i040-1.0

Copyright: © 2026 Gerlinde Rohrauer-Näf 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/

Gesundheitsförderung 7: Schweiz

Felix Wettstein[1]
Andrea Zumbrunn[2]
[1] Olten, Schweiz
[2] Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW | Hochschule für Soziale Arbeit, Olten, Schweiz

Abstract

Seit Mitte der 1990er-Jahre erlebte Gesundheitsförderung in der Schweiz eine ansehnliche Entwicklung – geprägt durch Mehrsprachigkeit, föderalistische Strukturen und das Engagement privatrechtlicher Organisationen und Hochschulinstitute. Ein paar wichtige Impulse zur fachlichen Entwicklung im deutschsprachigen Raum, namentlich im Bereich „Good Practice“, gingen von der Schweiz aus. Auf nationaler Ebene wird seit einiger Zeit mit Mehrjahresstrategien gearbeitet, in deren Rahmen die diversen Akteure gut zusammenarbeiten. Trotz dieser strukturellen Fortschritte ist der Stellenwert von Gesundheitsförderung und von Prävention im Vergleich zur Kuration und Rehabilitation nach wie vor gering und immer wieder bedroht.

Keywords: Schweiz, Gesundheitsförderung, Prävention, Entwicklungsgeschichte, Akteurinnen und Akteure, nationale Strategien

Strukturelle Voraussetzungen

Die Gesundheitsförderung erlebte in der Schweiz insbesondere in den 1990er-Jahren einen starken Entwicklungsschub. In dieser Zeit haben sich Grundstrukturen herausgebildet, auf denen in den folgenden Jahren aufgebaut werden konnte. Es waren v. a. die zunehmende Problematik des Drogenkonsums und der Ausbruch von HIV/Aids, welche die Dynamik für eine positive Entwicklung erzeugt haben. Heute sind es die nichtübertragbaren Krankheiten (NCD) und die psychische Gesundheit, die als prioritäre Handlungsfelder die Gesundheitsförderung und Prävention herausfordern [1] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen), [2] (Prävention und Krankheitsprävention).

Obwohl die Schweiz mit rund 9,1 Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern (Stand Ende 2025) eine überschaubare Größe hat, ist die Gesundheitspolitik stark parzelliert. Nicht nur für die kurative Versorgung, sondern grundsätzlich auch für Gesundheitsförderung und Prävention, sind in erster Linie die 26 Kantone zuständig. Auch unter Berücksichtigung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik [3] (Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik/Healthy Public Policy) dominiert der Föderalismus, denn verschiedene Politiksektoren, die sich auf die Gesundheit auswirken – zum Beispiel Bildungspolitik, Sozialhilfe, Raumplanung, Straßenverkehr und Arbeitsmarktpolitik – werden ebenfalls dezentral verantwortet und finanziert.

Hinzu kommt die Herausforderung der Mehrsprachigkeit: 17 Kantone sind deutschsprachig, einer italienischsprachig, je vier sind französischsprachig sowie mehrsprachig. Es überrascht darum nicht, dass sich die Fachwelt der Gesundheitsförderung der jeweiligen Sprachregion stark an den gleichsprachigen Fachdiskursen der Nachbarländer orientiert. So wird zum Beispiel das vorliegende Glossar nur in der deutschsprachigen Schweiz genutzt. In der französischen Schweiz sind teilweise andere Diskurse geläufig, geprägt von Einflüssen frankophoner Staaten, etwa unter den Stichworten „des enjeux socio-sanitaires“ oder „santé communautaire“ [4]. Wörtliche Übersetzungen („sozio-gesundheitliche Herausforderungen“ und „gemeinschaftliche Gesundheit“) machen deutlich, dass eine unmittelbare Entsprechung der Fachbegriffe oft fehlt.

Stationen der Entwicklung von Gesundheitsförderung

Ende der 1970er-Jahre prüfte der Bundesrat (nationale Exekutive) die Schaffung eines Bundesgesetzes über die Prävention, um auf nationaler Ebene einen rechtlichen Rahmen für die Krankheitsvorbeugung zu schaffen. Ein nationales Forschungsprogramm konnte damals zeigen, dass bevölkerungsbezogene Maßnahmen zur Vorbeugung von Herz-Kreislauferkrankungen erfolgversprechend sind [5]. Der

Vorschlag für ein nationales Gesetz wurde jedoch 1983 in einer Vernehmlassung (systematische Konsultation) insbesondere von den Kantonen so deutlich abgelehnt, dass das Vorhaben gestoppt wurde.

Daraufhin entwickelte die damalige Schweizerische Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin (heute Public Health Schweiz) ein „Konzept Gesundheitsförderung und Prävention 86“, um zu zeigen, „auf welchem Weg die Prävention in der Schweiz auch ohne Bundesgesetz gefördert werden kann“ [6]. Dieses Konzept schlug als wesentliche Strukturen vor: einen schweizerischen Präventivfonds zur Förderung von nationalen Kampagnen, die Schaffung kantonaler Beauftragter für Prävention und Gesundheitsförderung sowie themenorientierte Fachstellen und Dokumentationsstellen. Diese Maßnahmen wurden in der Folge schrittweise umgesetzt.

1994 wurde in einer Volksabstimmung eine grundlegende Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) beschlossen [7]. Die Artikel 19 und 20 dieses Gesetzes legten erstmals eine rechtliche Grundlage für die Gesundheitsförderung fest. Sie gaben vor, eine nationale Stiftung zu gründen, die von den Kantonen und den Krankenversicherern getragen und über eine jährliche Pauschale von 2,40 Franken pro krankenversicherter Person finanziert werden sollte. 1998 nahm die Stiftung „Gesundheitsförderung Schweiz“ mit Sitz in Bern und Lausanne ihre Tätigkeit auf [8]. Der Pauschalbetrag wurde im Jahr 2019 verdoppelt und beträgt seither 4,80 Franken. Da die Schweiz in der Krankengrundversicherung ein Kopfprämiensystem kennt, trägt jede Einwohnerin und jeder Einwohner den gleichen Anteil bei, unabhängig von ihrer ökonomischen Situation. Allerdings erhalten Personen mit geringem Einkommen eine staatliche Prämienverbilligung.

Ein neuer Anlauf für eine nationale Gesetzgebung startete 2005: Der Bundesrat setzte die Fachkommission „Prävention und Gesundheitsförderung“ ein mit dem Auftrag, eine rechtliche Neuregelung von Prävention und Gesundheitsförderung zu prüfen [9]. Auf der Grundlage ihrer Empfehlungen wurde ein Gesetzesentwurf erarbeitet. Dieser umfasste unter anderem Gesundheitsziele, Bestimmungen zur systematischen Förderung der Selbsthilfe sowie die Verankerung einer Gesundheitsfolgenabschätzung [10] (Health Impact Assessment [HIA] / Gesundheitsfolgenabschätzung [GFA]). Es folgte ein siebenjähriger Aushandlungsprozess mit einem ernüchternden Ende: Im September 2012, nach mehrmaligem Hin und Her zwischen den beiden Parlamentskammern, scheiterte das Gesetz, trotz knapper Zustimmung zu den Inhalten, letztlich an der Ausgabenbremse und musste begraben werden [11].

Nur wenige Monate danach verabschiedete der Bundesrat seine Strategie Gesundheit 2020 [12], die erstmals in dieser Art gesundheitspolitische Prioritäten auf nationaler Ebene festlegte. Die Strategie umfasste vier übergeordnete Handlungsfelder mit je drei Zielen, darunter das Ziel „Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung intensivieren“. Bei den Maßnahmen standen die nichtübertragbaren Krankheiten, die psychische Gesundheit sowie die Suchterkrankungen im Fokus. Zu diesen drei Themen wurden anschliessend Mehrjahresstrategien für die Jahre 2017-2024 ausgearbeitet: Zum einen die NCD-Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten [13], zum anderen die Strategie Sucht [14]. Die NCD-Strategie hat zum Ziel, die Entstehung von nichtübertragbaren Krankheiten in den fünf Diagnosegruppen Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauferkrankungen, Atemwegserkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparats zu verhindern, zu verzögern oder die Folgen zu mildern. Die Nationale Strategie Sucht verfolgt einen integralen präventiven Ansatz, da die Ursachen von Abhängigkeit und Missbrauch oft dieselben sind. Die Strategie ersetzt frühere Einzelstrategien, die auf Alkohol, Tabak und illegale Substanzen ausgerichtet waren.

Im Dezember 2019 veröffentlichte der Bundesrat die Folgestrategie „Gesundheit 2030“ [15]. Mehrheitlich zielt die Strategie erneut auf die Herausforderungen der Behandlung und Finanzierung im Krankheitsfall, neu auch auf die Datenverarbeitung und Digitalisierung. Drei ihrer Ziele betreffen Gesundheitsförderung: „Gesundheitskompetenz stärken“, „Gesundheit in der Arbeitswelt fördern“ sowie „Gesundheit über die Umwelt fördern“. Letzteres ist in dieser Deutlichkeit neu: Dass sowohl der Erhalt und die Förderung von Natur- und Landschaftsqualitäten als auch die Reduktion von Umweltrisiken (in Böden, Luft und Wasser) entscheidende Bedingungen für die menschliche Gesundheit darstellen, war in früheren Strategien nicht derart prominent enthalten.

In den Jahren der Corona-Pandemie geriet „Gesundheit 2030“ allerdings aus dem Blickfeld. Die laufenden Arbeiten an den nationalen Strategien NCD, Sucht sowie am Programm psychische Gesundheit brachten neue Instrumente und Wirkungsfelder hervor, beispielsweise das Anwendungsfeld „Prävention in der Gesundheitsversorgung“. Die drei Strategien, ursprünglich bis 2024 geplant, wurden um vier Jahre verlängert.

Akteure der Gesundheitsförderung in der Schweiz

Das Bundesamt für Gesundheit BAG ist ein Amt des Eidgenössischen Departements des Innern (Departement = Ministerium). Das BAG ist für die nationale Gesundheitspolitik sowie für die Kranken- und Unfallversicherung zuständig [16]. Ein Großteil seines Aufgabenspektrums betrifft die politischen Voraussetzungen für Behandlung/Kuration und deren Finanzierung sowie für Gesundheitsschutz. Das BAG übernimmt jedoch auch Aufgaben in den Bereichen Prävention und Früherkennung. Es stellt mit dem Monitoringsystem „Sucht und nicht übertragbare Krankheiten (MonAM)“ [17] der Fachwelt, der Forschung und der Öffentlichkeit wichtige Daten zur Verfügung.

Im Direktionsbereich Prävention und Gesundheitsversorgung sind jene Aufgaben angesiedelt, die zur Verhinderung und Bekämpfung von übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten beitragen. Die Steuerung erfolgt über die Mehrjahresstrategien. Allerdings sind diese Aufgabenfelder einem sehr hohen Spardruck ausgesetzt, was 2025 dazu führte, dass die Sektion „Gesundheitliche Chancengleichheit“ nach wenigen Jahren wieder aufgehoben und das Engagement im Handlungsfeld „Prävention in der Gesundheitsversorgung“ stark reduziert wurde.

Gesundheitsförderung Schweiz ist eine privatrechtliche Stiftung, die von Kantonen und Krankenversicherern getragen wird [18]. Sie erfüllt einen gesetzlichen Auftrag, der im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) verankert ist: Sie initiiert, koordiniert und evaluiert Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten.

Gesundheitsförderung Schweiz arbeitet insbesondere in folgenden Aufgabenbereichen: Gesundheit stärken in allen Lebensphasen; Koordination der Kantonalen Aktionsprogramme zu Ernährung, Bewegung und psychischer Gesundheit; Betriebliches Gesundheitsmanagement; Prävention in den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (als Beitrag zu den drei längerfristigen Strategien des Bundes: NCD, Sucht, psychische Gesundheit). Zu den strategischen Zielen und Maßnahmen von Gesundheitsförderung Schweiz gehören weiter die Koordination und Vernetzung unter den Akteuren – unter anderem mit der jährlichen nationalen Gesundheitsförderungskonferenz – sowie das Wirkungsmanagement mit Entwicklung und Anwendung von Instrumenten zur Evaluation, zum Monitoring und zur Qualitätssicherung.

In der Betrieblichen Gesundheitsförderung etablierte sich das Label „Friendly Work Space“ als eigentliches Kristallisationsprojekt [19]. Dieses Label zeichnet Firmen und Organisationen aus, die betriebliches Gesundheitsmanagement erfolgreich umsetzen (siehe auch [20] (Betriebliche Gesundheitsförderung)).

Kantone als Träger der Kantonalen Aktionsprogramme: Die Strategien von Gesundheitsförderung Schweiz konkretisierten sich in unterschiedlichen Programmen, die zum Teil bis heute andauern. Im Rahmen der Strategie „Gesundes Körpergewicht“ entstanden zunächst Programme zu Ernährung und Bewegung mit Fokus auf Kinder und Jugendliche. Gesundheitsförderung Schweiz baute dazu in enger Zusammenarbeit mit den kantonalen Fachstellen die Kantonalen Aktionsprogramme (KAP) auf [21]. Zahlreiche Projekte konnten so entwickelt und stabilisiert werden, wobei einzelne Kantone zunächst Pilotprojekte durchführten, die danach im Rahmen der KAP übernommen und adaptiert wurden. Heute sind alle 26 Kantone an den KAP beteiligt. Ab der Programmphase 2025/2026 sind die Programme nicht mehr modular, sondern nach Lebensphasen (Kinder und Jugendliche, ältere Menschen) aufgebaut und decken neu verpflichtend pro Lebensphase alle drei Themen Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit ab [22]. Die Orientierungsliste enthält bewertete und fachlich geprüfte Projekte und Maßnahmen auf den KAP-Ebenen Interventionen, Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzung und Policy, deren Umsetzung den Kantonen empfohlen wird [23]. Da die politische Verantwortung für Gesundheitsförderung mehrheitlich auf kantonaler Ebene angesiedelt ist, kommt der VBGF eine wichtige Bedeutung zu. VBGF steht für Vereinigung der Kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung und Prävention [24]. Als Bindeglied zwischen den Kantonen, den Bundesstellen, der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz sowie zu weiteren Nichtregierungsorganisationen verfolgt sie das Ziel „Health in All Policies“. Alle 26 Kantone sowie das benachbarte Fürstentum Liechtenstein verfügen inzwischen über eine Beauftragte bzw. einen Beauftragten für Gesundheitsförderung. Die VBGF engagiert sich insbesondere in der Entwicklung und Umsetzung der nationalen Strategien nichtübertragbare Krankheiten, Sucht und psychische Gesundheit. Sie arbeitet darauf hin, dass die Umsetzung dieser Strategien nicht zu fragmentiert erfolgt (was bei der dezentralen Zuständigkeit immer droht), sondern dass sich die Akteure gut aufeinander abstimmen und voneinander lernen.

Obsan – Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium Obsan in Neuchâtel [25] erarbeitet im Auftrag des Bundes sowie der Kantone Analysen zum

Gesundheitssystem der Schweiz. Es veröffentlicht alle fünf Jahre einen nationalen Gesundheitsbericht, erarbeitet die kantonalen Gesundheitsreports sowie themenspezifische Studien und Berichte. Zu diesen gehören beispielsweise Publikationen zum generellen Gesundheitszustand der Bevölkerung, zu den Determinanten der Gesundheit, zum psychischen Gesundheitszustand oder zu Gesundheit im Alter. Regelmäßig werden auch Erhebungen zu den Gesundheitsberufen durchgeführt, wobei sich diese auf medizinisch-therapeutisch-pflegerische Berufe fokussieren. Zu den Berufen in Prävention und Gesundheitsförderung gibt es bisher keine periodischen Erhebungen.

Der jüngste Nationale Gesundheitsbericht [26] rückt die psychische Gesundheit in den Fokus. Ein Kapitel widmet sich spezifisch der Förderung der psychischen Gesundheit und der Prävention psychischer Erkrankungen ([26], S. 330ff.). Ein weiteres Kapitel beleuchtet die Einflüsse der gebauten und natürlichen Umwelt auf die psychische Gesundheit ([26], S. 260ff.). Zu den Schwerpunktthemen des Obsan gehört auch die Gesundheitliche Chancengleichheit [27] (siehe auch [28] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit)).

RADIX – Schweizerische Gesundheitsstiftung [29] übernimmt als privatrechtliche Stiftung langfristige Aufträge der öffentlichen Hand. Die Angebote sind auf ein doppeltes Ziel ausgerichtet: Zum einen sollen die Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen gesundheitsfördernd gestaltet und nachhaltig entwickelt werden, zum anderen wird bezweckt, die Kompetenz von Individuen und Gemeinschaften im Umgang mit Gesundheit und Krankheit zu stärken.

Namentlich im Bereich der Settingorientierung hat RADIX langjährige Erfahrungen und große Breitenwirkung. Die Aufgaben sind in den beiden Kompetenzzentren „Gesunde Gemeinden“ und „Gesunde Schulen“ angesiedelt [30] (Settingansatz / Lebensweltansatz), [31] (Kommunale Gesundheitsförderung), [32] (Gesundheitsförderung und Schule). Im Rahmen der gemeindeorientierten Gesundheitsförderung und Prävention steht die Verbesserung von Lebensbedingungen in Verbindung mit nachhaltiger Entwicklung im Fokus. Bisher wurden über 1000 Projekte und Angebote in Städten und Gemeinden aus allen Sprachregionen der Schweiz umgesetzt. Das Handlungsfeld „Gesunde Schulen“ verbindet Gesundheitsförderung, Nachhaltige Entwicklung und Kinderrechte. Gut 2300 Schulen und Kindergärten nutzen die Angebote [33]. An Bedeutung stark zugenommen haben Programme zur psychischen Gesundheit sowie zur Gesundheitsförderung des Personals an Schulen.

Ein weiteres unter den insgesamt acht Kompetenzzentren ist „feel-ok.ch“ [34], die Web-Plattform für Jugendliche, Schulen, Jugendarbeit und weitere Interessierte zu allen Themen, die im Jugendalter besonders beschäftigen. Analoge Plattformen basierend auf den schweizerischen Tools sind feel-ok.at [35] und feelok.de [36]. Auch führt RADIX im Auftrag des Bundes die Schweizerische Koordinationsstelle Sucht „Infodrog“. Seit ein paar Jahren ist auch die Schweizerische Gesellschaft für Ernährung, das nationale Kompetenzzentrum für Ernährungsfragen, organisatorisch bei RADIX angesiedelt.

Fachgruppe Gesundheitsförderung und Prävention von Public Health Schweiz: Public Health Schweiz vereint die Fachpersonen und Fachorganisationen des Public-Health-Sektors. Der Verein arbeitet eng mit den Hochschulinstituten zusammen, die im Bereich Public Health lehren und forschen. Er organisiert sich in Fachgruppen, darunter die Fachgruppe Gesundheitsförderung und Prävention [37]. Diese organisiert Veranstaltungen für den fachlichen Austausch, beispielsweise Symposien zu aktuellen Public-Health-Themen oder die Ringvorlesung „40 Jahre Ottawa Charta in der Schweiz – Gesundheitsförderung im Wandel“ [38].

Die Fachgruppe vertritt die Schweiz im gesamt-deutschsprachigen DACH-Netzwerk für Gesundheitsförderung und in der International Union for Health Promotion and Education (IUHPE).

In Zusammenarbeit mit dem Digital Health Design Living Lab erstellte der Fachverband Public Health Schweiz eine Übersicht zu sämtlichen Aus- und Weiterbildungsangeboten in Public Health [39]. Sie umfasst zusätzlich die Bildungsangebote in Digital Health sowie weitere mit Überschneidungen zu Gesundheitsförderung, etwa in Sportwissenschaften oder Ethik.

Aus- und Weiterbildung, Studiengänge zu Gesundheitsförderung und Prävention: Die Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) führt am Standort Winterthur seit 2016 einen Bachelor of Science in Gesundheitsförderung und Prävention durch. Weiter zurück reichen die Erfahrungen mit Weiterbildungen auf Hochschulstufe. Ein erstes Weiterbildungsangebot im Bereich Prävention mit Schwerpunkt Suchtprävention startete 1998 an der Fachhochschule in Luzern. Zwei Jahre später folgten die Nachdiplomausbildungen in Gesundheitsförderung und Prävention an der FH Nordschweiz. Beide Hochschulen bieten seither MAS-Studiengänge (Master of Advanced Studies) für Gesundheitsförderung und Prävention an.

Seit 2009 kann Gesundheitsförderung als Schwerpunkt auch im Nachdiplomstudium „Public Health“ gewählt werden (siehe auch [40] (Gesundheitswissenschaften/Public Health)). Diese Nachdiplomausbildung auf MAS-Stufe besteht seit 1992 und wird von den Universitäten Zürich, Bern und Basel gemeinsam getragen. Sie ist Teil des umfassenden Weiterbildungsprogramms der Swiss School of Public Health SSPH+ [41], der sich 12 Hochschulen aus drei Sprachregionen angeschlossen haben. Schliesslich bietet auch die Fernfachhochschule Schweiz ein Weiterbildungsprogramm MAS Gesundheitsförderung sowie den BSc „Ernährung und Gesundheit“ als grundständige Ausbildung an. Alle erwähnten Hochschulen tragen mit ihrer Forschungstätigkeit zur Weiterentwicklung des Theorie- und Interventionswissens zu Gesundheitsförderung und Prävention bei. Die Universität Zürich hat im Jahr 2017 das „Center of Salutogenesis“ ins Leben gerufen, das sich in enger Zusammenarbeit mit ähnlichen Instituten in Israel und in skandinavischen Ländern in seiner Forschung auf das Konzept der Salutogenese [42] fokussiert.

Schweizerische Beiträge zur Fachentwicklung

Nennenswerte Beiträge hat die Schweiz, insbesondere die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, in der Instrumentenentwicklung zur Förderung der Qualität (siehe auch [43] (Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement)) in Gesundheitsförderung und Prävention geleistet. Die entstandenen Instrumente erlauben es, Interventionen wissensbasiert zu planen, professionell umzusetzen und entsprechend zu evaluieren.

Zu den zentralen Instrumenten gehört das „Ergebnismodell“ zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung [44]. Es basiert auf der Annahme, dass Ergebnisse in der Gesundheitsförderung nicht direkt auf Gesundheit wirken, sondern indirekt über Gesundheitsdeterminanten. Das Modell macht die verschiedenen Einflussmöglichkeiten von Interventionen auf die Determinanten sichtbar (siehe auch [45] (Determinanten der Gesundheit)).

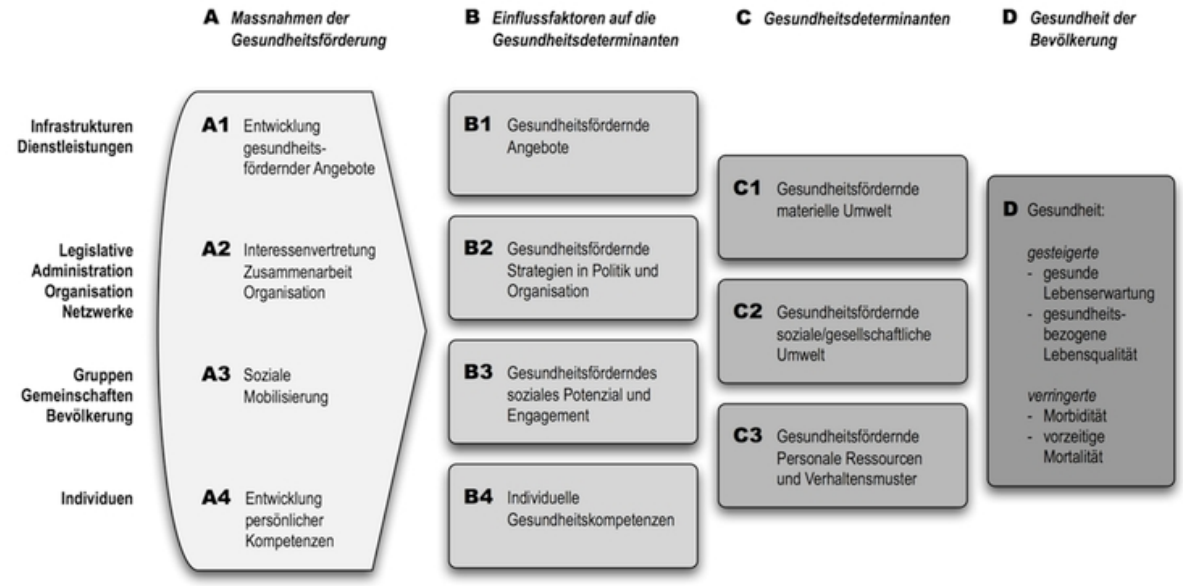


Abb. 1: Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz [44]

Unter der Bezeichnung „Quint-Essenz“ entwickelte Gesundheitsförderung Schweiz ab 2002 ein umfassendes, dreisprachiges Qualitätssystem für Projekte und Programme [46]. Seine wesentlichen Elemente waren zum einen eine Liste mit 21 Qualitätskriterien zur Begründung, Planung, Organisation, Steuerung, Evaluation und Verankerung von Projekten oder Programmen; weiter ein elektronisches Instrumentarium zum Management der Programm- oder Projektsteuerung; schließlich eine Projektdatenbank. Ein bedeutender Teil dieses Instrumentariums – namentlich das Projektmanagement-Tool und die Datenbank mit Übersichten zu Organisationen, Fachpersonen, Fachgruppen, Programmen und Projekten − wurde 2020 in die neue Plattform „Good-Practice“ für Projektmanagement und Qualität überführt [47].

Fazit und Perspektiven

Die Gesundheitsförderung hatte in der Schweiz einen verhaltenen Start und nahm erst einige Jahre nach „Ottawa“ Fahrt auf. Der Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention ist im Vergleich zur Kuration und Rehabilitation nach wie vor gering und immer wieder bedroht. Der Anteil für Gesundheitsförderung und Prävention an den Gesamtausgaben im Gesundheitswesen beträgt nur 1,8 % [48]. Er liegt damit deutlich unter dem Durchschnitt der OECD-Staaten von 3,0 % [49]. Dank der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, Kooperationen zwischen den Kantonen und der pragmatischen Herangehensweise mit kantonalen Aktionsprogrammen, die von Gesundheitsförderung Schweiz koordiniert werden, gelingt es zunehmend besser, wirkungsvolle Maßnahmen umzusetzen. Insbesondere mit Standards zur Qualitätsorientierung und zum Projektmanagement konnte die Schweiz Akzente setzen.

Stark an Bedeutung zugenommen hat die Beschäftigung mit psychischer Gesundheit (stellvertretend [50]). Dies wird hauptsächlich mit einer Zunahme von psychischen Belastungen begründet; auch salutogenetische Annäherungen sind häufiger und differenzierter. Zunehmend ins Blickfeld rücken auch „One Health“, „Planetary Health“ sowie die Verbindungen zwischen Gesundheitsförderung und nachhaltiger Entwicklung oder Stadtentwicklung (siehe auch [51] (Urban Health / Stadtgesundheit)).

Von der Fachwelt gefordert wird eine vertiefte Beschäftigung mit Chancengleichheit und die Überwindung von gesundheitlicher Ungleichheit aufgrund der sozialen Lage. Allerdings erlitten diese Bemühungen einen Rückschlag, nachdem 2025 das Bundesamt für Gesundheit die Sektion „Gesundheitliche Chancengleichheit“ als Folge des hohen Spardrucks aufgeben musste. Das gleiche Schicksal ereilte eine geplante Langzeitstudie „Schweizer Gesundheitsstudie“ [52], die nach der Pilotphase abgebrochen wurde. Sie hätte Aufschluss geben sollen über Einflüsse der Umwelt auf menschliche Gesundheit, namentlich über Schadstoffe wie Schwermetalle, PFAS und weitere Chemikalien im menschlichen Körper. Auch 40 Jahre nach der Ottawa-Charta muss immer wieder um die politische Anerkennung von Gesundheitsförderung gerungen werden – vor allem auf Bundesebene.

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
2. 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
3. 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
4. DAS Promotion de la santé et prévention de la communauté. Lausanne: La Source, Institut de Haute Ecole de la Santé; 2022 [accessed 2026 Jun 15]. Available from: https://www.ecolelasource.ch/formations/postgrade/das/action-communautaire-promotion-sante
5. Gutzwiller F, Junod B, Schweizer W. Wirksamkeit der gemeindeorientierten Prävention kardiovaskulärer Krankheiten: Ergebnisse des Nationalen Forschungsprogrammes 1 A: Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Schweiz. Bern: Hans Huber Verlag; 1985.
6. Gutzwiller F, Abelin T, Frey U, Martin J, van der Linde F. Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz. Leitbild 86. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin; 1986.
7. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz, KVG) vom 18. März 1994, in der Fassung vom 1. Januar 2026. Systematische Rechtssammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft SR 832.10.
8. Gesundheitsförderung Schweiz. Tätigkeitsbericht 1998−2002. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz; 2003 [accessed 2026 Jun 15]. Available from: https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/migration/documents/Geschaeftsbericht_Gesundheitsfoerderung_Schweiz_1998-2002.pdf
9. Bundesamt für Gesundheit BAG. Zukunft von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Bericht der Fachkommission „Prävention und Gesundheitsförderung“ zuhanden des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI). Bern: Bundesamt für Gesundheit; 2006 [accessed 2026 Jun 15]. Available from: https://www.bag.admin.ch/de/publikationen-bag
10. Linden S, Töppich J. Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA).

In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i064-2.0

11. Mattig T. Das gescheiterte Präventionsgesetz: ein Lehrstück. Bericht Arbeitspapier 9. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz; 2013 [accessed 2026 Jun 15]. Available from: https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/migration/documents/Arbeitspapier_009_GFCH_2013-10_-_Praeventionsgesetz.pdf
12. Bundesamt für Gesundheit. Gesundheit 2020. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Bern: BAG; 2013 [accessed 2026 Jun 15]. Available from: https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/I6vopQZN6Vzt/bericht-gesundheit2020.pdf
13. Bundesamt für Gesundheit BAG, Gesundheitsdirektorenkonferenz. Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017−2024. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 2016 [accessed 2026 Jun 15]. Available from: https://www.bag.admin.ch/de/nationale-strategie-zur-praevention-nichtuebertragbarer-krankheiten
14. Der Bundesrat. Nationale Strategie Sucht 2017−2024. Im Rahmen der Bundesrätlichen Strategie Gesundheit 2020. Bern: Schweizerische Eidgenossenschaft; 2015 [accessed 2026 Jun 15]. Available from: https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/amLEy1X1k-NU/stategie-sucht.pdf
15. Der Bundesrat. Gesundheit 2030. Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 2019 [accessed 2026 Jun 15]. Available from: https://www.bag.admin.ch/de/gesundheitspolitische-strategie-des-bundesrats-20202030
16. Facts & Figures. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG; 2026 [accessed 2026 May 16]. Available from: https://www.bag.admin.ch/de/auftrag-und-ziele
17. MonAM, Schweizer Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten. Bern und Neuchâtel: BAG und Obsan; 2026 [accessed 2026 Jun 20]. Available from: https://ind.obsan.admin.ch/monam
18. Gesundheit fördern und Krankheiten vorbeugen. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz; 2026 [accessed 2026 Jun 20]. Available from: https://gesundheitsfoerderung.ch
19. Das Label "Friendly Work Space". Bern: Gesundheitsförderung Schweiz; 2026 [accessed 2026 Jun 20]. Available from: https://friendlyworkspace.ch/de/das-label
20. Hartung S, Faller G. Betriebliche 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-i042-3.0
21. Kantonale Aktionsprogramme. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz; 2026 [accessed 2026 Jun 20]. Available from: https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme
22. Rahmenbedingungen für ein kantonales Aktionsprogramm (KAP) ab 2025/2026. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz; 2023 [accessed 2026 Jun 15]. Available from: https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/programme/grundlagen/rahmenbedingungen
23. Ackermann G, Amstad F. Orientierungsliste KAP 2022. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz; 2022 [accessed 2026 Jun 15]. Available from: https://gesundheitsfoerderung.ch/node/8256
24. Müller D. Die Kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung und die VBGF. Situationsanalyse und Entwicklungsperspektiven. Bern: Vereinigung der Kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung in der Schweiz VBGF; 2020 [accessed 2026 Jun 15]. Available from: https://www.vbgf-arps.ch/fileadmin/docs/public/vbgf/Diverses/Publikationen/BT_Situationsanalyse_VBGF_Bericht_20200501_d.pdf
25. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN. Neuchâtel: Obsan; 2026 [accessed 2026 Jun 20]. Available from: https://www.obsan.admin.ch/de
26. Psychische Gesundheit in der Schweiz: Entwicklung, Förderung, Prävention und Versorgung. Nationaler Gesundheitsbericht 2025. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2025 [accessed 2026 Jun 15]. Available from: https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2025-nationaler-gesundheitsbericht
27. Burla L. Gesundheit – für alle? Bericht zu gesundheitlichen Ungleichheiten in der Schweiz. Neuchâtel: Obsan; 2025 [accessed 2026 Jun 15]. Available from: https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2025-gesundheit-fuer-alle
28. 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
29. RADIX, Schweizerische Gesundheitsstiftung. Zürich: Schweizerische Gesundheitsstiftung RADIX; 2026 [accessed 2026 Jun 20]. Available from: https://www.radix.ch/de
30. 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
31. Quilling E, Leimann J, Tollmann P. Kommunale 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-i043-1.0
32. Paulus P, Dadaczynski K. Gesundheitsförderung und Schule. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i051-3.0
33. Was ist das Schulnetz21? Bern: Stiftung éducation21, Bildung für nachhaltige Entwicklung (BNE); 2026 [accessed 2026 Jun 23]. Available from: https://www.education21.ch/de/schulnetz21
34. Kompetenzzentrum feel-ok.ch. Zürich: Gesundheitsstiftung RADIX; 2026 [accessed 2026 Jun 20]. Available from: https://www.radix.ch/de/feel-okch
35. feel-ok.at. Graz: Styria vitalis; 2026 [accessed 2026 Jun 20]. Available from: https://www.feel-ok.at/e_AT/jugendliche/jugendliche.cfm
36. feelok.de. Renchen: Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation GmbH; 2026 [accessed 2026 Jun 20]. Available from: https://www.feelok.de/de_DE/jugendliche/jugendliche.cfm
37. Fachgruppe Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Public Health Schweiz; 2026 [accessed 2026 Jun 20]. Available from: https://www.public-health.ch/de/unsere-veranstaltungen/fachgruppen/gesundheitsförderung_1
38. Ringvorlesung 2026, 40 Jahre Ottawa-Charta in der Schweiz – Gesundheitsförderung im Wandel. Bern: Public Health Schweiz; 2026 [accessed 2026 Jun 20]. Available from: https://www.public-health.ch/de/unsere-veranstaltungen/aktuelle-veranstaltungen/40-Jahre-Ottawa-Charta-in-der-Schweiz-Gesundheitsförderung-im-Wandel
39. Biehl V, Schaffner L, Abegglen D, Zumbrunn A, Martin-Niedecken AL, Gähwiler A, Biller-Andorno N, Rüeger J, Glässel A. Ein Mapping zu Aus- und Weiterbildungsangeboten in Public Health in der Schweiz. Public Health Forum. 2025;33(1):27–32. DOI:10.1515/pubhef-2024-0149
40. 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
41. Programme der SSPH+-Partnerinstitute. Zürich: SSPH+, Swiss School of Public Health; 2026 [accessed 2026 Jun 20]. Available from: https://ssphplus.ch/en/teaching-training/programmes
42. 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
43. 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
44. Quint-essenz. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz; 2023 [accessed 2026 Jun 20]. Available from: https://www.quint-essenz.ch
45. 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
46. Kolip P, Ackermann G, Ruckstuhl B, Studer H. Gesundheitsförderung mit System: Qualitätsentwicklung in Projekten und Programmen der Gesundheitsförderung und Prävention. 2 edn. Bern: Hogrefe; 2019.
47. Good-Practice − Plattform für Projektmanagement und Qualität im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich. Zürich: iterum GmbH; 2025 [accessed 2026 May 18]. Available from: https://www.good-practice.ch
48. Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention nach Finanzierungsregime (MonAM-Indikator). Bern und Neuchâtel: BAG und OBSAN; 2025 [accessed 2026 Jun 8]. Available from: https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/ausgaben-fuer-gesundheitsfoerderung-und-praevention-nach-finanzierungsregime

49. Health at a Glance 2025: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2025 [accessed 2026 Jun 8]. Available from: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en/full-report.html
50. Voide Crettenand G. Förderung der psychischen Gesundheit von Jugendlichen zwischen 16 und 25 Jahren. Die Übergänge ins Erwachsenenalter begleiten. Handbuch für Fachpersonen. Lausanne: Psy-Gesundheit.ch; 2023.
51. Fehr R. Urban Health/StadtGesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/bioeg:q4-i124-3.0
52. Für mich. Für alle. Schweizer Gesundheitsstudie. Bern: BAG; 2026 [accessed 2026 Jun 20]. Available from: https://schweizer-gesundheitsstudie.ch

Korrespondenz: Felix Wettstein, Platanen 44, 4600 Olten, Schweiz, E-mail: felix.wettstein@bluewin.ch

Zitierhinweis: Wettstein F, Zumbrunn A. Gesundheitsförderung 7: Schweiz. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i037-1.0

Copyright: © 2026 Felix Wettstein 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/

Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven

Lotte Kaba-Schönstein[1]
Alf Trojan[2]
[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 werde „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 Konkurrenzen 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, Entschließungen 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 Gesundheitsförderungspolitik.

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 Gesundheitsförderungspolitik 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 Entschließungen
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 Entschließungen 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 Entschließungen 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 -Entschließungen
- 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 Entschließungen 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 BbGDG	§§ 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), gemeindenahe / 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 Herzkreislauf-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 Entschließungen 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 Selbsthilfezusammenschlüssen, 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 Landesrahmenvereinbarungen 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 mängelbehaftet. 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 70ger-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 nationale 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/le
- 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 Gesundheitwissenschaften).
- 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.

Präv Gesundheitsf. 2016 Nov;11(4):259–64. DOI:10.1007/s11553-016-0557-y

- Walter U, Kruckenberg B, Schauermann L, Volkenand K, Weber J, Castedello U, Gaede-Illig 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
- 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, Naegele 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

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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
28. Kuhn J, Trojan A. Daten bereitstellen, Vernetzen, Koordinieren. Der Beitrag des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu regionaler Kooperation und Integration. In: Brandhorst A, Hildebrandt H, Luthe 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

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
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
33. Hollederer 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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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

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

Korrespondenz: Prof., Dipl.-Sozialwirtin, Dipl.-Sozialpäd. Lotte Kaba-Schönstein, Hochschule Esslingen, Flandernstr. 101, 73732 Esslingen, Deutschland, 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

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/

Gesundheitsförderung im Kindesalter

Antje Richter-Kornweitz[1]
Christina Kruse[2]
[1] Gesundheitsförderung | Armutsprävention, Germany
[2] Germany

Abstract

Angebote zur Gesundheitsförderung im Kindesalter zielen darauf ab, Kinder zu gesundheitsförderlichem Handeln zu befähigen. Zentrales Anliegen ist es, ihre Ressourcen zu stärken und Belastungen zu minimieren. Sowohl das psychische und physische Wohlbefinden als auch der soziale Kontext der Kinder werden dabei berücksichtigt. Weil die gesundheitliche Situation von Mädchen und Jungen in Deutschland stark vom sozio-ökonomischen Status ihrer Familien abhängt, setzt eine gelingende Gesundheitsförderung voraus, dass Berufsgruppen aus unterschiedlichen Settings zusammenarbeiten. Dazu zählen Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe, des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes, der Frühen Hilfen und Präventionsketten, der Krankenkassen sowie insbesondere der Bildungs- und Betreuungsinstitutionen.

Keywords: Gesundheitsförderung, Kindesalter, Entwicklung, Kommune, Präventionskette

Einleitung

Gesundheitsförderung im Kindesalter richtet sich auf die Förderung des sozialen, psychischen und physischen Wohlbefindens [1] (Wohlbefinden/Well-Being) von Kindern. Im Mittelpunkt stehen die Stärkung von Ressourcen und die Senkung von Belastungen bei Mädchen und Jungen. Grundlage dafür sind die Empfehlungen der Ottawa-Charta der WHO und deren Weiterentwicklungen [2], [3] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen; Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986). Entsprechend zielt sie darauf, Kinder zu gesundheitsförderlichem Handeln zu befähigen und gesundheitsgerechte Rahmenbedingungen (Verhältnisse) zu schaffen.

Gesundheitsförderung im Kindesalter soll alters- und geschlechtsspezifisch gestaltet sein und einen Soziallagenbezug haben. Sie berücksichtigt die eigenen Vorstellungen, die Mädchen und Jungen von ihrer Gesundheit haben, sowie ihren kulturellen Hintergrund [4] (Diversity und Diversitymanagement / Vielfalt gestalten). Gesundheitsfördernde Angebote werden an der jeweiligen spezifischen Personengruppe und an deren Lebenswelt [5] (Settingansatz/Lebensweltansatz) ausgerichtet sowie an Qualitätskriterien, die eine umfassende Beteiligung möglich machen.

Soziale Lage und Kindergesundheit

Gesundheitsförderung im Kindesalter orientiert sich an der aktuellen Datenlage zur Gesundheit von Mädchen und Jungen. Neben den Daten der auf kommunaler Ebene erhobenen Schuleingangsuntersuchungen trägt dazu wesentlich der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts (KiGGS) mit bundesweit repräsentativen, umfassenden Erkenntnissen bei. Er steuerte Daten zur körperlichen und seelischen Gesundheit von Mädchen und Jungen verschiedener Altersgruppen bei, zu ihrer sozialen Lage und Lebenssituation sowie zu Gesundheitsverhalten und Gesundheitsversorgung. Aus ergänzenden Teilstudien liegen außerdem umfassende Daten zu Umweltbelastungen, zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten, zur psychischen Gesundheit sowie längsschnittliche Untersuchungen vor (vgl. [6], RKI 2008 und [7]).

Die KiGGS-Studien belegen, dass der größte Teil der Kinder in Deutschland gesund ist. Allerdings zeigen die Daten auch eine Verschiebung des Krankheitsspektrums, die von den akuten zu überwiegend chronisch-körperlichen und von körperlichen zu psychischen Gesundheitsstörungen verläuft. Diese werden mit dem Begriff der „Neuen Morbidität“ bezeichnet (vgl. [8], S. 256 ff.). Die Ergebnisse zeigen darüber hinaus, dass die Chancen für eine gute Entwicklung von Lebensbeginn an sehr verschieden sind.

Der Gesundheitszustand von Mädchen und Jungen wird in hohem Maß vom sozio-ökonomischen Status

ihrer Familien geprägt (vgl. [9], [10]). So ergibt sich für 3- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozio-ökonomischem Status ein im Verhältnis zu den Gleichaltrigen aus Familien mit hohem sozio-ökonomischem Status um etwa das Dreieinhalbfache erhöhte Risiko für einen mittelmäßigen bis sehr schlechten allgemeinen Gesundheitszustand (vgl. [11], S. 766).

Anhand der Daten der KiGGS-Kohorte konnte gezeigt werden, dass Elternangaben wichtige Hinweise auf die Entwicklung des Gesundheitsstatus geben. Laut KiGGS2 [10] sinkt die „sehr gute“ Einschätzung der Kindergesundheit aus elterlicher Sicht statusbedingt. Bei beiden Geschlechtern zeigt sich außerdem eine Differenz von etwa 20 % zuungunsten der Kinder aus Familien mit niedrigem sozio-ökonomischem Status (SES) gegenüber jenen mit hohem (vgl. [10]).

„Sehr gute Gesundheit“ Mädchen (3 bis 17 Jahre)		„Sehr gute Gesundheit“ Jungen (3 bis 17 Jahre)	
sES niedrig	50,4 %	**sES niedrig**	46,6 %
sES mittel	56,7 %	**sES mittel**	50,4 %
sES hoch	71,3 %	**sES hoch**	66,1 %

Tab. 1: Elterneinschätzung „sehr gute“ Gesundheit bei Mädchen und Jungen nach SES. Quelle: Eigene Darstellung nach ([10]*, S. 10).*

Armutserfahrungen und ihre Auswirkungen

Von Armut und ihren Folgen betroffen sind vor allem Kinder von langzeitarbeitslosen Eltern und Alleinerziehenden, aus Familien mit drei oder mehr Kindern sowie Familien mit Migrationshintergrund (vgl. [12], [13]). Armutserfahrungen führen zu einer Unterversorgung in zentralen Lebensbereichen, deren Folgen die körperliche, psychische und soziale Entwicklung von Kindern belasten können. Dabei wirken vor allem lang andauernde Armutsphasen sowie die mit Langzeitarmut oft verbundene Verkettung und intergenerationelle Weitergabe der Belastungen negativ auf die kindliche Entwicklung und verfestigen zudem ungleiche Gesundheits- und Bildungschancen auch im späteren Erwachsenenalter, beispielsweise durch Einkommensarmut (vgl. [14]).

Fehlende materielle Teilhabe ist eine schwerwiegende Belastung, die Familien im unteren Einkommensbereich bewältigen müssen. Eine andere ist das häufig geäußerte Vorurteil, einkommensarme Familien würden ihre finanziellen Mittel nicht in ausreichendem Maß für die Kinder, sondern eher für den elterlichen Konsum verwenden. Dem treten Studien entgegen, die eine gleichwertige Verwendung der vorhandenen finanziellen Mittel für die Bedarfe von Kindern in einkommensarmen gegenüber nicht-armen Familien bestätigen. Die Finanzmittel werden nicht zweckentfremdet, sondern für das Wohlergehen der Kinder eingesetzt (vgl. [15] und [16]). Ausgaben für Bildung, Ausbildung und Kinderbetreuung liegen in einkommensarmen Familien zwar in absoluten Zahlen niedriger als im Bevölkerungsdurchschnitt, nicht jedoch im Verhältnis zu den Einkommen bzw. den Konsumausgaben insgesamt (vgl. [16]).

Besonders deutlich zeigten sich die Folgen der COVID-19-Pandemie und der damit zusammenhängenden Einschränkungen auf die kindliche Entwicklung und Gesundheit unter anderem bei den Schuleingangsuntersuchungen in dieser Zeit [17]. Diverse Studien wiesen über alle Altersstufen von Kindern und Jugendlichen hinweg einen deutlichen Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischen Status und Gesundheitszustand und -verhalten nach: „Soziale Benachteiligung in Form von geringem Zugang zu Bildung, Ausbildung und Einkommen und damit täglichen Sorgen um die eigene finanzielle Lage, die Zukunft und die gesellschaftliche Teilhabe im Vergleich mit anderen Familien, zeigt sich durchgehend in allen Studien als Risikofaktor für gesundheitliche und auch psychische Belastungen bei Kindern und Jugendlichen.“ ([18], S. 11). Neben der Förderung von Ernährung und Bewegung werden Maßnahmen im Bereich des psychischen Wohlergehens und der Mediennutzung nach der Pandemie für diese Altersgruppen deshalb als besonders dringlich erachtet.

Einkommensarmut bestimmt sowohl das Hier und Jetzt als auch die Zukunft der Kinder und ihre Handlungs- und Entfaltungsspielräume der Daseinsgestaltung. Sie nimmt außerdem Einfluss auf die Verwirklichungschancen elterlicher Aspirationen auf Fürsorge, Unterstützung und Bildung ihrer Kinder

(vgl. [19], [20], [21]). Die Folgen für den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten sind insofern vorrangig als Symptom zu verstehen. Gesundheitsförderung im Kindesalter muss diese Situation und die damit verbundenen besonderen Bedürfnisse von Mädchen und Jungen aus Familien mit niedrigem sozio-ökonomischen Status im Speziellen berücksichtigen.

Kindliche Entwicklung als Orientierungsrahmen der Gesundheitsförderung

Das thematische Spektrum von Angeboten zur Gesundheitsförderung im Kindesalter orientiert sich an den Ergebnissen der aktuellen Studien zur Kindergesundheit. Auch die bereits im Jahr 2009 ausgesprochenen Empfehlungen des 13. Kinder- und Jugendberichtes, welche die Phasen kindlicher Entwicklung als Orientierungsrahmen vorgegeben, sind nach wie vor aktuell (vgl. [22] und [23]). Dort werden die gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen für eine lebensphasenspezifische Gesundheitsförderung exemplarisch benannt.

Nach der Förderung von sicherer Bindung und Autonomiestreben im frühen Kindesalter steht im Alter von drei bis sechs Jahren die Förderung der Sprache und der kommunikativen Möglichkeiten im Vordergrund; außerdem die Förderung von Achtsamkeit, was u. a. die Förderung des sozialen Lernens sowie die Entwicklung altersgerechter Handlungskompetenzen und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (Selbstwirksamkeit) beinhaltet. Vorrangige Entwicklungsaufgaben von Kindern bis zu zwölf Jahren liegen in der Aneignung der sozialen Umwelt und ihrer aktiven Gestaltung. Darin liegen Potenziale zur Stärkung des Selbstwertgefühls und der Identität.

Aufgabe von Gesundheitsförderung im Kindesalter ist außerdem eine geschlechtersensible Förderung von Kindern unter Beachtung der unterschiedlichen Bedeutung von Körperlichkeit für Mädchen und Jungen für ihre Identitätsentwicklung.

Die einzelnen Entwicklungsthemen sind in allen Lebensphasen eng verknüpft. Die Förderung von Sprache, von Freude an Bewegung und gesunder Ernährung sind beispielsweise übergreifende Themen, die parallel verlaufende Entwicklungsprozesse und nachfolgende -schritte positiv beeinflussen. Der 13. Kinder- und Jugendbericht benennt in diesem Kontext zwölf Leitlinien und fünf dringliche Ziele für ausgewählte Bereiche der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter (vgl. [22]und Tab. 2) und formuliert darauf aufbauend umfassende Empfehlungen an die Kinder- und Jugendhilfe und an die Politik auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene.

12 Leitlinienbereiche	**5 Ziele**

1. Stärkung der Lebenssouveränität 2. Gesellschaftsbezug 3. Lebenswelt- und Kontextbezug 4. Förderung positiver Entwicklungsbedingungen 5. Befähigungsgerechtigkeit 6. Bildungsgerechtigkeit 7. Inklusion 8. Achtsamer Körperbezug, kommunikativer Weltbezug, reflexiver Bezug 9. Lebensverlaufsperspektive 10. Interprofessionelle Vernetzung 11. Von einer Anbieter- zu einer Akteursperspektive 12. Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe	1. Frühe Förderung der Entwicklung von Kindern mittels einer breit angelegten und umfassenden kommunalen Infrastruktur. 2. Bewegungsförderung mittels kontinuierlicher, fachlich qualifizierter Angebote sowie Förderung gesunder Ernährung durch kostenfreie, gesunde Verpflegung in Kitas und Schulen für alle Heranwachsenden, ohne dass dies an anderer Stelle zu Kürzungen an kindbezogenen Sozialleistungen führt. 3. Frühe Sprachförderung mit dem Ziel der Steigerung der Sprachkompetenz, insbesondere von Kindern in herausfordernden Lebenslagen und mit Migrationshintergrund. 4. Flächendeckender Ausbau der Angebote und Netzwerke der Prävention und Gesundheitsförderung im Schulalter im Rahmen der Angebote schulbezogener Kinder- und Jugendhilfe. 5. Umfassende Unterstützung der psychosozialen Entwicklung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Tab. 2: Leitlinien und Ziele der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter (Quelle: [22]*, S. 250 ff.).*

Auf den weiteren Verlauf der kindlichen Entwicklung und die Bewältigung von Belastungen wirkt sich vor allem die Verfügbarkeit von personalen und sozialen Ressourcen [24] (Resilienz und Schutzfaktoren) aus. Diese können auf verschiedenen Ebenen identifiziert werden, d. h. als individuelle Persönlichkeitsmerkmale, Merkmale des engeren familiären Umfeldes oder des außerfamiliären Unterstützungssystems. Entsprechend richtet sich Gesundheitsförderung im Kindesalter nicht nur auf die individuelle körperliche und psychische Gesundheit von Kindern, sondern auch auf die Stärkung sozialer Ressourcen in ihrer Familie und Lebenswelt. Ziel ist es, gesundheitsrelevantes Verhalten alltagsnah zu vermitteln und Rahmenbedingungen zu entwickeln, die ein gesundheitsgerechtes Verhalten erst möglich machen.

Systematische Verankerung von Gesundheitsförderung in der Kindheit

Ein Vorgehen nach diesem Ansatz ist gekennzeichnet durch sektorenübergreifende, interprofessionelle Vernetzung und Zusammenarbeit von Berufsgruppen, z. B. den Fachkräften aus dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst, den Frühen Hilfen und Präventionsketten, der Kinder- und Jugendhilfe, den Krankenkassen, Bildungs- und Betreuungsinstitutionen in Settings wie Kita und Schule oder dem Stadtteil und der Nachbarschaft.

Dies umfasst auch den Dialog mit Eltern in einem vertrauensvollen und offenen Klima, mit einer durch Respekt, Wertschätzung und Ebenbürtigkeit gekennzeichneten Haltung. Erforderlich ist, Orientierungswissen zu vermitteln, das Eltern den Zugang zu verschiedenen Systemen der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitssystems erleichtert und ihnen Weitergabe und Anwendung von alltagsgerechtem Gesundheitswissen und gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen innerhalb der Familie ermöglicht.

Gesundheit wird im Alltag hergestellt und auch dort vermittelt. Gesundheitsförderung im Kindesalter

orientiert sich daher am Setting [5] (Settingansatz/Lebensweltansatz). Dementsprechend werden praxisfeldbezogene und alltagsgerechte Ansätze mit und für Kindertageseinrichtungen, Schulen, Familien, Stadtteile oder Nachbarschaften entwickelt. Sie berücksichtigen Lebens- und Arbeitsprinzipien in der jeweiligen Lebenswelt und ermöglichen die Beteiligung und Mitarbeit aller Gruppen und Institutionen

Präventionskette: Kommune als Handlungsort

Die Zusammenführung der Aktivitäten im gesamten Setting Kommune leistet der Ansatz der Strategieentwicklung und Strukturbildung. Als integrierte kommunale Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategie zielt eine Präventionskette [25] (Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention) darauf, allen Heranwachsenden positive Lebens- und Teilhabebedingungen zu eröffnen. Ziel ist, bestehende Ressourcen zu bündeln und sie für die Mädchen und Jungen und ihre Familien zu eröffnen, wenn ihr Zugang dazu eingeschränkt ist. Auf diese Weise soll auch das Präventionsdilemma überwunden werden.

Eine Präventionskette stellt dabei kein „weiteres Netzwerk“ dar. Vielmehr basiert sie auf der Zusammenführung und strategisch-konzeptionellen Ausrichtung kommunaler Netzwerke zur Förderung, Unterstützung, Beratung, Bildung, Betreuung, Partizipation und zum Schutz von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Sie dient außerdem der konsequenten Ausrichtung von Angeboten und Maßnahmen auf den Bedarf und die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen. Die Sicherung von Übergängen für das Kind und seine Familie zwischen Angeboten, Institutionen, Settings zwischen Kindheit und Jugend gehört dabei zu den wesentlichen Teilzielen (vgl. [26]).

Zu den spezifischen Merkmalen einer Präventionskette zählen die übergreifende und lebensphasenorientierte Zusammenarbeit aller verantwortlichen öffentlichen und gesellschaftlichen Akteurinnen und Akteure und Institutionen, die dazu beitragen können, ein gemeinsam gesetztes Präventionsziel zu erreichen. Zudem sollen die Kinder, Jugendlichen und ihre Familien umfassend beteiligt werden. Das Konzept folgt der Philosophie von der „Priorität der Partizipation“ (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger) und misst dem Kindeswillen der Heranwachsenden hohe Bedeutung bei. Kennzeichnend sind neben der Kindzentriertheit die explizite Lebensweltorientierung und der Wechsel von der Risiko- zur Ressourcenperspektive (vgl. [27]).

Gesundheitsförderung im Kindesalter als kommunales Organisationsziel

Nach diesem umfassenden Verständnis ist die Gesundheitsförderung im Kindesalter ein voraussetzungsvolles Vorhaben und kein kurzfristiges Projekt für eine einzelne Institution oder Person. Vielmehr gilt Gesundheitsförderung in den Präventionsketten als Leitorientierung für Strategieentwicklung und Strukturbildung und somit als ein Organisationsziel im Setting Kommune [5] (Settingansatz/Lebensweltansatz)

Das Vorgehen gleicht dabei einem Lernzyklus, bei dem es darauf ankommt, zielgerichtet, geplant, systematisch und vor allem bedarfsorientiert vorzugehen. Zur Ermittlung des Bedarfs und themenspezifischer Angebote werden Mädchen und Jungen und ihre Familien und/oder die Fachkräfte der jeweiligen Institutionen durch geeignete Beteiligungsverfahren in die Maßnahmenentwicklung, -planung und -durchführung einbezogen.

Zur Qualitätssicherung sollten dabei Prinzipien des Empowerments, der Partizipation, der Niedrigschwelligkeit und Zielgruppenorientierung berücksichtigt werden. Hinweise auf weitere relevante Qualitätskriterien einer „Guten Praxis“ [28] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit) sowie erprobte Konzepte und Ansätze sind unter den unten angegebenen Internetadressen zu finden.

In den letzten Jahren konnten in vielen Kommunen und Bundesländern erfolgreiche Präventionsketten auf- und ausgebaut werden. Viele von ihnen beschränken sich in ihrer Zielsetzung nicht auf das gesunde Aufwachsen möglichst aller Kinder, sondern wählen eine Schwerpunktsetzung in Richtung Prävention von Armutsfolgen. Erste Erkenntnisse belegen die strukturell-armutspräventive Wirkung auf der kommunalen Organisationsebene [29]. Belege für die armutspräventive Wirkung auf der Angebotsebene für Kinder und ihre Familien stehen noch aus.

Zu beantworten wird die Frage sein, ob insbesondere arme Kinder und ihre Familien Präventionsketten in Anspruch nehmen und von ihnen profitieren – auch im Sinne einer umfassenden Gesundheitsförderung. Sollte dies gelingen, wäre das ein weiterer Grund für die flächendeckende Verankerung von Präventionsketten und müsste mit den entsprechenden Ressourcen versehen werden [30].

Internetadressen:

- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Die Good Practice-Kriterien. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/good-practice-kriterien/
- Robert Koch Institut (RKI). KiGGS: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Available from: https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Studien-und-Surveillance/Studien/KiGGS/kiggs_start_inhalt.html
- Rund ums Kind. Available from: https://www.kindergesundheit-info.de/themen
- Starke Kinder – chancengleich. Präventionsnetzwerke gegen Kinderarmut in Baden-Württemberg. Available from: https://www.starkekinder-bw.de
- Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAGE). Available from: https://hage.de/arbeitsbereiche/gesundheitliche-chancengleichheit/praeventionsketten-hessen
- Bundesministerium für Gesundheit, editor. Nationales Gesundheitsziel. Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. gesundheitsziele.de: Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses. 2010. Available from: https://gvg.org/wp-content/uploads/2022/01/Nationales_Gesundheitsziel_Gesund_aufwachsen_2010.pdf
- Präventionsketten Niedersachsen: Gesund aufwachsen für alle Kinder! Available from: https://www.praeventionsketten-nds.de
- Thüringer Präventionsketten. Available from: https://www.thueringer-praeventionsketten.de

Weiterführende Quellen:

- Werkbuch Präventionskette: Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen. Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVG & AFS); 2013. [accessed 2023 Nov 21]. Available from: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_Werkbuch_Prae

References

1. Röhrle B. Wohlbefinden / Well-Being. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I134-1.0
2. 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
3. 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
4. Altgeld T. Diversity und Diversity Management / Vielfalt gestalten. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i127-2.0
5. 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
6. Robert Koch-Institut (RKI). Die KiGGS Basispublikationen. Bundesgesundheitsblatt. 2007 [accessed 2023 Nov 21];50(5/6). Available from: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Basiserhebung/kiggs_basispublikation.html
7. Robert Koch-Institut (RKI), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editors. Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. 2008. DOI:10.25646/3071

8. Schlack R, Kurth BM, Hölling H. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Daten aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Umweltmed Forsch Prax. 2008;13(4):245–60.
9. Kuntz B, Rattay P, Poethko-Müller C, Thamm R, Hölling H, Lampert T. Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. J Health Monit. 2018;3:19–36. DOI:10.17886/RKI-GBE-2018-083
10. Poethko-Müller C, Kuntz B, Lampert T, Neuhauser H. KiGGS Welle 2 – Erste Ergebnisse aus Querschnitt- und Kohortenanalysen. J Health Monit. 2018;3(1):8–14. DOI:10.17886/RKI-GBE-2018-003
11. Lampert T, Müters S, Stolzenberg H, Kroll LE, KiGGS Study Group. Messung des sozio-ökonomischen Status in der KiGGS-Studie. Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt. 2014;57:762–70. DOI:10.1007/s00103-014-1974-8
12. Funcke A, Kruse C, Menne S. Kinderarmut. Kinder im SGB-II-Bezug in Deutschland. Factsheet. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2020. [accessed 2023 Nov 21]. Available from: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/291_2020_BST_Facsheet_Kinderarmut_SGB-II_Daten__ID967.pdf
13. Seile E, Höhne J. WSI-Verteilungsmonitor. Special Feature. III. WSI-Kinderarmutsbericht: Kinderarmut & Flüchtlingskrise. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI); 2017. [accessed 2023 Nov 21]. Available from: https://www.boeckler.de/pdf/wsi_vm_kinderarmut_2015.pdf
14. Böhnke P, Heizmann B. Die intergenerationale Weitergabe von Armut bei MigrantInnen zweiter Generation. In: Weiss H, Schnell P, Ateş G, editors. Zwischen den Generationen. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2014. p. 137–66. DOI:10.1007/978-3-658-03123-7_6
15. Kirchmann A, Kleimann R, Schaftstädt C. Das Ausgabeverhalten von Familien und die subjektive Lage materiell armer Kinder in Baden-Württemberg. Forschungsprojekt im Auftrag der FamilienForschung Baden-Württemberg (FaFo) im Statistischen Landesamt. Tübingen: Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e.V.; 2014.
16. Stichnoth H, Camarero Garcia S, Dörrenberg P, Neisser C, Riedel L, Ungerer M, Wehrhöfer N. Kommt das Geld bei den Kindern an? Bertelsmann Stiftung; 2018. DOI:10.11586/2018055
17. Bantel S, Buitkamp M, Wünsch A. Kindergesundheit in der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen und einer Elternbefragung in der Region Hannover. Bundesgesundheitsblatt. 2021 Dec;64(12):1541–50. DOI:10.1007/s00103-021-03446-2
18. Die Bundesregierung. Interministerielle Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“. Abschlussbericht. Berlin, Bonn; 2023 [accessed 2023 Nov 21]. Available from: https://www.bmfsfj.de/resource/blob/214866/fbb00bcf0395b4450d1037616450cfb5/ima-abschlussbericht-gesundheitliche-auswirkungen-auf-kinder-und-jugendliche-durch-corona-data.pdf
19. Bertram H, editor. Reiche, kluge, glückliche Kinder? Der UNICEF-Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2013.
20. Andresen S, Galic M. Kinder. Armut. Familie. Alltagsbewältigung und Wege zu wirksamer Unterstützung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2015.
21. Andresen S, Wilmes J, Möller R. Children´s Worlds+. Eine Studie zu Bedarfen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2019. DOI:10.11586/2019007
22. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), editor. 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. 2009. [accessed 2023 Nov 21]. Available from: https://www.bmfsfj.de/blob/93144/f5f2144cfc504efbc6574af8a1f30455/13-kinder-%20jugendbericht-data.pdf
23. Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. München: Deutsches Jugendinstitut; 2010. (Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht).
24. Rönnau-Böse M, Fröhlich-Gildhoff K, Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I101-2.0
25. 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
26. Richter-Kornweitz A. Präventionsketten Niedersachsen – Strategieentwicklung und

Strukturbildung im Fokus der Qualitätsentwicklung. In: Kolip P, editor. Praxishandbuch. Qualitätsentwicklung und Evaluation in der Gesundheitsförderung. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2019. p. 161–75.

27. Kruse C, Richter-Kornweitz A. Kommunale Präventionsketten: Mehr Teilhabe für Kinder durch Strategieentwicklung & Strukturbildung. K Jug. 2017;4:137–40.
28. 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-l052-3.0
29. Kruse C, Humrich W. „Präventionsketten Niedersachsen“ wirken!“ Strukturelle Armutsprävention durch Präventionsketten. Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVG & AFS); 2023. [accessed 2023 Nov 21]. Available from: https://www.praeventionsketten-nds.de/fileadmin/media/downloads/Papier_Pr%C3%A4ventionsketten_NDS_wirken/Pra%CC%88ventionsketten__wirken__23_WEB.pdf
30. Kruse C, Richter-Kornweitz A. Positionen. Präventionsketten verankern. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVG & AFS); 2021. [accessed 2023 Nov 21]. Available from: https://www.praeventionsketten-nds.de/fileadmin/media/downloads/Positionspapier_Pr%C3%A4ventionsketten_verankern/Positionspapier_Praeventionsketten_verankern.pdf

Korrespondenz: Dr., Dipl.-Päd. Antje Richter-Kornweitz, Gesundheitsförderung | Armutsprävention, Deutschland, E-mail: antjerichterkornweitz@gmail.com

Zitierhinweis: Richter-Kornweitz A, Kruse C. Gesundheitsförderung im Kindesalter. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i041-1.0

Copyright: © 2026 Antje Richter-Kornweitz 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/

Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe

Antje Richter-Kornweitz[1]
Gerda Holz[2]
[1] Gesundheitsförderung | Armutsprävention, Deutschland
[2] Ehem. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. im Ruhestand , Frankfurt am Main, Deutschland

Abstract

Die Kinder- und Jugendhilfe (KJH) ist ein differenziertes System zur Erziehung, Betreuung, Förderung und zum Schutz von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Sie prägt mit ihren Leistungen und Angeboten entscheidend die elementaren Sozialisationsprozesse und Lebenswelten in Kindheit und Jugend. Die KJH soll zu einem gelingenden Aufwachsen aller Kinder und Jugendlichen sowie zur Integration der jungen Generation in die Gesellschaft beitragen und beschäftigt dazu eine Vielzahl von Akteurinnen und Akteuren. Zu den Prinzipien und Standards der Gesundheitsförderung zur Förderung des Aufwachsens in Wohlergehen besteht eine fachliche Nähe, auch ist Gesundheitsförderung bereits teilweise Bestandteil von Leistungen in den verschiedenen Arbeitsfeldern der KJH. Vereinzelte, zeitlich begrenze Initiativen oder allein verhaltensorientierte Ansätze zur Förderung des gelingenden Aufwachsens in Wohlergehen, genügen jedoch ebenso wenig wie universell ausgerichtete Ansätze. Vor allem wenn es angesichts der gesellschaftlichen Realität ungleicher Kindheiten darum geht, Personengruppen mit erhöhten Vulnerabilitäten zu erreichen, sind sowohl individuell wie strukturell ausgerichtete Maßnahmen gefordert. Der Auftrag, kindliche Lebenswelten gesundheits- und entwicklungsgerecht zu gestalten, betrifft alle Ebenen der KJH, d. h. die Fachkräfteebene, die Ebene der Träger und die Kinder- und Jugendhilfe als System.

Keywords: Gesundheitsförderung, Prävention, Kinder- und Jugendhilfe, Inklusion, Aufwachsen in Wohlergehen, Vernetztes Handeln, Schnittstellenoptimierung, Integrierte kommunale Strategien, Sozialstaat, Sozialpolitik, Kinder- und Jugendpolitik

Einleitung

Kinder- und Jugendhilfe (KJH) ist die Bezeichnung für ein ebenso vielschichtiges wie vielgestaltetes sozialstaatliches System von Institutionen und Organisationen (siehe „Strukturen der Kinder- und Jugendhilfe in der Bundesrepublik Deutschland - Teil 1“ von IJAB – Fachstelle für Internationale Jugendarbeit der Bundesrepublik Deutschland e.V.) Sie umfasst Handlungsprogramme, Planungs- und Steuerungskonzepte, Angebote, Maßnahmen und Interventionsstrategien zur Erziehung, Betreuung, Förderung und zum Schutz von Kindern und Jugendlichen sowie zur Unterstützung junger Volljähriger.

Die KJH ist neben den Sozialisationsorten Familie und Schule als eine „elementare Sozialisationsinstanz Kindheit und Jugend“ in unserer Gesellschaft zu verstehen ([1], S. 12), die sich in ihrer Ausführung unterschiedlich intensiv auf die familiäre Erziehung ausrichtet (IJAB 2023b).



Abb. 1: Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland (Quelle: www.kinder-jugendhilfe.info − ein Online-Angebot von IJAB – Fachstelle für Internationale Jugendarbeit der Bundesrepublik Deutschland e.V.).

Bedeutende, handlungsprägende Leitlinien der Kinder- und Jugendhilfe betreffen unter anderem den Abbau sozialer Ungleichheit und die Förderung von Inklusion, die Sozialraumorientierung [2] (Sozialraum- und Gemeindeorientierung in der Gesundheitsförderung) sowie die Einbeziehung der Akteursperspektive und der Alltagsrelevanz von Maßnahmen. Gesundheitsförderung gilt wie Prävention und Krankheitsprävention [3] als inhaltlicher Bestandteil der KJH-Leistungen. Damit ist zugleich die Basis zur Zusammenarbeit mit Akteurinnen und Akteuren, Institutionen und Organisationen des Gesundheitsbereichs gegeben, wo Niedrigschwelligkeit, Lebensweltorientierung, Partizipation [4] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger) und Empowerment/Befähigung [5] als konstitutive Elemente einer ungleichheitssensiblen Gesundheitsförderung für alle Kinder und Jugendlichen gelten.

Auftrag, Funktionen und Leitorientierungen der Kinder- und Jugendhilfe

Die Kinder- und Jugendhilfe soll zu einem gelingenden Aufwachsen sowie zur Integration der jungen Generation in die Gesellschaft beitragen. Dies beinhaltet den sozialpolitischen Gestaltungsauftrag zur Entwicklung der Infrastruktur vor Ort: durch individuelle Unterstützung und durch Mitgestaltung der Lebensbedingungen junger Menschen „Benachteiligung zu vermeiden oder abzubauen“ und „positive Lebensbedingungen für Kinder und ihre Familien“ sowie eine „kinder- und jugendfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen“ (§ 1 Abs. 1 Nr. 3 SGB VIII Ab.1). Die verschiedenen gesellschaftlichen Funktionen der KJH werden über eine Vielzahl von gesetzlichen Vorgaben geregelt, die wiederum ein breites Spektrum von Aufgaben und Leistungen sichern.

Die Grundziele der Kinder- und Jugendhilfe sind:

- Die Förderung junger Menschen, die Vermeidung und der Abbau von Benachteiligungen (bis zum noch nicht vollendeten 27. Lebensjahr).
- Die Beratung und Unterstützung der Eltern und anderer erziehungs- bzw. sorgeberechtigter Personen.
- Der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gefahren für ihr Wohlergehen.
- Der Erhalt und die Schaffung positiver Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie einer kinder- und familienfreundlichen Umwelt.

Alle Maßnahmen der KJH sind an einer Inklusionsperspektive auszurichten. Somit werden Kinder und Jugendliche mit einer Beeinträchtigung in erster Linie als Kinder und Jugendliche gesehen. Die inklusive Perspektive verlangt ein Leistungsangebot für junge Menschen mit Beeinträchtigungen, das sich primär an der Lebenslage „Kindheit und Jugend“ orientiert und erst sekundär nach der Beeinträchtigung oder anderen möglichen Benachteiligungen und Belastungen in dieser Lebenslage differenziert.

Bundesrechtliche Grundlage für die KJH ist das Achte Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII), wobei eine ergänzende Gesetzgebung durch die Bundesländer erfolgt. Das SGB VIII ist in zehn Kapitel untergliedert, die darin dezidiert Struktur, Aufgaben und Querschnittsverpflichtungen, die Kooperationsverpflichtung und das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten festlegt. Ebenso werden die Einzelleistungen bestimmt, also die Hilfen zur Erziehung sowie und der Aufgabenbereich der Träger der Jugendhilfe, ihr Zusammenwirken etwa in Form von Kooperation und Gesamtverantwortung, Aufgabenverteilung, ihre Zuständigkeit und die Kostenerstattung bis hin zu Statistik und Datenschutz. Die einzelnen Verpflichtungen werden in kommunaler Selbstverwaltung durch die Jugendämter in den Städten und Landkreisen umgesetzt [6].

Ein besonderes Charakteristikum stellt das partnerschaftliche Zusammenwirken von öffentlichen und freien Trägern dar, insbesondere aus den Reihen der Wohlfahrtsverbände. Den Kommunen obliegt vor allem die Gesamtsteuerung in Form der Gesamt-, Entscheidungs- und Leistungsverantwortung. Die freien Träger sind unter Beachtung ihrer inhaltlichen und organisatorischen Autonomie vorrangig bei der Ausgestaltung einzubinden. „Wenn freie Träger geeignete Einrichtungen, Dienste und Veranstaltungen unterhalten oder rechtzeitig schaffen können, soll die öffentliche Jugendhilfe gemäß § 4, Abs. 2 von eigenen Maßnahmen absehen.“ ([7], S. 709).

Auftrag und Prinzipien der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter

Für ein gelingendes Aufwachsen im Wohlergehen ist Gesundheit [8] unverzichtbare Bedingung und Voraussetzung altersgemäßer kindlicher Entwicklung. Gesundheit ist als konstitutiver Bestandteil des Alltags junger Menschen und als Derivat ihrer Lebensumstände zu verstehen. Gesundheitsförderung soll auch jungen Menschen ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen [9], [10] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen).

Jedoch sind reine Verhaltensbotschaften, die an Kinder, Jugendliche und Familien gerichtet werden, schon im Allgemeinen und erst recht bei einer ungünstigen Belastungs-Ressourcen-Bilanz schwer umzusetzen. Ihre individuelle Handlungsfreiheit wird durch soziale, politische und wirtschaftliche Möglichkeiten und den sie umgebenden Sozialzusammenhang erheblich bestimmt bzw. beschränkt (vgl. [11], [12] Settingansatz−Lebensweltansatz), weshalb die positive Beeinflussung der eigenen Entwicklung nicht nur von der Verfügbarkeit personaler Ressourcen abhängt. Sie wird vielmehr durch einen dynamischen Austauschprozess zwischen dem Subjekt und den umgebenden sozialen Systemen (wie Familie, Nachbarschaft, Gesellschaft) beeinflusst, in dem über die strukturellen Bedingungen von Handlungsfähigkeit entschieden wird, die Selbstsorge und Verantwortungsübernahme erst erlauben (vgl. [13], S. 30 f.). Daher zielt Gesundheitsförderung in dieser Lebensphase auch auf die Ressourcen, die Kinder, Jugendliche und ihre Familien in der Auseinandersetzung mit Risiken und Belastungen in ihrer Lebenswelt vorfinden, außerdem auf ihre Befähigung zum selbstbestimmten Handeln angesichts von ungleichen, im Sinne von ungerecht verteilten Gesundheitschancen.

Dies impliziert multiple Anforderungen an die Gesundheitsförderung. Sie soll sich an der aktuellen Datenlage zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen orientieren, lebenslagen- und lebensphasenorientiert [14] (Lebenslagen und Lebensphasen) sowie geschlechtsspezifisch ausgerichtet sein. Es sollen gesundheitsfördernde und präventive Elemente in der Lebenswelt gestärkt sowie die eigenen Vorstellungen, die Kinder und Jugendliche von ihrer Gesundheit haben, „vom Kind aus

denkend“ berücksichtigt werden, um so gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu fördern [15] (vgl. Gesundheitsförderung im Kindesalter). Hier ergeben sich wesentliche Anknüpfungspunkte zu den Leitorientierungen, Aufgaben und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe.

Anforderungen an Fachkräfte, Träger und das System der Kinder- und Jugendhilfe

Bislang nimmt die Gesundheitsförderung als Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe keinen explizit geregelten Raum ein und wird meist nur peripher erwähnt. Unter anderem wird argumentiert, Gesundheitsförderung sei „eine in der Kinder- und Jugendhilfe generell zu beachtende Querschnittsaufgabe, die vor allem im Sinne von Schutz vor gesundheitlichen Gefahren und positiv im Sinne des Aufbaus gesundheitsfördernder Kompetenzen und Potenziale zu verstehen ist“ ([16], S. 18).

So läuft Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe zwar des Öfteren mit; auch wird häufiger die mögliche Erreichbarkeit von Kindern, Jugendlichen und Familien in den Einrichtungen genutzt, um dort Angebote der verhaltensbezogenen Prävention durchzuführen. Weniger verbreitet ist aber die explizite, systematische Entwicklung und Durchführung passender (Einrichtungs-)Konzepte und Strategien. Sehr selten sind zudem koordinierte und partizipative Lern- und Entwicklungsprozesse in der umgebenden Lebenswelt von Kindern, Jugendlichen und Familien, die ihre Gesundheit positiv und nachhaltig beeinflussen können [12] (vgl. Settingansatz−Lebensweltansatz). Als integraler Bestandteil von kommunaler Jugendhilfe (ebenso Bildungs- bzw. Sozialplanung) wird Gesundheitsförderung oftmals nur wenig gesehen oder gar übersehen.

Angesichts der gesellschaftlichen Realität „ungleicher Kindheiten“ (vgl. [17]) und den daraus ableitbaren Folgen ist die konsequente Ausrichtung der Kinder- und Jugendhilfe in all ihren Handlungsfeldern am Ziel des gelingenden Aufwachsens im Wohlergehen ebenso nötig wie die differenzierte Weiterentwicklung anschlussfähiger Konzepte zur Gesundheitsförderung und Prävention. Dabei sind die vielfältigen Entwicklungspfade in Kindheit und Jugend sowie die engagierte Gestaltung der Infrastruktur zugunsten umfassender Teilhabechancen in den verschiedenen Lebensbereichen zu beachten [18].

Zentral ist zudem, soziale Ungleichheit auch als ungleich, im Sinn von *ungerecht* verteilten Gesundheitschancen, zu verstehen [19], was beispielsweise mit den Startbedingungen ins Leben oder den allgemeinen Rahmenbedingungen für gelingendes Aufwachsen im Wohlergehen zu verknüpfen ist.

Zwischen Gesundheitsförderung nach den genannten Prinzipien wie Lebenslauf- und Lebenslagenorientierung, Ressourcen- und Akteursorientierung sowie Befähigungsgerechtigkeit und den Konzepten sowie fachlichen Standards der Kinder- und Jugendhilfe gibt es eine große Nähe. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sind teilweise bereits Bestandteil von Leistungen der KJH in ihren verschiedenen Arbeitsfeldern [20]. Vereinzelte, zeitlich begrenze Initiativen oder allein verhaltensorientierte Ansätze genügen jedoch genauso wenig wie universell ausgerichtete Ansätze [3] (Prävention und Krankheitsprävention). Vor allem wenn es darum geht, Personengruppen mit erhöhten Vulnerabilitäten zu erreichen, bedeutet dies für alle Akteurinnen und Akteure sowie Institutionen, sich mit gesundheitsfördernden Maßnahmen stärker an den jeweiligen Lebenswelten und an Verteilungsgerechtigkeit zu orientieren (vgl. [21]) und diese über die Entwicklung koordinierter und partizipativ angelegter Konzepte und Strategien in den verschiedenen Handlungsfeldern wirkungsorientiert zu verankern.

Die Akteurinnen und Akteure der Kinder- und Jugendhilfe prägen entscheidend die elementaren Sozialisationsprozesse und Lebenswelten in Kindheit und Jugend [12] (Settingansatz−Lebensweltansatz). Ihr Wirken ist auf verschiedenen Ebenen relevant. Das betrifft die Fachkräfteebene, die Ebene der Träger und die Kinder- und Jugendhilfe als System, was mit unterschiedlichen Aufträgen verknüpft werden muss.

Auftrag für Fachkräfte

Fachkräfte in Einrichtungen sind gefordert, sich aktiv Kindern, Jugendlichen und Familien zuzuwenden, für die in ihrer aktuellen Situation andere Themen als Gesundheit höhere Priorität haben (müssen). So sind beispielsweise die von den Familien als vordringlich angesehenen Herausforderungen ihres Alltags (armuts-)sensibel anzuerkennen, um die Infrastruktur für Kinder, Jugendliche und ihre Familien zugunsten des gelingenden Aufwachsens im Wohlergehen in allen Feldern der KJH engagiert angehen

zu können. Vorrangig ist dabei, die gesundheits- und entwicklungsgerechte Gestaltung der kindlichen Lebenswelt gezielt ins Zentrum des fachlichen Handelns zu rücken und diese Form der Verhältnisprävention als Teil der gesellschaftlichen Fürsorgepflicht zu verstehen (vgl. [22], S. 2).

Vernetztes Handeln, die Intensivierung von Kooperationsbeziehungen, die Sicherung und Optimierung von Schnittstellen sowie die Verbesserung von Übergängen sind dabei wichtige und auch arbeitsintensive Aufträge, wobei es weniger um die Verteilung neuer Aufgaben geht als um das erfolgreiche Zusammenwirken benachbarter Professionen [13]. Vertiefte Einblicke und eine Handlungsorientierung für die gemeinsam zu bewältigenden Aufgaben bieten diesbezüglich die weiterhin aktuellen Leitlinien und Empfehlungen des 13. Kinder- und Jugendberichts ([18], S. 250 ff.).

All das liegt nicht allein in der Verantwortung der Fachkräfte in der Zusammenarbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien. Es ist Aufgabe der jeweiligen Führungskräfte, umzusteuern, die notwendigen Strukturen zu sichern, Zusammenarbeit an Schnittstellen zu sichern und für die Rahmenbedingungen zu sorgen, unter denen vernetztes Handeln gelingen und fachliche Standards integriert werden können.

Auftrag für Träger

Die Träger der öffentlichen und der freien Kinder- und Jugendhilfe sind – nicht zuletzt wegen ihres allgegenwärtigen Wirkens – Ansprechpartner auch für den Gesundheitsbereich. Die regelhafte Kooperation beider Bereiche wird spätestens seit dem Erscheinen des 13. Kinder- und Jugendberichts angemahnt [18], [16], [23], [24]. Dem kommen benachbarte fachliche Prinzipien entgegen wie die Priorität der Partizipation [4] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger), die Einbeziehung des Kindeswillens bzw. die Akteursorientierung in allen Handlungsfeldern bezüglich Bedarf, Umsetzung und Anwendbarkeit von Maßnahmen aus der Nutzerperspektive, wie sie unter anderem die lebensweltorientierte Arbeit kennzeichnen [21]. Gemeinsam ist ihnen auch der Anspruch, Inklusion und Teilhabechancen für alle Kinder und Jugendlichen zugunsten des Aufwachsens in Wohlergehen zu fördern.

Diese Standards gelten als Anforderungen an Organisationen, Institutionen sowie Akteurinnen und Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe. Sie sind als konzeptionelle Vorgaben an jede einzelne KJH-Einrichtung zu verstehen und können als Brücken zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitsbereich genutzt werden. Auftrag der KJH-Träger ist, dies gezielt zu ermöglichen und weiterzuentwickeln, sodass Synergien und anschlussfähige Konzepte entstehen und insgesamt die Rahmenbedingungen des Aufwachsens verbessert werden. Vertiefende Hinweise hierzu liefert der 13. Kinder- und Jugendbericht ([18], S. 250 ff.).

Auftrag an die Kinder- und Jugendhilfe als System

Die Kinder- und Jugendhilfe ist in Lebensbereichen und Institutionen präsent, die auf die Biografien von jungen Menschen und deren Alltagsgestaltung erheblichen Einfluss nehmen können. Sie ist aufgrund ihres politischen Auftrags, ihrer lokalen Verbreitung und ihres Anspruchs, nahe an Kindern, Jugendlichen und Familien zu sein, angesprochen, Sektorengrenzen zu überwinden. Ihr Auftrag ist es, sich gemeinsam mit Institutionen und Akteurinnen und Akteuren anderer (fach-)politischer Bereiche für gesellschaftliche Rahmenbedingungen so einzusetzen, dass die maßgeblichen strukturellen Unterschiede für ein Aufwachsen im Wohlergehen überwunden werden. Dieser Auftrag berührt das gesetzlich garantierte Recht von Kindern und Jugendlichen auf eine bestmögliche Gesundheit, das es zu wahren gilt.

Dazu sind die Aktivitäten konzeptionell und gesamtstrategisch einzubinden und durch Politik auf Landes- und Bundesebene entsprechend der HiAP-Strategie zu unterstützen [25] (Gesundheit in allen Politikfeldern/Health in All Policies (HiAP)). Die immer wieder geforderten integrierten Ansätze, die bereits den Ansatz der Frühen Hilfen [26] prägen, sowie das zunehmend auf kommunaler Ebene realisierte Konzept der Präventionsketten [27] (Präventionskette - Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention) oder beispielsweise das Konzept des Landes Bremen zur ressortübergreifenden Gesamtkoordination und -strategie „Frühe Kindheit“ [28], sind bereits erfolgreich auf dem Weg, diese fachpolitischen Ansprüche zu vereinen.

References

1. Schröer W, Struck N, Wolff M, editors. Handbuch Kinder- und Jugendhilfe. 2 edn. Weinheim: Beltz; 2016.
2. Quilling E, Kaczmarczyk D, Schäfer P, Trojan A, Süß W. Sozialraum- und Gemeindeorientierung in 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-I021-3.0
3. 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
4. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
5. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I10-3.0
6. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Fragen und Antworten: Kinder- und Jugendhilfe. 2022 [accessed 2023 Aug 9]. Available from: https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/kinder-und-jugend/kinder-und-jugendschutz/fragen-und-antworten-kinder-und-jugendhilfe/fragen-und-antworten-kinder-und-jugendhilfe-86352
7. Beher K. Träger der Kinder- und Jugendhilfe. In: Schröer W, Struck N, Wolff M, editors. Handbuch Kinder- und Jugendhilfe.Weinh eim: Beltz Juventa; 2016. p. 702–20.
8. Franzkowiak P, Hurrelmann K. Gesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I023-2.0
9. Weltgesundheitsorganisation (WHO). Ottawa Charta for Health Promotion. Genf: WHO; 1986.
10. 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
11. Sen A. Ökonomie für den Menschen. Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft. München, Wien: Carl Hanser Verlag; 2000.
12. 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
13. Keupp H. „Der Fortschritt ist eine Schnecke“ – Wie weit sind wir eine Dekade nach dem 13. Kinder- und Jugendbericht? In: Liel K, Rademaker AL, editors. Gesundheitsförderung und Prävention – Quo vadis Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim: Beltz Juventa; 2020. p. 22–45.
14. 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
15. Richter-Kornweitz A, Kruse C. Gesundheitsförderung im Kindesalter. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I041-3.0
16. Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ), Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ). „Gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen – Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe“. Gemeinsame Handlungsempfehlungen. Berlin; 2012.
17. Betz T. Ungleiche Kindheiten: Theoretische und empirische Analysen zur Sozialberichterstattung über Kinder. Weinheim, München: Juventa; 2008.
18. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). 13. Kinder- und Jugendbericht. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen − Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe. Berlin; 2009. [accessed 2023 Aug 9]. Available from: https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93144/f5f2144cfc504efbc6574af8a1f30455/13-kinder-jugendbericht-data.pdf
19. Mielck A, Wild V. Welche Ungleichheit ist „ungerecht“- und welche nicht? impu!se. 2021 [accessed 2023 Aug 9];(112):3–4. Available from: https://www.gesundheit-nds-hb.de/fileadmin/Publika

tionen/Impulse/impulse-nr112-web.pdf
20. Smessaert A. Editorial. AGJ, editor. Forum Jugendhilfe. 02/2022.
21. Rademaker AL. Gesundheitsförderung: Ein fachlicher Standard in der Kinder- und Jugendhilfe. In: Liel K, Rademaker AL, editors. Gesundheitsförderung und Prävention – Quo vadis Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim: Beltz Juventa; 2020. p. 184–98.
22. De Bock F, Geene R, Hoffmann W, Stang A. Vorrang für Verhältnisprävention. Handreichung aus der Steuerungsgruppe des Zukunftsforums Public Health für alle mit Prävention in Praxis und Politik befassten Akteure. Berlin; 2017. [accessed 2023 Sep 18]. (Zukunftsforum Public Health). Available from: https://zukunftsforum-public-health.de/wp-content/uploads/2018/08/Vorrang-fuer-Verhaeltnispraevention.pdf.
23. Trojan A, Reisig V, Kuhn J. Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden. Entwicklungsstand und Perspektiven für das Setting „Kommune“ nach Verabschiedung des Präventionsgesetzes. Prävent Gesundheitsf. 2016 Nov;11(4):259–64. DOI:10.1007/s11553-016-0557-y
24. Liel K, Rademaker AL, editors. Gesundheitsförderung und Prävention – Quo vadis Kinder- und Jugendhilfe? Weinheim: Beltz; 2020.
25. Köckler H, Geene R. Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I157-1.0
26. 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
27. 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
28. Die Senatorin für Soziales, Jugend, Integration und Sport, Die Senatorin für Kinder und Bildung, Die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz, editors. Eckpunktepapier. Für ein Aufwachsen in Wohlergehen. Entwicklung einer ressortübergreifenden Gesamtstrategie „Frühe Kindheit“. Bremen; 2022. [accessed 2025 Oct 16]. Available from: https://www.bildung.bremen.de/sixcms/media.php/13/20220916_Eckpunktepapier_Gesamtstrategie

Korrespondenz: Dr., Dipl.-Päd. Antje Richter-Kornweitz, Gesundheitsförderung | Armutsprävention, Deutschland, E-mail: antjerichterkornweitz@gmail.com

Zitierhinweis: Richter-Kornweitz A, Holz G. Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i137-1.0

Copyright: © 2026 Antje Richter-Kornweitz 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/

Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen

Antje Richter-Kornweitz[1]
Christina Kruse[2]
[1] Gesundheitsförderung | Armutsprävention, Germany
[2] Germany

Abstract

Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen (Kitas) setzt im Alltag an: Sie soll Lebens- und Arbeitsbedingungen in der Einrichtung berücksichtigen und ein positives Konzept von Gesundheit vermitteln. Ziel ist es, die Kita zu einer gesunden Lebenswelt zu machen. Im Mittelpunkt steht dabei ebenso die Förderung von gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen, wie die Entwicklung der nötigen Rahmenbedingungen bzw. Lebensverhältnisse. Zwischen beidem bestehen enge Wechselwirkungen.
Das Themenspektrum reicht dabei von Ernährung, Bewegung, Hygiene und Sprachförderung bis hin zu Sucht- und Gewaltprävention, Umwelt, Natur und Klima. Die kontinuierliche Zusammenführung und Weiterentwicklung der Aktivitäten in den verschiedenen Handlungsfeldern sind zentral für die Förderung des gesunden Aufwachsens.

Keywords: Gesundheitsförderung, Setting Kita, Kinder, Beschäftigte, Eltern

Einleitung

Kindertageseinrichtungen (Kitas) haben in den letzten Jahrzehnten – besonders zwischen 2008 und 2018 – kontinuierlich an Bedeutung für das Aufwachsen von Kindern bis zum Alter von sieben Jahren gewonnen. Das lag nicht zuletzt am 2013 eingeführten Rechtsanspruch auf einen Betreuungsplatz für Kinder ab einem Jahr. Anhand weniger Punkte lassen sich die gestiegene Bedeutung aber auch weiterer Handlungsbedarf verdeutlichen (vgl. [1], [2]):

- Die Anzahl institutionell betreuter Kinder ist gewachsen; bei den unter 3-Jährigen hat sie sich im genannten Zeitraum mehr als verdoppelt.
- Der Betreuungsumfang der Kinder durch die Institution ist gestiegen, durch einen tendenziell früheren Alterseinstieg sowie längere wöchentliche Betreuungszeiten in den Einrichtungen.
- Den anhaltenden Debatten um den Ausbau der Kindertagesbetreuung, um Qualitätsstandards in der Frühen Bildung sowie Professionalisierung oder auch Akademisierung steht neben einem hohen Fachkräftebedarf jedoch ein zunehmender Fachkräftemangel gegenüber.

Mit der gestiegenen Bedeutung der Kindertagesbetreuung gehen zahlreiche Erwartungen und Anforderungen an die Beschäftigten innerhalb einer Kita einher. Der Auftrag pädagogischer Fachkräfte umfasst vielfältige Tätigkeiten und Kompetenzen im Sinne eines klassischen und professionellen pädagogischen Handelns. Er beinhaltet die individuelle Förderung der Kinder durch frühkindliche Bildung und zuverlässige Betreuung und Erziehung, wobei ein enger Zusammenhang von Bildung, Gesundheit und Wohlbefinden besteht. Die Berücksichtigung der Grundbedürfnisse nach gesunder Ernährung, ausreichender Bewegung, nach genügend Schlaf, Ruhe und sozialer Eingebundenheit gehören ebenso dazu wie die Förderung von Exploration, Autonomieempfinden und von Gefühlen der Selbstwirksamkeit [3], [4].

Die pädagogischen Fachkräfte sehen sich mit unterschiedlichsten Erwartungen konfrontiert – bei knappem Personalschlüssel und vergleichsweise geringer Bezahlung. Für zahlreiche Erzieherinnen und Erzieher verstärkten sich diese Probleme während der COVID-19-Pandemie: Viele erkannten die besondere Bedeutung der täglichen Betreuungszeiten für die kindliche Entwicklung und das Wohlbefinden der Kinder in der Pandemie. Sie erlebten daher den Umgang mit politischen Auflagen, den ständig wechselnden Modalitäten und die schwierige Ausübung von Alltagsroutinen als starke Belastung. Gleichzeitig spürten viele Fachkräfte eine geringe Anerkennung und Wertschätzung ihres Berufs und ihrer Leistung, da ihre Berufsgruppe zunächst nicht als „systemrelevant“ galt und sie etwa bei Impf-Priorisierung und kostenfreien Tests nicht von Anfang an zu den besonders ansteckungsgefährdeten Gruppen gezählt wurde [5].

Bei der Anzahl an Anforderungen und Erwartungen an das pädagogische Fachpersonal stellt sich – angesichts von Krisenzeit oder Alltag – deshalb auch die Frage, wie das Thema Gesundheit durch Erzieherinnen und Erzieher umfassender und kontinuierlicher in den Kita-Alltag eingebracht werden kann.

Warum Gesundheitsförderung in der Kita?

Im Kindesalter werden zentrale Weichen für die weitere Entwicklung einer guten körperlichen und psychischen Gesundheit gestellt. Die Fähigkeiten und Chancen, im weiteren Leben gesundheitliche Potenziale zu nutzen oder Risiken zu vermeiden, hängen wesentlich davon ab, welche Kompetenzen und Orientierungen in den frühen Lebensphasen vermittelt werden konnten (vgl. [6] und [7]). Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitschancen sollten daher so früh wie möglich im Lebenslauf beginnen. Kitas stellen dafür einen geeigneten Settingansatz/Lebensweltansatz [8] dar.

Trotz einer insgesamt positiven Bilanz der Kindergesundheit in Deutschland (vgl. [9]) gibt es bei etwa 20 % der Mädchen und Jungen gesundheitliche Auffälligkeiten (vgl. [10]). Im Vorschulalter (drei bis sechs Jahre) zählen dazu Entwicklungsauffälligkeiten in den Bereichen Sprache, Bewegung, Ernährung und Verhalten (vgl. [11], [12] sowie [13]). Besondere Risiken bestehen hier für Kinder, wenn ihre Familien mehrfach belastet sind, etwa durch niedriges Einkommen und/oder Arbeitslosigkeit, eine hohe Kinderzahl, soziale Isolation, Migrationsgeschichte und schwieriges Wohnumfeld. Die daraus resultierenden Lebensbedingungen können die weitere körperliche, psychische und soziale Entwicklung ungünstig beeinflussen. Die frühe Inanspruchnahme von frühkindlichen Bildungs- und Betreuungsangeboten kann diesen Risiken entgegenwirken [14].

Die wiederholten Kita-Schließungen während der COVID-19-Pandemie haben als Verstärker gewirkt: Der „im Pandemieverlauf häufig mehrmalige Wechsel von der institutionellen in die in der Regel familial organisierte Betreuung führte bei KiTa-Kindern zu einem sinkenden Wohlbefinden und vermehrtem Einsamkeitserleben“ ([15], S. 69). Durch diese Studienergebnisse wird die Relevanz einer konstanten und qualitativ hochwertigen institutionellen Bildungs- und Betreuungsarbeit für ein gesundes Aufwachsen von Kindern unterstrichen ([15], S. 69).

Vom Thema „Gesundheitsförderung in der Kita“ zum Handlungsprinzip gesundheitsfördernde Lebenswelt

Gesundheitsbezogenes Handeln in den Bereichen Bewegungsförderung, Hygiene und Ernährung gehört in vielen Kitas zu den Alltagsroutinen. Weitere Maßnahmen aus dem Handlungsfeld Kindergesundheit – wie Sucht- und Gewaltprävention, Sprachförderung, Bewegungskurse etc. – werden zudem oft von außen an die Einrichtungen als einzelne, zeitlich aufeinander folgende und abgegrenzte Projekte herangetragen. Kitas werden so zum Zugangsweg für gesundheitsfördernde Maßnahmen und Angebote anderer, oft jedoch ohne die Möglichkeit zur nachhaltigen Verankerung.

Projektanbieter können einzelnen Kitas vorschlagen, mit Schulen oder anderen Einrichtungen zusammenarbeiten oder auch mehrere Kitas in einem größeren Projekt zusammenführen. Dabei hängt der Erfolg nicht allein von der Qualität der Konzepte oder der Qualifikation der Durchführenden ab, vielmehr wird er entscheidend von den Rahmenbedingungen der Kita (Einrichtungsgröße, personelle Ressourcen, räumliche Bedingungen, soziale Lage im Umfeld, Träger, Arbeitsansatz etc.) beeinflusst. Vor Projektstart sollte daher eine gründliche Analyse von Rahmenbedingungen und Projektmerkmalen sowie eine Anpassung an einrichtungsspezifische Gegebenheiten stattfinden.

Insofern ist Gesundheitsförderung in Kitas weit mehr als die projekthafte Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit, denn sie setzt im Alltag an und nimmt Bezug auf die jeweilige spezifische Situation vor Ort. Im Mittelpunkt steht dabei nicht nur die Förderung von gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen, sondern auch die Entwicklung der nötigen (strukturellen) Rahmenbedingungen bzw. Verhältnissen.

Zur Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen gehören Angebote und Aktivitäten für alle, die sich dort regelmäßig aufhalten (z. B. Leitung, Erzieherinnen und Erzieher, Kinder, Eltern) sowie die Zusammenarbeit mit relevanten Institutionen und Einzelpersonen im sozialen Umfeld der Einrichtung (Schulen, Tageseltern, Familien- bzw. Nachbarschaftszentren, Sportvereine etc.). Das Ziel ist, die Kita zu einer gesundheitsfördernden Lebenswelt zu machen (vgl. [16], [17]): Damit wird Gesundheitsförderung vom (Projekt-)Thema zum Handlungsprinzip der gesamten Einrichtung weiterentwickelt.

Über die Funktion als Projektnehmer hinaus können Kitas somit zum Impulsgeber und Ausgangspunkt

von umfassenden gesundheitsfördernden Aktivitäten werden, vorausgesetzt sie wählen ein prozessorientiertes, systematisches Vorgehen nach dem Settingansatz/Lebensweltansatz [8] und dem Public Health Action Cycle [18] (Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus). Zu den Zielen einer Gesundheitsförderung im Setting Kita gehört es,

- das gesamte Lebens- und Arbeitsumfeld gesundheitsförderlich zu gestalten und
- die Gesundheitsressourcen und -kompetenzen von Beschäftigten, Kindern und Eltern zu stärken und ihnen ein positives Konzept von Gesundheit zu vermitteln.

Die vier Handlungsfelder der Gesundheitsförderung im Setting Kita

Indem Gesundheit als Organisationsziel in allen regelmäßig wiederkehrenden Alltagsroutinen und Bildungsangeboten verankert wird, kann dieser Prozess nicht nur zur Gesundheitsförderung, sondern auch zur Steigerung der Bildungs- und Erziehungsqualität beitragen. Ziele sind dabei, eine umfassende Beteiligung sicherzustellen und einen positiven Veränderungsprozess in Gang zu setzen, von dem die gesamte Einrichtung mit allen Akteurinnen und Akteuren profitiert. (vgl. [19] sowie [3]).

1. Beschäftigte

Settingorientierte Gesundheitsförderung nimmt die arbeitsbedingte gesundheitliche Situation der Beschäftigten in den Blick (Betriebliche Gesundheitsförderung) [20]. Deren Arbeitsalltag ist durch eine Vielzahl von Belastungsfaktoren, aber auch durch besondere Gesundheitspotenziale geprägt. Vieles davon ist strukturell und organisatorisch mit der Arbeitsorganisation und den Räumlichkeiten verbunden. Hinzu kommen Belastungen der Beschäftigten durch Lärm, ungünstige Körperhaltungen und schweres Tragen und Heben sowie psychische Belastungen und emotionale Stressoren. Infolgedessen treten insbesondere Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, allgemeine nervöse Überlastung und Kreislaufbeschwerden auf.

Auf der anderen Seite nennen Erzieherinnen und Erzieher als Ressourcen eine hohe Identifikation mit ihrer Tätigkeit, ein hohes Potenzial für Kreativität im Arbeitsprozess und für selbstständige Planung, hohe Kollegialität und gute Möglichkeiten zur beruflichen Weiterqualifizierung (vgl. [20] und [21], [22]). Konzepte zur Gesundheitsförderung im Setting Kita greifen diese Aspekte auf. Vorschläge zur Verbesserung werden mittels partizipativer Methoden gemeinsam mit den Beschäftigten entwickelt und mit ihrer Beteiligung umgesetzt.

2. Kinder

Der Auftrag zur Gesundheitsförderung lässt sich implizit auch aus dem im Sozialgesetzbuch VIII formulierten Auftrag der Kitas herauslesen, die Eltern in der Bildung, Betreuung und Entwicklung ihres Kindes zu unterstützen [23]. Damit einher geht die Förderung einer gesunden seelischen, physischen und sozialen Entwicklung, die insbesondere durch ein umfassendes Verständnis von Gesundheitsförderung mit Kindern begünstigt werden kann. Dazu zählen zentrale Kategorien wie Beziehungsaufbau und -gestaltung, Alltags- und Situationsgestaltung, Raumgestaltung und Materialauswahl, Beobachtung und Dokumentation sowie pädagogische Angebote für die Gesundheitsbildung ([23], S. 9). Bis auf die letzte Kategorie entsprechen sie grundsätzlichen Aufgaben der pädagogischen Arbeit in der Kita – können aber unter entsprechenden Blickwinkel mehr oder weniger gesundheitsförderlich ausgestalten werden.

Insbesondere gilt mit Blick auf die Entwicklungsförderung benachteiligter Mädchen und Jungen durch gesundheitsfördernde Maßnahmen (vgl. auch [24]):

- Zur effektiven individuellen Förderung von benachteiligten Kindern muss bei den Kompetenzen von Erzieherinnen und Erzieher angesetzt werden.
- Äußere und prinzipiell wichtige Rahmenbedingungen wie das Vorhandensein eines Bewegungsraums oder eines großen Gartens reichen allein nicht aus. Als entscheidend erweist sich oft die aktive Förderung der Nutzung dieser Bewegungsmöglichkeiten durch die zuständige pädagogische Fachkraft.
- Eltern sollten als wichtige Bezugspersonen und Vorbilder ihrer Kinder aktiv in Maßnahmen z. B. der Förderung von Ernährung und Bewegung einbezogen werden. Partizipative Ansätze können

dabei neue und effektivere Möglichkeiten der Förderung eröffnen.

3. Eltern

Die Zusammenarbeit mit Eltern ist ein zentrales Handlungsfeld der Gesundheitsförderung in Kitas, da Kinder auch über die Unterstützung ihrer Eltern gefördert werden können. Außerdem kann mehr Nachhaltigkeit erreicht werden, wenn der Transfer von Wissen und Kompetenzen von der Kita in die Familie begleitet wird. Prinzipien dieser Arbeit sind Partizipation (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger) [26] und Empowerment/Befähigung [27] als grundlegende Haltungen gegenüber den Eltern und ihrer individuellen Lebensrealität, außerdem die Verwirklichung eines vertrauensvollen und offenen Dialogs zur Ermittlung des Bedarfs von Familien. In diesem Zusammenhang hat in den letzten Jahren das Konzept der Armutssensibilität an Bedeutung gewonnen [28]. Des Weiteren stellt das Curriculum „Gesund aufwachsen in der Kita – Zusammenarbeit mit Eltern stärken“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Materialien zur Verfügung (vgl. [29] und [30]).

Die in den verschiedenen Handlungsfeldern genannten Anforderungen an Haltung und Handeln sollten die Arbeit von pädagogischen Fach- und Leitungskräfte prägen und in der Konzeption der Einrichtung verankert sein.

4. Umfeld

In dieses Handlungsfeld fallen alle Aktivitäten der Einrichtung zur Vernetzung und Kooperation im sozialen Umfeld, d. h. mit räumlich und fachlich benachbarten Institutionen und Vernetzung. Dazu gehören Partner wie der Öffentliche Gesundheitsdienst (Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung) [31], die Institutionen und Angebote der Kinder- und Jugendhilfe (u. a. Frühen Hilfen [32], Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention [33]), therapeutische und beratende Einrichtungen, Ärztinnen und Ärzte, Familienbildung und Schulen (vgl. [34]).

Ein wichtiges Ziel ist der Austausch von Kompetenzen, Leistungen und Erfahrungen, die das fachliche Profil der Kita ergänzen können. Denkbar ist neben der Zusammenarbeit mit den bereits genannten Institutionen sowie Akteurinnen und Akteuren die Kooperation mit Sportvereinen, Kultureinrichtungen, Beratungsstellen und/oder Nachbarschaftszentren. Im besten Fall umfasst dies auch die Zusammenarbeit in einer Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention (vgl. [34]). Diesen Schwerpunkt benennt auch die Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF) fünf Handlungsfelder der Gesundheitsförderung in Kitas [23]:

- Kind(er)
- Eltern/familiäres Umfeld
- Sozialraum
- Pädagogische Fachkraft
- Organisation

Darin wird die Ausweitung der Arbeit der Einrichtung über die eigenen institutionellen Grenzen hinweg in den Sozialraum nicht einseitig, sondern als Teil einer integrierten kommunalen Strategie verstanden. Dies zielt auf eine stärkere Einbettung der Kitas als Regelinstitutionen in die lokale Präventionsketten-Arbeit und damit auch die Prävention von Armutsfolgen ab (ebd.).

Fazit: Gesundheitsförderung in der Kita kennt keine Grenzen

Am Beispiel von Bewegungsförderung wird deutlich, wie umfassend Gesundheitsförderung in der Kita gedacht werden kann. Bewegung kann zum einen unter Nutzung aller Räumlichkeiten der Kita und des eventuell vorhandenen Gartens durchgeführt werden. Wenn nur wenig geeigneter Raum verfügbar ist, besteht die Möglichkeit, die Räume mit verwendungsoffenen Materialien bewegungsförderlicher zu gestalten und Freiflächen im näheren Umfeld zu nutzen. Das Beispiel Bewegungskindergärten, das von Landessportbünden und verschiedenen Landesregierungen unterstützt wird, zeigt die weiterführenden Potenziale von Gesundheitsförderung in der Kita und der Kooperation mit Partnern im sozialen Umfeld. So können aufgrund eines objektiv festgestellten Bedarfs (z. B. motorische Auffälligkeiten bei den Schuleingangsuntersuchungen) oder eines subjektiv geäußerten Bedürfnisses von Kindern, Eltern oder

Fachkräften Bewegungsangebote in Kooperation mit örtlichen Sportvereinen durchgeführt oder eigene Konzepte erarbeitet werden. Erzieherinnen und Erzieher erwerben eine Übungsleiterlizenz, die Kita kann Angebote zum Eltern-Kind-Sport initiieren. Im Rahmen von Einzelaktionen können sich Eltern an der bewegungsfreundlichen Umgestaltung des Freigeländes beteiligen. Vor allem große Träger von Kitas können außerdem betriebsinterne Bewegungsangebote für Beschäftigte organisieren.

Anhand der genannten Handlungsfelder gesundheitsfördernder Kitas wird deutlich: Gesundheitsförderung in Kitas sollte nicht als kurzfristiges, isoliertes Projekt oder als zusätzliches Angebot gedacht, sondern als Teil einer prozessualen Organisationsentwicklung [23] verstanden werden. Dafür benötigen Fachkräfte ausreichend Ressourcen (Geld, Zeit, Qualifizierung) und entsprechende Denkräume.

Internetadressen:

- GKV-Bündnis für Gesundheit. Wegweiser „Sechs Schritte zur gesunden Kita. Available from: https://www.gkv-buendnis.de/gesunde-lebenswelten/kita/wegweiser-kita/#wegweiser
- Gesunde Kita – Starke Kinder. Available from: https://www.in-form.de/projekte/projektdatenbank/projekt-details?tx_bleinformprojekte_details%5Baction%5D=details&tx_bleinformprojekte_details%5Bcontroller%5_list%5B0%5D=Gesunde&sword_list%5B1%5D=Kita&sword_list%5B2%5D=%E2%80%93&sword
- Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung in Kitas (Kogeki). Available from: https://www.kogeki.de
- Netzwerk Gesunde Kita Brandenburg. Available from: https://www.gesunde-kita.net
- Netzwerk Kita und Gesundheit Niedersachsen. Available from: https://www.gesundheit-nds.de/index.php/netzwerke/111-netzwerk-kita-und-gesundheit-niedersachsen
- Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF). Available from: https://www.weiterbildungsinitiative.de

Literatur:

- Niedersächsisches Institut für frühkindliche Bildung und Entwicklung (nifbe). Was hat die (Teil-)Akademisierung der Frühpädagogik gebracht? 2015 [accessed 2024 Jan 11]. Available from: https://www.nifbe.de/infoservice/aktuelles/915-was-hat-die-teil-akademisierung-der-fruehpaedagogik-gebracht
- Völkel P, Wihstutz A, editors. Das berufliche Selbstverständnis pädagogischer Fachkräfte. Köln: Bildungsverlag EINS; 2014.

References

1. Bertelsmann Stiftung. Kitapersonal braucht bessere Arbeitsbedingungen. Gütersloh; 2019 [accessed 2024 Jan 11]. Available from: https://www.bertelsmann-stiftung.de/index.php?id=13678
2. Autorengruppe Fachkräftebarometer. Fachkräftebarometer Frühe Bildung 2023. Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte. Bielefeld; 2023.
3. Rönnau-Böse M, Strohmer J, Fröhlich-Gildhoff K. Gesundheit und Gesundheitsförderung in der Kindertageseinrichtung. In: Kohlmann CW, Salewski, Wirtz MA, editors. Psychologie in der Gesundheitsförderung. Göttingen: Hogrefe; 2018. p. 451–64.
4. Lipowski H, Spiekermann N, Fuchs-Rechlin K. Handlungsanforderungen Gesundheitsförderung in Kitas im Überblick. In: Deutsches Jugendinstitut/Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte, editor. Gesundheitsförderung in Kitas. Grundlagen für die kompetenzorientierte Weiterbildung. München: WiFF Wegweiser Weiterbildung; 2020. p. 38–80.
5. Lattner K. Umgang mit krisenhaften Ereignissen. Was wir aus der Corona-Zeit lernen können. Kita Fachtexte. 2022 [accessed 2024 Jan 11];(4). Available from: https://www.kita-fachtexte.de/fileadmin/user_upload/220404_KitaFachtexte_Lattner_02.pdf
6. Schlack R, Kurth BM, Hölling H. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Daten aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Umweltmedizin in Forschung und Praxis. 2008;13(4):245–60.
7. Lampert T, Kuntz B, KiGGS Study Group. Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? GBE Kompakt. 2015;6(1):1–22.

8. 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
9. Kuntz B, Rattay P, Poethko-Müller C, Thamm R, Hölling H, Lampert T. Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. J Health Monit. 2018;3:19–36.
10. Poethko-Müller C, Kuntz B, Lampert T, Neuhauser H. KiGGS Welle 2 – Erste Ergebnisse aus Querschnitt- und Kohortenanalysen. J Health Monit. 2018;3(1):8–14.
11. Robert Koch-Institut (RKI). KiGGS Welle 2 – Erste Ergebnisse aus Querschnitt- und Kohortenanalysen. J Health Monit. 2018;3(1).
12. Robert Koch-Institut (RKI), editor. Die KiGGS Basispublikationen. Bundesgesundheitsblatt. 2007 [accessed 2024 Jan 11];50(5/6). Available from: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Basiserhebung/kiggs_basispublikation.html
13. Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editors. Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin. Zugriff am 11. Berlin: RKI; 2008 [accessed 2024 Jan 11]. Available from: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Basiserhebung/KiGGS_GPA.pdf?__blob=publicationFile
14. Jessen J, Schmitz S, Spieß CK, Waights S. Kita-Besuch hängt trotz ausgeweitetem Rechtsanspruch noch immer vom Familienhintergrund ab. DIW Wochenbericht. 2018;38:826–35.
15. Kuger S, Haas W, Kalicki B, Loss J, Buchholz U, Fackler S, Finkel B, Grgic M, Jordan S, Lehfeld AS, Maly-Motta H, Neuberger F, Wurm J, Braun D, Iwanowski H, Kubisch U, Maron J, Sandoni A, Schienkewitz A, Wieschke J, editors. Die Kindertagesbetreuung während der COVID-19-Pandemie. Ergebnisse einer interdisziplinaren Studie. Bielefeld: wbv Publikation; 2022 [accessed 2024 Jan 11]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Corona/Abschlussbericht_Corona-KiTa-Studie_DJI-RKI_2022.pdf
16. Richter-Kornweitz A, Altgeld T. Gesunde KITA für alle! Leitfaden zur Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte. Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.; 2015.
17. Richter-Kornweitz A. Gesundheitsförderung in der Kita – eine Aufgabe für Politik, Wissenschaft und Fachpraxis. In: Deutsches Jugendinstitut/Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte, editor. Gesundheitsförderung in Kitas. Grundlagen für die kompetenzorientierte Weiterbildung. München: WiFF Wegweiser Weiterbildung; 2020. p. 15–23.
18. Hartung S, Rosenbrock R. Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i099-2.0
19. Geene R, Richter-Kornweitz A, Strehmel P, Borkowski S. Gesundheitsförderung im Setting Kita. Ausgangslage und Perspektiven durch das Präventionsgesetz. Präv Gesundheitsf. 2016;11:230–6.
20. Hartung S, Faller G. Betriebliche Gesundheitsförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i042-3.0
21. Alice-Salomon-Hochschule Berlin, Unfallkasse Nordrhein-Westfalen. STEGE-Abschlussbericht: Strukturqualität und Erzieher_innengesundheit in Kindertageseinrichtungen. Berlin; 2013.
22. Viernickel S, Voss A, Mauz E. Arbeitsplatz Kita. Belastungen erkennen, Gesundheit fördern. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2017.
23. Voss A, Schumann M. Gesundheit von pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. In: Deutsches Jugendinstitut/Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte, editor. Gesundheitsförderung in Kitas Grundlagen für die kompetenzorientierte Weiterbildung. München: WiFF Wegweiser Weiterbildung; 2020. p. 24–33.
24. Deutsches Jugendinstitut Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (DJI WiFF), editor. Gesundheitsförderung in Kitas. Grundlagen für die kompetenzorientierte Weiterbildung. WiFF Wegweiser Weiterbildung. München; 2020 [accessed 2024 Jan 11]. Available from: https://www.weiterbildungsinitiative.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/WEB_WW14_Gesundheitsfoerderung.pdf
25. De Bock F, Sachse S. Entwicklungsförderung im Kindergarten – was ist evidenzgesichert? Kinderarztl Prax. 2017;88(4):10–6.

26. Wright MT, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
27. Brandes S, Stark W. Empowerment/Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i10-3.0
28. Holz G. Ein Basiselement individueller und struktureller Armutsprävention für junge Menschen. Berlin; 2021. [accessed 2024 Jan 11]. Available from: https://www.berlin.de/sen/jugend/jugend-und-familienpolitik/familienpolitik/kinder-und-familienarmut/staerkung-von-armutssensibilitat.pdf
29. Fröhlich-Gildhoff K, Richter-Kornweitz A, Musiol M, Wünsche M. Gesund aufwachsen in der KiTa. Zusammenarbeit mit Eltern stärken/Growing up healthy in kindergarten in collaboration with parents. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Köln; 2014.
30. Richter-Kornweitz A, Wächter M. Gesund aufwachsen in der Kita – Zusammenarbeit mit Eltern stärken. Curriculum zur Qualifizierung der Fachkräfte-Teams in Kindertageseinrichtungen für die Zusammenarbeit mit Eltern in der Gesundheitsförderung. Köln; 2014. [accessed 2024 Jan 11]. Available from: https://shop.bzga.de/pdf/11043000.pdf
31. 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
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/bioeg:q4-i020-2.0
33. 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
34. Richter-Kornweitz A, Kruse C. Steuerung sozialraumbezogener Gesundheitsförderung in Kommunen. Public Health Forum. 2018;26(2):153–5.

Korrespondenz: Dr., Dipl.-Päd. Antje Richter-Kornweitz, Gesundheitsförderung | Armutsprävention, Deutschland, E-mail: antjerichterkornweitz@gmail.com

Zitierhinweis: Richter-Kornweitz A, Kruse C. Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i039-1.0

Copyright: © 2026 Antje Richter-Kornweitz 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/

Gesundheitsförderung und Arbeitslosigkeit

Alfons Hollederer[1]

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

Abstract

Arbeitslosigkeit und Gesundheit beeinflussen sich wechselseitig. Die signifikanten Gesundheitsunterschiede zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten weisen auf einen Präventionsbedarf hin. Neue Kooperationsformen zwischen Arbeitsförderung und Gesundheitsförderung können den Zugang zu Arbeitslosen verbessern. Die Studienlage zur arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung belegt eine moderate Evidenz bei der Verbesserung der Gesundheit und Arbeitsmarktintegration.

Keywords: Gesundheitsförderung, Prävention, Behinderung, Arbeitslosigkeit, Arbeitsförderung

Einleitung

In Deutschland hat sich die hohe Langzeitarbeitslosigkeit durch die Entwicklungen am Arbeitsmarkt strukturell verfestigt. So führte die COVID-19-Pandemie als weltweite Gesundheitskrise zu großen Problemen an den Arbeitsmärkten und zu einem Anstieg der Arbeitslosigkeit [1]. Es schlossen sich Verwerfungen am Arbeitsmarkt aufgrund der Energiekrise und Fluchtmigration wegen des russischen Angriffskriegs in der Ukraine an. Danach folgten Phasen der Rezession und Schrumpfung der deutschen Wirtschaft. Im November 2024 registrierte die Bundesagentur für Arbeit [2] knapp eine Million Langzeitarbeitslose (mindestens ein Jahr arbeitslos) unter den mehr als 2,7 Millionen arbeitslos gemeldeten Menschen. Das bedeutete einen Anteil der Langzeitarbeitslosen von insgesamt 35 % am Arbeitslosenbestand.

Die Arbeitslosenstatistik offenbart, dass die Risiken, arbeitslos zu werden oder zu bleiben, nicht gleich verteilt sind. Bestimmte Gruppen in der Erwerbsbevölkerung sind besonders schwer von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen, darunter vor allem Ältere über 55 Jahre, formal Geringqualifizierte, Personen mit ausländischer [3] oder Arbeitslose mit einer Schwerbehinderung [4].

Zielgruppe arbeitslose Menschen

Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung setzt bei der Zielgruppe [5] (Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren) der Arbeitslosen an. Der Arbeitslosenstatus ist in Deutschland durch § 16 SGB III („Arbeitsförderung“) definiert und hat die Erwerbsfähigkeit, ein fehlendes Beschäftigungsverhältnis, aktive Arbeitsuche und Mitwirkung bei Unterstützungsmaßnahmen als Voraussetzung. Im Gegensatz zu den Leistungen der Arbeitslosenversicherung ist der Empfang von Leistungen nach dem § 7 SGB II („Bürgergeld, Grundsicherung für Arbeitsuchende“) zusätzlich mit einer definierten Hilfebedürftigkeit verbunden.

Der Arbeitslosenbestand setzt sich aus heterogenen Personengruppen zusammen, variiert regional und ist von hoher Fluktuation geprägt. Die Struktur der Arbeitslosigkeit ist insofern auch für die Gesundheitsförderung von Interesse, um spezifische wohnortnahe Angebote für besondere Lebenslagen entwickeln zu können, z. B. für Alleinerziehende, Arbeitslose mit Migrations- und Fluchthintergrund, Jüngere nach Schul- oder Ausbildungsabbruch sowie Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen.

In diesem Zusammenhang rücken auch die Angehörigen von Arbeitslosen im gemeinsamen Haushalt („Bedarfsgemeinschaft“) wegen Unterhaltspflichten und als mittelbar von der Arbeitslosigkeit Betroffene in den Blick. Im Juni 2024 lebten mehr als 1,9 Millionen minderjährige Personen in Bedarfsgemeinschaften, darunter mehr als 1,5 Millionen Kinder unter 14 Jahren [6]. Die SGB II-Hilfequote der leistungsberechtigten Kinder unter 18 Jahren in Bedarfsgemeinschaften betrug 12,6 % bezogen auf die Bevölkerung unter 18 Jahren. Das entspricht im Mittel eines von acht Kindern in Deutschland. Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen kann daher auch familiensystemisch angelegt werden.

Arbeitslosigkeit ist in Deutschland einer der Hauptrisikofaktoren für Armut. Nach dem 6. Armuts- und

Reichtumsbericht der Bundesregierung [7] sind fast drei Viertel der Arbeitslosen „armutsgefährdet“, das heißt, sie verfügen über ein Nettoäquivalenz-Einkommen von unter 60 % des Einkommensmedians. Knapp ein Viertel der Arbeitslosen gilt als „materiell depriviert“, womit gemeint ist, dass sie sich bestimmte Konsumgüter des durchschnittlichen Lebensstandards nicht leisten können (Datenbasis EU-SILC Survey des Europäischen Statistikamts; [7]).

Über das Merkmal Arbeitslosigkeit und den Leistungsbezug können sozial Benachteiligte generell in der Gesundheitsförderung und Präventionsberichterstattung relativ einfach identifiziert und die Zielgruppenerreichung überprüft werden [8] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit).

Gesundheitsunterschiede und Präventionspotenzial

Der Gesundheitszustand von Arbeitslosen ist signifikant schlechter im Vergleich zu Beschäftigten im Durchschnitt. Das belegen für Deutschland empirisch die Gesundheitssurveys [9] und verschiedene repräsentative Erhebungen [10], [11]. Im EU-SILC-Survey hat der Prozentsatz der Erwerbslosen in Deutschland, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht einschätzen, ein bisheriges Allzeithoch von 30 % im Jahr 2022 erreicht [12]. Arbeitslose nehmen deshalb die Gesundheitsversorgung in stärkerem Maße in Anspruch als Beschäftigte. Auch die Krankenhausstatistik der Betriebskrankenkassen (BKK) [13] ergab für das Jahr 2023, dass Arbeitslose gegenüber pflichtversicherten Beschäftigten weit mehr als doppelt so viele Krankenhausfälle hatten. Dabei war besonders auffällig, dass mehr als die Hälfte der Behandlungstage bei Arbeitslosen auf psychische und Verhaltensstörungen zurückging.

Derartige Gesundheitsunterschiede zeigen auch eigene Berechnungen auf Basis des Scientific Use File für den Mikrozensus 2021. Er wird von den Forschungsdatenzentren (FDZ) der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder für die Forschung zur Verfügung gestellt. Laut Mikrozensus 2021 gaben 12,3 % der Erwerbstätigen im Alter von 18 bis unter 65 Jahren in Deutschland an, dass sie in den letzten vier Wochen wegen einer Krankheit oder Unfallverletzung in einer Arztpraxis oder im Krankenhaus behandelt wurden. Unter den Erwerbslosen und arbeitsuchenden Nichterwerbspersonen war der entsprechende Anteil mit ärztlicher ambulanter oder stationärer Behandlung mit 14,9 % signifikant höher (Phi = -0,016; $p < 0,001$). Während 6,5 % der Erwerbstätigen im Mikrozensus 2021 aussagten, dass sie eine amtlich anerkannte Behinderung aufweisen, betrug dieser Prozentsatz unter Erwerbslosen und arbeitsuchenden Nichterwerbspersonen 8,2 % (Phi = -0,014; $p < 0,001$).

Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten offenbaren sich nicht nur beim Gesundheitszustand, sondern auch beim Gesundheitsverhalten [14] (Stress und Stressbewältigung). Ein markantes Beispiel ist das Tabakkonsumverhalten. Nach den Angaben im Mikrozensus 2021 rauchten 23,1 % der Erwerbstätigen unter 65 Jahren zum Befragungszeitpunkt, während der Raucheranteil bei den Erwerbslosen und arbeitsuchenden Nichterwerbspersonen mit 35,9 % deutlich höher lag (Phi = 0,063; $p < 0,001$). Einen Hauptgrund für diese Differenz liefert ebenfalls der Mikrozensus: Unter den Erwerbstätigen gab es erheblich mehr ehemalige Raucher als unter den Erwerbslosen und arbeitsuchenden Nichterwerbspersonen. Diese Ergebnisse deuten nicht nur auf einen hohen Bedarf bei erwerbslosen Menschen für eine primärpräventive Nichtraucherförderung hin, sondern auch auf bessere sekundärpräventive Tabakentwöhnungs- und Unterstützungsangebote.

Der Mikrozensus 2021 stellte bei Erwerbslosen außerdem deutlich höhere Adipositas-Prävalenzraten im Verhältnis zu den Erwerbstätigen fest, woraus sich ein weiterer Bedarf nach Angeboten zur Bewegungsförderung und gesunden Ernährung ableiten lässt.

Selektion und Kausation

Den beobachteten Gesundheitsunterschieden zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten können verschiedene Ursachen zugrunde liegen. Selektionseffekte entstehen im Zugang in Arbeitslosigkeit, wenn Beschäftigten beispielsweise wegen einer Langzeiterkrankung gekündigt wird. Marktmechanismen können auf den Ausgang von Arbeitslosigkeit wirken, wenn Arbeitslose mit vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen schlechtere Wiederbeschäftigungschancen haben. Im Gegensatz dazu geht die Kausationshypothese davon aus, dass die Arbeitslosigkeit selbst Gesundheitsbelastungen verursacht. Dafür gibt es mehrere Theorien.

Ein Vermittlungsweg zwischen Arbeitslosigkeit und individueller Gesundheit könnten die bereits beschriebenen Verarmungsprozesse darstellen, die die Arbeitslosen in ihren Handlungen und finanziellen Möglichkeiten eng begrenzen [15]. Ein anderer theoretischer Erklärungsansatz [16] führt die

psychische Deprivation auf den Wegfall der latenten Funktionen des Arbeitsplatzes wie der Zeitstruktur, Sinnhaftigkeit oder Identität zurück. In der Arbeitslosenforschung wurde eine Reihe von weiteren Theorien zu den negativen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit diskutiert, denen Stress- und Copingmodelle, Identitätstheorien, Stigma-Konzepte oder Exklusionsmodelle zugrunde liegen.

Für die Kausationshypothese spricht, dass Gesundheitsverbesserungen bei der Wiederbeschäftigung von Arbeitslosen im Vergleich zu arbeitslos gebliebenen Menschen beobachtet wurden [17]. Die Selektions- und die Kausationshypothese schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern können parallel bestehen. Gesundheit ist auch eine Voraussetzung für die Arbeitsfähigkeit, die zugleich bei Arbeitslosigkeit für Bewerbungen, Vorstellungsgespräche und Bewältigung (wie von Erfahrungen des Scheiterns) elementar ist.

Gesundheitsförderung kann bei Arbeitslosigkeit (nur) an den moderierenden Faktoren ansetzen, das heißt, ihre negativen Gesundheitsfolgen abpuffern oder die Ressourcen stärken [8] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung/Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit). Sie kann nicht die strukturellen Ursachen von Arbeitslosigkeit beseitigen. Arbeitslose brauchen Job-Chancen, möglichst vor Eintritt in die Langzeitarbeitslosigkeit und gegebenenfalls im Rahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik auch am zweiten Arbeitsmarkt oder über Programme zur Sozialen Teilhabe [18], [19] (Determinanten von Gesundheit, Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy).

Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung

Die arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung geht in der Zielsetzung bei Arbeitslosen über die Krankheitsverhütung und Stärkung von Gesundheitsressourcen insofern hinaus, dass sie auch den Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit anstrebt. Sie zielt sowohl auf Gesundheitseffekte als auch auf Arbeitsmarktintegration ab. Der Fokus liegt in der Regel auf der gesamten Periode der Arbeitslosigkeit als kritische Lebensphase für die Gesundheit der Betroffenen.

Angesichts des skizzierten Präventionsbedarfs und der hohen Krankheitskosten (etwa für Krankenhausaufenthalte) erscheinen die Investitionen in die Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen relativ gering. Nach wie vor werden Arbeitslose von Prävention und Gesundheitsförderung wenig erreicht.

In der Praxis werden oft Maßnahmen der Gesundheitsförderung mit der Arbeitsförderung in arbeitsmarktnahen Settings kombiniert. Es gibt eine Reihe von evaluierten Programmen, die sich insbesondere auf die Verbesserung der psychosozialen Gesundheit von Arbeitslosen konzentrieren (Überblick: [20]). Programmtheorien bauen häufig auf sozial-kognitiven Lerntheorien oder der Theorie der Selbstwirksamkeit [21] auf, benutzen Konzepte der Kontrollüberzeugungen oder setzen am Selbstwertgefühl und sozialer Unterstützung [22] (Soziale Unterstützung) an. Dazu zählen Stressbewältigungstrainings, Coping durch Stressimpfungstrainings oder Problemlösetrainings, Beratung durch motivierende Gesprächsführung oder die Stärkung von Kompetenzen im Selbstmanagement. Maßnahmen für Arbeitslose folgen in der Praxis häufig multimodalen Konzepten und werden vor allem in Deutschland mit Ansätzen zur Stressbewältigung, Bewegungsförderung, Ernährung und Suchtprävention verbunden.

Evaluations- und Interventionsstudien

Die Zahl und Qualität der Evaluationsstudien haben zuletzt zugenommen [23]. Wie ein systematischer Review [24] zeigt, waren heterogene Interventionsansätze, die in der Regel konzeptionell auf Einzelberatungen, Fallmanagement, Trainings oder Gruppenangeboten basierten, unterschiedlich erfolgreich. Es gibt evaluierte Programme, die auch in Deutschland erprobt wurden. Dazu zählt beispielsweise das deutsche Programm JobFit, das einen eigenen Präventionskurs gemäß dem GKV-Leitfaden Prävention konzipiert hat und motivierende Interviewtechniken nutzt [25], [26]. Es wurden signifikante Verbesserungen vor allem beim Gesundheitsverhalten in mehreren Bereichen festgestellt.

Eine konfirmatorische Studie überprüfte 2023 die Übertragbarkeit und Wirksamkeit des „JOBS Program“ für Deutschland. Das multimodale Programm wurde vom Michigan Prevention Research Center entwickelt und ist international weit verbreitet [27]. Es integriert Elemente des sozialen Lernens in Form eines einwöchigen Gruppentrainings, das auf sozial-kognitiven Theorien und der Stärkung der Selbstwirksamkeit basiert [28]. Die Evaluation von „JOBS Program Deutschland“ [29], [30] ergab, dass nach Durchführung der JOBS-Trainings die Interventionsgruppe im Vergleich zur Wartekontrollgruppe

eine signifikant größere Lebenszufriedenheit, eine bessere allgemeine Gesundheit sowie ein höheres Niveau des psychischen Wohlbefindens aufwies. Eine Befragung der für die Umsetzung verantwortlichen „GKV-Federführenden“ zeigte aber auch die praktischen Schwierigkeiten in der Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in Deutschland auf (Hollederer et al. 2023).

Public Health-Ansätze [31] (Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus) verfolgen bei Arbeitslosen in der Regel entsprechend der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung [32] das Ziel, mehr Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange zu vermitteln. Sie berücksichtigen konzeptionell die Handlungsprinzipien von Partizipation, Empowerment und Alltags- bzw. Lebensweltorientierung [33] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen). Der Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit dokumentiert in seiner Praxisdatenbank über 300 derartige Angebote zur Gesundheitsförderung, die sich auch an Langzeitarbeitslose richten, und stellt Arbeitshilfen für die praktische Umsetzung zur Verfügung.

Internationale Meta-Analyse zur Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen

Eine internationale Meta-Analyse [34] untersuchte erstmals die Wirksamkeit von gesundheitsorientierten Interventionen und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen mit quantitativen empirischen Methoden. Die systematische Literaturrecherche ergab 34 geeignete Interventionsstudien bei Arbeitslosen mit mindestens zwei Messpunkten und einer Kontrollgruppe. Für die psychische Gesundheit wurde festgestellt, dass die durchschnittlichen metaanalytischen Effektgrößen direkt nach der Intervention im Vergleich von Interventions- und Vergleichsgruppe signifikant und von kleiner Größe waren sowie etwas geringer beim Follow-up. Die Auswirkungen auf den selbst eingeschätzten körperlichen Gesundheitszustand waren dagegen sehr gering. Wenn jedoch die Verbesserung der Gesundheit das einzige Ziel der jeweiligen Intervention war (und nicht mit Arbeitsmarktintegration gekoppelt), war der Effekt auf die körperliche Gesundheit ebenfalls signifikant.

Zusammenfassend sind die Interventionen zur Verbesserung der Gesundheit von Arbeitslosen nachweislich wirksam, aber die Effektstärken gering. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Gesundheitsförderungsmaßnahmen auch mit geringen Effektstärken die Gesundheit der großen Gruppe der Arbeitslosen de facto verbessern, wenn sie mit großer Reichweite implementiert werden (Stichwort „Präventionsparadox“).

Kooperation von Gesundheitsförderung und Arbeitsförderung

Eine generelle Schwierigkeit liegt im Zugang zu Arbeitslosen, da sie über die etablierten Settings der Gesundheitsförderung (Betriebe, Schulen, Kindergärten etc.) kaum angesprochen werden können [35] (Settingansatz/Lebensweltansatz). Bei Arbeitslosen gibt es zudem eine Tendenz zur Selbstisolation. Es ist daher als Fortschritt zu bewerten, dass für Arbeitslose im Zuge des Präventionsgesetzes 2015 eigene Strukturen der Prävention und Gesundheitsförderung systematisch aufgebaut wurden [36] (Präventionsgesetz).

Für Arbeitslose gilt im besonderen Maße das Postulat der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 20 Abs. 1 SGB V, dass primärpräventive Leistungen zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen sollen. § 20a Abs. 1 SGB V fordert zur sektorenübergreifenden Kooperation auf: „Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist, arbeiten die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende eng zusammen.“

Die Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionsstrategie [37] regeln die Kooperation mit der Arbeitsförderung und sehen für die Kommunen vor, dass bedarfsbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen für arbeitslose Menschen angeboten und diese Leistungen von den auf kommunaler Ebene bestehenden Steuerungsstrukturen koordiniert werden.

Die gesetzliche Krankenversicherung bietet Maßnahmen der Gesundheitsförderung für Arbeitslose kassenübergreifend an, auf freiwilliger Basis und zuzahlungsfrei. Sie adressiert nicht nur gesunde Arbeitslose im Sinne der Primärprävention, sondern auch Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen. Diese Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung wurde von dem GKV-Bündnis für Gesundheit und den Jobcentern bzw. Agenturen für Arbeit an 225 Standorten in Deutschland umgesetzt [38].

Im Programm „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit“ kooperieren GKV-Spitzenverband, Bundesagentur für Arbeit, Deutscher Landkreistag und Deutscher Städtetag. Auf Länderebene unterstützen die Landesvereinigungen bzw. -zentralen für Gesundheit die Aktivitäten zur Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Die Zugänge zur Zielgruppe sind vielfältig und auch über arbeitsmarktnahe Settings möglich, z. B. durch Integrationsfachkräfte oder Träger von Maßnahmen der Arbeitsmarktintegration oder über die Fachdienste der Bundesagentur für Arbeit [39]. Sie knüpfen häufig an bestehenden Programmen an.

Am Beispiel der Stadt Essen lässt sich zeigen, wie der Präventionsgedanke in die Geschäftsprozesse eines Jobcenters umfassend integriert und ein kommunales Netzwerk zur Gesundheit systematisch aufgebaut werden kann [40], [41]. Für Arbeitslose sind derartige niederschwellige, spezifische und wohnortnahe Angebotsstrukturen mit attraktiven Gruppenangeboten von großem Vorteil. Soziale Unterstützung hilft nicht nur allgemein bei der Lebensbewältigung, sondern ist sowohl bei der Suche nach offenen Stellen als auch für die Stabilisierung der psychischen Gesundheit wichtig. In vielen Stadt- und Landkreisen bieten kommunale Gesundheitskonferenzen oder Gesundheitsregionen^{plus} [42] (Gesundheitskonferenzen) einen geeigneten organisatorischen Rahmen für die sektorenübergreifende Kooperation.

Die konzertierte Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Arbeitsförderung ist einerseits eng mit dem Sozial- und Gesundheitssystem in Deutschland verbunden, andererseits stellt das Engagement eine Besonderheit im internationalen Vergleich dar. Der Zugang über die Arbeitsförderung ist ein innovativer Weg, der einen Teil der Arbeitslosen direkt erreichen kann. Parallel bleibt die Aufgabe der Integration von Arbeitslosen in den bestehenden Strukturen der Prävention und Gesundheitsförderung, insbesondere in der kommunalen Gesundheitsförderung. Die Ausgestaltung der Gesundheitsförderung für Arbeitslose ist eine Public Health-Herausforderung und gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Internetadressen:

- eurostat. EU statistics on income and living conditions (EU-SILC) methodology. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=EU_statistics_on_income_and_living_conditions_(EU-SILC)_methodology
- Gesetze im Internet. Available from: https://www.gesetze-im-internet.de
- GKV-Bündnis für Gesundheit. Available from: https://www.gkv-buendnis.de
- Michigan Prevention Research Center. The JOBS Project for the Unemployed. Available from: https://mprc.isr.umich.edu/projects/jobs
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Praxisdatenbank. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank

References

1. International Labour Organization (ILO). World Employment and Social Outlook: Trends 2021. Geneva; 2021. [accessed 2024 Dec 20]. Available from: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_795453.pdf
2. Bundesagentur für Arbeit, editor. Die Lage am Arbeits- und Ausbildungsmarkt in Deutschland: Schwache Konjunktur belastet den Arbeitsmarkt. Arbeitsmarkt kompakt | November 2024. 2024 [accessed 2024 Dec 20]; Available from: https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/202411/arbeitsmarktberichte/lage-arbeitsmarkt/lage-arbeitsmarkt-d-0-202411-pdf.pdf
3. Bundesagentur für Arbeit, editor. Arbeitsmarktsituation von langzeitarbeitslosen Menschen. Blickpunkt Arbeitsmarkt | Juli 2024. 2024 [accessed 2024 Dec 20]; Available from: https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Langzeitarbeitslosigkeit/generische-Publikationen/Langzeitarbeitslosigkeit.pdf
4. Bundesagentur für Arbeit, editor. Arbeitsmarktsituation schwerbehinderter Menschen 2023. Blickpunkt Arbeitsmarkt | April 2025. 2024 [accessed 2024 Dec 20]; Available from: https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Menschen-mit-Behinderungen/generische-Publikation/Arbeitsmarktsituation-schwerbehinderter-Menschen.pdf
5. Blümel S, Lehmann F, Hartung S. Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I128-2.0

6. Bundesagentur für Arbeit. Kinder in Bedarfsgemeinschaften - Deutschland, West/Ost, Länder und Kreise (Monatszahlen). 2024 [accessed 2024 Dec 20]. Available from: https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html?nn=1524056&topic_f=kinder
7. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). ARB – Der 6. Armuts- und Reichtumsbericht. 2021. [accessed 2024 Dec 20]. Available from: https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/DE/Bericht/Bisherige-Berichte/Der-sechste-Bericht/sechster-bericht.html
8. 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
9. Kroll LE, Müters S, Lampert T. Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit: Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012. Bundesgesundheitsblatt. 2016 Feb;59(2):228–37. DOI:10.1007/s00103-015-2282-7
10. Hollederer A, Voigtländer S. Die Gesundheit von Arbeitslosen und die Effekte auf die Arbeitsmarktintegration: Ergebnisse im Panel Arbeitsmarkt und soziale Sicherung (PASS), Erhebungswellen 3 bis 7 (2008/09–2013). Bundesgesundheitsblatt. 2016 May;59(5):652–61. DOI: 10.1007/s00103-016-2341-8
11. Hollederer A, Wildner M. Subjektive Gesundheit und Erwerbslosigkeit in Deutschland auf Basis der EU-SILC-Daten von 2005 bis 2014. Gesundheitswesen. 2019 Dec;81(12):1082–90. DOI:10.1055/a-0725-8164
12. Hollederer A. Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen. bag arbeit e.V., editor. forum arbeit. 2024 [accessed 2024 Dec 20];6–10. Available from: https://www.bagarbeit.de/einzelner-beitrag/arbeitsmarktintegrative-gesundheitsfoerderung-bei-erwerbslosen.
13. Klemm AK, Knieps F, Pfaff H, editors. BKK-Gesundheitsreport 2024: Spurwechsel Prävention. Berlin: MWV; 2024 [accessed 2024 Dec 20]. Available from: https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/BKK_Gesundheitsreport/BKK_Gesundheitsreport_2024/BKK_Gesundheitsreport_2024.pdf
14. Ernst G, Franke A, Franzkowiak P. Stress und Stressbewältigung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I118-2.0
15. Fryer D. Employment deprivation and personal agency during unemployment : a critical discussion of Jahoda's explanation of the psychological effects of unemployment. Soc. Behav. 1986;1(3):3–23.
16. Jahoda M. Wieviel Arbeit braucht der Mensch? Arbeit und Arbeitslosigkeit im 20. Jahrhundert. Weinheim: Beltz; 1983.
17. Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. J. Vocat. Behav. 2009 Jun;74(3):264–82. DOI:10.1016/j.jvb.2009.01.001
18. 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
19. 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
20. Hollederer A, editor. Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag; 2021.
21. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. Health Educ. Behav. 2004 Apr;31(2):143–64. DOI:10.1177/1090198104263660
22. Vonneilich N, Franzkowiak P. Soziale Unterstützung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I110-3.0
23. Hollederer A. Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungsprojekten bei arbeitslosen Menschen und Auswertung der vorliegenden Evidenz: Ergebnisbericht. Berlin; 2017. [accessed 2024 Dec 20]. Available from: https://www.gkv-buendnis.de/media/pdf/publikationen/Arbeitslose_Hollederer_2017.pdf
24. Hollederer A. Health promotion and prevention among the unemployed: a systematic review. Health Promot Int. 2019;34(6):1078–96. DOI:10.1093/heapro/day069

25. Faryn-Wewel M, Busch G, Schupp C. Und keiner kann‘s glauben. Stressfaktor Arbeitslosigkeit. Trainermanual für den Präventionskurs. BKK Bundesverband, editor. Essen; 2008 [accessed 2024 Dec 20]. Available from: https://jobfit-ansatz.de/
26. Faryn-Wewel M. JobFit als Ansatz zur Gesundheitskompetenzförderung arbeitsuchender Menschen: Prävention in arbeitsmarktnahen Settings von 2003 bis 2020. In: Hollederer A, editor. Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag; 2021. p. 414–30.
27. Vinokur AD, Price RH, Schul Y. Impact of the JOBS intervention on unemployed workers varying in risk for depression. Am. J. Community Psychol. 1995 Feb;23(1):39–74. DOI:10.1007/bf02506922
28. GKV-Spitzenverband, editor. Mit Selbstvertrauen in die Jobsuche – JOBS Program. Trainingsmanual zur Erprobung. 2021 [accessed 2024 Dec 20]; Available from: https://www.uni-kassel.de/fb01/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=2804&token=e9ca8563f5ede872aa24526870370fa014752da9
29. Hollederer A, Jahn HJ. Results from a nationwide evaluation study of labor market-integrative health promotion for the unemployed: Impact of the JOBS Program Germany. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2023 Sep 26;20(19):6835. DOI:10.3390/ijerph20196835
30. Jahn HJ, Hollederer A. The health benefits of the JOBS Program Germany for unemployed people: A 6-month follow-up study. J Public Health. 2024;33(10):1–16. DOI:10.1007/s10389-023-02155-1
31. Hartung S, Rosenbrock R. Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I099-2.0
32. World Health Organisation (WHO). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Genf; 1986 [accessed 2024 Dec 20]. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/349654
33. 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
34. Paul KI, Hollederer A. The effectiveness of health-oriented interventions and health promotion for unemployed people – A meta-analysis. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2023 Jun 1;20(11):6028. DOI:10.3390/ijerph20116028
35. 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
36. 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
37. Nationale Präventionskonferenz. Bundesrahmenempfehlungen Prävention nach § 20d Absatz 3 SGB 5. Berlin; 2018. [accessed 2024 Dec 20]. Available from: https://www.npk-info.de/praeventionsstrategie/bundesrahmenempfehlungen
38. Schreiner-Kürten K, Wanek V. Verzahnung von Arbeitsförderung und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt. In: Hollederer A, editor. Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag; 2021. p. 467–81.
39. GKV-Spitzenverband, editor. Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 19. Dezember 2024. 2024;
40. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW). Arbeitslosigkeit und Gesundheit als kommunales Arbeitsfeld: Praktische Ansätze, Erfahrungen und Perspektiven aus der Stadt Essen. Bochum; 2019 [accessed 2024 Dec 20]. Available from: https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/service/Pub/2019_df/PQE_Essen_2019.pdf
41. Mikoteit T. Integrierte Arbeits- und Gesundheitsförderung im JobCenter Essen: Konzept und Umsetzungserfahrungen. In: Hollederer A, editor. Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag; 2021. p. 201–13.
42. Hollederer 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

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

Zitierhinweis: Hollederer A. Gesundheitsförderung und Arbeitslosigkeit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i149-1.0

Copyright: © 2026 Alfons Hollederer
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/

Gesundheitsförderung und Familien – Familiäre Gesundheitsförderung

Raimund Geene[1]
[1] Berlin School of Public Health, Berlin, Deutschland

Abstract

Die familiäre Gesundheitsförderung zielt darauf ab, die Ressourcen von Familien systemisch zu stärken und gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen für das familiäre Leben zu schaffen. Sie adressiert strukturelle Ansätze und bezieht sich auf alle Familienformen, Lebensphasen (mit altersspezifischen Lebenswelten) und Lebenslagen. Die Familien werden über Institutionen (Settings) wie Familienzentren, Kitas, Schulen und Wohnumgebung/ kommunale Netzwerke gefördert. Belastungsfaktoren wie Armut, Alleinerziehendenstatus oder elterliche Erkrankungen werden ebenso berücksichtigt wie Potenziale in verschiedenen Lebensphasen. Maßnahmen sollten als koordinierte Mehr-Ebenen-Strategie umgesetzt werden.

Einleitung

Familiäre Gesundheitsförderung umfasst alle Aspekte der *Ressourcenstärkung von Familien*. Diese zu erkennen, zu bündeln und passgenau bereit zu stellen, ist eine wichtige Qualitätsanforderung an alle gesundheitlichen und sozialen Dienstleistungen rund um die Familie. Insbesondere die Träger kommunaler Netzwerke wie Präventionsketten, kommunale Gesundheitskonferenzen, Bündnisse für Familien oder Frühe Hilfen-Netzwerke erhalten durch das Konzept der familiären Gesundheitsförderung einen strukturierten Erkenntnisrahmen für eine gesundheitsförderliche Arbeit mit, bei und für Familien.

Mit familiärer Gesundheitsförderung wird darauf abgezielt, die Gesundheit der einzelnen Familienmitglieder weniger individuell, sondern vorwiegend *systemisch* über die Familie als soziales System mit eigenen Systemlogiken und (rituellen, habituellen …) Handlungsformen zu fördern, indem die *Rahmenbedingungen* für familiäres Leben gesundheitsförderlich ausgestaltet werden. Dabei werden familiäre und kindliche *Lebensphasen* und *Lebenslagen* nutzerorientiert, d.h. aus Perspektive der Familien, dargestellt mit dem Ziel der Benennung von *Potenzialen gesundheitsförderlicher Strukturen* (*Verhältnisprävention*) als auch – auf dieser Grundlage – Möglichkeiten der *Verhaltensprävention*.

Als Familie werden dabei alle intergenerativen Haushaltsformen bezeichnet, unabhängig von sozialen oder biologischen Eingrenzungen (wie biologische oder soziale Elternschaft, Ein- oder Mehrelternschaft, Einzel- oder Geschwisterkinder etc.). Auch wenn in diesem Leitbegriff insbesondere der Fokus auf gesundes Aufwachsen und Leben mit Kindern gelegt wird, ist familiäre Gesundheitsförderung prinzipiell nicht auf die Lebensphase von Eltern mit zu betreuenden Kindern beschränkt, sondern umfasst vielmehr die gesamte Lebensspanne und alle Lebenslagen, was u.a. für den Bereich pflegender Angehöriger hohe Relevanz besitzt. Im Idealfall ist die Familie dabei ein Ort, der Menschen emotionalen Beistand gibt, in dem sie sich geliebt und angenommen fühlen können und in ein unterstützendes System eingebunden werden, das auch in Belastungssituationen schützen kann.

Familien prägen zwar maßgeblich die Gesundheit ihrer Mitglieder, sie bilden jedoch kein eigenständiges Setting im Sinne des Settingansatzes der WHO. Auch im Präventionsgesetz werden sie nicht als Lebenswelten [1] (Settingansatz/Lebensweltansatz) aufgeführt, denn sie sind in ihrer Autonomie grundgesetzlich geschützt (Artikel 6 GG) und können entsprechend mit Methoden des Settingansatzes nicht „bearbeitet“ werden. Familien selber sind aber eingebettet in Lebenswelten gemäß § 20a des SGB V wie Kitas [2] (Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen), Schulen [3] (Gesundheitsförderung und Schule), Familienzentren und Kommune. Vielmehr wird „Gesundheitsförderung in der Familie“, so die Gesetzesbegründung des Präventionsgesetzes [4] (Präventionsgesetz), indirekt über die Lebenswelten Kita und Schule sowie „insbesondere durch die enge Zusammenarbeit mit den verschiedenen Disziplinen und Sektoren wie etwa der Familienbildung in der Lebenswelt Kommune/Stadtteil“ unterstützt.

In der Kommune hält vor allem die Kinder- und Jugendhilfe zahlreiche Angebote vor, Familien strukturell zu unterstützen und ein gesundes Aufwachsen zu fördern. Dazu zählen der Rechtsanspruch auf einen Kita-Platz seit 2013 sowie das Bundeskinderschutzgesetz 2012, das Frühe Hilfen [5] als

flächendeckende Netzwerke und Regelleistungen einführte. Auch das Präventionsgesetz [4] 2015 skizziert zusätzliche Angebote für Familien wie ärztliche Präventionsberatungen oder Präventionskurse auch für Kleinkinder und ihre Eltern. Durch das in der Gesetzesbegründung formulierte „Ziel der Steigerung der gesundheitlichen Elternkompetenz“ wurde den Krankenkassen ein Teilbereich der familienbezogenen Leistungen aufgetragen, der jedoch nur schwer vom Auftrag zur sonstigen Elternkompetenzförderung der Jugendhilfe abzugrenzen ist. Bislang mangelt es noch an Umsetzungsbeispielen, die mit den Frühen Hilfen verknüpft sein sollten. Insgesamt gibt es bislang im Gesundheitswesen nur wenige konkrete Zuständigkeiten und handelnde Akteure für familiäre Unterstützungsstrukturen. Modellprogramme wie die Familiengesundheitspflege sind bislang nur marginal entwickelt. Das Handlungsfeld der familiären Gesundheitsförderung ist konzeptionell wie praktisch insgesamt erst wenig ausgestaltet.

Nachfolgend werden entlang von Lebensphasen und Lebenslagen besondere Präventionsbedarfe, aber auch Potenziale für Gesundheitsförderung identifiziert, die abschließend tabellarisch zusammen geführt werden.

Familiäre Lebensphasen: Familiäre Gesundheitsförderung kann zunächst *vertikal* entlang der Lebensphasen konzipiert werden. In den Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach SGB V, § 20d [4] (Präventionsgesetz) wird dies als Lebenslauforientierung mit den Handlungsbereichen Aufwachsen, Arbeiten und Altern ausgewiesen.

Die Lebensphase rund um die Geburt ist im 2017 vom BMG veröffentlichten Gesundheitsziel ausdifferenziert worden [6] (Gesundheitsziele). Hier werden Potenziale zur salutogenetischen Ausrichtung und der Förderung familienfreundlicher Rahmenbedingungen benannt. Als Versorgungsleistungen umfasst dies u.a. vernetzte und niedrigschwellige Unterstützungsangebote, Minderung von Ausgrenzungs- und Armutsfolgen sowie Förderung konfliktarmer Übergänge und familiäre Selbsthilfeförderung. Eine vertiefende Betrachtung bietet das 10-Phasen-Modell [7], in dem von präkonzeptioneller Phase bis zum Ende des 1. Lebensjahres die jeweiligen physiologischen, psychologischen und sozialen Bewältigungsaufgaben identifiziert und entsprechende Strategien zur Ressourcenstärkung familienspezifisch abgeleitet werden können.

Fremdbetreuung in Kitas und später Schulen *(sekundäre Sozialisation)* kann als Entlastung und Unterstützung erlebt werden, wenn Kinder und Eltern sich wertgeschätzt und wohl fühlen. Kitas und Schulen können aber auch problemverschärfend erlebt werden, wenn Diskrepanzen mit den habituellen Regeln der Familie entstehen. Kitas und Schulen sind gut geeignet für den Settingansatz der Gesundheitsförderung. Der im SGB V, § 20a [4] (Präventionsgesetz) benannte Regelablauf skizziert eine Form der Organisationsentwicklung, durch den sich die Beteiligten als kollektiv und individuell selbstwirksam erleben sollen, so dass sie ihren Alltag als eine Quelle der Gesundheit empfinden.

Ähnliche Möglichkeiten bieten außerschulische Freizeit- und Sportangebote *(tertiäre Sozialisation)*. die Kinder- und Jugendalter überlappen und für Übergange zwischen diesen Lebensphasen bedeutsam sind. Hier eröffnen sich neue Lebenswelten, die ggf. auch Kontrapunkte setzen können, insofern sie einen Wunsch der Kinder und Jugendlichen nach eigenständiger, von den Eltern abgegrenzter sozialer bzw. Ich-Identität bedienen. Im weiteren Lebensverlauf können Fragen spätjugendlicher Adoleszenz, Trennungs- und Neuformierungsprozesse, Mehrgenerationenleben, Seniorenbetreuung und Angehörigenpflege aufgegriffen und im Rahmen von kommunalen Präventionsketten [8] (Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention) adressiert werden.

Belastete Lebenslagen von Familien: Horizontal betrachtet zeigen sich Belastungsfaktoren von Familien, denen mit Belastungssenkung und Ressourcenstärkung begegnet werden sollte. Maßnahmen der familiären Gesundheitsförderung befinden sich in einem doppelten Dilemma: Sie betreffen eher Symptome und können Ursachen kaum lösen; zudem erhöhen sie durch Thematisierung die Stigmatisierungsgefahr.

Benachteiligungen u.a. wegen sozialer Lage, Herkunft oder Alter stellen Belastungsfaktoren dar und korrelieren mit familiären Adversionsrisiken wie elterlichen Konflikten, psychischen und Suchterkrankungen, belastenden Wohnverhältnissen, geringen sozialen Unterstützungen und chronischen Belastungen, die sich im Sinne einer Negativspirale gegenseitig verstärken können. Solche Risiken korrelieren hoch mit späteren Gesundheitsproblemen der Kinder, wenngleich sich etwa ein Drittel der hochbelasteten Kinder als „resilient“ entwickelt [9] (Resilienz und Schutzfaktoren). Beispielhaft werden nachfolgend sechs Belastungsfaktoren kurz dargestellt. Sie werden jeweils um mögliche Ansätze familiärer Gesundheitsförderung ergänzt.

Ein überlagerndes Thema ist Kinder- bzw. Familienarmut, die in bzw. durch die Phase der Erstgeburt (Familienwerdung) kulminiert. Familiäre Gesundheitsförderung orientiert hier auf Begrenzung von Armut, z.B. durch rechtliche, politische und moralische Anwaltschaft [10] (Anwaltschaft – Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen), durch Vermittlung günstigen Wohnraums sowie Handlungswissen über Fördermöglichkeiten sowie auf Reduktion von Armutsfolgen im Sinne einer Pufferfunktion durch verbesserte Ressourcenallokationen, insb. finanzielle (z.B. durch Kindergrundsicherung) sowie soziale Unterstützung (z.B. durch Patenmodelle, Selbsthilfeförderung, Familien- und/oder Kindererholung oder berufliche (Re-)Integration).

Das Risiko für Familienarmut ist besonders hoch bei Alleinerziehenden. Familiäre Gesundheitsförderung kann bei Elternkonflikten unterstützen (z.B. in Familienzentren, Familienberatung) oder ansetzen in spezifischen Settings von Alleinerziehenden (z.B. Mutter-Vater-Kind-Heime nach SGB VIII, § 18) sowie zur Verbesserung von Rahmenbedingungen (z.B. Bedarfssensibilisierung in kinderbezogenen Settings mit dem praktischen Ziel einer Sicherstellung von Kita-, Hort- oder Schulbetreuungszeiten auch in Randzeiten) und zur Stärkung sozialer Netzwerke. Wegen des fließenden Übergangs der Familienformen, der geringen Selbstidentifikation mit der Statuspassage des Alleinerziehens und der Stigmatisierungsgefahr dieser Zuschreibung empfiehlt sich eine unspezifische Ansprache mit spezieller Adressierung auf die belasteten Familien (adressatenspezifische Gesundheitsförderung und primäre Prävention), z.B. über Sozialräume und spezifische Qualitätsmerkmale (z.B. obligatorische Einbeziehung der Kinder/parallele Kinderbetreuung).

Eine gravierende Belastung stellt für Familien eine elterliche Erkrankung dar. Als weit verbreitet gelten psychische und Suchterkrankungen. Der Präventionsbedarf bezieht sich einerseits auf erkrankte Eltern(teile) mit primärpräventiven Angeboten sowie auf sekundärpräventive Therapien, Ausstiegshilfen oder (ggf. punktuelle) Vermeidungsstrategien, andererseits auf mitbetroffene Familienmitglieder zur Verminderung von Formen der Co-Erkrankungen.

Prävention von Frühgeburtlichkeit sowie Frühe Hilfen, Sozialpädiatrische Zentren und Frühförderung sind von besonderer Bedeutung, wenn Kinder körperliche, geistige und/oder auch seelische Entwicklungsverzögerungen oder auch Behinderungen aufweisen. Eine frühe Form solcher Erkrankungen können Schrei-, Schlaf- und Fütterprobleme (sog. „Regulationsstörungen“) darstellen, die etwa jedes 5. Kind betreffen und sich bei jedem zweiten davon chronifizieren. Sie bedürfen frühzeitiger Unterstützung u.a. durch Hebammen sowie Babysprechstunden.

Im weiteren Kindheitsverlauf treten – verstärkt wahrgenommen auch durch verfeinerte Diagnostik sowie ein zunehmend verbessertes Betreuungs- und Versorgungsangebot – Formen der „Neuen Morbidität“ auf wie psychische Erkrankungen, ADHS, Allergien sowie Übergewicht und Adipositas. Angezeigt sind hier alltagsnahe und lebensweltbezogene Bewegungs- und Ernährungsangebote und übergreifende Maßnahmen (etwa familiengerechte Grünflächen, Spiel- und Sportplätze sowie Marktsteuerung durch Subventionierung gesunder Lebensmittel und Ampelkennzeichnung von Lebensmitteln, Zuckersteuer u.ä). In der frühen Kindheit werden Still- und Bindungsförderung zur Prävention eines metabolischen Syndroms empfohlen.

Eine stark vernachlässigte Gruppe sind Kinder, die nicht bei ihren Eltern leben können, und im weiteren Lebensverlauf hochgefährdet sind. Bislang werden *Pflegefamilien* und *Kinderheimgruppen* noch kaum adressiert, wenngleich stationäre Einrichtungen der Jugendhilfe durch das PrävG seit 2016 zur Gesundheitsförderung verpflichtet sind. Es fehlt hier jedoch bislang an Konzepten sowie entsprechenden Praxiserfahrungen, die durch Modellprojekte mit Krankenkassen (gemäß § 20g SGB V) ermittelt werden sollten.

Typen und Arten der familiären Gesundheitsförderung: Sowohl die lebensphasen- als auch die lebenslagenbezogene Analyse familiärer Ressourcen und Belastungsfaktoren belegt die eingangs dargestellte Anforderung, dass weniger die Familien selber (Familie ist kein Setting im engeren Sinn des WHO-Settingansatzes) als vielmehr die Rahmenbedingungen familiären Lebens mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung adressiert werden sollten. Eine Umsetzung sollte in diesem Sinne abgestimmt als Mehr-Ebenen-Strategie erfolgen. Dies kann kommunal erfolgen, idealer Weise gestützt von bevölkerungsweiten sowie auf die einzelnen Familien abzielenden Maßnahmen der Verhaltens- und der Verhältnisprävention. Dabei sind Maßnahmen der Verhältnisprävention als komplexe Interventionen deutlich aufwändiger, jedoch auch erfolgversprechender. Eine Reduktion auf Gesundheitsverhalten kann zu gegenteiligen Effekten führen, weil die sozial bereits benachteiligten Familien durch weitere moralische Verpflichtungen zusätzlich belastet und bei Nichterfüllen stigmatisiert werden können. Beispiele für Bausteine bietet die nachfolgende Tabelle.

Tabelle: Typen und Arten der familiären Gesundheitsförderung/Primärprävention

	Information, Aufklärung, Beratung ***Gesundheitshandeln/Verhaltensprävention***	**Beeinflussung des Kontextes/der Bedingungen** ***Verhältnisprävention***
Einzelne Familien/ Familienmitglieder	I., z.B. • Schwangerschaftskonfliktberatung • Geburtsvorbereitung und -beratung • Ärztliche Präventionsempfehlung • Information zu Frühen Hilfen • Präventionskurs zur Steigerung gesundheitlicher Elternkompetenz • Beratung zur Kindersicherheit	II., z.B. • präventiver Hausbesuch • Begleitung durch Familienhebammen • Niedrigschwellige Unterstützung durch Familienpatinnen und -paten • Maßgeschneiderte Übergänge (Transitionen) gemäß spezifischen familiären Wünschen & Bedarfen • Individuelle Wohnraumvermittlung bzw. -bereitstellung
Setting	III., z.B. • (Elterneinbeziehende) Sexualaufklärung in Jugendeinrichtungen • Sucht- und Drogenberatung in Familienzentren • Flyer zu familienbezogenen Sportangeboten in Kitas, Schulen oder Jobcentern • Beratung zu Übergängen • Peer-Angebote in Jugend- und Freizeiteinrichtungen	IV., z.B. • Netzwerke Frühe Hilfen • Präventionsketten • Familiäre Selbsthilfeförderung • Community-Aufbau von Familien in belasteten Stadtteilen (z.B. türkische Familientreffs oder Eltern-AGs) • Angebote mit Blick auf vulnerable Gruppen (z.B. Alleinerziehende, suchtbelastete Familien, schwangere Prostituierte) • Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung in Kitas • Leitbildentwicklung ‚gute gesunde Schule' • Transitionskonzepte von Geburtshilfe, Kitas und Schulen
Bevölkerung	V., z.B. • Aufklärung durch Kernbotschaften, z.B. • „Stillen tut gut" • „Mit Kindern rauchfrei Auto fahren" • „Fahrradhelme für Kinder und Eltern"	VI., z.B. • Aktionsprogramm Frühe Hilfen • Kommunaler Partnerprozess • Bündnisse für Familien • Multimodale Kampagnen zur Stillförderung • Familiäre Bewegungskampagnen (z.B. Trimm-Dich-Kampagne)

eigene Darstellung in Anlehnung an [11]*, 2014, S. 73*

Um Familien mit familiärer Gesundheitsförderung wirksam zu unterstützen, sollten Maßnahmen stets kontextuell eingebunden sein, möglichst koordiniert im Rahmen einer Dachkampagne. Das strategische Ziel ist ein übergreifendes Bündnis für Familien- und Kindergesundheit im Sinne des Advocacy-Ansatzes [10] (Anwaltschaft – Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen), getragen von den einzelnen Familien, den Fachkräften und einer unterstützenden Politik, wenn sie als Teil der expliziten Gesundheitspolitik [12] (Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy) mit einer familienstützenden Gesamtpolitik (‚implizite Gesundheitspolitik') zusammenwirkt.

Medienempfehlung zur Vertiefung:

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG), editor. Nationales Gesundheitsziel – Gesundheit rund um die Geburt. Berlin; 2017.
- Fischer J, Geene R, editors. Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung: Neue Perspektiven kommunaler Modernisierung. Weinheim; 2017.
- Geene R. Gesundheitsförderung und frühe Hilfe. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), editor. Köln; 2017 [accessed 2018 Mar 24]. Available from: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Impuls~p

Literatur:

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Nationales Gesundheitsziel – Gesundheit rund um die Geburt. Berlin; 2017.
- Geene R, Reese M. Handbuch Präventionsgesetz: Neuregelungen der Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main: Mabuse; 2016.
- Kolip P, Lademann J. Familie und Gesundheit. In: Hurrelmann K, Razum O, editors. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Beltz Juventa; 2012. p. 517–40.
- Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V. Berlin; 2016.
- Robert Koch Institut (RKI), editor. Gesundheit in Deutschland – Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin; 2015.

References

1. 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
2. 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
3. Paulus P, Dadaczynski K. Gesundheitsförderung und Schule. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I051-3.0
4. 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
5. 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
6. 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
7. Geene R, Thyen U, Quilling E, Bacchetta B. Familiäre Gesundheitsförderung: Gesetzliche Rahmenbedingungen und die Bedeutung gelingender Übergänge. Präv Gesundheitsf. 2016;11(4):222–9. DOI:10.1007/s11553-016-0560-3
8. 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
9. Rönnau-Böse M, Fröhlich-Gildhoff K, Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I101-2.0
10. Böhm K. Anwaltschaft – Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung

und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I003-3.0

11. Rosenbrock R, Gerlinger T. Gesundheitspolitik: eine systematische Einführung. 3 edn. Bern: Huber; 2014. (Programmbereich Gesundheit).
12. 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

Korrespondenz: Prof. Dr. rer. pol., MPH Raimund Geene, Berlin School of Public Health, Alice Salomon Platz 5, 12627 Berlin, Deutschland, E-mail: raimund.geene@ash-berlin.de

Zitierhinweis: Geene R. Gesundheitsförderung und Familien – Familiäre Gesundheitsförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i129-1.0

Copyright: © 2026 Raimund Geene
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/

Gesundheitsförderung und Integrierte Versorgung

Helmut Hildebrandt[1]

[1] Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH, Vorstand der OptiMedis AG, Hamburg, Deutschland

Abstract

Mit Integrierter Versorgung ist das Bemühen angesprochen, enge Grenzen auf einzelne medizinische Versorgungsbereiche beschränkter Behandlung patientenorientiert zu überwinden. Die Zunahme komplexer chronischer Erkrankungen erfordert eine abgestimmte und koordinierte Versorgung über Professionen und Institutionen hinweg. Im integrierten Chronic Care-Modell der populationsbezogenen Integrierten Versorgung mischen sich primär- bis tertiärpräventive Elemente der Gesundheitsförderung bei krankheitsgefährdeten und chronisch kranken Menschen. Neben der Aktivierung von Patientinnen und Patienten sowie Interventionen innerhalb des Medizinsystems haben auch Interventionen im Gemeinwesen ein großes Gewicht.

Keywords: Integrierte Versorgung, Koordination, Kooperation, Chronische Krankheiten, Prävention, Arztnetze

Einleitung

International wird von der WHO im „Framework on integrated, people-centred health services“ (2016) folgende Definition für Integrated Health Services verwendet: „Health services that are managed and delivered so that people receive a continuum of health promotion, disease prevention, diagnosis, treatment, disease management, rehabilitation and palliative care services, coordinated across the different levels and sites of care within and beyond the health sector, and according to their needs throughout the life course“ ([1], S. 2).

Sozialrechtliche Grundlagen der Integrierten Versorgung

In Deutschland wird Integrierte Versorgung sozialrechtlich als eine neue sektorenübergreifende und selektivrechtliche Versorgungsform bezeichnet, die seit der Gesundheitsreform im Jahr 2000 gesetzlich verankert ist. Sie fördert eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren (z. B. hausärztliche und fachärztliche Versorgung, Pflege, Krankenhäuser, Rehabilitation), um die Qualität und Transparenz in der Versorgung zu verbessern und gleichzeitig die Gesundheitskosten im Griff zu halten. Krankenkassen können demnach einzeln oder in Partnerschaften mit Einzelnen oder Gruppen von Leistungserbringern bzw. deren Managementgesellschaften Kooperationen eingehen.

Der Rahmen für entsprechende Verträge war bis Mitte 2015 durch die §§ 140 a−d, SGB V festgelegt. Seit der im Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 verankerten Anschubfinanzierung hatte die Integrierte Versorgung deutlich an Auftrieb gewonnen. Mit deren Auslaufen sind seit 2008 neue Verträge stark zurückgegangen. Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 wurden die Regelungen der §§ 140 a−d dann vereinfacht und auf dessen ersten Abschnitt, den jetzigen § 140a, begrenzt, wobei dieser die Überschrift „Besondere Versorgung“ erhalten hat. Integrierte Versorgung ist seitdem ein Teilausschnitt dieser Besonderen Versorgung.

Die beabsichtigte innovationsfördernde Einführung des Paragrafen § 140a ist überwiegend für kleinteilige Kooperationen vor allem der stationären und rehabilitativen Versorgung genutzt worden. Nach Schätzung des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen existierten im Jahr 2011 rund 6.400 Integrierte Versorgung-Verträge der Krankenkassen mit Einrichtungen der Versorgung, die insgesamt Ausgaben von ca. 1,4 Milliarden Euro für knapp 2 Millionen Versicherte umfassten. Mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) vom 22.03.2020 wurde dem Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) die Aufgabe übertragen, eine Transparenzstelle für Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V und der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V zu errichten. Das Verzeichnis wurde zum 30.09.2021 um weitere Angaben ergänzt, u. a. um den räumlichen Geltungsbereich der Verträge und die Art der beteiligten Leistungserbringer. Am 08.02.2025 fanden sich dort 7.219 Verträge nach § 140a SGB V. Tab. 1 listet einen Auszug von teilnehmenden Leistungserbringern auf.

171	Alten- und Pflegeheime (bzw. Tages- und Kurzzeitpflege, Sonderschulheime und sozialtherapeutische Zentren)
24	Ambulante und mobile Rehabilitationseinrichtungen
43	Apotheken
19	Augenoptiker und -optikerinnen, Augenärzte und -ärztinnen
8	Beschäftigungs-, Sucht-, Gestaltungs-, Kinder-, Ergo- und künstlerische Therapie
45	Caritative Organisationen, Diakonie- und Sozialstationen, Gemeindeschwestern, Selbsthilfegruppen, Kirchengemeinden, Stadtverwaltungen
11	DIGA-Hersteller
7	Hebammen
2	Hörgeräte-Akustikerinnen und -akustiker, HNO-Ärztinnen und -Ärzte
14	Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Zahnärztinnen und Zahnärzte
5.609	Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztinnen und Ärzte
1.411	Krankenhäuser und Krankenhausapotheken
313	Polikliniken, Integrierte Versorgung, Praxiskliniken
70	Stationäre Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen

Tab. 1: Auszug von teilnehmenden Leistungserbringern in der Transparenzstelle für Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung.
(Quelle: www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/vertragstransparenzstelle/ueberblick/)

Präventive oder gesundheitsfördernde Aspekte spielen in Verträgen zur Integrierten Versorgung bisher nur gelegentlich eine Rolle, z. B. in erweiterten Versorgungsprogrammen verschiedener Krankenkassen zur Frühgeburtenprävention und in den weiter unten beschriebenen Populationsverträgen. Während solche Teillösungen für ein bestimmtes Krankheitsbild auch als indikationsbezogene Versorgungsmodelle („IV light“) bezeichnet werden, gelten populationsbezogene Versorgungsmodelle als „IV full-size“. Hierbei geht es um die Übernahme eines Anteils oder der gesamten Budgetverantwortung, indikationsübergreifend für die Versicherten der beteiligten Krankenkasse(n) einer bestimmten Region.

Das erweiterte Chronic Care-Modell

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. Die konzeptionelle Grundlage hierfür ist das Chronic Care-Modell [2], [3]. Obwohl in dieses Modell das Gemeinwesen und seine Ressourcen bereits einbezogen sind, wurde kritisiert, dass es in zu hohem Maße ausschließlich kurativ auf die einzelne Person bzw. Anbieter fixiert sei und die Interventionsbedarfe im Umfeld der Betroffenen vernachlässige.

Als Reaktion darauf wurde von Barr et al. [4] eine Verknüpfung des Chronic Care-Modells mit dem Konzept der Health Promotion (Ottawa-Charta) [5] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen) vorgeschlagen und dies als „erweitertes Chronic Care-Modell“ bezeichnet. In diesem Modell mischen sich primär- bis tertiärpräventive Elemente und Gesundheitsförderung bei krankheitsgefährdeten und chronisch kranken Menschen. Neben dem aktivierten Patienten bzw. der Patientin wurde dort auch die aktivierte Community als Teil der Integrierten Versorgung hervorgehoben. Die Interventionen innerhalb des Medizinsystems wurden ergänzt und verknüpft mit Interventionen im Gemeinwesen [6], [7] (Sozialraum- und Gemeindeorientierung in der Gesundheitsförderung; Gesundheitsbezogene Lebensqualität).

Dieses 2003 vorgeschlagene Modell erfasst die komplexen Anforderungen in besserem Maße als das ursprüngliche Chronic Care-Modell von Wagner et al., bleibt aber auch hinter heutigen Anforderungen und Möglichkeiten zurück, insbesondere bezüglich der Nutzung neuer technischer Kommunikationsmöglichkeiten.

Das Integrated Chronic Care-Modell

Eine Gruppe von Forschenden der International Foundation for Integrated Care hat dieses Modell erweitert und zu einem „Integrated Chronic Care-Model“ (ICCM) weiterentwickelt (ICCM, zusammengefasst von [8], siehe Abbildung 1).

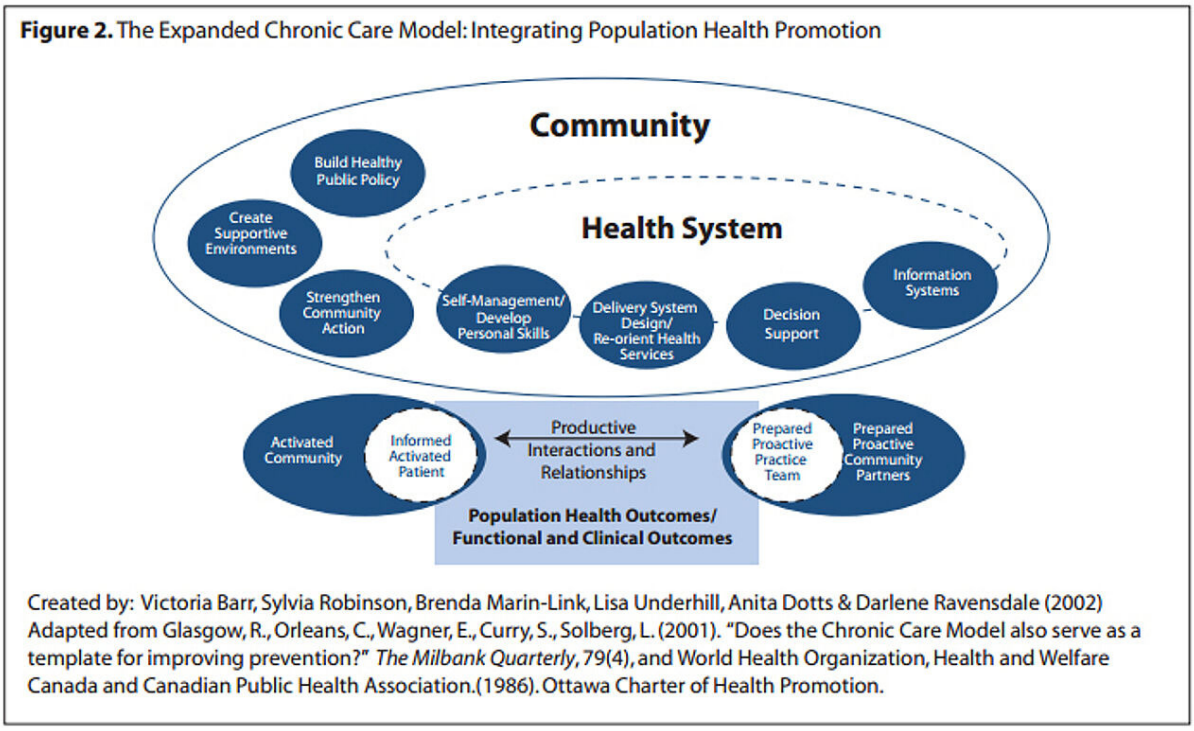


Abb. 1: Integrated Chronic Care-Model - ICCM (Quelle: [8] [IFIC])

Zusätzlich zu den beiden Interventionsebenen des Gesundheitswesens und der Community (siehe Ebenen 1 und 2 in Tab. 2) tritt in der Erweiterung des ursprünglichen Modells als dritte die Mesoebene des Einzelhaushalts und der Peers hinzu. Auf dieser Ebene werden zur Überwachung von Alltagsprozessen in der Häuslichkeit verschiedene Aspekte einbezogen und genutzt: der Effekt des Peer-to-Peer-Trainings und der Kommunikation in sozialen Medien [9] (Social Media/Gesundheitsförderung mit digitalen Medien), der Einfluss von körperlichem Training, die Unterstützung durch Mobile Health-Apps für z. B. auf Smartphones, Wearable Textile Devices (in die Kleidung integrierte oder implantierbare Überwachungsgeräte) oder der Einbau von Smart Meters (intelligenten Messgeräten in Haushalten zur Überwachung von problematischen Situationen, wie z. B. Stürzen).

In Tab. 2 werden die wichtigsten Elemente des ICCM-Modells und ihr Bezug zur Ottawa-Charta dargestellt (relevante Konzeptbezüge zur Gesundheitsförderung kursiv).

Funktionselemente des Integrated Chronic Care-Modells (ICCM) und ihr Bezug zu den Aktionsbereichen der Ottawa-Charta (kursiv hervorgehoben)	
1. Auf der Ebene des Gesundheitssystems, d.h. der traditionellen Gesundheitsversorgung	
Gestaltung der Leistungserbringung (*Neuorientierung der Gesundheitsdienste)*	Stärkere Ausrichtung der Versorgung auf die Bedürfnisse von Chronikerinnen und Chronikern (auf chronische Versorgung vorbereitete interdisziplinäre Versorgungsteams); Neukonzipierung von Versorgungsabläufen, z. B. Chroniker-Sprechstunde oder Case Management; Delegation ärztlicher Leistungen an andere Berufsgruppen; Einführung von Gruppensprechstunden
Angebot von Entscheidungshilfen sowohl für Ärztinnen und Ärzte wie auch für Patientinnen und Patienten	Gegenseitige Unterstützung von Haus- und Fachärztinnen und -ärzten unter Nutzung und lokaler Anpassung von Leitlinien; Konsilien zu spezifischen Problemstellungen in Kooperation mit Fachexpertinnen und -experten; Angebot von Video-, Broschüren- bzw. internetgestützten Informationsangeboten für Patientinnen und Patienten, Telefonhotlines, Einholen einer zweiten Meinung für Chronikerinnen und Chroniker
Informationssysteme / Telemedizin	Erinnerungs- und Unterstützungssysteme, Terminplanung, Informationsbereitstellung, Leistungsmessung, Therapiepläne und telemedizinische Technologien zur Überwachung von Krankheitsbildern; Zugriffsoptionen auf die zentrale Akte für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige
Aktivierung, Stärkung von Selbstmanagement und persönlichen Fähigkeiten (Self-Management/Personal Skills)	Ausrichtung des Versorgungssystems auf die Entwicklung von *Gesundheitskompetenz* bei den Patientinnen und Patienten, u. a. durch aufbereitete Informationen zu Möglichkeiten der *Prävention (Ernährung, Bewegung, Rauchstopp)* und das Angebot von Selbst- und Verlaufskontrollen; Kontakt- und Austauschmöglichkeiten mit anderen Patientinnen und Patienten (*Selbsthilfe*, soziale Foren, Gruppensprechstunden)
2. Auf der Ebene der Haushalte, Familien, der direkten Nachbarschaft und der Gleichbetroffenen	
Mobile Gesundheitsdienstleistungen und technische Assistenzsysteme zur Erhaltung von Selbständigkeit und häuslicher *Autonomie* (Mobile Health/Ambient Assisted Living)	Mobile digitale Gesundheitsdienstleistungen u. a. von Apps und Wearable Textile Devices wie z. B. Kleidung oder Schuhe mit eingebauter Bewegungssensorik; zum Erhalt der Häuslichkeit eingesetzter technischer Unterstützungstechnologien unter Nutzung von Sensorik zur Aufdeckung eventueller Abweichungen von Routinen und damit Hilfebedarfen; Verknüpfung dieser Sensorik mit stufenweise ansteigender Unterstützung

Förderung von *Gesundheitskompetenz* und Trainingsangeboten durch *Peer-Trainerinnen und -Trainer* (Health literacy/Peer-to-peer, Developing Personal Skills)	Fortführung der personalen Informationsangebote auch in den Kontext der jeweiligen lokalen bzw. regionalen Nachbarschaften; *Förderung des Wissens und der Kompetenz zum Erhalt der eigenen Gesundheit, Etablierung von CDSM-Programmen (Chronic Disease Self-Management),* in denen Chronikerinnen und Chroniker nach einem genau definierten Konzept andere Chronikerinnen und Chroniker trainieren
3. Auf der kommunalen bzw. regionalen und Quartiersebene	
Aufbau einer unterstützenden Umwelt (Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen)	*Aufbau gesundheitsfördernder Maßnahmen im Lebensumfeld* (Soziales, Verkehr, Städtebau, Natur etc.), seniorengerechte Umgestaltung von Gehwegen, Leitsystemen, öffentlichem Transport etc.
Stärkung der kommunalen Aktivitäten und Initiativen (Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen)	*Arbeit mit kommunalen Gruppen*, um Prioritäten und Ziele zur Erreichung der Gesundheit in der Gemeinschaft zu vereinbaren

Tab. 2: Elemente der ICCM und ihr Bezug zu den Aktionsbereichen der Ottawa-Charta (Quelle: [8]; eigene Darstellung)

Ziel des ICCM besteht darin, Patientinnen und Patienten zu aktivieren und zu Selbstmanagerinnen und -manager ihrer Erkrankung zu machen, wobei auch Angehörige und das soziale Umfeld einbezogen werden sollen. Eine Studie aus den USA zeigt, dass Patientinnen und Patienten umso höhere Kosten verursachen (zwischen 8 % und 21 %), je niedriger ihre Aktivierungswerte sind [10].

Weitere wichtige Elemente sind, die Ärzteschaft und das multidisziplinäre Versorgungsteam zu schulen und als Coaches und Unterstützer für verbesserte Gesundheitskompetenz der Patientin bzw. des Patienten zu gewinnen, Peer-to-Peer-Ansätze aufzubauen und systemisch auf die gesamte Bevölkerung in einer Raumschaft zu intervenieren, z. B. in Kooperation mit Kommunen, Wohlfahrtsverbänden oder Vereinen. Gleichzeitig sollen Sport und Training sowie Mobile Health-Lösungen – soweit wie möglich und solange das Kosten-Nutzen-Verhältnis überzeugt – genutzt und in den Therapieprozess integriert werden.

Das ICCM empfiehlt die Etablierung von regionalen Entwicklungsagenturen, die sich ihrerseits mit lokalen Netzen von Leistungserbringern der Primärversorgung, regionalen zivilgesellschaftlichen Initiativen und kommunalen Gremien verknüpfen. Nach einer Anfangsinvestition rentieren sich diese Entwicklungsagenturen für die Krankenkassen aus der durch die aufgrund der Effekte des ICCM für die Versicherten produzierten Ergebnis-Verbesserung hinsichtlich der verringerten Versorgungskosten. Die Entwicklungsagenturen werden finanziell am Erfolg beteiligt und haben daher ein eigenes wirtschaftliches Interesse an dem erzeugten Nutzen und insofern auch einen nachhaltigen Anreiz für kontinuierliche Optimierungen und Effizienzsteigerungen.

Gute Praxis-Modell Gesundes Kinzigtal

Gesundes Kinzigtal gilt als das am weitesten entwickelte und bekannteste Modell guter Praxis für die Integrierte Versorgung in Deutschland. 2005 wurde die Gesellschaft Gesundes Kinzigtal GmbH gegründet. Gesellschafter sind das Ärztenetz Medizinisches Qualitätsnetz – Ärzteinitiative Kinzigtal (MQNK) und die OptiMedis AG. Die Ärztinnen und Ärzte des MQNK und die Gesundheitswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler der OptiMedis AG wollten gemeinsam mit der AOK und LKK Baden-Württemberg im Rahmen eines komplexen Integrierten Versorgungsmodells Gesundheit und Krankenversorgung im Kinzigtal verbessern. Grundmaxime war und ist laut Selbstdarstellung im Internet: „Gemeinsam aktiv für Ihre Gesundheit“. Der betriebswirtschaftliche Hintergrund der Arbeit im Kinzigtal war das Shared Savings-Modell von OptiMedis. Es beruhte auf einer

Teilung der aus der verbesserten Gesundheitssituation entstandenen Vorteile für die Krankenkasse und belohnte damit das Investment der Gesundes Kinzigtal GmbH in die Gesundheitsförderung und Verbesserung nachträglich wirtschaftlich (vgl. [11]).

Die Integration von Prävention und Gesundheitsförderung in die gesundheitliche Basisversorgung gründet auf einer großen Zahl von Programmen. Die Spannbreite zeigt, dass das Modell Kinzigtal auf einem weitgefassten sozio-psycho-somatischen Gesundheitsverständnis basiert [12] (Gesundheit). Die Programme werden durch Vorträge, Schulungen, Zielvereinbarungen von Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten, Coaching, Case Management und andere methodische Ansätze umgesetzt. Sie werden unterstützt durch die Förderung von Selbsthilfe und die Empfehlung zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen. So erhielt das Netzwerk im Kinzigtal im Jahr 2019 eine Auszeichnung durch das Netzwerk „Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen".

Mitte 2011 wurde das Programm um einen neuen Bereich erweitert, der sich der Gesundheitsförderung in Betrieben [13] (Betriebliche Gesundheitsförderung) verpflichtet hat und insbesondere kleinere und mittelgroße Betriebe unterstützt, vor allem bei Vorsorgeaktivitäten, der Wiedereingliederung von erkrankten Beschäftigten sowie der Weiterentwicklung von Führungsqualitäten (Stand Februar 2025: Es gibt Kooperation mit 18 Betrieben mit insgesamt mehr als 3.500 Beschäftigten, Netzwerk + Mitgliedschaft Gesundes Kinzigtal).

Mit dem Bau und der Gründung der Gesundheitswelt Kinzigtal 2016 wurde sowohl Betrieben und deren Beschäftigten als auch den Mitgliedern und der Bevölkerung ein Zentrum für Gesundheitskompetenz und ärztlich begleitete Bewegungs- und Krafttrainingsangebote zur Verfügung gestellt. Mit den Kommunen wurde zudem die Versorgungssicherheit im Kinzigtal weiterentwickelt. Gemeinsam mit den Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern und den lokalen Arztpraxen wird die Situation in der Region erfasst und die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren geplant. Ein MVZ wurde in Zell am Harmersbach mit einem genossenschaftlichen Träger etabliert, eine Zweitpraxis wurde in Hausach eingerichtet, ein weiteres MVZ befindet sich in Hornberg in Planung (Stand Februar 2025).

Gesundes Kinzigtal hat in vielfältigen Evaluationen Gesundheitsgewinne, eine erhöhte Aktivierung der Patientinnen und Patienten und ökonomische Vorteile gegenüber der üblichen Krankenversorgung nachweisen können (vgl. [14], [15], [16], [17], [18]). Trotz kontinuierlicher Einsparungen der Krankenkassen in der Höhe von ca. 5 Millionen Euro pro Jahr gegenüber alters- und morbiditätsanalogen Populationen kam eine Zehn-Jahres-Evaluation für die gesamte Population der AOK-Versicherten im Kinzigtal, d. h. nicht nur für die Interventionsgruppe, zu dem Ergebnis, dass sich die Versorgungsqualität gemessen anhand von medizinisch-pharmazeutischen Routinedaten nicht negativ gegenüber einer Gruppe von 13 strukturell vergleichbaren Kontrollregionen entwickelt hat [19].

Im Januar 2024 wurde der Vertrag zwischen der AOK Baden-Württemberg und der Gesundes Kinzigtal GmbH nach § 140a SGB V erneuert und gegenüber dem ursprünglichen Shared Savings-Finanzierungsmodell verändert. Die Finanzierung wurde zurückgeführt auf ein Mischmodell mit einer Finanzierung der Fortführung einzelner Programme sowie der Unterstützung gezielter Patientinnen und Patienten mit Gesundheitslotsinnen und -lotsen sowie einer Belohnung für besondere Qualitätsergebnisse im Vergleich zu anderen Ärztenetzen.

Ziel: Gesundheitsförderung als Regelversorgung

Indikationsbezogene Integrationsmodelle zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Depressionen oder Rückenschmerzen berücksichtigen gelegentlich tertiärpräventive Aspekte; umfassend präventiv und gesundheitsfördernd ausgerichtete Integrationsmodelle sind bisher aber nur bei den populationsbezogenen Integrierten Versorgungsmodellen zu finden. Wenn diese Gesundheitsförderung und Prävention entsprechend dem erweiterten Chronic Care-Modell berücksichtigen, ist Gesundheitsförderung (im Sinne der Ottawa-Charta) in der Mitte der Regelversorgung angekommen.

Das hier geschilderte Modell guter Praxis wurde in seiner umfassenden Anlage in mehreren Regionen Deutschlands weiterentwickelt. Mithilfe des Innovationsfonds wurde so von 2017 bis 2020 über die regionale Managementgesellschaft „Gesundheit für Billstedt/Horn UG" eine Intervention in zwei der von sozioökonomischen Herausforderungen geprägten Stadtteile von Hamburg umgesetzt (inzwischen in eigener Trägerschaft weitergeführt). 2019 startete die regionale Integrierte Versorgung im Werra-Meißner-Kreis, 2020 die Initiative im Schwalm-Eder-Kreis. Zusätzlich gibt es eine Reihe von Modellen, die in der einen oder anderen Ausprägung diesen Ansätzen nahekommen (siehe www.deutsche-aerztenetze.de).

In einer Public Health-orientierten Bestandsaufnahme werden als Qualitätskriterien für die Beurteilung weiterer Regionen unter anderem Autonomie von Patientinnen und Patienten, deren Beteiligung sowie Anreize für Prävention und Gesundheitsförderung vorgeschlagen. Dies stimmt optimistisch für den Stellenwert dieser zentralen Konzepte der Ottawa-Charta für zukünftige Modelle der Integrierten regionalen Versorgung (vgl. [20]). Rückenwind bekommt die optimistische Einschätzung auch durch die WHO, die sich der Entwicklung einer „Global strategy on people-centred and integrated health services“ verschrieben hat (vgl. [1], auch [21]).

Verstärkt wird diese Ausrichtung durch die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), die 2023 einen wegweisenden Bericht zu internationalen Modellen der Integrierten Versorgung herausgegeben hat. Für 13 Lösungen aus Europa wurden unter anderem die Effekte einer Ergebnis- und Kostenmitverantwortung der Akteurinnen und Akteure im Gesundheitssystem auf gewonnene Lebensjahre und vermiedene Lebensjahre mit Krankheitseinschränkungen modelliert. Kumuliert bis zum Jahr 2050 ergeben sich dabei für das OptiMedis-Modell insgesamt knapp 100.000 vermiedene Lebensjahre mit Krankheitseinschränkungen für Deutschland bei gleichzeitig 14 Milliarden Euro eingesparten GKV-Kosten [22].

Mit einem Vorschlag für die Überführung der Regelversorgung in eine regionalisierte Integrierte Versorgung wurde bereits 2021 die Diskussion weitergeführt, wie die Versorgung in Deutschland patientengerechter, präventiver und nachhaltiger ausgerichtet werden kann (vgl. [23]). In dem Referentenentwurf für ein Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) hatte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) 2024 darauf reagieren wollen und u. a. Vorschläge zu Ermöglichung von Gesundheitskiosken und Gesundheitsregionen entwickelt. Im Gesetzgebungsverfahren wurden diese Vorschläge aber nicht mehr aufgenommen. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Politik der Verbesserung des Gesundheitsstatus der Bevölkerung in Deutschland angesichts des zunehmenden Fachkräftemangels und der Finanzknappheit der GKV und der SPV in Zukunft annehmen wird.

Internetadressen:

- Bundesverband der Arzt (AdA) P und G e.V. Available from: https://www.deutsche-aerztenetze.de
- Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V. (DGIV). Available from: https://www.dgiv.org
- Gesunder Schwalm-Eder-Kreis+. Available from: https://www.gesunder-sek-plus.de
- Gesundes Kinzigtal. Available from: https://www.gesundes-kinzigtal.de
- Gesundheit für Billstedt / Horn. Available from: https://www.gesundheit-bh.de
- Gesunder Werra-Meißner-Kreis. Available from: https://www.gesunder-wmk.de/2020/11/29/nordhessen-als-vorreiter-fuer-neue-versorgungsloesungen
- International Foundation for Integrated Care (IFIC). Available from: https://www.integratedcarefoundation.org

Weiterführende Literatur:

- Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. Health Aff. 2008 May;27(3):759–69. DOI:10.1377/hlthaff.27.3.759
- Gensichen J, Muth C, Butzlaff M, Rosemann T, Raspe H, Müller de Cornejo G, Beyer M, Härter M, Müller UA, Angermann CE, Gerlach FM, Wagner E. Die Zukunft ist chronisch: Das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung. Übergreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronische Kranke. Z Arztl Fortbild Qualitatssich. 2006;100(5):365–74.
- Geraedts M. Integrative und personenzentrierte Gesundheitsversorgung aus der Perspektive des Gesundheitssystems. Gesundheitswesen. 2001;76(11):e74–8. DOI:10.1055/s-0034-1390406
- Hildebrandt H, Pimperl A, Schulte T, Hermann C, Riedel H, Schubert I, Köster I, Siegel A, Wetzel M. Triple Aim – Evaluation in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal – Gesundheitszustand, Versorgungserleben und Wirtschaftlichkeit. Bundesgesundheitsblatt. 2015 Apr;58(4–5):383–92. DOI:10.1007/s00103-015-2120-y
- Rautenberg J, Dröschel D, Gröne O, Hildebrandt H. Populationsorientierte Shared-Savings-Modelle: Ein Motor für die regionale Umsetzung von Value-Based Care Ansätzen. In: Hager L, Hahn U, Knieps F, Klapper B, Lutz B, Simon B, Nüsken J, editors. Gemeinschaftsprojekt Gesunheit: wie Value-Based Care das Gesundheitswesen neu erfindet. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2025. (Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed

Care; 9).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Drucksache 17/10323. Berlin: Deutscher Bundestag; 2012.

Literatur:

- World Health Organization (WHO). Global Strategy on People-centred and Integrated Health Services. Interim Report. 2015.

References

1. World Health Organization (WHO). Framework on integrated, people-centred health services. Provisional Agenda Item 16.1 at the 69th World Health Assembly (A 69/39). 2016.
2. Glasgow RE, Orleans CT, Wagner EH. Does the chronic care model serve also as a template for improving prevention? Milbank Q. 2001;79(4):579–612. DOI:10.1111/1468-0009.00222
3. Wagner EH, Austin BT, von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Q. 1996;74(4):511–44.
4. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. Hosp Q. 2003;7(1):73–82. DOI:10.12927/hcq.2003.16763
5. 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
6. Quilling E, Kaczmarczyk D, Schäfer P, Trojan A, Süß W. Sozialraum- und Gemeindeorientierung in 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-I021-3.0
7. Kaman A, Ravens-Sieberer U. Gesundheitsbezogene Lebensqualität. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I030-3.0
8. Goodwin N, Hildebrandt H. The integrated chronic care model. In: Discussion on the 14th International Conference on Integrated Care. Brussels; 2014.
9. Ludwigs S, Nöcker G. Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I107-2.0
10. Hibbard JH, Greene J. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. Health Aff. 2013 Feb;32(2):207–14. DOI:10.1377/hlthaff.2012.1061
11. Hildebrandt H, Gröne O, Schulte T. Fallstudie Gesundes Kinzigtal. In: Busse R, Schreyögg J, Stargardt T, editors. Management im Gesundheitswesen Das Lehrbuch für Studium und Praxis. Heidelberg: Springer; 2022. p. 188–99.
12. Franzkowiak P, Hurrelmann K. Gesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I023-2.0
13. Hartung S, Faller G. Betriebliche 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-I042-3.0
14. Siegel A, Stößel U. Patientenorientierung und partizipative Entscheidungsfindung in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal. In: Pundt J, editor. Patientenorientierung: Wunsch oder Wirklichkeit? Bremen: APOLLON University Press; 2014. p. 195–222. Available from: https://www.apollon-hochschulverlag.de/wp-content/uploads/2018/05/IVZ_TB1_Pundt.pdf
15. Schulte T, Pimperl A, Fischer A, Dittmann B, Wendel P, Hildebrandt H. Ergebnisqualität Gesundes Kinzigtal – quantifiziert durch Mortalitätskennzahlen. Eine quasi-experimentelle Kohortenstudie: Propensity-Score-Matching von Eingeschriebenen vs. Nicht-Eingeschriebenen des Integrierten Versorgungsmodells auf Basis von Sekundärdaten der Kinzigtal-Population. 2014. [accessed 2025 Feb 8]. Available from: https://optimedis.de/files/Publikationen/Studien-und-Berichte/2014/Mortalitaetsstudie-2014/Mortalitaetsstudie-2014.pdf
16. Köster I, Ihle P, Schubert I. Evaluationsbericht 2004-2011 für Gesundes Kinzigtal GmbH. Hier: AOK-Daten. Köln: PMV-Forschungsgruppe; 2014.
17. Schulte T, Pimperl A, Fischer A, Dittmann B, Wendel P, Hildebrandt H. Ergebnisqualität Gesundes Kinzigtal – quantifiziert durch Mortalitätskennzahlen. Gesundheitswesen. 2016;8/9(78):591. DOI:10.1055/s-0036-1586652
18. Siegel A, Niebling W. Individueller Patientennutzen im „Gesunden Kinzigtal“ – Zwischenergebnisse einer Trendstudie. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2018 Feb;130:35–41. DOI:10.1016/j.zefq.2017.12.003

19. Schubert I, Stelzer D, Siegel A, Köster I, Mehl C, Ihle P, Günster C, Dröge P, Klöss A, Farin-Glattacker E, Graf E, Geraedts M. Ten-year evaluation of the population-based integrated health care system ‘Gesundes Kinzigtal’. Dtsch Arztebl Int. 2021 Jul 12;118(27–28):465–72. DOI:10.3238/arztebl.m2021.0163
20. Hildebrandt H, Gröne O. Integrative Versorgung im Quartier erfordert die Verknüpfung von individueller Gesundheitsversorgung mit einem Public-Health-Ansatz. In: Esch T, Brinkhaus B, editors. Integrative Medizin und Gesundheit. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2021. p. 157–70.
21. Groene O, Hildebrandt H, Ferrer L, Stein V. People-centred population health management in Germany. In: Eurohealth. Brussels; 2016. Available from: https://www.healthobservatory.eu
22. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). Integrating care to prevent and manage chronic diseases: Best practices in public health. Paris: OECD Publishing; 2023. Available from: https://doi.org/10.1787/9acc1b1d-en
23. Hildebrandt H, Bahrs O, Borchers U, Glaeske G, Griewing B, Härter M, Hanneken J, Hilbert J, Klapper B, Klitzsch W, Köster-Steinebach I, Kurscheid C, Lodwig V, Pfaff H, Schaeffer D, Schrappe M, Sturm H, Wehkamp KH, Wild D. Ein Vorschlag – Integrierte Versorgung Jetzt! In: Hildebrandt H, Stuppard T, editors. Zukunft Gesundheit – regionalisiert, vernetzt, patientenorientiert. Heidelberg: medhochzwei; 2021. Available from: https://www.medhochzwei-verlag.de/Shop/ProduktDetail/978-3-86216-846-0-eBook-Zukunft-Gesundheit

Korrespondenz: Helmut Hildebrandt, Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH, Vorstand der OptiMedis AG, Burchardstraße 17, 20095 Hamburg, Deutschland, E-mail: vorstand@optimedis.de

Zitierhinweis: Hildebrandt H. Gesundheitsförderung und Integrierte Versorgung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i045-1.0

Copyright: © 2026 Helmut Hildebrandt
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/

Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund

Theda Borde[1]
Stephan Blümel[2]
[1] Alice Salomon Hochschule Berlin, Berlin, Deutschland
[2] Referat Forschungskoordination, -kooperation und Wissenstransfer Q4, Ehemals Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Deutschland

Abstract

Seit den 1960er-Jahren hat sich die Bundesrepublik Deutschland kontinuierlich zu einer Einwanderungsgesellschaft entwickelt. Obwohl rund 24 Prozent der Bevölkerung einen Migrationshintergrund besitzen, gibt es bislang wenige fundierte Daten zu dessen Einfluss auf die Gesundheit. Die vorliegenden Erkenntnisse zeigen, dass es sich um eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe handelt und der Migrationshintergrund sowohl gesundheitliche Risiken bzw. Belastungen als auch Ressourcen mit sich bringt. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sollten migrationsspezifische Zugangsbarrieren verringern und zentrale Einflussfaktoren berücksichtigen: etwa das Herkunftsland, den Sozialstatus, die Einwanderergeneration und das Geschlecht.

Keywords: Migrationshintergrund, Phasen der Migration, Gesundheitsförderung, Partizipation

Einleitung

Nach der Definition des Statistischen Bundesamtes hat „eine Person einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist. Zu den Personen mit Migrationshintergrund gehören im Einzelnen alle Ausländer, (Spät-)Aussiedler und Eingebürgerten. Ebenso dazu gehören Personen, die zwar mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren sind, bei denen aber mindestens ein Elternteil Ausländer, (Spät-)Aussiedler oder eingebürgert ist“ ([1], S. 4).

Migration und andere Hintergründe, wie die geschichtliche Entwicklung zeigt, ist die Migration von Individuen oder Gruppen kein neues Phänomen, denn immer schon wanderten Menschen weltweit auf der Suche nach besseren Lebensbedingungen von einer Region in die andere. Deutschland war noch bis zur ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts ein Auswanderungsland. Doch seit den 1960er-Jahren hat sich die Bundesrepublik Deutschland kontinuierlich zu einer Einwanderungsgesellschaft entwickelt. Auch in anderen Regionen Westeuropas sind ähnliche Entwicklungen erfolgt.

Die Zuwanderung nach Deutschland bzw. die Aufnahme von Ausländerinnen und Ausländern war sowohl wirtschaftlich und politisch als auch humanitär begründet und verlief in verschiedenen Phasen: Vor dem Hintergrund des Arbeitskräftemangels in der expandierenden Industrie erfolgte im Verlauf der Jahre 1955 bis 1968 in der Bundesrepublik die Anwerbung von Arbeitskräften aus Italien, Spanien, Griechenland, der Türkei, Marokko, Portugal, Tunesien und Jugoslawien. Seit den 1960er-Jahren beschäftigte auch die DDR- Vertragsarbeiter und -arbeiterinnen mit befristeten Arbeitsverträgen aus Polen, Ungarn, Mosambik und Vietnam.

Mit der Verfestigung des Aufenthaltsstatus begann seit den 1970er-Jahren der Niederlassungsprozess der in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Ausländerinnen und Ausländer, der mit dem Nachzug von Ehepartnerinnen und -partnern sowie Kindern im Rahmen der Familienzusammenführung einherging. Eine weitere Phase setzte mit der Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten ein. Dies war von der Zuwanderung von Flüchtlingen und Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern sowie Menschen jüdischen Glaubens aus Osteuropa geprägt.

Heute verfolgt die Europäische Kommission eine koordinierte Politik der Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung, perspektivisch ist Deutschland jedoch aus demografischer und ökonomischer Sicht auf die weitere Zuwanderung von Menschen aus dem Ausland angewiesen. Als anhaltende Migrationstrends zeichnen sich ab: die Ost-West-Migration innerhalb der 27 EU-Staaten, die kurz- und langfristige Migration von qualifizierten und unqualifizierten Arbeitskräften, weitere Fluchtmigration [2] und Familienzusammenführungen sowie „irreguläre“ Zuwanderung aus verschiedenen Teilen der Welt.

Derzeit haben 23,6 Prozent der Bevölkerung in Deutschland einen Migrationshintergrund. Der Anteil ausländischer Staatsangehöriger, der seit vielen Jahren bei 9 Prozent lag, ist in den letzten Jahren auf 11,5 Prozent angestiegen ([1], S. 35). Der Anstieg des Ausländeranteils geht vor allem auf die Zuwanderung von Geflüchteten und von Menschen mit einer Arbeitserlaubnis aus Staaten außerhalb der Europäischen Union insbesondere aus Ländern des Westbalkan zurück, deren Zugang zum Arbeitsmarkt seit 2016 erleichtert wurde [3]

Sowohl regional als auch hinsichtlich der Altersgruppen zeigt sich eine unterschiedliche Verteilung. So liegt der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in einigen westdeutschen Großstädten bei ca. 40 Prozent, während er in neuen Bundesländern deutlich geringer ist. Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist deutlich jünger, und etwa ein Drittel aller Kinder in Deutschland haben einen Migrationshintergrund [1]. Das Ausmaß der nicht registrierten Migration ist in statistischen Erhebungen naturgemäß nicht abgebildet. Es ist davon auszugehen, dass die Mehrzahl der sogenannten „Migranten ohne Papiere“ auf legalem Weg mit Visum eingereist ist.

Die vorliegenden statistischen Daten zeigen, dass das Bildungs- und Einkommensniveau der Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Vergleich zur einheimischen deutschen Bevölkerung durchschnittlich niedriger ist und dass Arbeitsplatzunsicherheit und Arbeitslosigkeit häufiger sind. Dabei ist zu betonen, dass die Unterschiede im Bildungs- und Berufsstatus innerhalb der Bevölkerung mit Migrationshintergrund beträchtlich sind und dass es sich bei der so definierten Gruppe um eine extrem heterogene Personengruppe handelt. Denn die Menschen, die hier zusammengefasst sind, unterscheiden sich nicht nur nach Alter und Geschlecht, Bildung und sozialer Lage, sondern darüber hinaus nach migrationsspezifischen Faktoren wie Herkunftsland, Ethnizität, freiwilliger oder erzwungener Migration, Staatsangehörigkeit, rechtlichem Aufenthaltsstatus, Aufenthaltsdauer in Deutschland, Deutschkenntnissen, Zeitpunkt der Migration im Lebenszyklus, Migrantengeneration (eigene Migrationserfahrung vs. Migration der Eltern bzw. eines Elternteils).

Migration und Gesundheit

Zum Einfluss des Migrationshintergrundes auf die Gesundheit und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen gibt es bislang nur begrenzte Erkenntnisse und noch große Wissenslücken. Aus den vorliegenden Forschungserkenntnissen ergibt sich teilweise ein inkomplettes, uneinheitliches und darüber hinaus teils widersprüchliches Bild. Dies ist auch durch Defizite in der Datenlage begründet. So basieren gesundheitsbezogene Studien häufig auf einer Sekundäranalyse von Daten, die primär nicht für gesundheitsrelevante Fragestellungen gewonnen werden (z. B. Mikrozensus). Informationen zum Sozialstatus fehlen oft. Besonders vulnerable Gruppen (z. B. nicht registrierte Zugewanderte, nicht gut deutsch Sprechende, Analphabeten bzw. Analphabetinnen) werden aus methodischen Gründen bei Studien (z. B. schriftlichen Befragungen oder Telefoninterviews in deutscher Sprache) häufig nicht erreicht und repräsentiert. Darüber hinaus ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse verschiedener Studien aufgrund der Verwendung unterschiedlicher Definitionen für Migrantinnen und Migranten (die selten reflektiert werden) erschwert und verzerrt.

Die vorliegenden Erkenntnisse zum Gesundheitsstatus und zum Gesundheitsverhalten weisen bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund zum Teil günstigere, zum Teil ungünstigere Befunde im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund auf. Je nach Arbeits- und Lebensbedingungen sowie Gesundheitsverhalten können z. B. Erkrankungen des Bewegungsapparates, des Herz-Kreislauf-Systems, Diabetes, Atemwegserkrankungen und (Arbeits-)Unfälle häufiger vorkommen. Für verschiedene Einwanderer- und Altersgruppen werden spezifische Gesundheitsrisiken aufgezeigt. So weisen ältere Menschen mit Migrationshintergrund einen schlechteren Gesundheitszustand auf als ältere Menschen ohne Migrationserfahrungen.

Bisherige Ergebnisse der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS) zeigen bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund höhere Gesundheitsrisiken für Todesfälle im Zusammenhang mit der Geburt und im ersten Lebensjahr, (seltene) erbliche Stoffwechselerkrankungen, Tuberkulose, Übergewicht und Essstörungen, psychische Auffälligkeiten und Unfälle, ein ungünstigeres Mundgesundheitsverhalten, weniger Sport und eine seltenere Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen als bei Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund. Jedoch lassen sich bei Kindern aus Immigrantenfamilien auch Gesundheitsressourcen beobachten, denn sie leiden seltener an Asthma, Neurodermitis und Heuschnupfen und weisen eine vergleichsweise geringere Raucherquote auf.

Nicht alles lässt sich durch den Migrationshintergrund erklären. Auch ist anzumerken, dass diese Kategorie der Heterogenität der Lebenslagen von Immigrantinnen und Immigranten und ihren

Nachkommen nicht gerecht werden kann. Mehr Aufmerksamkeit sollte auf die Wechselwirkungen von migrationsspezifischen Faktoren mit weiteren sozialen Determinanten von Gesundheit gelegt werden.

Eine neuere Studie zeigt beispielsweise bei Frauen mit Migrationshintergrund aus der Türkei eine ähnliche Nutzung der ärztlichen Schwangerenvorsorge wie bei Frauen ohne Migrationshintergrund und vergleichbar gute Resultate bei den meisten perinatalen Parametern. Darüber hinaus wurde eine deutlich niedrigere Kaiserschnittrate beobachtet [4].

Für einige Migrantengruppen wurde ein günstigeres Stillverhalten, ein geringerer Alkoholkonsum (beidseitiger türkischer und arabischer Migrationshintergrund) und ein geringerer Tabakkonsum (Mädchen mit beidseitigem Migrationshintergrund) aufgezeigt. Erst eine differenzierte Betrachtung des Zusammenwirkens verschiedener Einflussfaktoren wie Herkunftsland, Sozialstatus, Einwanderergeneration und Geschlecht erlaubt es, spezifischen Risiken entgegenzuwirken und Gesundheitspotenziale zielgerecht zu fördern.

Jede Migration ist mit Belastungen und Risiken, aber auch mit Chancen verbunden. Sie kann für einen Menschen bedeuten, schwierigen Lebensbedingungen und Gesundheitsbelastungen zu entkommen und im Aufnahmeland eine bessere Lebensqualität zu erreichen. Auch kann die medizinische Versorgung besser sein als im Herkunftsland.

Andererseits stellt der Migrationsprozess eine große individuelle Anpassungsleistung dar. Dabei werden die eigenen Kompetenzen und Normen oft infrage gestellt. Für Immigrantinnen und Immigranten sowie für geflüchtete Menschen können sich spezifische Gesundheitsrisiken ergeben wie z. B. psychosoziale Belastungen durch Trennung von der Familie oder politische Verfolgung im Herkunftsland. Darüber hinaus sind ethnische Minderheiten (mit oder ohne Migrationshintergrund) in Deutschland nicht selten mit Diskriminierungen und Rassismus konfrontiert.

Zum Migrationsprozess stellen Razum & Robert Koch-Institut ([5], S. 129) zusammenfassend fest: „Menschen mit Migrationshintergrund können im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung ohne Migrationshintergrund erhöhte Gesundheitsrisiken aufweisen. (…) Dabei ist es nicht die Migration als solche, die krank macht. Es sind vielmehr die Gründe und Umstände einer Migration sowie die Lebens- und Arbeitsbedingungen von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, die zu einem schlechteren Gesundheitszustand führen können. Menschen mit Migrationshintergrund haben überdurchschnittlich häufig einen niedrigen sozioökonomischen Status, gehen einer die Gesundheit gefährdenden beruflichen Tätigkeit nach oder sind arbeitslos, oder leben in einer ungünstigen Wohnsituation. Jeder einzelne dieser Faktoren kann eine Beeinträchtigung der Gesundheit nach sich ziehen, ganz besonders gilt dies aber für das Zusammentreffen mehrerer dieser Faktoren.“

Fast alle Migrantinnen und Migranten durchlaufen den Migrationsprozess, den Sluzki (2010) in einem Modell aufzeigt, das einen relativ hohen Grad kulturübergreifender Validität besitzt (vgl. Abb. 1).

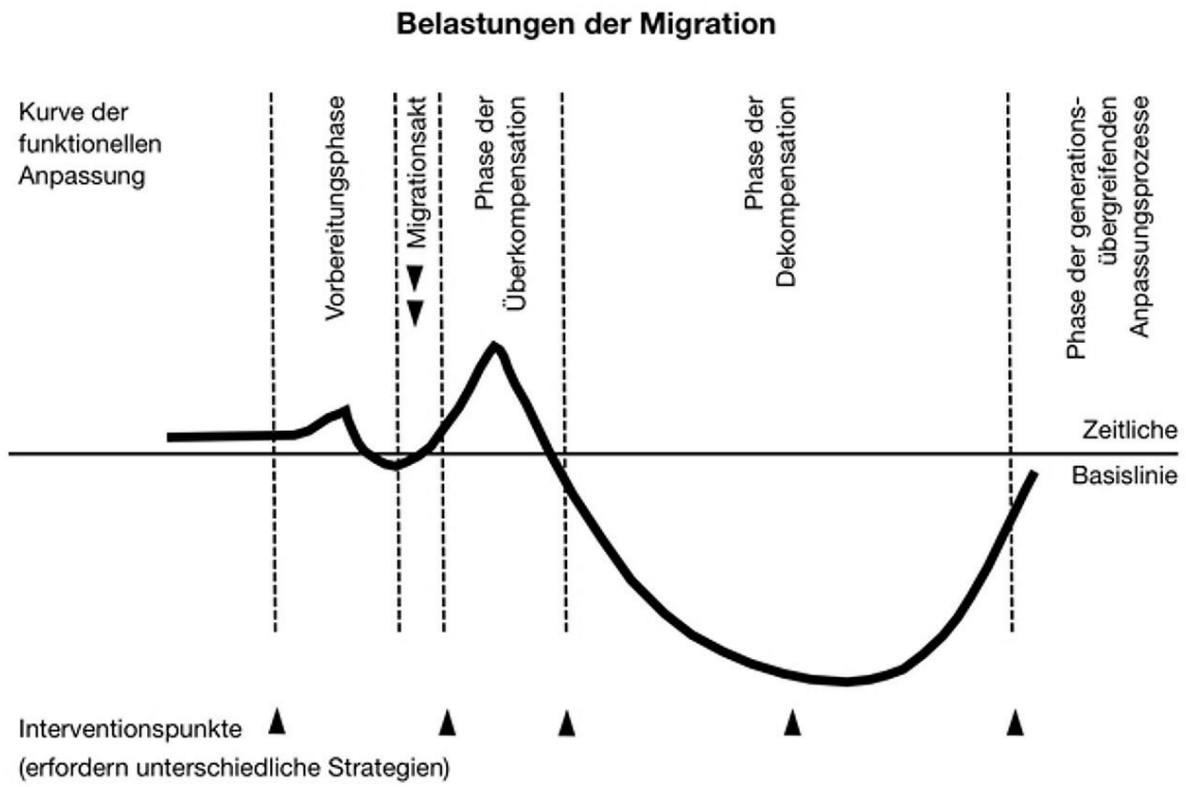


Abb. 1: Belastungen der Migration nach Sluzki 2010 ([6], S. 11)

Dabei unterteilt Sluzki den Migrationsprozess in

- die Vorbereitungsphase,
- den Migrationsakt,
- die Phase der Überkompensation,
- die Phase der Dekompensation und
- die Phase der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse.

In jeder dieser Phasen, die in der Regel unterschiedlich andauern, können Konflikte auftreten, die für die Betroffenen in dieser Situation als normal angesehen werden. Sie können jedoch auch als Belastungsfaktoren bzw. Stressoren zu psychischen Störungen bis hin zu Erkrankungen führen, je nachdem über welche Lösungs- und Bewältigungsstrategien sowie Ressourcen die Einzelnen verfügen. Die Phase der Dekompensation gilt dabei als die Phase, in der Menschen mit Migrationshintergrund sich an die Einrichtungen des Gesundheits- bzw. Hilfesystems, hier das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem, wenden – häufig zu spät, manchmal auch gar nicht [7].

Bisher liegen nur wenige Studien vor, die Gesundheitsressourcen bei Migrantinnen und Migranten aufzeigen. Stabile familiäre Strukturen, unterstützende soziale Netzwerke innerhalb der Familie, Verwandtschaft oder in Migrantengemeinschaften und Problemlösekompetenzen sowie transkulturelle Kompetenzen, die durch bewältigte schwierige Lebenssituationen und durch die Migration erworben wurden, können den Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund positiv beeinflussen.

Für die Gesundheitsversorgung lassen sich folgende zentrale migrationsspezifische Zugangsbarrieren bei einem Teil der Immigrantinnen und Immigranten identifizieren, die einen direkten Einfluss auf die Inanspruchnahme, die Qualität der Versorgung und letztendlich den Gesundheitsstatus haben, und zu einer Fehl-, Über-, und Unterversorgung führen: geringe Deutschkenntnisse, Lese- und Schreibfähigkeiten und oft mangelhafte Kenntnisse des Gesundheitssystems (z. B. ältere [insbesondere Frauen] sowie neu aus dem Ausland zugewanderte Menschen) sowie fehlende Strukturen und Versorgungskonzepte, die der soziokulturellen Vielfalt in einer Einwanderungsgesellschaft gerecht werden. Dolmetschdienste und mehrsprachige Informationsmaterialien sowie differenzsensible Versorgungskonzepte (d. h. Akzeptanz und Berücksichtigung von Unterschieden in Kultur, sozialer Lage, Gender, Alter usw.), die in anderen Einwanderungsländern zum Standard guter Praxis gehören, haben in Deutschland bisher noch Modellcharakter.

Zahlreiche Studien zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung (z. B. Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen) im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund in geringerem Maße in Anspruch nehmen (dabei handelt es sich um Durchschnittswerte mit einer großen Bandbreite). Ebenso werden Selbsthilfegruppen [8] (Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung) als Unterstützung bei der Bewältigung einer Erkrankung von Migrantinnen und Migranten bisher kaum genutzt.

Damit sich dies langfristig verbessert, sollten in der Praxis Tätige bei der Maßnahmenplanung und -umsetzung folgende Fragen berücksichtigen:

- **Differenzierte Zielgruppenanalyse:** Gibt es eine Teilgruppe von Menschen mit Migrationshintergrund, bei der spezifische gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen besonders ausgeprägt oder die bereits in besonderer Weise von einer bestimmten Erkrankung betroffen sind? Benötigt diese Zielgruppe deshalb eine besondere Ansprache (spezielle Botschaften und Zugangswege)? Sind dabei neben dem ethnischen Hintergrund die weiteren – oben genannten – Aspekte (wie soziale Lage, Geschlecht, Alter, Milieu, Migrationserfahrungen, Aufenthaltsstatus) berücksichtigt worden?
- **Erreichbarkeit:** Wer kann wie Zugang zu diesen Migrantengruppen finden? Hierbei ist es zunächst wichtig, die Expertensicht um die spezifischen Vulnerabilitäten und (Gesundheits-)Interessen der Zielgruppe zu erweitern, d. h. folgende Fragen zu beantworten: Ist das von in der Gesundheitsförderung Tätigen definierte Problem (z. B. Rauchen, fehlende Impfungen, Fehlernährung) für die Migrantengruppe (z. B. mit ungesichertem Aufenthaltsstatus) vordringlich? Oder stehen andere Probleme (z. B. fehlende Arbeitserlaubnis, Asylunterkunft, Traumatisierungen) im Vordergrund? Wie können Gesundheitsförderinnen und -förderer hier unterstützen und weiterhelfen und aufgrund des damit geschaffenen Vertrauens das Interesse an Vorsorgeangeboten wecken und den Zugang dazu erleichtern?
- **Personalkommunikative Angebote:** Da die bisher „schwer erreichbaren“ Gruppen durch massenmediale Maßnahmen (wie Anzeigen, Plakate, TV-Spots) nur unzureichend angesprochen werden können, sind persönliche Gespräche und Beratungen (personalkommunikative Angebote) notwendig. Hierzu sind folgende Fragen zu klären: Welche Zugänge und Ressourcen haben die Gesundheitsförderinnen und -förderer selbst? Welche Schlüsselpersonen haben Zugang und Vertrauen der Zielgruppe und kommen daher als Multiplikatoren/Multiplikatorinnen in den unterschiedlichsten Settings im Gesundheits-, Sozial-, Bildungs- und Freizeitbereich infrage? Welche Kooperationspartner im Migrationsbereich (z. B. Migranten-Selbsthilfeorganisationen und -vereine) können dabei helfen? Ist Unterstützung für Multiplikatoren und Multiplikatorinnen sowie Kooperationspartner (z. B. durch bilinguale Materialien, Fortbildung, Beratung) notwendig, um die Erreichbarkeit zu verbessern? Können die neuen Medien neue Zugangsmöglichkeiten eröffnen (z. B. Beratung von Jugendlichen und kleinen, verstreut lebenden ethnischen Gruppen)?
- **Partizipation:** Wie kann die Partizipation der Zielgruppe bei der Planung und Umsetzung von präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten – als eine wesentliche Voraussetzung für die Akzeptanz und Wirksamkeit von Interventionen – gewährleistet werden?
- **Migrations- und Kultursensibilität:** Werden bei allen Maßnahmen, die sich an die Allgemeinbevölkerung richten, Menschen mit Migrationshintergrund berücksichtigt, z. B. bei der Abbildung von Personen, Namen, Geschichten unter Vermeidung von Klischees („Migrationssensibilität“)? Gibt es für Migrantengruppen mit besonderem Bedarf und einem speziellen kulturellen Bezug darüber hinaus „kultursensible“ Angebote (z. B. bei Themen wie männliche Beschneidung, weibliche genitale Verstümmelung)?

Verbesserte Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention für und mit Menschen mit Migrationshintergrund fördern die gesundheitliche Chancengleichheit und Integration und dienen damit der gesamten Gesellschaft.

Beispiel: „Aussiedler Suchthilfe und Suchtprävention vor Ort“

Im Folgenden wird als Beispiel für die Berücksichtigung der zuvor genannten Fragestellungen das Projekt „Aussiedler Suchthilfe und Suchtprävention vor Ort“ (2003 bis 2006) der Beratungsstelle bei Suchtmittelproblemen des Diakonischen Werkes Waldeck-Frankenberg in Korbach zusammenfassend dargestellt [9]:

Unter (insbesondere männlichen) Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion ist Alkoholabhängigkeit erheblich stärker verbreitet als in der Allgemeinbevölkerung. Hinzu kommt eine besondere Verbreitung

von intravenöser Drogensucht (insbesondere Heroin) bei männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 16 und 30 Jahren in abgeschotteten „Szenen“; dabei ist wegen mangelnder Schutzmaßnahmen eine besonders erhöhte Infektionsrate an HIV, Hepatitis B und C festgestellt worden.

Beratungsstellen müssen sich bei ihrer Arbeit im Bereich der Aufklärung und Beratung insbesondere mit folgenden Hintergründen des Suchtverhaltens und von Zugangsbarrieren auseinandersetzen:

- Integrationsprobleme und Entwicklungsanforderungen in der Adoleszenz,
- Abschottung, Gruppendruck, Ehrenkodex,
- geschichtliche und kulturelle Bedeutung von Alkohol im Herkunftsland,
- unkritische, uninformierte Einstellung zu Alkohol und illegalen Drogen sowie
- Familiendynamik (z. B. alkohol-, gewalt- und autoritätsbelastete Familie, niedriger Bildungsstand, Verschwiegenheit).

Außerdem besteht mangelndes Vertrauen gegenüber Beratenden und Aufklärenden, weil

- diese als Teil eines staatlichen Sanktionssystems gesehen werden (Klienten/Klientinnen werden meist z. B. von Gerichten, Arbeitsagentur, Arbeitgeberinnen/Arbeitgebern geschickt; Schutzbedürfnis von innerfamiliären Angelegenheiten gegenüber dem Staat),
- diese nicht die in Russland verbreitete „Behandlung“ (z. B. suggestiv-hypnotische Verfahren) durchführen (anderes Hilfeverständnis),
- die Sprachkenntnisse nicht ausreichen und Suchtprobleme stark tabuisiert sind.

Bei dieser Ausgangslage hat sich die Unterstützung der Integration durch Sozialarbeit als wirksamste Form der Drogenprävention erwiesen:

- Schrittweise Kontaktaufnahme, Vertrauensbildung durch „suchtunspezifische“ Angebote wie Jugendgruppen, Freizeitfahrten, Frauenkreis, Sprachprojekte,
- aufsuchende sozialpädagogische Arbeit in Schulen, Kirchengemeinden,
- Hilfestellung bei Klärung von Konflikten und Bewältigung von Problemen wie beruflicher Orientierung, Suche von Praktikums- oder Ausbildungsplätzen,
- Gespräche, Vertrauen und Unterstützung von informellen Kreisen, Selbsthilfegruppen, anderen „Eigengruppen“ von Aussiedlern und Aussiedlerinnen (Stabilisierungsfaktor, Hilfe bei der schrittweisen Öffnung nach außen),
- Vermittlung und „Medium“ zu einheimischen Strukturen,
- Berücksichtigung von Stärken, Schutzfaktoren und Selbstheilungskräften.

Außerdem sind die Nutzung kommunaler Strukturen und vorhandener Netzwerke (ggf. Anschluss an Projekte anderer Träger), Kooperation mit wichtigen Partnern (wie Aussiedlerberatung, Bildungseinrichtungen, Jugendarbeiter, Sozialdiensten, Vereine, Betreuer/Betreuerinnen, Anwälte/Anwältinnen, Bewährungshelfer/-helferinnen), Abbau von Vorurteilen sowie Schulungen wichtig.

Das Gleiche gilt für die interkulturelle Öffnung der Einrichtung (wie Auseinandersetzung mit eigenen soziokulturellen Prägungen, Beratung und Beteiligung von Akteuren und Akteurinnen aus der Zielgruppe, Erlernen von Fremdsprachen, Einstellung von muttersprachlichem Beratungspersonal).

Ferner ist die Integration von suchtspezifischen Inhalten in die genannten Maßnahmen notwendig durch

- Berücksichtigung der Probleme expliziter, zielgruppenbezogener Suchtprävention (Diskriminierungsgefühl, Verdrängung, Nichtakzeptanz, Abwehr, Tabuisierung),
- Vermeidung von Werbemaßnahmen und spezifischen Präventionsveranstaltungen nur für Aussiedler bzw. Aussiedlerinnen,
- integrative Strategien der Vermittlung sucht- und (notwendiger) substanzspezifischer Informationen.

Weitere Beispiele aus der praktischen Arbeit sind über die Literaturhinweise und Internetadressen zugänglich, wie zum Beispiel die Überlegungen zu Gesundheitsförderung bei geflüchteten Menschen beim Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit.

Internetadressen:

- Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlingen und Integration. Available from: https://www.integrationsbeauftragte.de/ib-de
- Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG). Available from: https://www.bioeg.de/was-wir-tun/gesundheitsfoerderung-fuer-menschen-mit-migrationshintergrund
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Impulspapiere zur Gesundheitsförderung mit Geflüchteten. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gefluechtete/impulspapiere
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Praxisdatenbank. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank
- Robert Koch Institut (RKI). Available from: https://www.rki.de

References

1. Statistisches Bundesamt (DESTATIS). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2017. 2018. (Fachserie 1; 2.2).
2. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Aktuelle Zahlen. Ausgabe: Juli 2019. Tabellen. Diagramme. Erläuterungen. 2019. [accessed 2019 Jul 15]. Available from: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/AsylinZahlen/aktuelle-zahlen-juli-2019.html;nn=282388
3. zim/dpa. Zahlen des Statistischen Bundesamtes. Jeder achte Einwohner in Deutschland ist ein Ausländer. Rheinische Post. 2019 [accessed 2019 Jul 15]; Available from: https://rp-online.de/politik/deutschland/statistisches-bundesamt-zahl-der-auslaender-in-deutschland-steigt_aid-38124961
4. David M, Borde T, Brenne S, Ramsauer B, Henrich W, Breckenkamp J, Razum O. Comparison of perinatal data of immigrant women of turkish origin and german Women – Results of a prospective study in Berlin. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2014;74(5):441–8. DOI:10.1055/s-0034-1368489
5. Razum O, Meesmann U, Bredehorst M, Brzoska P, Dercks T, Glodny S, Zeeb H, Schenk L, Salman R, Menkhaus B, Ulrich R, Saß AC. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Migration und Gesundheit. Robert Koch-Institut, editor. 2008. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes). DOI:10.25646/3119
6. Lersner Von U, Kizilhan J. Kultursensitive Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2017. (Fortschritte der Psychotherapie; 64).
7. Schouler-Ocak M, Aichberger MC. Versorgung von Migranten. Psychother Psych Med. 2015;65:476–85.
8. 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
9. Dil O. Erfahrungen und Konsequenzen aus der Arbeit mit Aussiedlern – Projekt Aussiedler Suchthilfe und Suchtprävention vor Ort (2003 bis 2006) der Beratungsstelle bei Suchtmittelproblemen des Diakonischen Werkes Waldeck-Frankenberg. Korbach; 2007.

Korrespondenz: Prof. Dr., MPH Theda Borde, Alice Salomon Hochschule Berlin, Alice-Salomon-Platz 5, 12627 Berlin, Deutschland, E-mail: borde@ash-berlin.eu

Zitierhinweis: Borde T, Blümel S. Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i047-1.0

Copyright: © 2026 Theda Borde 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/

Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

Christoph Geigl[1]
Laura Anderle[2]
Michael Leitzmann[1]
Christian Janßen[3]

[1] Institut für Epidemiologie und Präventivmedizin, Universität Regensburg, Regensburg, Deutschland

[2] Lehrstuhl für Public Health und Versorgungsforschung, Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland

[3] Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften, Hochschule München | Munich University of Applied Sciences, München, Deutschland

Abstract

Angesichts der demografischen Entwicklungen gewinnen Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Erwachsenen vermehrt an Bedeutung. Die Gesundheitsförderung im und für das Alter zielt im Wesentlichen darauf ab, die allgemeinen Gesundheitsressourcen und die Resilienz im Lebensverlauf zu stärken und zu erhalten, während sich die Prävention auf die lebenslange Vermeidung oder Verzögerung von (Mehrfach- und Folge-)Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit und Gesundheitsproblemen konzentriert. Damit gesundheitliche Interventionen in der älteren Bevölkerung wirksam sein können, müssen sie handlungsfeld- und zielgruppenspezifisch ausgerichtet werden. Ältere Erwachsene können bis ins hohe Alter von Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention profitieren.

Keywords: Alter, Altern, Gesundheit, Krankheit, Demografische Alterung, Demografischer Wandel, Gesundheitsförderung, Prävention

Einleitung

Gesundheit im Alter ist von erheblicher individueller, aber auch gesellschaftlicher Bedeutung. Obwohl im Alter gesundheitliche Probleme und Beschwerden zunehmen, ist diese Phase im Leben nicht gleichbedeutend mit Krankheit, Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit zu sehen. Allerdings ist Gesundheit auch im Alter sozial ungleich verteilt, wobei der individuelle Lebensstil, persönliche Ressourcen und Belastungen sowie die medizinische Versorgungssituation den Gesundheitszustand, das Wohlbefinden und die Lebensqualität im Alter erheblich beeinflussen können [1]. Dementsprechend bieten soziale Determinanten vielversprechende Ansatzpunkte zur Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Erwachsenen. [2] (Determinanten der Gesundheit)

Alter als Lebensphase

Bei der Betrachtung des Alters als Lebensphase muss zunächst der Beginn dieses Lebensabschnitts definiert werden. In der Soziologie wird häufig der Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand als Alter beschrieben, während in der Medizin vorrangig bestimmte Alterserscheinungen betrachtet werden, die zum Teil weit vor dem Eintritt in den Ruhestand, aber zum Teil auch weit danach auftreten können. Die Gerontologie nutzt aus historischen, wissenschaftlichen und praktischen Gründen oft die chronologische Altersgrenze von 65 Jahren als Beginn des Alters. In Gesellschaften mit steigender Lebenserwartung verlängert sich der Lebensabschnitt „Alter“ jedoch zunehmend. Das Alter wird deshalb zuweilen in ein „drittes und viertes Lebensalter“ oder auch in „junge Alte“ (65 bis 79 Jahre) und „Hochaltrige“ (ab 80 Jahren) unterteilt. In der Demografie wird die Hochaltrigkeit als das Lebensalter definiert, in dem 50 % der Angehörigen eines Geburtsjahrgangs verstorben sind.

Bei der Betrachtung chronologischer Altersgrenzen sollte beachtet werden, dass diese nicht festlegen, ab wann gesundheitliche Entwicklungen wie bestimmte Einschränkungen oder Krankheiten gesichert eintreten. Dennoch ist die Wahrscheinlichkeit für Personen ab 80 Jahren deutlich erhöht, von körperlichen, insbesondere chronisch-degenerativen Erkrankungen sowie von kognitiven Beeinträchtigungen und/oder psychischen Erkrankungen betroffen zu sein [3].

Altern als Prozess

Altern als Prozess beginnt nicht erst in der Lebensphase Alter, sondern bereits im Jugendalter mit der Geschlechtsreife. In der Biologie werden Alterungsprozesse als jene Veränderungen bezeichnet, die eine Abnahme der Anpassungsfähigkeit des Organismus nach sich ziehen. Aus entwicklungspsychologischer Sicht ist Altern jedoch nicht nur mit Verlusten, sondern auch durch Zugewinne, etwa bei der kristallinen Intelligenzentwicklung, gekennzeichnet. Dabei wird das Altern in der Psychologie nicht nur als individueller Prozess betrachtet, sondern auch eingebettet in den jeweiligen gesellschaftlichen und historischen Kontext. In der Soziologie wird das Altwerden als lebenslanger Sozialisierungsprozess verstanden, die durch frühere Lebenserfahrungen und Ereignisse mitbestimmt [3].

Demografische Entwicklung

Die abnehmende Anzahl jüngerer Menschen bei gleichzeitiger Zunahme älterer Menschen hat die demografische Struktur der deutschen Bevölkerung erheblich verändert. Die Anzahl der Personen ab 65 Jahren ist von 12,2 Millionen (15 %) im Jahr 1992 auf 18,9 Millionen (22,3 %) deutlich angestiegen (plus 6,7 Millionen) (Stand 2023). Dabei hat sich die Anzahl der Personen ab 80 Jahren von 3,2 Millionen (4 %) auf 6,1 Millionen (7,3 %) nahezu verdoppelt [4].

Während in Deutschland aktuell etwa jeder fünfte Mensch zur Altersgruppe ab 65 Jahren zählt, wird laut Bevölkerungsprognosen bis zum Jahr 2050 fast jeder dritte Mensch (22 Millionen, 28 %) zu dieser Altersgruppe gehören. Die Anzahl der Personen ab 80 Jahren wird im selben Zeitraum von derzeit 6,1 Millionen (7,3 %) auf 9,2 Millionen (12 %) ebenfalls erheblich steigen [5]

Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt liegt derzeit für weibliche Personen bei 83 Jahren und für männliche Personen bei 78 Jahren [6]. Prognosen zur zukünftigen Entwicklung der Lebenserwartung gehen davon aus, dass diese bis 2070 für weibliche Personen auf bis zu 88 Jahre und für männliche Personen auf bis zu 85 Jahre ansteigen wird [5].

Gesundheitliche Lage

Bei älteren Erwachsenen liegen die Prävalenz- und Inzidenzraten in den meisten Krankheitsgruppen höher als bei jüngeren Erwachsenen [7]. Bei den somatischen Erkrankungen stehen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, chronische Lungenerkrankungen, Muskel- und Skeletterkrankungen sowie Diabetes mellitus im Vordergrund. Bei den psychischen Erkrankungen sind vor allem Demenzen und Depressionen bedeutsam [8]. In der Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen leiden fast alle Personen an mindestens einer, ein Viertel sogar an fünf und mehr Krankheiten [9].

Für eine selbstständige Lebensführung im Alter ist vor allem die funktionale Gesundheit entscheidend. Funktionale Beeinträchtigungen zeigen sich durch Aktivitätseinschränkungen aufgrund körperlicher oder psychischer Schädigungen bzw. Störungen. Mit zunehmendem Alter treten solche Beeinträchtigungen wesentlich häufiger auf [10].

Zugleich wird der Gesundheitszustand nicht nur durch objektive medizinische Diagnosen bestimmt, sondern auch durch die individuelle Wahrnehmung der eigenen Gesundheit [11] (Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit). Dies gilt insbesondere im Alter, da die Bewertung der subjektiven Gesundheit im Lebensverlauf häufig deutlich positiver ausfällt als die objektive Gesundheitsbewertung. Dementsprechend schätzen ältere Erwachsene ihre Lebensqualität trotz gesundheitlicher Beschwerden häufig noch bis ins hohe Alter als positiv ein. Der selbsteingeschätzten Lebensqualität kommt daher eine hohe Relevanz zur Beurteilung der Gesundheit im Alter zu [12].

Trotz höherer Prävalenzen und Inzidenzen in höheren Altersgruppen sind ältere Erwachsene heute körperlich und psychisch gesünder als in früheren Generationen [13]. Im Sinne einer „Kompression der Morbidität“ konnte in den vergangenen Jahrzehnten in Deutschland eine Abnahme der Multimorbidität, eine Zunahme der aktiven Lebenserwartung sowie eine Verbesserung der funktionellen Gesundheit verzeichnet werden [14]. Der Begriff „Multimorbidität“ wird häufig verwendet, um das gleichzeitige Vorliegen von zwei oder mehr chronischen Erkrankungen bei einer Patientin oder einem Patienten zu beschreiben, die jeweils vergleichbare Auswirkungen auf die individuelle Krankheitslast haben [15]. Allerdings deuten aktuelle Daten darauf hin, dass sich der über die Jahre hinweg kontinuierlich verbesserte Gesundheitszustand älterer Erwachsener in später geborenen Kohorten nicht fortsetzt [13], [10].

Ziele von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

Die Gesundheitsförderung im und für das Alter zielt im Wesentlichen darauf ab, die allgemeinen Gesundheitsressourcen und die Resilienz im Lebensverlauf zu stärken und zu erhalten. Die Prävention konzentriert sich auf die lebenslange Vermeidung oder Verzögerung von (Mehrfach- und Folge-)Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit und Gesundheitsproblemen. [16] Bei der Gesundheitsförderung älterer Erwachsener liegt der Fokus insbesondere auf der Bereitstellung altersgerechter Rahmenbedingungen und dem Prozess der Befähigung [17] (Empowerment/Befähigung), um vorhandene Gesundheitschancen trotz altersbedingter Veränderungen eigenverantwortlich nutzen zu können [18].

Der Präventionsbegriff sollte mit Blick auf ältere Erwachsene so weit gefasst sein, dass er sich nicht nur darauf bezieht, Erkrankungen vollständig zu vermeiden, sondern auch krankheitsbedingte Folgen zu mildern, den Ausbruch weiterer (Folge-)Erkrankungen zu verhindern und den Umgang mit bestehenden Krankheiten zu verbessern [19].

Im späteren Lebensverlauf kommt der Förderung und dem Erhalt von Selbstständigkeit, sozialer Teilhabe und Lebensqualität besondere Bedeutung zu. Daran anschließend definiert die WHO „gesundes Altern“ als „Prozess der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit, die Wohlbefinden im Alter ermöglicht“ ([20], S. 2).

Das nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ benennt im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention – Autonomie erhalten“ folgende Ziele [21]:

- **Ziel 1:** Die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen ist gestärkt. Mangelnde Teilhabe und Isolation werden erkannt und gemindert.
- **Ziel 2:** Gesundheitliche Ressourcen und die Widerstandskraft älterer Menschen sind gestärkt und ihre gesundheitlichen Risiken gemindert.
- **Ziel 3:** Körperliche Aktivität und Mobilität älterer Menschen sind gestärkt bzw. erhalten.
- **Ziel 4:** Ältere Menschen ernähren sich ausgewogen.
- **Ziel 5:** Die Mundgesundheit älterer Menschen ist erhalten bzw. verbessert.

Zur Erreichung von Gesundheitszielen sollten zwei unterschiedliche Perspektiven berücksichtigt werden, die sich in Modellen darstellen lassen: Risikofaktorenmodelle [22] (Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell) und Schutzfaktoren- bzw. Salutogenesemodelle [23] (Resilienz und Schutzfaktoren). Beide Modelle spielen eine bedeutende Rolle in Gesundheitsförderung und Prävention im Alter, wobei das Verständnis ihrer unterschiedlichen Schwerpunkte helfen kann, sie effektiv zu integrieren.

Risikofaktorenmodelle

Risikofaktorenmodelle konzentrieren sich auf die Identifikation und Vermeidung von Faktoren, die das Risiko für bestimmte Krankheitsgeschehen erhöhen. In der Prävention werden sie verwendet, um spezifische Interventionen zur Risikominderung zu entwickeln. Zum Beispiel könnten Angebote zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen darauf abzielen, Risiken wie Bluthochdruck oder hohe Cholesterinwerte zu reduzieren. Weitere bedeutsame Risikofaktoren für das Krankheitsgeschehen im Alter, das überwiegend durch chronisch-degenerative Erkrankungen gekennzeichnet ist, lassen sich wie folgt benennen (Tab. 1).

Krankheiten / Beschwerden	Risikofaktoren	Ansätze für Prävention
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Bluthochdruck Diabetes Typ 2 Fettstoffwechselstörung	Steigerung der körperlichen Aktivität Regulierung des Körpergewichts Nichtrauchen Umstellung des Ernährungsverhaltens
Erkrankungen des Bewegungs-apparates und Stürze	Spezielle Belastungen im Beruf Lebensstilfaktoren Hormonelle Ursachen Genetische Disposition Bestimmte Medikamente	Ausreichende Versorgung mit Kalzium und Vitamin D Körperliche Aktivität (besonders Verbesserung von Kraft und Koordination) Nichtrauchen/mäßiger Alkoholkonsum Regulierung des Körpergewichts (hohes Frakturrisiko bei niedrigem Gewicht) Vermeidung von Polypharmazie
Krebserkrankungen	Bedeutendster vermeidbarer Risikofaktor: Rauchen Weitere Risikofaktoren: Ungünstige Ernährungsmuster (Überernährung, hoher Fettanteil, wenig Obst und Gemüse) Chronische Infektionen (z. B. Helicobacter pylori bei Magenkrebs) Hoher Alkoholkonsum Spezielle Belastungen am Arbeitsplatz Einflüsse aus der Umwelt (z. B. UV-Strahlung, Feinstaub, chemische Substanzen)	Änderung des Lebensstils: Rauchverzicht Angemessene Ernährung Verzicht auf Alkoholkonsum Für einige Krebsarten (z. B. Brustkrebs) die Möglichkeit der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen
Demenzen	Bei durchblutungsbedingten Demenzen sind die Risikofaktoren für Schlaganfälle und andere arterielle Verschlusskrankheiten bedeutsam: Rauchen Alkoholmissbrauch	Die Präventionsmöglichkeiten bei Alzheimer/Demenz sind begrenzt. Günstiger Einfluss durch: Ausgewogene Ernährung Kontrolle von Blutdruck und Fettstoffwechsel Soziale und kognitive Aktivitäten Bei durchblutungsbedingten Demenzen: Nichtrauchen Maßvoller Alkoholkonsum
Depressionen	Das Risiko, an einem depressiven Syndrom zu erkranken, ist erhöht vor allem bei: Partnerverlust Subjektiv erlebter Einsamkeit Mangel an sozialen Kontakten und sozialer Integration Auch bestehende oder neu auftretende körperliche Erkrankungen oder Behinderungen erhöhen das Risiko.	Die Prävention depressiver Erkrankungen kann durch folgende Maßnahmen unterstützt werden: Stärkung von Selbstkonzept und Kontrollüberzeugung (durch Entwicklung von Bewältigungsstrategien und die Durchführung individuell wichtiger Aktivitäten) Verbesserung der sozialen Integration und Teilhabe

Tab. 1: Risikofaktoren und Präventionspotentiale verschiedener Krankheitsgruppen (modifiziert nach [24], ergänzt durch [25])

Schutzfaktoren- bzw. Salutogenesemodelle

Die salutogenetische Perspektive [26] (Salutogenese) setzt einen komplementären Schwerpunkt, indem sie sich auf Entstehungs- und Erhaltungsbedingungen von Gesundheit bezieht. Entsprechende Modelle legen den Fokus auf die Stärkung von Schutzfaktoren und Resilienz, um die Gesundheit zu erhalten oder zu fördern. Sie zielen insbesondere darauf ab, persönliche und soziale Ressourcen zu entwickeln, die helfen, gesund zu bleiben und sich von Belastungen zu erholen [27].

Personale Ressourcen wie gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen, das Selbstwertgefühl und der Kohärenzsinn sowie soziale Faktoren wie die Integration in soziale Netzwerke und die Unterstützung durch nahestehende Personen sind bei älteren Erwachsenen vermutlich ähnlich bedeutsam wie in jüngeren Jahren. Zum Beispiel konnte in einer Studie gezeigt werden, dass internale Kontrollüberzeugungen, körperliche Aktivität und soziale Unterstützung positiv mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität älterer Erwachsener assoziiert waren [12]. Daraus folgernd könnten im Rahmen der Gesundheitsförderung älterer Erwachsener Angebote helfen, gesundheitliche Einstellungen, Bewegung und die soziale Unterstützung zu fördern.

Zielgruppen für Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

Bei der Betrachtung von Ziel- bzw. Dialoggruppen für Gesundheitsförderung und Prävention im Alter sollten u. a. folgende Bereiche berücksichtigt werden:

- Sozioökonomische Faktoren [28] (Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit)
- Soziodemografische Faktoren (Geschlecht bzw. Gender [29] (Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Gendermainstreaming), Migrationshintergrund, Altersphase, Wohnort etc.)
- Persönliche Ressourcen (z. B. gesundheitsbezogene Einstellungen, soziale Unterstützung) und Belastungen (z. B. am Wohnort oder durch die [frühere] berufliche Tätigkeiten)
- Lebensstil bzw. verhaltensbezogene Faktoren (z. B. Gewicht, Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegung und Ernährung)

Empirische Ergebnisse zeigen, dass ältere Erwachsene mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status gesundheitlich schlechter gestellt sind als ältere Erwachsene mit einem höheren sozioökonomischen Status [30]. Zudem weisen ältere Erwachsene mit negativen Gesundheitseinstellungen, Bewegungsmangel, fehlender sozialer Unterstützung und niedrigem Einkommen eine geringere körperliche und psychische Lebensqualität auf als sozial besser gestellte Gruppen. Dies unterstreicht den besonderen Bedarf an Gesundheitsförderung und Prävention für sozial benachteiligte Gruppen, die von alters-, geschlechts- und soziallagenspezifischen Gesundheitsinterventionen besonders profitieren könnten. Insgesamt bieten soziodemografische, sozioökonomische, psychosoziale und verhaltensbezogene Faktoren vielfältige Ansätze für Politik, Wissenschaft und Praxis, um Gesundheitsinterventionen handlungsfeld- und zielgruppenspezifisch [12].

Die gesundheitliche Lage älterer Frauen stellt sich insgesamt deutlich schlechter dar, als bei älteren Männern [30]. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Geschlechterverhältnisse im Alter verändern. Bei den 65- bis 79-Jährigen liegt der Frauenanteil noch bei 53,4 %, während er bei den ab 80-Jährigen bei 61 % liegt. Ursächlich dafür ist die höhere Lebenserwartung der Frauen, wobei derzeit noch die hohen Männerverluste im Zweiten Weltkrieg eine Rolle spielen. Mit den nachlassenden demografischen Auswirkungen des Zweiten Weltkrieges ist auch der Anteil der hochaltrigen Männer von 27 % im Jahr 2000 auf 39 % im Jahr 2023 angestiegen (vgl. [31]). Ab dem 80. Lebensjahr erhöht sich der Pflegebedarf. Frauen sind aufgrund ihrer häufig schlechteren körperlichen Verfassung stärker betroffen als Männer. Außerdem verbringen sie mehr Jahre in Pflege, da sie im Durchschnitt früher pflegebedürftig werden [32].

Migrantinnen und Migranten im Alter von 40 bis 85 Jahre weisen häufiger fünf oder mehr Erkrankungen auf und attestieren sich häufiger eine schlechte Gesundheit als Menschen ohne Migrationshintergrund. Dabei lassen sich deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen mit Migrationshintergrund zeigen. In der zweiten Lebenshälfte schätzen von den ehemaligen Arbeitsmigrantinnen und -migranten nur 41 % ihren Gesundheitszustand als gut bzw. sehr gut ein. Bei den (Spät-)Aussiedlerinnen und -Aussiedlern (50 %) und anderen Migrantinnen und Migranten (59 %) liegt der Anteil deutlich höher. Ein ähnliches Muster zeigt sich auch bei Personen, die eine schlechte oder sehr schlechte Gesundheit berichten: Bei den Arbeitsmigrantinnen und -migranten ist dies mehr als jede bzw. jeder Vierte (27 %), bei den (Spät-)Aussiedlerinnen und Aussiedlern sowie anderen Migrantinnen- und Migrantengruppen nur 14 % bzw. 13 % [33].

Untersuchungen zu Personen aus den klassischen früheren Anwerbeländern (Griechenland, Italien, ehemaliges Jugoslawien, Türkei) legen nahe, dass ältere Migrantinnen und Migranten aufgrund ihrer Erwerbsbiografie, körperlich belastenden Tätigkeiten und hohen Stressbelastungen durch Akkord- und Schichtarbeit einem erhöhten Gesundheitsrisiko ausgesetzt sind [34].

Abschließend lässt sich feststellen, dass die Gruppe älterer Erwachsener eine sehr heterogene Gruppe ist, die unterschiedliche soziale Voraussetzungen einschließt. Abgesehen von Pflegeheimen gibt es kaum institutionalisierte Zugangswege zu Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention. Bei der Entwicklung, Planung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen und präventiven Angeboten und Maßnahmen ist daher eine Definition der spezifischen Ziel- bzw. Dialoggruppen, möglicher Zugangswege, Handlungsfelder und Ziele unerlässlich.

Gelungene Ansätze von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

Gesundheitsförderung und Prävention sind entscheidend, um die Gesundheit älterer Erwachsener zu erhalten oder zu verbessern. Sollte dies nicht mehr möglich sein, kann Gesundheitsverlust häufig zumindest verlangsamt werden. Gesundheitsförderliche und präventive Ansätze können dazu beitragen, Mobilität, Selbstständigkeit und Teilhabe im Alter zu erhalten. Ältere Erwachsene verfügen über zahlreiche gesundheitliche Ressourcen und präventive Potenziale, die in zielgruppenspezifischen Interventionen berücksichtigt werden sollten.

Für diese Altersgruppe ist das Wohnumfeld von zentraler Bedeutung, da sie teilweise nicht mehr in der Lage ist, Angebote zu nutzen, die mit längeren Wegstrecken verbunden sind. Dies unterstreicht den Stellenwert settingbezogener Ansätze im Alter, um diese spezifische Ziel- bzw. Dialoggruppe zu erreichen. Zu den bedeutsamsten Handlungsfeldern von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter zählen der Ausbau einer lokalen Angebotsstruktur, die Gestaltung eines komfortablen, sicheren und anregenden Wohnumfeldes sowie die Förderung des nachbarschaftlichen Zusammenhalts [35].

Einen vielversprechenden Ansatz zur soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention bieten die zwölf „Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung“ (z. B. Partizipation, Empowerment, Nachhaltigkeit), die vom beratenden Arbeitskreis des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und praktischer Erfahrungen kontinuierlich weiterentwickelt werden. Für die Arbeit mit älteren Erwachsenen wurden diese Kriterien im Rahmen des Programms „Gesund & aktiv älter werden“ der BZgA entsprechend angepasst.

Verschiedene Beispiele veranschaulichen, wie Gute Praxis in Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Erwachsene gelingen kann. In Bayern hat sich z. B. ein Gesundheitsnetzwerk für ältere Erwachsene etabliert – die Aktionsgruppe „Gesundes Altern in der Oberpfalz“. Das vorrangige Ziel besteht darin, die Gesundheit älterer Erwachsener in schwierigen Lebenslagen aus der Oberpfalz zu fördern. Die interdisziplinär ausgerichtete Aktionsgruppe besteht aus zentralen Akteurinnen und Akteuren des Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswesens, die das gesunde Altern im Regierungsbezirk Oberpfalz begleiten. Im Netzwerk wird ein intensiver Austausch unter den engagierten Mitgliedern gepflegt, um sowohl die Sichtbarkeit bereits bestehender Angebote für ältere Erwachsene zu erhöhen als auch gemeinsam spezifische Angebote für sozial benachteiligte ältere Erwachsene zu entwickeln.

Ein weiteres positives Beispiel ist „GESTALT“, ein Projekt zur Demenzprävention bei älteren Erwachsenen. „GESTALT“ steht für GEhen, Spielen und Tanzen Als Lebenslange Tätigkeiten. Ziel des Projekts ist es, einem der Hauptrisikofaktoren für demenzielle Erkrankungen – körperlicher Inaktivität – nachhaltig entgegenzuwirken und zu mehr Bewegung im Alltag von älteren Erwachsenen mit Risikofaktoren für Demenz beizutragen. Auf kommunaler Ebene sollen über das Projekt gesundheitsförderliche Strukturen für Bewegung auf- und ausgebaut werden.

Internetadressen:

- Landeszentrale für Gesundheit Bayern. Aktionsgruppe „Gesundes Altern in der Oberpfalz“. Available from: https://lzg-bayern.de/projektbeispiele/good-practice-videos/aktionsgruppe-gesundes-altern-in-der-oberpfalz
- Gesund und aktiv älter werden. Available from: https://www.gesund-aktiv-aelter-werden.de
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA). Available from: https://www.dza.de
- Landeszentrale für Gesundheit Bayern. GESTALT – Gehen, Spielen und Tanzen als lebenslange Tätigkeiten. Available from: https://lzg-bayern.de/projektbeispiele/good-practice-videos/gestalt-gehen-spielen-und-tanzen-als-lebenslange-taetigkeiten
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Good Practice-Kriterien). Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice-kriterien
- Forum Gesundheitsziele. Available from: https://www.gesundheitsziele.de
- Robert Koch-Institut (RKI). Themenschwerpunkt: Gesundheit im Alter. Available from: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Gesundheit_im_Alter/Ges_alter_nc

Literatur:

- Wurm S, Lampert T, Menning S. Subjektive Gesundheit. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T, editors. Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert Koch-Institut; 2009. p. 79–91.

References

1. Janßen C, Sauter S, Kowalski C. The influence of social determinants on the use of prevention and health promotion services: Results of a systematic literature review. Psychosom Med. 2012 Oct 25;9:1–12. DOI:10.3205/psm000085
2. 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
3. Tesch-Römer C, Wurm S. Wer sind die Alten? Theoretische Positionen zum Alter und Altern. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T, editors. Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert Koch-Institut; 2009. p. 7–20.
4. Statistisches Bundesamt Deutschland (DESTATIS), editor. Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre. Wiesbaden; 2024.
5. Statistisches Bundesamt Deutschland (DESTATIS), editor. 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland. Variante 1: Moderate Entwicklung bei niedrigem Wanderungssaldo (G2L2W1). Wiesbaden; 2024. [accessed 2024 Nov 29]. Available from: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/begleitheft.html
6. Statistisches Bundesamt Deutschland (DESTATIS), editor. Durchschnittliche Lebenserwartung (Periodensterbetafel): Deutschland, Jahre, Geschlecht, Vollendetes Alter. Wiesbaden; 2024. [accessed 2024 Dec 8]. Available from: https://www.genesis.destatis.de/genesis/online
7. Maresova P, Javanmardi E, Barakovic S, Barakovic Husic J, Tomsone S, Krejcar O, Kuca K. Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age – a scoping review. BMC Public Health. 2019 Nov 1;19(1):1431. DOI:10.1186/s12889-019-7762-5
8. Robert Koch-Institut (RKI). Gesundheit in Deutschland. Wie gesund sind die älteren Menschen? Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. 2015. [accessed 2024 Nov 29]. Available from: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/08_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile
9. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), editor. Deutscher Alterssurvey 2014. Zentrale Befunde. 2014. [accessed 2024 Nov 29]. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Diverse_Materialien/16-07-11_Deutscher_Alterssurvey_2014_kurzfassung.pdf
10. Wolff JK, Nowossadeck S, Spuling SM. Altern nachfolgende Kohorten gesünder? Selbstberichtete Erkrankungen und funktionale Gesundheit im Kohortenvergleich. In: Mahne K, Wolff J, Simonson J, Tesch-Römer C, editors. Altern im Wandel. Wiesbaden: Springer

Fachmedien; 2017. p. 125–38. Available from: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-658-12502-8_8.pdf
11. Faltermaier T. Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i119-3.0
12. Geigl C, Loss J, Leitzmann M, Janssen C. Social factors of health-related quality of life in older adults: a multivariable analysis. Qual Life Res. 2023 Nov;32(11):3257–68. DOI:10.1007/s11136-023-03472-4
13. Geyer S, Eberhard S. Compression and expansion of morbidity – secular trends among cohorts of the same age. Dtsch Arztebl Int. 2022 Nov 25;119(47):810–5. DOI:10.3238/arztebl.m2022.0324
14. Wurm S, Schöllgen I, Tesch-Römer C. Gesundheit. In: Wurm S, Tesch-Römer C, Motel-Klingebiel A, editors. Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart: Kohlhammer; 2010. p. 90–140. Available from: www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/Publikationen/Altern_im_Wandel_2010.pdf
15. Seger W, Gaertner T. Multimorbidität: Eine besondere Herausforderung. Dtsch Arztebl. 2020;117(44):A2092-B1780.
16. Gellert P, Brandenburg H, Franke A, Kessler EM, Krupp S, Pantel J, Schramek R, Simm A, Swoboda W, Wurm S, Fuellen G. Prävention und Gesundheitsförderung im und für das Alter stärken. Z Gerontol Geriatr. 2024 May;57(3):199–206. DOI:10.1007/s00391-023-02262-4
17. Brandes S, Stark W. Empowerment/Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i10-3.0
18. Hollbach-Grömig B, Frölich von Bodelschwingh F. Gesundheitsförderung und Prävention – Zugangswege älterer Menschen auf kommunaler Ebene. Köln; 2015. [accessed 2024 Nov 29]. Available from: https://shop.bzga.de/pdf/60640102.pdf
19. Schüz B, Wurm S. Wie wichtig ist Prävention? In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T, editors. Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin; 2009. p. 161–7.
20. World Health Organization. Regional Office for Europe. (WHO). Promoting physical activity and healthy diets for healthy ageing in the WHO European Region. World Health Organization, Regional Office for Europe; 2023. [accessed 2024 Nov 28]. WHO/EURO:2023-8002-47770-70520. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/373061
21. Bundesministerium für Gesundheit (BGM), editor. Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“. 2012. [accessed 2024 Nov 29]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere_Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesund_aelter_werden.pdf
22. Sperlich S, Franzkowiak P. Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i102-3.0
23. Rönnau-Böse M, Fröhlich-Gildhoff K, Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i101-2.0
24. Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T, editors. Gesundheit und Krankheit im Alter. In: Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert Koch-Institut; 2009.
25. Balzer K, Bremer M, Schramm S, Lühmann D, Raspe H. Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung. Köln; 2012. [accessed 2024 Nov 29]. Available from: https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta255_bericht_de.pdf

Korrespondenz: Christoph Geigl, Universität Regensburg, Institut für Epidemiologie und Präventivmedizin, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg, Deutschland, E-mail: christoph.geigl@gmx.de

Zitierhinweis: Geigl C, Anderle L, Leitzmann M, Janßen C. Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i002-1.0

Copyright: © 2026 Christoph Geigl 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/

Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege

Doris Schaeffer[1]
Annett Horn[2]
[1] Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld, Deutschland
[2] Fachbereich Gesundheit Public Health Nursing, FH Münster, Münster, Deutschland

Abstract

Die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege wird auch in Deutschland zunehmend erkannt, wozu mit dem Präventionsgesetz ein wichtiger Schritt geleistet wurde. Auch mit der Erprobung von Maßnahmen wurde vielerorts begonnen, dennoch fehlt es an einer systematischen evidenzbasierten Interventionsentwicklung und -erprobung und somit auch an evaluierten evidenzbasierten Konzepten. Diese Aufgabe anzugehen, gehört zu den dringlichen Herausforderungen der Zukunft.

Keywords: Prävention, Gesundheitsförderung, Pflegerische Versorgung

Einleitung

Prävention und Gesundheitsförderung haben auch in der Pflege einen hohen Stellenwert. Das stößt hierzulande besonders seit Einführung des Präventionsgesetzes [1] mehr und mehr auf Konsens. Dies zeigt sich u. a. im sogenannten Pflegeberufegesetz, in dem die frühere Berufsbezeichnung „Krankenschwester/Krankenpfleger“ durch „Gesundheits- und Krankenpfleger/in“ ersetzt wurde [2], außerdem darin, dass die Bedarfserhebung und Durchführung präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen durch Pflegende festgeschrieben wurde [2], Abschnitt 2, §4.

Dennoch scheint der erhöhte Stellenwert über längere Zeit hinweg weiterhin eine eher befremdliche Vorstellung gewesen zu sein. Denn dem sequenziellen Versorgungsverständnis zufolge, das auch heute noch prägend für weite Teile der Versorgungsdiskussion ist (z. B. [3], [4], [5]), steht Pflege am Ende der Versorgungskette und kommt erst dann zum Einsatz, wenn alle präventiven, kurativen und rehabilitativen Möglichkeiten ausgeschöpft sind und mehr oder minder ver- und bewahrende Aufgaben wahrzunehmen sind.

Neues Aufgabenverständnis der Pflege

Mit dem Präventionsgesetz [6], [1] hat das Umdenken eingesetzt, denn seither muss die (teil- und voll-)stationäre pflegerische Langzeitversorgung in Präventionsmaßnahmen einbezogen werden. Damit erfolgt partiell der Anschluss an ein Aufgabenverständnis, das international seit langem bestimmend für die Pflege ist und Prävention und Gesundheitsförderung eine zentrale Funktion einräumt. Dem liegt eine Abkehr von einem einseitig krankheits- hin zu einem gesundheitsorientierten Pflegeverständnis zugrunde. Damit in Einklang besteht die Aufgabe in der Wiederherstellung und dem Erhalt des gesundheitlichen Gleichgewichts bzw. des dabei erreichbaren Optimums sowie der Förderung der verbliebenen Gesundheit.

Innovativ ist daran nicht nur der Gesundheitsbezug, sondern auch, dass die dichotome Unterscheidung zwischen Krankheit und Gesundheit aufgegeben wurde und nach der Balance zwischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und vorhandenen Ressourcen gefragt wird. Dabei wird Gesundheit als geglückte und Krankheit als missglückte Balance zwischen Beeinträchtigungen und Ressourcen verstanden, wobei sich die Balance fortwährend verändern kann. Dieser Sichtweise wohnt − auch das ist innovativ − eine Absage an eine defizitzentrierte Betrachtungsweise inne, der gegenüber der Stärkung von Ressourcen der Vorzug gegeben wird (z. B. [7]).

Dieses Aufgabenverständnis von Pflege im Versorgungsalltag zu verankern, ist eine auch in Deutschland verstärkt angegangene Herausforderung (Bartholomeyczik 2006), [8]. Sie hat zur Folge, sich von dem sequenziellen Versorgungsverständnis zu verabschieden und präventiven, gesundheitsförderlichen und

edukativen Aufgaben sowohl in den Konzepten der Pflege wie in der Praxis größere Bedeutung einzuräumen. Außerdem setzt sie voraus, die dafür nötigen Spielräume und Strukturen zu schaffen − ein Schritt, der mit dem Pflegestärkungsgesetz II und dem Präventionsgesetz angegangen wurde.

Mit dem zuerst genannten Gesetz erfolgte eine Erweiterung des bis dahin gesetzlich festgeschriebenen engen, verrichtungsorientierten Pflegeverständnis in Deutschland. Mit dem danach genannten Gesetz wurde der Tatsache Rechnung getragen, dass Prävention und Gesundheitsförderung trotz dem Eintritt von Gesundheitseinbußen und Pflegebedürftigkeit erfolgversprechend und gewinnbringend sein können.

Einfluss des demografischen und epidemiologischen Wandels

Mit der veränderten Gesetzeslage wird dem rasch voranschreitenden demografischen und epidemiologischen Wandel entsprochen, der das gesamte Gesundheitswesen − auch die Pflege − vor besondere Herausforderungen stellt. So ist davon auszugehen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen von derzeit etwa 5,0 Millionen bis zum Jahr 2055 auf 6,8 Millionen Personen ansteigen wird [9].

Um diese Entwicklung auffangen zu können, wird der Prävention von Pflegebedürftigkeit künftig – schon allein aus Kostengründen − weitaus mehr Aufmerksamkeit zukommen müssen als bislang; ebenso der Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten, die in den späteren Krankheitsphasen häufig mit Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit einhergehen. Damit sind zwei wichtige Aufgabenfelder benannt. Bevor sie näher dargestellt werden, folgen zunächst einige begriffliche und definitorische Klärungen.

Prävention [10] (Prävention und Krankheitsprävention) zielt auch in der Pflege auf die Verhinderung von Krankheiten, besonders aber von Pflegebedürftigkeit, indem entsprechende Risiken ausgeschaltet werden sollen. Außerdem intendiert Pflege, die Zunahme von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und Verschlimmerungen vorzubeugen oder zumindest zu verzögern.

Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege sind jedoch nicht gleichzusetzen mit aktivierender Pflege wie sie im Präventionsleitfaden des GKV-S [11] festgehalten wird. Damit soll u. a. eine klare Trennung zwischen pflegerischen Maßnahmen, die im Rahmen des SGB XI zu leisten sind, und präventiven/gesundheitsförderlichen Maßnahmen vollzogen werden.

Demgegenüber fragt **Gesundheitsförderung** [12] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen) weniger nach speziellen Risiken, die Krankheiten bzw. Pflegebedürftigkeit verursachen, sondern nach den vorhandenen Ressourcen, Schutzfaktoren und Bedingungen [13] (Resilienz und Schutzfaktoren), die zur Stärkung der Gesundheit beitragen und Menschen befähigen, ihre Gesundheit zu erhalten, gesundheitliche Belastungen abzuwehren und mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu gewinnen [14], (Kaba-Schönstein 2017).

Gesundheitsförderung bezieht sich auch in der Pflege auf die Ottawa Charta [15] (Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa) und zielt grundsätzlich darauf, „Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ [16]. Allerdings richtet sie sich in der Pflege − und das ist die Besonderheit − vor allem an Menschen mit eingeschränkter Gesundheit, deren Situation in mehrfacher Hinsicht durch Vulnerabilität gekennzeichnet ist. Meist leiden sie unter irreversiblen Gesundheitseinbußen: einer oder mehreren chronischen Erkrankungen, dauerhaften (oft kognitiven) Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit. Vielfach können sie ihre Lebenssituation nicht mehr autonom bewältigen und sind abhängig von Fremdhilfe. Auch das macht sie schutzbedürftig. Zusätzlich leiden sie oft unter sozialer Vulnerabilität, etwa einem ausgedünnten sozialen Netz oder sozialer Isolation, wodurch ihre Teilhabemöglichkeiten begrenzt wird [17] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit). Auch ökonomische Ressourcenschwäche ist in diesem Kontext keine Seltenheit.

Dieser besonderen Vulnerabilität der Menschen muss Gesundheitsförderung in der Pflege Rechnung tragen. Intention ist daher, weiteren Ressourcenverlust aufzuhalten, die verbliebenen Gesundheitspotenziale zu mobilisieren und die trotz beeinträchtigter Gesundheit vorhandenen Ressourcen und Widerstandsfähigkeit zu stärken. Verhältnisorientierte Interventionsstrategien und Organisationsentwicklungskonzepte [18] (Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung) haben hier hohe Bedeutung (vgl. [19] und [11]).

Präventive Aufgaben der Pflege

Zu den vordringlichen und bislang zu wenig wahrgenommenen Aufgaben der Pflege gehört die

Prävention von Pflegebedürftigkeit, sei es durch gezielte edukative Maßnahmen [20] (Patientenberatung/Patientenedukation) oder durch systematisches Monitoring, wie dies beispielsweise beim Konzept des präventiven Hausbesuchs der Fall ist [21] ist. Zu den künftig wichtigen Aufgaben wird es gehören, weitere evidenzbasierte Konzepte wie Community Health Nursing (Public Health Nursing) [22], [23], [24] zu entwickeln und zu erproben.

Häufig stellt sich die Situation allerdings so dar, dass die Pflegebedürftigkeit bereits eingetreten ist, bevor sie verhindert werden konnte. Dann besteht die Aufgabe von Prävention in der Pflege darin, die Ausweitung von Gesundheits- und Funktionseinschränkungen abzuwehren, Verschlimmerungen zu verhindern und zur Stabilisierung der gesundheitlichen Situation beizutragen − sei es durch engmaschige systematische Beobachtung des Gesundheits- und Funktionsstatus (Seh-, Hörfähigkeit, Zahn-Mundgesundheit, Ernährungsverhalten, Bewegungsfähigkeit etc.), durch Maßnahmen wie die Schaffung sicherer Umwelt- und Umgebungsbedingungen (Beseitigung von Sturz- und Unfallgefahren), die Verhinderung vermeidbarer gesundheitlicher Abwärtsentwicklungen, Maßnahmen zur Patienteninformation und -edukation sowie die Begrenzung sozialer Vulnerabilität etc. (Übersicht: [25], [26], [4]).

Gesundheitsförderung in der Pflege

Es zeichnet sich ab, dass die für andere Zielgruppen favorisierte Trias von Bewegung, Ernährung und Resilienz-/Bewältigungsförderung auch für die Nutzerinnen und Nutzer der Pflege relevant ist. So weisen zahlreiche Studien auf die hohe Bedeutung von Bewegungsförderung hin und zeigen, dass schon regelmäßiges zügiges Gehen gesundheitsförderliche Effekte hat. Wie Studien zeigen, kann sich dadurch die Lebenserwartung verlängern, das Mortalitätsrisiko senken, die Gesamtmorbidität verringern und das mentale Gesundheitsbefinden verbessern [27], [28].

Vorliegende Untersuchungen konzentrieren sich allerdings meist auf jüngere alte Menschen – obwohl sich andeutet, dass die meist hochbetagten Nutzerinnen und Nutzer der Pflege ähnlich profitieren können [25]. Inzwischen gibt es auch in Deutschland (allerdings oft nicht evaluierte) Programme zur Bewegungsförderung (Übersicht: [29]). Seit Verabschiedung des Präventionsgesetzes ist zu beobachten, dass die Anzahl der Angebote stetig steigt. Gleichwohl bleibt es eine Herausforderung, weitere evidenzbasierte Interventionskonzepte zu entwickeln, sie zu testen bzw. zu evaluieren und in der Pflege zu verstetigen [30], (Horn et al. 2019), [31].

Gesundheitsförderliche Effekte sind auch von der Verbesserung des Ernährungsverhaltens und von Maßnahmen zur Förderung verbliebener Ressourcen, der Stärkung der Resilienz [13] (Resilienz und Schutzfaktoren) und der Gesundheitskompetenz [32] (Gesundheitskompetenz / Health Literacy), [33], [34] zu erwarten. Wie wichtig solche Maßnahmen sind, wird sichtbar, wenn man sich vergegenwärtig, dass Gesundheitsförderung in der Pflege sich meist an Menschen in fragilen gesundheitlichen Lebenssituationen richtet, in denen die Balance zwischen Gesundheitseinbußen und -potenzialen in eine Schieflage geraten ist und sich zu verfestigen bzw. zu verstärken droht. Diese Entwicklung durch Förderung verbliebener Ressourcen aufzuhalten und die psychische Widerstandsfähigkeit und Gesundheitskompetenz zu stärken, stellt eine wichtige Aufgabe der Gesundheitsförderung dar.

Damit in Einklang werden im „Leitfaden zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ [11] zielgruppen- und lebensweltspezifische Maßnahmen zur körperlichen Aktivität, zur Förderung gesunder Ernährung, psycho-sozialer Ressourcen und gesundheitlicher Kompetenzen sowie zur Prävention von Gewalt (in der Pflege) empfohlen.

Allerdings mangelt es in einigen Bereichen (vor allem Ernährung und Prävention von Gewalt) bislang noch an evidenzbasierten Interventionskonzepten für die einzelnen Bereiche und Zielgruppen [31], [11].

Ausblick

Zukünftig wird wichtig sein, neben verhaltensorientierten auch zu verhältnisorientierten Konzepten und Strategien − bzw. einem Mix aus beidem − zu gelangen. Der Beachtung bedarf auch, dass es bei der Umsetzung nach wie vor strukturelle Hürden (insbesondere ein gravierender Personal- und Fachkräftemangel) gibt. Sie auszuräumen, stellt eine weitere wichtige Aufgabe dar. Der Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach §5 SGB XI“ [11] legt Kriterien für die Leistungen der Pflegekassen fest und gibt Hinweise, wie präventive und gesundheitsförderliche Angebote in Pflegeeinrichtungen entwickelt und umgesetzt werden können. Ergänzend geben die Bundesrahmenempfehlungen Hilfestellung [19].

Dazu gehört auch, die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit der Pflegenden [35] (Betriebliche Gesundheitsförderung) wie auch der pflegenden Angehörigen stärker zu beachten und sie in Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung einzubeziehen. Zwar ist auch diese Aufgabe im Präventionsgesetz verankert, doch fehlt es an einer systematischen evidenzbasierten Entwicklung und Erprobung von geeigneten Interventionskonzepten.

Weiterführende Literatur:

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Was ist das LMB? [accessed 2023 May 8]. Available from: https://www.aelter-werden-in-balance.de/lmb/was-ist-das-lmb

References

1. Bundesgesetzblatt, editor. PrävG − Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) vom 17. Juli 2015. BGBl. I S. 1368 Nr. 31 vom 24.07.2015. 2023 May. [accessed 2023 May 8]. Available from: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s1368.pdf#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s1368.pdf%27%5D__1684226996086
2. Bundesgesetzlatt, editor. PflBRefG − Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz) vom 17. Juni 2017. Bundesgesetzblatt, Jg. 2017, Teil 1, Nr. 49 vom 24. Juli 2017. 2023 May. [accessed 2023 May 8]. Available from: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl117s2581.pdf#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2581.pdf%27%5D__1684226919749
3. Schwartz FW, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Dierks ML, Busse R, Schneider N, editors. Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Fischer; 2012.
4. Hasseler M. Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege − Ein konzeptioneller Ansatz. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2011. (Gesundheitsforschung).
5. Klie T. Kooperation und Integration: Die Herausforderung Rehabilitation vor Pflege. In: Brandhorst A, Hildebrandt H, Luthe EW, editors. Kooperation und Integration − Das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer; 2017. p. 263–83. (Gesundheit. Politik – Gesellschaft – Wirtschaft).
6. 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
7. Whitehead D, Wang Y, Wang J, Zhang J, Sun Z, Xie C. Health promotion and health education practice: nurses' perceptions. Journal of Advanced Nursing. 2008 Jan;61(2):181–7. DOI:10.1111/j.1365-2648.2007.04479.x
8. Schweda M, Coors M, Mitzkat A, Pfaller L, Rüegger H, Schmidhuber M, Sperling U, Bozzaro C. Ethische Aspekte des Alter(n)s im Kontext von Medizin und Gesundheitsversorgung: Problemaufriss und Forschungsperspektiven. Ethik Med. 2018;30(1):5–20.
9. Statistisches Bundesamt (Destatis). Pflegevorausberechnung: 1,8 Millionen mehr Pflegebedürftige bis zum Jahr 2055 zu erwarten. Pressemitteilung Nr. 124 vom 30. März 2023. Zugriff am 08. 2023. [accessed 2023 May 8]. Available from: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23_124_12.html
10. 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
11. GKV-Spitzenverband. Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. Berlin; 2022. [accessed 2023 May 8]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/Leitfaden_Pravention_Pflege_Akt2022_barrierefrei.pdf
12. 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
13. Rönnau-Böse M, Fröhlich-Gildhoff K, Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I101-2.0

14. Hurrelmann K, Horn A. Das komplementäre Verhältnis von Gesundheitsförderung und Pflege. In: Schaeffer D, Wingenfeld K, editors. Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, München: Beltz Juventa; 2011. p. 727–44.
15. 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
16. Weltgesundheitsorganisation (WHO). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. 1986 [accessed 2023 May 8]. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
17. 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
18. Lobnig H, Metzler B, Dietscher C, Pelikan JM. Organisationsentwicklung als Methode 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-i083-3.0
19. Nationale Präventionskonferenz (NPK). Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V. Stand: 29.08.2018. 2018. [accessed 2023 May 8]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Praeventionsgesetz/BRE_Fassung_vom_29.08.2018.pdf
20. Schaeffer D. Patientenberatung / Patientenedukation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I087-3.0
21. Blotenberg B, Hejna U, Büscher A, Seeling S. Präventive Hausbesuche – Ein Konzept für die Zukunft? Ein Scoping-Review über das innovative Versorgungsmodell präventiver Hausbesuche. Prävent Gesundheitsf. 2020;15:226–35.
22. Burgi M, Igl G. Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland. Vol. ;61. Baden-Baden: Nomos; 2021. (Schriften zum Sozialrecht; 61).
23. Robert Bosch Stiftung GmbH, editor. Community Health Nursing - Wegweiser für die Etablierung in Deutschland. 2021. [accessed 2023 May 8]. Available from: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/026_21-05-05_Wegweiser_Community_Health_Nursing_RZ_WEB.pdf
24. World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF). A vision for primary care in the 21st century. Towards universal health coverage and the sustainable development goals. Genf; 2018. (Technical series on primary health care).
25. Kuhlmey A, Schaeffer D, editors. Alter, Gesundheit und Krankheit. 1 edn. Bern: Huber; 2008. (Handbuch Gesundheitswissenschaften).
26. Schaeffer D, Büscher A. Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung − Empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. Z Gerontol Geriatr. 2009;42(6):441–51.
27. Miko HC, Zillmann N, Ring-Dimitriou S, Dorner TE, Titze S, Bauer R. Auswirkungen von Bewegung auf die Gesundheit. Gesundheitswesen. 2020;82:184–95. DOI:10.1055/a-1217-0549
28. De Vries NM, Van Ravensberg CD, Hobbelen JSM, Olde Rikkert MGM, Staal JB, Nijhuis-van Der Sanden MWG. Effects of physical exercise therapy on mobility, physical functioning, physical activity and quality of life in community-dwelling older adults with impaired mobility, physical disability and/or multi-morbidity: A meta-analysis. Ageing Res Rev. 2012 Jan;11(1):136–49. DOI:10.1016/j.arr.2011.11.002
29. Kleina T, Bender B, Mashkoori M, Hunting N, Horn A. Aktualisierung der ZQP-Datenbank „Bewegungsfördernde Interventionen". Projektbericht für das ZQP. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP); 2019.
30. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG). Statusbericht 16: Dokumentation der Statuskonferenz 2017 „Gesundheitsförderung und Prävention in der stationären Pflege". Bonn; 2018.
31. Vollmer J, Horn A, Huschik G. Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI − Zentrale Evaluationsergebnisse. Medizinischer Dienst Bund (MD Bund), GKV-Spitzenverband, editors. Präventionsbericht 2022: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung Leistungen der

sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen Berichtsjahr 2021. 2022;114–9. Available from: https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praeventionsbericht/2022_GKV_MDS_Praeventionsbericht_barrierefrei.pdf

32. 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
33. Rohde T, Kolpatzik K, De Winter AF. Förderung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen. Ansatzpunkte auf Basis des EU-Projektes IROHLA. Bundesgesundheitsblatt. 2015;58(9):958–65.
34. Schaeffer D, Pelikan JM, editors. Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven. 1 edn. Bern: Hogrefe; 2017.
35. Hartung S, Faller G. Betriebliche 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-I042-3.0

Korrespondenz: Prof. Dr. phil. Doris Schaeffer, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, Deutschland, E-mail: doris.schaeffer@uni-bielefeld.de

Zitierhinweis: Schaeffer D, Horn A. Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i049-1.0

Copyright: © 2026 Doris Schaeffer 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/

Gesundheitsförderung und Prävention in der Rehabilitation

Ulla Walter[1]
Christiane Patzelt[2]
Daniel Nowik[3]

[1] Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Hannover, Deutschland

[2] Centre for Individualised Infection Medicine - CiiM | Zentrum für Personalisierte Medizin (ZPM) Infektiologie, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

[3] Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Deutschland

Abstract

Seit vielen Jahren wird die Gleichzeitigkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation gefordert. Verschiedene Akteurinnen und Akteure, Zugangswege, Ziele, Begriffe und Gesetze erschweren jedoch die Umsetzung. Der Blick auf Gemeinsamkeiten der drei Bereiche ermöglicht Perspektiven für ein vernetztes Denken. Präventive Maßnahmen vor der Rehabilitation gewinnen für Risikogruppen an Bedeutung. Schulungen von Patientinnen und Patienten in der Rehabilitation enthalten vielfach gesundheitsfördernde und präventive Elemente. Reha-Nachsorgeprogramme tragen zur Förderung von gesundheitsbezogenen Einstellungen und längerfristigen Verhaltensänderungen bei.

Keywords: Rehabilitation, Patientenschulungen, Erwerbsfähigkeit, Teilhabe, Selbstständigkeit

Einleitung

Zahlreiche internationale Gutachten und Stellungnahmen weisen auf die Relevanz von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation hin. Vor dem Hintergrund der Verbreitung chronischer Krankheiten, aber auch der Zunahme älterer und langlebiger Menschen wird Handlungsbedarf zur Ausschöpfung der bestehenden Potenziale gesehen und seit Jahren angemahnt. Die Gutachten des Sachverständigenrates 2002 und 2009 [1] forderten eine stärkere Vernetzung der Sektoren und die Integration der Prävention in die gesundheitsbezogene Versorgung – und damit eine Überwindung des traditionellen sequenziellen Modells. Auch im Gutachten des Jahres 2018 wurde eine „'unsichtbare Mauer' zwischen der Prävention, der ambulanten und der stationären Behandlung sowie der Rehabilitation und der Pflege“ bemängelt ([2], S. 363). Ebenso wird im aktuellen Sachverständigenratsgutachten die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung hervorgehoben, da Einsparungspotenziale durch eine Senkung der Morbidität und in der Folge aufgrund einer „Reduktion der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und damit des Fachkräftebedarfs“ gesehen werden ([3], S. 211).

Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation überschneiden sich teilweise, jedoch findet dies aufgrund verschiedener Zielsetzungen, Akteurinnen und Akteure, Zugangswege, Begrifflichkeiten und gesetzlicher Grundlagen bisher noch zu wenig Beachtung. So richten sich Gesundheitsförderung und Prävention im Unterschied zur individualisierten Rehabilitation auch an die Gesamtbevölkerung bzw. Teilpopulationen. Zudem unterscheiden sie sich von der Rehabilitation deutlich durch die größere Heterogenität der Akteurinnen und Akteure sowie durch idealerweise ergänzende verhältnisbezogene Maßnahmen und Ansätze in der Lebenswelt (Setting).

Trotz dieser Unterschiede sind die konkreten Maßnahmen jedoch oftmals die gleichen oder sich sehr ähnlich (z. B. Schulungen, Bewegungsförderung). Mittlerweile finden sich auch örtliche Überschneidungen, da nach § 14 SGB VI in Rehabilitationseinrichtungen auch Präventionsmaßnahmen angeboten werden können. Die Rentenversicherung als wichtiger Träger der Rehabilitation kann präventiv orientierte Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit und Förderung der Bewältigung des Arbeits- und Berufslebens für Erwerbstätige mit ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen ohne Rehabilitationsbedarf sowohl stationär als auch ambulant erbringen [4], [5]. Ebenso werden von der Rentenversicherung auch digitale Angebote zur Prävention vorgehalten [6]. Im Zuge des Präventionsgesetzes wurde der Grundsatz Prävention vor Rehabilitation vor Rente gestärkt.

Prävention

Prävention umfasst alle Maßnahmen mit dem Ziel, gesundheitliche Beeinträchtigungen bzw. eine Krankheit zu verhindern, sie weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern. Der zeitlichen Unterteilung präventiver Interventionen nach dem Fortschreiten der Entwicklung eines Zielereignisses in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention stehen oft Abgrenzungsprobleme (z. B. durch eine verfeinerte Diagnostik) und Verständnisschwierigkeiten entgegen. Das erschwert zum Teil die (leistungsrechtliche) Integration der Prävention in die gesundheitsbezogene Versorgung. So wird vor allem eine risikoadaptierte Prävention empfohlen [7] (Prävention und Krankheitsprävention).

Prävention geht über die alleinige Verhütung von Krankheiten hinaus, was insbesondere bei Kindern und Jugendlichen (gesundes Aufwachsen) und älteren Menschen (Erhalt der Selbstständigkeit auch bei gesundheitlichen Einschränkungen) deutlich wird. So sollte zur Realisierung der präventiven Potenziale im Alter der gesamte „Alternsprozess mit seinen funktionellen Einschränkungen und dem drohenden oder tatsächlichen Verlust an körperlicher und mentaler Fitness sowie den daraus resultierenden Problemen der sozialen Integration“ berücksichtigt werden ([8], S. 33).

Gesundheitsförderung

Das Konzept der Gesundheitsförderung nach der WHO ist umfassender als der ursprüngliche, an Krankheiten ausgerichtete Ansatz der Prävention. Das liegt insbesondere am sektorenübergreifenden politischen Anspruch und den Konzepten Empowerment [9] (Empowerment/Befähigung) und [10] Settingansatz/Lebensweltansatz. Nach zunächst heftigen, zum Teil auch ideologisch geprägten Abgrenzungsversuchen sind mittlerweile beide Ansätze als sich ergänzend zu betrachten. Der Lebensweltansatz ist überdies im Präventionsgesetz verankert.

Präventive und gesundheitsfördernde Elemente der Rehabilitation

Rehabilitation umfasst alle Maßnahmen zur Reduktion oder Beseitigung der Folgen einer chronischen Erkrankung oder eines akuten Ereignisses. Sie dient der Vorbeugung einer drohenden Behinderung oder der Vermeidung der Verschlimmerung einer bestehenden gesundheitlichen Schädigung.

Ziel ist es, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit meist bleibenden Gesundheitsschäden aufgrund von chronischen Erkrankungen und den daraus resultierenden Folgen zu befähigen, mit den Anforderungen des alltäglichen Lebens zurechtzukommen und am Leben in der Familie, im Beruf und in der Gesellschaft wieder teilzuhaben. Die Rehabilitation wird geleitet vom ICF-Konzept der funktionalen Gesundheit [11]. Eine zentrale Zielkomponente ist die Erhaltung und Wiederherstellung persönlicher und sozialer Teilhabe an wichtigen Lebensbereichen. Zu den wichtigsten Handlungsprinzipien der Rehabilitation gehören Individualität und Komplexität sowie Selbstbestimmung, Partizipation und Ressourcenorientierung.

Zu den präventiven Elementen in der Rehabilitation zählen vor allem Schulungen für Patientinnen und Patienten, die gesundheitsfördernde, ressourcenorientierte und präventive Elemente umfassen. Neben der Informationsvermittlung zielen diese Maßnahmen auf die Förderung von gesundheitsbezogenen Einstellungen und längerfristigen Verhaltensänderungen ab, beispielsweise in den Bereichen Ernährung, Stressbewältigung, Körperhaltung oder Raucherentwöhnung [12]. Idealerweise sollten sich präventive Interventionen an eine Rehabilitation anschließen. Diese Maßnahmen werden durch die Reha-Therapiestandards, ein Qualitätssicherungsinstrument der Rentenversicherung, vorgeschrieben [13].

Beispiele der Reha-Nachsorge

Das prominenteste Beispiel der Reha-Nachsorge sind Herzsportgruppen. Das intensivierte Reha-Nachsorgeprogramm IRENA der Rentenversicherung ist seit über 25 Jahren etabliert. Es ist multimodal auf alle Indikationen (außer Suchterkrankungen) anwendbar und zielt u. a. auf die Übertragung und Stabilisierung der Lebensstil- und Verhaltensänderungen in den Alltag. Des Weiteren existieren unimodale indikationsspezifische Nachsorgeprogramme beispielsweise bei psychischen Erkrankungen (Psy-RENA), Suchterkrankungen (Sucht-Nachsorge) oder muskuloskelettalen Erkrankungen mit trainingstherapeutischen Schwerpunkten (T-RENA). Seit einigen Jahren werden digitale Reha-Nachsorgeprogramme für verschiedene Indikationen als digitale IRENA-Nachsorge, Psy-RENA und T-

RENA angeboten. Unabhängig vom Wohnort und der vorherigen Rehabilitationseinrichtung können alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden daran teilnehmen, die über einen Internetzugang und einen PC, Laptop, Smartphone oder Tablet verfügen [14].

Präventive Maßnahmen vor Rehabilitation

Insbesondere im Vorfeld einer Rehabilitation gewinnen präventive Maßnahmen für Risikogruppen zunehmend an Bedeutung. Diese sind vor allem in der Altersgruppe 50plus zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit bei verlängerter Lebensarbeitszeit relevant. Mit dem Programm RV Fit bietet die Rentenversicherung bei ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Bewegungsorgane, der inneren Organe oder psychischen Beeinträchtigungen ein Präventionsangebot an (§ 14 SGB VI). Im Rahmen von Modellprojekten erprobt werden derzeit stationäre Kurzprogramme z. B. für junge Erwachsene mit Adipositas (Modellprojekt BREAKOUT der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover). Mit einer ambulanten oder stationären Initialphase in einer Rehabilitationseinrichtung, einer berufsbegleitenden Trainingsphase in der Gruppe, einer Eigeninitiativphase und einem Abschluss-Auffrischungskurs werden die Motivation und die Aktivität zu einem eigenverantwortlichen und gesundheitsbewussten Verhalten gefördert.

Mit dem konzeptionellen Rahmen der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF – deutsch: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) und ihrem zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Krankheitsfolgenmodell berücksichtigt die Rehabilitation sowohl Ressourcen als auch Defizite in allen Lebensbereichen. Der Gesetzgeber hat den Teilhabebegriff der ICF im SGB IX aufgenommen. Als Ziel der Rehabilitation wurden Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe festgelegt.

Dieses Ziel ist vor allem für ältere Menschen zur Förderung und zum Erhalt der Selbstständigkeit zentral. Im höheren Lebensalter liefert die ICF ein umfassendes Verständnis von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit unter den Prämissen der Aktivität, Autonomie und Partizipationsmöglichkeiten von Altern vor dem Hintergrund der gegebenen personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren wie Lebensstil, bisherige Erfahrungen, Unterstützung durch Angehörige, Vorhandensein geeigneter, gesundheitsbezogener Angebote oder behinderungsgerechtem Wohnraum. Diese bieten Ansatzpunkte und Parallelen zu verhaltens- und verhältnispräventiven Interventionen. Bei der speziell für ältere Menschen vorgesehenen indikationsübergreifenden geriatrischen Rehabilitation besteht weiterhin Entwicklungsbedarf [15], der Sachverständigenrat [3] forderte eine nationale Strategie zur flächendeckenden Versorgung.

Einen zusammenfassenden Überblick über Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation gibt Tabelle 1.

	Gesundheitsförderung	**Prävention**	**Rehabilitation**
Zielgruppen	• Gesamte Bevölkerung • (Vulnerable) Teilgruppen	• Bevölkerungsgruppen ohne bzw. mit leicht erhöhten pathogenen Risiken • (Hoch-)Risikogruppen	• Personen insbesondere mit chronischer Erkrankung bzw. Hochrisikopersonen • Patientinnen/Patienten nach akutstationärer Versorgung
Zugang	• Zugehstruktur • Strukturelle Maßnahmen • Settings, Lebenswelten • Peers, Multiplikatorinnen/Multiplikatoren, Fachkräfte	• Überwiegend Kommstruktur • Weniger Zugehstruktur • Peers, Multiplikatorinnen/Multiplikatoren, Fachkräfte	• Kommstruktur • Aufforderung der Krankenkasse (§ 51 SGB V)

Identifikation und Auswahl der Zielgruppen	• Lebensräume, Settings	• Steuerung über Angebote • Problem: Risikogruppen werden häufig nicht erreicht • Zum Teil Identifikation über Routinedaten oder Erhebungen (z. B. Risiko-, Schutzfaktoren)	• Über (niedergelassene) Ärztinnen/Ärzte • Antragsverfahren mit Begutachtung • Spezifische Indikationen: direkt im Anschluss nach Akutkrankenhaus (Anschlussheilbehandlung, Rehabilitation) • In Modellen: AU- oder Leistungsinanspruchnahmedaten
Art der Interventionen	• Politische, regulatorische Interventionen • Settingansatz, Whole Institution Approach • Empowerment • Kompetenzförderung, Capacity Building	• Beratung • Kurse, Schulungen • Kompetenzförderung, Capacity Building • Regulatorische, organisations- und verhältnisbezogene Maßnahmen • Medikamentöse Prävention	• Beratung • Patientinnen- und Patientenschulungen • Bewegungsförderung und andere Maßnahmen • Medikation • Sonstige Maßnahmen
Inhalte und Ziele der Beratungen/Schulungen/Themenfelder		• Gesunder Lebensstil, u. a. Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Alkohol, Tabakkonsum • Informationsvermittlung • Veränderung von Einstellungen und Verhalten	• Krankheitsbewältigung, funktionale Gesundheit • Gesunder Lebensstil, u. a. Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Alkohol, Tabakkonsum • Informationsvermittlung • Veränderung von Einstellungen und Verhalten • Erhöhung der Compliance

Struktur der Interventionen	• Politikfelder • Strukturentwicklung • Beeinflussung von Settings • Erhöhung personaler und kollektiver Gesundheitskompetenz	• Verhaltensbezogene Individualangebote: vorrangig singulär, seltener multimodal • Multimodal, verhältnisorientiert	• Multimodal
Eingebundene Professionen	• Zahlreiche Disziplinen, auch Politik	• Zahlreiche Disziplinen, aber häufig unvernetzt, oft monodisziplinäres Angebot	• Zahlreiche Disziplinen, multiprofessionelles Team
Nachhaltigkeit	• Bislang kaum strukturierte Nachhaltigkeit	• Bislang kaum strukturierte Nachhaltigkeit	• Teilweise strukturierte Nachsorgeprogramme, Langfristigkeit noch Problem
Evaluation	• Nur vereinzelt • Für komplexe Ansätze wenig Evidenz • Gut belegt: betriebliche Gesundheitsförderung	• standardisierte und evaluierte Programme liegen vor • Evidenz besonders bei verhaltensorientierten Programmen	• Evaluation von (Kosten-)Effektivität, insbesondere von Patientinnen- und Patientenschulungen • Standardisierte Interventionen liegen für mehrere Indikationen vor
Qualitätssicherung	• Ansatzweise, siehe Prävention	• Uneinheitlich, lückenhaft; z.T. verbindlich für Leistungsträger	• Verbindliche Systeme der Leistungsträger (z. B. GKV, DRV)

Tab. 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation − Gemeinsamkeiten und Unterschiede (modifiziert und erweitert nach [16])

Hinsichtlich der gesetzlichen Verankerung und Einbindung in die gesundheitsbezogene Versorgung unterscheiden sich die drei Bereiche deutlich, wobei die Rehabilitation wesentlich früher gesetzlich verankert wurde. Die Palette der (Kosten- bzw. Leistungs-)Träger der Rehabilitation ist vor allem in der ersten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts erweitert worden. Auch wurde der berechtigte Personenkreis in den vergangenen Jahrzehnten erweitert, Art und Umfang der Leistungen sind ergänzt, modifiziert, zum Teil aber auch wieder eingeschränkt worden.

Seit 2001 liegt mit dem SGB IX ein eigenständiges Gesetzbuch für die Rehabilitation vor. Mit dem Eingang der Prävention in die gesetzlichen Grundlagen zur Rehabilitation (§ 3 SGB IX: Vorrangstellung der Prävention) erweiterte sich das Aufgabenspektrum der Träger. Mit dem Präventionsgesetz [17]

fanden Prävention und Gesundheitsförderung einen stärkeren Eingang in das SGB V und in weitere Sozialgesetzbücher wie das SGB XI zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. So sollen Sozialversicherungsträger, Länder und Kommunen in der Prävention und Gesundheitsförderung zukünftig in vielen Handlungsfeldern, Lebenswelten und für verschiedene Altersgruppen verpflichtend zusammenarbeiten.

Einen erheblichen Beitrag bezüglich der wissenschaftlichen Fundierung der Rehabilitation leistete der gemeinsam vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und der Rentenversicherung getragene Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften mit acht regionalen Forschungsverbünden und 145 Projekten (1998 bis 2005 wurden 40,9 Millionen Euro bereitgestellt, davon leistete das BMBF insgesamt 20 Millionen Euro). Im Rahmen der Förderung der Versorgungsforschung (seit 2006) wird die wissenschaftliche Fundierung der Rehabilitation weiter unterstützt. Deutlich geringer fällt dagegen die Förderung der Forschung in der Prävention und Gesundheitsförderung aus [18] (Forschung zur Gesundheitsförderung).

Internetadressen:

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR). Available from: https://www.bar-frankfurt.de
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Available from: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/_node.html
- Deutsche Rentenversicherung. RV Fit. Available from: https://www.rv-fit.de
- Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege. Available from: https://www.svr-gesundheit.de

Weiterführende Quellen:

- Schönle PW. Zur Zukunft der Rehabilitation in Deutschland. In: Blumenthal W, Schliehe F, editors. Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V. Heidelberg: DVfR; 2009. p. 347–64.
- Stähler T. Wichtige Handlungsprinzipien von Rehabilitation und Teilhabe. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), editor. Rehabilitation und Teilhabe – Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. Frankfurt am Main; 2005. p. 24–7.
- Walter U. Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland. Expertise aus sozialmedizinischer Sicht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Hannover; 2003. [accessed 2026 Jan 12]. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Diverse_Materialien/Gesetze_-neu/Gesetze_2003_Walter_Expertise_Wahrg_Umsetzg_rechtlicher_Bestimmg.pdf

References

1. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Kurzfassung. 2009. [accessed 2026 Jan 12]. Available from: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Sondergutachten_2009/Kurzfassung_2009.pdf
2. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten. 2018. [accessed 2026 Jan 12]. Available from: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Sondergutachten_2009/Kurzfassung_2009.pdf
3. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Fachkräfte im Gesundheitswesen – Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. Gutachten 2024. 2024. [accessed 2026 Jan 12]. Available from: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/Gutachten_2024_barrierefrei.pdf DOI:10.4126/FRL01-006400072
4. Buschmann-Steinhage R, Brüggemann S. Veränderungstrends in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Bundesgesundheitsblatt. 2011 Apr;54(4):404–10. DOI:10.1007/s00103-011-1240-2
5. Moser NT, Fischer K, Korsukéwitz C. Prävention als Aufgabe der Rentenversicherung: Innovative Modelle ergänzen bewährte Konzepte. Rehabilitation. 2010 Apr;49(2):80–6. DOI:10.1055/s-0029-1

246141
6. Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund), editor. Weiterentwicklung von Prävention und Rehabilitation. Gemeinsames Strategiepapier der Deutschen Rentenversicherung. Berlin; 2023.
7. 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
8. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000 / 2001. Ausführliche Zusammenfassung. 2002. [accessed 2026 Jan 12]. Available from: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2000_2001/Kurzfassung_Band3.pdf
9. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I10-3.0
10. 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
11. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), editor. ICF-Praxisleitfaden: Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation. Frankfurt am Main; 2015 [accessed 2026 Jan 19]. Available from: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_grundlagen/pdfs/PLICF1.web.pdf
12. Deutsche Rentenversicherung (DRV). Gesundheitstraining in der medizinischen Rehabilitation. 2026 [accessed 2026 Jan 19]. Available from: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Patientenschulung-und-Beratung/gesundheitstraining.html
13. Farin E, Wirth A, Quaschning K, Meyer T, Nowik D, Block I, Vogel H, Volke E. Die Aktualisierung der Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung. Rehabilitation. 2018 Feb;57(1):48–54. DOI:10.1055/s-0043-124309
14. Deutsche Rentenversicherung (DRV). Digitale Reha-Nachsorgeangebote. 2025 [accessed 2026 Jan 19]. Available from: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Nachsorge/TeleNachsorge_index.html
15. Flor W. Geriatrische Rehabilitation. Eine Untersuchung des Zugangs aus der hausärztlichen Versorgung. Dissertation. Hannover: Medizinische Hochschule Hannover; 2021.
16. Walter U, Buschmann-Steinhage R, Faller H, Kliche T, Müller H, Pfeifer K, Koch U. Prävention und Rehabilitation: Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Konzepten, Rahmenbedingungen und Umsetzung in der gesundheitlichen Versorgung. In: Kirch W, Badura B, Pfaff H, editors. Prävention und Versorgungsforschung. Berlin, Heidelberg: Springer; 2008. p. 359–87. DOI:10.1007/978-3-540-73042-2_18
17. 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
18. 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

Korrespondenz: Prof. Dr. phil. Ulla Walter, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Carl-Neuberg-Str. 1, 30623 Hannover, Deutschland, E-mail: Walter.Ulla@MH-Hannover.de

Zitierhinweis: Walter U, Patzelt C, Nowik D. Gesundheitsförderung und Prävention in der Rehabilitation. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i050-1.0

Copyright: © 2026 Ulla Walter 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/

Gesundheitsförderung und Schule

Peter Paulus[1]
Kevin Dadaczynski[2]
[1] Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften, Leuphana Universität Lüneburg, Lüneburg, Deutschland
[2] Professor für Gesundheitserziehung im Sport, Universität Potsdam, Potsdam, Deutschland

Abstract

Die schulische Gesundheitsförderung hat sich seit Beginn der 1990er-Jahre als ein stetig wachsendes Teilgebiet der Prävention und Gesundheitsförderung etabliert. Ziel ist es, zum einen alle Mitglieder der Schulgemeinschaft zu befähigen, mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit und die ihrer Mitmenschen zu übernehmen. Zum anderen sollen sie Gesundheit als eine Ressource verstehen, die schulische Bildungsqualität insgesamt befördern kann. Dafür kommen sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogene Strategien zum Einsatz. Es werden drei grundlegende Formen von Interventionsansätzen unterschieden: (1) die verhaltensbasierte Gesundheitsförderung und Prävention, (2) die „Gesundheitsfördernde Schule“ und (3) die „Gute Gesunde Schule“. Konkrete Maßnahmen reichen dabei von Informationsbroschüren und Aktionstagen über zeitlich begrenzte Unterrichtsprogramme und Veranstaltungen bis hin zu groß angelegten Landesprogrammen und nationalen Aktionsplänen.

Keywords: Schulische Gesundheitsförderung, Gute gesunde Schule, Bildung und Gesundheit, Gesundheitskompetenz

Einleitung

Die schulische Gesundheitsförderung ist zu einem komplexen System herangewachsen [1], das durch die Präventionsgesetzgebung von 2015 einen deutlichen Entwicklungsimpuls erhalten hat. Auch die bereits im Jahr 2012 veröffentlichte „Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule“ der Kultusministerkonferenz [2] ist als wichtiger Orientierungsrahmen zu nennen. Hier werden Gesundheitsförderung und Prävention als grundlegende Aufgaben der Schule und integrale Bestandteile von Schulentwicklung verstanden.

Der „Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ aus dem Jahr 2018 knüpft daran an und misst dem Bildungs- und Erziehungssystem in seinen Empfehlungen sowie einem gesonderten Strategiepapier für die Förderung der Gesundheitskompetenz besondere Bedeutung bei. Auch das Fachkonzept der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung [3] „Mit Gesundheit gute Schule entwickeln“ stellt einen wichtigen Bezugspunkt zur Entwicklung der schulischen Gesundheitsförderung dar. Hier liegt der Fokus vor allem auf der systematischen Verknüpfung von Gesundheit als transformativer Ressource mit Bildung.

Akteurinnen und Akteure in der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention

Wenn auch ein umfassender Überblick noch aussteht, beeindruckt die Vielfalt von Akteurinnen und Akteuren im Feld der schulischen Prävention und Gesundheitsförderung, die mit Initiativen, Projekten, Programmen und Ansätzen präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen entwickeln und umsetzen [4], z. B. zu Ernährung, Bewegung, Lebenskompetenz, Sucht, Erlebens- und Verhaltensproblemen. Die Maßnahmen reichen von einfach strukturierten Interventionen (z. B. Unterrichtseinheiten) über ein in Schulen inzwischen weit verbreitetes projektorientiertes Vorgehen bis hin zu komplexen Settingvorhaben, die die ganze Schule oder auch Schulnetzwerke betreffen und z. T. mit kommunalen Partnern durchgeführt werden.

Die Akteurinnen und Akteure kommen aus unterschiedlichen Fachdisziplinen und Forschungsrichtungen, die Projekte richten sich an verschiedene Adressatinnen und Adressaten (Schülerinnen und Schüler, pädagogisch tätiges Personal, Eltern) mit einem vielfach nicht einheitlichen Verständnis von Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention sowie mit unterschiedlichen Zielen und Qualitätskonzepten (ebd.).

Dazu werden sowohl personenbezogene als auch strukturell-systemische Strategien eingesetzt, aus deren Kombination sich trotz der Vielfalt drei grundlegende Realisierungsformen der schulischen Prävention und Gesundheitsförderung ableiten lassen: (1) Kompetenz- und verhaltensbasierte Ansätze, (2) Gesundheitsfördernde Schule und (3) Gute Gesunde Schule (siehe Tab. 1, siehe auch [5])

	Kompetenz- und verhaltensbasierte Ansätze	**Gesundheitsfördernde Schule**	**Gute gesunde Schule**
Ausgangspunkt	Gesundheitliche Problemstellung	Gesundheitliche Problemstellung	Schulpädagogische Problemstellung
Zielgruppe	Einzelne Personengruppen (z. B. Schülerinnen und Schüler)	Alle schulischen Personengruppen	Alle schulischen Personengruppen
Sichtweise von Schule	Schule als Ort, an dem man die Zielgruppe erreicht	Schule als Setting, das gesundheitsförderlich gestaltet werden kann	Schule als Institution des Bildungswesens mit Bildungs- und Erziehungsauftrag
Konzept	Gesundheitsförderung in der Schule	Gesundheitsförderung durch die Schule	Bildungsförderung durch Gesundheit
Motto	Gesundheit zum Thema einzelner Zielgruppen machen	Gesundheit zum Thema der Schule machen	Mit Gesundheit gute Schule entwickeln
Strategie	Verbesserung individueller Determinanten von Gesundheit	Verbesserung strukturell-systemischer Determinanten von Gesundheit	Verbesserung strukturell-systemischer sowie methodisch-didaktischer bildungsförderlicher Gesundheitsbedingungen
Outcomes	Gesundheitswissen, -einstellungen, -kompetenzen und -verhalten	Gesunde schulische Rahmenbedingungen und Strukturen	Bildungsförderliche personale und schulische Gesundheitsbedingungen

Tab. 1: Interventionsansätze der schulischen Gesundheitsförderung im Vergleich (Eigene Darstellung)

Kompetenz- und verhaltensbasierte Gesundheitsförderung und Prävention

Kompetenz- und verhaltensbasierte Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule umschreibt einen Interventionsansatz, der eher auf die individuellen Determinanten von Gesundheit einzelner Personengruppen (z. B. Schülerinnen und Schüler oder Lehrkräfte) fokussiert. Im Vordergrund stehen das Verhalten sowie seine Bedingungen (z. B. Wissen, Kompetenzen, Einstellungen, Intentionen) und deren gesundheitsförderliche Modifikation. Im Unterschied zum eher traditionellen Ansatz der Gesundheitserziehung, der vor allem auf Gesundheitsdefizite und -risiken ausgerichtet ist, orientieren sich moderne verhaltensbezogene Interventionen an einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit und sind verstärkt ausgerichtet an der Förderung von Ressourcen und Schutzfaktoren.

Exemplarisch können die vielfältigen Angebote zur Förderung von Lebens- und Gesundheitskompetenzen bei Kindern und Jugendlichen angeführt werden, die im Ziel „Gesund aufwachsen“ als Handlungsfeld in den Bundesrahmenempfehlungen beschrieben sind. Entsprechende Interventionen sind in der Vergangenheit vielfach evaluiert worden und konnten vor allem kurz- und mittelfristig verschiedene Wirkungen auf individueller Ebene nachweisen [6].

Kritisch diskutiert wird, dass diese Ansätze Schule oftmals nur auf den Zugang zur Zielgruppe etwa durch (projektorientierten) Unterricht begrenzt und das Einflusspotential als Setting auf Gesundheit z. B. durch bauliche Gestaltung nicht oder nur unzureichend adressiert wird. Zudem steht Gesundheit hier ausschließlich als Input und Outcome im Vordergrund, was seitens der schulischen Akteurinnen und Akteure oftmals als „Add On“ zu ihrer schulischen Bildungsarbeit empfunden wird [5].

Neue Impulse haben diese Ansätze in den letzten Jahren durch den Ansatz der Gesundheitskompetenz erfahren. Hier geht es darum, Menschen themen- und zielgruppenübergreifend zu befähigen, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und für eigene Gesundheitsbelange anzuwenden. Mit dieser Kompetenz zur Informationsverarbeitung sollen nicht nur ein direkter Beitrag zur Stärkung der Gesundheit erzielt, sondern auch Voraussetzungen für positive Bildungsentwicklung geschaffen werden [7]. Im Zuge der seit einigen Jahren zunehmenden Studienzahl sind hierzu inzwischen vermehrt Unterrichts- und Schulprogramme entwickelt worden (für einen Überblick siehe [8]).

Gesundheitsfördernde Schule

Anders als der kompetenz- und verhaltensbasierte Ansatz rückt die Gesundheitsfördernde Schule (manchmal auch als Gesunde Schule bezeichnet) das Settingkonzept verstärkt in den Blickpunkt. Eine Schule, die nach diesem Interventionsansatz arbeitet, hat es sich zur Aufgabe gemacht, in einem Schulentwicklungsprozess ein Setting zu schaffen, das die auf den Lern- und Arbeitsort Schule bezogene Gesundheit der Schülerinnen und Schüler sowie der Lehrkräfte und des nicht-unterrichtenden Personals fördert bzw. erhält. Aufbauend auf zentralen Grundprinzipien der Gesundheitsförderung (u. a. ganzheitlicher Gesundheitsbegriff, Selbstbestimmung, Partizipation, Empowerment und Salutogenese) orientiert sich die Gesundheitsfördernde Schule an den nachfolgenden Handlungsfeldern (Tab. 2).

Lehren und Lernen	Gesundheit als Thema des Lehrens und Lernens sowie als Gegenstand der Gesundheitsmethodik und -didaktik einer Gesundheitspädagogik
Schulleben und schulische Umwelt	Förderung der Gesundheit durch Schulkultur, -klima sowie durch bauliche Maßnahmen und Schul(umfeld)gestaltung
Kooperation und Dienste	Einbezug außerschulischer Partnerinnen und Partner (z. B. Sozialversicherungsträger, Sportvereine) und psychosozialer bzw. medizinischer Dienste zur Stärkung schulischer Gesundheitsförderung
Schulisches Gesundheitsmanagement	Entwicklung sowie Anwendung von Modellen und Strategien des (schul-)betrieblichen Gesundheitsmanagements

Tab. 2: Vier Handlungsfelder der Gesundheitsfördernden Schule (Eigene Darstellung)

Dieser Ansatz wird oftmals als „ganzheitlich“ beschrieben, weil er neben einem umfassenden Gesundheitsverständnis idealerweise auf verschiedenen Ebenen der Qualitätsentwicklung von Schulen ansetzt (z. B. Unterricht, Personal, Organisation, Ausstattung, auch Schulumfeld) und dabei alle schulischen Personengruppen (Schülerinnen und Schüler, Lehrkräfte, Schulleitungen, nicht-unterrichtendes Personal) gleichermaßen in den Blick nimmt [9].

Im Vergleich zu kompetenz- und verhaltensbezogenen Interventionsformen ist die Gesundheitsfördernde Schule hinsichtlich ihrer Wirksamkeit schwieriger zu evaluieren. Der hier verfolgte Ansatz ist wesentlich komplexer; die erhofften Effekte stellen sich erst nach längerer Zeit ein. Dennoch weisen verschiedene Befunde darauf hin, dass dieser Ansatz wirksam sein kann und das Potenzial hat, gegenüber den eher kurzfristigen und ausschließlich auf das Verhalten abzielenden Maßnahmen nachhaltiger zu sein [10]. So ist es nicht verwunderlich, dass die Gesundheitsfördernde Schule international wie auch seitens der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als das favorisierte Konzept der schulischen Gesundheitsförderung angesehen wird.

Die unterschiedlichen auf europäischer Ebene verfolgten Aktivitäten werden seit 1991 durch das von der WHO initiierte Europäische Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen zusammengeführt. Es wird seit 2017 durch die Stiftung „Schools for Health in Europe (SHE) Network“ weitergeführt, dem aktuell 38 Mitgliedsländer angehören. Seit ihrem Bestehen haben fünf europäische Konferenzen

Gesundheitsfördernder Schulen stattgefunden. Die Ergebnisse sind in Form von Statements dokumentiert. Mit der Ende 2019 in Moskau realisierten 5. Europäischen Konferenz Gesundheitsfördernder Schulen wurde diese Tradition fortgeführt, wobei die Wahl des Ortes auch Ausdruck einer Globalisierung ganzheitlicher Ansätze der schulischen Gesundheitsförderung (z. B. in den asiatischen Raum) darstellen sollte. Die Ergebnisse dieser Konferenz sind in Form eines Statements mit 23 Empfehlungen für Forschung, Politik und Praxis verfügbar [11].

Trotz seiner Beliebtheit ist die Schwäche des Ansatzes der Gesundheitsfördernden Schulen vor allem in seiner begrenzten Verbreitung zu sehen. Wie auch bei den verhaltensbezogenen Angeboten wird die Gesundheitsfördernde Schule aus einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive legitimiert und mit Methoden des (schul-)betrieblichen Gesundheitsmanagements umgesetzt. Schulen sind jedoch zuvorderst durch einen Bildungsauftrag legitimiert, in dem Gesundheit oftmals eine untergeordnete Rolle spielt. Vor diesem Hintergrund konnte dieser Ansatz keine Breitenwirksamkeit entfalten. Vielfach war er nur Mittel der Schulprofilierung von einzelnen, besonders an gesundheitlichen Themen interessierten Schulen [4].

Die zunehmende Bedeutung der Gesundheitskompetenz hat auch im Ansatz der Gesundheitsfördernden Schule seinen Niederschlag gefunden. Im Rahmen des Projektes „Gesundheitskompetente Organisation Schule“ (GeKoOrg-Schule) wurden acht Standards einer gesundheitskompetenten Schule entwickelt, die den Ausgangspunkt einer systematischen gesundheitsbezogenen Schulentwicklung markieren (siehe Tab. 3). Sie lehnen sich stark an ganzheitlichen Ansätzen an und machen deutlich, dass Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz im Setting Schule zusammenzudenken sind.

1	Gesundheitskompetenz in das Leitbild der Schule aufnehmen	Standard 1 sieht vor, dass Schulleitung, Lehrkräfte und Schulpersonal die Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Schule als wichtig erachten.
2	Gesundheitskompetenz als Teil der Schulentwicklung	Standard 2 verortet Gesundheitskompetenz auf der Organisations- und Schulentwicklungsebene.
3	Gesundheitskompetenz im Schulalltag stärken und fördern	Standard 3 stellt sicher, dass die Ausgestaltung des Schulalltags dazu beiträgt, Gesundheitskompetenz an der Schule zu fördern.
4	Gesundheitskompetenz für Schülerinnen und Schüler	Standard 4 widmet sich der konkreten Stärkung der Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schüler im Schul- und Unterrichtsalltag.
5	Ein gesundheitskompetentes Schulteam	Standard 5 fokussiert die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Schulleitungen, Lehrkräften und Schulpersonal.
6	Gesundheitskompetente Kommunikation in der Schule	Standard 6 achtet auf einfaches, verständliches Kommunizieren als Prinzip einer gesundheitskompetenten Schule.
7	Gesundheitskompetenz im Schulumfeld stärken	Standard 7 setzt Gesundheitskompetenz im Rahmen schulischer Gesundheitsförderung und Prävention für ein gesundes Schulumfeld ein.
8	Vernetzen und Zusammenarbeiten	Standard 8 stellt die Beteiligung an Netzwerken, die Kooperation und den Austausch zum Thema Gesundheitskompetenz in den Vordergrund.

Tab. 3: Acht Standards der gesundheitskompetenten Schule (Quelle: [8]*)*

Gute Gesunde Schule

Zur Überwindung der zuvor beschriebenen Systembarriere einer mangelnden Integration von Gesundheit in Bildung hat sich in den vergangenen 15 Jahren mit der Guten Gesunden Schule ein weiterer Ansatz etabliert, der im Unterschied zu allen bisherigen Konzeptionen die Erziehungs- und Bildungsqualität zum Ziel hat. Ihm geht es um die Bildungsförderung durch Gesundheit. Gesundheit ist also nicht das primäre Ziel, sondern vielmehr eine Ressource im Sinne eines In- und Throughput-Faktors für erfolgreiche Bildungs- und Erziehungsprozesse.

Eine Gute Gesunde Schule ist demnach eine Schule, die durch Gesundheitsinterventionen ihre Erziehungs- und Bildungsqualität insgesamt zu verbessern sucht und zugleich spezifische Gesundheitsbildungsziele verfolgt, die als Teil des schulischen Bildungsauftrages schulgesetzlich in den Ländern geregelt sind [12].

Handlungsfelder der schulischen Gesundheitsförderung werden durch die Dimensionen aufgespannt, wie sie die Bundesländer für ihre Schulen in den jeweiligen Referenzrahmen für Schulqualität vorsehen ([9]; siehe Tab. 3). Zusammengefasst handelt es sich um die folgenden acht Handlungsfelder, denen jeweils Beispielindikatoren der Guten Gesunden Schule zugeordnet sind:

Nr.	Handlungsfeld / Qualitätsdimension	Beispielindikatoren für die Gute Gesunde Schule
1	**Rahmenbedingungen**	Die Schule verfügt über ein funktionierendes Sicherheitskonzept (Gesundheits- und Arbeitsschutz, Brandschutz, Evakuierungsplan).
2	**Schulkultur**	Jedes Schulmitglied erfährt gleichermaßen Akzeptanz und Wertschätzung durch eine konstruktive Konfliktkultur, in der soziale Gerechtigkeit und demokratische Partizipation prägend sind.
3	**Schulführung und Management**	Bei Problemen der Lehrkräfte achtet die Schulleitung auf mögliche berufsbedingte physische und psychische Belastungen und trifft Maßnahmen zu ihrem Abbau.
4	**Kooperationen und Außenbeziehungen**	Eltern können am Schulleben und der Schulentwicklung aktiv teilhaben und in Gesundheitsteams mitarbeiten.
5	**Professionalität der Lehrkräfte und des weiteren pädagogisch tätigen Personals**	Mit den Beschäftigten werden proaktiv Bewältigungsstrategien zur Förderung eines konstruktiven Umgangs mit beruflichen Belastungen entwickelt.
6	**Lehren und Lernen**	Es gibt Lerngelegenheiten, die Gesundheitsaspekte integrieren, die z. B. Bewegung beinhalten, aktives Lernen durch Selbstwirksamkeitserfahrungen der Schülerinnen und Schüler steigern und ihr Selbstwertgefühl schützen, um unbeschwertes Lernen zu ermöglichen.
7	**Ergebnisse und Erfolge**	Die Schülerinnen und Schüler erfahren, dass Gesundheit ein grundlegendes Menschenrecht ist; sie lernen, mit der eigenen Gesundheit und der Gesundheit anderer verantwortungsbewusst umzugehen.
8	**Qualitätsmanagement**	Es gibt regelmäßig Evaluationen der Bildungs- und Gesundheitsqualität der Schule.

Tab. 4: Handlungsfelder/Qualitätsdimensionen Gute gesunde Schulen (Eigene Darstellung)

Damit läutet dieser Ansatz nicht nur einen Perspektivwechsel in Richtung einer Annäherung an den Kernauftrag von Schule ein, er entspricht auch aktuellen empirischen Befunden, die darauf hinweisen, dass Gesundheit einen Einfluss auf Bildungsergebnisse und deren Determinanten (z. B. Lernmotivation) haben kann [13], [14]. In der „Good Healthy School Initiative“ wird dieser Ansatz inzwischen auch weltweit verbreitet.

Wahl des Interventionsansatzes

Die drei hier vorgestellten Interventionsansätze sind als grundlegende Realisierungsformen zu verstehen. Auch wenn die ganzheitlichen settingbezogenen Ansätze der Gesundheitsfördernden Schule und der Guten Gesunden Schule gegenüber den ausschließlich verhaltensbezogenen Maßnahmen als überlegener und nachhaltiger eingestuft werden, stellt sich die Frage, welcher Interventionsansatz zu wählen ist. Dies ist immer vor dem Hintergrund der spezifischen Bedarfe und Erfahrungen jeder einzelnen Schule zu beantworten.

So sind die ganzheitlichen Settingansätze in Schulen, die kaum Erfahrung in der Umsetzung von Organisations- und Schulentwicklungsansätzen haben, nur bedingt realisierbar. Daher können Maßnahmen mit geringerer Komplexität und zeitlich begrenztem Fokus ein sinnvoller und wirksamer Einstieg sein, der mit zunehmender Erfahrung und sich einstellenden Erfolgserlebnissen um weitere systematische Entwicklungsansätze und eine Ausrichtung an Bildungsqualitäten erweitert werden kann.

Neben der Frage, wie landes- oder bundesweite Initiativen nachhaltig verbreitet werden können, beschäftigt sich die schulische Gesundheitsförderung zunehmend mit der Frage, wie und unter welchen Bedingungen eine Implementierung in einzelnen Schulen erfolgreich gestaltet werden kann. Sie kommt damit der Praxis entgegen, die eine an den Bedarfslagen der einzelnen Schule ausgerichtete Interventionsplanung für erforderlich hält. Aktuelle Studien verweisen u. a. darauf, dass die Unterstützung der Schulleitung, das Zutrauen in die Fähigkeit zur Gestaltung und Umsetzung von Maßnahmen und auch positive Einstellungen bezüglich der Bedeutung von Gesundheitsförderung wichtige Gelingensbedingungen nachhaltiger gesundheitsförderlicher Veränderungsprozesse sind [15], [16].

Internetadressen:

- Schools for Health in Europe. Improving the health of children and young people in the European Region and Central Asia. Available from: https://www.schoolsforhealth.org
- Grüne Liste Prävention. Available from: https://www.gruene-liste-praevention.de
- Gesund Leben Lernen. Available from: https://www.gll-nds.de
- Landesprogramm Bildung und Gesundheit NRW. Available from: https://www.bug-nrw.de
- Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Available from: https://www.nap-gesundheitskompetenz.de
- die initiative – Gesundheit – Bildung – Entwicklung. Available from: https://www.dieinitiative.de
- Mind Matters – Mit psychischer Gesundheit gute Schule entwickeln. Available from: https://mindmatters-schule.de/home.html
- Lernen und Gesundheit – das Schulportal der DGUV. Available from: https://www.dguv-lug.de
- Good Healthy Schools Initiativ. Available from: https://www.goodhealthyschools.com

References

1. Paulus P. Schulische Gesundheitsförderung von Ottawa bis heute: Chancen und Herausforderungen. Bundesgesundheitsblatt. 2022;65:741–8. DOI:10.1007/s00103-022-03550-x
2. Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (KMK). Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule. 2012. [accessed 2024 Sep 11]. Available from: https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2012/2012_11_15-Gesundheitsempfehlung.pdf
3. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), editor. Mit Gesundheit gute Schulen entwickeln. DGUV-Information. 2013 [accessed 2024 Sep 11];202−083. Available from: https://publikationen.dguv.de/regelwerk/regelwerk-nach-fachbereich/bildungseinrichtungen/schulen/2602/mit-gesundheit-gute-schulen-entwickeln
4. Dadaczynski K, Okan O, De Bock F, Koch-Gromus U. Schulische Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland. Aktuelle Themen, Umsetzung und Herausforderungen. Bundesgesundheitsblatt. 2022 Jul;65(7–8):737–40. DOI:10.1007/s00103-022-03558-3
5. Dadaczynski K, Paulus P, Nieskens B, Hundeloh H. Gesundheit im Kontext von Bildung und Erziehung – Entwicklung, Umsetzung und Herausforderungen der schulischen Gesundheitsförderung in Deutschland. Z f Bildungsforsch. 2015 Jul;5(2):197–218. DOI:10.1007/s35834-015-0122-3
6. Jerusalem M, Meixner S. Lebenskompetenzen. In: Lohaus A, Domsch H, editors. Psychologische

Förder- und Interventionsprogramme für das Kindes- und Jugendalter. Berlin, Heidelberg: Springer; 2009. p. 141–57.
7. Okan O, Paakkari L, Dadaczynski K. Health literacy in schools. State of the art. Schools for Health in Europe (SHE) network; 2020. [accessed 2024 Sep 11]. (SHE factsheet). 6. Available from: https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/fact-sheets/factsheet-2020-english.pdf
8. Kirchhoff S, Krudewig C, Okan O. Unterrichtsmaterialien und Schulprogramme zur Stärkung der Gesundheitskompetenz. Materialsammlung für Schulen. Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit. TU München; 2022.
9. Paulus P, Petzel T. Systematische Analyse von Strukturen, Bedingungen und Akteurinnen und Akteure für Qualitätsmanagement hinsichtlich Gesundheitsförderung und Prävention in der Lebenswelt Schule. Ergebnisbericht. Berlin: GKV-Spitzenverband; 2021.
10. Langford R, Bonell C, Jones H, Pouliou T, Murphy S, Waters E, Komro K, Gibbs L, Magnus D, Campbell R. The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 2015 Dec;15(1):130. DOI:10.1186/s12889-015-1360-y
11. Dadaczynski K, Jensen BB, Viig NG, Sormunen M, von Seelen J, Kuchma V, Vilaça T. Health, well-being and education: Building a sustainable future. The Moscow statement on health promoting schools. Health Educ. 2020 Mar 13;120(1):11–9. DOI:10.1108/he-12-2019-0058
12. Paulus P. Bildungsförderung durch Gesundheit: Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine Gute Gesunde Schule. Weinheim: Juventa; 2010.
13. Dadaczynski K. Stand der Forschung zum Zusammenhang von Gesundheit und Bildung: Überblick und Implikationen für die schulische Gesundheitsförderung. Zeitschr Gesundheitspsychol. 2012 Jul;20(3):141–53. DOI:10.1026/0943-8149/a000072
14. von Simson K, Brekke I, Hardoy I. The impact of mental health problems in adolescence on educational attainment. Scand J Educ Res. 2022 Feb 23;66(2):306–20. DOI:10.1080/00313831.2020.1869077
15. Dadaczynski K. Schulleitungen und Gesundheit. Überblick über Perspektiven, Befunde und Ansätze für die schulische Gesundheitsförderung. DDS-Deut Sch. 116(4).
16. Herlitz L, MacIntyre H, Osborn T, Bonell C. The sustainability of public health interventions in schools: a systematic review. Implementation Sci. 2020 Dec;15:1–28. DOI:10.1186/s13012-019-0961-8

Korrespondenz: Prof. Dr. Dipl.-Psych. Peter Paulus, Leuphana Universität Lüneburg, Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften, Universitätsallee 1, 21335 Lüneburg, Deutschland, E-mail: peter.paulus@leuphana.de

Zitierhinweis: Paulus P, Dadaczynski K. Gesundheitsförderung und Schule. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i051-1.0

Copyright: © 2026 Peter Paulus 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/

Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit

Lotte Kaba-Schönstein[1]
Holger Kilian[2]
[1] Hochschule Esslingen, Esslingen, Germany
[2] Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V., Potsdam, Germany

Abstract

Soziale Lage und gesundheitliche Chancengleichheit stehen in einem engen Zusammenhang. Darauf sollten alle Konzepte der Gesundheitsförderung reagieren. Gesundheitsförderung ist im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Konzept entwickelt worden, um das Ziel der „Gesundheit für alle“ zu erreichen. Dieser Leitbegriff erläutert die Problemlagen und Herausforderungen der Benachteiligung, Ansätze der Gesundheitsförderung zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit und stellt mit einem Schwerpunkt auf Deutschland die Strukturen, Entwicklungen und Entwicklungsperspektiven dar.

Keywords: Soziale Benachteiligung, Soziale Ungleichheit, Gesundheitliche Chancengleichheit, Soziale Determinanten, Strategien der Chancengleichheit

Hintergrund, Problemlagen und Herausforderungen

Bei der Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Menschen stehen v. a. Bevölkerungsgruppen im Fokus, die von *vertikaler* sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung betroffen sind. Dies bedeutet, dass sie durch einen niedrigen sozioökonomischen Status (Bildung, Einkommen, Stellung im Beruf) geringere soziale und gesundheitliche Chancen haben und dadurch benachteiligt bzw. besonders vulnerabel (verletzlich) sind. Dieser Blick wird zunehmend ausgeweitet auf den sozialen Gradienten, da sich die Ungleichheiten durch alle Bevölkerungsschichten ziehen und nicht nur Unterschiede zwischen den am stärksten benachteiligten Gruppen und allen anderen betrachtet und angegangen werden. Der soziale Gradient bedeutet z. B., dass mit abnehmendem Einkommen graduell die Erkrankungsrisiken ansteigen [1] (Soziale Ungleichheit und Gesundheit / Krankheit).

Eine zweite Perspektive bezieht sich auf Menschen und Bevölkerungsgruppen, die von *horizontaler* sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung betroffen sind. Im Fokus stehen hier insbesondere Dimensionen wie Geschlecht, sexuelle Identität, (frühes und fortgeschrittenes) Lebensalter, Behinderung sowie Flucht- und Migrationserfahrung. Zwischen Ungleichheit, Unterschieden und Vielfalt bestehen enge Verbindungen.

Vertikale und horizontale Ungleichheiten sind oft gleichzeitig vorhanden und in Wechselbeziehungen verknüpft (Intersektionalität) [2] (Diversity und Diversity Management / Vielfalt gestalten).

Die spezifischen Probleme und Herausforderungen einer Gesundheitsförderung mit und für sozial benachteiligte Menschen und Gruppen sind seit den 1970-er Jahren bekannt und benannt worden:

- Missverhältnis zwischen größeren Gesundheitsproblemen und „erschwertem Zugang“ der − aus Perspektive der Unterstützungssysteme − „schwer erreichbaren Zielgruppen“ [3] (Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren).
- Vergrößerung der gesundheitlichen Unterschiede durch „soziallagenblinde“ Angebote und Kommunikationsstrukturen, die gerade den Gruppen mit den größten Gesundheitsproblemen den Zugang erschweren.
- Gefahren der Diskriminierung, Stigmatisierung (auch im Rahmen der wohlmeinenden Unterstützungsangebote) und der Schuldzuweisung (blaming the victim − dem Opfer die Schuld geben).
- Gefahr der wohlmeinenden Bevormundung/Fürsorge, die in der Regel auf der Grundlage von wissenschaftlich-fachlicher Expertise (z. B. sozialepidemiologischen Befunden festlegt, was „für“

die benachteiligten Bevölkerungsgruppen und Individuen „prioritär zu tun“ ist, ohne diese einzubeziehen) [4] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger).
- Gefahr der Risiko- und Defizitorientierung, Vernachlässigung von Kompetenzen und Ressourcen von benachteiligten Zielgruppen [5] (Empowerment / Befähigung).

Als besonders bedeutsam stellte sich dabei das Problem der „versehentlichen“ Vergrößerung der gesundheitlichen Unterschiede durch gut gemeinte, aber soziallagenblinde Gesundheitserziehung“ und -bildung heraus. Das Problem entsteht aus der sozial unterschiedlichen Zugänglichkeit, Inanspruchnahme und Akzeptanz dieser Angebote, die (oft unreflektiert und unbeabsichtigt) mittelschichtsorientiert sind und bevorzugt Menschen mit höherem sozioökonomischem Status erreichen. Wenn diese Angebote zwar bei diesen erfolgreich sind, benachteiligte Menschen aber gerade nicht erreichen (z. B. bei Verwendung von Printmedien mit anspruchsvollen Texten, die eventuell gar noch in einer Einrichtung abgeholt werden müssen), öffnen sie die Schere der gesundheitlichen Ungleichheit noch weiter und verstärken das soziale Dilemma der Gesundheitsförderung/Präventionsdilemma [6] (Präventionsparadox).

Dies geschieht auch dann, wenn durch die Einengung auf die verhaltensgebundenen Determinanten der Gesundheit (Gesundheitsbildung im engeren Sinn) die Gesamtsituation und die Lebenslage(n) [7] (Lebenslagen und Lebensphasen) der benachteiligten Menschen nicht berücksichtigt werden. Obwohl ihre gesundheitliche Situation wesentlich auf schwierige Umstände und Lebensbedingungen zurückzuführen ist, wird ihnen gleichwohl die Eigenverantwortung für ihre gesundheitliche Lage und die Schuld an ihrer eventuell gesundheitsriskanten Lebensweisen / Lebensstile [8] und riskantem Gesundheitsverhalten [9] (Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln) gegeben (blaming the victim).

Die beschriebenen Probleme und Herausforderungen waren auch Bestandteil der Kritik an der traditionellen Gesundheitserziehung und einer verhaltensorientierten Prävention. Sie wurden in die Entwicklung der WHO-Strategien „Gesundheit für alle“ (GFA) aufgenommen, mit der seit 1978 konstanten prioritären Zielsetzung gesundheitlicher Chancengleichheit. Die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit war auch grundlegend für die Entwicklung des Gesundheitsförderungskonzepts nach dem Verständnis der WHO [10], [11], [12] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen; Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa; Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa).

Die Diskussion und die einschlägigen praktischen Bemühungen sind seit den 1990-er Jahren intensiviert worden. Besonders wichtig war dabei der Fortschritt der Sozialepidemiologie, die vertikale und horizontale gesundheitliche Ungleichheiten sowie soziale Determinanten der Gesundheit belegen und beschreiben konnte. Insgesamt besteht jedoch immer noch eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem immer größeren Wissen über die bestehenden und teilweise zunehmenden gesundheitlichen Ungleichheiten, den noch unvollkommenen Versuchen, sie zu erklären sowie den eher spärlichen Nachweisen von erfolgreichen Ansätzen einer nachhaltigen Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit.

Ansätze und Handlungsebenen einer Gesundheitsförderung zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten

Im Auftrag des WHO-Regionalbüros für Europa (WHO/Europa) haben Whitehead [13] sowie Dahlgren und Whitehead [14] Konzepte und Strategien zur Förderung von Chancengleichheit im Gesundheitsbereich entwickelt und konkretisiert. Diese sind auch für die Gesundheitsförderung weiterhin grundlegend und als Abschnitt „Schließung der gesundheitlichen Kluft innerhalb der Länder“ in der WHO-Strategie „Gesundheit21“ eingeflossen [15].

Eine Gesundheitsförderung mit und für sozial benachteiligte Menschen und Gruppen kann sich an den von Dahlgren und Whitehead erarbeiteten Hauptdeterminanten und -strategien zur Verbesserung der Gesundheit und zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten orientieren:

- Individuen stärken
- Gemeinden und Gemeinschaften stärken
- Zugang zu wichtigen Einrichtungen und Diensten verbessern
- Makroökonomische und kulturelle Veränderungen anstoßen

Ebenen von Politik/Interventionen zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten
Individuen stärken • Gesundheitsverhalten beeinflussen (Wissen, Motivation, Risikoverhalten) • Bewältigungsfähigkeiten/Stressmanagement stärken • Gesundheitsbildung/-beratung erweitern • Empowerment, soziale Unterstützung und Begleitung fördern
Gemeinden und Gemeinschaften stärken • Soziale Netzwerke aufbauen und stärken • Gemeindeentwicklungs- und Regenerationsprogramme initiieren und weiterentwickeln • Ökonomische, soziale, ökologische Strukturen gesundheitsgerecht gestalten • Beteiligung an Planungen und Entscheidungen ermöglichen
Zugang zu wichtigen Einrichtungen und Diensten verbessern • Voraussetzungen für Gesundheit im Alltag schaffen (Wasser, Wohnungen, • Beschäftigung, Ernährung, Erziehung/Bildung, Gesundheitsversorgung, psychosoziale Unterstützung) • Niederschwelligkeit sicherstellen: finanzielle, kulturelle, geografische Barrieren senken
Makroökonomische und kulturelle Veränderungen anstoßen • Lebens- und Arbeitsbedingungen verbessern durch Wirtschafts-, Sozial-, Beschäftigungs-, Einkommens- und Steuerpolitik, Armutsbekämpfung, Chancengleichheitspolitik

Tab. 1: Ebenen von Politik/Interventionen zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten (zusammengestellt nach Whitehead in [16], S. 22−52)

Die WHO [15] hat in „Gesundheit21“ bei den *strategischen Überlegungen für grundlegende Ansatzpunkte und Zugänge* einer Gesundheitsförderung im Kontext sozialer Benachteiligung, wie auch schon Dahlgren und Whitehead, einige weitere grundsätzliche Möglichkeiten und Perspektiven erörtert:

- Das *Ansetzen an Gesundheitsdeterminanten,* d. h. sowohl die sozioökonomischen Grundursachen der Benachteiligung als auch die persönlichen Determinanten zu gestalten, z. B. schlechte Wohnbedingungen oder riskantes Gesundheitsverhalten.
- Das *Ansetzen an konkreten Gesundheitsproblemen,* d. h. die spezifischen Gesundheitsprobleme in den Blick zu nehmen, bei denen signifikante Unterschiede zwischen sozioökonomischen Gruppen beobachtet werden.
- Das *Ansetzen bei besonders gefährdeten Gruppen* , für die differenzierte Politikziele aufgestellt werden können. Aufsuchende Dienste und Methoden und ganzheitliche, integrierte Programme, die möglichst viele Bereiche und Stellen einbeziehen, werden als für sozial benachteiligte Menschen und Bevölkerungsgruppen besonders notwendig empfohlen.

Der Settingansatz / Lebensweltansatz [17] der Gesundheitsförderung wird als besonders geeignet angesehen, sozial benachteiligte Menschen und Gruppen in ihrem Alltag und in ihrer Lebenswelt nachhaltig über einen nicht-diskriminierenden und nicht-stigmatisierenden Zugang zu erreichen und zu beteiligen [4], [5] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger; Empowerment / Befähigung) sowie die Strukturen der Lebenswelten nachhaltig gesundheitsgerecht(er) zu gestalten.

Bezüglich der prioritären Zielgruppen und Ansätze werden seit Mitte der 2000-er Jahre international vor allem die folgenden drei prinzipiell möglichen Ansätze und Prioritäten der Erhöhung der Chancengleichheit und Gesundheitsförderung diskutiert (Whitehead & Dahlgren 2006, pp. 16−18):

1. Gesundheit(-sförderung) mit/bei am meisten betroffenen („ärmsten“) Gruppen.
2. Verringerung der Kluft zwischen den verschiedenen Gruppen.
3. Ansetzen am sozialen Gradienten: Der *Proportionate Universalism* zielt nicht alleine darauf ab, die gesundheitliche Lage der besonders belasteten und benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu

verbessern. Vielmehr werden Gesundheitsdienste und Unterstützungsangebote allen Bevölkerungsgruppen zugänglich gemacht, bei der Ausgestaltung aber darauf geachtet, dass Umfang und Intensität der Angebote für sozial benachteiligte Gruppen proportional zu den jeweiligen Bedarfen verstärkt werden ([18], S. 16), [19].

Dabei ist zu beachten, dass diese drei Ansätze aufeinander aufbauen und sich ergänzen. Von Bedeutung ist, dass es bei der Verringerung der Kluft zwischen den Gruppen um eine Verbesserung der gesundheitlichen Lage der am stärksten benachteiligten Gruppen geht und nicht um eine Verschlechterung der Gesundheit privilegierter Menschen und Gruppen (Politik des „levelling up“) (vgl. Whitehead & Dahlgren 2006, pp. 16−18).

International und national umgesetzt werden bislang v. a. die beiden ersten Ansätze. In Deutschland gibt es bisher einen Schwerpunkt und eine weitgehende Beschränkung auf den ersten Ansatz, die Gesundheitsförderung mit den am meisten betroffenen Menschen und Gruppen. Über den sich langsam verbreitenden Ansatz der Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP) [20] wird auch in Deutschland das Ansetzen an (sozialen) Determinanten und dem sozialen Gradienten verstärkt in die Diskussion eingebracht (vgl. die Beiträge in [21]), sind aber noch keine politikfeld-übergreifende Praxis.

Ansätze finden sich insbesondere auf kommunaler Ebene im Kontext der Umsetzung von Präventionsketten [22] (Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention). Der zweite Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz sieht den Öffentlichen Gesundheitsdienst [23] (Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung) als „geeigneten Motor“ für die Förderung des Health in All Policies-Ansatzes. Entsprechend der Berichtsempfehlungen müssten auch „bessere Rahmenbedingungen“ auf Bundesebene für den Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention geschaffen werden ([24], S. 218).

Das Ansetzen am sozialen Gradienten und den sozialen Determinanten sowie die Entwicklung einer Gesamtpolitik der Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten wird (seit 2003) im Rahmen der schwedischen Public Health-Politik [25] sowie der Norwegischen Strategie zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten [26] versucht. Neuere, an den (sozialen und politischen) Determinanten der Gesundheit orientierte Strategien gehen davon aus, dass es notwendig ist, an den „Ursachen der Ursachen“ (causes of the causes) und Kausalketten von Gesundheits- und Ungleichheitsproblemen „stromaufwärts“ anzusetzen (vgl. Abb. 1).

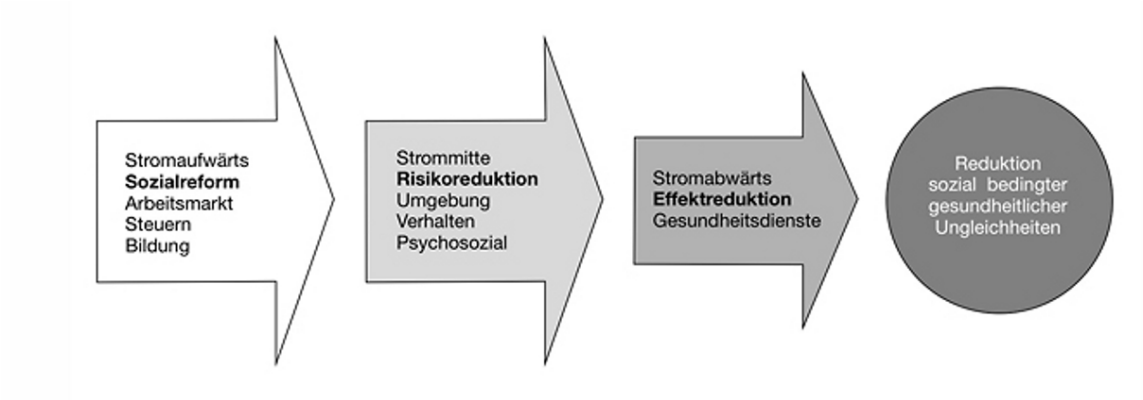


Abb. 1: Ursachenketten und -ströme in einer Gesamtstrategie zur Reduktion sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten (übersetzt und modifiziert [26])

„Stromaufwärts“ (upstream) und „stromabwärts“ (downstream) beziehen sich auf die im Bereich der Bevölkerungsgesundheit/Public Health verbreitete Flussparabel, in der die Unterschiede zwischen einer individualmedizinischen und einer Bevölkerungsperspektive auf die Gesundheit von Menschen, die „in den Fluss gefallen sind“, verdeutlicht werden. In diesem Bild konzentriert die Individualmedizin sich darauf, „ertrinkende Menschen“ sozusagen aus dem Fluss zu ziehen, wiederzubeleben und zu behandeln. Sie ist mit dieser Aufgabe so ausgelastet, dass keine Energie übrigbleibt, sich darüber Gedanken zu machen, was in der Flussmitte passiert – dort, wo die Menschen in den Fluss fallen und dort, wo sie das Schwimmen lernen könnten (Kompetenzstärkung, Empowerment).

Die Perspektive der Bevölkerungsgesundheit/öffentlichen Gesundheit liegt näher an der Quelle, am Ursprung, wo die (gesellschaftlichen) Bedingungen und Strukturen liegen und beeinflusst werden, die bestimmen, dass Menschen und Bevölkerungsgruppen ungleiche Chancen und Risiken haben, in den

Fluss zu fallen bzw. schwimmen zu lernen. Hier, nahe am Ursprung, setzen Gesundheitsförderung und Prävention und Krankheitsprävention [27], [28] (Gesundheitswissenschaften / Public Health) an. Diese Perspektive erweitert den individualisierenden, auf Verhaltensursachen („Risikoverhalten“) verengten Blick, indem die dem Verhalten zugrunde liegenden strukturellen „Ursachen der Ursachen“ (soziale und politische Determinanten) beeinflusst werden.

Auch das Konzept der Verwirklichungschancen (nach dem indischen Wirtschaftswissenschaftler Amartya Sen) findet in der Diskussion der Gesundheitsförderung zur Reduktion ungleicher Gesundheitschancen zunehmende Aufmerksamkeit [29] (Verwirklichungschancen / Capabilities).

Entwicklung der Situation in Deutschland

Die Gesundheitsförderung mit und für sozial benachteiligte und vulnerable Bevölkerungsgruppen befindet sich in Deutschland in einer Phase der gesteigerten Wahrnehmung des Handlungsbedarfs, die sich auch in den einschlägigen Entschließungen äußert. Sie ist bisher gekennzeichnet durch viele isolierte und nur vereinzelt abgestimmte Aktivitäten, Arbeitskreise und Projekte weitgehend voneinander unabhängiger Akteurinnen und Akteure. Erschwert und verzögert wurde die Entwicklung in Deutschland dadurch, dass gesundheitliche Ungleichheiten in der Gesundheitspolitik relativ lange vernachlässigt worden sind. Zudem beschränkt die föderale Struktur des Gesundheitswesens die Zielsetzungen für gesundheitliche Chancengleichheit auf der Bundesebene [30] (Gesundheitsförderung 5: Deutschland). Die Umsetzung des 2015 verabschiedeten Präventionsgesetzes [31] (Präventionsgesetz) mit den 2018 vorgestellten Bundesrahmenempfehlungen und der Konkretisierung in Landesrahmenvereinbarungen bietet Ansatzpunkte zur strategischen Weiterentwicklung des Handlungsfeldes.

Es gibt eine Vielzahl von Akteurinnen und Akteuren, die Gesundheitsförderung im Sinne der Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit initiieren, durchführen bzw. unterstützen (können). Neben der Gesundheitsförderungspolitik und gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik auf Bundes- und Landesebene zählen dazu die Sozial- und Gesundheitspolitik und die entsprechenden Dienste der Kommunen, der Wohlfahrtsverbände, außerdem die zielgruppenspezifischen Akteurinnen, Akteure und Angebote (z. B. Migrationsdienste, Wohnungslosenhilfe), der Bildungsbereich (etwa Kindertagesstätten und Schulen), die Kinder- und Jugendhilfe sowie die Altenhilfe.

Einen wichtigen Impuls zur Entwicklung einer an der sozialen Lage orientierten Gesundheitsförderung setzte das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000. § 20 SGB V formuliert den Auftrag, die Leistungen der Primärprävention und Gesundheitsförderung der Krankenkassen sollten „insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen und kind- und jugendspezifische Belange berücksichtigen“ (Stand Sommer 2023) [30] (Gesundheitsförderung 5: Deutschland).

2001 empfahlen die Teilnehmenden eines von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiierten und durchgeführten Expertinnen- und Expertenworkshops, einen bundesweiten Überblick über die gesundheitsfördernden Interventionen nach Zielgruppen, Settings, Interventionstypen, beteiligten Akteurinnen und Akteuren und Ergebnissen zu erstellen. Die BZgA beauftragte 2002 den Aufbau einer online verfügbaren Praxisdatenbank, aus der sich in mehreren Entwicklungsschritten die bundesweite Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit entwickelte. Die dort zu findenden Angebote und Maßnahmen zeigen die Spannbreite der Handlungsfelder und -ansätze der Gesundheitsförderung zur Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit auf.

Der bundesweite Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit

Im November 2003 wurde auf Initiative der BZgA und gemeinsam mit gesetzlichen Krankenkassen, der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung und den Landesvereinigungen für Gesundheit der bundesweite Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ gegründet (seit 2012 „Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit“). Mittlerweile zählen auch die Wohlfahrtsverbände, die kommunalen Spitzenverbände und die Bundesagentur für Arbeit zu den 75 Kooperationspartnern.

Die Mitglieder im Kooperationsverbund verfolgen das gemeinsame Ziel, die Bedingungen für eine gute Gesundheit aller Menschen zu verbessern, unabhängig von deren jeweiliger sozialer Lage. Dies geschieht im Wesentlichen durch die Herstellung von Transparenz über Angebote und Aktivitäten (Arbeitshilfen), die Förderung der Qualitätsentwicklung (Good Practice-Kriterien), die Vernetzung von

Akteurinnen und Akteuren (Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit) und die Unterstützung bei der Umsetzung lebensweltbezogener Gesundheitsförderung [17] (Settingansatz / Lebensweltansatz) auf kommunaler Ebene (Kommunaler Partnerprozess Gesundheit für alle).

Die Good Practice-Kriterien

2003 erbrachte die Analyse der in der Praxisdatenbank zu findenden Projekte und Maßnahmen einen Bedarf, die Qualitätsorientierung über Kriterien guter Praxis der soziallagenorientierten Gesundheitsförderung zu unterstützen. Auf der Grundlage einer umfassenden Analyse der vorhandenen Wissensgrundlagen und Erfahrungen entwickelte und konsentierte der Arbeitskreis „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ der BZgA (heute: „Beratender Arbeitskreis“ des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit) zwölf Kriterien guter Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung (modifiziert nach [32]):

Zielgruppenbezug: Die Personengruppen, deren gesundheitliche Situation durch die Maßnahme verbessert werden soll, sind klar benannt.

1. Konzeption: Ziele, Wirkungsweisen und -wege sind klar benannt.
2. Setting-Ansatz: Lebenswelten sind gesundheitsgerecht gestaltet.
3. Empowerment: Einzelne und Gruppen sind befähigt, informierte Entscheidungen zu treffen und umzusetzen.
4. Partizipation: Entscheidungsbefugnisse sind an die Mitglieder der Zielgruppe übertragen.
5. Niedrigschwellige Arbeitsweise: Zugangshürden zu den gesundheitsfördernden Angeboten und Maßnahmen sind vermieden.
6. Multiplikatorenkonzept: Multiplikatorinnen und Multiplikatoren werden systematisch qualifiziert und einbezogen.
7. Nachhaltigkeit: Die Maßnahme wird verstetigt und dabei kontinuierlich weiterentwickelt.
8. Integriertes Handeln: Die Maßnahmen sind in kommunale und andere komplexe Strategien eingebunden.
9. Qualitätsmanagement: Methoden der Qualitätsentwicklung werden systematisch angewendet.
10. Dokumentation und Evaluation: Prozesse, Strukturen und Arbeitsergebnisse werden dokumentiert, überprüft und bewertet.
11. Belege für Wirkungen und Kosten: Indikatoren zur Bewertung der Kosten und der Wirksamkeit des Angebotes werden ermittelt.

Die Good Practice-Kriterien liegen auch als inhaltlich erweiterte und konkretisierte „Steckbriefe“ vor [32]. Jeder der zwölf Kriterien-Steckbriefe enthält vier Elemente:

1. Kurze Definition
2. Darstellung aufsteigender Umsetzungs-Stufen (von „überhaupt nicht“ bzw. „nur ansatzweise umgesetzt“ bis zu „umfassend umgesetzt“)
3. Kurze Erläuterung der Stufen
4. Weiterführende Literaturhinweise

Die Beschreibung aufsteigender Umsetzungsstufen für jedes Kriterium unterstreicht das Ziel der Qualitätsentwicklung, Wege und Möglichkeiten zur schrittweisen Weiterentwicklung der Praxis aufzuzeigen [33] (Good Practice / Best Practice in der Gesundheitsförderung).

Der Katalog der Good Practice-Kriterien ermöglicht es, beispielhafte Vorgehensweisen und Erfolgsfaktoren in verschiedenen Formen wiederzugeben. Dies setzt der Kooperationsverbund besonders stark im Handlungsfeld kommunale Gesundheitsförderung (Stichwort „Präventionskette“, siehe „Kommunaler Partnerprozess ‘Gesundheit für alle‘“) und in Bezug auf die Zielgruppe Ältere Menschen um. Die Arbeitshilfen „Gute Praxis konkret“ beschreiben das Vorgehen zur Umsetzung jedes Good Practice-Kriteriums ausführlich und konkret auf der Grundlage vertiefender Interviews mit Projektverantwortlichen sowie -nutzerinnen und -nutzern. Ein Großteil der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (siehe Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit) hat einen länderbezogenen Schwerpunkt.

Auch in anderen Handlungsfeldern bündelt der Kooperationsverbund das Handlungswissen von Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsförderung, z. B. zur Gesundheitsförderung bei

- Erwerbslosen (Eckpunkte-Papier „Gemeinsam handeln: Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen“ 2014),

- Geflüchteten (Handreichung „Gesundheitsförderung mit Geflüchteten. Lücken schließen – Angebote ergänzen“, 2021, ergänzt um Hinweise zur Situation der Geflüchteten aus der Ukraine 2022) und
- Wohnungslosen (Themenblatt „Gesundheitsförderung und Prävention mit wohnungslosen Menschen“ 2022).

Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit

Um Transparenz und Zusammenarbeit auch auf der Landesebene zu verbessern, wurden in den 16 Bundesländern bei den Landesvereinigungen für Gesundheit oder vergleichbaren Institutionen „Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit“ (KGC) (ehemals „Regionale Knoten“) eingerichtet. Sie sensibilisieren für die gesundheitlichen Folgen sozialer Benachteiligung, vernetzen die Akteurinnen und Akteure im Bundesland, begleiten kommunale Entwicklungsprozesse und unterstützen die Qualitätsentwicklung. Die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit fördern eine handlungsfeldübergreifende Perspektive und führen Akteurinnen und Akteure nicht nur aus dem Gesundheitsbereich, sondern z. B. auch aus den Bereichen Arbeit und Soziales, Bildung, Stadtentwicklung und Umwelt zusammen.

Neben der gesundheitlichen Versorgung sind auch Bildungschancen oder Umweltbelastungen Themen, ebenso die Entwicklung und Umsetzung integrierter kommunaler (Gesundheits-)Strategien (vgl. folgenden Abschnitt) im Rahmen des kommunalen Partnerprozesses „Gesundheit für alle“. Die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit bieten außerdem Fachkräften in ihren Bundesländern Qualifizierungen zur Umsetzung der Good Practice-Kriterien an („Lernwerkstätten Good Practice“).

Sie sind eine wichtige Struktur zur Umsetzung des Präventionsgesetzes [31] (Präventionsgesetz) in den Bundesländern. Ihre Themen- und Arbeitsschwerpunkte werden – innerhalb eines bundesweit einheitlichen Aufgabenkatalogs – von den sie tragenden und steuernden Partnern im jeweiligen Land festgelegt. In der Regel sind dies die jeweils für Gesundheit zuständigen Landesministerien sowie die Partner der jeweiligen Landesrahmenvereinbarungen.

Website www.gesundheitliche-chancengleichheit.de und Arbeitshilfen

Die bundesweit umfassendste Plattform zu Themen rund um die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit richtet sich an Projektverantwortliche, Fachkräfte der Kommunalverwaltung oder Studierende. Neben Informationen zu Struktur und Arbeitsweise des Kooperationsverbundes und der bundesweiten Praxisdatenbank finden sich auf der Website die Seiten der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit in den Bundesländern, Informationen zur Qualitätsentwicklung (Good Practice-Kriterien und -Beispiele, Qualität von Setting-Interventionen), umfangreiche Materialien rund um die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit sowie eine Übersicht zu Veranstaltungen.

Hier finden sich auch zahlreiche Materialien und Handreichungen, die über Themen und Handlungsansätze informieren oder die Arbeit vor Ort praktisch unterstützen. Dies gilt insbesondere für die von 2009 bis 2014 entwickelten Arbeitshilfen „Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung“ [34]. Sie enthalten sieben Fachhefte, die sich auch an kommunale und Quartiers-Akteurinnen und -Akteure außerhalb des Gesundheitsbereiches wenden und aufzeigen, wie kommunale bzw. lokale Bedingungen für gesundheitliche Chancengleichheit gestaltet und konkrete Maßnahmen geplant und umgesetzt werden können.

Kommunaler Partnerprozess „Gesundheit für alle“

Der Aufbau kommunaler Gesundheitsförderungs- und Präventionsketten [22] (Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention) steht im Mittelpunkt des 2011 durch den Kooperationsverbund initiierten kommunalen Partnerprozesses „Gesundheit für alle“. Der Partnerprozess bietet Kommunen ein Angebot, sich über Strategien, Probleme und Lösungswege beim Aufbau kommunaler Präventionsketten bundesweit auszutauschen. Die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit begleiten und beraten ausgewählte Kommunen in ihren Bundesländern.

In den ersten Jahren der Arbeit standen vor allem die kommunalen Bedingungen für ein gesundes

Aufwachsen im Mittelpunkt, 2015 wurde der kommunale Partnerprozess unter dem aktuellen Titel „Gesundheit für alle“ auf die gesamte Lebensspanne erweitert [30] (Gesundheitsförderung 5: Deutschland). Die sehr stark institutionell geprägten Übergänge im Kindes- und Jugendalter (z. B. von der KiTa in die Schule) sind in den späteren Lebensphasen wesentlich individueller und weniger normiert. Die kommunalen Strategien müssen deshalb flexibler und breiter aufgestellt werden als für die ersten Lebensjahre und werden zur Klammer eines umfassenden kommunalen Gesundheitsförderungs- und Präventions-Netzwerkes.

Einige Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit bieten den Kommunen in ihren Bundesländern Beratung und Prozessbegleitung auch unabhängig vom Partnerprozess an. Der Kooperationsverbund begleitet zudem den 2020 gestarteten Ausbau des Öffentlichen Gesundheitsdienstes („Pakt für den ÖGD“) fachlich durch Fachtagungen, Stellungnahmen und Qualifizierungsangebote.

Europäische Initiativen, Programme und Projekte

Gesundheitliche Ungleichheiten (health inequalities, health inequity) sind ein globales Problem auch aller europäischen Länder. Strategien zur Schließung der gesundheitlichen Lücke (closing the gap) und zur Beeinflussung der sozioökonomischen Determinanten der Gesundheit erhalten zunehmend eine europäische Perspektive über gemeinsame Programme im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation und der Gesundheits(förderungs)politik der Europäischen Union (EU) [35] (Gesundheitsförderung 4: Europäische Union).

D a s EuroHealthNet ist auf europäischer Ebene das zentrale Netzwerk im Bereich der Gesundheitsförderung, insbesondere mit dem Schwerpunkt „Health Equity“. Es versteht sich als europäische Partnerschaft zur Förderung von Gesundheit, Chancengleichheit und Wohlbefinden. Es handelt sich um eine gemeinnützige Partnerschaft von 37 öffentlichen Organisationen der lokalen, regionalen, nationalen und internationalen Ebene in Europa (Stand Sommer 2023) mit dem Auftrag, gesündere Gemeinschaften aufzubauen und die gesundheitliche Ungleichheit in und zwischen den europäischen Staaten zu bekämpfen. EuroHealthNet unterstützt sowohl die Strategien der WHO-Europa als auch die EU-Gesundheitsprogramme [12], [35] (Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa; Gesundheitsförderung 4: Europäische Union).

Der strategische EuroHealthNet-Entwicklungsplan 2021 bis 2026 zielt auf gesundheitliche Chancengleichheit und Wohlbefinden mit fünf Prioritäten ab: Gesundheitliche Chancengleichheit, nichtübertragbare Erkrankungen, Klimakrise, Prävention und Promotion, Lebensverlauf sowie zwei Querschnittsthemen: Digitale Inklusion/Digital Literacy und Mental Health.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist seit der Gründung des Netzwerks 1997 die deutsche Partnerorganisation von EuroHealthNet. Sie ist seit 2004 an den Projekten zur gesundheitlichen Chancengleichheit kontinuierlich und aktiv beteiligt: „Closing the Gap“, „DETERMINE“, „Tackling Health Inequalities and Social Exclusion, Tackling the Gradient: Applying Public Health Politics to Effectively Reduce Health Inequalities amongst Families and Children“, „Equity Action“ [35] (Gesundheitsförderung 4: Europäische Union).

Begrifflichkeiten, Synonyme

Es lässt sich ein zunehmendes Bemühen feststellen, Bezeichnungen der Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren [3] zu vermeiden, die diese (ungewollt) diskriminieren, stigmatisieren und zu passiven Objekten der Interventionen machen können. Das Bemühen hat zusammen mit vielen Unsicherheiten darüber, welche Begriffe korrekt sind, dazu geführt, dass es eine verwirrende Vielzahl synonym benutzter Begriffe und Bezeichnungen gibt, z. B. „soziallagenbezogene Gesundheitsförderung“, „Gesundheitsförderung mit Menschen in schwierigen Lebenssituationen, … in belasteten Lebenslagen, … in besonderen Lebenslagen“ etc. Bezeichnungen wie „ressourcenschwache“, „bedürftige“ oder „sozial schwache“ und „bildungsferne“ Menschen sind zwar gut gemeinte Umschreibungen, können aber auch als stigmatisierend verstanden werden. Solche Begrifflichkeiten bewegen sich auf einem schmalen Pfad zwischen realistischer Beschreibung, Diskriminierung und Beschönigung.

Fachlicher Konsens besteht darüber, dass paternalistische Bezeichnungen wie „Gesundheitsförderung *für* sozial benachteiligte Menschen“ vermieden werden sollten, bzw. dass sie ggf. in partizipativer Perspektive erweitert werden in „mit“ und „für“, z. B. wenn die Aktivität auch anwaltschaftliche Elemente enthält. Die 2012 vorgenommene Umbenennung des bundesweiten Kooperationsverbundes

„Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ in „Gesundheitliche Chancengleichheit“ ist in diesem Kontext als Perspektivwechsel zu verstehen: Der defizitorientierte Blick auf die soziale Benachteiligung wird zur ressourcenorientierten Perspektive auf das Ziel der gleichen Gesundheitschancen.

Gut gemeint, aber zu unspezifisch ist auch die Bezeichnung „vulnerable Gruppen“, die insbesondere während der Corona-Pandemie eine Konjunktur erlebte. Der Begriff betont richtigerweise die grundsätzliche „Verletzlichkeit“ jedes Menschen, kann jedoch im jeweiligen Kontext sehr unterschiedliche Personengruppen meinen. Oft bezieht sich die Beschreibung der „Vulnerabilität“ allein auf Merkmale der individuellen körperlichen und psychischen Konstitution oder in bestimmten Lebensphasen (z. B. Menschen mit Behinderungen, Menschen mit Vorerkrankungen oder Hochaltrige). Für den Fokus dieses Leitbegriffs ist diese breite Perspektive zu unscharf, da „Verletzlichkeit“ aufgrund systematischer sozialer Benachteiligung nur eine Teilgruppe der „vulnerablen Gruppen“ umfasst.

Stand und Perspektiven

Bestehende und wachsende sozial bedingte Ungleichheiten der Gesundheit werden in Deutschland seit den 1990-er Jahren verstärkt beachtet. Seit der Jahrtausendwende wurden Strukturen wie der Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ und die Koordinierungsstellen in den Bundesländern aufgebaut, mit dem § 20 SGB V gesetzliche Grundlagen für Prävention und Gesundheitsförderung geschaffen sowie Programme und Aktivitäten einer Vielzahl von Akteuren entwickelt und in einigen Bereichen auch aufeinander abgestimmt. Was bisher aber gleichwohl fehlt und auf die politische Agenda in Deutschland gesetzt werden muss, ist eine umfassende Strategie zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit durch Gesundheitsförderung und Prävention auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene mit einem gesamtstaatlichen und gesamtgesellschaftlichen Ansatz.

Das im Sommer 2015 verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention [31] (Präventionsgesetz) kann als ein Schritt in diese Richtung verstanden werden. Gleichzeitig aber ist das Gesetz primär auf die gesetzliche Krankenversicherung und weitere Sozialversicherungsträger als Kostenträger ausgerichtet und beschränkt [36] (Sozialversicherungsträger im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention). Diese Struktur kann dem Anspruch eines umfassenden, an den sozialen und politischen Determinanten ansetzenden Upstream-Ansatzes nicht gerecht werden, der die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen als handlungsfeldübergreifende und gesamtgesellschaftliche Aufgabe versteht und alle gesundheitsrelevanten Akteursgruppen verbindlich einbezieht. Hier hat sich allerdings die Diskussion zur Gesundheit in allen Politikbereichen und als gesamtgesellschaftliche Aufgabe Health in All Policies (HiAP) weiter entwickelt und verbreitet [37] (Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy).

Inzwischen gibt es einige bundesweite Initiativen, die einen mehr oder weniger direkten Bezug zur Zielsetzung Verringerung der gesundheitlichen Chancenungleichheit aufweisen, z. B. das Gesunde Städte-Netzwerk [38], das Städtebauförderungsprogramm Soziale Stadt, die Bundesinitiative „Frühe Hilfen“ und der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz ([39], S. 34).

Fragen der gesundheitlichen Chancengleichheit werden auch im Zusammenhang von Umweltgerechtigkeit sowie von Stadtentwicklung und Gesundheit verstärkt diskutiert [40], [38], [41], [42] (Umweltgerechtigkeit; Gesunde Städte-Netzwerk; Kommunale Gesundheitsförderung; Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung). Auch die unterschiedliche Betroffenheit durch den Klimawandel wird verstärkt diskutiert und umgesetzt [43] (Klimawandel und Gesundheitsförderung).

Die COVID-19-Pandemie hat ebenfalls gesundheitliche Ungleichheiten aufgezeigt und verstärkt. In diesem Zusammenhang wird seit 2020, ausgehend von England und dem Marmot-Review auch in Deutschland die Forderung des „Build Back Better“ und des „Build Back Fairer“ erhoben [44].

Im Zuge der COVID-19-Pandemie wurde zum einen die große Relevanz nicht-medizinischer Public Health-Interventionen für die Erreichung und Beteiligung der gesamten Bevölkerung deutlich, insbesondere auch der benachteiligten Gruppen und Quartiere. Gleichzeitig zeigte sich aber auch, dass der durch die Nachverfolgung der Infektionsketten besonders geforderte Öffentliche Gesundheitsdienst [23] (Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung) in seinen bestehenden Strukturen diesen Aufgaben nur eingeschränkt gewachsen war.

In der Konsequenz legten Bund und Länder 2020 den „ Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst “ auf, der bis 2026 die personelle Aufstockung der Gesundheitsämter und die Digitalisierung der Arbeit in den

Gesundheitsämtern unterstützen soll. Informationen zum Umsetzungsstand des Förderschwerpunkts „Digitalisierung des ÖGD“ findet sich auf der Website https://gesundheitsamt-2025.de.

Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention und die mit seiner Umsetzung verbundenen Strukturen (Nationale Präventionskonferenz, Präventionsforum, Nationale Präventionsstrategie, Landesrahmenvereinbarungen) sowie die steigende Aufmerksamkeit für das Anliegen gesundheitlicher Chancengleichheit auch in den Handlungsfeldern außerhalb des Gesundheitswesens, bieten trotz der genannten Beschränkungen auf die Sozialversicherung eine Perspektive, die nächsten Schritte zur systematischen Verankerung des Themas in allen gesundheitsrelevanten Handlungs- und Politikfeldern zu gehen [20] (Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy).

Dieser Text ist eine aktualisierte und erweiterte Version des Vorgängerbeitrags Kaba-Schönstein & Gold von 2011. Wir danken der verstorbenen Carola Gold für Ihren Anteil an der ersten Fassung. Stefan Bräunling danken wir für hilfreiche Hinweise zur aktualisierten Version.

Weiterführende Literatur:

- Geene R, Rees M. Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelung der Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main: Mabuse; 2016.
- Graham H. Die Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten und die Bedeutung sozialer Determinanten: Unterschiedliche Definitionsansätze und ihre politischen Konjunkturen. In: Bauer U, editor. Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: Springer; 2008. p. 455–79.
- Kilian H, Lehmann F, Richter-Kornweitz A, Kaba-Schönstein L, Mielck A. Gesundheitsförderung in den Lebenswelten gemeinsam stärken. Der Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“. Bundesgesundheitsblatt. 2016;2:266–73.
- Mielck A. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Hogrefe; 2005.
- Mielck A, Kilian H, Lehmann F, Richter-Kornweitz A, Kaba-Schönstein L. German cooperation-network “equity in health”-health promotion in settings. Health Promot Int. 2016;33(2). DOI:10.1093/heapro/daw069
- Rosenbrock R. Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“. Essen; 2004.
- Siegrist J, Marmot M, editors. Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern: Springer; 2008.
- The Lancet-University of Oslo Commission on Global Governance for Health. The political origins of health inequity: prospects for change. The Lancet. 2014 Feb;383(9917):630–67. DOI:10.1016/s0140-6736(13)62407-1
- WHO Regionalbüro für Europa, editor. Gesundheit 2020. Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert. Kopenhagen; 2013.
- WHO Regional Office for Europe, editor. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region, final report. Copenhagen; 2014.
- WHO Commission on Social Determinants of Health, editor. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health. 2008.

Internetadressen:

- Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit. Available from: https://www.bioeg.de
- EuroHealthNet. Available from: https://www.eurohealthnet.eu
- European Commission Public Health. Available from: https://health.ec.europa.eu/index_de
- European Portal for Action on Health equity. Available from: https://www.health-inequalities.eu
- GKV-Bündnis. Available from: https://www.gkv-buendnis.de
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
- Nationale Präventionskonferenz. Available from: https://www.npk-info.de
- World Health Organization (WHO). Social determinants of health. Available from: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health

Literatur:

- Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Copenhaen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
- Dahlgren G, Whitehead M, WHO Regional Office for Europe. Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up Part 1. 2006.
- Dahlgren G, Whitehead M, WHO Regional Office for Europe. European strategies for tackling social inequities in health: levelling up Part 2. Copenhagen; 2006.

References

1. 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
2. Altgeld T. Diversity und Diversity Management / Vielfalt gestalten. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i127-2.0
3. Blümel S, Lehmann F, Hartung S. Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i128-2.0
4. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
5. Brandes S, Stark W. Empowerment/Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i10-3.0
6. Franzkowiak P. Präventionsparadox. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i094-4.0
7. 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
8. Röding D. Lebensweisen/Lebensstile. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i073-2.0
9. Faltermaier T. Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i060-3.0
10. 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
11. 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
12. 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
13. Whitehead M. Die Konzepte und Prinzipien von Chancengleichheit und Gesundheit. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa; 1991.
14. Dahlgren G, Whitehead M. Konzept und Strategien zur Förderung der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich. Kopenhagen; 1993.
15. World Health Organization (WHO), editor. Gesundheit21 – das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. 1999;

16. Benzeval M, Judge K, Whitehead M, editors. Tackling inequalities in health. An agenda for action. London; 1995.
17. 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
18. Marmot M, Atkinson T, Bell J, Black C, Broadfoot P, Cumberlege J, Diamond I, Gilmore I, Ham C, Meacher M, Mulgan G. Fair society, healthy lives. The Marmot Review. London; 2010.
19. Carey G, Crammond B, De Leeuw E. Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. Int J Equity Health. 2015 Dec;14(1). DOI:10.1186/s12939-015-0207-6
20. 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
21. Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H, editors. Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer; 2020.
22. 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
23. 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
24. Nationale Präventionskonferenz (NPK), editor. Zweiter Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V. Berlin; 2023.
25. Public Health Agency of Sweden, editor. Towards a good and equitable health. A framework for implementing and monitoring the national public health policy. Stockholm; 2021.
26. Norwegian Ministry of Health and Care Services, editor. National strategy to reduce social inequalities in health. Report No. 20 (2006–2007) to the Storting. Oslo; 2007.
27. 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
28. 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
29. Altgeld T, Bittlingmayer UH, Islertas Z. Verwirklichungschancen/Capabilities. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i126-2.0
30. 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
31. 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
32. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, editor. Gute Praxis für gesundheitliche Chancengleichheit – Die Good Practice-Kriterien und Praxisbeispiele. 4 edn. Berlin; 2021.
33. Elkeles T, Kilian H, Von Rüden U, Ackermann G. Good Practice / Best Practice in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i141-2.0
34. Gesundheit Berlin-Brandenburg, editor. Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung (7 Fachhefte). 4 edn. Berlin; 2014.
35. 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

36. Gerlinger T. Sozialversicherungsträger im Handlungsfeld 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-i135-1.0
37. Köckler H, Geene R. Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i157-1.0
38. Quilling E, Tollmann P, Christ A, Bauer J. Gesunde Städte-Netzwerk. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i152-1.0
39. Mielck A, Wild V. Gesundheitliche Ungleichheit – auf dem Weg von Daten zu Taten. Fragen und Empfehlungen aus Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik. Weinheim, München: Juventa; 2021.
40. Bunge C, Böhme C. Umweltgerechtigkeit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i136-4.0
41. Quilling E, Leimann J, Tollmann P. Kommunale 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-i043-1.0
42. Böhme C, Köckler H, Quilling E. Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i151-1.0
43. Herrmann A, Eichinger M. Klimawandel und 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-i156-1.0
44. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Herd E, Morrison J. Build back fairer: the COVID-19 Marmot Review. The pandemic, socioeconomic and health inequalities in England. London; 2020.

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

Zitierhinweis: Kaba-Schönstein L, Kilian H. Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i052-1.0

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/

Gesundheitsindikatoren

Dominik Röding[1]
Miriam G. Gerlich[2]
Ulla Walter[3]

[1] Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

[2] Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), Köln, Deutschland

[3] Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Hannover, Deutschland

Abstract

Mithilfe von Gesundheitsindikatoren lassen sich Erkenntnisse über und für die Gesundheit von territorial abgrenzbaren Bevölkerungen (z. B. Länder, Regionen, Kommunen) gewinnen. Als wesentliche Anhaltspunkte werden Demografie, Gesundheitsstatus, Verhalten, Umwelt, Versorgung und verfügbare Ressourcen herangezogen. Ein Indikator muss sowohl wissenschaftlichen Kriterien wie Validität, Reliabilität, Sensitivität und Spezifität als auch ethischen Kriterien genügen. Einheitliche Indikatoren, z. B. für unterschiedliche Regionen oder Zeiträume, erlauben eine vergleichende Analyse. Gesundheitsindikatoren sind die wesentliche Basis der Gesundheitsberichterstattung und dienen der politischen Entscheidungsfindung sowie der Evaluation und Forschung.

Keywords: Indikatoren, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitssituation, Public Health, Evidenzbasierte Prävention, Gesundheitsförderung, Qualitätssicherung

Definition, Zweck und Qualität von Gesundheitsindikatoren

Gesundheitsindikatoren sind Kennzahlen zur Gesundheit und im erweiterten Sinn auch zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen [1] (Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln) sowie Umweltfaktoren [2] (Umweltbezogene Gesundheitsförderung) (inkl. Gesundheitswesen) von territorial abgrenzbaren Bevölkerungen und darin unterscheidbaren Bevölkerungsgruppen [3]. Sie sollen Informationen darüber liefern, wie sich z. B. die Bevölkerungsgesundheit in einem Land entwickelt oder sich zwischen Ländern zu einem Zeitpunkt oder in ihrer Entwicklung unterscheidet.

Typische Raumbezüge von Gesundheitsindikatoren sind die Bundes-, Länder- und Kommunalebene. Sie bilden die wesentliche Basis für die Gesundheitsberichterstattung (GBE) [4], sollen politische Entscheidungen unterstützen (Evidence based decision-making) und können zur Evaluation [5] von Public Health-Interventionen oder für Forschungszwecke herangezogen werden. Teilweise werden sie gezielt dafür entwickelt, um ein Monitoring von Gesundheitszielen [6] (Gesundheitsziele)zu ermöglichen.

Ein Indikator muss die messtheoretischen Gütekriterien der Validität (Ausmaß, in dem er das misst, was es messen soll) und Reliabilität (Verlässlichkeit einer Messung) erfüllen und genügend sensitiv sein, um Veränderungen zu erfassen. Darüber hinaus muss er in der Anwendung einfach, verständlich und ethisch vertretbar sein [7].

Gesundheitsindikatoren-Sets

Die Entwicklung von Gesundheitsindikatoren folgt internationalen Standards, die vor allem von den Gesundheitsindikatoren-Sets der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) und der Europäischen Union (EU) geprägt sind und internationale Vergleiche ermöglichen. Die Mitgliedsstaaten haben sich dazu verpflichtet, diese Indikatoren-Sets für ihr Land zu übernehmen [8]. Zeitreihen dieser Indikatoren-Sets der WHO, OECD und EU stehen der Öffentlichkeit online zur Verfügung. Diese drei Organisationen entwickeln ihre Indikatoren-Sets bei Bedarf weiter, während die Mitgliedsstaaten angehalten sind, diese Weiterentwicklungen zu übernehmen.

In Deutschland richten sich die Bundes- und Länderindikatoren derzeit an der dritten Fassung des Indikatorensatzes für die Gesundheitsberichterstattung der Länder aus [9]. Hierbei werden Bundes- und Kernindikatoren, die die Kernindikatoren-Sets der WHO, OECD und EU abbilden und Vergleiche

zwischen allen Bundesländern ermöglichen, von Länderindikatoren unterschieden, die in den Ländern ergänzend hierzu geführt werden können. Über www.gbe-bund.de stehen Online-Zeitreihen dieser Indikatoren zur Verfügung. Einige Bundesländer stellen zudem Online-Zeitreihen von Gesundheitsindikatoren auf Kreisebene zur Verfügung (siehe z. B. Gesundheitsatlas Bayern oder Gesundheitsatlas NRW).

Gesundheitsindikatoren lassen sich z. B. nach Themenfeldern klassifizieren:

- **Gesundheitsstatus:** Die klassischen Indikatoren der Mortalität und der Morbidität eignen sich zur langfristigen Darstellung der Krankheitsentwicklung, in der Regel jedoch nicht zur Beurteilung kurz- bis mittelfristig angelegter gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen. Hierzu sind vielmehr intermediäre Parameter erforderlich, die einerseits durch eine Maßnahme selbst beeinflusst werden und andererseits das gesundheitliche Ergebnis hinreichend sicher beeinflussen. Aus dem medizinischen Bereich werden hier physiologische, biochemische oder funktionale Parameter wie Blutdruck, Blutwerte und Hautbild sowie Maße zur Beurteilung der körperlichen und mentalen Funktionsfähigkeit herangezogen. Für die Gesundheitsförderung sind darüber hinaus Indikatoren zur Erfassung der Beeinflussung gesundheitlicher Determinanten und Ressourcen erforderlich. Hierzu bieten sich „subjektive Parameter“ an wie die Gesundheitsbezogene Lebensqualität [10], die sich in den letzten Jahrzehnten bei der Bewertung der gesundheitlichen Versorgung etabliert hat.
- **Verhaltensweisen / Kompetenzen / personale Ressourcen:** Verhaltensmuster, die z. B. durch Protokolle, Beobachtungen oder Selbsteinschätzungen ermittelt werden, liefern Aussagen zur Gesundheitsorientierung bzw. zu verhaltensbezogenen Risiken. Ein wichtiger Bereich für die Gesundheitsförderung ist die Entwicklung der Kompetenz im Sinne des Empowerments [11] (Empowerment/Befähigung). Hierzu liegen eine Reihe von insbesondere psychologischen Konzepten und Indikatoren vor, die sich auf personale Ressourcen sowie Bewältigungs- und Gesundheitspotenziale [12] (Stress und Stressbewältigung) beziehen. Ein wichtiger Bereich für die Gesundheitsförderung ist zudem die Entwicklung der Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung [13] im Sinne des Empowerments. Auch hierzu liegen verschiedene insbesondere psychologische Konzepte und Indikatoren vor, die personale Ressourcen [14] (Resilienz und Schutzfaktoren) sowie Bewältigungs- und Gesundheitspotenziale berücksichtigen.
- **Umwelt:** Indikatoren, die den Einfluss der physikalisch-chemischen Umwelt bzw. des sozialen Umfelds erfassen, können sich z. B. auf Wohnbedingungen, Schadstoffbelastung, aber auch auf soziale Unterstützung beziehen. Während sich gesundheitliche Expositionen oder gesundheitsfreundlichere Entwicklungsstrukturen z. B. am Arbeitsplatz quantitativ bzw. qualitativ noch erheben lassen, kann die Beeinflussung sozialer Umwelten im Großen, z. B. der Politik und deren Niederschlag in gesetzlichen Regelungen, oft schwer erhoben werden. Ein Beispiel für einen erfolgreichen Versuch, internationale Politik zu erfassen und zu vergleichen ist die „Tobacco Control Scale“, die u. a. die Besteuerungspolitik von Tabakprodukten, Werbeverbote, Verbraucherinformationen und Behandlungsmöglichkeiten betrachtet.
- **Kosten:** Leistungen der gesundheitlichen Versorgung können – zumindest in den Bereichen der kurativen, rehabilitativen und pflegerischen Versorgung – teilweise über die Daten der Leistungsinanspruchnahme, die sogenannten Routinedaten, der Sozialversicherungen erhoben werden. Hierzu zählen u. a. medikamentöse, ambulante und stationäre Versorgungsdaten. Routinedaten stellen ein großes Potenzial für Kosten-Nutzen-Bewertungen dar. Auch im Bereich der Gesundheitsförderung ist die Wirtschaftlichkeit einer Maßnahme zunehmend eine relevante Dimension. Um die Effizienz von Gesundheitsförderung und Prävention beurteilen zu können, genügt es nicht, allein die Programmkosten zu bestimmen. Der potenzielle Erfolg von Interventionen drückt sich – ökonomisch – auch in Einsparungen bei direkten Folgekosten wie z. B. stationären Aufenthalten und Medikamentenkonsum aus. Theoretisch sollten diese Wirkungen bis zum Lebensende berücksichtigt werden. Indirekte Kosten entstehen z. B. durch Arbeitsausfall aufgrund von Erkrankung (Arbeitsunfähigkeit, Berufs-/Erwerbsunfähigkeit) und vorzeitigem Tod. Darüber hinaus sollten auch – die methodisch aufwendig zu erfassenden – intangiblen (nicht in Geld messbaren) Kosten ermittelt werden, die durch eine Erkrankung entstehen können. Darunter fallen gesundheitliche Einschränkungen wie z. B. psychische Belastungen, Angst, Schmerz oder ganz allgemein ein Verlust an Lebensqualität.
- **Zugangswege:** Eine bislang eher vernachlässigte Bewertungsdimension für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung ist die Beurteilung der Zugangswege zur Zielgruppe hinsichtlich der Inanspruchnahme und der Effektivität der gesundheitsbezogenen Outcomes. Grundlage für die Erreichung von (Teil-)Populationen ist die sorgfältige Beschreibung der Zielgruppe hinsichtlich ihrer Struktur sowie ihrer Bedürfnisse. Durch die Umsetzung des Präventionsgesetzes [15] (Präventionsgesetz) gewinnen diese Aspekte zunehmend an Bedeutung.

- **Strukturbildung:** Ein vergleichsweise neuer Parameter ist die Strukturbildung. Als Indikator für die Dauerhaftigkeit angestoßener Entwicklungen gilt das sogenannte Capacity Building/Kapazitätsentwicklung [16], das sich im Wesentlichen auf die Bildung und Entwicklung von Strukturen und Kompetenzen für eine wirksame Prävention und Gesundheitsförderung bezieht. Es beinhaltet zudem die Nutzung und Mobilisierung geeigneter Ressourcen und Kooperationsstrukturen sowie die Entwicklung adäquater Strategien zur Umsetzung und Implementierung von Maßnahmen.
- **Service- und Marketing:** Hier ist die Zufriedenheit der Zielgruppe ein wichtiges Kriterium. Sie sollte jedoch nicht als alleiniger Indikator für den Erfolg einer Maßnahme gewertet werden.

Jüngere Entwicklungen und Neuerungen

Zu den aktuell wichtigsten internationalen Neuerungen im Bereich der Gesundheitsindikatoren gehört, dass die WHO-Kernindikatoren 2018 modifiziert und erweitert wurden, um die Gesundheits- und gesundheitsrelevanten Indikatoren des Indikatoren-Sets der Sustainable Development Goals zu integrieren [17]. Zudem wurden in Europa einige wichtige neue Indikatoren-Sets und dazugehörige Online-Portale aufgebaut, die (noch) nicht in die oben genannten Gesundheitsindikatoren-Sets integriert sind, wie z. B. das European Human Biomonitoring, das European Mortality Monitoring, der Global Digital Health Monitor oder die Tobacco Control Scale. Ferner ermöglicht die Digitalisierung zunehmend eine Datenintegration neuer Qualität, in der neuartige Gesundheitsindikatoren basierend auf z. B. Mobilfunkdaten, Daten aus sozialen Medien, Biodatenbanken, Satelliten- oder sonstigen Sensordaten entwickelt werden können [18].

Abschließend ist in diesem Zusammenhang auf die Plattform Our World in Data hinzuweisen, die das derzeit weltweit umfangreichste Angebot an ländervergleichenden Gesundheitsindikatoren gut aufbereitet zur Verfügung stellt und diesbezüglich am schnellsten wächst. In der Public Health-Forschung und der Evaluation von Public Health-Interventionen werden zunehmend Daten genutzt, die von dieser Plattform zur Verfügung gestellt werden.

Wichtige Neuerungen in Deutschland sind die Entwicklung eines Präventionsindikatorensatzes [19] sowie im Rahmen der COVID-19-Pandemiebekämpfung die Entwicklung von Mobilitätsindikatoren auf Basis von Mobilfunkdaten und weiterer spezifischer Indikatoren, die über die Corona-Datenplattform abrufbar sind. Zudem werden in Deutschland zunehmend kleinräumige Indikatoren-Sets entwickelt und erprobt. Hierzu gehören der StadtRaumMonitor, der Communities That Care Survey sowie die Portale Wegweiser Kommune, KECK-Atlas und SDG-Portal. Kleinräumige Indikatoren aus dem Bereich Gesundheit und SDGs können außerdem über das INKAR-Portal abgerufen werden.

Fazit: Was können Gesundheitsindikatoren leisten?

Gesundheitsindikatoren erfassen nicht nur Informationen zum Gesundheitszustand, sondern ebenso zum Gesundheitsverhalten, zur Verfügbarkeit von Angeboten und deren Nutzung, zu Gesundheitskosten und zur Qualität der angebotenen Leistungen. Die vergleichende Analyse der Daten soll zu einer Verbesserung der Sicherheit und Qualität von Gesundheitsdienstleistungen beitragen und ist daher handlungsorientiert ausgerichtet. Geeignete Gesundheitsindikatoren sind damit auch wesentlich für Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung und Qualitätsmanagement [20] (Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement).

Ihre systematische Erfassung und die Möglichkeit der vergleichenden Analyse können genutzt werden, um Optimierungsmöglichkeiten herauszuarbeiten und zukünftige Strategien zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung bzw. von Teilgruppen zu entwickeln. (Gesundheits-)Indikatoren sind zudem in der Bewertung der nachhaltigen Wirksamkeit von Interventionen relevant, wobei ausgewählte Indikatoren als Prädiktoren für Erfolge und Misserfolge eingesetzt werden können.

Mit all diesen Möglichkeiten leisten Gesundheitsindikatoren einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Forschung insbesondere auch im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Dabei stellen die Identifikation und Entwicklung geeigneter Indikatoren selbst wichtige Schritte dar.

References

1. Faltermaier T. Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der

Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i060-3.0

2. Malsch A. Umweltbezogene 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-i150-2.0
3. Pan American Health Organization (PAHO), editor. Health Indicators. Conceptual and operational considerations. 2018.
4. Ziese T, Saß AC. Gesundheitsberichterstattung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i028-2.0
5. Haack G, Haß W. Evaluation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i016-3.0
6. 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
7. Starke D, Tempel G, Butler J, Starker A, Zühlke C, Borrmann B. Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen 2.0. 2019;J Health Monit(4):2–22. DOI:10.25646/6058
8. Fehr A, Lange C, Fuchs J, Neuhauser H, Schmitz R. Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsindikatoren in Europa. J Health Monit. 2017;(2(1)):3–23. DOI:10.17886/RKI-GBE-2017-004.2
9. Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG), editor. Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Bielefeld: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen; 2003.
10. Kaman A, Ravens-Sieberer U. Gesundheitsbezogene Lebensqualität. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i030-3.0
11. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i10-3.0
12. Ernst G, Franke A, Franzkowiak P. Stress und Stressbewältigung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i118-2.0
13. Weichold K. Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i070-3.0
14. Rönnau-Böse M, Fröhlich-Gildhoff K, Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i101-2.0
15. 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
16. Nickel S, Trojan A. Capacity Building / Kapazitätsentwicklung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i007-3.0
17. World Health Organization (WHO), editor. 2018 global reference list of 100 core health indicators (plus health-related SDGs). Geneva Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; 2018.
18. Brockmann D. Digitale Epidemiologie. Bundesgesundheitsblatt. 2020;63:166–75. DOI: 10.1007/s00103-019-03080-z
19. Oberwöhrmann S, Finger JD, Borrmann B, Starker A, Windus G, Hermann S. Entwicklung eines Indikatorensystems für die Präventionsberichterstattung der Länder Diskussionspapier der Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren. 2022; DOI:10.13140/RG.2.2.35066.77769
20. 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

Korrespondenz: Dr. rer. pol., M.Sc. Dominik Röding, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Deutschland, E-mail: Roeding.Dominik@mh-hannover.de

Zitierhinweis: Röding D, Gerlich MG, Walter U. Gesundheitsindikatoren. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i055-1.0

Copyright: © 2026 Dominik Röding 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/

Gesundheitskommunikation

Markus Schäfer[1]
Doreen Reifegerste[2]
[1] Wiesbaden, Deutschland
[2]
Professorin für Gesundheitskommunikation, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe 4: Prävention und Gesundheitsförderung, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

Abstract

Das Forschungs- und Praxisfeld Gesundheitskommunikation beschäftigt sich mit vielfältigen Formen der Kommunikation, die für Gesundheitsförderung und Prävention relevant sind. Der Beitrag gibt einen Überblick über die Definition des Feldes und stellt verschiedene Strukturierungsmöglichkeiten sowie die historischen Entwicklungen des Faches vor.

Keywords: Gesundheitskommunikation, Gesundheit, Kommunikation, Kommunikationswissenschaft, Wissenschaft, Forschung

Einleitung

Der Begriff Gesundheitskommunikation setzt sich aus den Begriffen Gesundheit [1] und Kommunikation zusammen. Eine erste wichtige Orientierung zur Definition von Gesundheit liefert die Weltgesundheitsorganisation in ihrer Verfassung von 1948. Verschiedene Autorinnen und Autoren haben den Begriff in den vergangenen Jahren ausdifferenziert [1], [2] (Gesundheit, Salutogenese, [3]). Gesundheit ist demnach nicht binär (gesund/krank), sondern immer auf einem zweipoligen Kontinuum von Gesundheit und Krankheit zu denken. Zudem kann neben psychischer und physischer sowie sozialer Gesundheit auch die funktionale oder spirituelle Gesundheit mitgedacht werden.

Für Kommunikation gibt es eine große Zahl an begrifflichen Strukturierungsmöglichkeiten [3]. Weitgehend konsensfähig ist der Ansatz, wonach Kommunikation eine Form des sozialen Handelns ist, bei der Kommunikationsinhalte ausgetauscht [4]. Dieser Austausch ist wechselseitig oder einseitig (ohne Rückkopplungsmöglichkeit), synchron (z. B. ein Telefonat oder Live-Chat) oder asynchron (z. B. Sprachnachrichten, E-Mails), direkt (Face-to-Face) oder indirekt vermittelt über Medien(-geräte). Auch hier sollten die Einordnungen eher als Pole eines Kontinuums verstanden werden.

Je nachdem, welche Begrifflichkeit von Gesundheit und Kommunikation herangezogen und welche Elemente einbezogen werden, resultieren Definitionen von Gesundheitskommunikation, die enger oder weiter ausfallen können. Eine einheitliche, universelle Definition existiert nicht. Ein engeres Verständnis beschränkt sich auf einzelne Teilbereiche wie Gesundheitskampagnen oder Arzt-Patienten-Gespräche. Ein weiteres Verständnis geht davon aus, dass Gesundheitskommunikation alle Formen von Kommunikation umfasst, die Gesundheit (oder Krankheit) betreffen: „Health communication refers to any type of human communication whose content is concerned with health“ ([5], S. 15). Auch Baumann und Hurrelmann [4] verwenden eine sehr weite Definition von Gesundheitskommunikation, spezifizieren aber u. a. die verschiedenen Beteiligten (wie Patientinnen und Patienten oder Dienstleisterinnen und Dienstleister) und die Form der Kommunikation (interpersonal oder medial).

Interpersonale Kommunikation

Interpersonale Kommunikation bezeichnet den meist wechselseitigen und häufig nichtöffentlichen Austausch von Kommunikationsinhalten zwischen zwei oder mehr Personen, beispielsweise in Arzt-Patienten-Gesprächen oder der Kommunikation mit Angehörigen. Im Gegensatz zur Massenkommunikation ist die Reichweite interpersonaler Kommunikation gering; auch ist die Zielgruppe klar verortbar, zudem gibt es direkte Feedback-Möglichkeiten (Tab. 1). So kann z. B. die Interaktion zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Patientinnen bzw. Patienten bestenfalls in einer gemeinsamen Entscheidungsfindung nach einem gegenseitigen Informationsaustausch resultieren [6], [7] (Primäre

Gesundheitsversorgung / Primary Health Care; Empowerment/Befähigung). Neuere technische Entwicklungen in diesem Bereich sind Chatbots, die einen interpersonalen Austausch zur Risikoabschätzung im Rahmen einer Gesundheitsberatung auf digitaler Basis ermöglichen [8].

	Interpersonale Kommunikation	**Massenkommunikation**
Reichweite	Gering	Hoch
Richtung	Wechselseitig	Einseitig
Öffentlichkeit	Häufig nicht-öffentlich	Öffentlich
Form	Direkt oder indirekt	Indirekt
Synchronität	Synchron oder asynchron	Synchron oder asynchron
Publikum/Zielgruppe	Klar verortbar	Dispers
Wissen des Kommunikators über Empfänger	Hoch	Gering bzw. oft nur im Aggregat
Wissen des Empfängers über den Kommunikator	Hoch	Variiert
Rollentausch	Leicht möglich	Nicht möglich
Möglichkeit, eigene Inhalte einzubringen	Sehr einfach	Schwierig
Feedback	Jederzeit (und auch direkt) möglich	Schwierig (und meist nur indirekt möglich)
Abbruch der Kommunikation	Schwierig	Sehr einfach

Tab. 1: Merkmale der interpersonalen Kommunikation und der Massenkommunikation (eigene Darstellung; angelehnt an [9]*, S. 28)*

Massenkommunikation

Bei der Massenkommunikation werden die Kommunikationsinhalte öffentlich und weitgehend unidirektional von einem Kommunikator oder wenigen Kommunikatoren an ein disperses Publikum vermittelt – meist an eine große, breite und heterogene Zielgruppe (Tab. 1). Dispers bedeutet hier „verstreut“, das Publikum ist räumlich weit verteilt. Entsprechend ist massenmediale Kommunikation im Gegensatz zu interpersonaler Kommunikation eher einseitig und weist nur geringe Feedbackmöglichkeiten auf. Beispiele aus der Gesundheitskommunikation sind etwa Gesundheitssendungen im Fernsehen, Zeitschriften aus der Apotheke oder Internetseiten zu Präventionsprogrammen.

Soziale Medien

Kommunikation in sozialen Medien bewegt sich meist zwischen interpersonaler Kommunikation und Massenkommunikation. Beispiele sind etwa YouTube-Kanäle mit Fitness- oder Ernährungsinhalten [10] (Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien). Obwohl diese Kommunikationsformen klare und deutlich stärkere Charakteristika der Massenkommunikation aufweisen und im Zweifel auch so zu verorten sind, beinhalten sie auch charakteristische Elemente der interpersonalen Kommunikation wie beispielsweise erweiterte (und z. T. auch direkte) Feedbackmöglichkeiten, die ähnlich wie eine Selbsthilfegruppe für den Austausch der Nutzenden untereinander genutzt werden [11] (Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung).

Telemedizin

Telemedizin wird in verschiedenen Bereichen der Gesundheitskommunikation eingesetzt, um die medizinische Informationsversorgung ortsunabhängig und effizienter zu gestalten. Ein Beispiel ist die Videosprechstunde über Online-Plattformen wie Doctolib oder Kry, wo per Videochat kommuniziert werden kann. So lassen sich Symptome besprechen, Diagnosen stellen und Rezepte ausstellen, ohne dass ein persönlicher Besuch in der Praxis erforderlich ist.

Ein weiteres Einsatzgebiet ist die Fernbetreuung chronisch Kranker, bei der die Patientinnen oder Patienten etwa mit Herzinsuffizienz oder Diabetes vernetzte Geräte zur Messung von Werten des Blutzuckers oder Herzrhythmus nutzen und die Daten in Echtzeit an die Behandelnden übermittelt werden. Auf diese Weise kann frühzeitig auf kritische Werte reagiert und eine notwendige Anpassung der Therapie vorgenommen werden.

Eine ebenfalls wichtige Form medienvermittelter Gesundheitskommunikation sind Gesundheits-Apps [12], die je nach Funktion Elemente von Massenkommunikation mit Elementen interpersonaler Kommunikation verbinden. Sie lassen sich in drei Hauptkategorien unterteilen: Gesundheitsförderungs-Apps, Präventions-Apps und Medizin-Apps, die eine Krankheitsbehandlung unterstützen. Letztere kommen in der Telemedizin beispielsweise in der Teledermatologie zum Einsatz, bei der Fotos von Hautveränderungen über eine App hochgeladen werden. Die Bilder werden dann entweder mithilfe künstlicher Intelligenz analysiert oder an einen Dermatologen weitergeleitet. Dadurch kann eine schnelle Ersteinschätzung erfolgen und gegebenenfalls eine weiterführende Behandlung eingeleitet werden. Die Qualität von Gesundheits-Apps wird durch Faktoren wie Nutzerfreundlichkeit, Wirksamkeit und Datenschutz bestimmt, wozu verschiedene Zertifizierungen und Gütesiegel beitragen sollen.

Künstliche Intelligenz

Künstliche Intelligenz (KI) spielt eine zunehmend wichtige Rolle in der Gesundheitskommunikation. Im Idealfall hilft sie dabei, Prozesse zu optimieren, Patientinnen und Patienten zu unterstützen und medizinisches Fachpersonal zu entlasten. Eine Möglichkeit sind z. B. Chatbots, die jederzeit medizinische Fragen beantworten und erste Handlungsempfehlungen geben können.

In der Telemedizin kann KI bei Diagnose und Therapieempfehlungen unterstützen, indem sie Daten analysiert und Muster erkennt. Zudem kann KI in der Arzt-Patienten-Kommunikation zum Einsatz kommen und durch Spracherkennung und automatische Übersetzungen die Kommunikation erleichtern. Ein weiteres Anwendungsfeld ist die Gesundheitsaufklärung, bei der KI personalisierte Informationen bereitstellt, um über Präventionsmaßnahmen und Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären.

Beim Einsatz von KI sind jedoch auch Risiken zu bedenken, zum Beispiel beim Datenschutz, wenn mit sensiblen Gesundheitsdaten gearbeitet wird. Zudem besteht das Risiko von Fehlinformationen oder Fehlinterpretationen, wenn KI ohne menschliche Überprüfung eingesetzt wird.

Gesundheitsbezogene und gesundheitsrelevante Kommunikation

Gesundheitsbezogene Kommunikation umfasst Inhalte, die in thematischem Bezug zu Gesundheit (und Krankheit) stehen. Das sind z. B. Fernsehserien, Gesundheitsinformationssendungen oder Gesundheitskampagnen, die explizite Gesundheitsinhalte aufweisen. Mitunter wird der Gesundheitsbezug auch nur implizit dargestellt, etwa wenn Alkohol- oder Fast-Food-Konsum thematisiert wird. Die Rezeption explizit oder implizit gesundheitsbezogener Inhalte ist jedoch nicht zwangsläufig gesundheitsrelevant [13].

Gesundheitsrelevant ist Kommunikation, wenn sie Auswirkungen auf die Gesundheit von Zielgruppen hat. Ein Beispiel sind Spielfilme oder Serien, die zu Unterhaltungszwecken mit dramatischen Elementen das Thema Suizidalität bearbeiten und deren Ausstrahlung in der Folge eine Verringerung oder Erhöhung der Zahl realer Fälle von Suizidalität nach sich zieht [14].

Entsprechend lassen sich intendierte und nicht-intendierte Wirkungen gesundheitsrelevanter Kommunikation abgrenzen. Bei Kommunikation mit dem Ziel der Prävention und Gesundheitsförderung ist die Gesundheitsrelevanz intendiert. Möglich sind jedoch auch nicht-intendierte gesundheitsrelevante Effekte, etwa wenn eine Fernsehserie, die beiläufig Alkoholkonsum zeigt und der Unterhaltung dienen soll, gesundheitsschädliches Verhalten fördert.

Gesundheitskommunikation als Forschungs- und Praxisfeld

Gesundheitskommunikation (GK) als Forschungs- und Praxisfeld existiert seit Anfang der 1970-er Jahre und hat seinen Ausgangspunkt in der nordamerikanischen Kommunikationswissenschaft. Seit Anfang der 2010-er Jahre hat sich die Fachrichtung als interdisziplinäres Forschungsfeld zunehmend auch im europäischen, und speziell im deutschsprachigen sowie niederländischen Raum etabliert. Innerhalb der deutschsprachigen Kommunikationswissenschaft hat sich u. a. die Fachgruppe Gesundheitskommunikation der Deutschen Gesellschaft für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft (DGPuK) etabliert.

Auf europäischer Ebene ist mit der Health Communication Section der European Communication Research and Education Association (ECREA) ein wichtiges internationales Austauschforum für den europäischen Raum hinzugekommen. Die Gründung des European Journal of Health Communication (EJHC), eines verlagsunabhängigen und von der wissenschaftlichen Community getragenen Open Access-Fachjournals, ist ein weiteres Zeichen der zunehmenden Unabhängigkeit und Emanzipation der europäischen Gesundheitskommunikation von ihren nordamerikanischen Wurzeln und hat nicht zuletzt die internationale Sichtbarkeit der europäischen Forschung gestärkt.

Wie andere Bereiche der Kommunikationswissenschaft lässt sich auch das Forschungsfeld der Gesundheitskommunikation entlang der sogenannten Lasswell-Formel strukturieren (Abb. 1). Diese Systematisierung, die auf das Kommunikationsmodell von Harold D. Lasswell [15] zurückgeht [16], teilt das Forschungsfeld in fünf Kernbereiche auf: Kommunikatorforschung, Medieninhaltsforschung, Medienstrukturforschung, Publikums- und Nutzungsforschung sowie Wirkungsforschung.

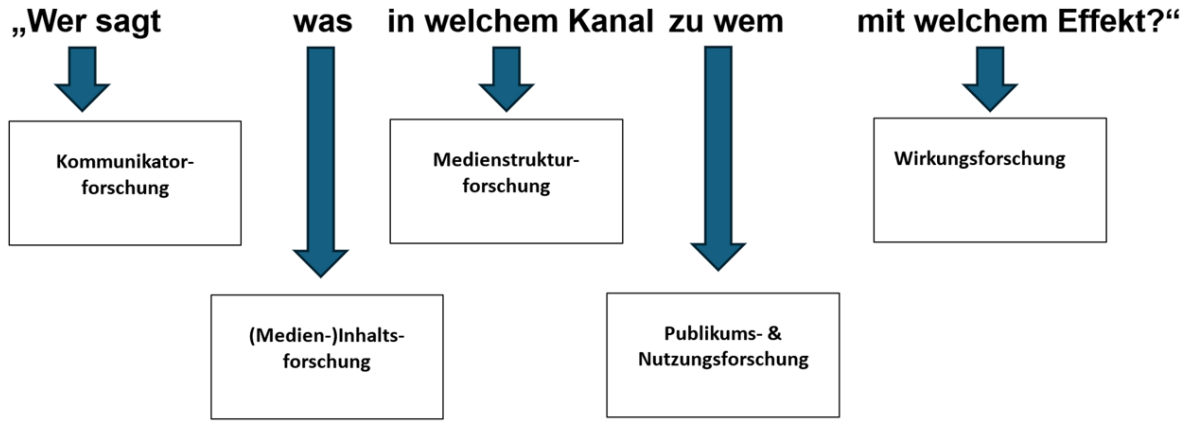


Abb. 1: Lasswell-Formel (eigene Darstellung nach [15] und [17])

In all diesen Bereichen findet Forschung zur Gesundheitskommunikation statt. Die Kommunikatorforschung beschäftigt sich mit den Entstehungsbedingungen von gesundheitsbezogenen und gesundheitsrelevanten Kommunikationsinhalten. Thematisiert werden z. B. Merkmale, Ziele, Strategien, Vorstellungen, Einstellungen und Verhalten von Journalistinnen und Journalisten, Influencerinnen und Influencern, Angehörigen der Gesundheitsberufe, Krankenkassen und Pharmaindustrie oder Patientinnen und Patienten, die sich in Foren austauschen. In den Blick genommen werden darüber hinaus sämtliche Einflussfaktoren, die bei der Entstehung der Kommunikationsinhalte von Bedeutung sind, sei es auf Individual-, Organisations-, System- oder Gesellschaftsebene.

Bei der Inhaltsforschung stehen die Eigenschaften gesundheitsbezogener und gesundheitsrelevanter Kommunikation im Fokus, die häufig mit Hilfe qualitativer und/oder quantitativer Inhaltsanalysen untersucht werden. Zu den Untersuchungsgegenständen zählen beispielsweise die Medienberichterstattung über Pandemien, Krebs oder Suizidalität, die Inhalte von Gesundheitsblogs oder Gesundheitstrends auf Social Media. Untersucht werden kann beispielsweise, welche Aspekte sowie Akteurinnen und Akteure der Prävention [18] (Prävention und Krankheitsprävention) dort dargestellt werden.

Die Medienstrukturforschung setzt sich mit den Eigenschaften und Strukturen von Kanälen und Medienangeboten auseinander, ebenso mit deren Gemeinsamkeiten und Unterschieden, den geltenden

Regeln und den Konsequenzen, die daraus resultieren. Berücksichtigt werden hier auch Algorithmen sozialer Medien, die dafür sorgen, ob und welche (Falsch-)Informationen angezeigt werden.

Die Publikums- und Nutzungsforschung widmet sich der Nutzung gesundheitsbezogener und gesundheitsrelevanter Kommunikationsinhalte sowie der Eigenschaften, Vorstellungen, Einstellungen, Motive, Wünsche und des Verhaltens von Rezipienten. Im Fokus stehen unter anderem Art, Ausmaß und Einflussfaktoren der Nutzung gesundheitsbezogener und gesundheitsrelevanter Inhalte.

Im Zentrum der Wirkungsforschung stehen die Fragen, inwieweit (und ggf. warum) sich gesundheitsbezogene Kommunikationsinhalte auswirken bzw. inwieweit (und ggf. warum) Kommunikationsinhalte ohne expliziten Gesundheitsbezug Gesundheitsrelevanz haben.

Typische Fragestellungen der Gesundheitskommunikation beschäftigen sich etwa mit der massenmedialen Darstellung psychischer Gesundheit (Medieninhaltsforschung) und deren Wirkungen auf die allgemeine Bevölkerung und Betroffene (z. B. im Hinblick auf die Wahrnehmung und das Thema Stigmatisierung). Dies gilt ebenso für die Forschung zu den Ursachen, Eigenschaften und Folgen öffentlicher Kommunikation über Suizidalität (Schäfer, 2019) oder den Bedingungen und Ursachen der Akzeptanz von Impfungen und Impfstoffen.

Forschung zur Gesundheitskommunikation findet meist multidisziplinär, interdisziplinär und transdisziplinär statt und vereint somit zahlreiche Perspektiven, Theorien und Methoden aus der Kommunikationswissenschaft, den Gesundheitswissenschaften, der Psychologie, der Soziologie oder der Medizin (Reifegerste & Ort, 2024). Zentrale Erkenntnisse der Forschung fließen in die Gestaltung von evidenzbasierten Gesundheitskampagnen ein und finden unter anderem in der Organisationskommunikation von Institutionen des Gesundheitssystems wie Krankenversicherungen, Krankenhäusern oder Arztpraxen sowie im Rahmen der Arzt-Patienten-Kommunikation Anwendung.

Wir bedanken uns bei Guido Nöcker für die wissenschaftliche Vorarbeit und die Erstversion des Leitbegriffs „Gesundheitskommunikation und Kampagnen“, an die wir anknüpfen durften.

Internetadressen:

- European Journal of Health Communication (EJHC). Available from: https://www.ejhc.org
- Deutsche Gesellschaft für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft (DGPuK). Fachgruppe Gesundheitskommunikation. Available from: https://www.dgpuk.de/de/fachgruppen/gesundheitskommunikation
- European Communication Research and Education Association (ecrea). Health Communication. Available from: https://www.ecrea.eu/Health-Communication

References

1. Franzkowiak P, Hurrelmann K. Gesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025.
2. Faltermaier T. Salutogenese. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023.
3. Reifegerste D, Ort A. Gesundheitskommunikation: Ein Lehrbuch. 2 edn. Baden-Baden: Nomos Verlag; 2024. (Studienkurs Medien & Kommunikation).
4. Baumann E, Hurrelmann K. Gesundheitskommunikation: Eine Einführung. In: Hurrelmann K, Baumann E, editors. Handbuch Gesundheitskommunikation. Verlag Hans Huber; 2014. p. 8–17.
5. Rogers EM. The field of health communication today: an up-to-date report. J Health Commun. 1996;1(1):15–24. DOI:10.1080/108107396128202
6. Zimmermann T. Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024.
7. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025.
8. Vedder K, Blank S, Wilhelm T, Reissfelder C, Otto M, Yang C. AI-Chatbot- und Arztantworten auf Anfragen von Patienten mit Adipositaschirurgie: Ein Paradigmenwechsel in der

patientenzentrierten Gesundheitskommunikation. Z Gastroenterol. 2024;62(09):e837. DOI:10.1055/s-0044-1790100

9. Haas A. Interpersonale Kommunikation und Medienwirkungen: Beurteilung der Themenrelevanz im Zusammenspiel mit Gesprächen und Mediennutzung. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2014.
10. Ludwigs S, Nöcker G. Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2020.
11. 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.
12. Scherenberg V. Gesundheits-Apps. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022.
13. Schäfer M. Massenmediale Kommunikation in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Tiemann M, Mohokum M, editors. Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer; 2019. p. 317–26. (Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit). DOI:10.1007/978-3-662-55793-8_19-1
14. Schäfer M. Kommunikation über Suizide. In: Rossmann C, Hastall MR, editors. Handbuch Gesundheitskommunikation. Wiesbaden: Springer VS; 2016. p. 591–601. (Springer Reference Sozialwissenschaften). DOI:10.1007/978-3-658-10948-6_47-1
15. Lasswell HD. The structure and function of communication in society. In: Bryson L, editor. The communication of ideas. New York: Harper & Row; 1948. p. 32–51.
16. Arens M. Lasswell-Formel. In: Sander U, Gross F von, Hugger KU, editors. Handbuch Medienpädagogik. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss; 2008. p. 198–203.
17. Meier K. Journalistik. München: UVK/Lucius; 2018. (UTB; 2958).
18. Franzkowiak P. Prävention und Krankheitsprävention. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025.

Korrespondenz: Prof. Dr. Markus Schäfer, Adolf-Todt-Str. 2, 65203 Wiesbaden, Deutschland, E-mail: markus.schaefer@macromedia.de

Zitierhinweis: Schäfer M, Reifegerste D. Gesundheitskommunikation. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i056-1.0

Copyright: © 2026 Markus Schäfer 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/

Gesundheitskompetenz / Health Literacy

Susanne Jordan[1]

[1] Fachgebiet Gesundheitsverhalten (FG 27), Stv. Fachgebietsleitung FG 27, Robert Koch-Institut, Berlin, Germany

Abstract

Gesundheitskompetenz umfasst den Umgang mit Gesundheitsinformationen als Grundlage von gesundheitsbezogenen Entscheidungen. Das mehrdimensionale Konstrukt umfasst kognitive, psychische, soziale und kontextbezogene Anforderungen. Eine Verbesserung von Gesundheitskompetenz adressiert organisatorische Strukturen und individuelle Ressourcen für Gesundheitskompetenz.

Keywords: Gesundheitskompetenz, Gesundheitsziele, Health Literacy, Gesundheitsinformationen, Kompetenzen, Befähigen

Einleitung

Seit den ersten Arbeiten auf dem Gebiet der Gesundheitskompetenz wurde eine Reihe von Konzeptionen zur Gesundheitskompetenz entwickelt. Einen gemeinsamen Kern verschiedener aktueller Ansätze und Studien zur Gesundheitskompetenz identifizierten [1] und führten diese in einer übergreifenden Definition von Gesundheitskompetenz zusammen, die heute insbesondere in Europa die Grundlage für viele Arbeiten in Forschung und Praxis bildet [1]: „Gesundheitskompetenz umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen in Bezug darauf, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die die Lebensqualität im gesamten Lebensverlauf erhalten oder verbessern ([1], S. 3), (Übersetzung: [2]).

Häufig werden Gesundheitsinformationen als „objektive“ Informationen über allgemeines Wissen zu Gesundheit, Erkrankungen, Prävention, Therapie und Krankheitsbewältigung verstanden, die am besten evidenzbasiert zur Verfügung gestellt werden ([3], S. 6), [4]. Eine andere Perspektive betont die Kontextabhängigkeit von bedeutsamen Gesundheitsinformationen und zählt auch subjektive körperliche Erfahrung und multidimensionale Wissenspraktiken dazu [5].

Der im deutschsprachigen Raum verwendete Begriff Gesundheitskompetenz ist die weit verbreitete deutsche Übersetzung des aus dem angloamerikanischen Raum stammenden Begriffs Health Literacy. Im deutschen Sprachraum werden Gesundheitskompetenz und Health Literacy weitgehend gleichgesetzt. Eine systematische Auseinandersetzung mit den inhaltlichen und praktischen Konsequenzen dieser Übersetzung und der Verwendung des Kompetenzbegriffes hat erst begonnen (z. B. [6], [7], ([8], S. 8), [9]). Im Folgenden wird deshalb der Begriff Gesundheitskompetenz verwendet.

Allgemeine und spezifische Gesundheitskompetenz

Bei der Verwendung des Begriffs Gesundheitskompetenz ist zu beachten, dass damit meist die sogenannte *allgemeine Gesundheitskompetenz* – auch generische oder generelle Gesundheitskompetenz genannt – gemeint ist. Die allgemeine Gesundheitskompetenz beschreibt umfassend themen- und kontextübergreifende Kompetenzen im Umgang mit Gesundheitsinformationen.

Im Gegensatz dazu beziehen sich die Konzeptionen *spezifischer Gesundheitskompetenzen* auf konkrete Erkrankungen, Gesundheitsthemen oder Kontexte. Beispiele hierfür sind diabetesbezogene, krebsspezifische, coronaspezifische oder mentale Gesundheitskompetenz, ernährungsbezogene oder bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz (Food and Physical Literacy), aber auch digitale Gesundheitskompetenz (oder e-Health Literacy). Neben dem Fokus auf den Umgang mit Gesundheitsinformationen beziehen die spezifischen Gesundheitskompetenzen teilweise weitere Kompetenzen mit ein, die für die jeweilige Erkrankung, das Verhalten oder den Kontext relevant sind, beispielsweise Bewegungs- oder Steuerungskompetenz im Bereich der Förderung der körperlichen Aktivität [10].

Die Forschung zur Gesundheitskompetenz weist auch Überschneidungen mit Studien zur *Gesundheitsinformationssuche* („health information seeking behaviour“) auf, die sich vorrangig mit individuellen Präferenzen für Informationsquellen bei der Suche nach Gesundheitsinformationen beschäftigen [11].

Seit das Konzept Gesundheitskompetenz vor rund fünfzig Jahren erstmals aufkam, haben sich die Vorstellungen darüber, was es kennzeichnet, immer wieder verändert. Unterschiedliche Disziplinen beschäftigten sich mit Gesundheitskompetenz, anfangs vor allem die Bildungsforschung, später vor allem Public Health mit all seinen verschiedenen Disziplinen. Die konzeptionelle Weiterentwicklung der Gesundheitskompetenz ist dabei im deutschsprachigen Raum stark von der Gesundheitskompetenz Erwachsener geprägt; erst in den letzten Jahren wurden wissenschaftliche und Praxisinitiativen für die Förderung im Kindes- und Jugendalter entwickelt [12], [13].

Der interdisziplinäre Diskurs über die Konzipierung von Gesundheitskompetenz, insbesondere über die Unterschiede und Schnittmengen zu anderen Konzepten, beispielsweise die Abgrenzung zur Gesundheitsförderung oder Gesundheitsbildung [14], ist bislang nicht sehr ausgeprägt (z. B. [6], [15], [10], [9]) und noch nicht abgeschlossen, bietet aber das Potenzial Prävention [16] (Prävention und Krankheitsprävention) und Gesundheitsförderung [17] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen) interdisziplinär weiterzuentwickeln.

Individuelle Gesundheitskompetenz als relationales Konzept

Lange Zeit setzten sich Forschung und Praxis zur Gesundheitskompetenz vorrangig mit der auf das Individuum oder Bevölkerungsgruppen bezogenen Gesundheitskompetenz auseinander (vgl. [18]). Diese Form der Gesundheitskompetenz wird als *individuelle Gesundheitskompetenz* oder personale Gesundheitskompetenz bezeichnet (z. B. [2], [19]). „Die individuelle Gesundheitskompetenz beschreibt inwiefern das Individuum befähigt ist, Informationen und Dienstleistungen zu finden, zu verstehen und zu nutzen, um für sich und andere gesundheitsrelevante Entscheidungen zu treffen und Maßnahmen zu ergreifen.“ ([19], eigene Übersetzung)

Häufig ist die individuelle Gesundheitskompetenz implizit bei der Verwendung des alleinstehenden Begriffs Gesundheitskompetenz gemeint. Forschung und Praxis zur individuellen Gesundheitskompetenz sind sowohl international als auch im deutschsprachigen Raum die am häufigsten untersuchte und geförderte Form der Gesundheitskompetenz.

Die individuelle Gesundheitskompetenz ist kontextabhängig und wird deswegen auch *als relationales Konzept* bezeichnet [20]. Sie wird beispielsweise durch die Zugänglichkeit und Verständlichkeit von Gesundheitsinformationen und -diensten beeinflusst, die von Organisationen bereitgestellt werden [21] *(Organisationale Gesundheitskompetenz*). Die Entwicklung und die Anwendbarkeit der individuellen Gesundheitskompetenz hängt demnach auch vom jeweiligen Gegenüber ab, so z. B. von der Bereitschaft und Fähigkeit von Ärztinnen und Ärzten, ihre Patientinnen und Patienten als gleichwertige Kooperationspartner zu behandeln und zu deren Gesundheitskompetenz beizutragen (z. B. Projekt Gesundheitscoaching).

Eine bedeutsame Verbesserung von Gesundheitskompetenz kann nicht alleine durch eine Ausrichtung von Maßnahmen auf die individuelle Gesundheitskompetenz erreicht werden, sondern bedarf ebenfalls der Adressierung organisatorischer Strukturen und der Vermittlung von Ressourcen für Gesundheitskompetenz ([22], S. 6−7). Deshalb wurde in den letzten Jahren das Konzept der organisationalen Gesundheitskompetenz ergänzt, das sich direkt mit den strukturellen und Kontextbedingungen für Gesundheitskompetenz befasst.

Die organisationale Gesundheitskompetenz setzt sich damit auseinander, wie Organisationen es dem Individuum ermöglichen, Informationen und Dienstleistungen zu finden, zu verstehen und zu nutzen, um gesundheitsbezogene Entscheidungen und Maßnahmen für sich selbst und andere zu treffen [19]. Die damit angesprochenen Organisationen reichen von der ambulanten und stationären Versorgung bis hin zu Organisationen in den Lebenswelten [23] (Settingansatz-Lebensweltansatz) wie Schule und Kita, die das Potenzial haben, Gesundheitskompetenz zu fördern.

Ein Baustein zur Umsetzung von gesundheitskompetenzfördernden Organisationen und Strukturen kann die Adressierung der Gesundheitskompetenz der beruflich Tätigen sein, die als *Professionelle Gesundheitskompetenz* bezeichnet wird.

Im Folgenden geht es vorrangig um individuelle Gesundheitskompetenz, die organisationale Gesundheitskompetenz und die professionelle Gesundheitskompetenz werden in eigenen Leitbegriffen

näher erläutert.

Befähigung zu umfassender Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz liegt ein mehrdimensionales, umfassendes Konstrukt zugrunde, das kognitive, psychische, soziale und kontextbezogene Anforderungen integriert, wie in der eingangs eingeführten Definition von Sørensen et al. [1] beschrieben. Um nicht nur Wissen, sondern auch Motivation und umfassende Kompetenzen für den Umgang mit Gesundheitsinformationen zu entwickeln, lassen sich drei grundlegende Arten von individueller Gesundheitskompetenz unterscheiden, die einander ergänzen [24]:

- *Funktionale Gesundheitskompetenz:* Grundfertigkeiten im Lesen und Schreiben, die es ermöglichen, im Alltag zu funktionieren, beispielsweise das Verstehen von gesundheitsrelevanten Informationen.
- *Interaktive Gesundheitskompetenz:* Fortgeschrittene kognitive und soziale Fertigkeiten, die zur aktiven Teilnahme am Leben notwendig sind. Dazu gehören insbesondere Informationsbeschaffung und -austausch mittels Kommunikation und die Umsetzung dieser Informationen in den Lebensalltag, beispielsweise Informationsbeschaffung zu gesundheitsförderlichen Themen im sozialen Umfeld.
- *Kritische Gesundheitskompetenz:* Fortgeschrittene kognitive und soziale Fertigkeiten, die es ermöglichen, Informationen kritisch zu analysieren und diese im Sinne einer verbesserten Lebensbewältigung optimal zu nutzen, einschließlich einer kritischen Auseinandersetzung mit Empfehlungen für eine gesunde Lebensführung.

Aus Sicht der Gesundheitsversorgung soll Gesundheitskompetenz den Menschen ermöglichen, sich als Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem zurechtzufinden und präventive und therapeutische Empfehlungen umzusetzen. Die Förderung der Gesundheitskompetenz wird aus dieser Perspektive häufig mit verstärkter Compliance (Therapietreue) und verbesserten klinischen Ergebnissen begründet. Dementsprechend steht die Stärkung der Gesundheitskompetenz durch verständliche Informationen und verbesserte Zugänge zu Informationen im Vordergrund. Aber auch im Alltag und in den verschiedenen Lebenswelten [23] (Settingansatz-Lebensweltansatz) werden Menschen regelmäßig mit Gesundheitsinformationen konfrontiert, verstärkt durch digitale Gesundheitsinformationen und Präventionsangebote.

Die im Internet und den sozialen Medien vorhandene Vielzahl von Gesundheitsinformationen, inklusive Fehlformationen und gezielten Falschinformationen [25], [26] (Digitalisierung in Prävention und Gesundheitsförderung; Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien) stellen hohe Anforderungen an die individuelle Gesundheitskompetenz. Neben dem Bedarf an qualitätsgesicherten Gesundheitsinformationen [3] kommt hier der kritischen Gesundheitskompetenz zentrale Bedeutung zu, um Gesundheitsinformationen und -quellen beurteilen und gesundheitsförderliche Entscheidungen treffen zu können.

Gesundheitskompetenz geht über die Fähigkeit hinaus, Information zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und empfohlenen Verhaltensweisen zu folgen. Eine kritisch-reflektierende Fähigkeit wird für die Artikulation und Umsetzung persönlicher und gesellschaftlicher Belange zur Förderung der Gesundheit benötigt. Kritische Gesundheitskompetenz beschreibt daher auch die Fähigkeit, über gesundheitsrelevante Faktoren und Prozesse zu reflektieren (Reflexion) und die Ergebnisse der Reflexion in individuelle oder kollektive Maßnahmen für die Gesundheit in einem bestimmten Kontext umzusetzen (Aktion) [27].

Gesundheitskompetenz ist entscheidend, um Menschen zu befähigen [28] (Empowerment / Befähigung), Entscheidungen in Bezug auf ihre persönliche Gesundheit zu treffen, und um sie in die Lage zu versetzen, an gesundheitsfördernden Gemeinschaftsmaßnahmen zur Verbesserung der Determinanten von Gesundheit teilzunehmen [29] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger) ([22], S. 7). Im Idealfall können über eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz sowohl individuelle Gesundheitsgewinne als auch Verbesserungen der Rahmenbedingungen für die Gesundheit erreicht werden. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat deshalb 2016 in der „Shanghai-Erklärung über Gesundheitsförderung“ Gesundheitskompetenz als eine von drei zentralen Prioritäten zur Gesundheitsförderung benannt [30].

Entwicklung von Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz umfasst alltagspraktisches Wissen und Fähigkeiten im Umgang mit Gesundheit und Krankheit, dem eigenen Körper, den gesundheitsprägenden sozialen Lebensbedingungen [31] (Determinanten der Gesundheit) und den Möglichkeiten, gesundheitsrelevante Lebensbedingungen zu verbessern. Sie prägt die Möglichkeit und Motivation von Individuen, Gesundheitswissen aus ihren jeweiligen Lebenswelten zu erschließen und in unterschiedlichen Handlungsfeldern (z. B. Familie, Arbeitsleben, Gesundheitssystem) für ihre Gesundheitserhaltung und -förderung zu nutzen.

Diese Kompetenzen werden primär über Kultur, Bildung und Erziehung vermittelt bzw. weitergegeben (siehe auch Abb. 1). Gesundheitskompetenz ist daher ein integrierter Bestandteil kulturbasierter Ressourcen, deren Akquirierung und Nutzung stark durch den sozialen Hintergrund der Menschen geprägt wird (kulturelles Kapital; Soziologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit [32], [6]). Die gesellschaftlichen Bedingungen und Politikmaßnahmen bieten dabei eine Möglichkeit, die Entwicklung von Gesundheitskompetenz zu unterstützen.

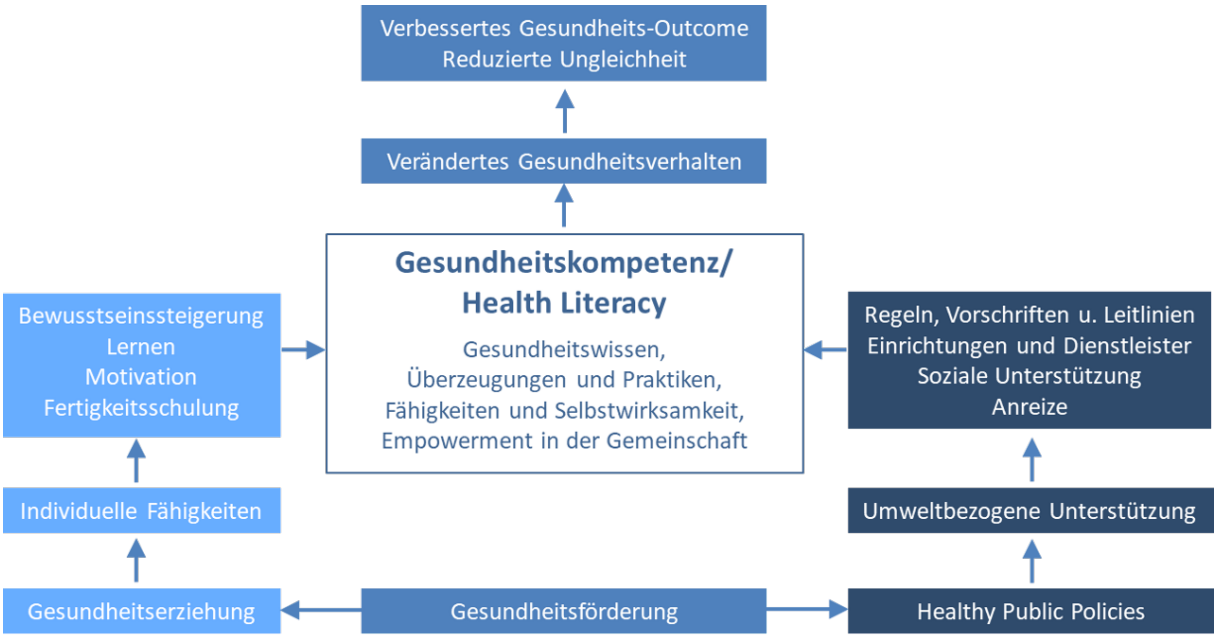


Abbildung 1: Wie entsteht Gesundheitskompetenz? (Adaptiert nach Abb. 1 Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung und [33], S. 17)

Gesundheitskompetenz gilt als wichtige Determinante der Gesunderhaltung, insbesondere für nichtübertragbare Erkrankungen [30], weshalb zur Förderung von Gesundheitskompetenz die Verteilung der Gesundheitskompetenzniveaus in der Bevölkerung von Interesse ist. Mittlerweile stehen verschiedene Befragungsinstrumente zur Ermittlung der individuellen Gesundheitskompetenz bei Erwachsenen zur Verfügung, z. B. das weiterentwickelte Fragebogeninstrument des Europäischen Health Literacy Survey (HLS) [34], [35] oder der Health Literacy Questionnaire (HLQ) [36]. Beiden liegt der Anspruch zugrunde, umfassend die allgemeine Gesundheitskompetenz zur erfassen, der HLS setzt dies insbesondere auf Bevölkerungsebene um.

Neben diesen umfassenden Selbsteinschätzungsinstrumenten gibt es Instrumente zur Erhebung der funktionalen Gesundheitskompetenz wie den Newest Vital Sign Test, Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine, Functional Health Literacy in Adults [37] und eine zunehmende Anzahl von Instrumenten zur Erfassung von spezifischen Gesundheitskompetenzen (siehe hierzu z. B. die Übersicht im Health Literacy Tool Shed). Im Idealfall können verschiedene Messinstrumente (Selbsteinschätzungs- und leistungsbezogene Erhebungsinstrumente, Wissensfragen, Fragen zur Erhebung von Kontextbedingungen) kombiniert werden, um die verschiedenen Dimensionen von Gesundheitskompetenz zu erfassen. Die Entwicklung und Anwendung geeigneter Messinstrumente wird von der Wissenschaft weiterhin diskutiert [38], [9], auch im Hinblick auf die Notwenigkeit ethnografischer Studien [5].

Gesundheitskompetenz, Gesundheit und Ungleichheit

Zum einen verweisen Studien auf eher niedrige Gesundheitskompetenzniveaus für große Teile der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland, Österreich und der Schweiz hin (z. B. [39], [40], [34], [41]. Für Jugendliche in Deutschland zeigen sich ähnliche Ergebnisse [42], während erste Ergebnisse für das Kindesalter dagegen auf ein deutlich höheres altersbezogenes Gesundheitskompetenzniveau verweisen [43]. Zum anderen zeigen weitere empirische Studien statistische Assoziationen zwischen Gesundheitskompetenz und einer Reihe von Gesundheitsindikatoren wie z. B. einem guten Gesundheitszustand oder der Lebenserwartung. Eine niedrige Gesundheitskompetenz ist im Allgemeinen mit schlechterer Gesundheit und Problemen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen assoziiert [44], [39], [45], [46], [47].

Ein geringeres Gesundheitskompetenzniveau ist häufiger beim Vorliegen eines niedrigeren Bildungs-, Einkommens- bzw. Sozialstatus vorzufinden [39], [45], [48]. Aber bis heute ist die Konzipierung von Gesundheitskompetenz wenig in den breiteren Ungleichheitsdiskurs eingebettet [49]. So findet sich häufig eine Verbindung von einseitig individuenzentrierten Anwendungen des Konzepts mit einer starken Betonung der sogenannten „Eigenverantwortung“ für Gesundheit bei gleichzeitiger Vernachlässigung der strukturellen Ungleichverteilung der sozialen, ökonomischen und kulturellen Ressourcen für Gesundheit.

Gesundheitskompetenz fördern

Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt, Gesundheitskompetenz in Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention zu adressieren [50]. Das massive gesundheitsbezogene Informations- und Kommunikationsgeschehen während der COVID-19-Pandemie, das auch als „Infodemie“ bezeichnet wird, hat der Relevanz von Gesundheitskompetenz für Prävention und Gesundheitsförderung weiteren Nachdruck verliehen [51]. Weltweit wie auch in Deutschland, Österreich und der Schweiz sind zunehmend Aktivitäten zur Förderung von Gesundheitskompetenz zu beobachten [39], [50], [47]. Dabei liegen den Initiativen von Politik, Forschung und Praxis zur Förderung von Gesundheitskompetenz keine einheitlichen Konzepte von Gesundheitskompetenz zugrunde [6].

In verschiedenen Ländern wurde eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in gesundheitspolitische Ziele und Maßnahmen aufgenommen (z. B. in Australien, Großbritannien, den USA, Österreich und der Schweiz). In Deutschland wurde 2017 die „Allianz für Gesundheitskompetenz“ gegründet, in der zentrale Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens angekündigt haben, Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz zu entwickeln [52]. Ein Nationaler Aktionsplan (NAP) folgte 2018, der wissenschaftlich-zivilgesellschaftlich erstellt und unter der Schirmherrschaft des Bundesministeriums für Gesundheit die Förderung von Gesundheitskompetenz in den Lebenswelten [23] (Settingansatz-Lebensweltansatz) und innerhalb des Gesundheitssystems anstrebt. In dem Aktionsplan haben die Verringerung von gesundheitlicher Ungleichheit und die Förderung von Partizipation als grundlegende Prinzipien zur Förderung von Gesundheitskompetenz Eingang gefunden [53].

In Österreich unterstützen und thematisieren vor allem die österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK), das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), die Gesundheit Österreich GmbH, und die Gesundheitskasse Österreich Informationen und Aktivitäten zur Gesundheitskompetenz ([39], S. 13). In der Schweiz wurde Gesundheitskompetenz in die nationale Strategie „Gesundheit 2030“ im Bereich technologischer Wandel aufgenommen [54].

Zur Verringerung der sozial bedingten Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung wird im Nationaler Aktionsplan (NAP) ein gesamtgesellschaftlicher Ansatz gefordert, der Gesundheitskompetenz in allen Lebensbereichen fördert. Gesundheitskompetenz soll nicht nur im Gesundheitswesen, sondern beispielsweise auch im Bildungsbereich adressiert werden [53], wobei es als vielversprechend gilt, die organisationale Gesundheitskompetenz zu fördern [55].

Bei der Förderung von Gesundheitskompetenz sollte immer die Wechselwirkung von Verhalten und Verhältnissen berücksichtigt werden. Verschiedene Sektoren sowie Akteurinnen und Akteure sollten interdisziplinär unter Einbindung der Betroffenen zusammenarbeiten ([39], S. 17−19). Intersektorale Interventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz bieten die Chance, Erfahrungen, Erkenntnisse und Synergien zur Gesundheitskompetenz aus unterschiedlichen Kontexten wie Familie, Schule, Arbeitsplatz, Vereine und virtuellen Interaktionsräume zu nutzen.

Inhaltliche und praxisrelevante Verbindungen lassen sich zum Konzept des kulturellen Kapitals und des

sozialen Kapitals [56] (Soziales Kapital) herstellen. Auf kollektiver Ebene, beispielsweise in Gemeinden, können insbesondere die interaktive und kritische Form von Gesundheitskompetenz wichtige Komponenten beim Aufbau und bei der Nutzung von gesundheitsförderlichen sozialen Netzwerken [57] (Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung) sein [27], [6].

Praxisbeispiele für die Stärkung der Gesundheitskompetenz

- In verschiedenen bereits bestehenden Interventionen der Gesundheitsförderung lassen sich Potenziale zur Stärkung der Gesundheitskompetenz finden. Das Projekt „Stadtteilmütter“ des Berliner Stadtbezirks Neukölln verfolgt einen partizipativen und niedrigschwelligen Ansatz. Mit einem Peer-to-Peer-Ansatz werden Frauen mit Migrationshintergrund zu den Themen Erziehung, Bildung und Gesundheit geschult. Anschließend suchen sie andere Familien des eigenen Kiezes auf und geben ihnen ihr Wissen weiter.
- Im Projekt „Der Patientenbrief“ werden mittels einer Software laienverständliche Patientenbriefe von der „Was hab’ ich?“ gemeinnützigen GmbH erstellt und z. B. Krankenhäusern zur Verfügung gestellt.
- Die vom Public Health Zentrum Fulda entwickelte App „Nebolus“ nutzt einen Gaming-Ansatz in Form einer Rallye, mit dem Jugendlichen Gesundheitskompetenz spielerisch nähergebracht wird.
- Partizipative Modelle des Wissensaustausches (z. B. in Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung [58]) und Programme, die chronisch kranke Menschen mit ihren Erfahrungswissen zu ihrer Krankheit stärken, tragen zur Befähigung bei. Ein Beispiel ist das Selbstmanagementprogramm „Gesund und aktiv leben“ des Vereins „Evivo Netzwerk“.
- Das Projekt „FemmesTISCHE“, koordiniert und durchgeführt vom Schweizer Verein Elternbildung CH, will Erziehende in ihrer sozialen Kompetenz stärken und bezweckt eine soziale Vernetzung zu Fragen von Erziehung, Gesundheit und Suchtprävention. Dabei lädt eine Gastgeberin Frauen zu sich nach Hause ein. Die Moderatorin führt durch das Treffen und ermöglicht eine Diskussion der Themen. Dieses Projekt kann über den sozialen Austausch insbesondere die interaktive Gesundheitskompetenz fördern.

Fazit und Ausblick

Gesundheitskompetenz beeinflusst, wie die Bevölkerung gesundheitsrelevante Entscheidungen im Alltag oder im Gesundheitswesen trifft und wirkt sich damit auf die Gesundheit aus. Als Kriterium einer evidenzbasierten Gesundheitsförderung hat Gesundheitskompetenz als explizite Zielgröße bzw. Outcome-Variable kontinuierlich an Bedeutung gewonnen. Mehr Offenheit für die Kompetenzen auf Seiten der Patientinnen und Patienten (in medizinischen Settings) sowie Bürgerinnen und Bürger (in sozialen Institutionen), verbesserter Zugang aller Bevölkerungsschichten zu Gesundheitsinformationen und eine verbesserte Kompetenz, mit diesen Informationen kritisch-konstruktiv umzugehen, ermöglicht mehr Autonomie in Gesundheitsfragen für Individuen und breite Bevölkerungsgruppen.

In diesem Sinne kann die Verbesserung der Gesundheitskompetenz sowohl ein Ziel als auch das Resultat von Empowerment in der Bevölkerung sein. Prioritär sollten entsprechende Interventionen für Menschen von sozial und gesundheitlich benachteiligten Gruppen angestoßen werden und damit auch zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit beitragen.

Internetadressen:

- Allianz Gesundheitskompetenz. Available from: https://www.allianz-gesundheitskompetenz.ch
- Deutsche Netzwerk Gesundheitskompetenz. Available from: https://www.dngk.de
- Evivo-Netzwerk − Training bei chronischer Krankheit. Available from: https://www.evivo.ch
- Femmes-TISCHE. Available from: https://www.femmestische.ch
- Gesund + aktiv – Mein Ernährungsplan. Available from: https://www.gesund-aktiv.com
- Gesundheitscoaching-KHM – Patient & Arzt gemeinsam unterwegs. Available from: https://www.gesundheitscoaching-khm.ch
- gi gesundheitsinformation.de – verstehen, abwägen, entscheiden. Available from: https://www.gesundheitsinformation.de
- Health Literacy Europe. Available from: https://www.healthliteracyeurope.net
- Health Literacy Tool Shed. Available from: https://healthliteracy.bu.edu
- Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Available from: https://www.nap-

gesundheitskompetenz.de
- NEBOLUS. Available from: https://nebolus.net
- Patientenbrief. Der Patientenbrief. Available from: https://patientenbriefe.de
- Projekt Gesundheitscoaching. Gesundheitscoaching KHM. Available from: https://www.gesundheitscoaching-khm.ch
- Stadtteilmütter. Available from: https://www.stadtteilmuetter.de
- World Healt Organisation (WHO). Improving Health Literacy. Available from: https://www.who.int/activities/improving-health-literacy

References

1. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H, (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012 Dec;12(1). DOI:10.1186/1471-2458-12-80
2. Bitzer EM, Sørensen K. Gesundheitskompetenz – Health Literacy. Gesundheitswesen. 2018 Aug;80(08/09):754–66. DOI:10.1055/a-0664-0395
3. Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin. Gute Praxis Gesundheitsinformation. Berlin; 2015 [accessed 2023 Nov 24]. Available from: https://www.ebm-netzwerk.de/de/medien/pdf/gpgi_2_20160721.pdf/@@download
4. Koch K. Eckpunkte evidenzbasierter Gesundheitsinformationen. Bundesgesundheitsblatt. 2021 May;64(5):568–72. DOI:10.1007/s00103-021-03321-0
5. Samerski S. Health literacy as a social practice: Social and empirical dimensions of knowledge on health and healthcare. Soc Sci Med. 2019 Apr;226:1–8. DOI:10.1016/j.socscimed.2019.02.024
6. Abel T, Sommerhalder K. Gesundheitskompetenz / Health Literacy. Das Konzept und seine Operationalisierung. Bundesgesundheitsblatt. 2015 Sep;58(9):923–9. DOI:10.1007/s00103-015-2198-2
7. 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; 2015 [accessed 2023 Nov 24]. (Gesundheitsförderung Konkret; 20). Available from: https://shop.bzga.de/pdf/60649200.pdf
8. De Gani SM, Beese AS, Guggiari E, Jaks R. A concept paper on health literacy. Bern; 2023. Available from: https://backend.careum.ch/sites/default/files/media/file/careum-zentrum-fuer-gesundheitskompetenz-konzeptpapier-gesundheitskompetenz.pdf.
9. Wirtz MA, Soellner R. Gesundheitskompetenz: Konstruktverständnis und Anforderungen an valide Assessments aus Perspektive der psychologischen Diagnostik. Diagnostica. 2022 Oct;68(4):163–71. DOI:10.1026/0012-1924/a000299
10. Töpfer C, Jaunig J, Carl J. Physical Literacy – to be discussed: eine Perspektive aus Sicht der deutschsprachigen Sportwissenschaft. Ger J Exerc Sport Res. 2022 Mar;52(1):186–92. DOI:10.1007/s12662-021-00754-2
11. Zimmerman MS, Shaw G Jr. Health information seeking behaviour: a concept analysis. Health Info Libr J. 2020 Sep;37(3):173–91. DOI:10.1111/hir.12287
12. Bollweg MT, Bröder J, Pinheiro AP, editors. Health Literacy im Kindes- und Jugendalter. Ein- und Ausblicke. Wiesbaden: Springer VS; 2020.
13. Bröder J, Okan O, Bauer U, Bruland D, Schlupp S, Bollweg TM, Saboga-Nunes L, Bond E, Sørensen K, Bitzer EM, Jordan S, Domanska O, Firnges C, Carvalho GS, Bittlingmayer UH, Levin-Zamir D, Pelikan J, Sahrai D, Lenz A, Wahl P, Thomas M, Kessl F, Pinheiro P. Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models. BMC Public Health. 2017 Dec;17(1). DOI:10.1186/s12889-017-4267-y
14. 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
15. Jordan S, Domanska O, Firnges C. Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein: Überlegungen zur Konzeption von Gesundheitskompetenz unter Einbezug empirischer Daten aus der GEDA-Studie. In: Schaeffer D, Pelikan J, editors. Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe; 2017. p. 221–33.

16. 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
17. 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
18. Rudd RE. Health literacy developments, corrections, and emerging themes. In: Schaeffer D, Pelikan J, editors. Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Göttingen: Hogrefe; 2017. p. 19–31.
19. Santana S, Brach C, Harris L, Ochiai E, Blakey C, Bevington F, Kleinman D, Pronk N. Updating health literacy for Healthy People 2030: Defining its importance for a new decade in public health. J Public Health Manag Pract. 2021 Nov;27(Supplement 6):258–64. DOI:10.1097/phh.0000000000001324
20. Parker RM. Measuring health literacy: What? So what? Now what? In: Measures of health literacy: workshop summary. Washington, D.C.: The National Academies Press; 2009. p. 91–8.
21. Bremer D, Klockmann I, Jaß L, Härter M, von dem Knesebeck O, Lüdecke D. Which criteria characterize a health literate health care organization? – A scoping review on organizational health literacy. BMC Health Serv Res. 2021 Jul 6;21(1). DOI:10.1186/s12913-021-06604-z
22. World Health Organisation (WHO). Health promotion glossary of terms 2021. 2021.
23. 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
24. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008 Dec;67(12):2072–8. DOI:10.1016/j.socscimed.2008.09.050
25. Scherenberg V. Digitalisierung in Prävention und 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-I130-1.0
26. Ludwigs S, Nöcker G. Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I107-2.0
27. Abel T, Benkert R. Critical health literacy: reflection and action for health. Health Promot Int. 2022 Aug 1;37(4). DOI:10.1093/heapro/daac114
28. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I10-3.0
29. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
30. World Health Organisation (WHO). The Shanghai declaration on promoting health in the 2030 agenda for sustainable development. 2016. [accessed 2021 May 27]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-PND-17.5
31. 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
32. Reibling N. Soziologische Perspektiven auf Gesundheit und 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-I116-4.0
33. World Health Organisation (WHO). Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies. Cairo: Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2012. [accessed 2023 Nov 7]. Available from: https://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf
34. Pelikan JM, Link T, Straßmayr C, Waldherr K, Alfers T, Bøggild H, Griebler R, Lopatina M, Mikšová D, Nielsen MG, Peer S, Vrdelja M. Measuring Comprehensive, General Health Literacy in the General Adult Population: The Development and Validation of the HLS19-Q12 Instrument in Seventeen Countries. IJERPH. 2022 Oct 29;19(21):14129. DOI:10.3390/ijerph192114129
35. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, Kondilis B, Stoffels V, Osborne RH, Brand H. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and

development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). BMC Public Health. 2013 Dec;13(1). DOI:10.1186/1471-2458-13-948

36. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC Public Health. 2013 Dec;13(1). DOI:10.1186/1471-2458-13-658
37. Pelikan J, Röthlin F, Ganahl K. Measuring comprehensive health literacy in general populations: validation of instrument, indices and scales of the HLS-EU study. Vortrag auf der 6th Annual Health Literacy Research Conference. 2014.
38. Stock S, Isselhard A, Jünger S, Peters S, Schneider G, Haarig F, Halbach S, Okan O, Fischer F, Bollweg TM, Bauer U, Schaeffer D, Vogt D, Berens EM, Ernstmann N, Bitzer EM. DNVF Memorandum Gesundheitskompetenz (Teil II) – Operationalisierung und Messung von Gesundheitskompetenz aus Sicht der Versorgungsforschung. Gesundheitswesen. 2022 Apr;84(04):e26–41. DOI:10.1055/a-1807-0853
39. De Gani SM, Guggiari E, Beese AS, Inauen A, Jaks R. Working Paper zum Careum Dialog 2023 – Gesundheitskompetenz: Schönwetterthema oder Erfolgsfaktor? 2023. [accessed 2023 Nov 24]. Available from: https://backend.careum.ch/sites/default/files/media/file/working-paper-gesundheitskompetenz.pdf
40. Jordan S, Hoebel J. Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). Bundesgesundheitsblatt. 2015 Sep;58(9):942–50. DOI:10.1007/s00103-015-2200-z
41. Schaeffer D, Berens EM, Vogt D. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Dtsch Arztebl. 2017;114(4):53–60. Available from: https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=185753
42. Loer AKM, Domanska OM, Stock C, Jordan S. Subjective generic health literacy and its associated factors among adolescents: Results of a population-based online survey in Germany. Int J Environ Res Public Health. 2020 Nov 23;17(22):8682. DOI:10.3390/ijerph17228682
43. Bollweg TM, Okan O, Freţian A, Janner C, Schulenkorf T, Kirchhoff S, Pinheiro P, Bauer U. Dimensionen der Gesundheitskompetenz von Viertklässler*innen. Prävent Gesundheitsf. 2021 Nov;16(4):296–302. DOI:10.1007/s11553-020-00822-9
44. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. Ann Intern Med. 2011 Jul 19;155(2):97–107. DOI:10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005
45. HLS-EU Consortium. Comparative report on health literacy in eight EU members states. The European Health Literacy Survey HLS-EU (second reviewed and extended version, Date July 22th, 2014). 2012. [accessed 2023 Nov 24]. Available from: https://www.hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2015/09/neu_rev_hls-eu_report_2015_05_13_lit.pdf
46. Taylor DM, Fraser S, Dudley C, Oniscu GC, Tomson C, Ravanan R, Roderick P, ATTOM investigators. Health literacy and patient outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. Nephrol Dial Transplant. 2018;33(9):1.545-1.558. DOI:10.1093/ndt/gfx293
47. World Health Organisation (WHO). Health literacy. The solid facts. Copenhagen: Regional Office for Europe; 2013. [accessed 2021 May 27]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf
48. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Agrafiotis D, Uiters E, Falcon M, Mensing M, Tchamov K, van den Broucke S, Brand H. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health. 2015 Dec;25(6):1053–8. DOI:10.1093/eurpub/ckv043
49. Mantwill S. Gesundheitskompetenz und gesundheitliche Ungleichheiten. In: Rathmann K, Dadaczynski K, Okan O, Messer M, editors. Gesundheitskompetenz. Berlin, Heidelberg: Springer; 2023. p. 1–9. (Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit).
50. World Health Organisation (WHO). Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: Volume 1. Overview. 2022. [accessed 2021 May 27]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240055391
51. Paakkari L, Okan O. COVID-19: health literacy is an underestimated problem. Lancet Public Health. 2020 May;5(5):e249–50. DOI:10.1016/s2468-2667(20)30086-4
52. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Allianz für Gesundheitskompetenz – Gemeinsame Erklärung. 2017 [accessed 2023 Nov 24]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/Erklaerungen/Allianz_fuer_Gesundheitskompetenz_Abschlusserklaerung.pdf.

53. Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik K, editors. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart; 2018.
54. Bundesamt für Gesundheit (BAG). Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020 – 2030. 2019.
55. Pelikan JM, Dietscher C, Straßmayr C. Organisationale Gesundheitskompetenz: Überblick. In: Rathmann K, Dadaczynski K, Okan O, Messer M, editors. Gesundheitskompetenz. Heidelberg: Springer; 2023. p. 687–03.
56. V. D. Knesebeck O. Soziales Kapital. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I111-2.0
57. Quilling E, Brähler-Dieling N, Kuchler M, Trojan A. Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I108-3.0
58. 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

Korrespondenz: Susanne Jordan, Robert Koch-Institut, Fachgebiet Gesundheitsverhalten (FG 27), Stv. Fachgebietsleitung FG 27 Berlin, Deutschland, E-mail: JordanS@rki.de

Zitierhinweis: Jordan S. Gesundheitskompetenz / Health Literacy. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i065-1.0

Copyright: © 2026 Susanne Jordan
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/

Gesundheitskonferenzen

Alfons Hollederer[1]
Alf Trojan[2]
[1] Fachbereich 01 Humanwissenschaften, Institut für Sozialwesen, Professur Theorie und Empirie des Gesundheitswesens, Universität Kassel, Kassel, Germany
[2] Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany

Abstract

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

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

Einleitung

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

Alte und neue Kooperationsstrukturen der Gesundheitsförderung

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

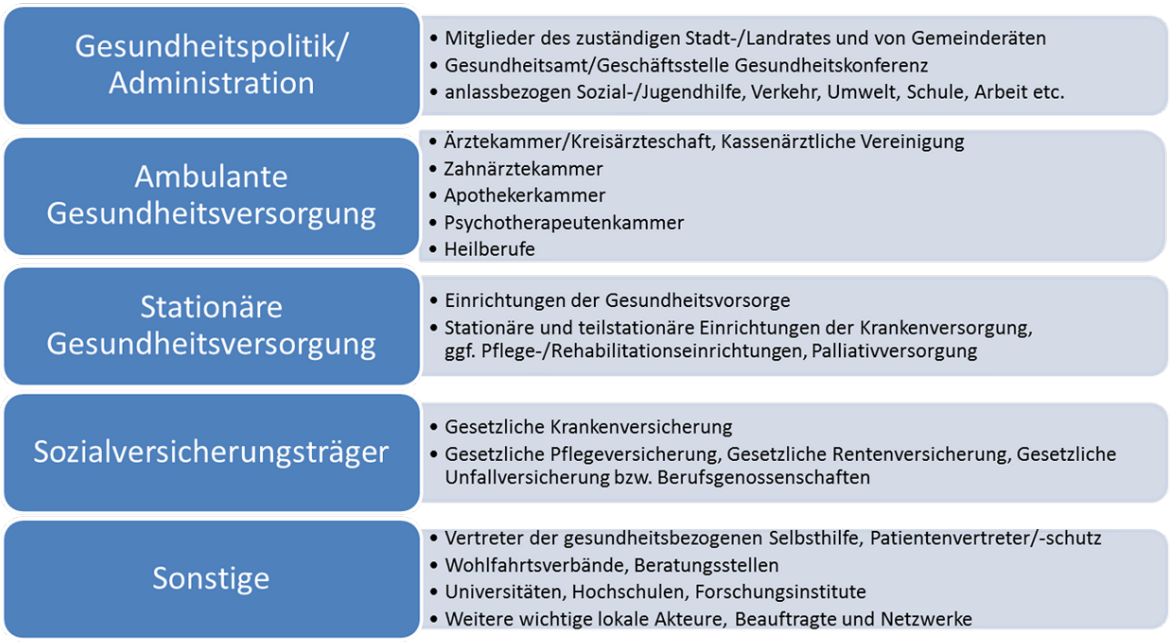


Abb. 1: Typische Gruppen von Akteurinnen und Akteuren in Gesundheitskonferenzen (Quelle: [3])

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

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

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

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

Landesgesundheitskonferenzen

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

Die Koordinationsstrukturen für Gesundheitsförderung und Prävention auf Landesebene haben

Initiierungs- und Steuerungsfunktionen für ihre Mitglieder und die Landespolitik. Landesgesundheitskonferenzen gab es zuerst in Nordrhein-Westfalen (seit 1991), dann in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt; inzwischen gibt es sie in fünf Bundesländern.

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

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

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

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

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

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

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

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

Politikbereichen gelten. Der Anspruch, Anstoß zu einer neuen Kultur gemeinsamen Handelns im Gesundheitswesen zu sein, wird erfüllt [11]. Einschränkungen sind zu machen, inwieweit und in welchen Bereichen die Landesgesundheitskonferenz als Steuerungsinstrument dient (und dienen kann) und inwieweit ihre Empfehlungen zu nachweisbaren Auswirkungen führen.

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

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

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

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

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

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

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

Kommunale Gesundheitskonferenzen

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

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

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

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

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

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

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

Beispiele guter Praxis

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

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

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

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

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

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

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

Möglichkeiten und Grenzen von Gesundheitskonferenzen

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

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

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

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

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

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

Eine präzise Ausführungsverordnung in Nordrhein-Westfalen von 1999 sollte unterstützen, dass

Empfehlungen der Gesundheitskonferenz von den Akteurinnen und Akteuren in kontrollierbarer Weise umgesetzt würden. Sie wurde jedoch 2006 von einer späteren Regierungskoalition aufgehoben, weil einzelne Kommunen die Vorgaben in den Empfehlungen als Eingriff in ihre kommunale Gestaltungsautonomie ansahen.

Eine „Zwickmühle“ besteht darin, dass die kommunalen Gesundheitskonferenzen dort erfolgreich sein können, wo es um lokale Probleme geht, andererseits viele aber nur auf höheren politischen Ebenen beeinflussbar sind (Bundesgesetzgebung, bundesweit gesteuerte Politik der sozialen Leistungsträger etc.). Zielerreichung, Prozess- und Ergebnisqualität hängen daher erheblich vom Thema bzw. den Problemlagen ab.

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

Perspektiven

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

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

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

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

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

- Ein politischer Wille und definierter Auftrag mit möglichst präziser Aufgaben- bzw. Prioritätenfestlegung
- Möglichkeiten, Ergebnisse in die kommunalpolitischen Gremien einzubringen
- Finanzielle Basisausstattung und Ressourcen (möglichst fester Etat) für Umsetzung
- Eine Geschäftsstelle/Infrastruktur bzw. ein engagiertes Gesundheitsamt
- Fachliche Kompetenz und Integrationsfähigkeit bei der Leitung der Gesundheitskonferenz
- Personelle und materielle Ressourcen

- Fähigkeiten zur Gesundheitsberichterstattung und Public Health-Wissen
- Gute Auswahl und Aufbereitung der Themen
- Neutrale, wertschätzende Sitzungsmoderation

Wenn die Gesundheitskonferenzen bundesweit eine Schlüsselrolle für die Gesundheitsförderung bekommen sollen, ist als Voraussetzung ein verbindlicheres Mandat der Gesundheitsämter und der von ihnen moderierten Gesundheitskonferenzen unabdingbar. Dieses stärkere Mandat muss mit Ressourcen, Anreizen und Sanktionsmöglichkeiten verknüpft sein. Selbstverpflichtung allein reicht als Steuerungsinstrument für Koordination, Kooperation und Maßnahmenumsetzung nicht aus. Eckpunkte eines solchen verbindlichen Mandats wären:

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

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

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

Internetadressen:

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

https://www.essen.de/leben/gesundheit/netzwerke_und_kooperationen/kgk_startseite.de.html
- Bielefeld. Kommunale Gesundheitskonferenz Bielefeld. Available from: https://www.bielefeld.de/kommunale-gesundheitskonferenz
- Duisburg. Kommunale Gesundheitskonferenz. Available from: https://www.duisburg.de/microsites/kommunale_gesundheitskonferenz/kgk/struktur.php
- hamburg.de. Pakt für Prävention. Available from: https://www.hamburg.de/politik-und-verwaltung/behoerden/sozialbehoerde/themen/gesundheit/gesundheitsfoerderung/pakt-fuer-praevention/pfp-infobroschuere-34054
- Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (hag). Umsetzung des Präventionsgesetzes: Landesrahmenvereinbarung Hamburg.
- hamburg.de. Was ist der Pakt für Prävention in Hamburg − und wer macht mit? Available from: https://www.hamburg.de/politik-und-verwaltung/behoerden/sozialbehoerde/themen/gesundheit/gesundheitsfoerderung/pakt-fuer-praevention/pfp-kooperationspapier-partner-34062

Weiterführende Literatur:

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

Literatur:

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

References

1. Hurrelmann K, Richter M. Determinanten der Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I008-2.0
2. Alayli A, Köckler H. Partnerschaften für Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I086-2.0
3. Hollederer A. Gesundheitskonferenzen in Deutschland: ein Überblick. Gesundheitswesen. 2015 Mar;77(3):161–7. DOI:10.1055/s-0033-1361109
4. Ferber C, Forschungsverbund Laienpotential P und G, editors. Gesundheitsselbsthilfe und professionelle Dienstleistungen. Berlin, Heidelberg: Springer; 1987. (Van Eimeren W, Horisberger B, editors. Gesundheitssystemforschung).
5. Grunow D. Modellhafte Erprobung komprehensiver Versorgung von Rheumakranken. In: Basler HD, Rehfisch HP, Zink A, editors. Psychologie in der Rheumatologie. Berlin, Heidelberg: Springer; 1992. p. 219–38.
6. Quilling E, Tollmann P, Brähler-Dieling N, Trojan A, Süß W. Netzwerkarbeit – Vermitteln und Vernetzen als professionelle Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I125-3.0
7. Gerlich MG, Schwarz FW, Walter U. Gesundheitsziele. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I062-3.0
8. Ministerium für Arbeit (MfAFGS) F Gesundheit und Soziales. Gesundheit für Alle: die 6 Gesundheitsziele. Zwischenbericht zur 2. Landesgesundheitskonferenz am 06.03.2002 in Magdeburg. 2001.
9. Hartung S, Rosenbrock R. Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I099-2.0
10. Ziese T, Saß AC. Gesundheitsberichterstattung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I028-2.0
11. Ministerium für Gesundheit (MGSFF) S Frauen und Familie des Landes NRW. Evaluation des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) des Landes NRW. Abschlussbericht. Hamburg, Köln; 2003.
12. Geuter G, Beiwinkel T, Oesterle L, Reyer M, Bödeker M, Haack M, Scriba S, Preuss M. Der Beitrag von Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen zu regionaler Planung und Steuerung im Gesundheitswesen – ein Überblick auf Ebene der Bundesländer. Gesundheitswesen. 2024 Jan;86(1):67–86. DOI:10.1055/a-2098-3496
13. Walter U, Volkenand K. Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland: Pflichten, Rechte und Potenziale im Kontext der kommunalen Daseinsvorsorge. Gesundheitswesen. 2016 Oct 18;79(04):229–37. DOI:10.1055/s-0042-113129
14. Hollederer A. Gesundheitsförderung und Arbeitslosigkeit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I149-3.0
15. Roller G, Wuthe J. Runde Tische, Gesundheitskonferenzen, Gesundheitsregionen – Evolutionsgeschichte eines Projektes des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Publ Health For. 2014 Dec 1;22(4):13–5. DOI:10.1016/j.phf.2014.09.014
16. Hollederer A, Stühler K. Kooperation im Gesundheitswesen: Formative Evaluation des Modellprojekts Regionale Gesundheitskonferenzen in Bayern. Gesundheitswesen. 2017 Aug;79(08/09):605–12. DOI:10.1055/s-0041-110673
17. Hollederer A, Eicher A, Pfister F, Stühler K, Wildner M. Vernetzung, Koordination und Verantwortung durch Gesundheitsregionenplus: Neue gesundheitspolitische Ansätze und Entwicklungen in Bayern. Gesundheitswesen. 2017 Aug;79(08/09):613–6. DOI:10.1055/s-0035-1555892
18. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., editor. Gesundheitsregionen Niedersachsen: Leitfaden. Hannover; 2018.

19. Knesebeck O von dem, Badura B, Zamora P, Weihrauch B, Werse W, Siegrist J. Evaluation einer gesundheitspolitischen Intervention auf kommunaler Ebene - Das Modellprojekt „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung" in Nordrhein-Westfalen. Gesundheitswesen. 2001;63(1):35–41. DOI:10.1055/s-2001-10455
20. Brandes S, Bregulls I. Zukunftsregionen Gesundheit. Kommunale Gesundheitslandschaften. Bericht zur Abschlussevaluation. Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.; 2014.
21. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW). Die Kommunale Gesundheitskonferenz in NRW. Aktualisierte Planungshilfe zur Unterstützung der Arbeit der Kommunalen Gesundheitskonferenzen. Bielefeld; 2015. [accessed 2025 Jan 3]. Available from: https://www.lzg.nrw.de/_media/pdf/service/Pub/2015_df/lzg-nrw_planungshilfe_kgk.pdf
22. Gerlinger T. Präventionsgesetz. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I092-4.0
23. GKV-Spitzenverband. Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 19. Dezember 2024. Berlin; 2024. [accessed 2025 Jan 3]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/2024-12-19_GKV-Leitfaden_Praevention_barrierefrei.pdf

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

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

Copyright: © 2026 Alfons Hollederer 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/

Gesundheitspolitik

Susanne Hartung[1]
Anja Dieterich[2]
Rolf Rosenbrock[3]

[1] Fachbereich Gesundheit Pflege Management, Professur für Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, Hochschule Neubrandenburg, Neubrandenburg, Deutschland

[2] Professur für Gesundheitswissenschaften mit dem Schwerpunkt Gestaltung von Versorgungsprozessen, Fachbereich II - Gesundheit, Erziehung und Bildung, Alice Salomon Hochschule Berlin, Berlin, Deutschland

[3] Deutschland

Abstract

Gesundheitspolitik umfasst die Gesamtheit der staatlichen und nicht staatlichen Anstrengungen und Auseinandersetzungen im Hinblick auf bevölkerungs- bzw. gruppenbezogene Interventionen zur Förderung, Erhaltung und (Wieder-)Herstellung von Gesundheit sowie zur Bewältigung von Krankheit und ihrer Folgen. In der expliziten Gesundheitspolitik im engeren Sinne geht es um die Frage, ob und wie Programme, Strukturen und Prozesse für die Prävention, Gesundheitsförderung, Krankenversorgung sowie Rehabilitation durchgeführt werden. Eine konzeptionell wünschenswerte gesundheitsförderliche Gesamtpolitik ist auch mit dem Präventionsgesetz noch lange nicht umgesetzt. Zudem gibt es aktuelle Herausforderungen sowohl für die Steuerung des deutschen Gesundheitssystems als auch für die internationale politische Zusammenarbeit für Gesundheit.

Keywords: Krankenversicherung, Gesundheitssystem, Zugang zu Gesundheitsleistungen, Gesundheitswissenschaften, Public Health, Prävention, Gesundheitsförderung, Kuration/Krankenversorgung

Einleitung

Die Gesundheitswissenschaften / Public Health [1] einschließlich der Medizin versuchen Antworten zu geben auf die Frage „Was ist gut und was ist schlecht für die Gesundheit?“ [2]. In der Gesundheitspolitik geht es um das „Ob“ und „Wie“ der Umsetzung der dazu gewonnenen Erkenntnisse in Programme, Strukturen und Prozesse (policy) sowie um die auf dem Weg zur Umsetzung stattfindenden Auseinandersetzungen (politics) im Rahmen der dafür maßgeblichen Normen, Institutionen und kulturellen Orientierungen (polity).

Gesundheitspolitik ist demnach die Gesamtheit der – keineswegs nur staatlichen – Anstrengungen und Auseinandersetzungen im Hinblick auf bevölkerungs- bzw. gruppenbezogene Interventionen zur Förderung, Erhaltung und (Wieder-)Herstellung von Gesundheit [3] sowie zur Bewältigung von Krankheit [4] und ihrer Folgen. Wesentliche Elemente der Gesundheitspolitik sind die Zielformulierung, Finanzierung, Maßnahmengestaltung, Qualitätssicherung und –entwicklung [5] (Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus). Dazu gehört auch die Gestaltung, Steuerung, Qualifizierung und Finanzierung der damit befassten Institutionen und Berufsgruppen [6].

Theorie und Praxis der Gesundheitspolitik

Das normative Ziel von Gesundheitspolitik ist die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung. Das schließt Interventionen zur Senkung von Erkrankungswahrscheinlichkeiten [7], [8] (Prävention und Krankheitsprävention; Gesundheitsförderung 1: Grundlagen) durch die Minderung pathogener Belastungen und die Förderung salutogener Ressourcen [9] (Salutogenese) ebenso ein wie die Gestaltung und Steuerung der Krankenversorgung einschließlich der Rehabilitation. Wie in der Medizin soll dabei eine Maßnahme nur dann ergriffen werden, wenn die erwünschten Wirkungen hinreichend sicher eintreten können und mögliche unerwünschte Wirkungen eindeutig übertreffen oder die unerwünschten Wirkungen insgesamt tolerabel sind.

Darüber hinaus sollen die Grundsätze der Selbstbestimmung des Individuums (z. B. durch Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger [10]), des Schutzes Benachteiligter (im Sinne von

Maßnahmen zur Chancengleichheit; Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit [11]) sowie der Empowerment/Befähigung [12] (von Individuen und von Gruppen, durch eine ermöglichende professionelle Haltung) gelten.

Gesundheitspolitik findet dort statt, wo durch die Gestaltung von Verhältnissen, Verhaltensbedingungen oder Verhaltensanreizen populationsbezogen Wahrscheinlichkeiten von Erkrankung, ihre Progredienz und Chronifizierung gesundheitsförderlich beeinflusst werden sollen. Die gilt ebenso für die Bewältigung krankheitsbedingter Einschränkungen der Lebensqualität und vorzeitigem Tod.

Gesundheit als Querschnittsthema der Politik

Konzeptionell ist eine umfassende gesundheitsförderliche Politik, verstanden als die Beeinflussung der Determinanten von Gesundheit [13] (Determinanten der Gesundheit) durch eine Zusammenarbeit verschiedener Politikbereiche (Health-In-All-Policies, „implizite“ Gesundheitspolitik, intersektorale Politik) wünschenswert. Mit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung [14] wurde Gesundheit als ein Querschnittsthema definiert, das eine Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy [15] erfordert. Seitdem haben auch in Deutschland Bemühungen um nichtmedizinische Primärprävention und Gesundheitsförderung an Kraft und Vielfalt gewonnen. Sie werden von einer Vielzahl staatlicher und zivilgesellschaftlicher Institutionen und Organisationen getragen.

Nachdem sich in der öffentlichen Diskussion Gesundheitspolitik lange Zeit auf Fragen der Steuerung und Finanzierung der Krankenversorgung reduziert hat, sind Prävention und Gesundheitsförderung inzwischen regelhafter Bestandteil der politischen Agenda. Erkennbar ist dies z. B. an dem nach jahrzehntelangem Ringen 2015 verabschiedeten Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention [16] (Präventionsgesetz – PrävG); ebenso an der breiten (und kontroversen) Diskussion zum im Oktober 2023 angekündigten neuen Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM), in das 2025 die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Teile des Robert Koch-Instituts eingegliedert werden sollen.

Bisher löst die Gesundheitspolitik den Anspruch einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik jedoch kaum ein. Relevante Politikbereiche einer impliziten Gesundheitspolitik, z. B. die Bildungs-, Arbeitsmarkt-, Verkehrspolitik oder die Klimapolitik oder Armutsbekämpfung, werden als Gesundheitspolitik im engeren Sinne als eine umfassende Health-In-All- Policies-Strategie nur zögerlich umgesetzt [17] Gesundheitsförderung 5: Deutschland; [18], [19]. Im engeren Handlungsfeld der Organisation des Gesundheitssystems ist außerdem zu beachten, dass explizite Gesundheitspolitik einen relevanten Wirtschaftszweig (über 10 % des Bruttoinlandsprodukts) reguliert – mit sehr heterogenen Akteurinnen und Akteuren und vielen in dieses Politikfeld involvierten Interessen.

Im Vergleich zu anderen Feldern der Sozialpolitik führt die hohe Komplexität der Formulierung und Umsetzung von Gesundheitspolitik dazu, dass gesundheits- und gemeinwohlbezogene Problemlösungen nicht immer im Vordergrund stehen. Gesundheitspolitische Entscheidungen werden häufig von diversen weiteren (Wirtschafts-, Status- etc.) Interessen überlagert.

Gesundheitspolitik zur Organisation des Gesundheitssystems

Explizite Gesundheitspolitik umfasst jene Regelungen und Interventionen, die sich auf die Organisation von Dienstleistungen für Kranke und Gesunde im Rahmen des Gesundheitssystems beziehen.

Im deutschen Gesundheitswesen findet sich eine Mischung aus staatlichen, verbandlichen (korporatistischen) und marktlichen Steuerungselementen. Im Gesundheitssystem ist eine Vielzahl an Akteurinnen und Akteuren mit eigenen Interessen tätig, u. a. Krankenkassen, Therapieberufe, Ärztinnen und Ärzte, Versicherte, Patientinnen und Patienten, Pflegepersonal, Krankenhäuser, Arzneimittelhersteller und Medizintechnikunternehmen [20], [21].

Seit 2009 besteht in Deutschland eine Versicherungspflicht für alle Personen. Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als Teil der sozialen Sicherung versichert ca. 90 % der Wohnbevölkerung. Die im 19. Jahrhundert wesentlich von Bismarck unter Berücksichtigung der katholischen Soziallehre und der protestantischen Leistungsethik konzipierte GKV beruht auf einem Steuerungsmodell, das auf fünf Grundentscheidungen aufbaut:

- Der Staat übernimmt die Verantwortung für die materielle Bewältigung gesundheitlicher und sozialer Notlagen. Er fungiert gewissermaßen als Ausfallbürge.
- Zugleich entlastet sich der Staat weitgehend von Steuerungs- und Gestaltungsaufgaben in der

GKV durch Delegation nach dem Grundsatz der Selbstverwaltung: Die konkrete Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung erfolgt durch Krankenkassen. Sie sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts weder unmittelbar staatliche Einrichtungen, noch gehen sie einem privaten Erwerbszweck nach. Vielmehr sind sie als „mittelbare Staatsverwaltung“ einem gesetzlich definierten, öffentlichen Auftrag verpflichtet. In dieser Funktion haben sie durch Organe der Selbstverwaltung, zusammengesetzt aus Versicherten und Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern, Entscheidungskompetenzen z. B. im Hinblick auf organisationbezogene Fragen, satzungsmäßige Mehrleistungen oder die Festlegung des Beitragssatzes. Hiervon zu unterscheiden ist die Gemeinsame Selbstverwaltung: Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhausgesellschaften arbeiten hier auf Bundesebene und in gemeinsamer Verantwortung zur Konkretisierung gesetzlicher Rahmenvorgaben zur Gesundheitsversorgung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zusammen.

- Die Beiträge werden nicht nach dem individuellen Risiko, sondern nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit (in Form eines festen Prozentsatzes vom Bruttoeinkommen) erhoben (Solidarprinzip). Sie sind seit 2019 wieder paritätisch von den Versicherten und von den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern zu zahlen. Dadurch entsteht ein dauernder Ausgleich nicht nur zwischen Gesunden und Kranken, sondern auch zwischen Arm und Reich, Jung und Alt, Männern und Frauen, Alleinlebenden und Familien. Ein Sonderstatus kommt dabei Beschäftigten mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze, Selbstständigen sowie Beamtinnen und Beamten zu, die privat versichert sind und dadurch nicht am Solidarprinzip teilnehmen. Die Besonderheit des deutschen Gesundheitssystems, dass für bestimmte Bevölkerungsgruppen eine Möglichkeit zur privaten Krankenvollversicherung (PKV) besteht, ist Gegenstand gesundheitspolitischer Auseinandersetzungen.
- Im direkten Verkehr zwischen Trägerinnen und Trägern der Krankenversorgung und Patientinnen und Patienten soll Geld keine Rolle spielen. Auch ist die GKV mit ihrer Nachfragemacht (und nicht die Patientinnen und Patienten) Vertragspartnerin der Leistungserbringer und damit zuständig für die Umsetzung des Leistungskatalogs und die Qualitätssicherung (Sachleistungsprinzip).
- Inhalt, Mengen und Preise der Leistungen des Krankenversorgungssystems werden in Verhandlungen zwischen den Verbänden der Leistungserbringenden und den Krankenkassen festgelegt (Gemeinsame Selbstverwaltung, Korporatismus). Kommen sie nicht zu einer Einigung, entscheidet der Staat.

Trotz vielerlei Modifikationen und Beschädigungen hat sich dieses Modell als außerordentlich robust und entwicklungsfähig erwiesen; es steht aber unter dauerndem Veränderungsdruck [22]. Dabei werden immer wieder marktförmige und die Solidarität untergrabende Systemwechsel diskutiert. Zu beobachten ist eine sich andeutende Annäherung (Konvergenz) der Versicherungssysteme durch Reformen der jüngeren Vergangenheit – mit ambivalenter Bedeutung: einerseits wurden GKV-Prinzipien in die PKV eingeführt (z. B. ein obligatorischer Basistarif) andererseits gibt es Privatisierungstrends in der am Grundprinzip der Solidarität orientierten GKV.

Der Präventionsauftrag

Die GKV hat seit 1989 einen begrenzten und mehrfach modifizierten Präventionsauftrag. Nach mehreren Anläufen (2005 und 2008) ist es mit dem im Juni 2015 verabschiedeten Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) [17] (Gesundheitsförderung 5: Deutschland) gelungen, dem Regelungsbedarf im Hinblick auf Zuständigkeiten, Finanzierung, Qualitätssicherung und -entwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung durch ein Bundesgesetz Rechnung zu tragen. Damit wurde diesem zentralen Feld einer nachhaltigen Gesundheitspolitik mehr Bedeutung verliehen, die seitdem aber noch stärker praktisch umgesetzt werden muss.

Das Präventionsgesetz zielt insbesondere auf die Stärkung gesundheitsförderlicher Lebenswelten durch Kommunale Gesundheitsförderung [23], die als intersektorale und ressortübergreifende Zusammenarbeit verstanden wird und einem integrierten Handlungskonzept folgen soll. Die Krankenkassen sollen hierfür zusammenarbeiten.

Ein Rahmen für diese abgestimmte Zusammenarbeit ist das GKV-Bündnis für Gesundheit, eine gemeinsame Initiative der gesetzlichen Krankenkassen. Es hat das Ziel, die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten zunächst durch die Förderung von Strukturaufbau und Vernetzung sowie durch die Analyse von empfehlenswerten gesundheitsförderlichen Konzepten zu unterstützen.

Aktuelle Herausforderungen deutscher Gesundheitspolitik

Im Hinblick auf die internationale Organisation und Finanzierung der Krankenversorgung bestehen in der Gesundheitspolitik die Alternativen „staatlich-steuerfinanziert“ (v. a. Skandinavien, Großbritannien), „beitragsfinanzierte Sozialversicherung“ (v. a. Zentraleuropa einschließlich Deutschland) und „marktwirtschaftlich“ (v. a. USA). Kein System besteht in reiner Form. Nur primär staatliche Systeme mit einem Sozialversicherungssystem haben bislang die Zivilisationsstufe erreicht, auf der jeder Mensch unabhängig von seinem sozialen Status und seinen finanziellen Ressourcen Zugang zu einer vollständigen und qualitativ hochwertigen medizinischen Krankenversorgung haben soll.

Doch auch in Deutschland ist das Recht auf Gesundheit, dem sich Deutschland völkerrechtlich u. a. mit dem UN-Sozialpakt verpflichtet hat, noch nicht vollständig gewährleistet. Trotz Einführung der Versicherungspflicht gibt es immer noch Menschen, die keine Krankenversicherung haben oder von Zugangsbarrieren betroffen sind, z. B. Menschen mit hohen Schulden, Obdachlose sowie verschiedene Gruppen von Migrantinnen und Migranten.

2019 hatten nach den Daten des Mikrozensus 61.000 und damit weniger als 0,1 % der Bevölkerung keinen Krankenversicherungsschutz [24]. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2020) waren zu dem Zeitpunkt 39.000 Männer und 22.000 Frauen nicht krankenversichert. 52.000 nicht-krankenversicherte Personen hatten im Befragungsjahr 2019 einen Schulabschluss und 32.000 einen berufsqualifizierenden Ausbildungsabschluss. 25.000 Personen waren Erwerbstätige, 10.000 erwerbslos, 26.000 Personen waren Nichterwerbspersonen, d. h. in Rente oder in Ausbildung befindlich. Darüber hinaus waren ca. 0,4 % der Selbstständigen sowie 0,8 % der Erwerbslosen betroffen sind.

Es ist von einer vielfach höheren Dunkelziffer zwischen einer halben und einer Million nicht krankenversicherten Personen auszugehen, da solche ohne festen Wohnsitz im Mikrozensus unterrepräsentiert sind [25]. Nach der Statistik der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosigkeit (BAG W) waren im Jahr 2020 fast 16 % der rund 256.000 wohnungslosen Menschen (ohne Geflüchtete) nicht krankenversichert. Hinzu kommen deutsche Staatsbürgerinnen und Staatsbürger (aufgrund von Insolvenzen oder Einkommensausfällen sind auch EU-Bürger betroffen), die über keine sozialversicherungspflichtige Anstellung verfügen und Personen aus Drittstaaten ohne aufenthaltsrechtlichen Status.

Steuerungsprobleme

Ungelöst ist v. a., dass die für die Akutversorgung gewachsenen Strukturen und Prozesse der Gesundheitsversorgung nicht in der Lage sind, Menschen mit chronischen Erkrankungen bedarfsgerecht und sektorenübergreifend zu versorgen. Kritisiert wird neben der unzureichenden Koordination und Teilhabeorientierung insbesondere die Dominanz der Interessen der Leistungsanbieter (z. B. Einrichtungsträger, berufspolitische Akteure, Pharmaindustrie) im System. Die im internationalen Vergleich stark ausgeprägte, historisch gewachsene Arztzentrierung des Gesundheitssystems schränkt die Wirkungsmöglichkeiten anderer Gesundheitsberufe ein (v. a. Pflege, Sozialarbeit, Therapieberufe). Dies gilt ebenso für die Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung [26].

Zwar werden die Steuerungsprobleme, die eine nahtlose Gestaltung von Hilfepfaden hemmen, aktuell z. B. am Anlass der Krankenhausvergütung in Form von Fallpauschalen (DRG) diskutiert (Reformansätze zur Überwindung der Sektorengrenze in den ambulanten Bereich). Sie werden jedoch bisher nicht patientinnen- und patientenorientiert besprochen in dem Sinne, dass die Versorgung verbindlich auch über das SGB V hinaus integriert wird [27].

Erschwert werden Reformversuche zur Verringerung bzw. Lösung dieser Probleme v. a. durch drei übergeordnete Trends:

- Infolge einer kontinuierlichen Abnahme des Anteils der Lohn- und Gehaltseinkommen am Bruttoinlandsprodukt und durch den demographischen Wandel (Einnahmedefizit) steigen die Versicherungsbeiträge, die v. a. im Hinblick auf die Beitragsanteile der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber (Arbeitskosten, „Lohnnebenkosten“, „Standortsicherung“) thematisiert werden. Auf welche Weise die durch die Alterung der Bevölkerung und des medizinisch-technischen Fortschritts auftretenden Kostensteigerungen im GKV-System beherrscht werden können, ist Gegenstand von gesundheitspolitischen Debatten, z. B. mit Reformvorschlägen zum Einbezug anderer Einkommensarten. Aktuell zeigen sich Tendenzen, die Kosten durch Streichung auch medizinisch notwendiger Leistungen, also durch (verdeckte) Rationierung, bzw. durch erhöhte Direktzahlungen der Patientinnen und Patienten zu senken. Sozial benachteiligte Gruppen, die

ohnehin ein wesentlich erhöhtes Erkrankungsrisiko haben, werden dadurch weiter benachteiligt.

- Seit den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts werden dem Markt und der wirtschaftlichen Konkurrenz in den dominanten Sektoren von Wissenschaft, Politik und Gesellschaft nahezu unbegrenzte Problemlösungskapazitäten zugeschrieben. In der Gesundheitspolitik einschließlich der Prävention besteht das zentrale Verteilungsproblem aber darin, dass Menschen mit der geringsten Kaufkraft zugleich auch den höchsten Bedarf an Gesundheitsleistungen haben, weshalb Marktsteuerung in einem grundsätzlichen Konflikt mit dem Ziel der Chancengleichheit (equity) steht.
- Schließlich spielen für die Weiterentwicklung gemeinwohl- und teilhabeorientierter Gesundheitsdienstleistungen aktuelle Diskurse zur Evidenzbasierung oder Wirkungsorientierung eine ambivalente Rolle: Die Orientierung der Praxis an empirischer Forschung kann der Professionalisierung der Fachkräfte dienen und deren Arbeit legitimieren. Eine solche fachliche Reflexion erfordert eine differenzierte, auch forschungsmethodologisch breit angelegte Wissensbasis. Wenn jedoch der Ansatz der Evidenzbasierung [28] (Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 1: Verständnis) mit einem verwaltungstechnischen Programm wettbewerbsorientierter und an Kosten-Nutzen-Kriterien ausgerichteter Steuerung verbunden wird, droht eine Einengung professioneller Praxis und ihrer Ermessensspielräume. Partizipatives und an Empowerment orientiertes professionelles Handeln kann dazu führen, dass nicht immer diejenigen Maßnahmen ausgewählt werden, die nach dem im Gesundheitssystem dominierenden naturwissenschaftlichen, quantitativ-statistischen Forschungsparadigma bereits auf ihre Effizienz und Effektivität untersucht worden sind. Hier ist Wirkungsforschung nötig, die Faktoren wie die Beteiligung der Adressatinnen und Adressaten, fallspezifische Kontexte und die Komplexität von Entscheidungsfindungen berücksichtigt. Nur so können z. B. sozialraumbezogene, systemische Interventionen, die in Handlungsfeldern wie der Primärprävention oder der sektorenübergreifenden Versorgung fachlich als hochplausibel und erstrebenswert gelten, in ihrer Wirkung erfasst werden. Die Diskurse um Wirkungsorientierung, die Fragen nach der Wirksamkeit, die Auswahl von Methoden und die Festlegung auf Erfolgsindikatoren sind damit nicht neutral, sondern stehen im engen Zusammenhang zu den jeweiligen aktuellen politischen Interessen wohlfahrtsstaatlicher Steuerung.

Einflüsse internationaler Gesundheitspolitik

Auf eine bessere Politiksteuerung im Sinne der genannten Herausforderungen für Deutschland zielt auch das europäische Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“. Mit dessen Hilfe wird seitdem versucht, Einflussfaktoren zu verändern, um die Gesundheit im nationalen aber auch im europäischen Kontext zu beeinflussen. Die politische Rahmenstrategie sieht eine Zusammenarbeit der europäischen Regierungen vor und hält Gesundheitsministerien dazu an, eine Vielzahl gesellschaftlicher Akteure zur Erhaltung und Förderung von Gesundheit zusammenzubringen. Auf internationaler Ebene ist zudem der WHO-Ansatz der „Essential Public Health Operations“ (EPHOS) [29] mit der Definition von zehn Public Health Kernbereichen zu nennen, mit denen Gesundheit als politische Querschnittsaufgabe konzipiert werden soll. Niederschlag in der nationalen Politik finden solche Strategien z. B. in der vom Zukunftsforums Public Health erarbeiteten und durch das Robert Koch-Institut moderierten Public Health-Strategie für Deutschland, die sich an den EPHOS orientiert [30].

Im Zuge der Globalisierung lässt sich eine verstärkte Bezugnahme nationaler Gesundheitspolitik auf internationale Entwicklungen beobachten, z. B. in der Strategie der Bundesregierung für eine Globale Gesundheitspolitik [31] und der Stärkung global orientierter zivilgesellschaftlicher Gesundheitspolitik-Akteure z. B. mit dem Aufbau der Deutschen Plattform für Globale Gesundheit.

Insgesamt ist zur Beurteilung gesundheitspolitischer Entwicklungstendenzen von der vielfach belegten Erfahrung auszugehen, dass Gesundheit zwar ein moralisch stark klingendes Motiv ist, es kann sich aber in der politischen Auseinandersetzung nur selten gegen konkurrierende Werte wie Gewerbefreiheit, Wirtschaftswachstum etc. durchsetzen. Die aktuelle und öffentlich ausgetragene Auseinandersetzung um den Klimaschutz verdeutlicht dies eindrücklich.

Die Auswertung zum Umgang mit dem neuartigen Coronavirus ist noch nicht abgeschlossen (Stand April 2024). Die Geschichte der Gesundheitspolitik zeigt aber, dass es zu gesundheitspolitischen Fortschritten und zielführenden Innovationen regelmäßig nur dann kommt, wenn sich das Gesundheitsmotiv mit einem anderen, handlungsmächtigeren Motiv (z. B. Produktivität, Bürgerrechte) verbindet und/oder wenn sich starke soziale Bewegungen des jeweiligen Themas annehmen und in möglichst breiten Koalitionen „gegentendenzielle“ Projekte oder Politiken durchsetzen.

Internetadressen:

- Deutsche Plattform für Globale Gesundheit. Available from: https://www.plattformglobalegesundheit.de
- GKV-Bündnis für Gesundheit. Available from: https://www.gkv-buendnis.de
- Zukunftsforum Public Health. Available from: https://www.zukunftsforum-public-health.de

Literatur:

- World Health Organization (WHO). Gesundheit 2020: sozialer Schutz und Gesundheit. 2015. [accessed 2024 Apr 9]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363289/WHO-EURO-2015-6165-45930-66210-ger.pdf

References

1. 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
2. Kolip P, Razum O, editors. Handbuch Gesundheitswissenschaften. 7 edn. Weinheim: Belz Juventa; 2020.
3. Franzkowiak P, Hurrelmann K. Gesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i023-2.0
4. Fangerau H, Franzkowiak P. Krankheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i069-2.0
5. Hartung S, Rosenbrock R. Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i099-2.0
6. Gerlinger T, Rosenbrock R. Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 4 edn. Bern: Hogrefe; 2024.
7. 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
8. 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
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
10. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
11. 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
12. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i10-3.0
13. 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
14. World Health Organization (WHO). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. 1986. [accessed 2024 Mar 15]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349654/WHO-EURO-1986-40

44-43803-61669-ger.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. 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
16. 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
17. 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
18. Gerlinger T. Nachhaltigkeit in der Gesundheitspolitik. In: Hartung S, Wihofszky P, editors. Gesundheit und Nachhaltigkeit. Berlin, Heidelberg: Springer; 2024. (Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit).
19. Kickbusch I, Hartung S. Die Gesundheitsgesellschaft. Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik. 2 edn. Bern: Hogrefe; 2014.
20. Simon M. Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 7 edn. Bern: Hogrefe; 2021.
21. Schwartz FE, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Busse R, Amelung V. Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 4 edn. München: Urban & Fischer; 2024.
22. Reiter R, editor. Sozialpolitik aus politikfeldanalytischer Perspektive. Eine Einführung. Wiesbaden: Springer; 2017.
23. Quilling E, Leimann J, Tollmann P. Kommunale 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-i043-1.0
24. Statistisches Bundesamt (Destatis). Sozialleistungen. Angaben zur Krankenversicherung. Ergebnisse des Mikrozensus 2019. Wiesbaden; 2020. [accessed 2024 Feb 15]. (Fachserie 13; 1.1). Available from: https://www.destatis.de/DE/Service/Bibliothek/_publikationen-fachserienliste-13.html
25. Kurz C. Menschen ohne Krankenversicherung: Ein oft übersehenes Problem. Dtsch Arztebl. 2022 [accessed 2024 Feb 15];119(41). Available from: https://www.aerzteblatt.de/archiv/228031/Menschen-ohne-Krankenversicherung-Ein-oft-uebersehenes-Problem
26. 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
27. Dieterich A, Braun B, Gerlinger T, Simon M, editors. Geld im Krankenhaus – Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Fallpauschalensystems. Wiesbaden: Springer; 2019.
28. De Bock F, Dietrich M, Rehfuess E. Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 1: Verständnis. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i017-1.0
29. World Health Organization (WHO). The 10 essential public health operations. 2020. [accessed 2024 Apr 9]. Available from: https://who-sandbox.squiz.cloud/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations
30. Zukunftsforum Public Health. Eckpunkte einer Public-Health-Strategie für Deutschland. 2021. [accessed 2024 Feb 15]. Available from: https://www.zukunftsforum-public-health.de/public-health-strategie
31. Bundesministerium für Gesundheit (BMG), editor. Strategie der Bundesregierung zur globalen Gesundheit. Verantwortung – Innovation – Partnerschaft: Globale Gesundheit gemeinsam gestalten. Berlin; 2020. [accessed 2024 Feb 15]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/GlobaleGesundheitsstrategie_Web.pdf

Korrespondenz: Prof. Dr. Susanne Hartung, Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Gesundheit Pflege Management, Professur für Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, Brodaer Str. 2, 17033 Neubrandenburg, Deutschland, E-mail: hartung@hs-nb.de

Zitierhinweis: Hartung S, Dieterich A, Rosenbrock R. Gesundheitspolitik. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i058-1.0

Copyright: © 2026 Susanne Hartung 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/

Gesundheitsschutz

Joseph Kuhn[1,2]
Andreas Böhm[3]

[1] Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim, Deutschland

[2] Pettenkofer School of Public Health

[3] Immanuel Klinik Rüdersdorf, Universitätsklinikum, Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Rüdersdorf bei Berlin, Deutschland

Abstract

Der Gesundheitsschutz umfasst konkret definierte und gesetzlich geregelte Maßnahmen zur Abwehr von Gefahren für das Leben oder die Gesundheit der Menschen. Vorsorge-, Verursacher- und Kooperationsprinzip bilden die Handlungsgrundlagen des Gesundheitsschutzes, der sich in nahezu alle Lebensbereiche erstreckt. So spielt er etwa in den Bereichen Arbeitsschutz, Infektionsschutz, Katastrophenschutz, Verbraucherschutz, Verkehrssicherheit oder Überwachung von Gesundheitsberufen eine wesentliche Rolle.

Keywords: Arbeitsschutz, Infektionsschutz, Trinkwasserschutz, Arzneimittelsicherheit, Lebensmittelsicherheit

Einleitung

Unter dem Begriff Gesundheitsschutz werden Maßnahmen verstanden, die der Abwehr von Gefahren für das Leben oder die Gesundheit der Menschen dienen und die in der Regel auf einer rechtlichen Grundlage beruhen. Aus diesen beiden Definitionsmerkmalen lassen sich bereits einige Abgrenzungen zur Gesundheitsförderung ablesen. Anders als der Gesundheitsförderung liegt dem Gesundheitsschutz ein pathogenetischer, d. h. auf krankmachende Faktoren orientierter Handlungsansatz zugrunde [1] (Salutogenese). Des Weiteren ist der Gesundheitsschutz durch Handlungspflichten geprägt, d. h. es wird in die Privatsphäre von Menschen bzw. die Gestaltungsautonomie von Institutionen eingegriffen. Daher ist eine differenzierte Rechtsgrundlage für diese Eingriffe erforderlich, die es in dieser Form für die Gesundheitsförderung nicht gibt.

Geschichte des Gesundheitsschutzes

Historisch ist der Gesundheitsschutz vor allem durch eine gesundheitspolizeiliche Tradition geprägt. Maßnahmen des Gesundheitsschutzes wurden ursprünglich nicht eingeführt, um die Gesundheit des Individuums zu schützen, sondern um die öffentliche Ordnung aufrechtzuerhalten, vor allem im Hinblick auf den Ausbruch von Seuchen. Vorschriften zur Seuchenbekämpfung gehören zu den ältesten Gesundheitsschutzmaßnahmen; sie finden sich bereits im Altertum, beispielsweise in der Bibel. Einen Aufschwung haben gesundheitspolizeiliche Maßnahmen ab dem Mittelalter im Zusammenhang mit den Pestepidemien erfahren, z. B. etwa im Hinblick auf die Einführung von Quarantänemaßnahmen und Hygienevorschriften.

Die im Industriezeitalter entstandene Ausdifferenzierung des Gesundheitsschutzes sowie der mit dem Aufstieg des Bürgertums verbundene größere Stellenwert der körperlichen Unversehrtheit des Individuums führten zu einem Begründungswandel des Gesundheitsschutzes: weg von der Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung, hin zum Schutz der Gesundheit der Einzelnen. Aus der Geschichte des Gesundheitsschutzes erklärt sich, warum die staatliche Gesundheitsverwaltung früher bei den Innenministerien – also den Polizeiministerien – angesiedelt war. Selbstständige Gesundheitsministerien sind historisch neuen Datums. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt es z. B. erst seit 1961.

Gesundheitsschutz als staatliche Sorge

In Deutschland ergibt sich die Verpflichtung des Staates, für Maßnahmen des Gesundheitsschutzes Sorge zu tragen, aus dem Grundgesetz: Demnach sind Leben und Gesundheit des Einzelnen nach Art. 2 Abs. 2 GG („Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“) zu schützen. Die Gesetzgebungskompetenz liegt dabei sowohl beim Bund als auch bei den Ländern.

Zudem sind inzwischen für viele Bereiche des Gesundheitsschutzes EU-Vorschriften richtungsweisend, vom Arbeitsschutz bis hin zur Lebensmittelsicherheit. Artikel 168 Absatz 1 des „Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV)“ sieht vor, dass bei allen Unionspolitiken „ein hohes Maß an Gesundheitsschutzniveau sichergestellt“ wird, auch wenn die Verantwortung der Mitgliedsstaaten für die Gesundheitspolitik, die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung gewahrt bleiben muss (Art. 168 Abs. 7 AEUV).

Maßnahmen des Gesundheitsschutzes

Ziel von Maßnahmen des Gesundheitsschutzes sind heute nahezu alle Bereiche des Lebens. Zu nennen sind zum Beispiel:

- Arbeitsschutz (bezüglich Arbeitsstätten, Arbeitsplätze, Arbeitsmittel, Arbeitszeiten etc.)
- Gesundheitlicher Verbraucherschutz (zur Sicherheit von Lebensmitteln, Produkten, Arzneimitteln etc., künftig vermehrt auch von Gesundheitsdatenschutz)
- Umweltbezogener Gesundheitsschutz (bezüglich Immissionsschutz, Strahlenschutz, Anlagensicherheit, Betriebssicherheit etc.)
- Infektionsschutz
- Katastrophenschutz
- Verkehrssicherheit
- Überwachung der Gesundheitsberufe

Dabei folgt man im Wesentlichen drei Handlungsprinzipien (Tab. 1).

Vorsorgeprinzip	Die Gefahren sollen erkannt und abgewendet werden, bevor sie Schaden verursacht haben.
Verursacherprinzip	Die Verantwortung für die Gefahrenabwehr soll nach Möglichkeit der Verursacher tragen.
Kooperationsprinzip	Behörden, Verursacher und andere Beteiligte wirken bei der Gefahrenabwehr zusammen.

Tab. 1: Primäre Handlungsprinzipien des Gesundheitsschutzes

Bereiche des Gesundheitsschutzes

Um diese Handlungsprinzipien zu verdeutlichen, werden fünf Bereiche des Gesundheitsschutzes im Folgenden exemplarisch beschrieben: Arbeitsschutz, Infektionsschutz, Trinkwasserschutz, Lebensmittelhygiene, Überwachung von Arzneimitteln und Medizinprodukten.

1 Arbeitsschutz

Der Begriff umfasst nach § 2 Abs. 1 des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) von 1996 (seitdem mehrmals geändert bzw. angepasst an europäische Regelungen) „Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen bei der Arbeit und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren einschließlich Maßnahmen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit“. In zahlreichen Einzelvorschriften des Arbeitsschutzrechts sind in Konkretisierung dieser Rahmenvorschrift z. B. Regelungen zur Gestaltung von Arbeitsstätten, zum Umgang mit Gefahrstoffen, zur Handhabung von Lasten, zum Schutz besonderer Personengruppen (Schwangere,

Jugendliche etc.) oder zur Dauer der Arbeitszeit getroffen. Normadressaten des Arbeitsschutzgesetzes und der anderen Rechtsvorschriften sind im Wesentlichen Arbeitgeber, weil sie auf der betrieblichen Ebene in erster Linie für die Sicherstellung des Arbeitsschutzes verantwortlich sind.

Auf der überbetrieblichen Ebene ist das deutsche Arbeitsschutzsystem von einem Dualismus zwischen staatlichem Arbeitsschutz und selbstverwaltetem Arbeitsschutz durch die Unfallversicherungsträger geprägt. Das 7. Buch des Sozialgesetzbuches (SGB VII) enthält für die Unfallversicherungsträger weitreichende Pflichten zur Prävention, die über die entschädigungsrelevanten Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten hinaus auch die arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren betreffen. Als Rahmen der Verständigung der Akteurinnen und Akteure auf gemeinsame Arbeitsschutzziele wurde 2008 im Arbeitsschutzgesetz und im SGB VII die „Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie“ festgelegt.

Das Arbeitsschutzgesetz schreibt für den modernen Arbeitsschutz eine problemorientierte Vorgehensweise vor, d. h. Arbeitgeber sollen sich einen Überblick über die gesundheitlichen Gefährdungen an den Arbeitsplätzen verschaffen, diese in ihrer Relevanz beurteilen und festlegen, ob und welche Maßnahmen als Abhilfe vorzusehen sind (§ 5 ArbSchG). Damit soll vermieden werden, dass sich Arbeitgeber in ihrem Arbeitsschutzhandeln lediglich auf das Einhalten formaler Arbeitsschutzvorschriften konzentrieren und die tatsächliche Gefährdungssituation im Betrieb in den Hintergrund tritt. Für die Beschäftigten sieht das Arbeitsschutzgesetz sowohl Mitwirkungsrechte als auch Mitwirkungspflichten im Bereich Arbeitsschutz vor.

Eine wichtige Vorschrift zur Organisation des innerbetrieblichen Arbeitsschutzsystems stellt das Arbeitssicherheitsgesetz von 1973 dar. Es legt fest, dass die Betriebe Betriebsärzte bzw. -ärztinnen und Fachkräfte für Arbeitssicherheit verpflichten müssen. Den zeitlichen Betreuungsumfang legen die Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaften) in ihren Unfallverhütungsvorschriften fest. In Kleinbetrieben ergeben sich aus dem relativ geringen Betreuungsumfang erhebliche Probleme in der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung. Hierzu befinden sich neue Formen der Kleinbetriebsbetreuung in der Umsetzung (z. B. das „Unternehmermodell“).

Für die Weiterentwicklung des Arbeitsschutzes spielen heute zum einen internationale Standards eine immer wichtigere Rolle – sie werden vor allem durch EU-Vorschriften allen Mitgliedsländern einheitlich vorgegeben. Zum anderen kommt der Arbeitsschutzforschung große Bedeutung zu, getragen z. B. durch arbeitsmedizinische Institute an Hochschulen, Forschungsinstitute der Unfallversicherungsträger oder durch staatliche Forschungseinrichtungen wie z. B. der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).

2 Infektionsschutz

Mit dem Infektionsschutzgesetz (IfSG, Gesetz zur Neuordnung seuchenrechtlicher Vorschriften) aus dem Jahr 2000 (in Kraft getreten 2001) soll übertragbaren Krankheiten vorgebeugt, Infektionen frühzeitig erkannt und ihre Weiterverbreitung verhindert werden. Zu den Aufgaben verschiedener Akteurinnen und Akteure im Infektionsschutz siehe Tab 2.

Akteure	**Aufgaben**
Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen und Krankenhäuser	Diagnose, Therapie, Belehrung, Beratung, Meldung an die Gesundheitsämter bei meldepflichtigen Krankheiten, Impfungen.
Labore	Meldung an die Gesundheitsämter bei meldepflichtigen Nachweisen von Krankheitserregern.
Gesundheitsämter	Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten, Belehrung zu hygienisch zweckmäßigen Verhaltensweisen, Ermittlung des Impfstatus und Schließen von Impflücken, Trinkwasser-, Schwimmbeckenwasser- und Badegewässerüberwachung, Überprüfung von Hygienestandards z. B. in Krankenhäusern, Pflege- und Gemeinschaftseinrichtungen.

Obere und oberste Landesbehörden	Prüfung und Bewertung von Verdachts-, Erkrankungs- oder Todesfällen und Nachweisen von Krankheitserregern. Beratung und Unterstützung der Gesundheitsämter, Auswertung der Meldedaten und Bereitstellung der Auswertungen für die Gesundheitsämter.
Robert Koch Institut (RKI)	Konzeptionen zum Infektionsschutz, Erstellung und Fortschreibung von Falldefinitionen für die Bewertung von Verdachts-, Erkrankungs- oder Todesfällen und Nachweisen von Krankheitserregern, Beratung auf Ersuchen der obersten Landesgesundheitsbehörden, Richtlinien zum vorbeugenden Gesundheitsschutz, Auswertung von Meldedaten und Bereitstellung der Daten für verschiedene Akteurinnen und Akteure, Zusammenarbeit mit dem European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Tab. 2: Akteurinnen und Akteure und ihre Aufgaben im Infektionsschutz (Beispiele)

Infektionsschutz ist nie nur eine Frage der Vermeidung von Infektionskrankheiten, sondern eine Public Health-Herausforderung für die gesamte Gesellschaft. Dies ist in der Coronakrise deutlich geworden durch die Folgen für Schulen, die Wirtschaft, die Situation in den Heimen, in der eingeschränkten Verfügbarkeit von Versorgungseinrichtungen und durch die mit der Pandemie und den Infektionsschutzmaßnahmen verbundenen gravierenden psychischen Belastungen.

Weitere wichtige Institutionen mit Aufgaben beim Infektionsschutz, deren Rechtsgrundlage in anderen Vorschriften als dem Infektionsschutzgesetz geregelt ist, sind z. B. die Behörden der Lebensmittel- und Veterinärüberwachung oder die Arbeitsschutzbehörden. Neben den hier genannten Maßnahmen gibt es einen individuellen Spielraum für den Infektionsschutz, z. B. sich impfen lassen, Beachtung von Hygieneregeln und eine gesunde Lebensweise, die die allgemeine Infektabwehr stärkt.

3 Trinkwasserschutz

Wichtige gesetzliche Grundlagen des Trinkwasserschutzes sind §§ 37–40 des Infektionsschutzgesetzes und die Trinkwasserverordnung (TrinkwV), mit der die EG-Richtlinie Trinkwasser umgesetzt wird. In der Trinkwasserverordnung werden u. a. die Anforderungen an Wasser für den menschlichen Gebrauch (Trinkwasser) festgelegt, die Pflichten der Wasserversorgungsunternehmen sowie die Pflichten und Rechte der Gesundheitsämter als zuständiger Überwachungsbehörde.

Die TrinkwV vom Juni 2023 ist unter anderem an einem risikobasierten Trinkwasserschutz orientiert, führt neue Parameter ein (u. a. für die Industriechemikalien der per- und polyfluorierten Alkylsubstanzen, PFAS) und legt niedrigere Grenzwerte für Schadstoffe wie Chrom, Arsen und Blei fest. Wasserversorger sind verpflichtet, einer Strategie der Risikoabschätzung zu folgen und die gesamte Wasserversorgungskette von der Wassergewinnung und -aufbereitung über die Speicherung und Verteilung bis hin zur Trinkwasserentnahme zu kontrollieren.

Trinkwasser muss frei von Krankheitserregern, genusstauglich und rein sein (TrinkwV). Dieses Erfordernis gilt als erfüllt, wenn bei der Förderung, Aufbereitung und Verteilung die allgemein anerkannten Regeln der Technik und die mikrobiologischen und chemisch/physikalischen Grenzwerte/Anforderungen eingehalten sind. Die Qualität des Trinkwassers wird in vorgeschriebener Weise in Eigenkontrollen durch die Wasserversorgungsunternehmen und durch amtliche Kontrollen der Gesundheitsämter überwacht. Maßnahmen für den Fall der Nichteinhaltung von Grenzwerten/Anforderungen sind in der TrinkwV ebenfalls festgelegt. Die Verantwortung der Gesundheitsämter hat sich mit der novellierten TrinkwV erhöht. Die Verbraucherinnen und Verbraucher sind über die Qualität des Wassers durch die Wasserversorgungsunternehmen zu informieren.

4 Lebensmittelsicherheit und -hygiene

Ein zunehmend wichtiger Bereich des gesundheitlichen Verbraucherschutzes betrifft die gesundheitliche Unbedenklichkeit von Lebensmitteln, z. B. im Hinblick auf lebensmittelbedingte Infektionen, Kontaminanten, Rückstände (z. B. Pestizide), Fremdkörper oder problematische Inhaltsstoffe.

Auf europäischer Ebene wurde 2002 die EU-Basisverordnung zum Lebensmittelrecht (Verordnung [EG] Nr. 178/2002) erlassen, die allgemeinen Grundsätze des Lebensmittelrechts, die Einrichtung der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit und einige Verfahrensfragen (Schnellwarnsystem, Krisenmanagement und Notfälle) regelt. Im sogenannten „Hygienepaket“ wurden 2004 verschiedene EU-Verordnungen erlassen (VO [EG] Nr. 852/2004, VO [EG] Nr. 854/2004), die u. a. die von den Herstellern einzuhaltende Anforderungen enthalten.

Die Primärverantwortung für die Sicherheit der Lebensmittel und die Einhaltung der rechtlichen Anforderungen liegt beim Lebensmittelunternehmer; die Erfüllung dieser Vorgaben wird von der amtlichen Lebensmittelüberwachung risikoorientiert kontrolliert. Durch Einführung der VO [EG] Nr. 882/2004, die Ende 2019 durch die VO (EU) 2017/625 abgelöst wurde, wurden einheitliche Vorgaben für die amtlichen Kontrollen geschaffen. Ein wichtiges Instrument in diesem Zusammenhang ist das Hazard Analysis and Critical Control Points-Konzept [2], das die Festlegung und Überwachung von kritischen Punkten in der Lebensmittelproduktion im Verantwortungsbereich des Unternehmers vorsieht. Damit folgt die Lebensmittelsicherheit einer ähnlichen Logik wie die oben erwähnte Gefährdungsbeurteilung im Arbeitsschutz.

Mit der ab Dezember 2014 geltenden Lebensmittelinformationsverordnung (LMIV) ist auch die Kennzeichnung von Lebensmitteln europaweit vereinheitlicht. Die Lebensmittelinformation soll explizit auch „einem umfassenden Schutz der Gesundheit und Interessen der Verbraucher“ dienen (Art. 3 Abs. 1 LMIV).

Neben einem repressiven Vorgehen bei der Überwachung der Einhaltung der Vorschriften (z. B. Einleitung von Ordnungswidrigkeitenverfahren bzw. Veranlassung strafrechtlicher Verfolgung) wird die amtliche Lebensmittelüberwachung auch präventiv und beratend tätig.

Die im Lebensmittel-, Bedarfsgegenstände- und Futtermittelgesetzbuch von 2005 (LFGB) genannten Überwachungsmaßnahmen sind Ländersache und werden dort in unterschiedlicher Zuständigkeit umgesetzt. Auf der mittleren und unteren Behördenebene wird das LFGB je nach Struktur der einzelnen Bundesländer durch Bezirksregierungen, Kreisverwaltungsbehörden und Fachbehörden (z. B. Untersuchungsämter) umgesetzt.

5 Überwachung von Arzneimitteln und Medizinprodukten

Zum Gesundheitsschutz gehört auch die Kontrolle der Arzneimittel, Blutprodukte sowie Medizinprodukte. Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit sind die Richtschnur für diesen gesundheitlichen Verbraucherschutz. Für neuartige Arzneimittel gibt es eine zentrale Zulassung in Europa durch die EMA (European Medicines Agency). In Deutschland werden nationale Zulassungen durch das BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) bzw. das PEI (Paul-Ehrlich-Institut) erteilt.

Auf Länderebene werden Überwachungsaufgaben geleistet. Dazu gehören beispielsweise Inspektionen bei pharmazeutischen Unternehmen, bei Großhändlern und in Krankenhausapotheken. Auch die Überwachung von klinischen Prüfungen und die Überwachung des Rückrufs qualitätsgeminderter Arzneimittel bis hin zur Warnung der Bevölkerung in Fällen von regional übergeordneter Bedeutung ist Aufgabe der Landesbehörden. In Zusammenarbeit mit den Zollbehörden wird der Import von Arzneimitteln kontrolliert.

Finanziert wird die Überwachung von Arzneimitteln und Medizinprodukten durch den Bund (Zulassung), die Länder (Überwachung) und die pharmazeutischen Unternehmen (Gebühren für die Zulassung und Überwachung). Eine wichtige Rolle für eine qualitativ hochwertige Versorgung mit Arzneimitteln im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung spielt seit 2004 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das u. a. die Evidenz für den Nutzen neuer Arzneimittel prüft.

Entwicklungstendenzen und Probleme

Deutschland hat im Gesundheitsschutz ein hohes Niveau erreicht. Viele Bereiche sind durch Rechtsvorschriften erfasst und im Hinblick auf Zuständigkeiten der Überwachung und Durchführung geregelt. Es stehen qualifizierte Fachkräfte zur Verfügung, und die Akzeptanz der meisten Maßnahmen in der Bevölkerung ist gut. Es zeichnen sich jedoch auch einige Entwicklungen ab, deren Konsequenzen in den nächsten Jahren systematischer aufgegriffen werden müssen. Hier sei auf vier solcher Entwicklungen hingewiesen:

- Die Globalisierung der Märkte erfasst auch den Gesundheitsschutz [3] (Global Health/Globale Gesundheit). In der Folge ist das Gesundheitsschutzsystem zunehmend mit der Kontrolle und Überwachung von Produkten oder Unternehmen aus anderen Ländern und anderen Rechtssystemen konfrontiert. Um dieser Anforderung angemessen nachkommen zu können, fehlen vielfach noch die rechtlichen und organisatorischen Voraussetzungen. Ein anderer Aspekt der Globalisierung besteht für den Gesundheitsschutz darin, dass er in vielen Bereichen zugunsten der Vereinheitlichung von Wirtschafts- und Sozialräumen an internationalen Standards ausgerichtet werden muss. Dabei muss es in Zukunft auch mehr darum gehen, die Qualität des Gesundheitsschutzes nach Gesichtspunkten des Benchmarkings an positiven Beispielen zu orientieren und nicht zu nivellieren. Des Weiteren sind internationale Lieferketten bei Medikamenten und Medizinprodukten oft nicht krisenfest und müssten resilienter werden. Die Coronakrise hat auch hier Handlungsbedarf erkennen lassen.
- Die rechtliche Normierung des Gesundheitsschutzes ist für eine Eingriffsverwaltung unverzichtbar, in einigen Bereichen aber nach wie vor unzureichend und schränkt die Handlungsmöglichkeiten des Staates spürbar ein. In anderen Bereichen besteht dagegen eine Normenvielfalt, die auch von Fachleuten nicht mehr vollständig durchdrungen wird. Hier ist es erforderlich, zu einer neuen Balance zwischen einer verlässlichen rechtlichen Grundlegung des Gesundheitsschutzes und einem transparenten und praktikablen Normensystem zu kommen. Damit einher geht die Notwendigkeit, anstelle der Überwachung von rechtlich geregelten Detailvorgängen eher eine übergeordnete Ergebnis- und Systemkontrolle durchzuführen. Dabei sollen im Vorfeld die „Erzeuger von Gefahren“ mehr Eigenverantwortung in der Gefahrenabwehr übernehmen. Im Verhältnis zwischen Gesundheitsschutzbehörden und ihrer Klientel gewinnen dadurch beraterische Elemente gegenüber Überwachungs- und Sanktionstätigkeiten an Gewicht.
- Die Digitalisierung im Gesundheitswesen [4] (Digitalisierung in Prävention und Gesundheitsförderung) betrifft auch den Gesundheitsschutz in vielerlei Hinsicht. Auch hier gilt es, Nutzen und Risiken zu beobachten, den Nutzen zu erhöhen und die Risiken zu verringern. Zwei Beispiele zur Veranschaulichung: In der Coronakrise haben Digitalisierungsdefizite die zeitnahe Reaktion auf die Entwicklung immer wieder erschwert, etwa was Daten über die Belastung des Gesundheitswesens oder der Wirtschaft durch die Pandemie anging. Deutschland war hier nicht auf dem gebotenen Niveau des 21. Jahrhunderts. Ein zweites „Lernfeld“ ist der Aufbau des Europäischen Gesundheitsdatenraums, der einerseits Daten aus der Versorgung besser für Forschung und Politik verfügbar machen soll, andererseits in der Verantwortung steht, hochsensible Daten möglichst gut zu schützen und die wiederholten Fälle des Hackens von Daten bei Krankenversicherungen und anderen datenhaltenden Stellen nicht zu ignorieren, sondern als use cases für einen besseren Datenschutz zu sehen.
- Mit dem eingangs beschriebenen Wandel vom Schutzziel „Öffentliche Ordnung“ hin zum Schutzziel „Gesundheit“ geht auch ein Wandel einher von der direkten Gefahrenabwehr hin zur Sicherung der Qualität von Produkten, Verfahren und Lebensbedingungen [5] (Nachhaltige Gesundheitsförderung). Das Schutzniveau beschränkt sich nicht mehr auf die Mindestanforderungen einer unmittelbaren Gefahrenabwehr. Die Entwicklung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes ist dafür ein prägnantes Beispiel. Je mehr aber Qualitätsgesichtspunkte im Vordergrund stehen, desto problematischer wird die rechtliche Durchsetzbarkeit von Normen auf der Ebene der Einzelkontrolle bzw. -überwachung, weshalb andere Regelungsmechanismen entwickelt werden müssen.
- Hinter der bereits erwähnten Umorientierung des Gesundheitsschutzes von der flächendeckenden Kontrolle und Überwachung aller Details hin zu einem Ansatz, der mehr auf Systemkontrolle und auf Beratung setzt, stehen neben den erwähnten inhaltlichen Überlegungen auch die Sparzwänge der öffentlichen Haushalte. Der Umbau des Gesundheitsschutzes geht daher vielerorts mit einem Abbau einher. Es kommt jedoch darauf an, den Gesundheitsschutz in seiner Qualität zu erhalten, seine Strukturen zukunftsorientiert weiterzuentwickeln und dabei insbesondere auch den Öffentlichen Gesundheitsdienst nicht zum Symbol eines verarmten „Nachtwächterstaats“ im 21. Jahrhundert werden zu lassen.

Weiterführende Quellen:

- Razum O, Kolip P, editors. Handbuch Gesundheitswissenschaften. 7 edn. Weinheim: Beltz; 2020.
- Roller G, Wildner M, editors. Lehrbuch Öffentliche Gesundheit: Grundlagen, Praxis und Perspektiven. 1 edn. Bern: Hogrefe; 2024.
- Schwartz FW, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Busse R, Amelung VE, Dierks ML, editors. Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen. 4 edn. München: Elsevier; 2023.

Internetadressen:

- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA). Available from: https://www.baua.de
- Bundesinstitut für Risikobewertung (BFR Bund). Available from: https://www.bfr.bund.de
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). Available from: https://www.gda-portal.de
- Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA). Available from: https://www.gda-portal.de
- Robert Koch-Institut (RKI). Available from: https://www.rki.de

References

1. 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
2. Bundesinstitut für Risikobewertung (BFR). Fragen und Antworten zum Hazard Analysis and Critical Control Point (HACCP)-System. 2021. [accessed 2024 Jan 22]. Available from: https://www.bfr.bund.de/cm/350/fragen_und_antworten_zum_hazard_analysis_and_critical_control_point__haccp__konzept.pdf
3. Gräser S. Global Health / Globale Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i063-3.0
4. Scherenberg V. Digitalisierung in Prävention und 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-i130-1.0
5. 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

Korrespondenz: Dr. Joseph Kuhn, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Veterinärstr. 2, 85764 Oberschleißheim, Deutschland, E-mail: joseph.kuhn@lgl.bayern.de

Zitierhinweis: Kuhn J, Böhm A. Gesundheitsschutz. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i059-1.0

Copyright: © 2026 Joseph Kuhn 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/

Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln

Toni Faltermaier[1]

[1] Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften, Europa-Universität Flensburg, Flensburg, Deutschland

Abstract

Als Gesundheitsverhalten werden Handlungen von gesunden Menschen bezeichnet, die das Risiko von Erkrankungen nachweislich senken oder die Chance für den Erhalt der Gesundheit erhöhen. Maßnahmen, die Menschen mit Erkrankungssymptomen ergreifen, werden dagegen als Krankheitsverhalten definiert. Gesundheitshandeln wiederum umfasst die Verhaltensweisen von gesunden wie auch kranken Menschen, die als subjektiv bedeutsam für die Gesunderhaltung betrachtet werden. Aus Forschungen insbesondere in der Gesundheitspsychologie wurden Modelle des Gesundheitsverhaltens entwickelt, die wichtige Grundlagen für Interventionen in der Praxis darstellen. Jeder dieser drei Handlungsbereiche ist bedeutsam für die Gesundheitsförderung bei gesunden und bei kranken Menschen, und es ergeben sich jeweils unterschiedliche Implikationen für die handelnden Professionellen.

Keywords: Gesundheitsverhalten, Modelle des Gesundheitsverhaltens, Gesundheitshandeln, Krankheitsverhalten, Gesundheitsförderung

Gesundheitsverhalten

Als Gesundheitsverhalten („Health behavior“) werden alle Verhaltensweisen von gesunden Menschen verstanden, die nach wissenschaftlichen (epidemiologischen) Erkenntnissen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Krankheiten vermieden werden oder die Gesundheit erhalten wird [1]. Der Begriff wird damit vielfach als Gegenbegriff zum Risikoverhalten verwendet, der alle Verhaltensweisen oder Gewohnheiten umfasst, die wissenschaftlich belegt die Wahrscheinlichkeit erhöhen, eine spezifische Krankheit zu entwickeln.

Heute stehen relativ gute Erkenntnisse (vgl. [1], [2]) über verhaltensbedingte Risikofaktoren für die Gesundheit zur Verfügung: Sie tragen neben den somatischen (z. B. hohes Cholesterin, hoher Blutdruck) und den psychosozialen Risikofaktoren (z. B. Stress, riskante Persönlichkeitsmerkmale) wesentlich zur Entstehung von schweren und chronischen Krankheiten (z. B. Koronare Herzerkrankungen, Diabetes mellitus oder Krebserkrankungen) bei. Gut belegt sind als Risikoverhalten Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, fett- und kalorienreiche Ernährung, exzessives Sonnenbaden oder riskantes Sexualverhalten [3] (Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell).

Im Umkehrschluss werden von Experten und Expertinnen jene Verhaltensweisen als Gesundheitsverhalten eingestuft, die riskante Gewohnheiten vermeiden, z. B. ausreichende Bewegung oder Sport, ausreichender Schlaf, „safer sex“ und die Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen. Schwieriger als schädigende Einflüsse ist jedoch empirisch zu belegen, welche Verhaltensweisen in welchem Ausmaß und von welcher Dauer die Gesundheit erhalten können.

Mehrfaches Risikoverhalten potenziert statistisch betrachtet das Risiko, eine Krankheit zu entwickeln; umgekehrt lassen sich mehrere Gesundheitsverhaltensweisen zu einem gesunden Lebensstil [4] (Lebensweisen/Lebensstile) kombinieren, wenn Menschen sich in ihrem Alltag viel bewegen, ausgewogen ernähren, ausreichend schlafen, wenig Stress erleben und sinnvolle Vorsorgemaßnahmen ergreifen. Empirisch sollte sich dann eine bessere Gesundheit bzw. geringere Krankheits- und Mortalitätsraten nachweisen lassen.

Umfangreiche Forschungen zu den Bedingungen des Gesundheitsverhaltens wurden in der Gesundheitspsychologie unternommen und führten zu empirisch fundierten Modellen (vgl. [2], [1]); die Medizinpsychologie beschäftigt sich dagegen stärker mit dem Krankheitsverhalten (vgl. [5]). Aber auch in Medizinsoziologie, Sozialmedizin und Public Health sind einschlägige Forschungs- und Praxisansätze zu

finden. Während psychologische Disziplinen oder die Verhaltensmedizin traditionell stärker mit dem Verhaltensbegriff arbeiten, ist der Begriff des Gesundheitshandelns stärker in der Tradition einer sozial- und subjektwissenschaftlichen Gesundheitsforschung verankert.

Modelle des Gesundheitsverhaltens

Modelle des Gesundheitsverhaltens versuchen, das Gesundheitsverhalten durch kognitive, soziale und soziodemografische Faktoren zu erklären [6] (Erklärungs- und Veränderungsmodelle I: Einstellungs- und Verhaltensänderungen). Diese Tradition begann in den 1970er-Jahren mit dem „Health Belief Modell“ (HBM) [7], [8], [2], spezifische gesundheitliche Überzeugungen (wahrgenommene Risiken, wahrgenommener Nutzen und Kosten eines Verhaltens) wurden formuliert, um gesundheitsbezogene Verhaltensweisen wie z. B. die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen zu erklären.

In Kritik an der beschränkten Vorhersagekraft dieser frühen Modelle entstanden vor allem in der Gesundheitspsychologie neue Modelle, die empirisch besser geprüft und konzeptionell durch ihre prozessualen Zusammenhänge überzeugender waren (vgl. zum Überblick: [1], [8]). International sehr bekannt und erforscht sind heute etwa das „Health Action Process Approach“-Modell (HAPA) des deutschen Gesundheitspsychologen Schwarzer [2] und das „Transtheoretische Modell“ (TTM) des amerikanischen Psychologen Prochaska [9].

Als zentrale kognitive Bedingungen eines Gesundheitsverhaltens werden in diesen Modellen meist intentionale und volitionale Prozesse unterschieden. Ob eine Person die Absicht (Intention) für eine Verhaltensänderung ausbildet, setzt voraus, dass sie sich auch selbst als verwundbar wahrnimmt (Risikowahrnehmung), dass sie eine positive Wirkung des Verhaltens auf die eigene Gesundheit erwartet (Ergebniserwartung bzw. Kontrollüberzeugung) und dass sie davon überzeugt ist, das Gesundheitsverhalten auch dauerhaft umsetzen zu können (Kompetenz- oder Selbstwirksamkeitsüberzeugung).

Die Bildung einer Intention reicht aber allein nicht aus für eine Verhaltensänderung; vielmehr muss in der Volition („Wille“) auch die Umsetzung der Verhaltensziele konkret geplant und kontrolliert werden, d. h. sie müssen gegen Hindernisse und Widerstände abgeschirmt sowie in ihren Ergebnissen bewertet werden. Dabei sind neben kognitiven Prozessen auch soziale Einflüsse (normative Überzeugungen und soziale Unterstützungen des Gesundheitsverhaltens in der eigenen Bezugsgruppe) und sozialstrukturelle Faktoren (Geschlecht, Alter, sozialer Status) wirksam [7], [2]. Das verweist darauf, dass spezifische Formen des Gesundheitsverhaltens in soziale Kontexte eingebettet sind und über Prozesse der Sozialisation langfristig aufgebaut werden.

Krankheitsverhalten

Krankheitsverhalten („Illness behavior“) umfasst das Verhalten von Personen, die bereits Symptome einer Krankheit wahrnehmen und sich darum bemühen, diese abzuklären, eine eigene Diagnose vorzunehmen und eine geeignete professionelle Behandlung zu erreichen [1]. Es kann sich dabei etwa um Versuche handeln, die Bedeutung von Beschwerden z. B. durch die Kommunikation mit anderen einzuschätzen, sich Informationen über die Krankheit einzuholen, um eine Krankheit und ihre Folgen zu verstehen, sich soziale Unterstützung im sozialen Umfeld zu erschließen oder professionelle Hilfen (Ärzte/Ärztinnen, Beratungsstellen etc.) aufzusuchen.

Krankheitsverhalten kann unterschieden werden vom Krankenrollenverhalten („Sick role behavior“). Es beschreibt das Verhalten von Personen, die bereits die medizinische Diagnose einer Krankheit erhalten haben, dadurch die Rolle eines Patienten oder einer Patientin angenommen haben oder als solche wahrgenommen werden [1]. Dazu gehören alle Bemühungen, eine geeignete Behandlung zu erhalten und das Fortschreiten einer Krankheit zu verhindern, die soziale Interaktion und Zusammenarbeit („Compliance“ = Therapietreue/Befolgung von ärztlichen Anweisungen) mit behandelnden Experten und Expertinnen sowie der Umgang mit Behandlungsmaßnahmen (z. B. eine Operation oder Chemotherapie) und ihren Folgen.

Das Krankheitsverhalten umfasst neben der Wahrnehmung von körperlichen Beschwerden und der Erstellung einer „Laiendiagnose“ insbesondere den Umgang mit der Krankheit im Laiengesundheitssystem (Selbstbehandlung, Selbstmedikation, Hilfesuchen) und im professionellen System. Umfangreiche Forschungen befassen sich mit den Versuchen der Bewältigung von krankheitsbezogenen Belastungen (Copingforschung, Stress und Stressbewältigung [10]), den Bedingungen der Inanspruchnahme von und der Kooperation mit professionellen Leistungen

(Complianceforschung) sowie mit den subjektiven Krankheitsvorstellungen von Patientinnen und Patienten, die den Umgang mit der eigenen Krankheit und mit den behandelnden Expertinnen und Experten wesentlich beeinflussen (Übersicht [1]).

Gesundheitshandeln

Als Gesundheitshandeln („Health action“) wird das subjektiv bedeutsame Handeln von gesunden oder kranken Menschen verstanden, das im alltäglichen sozialen Kontext mehr oder weniger bewusst mit dem Ziel der Gesunderhaltung erfolgt. Das Konstrukt wurde von Faltermaier [11] in kritischer Absetzung zum Begriff des Gesundheitsverhaltens eingeführt, um der normativen Vorgabe eines eng umgrenzten und nur von Experten und Expertinnen definierten Verhaltens ein subjektorientiertes Konzept entgegenzusetzen, das Handlungskompetenz potenziell auch bei medizinischen Laien unterstellt.

Der Begriff Gesundheitshandeln stellt ein sozialwissenschaftliches Konstrukt dar und wird im Kontext der Salutogenese [7] und ihres Gesundheits-Krankheits-Kontinuums [12] (Gesundheits-Krankheits-Kontinuum) gesehen. Es muss somit keine eindeutige Zuordnung von Menschen als gesund oder krank erfolgen, vielmehr kann ein Gesundheitsmotiv bei allen Menschen unterstellt werden (vgl. [1]).

Gesundheitshandeln basiert auf einem Gesundheitsbewusstsein [13] (Gesundheitskompetenz / Health Literacy), also auf dem Alltagswissen von Personen oder sozialen Gruppen und ihren alltäglichen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit [14] (Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit). Je nach subjektiver Sicht kann das Gesundheitshandeln einer Person auch mehrere Verhaltensebenen (Bewegung, Ernährung, Umgang mit wahrgenommenen Risiken und Belastungen, Aufbau und Erhaltung von personalen und sozialen Ressourcen etc.) verbinden und zu einer gesunden Lebensweise kombinieren; es folgt aber einer subjektiven Logik und muss daher nicht in Einklang mit Expertenwissen stehen. In Abhängigkeit von dem sozialen Kontext und der Lebensphase kann sich das Gesundheitshandeln verändern und unterschiedlich manifestieren (vgl. [1]).

Bedeutung für die Gesundheitsförderung

Für die Gesundheitsförderung bedeutet der Bezug auf Gesundheits- und Krankheitsverhalten bzw. auf Gesundheitshandeln, dass Menschen durch ihre alltäglichen Verhaltens- und Lebensweisen sowie deren Veränderung ihre Gesundheit wesentlich beeinflussen können und dass Professionelle sie dabei in vielfältiger Weise unterstützen können: Es kann dabei um den Abbau eines spezifischen Risikoverhaltens (z. B. Rauchen) gehen, um den Aufbau eines Gesundheitsverhaltens (z. B. mehr Bewegung), um die Unterstützung eines Krankheitsverhaltens (z. B. bessere Compliance eines Diabetespatienten), und auch um die Weiterentwicklung eines Gesundheitshandelns bzw. einer gesunden Lebensweise.

Als Grundlagen für solche professionellen Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sollten stets wissenschaftliche Erkenntnisse über die Bedingungen eines Gesundheits- und Krankheitsverhaltens sowie die Möglichkeiten ihrer Veränderung herangezogen werden (vgl. Kohlmann, Salewski & Wirtz 2018, [1]). Diese Bedingungen umfassen die Motivation von Menschen, ihre subjektiven Überzeugungen und ihre sozialen Rahmenbedingungen [13], [14], [15] (Gesundheitskompetenz / Health Literacy; Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit; Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit).

Gesundheitsförderung und Laiengesundheitssystem

Es wird heute zunehmend erkannt, dass Prozesse des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens in hohem Maße im „Laiengesundheitssystem“ („Lay health care system“) erfolgen (vgl. [1]). Viele präventive und auf Krankheit bezogene Aktivitäten werden sozial abgestimmt und organisiert, sozial unterstützt oder gehemmt; das kann vor dem Kontakt mit dem professionellen System erfolgen, parallel zu einer Behandlung oder nach ihrem Abschluss. Daher sollten professionelle Bemühungen in Prävention und Gesundheitsförderung darauf achten, zunächst das individuelle und soziale Gesundheitshandeln von Zielgruppen wahrzunehmen, zu explorieren und zu respektieren, bevor professionelle Interventionen und damit Eingriffe in den Alltag von gesunden oder kranken Menschen vorgenommen werden.

Die Subjektorientierung in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften geht von der Kompetenz und der eigenen Handlungslogik von „Laien“ in allen Gesundheitsfragen aus und versteht alle Aktivitäten von Laien als sozial eingebundene Prozesse. Die Subjektperspektive stellt damit die Grundlage für die in der Gesundheitsförderung geforderte Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger [16] und für

die Prozesse des/der Empowerment/Befähigung [17] von Zielgruppen dar. Die Salutogenese [7] hebt tendenziell die Trennung zwischen Gesundheits- und Krankheitsprozessen auf und fokussiert das Gesundheitshandeln von mehr oder weniger gesunden oder kranken Menschen auf der Grundlage ihrer subjektiven und sozialen Bedingungen.

Weiterführende Quellen:

- Kohlmann CW, Salewski C, Wirtz MA, editors. Psychologie der Gesundheitsförderung. Göttingen: Hogrefe; 2018.

References

1. Faltermaier T. Gesundheitspsychologie. 3 edn. Stuttgart: Kohlhammer; 2023.
2. Schwarzer R. Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie. 3 edn. Göttingen: Hogrefe; 2004.
3. Sperlich S, Franzkowiak P. Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i102-3.0
4. Röding D. Lebensweisen/Lebensstile. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i073-2.0
5. Bengel J, Jerusalem M, editors. Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe; 2009.
6. Finne E, Paul H. Erklärungs- und Veränderungsmodelle 1: Einstellungs- und Verhaltensänderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i012-3.0
7. 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
8. Heuse S, Knoll N. Modelle des Gesundheitsverhaltens. In: Kohlmann CW, Salewski C, Wirtz AM, editors. Psychologie in der Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe; 2018. p. 243–55.
9. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot. 1997;12:38–48.
10. Ernst G, Franke A, Franzkowiak P. Stress und Stressbewältigung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i118-2.0
11. Faltermaier T. Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln: Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag. Weinheim: Beltz; 1994.
12. Franzkowiak P. Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i026-2.0
13. 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
14. Faltermaier T. Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i119-3.0
15. 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
16. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
17. Brandes S, Stark W. Empowerment/Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i10-3.0

Korrespondenz: Prof. Dr. Dipl.-Psych. Toni Faltermaier, Europa-Universität Flensburg, Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften, Auf dem Campus 1, 24943 Flensburg, Deutschland, E-mail: faltermaier@uni-flensburg.de

Zitierhinweis: Faltermaier T. Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i060-1.0

Copyright: © 2026 Toni Faltermaier
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/

Gesundheitswissenschaften / Public Health

Anna Christina Nowak[1]
Petra Kolip[2]
Oliver Razum[3]

[1] Fakultät für Gesundheitswissenschaften AG 3, Epidemiologie und International Public Health, Universität Bielefeld, Bielefeld, Germany

[2] Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Bielefeld, Germany

[3] Germany

Abstract

Gesundheitswissenschaften und Public Health bezeichnen ein interdisziplinäres Forschungsfeld mit dem Ziel der Gesunderhaltung der Bevölkerung. Dazu werden die Entwicklung von Gesundheit und Krankheit, die Determinanten von Gesundheit sowie systembedingte Faktoren mit unterschiedlichen Methoden systematisch erfasst und (organisierte) Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention unter besonderer Berücksichtigung von Aspekten sozialer Ungleichheit entwickelt und angewendet.

Keywords: Gesundheitswissenschaften, Public Health, Interdisziplinarität, Gesundheitsdeterminanten, gesundheitliche Ungleichheit

Einleitung

Gesundheitswissenschaften / Public Health ist ein interdisziplinäres Forschungsfeld, in dem die Entstehung von Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung, die Determinanten der Gesundheit [1] sowie die Bedarfsgerechtigkeit und Effizienz der Strukturen des Gesundheitssystems systematisch betrachtet werden [2].

Interdisziplinarität, Wissenschaftlichkeit, Methodenvielfalt

Laut WHO-Definition umfasst Public Health alle (organisierten) Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten [3] (Prävention und Krankheitsprävention), zur Förderung der Gesundheit [4] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen), zur Verlängerung des Lebens aller Bevölkerungsgruppen sowie zur Herstellung von gesunden Lebensbedingungen [5]. Dabei werden sowohl Risiko- als auch Förderfaktoren auf individueller, umweltbezogener, organisationaler und globaler Ebene für die Bevölkerungsgesundheit in den Blick genommen [6].

Im deutschen Sprachraum wird unter den beiden Begriffen Gesundheitswissenschaften / Public Health oft das gleiche Forschungsfeld verstanden, wobei die Bezeichnungen „unterschiedliche Akzente setzen“ ([2], S. 15). Während „Public Health“ in der originären Übersetzung öffentliche Gesundheit meint, impliziert der Begriff „Gesundheitswissenschaften“ (in der englischen Übersetzung „Health Sciences“) eher den interdisziplinären und wissenschaftlichen Charakter [2].

Durch den interdisziplinären Charakter finden sich Überschneidungen mit anderen Fächern, z. B. Soziologie, Politikwissenschaft, Umweltwissenschaften, Demografie, Psychologie, Humanbiologie und Medizin. Zudem sind oft weitere Disziplinen wie Rechtswissenschaft (z. B. bei der Beurteilung rechtlich unterschiedlich geregelter Zugänge zur Gesundheitsversorgung) oder Philosophie (bei ethischen Fragestellungen) relevant. Durch die Verknüpfung unterschiedlicher Einzeldisziplinen ist die methodische Bandbreite hoch: Quantitative und qualitative Methoden der empirischen Sozialforschung werden ebenso angewandt wie Methoden der Epidemiologie und Sozialepidemiologie [7], der Biostatistik, der Demografie und der Gesundheitsökonomie.

Neben den bereits genannten Elementen – Interdisziplinarität, Wissenschaftlichkeit, Methodenvielfalt – sind auch die Zusammenarbeit mit Praxispartnerinnen und -partnern an alltagsnahen Problemen (Transdisziplinarität) sowie eine politikberatende Funktion konstitutiv für die Gesundheitswissenschaften, um gesundheitsbezogenes Verhalten und Zusammenhänge zwischen Lebenswelt und Gesundheit zu erfassen, Interventionen zu entwickeln und zu evaluieren [6].

Verständnis von Gesundheit und Krankheit

Übergreifendes Ziel der Gesundheitswissenschaften ist die Gesunderhaltung der Bevölkerung. Die WHO definierte Gesundheit bereits in ihrer Präambel 1946 als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen“ [8]. In der Definition wird zum einen der subjektive Charakter des Erlebens von Gesundheit [9] und Krankheit [10] deutlich. Zum anderen verweist sie auf die bio-psycho-sozialen Ursachen von Gesundheit und Krankheit und geht damit über eine rein organisch-biologische Ursachenzuschreibung hinaus. Zwar bleibt die Definition für die Operationalisierung in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung vage, denn sie stellt einen idealisierten Zustand von Gesundheit dar, der offen lässt, was unter „vollständigem Wohlbefinden“ zu verstehen und ab wann (systembedingtes) Handeln notwendig ist [11] (Wohlbefinden / Well Being). Gleichzeitig lädt sie jedoch dazu ein, die Determinanten der Gesundheit [1] umfassend in den Blick zu nehmen [6].

Einen wichtigen Ansatzpunkt zum Verstehen von Gesundheit und Gesunderhaltung bietet in diesem Zusammenhang das Salutogenese-Modell [12] des Medizinsoziologen Aaron Antonovsky. Er versteht Gesundheit und Krankheit als Pole eines Kontinuums, auf dem sich Individuen bewegen [13] (Gesundheits-Krankheits-Kontinuum). Krankheitsauslöser können unterschiedliche Stressoren sein, für die ein Individuum keine ausreichenden Widerstandsressourcen zur Verfügung hat. Wichtig für die Gesunderhaltung ist das sogenannte Kohärenzgefühl, das sich aus den Komponenten der Verstehbarkeit, der Gestaltbarkeit bzw. Handhabbarkeit und der Sinnhaftigkeit des Lebens zusammensetzt [14].

Im Gegensatz zum Salutogenese-Modell werden im Pathogenese-Modell proximale, also direkte biologisch-organische oder mechanische Faktoren als Erklärungsansätze für die Entstehung von Krankheiten verwendet [15] (Biomedizinische Perspektive). Distale Faktoren (oder Determinanten), also weiter entfernt liegende Krankheitsursachen wie soziale und gesellschaftliche Benachteiligung, können eine Rolle spielen, wie sich z. B. anschaulich an der Bedeutung von sozioökonomischen Faktoren für die Entwicklung von Krankheiten zeigt [6], [16] (Soziale Ungleichheit und Gesundheit / Krankheit): Die Lebenserwartung bei Geburt nimmt mit sinkendem Einkommen ab; Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status leiden häufiger an schwerwiegenden chronischen Erkrankungen im Lebensverlauf [17].

Determinanten der Gesundheit [1] lassen sich auf unterschiedliche Weise systematisieren, etwa für die gesundheitswissenschaftliche Forschung. Modelle wie das Regenbogen-Modell nach Dahlgren & Whitehead [18], das humanökologische Modell nach Barton & Grant [19] (siehe Abbildung 1) oder das Modell sozialer Determinanten von Gesundheit [20] beschreiben Einflüsse auf die Gesundheit, die auf verschiedenen Ebenen verortet werden. Den Modellen ist gemein, dass sie über eine individuelle Betrachtung von Krankheitsrisiken hinausgehen und die physische und soziale Umwelt von Individuen sowie die gesellschaftliche Makroebene einbeziehen. Sie unterscheiden sich jedoch hinsichtlich ihres Differenzierungsgrades der Lebenswelten. Solche Modelle sind hilfreich und notwendig, um (gesundheitsförderliche) Interventionen auf Bevölkerungsebene zu entwickeln und gesundheitliche Ungleichheiten [16] (Gesundheitliche Chancengleichheit; Soziale Ungleichheit und Gesundheit / Krankheit) zu reduzieren.



Abb. 1: Das humanökologische Modell der Gesundheitsdeterminanten nach Barton und Grant [19] (gemeinfreie Abbildung)

Geschichte der Gesundheitswissenschaften

Die Geschichte der Gesundheitswissenschaften lässt sich bis in die Antike zurückverfolgen. (Gesellschaftliche) Maßnahmen zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit begannen sich insbesondere im Zuge der Industrialisierung und der Entwicklung der Medizinstatistik durchzusetzen [21]. Bereits 1876 wurde ein kaiserliches Gesundheitsamt zur Seuchenkontrolle eingerichtet [22]. Der Schwerpunkt bevölkerungsbezogener Maßnahmen lag bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts auf der Vorbeugung und Eindämmung übertragbarer Erkrankungen (Infektionskrankheiten) wie Cholera, Diphterie oder Tuberkulose, z. B. durch die Einführung von Hygienemaßnahmen und den Einsatz von Impfstoffen zur Reduktion der Säuglingssterblichkeit. Diese Ansätze und Maßnahmen werden auch als „Old Public Health“ bezeichnet. Bereits im frühen 20. Jahrhundert war das Konzept der öffentlichen Gesundheitspflege und Sozialhygiene durch Verbesserung der Wohn- und Lebensbedingungen ein wichtiger Beitrag zur Gesundheit von unterversorgten Bevölkerungsgruppen [23], [2].

Diese Entwicklung wurde durch die rassenideologisch instrumentalisierten Maßnahmen (Erb- und Rassenhygiene) während des Nationalsozialismus pervertiert. Während die DDR an die öffentlichen

Hygiene- und Sozialhygiene-Maßnahmen vor der NS-Zeit anknüpfte und diese weiterführte, waren die Öffentliche Gesundheit und damit verbundene Einrichtungen in Westdeutschland als so diskreditiert angesehen, dass lange Zeit die Individualmedizin im Vordergrund stand. Erst ab den 1980er Jahren wurde damit begonnen, Public Health als Arbeits- und Forschungs- sowie Ausbildungsbereich neu zu etablieren [2], [24].

Mit der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie wurden in den 1980er Jahren erstmals repräsentative bevölkerungsbezogene Daten im Rahmen einer Interventionsstudie erhoben. Weitere bevölkerungsbezogene Studien folgten, zum Beispiel der Bundesgesundheitssurvey 1998, die Studie zur Gesundheit Erwachsener (DEGS) oder die NAKO-Gesundheitsstudie. Damit konnten Erkenntnisse zu (sozialen) Ursachen von Krankheit und Gesundheit gewonnen werden.

Ab den 1990er wurden fünf Forschungsverbünde „Public Health“ über einen Zeitraum von zehn Jahren gefördert, die die gesundheitsorientierte Forschung vorantreiben und Schools of Public Health etablieren sollten [25]. Eine Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften war von 1992 bis 2006 aktiv. Seit 1997 existiert als wissenschaftlicher Dach- und Fachverband die Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V. (DGPH).

Gesundheitswissenschaften / Public Health als akademische (Querschnitts-)Disziplin

Gesundheitswissenschaften / Public Health haben sich mittlerweile als akademische (Querschnitts-)Disziplin etabliert, was sich auch an der wachsenden Zahl von Fakultäten, Instituten und Studiengängen zeigt. Kolip [26] ermittelte über 600 Studiengänge mit gesundheitsbezogenen Themenschwerpunkten. Hartmann et al. [27] identifizierten 13 Bachelor- und 30 Masterstudiengänge mit gesundheitswissenschaftlichem/Public Health-Bezug.

In der Schweiz koordiniert und fördert die Swiss School of Public Health (SSPH+), ein übergreifender Zusammenschluss von Universitäten, Hochschulen und Weiterbildungseinrichtungen, an 12 Standorten auf nationaler Ebene die universitäre Weiterbildung und die damit verbundene Forschung in allen Bereichen von Public Health und Gesundheitsökonomie. An sechs Universitäten besteht die Möglichkeit zur Promotion. Zudem legt die SSPH+ interuniversitäre Promotionsprogramme auf.

In Österreich gab es 2013 drei postgraduale Public Health-Universitätslehrgänge und zwei Public Health-Doktoratsstudienangebote. 34 weitere Studiengänge decken Teilbereiche von Public Health ab [28].

International setzte sich ab den 1980er Jahren ein neues Verständnis von Public Health durch, das als „New Public Health“ bezeichnet wird. Mit der gestiegenen Lebenserwartung und der Verringerung der Säuglingssterblichkeit setzte der sogenannte gesundheitliche Übergang (epidemiologische Transition) ein. Chronische, nichtübertragbare Erkrankungen nahmen zu, die Sterblichkeit an Infektionskrankheiten ab. Damit wurden einerseits die Aufgabenfelder von Public Health um Aspekte der Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung sowie Sozial- und Umwelthygiene erweitert [2]. Andererseits rückten verstärkt salutogene, gesundheitsförderliche Maßnahmen in den Fokus [6]. Wie die Entwicklungen zur Corona-Pandemie und die damit verbundenen Hygienemaßnahmen zur Eindämmung der Pandemie zeigen, sind New Public Health und Old Public Health nicht als Widersprüche zu verstehen. Vielmehr sind die Elemente beider Ansätze für die Gesundheit der Gesamtbevölkerung von großer Bedeutung.

Zentrale Handlungsfelder und Aufgabengebiete

Bereits 1920 definierte Charles-Edward Winslow die zentralen Aufgabenfelder von Public Health [29]. Dazu gehörten die Eindämmung von Infektionskrankheiten durch den Einsatz präventiver und hygienebezogener Maßnahmen, Gesundheitserziehung, die Stärkung von Prävention und Früherkennung im Medizinsystem, die Einbindung von nichtmedizinischen Berufsgruppen in die Gesundheitsversorgung sowie der Abbau sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit. Durch die Erweiterung der Aufgabenfelder durch „New Public Health“ formulierte die WHO Europe [30] die folgenden zehn wesentlichen Aufgaben für Public Health, die sogenannten Essential Public Health Operations (EPHO):

1. Surveillance von Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung
2. Beobachtung von Gesundheitsgefahren und gesundheitlichen Notlagen und Gegenmaßnahmen
3. Gesundheitsschutzmaßnahmen (u. a. in den Bereichen Umwelt-, Arbeits- und Nahrungsmittelsicherheit)

4. Gesundheitsförderung, einschließlich Maßnahmen in Bezug auf soziale Determinanten und gesundheitliche Maßnahmen
5. Krankheitsprävention, einschließlich Früherkennung
6. Gewährleistung von Politikgestaltung und Steuerung (Governance) für mehr Gesundheit und Wohlbefinden
7. Gewährleistung einer ausreichenden Zahl von fachkundigem Personal im Bereich der öffentlichen Gesundheit
8. Gewährleistung von nachhaltigen Organisationsstrukturen und Finanzierung
9. Überzeugungsarbeit, Kommunikation und soziale Mobilisation für die Gesundheit
10. Förderung der Forschung im Bereich der öffentlichen Gesundheit zwecks Anwendung in Politik und Praxis.

Die Corona-Pandemie hat die Bedeutung von Public Health für die Bevölkerungsgesundheit stärker in den Fokus gerückt. Neben der Surveillance der nationalen und pandemischen Situation, der Einführung von Gesundheitsschutzmaßnahmen und dem flächendeckenden Testen [31] spielen auch die Politikberatung durch Expertinnen und Experten [32] sowie die Risikokommunikation [33] eine zentrale Rolle bei der Eindämmung der Pandemie. Zudem ist deutlich geworden, dass die Pandemie einem sozialen Gradienten folgt: Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status erkranken häufiger und schwerer an Covid-19 [34]. Diese Erkenntnis führte dazu, dass Maßnahmen auf lokaler Ebene eingeführt wurden, etwa der Einsatz mobiler Impfteams in benachteiligten Stadtteilen.

Das Zukunftsforum Public Health [35] attestiert Deutschland Defizite im Public Health-System, in dem bevölkerungsbezogene Maßnahmen – selbst in pandemischen Notlagen − nur schwer zu etablieren sind und durch fehlende Kooperationen zwischen Wissenschaft und Praxis vulnerable Bevölkerungsgruppen aus dem Blick geraten. Erforderlich ist eine bundesweite Public Health-Strategie, die unterschiedliche Akteurinnen und Akteure vereint. Ein erster wichtiger Schritt ist die Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit finanziellen, personellen und strukturellen Mitteln durch den Pakt ÖGD der Bundesregierung im Jahr 2020 [36]. Wichtig bleibt darüber hinaus die stärkere Vernetzung von Wissenschaft und Praxis [37], um die Essential Public Health Operations (EPHO) umfassend umsetzen zu können.

Zukünftige Herausforderungen

Der Umgang mit Gesundheit und Krankheit in einer globalisierten Welt [38] (Global Health/Globale Gesundheit) ist und bleibt eine zentrale Herausforderung für die Gesundheitswissenschaften und Public Health. An der Corona-Pandemie lässt sich das Ineinandergreifen gesundheitswissenschaftlicher Teilaspekte paradigmatisch aufzeigen. Politische Entscheidungen und damit verbundene Grundrechtseingriffe, die das Leben der gesamten Bevölkerung über einen langen Zeitraum maßgeblich eingeschränkt haben, mussten zu Pandemiebeginn auf einer geringen Datengrundlage getroffen und im Pandemieverlauf angepasst werden. Es gab weder passende Medikamente noch standen Impfstoffe zur Verfügung. Auch die langfristigen Folgen der Pandemie – auf sozialer, wirtschaftlicher und gesundheitlicher Ebene – sind nur schwer abzusehen. Dies hebt zum einen die Relevanz von interdisziplinärer Forschung hervor, zeigt aber auch die Bedeutung von Politikberatung durch Public Health-Expertinnen und -Experten sowie (Risiko-)Kommunikation mit der Bevölkerung.

Die EU hat die Notwendigkeit erkannt, gesundheitspolitische und bevölkerungsbezogene Maßnahmen zu etablieren. Zur Bekämpfung grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren wurde das EU4-Health-Programm aufgelegt, das neben dem Krisenmanagement auch Maßnahmen zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung steigern, die Widerstandsfähigkeit und Ressourcen der Gesundheitssysteme stärken und eine Arzneimittelstrategie für Europa entwickeln soll [39].

Durch die COVID-19-Pandemie wurden die sozialen Ungleichheitsverhältnisse in den einzelnen Ländern und auch im globalen Vergleich deutlich. Während in Deutschland im Oktober 2021 jede Bürgerin und jeder Bürger ein (kostenloses) Impfangebot erhalten hatte und zwei Drittel der Bevölkerung vollständig immunisiert waren, galt dies zu diesem Zeitpunkt z. B. im Chad oder im Südsudan für weniger als ein halbes Prozent der Bevölkerung [40].

In einer globalisierten Welt können internationale Organisationen, etwa die WHO, entscheidende Akteure bei einer Pandemiebekämpfung sein. Allerdings müssen dafür ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung stehen. Die WHO finanziert sich nur zu einem geringen Teil durch die Beiträge ihrer Mitgliedsstaaten. Zu Hauptsponsoren haben sich Stiftungen wie die Bill & Melinda Gates Stiftung oder die GAVI-Alliance (Impfallianz WHO-UNICEF-Weltbank − Bill und Melinda Gates Stiftung) entwickelt. Dadurch können Stiftungen und Unternehmen gesundheitspolitische Entscheidungen maßgeblich

mitgestalten, während globale demokratische Prozesse ausgehebelt werden [6]. Eine stärkere (finanzielle) Beteiligung aller Mitgliedsstaaten an der Grundfinanzierung der WHO könnte das Dilemma lösen.

Während der Corona-Pandemie wurden vermehrt gesellschaftliche Spaltungsprozesse offensichtlich [41]. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass einzelne Nationalstaaten an (wirtschaftlicher) Bedeutung verlieren, gleichzeitig aber durch das Erstarken des Rechtspopulismus als Identifikationsträger relevant werden. Dadurch kommt es – abseits der Corona-Pandemie, aber auch begünstigt durch sie – zum Ausschluss einzelner Bevölkerungsgruppen und einer Zunahme von diskriminierenden und rassistischen Handlungen [6].

weltweite Gefahr für die physische und psychische Gesundheit von Bevölkerungen. Dabei lassen sich gesellschaftspolitische Parallelen zwischen Klimawandel und Pandemien ziehen: Gut belegte ursächliche Zusammenhänge werden auch hier von einzelnen Gruppen angezweifelt und geleugnet. Gleichzeitig ist ein global koordiniertes gesundheitspolitisches Vorgehen unabdingbar, um die Folgen des Klimawandels anzugehen. Auch die Nord-Süd-Spaltung wird erneut ersichtlich: Die gesellschaftlichen und gesundheitlichen Konsequenzen betreffen insbesondere die Länder des globalen Südens, die vergleichsweise wenig zum Klimawandel beigetragen haben und gleichzeitig über wenig Ressourcen verfügen, um die Folgen aufzufangen. Die Hochwasserkatastrophe in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz im Jahr 2021 und die damit verbundenen psychischen und physischen Folgen für die Bevölkerung zeigen die Bedeutung des Klimawandels auch für die Public Health-Praxis und -Forschung in technisierten und wohlhabenden Gesellschaften des globalen Nordens.

Wir danken Peter Franzkowiak für die Vorfassung dieses Leitbegriffs.

Internetadressen:

- Association of Schools & Programs of Public Health (ASPPH). Available from: https://www.aspph.org
- Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V. Available from: https://www.dgph.info
- European Public Health Association (EUPHA). Available from: https://www.eupha.org
- Robert Koch-Institut (RKI). Available from: https://www.rki.de
- Österreichische Gesellschaft für Public Health. Available from: https://www.oeph.at
- SSPH+ – Swiss School of Public Health. Available from: https://www.ssphplus.ch
- World Federation of Public Health Associations (WFPHA). Available from: https://www.wfpha.org

Literatur:

- Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Geneva: World Health Organization (WHO); 2010. (Policy and Practice).

References

1. Hurrelmann K, Richter M. Determinanten der Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I008-2.0
2. Hurrelmann K, Laaser U, Razum O. Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften in Deutschland. In: Hurrelmann K, Razum O, editors. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2015. p. 15–54.
3. 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
4. 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
5. Acheson D. Public health in England. The report of the committee of inquiry into the future development of the public health function. London: HMSO; 1988.

6. Razum O, Kolip P. Gesundheitswissenschaften: Eine Einführung. In: Razum O, Kolip P, editors. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2020. p. 19−45.
7. Kuhn J, Bolte G. Epidemiologie und Sozialepidemiologie. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I011-3.0
8. World Health Organisation (WHO). Constitution of the World Health Organization. 1946 [accessed 2021 Oct 21]. Available from: https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1
9. Franzkowiak P, Hurrelmann K. Gesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I023-2.0
10. Fangerau H, Franzkowiak P. Krankheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I069-2.0
11. Röhrle B. Wohlbefinden / Well-Being. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I134-1.0
12. 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
13. Franzkowiak P. Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I026-2.0
14. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
15. Holst J. Biomedizinische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I006-2.0
16. 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
17. Lampert T, Richter M, Schneider S, Spallek J, Dragano N. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt. 2016 Feb;59(2):153–65. DOI:10.1007/s00103-015-2275-6
18. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe. Institute for Futures Studies; 1991. [accessed 2021 Oct 21]. (Arbeitsrapport 14). Available from: https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf
19. Barton H, Grant M. A health map for the local human habitat. J R Soc Promot Health. 2006;126(6):252–3. DOI:10.1177/1466424006070466
20. World Health Organisation (WHO), Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health. Final report. Geneva: World Health Organisation (WHO); 2008.
21. Labisch A, Woelk W. Geschichte der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann K, Razum O, editors. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2015. p. 55–98.
22. Riedmann K. Die historische Entwicklung der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt. 2000;43:594–9. DOI:10.1007/s001030070017
23. Razum O, Breckenkamp J. Kindersterblichkeit und soziale Situation: Ein internationaler Vergleich. Dtsch Ärztebl. 2007;104:2950–6.
24. Razum O, Vázquez ML. Strengthening public health in Germany: overcoming the Nazi legacy and Bismarck's aftermaths. Int J Public Health. 2017 Dec;62(9):959–60. DOI:10.1007/s00038-017-1038-6
25. von Troschke J. Wer macht Public Health in Deutschland? Bundesgesundheitsblatt. 2001;44:763–70.
26. Kolip P. Gesundheitswissenschaften – Entwicklung und Vielfalt der Studiengänge. In: Gerhardus A, Kolip P, Munko T, Schilling I, Schlingmann K, editors. Lehren und Lernen in den Gesundheitswissenschaften. Ein Praxisbuch. Bern: Hogrefe; 2020. p. 15.
27. Hartmann T, Baumgarten K, Dadaczynski K, Stolze N. Gesundheitswissenschaften/Public Health

und Gesundheitsförderung in Deutschland. Entwicklung der Bachelor- und Masterstudiengänge. Präv Gesundheitsf. 2015 Aug;10(3):239–46. DOI:10.1007/s11553-015-0495-0

28. Diem G, Dorner TE. Public Health Ausbildung in Österreich. Ein Überblick. GOING International; 2014.
29. Winslow CEA. The untilled fields of public health. Science. 1920 Jan 9;51(1306):23–33. DOI: 10.1126/science.51.1306.23
30. WHO Europe. The 10 Essential Public Health Operations. 2021 [accessed 2021 Oct 21]. Available from: https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations
31. Müller O, Neuhann F, Razum O. Epidemiologie und Kontrollmaßnahmen bei COVID-19. Dtsch Med Wochenschr. 2020 May;145(10):670–4. DOI:10.1055/a-1162-1987
32. Sell K, Saringer-Hamiti L, Geffert K, Strahwald B, Stratil JM, Pfadenhauer LM. Politikberatung durch Expert*innenräte in der SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland: Eine Dokumentenanalyse aus Public-Health-Perspektive. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2021 Oct;165:1–12. DOI:10.1016/j.zefq.2021.06.002
33. Loss J, Boklage E, Jordan S, Jenny MA, Weishaar H, El Bcheraoui C. Risikokommunikation bei der Eindämmung der COVID-19-Pandemie: Herausforderungen und Erfolg versprechende Ansätze. Bundesgesundheitsblatt. 2021 Mar;64(3):294–303. DOI:10.1007/s00103-021-03283-3
34. Knöchelmann A, Richter M. COVID-19 und soziale Ungleichheit. Publ Health For. 2021 Mar 26;29(1):2–4. DOI:10.1515/pubhef-2020-0106
35. Zukunftsforum Public Health. Eckpunkte einer Public Health-Strategie für Deutschland. 2021. [accessed 2021 Dec 1]. Available from: https://www.zukunftsforum-public-health.de/public-health-strategie
36. Bundesgesundheitsministerium (BMG). Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst. 2020. [accessed 2022 Jan 10]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/O/OEGD/Pakt_fuer_den_OEGD.pdf
37. Dragano N, Gerhardus A, Kurth BM, Kurth T, Razum O, Stang A, Teichert U, Wieler LH, Wildner M, Zeeb H. Public Health – mehr Gesundheit für alle. Ziele setzen – Strukturen schaffen – Gesundheit verbessern. Gesundheitswesen. 2016 Nov;78(11):686–8. DOI:10.1055/s-0042-116192
38. Gräser S. Global Health / Globale Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I063-3.0
39. Europäische Kommission. EU4Health 2021-2027 – eine Vision für eine gesündere Europäische Union. 2022. [accessed 2022 Jan 10]. Available from: https://ec.europa.eu/health/funding/eu4health_de
40. World Health Organisation (WHO). WHO COVID-19 dashboard. 2021 [accessed 2021 Oct 26]. Available from: https://covid19.who.int
41. Kirsch P, Kube H, Zohlnhöfer R. Spaltung der Gesellschaft durch Misstrauen: Selbstermächtigung. Ruperto Carola. 2021;18:63–8. DOI:10.17885/HEIUP.RUCA.2021.18.24364

Korrespondenz: Anna Christina Nowak, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften AG 3, Epidemiologie und International Public Health, Universitätsstr. 25, 33615 Bielefeld, Deutschland, E-mail: anowak@uni-bielefeld.de

Zitierhinweis: Nowak AC, Kolip P, Razum O. Gesundheitswissenschaften / Public Health. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i061-1.0

Copyright: © 2026 Anna Christina Nowak 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/

Gesundheitsziele

Miriam G. Gerlich[1]
Friedrich Wilhelm Schwartz †[2]
Ulla Walter[3]

[1] Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), Köln, Deutschland
[2] Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover - OE 5410, Hannover, Deutschland
[3] Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Hannover, Deutschland

Abstract

Gesundheitsziele sind Vereinbarungen von verantwortlichen Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitssystem. An der Entwicklung sind Vertreterinnen und Vertreter aus der Bundes- und Länderpolitik, Kostenträger und Leistungserbringer, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen sowie der Wissenschaftsbereich beteiligt. Auf Initiative der Bundesregierung wurden unter Organisation des Kooperationsverbundes „gesundheitsziele.de“ bislang zehn nationale Gesundheitsziele entwickelt. Diese sind breit angelegt und umfassen präventive, kurative, rehabilitative, pflegerische und Public-Health-Aspekte. Auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse werden für ausgewählte Zielbereiche Handlungsfelder aufgeführt, Maßnahmenkataloge erstellt und Zuständigkeiten benannt.

Keywords: Gesundheitsziele, Akteurinnen und Akteure, Gesundheitswesen, Handlungsfelder, Maßnahmen

Definition und Bedeutung von Gesundheitszielen

Gesundheitsziele sind durch Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens vereinbarte Ziele und ein ergänzendes Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen. Sie können direkt auf die Verbesserung der Gesundheit in definierten Bereichen oder für bestimmte Gruppen ausgerichtet sein, aber auch indirekt auf verbesserte Strukturen abzielen, die Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung und auf die Krankenversorgung haben.

Gesundheitsziele dienen der Priorisierung von Gesundheitsproblemen und -risiken sowie gesundheitsbezogenen Belangen der Bürgerinnen und Bürger bzw. Patientinnen und Patienten. Auf der Grundlage wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse werden für ausgewählte Zielbereiche, z. B. Krebs oder psychische Erkrankungen, Empfehlungen formuliert und Maßnahmenkataloge erstellt.

Die nachhaltige Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen ist oftmals als langfristiger Prozess angelegt. Zur Zielbestimmung gehört auch die Festlegung von Zeiträumen für die Umsetzung.

Gesundheitsziele sollen

- durch die Priorisierung den politischen Diskurs über die Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration und Rehabilitation vorantreiben,
- die für Gesundheit zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel problemangemessen lenken und
- neue Impulse für das Gesundheitsmanagement und die Leistungserbringung vor Ort setzen.

Gesundheitsziele können sich auf sämtliche Gesundheitsbereiche beziehen: Prävention und Gesundheitsförderung, Früherkennung, Diagnostik, Therapie, ambulante und stationäre Versorgung sowie Rehabilitation und Pflegeleistungen.

Ziel 1: Die Patientensicherheitskultur wird auf allen Ebenen des Gesundheitswesens aktiv gefördert.

Teilziel 1.1: Patientensicherheitskultur ist das Fundament für eine sichere Patientenversorgung. Patientensicherheitskultur wird von den Beschäftigten und Einrichtungen im Gesundheitswesen gelebt.

Handlungsfelder	Beispielhaft geeignete Maßnahmen	Zuständigkeiten / Akteure / Träger / Institutionen *(alphabetisch sortiert)*
Lernkultur stärken	• Vorausschauendes, fehlerpräventives Handeln wird gefördert, die Grundhaltung „Jeder Fehler ist ein Schatz" wird vorgelebt und vermittelt. • Kompetenz im Bereich Patientensicherheit erfährt Wertschätzung und wird ausgebaut (beispielsweise durch Erfahrungsaustausch, Mentoring oder Fortbildung). • Wissen über Patientensicherheit wird in der Organisation so verankert, dass es aktiv genutzt und umgesetzt werden kann. • Ursachenanalysen werden unter Berücksichtigung der Perspektive aller Beteiligten multiprofessionell und unter Einbeziehung von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen durchgeführt. • Die Möglichkeit zur Teilnahme an Berichts- und Lernsystemen wird sichergestellt. Deren Auswertung wird systematisch betrieben und in das Risikomanagement eingespeist.	• Alle Einrichtungen der Gesundheits- und Pflegeversorgung • Beschwerdemanagement • Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik • GKV/PKV • Patientenbeauftragte • Patientenfürsprecher • Patientensicherheitsbeauftragte • QM-Beauftragte • UPD Patientenberatung Deutschland
Kommunikation über Risiken und Chancen für die Patientensicherheit aktiv fördern (Feedbackkultur)	• Die Bedeutung von sanktionsfreier Kommunikation über Fehler sowie kritische und unerwünschte Ereignisse für die Fehlerprävention wird herausgestellt und umgesetzt. • Die Kommunikationskompetenz aller Beteiligten wird gestärkt (Schulungen, Trainings etc.). • Strukturen und Routinen für eine offene, lösungsorientierte und sanktionsfreie Kommunikation sind etabliert (über Hierarchiestufen, Berufsgruppen und Fachdisziplinen hinweg). Der Austausch z. B. in Teambesprechungen, Supervision, „Peer to Peer" wird gestärkt.	• BZgA • Führungsgremien und Führungskräfte aller Einrichtungen der Gesundheits- und Pflegeversorgung • In allen Einrichtungen des Gesundheitswesens (GW) Träger der Einrichtungen • Körperschaften, Berufsverbände und Vertretungen medizinischer Heilberufe • RKI

Abbildung 1: Operationalisierung eines Gesundheitszieles am Beispiel „Patientensicherheit". Abgebildet sind 2 von 3 Handlungsfeldern des Teilzieles 1.1. Quelle: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG) [1]. Nationales Gesundheitsziel Patientensicherheit, Berlin, S. 35.

Operationalisierung von Gesundheitszielen

Zur Operationalisierung von Gesundheitszielen werden Oberziele, Teilziele, Handlungsfelder und geeignete Maßnahmen (beispielhaft) definiert. Zudem werden Zuständigkeiten, Akteurinnen und Akteure, Träger und Institutionen benannt (siehe Abbildung 1). Fast alle nationalen und internationalen Gesundheitszielprogramme greifen Querschnittsthemen auf: Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sollen u. a. der Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit dienen [2] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit). Zudem wird Gender Mainstreaming [3] (Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming) z. B. geschlechtsspezifische Angebote, und zunehmend Nachhaltigkeit aufgegriffen, z. B. Prävention gesetzlich verankern, Digitalisierung, Klima und Gesundheit, Verbesserung internationales Krisenmanagement und Stärkung von Gesundheitssystemen [4].

Um die Fortschritte bei der Erreichung eines Gesundheitsziels zu bewerten, müssen Gesundheitsindikatoren [5] definiert werden. Die Indikatoren können sich auf alle Ebenen der Zieldefinition beziehen.

Ursprünge von Gesundheitszielprogrammen

Die Ursprünge der Gesundheitszielprogramme reichen rund 50 Jahre zurück. Unter anderem angeregt durch eine Umorientierung der kanadischen Gesundheitspolitik zu Beginn der 1970er Jahre, setzte sich die WHO für die weltweite Entwicklung von Gesundheitszielen ein. Eine andere Inspirationsquelle für die WHO stellte das Konzept „Management by Objectives“ der Industrie und weiterer Großorganisationen seit Ende der 1960er Jahre dar. Das Konzept ist auch heute noch in der internationalen Politik aktuell, etwa in den Themenbereichen Klima, Energiegewinnung, Ernährung und Seuchenbekämpfung.

In Folge der Deklaration von Alma Ata im Jahr 1978 verabschiedete die WHO ihr erstes weltweites Gesundheitszielprogramm „Health for All“, dem 1984 die Verabschiedung des europäischen Programms „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ folgte, das 1991 aktualisiert wurde. 1998 wurde „Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000“ in das Gesundheitszielprogramm „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert − Gesundheit 21“ überführt [6].

2012 wurde das europäische Rahmengesundheitskonzept „Health 2020“ vom europäischen Regionalbüro der WHO und den 53 Mitgliedstaaten in der europäischen Region beschlossen [7]. Es beinhaltet die beiden strategischen Ziele „Verbesserung der Gesundheit für alle und Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten“ sowie „Verbesserung von Führung und partizipatorischer Steuerung für die Gesundheit“. Unter Einbeziehung von „Health 2020“ wurden die 2030 Agenda for Sustainable Development (2030 Agenda) und deren Sustainable Development Goals (SGDs) implementiert [8].

Außerhalb Deutschlands wurden Gesundheitsziele in zahlreichen OECD-Ländern entwickelt.

Gesundheitsziele in Deutschland

In Deutschland wurden ab Mitte der 1980er Jahre Versuche unternommen, auf Bundesebene die Basis für die Definition von Gesundheitszielen zu legen. Verschiedene Bundesländer griffen das Gesundheitszielkonzept auf, so z. B. Hamburg (1992) und Nordrhein-Westfalen (1995). In letzterem verabschiedete die Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW, u. a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen reduzieren, Krebs bekämpfen und Umwelthygienemanagement [9]. Für Berlin wurden von wissenschaftlicher Seite Gesundheitsziele entwickelt, die zunächst keine politische Unterstützung fanden, später wurden sie jedoch wieder aufgegriffen, z. B. in Form des Gesundheitsziels „Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche erhöhen - Benachteiligungen abbauen“. Ab Ende der 1990er Jahre entwickelten weitere Bundesländer Gesundheitsziele.

Im Jahr 2000 initiierte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zusammen mit den Bundesländern die Festlegung und Entwicklung von nationalen Gesundheitszielen und ihre Umsetzung im deutschen Versorgungsalltag. Die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG) wurde mit dem Modellprojekt "Forum gesundheitsziele.de" beauftragt. Aufgrund der erfolgreichen Projektdurchführung in der Zeit von 2000 bis 2006 wurden sechs nationale Gesundheitsziele entwickelt; teilweise wurde in dieser Zeit bereits mit deren Umsetzung begonnen. Außerdem beschlossen die Beteiligten, den von allen wesentlichen Gesundheitsakteurinnen und -akteuren getragenen Prozess fortzusetzen.

Seit 2007 ist gesundheitsziele.de ein langfristig angelegter Kooperationsverbund, der sich aus Mitteln der Beteiligten finanziert. Der Verbund gesundheitsziele.de bringt über 140 gesundheitspolitische Akteurinnen und Akteure zusammen aus Bund, Ländern, Kommunen, Bundesbehörden, Selbstverwaltungsorganisationen, Fachverbänden, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen, Gewerkschaften, Wohlfahrtsverbänden, Industrie und Wissenschaft. In einem Forum wurden inzwischen zehn Nationale Gesundheitsziele konsensual entwickelt, teilweise evaluiert und bereits überarbeitet. Die zu berücksichtigenden Kriterien sind in Eckpunkten dargelegt (https://gvg.org/de/topic/98.publikationen-und-dokumentationen.html).

Die Nationalen Gesundheitsziele adressieren Krankheiten, Risikofaktoren, Lebensphasen und Kompetenzen, teilweise fanden bereits Aktualisierungen statt. (nach Jahr der Erstveröffentlichung aufsteigend):

1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln*
2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen*
3. Tabakkonsum reduzieren*
4. Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung*

5. Gesundheitliche Kompetenz erhöhen; Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken*
6. Depressive Erkrankungen: Verhindern, früh erkennen und nachhaltig behandeln*
7. Gesund älter werden*
8. Alkoholkonsum reduzieren*
9. Gesundheit rund um die Geburt
10. Patientensicherheit.

Die mit * gekennzeichneten Gesundheitsziele wurden im Jahr 2015 in das Präventionsgesetz [10] (§ 20 SGB V) aufgenommen und wurden damit erstmals gesetzlich verankert (www.gesundheitsziele.de).

Evaluation von Gesundheitszielen

Gesundheitsziele können nur wirksam sein, wenn ihre Umsetzung und Effekte überprüft werden. Evaluationskonzepte liegen bislang für die Gesundheitsziele Tabakkonsum reduzieren, Gesundheitliche Kompetenz erhöhen/Souveränität von Patientinnen und Patienten stärken, Depressive Erkrankungen sowie Gesund aufwachsen im Setting Kindertagesstätte vor; teilweise sind bereits Evaluationen bzw. Zwischenbewertungen erfolgt (Tabakkonsum reduzieren, Gesund aufwachsen, Depressive Erkrankungen: Verhindern, früh erkennen und nachhaltig behandeln).

Zur wissenschaftlichen Fundierung der Gesundheitsziele in Deutschland wurde durch den Steuerungskreis des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de 2004 ein Evaluationsbeirat eingerichtet, der Bewertungskriterien zur Auswahl von Zielthemen mit Hilfe eines mehrstufiges Auswahl- und Ausarbeitungsverfahren zusammengestellt hat. Diese umfassen folgende Dimensionen und Indikatoren (siehe z. B. https://gvg.org/de/topic/98.publikationen-und-dokumentationen.html):

1. Das Gesundheitsproblem verursacht eine hohe Mortalität
2. Das Gesundheitsproblem verursacht eine hohe bevölkerungsbezogenen Krankheitslast (Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung, Rehabilitation)
3. Weite Verbreitung des Gesundheitsproblems in der Bevölkerung (Morbiditätsraten, Prävalenz, Verbreitung von Risikofaktoren, funktionelle Einschränkungen, Pflegebedarf)
4. Es besteht ein hoher Bedarf, aber auch hohe Chancen zur Verbesserung des Problems
5. Das Gesundheitsproblem ist mit hohen Kosten verbunden, die durch zielbezogene Maßnahmen verringert werden können
6. Es liegen keine ethischen Bedenken gegen das Gesundheitsziel vor. Das Gesundheitsziel hat aus ethischer Perspektive eine besondere Relevanz
7. Das Ziel leistet einen Beitrag zum Ausgleich sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung – Geschlecht, soziale Lage, Schultypen (Kinder), Alter, Migration
8. Das Gesundheitsproblem hat eine aus Sicht der Bevölkerung und der Politik hohe Priorität
9. Erfolge bei der Zielerreichung lassen sich wissenschaftlich messen
10. Instrumente und Verfahren zur Umsetzung des Ziels sind vorhanden
11. Akteurinnen und Akteure unterstützen die Umsetzung notwendiger Maßnahmen
12. Beteiligungsmöglichkeiten von Bürgerinnen und Bürgern sowie Patientinnen und Patienten (strukturell, individuell) sind gegeben
13. Rechtlicher Rahmen (Implikationen, die sich aus dem bestehenden Rechtsrahmen ergeben, Überprüfung der Zuständigkeiten)

Eine Herausforderung bleibt, den Erfolg von Gesundheitszielprogrammen zu bewerten. Die Programme wurden häufig nicht für die Umsetzung konzipiert, sondern um die öffentliche Debatte um eine gesundheitspolitische Strategie anzuregen. Außerdem wurde vielfach versäumt, die Öffentlichkeit und die unmittelbaren Leistungserbringerinnen und -erbringer angemessen zu beteiligen und einzubinden. Auch waren an die Zielformulierung oft weder finanzielle Mittel noch Maßnahmen oder Koordinierungsmechanismen gebunden.

„Modelle guter Praxis“ im engeren Sinne gibt es für Gesundheitsziele nicht. Allerdings lassen sich in der Literatur eine Reihe von Elementen herausarbeiten, die ein erfolgreiches Gesundheitszielprogramm verwirklichen muss:

- Die Auswahl von Gesundheitszielen muss sich an wissenschaftlichen Erkenntnissen und an gesellschaftlichen Konsensentscheidungen orientieren.
- Die Zielsetzungsprozesse müssen transparent und nachvollziehbar sein.
- Gesundheitsziele müssen konkret sein (Teilziele, Strategien, Maßnahmen, Indikatoren, Zeitrahmen der Zielerreichung).

- Bei der Definition und Umsetzung von Gesundheitszielen müssen Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten sowie Leistungserbringerinnen und -erbringer vor Ort eingebunden werden, um die Unterstützung zu gewährleisten.
- Gesundheitsziele müssen multisektoral Grenzen der Versorgung überbrücken und Zuständigkeiten koordinieren.
- Gesundheitsziele erfordern eine Koordinierung.
- Gesundheitsziele müssen nachvollziehbar für die Beteiligten/Betroffenen auf die Zielerreichung überprüft werden.

Politische Dimensionen von Gesundheitszielen

Gesundheitsziele können von großer politischer und auch praktischer Bedeutung für die Prävention und Gesundheitsförderung sein. Sie bilden ein Korrektiv zur vorwiegend kurativen Ausrichtung der gesundheitlichen Versorgung. Darüber hinaus werden durch Gesundheitsziele auch andere „gesundheitsferne“ Politikfelder wie z. B. die Steuerpolitik (Tabaksteuern), die Agrarpolitik (der gemeinsame Agrarmarkt in der Europäischen Union) oder die Verkehrspolitik zu relevanten gesundheitspolitischen Handlungsfeldern.

Inzwischen haben zahlreiche Länder Nationale Gesundheitsziele benannt, so auch Österreich, wo 2012 zehn Rahmengesundheitsziele beschlossen wurden. An der Erarbeitung dieser Ziele waren rund 40 Institutionen beteiligt. Zudem haben mehr als 40.000 Bürgerinnen und Bürger meinungsgebend über eine Internet-Plattform mitgewirkt. Die 2019 gestartete 4. Phase widmet sich der Umsetzung von übergreifenden Schwerpunkten sowie der Identifizierung und Umsetzung von Maßnahmen mit erwartbar hohem Impact (z. B. Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz, Dialog gesund & aktiv altern, Strategie Gesundheit im Betrieb und Frühe Hilfen) [11] (Gesundheitsförderung 6: Österreich).

In der Schweiz wurden 2002 von der Schweizerischen Gesellschaft für Public Health 21 Gesundheitsziele formuliert und veröffentlicht. Diese sollen zur Reflexion anregen, festgelegte Prioritäten unterstützen und als Orientierungspunkte für alle Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen dienen. Im Dezember 2019 wurde vom Bundesrat die Strategie „Gesundheit 2030“ verabschiedet, die acht Ziele beinhaltet und die Strategie „Gesundheit 2020“ ablöste [12] (Gesundheitsförderung 7: Schweiz).

Zukünftig gilt es, auf den bisher gewonnenen Erkenntnissen aufzubauen und den Prozess der Evaluation und qualitätsgesicherten Umsetzung von Gesundheitszielen weiter voranzubringen. Ein Schritt in diese Richtung ist in Deutschland der nach dem Präventionsgesetz alle vier Jahre zu veröffentlichende Präventionsbericht, der die Dokumentation, die Erfolgskontrolle und die Evaluation der Nationalen Präventionsstrategie im Zeitverlauf zum Ziel hat. Erstmalig wurde der Präventionsbericht am 25. Juli 2019 vorgelegt. Der zweite Präventionsbericht erschien am 29. Juni 2023.

Internetadressen:

- Bundesamt für Gesundheit Schweiz. Dialog Nationale Gesundheitspolitik. Available from: https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/dialog-nationale-gesundheitspolitik-staendige-plattform-bund-kantonen.html
- Bundesministerium für Gesundheit Deutschland. Gesundheitsziele. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsziele.html
- Bundesministerium für Gesundheit Deutschland. Bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz/rahmenempfehlungen-nationale-praeventionskonferenz.html
- Bundesministerium für Gesundheit Österreich. Gesundheitsziele Österreich. Weiter Denken. Weiter kommen. Available from: https://www.gesundheitsziele-oesterreich.at
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. Forum Gesundheitsziele. Available from: https://www.gesundheitsziele.de
- Die Nationale Präventionskonferenz. Präventionsbericht. Available from: https://www.npk-info.de/praeventionsstrategie/praeventionsbericht

Weiterführende Literatur:

- Mosebach K, Schwartz FW. Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik. In: Schwartz FW, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Busse R, Amelung V, Dierks ML, editors. Public Health Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Elsevier; 2022. p. 531–48.
- Bundesgesetzblatt. PrävG – Präventionsgesetz: Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention vom 17. Juli 2015. Jahrgang 2015, Teil I Nr. 31 am 25. Juli 2025.

Literatur:

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG), editor. gesundheitsziele.de – Forum Gesundheitsziele für Deutschland. Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte. GVG-Schriftenreihe. 2002;37.

References

1. Holtz V, Jonitz G. Nationales Gesundheitsziel Patientensicherheit. Bundesgesundheitsbl. 2023 Jan;66(1):92–7. DOI:10.1007/s00103-022-03636-6
2. 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
3. Altgeld T, Klärs G. Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I022-2.0
4. Die Bundesregierung, editor. Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie. Weiterentwicklung 2021. 2021. Available from: https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975274/1873516/9d73d857a3f7f0f8df5ac1b4c349fa07/2021-03-10-dns-2021-finale-langfassung-barrierefrei-data.pdf
5. Röding D, Gerlich MG, Walter U. Gesundheitsindikatoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I055-3.0
6. WHO Regionalbüro für Europa. Gesundheit 21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Vol. ;6. Kopenhagen; 1998. (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“; 6).
7. WHO Regionalbüro für Europa. Gesundheit 2020. Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert. Kopenhagen; 2013.
8. WHO Regional Office for Europe. Health and well-being and the 2030 Agenda for Sustainable Development in the WHO European Region: an analysis of policy development and implementation. Report of the first survey to assess Member States′ activities in relation to the WHO European Region Roadmap to Implement the 2030 Agenda for Sustainable Development. Copenhagen; 2021.
9. Weihrauch B. Gesundheitsziele – Das Beispiel des Landes Nordrhein-Westfalen. Bundesgesundheitsblatt. 2003;54:114–9.
10. 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
11. 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
12. 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

Korrespondenz: Dr., MPH Miriam G. Gerlich, Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), Maarweg 149-161, 50825 Köln, Deutschland, E-mail: miriam.gerlich@bioeg.de

Zitierhinweis: Gerlich MG, Schwartz † FW, Walter U. Gesundheitsziele. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i062-1.0

Copyright: © 2026 Miriam G. Gerlich 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/

Global Health / Globale Gesundheit

Silke Gräser[1]
[1] Internationale Beraterin Public Health, Oldenburg, Deutschland

Abstract

Im Zentrum von Global Health / Globaler Gesundheit stehen die Entwicklungen und die Auswirkungen einer zunehmend globalisierten Welt auf Gesundheit und die damit verbundenen Herausforderungen. Global Health bezieht sich auf die transnationalen Einflüsse der Globalisierung auf gesundheitliche Lagen, Determinanten und Risiken, die außerhalb der Kontrolle einzelner Nationen liegen. Dabei gehören zur globalen Gesundheitsagenda v. a. Ungleichheiten durch internationalen Handel und internationale Investitionen wie auch Effekte des Klimawandels, von Migration und globaler Mobilität.

Keywords: One-Health-Ansatz, Nachhaltigkeit

Einleitung

In den vergangenen Jahren hat die Bedeutung von Globaler Gesundheit international, aber auch in Deutschland deutlich zugenommen. Abzulesen ist dies u. a. an der zunehmenden Zahl von Publikationen zum Thema und der Entstehung von neuen institutionellen Strukturen für Globale Gesundheit.

Historisch betrachtet hat der neue Begriff Global Health den Terminus der „Internationalen Gesundheit“ abgelöst, auch im Zuge zunehmender Bedeutung und Diskussionen zu Globalisierung, globaler Herausforderungen und deren gesundheitlichen Folgen. Entstanden vor allem im Zuge der Tropenmedizin, befasst sich „Internationale Gesundheit“ vor allem mit der Kontrolle von Epidemien und Infektionskrankheiten, während Globale Gesundheit die Gesundheitsbedürfnisse von Menschen in einer globalen Perspektive über nationale Grenzen hinweg weltweit mit einbezieht [1].

Internationale Gesundheit ist traditionell vor allem mit einem Fokus auf einkommensschwache Länder und deren Gesundheitsprobleme verbunden, v. a. in Bezug auf Tropenkrankheiten und Infektionskrankheiten wie z. B. Tuberkulose, Malaria oder Ebola.

Globale gesundheitliche Herausforderungen

Von „Internationaler Gesundheit“ unterscheidet sich Global Health insbesondere dadurch, dass globale gesundheitsbezogene Herausforderungen eingeschlossen sind, die sich den Kontrollmöglichkeiten einzelner Staaten entziehen. So geht es um einen populationsorientierten Zugang mit Betonung auf Prävention und vulnerable sowie unterprivilegierte Bevölkerungsgruppen [2] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit). Im Hintergrund steht ein gemeinsames Verständnis von Gesundheit als öffentlichem und globalem Gut, das die Bedeutsamkeit von Systemen und Strukturen anerkennt.

Im Zentrum von Global Health stehen ökonomische, politische und soziale Abhängigkeiten von Staaten in Bezug auf gesundheitsbezogenes Kapital, Güter, Personen, Konzepte, Vorstellungen, Ideen und Werte als ein komplexes globales System. Ökonomie, Ökologie und Politik sind so gleichermaßen in Global Health einzubeziehen und stehen mit ihren Auswirkungen auf die sozialen Determinanten der Gesundheit [3] und auf Aspekte der gesundheitlichen Chancengleichheit [2] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit) besonders im Fokus.

Koplan et al. ([4], S. 1995) definieren Globale Gesundheit als „ein Bereich der Lehre, Forschung und Praxis, das prioritär auf die Verbesserung von Gesundheit mit gleichem Zugang für alle Menschen weltweit zielt.“ Dazu dienen insbesondere Multidisziplinarität und intersektorale Kooperationen als zentrale Handlungsprinzipien.

Global Health wird auch kritisch diskutiert, vor allem im Kontext der Dekolonialisierung. Gemeint ist die Aufhebung historisch gewachsener hegemonialer Strukturen in der Entwicklungsförderung, die sich durch eine hierarchische Beziehung zwischen Geber- und Empfängerstaaten ausdrückt. Dabei richtet

sich die Kritik z. B. sowohl auf prädeterminierte Themensetzungen durch die Geberstaaten als auch auf den Abzug von lokalen Ressourcen, z. B. von Personal im Gesundheitswesen auf Kosten primärer Gesundheitsdienste. In dieser Diskussion wird die Notwendigkeit partnerschaftlicher und gleichberechtigter Planung, ein gleichberechtigter Zugang zu Ressourcen und die nachhaltige Einbindung in lokale Strukturen betont.

Gleichzeitig entwickeln sich durch globalisierten Handel und Wirtschaft auch neue Möglichkeiten für den Einsatz neuer Technologien im Gesundheitssystem (z. B. E-Health, M-Health, Telemedizin) [5] (Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien). Durch die Verbreitung von Innovationen und evidenzbasiertem Lernen von Modellen guter Praxis kann Globale Gesundheit zudem von Entwicklungen und Erfahrungen in anderen Ländern oder Regionen profitieren.

Epidemiologie im globalen Kontext

Epidemiologische Messungen zu Global Health erfassen derzeit vorwiegend Mortalität und Morbidität. Zunehmend werden aber auch andere Gesundheitsindikatoren [6] wie Disability-Adjusted Life Years (DALYs) erhoben, z. B. durch das Global Health Observatory der WHO. Dabei wird die Messung von DALYs eingesetzt, um globale Krankheitslasten und die Effektivität von gesundheitsbezogenen Interventionen zu evaluieren, die dann internationalen Organisationen zur Kosten-Nutzen-Analyse dienen, z. B. bei der Bestimmung der wirtschaftlichen Rentabilität durch „Economic Rates of Return“ (ERRs).

Globale Gesundheit ist geprägt durch einen epidemiologischen Übergangsprozess. Eine systematische Analyse der DALYs für 291 Krankheiten in 21 Regionen [7] und der WHO-Report „Global Health Risks“ [8] stellten eine Risikoverschiebung im Laufe der ökonomischen Entwicklung von Staaten fest: Übliche Erkrankungen der weniger wohlhabenden Länder wie Diarrhöe oder Lungenentzündung haben sich hin zu nichtübertragbaren Erkrankungen wie Diabetes, kardiovaskulären Erkrankungen verschoben.

Aktuell ist das Risiko an einer nicht-übertragbaren Erkrankung zu sterben für Erwachsene in einem Land mit niedrigem oder mittlerem Einkommen st doppelt so hoch wie in einem einkommensstarken Land [9]. Dabei steigt seit 1990 der Anteil der nicht-übertragbaren Erkrankungen von 44 % auf 61 % in 2016 (% DALYs). 2019 machten bei elf (von 204) Ländern nicht-übertragbare Erkrankungen und Unfälle mehr als die Hälfte der gesamten Krankheitslast aus [10].

Psychische und Verhaltensstörungen haben seit 1990 kontinuierlich zugenommen [11]; neue Daten zeigen außerdem die deutliche Wirkung der COVID-19 Pandemie auf die psychische Gesundheit. So sind insbesondere Depressionen und Angststörungen deutlich angestiegen [12].

Mit der epidemiologischen Transition nimmt die Bandbreite von Aufgaben für globale Gesundheit zu. Vor diesem Hintergrund illustriert die COVID-19 Pandemie deutlich die Interdependenz von Infektionskrankheiten einerseits mit ökologischen Kontexten, während gleichzeitig nicht-übertragbare Erkrankungen wie Bluthochdruck oder Diabetes Risikofaktoren für einen ungünstigen Verlauf einer COVID-19 Infektion darstellen. Entwicklungsländer stehen deshalb vor der Herausforderung, einerseits den klassischen Gesundheitsrisiken durch übertragbare Erkrankungen und gleichzeitig neuen Herausforderungen durch eine zunehmende Globalisierung und Urbanisierung zu begegnen

Nachhaltigkeit und Globale Gesundheit

Eng verbunden ist Global Health mit den acht Millenniums-Entwicklungszielen (Millennium Development Goals = MDGs) der 15-Jahre Entwicklungsagenda der Vereinten Nationen [13], die konkrete Ziele zur Entwicklung in Entwicklungsländern bis 2015 formulierte (siehe Tab. 1). Diese Ziele haben mit ihrem Fokus auf Hunger und Armut, Bildung, Gender und Gesundheit den Entwicklungsprozess zur globalen Gesundheit beeinflusst und führten zu gemeinsamen Anstrengungen der internationalen und nationalen Akteurinnen und Akteure zur Erreichung der dort festgelegten und messbaren Zielwerte. Zwar führte diese zur Konzentration von Ressourcen und globaler und internationaler Aufmerksamkeit auf die spezifischen MDG-Bereiche, doch stand und steht die MDG-Entwicklungsagenda auch in der Kritik, Bereiche eher mit „vertikalen“ Programmstrukturen und krankheitsspezifisch zu fördern, dafür aber breiter angelegte und eher horizontale Ansätze, wie z. B. die Stärkung des Gesundheitssystems, zu vernachlässigen.

Bei aktuellen Entwicklungen, z. B. der Ebola-Epidemie oder der zunehmenden Bedeutung von nicht-übertragbaren Erkrankungen, laufen einkommensschwächere Länder dann Gefahr, schnell an

Kapazitätsgrenzen zu stoßen. Ein weiterer Kritikpunkt an den MDGs ist die Anwendung von globalen Zielwerten anstelle realistischer länderspezifischer Werte, die auch die länderspezifischen Ausgangslagen realistischer hätten abbilden können.

MDG 1	Beseitigung der extremen Armut und des Hungers.
MDG 2	Verwirklichung der allgemeinen Grundschulbildung.
MDG 3	Förderung der Gleichstellung der Geschlechter und Ermächtigung der Frauen.
MDG 4	Senkung der Kindersterblichkeit.
MDG 5	Verbesserung der Müttergesundheit.
MDG 6	Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und anderen Infektionskrankheiten.
MDG 7	Sicherung der ökologischen Nachhaltigkeit.
MDG 8	Aufbau einer weltweiten Entwicklungspartnerschaft.

Abb. 1: Millenniums-Entwicklungsziele bis 2015 (Quelle: [13]*)*

Sustainable Development Goals: Breiter angelegte Ausrichtung

Auch als Reaktion auf die Kritik an den MDGs stehen nun mit der neuen Post-2015-Entwicklungsagenda der Vereinten Nationen zur globalen Entwicklung bis 2030 die Entwicklungsziele zur Nachhaltigkeit (Sustainable Development Goals = SDGs) [14] im Zentrum der Programmentwicklung für Globale Gesundheit (siehe Tab. 2). Mit dem Übergang von den Millennium Development Goals (MDGs) [13] zu den SDGs hat die globale Agenda eine breiter angelegte Ausrichtung erhalten; so gehen sie weiter als die MDGs, indem sie die ursächlichen Gründe für Armut fokussieren, die Inklusion aller sozialer Lagen fordert und damit ein stärkeres Gewicht auf die Gleichheit aller im Entwicklungsprozess legen. Dabei sind die Ziele universell angelegt und beschränken sich nicht, wie die MDGs, auf Entwicklungsländer, sondern nehmen eine Perspektive ein, die auch globale Gründe für Ungleichheiten, Klimawandel, der Schutz von Ökosystemen, nachhaltige Energieformen und nachhaltigen Konsum- und Produktionsmustern, Frieden und Gerechtigkeit miteinschließen [15].

SDG 1	Armut in allen ihren Formen und überall beenden.
SDG 2	Den Hunger beenden, Ernährungssicherheit und eine bessere Ernährung erreichen und eine nachhaltige Landwirtschaft fördern.
SDG 3	Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern.
SDG 4	Inklusive, gleichberechtigte und hochwertige Bildung gewährleisten und Möglichkeiten lebenslangen Lernens für alle fördern.
SDG 5	Geschlechtergleichstellung erreichen und alle Frauen und Mädchen zur Selbstbestimmung befähigen.
SDG 6	Verfügbarkeit und nachhaltige Bewirtschaftung von Wasser und Sanitärversorgung für alle gewährleisten.
SDG 7	Zugang zu bezahlbarer, verlässlicher, nachhaltiger und moderner Energie für alle sichern.
SDG 8	Dauerhaftes, breitenwirksames und nachhaltiges Wirtschaftswachstum, produktive Vollbeschäftigung und menschenwürdige Arbeit für alle fördern.

SDG 9	Eine widerstandsfähige Infrastruktur aufbauen, breitenwirksame und nachhaltige Industrialisierung fördern und Innovationen unterstützen.
SDG 10	Ungleichheit innerhalb von und zwischen Staaten verringern.
SDG 11	Städte und Siedlungen inklusiv, sicher, widerstandsfähig und nachhaltig machen.
SDG 12	Für nachhaltige Konsum- und Produktionsmuster sorgen.
SDG 13	Umgehend Maßnahmen zur Bekämpfung des Klimawandels und seiner Auswirkungen ergreifen.
SDG 14	Ozeane, Meere und Meeresressourcen im Sinne nachhaltiger Entwicklung erhalten und nachhaltig nutzen.
SDG 15	Landökosysteme schützen, wiederherstellen und ihre nachhaltige Nutzung fördern.
SDG 16	Friedliche und inklusive Gesellschaften für eine nachhaltige Entwicklung fördern.
SDG 17	Umsetzungsmittel stärken und die Globale Partnerschaft für nachhaltige Entwicklung mit neuem Leben erfüllen.

Abb. 2: Entwicklungsziele zur Nachhaltigkeit bis 2030 (Quelle: [14]*)*

Von den 17 Zielen bezieht sich SDG 3 spezifisch auf Gesundheit: „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern.“ Dazu gehören 13 Unterziele, die MDG-Ziele wie die zur Müttersterblichkeit, Kindersterblichkeit und Infektionskrankheiten wieder aufnehmen, aber auch neue Ziele zu nicht-übertragbaren Erkrankungen, Substanz-Konsum, Verletzungen oder dem gesundheitlichen Einfluss von gefährlichen Chemikalien, Wasser und Bodenverschmutzung hinzufügen [14].

„Planetare Gesundheit“

Eng verknüpft mit den SDGs wurde in den vergangenen Jahren der Begriff der „Planetaren Gesundheit“ etabliert, um einer umfassenderen ökologischen Perspektive Rechnung zu tragen. Planetare Gesundheit wird als Zusammenspiel sozialer, ökonomischer, ökologischer und politischer Bedingungen verstanden, denkt Nachhaltigkeit [16] (Nachhaltige Gesundheitsförderung), Ökologie, Klima-, und Gesundheitsschutz zusammen und nimmt damit die Nachhaltigkeits- und Klimakrise auf globaler Ebene mit ihrer Bedeutung für Gesundheit von Mensch und Planet in den Fokus [17].

Mit einer ebenfalls ökologischen Orientierung verweist auch der One-Health-Ansatz auf die enge Verzahnung von Mensch, Tier und Ökosystem und ist ein integrierter Ansatz, der Gesundheit auf Basis einer nachhaltigen Balance zwischen Mensch und Umwelt [18] (Umweltbezogene Gesundheitsförderung) versteht. Dazu gehören Fragen der Agrarwirtschaft, Energie, Luft- und Wasserqualität, Klimakrise, nachhaltige Entwicklung ebenso wie Biodiversität und ein intaktes Ökosystem.

Zentrales Prinzip des One-Health-Ansatzes ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit über Sektoren und gesellschaftliche Institutionen hinweg [19] (Ökologische und humanökologische Perspektive). Dabei zielt der Ansatz auf das Wohlergehen und die Gesundheit künftiger Generationen auf Basis fundamentaler Prinzipien. Hier stehen Gleichheit, sozialpolitische und kulturelle Ausgewogenheit, anwaltschaftliches Handeln und gemeindebasiertes Handeln [20] (Sozialraum- und Gemeindeorientierung in der Gesundheitsförderung) für marginalisierte Bevölkerungsgruppen [2] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit) im Zentrum.

Als Handlungsprinzipien für die Umsetzung in die Praxis gelten Zusammenarbeit, Koordination, Kommunikation und Kapazitätsentwicklung [21]. Auch die deutsche Bundesregierung (über BMBF, BMG, BMUV, BMVg und BMZ) zielt seit 2022 auf eine Umsetzung des One-Health-Ansatzes und intensiviert insbesondere die Gesundheitsforschung zu Zoonosen und der Prävention von Infektionskrankheiten [22] (Prävention übertragbarer Erkrankungen) mit der Schaffung von Netzwerkstrukturen wie dem

Forschungsnetzwerk zoonotische Infektionskrankheiten oder dem deutsch-afrikanischen Gesundheitsforschungsnetzwerk ANDEMIA unter der Beteiligung der Partnerländer Elfenbeinküste, Burkina Faso, Demokratische Republik Kongo und Republik Südafrika.

Ansatzpunkte für Strategien globaler Gesundheitsförderung

Zentrale Ansatzpunkte für Global Health sind gesundheitspolitische Interventionen auf Basis neuer globaler und interdisziplinärer Partnerschaften, die sich vernetzen und übersektoral agieren. Aus einer Global Health-Perspektive lässt sich den neuen Herausforderungen nur über nationale und internationale Kooperationen begegnen, die internationale Organisationen (wie die WHO), Staatengemeinschaften, Regierungen, NGOs, private Stiftungen, Zivilgesellschaft und Unternehmen einbeziehen.

Global Health befasst sich daher auch mit der Steuerung und der Finanzierung einer globalen Antwort auf Gesundheitsprobleme und formuliert Aufträge für eine übergreifende Gesundheitspolitik [23], z. B. im Sinne der primären Gesundheitsversorgung [24] (Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care) mit dem Ziel einer Abschwächung von gesundheitlichen Ungleichheiten. Dabei stehen globale wie auch lokale Aspekte beim Aufbau von Kapazitäten im Vordergrund.

Globale Gesundheitsförderung bezieht sich auf Strategien und Prinzipien gesundheitsfördernden Handelns innerhalb globaler Kontexte und kann definiert werden als ein Prozess, der es Menschen ermöglicht, zunehmend Kontrolle über ihre Gesundheit zu gewinnen und Gesundheit in einem zunehmend globalen Kontext zu verbessern [25]. Für die globale Gesundheitsförderung spielt die Bangkok-Charta [26] eine zentrale Rolle: Sie fokussiert auf die gesundheitlichen Anforderungen in einer globalisierten Welt, deren Auswirkungen auf gesundheitliche Chancengleichheit und adäquate globale Handlungsstrategien für Gesundheitsförderung. Die Deklaration formuliert dabei vier zentrale Forderungen nach der Integration von Gesundheitsförderung

- als einem Schwerpunkt in einer globalen Agenda durch Zusammenarbeit von internationalen Organisationen, nationalen Regierungen, Zivilgesellschaft und dem Privatsektor;
- als Kernverantwortlichkeit für alle Regierungsebenen im Sinne eines multisektoralen Ansatzes einschließlich des Einsatzes von z. B. Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) [27] als Instrument der umfassenden gesundheitlichen Folgenabschätzung ökonomischer und politischer Entscheidungen;
- mit einem Fokus auf Gemeinschaften, Zivilgesellschaften und deren Potenzialen unterstützt durch Capacity Building / Kapazitätsentwicklung [28] und
- als Verantwortungsbereich guter Unternehmensführung sowohl im Sinne betrieblicher Gesundheitsförderung [29] (Betriebliche Gesundheitsförderung) als auch im Sinne einer Verantwortungsübernahme des Privatsektors für gesundheitlich relevante Entwicklungen.

Für Globale Gesundheit müssen nun globale und gemeinsame partnerschaftliche Lösungsstrategien entwickelt werden. Die monopolistische Anwendung von Einheitskonzepten durch internationale Organisationen und andere international agierende Geberstaaten impliziert jedoch die Gefahr, kulturelle Unterschiede in den einkommensschwächeren Ländern, ihren Regionen und in Gemeindekontexten nicht zu berücksichtigen.

Partnerschaften auf transnationaler Ebene

Die zentrale Herausforderung für Global Health ist daher, politische Strategien [30] (Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy), und Partnerschaften auf transnationaler Ebene zu entwickeln, die praktikabel und v. a. nachhaltig umsetzbar sind und sich in der politischen Praxis sowie in den unterschiedlichen Gesundheitssystemen als tragfähig erweisen. Dabei sind Fragen von globaler Gesundheitssteuerung (Global Health Governance [GHG]) eng verbunden mit Fragen von Gerechtigkeit zwischen Ländern und Partizipation im Sinne einer nachhaltigen Stärkung nationaler Gesundheitssysteme. Dazu gehört wesentlich die soziale und ökonomische Absicherung eines universellen Zugangs zu Gesundheitsleistungen (Universal Health Coverage [UHC]) als ein zentrales Entwicklungsziel einer Agenda zur Globalen Gesundheit („flächendeckende Gesundheitsversorgung“).

In der Praxis internationaler Entwicklungszusammenarbeit und der Steuerung sind die ungleich verteilten Ressourcen der Staaten verknüpft mit einer hierarchischen Beziehung zwischen Geber- und Empfängerstaaten; das kann auch bedeuten, dass die nationale Entscheidungsmacht über die Ausrichtung der staatlichen Gesundheitspolitik und nationale Systementscheidungen eingeschränkt und Ungleichheiten befördert werden.

Beispielhaft steht dafür die frühe Initiative „Joint Learning Initiative on National and Global Responsibilities for Health“ (Gemeinsame Lern-Initiative zur nationalen und globalen Verantwortung für Gesundheit) [31], die die Etablierung einer globalen Koalition von Zivilgesellschaft und Wissenschaft anstrebt. Der Fokus liegt dabei auf einem partizipativen Ansatz in der Verantwortlichkeitsübernahme von Staaten, dem Verständnis von Gesundheit als Menschenrecht und einem gerechten Zugang zu Gesundheit auch im Sinne einer nationalen Verpflichtung im Kampf gegen Armut und Ungleichheit auf globaler Ebene [32]. Dazu gehören partnerschaftliche Netzwerke aus Regierungen, internationalen Organisationen, Nichtregierungsorganisationen, Unternehmen und der Zivilgesellschaft wie auch Fragen eines globalen und internationalen Finanzierungsmechanismus.

Im Kontext globaler Gesundheit spricht man dann von Global Public Private Partnerships (GPPPs), also von privat-öffentlichen Partnerschaften, die in einer Kombination aus „Bottom-up“- und „Top-down“-Ansätzen eine zentrale Rolle übernehmen sollen für neue Formen politischer Steuerung in einer globalisierten Welt (Global Health Governance [GHG]). Beispielhaft zeigt sich eine solche Partnerschaft im „Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria“ [33] als Finanzierungsinstrument im Kampf gegen die weltweit drei häufigsten armutsbedingten Infektionskrankheiten.

Entwicklung in Deutschland

In den vergangenen Jahren hat sich Deutschland deutlich stärker in der globalen Gesundheitspolitik positioniert. Dazu haben globale Entwicklungen beigetragen wie z. B. der Rückzug der USA aus der Entwicklungsförderung, in Europa der Brexit, aber auch Deutschlands Rolle im Rahmen der Internationalen Zusammenarbeit im Kontext der Ebola-Krise von 2014/15 [34]. Als eine Auswirkung der Covid-19 Pandemie hat sich der Fokus auf Globale Gesundheit und der Notwendigkeit internationaler Lösungen sowohl in Deutschland als auch in der EU weiter deutlich verstärkt.

2020 verabschiedete Deutschland die neue „Strategie der Bundesregierung zur globalen Gesundheit" [35], um die gesundheitsrelevanten Nachhaltigkeitsziele zu erreichen. Themenschwerpunkte sind Gesundheitsförderung, Umwelt und Klimawandel [36] (Klimawandel und Gesundheitsförderung), Stärkung von Gesundheitssystemen, grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren, globale Gesundheitsforschung und Innovation. Dazu gehören als Handlungsprinzipien ein partnerschaftlich abgestimmtes Vorgehen, das globale Gesundheit als Querschnittsaufgabe begreift, Vernetzung befördert und Kompetenzen aus gesundheitsrelevanten Sektoren zusammenführt.

Perspektiven

Als eine der strategischen Prioritäten bedeutet das für Gesundheitsförderung und Prävention einen Schwerpunkt auf die Stärkung von Gesundheitskompetenz [37], [38], [38] (Gesundheitskompetenz / Health Literacy, Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung , Gesundheitsbildung), woraus sich zudem eine ganzheitliche und integrative Sichtweise ergibt, die Lebenswelten [39] (Settingansatz–Lebensweltansatz) und gesundheitliche Rahmenbedingungen berücksichtigt, soziale Determinanten mitdenkt und gesunde Lebensstile befördert – insbesondere in ihrer Bedeutung sowohl für nicht-übertragbare als auch übertragbare Erkrankungen. Dazu gehört ein Schwerpunkt auf die Förderung von Bildung und Teilhabe für Frauen in allen Bereichen ebenso wie Gewaltprävention. Auch Arbeitsbedingungen rücken als Aspekte einer gesundheitsfördernden Lebenswelt mehr in den Fokus. So sollen Gesundheitsförderung und Prävention insgesamt gestärkt werden, auch mit vermehrter Forschung und internationalem Wissenstransfer, und gesundheitsförderndes Handeln politikübergreifend umgesetzt werden.

Im Rahmen der Bekämpfung von Infektionskrankheiten gelten Schwerpunkte der Reduzierung antimikrobieller Resistenzen, dem Ausbau von Impfforschung und Impfprogrammen, der Beförderung von globalen Partnerschaften zur Infektionsbekämpfung, der Ausrottung von Polio und mit Armut verbundenen Tropenkrankheiten.

Auf politischer Ebene soll die Rolle der WHO gestärkt werden, besonders für nicht-übertragbare Krankheiten, auf der Ebene des International Labour Organization (ILO) soll der Arbeitsschutz unterstützt werden.

Auch die neue „EU Global Health Strategy − Better Health For All in a Changing World“ der Europäischen Kommission [40] beschreibt ähnliche Handlungsprinzipien und Schwerpunkte bis 2030 und folgt einem integrierten Konzept von „Gesundheit in allen Politikbereichen“ [41] (Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP)). Als die drei globalen Gesundheitsprioritäten nennt die EU-Strategie:

1. Die Verbesserung von Gesundheit und Wohlergehen der Menschen während des gesamten Lebens.
2. Die Stärkung der Gesundheitssysteme und Förderung der universellen Gesundheitsversorgung.
3. Die Verhütung und Bekämpfung von Gesundheitsgefahren, einschließlich Pandemien, unter Anwendung des One-Health-Ansatzes.

Neue Plattformen und Zusammenschlüsse

Mit der Übernahme der G7-Präsidentschaft im Jahr 2022 hat Deutschland globale Gesundheit als ein zentrales Thema etabliert. Im Zuge der verstärkten Befassung mit globaler Gesundheit wurden in den vergangenen Jahren in Deutschland Strukturen geschaffen, die Globale Gesundheit / Global Health auf verschiedenen Ebenen unterstützen. Dazu gehört im akademischen und wissenschaftlichen Bereich und der Forschungsförderung die „Global Alliance for Global Health Research " (GLOHRA) (zunächst BMBF, seit 2020 Kooperation mit BMG). Auf Ebene der Zivilgesellschaft wurde bereits seit 2011 die „Deutsche Plattform für Globale Gesundheit" gegründet, die sich als Vernetzungsplattform in einer verstärkten Zusammenarbeit der global tätigen Nicht-Regierungsorganisationen insbesondere mit der Verknüpfung globaler und lokaler Gesundheit befasst, die Bedeutung sozialer Einflussfaktoren betont und sich dafür einsetzt, globale Gesundheit auf die politische Agenda zu setzen [42].

Seit 2020 gibt es einen neuen Zusammenschluss aus der Industrie, die „ German Health Alliance ", eine Initiative des Bundesverbands der Deutschen Industrie (BDI) mit Unterstützung der Bundesregierung, die führende Firmen, Institutionen und Organisationen der Gesundheitswirtschaft mit der Zielsetzung zusammenbringt, globale Gesundheitssysteme technologisch und systemisch zu entwickeln [43]. Darüber hinaus wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit als weitere intersektorale Informationsplattform 2019 der „Global Health Hub" implementiert, der als offene Plattform die Vernetzung aller an Global Health Interessierten ermöglichen soll.

Auch der „World Health Summit", eine jährliche Global-Health-Konferenz, auf der sich internationale Politik, Wissenschaft, Industrie und Zivilgesellschaft in Berlin treffen, um globale Gesundheit zu verbessern, hat in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen. Themen sind zum Beispiel Klimawandel und Gesundheit, Impfgerechtigkeit, Psychische Gesundheit oder Künstliche Intelligenz und Digitalisierung. 2022 fand der World Health Summit erstmalig zusammen mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Mitorganisator statt.

Generell hat sich die Zusammenarbeit mit der WHO intensiviert; Deutschland ist derzeit der bedeutsamste Geber, 2021 hat Deutschland gemeinsam mit der WHO den „WHO Hub for Pandemic and Epidemic Intelligence" zur Pandemie- und Epidemieaufklärung etabliert. Gemeinsam ist all diesen Vernetzungsstrukturen die Ausrichtung auf Partnerschaftlichkeit, interdisziplinäre und übersektorale Vernetzung sowie die stärkere Sichtbarkeit von Globaler Gesundheit, wenn auch in sektorisierter Form.

Auch auf Ebene der konkreten Entwicklungszusammenarbeit und der technischen Implementierung rückt Globale Gesundheit mehr in den Fokus. So unterstützen zum Beispiel die „Klinikpartnerschaften", ein globales Förderprogramm des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung gemeinsam mit der Else-Kröner-Fresenius-Stiftung, rund 400 Partnerschaftsprojekte deutscher Gesundheitsorganisationen mit Partnerinstitutionen in 66 Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen, die mit großem Engagement der Zivilgesellschaft umgesetzt werden.

Internetadressen:

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ). Available from: https://www.bmz.de
- Deutscher Bundestag UGG. Available from: https://www.bundestag.de/globale%20gesundheit
- Deutsche Plattform für Globale Gesundheit (dpgg). Available from: https://www.plattformglobalegesundheit.de
- Europäische Kommission. Globale Gesundheit. Available from: https://health.ec.europa.eu/internationalcooperation/global-health_de
- German Health Alliance (GHA). Available from: https://gha.health
- Global Health Hub Germany. Available from: https://www.globalhealthhub.de
- Global Health Watch. Global Health Watch – Mobilising civil societyaround an alternative World

Health Report. Available from: https://www.ghwatch.org
- German Alliance for Global Health Research. Available from: https://globalhealth.de
- IUHPE – UIPES. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). Available from: https://www.iuhpe.org
- Klinikpartnerschaften. Available from: https://klinikpartnerschaften.de
- The Global Fund. Available from: https://www.theglobalfund.org
- United Nations. Available from: https://www.un.org
- World Health Organization (WHO). Available from: https://www.who.int

References

1. Brown TM, Cueto M, Fee E. The World Health Organization and the transition from „International“ to „Global Public Health“. Am J Public Health. 2006;96:62–72.
2. 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
3. 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
4. Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK, Wasserheit JN, Consortium of Universities for Global Health Executive Board. Towards a common definition of global health. Lancet. 2009 Jun 6;373(9679):1993–5. DOI:10.1016/S0140-6736(09)60332-9
5. Ludwigs S, Nöcker G. Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I107-2.0
6. Röding D, Gerlich MG, Walter U. Gesundheitsindikatoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I055-3.0
7. Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, Ezzati M, Shibuya K, Salomon JA, Abdalla S, Aboyans V, Abraham J, Ackerman I, Aggarwal R, Ahn SY, Ali MK, AlMazroa MA, Alvarado M, Anderson HR, Anderson LM, Andrews KG, Atkinson C, Baddour LM, Bahalim AN, Barker-Collo S, Barrero LH, Bartels DH, Basáñez MG, Baxter A, Bell ML, Benjamin EJ, Bennett D, Bernabé E, Bhalla K, Bhandari B, Bikbov B, Abdulhak AB, Birbeck G, Black JA, Blencowe H, Blore JD, Blyth F, Bolliger I, Bonaventure A, Boufous S, Bourne R, Boussinesq M, Braithwaite T, Brayne C, Bridgett L, Brooker S, Brooks P, Brugha TS, Bryan-Hancock C, Bucello C, Buchbinder R, Buckle G, Budke CM, Burch M, Burney P, Burstein R, Calabria B, Campbell B, Canter CE, Carabin H, Carapetis J, Carmona L, Cella C, Charlson F, Chen H, Cheng ATA, Chou D, Chugh SS, Coffeng LE, Colan SD, Colquhoun S, Colson KE, Condon J, Connor MD, Cooper LT, Corriere M, Cortinovis M, de Vaccaro KC, Couser W, Cowie BC, Criqui MH, Cross M, Dabhadkar KC, Dahiya M, Dahodwala N, Damsere-Derry J, Danaei G, Davis A, Leo DD, Degenhardt L, Dellavalle R, Delossantos A, Denenberg J, Derrett S, Des Jarlais DC, Dharmaratne SD, Dherani M, Diaz-Torne C, Dolk H, Dorsey ER, Driscoll T, Duber H, Ebel B, Edmond K, Elbaz A, Ali SE, Erskine H, Erwin PJ, Espindola P, Ewoigbokhan SE, Farzadfar F, Feigin V, Felson DT, Ferrari A, Ferri CP, Fèvre EM, Finucane MM, Flaxman S, Flood L, Foreman K, Forouzanfar MH, Fowkes FGR, Fransen M, Freeman MK, Gabbe BJ, Gabriel SE, Gakidou E, Ganatra HA, Garcia B, Gaspari F, Gillum RF, Gmel G, Gonzalez-Medina D, Gosselin R, Grainger R, Grant B, Groeger J, Guillemin F, Gunnell D, Gupta R, Haagsma J, Hagan H, Halasa YA, Hall W, Haring D, Haro JM, Harrison JE, Havmoeller R, Hay RJ, Higashi H, Hill C, Hoen B, Hoffman H, Hotez PJ, Hoy D, Huang JJ, Ibeanusi SE, Jacobsen KH, James SL, Jarvis D, Jasrasaria R, Jayaraman S, Johns N, Jonas JB, Karthikeyan G, Kassebaum N, Kawakami N, Keren A, Khoo JP, King CH, Knowlton LM, Kobusingye O, Koranteng A, Krishnamurthi R, Laden F, Lalloo R, Laslett LL, Lathlean T, Leasher JL, Lee YY, Leigh J, Levinson D, Lim SS, Limb E, Lin JK, Lipnick M, Lipshultz SE, Liu W, Loane M, Ohno SL, Lyons R, Mabweijano J, MacIntyre MF, Malekzadeh R, Mallinger L, Manivannan S, Marcenes W, March L, Margolis DJ, Marks GB, Marks R, Matsumori A, Matzopoulos R, Mayosi BM, McAnulty JH, McDermott MM, McGill N, McGrath J, Medina-Mora ME, Meltzer M, Memish ZA, Mensah GA, Merriman TR, Meyer AC, Miglioli V, Miller

M, Miller TR, Mitchell PB, Mock C, Mocumbi AO, Moffitt TE, Mokdad AA, Monasta L, Montico M, Moradi-Lakeh M, Moran A, Morawska L, Mori R, Murdoch ME, Mwaniki MK, Naidoo K, Nair MN, Naldi L, Narayan KMV, Nelson PK, Nelson RG, Nevitt MC, Newton CR, Nolte S, Norman P, Norman R, O'Donnell M, O'Hanlon S, Olives C, Omer SB, Ortblad K, Osborne R, Ozgediz D, Page A, Pahari B, Pandian JD, Rivero AP, Patten SB, Pearce N, Padilla RP, Perez-Ruiz F, Perico N, Pesudovs K, Phillips D, Phillips MR, Pierce K, Pion S, Polanczyk GV, Polinder S, Pope CA III, Popova S, Porrini E, Pourmalek F, Prince M, Pullan RL, Ramaiah KD, Ranganathan D, Razavi H, Regan M, Rehm JT, Rein DB, Remuzzi G, Richardson K, Rivara FP, Roberts T, Robinson C, De Leòn FR, Ronfani L, Room R, Rosenfeld LC, Rushton L, Sacco RL, Saha S, Sampson U, Sanchez-Riera L, Sanman E, Schwebel DC, Scott JG, Segui-Gomez M, Shahraz S, Shepard DS, Shin H, Shivakoti R, Silberberg D, Singh D, Singh GM, Singh JA, Singleton J, Sleet DA, Sliwa K, Smith E, Smith JL, Stapelberg NJC, Steer A, Steiner T, Stolk WA, Stovner LJ, Sudfeld C, Syed S, Tamburlini G, Tavakkoli M, Taylor HR, Taylor JA, Taylor WJ, Thomas B, Thomson WM, Thurston GD, Tleyjeh IM, Tonelli M, Towbin JA, Truelsen T, Tsilimbaris MK, Ubeda C, Undurraga EA, van der Werf MJ, van Os J, Vavilala MS, Venketasubramanian N, Wang M, Wang W, Watt K, Weatherall DJ, Weinstock MA, Weintraub R, Weisskopf MG, Weissman MM, White RA, Whiteford H, Wiebe N, Wiersma ST, Wilkinson JD, Williams HC, Williams SRM, Witt E, Wolfe F, Woolf AD, Wulf S, Yeh PH, Zaidi AKM, Zheng ZJ, Zonies D, Lopez AD. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012 Dec;380(9859):2197–223. DOI:10.1016/s0140-6736(12)61689-4

8. World Health Organization (WHO). Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. 2009. [accessed 2023 Mar 11]. Available from: https://www.paho.org/en/documents/who-global-health-risks-mortality-and-burden-disease-attributable-selected-major-risks
9. World Health Organization (WHO). World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. 2018. [accessed 2023 Mar 10]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/272596
10. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet. 2020 Oct;396(10258):1204–22. DOI:10.1016/S0140-6736(20)30925-9
11. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Psychiatry. 2022 Feb;9(2):137–50. DOI:10.1016/S2215-0366(21)00395-3
12. COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. The Lancet. 2021 Nov;398(10312):1700–12. DOI:10.1016/S0140-6736(21)02143-7
13. United Nations (UN). Millennium Development Goals. 2000 [accessed 2023 Mar 10]. Available from: https://www.un.org/Depts/german/de/entwicklungsziele.html
14. United Nations (UN). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. 2015 [accessed 2023 Mar 26]. Available from: https://sdgs.un.org/2030agenda
15. World Health Organization (WHO). Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. 2015. [accessed 2023 Mar 10]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/200009
16. 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
17. Whitmee S, Haines A, Beyrer C, Boltz F, Capon AG, De Souza Dias BF, Ezeh A, Frumkin H, Gong P, Head P, Horton R, Mace GM, Marten R, Myers SS, Nishtar S, Osofsky SA, Pattanayak SK, Pongsiri MJ, Romanelli C, Soucat A, Vega J, Yach D. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health. The Lancet. 2015 Nov;386(10007):1973–2028. DOI:10.1016/S0140-6736(15)60901-1
18. Malsch A. Umweltbezogene 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-I150-2.0
19. Fehr R. Ökologische und humanökologische Perspektive. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu

Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I082-3.0
20. Quilling E, Kaczmarczyk D, Schäfer P, Trojan A, Süß W. Sozialraum- und Gemeindeorientierung in 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-I021-3.0
21. One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP), Adisasmito WB, Almuhairi S, Behravesh CB, Bilivogui P, Bukachi SA. One Health: A new definition for a sustainable and healthy future. PLoS Pathog. 2022;18(6). DOI:10.1371/journal.ppat.1010537
22. Kossow A. Prävention übertragbarer Erkrankungen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i090-2.0
23. 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
24. Zimmermann T. Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I096-3.0
25. Lee K. Global health promotion: how can we strengthen governance and build effective strategies? Health Promot Int. 2006 Dec 1;21(suppl_1):42–50. DOI:10.1093/heapro/dal050
26. World Health Organization (WHO). Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. 2005. [accessed 2023 Mar 26]. Available from: https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/sixth-global-conference/the-bangkok-charter
27. Linden S, Töppich J. Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I064-2.0
28. Nickel S, Trojan A. Capacity Building / Kapazitätsentwicklung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I007-3.0
29. Hartung S, Faller G. Betriebliche 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-I042-3.0
30. 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
31. Gostin LO, Ooms G, Heywood M, Haffeld J, Møgedal S, Friedman EA, Siem H. The Joint Action and Learning Initiative on National and Global Responsibilities for Health. 2010. (World Health Report. Background Paper). 53.
32. Gostin LO, Friedman EA, Buse K, Waris A, Mulumba M, Joel M, Dare L, Dhai A, Sridhar D. Towards a framework convention on global health. Bull World Health Organ. 2013 Oct 1;91(10):790–3. DOI:10.2471/BLT.12.114447
33. The Global Fund. 2023 [accessed 2023 Mar 26]. Available from: https://www.theglobalfund.org
34. Kickbusch I, Franz C, Holzscheiter A, Hunger I, Jahn A, Köhler C, Razum O, Schmidt JO. Germany's expanding role in global health. The Lancet. 2017 Aug;390(10097):898–912. DOI:10.1016/S0140-6736(17)31460-5
35. Die Bundesregierung. Strategie der Bundesregierung zur globalen Gesundheit: „Verantwortung – Innovation – Partnerschaft: Globale Gesundheit gemeinsam gestalten". 2020. [accessed 2023 Feb 7]. Available from: https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/publikationen/strategie-der-bundesregierung-zur-globalen-gesundheit-deutsch--1939356
36. Herrmann A, Eichinger M. Klimawandel und 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-I156-1.0
37. 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
38. Spura A. Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung. In: Bundesinstitut für

Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i024-2.0

39. 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
40. European Union. EU Global Health Strategy − Better health for all in a changing world. Communication from the Commission to the European Parliament. The Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Luxembourg; 2022. [accessed 2023 Feb 7]. Available from: https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/13506-Global-health-new-EU-strategy_en
41. Köckler H, Geene R. Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I157-1.0
42. Holst J. Lokales Bündnis mit globalen Zielen. Gesundheit Gesellschaft. 2015;4(15).
43. GHA. German Health Alliance – The international Voice of German Health. Available from: https://gha.health

Korrespondenz: Dr. phil., Dipl.-Psych. Silke Gräser, Internationale Beraterin Public Health, Ulmenstr. 41, 26135 Oldenburg, Deutschland, E-mail: Silke.graeser@uni-oldenburg.de

Zitierhinweis: Gräser S. Global Health / Globale Gesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i063-1.0

Copyright: © 2026 Silke Gräser
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/

Health Technology Assessment (HTA) / Technikfolgenabschätzung

Ansgar Gerhardus[1]
Matthias Perleth[2]

[1] Abteilung 1: Versorgungsforschung - Department for Health Services Research,Institut für Public Health und Pflegeforschung, FB11, Universität Bremen, Bremen, Deutschland

[2] Abteilung Fachberatung Medizin, Gemeinsamer Bundesausschuss, Berlin, Deutschland

Abstract

Health Technology Assessment (HTA) / Gesundheitstechnologiebewertung bewertet den Nutzen von gesundheitlichen Technologien überwiegend auf der Basis bereits vorhandener Studien. Der Begriff Technologie umfasst dabei nicht nur Medizinprodukte und Arzneimittel, sondern auch Programme und organisatorische Maßnahmen mit dem Ziel, Gesundheit zu stärken und Krankheiten zu vermeiden bzw. zu versorgen. HTA-Berichte dienen vorwiegend den die Gesundheitsversorgung finanzierenden Organen als Entscheidungsgrundlage für Erstattungsfragen. HTA geht dabei über die einfache Bewertung der medizinischen Wirksamkeit einer Technologie hinaus und berücksichtigt u. a. auch ökonomische, ethische, soziale und organisatorische Aspekte.

Keywords: HTA, Health Technology Assessment, PTA, Parliamentary Technology Assessment, Gesundheitliche Technologien, Gesundheitliche Verfahren

Gesundheitliche Technologien und Verfahren

Unter gesundheitlichen Technologien und Verfahren werden neben Arzneimitteln und Medizinprodukten auch physikalische und edukative Maßnahmen wie Rückenschulen und Rauchentwöhnungsprogramme, Screeningprogramme oder organisatorische Maßnahmen wie die Einführung von Mindestmengen zu definierten Eingriffen (z. B. Operationen an der Bauchspeicheldrüse) in Krankenhäusern verstanden.

Health Technology Assessment

Mittels Health Technology Assessment (HTA) werden gesundheitliche Technologien und Verfahren unter medizinischen, ökonomischen, ethischen, sozialen, kulturellen und organisatorischen Aspekten systematisch und transparent bewertet. Ziel von HTA ist es, zwischen nützlichen und weniger nützlichen gesundheitlichen Technologien zu unterscheiden und dadurch Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen wissenschaftlich zu unterstützen.

HTA greift dafür in der Regel auf bereits vorhandene Studien und Daten zurück. Für die Bewertung gesundheitlicher Parameter werden oft systematische Reviews erstellt, für gesundheitsökonomische Fragestellungen können verschiedene Formen der Kostenanalysen zum Einsatz kommen. Für die Bewertung weiterer Aspekte können ebenfalls systematische Reviews erstellt oder ggf. auch Primärdaten erhoben werden.

In Box 1 werden am Beispiel eines HTAs zur Bewertung eines Kurses zur Rauchentwöhnung mögliche Fragestellungen aufgelistet und Methoden vorgeschlagen, mit denen sie bearbeitet werden können.

- Bewertung des gesundheitlichen Nutzens: Wie wirkt sich ein Kurs zur Rauchentwöhnung auf das Rauchverhalten aus? Methode: Systematischer Review von randomisierten, kontrollierten Studien, die den Kurs untersuchen.
- Bewertung der Kosteneffektivität: Welcher finanzielle Aufwand entsteht, damit durch den Kurs eine Person mit dem Rauchen aufhört? Methode: Kosten-Effektivitätsanalyse.
- Organisatorische Aspekte: Welche Personen sind in welchem Setting am besten geeignet, Maßnahmen durchzuführen? Methode: Interviews mit Expertinnen und Experten.
- Ethische Aspekten: Kann die Maßnahme zur Diskriminierung von Raucherinnen und Rauchern führen? Methode: Ethische Analyse anhand von definierten Kriterien.
- Soziokulturelle Aspekte: Wird das Angebot in Abhängigkeit von Sozial- oder Migrationsstatus unterschiedlich gut angenommen? Methode: Systematischer Review von Studien mit dieser und vergleichbaren Interventionen.

Box 1: Beispiel-HTA zur Bewertung eines Kurses zur Rauchentwöhnung (eigene Darstellung)

Entwicklung und Rolle von HTA

HTA-Berichte werden meist von staatlichen Einrichtungen wie Ministerien oder von Versicherungsträgern in Auftrag gegeben. Als weltweit erste HTA-Einrichtung gilt das 1975 eingeführte „Congressional Office of Technology Assessment“ (OTA) in den USA. Im Rahmen der parlamentarischen Politikberatung sollte es insbesondere die sozialen Implikationen medizinischer Technologien einordnen.

International bildeten sich im weiteren Verlauf zwei Richtungen heraus: Die parlamentarische Technologieberatung (Parliamentary Technology Assessment / PTA) – in Deutschland repräsentiert durch das Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag (TAB) – kommt der Idee des OTA nahe. So verfasst das TAB Gutachten zu den gesellschaftlichen Konsequenzen von größeren Themen wie Gendoping oder Biobanken. Anders als PTA betrachtet HTA, die zweite Richtung, gesundheitliche Technologien meist aus der Perspektive der Versorgung von Individuen.

In Deutschland förderte das Bundesgesundheitsministerium 1996 zunächst mehrere, von der Medizinischen Hochschule Hannover koordinierte Verbundprojekte zu HTA. Später wurden die Projekte in Form einer Arbeitsgruppe beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) als Deutsche Agentur für HTA (DAHTA@DIMDI) institutionalisiert.

2015 ging die Aufgabe, HTA-Berichte zu erstellen, an das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) über. Unter dem Titel „Themen Check Medizin“ können alle Bürgerinnen und Bürger Vorschläge für die Bearbeitung von Themen einreichen. Die Themenauswahl erfolgt in einem mehrstufigen Verfahren. Pro Jahr können bis zu fünf Themen an externe Sachverständige vergeben werden. Anders als die „evidenzbasierten Gutachten“ zu Arzneimitteln und nichtmedikamentösen Behandlungsmethoden des IQWiG werden die HTA-Berichte also nicht gezielt vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt. Ob sie einen Einfluss auf gesundheitliche Entscheidungen ausüben ist daher unklar.

In vielen anderen Ländern dagegen bildet HTA die wissenschaftliche Grundlage für alle relevanten Entscheidungen über die Erstattung von gesundheitlichen Technologien.

Auf europäischer Ebene wird die Bedeutung von HTA in den nächsten Jahren deutlich zunehmen: Entsprechend der EU-Regulation 2021/2282 werden ab dem Jahr 2025 Krebsmedikamente einer europäischen klinischen Bewertung unterzogen. In den darauffolgenden Jahren sollen dann alle Arzneimittel sowie ausgewählte Medizinprodukte mit großer Relevanz für die Versorgung dem europäischen Bewertungsverfahren unterzogen werden. Das heißt, dass es in der EU ein zentrales HTA-Verfahren geben wird, das in den Mitgliedsstaaten in der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen ist. Es handelt sich um ein ambitioniertes Projekt, in das alle EU-Mitgliedsländer mit ihren jeweiligen HTA-Agenturen eingebunden sind.

Durch die gemeinsamen Bewertungen sollen Synergien erreicht werden, da dann nicht mehr jedes Land

seine eigenen Bewertungen durchführen muss, sondern für die nationale Entscheidungsfindung auf die europäische Bewertung zurückgreifen kann. Zudem soll eine Beschleunigung der Entscheidungsfindung für die nationale Vergütung und Preisfindung erreicht werden. Neben den Bewertungsverfahren sollen auch europäische Beratungen für Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie ein *horizon scanning* (d. h. die frühzeitige Identifikation relevanter neuer Gesundheitstechnologien) etabliert werden.

Health Technology Assessment (HTA) im Kontext von Prävention und Gesundheitsförderung

Weil HTA weit über die Bewertung der rein medizinischen Aspekte einer Technologie hinausgeht, ist es prinzipiell gut geeignet, Bewertungen im Bereich von Gesundheitsförderung vorzunehmen. In Evidence-based Public Health (EbPH) werden bereits Elemente von HTA aufgenommen. Der derzeitige, vorwiegend reduktionistisch geprägte Ansatz von HTA muss allerdings auf den besonderen Charakter der Gesundheitsförderung abgestimmt werden. Dies betrifft insbesondere den Umgang mit komplexen Interventionen und komplexen Endpunkten.

Literatur:

- Gerhardus A, Breckenkamp J, Razum O, Schmacke N, Wenzel H, editors. Evidence-based public health. 1 edn. Bern: Huber; 2010. (Gesundheitswissenschaften / Methoden).
- Perleth M, Busse R, Gerhardus A, Gibis B, Lühmann D, Zentner A, editors. Health technology assessment: Konzepte, Methoden, Praxis für Wissenschaft und Entscheidungsfindung. 2 edn. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2014.

Internetadressen:

- Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag (TAB). Available from: https://www.tab-beim-bundestag.de
- Datenbankinformation DAHTA. Available from: https://www.bfarm.de/DE/Das-BfArM/Aufgaben/HTA/Datenbankinformation/_node.html
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Health Technology Assessment. Available from: https://www.bfarm.de/DE/Das-BfArM/Aufgaben/HTA/_node.html
- IQWiG. Themencheck Medizin. Available from: https://www.iqwig.de/sich-einbringen/themencheck-medizin
- INAHTA. The International Network of Agencies for Health Technology Assessment. Available from: https://www.inahta.org
- Amtsblatt der Europäischen Union. Verordnung (EU) 2021/2282 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 15. Dezember 2021 über die Bewertung von Gesundheitstechnologien und zur Änderung der Richtlinie 2011/24/EU. Available from: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/HTML/?uri=CELEX:32021R2282&from=EN

Korrespondenz: PD Dr., M.A., MPH Ansgar Gerhardus, Universität Bremen, Abteilung 1: Versorgungsforschung - Department for Health Services Research,Institut für Public Health und Pflegeforschung, FB11, Grazer Str. 4, 28359 Bremen, Deutschland, E-mail: ansgar.gerhardus@uni-bremen.de

Zitierhinweis: Gerhardus A, Perleth M. Health Technology Assessment (HTA) / Technikfolgenabschätzung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i066-1.0

Copyright: © 2026 Ansgar Gerhardus 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/

Inklusion und Gesundheitsförderung

Thomas Altgeld[1]
Änne-Dörte Latteck[2]
[1] Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e.V., Hannover, Deutschland
[2] Professorin für Pflegewissenschaft, FB 6 - Gesundheit, Fachhochschule Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

Abstract

Die Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und die Vermeidung von Benachteiligungen für Menschen mit Behinderungen ist Kernanliegen internationaler und nationaler Politikstrategien und Sozialgesetzgebung seit Beginn des Jahrtausends. Gesundheitsförderung im Sinne der WHO ist zwar bereits inklusiv angelegt, indem sie darauf abzielt, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen, allerdings fehlt bislang eine inklusive Umsetzungspraxis. Im Präventionsgesetz von 2015 werden Menschen mit Behinderungen als eine von mehreren vulnerablen Gruppen definiert, für die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt werden sollen, bislang sind aber in Deutschland nur wenige Maßnahmen entwickelt worden. Die Studienlage zur Wirksamkeit gesundheitsförderlicher und präventiver Ansätze bei Menschen mit Behinderung ist noch lückenhaft. Zielgruppenspezifische, individualisierte Konzepte, die die alters- und behinderungsbedingten Bedarfe der Menschen aufnehmen, ihre soziale Integration fördern und den sozialen Kontext integrieren, erweisen sich als besonders wirksam und sollte auch in Deutschland weiter vorangetrieben werden.

Keywords: Diversität, Teilhabe, Selbstbestimmung, UN-Behindertenrechtskonvention, Disability Mainstreaming

Einleitung

Inklusion (von lateinisch includere, „einschließen“) ist ein Fachbegriff aus der Soziologie und steht in Deutschland vor allem für ein politisches Grundsatzprogramm, das die gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen mit Behinderungen am gesellschaftlichen Leben sicherstellen soll. Da Behinderungen häufig mit Erkrankungen assoziiert werden und zudem die Behindertenhilfe sowohl in der Sozialgesetzgebung als auch in ihren Angeboten in eigenen gesellschaftlichen Substrukturen organisiert ist, standen Menschen mit Behinderungen als relevante gesellschaftliche Gruppe lange Zeit nicht im Fokus von Gesundheitsförderung und Primärprävention [1], [2] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen; Prävention und Krankheitsprävention).

In den 1950er Jahren war die Behindertenhilfe von dem Paradigma der Segregation gekennzeichnet, in dem Behinderung als eine Abweichung von einem gesellschaftlich definierten Normalzustand verstanden wurde. Der Mensch mit Behinderung war insofern auch Objekt der Fürsorge; Unterstützungsmaßnahmen orientierten sich an der Schädigung, d. h. an den Defiziten von Behinderten [3]. Mitte der 1970er Jahre brachten die Betroffenen selbst zunächst den Begriff der Integration in die Diskussion ein. Der herrschende Normalitätsbegriff wurde dadurch infrage gestellt und die Forderung der gleichberechtigten Teilhabe an allen Lebensbereichen formuliert. Zu Beginn der 1990er Jahre hielt dann der Begriff der Inklusion Einzug in die Diskussion der Behindertenhilfe. Dessen zentrale Erweiterung gegenüber dem Integrationsbegriff, welcher stets von einen Förderbedarf des betroffenen Individuums ausgeht, das sich in vorhandene gesellschaftliche Strukturen integrieren soll, ist das Begreifen von Diversität und Unterschiedlichkeit als gesellschaftliche Bereicherung ausgehend von einer Gleichwertigkeit aller Menschen.

Wenn Unterschiede „normal“ sind, richtet sich die Perspektive auf das ganze System, das allen sozialen Gruppen eine gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen muss. Individuelle Konzepte sowie Angebote bilden dabei die Rahmenbedingungen für eine inklusive Sichtweise, welche allen sozialen Gruppen gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht [4]. Den Grundgedanken der Inklusion in Abgrenzung zu anderen Strategien veranschaulicht die folgende Abbildung.

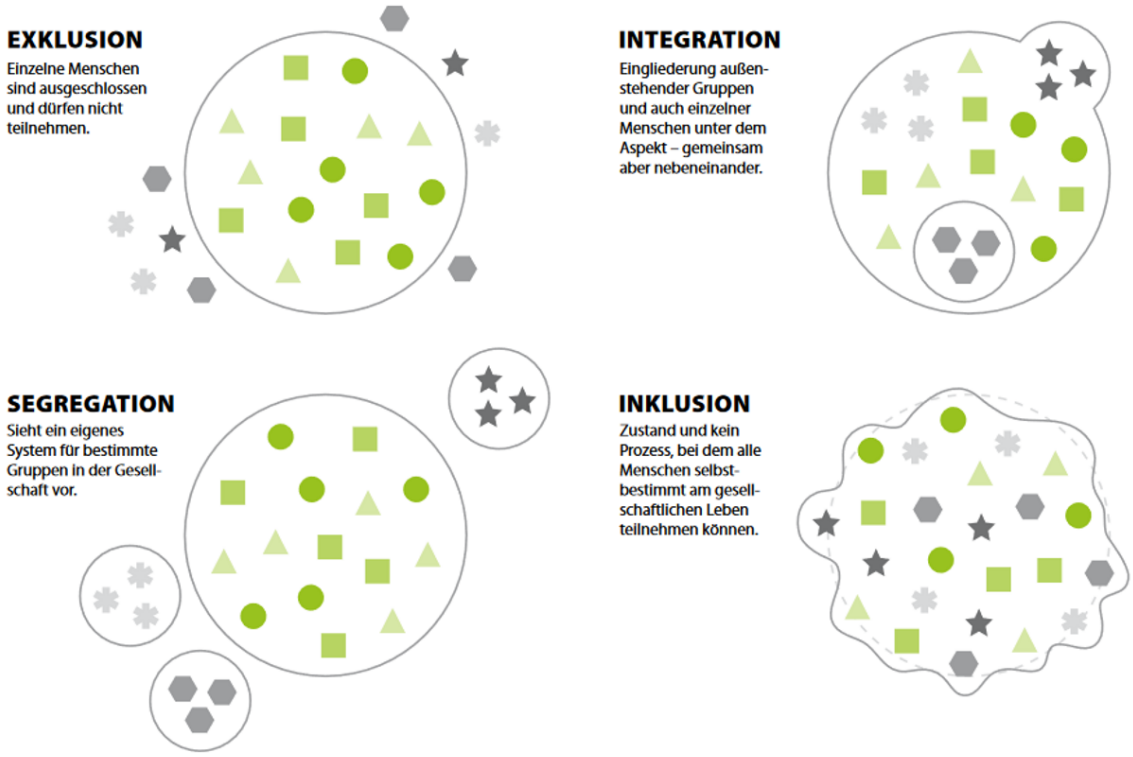


Abb. 1: Exklusion, Integration, Segregation und Inklusion (Quelle: [5], S. 3)

Im Folgenden werden programmatische und rechtliche Grundlagen der Inklusionsstrategie erläutert, inklusive Gesundheitsförderung und Primärprävention definiert sowie Beispiele einer inklusiven Gesundheitsförderung vorgestellt.

Definitionen

Das bereits 2001 in Kraft getretene neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX) stellte die Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und die Vermeidung von Benachteiligungen für Menschen mit Behinderungen in den Mittelpunkt. Es definiert in § 2 Menschen mit Behinderungen als „Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht."

Damit wird ähnlich der UN-Behindertenrechtskonvention von 2006 festgehalten, dass Behinderungen nicht als individuelle Störungen und Problemlagen zu begreifen sind, sondern immer im Zusammenhang mit umweltbedingten Faktoren, sogenannten Barrieren, gesehen werden müssen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) differenziert mit folgenden drei Begriffen den Begriff der Behinderung hinsichtlich verschiedener Merkmale:

- Impairment (Schädigung): Mängel oder Abnormitäten der anatomischen, psychischen oder physiologischen Funktionen und Strukturen des Körpers.
- Disability (Beeinträchtigung): Funktionsbeeinträchtigungen oder -mängel aufgrund von Schädigungen, die typische Alltagssituationen behindern oder unmöglich machen.
- Handicap (Behinderung): Nachteile für eine Person aus einer Schädigung oder Beeinträchtigung [6].

Der Begriff der „Behinderung" vereint somit als Oberbegriff verschiedene Arten von Beeinträchtigungen, Aktivitäts- sowie Teilnahmebeschränkungen (WHO 2016b).

Die internationalen Bemühungen von Behindertenbewegungen und -verbänden sowie aus der Wissenschaft, die medizinische Perspektive zu Gunsten einer sozio-strukturellen Sichtweise zu erneuern, fand ihren Niederschlag in der von der WHO 2001 verabschiedeten International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [7], [8] (Soziologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit; Krankheit). Darin wird (im Anschluss an die obige WHO-Definition) Behinderung verstanden als Oberbegriff für sich wechselseitig beeinflussende Schädigungen und Beeinträchtigungen auf

- den Ebenen der Körperfunktionen (z. B. Wahrnehmung, Sprache) und Körperstruktur (z. B. anatomische Körperteile wie Organe und Gliedmaßen),
- der Ebene der Aktivität (z. B. Durchführung einer Aufgabe oder Handlung wie Lernen oder Kommunizieren) und
- der Ebene der Partizipation/Teilhabe (z. B. das Einbezogensein in verschiedene Lebensbereiche wie soziale Beziehungen, Mobilität, Arbeit und Beschäftigung, Bildung, Rechte).

Die drei Ebenen befinden sich in Abhängigkeit zu förderlich oder hinderlich biografisch wirkende Kontextfaktoren, die den gesamten Lebenshintergrund eines Menschen bilden: seine Umweltfaktoren (wie soziale Beziehungen und Unterstützung) und seine personenbezogenen Faktoren (wie Alter, Geschlecht, Bewältigungsstrategien und Lebensstil) (WHO 2005). Behinderung wird als Resultat negativer Wechselwirkung der Interaktion zwischen individueller gesundheitlicher Situation und Faktoren der Gesellschaft, der Umwelt bzw. der persönlichen Situation von Menschen verstanden [9].

Programmatische und rechtliche Grundlagen der Inklusionsstrategie

Laut Statistischem Bundesamt lebten zur Jahresmitte 2020 rund 7,9 Millionen Menschen mit einer staatlich anerkannten Schwerbehinderung in Deutschland, das waren 9,5 % der Bevölkerung. Etwas mehr als die Hälfte (50,4 %) waren Männer, 49,6 % Frauen [10].

Die Vereinten Nationen (UN) gingen 2006 bei der Abfassung der UN-Behindertenrechtskonvention von 650 Millionen Menschen mit Behinderungen weltweit aus. Die UN-Behindertenrechtskonvention wurde bis Mitte 2018 von 161 Staaten weltweit ratifiziert, von Deutschland im Jahr 2009 [11]. Sie stellt einen Meilenstein in der Konkretisierung bestehender und auszubauender Menschenrechte für Menschen mit Behinderungen dar. Ihr Ziel ist es, Chancengleichheit sowie uneingeschränkte und selbstverständliche Teilhabe an der Gesellschaft zu fördern. Artikel 25 der Konvention definiert Gesundheit [12] als wichtiges Feld der Chancengleichheit und beschreibt ausdrücklich das Recht von Menschen mit Behinderungen „auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung, auf eine Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard wie sie für andere Menschen zur Verfügung steht“ ([12], S. 22).

Die aktuelle Strategie der Europäischen Union (EU) für Menschen mit Behinderungen 2010 –2020 (https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1484&langId=en, Zugriff 04.01.2021) legt den Schwerpunkt auf die Beseitigung von Barrieren. Die EU-Kommission hat hierzu acht wesentliche Aktionsbereiche festgelegt: Zugänglichkeit, Teilhabe, Gleichstellung, Beschäftigung, allgemeine und berufliche Bildung, sozialer Schutz sowie Gesundheit und Maßnahmen im Außenbereich. Gesundheit ist demzufolge als ein wesentlicher Aktionsbereich benannt.

Zur konkreten Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention und der EU-Strategie hat die Bundesregierung 2011 unter Beteiligung der Zivilgesellschaft und von Menschen mit Behinderungen einen Nationalen Aktionsplan erarbeitet, dessen Ziel die umfassende Teilhabe und Inklusion von Menschen mit Behinderungen in das gesellschaftliche Leben ist [13]. Im Jahr 2016 wurde der Nationale Aktionsplan 2.0 [14] mit weiteren Maßnahmen [15] verabschiedet, um die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen auf Basis gleicher Rechte bundesweit weiter auszubauen. Alle Bundesländer haben Inklusion mittlerweile im Rahmen ihrer Schulgesetze verankert und beginnen beispielsweise mit der Auflösung der Spezialschulform „Förderschule“.

Am 1. Dezember 2016 verabschiedete der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen, kurz Bundesteilhabegesetz (BTHG). Es trat ab 2017 sukzessive in vier Reformstufen als Bundesgesetz in Kraft (Reformstufe 2: 2018, Reformstufe 3: 2020). Die letzte Reformstufe 4 mit der Neubestimmung des leistungsberechtigten Personenkreises in der Eingliederungshilfe wird am 1. Januar 2023 abgeschlossen sein. Mit dem BTHG wurden die Weichen gestellt für mehr Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen sowie für eine bessere Orientierung auf die Nutzerinnen und Nutzer von Leistungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe.

Der Abbau von Barrieren z. B. in der Stadtplanung oder der Gesundheitsversorgung und die so entstehende Zugänglichkeit sind ein Menschenrecht, das nicht nur Menschen mit Behinderung im Alltag zugutekommt. In Anlehnung an die Strategie des Gender Mainstreaming [16] (Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming) wurde deshalb insbesondere von Selbstorganisationen von Menschen mit Behinderungen seit Anfang des Jahrtausends die Strategie des Disability Mainstreaming entwickelt, die u. a. auch in die UN-Behindertenrechtskonvention und den Nationalen Aktionsplan einfloss. Ähnlich wie das soziale Geschlecht, ist auch „Behinderung“ vor allem eine soziale Konstruktion. Disability Mainstreaming denkt deshalb Inklusion in allen politischen Handlungsebenen mit. Bei den Forderungen von Selbstorganisationen wird allerdings häufig der Schwerpunkt auf den Zugang zur medizinischen Primärversorgung gesetzt [17] (Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care). Ähnlich wie bei anderen sozial benachteiligten Gruppen, z. B. Menschen mit Migrationshintergrund oder Wohnungslose, wo die Zugangsbarrieren in die Gesundheitsversorgung hoch sind, sind Primärprävention und Gesundheitsförderung für Politik und Akteure im Feld der Behindertenhilfe bislang kein Handlungsfeld mit hoher Priorität.

Im SGB IX wurde bereits ausdrücklich in § 3 der Vorrang für Prävention definiert: „Die Rehabilitationsträger wirken darauf hin, dass der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird.“ Dennoch hat dies nur vereinzelt dazu geführt, dass eine strukturierte Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Krankenkassen etwa im Bereich der Präventionsaktivitäten gesucht wurde.

Inklusive Gesundheitsförderung und Primärprävention

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung [18] ist mit ihrer Definition von Gesundheitsförderung als „Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ bereits inklusiv angelegt, analog anderen WHO Grundsatzpapieren, wie dem Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ von 1999 [19] für die Europäische Region. Auch die gesundheitsfördernde Settingarbeit ist mit ihrem zentralen Qualitätsmerkmal der Partizipation, d. h. der Teilhabe aller Betroffenen in dem jeweiligen sozialen System, z. B. Kommune, Betrieb oder Schule, ebenfalls inklusiv angelegt [20], [21] (Settingansatz/Lebensweltansatz; Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger). Bislang fehlt jedoch eine inklusive Umsetzungspraxis.

Für die meisten Akteurinnen und Akteure in Gesundheitsförderung und Prävention sind Menschen mit Behinderungen und damit der Geltungsbereich des SGB IX, seine Strukturen und Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren [22] kein Ansatzpunkt für die Generierung von Kooperationen, Interventionen und Maßnahmen gewesen. Obwohl die Datenlage zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit Behinderungen bislang kaum zufriedenstellend ist, wurde beispielsweise durch den Zweiten Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen der Menschen mit Beeinträchtigungen (BMAS 2016) ein deutlich erhöhtes Krankheitsrisiko im Vergleich zur Gesamtbevölkerung festgestellt: Menschen mit Behinderung sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine vulnerable und gesundheitlich ungleich versorgte Gruppe. Zahlreiche Beeinträchtigungen und Erkrankungen treten bei Menschen mit Behinderungen häufiger und im Lebensverlauf früher auf [23] (Krankheit). Sie weisen häufiger Begleiterkrankungen auf, verzeichnen einen komplizierteren Krankheitsverlauf und sterben früher im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Aus diesen Gründen stellen Gesundheitsförderung und Prävention bei Menschen mit Behinderungen ein notwendiges sowie sinnvolles Handlungsfeld z. B. im Rahmen der Umsetzung des Präventionsgesetzes dar.

In dem 2015 vom Bundestag beschlossenen Präventionsgesetz [24] werden Menschen mit Behinderungen als eine von mehreren vulnerablen Gruppen definiert, für die kassenartenübergreifende Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt werden sollen. Das GKV-Bündnis für Gesundheit hat deshalb im Rahmen der Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Jahr 2016 Bestandsaufnahmen zur Analyse des Status Quo von Gesundheitsförderung und Prävention für und mit Menschen mit Behinderungen in Auftrag gegeben. Dazu erfolgte zum einen eine internationale systematische Literatur- und Datenbankanalyse zu Interventionen [25] und zum anderen eine Bestandsaufnahme von Interventionen als Modelle guter Praxis zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Menschen mit Behinderung [26].

Studienlage

Die Studienlage zur Wirksamkeit gesundheitsförderlicher und präventiver Ansätze bei Menschen mit Behinderung wurde mittels systematischer, sensitiver nationaler und internationaler Literatur- und Datenbankrecherche erfasst. Die Analyse der identifizierten Literatur der Jahre 2000–20017 umfasst 78 eingeschlossene Studien von hoher, mittlerer und niedriger Evidenz mittels Klassifizierung der Level of Evidence [25]. Zu Interventionsansätzen für Gesundheitsförderung und Prävention lag keine wissenschaftlich hochwertige Studie aus Deutschland vor. Wissenschaftsfundierte Erkenntnisse basieren ausschließlich auf internationalen Studien. Bezogen auf die Art der Behinderung entsprechend der Definition im Sozialgesetzbuch IX, § 2 finden sich Studien zur Testung von Interventionen mehrheitlich bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung. Inhaltlich fokussieren die internationalen Studien auf eine oder mehrere komplexe Interventionsstrategien, die Gesundheitskompetenz, Widerstandsressourcen und Selbstwirksamkeit fördern [27], [28] (Gesundheitskompetenz/Health Literacy; Resilienz und Schutzfaktoren).

Zur Zieldimension Gesundheitsförderung existierten lediglich fünf Interventionsstudien mit hoher und 15 Interventionsstudien mit mittlerer Evidenz ausschließlich für Erwachsene. Beispielsweise führten Bergström u. a. [29] in Schweden eine randomisierte kontrollierte Studie mit 129 erwachsenen Menschen mit leichter und mäßiger geistiger Behinderung durch. Das Ziel bestand darin, die Wirksamkeit einer multimodalen Intervention zur Verbesserung von Gesundheitsverhalten in Hinblick auf Ernährung und körperliche Aktivität zu untersuchen. Die gesundheitsförderliche Intervention dauerte 16 Monate, fand im Setting der Betroffenen statt und beinhaltete Gesundheitsbotschafterinnen und Gesundheitsbotschafter mit Netzwerktreffen in Wohneinrichtungen, Arbeitskreise für Betreuerinnen und Betreuer in Wohneinrichtungen, um gesundheitsbezogenes Wissen und Fähigkeiten zu fördern, und Gesundheitskurse für die Nutzerinnen und Nutzer der Wohneinrichtungen. Im Ergebnis zeigten sich signifikante, aber geringe Verbesserungen in der Interventionsgruppe bezogen auf die körperliche Aktivität, die in Schritten pro Tag gemessen wurde. Es zeigten sich keine signifikanten Auswirkungen auf den Body Mass Index, die Ernährungsqualität oder die Lebenszufriedenheit.

Der überwiegende Anteil, der mit der internationalen systematischen Literaturrecherche erfassten Studien zu Präventionsansätzen, konnte den Handlungsfeldern „Bewegungsgewohnheiten“ (37 Interventionsstudien mit hoher und mittlerer Evidenz), gefolgt von „Ernährung“ (16 Interventionsstudien mit hoher und mittlerer Evidenz) zugeordnet werden. Zu dem Handlungsfeld „Stressmanagement“ existierten in der Summe lediglich fünf Forschungsarbeiten mit hoher und mittlerer Evidenz. Für das Handlungsfeld „Suchtmittelkonsum“ konnte keine Interventionsstudie mit hoher Evidenz identifiziert werden [25].

In der Gesamtbetrachtung zeigen die Studien einen positiven Einfluss von bewegungsfördernden Interventionen auf die Aktivität und Mobilität der Menschen mit Behinderungen. Es handelt sich um einfache und komplexe Interventionen sowie Interventionsstrategien. Zur Zielerreichung werden edukative Beratungsprogramme, körperliche Trainingsprogramme und kombinierte Angebote aus Beratung und Training eingesetzt. Eine Kombination aus edukativen Interventionsstrategien und Bewegungsübungen wirkt sich besonders positiv auf die Bewegungsgewohnheiten aus. Motivationsfördernde Strategien unterstützen bewegungsförderliches Verhalten. Dieses kann zu nachhaltigen Effekten führen, wenn es in den Alltag der Zielgruppe routiniert integriert wird.

Zusammengefasst für Gesundheitsförderung und alle Handlungsfelder von Prävention belegen die internationalen wissenschaftlich hochwertigen Interventionsstudien, dass Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätze, die sich sowohl auf die Verhaltensänderung des Einzelnen als auch auf die gesundheitsförderliche Einflussnahme auf die Lebensbedingungen beziehen, nachhaltig zur Verbesserung der Gesundheitssituation beitragen können. Zielgruppenspezifische, individualisierte Konzepte, die die alters- und behinderungsbedingten Bedarfe der Menschen aufnehmen, ihre soziale Integration fördern und den sozialen Kontext integrieren, sind besonders wirksam [22] (Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren). Weitere Erfolgsfaktoren für wirksame Ansätze stellen Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger [21], Lebensweltbezug und Multimodalität durch Nutzung mehrerer Interventionsebenen dar. Gesundheitsförderung und Prävention sind interprofessionelle und gesamtgesellschaftliche Themen und bedürfen struktureller sowie organisatorischer Strategien auf Community-Ebene [30] (Sozialraum- und Gemeindeorientierung in der Gesundheitsförderung; Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit).

Modelle guter Praxis

Die Recherche zu Modellen guter Praxis von Gesundheitsförderung und Prävention bei Menschen mit Behinderung konnte nur wenige Projekte in Deutschland identifizieren [26]. Die Mehrzahl der 28 beschriebenen Projekte fokussiert auf Kinder und Jugendliche vor allem in den Bereichen Bewegung und Entwicklung von Gesundheitskompetenz.

Beim Projekt „GESUND!“ wurden Beschäftigte mit Lernschwierigkeiten einer Berliner Werkstatt in einem Kurs zu „Gesundheitsforscherinnen und Gesundheitsforschern“ ausgebildet und so an die Gesundheitsförderung herangeführt. Anhand von Themen wie Bewegung, Ernährung, Umgang mit Krisen lernten sie, selbstbestimmt Einfluss auf ihre eigene Gesundheit zu nehmen. Das Projekt „GESUND!“ wird vom Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) und vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert. Es ist Teil des Forschungsverbundes „PartKommPlus“ für gesunde Kommunen. Im Rahmen des Projektes sind zahlreiche Materialien in Leichter Sprache entwickelt worden (www.vdek.com/vertragspartner/Praevention/projektgesund.html). Eine wissenschaftliche Evaluation der Wirksamkeit des Projektes „GESUND!“ ist nicht publiziert.

Weiterentwicklung inklusiver Gesundheitsförderungsstrategien

Die flächendeckende Ausweitung von Interventionen steht vor der immensen Herausforderung, der großen Heterogenität der Menschen mit Behinderungen Rechnung zu tragen. Diese Heterogenität fängt bei der Art, der Schwere und Dauer der Behinderung selbst an und geht über alle Diversitätsdimensionen (z. B. Geschlecht, Religion, Alter oder sexuelle Orientierung) hinweg, d. h. die Heterogenität schließt körperliche und geistige Dimensionen genauso mit ein wie alle anderen relevanten Diversitätsdimensionen auch [31] (Diversity und Diversity Management/Vielfalt gestalten). Deshalb müssten interdisziplinäre und intersektorale Lösungen zur Bewältigung dieser Herausforderungen beitragen; bisher wird vielfach noch zu monodisziplinär gedacht.

Die Weiterentwicklung inklusiver Gesundheitsförderungsstrategien, z. B. im Rahmen einer gesundheitsfördernden Settingarbeit, kann dazu einen entscheidenden Beitrag leisten. Eine Barriere stellt hier häufig die Kommunikation dar, z. B. mit Menschen, die nicht sehen, hören oder sprechen können. Daher ist Barrierefreiheit, d. h. die Gewährleistung von Kommunikationsmittlern im Rahmen von Veranstaltungen oder Gesundheitszirkeln ein entscheidender Faktor für mehr Inklusion. Auch die Kommunikation in Leichter Sprache könnte ein neues Qualitätskriterium für erfolgreiche gesundheitliche Settingarbeit werden.

Darüber hinaus sind weitere forschungsbasierte Erkenntnisse zu Gesundheitsförderung und Prävention notwendig, um evidenzbasierte Interventionen insbesondere im Setting zu entwickeln, zu evaluieren und flächendeckend umzusetzen.

Internetadressen:

- Europäische Union. Europäische Strategie zugunsten von Menschen mit Behinderungen (2010-2020). Available from: https://eur-lex.europa.eu/DE/legal-content/summary/european-disability-strategy-2010-2020.html
- Wir beraten Journalist*innen, Filmschaffende und Medien zum Thema Inklusion. Available from: https://www.leidmedien.de
- Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (Artikel 1 des Gesetzes v. 23. Dezember 2016, BGBl. I S. 3234). Available from: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9_2018
- vdek – Die Ersatzkassen. Projekt GESUND! – Gesundheitsförderung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten. Available from: https://www.vdek.com/vertragspartner/Praevention/projektgesund.html
- Die UN-Behindertenrechtskonvention: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Die amtliche, gemeinsame Übersetzung von Deutschland, Österreich, Schweiz und Lichtenstein. Available from: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/CRPD/CRPD_Konventio
- World Health Organisation (WHO). Available from: https://www.euro.who.int/de/home

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
2. 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
3. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), editor. Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn; 2013 [accessed 2021 Apr 18]. Available from: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-13-teilhabebericht.pdf;jsessionid=2EE4897EC2D01CC43DF29F5562DD9F45.delivery2-replication?__blob=publicationFile&v=1
4. Hinz A. Von der Integration zur Inklusion – Terminologisches Spiel oder konzeptionelle Weiterentwicklung? Z Heilpädagog. 2002;53:354–61.
5. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. Nebenher oder mittendrin? – Inklusive Gesundheitsförderung für Menschen mit Behinderung, impu!se Nr. impu!se. 2015;87:3.
6. World Health Organization (WHO). Health Topics. Disabilities. 2016 [accessed 2020 Jun 30]. Available from: https://www.who.int/westernpacific/health-topics/disability
7. World Health Organization (WHO). ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln: DIMDI; 2005. [accessed 2021 Apr 18]. Available from: https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icf/icfhtml2005/
8. Reibling N. Soziologische Perspektiven auf Gesundheit und 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-I116-4.0
9. Hirschberg M. Klassifizierung von Behinderung. IMEW konkret. 2009;12.
10. Statistisches Bundesamt (DESTATIS). 7,9 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland. Pressemeldung vom 24. Juni 2020. 2020. [accessed 2020 Jun 30]. Available from: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Behinderte-Menschen/_inhalt.html
11. Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen. Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Die amtliche, gemeinsame Übersetzung von Deutschland, Österreich, Schweiz und Lichtenstein. 2017. [accessed 2020 Jun 30]. Available from: https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2
12. Franzkowiak P, Hurrelmann K. Gesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I023-2.0
13. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft: Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Berlin; 2011 [accessed 2021 Apr 18]. Available from: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Schwerpunkt-NAP/BMAS-NAP-1.pdf;jsessionid=0F4FAC648FBA2FC1CA7EBB4399C4720E.delivery1-replication?__blob=publicationFile&v=1
14. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), editor. Mehr Chancengleichheit. Weniger Behindern. Nationaler Aktionsplan 2.0 der Bundesregierung zur UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Bonn; 2016 [accessed 2021 Apr 18]. Available from: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a750-nationaler-aktionsplan-2-0.pdf;jsessionid=DC88E8D372250E71B5E8748FEED7F1CE.delivery1-replication?__blob=publicationFile&v=1
15. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn; 2016 [accessed 2020 Jun 30]. Available from: https://www.bundesregierung.de/resource/blob/976072/480512/6b249c2a22eb36f7a1ffb1f2029543b9/2017-01-18-teilhabebericht-2016-data.pdf?download=1
16. Altgeld T, Klärs G. Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I022-2.0

17. Zimmermann T. Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I096-3.0
18. World Health Organization (WHO). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. 1986. [accessed 2020 Jun 30]. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1
19. World Health Organization (WHO). Gesundheit21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Vol. 6. Kopenhagen; 2005 [accessed 2020 Jun 30]. (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“). Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/87883/RC55_gdoc08.pdf?ua=1
20. 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
21. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
22. Blümel S, Lehmann F, Hartung S. Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I128-2.0
23. Fangerau H, Franzkowiak P. Krankheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I069-2.0
24. 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
25. Latteck ÄD. Systematische nationale und internationale Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Menschen mit Behinderung und Auswertung der vorliegenden Evidenz der Ansätze. GKV-Bündnis für Gesundheit, editor. Berlin; 2017 [accessed 2020 Jun 30]. Available from: https://www.gkv-buendnis.de/publikationen/publikation/?tx_gkvpublications_detail%5Bpublications%5D=50&tx_gkvpublications_detail%5BoverviewPageUid%5D=&tx_gkvpublications_detail%5Baction%5D=show&tx_gkvpublications_detail%5Bcontroller%5D=Publications&cHash=c40aefd4419b5a5dfe266d61365a3ea5
26. Altgeld T, Rothofer P, Vanheiden T, Sädtler T. Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Menschen mit Behinderung. Ergebnisbericht. GKV-Spitzenverband, editor. Berlin; 2018 [accessed 2020 Jun 30]. Available from: https://www.gkv-buendnis.de/media/pdf/publikationen/Bestandsaufnahme_Menschen_mit_Behinderung_Altgeld.pdf
27. 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
28. Rönnau-Böse M, Fröhlich-Gildhoff K, Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I101-2.0
29. Bergström H, Hagströmer M, Hagberg J, Elinder LS. A multi-component universal intervention to improve diet and physical activity among adults with intellectual disabilities in community residences: a cluster randomised controlled trial. Res Dev Disabil. 2013;34(11):3847–57. DOI:10.1016/j.ridd.2013.07.019
30. Quilling E, Kaczmarczyk D, Schäfer P, Trojan A, Süß W. Sozialraum- und Gemeindeorientierung in 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-I021-3.0
31. Altgeld T. Diversity und Diversity Management / Vielfalt gestalten. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i127-2.0

Korrespondenz: Dipl.-Psych. Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e.V., Schillerstr. 32, 30159 Hannover, Deutschland, E-mail: thomas.altgeld@gesundheit-nds-hb.de

Zitierhinweis: Altgeld T, Latteck ÄD. Inklusion und Gesundheitsförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i132-1.0

Copyright: © 2026 Thomas Altgeld 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/

Kernkompetenzen professioneller Gesundheitsförderung

Verena Biehl[1]
Eberhard Göpel[2]

[1] Departement Gesundheit, Institut für Public Health, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, Winterthur, Schweiz

[2] Bielefeld, Deutschland

Abstract

Im Rahmen der Professionalisierung der Gesundheitsförderung zeigt sich zunehmend der Bedarf an spezifischen Kompetenzen für das professionelle Handeln in der Praxis. Dazu hat die International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) im Auftrag der EU-Kommission ein Handbuch zu den Kernkompetenzen der professionellen Gesundheitsförderungspraxis (CompHP) veröffentlicht. Durch das weltweit zugängliche Akkreditierungsverfahren der IUHPE für den Erwerb und die Vermittlung professioneller Praxiskompetenzen existiert ein international konsentiertes Leitbild für die professionelle Qualifizierung von Spezialistinnen und Spezialisten der Gesundheitsförderung.

Keywords: Professionelles Handeln, Kernkompetenzen, Kompetenzorientierung, Kapazitätsentwicklung, Qualitätsentwicklung

Entwicklung des neuen beruflichen Handlungsfelds Gesundheitsförderung

Die Entwicklungen der Gesundheitsförderung seit der Ottawa-Charta 1986 [1], [2] (Gesundheitsförderung 2: Entwicklungen vor Ottawa 1986, Gesundheitsförderung 3: Entwicklungen nach Ottawa) lassen sich in den verschiedenen Dokumentationen der Weltkonferenzen nachzeichnen. Der damals initiierte Paradigmenwandel der Public Health betonte die Relevanz eines sozialökologischen Gesundheitsverständnisses mit besonderem Fokus auf die Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit [3] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit).

Zudem forderte die Zunahme an chronischen Krankheiten und psychosozialen Problemlagen neben der kurativen Ausrichtung des Gesundheitswesens ein Umdenken in Richtung Gesundheitsförderung, Prävention und Ressourcenorientierung [4] (Salutogenese). Ebenso forderte der Paradigmenwandel den stärkeren Einbezug der Bevölkerung in die Lösung gesundheitlicher Herausforderungen ein. In einer Demokratie gilt die Selbstbestimmung der Bevölkerung als handlungsleitend und wurde so auch in der Ottawa-Charta benannt [5] (Empowerment/Befähigung).

Die Befähigung der Menschen zu gesundheitsförderlichem Verhalten muss durch entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden („Make the healthier choice, the easier choice“). Deshalb zählt der Einbezug der Bevölkerung bei der Gestaltung gesundheitsfördernder Lebenswelten als die Grundlage der Maßnahmenplanung, -umsetzung und –evaluation [6] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger). Trotz der bisherigen Errungenschaften in Public Health und Gesundheitsförderung gilt es auch heute noch, diese Forderungen des Paradigmenwandels umzusetzen, um Gesundheit nachhaltig zu ermöglichen. Hier eröffnet sich ein neues berufliches Handlungsfeld Gesundheitsförderung.

Entwicklung spezifischer Kompetenzen für Gesundheitsförderung

Um den Ansprüchen der Ottawa-Charta gerecht zu werden, wurden systemische Ansätze entwickelt, wie der Settingansatz/Lebensweltansatz [7] und der Health in all Policies Ansatz [8] (Gesundheit in allen Politikfeldern/Health in All Policies [HiAP]). Dabei gewinnt die intersektorale und transdisziplinäre Zusammenarbeit an Bedeutung. Wissen über Gesundheitsförderung fördert dabei die disziplin- und professionsübergreifende Verständigung und ermöglicht zugleich die Kooperation aller Beteiligter in der Umsetzung der systemischen Ansätze der Gesundheitsförderung („Mainstream health promotion“).

Neben der intersektoralen Zusammenarbeit bedingen die komplexen Handlungsansätze der Gesundheitsförderung auch ein spezifisch prozessuales und systemisches Handeln mit Einbezug grundlegender Werte und Methoden der Gesundheitsförderung („Specialist health promotion“). In diesem Zusammenhang entwickelten sich zunehmend spezifische professionelle Kompetenzen, die speziell dafür ausgelegt waren, die partizipativen und kooperativen Handlungsansätze zu initiieren, umzusetzen und zu evaluieren und damit auch zu fundieren.

Ein handlungsleitendes Modell für die Umsetzung gesundheitsfördernder Interventionen ist seither der Public Health Action Cycle [9] (Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus). Mit Verbreitung dieser neuen komplexen Perspektive auf soziale und gesundheitliche Entwicklungen wurden einzelne Aspekte der Gesundheitsförderung in das Verständnis von (medizinischen) Professionen aufgenommen. Dies führte zu einer oftmals reduzierten Umsetzung der Kernstrategien der Ottawa-Charta und behinderte ihre wirkungsvolle Ausarbeitung und Entwicklung.

Unter dem Settingansatz werden beispielsweise mehrheitlich noch verhaltensorientierte Maßnahmen innerhalb eines Settings umgesetzt („Gesundheitsförderung im Setting“), anstatt Veränderungen an den Settings als soziale Systeme mit einem systemischen Verständnis zwischen Verhaltensmaßnahmen und Strukturentwicklung anzustoßen („Gesundheitsförderndes Settings“, [10], [11], [7] Settingansatz/Lebensweltansatz).

Die Entwicklungen und Erfahrungen in der Praxis haben gezeigt, dass das professionelle Handeln in der Gesundheitsförderung spezifische Kompetenzen erfordert, um die Ziele der Ottawa-Charta zu verwirklichen [12], [13], [14]. In der internationalen Diskussion plädieren Van den Broucke [15] und Davies [16] für die neue Verbindung aus spezialisierten und generalisierten Qualifikationen für die Gesundheitsförderung („Specialist and mainstream“), um aktuelle und zukünftige Herausforderungen der Public Health transdisziplinär angemessen zu bearbeiten.

Berufsfeld Gesundheitsförderung

Im Sinne der Kapazitätsbildung spezialisierter Gesundheitsförderinnen und -förderer entwickelten sich zunehmend Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten [17] (Aus- und Weiterbildung in Gesundheitsförderung und Prävention), internationale Fachkonferenzen, Fachjournals und Berufsverbände, welche die Identitätsbildung und Weiterentwicklung des Berufsfelds der Gesundheitsförderung voranbringen [18], [19]. Im Zuge dieser Professionalisierung hat sich die internationale Community der Gesundheitsförderung bemüht, spezifische Kompetenzen zu definieren, die eine geeignete Grundlage für einen gemeinsamen Kompetenzstandard in der Praxis der Gesundheitsförderung bilden können [20], [21], [22]. Im Zuge der Bologna-Reform im europäischen Bildungswesen konnten mehrjährige EU-finanzierte Projekte (z. B. EUMAHP 1998 bis 2004) umgesetzt werden, um einen europäischen Master in Gesundheitsförderung zu implementieren [23], [24], [25].

Die Entwicklungsarbeiten waren begleitet von der Frage nach einem gemeinsamen Standard für Kernkompetenzen in der Ausbildung der Gesundheitsförderung. Daraufhin initiierte die IUHPE zusammen mit der Society for Public Health Education (SOPHE) und dem U.S. Centers for Disease Control and Prevention ein weiteres EU-finanziertes Projekt zur Entwicklung eines Rahmenkonzepts zu Kernkompetenzen und eines Standards für die professionelle Praxis der Gesundheitsförderung (CompHP 2009 bis 2012, [26]. [27]). Die Publikation des Handbuchs „The CompHP: Core Competencies Framework for Health Promotion” ist ein Meilenstein in der Professionalisierung der Gesundheitsförderung [28], [29].

Als weitere Maßnahme zur Kapazitätsbildung der Gesundheitsförderung wurde das Rahmenkonzept als Akkreditierungstool weiterentwickelt, wobei sich Einzelpersonen sowie Kurse und Studiengänge über die Ausbildungsinstitutionen als qualifizierte "Health Promotion Practitioners" akkreditieren lassen können [30], [31].

Das CompHP-Rahmenkonzept für die Gesundheitsförderung

Im Handbuch des CompHP-Rahmenkonzepts werden zur Beschreibung der Kernkompetenzen und professionellen Standards zur Spezifizierung beruflicher Kompetenzen für die Gesundheitsförderung handlungsleitende Prinzipien für eine kompetente Gesundheitsförderungspraxis auf der Grundlage internationaler Erfahrungen erläutert. Die zentralen Inhalte des Handbuchs wurden von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2014 in einer deutschen Übersetzung zugänglich gemacht [32], um damit eine Diskussion zur Qualität der beruflichen Aus- und Weiterbildung für

verschiedene Arbeitsfelder der praktischen Gesundheitsförderung anzuregen. Dabei sollte das von der IUHPE entwickelte berufliche Akkreditierungsverfahren auch in den deutschsprachigen Regionen Europas bekanntgemacht werden.

Zugrunde gelegt wird in dem Handbuch die folgende Definition von Kompetenzen: „Eine Kombination von grundlegendem Wissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Werten, die für die Gesundheitsförderungspraxis erforderlich sind. Kernkompetenzen sind definiert als minimales Set von Kompetenzen, die eine gemeinsame Grundlage für sämtliche Rollen in der Gesundheitsförderung bilden.“ ([32], S. 13).

Die in dem Handbuch der IUHPE-Beschreibung von Kernkompetenzen professioneller Praxis der Gesundheitsförderung richtet sich primär an Fachleute, die mit der Umsetzung der Gesundheitsförderung betraut sind und über eine Aus- oder Weiterbildung in der Gesundheitsförderung verfügen [17] (Aus- und Weiterbildung in Gesundheitsförderung und Prävention). Sie kann aber auch als Orientierung auch für die Aus- und Weiterbildung in einem verwandten Fachgebiet nützlich sein, deren Berufsrolle Gesundheitsförderung einschließt.

Für die Kernkompetenzen professioneller Praxis der Gesundheitsförderung werden in dem Handbuch insgesamt neun professionelle Standards aufgeführt (siehe weiter unten). Sie sollen „eine fachliche Spezifikation bzw. ein präzises Kriterium benennen, das zum konsistenten Gebrauch als Regel, Leitlinie oder Definition bestimmt ist.“ ([32], S. 21). Allgemeinverständlich formuliert, werden fachliche Kriterien guter Praxis spezifiziert, die in unterschiedlichen Anwendungszusammenhängen, Settings und geografischen Regionen konsistent angewandt werden können und die für die Praxis erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Werte beschreiben.

Jeder Standard formuliert spezifische Kenntnisse, Kompetenzen und Leistungskriterien, die erforderlich sind, um Kompetenz auf dem jeweiligen Gebiet als Gesundheitsförderungs-Spezialistin oder Spezialist nachweisen zu können. Die Standards stützen sich auf eine multidisziplinäre Wissensgrundlage der Kernkonzepte, Theorien und der Forschung der Gesundheitsförderung sowie deren Anwendung in der Praxis. Hervorgehoben werden dabei:

- Konzepte, Grundsätze und ethische Werte der Gesundheitsförderung, wie sie in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung und nachfolgenden Chartas international festgelegt wurden.
- Konzepte gesundheitlicher Gleichheit, sozialer Gerechtigkeit und Gesundheit als Menschenrecht als Grundlage für die Gesundheitsförderung.
- Determinanten der Gesundheit und ihre Bedeutung für die Gesundheitsförderung.
- Einfluss sozialer und kultureller Vielfalt auf die Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheiten sowie deren Implikationen für die Gesundheitsförderung.
- Gesundheitsförderungsmodelle und -ansätze, die als Basis-Empowerment, Partizipation, Partnerschaftlichkeit und Gleichheit fördern.
- Aktuelle Theorien und Evidenz als Grundlage für wirksame Führung, Advocacy und Partnerschaftsaufbau sowie deren Implikationen für Gesundheitsförderung.
- Aktuelle Modelle und Ansätze eines wirksamen Projekt- und Programm-Managements (einschließlich Bedarfsanalyse, Planung, Umsetzung und Evaluation) und deren Anwendung in der Gesundheitsförderung.
- Evidenzgrundlagen und Forschungsmethoden, einschließlich qualitativer und quantitativer Methoden, die erforderlich sind, um Gesundheitsförderung zu entwerfen und zu evaluieren.
- Kommunikationsprozesse und aktuelle Informationstechnologien, die für eine wirksame Gesundheitsförderung benötigt werden.
- Systeme, Policies und Gesetzgebung, welche die Gesundheit prägen und ihre Bedeutung für die Gesundheitsförderung verdeutlichen.

Im Folgenden ein exemplarischer Auszug aus dem CompHP-Rahmenkonzept für die Gesundheitsförderung zum Leitbild einer ethischen und professionellen Gesundheitsförderungspraxis ([32], S. 23). Es handelt sich um die Beschreibung des professionsethischen Leitbildes einer Gesundheitsförderin bzw. eines Gesundheitsförderers aus dem Original der deutschen Übersetzung des CompHP.

Fachleute der Gesundheitsförderung handeln professionell und ethisch

Eine ethische Gesundheitsförderungspraxis basiert auf einer Verpflichtung zur Gesundheit als Menschenrecht, was für die menschliche Entwicklung zentral ist. Sie achtet die Rechte, Würde, Vertraulichkeit und den Wert von Individuen, Gruppen und Gemeinschaften, und sie respektiert die Vielfalt von Geschlecht, sexueller Ausrichtung, Alter, Religion, Behinderung und kultureller Überzeugungen. Eine ethische Gesundheitsförderungspraxis geht gesundheitliche Ungleichheiten und soziale Ungerechtigkeiten an und priorisiert den Bedarf jener, welche in Armut oder sozialer Randständigkeit leben. Sie wirkt auf die politischen, ökonomischen, sozialen, kulturellen, Umwelt-, Verhaltens- und biologischen Determinanten von Gesundheit und Wohlbefinden ein. Fachleute der Gesundheitsförderung stellen sicher, dass Gesundheitsförderungsaktionen nützlich sind und keinen Schaden verursachen und dass sie ehrlich sind bezüglich dessen, was Gesundheitsförderung ist, was sie bewirken oder nicht leisten kann. Fachleute der Gesundheitsförderung handeln in allen Gesundheitsförderungsbereichen professionell und ethisch durch die folgenden Haltungen:

Kenntnisse, Kompetenzen und Leistungskriterien

Fachleute erbringen durch Dokumentation oder Assessment während der Arbeit oder durch ihre dokumentierten Studienaktivitäten den Fähigkeitsnachweis, dass sie ethische Dilemmata und Themen erkennen und angehen. Sie haben

- Kenntnis der Konzepte, Grundsätze und ethischen Werte der Gesundheitsförderung;
- Kenntnis der Konzepte gesundheitlicher Gleichberechtigung, sozialer Gerechtigkeit und Gesundheit als Menschenrecht;
- Kenntnis der aktuellen und anstehenden rechtlichen und ethischen Themen im eigenen Tätigkeitsbereich;
- Fähigkeit, ethische Themen proaktiv und in angemessener Weise anzugehen (z. B. durch Anfechten der unethischen Praxis anderer).

Außerdem handeln sie so, dass sie

- die geäußerten Ansichten und Vorlieben wahrnehmen und anerkennen,
- die Fähigkeit anderer fördern, informierte Entscheidungen zu treffen,
- die Gleichberechtigung und Vielfalt der Werte fördern,
- Menschen als Individuen wertschätzen,
- die Bedeutung der Vertraulichkeit anerkennen und
- konsistent sind bezüglich Evidenz, Gesetzgebung, Strategien, Führungsgrundlagen und -systemen.

Und sie entwickeln und verbessern fortlaufend die eigene Praxis und jene der anderen durch

- Reflexion des eigenen Verhaltens und der Praxis sowie Bestimmung, wo Verbesserungen nötig sind;
- Erkennen des eigenen Weiterbildungsbedarfs und des Bedarfs anderer sowie Nutzen der Weiterbildungsmöglichkeiten;
- Wahrnehmen unterschiedlicher Lernansätze und -vorlieben;
- Evidenzen nutzen bei Verbesserungen im eigenen Tätigkeitsbereich sowie
- objektive und konstruktive Beurteilung der Wirksamkeit des eigenen Tätigkeitsbereichs.)“

Neun CompHP-spezifische Standards

Für die folgenden neun CompHP-spezifischen Standards werden in dem Handbuch die Kernkompetenzen, erforderliche Grundkenntnisse und Fähigkeiten sowie Leistungskriterien für die Dokumentation und Bewertung zusammengestellt.

Standard 1: Veränderung ermöglichen: Individuen, Gruppen, Gemeinschaften und Organisationen zum Aufbau von Kompetenzen für die Gesundheitsförderung befähigen, um die Gesundheit zu verbessern und gesundheitliche Ungleichheiten zu vermindern.

Standard 2: Advocacy: Mit und für Individuen, Gemeinschaften und Organisationen für eine Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden eintreten und Kompetenzen für die Gesundheitsförderung aufbauen.

Standard 3: Vermittlung durch Partnerschaft: Mit unterschiedlichen Disziplinen, Sektoren sowie Partnerinnen und Partner zusammenarbeiten, um die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Gesundheitsförderung zu verbessern.

Standard 4: Kommunikation: Gesundheitsförderung effektiv kommunizieren, unter Nutzung angemessener Methoden und Technologien für verschiedene Zielgruppen.

Standard 5: Führung: Zur Entwicklung einer gemeinsamen Vision und Strategie für die Gesundheitsförderung in dem jeweiligen Handlungskontext beitragen.

Standard 6: Assessment: In Partnerschaft mit Stakeholdern Ressourcen- und Bedarfsanalysen durchführen, im Kontext von politischen, wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen, Umwelt-, Verhaltens- und biologischen Determinanten, welche die Gesundheit fördern oder schädigen.

Standard 7: Planung: Messbare Gesundheitsförderungsziele entwickeln aufgrund von Bedarfs- und Ressourcenanalysen in Partnerschaft mit Stakeholdern.

Standard 8: Umsetzung: Gesundheitsförderung effizient und effektiv, kulturell angepasst und ethisch in Partnerschaft mit Stakeholdern umsetzen.

Standard 9: Evaluation und Forschung: In Partnerschaft mit Stakeholdern angemessene Evaluations- und Forschungsmethoden anwenden, um die Reichweite, die Auswirkungen und Wirksamkeit von Gesundheitsförderungs-Interventionen zu erfassen.

In der folgenden Abbildung werden die CompHP-Kernkompetenzen dargestellt:

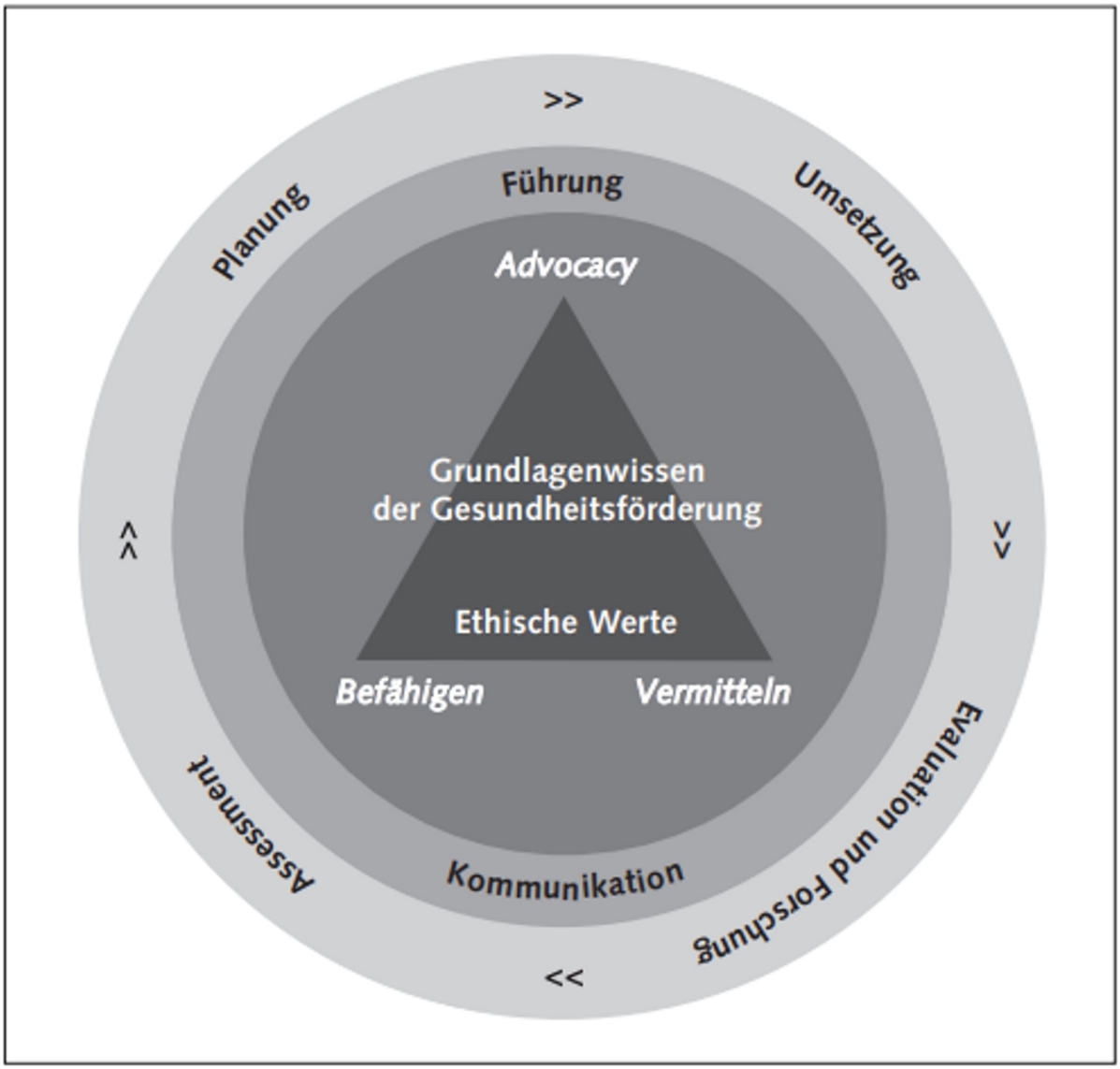


Abb. 1: Die CompHP-Kernkompetenzen der Gesundheitsförderung ([1], S. 14)

Aktuelle Entwicklungen des CompHP-Rahmenkonzepts für die Gesundheitsförderung

Bisher findet das CompHP-Rahmenkonzept vornehmlich Anklang in der Ausbildung der Gesundheitsförderung. Im deutschsprachigen Raum wird dies zunehmend als Grundlage für Curricula entsprechender Studiengänge diskutiert. In Deutschland selbst hat sich zunächst der Fachqualifikationsrahmen für gesundheitswissenschaftliche Ausbildungen auf Bachelorniveau durchgesetzt [22], [17] (Aus- und Weiterbildung in Gesundheitsförderung und Prävention). Dies ist damit begründet, dass der Verständigungsprozess auf den gesundheitswissenschaftlichen Fachqualifikationsrahmen vor der deutschsprachigen Veröffentlichung des CompHP begonnen hat.

In Österreich ergab eine Erhebung zur Gesundheitsförderungsausbildung des Kompetenzzentrums „Zukunft Gesundheitsförderung“, dass mehrere Studiengänge mittlerweile auf dem CompHP aufbauen und das Rahmenkonzept als Diskussionsgrundlage dient für eine bessere nationale und internationale Zusammenarbeit im Bereich der Ausbildung in Gesundheitsförderung [33], [34], [19].

In der Schweiz wurde der erste Bachelorstudiengang in Gesundheitsförderung und Prävention an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften auf dem CompHP 2016 eingeführt [35]. Zudem fokussiert die Fachgruppe Gesundheitsförderung und Prävention vom Verband Public Health Schweiz ihre Arbeit auf Kapazitätsentwicklung für Gesundheitsförderung und betont dabei die Relevanz des CompHP Rahmenwerks [36].

In den letzten Jahren etablierte sich über das DACH-Netzwerk für Gesundheitsförderung eine Zusammenarbeit zum Thema Kapazitätsentwicklung der Gesundheitsförderung. Hierbei zeichnet sich immer wieder die Wichtigkeit eines gemeinsamen Verständnisses für das professionelle Handeln in der Gesundheitsförderung ab, wozu das CompHP eine zentrale Grundlage bildet [37].

International setzt sich die IUHPE als strategisches Ziel, die weitere Verbreitung und Implementierung des CompHPs sowie des damit verbundenen Akkreditierungsverfahrens zu fördern [31], [38], [39]. Im Zuge globaler und planetarer Entwicklungen und den damit sich verändernden Determinanten von Gesundheit (wie Klimawandel, Kriege, Epidemien) ändert sich auch der Bezugs- und Handlungsrahmen der Gesundheitsförderung. Deshalb veröffentlicht die IUHPE Ende 2024 eine überarbeitete Version des Rahmenwerks.

Insgesamt kann das CompHP als Grundlage dienen für die Entwicklung des professionellen Handelns in der Gesundheitsförderung sowie einer gemeinsamen professionellen Identität basierend auf geteilten ethischen Werten der Gesundheitsförderung. Demnach dient die weitere Verbreitung des CompHP über die IUHPE und nationalen Akteurinnen und Akteuren einer notwendigen Professionalisierung und damit der Qualitätsentwicklung des beruflichen Handlungsfelds Gesundheitsförderung.

Internetadressen:

- Berufsverband Gesundheitsförderung. Available from: https://www.bv-gesundheitsfoerderung.de
- International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). Available from: https://www.iuhpe.org/index.php/en/links-and-resources

References

1. 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
2. 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
3. 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
4. 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
5. Brandes S, Stark W. Empowerment/Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i10-3.0
6. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i052-3.0
7. 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
8. Köckler H, Geene R. Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i157-1.0
9. Hartung S, Rosenbrock R. Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i099-2.0
10. Dadaczynski K, Baumgarten K, Hartmann T. Settingbasierte Gesundheitsförderung und

Prävention: Kritische Würdigung und Herausforderungen an die Weiterentwicklung eines prominenten Ansatzes. Präv Gesundheitsf. 2016;11:214–21. DOI:10.1007/s11553-016-0562-1

11. Thompson SR, Watson MC, Tilford S. The Ottawa Charter 30 years on: Still an important standard for Health Promotion. Int J Health Promot Educ. 2018;56(2):73–84. DOI:10.1080/14635240.2017.1415765
12. Biehl V, Gerlinger T, Wieber F. Professional characteristics of Health Promotion: A scoping review of the German and international literature. Int J Public Health. 2021;66:1603993. DOI:10.3389/ijph.2021.1603993
13. Karg S, Blättner B, Krüger K, Micheew N. Kompetenzen für Tätigkeiten in der Gesundheitsförderung: Sichtweisen von Stakeholdern. Präv Gesundheitsf. 2020;15:236–41. DOI:10.1007/s11553-020-00760-6
14. Quilling E, Kuchler M, Leimann J, Mielenbrink V, Terhorst S, Tollmann P, Dietrich S. Koordination kommunaler Gesundheitsförderung. Entwicklung eines Aufgaben- und Kompetenzprofils. Ergebnisbericht. GKV-Spitzenverband; 2021. [accessed 2024 Jul 4]. Available from: https://gkv-buendnis.de/media/pdf/publikationen/Ergebnisbericht_Koordination_kommunaler_Gesundheitsfoerderung_bf.pdf
15. Van Den Broucke S. Strengthening Health Promotion practice: Capacity development for a transdisciplinary field. Glob Health Promot. 2021;28(4):36–45. DOI:10.1177/17579759211061751
16. Davies JK. Health Promotion: A unique discipline? Health Promotion Forum of New Zealand; 2013. [accessed 2024 Jul 4]. Available from: https://labos.ulg.ac.be/apes/wp-content/uploads/sites/4/2014/05/ELE-MET-CONC-A-10606.pdf
17. 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
18. Biehl V, Wieber F, Abegglen D, Glässel A. Professional identity formation in Health Promotion practitioners: Students' perspectives during an undergraduate program in Switzerland. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(20):10754. DOI:10.3390/ijerph182010754
19. Wahl A, Plunger P. Gesundheitsförderungsausbildung in Österreich – Status quo und Entwicklungsperspektiven [Factsheet]. Gesundheit Österreich; 2023. [accessed 2024 Jul 4]. Available from: https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2515/1/Gesundheitsförderungsausbildung_Factsheet_bf (1).pdf
20. Battel-Kirk B, Barry MM, Taub A, Lysoby L. A review of the international literature on Health Promotion competencies: Identifying frameworks and core competencies. Glob Health Promot. 2009;16(2):12–20. DOI:10.1177/1757975909104100
21. Battel-Kirk B, Barry MM. Has the development of Health Promotion competencies made a difference? A scoping review of the literature. Health Educ Behav. 2019;46(5):824–42. DOI:10.1177/1090198119846935
22. Baumgarten K, Blättner B, Dadaczynski K, Hartmann T. Entwicklung eines Fachqualifikationsrahmens für die Studienbereiche Gesundheitswissenschaften/Public Health und Gesundheitsförderung in Deutschland. Präv Gesundheitsf. 2015;10(4):320–7. DOI:10.1007/s11553-015-0507-0
23. Davies JK. Expanding European perspectives on Health Promotion. Health Educ J. 2003;62(2):125–32. DOI:10.1177/001789690306200204
24. Hall C. Developing a competent global Health Promotion workforce: Pedagogy and practice. Health Promotion Forum of New Zealand; 2014.
25. König C, Mittelmark MB. Higher education in Health Promotion in Europe: A comparative analysis of master's level training programmes using HP-Source.net. Promot Educ. 2008;15(1):30–5. DOI:10.1177/1025382307088096
26. Allegrante JP, Barry MM, Auld ME, Lamarre MC. Galway revisited: Tracking global progress in core competencies and quality assurance for health education and Health Promotion. Health Educ Behav. 2012;39(6):643–7. DOI:10.1177/1090198112465089
27. Barry MM, Allegrante JP, Lamarre MC, Auld ME, Taub A. The Galway Consensus Conference: International collaboration on the development of core competencies for Health Promotion and Health Education. Glob Health Promot. 2009;16(2):5–11. DOI:10.1177/1757975909104097
28. Barry MM, Battel-Kirk B, Dempsey C. The CompHP core competencies framework for Health Promotion in Europe. Health Educ Behav. 2012;39(6):648–62. DOI:10.1177/1090198112465620

29. Dempsey C, Battel-Kirk B, Barry MM, CompHP Project Partners. The CompHP core competencies framework for Health Promotion (short version). IUHPE; 2011.
30. Battel-Kirk B, Van Der Zanden G, Schipperen M, Contu P, Gallardo C, Martinez A, Garcia De Sola S, Sotgiu A, Zaagsma M, Barry MM. Developing a competency-based Pan-European accreditation framework for Health Promotion. Health Educ Behav. 2012;39(6):672–80. DOI:10.1177/1090198112466664
31. Battel-Kirk B, Chiou ST, Comeau L, Dillon R, Doherty K, Jones-Roberts A, Lockwood T, Sendall MC, Speller V, Barry MM. The IUHPE Health Promotion accreditation system – developing and maintaining a competent Health Promotion workforce. Glob Health Promot. 2021;28(4):46–50. DOI:10.1177/17579759211029603
32. Barry MM. Das CompHP-Rahmenkonzept für die Gesundheitsförderung: Kernkompetenzen – professionelle Standards – Akkreditierung; deutsche Kurzfassung. 2014 [accessed 2024 Jul 4]. Available from: https://shop.bzga.de/pdf/60405000.pdf
33. Szabo B, Gollner E, Schnabel F. Personalisiertes und forschungsgeleitetes Lehren und Lernen als integrale Bestandteile der Lehr- und Lernstrategie des Masterstudienganges „Gesundheitsförderung und Gesundheitsforschung“ an der Fachhochschule Burgenland. Pädagogik der Gesundheitsberufe. 2018;1:34–41.
34. Plunger P, Wahl A. Diskussionspapier Zukunft Gesundheitsförderungsausbildung und -forschung in Österreich. Gesundheit Österreich; 2023. [accessed 4024 Jul 4]. Available from: https://jasmin.goeg.at/id/eprint/3377/1/ZukunftGFAusbildungForschung_bf.pdf
35. Biehl V, Meyer M, Nordström K. The first undergraduate program in Health Promotion and prevention in Switzerland: Context, concept, and challenges. In: Akermann M, Germani AC, editors. International handbook of teaching and learning. Health Promotion: Practices and reflections from around the world. Springer International Publishing; 2022. p. 15–36.
36. Biehl V, Abegglen D, Keller B, Abderhalden I, Casagrande F, De Keyzer K. Kapazitätsentwicklung der Gesundheitsförderung in der Schweiz: Arbeit der Fachgruppe Gesundheitsförderung bei Public Health Schweiz. Jahrestagung des DACH-Netzwerks für Gesundheitsförderung. 2022; Hall in Tirol.
37. Biehl V, Hartung S, Nordström K, Plunger P, Rohrauer-Näf G, Schäfer I, Wahl A. Ausbildung zu settingorientierter Gesundheitsförderung im D|A|CH-Raum gemeinsam weiterentwickeln − Perspektiven aus Ausbildung, Forschung, Praxis und Policy. [Presented at]: Kongress Armut und Gesundheit; 2024; 2024.
38. Battel-Kirk B, Barry MM. Evaluating progress in the uptake and impact of Health Promotion competencies in Europe. Health Promot Int. 2020;35(4):779–89. DOI:10.1093/heapro/daz068
39. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). IUHPE Strategic Plan: 2021−2026. International Union for Health Promotion and Education. 2021. [accessed 2024 Jul 4]. Available from: https://drive.google.com/file/d/1pX-ls6PPlHU5WUv5z35-TSmkHdHqRVPx/view

Korrespondenz: M.A. Verena Biehl, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, Departement Gesundheit, Institut für Public Health, Katharina-Sulzer Platz 9, CH 8401 Winterthur, Schweiz, E-mail: verena.biehl@zhaw.ch

Zitierhinweis: Biehl V, Göpel E. Kernkompetenzen professioneller Gesundheitsförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i057-1.0

Copyright: © 2026 Verena Biehl 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/

Kinderschutz und Prävention – Gesundheitsförderung

Tanja Jungmann[1]

[1] Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg, Deutschland

Abstract

Der Begriff „Kinderschutz“ umfasst alle rechtlichen Regelungen und Maßnahmen, die dem Schutz von Kindern dienen. Sie zielen darauf ab, Kindeswohlgefährdung, Kindeswohlvernachlässigung und Kindesmisshandlung abzuwenden. Langfristig sollen die Maßnahmen auch gesundheitliche Störungen verhindern und Entwicklungschancen erhalten. Präventionsmaßnahmen werden dabei nach drei Gesichtspunkten unterschieden: (1) Zeitpunkt der Maßnahme (primär, sekundär, tertiär), (2) Zielgruppe (universell, selektiv, indiziert) und (3) Ansatzpunkt (personal, strukturell). Bestehende Programme setzen vorrangig im Bereich der Vernachlässigung, Misshandlung oder des sexuellen Missbrauchs an. Zunehmend werden auch generelle Entwicklungsrisiken beachtet. Neue Themen sind die Auswirkungen von Pandemien auf das Kindeswohl und die zunehmende Digitalisierung von Gesellschaft und Sozialer Arbeit.

Keywords: Kindeswohlgefährdung, Entwicklungsrisiken, Frühe Hilfen, Corona-Pandemie, Digitalisierung

Definitionen und rechtliche Rahmenbedingungen

Kindeswohl ist kein abschließend definierter Begriff. Aus rechtlicher Perspektive ist das Kindeswohl sowohl national als auch international die zentrale Norm und der wichtigste Bezugspunkt im Bereich des Kindschafts- und Familienrechts. Der Begriff impliziert das gesamte Wohlergehen von Kindern und Jugendlichen sowie deren gesunde Entwicklung. Darunter fällt u. a. das Recht des Kindes auf die Förderung seiner Entwicklung und seine Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.

In Deutschland obliegt nach Art. 6, Abs. 2 des Grundgesetzes den Eltern das Recht auf die Erziehung der Kinder. Seit der Novellierung des § 8a im SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) im Jahr 2005 kommt dem kommunalen Jugendamt explizit der Schutzauftrag als staatliches Wächteramt bei Kindeswohlgefährdungen zu. Laut der Neufassung aus dem Jahr 2021 sind bei der Gefährdungseinschätzung Personen, die dem Jugendamt Daten übermittelt haben, in geeigneter Weise zu beteiligen.

Der Begriff Kindeswohlgefährdung ist im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) verschiedentlich geregelt. Im Zentrum steht dabei § 1666 Abs. 1. Kindeswohlgefährdung bezeichnet hier eine andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns durch sorgeberechtigte oder -verantwortliche Personen und kann zu langfristigen körperlichen, seelischen und geistigen Beeinträchtigungen bei der Entwicklung des Kindes bis hin zum Tod führen.

Eine Kindeswohlgefährdung im Sinne einer Vernachlässigung liegt dann vor, wenn über einen längeren Zeitraum Versorgungsleistungen ausbleiben, die zur physischen und psychischen Versorgung des Kindes notwendig wären. Hierbei kann zwischen körperlicher Vernachlässigung (Nahrung, Kleidung, Hygiene etc.), kognitiver und erzieherischer Vernachlässigung (Delinquenz, Mangel an Konversation, Spiel und anregenden Erfahrungen etc.) sowie emotionaler Vernachlässigung (fehlende Reaktion auf Signale des Kindes etc.) unterschieden werden. Darunter fällt auch eine unzureichende Beaufsichtigung des Kindes.

Eine Kindeswohlgefährdung im Sinne der Kindesmisshandlung umfasst körperliche Misshandlungen (Schläge, Tritte etc.), sexuelle Misshandlungen (sexuelle Handlungen am Kind oder vom Kind gefordert etc.) und/oder emotionale Misshandlungen (Herabsetzung, Entwertung, Beschimpfung etc.) (vgl. auch Deegener & Körner 2005, [1]).

Prävalenz und Inzidenz von Kindeswohlgefährdungen

Systematische, verlässliche Daten zum Ausmaß von Kindeswohlgefährdungen gibt es in Deutschland bislang nicht. Allerdings melden Jugendämter seit 2012 jede abgeschlossene Gefährdungseinschätzung an die amtliche Statistik. Hier müssen gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen, ebenso für die eine Einschätzung des Gefährdungsrisikos im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte erfolgt ist. Erst dadurch sind Auswertungen zu Art, Umfang und Ergebnis von Gefährdungseinschätzungen sowie den meldenden Personen bzw. Institutionen in Deutschland möglich geworden.

Nach der Pressemitteilung Nr. 304 des Statistischen Bundesamtes [2] vom 2. August 2023 meldeten Jugendämter im Jahr 2022 rund 62.300 Kindeswohlgefährdungen. Dabei handelte es sich um 2 % weniger latente (Verdacht auf Gefährdung des Kindeswohls), aber 10 % mehr akute (eindeutige) Fälle als im Jahr 2021. Etwa vier von fünf betroffenen Kindern waren jünger als 14 Jahre. Hinweise von Polizei und Justiz an die Jugendämter haben sich über einen Zeitraum von zehn Jahren mehr als verdreifacht. Dagegen gaben Schulen und Kitas aufgrund der pandemiebedingten Schließungen vor allem im Jahr 2020 weniger Hinweise auf mögliche Kinderschutzfälle an die Jugendämter als in den Jahren davor und danach. Lockdowns und Homeoffice könnten zudem zu einem Anstieg der Meldungen aus der Bevölkerung beigetragen haben.

Die meisten der Kinder, bei denen eine akute oder latente Kindeswohlgefährdung festgestellt wurde, wiesen Anzeichen von Vernachlässigung auf (rund 60 % aller Fälle). Bei über einem Drittel (35 %) lagen psychische Misshandlungen wie beispielsweise Demütigungen, Einschüchterung, Isolierung und emotionale Kälte vor. In 27 % der Fälle gab es Hinweise auf körperliche Misshandlung und in 5 % der Fälle Hinweise auf sexuelle Gewalt. Verschiedene Arten der Kindeswohlgefährdung können auch gleichzeitig vorliegen. Dieser Anteil ist seit dem Jahr 2015 von 16 % auf 22 % aller Fälle gestiegen.

Sowohl bei akuten als auch bei latenten Kindeswohlgefährdungen sind die Jugendämter verpflichtet, mit Hilfen oder Schutzmaßnahmen zu reagieren: In 20 % der akuten und latenten Fälle von Kindeswohlgefährdung wurde das Familiengericht eingeschaltet. In 15 % aller Fälle wurden die Betroffenen zu ihrem Schutz vorläufig vom Jugendamt in Obhut genommen.

Führt die Prüfung durch das Jugendamt zu der Einschätzung, dass keine Kindeswohlgefährdung vorliegt, aber weiterer Hilfe- und Unterstützungsbedarf besteht, greifen Maßnahmen der Erziehungsberatung oder sozialpädagogischen Familienhilfe.

Neben der größeren körperlichen Verletzlichkeit von Säuglingen und Kleinkindern und deren starker Abhängigkeit von der elterlichen Fürsorge stellen Geburtsrisiken, Entwicklungsrückstände und Behinderungen spezifische Risikofaktoren für eine Kindeswohlgefährdung dar. Den Schutzbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen ist laut Neufassung des § 8a SGB VIII insbesondere Rechnung zu tragen. Bei den Eltern werden verstärkt psychische Erkrankungen, wie Persönlichkeitsstörungen oder generelle Lebensumstände, die sich aus finanzieller Armut und sozialer Benachteiligung ergeben, als Risikofaktoren beachtet. Das Risiko, an den Folgen einer Misshandlung zu versterben, ist für Säuglinge und Kleinkinder am größten; etwa die Hälfte aller Fälle betrifft Kinder unter einem Jahr, zu 90 % sind die Kinder unter drei Jahren.

Im Zuge der Digitalisierung auch von sozialer Arbeit nimmt die Entwicklung elektronischer Dokumentations- und Risikoeinschätzungssysteme zu. Daraus ergeben sich neue Chancen, aber auch Herausforderungen im Kinderschutz. Einerseits versprechen sie effizientere Arbeitsabläufe und Unterstützung bei der Einschätzung, andererseits ersetzen sie aber nicht professionelle Entscheidungs- und Aushandlungsprozesse. Daher sind die Ergebnisse dieser Risikoeinschätzungssysteme mit kritisch-forschender Distanz zu betrachten“ ([3], S. 176).

Prävention von Kindeswohlgefährdung

Präventionsmaßnahmen müssen so früh wie möglich ansetzen, da gesundheitliche Störungen und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen nicht nur die Entwicklung im Kindesalter beeinträchtigen können, sondern auch nachhaltig die Entwicklungschancen im Erwachsenenalter beeinflussen (z. B. gesundheitliche Folgeschäden, Chancenungleichheit).

Um Erfahrung und Wissen über Frühe Hilfen zu gewinnen und diese als wirksame präventive Unterstützungsangebote dauerhaft einzurichten, wurden im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“ des Bundesministeriums für Familie,

Senioren, Frauen und Jugend ab 2005 in den Bundesländern Modellprojekte gefördert und durch das „Nationale Zentrum Frühe Hilfen“ fachlich begleitet und evaluiert. Vorrangiges Ziel des Aktionsprogramms war und ist die wirksame Vorbeugung von Vernachlässigung und Misshandlung: Risiken sollten frühzeitig erkannt und die Erziehungskompetenz der Eltern gestärkt werden.

Seit Januar 2018 hat die Bundesstiftung Frühe Hilfen als wichtiger Bestandteil des Bundeskinderschutzgesetztes die Aufgabe übernommen, die regionalen Netzwerke Frühe Hilfen und die psychosoziale Unterstützung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern von null bis drei Jahren zu fördern. Im Rahmen des Aktionsprogramms „Aufholen nach Corona für Kinder und Jugendliche“ sollen zudem die Folgen der Corona-Pandemie abgemildert und noch mehr junge Familien mit zusätzlichen präventiven Angeboten erreicht werden (vgl. [4]).

Präventionsmaßnahmen werden nach drei Gesichtspunkten kategorisiert: dem Zeitpunkt der Maßnahme (primär, sekundär, tertiär), der Zielgruppe (universell, selektiv, indiziert) und dem Ansatzpunkt (personal, strukturell).

Liegt keine besondere Gefährdung vor, greifen Maßnahmen der *primären Prävention*, die als Vorbeugung und Verhütung häuslicher Gewalt und einer Kindeswohlgefährdung definiert sind (z. B. Information und Aufklärung, Elternkurse wie „Das Baby verstehen“ von Cierpka und Köhler [5] oder „Auf den Anfang kommt es an“ [6]. Die Nutzung der Angebote ist freiwillig, ihr Hauptansatzpunkt ist das elterliche Verhalten (personale oder Verhaltensprävention) mit dem Ziel, die Bedingungen des kindlichen Aufwachsens möglichst risikoarm und ressourcenreich zu gestalten (strukturelle Prävention, Verhältnisprävention).

Frühe Hilfen erfüllen oftmals schon die Definitionskriterien der *sekundären Prävention*, nämlich die Früherkennung sich anbahnender Gewaltprobleme sowie gezielte Interventionen bei Risikofamilien. Dies erfordert die Kenntnis der Risikofaktoren für häusliche Gewalt und Kindeswohlgefährdung, der Zuständigkeiten, der Ansprechpartner und -partnerinnen sowie der verschiedenen Handlungsmöglichkeiten.

Lotsinnen und Lotsen im Netzwerk der Frühen Hilfen

Der gesetzliche Schutz vor Kindeswohlgefährdung (§ 8a SGB VIII) sieht zudem die intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Früherkennung von Gewaltproblemen vor. Frühe Hilfen zielen auf den Ausbau der formellen Unterstützungsnetzwerke ab, wobei möglichst gemeinsam mit der Familie nach passgenauen Angeboten gesucht wird. In diesem Zusammenhang sollten alle Praxisakteurinnen und -akteure auf ihren potenziell sekundär-präventiven Auftrag vorbereitet sein (z. B. durch eine Ausbildung zur Kinderschutzfachkraft, Schulungen zur Verbesserung der Kompetenzen zur Früherkennung von Risiken und Anzeichen für Kindeswohlgefährdung).

In diesem Zusammenhang kommt den Familienhebammen (FamHeb) und den Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern (FGKiKP) eine besondere Bedeutung zu.

Die Familienhebammen gehen in die Familien und helfen den Eltern, den Familienalltag auf das Leben mit dem Baby umzustellen. Sie geben u. a. Informationen und Anleitung zu Pflege, Ernährung, Entwicklung und Förderung des Kindes und binden dabei alle Familienmitglieder ein ([7], S. 10). Die Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger stärken v. a. die Kompetenz von Familien mit behinderten oder chronisch kranken Kindern, Frühgeborenen, Kindern mit Regulationsstörungen und in anderweitig belastenden Lebenssituationen, was vor allem in der Zeit der Corona-Pandemie und danach einen besonderen Stellenwert hatte [8]. Sie vermitteln den Eltern Informationen zu den Meilen- und Grenzsteinen der motorischen, kognitiven, sprachlichen und sozial-emotionalen Entwicklung und zum entwicklungsfördernden Umgang mit ihren Kindern. Ihre Leistungen erbringen sie bei Hausbesuchen. Sie begleiten auch zu weiteren Angeboten und Hilfen oder vermitteln diese bei Bedarf. Damit sind sie – ebenso wie z. B. die Familienhebammen – Lotsinnen und Lotsen im Netzwerk der Frühen Hilfen.

Für die Familienhebammen und die Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger sind die Wahrnehmung von Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung und das professionelle Handeln in dieser Situation Querschnittsaufgaben [9].

Inobhutnahmen

Maßnahmen der *tertiären Prävention* werden ergriffen, wenn es in einer Familie bereits zu körperlicher Gewalt gekommen ist bzw. weitere gewaltsame Übergriffe wahrscheinlich sind. Ziel ist dann die Vermeidung von Wiederholungstaten, z. B. durch eine Kombination aus psychologischer Beratung/Therapie, Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe oder vorübergehenden Veränderungen der Wohnsituation. Besteht ein erhebliches Risiko für weitere massive Gewalthandlungen, muss das Kind aus der Familie genommen werden (Inobhutnahme nach § 42 SGB VIII).

Bei Verdacht auf oder dem Vorliegen von Kindeswohlgefährdung sollten die Akteurinnen und Akteure in der Praxis einem Ablaufplan folgen, der möglichst in Absprache mit Sozialbehörden und Jugendämtern entstanden ist. Die Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt geschieht nicht ohne das Wissen, aber unter Umständen ohne das Einverständnis der Eltern. Hier schließt sich dann eine Intervention im Kinderschutz an. Die Begleitung durch das Angebot der Frühen Hilfen wird möglichst fortgesetzt, in jedem Fall aber der Übergang gestaltet. Nach erfolgter Intervention besteht das Angebot der Wiederaufnahme der Begleitung für die Teilnehmerin bzw. den Teilnehmer.

Länder- und kommunenspezifische Präventionskonzepte

Laut Mitteilung des BMFSFJ [4] gibt es inzwischen in 98 % der Jugendamtsbezirke ein Netzwerk Frühe Hilfen. In rund 86 % der geförderten Kommunen sind Familienhebammen und/oder Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen aktiv. In fast 77 % der Kommunen kooperieren Geburtskliniken mit den Netzwerken Frühe Hilfen, in annähernd 62 % der Kommunen werden Familien von ehrenamtlichen Familienpaten und -patinnen unterstützt.

Gleichwohl ist die Präventionslandschaft weiterhin durch eine Vielzahl von länder- bzw. kommunenspezifischen Konzepten geprägt. Die Kinderschutzkonzepte der Bundesländer informieren über die vielfältigen Einzelaktivitäten im Kinderschutz und sind unter www.fruehehilfen.de/qualitaetsentwicklung-kinderschutz/kinderschutzkonzepte-der-bundeslaender einsehbar.

Zusammengenommen fokussieren die gesetzlichen Regelungen in den 16 Bundesländern stark auf die Steigerung der Teilnahme an den ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen. Viele Bundesländer favorisieren ein verbindliches Einladungswesen nach § 26 des SGB V. Dies erhöht die Aufmerksamkeit auf die Gesundheitshilfe zur Sicherstellung von Kindergesundheit und Kinderschutz. Mit landesrechtlicher Unterstützung sollte die Verantwortungsübernahme für den Kinderschutz in der Gesundheitshilfe verbindlich eingefordert und gestärkt werden. Elterntrainings bzw. Elternkurse können zu einer Verbesserung des Kinderschutzes durch die Stärkung der Elternkompetenz beitragen.

Kinder aus sozial benachteiligten Familien [10] (Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit) zeigen vermehrt Auffälligkeiten in allen Entwicklungsbereichen sowie gesundheitliche Probleme wie z. B. Übergewicht und ein erhöhtes Unfallrisiko. Problematisch für die Prävention und Intervention erweist sich die Erreichbarkeit, sodass eine lückenlose Erfassung nahezu unmöglich ist. Gesundheitsförderung im Kindergarten [11] (Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe) oder in Grundschulen [12] (Gesundheitsförderung und Schule) – z. B. Bewegungsförderung, Aufklärung über gesunde Ernährung und Sprachförderung – sind dagegen noch immer Einzelaktivitäten.

Ausblick und Desiderate

Aus den Ausführungen wird deutlich, dass Präventionsprogramme vorrangig im Bereich der Vernachlässigung, Misshandlung oder des sexuellen Missbrauchs ansetzen. Neben der Verbindlichkeit der Früherkennungsuntersuchungen gilt es im Bereich der Prävention von Entwicklungsrisiken, weitere Maßnahmen zu entwickeln, die den gesundheitlichen Schutz der Kinder verbessern, auf eine aufsuchende Struktur ausgerichtet sind und das naheliegende Interesse von Eltern an Informationen etwa über Säuglingspflege und die kindliche Entwicklung während der Schwangerschaft und nach der Geburt aufgreifen. Entsprechende Informationen sollten risikogruppenadäquat vermittelt werden.

Hier kommt dem NEST-Material eine besondere Bedeutung zu. Es wurde von der Stiftung Pro Kind und dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) entwickelt und dient dem präventiven Ansatz der Frühen Hilfen. Bei den Materialien handelt es sich um zielgruppenspezifische Arbeitshilfen für die Fachkräfte, die sie flexibel in ihrem jeweiligen Arbeitsfeld einsetzen können, um Familien darin zu unterstützen, ihren Kindern eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen. Die Materialien sind modular aufgebaut und können

programmunabhängig verwendet werden. NEST deckt ein breites Spektrum an Themen der Frühen Hilfen ab, die für Familien von der Schwangerschaft bis zum Ende des zweiten Lebensjahres wichtig sind. Zudem sind die Inhalte speziell auf bildungsferne Familien zugeschnitten.

Die Chancen der kostenlosen kinderärztlichen Untersuchungen gilt es weiterhin zu propagieren, da sie die tragende Säule in der staatlichen Gesundheitsvorsorge sind und die Kinder besser als andere Institutionen erreichen würden. Zielführende Kooperationsstrukturen zwischen Gesundheitshilfe und Jugendhilfe können zu einem verbesserten Kinderschutz beitragen und stellen eine verbindliche Verantwortungsübernahmestruktur dar.

Weiterführende Quellen:

- Deegener G, Körner W. Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe; 2005.
- Gerber C, Lillig S. Gemeinsam lernen aus Kinderschutzverläufen. Eine systemorientierte Methode zur Analyse von Kinderschutzfällen und Ergebnisse aus fünf Fallanalysen. Bericht. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), editor. Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz. 2018 [accessed 2024 Feb 20];9. Available from: https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen/LaPK/Publikation_QE_Kinderschutz_9_Beric
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Kinderschutzkonzepte der Bundesländer. 2024 [accessed 2024 Feb 20]. Available from: https://www.fruehehilfen.de/qualitaetsentwicklung-kinderschutz/kinderschutzkonzepte-der-bundeslaender

Internetadressen:

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e. V. Available from: https://www.kinderschutz-zentren.org
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Bundesinitiative Frühe Hilfen. Available from: https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/grundlagen-der-fruehen-hilfen/bundesstiftung-fruehe-hilfen/bundesinitiative-fruehe-hilfen
- Der Kinderschutzbund Bundesverband e.V. Available from: https://kinderschutzbund.de
- NEST-Materialien. Available from: https://www.fruehehilfen.de/service/publikationen/einzelansicht-publikationen/titel/nest-startpaket
- Statistisches Bundesamt (DESTATIS). Available from: https://www.destatis.de

Literatur:

- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut (DJI), TU Dortmund, editors. Datenreport Frühe Hilfen. Ausgabe 2017. Köln; 2018.

References

1. Kindler H, Lillig S, Blüml H, Meysen T, Werner A. Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut e.V.; 2006.
2. Statistisches Bundesamt (DESTATIS). Kindeswohlgefährdungen 2022: Neuer Höchststand mit 4 % mehr Fällen als 2021. Pressemitteilung Nr 304 vom 2. August 2023. 2024 Feb. [accessed 2024 Feb 19]. Available from: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/08/PD23_304_225.html
3. Ackermann T. Digitalisierung in der Kinder- und Jugendhilfe und im Kinderschutz: Von Risikoeinschätzungsbögen über Fallbearbeitungssoftware bis zu Big Data. Soziale Passagen. 2020;12:171–7.
4. BMFSFJ. Kinder- und Jugendschutz. Bundesstiftung Frühe Hilfen. Hintergrundinformation. 2022 [accessed 2024 Feb 19]. Available from: https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/kinder-und-jugend/kinder-und-jugendschutz/bundesstiftung-fruehe-hilfen/bundesstiftung-fruehe-hilfen-80722
5. Cierpka M, Köhler H. Praxisportrait: Die Elternschule Das Baby verstehen. In: Stange W, Krüger R, Henschel A, Schmitt C, editors. Erziehungs- und Bildungspartnerschaften. Berlin: Springer VS; 2013. p. 91–6.
6. Ziegenhain U, Schöllhorn A, Künster AK, Hofer A, König C, Fegert JM. Modellprojekt Guter Start

ins Kinderleben – Werkbuch Vernetzung – Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz. 2010 [accessed 2024 Feb 19]. Available from: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Werkbuch_Vernetzung__NZFH_2010_.pdf

7. Lange U, Liebald C. Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken Frühen Hilfen. Leitfaden für Kommunen. Zugriff am 19. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Köln; 2014 [accessed 2024 Feb 19]. Available from: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Leitfaden_Einsatz_Familienhebammen.pdf
8. Lux U, Neumann A, Renner I, Ulrich SM. Aufwachsen während Corona – Wie geht es Familien mit Kindern mit erhöhten Fürsorgeanforderungen und welche Angebote nutzen sie? Psychol Erzieh Unterr. 2024;71:3–17.
9. Hahn M, Sandner E. Kompetenzprofil Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger in den Frühen Hilfen. 2014 [accessed 2024 Feb 19]. Available from: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Kompetenzprofil_FGKiKP_2014.pdf
10. 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
11. Richter-Kornweitz A, Holz G. Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i137-1.0
12. Paulus P, Dadaczynski K. Gesundheitsförderung und Schule. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i051-3.0

Korrespondenz: Prof. Dr. Tanja Jungmann, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik, Johann-Justus-Weg 147a, 26127 Oldenburg, Deutschland, E-mail: tanja.jungmann@uol.de

Zitierhinweis: Jungmann T. Kinderschutz und Prävention – Gesundheitsförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i068-1.0

Copyright: © 2026 Tanja Jungmann
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/

Klimawandel und Gesundheitsförderung

Alina Herrmann[1]
Michael Eichinger[2]
[1] Institut für Global Health, Universitätsklinikum Heideberg und Med. Fakultät Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland
[2] Mainz, Deutschland

Abstract

Gesundheitsförderung soll Menschen dazu befähigen, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und diese durch Beeinflussung von Gesundheitsdeterminanten zu verbessern. Als wichtige Gesundheitsdeterminante verändert der fortschreitende Klimawandel bereits heute zunehmend die Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung. Andererseits gibt es beträchtliche Synergien zwischen Klimaschutz und Gesundheitsförderung. Der vorliegende Leitbegriff beschreibt diese Synergien exemplarisch für die Bereiche Mobilität, Ernährung und psychische Gesundheit. Außerdem fasst er beispielhaft zusammen, wie Klimaschutz und Gesundheitsförderung in der Praxis integriert umgesetzt werden können.

Keywords: Gesundheitsförderung, Klimawandel, Klimaschutz, Gesundheitliche Co-Benefits, Synergien, Gesundheitsdeterminanten

Definitionen

Gesundheitsförderung: Gesundheitsförderung ist nach der Jakarta-Erklärung ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie durch die Beeinflussung von Gesundheitsdeterminanten zu verbessern [1], [2] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen).

Klimawandel: Die UN-Rahmenkonvention zum Klimawandel (UNFCCC, United Nations Framework Convention on Climate Change) definiert den Klimawandel als eine langanhaltende Veränderung des Klimas, die u. a. durch sich ändernde Temperatur- und Niederschlagsmuster charakterisiert ist. Der gegenwärtige Klimawandel ist überwiegend menschengemacht, da der Ausstoß von Treibhausgasen v. a. von Menschen verursacht wird [3].

Einfluss des Klimawandels auf Gesundheitsdeterminanten

Gesundheitsdeterminanten haben für die Gesundheitsförderung einen hohen Stellenwert, da sie wichtige Ansatzpunkte für gesundheitsfördernde Maßnahmen darstellen. Das klassische Konzept der Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgreen und Whitehead [4], [5] (Determinanten der Gesundheit) beschreibt wichtige Einflussgrößen auf die menschliche Gesundheit und umfasst neben Alter, Geschlecht und Erbanlagen vier veränderbare Ebenen (Abbildung 1):

1. Allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt
2. Lebens- und Arbeitsbedingungen
3. Soziale und kommunale Netzwerke
4. Individuelle Lebensweisen.

Dabei beeinflussen Gesundheitsdeterminanten auf den äußeren Ebenen (z. B. kulturelle Faktoren) weiter innen liegende Ebenen (z. B. individuelle Lebensweisen).

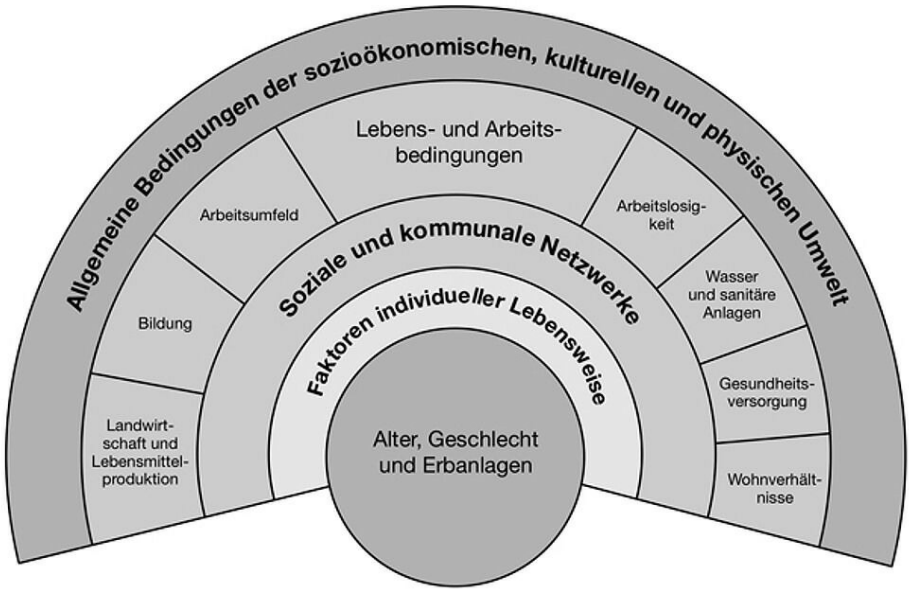


Abb. 1: Determinanten der Gesundheit (Quelle: [4])

Der Klimawandel geht bereits heute mit weitreichenden Änderungen der physischen Umwelt einher und ist damit selbst zu einer entscheidenden Gesundheitsdeterminante geworden, deren Bedeutung in Zukunft weiter zunehmen wird (äußerste Schale in Abbildung 1).

Der direkte Einfluss des Klimawandels als Gesundheitsdeterminante zeigte sich auf dramatische Weise im Sommer 2021, als es durch Starkregenereignisse allein in Deutschland zu etwa 180 Todesfällen kam [6]. Extremwetterereignisse wie Hitzewellen oder Überflutungen, die durch den fortschreitenden Klimawandel häufiger auftreten werden, sind neben dem Risiko für Leib und Leben mit negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit vergesellschaftet [7], [8]. Hiervon sind insbesondere vulnerable Bevölkerungsgruppen wie ältere Menschen betroffen [9], [10], [11]. Darüber hinaus kommt es durch den Klimawandel u. a. zu einer Änderung der Ausbreitungsmuster von Infektionserkrankungen [12].

Der Klimawandel wirkt sich außerdem zunehmend negativ auf die Lebens- und Arbeitsbedingungen aus (zweite Schale in Abbildung 1). Dürren und Extremwetterereignisse reduzieren die weltweite Lebensmittelproduktion und verstärken die Nahrungsmittelunsicherheit [13], [11]. Dies erschwert beispielsweise den Kampf gegen Unter- und Mangelernährung insbesondere in Ländern des globalen Südens [14]. Die Funktionsfähigkeit von Gesundheitssystemen und der Wasserversorgung wird durch Extremwetterereignisse beeinträchtigt [8], [11]. Gleichzeitig kommt es durch den Klimawandel vielfach zu einer starken Hitzebelastung am Arbeitsplatz, die mit einer reduzierten Arbeitsproduktivität einhergeht [15].

Die Auswirkungen des Klimawandels können zudem Migrationsbewegungen auslösen sowie Armut und Konflikte verschärfen [16], [17], [18]. Indirekt beeinflussen diese Faktoren auch die Integrität und das Funktionieren sozialer und kommunaler Netzwerke (dritte Schale in Abbildung 1). In ihrer Gesamtheit wirken sich die zuvor genannten Faktoren (Schalen 1−3 in Abbildung 1) auf vielfältige Weise negativ auf individuelle Lebensweisen aus (Schale 4), die wichtige Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung darstellen.

Gesundheitsförderung und Klimaanpassung

Der Klimawandel verändert durch seine Auswirkungen auf andere Gesundheitsdeterminanten die Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sollten daher an den Klimawandel angepasst werden. Beispielswiese sollten Anstrengungen zur Etablierung eines gesundheitsfördernden Ernährungssystems stets mit Strategien zur Steigerung der Klimaresilienz in der Landwirtschaft kombiniert werden. Im Bereich der gesundheitsförderlichen Stadtplanung sollte bei der Gestaltung von Grünräumen darauf geachtet werden, dass Parks und Spielplätze über ausreichend

schattige Bereiche verfügen, um auch in heißer werdenden Sommern Bewegung zu ermöglichen. Hitzeaktionspläne sind ein konkretes Beispiel dafür, wie eng der Gesundheitsschutz mit der Anpassung an die Auswirkungen des Klimawandels verknüpft ist. Hitzeaktionspläne bündeln und koordinieren Maßnahmen, die zur Reduktion der Morbidität und Mortalität durch Hitze beitragen sollen. Dies erfolgt u. a., indem Individuen besser informiert und Gesundheits- und Sozialsysteme umfassend vorbereitet sind, sowie indem die städtische Infrastruktur entsprechend angepasst wird.

Neben der engen Verknüpfung von Gesundheitsförderung und Klimaanpassung, gibt es beträchtliche Synergien zwischen der Beeinflussung des Klimawandels als Gesundheitsdeterminante im Rahmen von Klimaschutzmaßnahmen und der Gesundheitsförderung. Denn einerseits ist Klimaschutz durch die Minderung negativer Gesundheitsauswirkungen des Klimawandels auch Gesundheitsschutz. Andererseits gibt es direkte Synergien zwischen Gesundheitsförderung und Klimaschutz.

Synergien zwischen Gesundheitsförderung und Klimaschutz

Klimaschutzmaßnahmen können wesentlich zur Gesundheitsförderung beitragen. Gesundheitsförderliche Effekte von Klimaschutzmaßnahmen werden dabei häufig als *health co-benefits* bezeichnet [3]. Um die enge wechselseitige Verknüpfung zwischen Gesundheitsförderung und Klimaschutz zu betonen, werden auch die Begriffe *Win-Win-Lösungen* oder *Synergien* verwendet.

Eine viel beachtete Modellierungsstudie illustriert diese Zusammenhänge exemplarisch [18]. Sie errechnete, dass im Jahr 2040 in neun bevölkerungsreichen Ländern, darunter Deutschland, insgesamt etwa acht Millionen vorzeitige Todesfälle vermieden werden könnten, wenn durch eine mit dem Pariser Klimaschutzabkommen kompatible Politikgestaltung Luftverschmutzung reduziert, eine gesündere und nachhaltigere Ernährung ermöglicht sowie aktive Mobilität gefördert würden. Für Deutschland besonders eindrücklich ist die modellierte Vermeidung von 140.000 vorzeitigen Todesfällen, die einer gesunden und nachhaltigen Ernährung zugeschrieben werden konnten [19]. Wir stellen im vorliegenden Leitbegriff exemplarisch Win-Win-Lösungen für Gesundheit und Klimaschutz in den Bereichen Mobilität, Ernährung und psychische Gesundheit dar.

Gesundheitsförderung im Mobilitätssektor

Der Mobilitätssektor trägt etwa 15 % zu den weltweiten Treibhausgasemissionen bei, wobei 10 % allein auf den Straßenverkehr entfallen [20]. Auch wenn Luftverschmutzung global gesehen in Asien mit Abstand die meisten Todesopfer fordert [21], kam es auch in Deutschland im Jahr 2018 noch zu 75.000 vorzeitigen Todesfällen durch Luftverschmutzung [22], die teils durch den Verkehrssektor verursacht wurden. Zugleich werden in Deutschland 24 % der Strecken von ein bis zwei Kilometern und 37 % der Strecken zwischen drei und fünf Kilometern mit dem Auto zurückgelegt [23]. Das Zurücklegen dieser Strecken durch aktive Mobilität, d. h. durch Radfahren und Zufußgehen, wäre mit einer Reduktion der Treibhausgasemissionen und positiven gesundheitlichen Auswirkungen vergesellschaftet [24], [25].

Für San Francisco wurde ermittelt, dass die Steigerung der aktiven Mobilität von vier auf 22 Minuten pro Einwohner und Tag die Morbidität durch Diabetes und kardiovaskuläre Erkrankung um 14 % verringern würde. Gleichzeitig könnte durch die damit einhergehende Minderung des Individualverkehrs eine Reduktion der Treibhausgasemissionen in gleicher Größenordnung erreicht werden [25]. Auch die Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln geht im Vergleich zur Nutzung des Autos mit positiven gesundheitlichen Effekten einher, da Teilstrecken wie Fußwege zu Haltestellen aktiv zurückgelegt werden [26].

Gesundheitsförderung im Ernährungs- und Agrarsektor

Der Ernährungs- bzw. Agrarsektor ist je nach Berechnungsweise für etwa 20 bis 30 % der weltweiten Treibhausgasemissionen verantwortlich [27], [20]. Vermeidbare Faktoren, die zum hohen Treibhausgasausstoß unseres Ernährungssystems beitragen, sind die Viehhaltung, die starke Verarbeitung von Lebensmitteln, große Verpackungsmengen und weite Transportwege [28]. Gleichzeitig sind der hohe Anteil an Fett, Salz und Zucker sowie die insgesamt zu große Menge an Kalorien bei modernen Ernährungsweisen mit erhöhten Risiken für eine Vielzahl von Erkrankungen vergesellschaftet (z. B. Diabetes) [29].

Die EAT Lancet-Kommission hat untersucht, wie im Jahr 2050 zehn Milliarden Menschen unter Berücksichtigung der planetaren Belastungsgrenzen gesundheitsförderlich ernährt werden könnten [30].

Die Autorinnen und Autoren sprechen in der Arbeit Empfehlungen für eine sogenannte *Planetary Health Diet* aus, die sich durch geringe Mengen an Fleisch, moderate Mengen an Milchprodukten und großzügige Mengen an Nüssen, Knollen, Hülsenfrüchten, Obst, Getreide und Gemüse auszeichnet [31].

Gesundheitsförderung im Bereich psychischer Gesundheit

Im Bereich der psychischen Gesundheit sind die Synergien zwischen Gesundheitsförderung und Klimaschutz nicht so direkt und eindeutig wie im Mobilitäts- und Ernährungssektor. Studien zeigen, dass der Aufenthalt in natürlicher Umgebung Stress und Anspannung reduzieren sowie Herzfrequenz und Blutdruck senken kann [32], [33]. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass Naturverbundenheit und Achtsamkeit mit umweltfreundlichem Verhalten assoziiert sind [34]. Auch wenn weitere Studien nötig sind, legen diese Befunde nahe, dass Achtsamkeitstrainings und naturbasierte Stressreduktionsverfahren wie „Waldbaden“ sowohl für die psychische Gesundheit als auch für umweltfreundliches Verhalten zuträglich sein könnten [33], [35]. Bezüglich struktureller Maßnahmen wird hieraus die Bedeutung von intakten (urbanen) Grünräumen deutlich.

Darüber hinaus legen erste Befunde einen Zusammenhang zwischen gesellschaftlichem Engagement und Gesundheit nahe. In einer Meta-Analyse war gesellschaftliches Engagement mit einem reduzierten Risiko für Depressionen und gesteigerter Lebenszufriedenheit sowie Wohlbefinden assoziiert [36]. Engagement in der Klimabewegung wird zudem als Coping-Strategie gesehen, um angesichts der zunehmend negativen Auswirkungen der Klimakrise Klima-Angst zu begegnen und Selbstwirksamkeit zu stärken [37]. Insgesamt ist die Evidenz zu diesen Zusammenhängen jedoch noch gering.

Zusammenspiel von Individuen, Politik und Gesellschaft

Um die skizzierten Synergien zwischen Gesundheitsförderung und Klimaschutz realisieren zu können, ist ein Zusammenspiel zwischen Individuen, Politik und Gesellschaft notwendig.

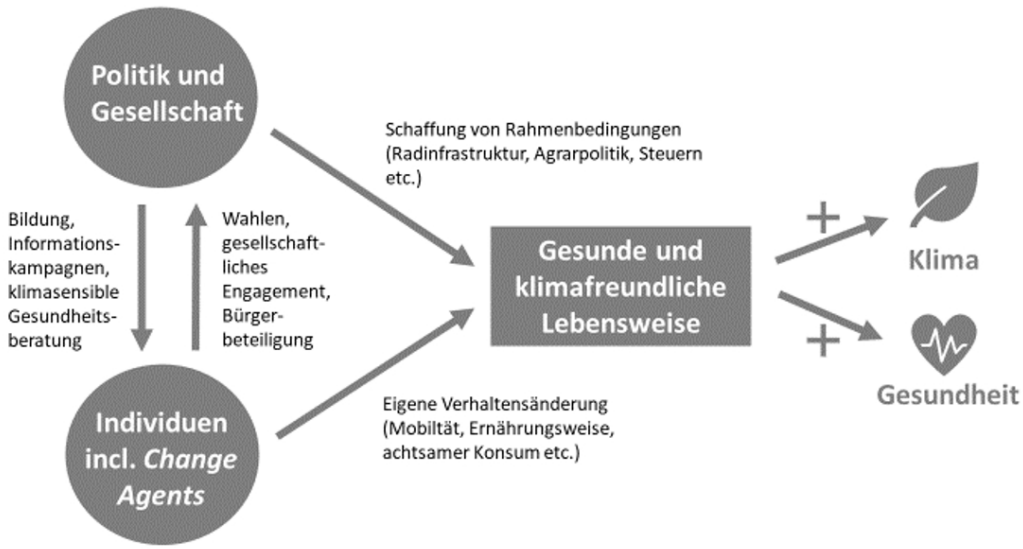


Abb. 2: Zusammenspiel von Individuen sowie Politik und Gesellschaft im Hinblick auf gesundheitsförderliche und klimafreundliche Lebensweisen (eigene Darstellung)

Abbildung 2 skizziert schematisch, wie Individuen, Politik und Gesellschaft gesundheitsförderliche und klimafreundliche Lebensweisen stärken können. Einerseits können Individuen durch eigene Entscheidungen ihr individuelles Verhalten ändern, sodass sie zum Klimaschutz beitragen und gleichzeitig ihre Gesundheit stärken. Andererseits müssen Politik und Gesellschaft Rahmenbedingungen schaffen, innerhalb derer gesunde und klimafreundliche Lebensweisen möglich werden. Dies betrifft auch die Beeinflussung von Gesundheitsdeterminanten („Make the healthy choice the easy choice“, [38]).

Gleichzeitig gibt es Interdependenzen zwischen Individuen sowie Politik und Gesellschaft. Akteurinnen und Akteure aus Politik und Gesellschaft können durch Bildung und Informationskampagnen Verhaltensänderungen auf individueller Ebene erleichtern. Beispielweise können Ärztinnen und Ärzte sowie Vertreterinnen und Vertreter anderer Gesundheitsberufe durch klimasensible Gesundheitsberatung Individuen bei der Umsetzung klimafreundlicher und gesundheitsfördernder Lebensweisen unterstützen [39]. Andererseits können Individuen durch Wahlentscheidungen und gesellschaftliches Engagement zu Rahmenbedingungen beitragen, durch die Klimaschutz und Gesundheit gleichermaßen verbessert werden.

Im Diskurs zum Klimawandel und der daraus abgeleiteten notwendigen Transformationen rückt zunehmend auch die Rolle von C*hange agents* ins Blickfeld (deutsch in etwa: Gestalterinnen und Gestalter oder Pionierinnen und Pioniere des Wandels; [40]). Während bisher keine allgemein gültige Definition von *Change agents* entwickelt wurde, kann man sie in einer ersten Annäherung als Individuen charakterisieren, die weitreichende Veränderungsprozesse anstoßen, umsetzen und koordinieren [41]. *Change agents* können nicht nur in gesellschaftlichen Führungspositionen wirksam werden. Sie wirken häufig auch lokal in ihren jeweiligen Lebenswelten (z. B. Schule, Betrieb, Eltern-, Sportverein). Konkretes Beispiel sind sogenannte Rad-Entscheide, die in den letzten Jahren in zahlreichen deutschen Kommunen durch lokal tätige *Change agents* auf den Weg gebracht wurden und zur Schaffung einer besseren Rad-Infrastruktur beitragen können (https://changing-cities.org/radentscheide).

Umsetzungsaspekte

Eine integrierte Betrachtung von Gesundheitsförderung und Klimaschutz wird in der aktuellen Literatur vor allem in Modellierungsstudien geleistet [24], [25], [19] und bisher eher selten im Rahmen von Interventionsstudien [42]. Aus diesem Grund beschreiben wir im Folgenden auf Basis von Experteneinschätzungen, Literatur und Erfahrungen aus laufenden Forschungsprojekten einige Ansatzpunkte, wie Klimaschutz und Gesundheitsförderung integriert umgesetzt werden können.

Politische Klimaschutzmaßnahmen: Grundsätzlich sollten Klimaschutz und Gesundheit gemeinsam gedacht werden. Dies bedeutet, dass insbesondere Klimaschutzmaßnahmen priorisiert werden sollten, die auch gesundheitsförderlich wirken (z. B. Förderung des Radverkehrs). Um die Kosten von Klimaschutzmaßnahmen realistisch abzuschätzen, sollten Gesundheitskosten mitberücksichtigt werden, die durch die Umsetzung der Klimaschutzmaßnahmen gespart werden können [24]. Orientierung kann in diesem Zusammenhang der *Health-in-All-Policies*-Ansatz bieten [43].

Setting-Ansätze in der Gesundheitsförderung: Klassische Gesundheitsförderungsprogramme, die auf dem Setting-Ansatz aufbauen, scheinen besonders geeignet, Synergien zwischen Klimaschutz und Gesundheitsförderung zu adressieren. In Setting-Ansätzen wird versucht, sowohl die Individuen als auch die Strukturen in einer konkreten Lebenswelt („Setting“) zu beeinflussen [44]. Beispielsweise könnten Kindertagesstätten und Schulen als Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen zur Umsetzung gesunder und nachhaltiger Ernährung im Sinne einer *Planetary Health Diet* beitragen [31]. In einem Setting-basierten Ansatz sollten die Interventionen idealerweise nicht nur in einer Änderung der Speisepläne bestehen, sondern die Individuen partizipativ in die Interventionsentwicklung und Durchführung miteinbeziehen [42].

Schulungen im Gesundheitssektor: Auch Schulungen zur Verhaltensänderung sind eine wichtige Säule der Gesundheitsförderung [2] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen). Grundsätzlich können in alle Schulungsprogramme, die sich mit gesunden Lebensstilen wie körperlicher Aktivität, gesunder Ernährung oder der Förderung psychischer Gesundheit beschäftigen, Aspekte zum Klimaschutz einbezogen werden. Beispiele hierfür sind u. a. Diabetes- oder Lebensstil-Schulungen in Rehabilitationseinrichtungen. Darüber hinaus können Beratungskomponenten zu Aspekten des Klimaschutzes auch in anderen Angeboten des Gesundheitswesens wie Disease-Management-Programmen, Gesundheitskursen der Krankenkassen sowie Apps zum Krankheitsmanagement verankert werden.

Klimasensible Gesundheitsberatung: Im Rahmen der sogenannten klimasensiblen Gesundheitsberatung (auch bekannt als „Klimasprechstunde“) können Themen zu Klimawandel und Gesundheit flexibel in Gespräche zwischen Gesundheitsfachkräften und Patientinnen und Patienten integriert werden [39], [45]. Dies ist sinnvoll, da Gesundheitsfachkräfte bei ihren Patientinnen und Patienten oft hohes Vertrauen genießen, wodurch eine effektive Beratung unterstützt werden kann [46], [47]. Um angehende und bereits klinisch tätige Gesundheitsfachkräfte bei der Durchführung klimasensibler Gesundheitsberatung zu unterstützen, sollten qualitätsgesicherte Bildungsangebote entwickelt und flächendeckend in die Aus-, Weiter- und Fortbildung integriert werden.

Möglichkeiten und Grenzen

Modellierungsstudien legen beträchtliche Synergien zwischen Gesundheitsförderung und Klimaschutz nahe [19]. Darüber hinaus scheint die Akzeptanz für Klimaschutzmaßnahmen zu steigen, wenn diese gleichzeitig als Maßnahmen der Gesundheitsförderung kommuniziert werden [48]. Einschränkend ist festzustellen, dass qualitativ hochwertige Interventionsstudien, die Umwelt- und Gesundheitsendpunkte gemeinsam betrachten, derzeit kaum verfügbar sind. Forschung zu Entwicklung, Implementierung und Evaluation integrierter Maßnahmen sind daher dringend notwendig.

Komplexe Interventionen und moderne Studiendesigns, die die Durchführung von Interventionsstudien in der Routineversorgung erleichtern oder in vielen Fällen erst ermöglichen (z. B. quasiexperimentelle Methoden), könnten wichtige methodische Ausgangspunkte hierfür darstellen [49], [50]. Darüber hinaus könnte Forschung mit einem erweiterten Selbstverständnis im Sinne transformativer Forschung zu einer integrierten Umsetzung von Klimaschutz- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen beitragen. Transformative Forschung beobachtet und analysiert in diesem Kontext nicht nur Sachverhalte, sondern trägt aktiv zur Initiierung und Durchführung von Transformationsprozessen bei [51].

Empfehlungen

Angesichts der beträchtlichen Synergien zwischen Klimaschutz und Gesundheitsförderung ist es wichtig, dass Akteurinnen und Akteure im Bereich der Klimapolitik Gesundheitsförderung im Sinne des *Health-in-All-Policies*-Ansatzes in ihrem Arbeitsfeld mitberücksichtigen. Gleichzeitig sollten auch Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung im Sinne eines *Environment-in-all-Policies*-Ansatzes [52] den Klimawandel auf allen Ebenen der Planung, Durchführung und Evaluation von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung adressieren. Entsprechende Ansätze sollten im Rahmen von transformativer Forschung und mit innovativen Methoden untersucht werden.

Internetadressen:

- Changing Cities. Radentscheide in Deutschland. Available from: https://changing-cities.org/radentscheide

References

1. World Health Organisation (WHO). Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert. Genf: World Health Organization; 1997.
2. 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
3. IPCC. Annex I: Glossary. In: Masson-Delmotte V, Zhai P, Pörtner HO, Roberts D, Skea J, Shukla PR, Pirani A, Moufouma-Okia W, Péan C, Pidcock R, Connors S, Matthews JBR, Chen Y, Zhou X, Gomis MI, Lonnoy E, Maycock T, Tignor M, Waterfield T, editors. Global Warming of 15°C: IPCC Special Report on Impacts of Global Warming of 15°C above Pre-industrial Levels in Context of Strengthening Response to Climate Change, Sustainable Development, and Efforts to Eradicate Poverty. Cambridge University Press; 2018. p. 541–62. Available from: https://www.ipcc.ch/sr15/chapter/glossary DOI:10.1017/9781009157940
4. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health: Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
5. 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
6. Zeit Online. Klimawandel macht Hochwasserkatastrophen wahrscheinlicher. 2021 [accessed 2022 Feb 25]; Available from: https://www.zeit.de/wissen/umwelt/2021-08/studie-klimawandel-hochwasser-wahrscheinlichkeit
7. Fontalba-Navas A, Lucas-Borja ME, Gil-Aguilar V, Arrebola JP, Pena-Andreu JM, Perez J. Incidence and risk factors for post-traumatic stress disorder in a population affected by a severe flood. Public Health. 2017;144:96–102. DOI:10.1016/j.puhe.2016.12.015
8. Haines A, Ebi K. The imperative for climate action to protect health. N Engl J Med.

2019;380(3):263–73. DOI:10.1056/NEJMra1807873
9. Robine JM, Cheung SLK, Le Roy S, Van Oyen H, Griffiths C, Michel JP, Hermann FR. Death toll exceeded 70,000 in Europe during the summer of 2003. C R Biol. 2008;331(2):171–8. DOI:10.1016/j.crvi.2007.12.001
10. Zacharias S, Koppe C, Mücke HG. Climate change effects on heat waves and future heat wave-associated IHD mortality in Germany. Climate. 2015;3(1):100–17. DOI:10.3390/cli3010100
11. IPCC. Summary for Policymakers. In: Pörtner HO, Roberts DC, Poloczanska ES, Mintenbeck K, Tignor, M, Alegría A, Craig M, Langsdorf S, Löschke S, Möller V, Okem A, editors. Climate Change 2022: Impacts, Adaptation, and Vulnerability Contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge: Cambridge University Press; 2022. p. 3–33. Available from: https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg2/downloads/report/IPCC_AR6_WGII_SummaryForPolicymakers.pdf DOI:10.1017/9781009325844
12. Semenza JC, Suk JE, Estevez V, Ebi KL, Lindgren E. Mapping climate change vulnerabilities to infectious diseases in Europe. Environ Health Perspect. 2012;120(3):385–92. DOI:10.1289/ehp.1103805
13. Smith MR, Myers SS. Impact of anthropogenic CO2 emissions on global human nutrition. Nature Clim Change. 2018;8(9):834–9.
14. Ebi KL. Adaptation costs for climate change-related cases of diarrhoeal disease, malnutrition, and malaria in 2030. Global Health. 2008;4(9). DOI:10.1186/1744-8603-4-9
15. Kjellstrom T, Kovats RS, Lloyd SJ, Holt T, Tol RSJ. The direct impact of climate change on regional labor productivity. Arch Environ Occup Health. 2009;64(4):217–27. DOI:10.1080/19338240903352776
16. Myers N. Environmental refugees: A growing phenomenon of the 21st century. Phil Trans R Soc Lond B: Biological Sciences. 2002;357(1420):609–13. DOI:10.1098/rstb.2001.0953
17. Hallegatte S, Bangalore M, Bonzanigo L, Fay M, Kane T, Narloch U, Rozenberg, J, Treguer D, Vogt-Schilb A. Shock waves: Managing the impacts of climate change on poverty. Washington, DC: World Bank; 2016. (Climate Change and Development Series). DOI:10.1596/978-1-4648-0673-5
18. Koubi V. Climate change and conflict. Annu Rev Polit Sci. 2019;22:343–60.
19. Hamilton I, Kennard H, McGushin A, Höglund-Isaksson L, Kiesewetter G, Lott M, Milner J, Purohit P, Rafaj P, Sharma R, Springmann M, Woodcock J, Watts N. The public health implications of the Paris Agreement: a modelling study. The Lancet Planetary Health. 2021 Feb;5(2):e74–83. DOI:10.1016/S2542-5196(20)30249-7
20. Lamb WF, Wiedmann T, Pongratz J, Andrew R, Crippa M, Olivier JGJ, Wiedenhofer D, Mattioli G, Khourdajie AA, House J, Pachauri S, Figueroa M, Saheb Y, Slade R, Hubacek K, Sun L, Ribeiro SK, Khennas S, De La Rue Du Can S, Chapungu L, Davis SJ, Bashmakov I, Dai H, Dhakal S, Tan X, Geng Y, Gu B, Minx J. A review of trends and drivers of greenhouse gas emissions by sector from 1990 to 2018. Environ Res Lett. 2021 Jul 1;16(7):073005. DOI:10.1088/1748-9326/abee4e
21. Lelieveld J, Evans JS, Fnais M, Giannadaki D, Pozzer A. The contribution of outdoor air pollution sources to premature mortality on a global scale. Nature. 2015;525(7569):367–71. DOI:10.1038/nature15371
22. European Environment Agency. Germany − Air pollution country fact sheet. 2020. [accessed 2021 Mar 11]. Available from: https://www.eea.europa.eu/themes/air/country-fact-sheets/2021-country-fact-sheets/germany
23. Heinrichs D, Jarass J. Alltagsmobilität in Städten gesund gestalten: Wie Stadtplanung Fuß- und Radverkehr fördern kann. Bundesgesundheitsblatt. 2020;63:945–52. DOI:10.1007/s00103-020-03180-1
24. Jarrett J, Woodcock J, Griffiths UK, Chalabi Z, Edwards P, Roberts I. Effect of increasing active travel in urban England and Wales on costs to the National Health Service. Lancet. 2012;379(9832):2198–205. DOI:10.1016/S0140-6736(12)60766-1
25. Maizlish N, Woodcock J, Co S, Ostro B, Fanai A, Fairley D. Health cobenefits and transportation-related reductions in greenhouse gas emissions in the San Francisco Bay area. Am J Public Health. 2013;103(4):703–9. DOI:10.2105/AJPH.2012.300939
26. Rissel C, Curac N, Greenaway M, Bauman A. Physical activity associated with public transport use − A review and modelling of potential benefits. Int J Environ Res Public Health. 2012;9(7):2454–78. DOI:10.3390/ijerph9072454

27. Food and Agriculture Organization. Livestock's long shadow: Environmental issues and options. Rom: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2006.
28. Tilman D, Clark M. Global diets link environmental sustainability and human health. Nature. 2014;515(7528):518–22. DOI:10.1038/nature13959
29. Popkin BM. Contemporary nutritional transition: Determinants of diet and its impact on body composition. Proc oNutr Soc. 2011;70(1):82–91. DOI:10.1017/S0029665110003903
30. Coleman PC, Murphy L, Nyman M, Oyebode O. Operationalising the EAT-Lancet Commissions' targets to achieve healthy and sustainable diets. Lancet Planet Health. 2021;5(7):e398–9. DOI:10.1016/S2542-5196(21)00144-3
31. EAT Lancet Commission. Food Planet Health: Healthy diets from sustainable food systems. Summary report of the EAT-Lancet Commission. 2019. [accessed 2022 Feb 2]. Available from: https://eatforum.org/content/uploads/2019/07/EAT-Lancet_Commission_Summary_Report.pdf
32. Whitmee S, Haines A, Beyrer C, Boltz F, Capon AG, De Souza Dias BF, Ezeh A, Frumkin H, Gong P, Head P, Horton R, Mace GM, Marten R, Myers SS, Nishtar S, Osofsky SA, Pattanayak SK, Pongsiri MJ, Romanelli C, Soucat A, Vega J, Yach D. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health. The Lancet. 2015 Nov;386(10007):1973–2028. DOI:10.1016/S0140-6736(15)60901-1
33. Bratman GN, Anderson CB, Berman MG, Cochran B, De Vries S, Flanders J, Folke C, Frumkin H, Gross JJ, Hartig T, Kahn PH, Kuo M, Lawler JJ, Levin PS, Lindahl T, Meyer-Lindenberg A, Mitchell R, Ouyang Z, Roe J, Scarlett L, Smith JR, Van Den Bosch M, Wheeler BW, White MP, Zheng H, Daily GC. Nature and mental health: An ecosystem service perspective. Sci Adv. 2019 Jul 5;5(7):eaax0903. DOI:10.1126/sciadv.aax0903
34. Barbaro N, Pickett SM. Mindfully green: Examining the effect of connectedness to nature on the relationship between mindfulness and engagement in pro-environmental behavior. Pers Individ Dif. 2016;93:137–42. DOI:10.1016/j.paid.2015.05.026
35. Geiger SM, Otto S, Schrader U. Mindfully green and healthy: An indirect path from mindfulness to ecological behavior. Front Psychol. 2018;8:2306. DOI:10.3389/fpsyg.2017.02306
36. Jenkinson CE, Dickens AP, Jones K, Thompson-Coon J, Taylor RS, Rogers M, Bambra C l, Lang I, Richards SH. Is volunteering a public health intervention? A systematic review and meta-analysis of the health and survival of volunteers. BMC Public Health. 2013;13(1). DOI:10.1186/1471-2458-13-773
37. Clayton S. Climate anxiety: Psychological responses to climate change. J Anxiety Disord. 2020;74:102263. DOI:10.1016/j.janxdis.2020.102263
38. Ashe M, Graff S, Spector C. Changing places: Policies to make a healthy choice the easy choice. Public Health. 2011;125(12):889–95. DOI:10.1016/j.puhe.2011.04.010
39. Herrmann A, Krolewski R. Gesundheitsberatung im Kontext von Planetary Health. In: Traidl-Hoffmann C, Schulz C, Herrmann M, Simon B, editors. Planetary Health − Klima, Umwelt und Gesundheit im Anthropozän. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2021. p. 309−316.
40. Firmhofer A. Pioniere des Wandels und städtische Kulturen der Nachhaltigkeit. Beispiele für zivilgesellschaftliche Transformation in München, Barcelona und Kopenhagen. München: Oekom; 2018.
41. Lunenburg FC. Managing Change: The role of the change agent. Int J Bus Adm. 2010;13(1):1–6.
42. Prescott MP, Burg X, Metcalfe JJ, Lipka AE, Herritt C, Cunningham-Sabo L. Healthy planet, healthy youth: A food systems education and promotion intervention to improve adolescent diet quality and reduce food waste. Nutrients. 2019;11(8):1869. DOI:10.3390/nu11081869
43. Puska P. Health in All Policies. Eur J Public Health. 2007;17(4):328. DOI: 10.1093/eurpub/ckm048
44. Whitelaw S, Baxendale A, Bryce C, Machardy L, Young I, Witney E. "Settings" based health promotion: A review. Health Promot Int. 2001;16(4):339–53.
45. Krolewski R. Klimaschutz und Gesundheit: Die Patienten informieren. Dtsch Arztebl. 2022;119(10):A454-B370.
46. Butler CD, Harley D. Primary, secondary, and tertiary effects of eco-climatic change: The medical response. Postgrad Med J. 2010;86:230–4. DOI:10.1136/pgmj.2009.082727
47. Capon AG, Talley AC NJ, Horton RC. Planetary health: What is it and what should doctors do? Med J Aust. 2018;208(7):296–7. DOI:10.5694/mja18.00219
48. Amelung D, Fischer H, Herrmann A, Aall C, Louis VR, Becher H, Wilkinson P, Sauerborn R. Human health as a motivator for climate change mitigation: Results from four European high-

income countries. Glob Environ Change. 2019;57(101918).
49. Craig P, Cooper C, Gunnell D, Haw S, Lawson K, Macintyre S, Ogilvie D, Petticrew M, Reeves B, Sutton M, Thompson S. Using natural experiments to evaluate population health interventions: new Medical Research Council guidance. J Epidemiol Community Health. 2012 Dec;66(12):1182–6. DOI:10.1136/jech-2011-200375
50. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, Boyd KA, Craig N, French DP, McIntosh E, Petticrew M, Rycroft-Malone J, White M, Moore L. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. BMJ. 2021 Sep 30;n2061. DOI:10.1136/bmj.n2061
51. Schneidewind U, Singer-Brodowski M, Augenstein K, Stelzer F. Pledge for a transformative science: A conceptual framework. 2016. DOI:10.13140/RG.2.1.4084.1208
52. Browne GR, Rutherfurd ID. The case for ‘Environment in All Policies’: Lessons from the ‘Health in All Policies’ approach in public health. Environ Health Perspect. 2017;125(2):149–54. DOI:10.1289/EHP294

Korrespondenz: Dr. med. Alina Herrmann, Universitätsklinikum Heidelberg und Med. Fakultät Universität Heidelberg, Institut für Global Health, Im Neuenheimer Feld 130.3, 69120 Heidelberg, Deutschland, E-mail: alina.herrmann@uni-heidelberg.de

Zitierhinweis: Herrmann A, Eichinger M. Klimawandel und Gesundheitsförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i156-1.0

Copyright: © 2026 Alina Herrmann 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/

Kommunale Gesundheitsförderung

Eike Quilling[1]
Janna Leimann[2]
Patricia Tollmann[3]

[1] Fachbereich für Gesundheitswissenschaften, Professorin für Gesundheitspädagogik und -kommunikation, Hochschule Bochum, Bochum, Germany

[2] Department für Gesundheitswissenschaften, Hochschule für Gesundheit, Bochum, Germany

[3] Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Hochschule Bochum, Bochum, Germany

Abstract

Kommunale Gesundheitsförderung beschreibt die systematische Planung und Herstellung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen für die Bewohnerinnen und Bewohner einer Kommune zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit. Es wird dargestellt, inwiefern die Kommune als Ort für gesundheitsfördernde Maßnahmen so bedeutsam ist und welche Vorgaben und Regelungen der kommunalen Gesundheitsförderung zugrunde liegen. Zudem werden Strategien und theoretische Modelle vorgestellt, deren Anwendung in der kommunalen Gesundheitsförderung für die gelingende Planung und Umsetzung von Maßnahmen empfohlen wird.

Keywords: Kommune, Gesundheitsförderung, Lebenswelt, Setting, Chancengerechtigkeit

Was ist kommunale Gesundheitsförderung?

Kommunale Gesundheitsförderung bietet die Möglichkeit, Menschen in ihren Lebenswelten zu erreichen und diese, im Sinne verhaltens- und verhältnispräventiver Ansätze, so zu beeinflussen, dass sie zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit beitragen. Da die Kommunen Lebenswelten wie Kitas, Schulen, Vereine sowie infrastrukturelle Rahmenbedingungen wie Fahrradwege, ÖPNV, Ausmaß der Luftverschmutzung und Lärmbelästigung, Stadtgrün und vieles mehr vereinen, gelten sie als institutionelles Dachsetting und nehmen auf diese Weise eine bedeutende Rolle in der Gesundheitsförderung und Prävention ein. In der kommunalen Gesundheitsförderung sollten verfügbare Angebote öffentlicher und privater Träger zusammengeführt und über Lebensphasen sowie Altersgruppen hinweg aufeinander abgestimmt werden.

Ziel kommunaler Gesundheitsförderung ist die Entwicklung einer integrierten kommunalen Gesamtstrategie. Dabei müssen sowohl Prozesse als auch Ziele hauptverantwortlich von Seiten der Kommune initiiert, festgelegt und koordiniert werden. Über den gesamten Prozess hinweg empfiehlt sich das Einbinden und Pflegen von Netzwerken. Die systematische Planung und Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sollte inter- und transdisziplinär und unter Anwendung theoretischer Modelle und Strategien erfolgen.

Die Bedeutung der Kommunen für die Gesundheitsförderung

Mit der Ottawa Charta von 1986 legte die Weltgesundheitsorganisation einen Grundstein für wichtige Handlungsstrategien und -felder zur Gesundheitsförderung. Daraus begründet sich, dass nicht nur Prävention im Gesundheitssektor, sondern insbesondere auch Gesundheitsförderung in verschiedenen Lebenswelten und allen Politikbereichen von Bedeutung ist [1] (Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik/Healthy Public Policy). Die Gesundheitsförderung sieht einerseits vor, Individuen zur Stärkung ihrer eigenen Gesundheit zu befähigen und darüber hinaus Voraussetzungen zu schaffen, die ein gesundes Leben ermöglichen. Dazu gehören neben den entsprechenden infrastrukturellen Voraussetzungen, die die Gesundheit direkt adressieren, auch Faktoren wie z. B. angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Einkommen und soziale Gerechtigkeit, die einen hohen Einfluss auf die Gesundheit ausüben [2].

Gesundheitsförderung kann in spezifischen räumlich eingegrenzten Settings [3] (Settingansatz/Lebensweltansatz) wie Kindertagesstätten, Schulen, Hochschulen, Betrieben, Einrichtungen der medizinischen sowie pflegerischen Versorgung und/oder in Lebenswelten wie in

Wohnvierteln und ganzen Kommunen erfolgen [4], [5], [6]. Kommunen umfassen diese Settings und werden daher als Dachsetting bezeichnet [7], [8]. Innerhalb der Settings oder innerhalb einer Kommune können die soziale und physische Umwelt, die Lebensweise der Menschen damit die sozialen Determinanten von Gesundheit [9], [10] besonders gut beeinflusst werden. Dies stellt einen zentralen Ansatzpunkt in der Gesundheitsförderung dar.

In der kommunalen Gesundheitsförderung ist das Erreichen vulnerabler Bevölkerungsgruppen (z. B. älterer und kranker Menschen oder sozial benachteiligter Kinder und Jugendlichen) und damit die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit von zentraler Bedeutung. Kommunen ermöglichen Zugangswege zu vulnerablen Bevölkerungsgruppen u. a. über die in der Kommune verorteten Einrichtungen. So können Menschen alltagsnah und adressatinnen- und adressatengerecht erreicht und beteiligt werden (Böhme & Stender 2015).

Um zu verhindern, dass in der Kommune viele einzelne Angebote ohne Abstimmung aufeinander und für die Zielgruppen nicht sichtbar nebeneinander existieren, besteht das übergeordnete Ziel in der kommunalen Gesundheitsförderung darin, eine integrierte Gesamtstrategie zu erschaffen. Die Gesamtstrategie soll einen Beitrag dazu leisten, bestimmte für die jeweilige Kommune definierte Ziele zu erreichen. Daher können die Strategien von Kommune zu Kommune sehr variieren, da sie unterschiedliche Rahmenbedingungen haben und die Bedarfe unterschiedlich sind. Ein allgemeines Ziel vereint die Kommunen jedoch in der Regel: Sie wollen vom gesunden Aufwachsen bis zum gesunden Altern ein gesundes Leben ihrer Bürgerinnen und Bürger über alle Lebensphasen hinweg sicherstellen [11] (Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention).

Rahmenbedingungen kommunaler Gesundheitsförderung

Kommunen wird eine Schlüsselfunktion in der Gesundheitsförderung zugeschrieben, da sie selbst für die Initiierung und Koordinierung der Gesundheitsförderung verantwortlich sind. Dabei sind sie jedoch in ihren Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt, denn Gesundheitsförderung und Prävention stellen keine Pflichtaufgaben der Kommunen dar. Häufig fehlen zudem die erforderliche Mittel. Das Selbstverwaltungsrecht (Artikel 28 Abs. 2 Grundgesetz) macht sie zu den kleinsten räumlichen Verwaltungseinheiten, die aufgrund ihrer umfassenden Struktur im Hinblick auf die Entwicklung gesundheitsförderlicher Strategien viele Chancen bieten [12].

So können Kommunen sowohl als geographische und politische als auch als soziale Räume beschrieben werden, in denen verschiedene Akteure wie Vereine, Jugendhilfeträger, Bürgerinitiativen etc. eine zentrale Rolle für die Umsetzung der lokalen Angebotsstruktur spielen. Dies bietet die Möglichkeit, eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik unter Berücksichtigung der AG 78 (§78 SGB V) sowie kommunaler Gesundheitskonferenzen [13] und anderer Arbeitsgruppen und Zusammenschlüsse auf kommunaler Ebene zu entwickeln und so zur Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten beizutragen [14].

Allerdings bietet auch das Präventionsgesetz keine bundeseinheitliche gesetzliche Regelung für die Zuständigkeit der Gesundheitsförderung auf der kommunalen Ebene. Häufig liegt die Zuständigkeit für Gesundheitsförderung in der Kommune beim Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) [15] (Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung) [16], [17].

Das im Jahr 2015 verabschiedete nationale Präventionsgesetz (PrävG) [18] rückt die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention stärker in den Vordergrund und sieht neben der Individualprävention erstmals auch die gezielte finanzielle Förderung von Verhältnisprävention in den Lebenswelten durch die Krankenkassen vor. Die kommunale Gesundheitsförderung wird an verschiedenen Stellen in der Gesetzgebung adressiert. So können Krankenkassen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten unterstützen, „wenn die Bereitschaft der für die Lebenswelt Verantwortlichen zur Umsetzung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten besteht und sie mit einer angemessenen Eigenleistung zur Umsetzung der Rahmenvereinbarungen nach § 20f beitragen“ (§20a, SGB V).

Aus dem PrävG (2015) resultiert zudem die Nationale Präventionskonferenz. Sie verabschiedete 2016 erstmals Bundesrahmenempfehlungen zu Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten. Durch diese sollen kommunale Strukturen gestärkt und aufgebaut werden, die sowohl zur Förderung gesundheitsförderlicher Lebens- und Arbeitsbedingungen als auch zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz und zum Aufbau von Ressourcen für ein gesundes Leben beitragen. Im Jahr 2018 wurden diese durch konkrete Ziele, Anwendungsbeispiele und ein Aufzeigen intersektoraler

Zusammenarbeit ergänzt [19]. Die Bundesrahmenempfehlungen bestimmen zudem maßgeblich die Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und bieten den Orientierungsrahmen für die sogenannten Landesrahmenvereinbarungen (LRV) (§ 20f SGB V).

In den LRV werden die Bundesrahmenempfehlungen auf Landesebene konkretisiert sowie Ziele und Handlungsfelder definiert. Außerdem werden Zuständigkeiten und die Zusammenarbeit mit wichtigen Partnerinnen und Partnern wie dem Öffentlichen Gesundheitsdienst [15] (Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung) oder den Trägern der Kinder- und Jugendhilfe geregelt. Auch der Leitfaden Prävention der GKV bezieht sich auf das Ziel, nachhaltige und fest verankerte Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene zu schaffen [4]. In ihm sind Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen (Prävention und Gesundheitsförderung nach den §§ 20, 20a und 20b SGB V) geregelt. Er stellt außerdem die Grundlage dar für die Förderung und Bezuschussung von Maßnahmen durch die gesetzlichen Krankenkassen.

Strategien und theoretische Modelle der kommunalen Gesundheitsförderung

Um Maßnahmen mit dem Ziel der Gesundheitsförderung in Kommunen systematisch planen und umsetzen zu können, empfiehlt sich die Orientierung an theoretischen Modellen sowie die Anwendung konkreter Strategien. Nachfolgend werden ausgewählte Modelle und Strategien vorgestellt, die in der kommunalen Gesundheitsförderung von besonderer Relevanz sind:

- **Health in All Policies (HiAP)** [1] (Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy): Gesundheit wird als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen, da die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten nicht allein in den Aufgabenbereich des Gesundheitssektors fällt. Auch andere Sektoren (z. B. Bildungs-, Arbeits-, Umwelt- und Stadtentwicklungssektor) stehen in der Verantwortung, das Thema Gesundheit in Planungsprozessen angemessen zu berücksichtigen. Das Einbeziehen aller politischer Sektoren in Entscheidungen, die Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung haben, wird als HiAP-Strategie bezeichnet [6].
- **Intersektorale Kooperationen:** Bei der kommunalen Gesundheitsförderung handelt es sich um einen ganzheitlichen und integrativen Ansatz. Die verschiedenen adressierten Aspekte der Gesundheit sowie der verschiedenen sozialen Determinanten erfordern das inter- und transdisziplinäre Zusammenwirken der Fachkräfte. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Strategie einer koordinierten intersektoralen Zusammenarbeit [20] (Partnerschaften für Gesundheit) innerhalb der Kommunen zunehmend an Bedeutung [21].
- **Capacity Building/Kapazitätsentwicklung/Strukturentwicklung:** Dass Capacity Building [22] (Capacity Building/Kapazitätsentwicklung) eine der zentralen Strategien ist, konnten Quilling et al. [7] in einem Scoping Review zur Evidenzlage kommunaler Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung zeigen. Nickel & Trojan (2020) definieren, dass eine effektive Gesundheitsförderung den Aufbau von Wissen, Fähigkeiten, Engagement, Strukturen, Systemen und Führungsqualitäten erfordert. Die Weiterentwicklung von Wissen und Fähigkeiten kann z. B. durch das Einbeziehen, die Schulung, Ausstattung und Unterstützung von Ehrenamtlichen gelingen [23]. Um Akteurinnen und Akteuren im Setting Kommune geeignete Rahmenbedingungen für ihr Handeln zu schaffen, eignet sich ebenfalls die Strategie der Strukturentwicklung [24]. Es müssen nachhaltige Strukturen verankert werden.
- **Partizipative Quartiersentwicklung:** Der Settingansatz/Lebensweltansatz [3] zielt auf das Empowerment [25] (Empowerment/Befähigung) der Adressatinnen und Adressaten ab. Eine zentrale Strategie dabei ist dabei ihre partizipative [26] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger), also die aktive Beteiligung. Daher stellt die Partizipation der Bürgerinnen und Bürger eine wichtige Rolle in der kommunalen Gesundheitsförderung dar.
- **Community Readiness Modell (CRM):** Das CRM ist ein Stadienmodell, das die Handlungsbereitschaft von Kommunen im Hinblick auf ein (Gesundheits-)Problem erhebt. Das Vorgehen anhand dieses Modells hilft dabei, die Handlungsbereitschaft transparent zu machen und sie mittels der Stadien gezielt zu fördern. Zur Steigerung der Handlungsbereitschaft bedarf es dabei je nach Stadium individueller Maßnahmen [27].
- **Public Health Action Cycle (PHAC):** Beim PHAC [28] (Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus) handelt es sich um ein allgemeines Planungsmodell mit vier Phasen. Das Modell hilft bei einer systematischen Vorgehensweise, die sich auf die Erfassung der Bedarfe stützt, die Festsetzung von Zielen sowie die Umsetzung und Evaluation gesundheitsförderlicher Maßnahmen vorsieht.

- **Handlungsmodell kommunaler Gesundheitsförderung:** Das Handlungsmodell kommunaler Gesundheitsförderung stellt strukturiert in einem Phasenmodell dar, welche Aufgaben und Anforderungen zu welchem Zeitpunkt in der Koordination kommunaler Gesundheitsförderung beachtet werden müssen [29]. Das Modell wurde entwickelt in Anlehnung an den PHAC [30] und verschiedene weitere Modelle: „Communities That Care“ [31], [32], „Framework for healthy living environments development“ [12], „Strategiezyklus Netzwerkarbeit des LVR“ [33], [34], „Institute of Medicine Framework for Collaborative Action“ [35], (Walter, Röding, Quilling et al. 2022).
- **Netzwerke:** Der Aufbau und die Nutzung von Netzwerken, die bei allen zuvor genannten Strategien und Modellen von Bedeutung sind, ist eine der zentralen Strategien einer erfolgreichen kommunalen Gesundheitsförderung. Bedeutende Netzwerke im Kontext der kommunalen Gesundheitsförderung sind beispielsweise die Netzwerke Frühe Hilfen oder das Gesunde Städte-Netzwerk, auf kleinräumiger Ebene häufig „Runde Tische“ und vergleichbare Kooperationsgremien.
- **Präventionsketten/intersektorale Strategien:** Unter Präventionsketten [11] (Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention) werden integrierte Gesamtstrategien verstanden, die dazu beitragen, Unterstützungsangebote innerhalb einer Kommune altersgruppen-, lebensphasen- und trägerübergreifend so aufeinander abzustimmen, dass gesundes Aufwachsen und Altern in der Kommune ermöglicht wird. Dabei werden insbesondere vulnerable Adressatinnen und Adressaten in den Blick genommen. Präventionsketten sind als Strukturansatz zu verstehen, die auf systematischer Netzwerkarbeit beruhen und einen elementaren Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit leisten sollen.

Manche dieser sich vielfach überlappenden Ansätze fokussieren mehr auf die Prozesse, andere mehr auf die Strukturen der Kommunalen Gesundheitsförderung. Es gibt aber einige Elemente, die in fast allen Ansätzen eine zentrale Rolle spielen: So hat sich für die Kommunale Gesundheitsförderung ein systematisches, theoriebasiertes Vorgehen ebenso bewährt wie die Berücksichtigung einer partizipativen sowie interdisziplinären und intersektoralen Vorgehensweise. Zudem sind in allen erfolgreichen Ansätzen die Prinzipien der Netzwerkarbeit relevant, die sich insbesondere durch eine zentrale übergreifende Koordination auszeichnen.

Perspektiven / Empfehlungen

Die Gesundheitsförderung im Dachsetting Kommune bringt neben einer Vielzahl an Chancen und Möglichkeiten auch einige Herausforderungen mit sich. Vor allem die Bündelung verschiedener Interessen aus unterschiedlichen Bereichen (nicht nur des Gesundheitssektors) erhöht den Bedarf nach stetigem Austausch und Verständnis aller Akteurinnen und Akteure. Dazu gehört insbesondere ein Verständnis für unterschiedliche disziplinäre Sichtweisen, die Anerkennung der Fachlichkeit und Kompetenz Anderer sowie die Fähigkeit, andere Perspektiven einnehmen zu können. In interdisziplinären und intersektoralen Netzwerken stoßen verschiedene Fachlichkeiten aufeinander, die in der Regel ihre eigene Sichtweise mitbringen: So hat beispielsweise die Jugendhilfe qua Auftrag einen anderen Blick auf gesundes Aufwachsen als Pädiaterinnen und Pädiater – etwa im Hinblick auf das Grundverständnis von Gesundheit. Daher spielt bei der Netzwerkarbeit die Herstellung eines gemeinsamen Verständnisses eine große Rolle.

Damit Kommunale Gesundheitsförderung langfristig und nachhaltig wirken kann, ist eine zentrale Koordination (Expertin bzw. Experte für Kommunale Gesundheitsförderung) beispielsweise durch den ÖGD zielführend. Zur Bewältigung der Herausforderungen in diesem Kontext sollte die Expertin bzw. der Experte für Kommunale Gesundheitsförderung zahlreiche Kompetenzen mitbringen (siehe Abbildung 1). Dazu haben Quilling et al. [29] auf der Grundlage einer systematischen Literaturrecherche ein Rollen- und Kompetenzmodell zur Koordination kommunaler Gesundheitsförderung entwickelt:



Abb. 1: Rollen- und Kompetenzmodell zur Koordination Kommunaler Gesundheitsförderung (Quelle: [29])

Das spezifische Qualifikationsprofil für Fachkräfte der Kommunalen Gesundheitsförderung kann einen wertvollen Beitrag dazu leisten, systematische und zentral koordinierte Gesundheitsförderung langfristig und erfolgreich in der Kommune zu verankern. Zudem wird empfohlen, den Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis zu pflegen und zu intensivieren. Ziel ist es, transformative Forschung im Co-Design zu stärken und resiliente Kommunen [36], [37] für die Zukunft zu gestalten.

Literatur:

- Walter U, Röding D, Quilling E, Kruse S. Modelle und Evidenzen der intersektoralen Kooperation in der lebensweltorientierten Prävention und Gesundheitsförderung. GKV-Spitzenverband, editor. 2018 [accessed 2022 Feb 2]. Available from: https://www.gkvbuendnis.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Bericht_Intersektorale-Kooperation_2019.pdf

References

1. 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
2. Weltgesundheitsorganisation (WHO). Charta der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung. 1986. [accessed 2022 Feb 2]. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
3. 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
4. GKV-Spitzenverband. Leitfaden Prävention. 2020. [accessed 2022 Feb 2]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/Leitfaden_Pravention_2020_barrierefrei.pdf
5. Habermann-Horstmeier L, Lippke S, Tiemann M, Mohokum M. Grundlagen, Strategien und

Ansätze der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. In: Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer; 2019. p. 1–17. (Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit). DOI:10.1007/978-3-662-55793-8_6-1

6. Naidoo J, Wills J. Lehrbuch der Gesundheitsförderung. 3 edn. Bern: Hogrefe; 2019.
7. Quilling E, Mielenbrink V, Osterhoff A, Terhorst S, Tollmann P, Kruse S. State of evidence on municipal strategies for health promotion and prevention: a literature and database research (Scoping Review). BMC Public Health. 2022 Dec;22(1). DOI:10.1186/s12889-022-12607-0
8. Trojan A. Kommunale Gesundheitsförderung. Public Health Forum. 2018;26(2):150–2. DOI: 10.1515/pubhef-2018-0019
9. 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
10. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe. Institute for Future studies; 1991.
11. 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
12. Quilling E, Babitsch B, Dadaczynski K, Kruse S, Kuchler M, Köckler H, Leimann J, Walter U, Plantz C. Municipal Health Promotion as Part of Urban Health: A Policy Framework for Action. Sustainability. 2020 Aug 18;12(16):6685. DOI:10.3390/su12166685
13. Hollederer 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
14. Quilling E, Kruse S, Kuchler M, Leimann J, Walter U. Models of Intersectoral Cooperation in Municipal Health Promotion and Prevention: Findings from a Scoping Review. Sustainability. 2020;12(16):6544. DOI:10.3390/su12166544
15. 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
16. Trojan A, Reisig V, Kuhn J. Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden. Entwicklungsstand und Perspektiven für das Setting „Kommune“. Präv Gesundheitsf. 2016 Nov;11(4):259–64. DOI:10.1007/s11553-016-0557-y
17. Kuhn J, Heyn M, editors. Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst. 1 edn. Bern: Verlag Hans Huber; 2015. (Programmbereich Gesundheit).
18. 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
19. GKV-Spitzenverband. Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV 2019–2024. 2022 Feb. [accessed 2022 Feb 2]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/praeventions__und_gesundheitsfoerderungsziele/praeventions__und_gesundheitsfoerderungsziele_1.jsp
20. 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
21. Walter U, Volkenand K. Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland: Pflichten, Rechte und Potenziale im Kontext der kommunalen Daseinsvorsorge. Gesundheitswesen. 2017;79(04):229–37. DOI:10.1055/s-0042-113129
22. Nickel S, Trojan A. Capacity Building / Kapazitätsentwicklung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I007-3.0
23. Quilling E, Kuchler M, Leimann J, Mielenbrink V, Terhorst S, Tollmann P, Dieterich S. Recherche zu bestehenden Gesundheitsförderungsprogrammen und -strategien nach dem kommunalen Settingansatz. GKV-Spitzenverband, editor. Berlin; 2021.
24. Kilian H, Geene R, Philippi T, Walter D. Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte im Setting. In: Rosenbrock R, Bellwinkel M, Schröer A, editors. Primärprävention

im Kontext sozialer Ungleichheit, wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW; 2004. p. 151–230.
25. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I10-3.0
26. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
27. Gansefort D, Peters M, Brand T. Wie bereit ist die Kommune? Das Community Readiness-Modell und die beispielhafte Anwendung in der kommunalen Gesundheitsförderung. Gesundheitswesen. 2020;82(11):868–76. DOI:10.1055/a-1119-6181
28. Hartung S, Rosenbrock R. Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I099-2.0
29. Quilling E, Kuchler M, Leimann J, Mielenbrink V, Terhorst S, Tollmann P, Dieterich S. Koordination kommunaler Gesundheitsförderung. Entwicklung eines Aufgaben- und Kompetenzprofils. Ergebnisbericht. GKV-Spitzenverband, editor. 2021; DOI:10.17623/GKV-BfG-EB-KkGf-2020
30. Rosenbrock R. Public Health als soziale Innovation. Gesundheitswesen. 1995;57(3):140–4.
31. Schubert H, Veil K, Spieckermann H, Abels S. Evaluation des Modellprogramms „Communities that care“ in Niedersachsen. Theoretische Grundlagen und empirische Befunde zur sozialräumlichen Prävention in Netzwerken. Köln: Sozial Raum Management; 2013.
32. Shapiro VB, Oesterle S, Hawkins JD. Relating coalition capacity to the adoption of science-based prevention in communities: Evidence from a randomized trial of Communities That Care. Am J Community Psychol. 2015;55(1−2):1–12.
33. ISS Beratungs- und Entwicklungs GmbH. Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung im LVR- Förderprogramm „Teilhabe ermöglichen – Kommunale Netzwerke gegen Kinderarmut“. Frankfurt; 2016 [accessed 2022 Feb 2]. Available from: https://www.lvr.de/media/wwwlvrde/jugend/service/arbeitshilfen/dokumente_94/jugend_mter_1/koordinationsstelle_kinderarmut/FirstSpirit_1472454423186160822_LVR_Zwischenbericht_Teilhabe_ermoeglichen_-_Kommunale_Netzwerke_gegen_Kinderarmut.pdf
34. Landschaftsverband Rheinland, Landesjugendamt (LVR), editor. Präventionsnetzwerke und Präventionsketten erfolgreich koordinieren. Eine Arbeitshilfe aus dem LVR-Programm „Teilhabe ermöglichen – Kommunale Netzwerke gegen Kinderarmut“ im Rheinland. Köln; 2017.
35. Fawcett S, Schultz J, Watson-Thompson J, Fox M, Bremby R. Building multisectoral partnerships for population health and health equity. Prev Chronic Dis. 2010;7(6).
36. Kairies-Lamp N, Zander V. Veränderungsdruck durch die Corona-Krise: Thesen zur Resilienz in Kommunen. Public Governance. 2020 [accessed 2022 Feb 2]; Available from: https://publicgovernance.de/media/Corona_Resilienz.pdf
37. Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (BMI). Memorandum „Urbane Resilienz“: Wege zur robusten, adaptiven und zukunftsfähigen Stadt. Berlin; 2021.

Korrespondenz: Prof.in Dr.in Eike Quilling, Hochschule Bochum, Fachbereich für Gesundheitswissenschaften, Professorin für Gesundheitspädagogik und -kommunikation, Gesundheitscampus 6–8, 44801 Bochum, Deutschland, E-mail: eike.quilling@hs-bochum.de

Zitierhinweis: Quilling E, Leimann J, Tollmann P. Kommunale Gesundheitsförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i043-1.0

Copyright: © 2026 Eike Quilling 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/

Krankheit

Heiner Fangerau[1]
Peter Franzkowiak[2]

[1] Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

[2] Fachbereich Sozialwissenschaften, Hochschule Koblenz, Koblenz, Deutschland

Abstract

Verschiedene Modelle von Krankheit und ihre Hintergründe sowie die Bedeutung sozialer und rechtlicher Rahmungen werden vorgestellt. Kausalpfade und Verlaufsformen (als mögliche Determinanten unterschiedlicher Krankheitskonzeptionen), Normalitätsvorstellungen und Bewertungsprozesse (im Erleben und Beschreiben von Krankheiten) sowie Klassifikationssysteme werden diskutiert. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell wird um eine historische Dimension ergänzt. Kritiken am Krankheitsbegriff und alternative, interdisziplinäre Zugänge schließen den Beitrag ab.

Keywords: Krankheit, Norm, Bewertung, Modelle, Klassifikation

Einführung

Krankheit ist sowohl „ein Begriff der Lebenswelt als auch ein theoretischer Begriff der medizinischen Wissenschaft“ [1]. Entsprechend weist der Begriff eine oszillierende Deutungsvielfalt auf. Im engeren medizinischen Sinn erscheint er klar als Behandlungs- und/oder Pflegebedürftigkeit bzw. eine der Voraussetzungen für ärztliches Handeln definiert. Etymologisch fußt der Begriff auf dem mittelhochdeutschen „krancheit“, das so viel wie „Schwäche, Dürftigkeit, Not“ bedeutet [2]. Gleichzeitig gibt es ein Ringen um die Frage, ob der eine oder andere unerwünschte, schmerzhafte, außerhalb einer (jeweils zu definierenden) Norm liegende Zustand als krank bzw. Krankheit definiert werden kann.

So existieren verschiedenste Krankheitsmodelle [3]. Eine Abgrenzung wird etwa vorgenommen zwischen Krankheiten, die nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft erkannt und benannt werden können, subjektiven Befindlichkeitsstörungen ohne nach jeweiligem Wissensstand objektivierbare medizinische Ursache sowie sozial als krank anerkannte oder nicht anerkannte Zustände. Weit verbreitet ist eine Unterscheidung in körperlich-organische, psychosomatische und psychische Krankheiten.

Krankheit ist überdies ein praktisch-normativer Begriff [4]. Er ist nicht einheitlich (etwa nur und ausschließlich von der Biomedizin geprägt), vielmehr soziokulturell bedingt und wurde in verschiedenen historischen Phasen unterschiedlich definiert [5]. In den Gesellschaften der Moderne ist Krankheit das „geistige Wesen“ oder die nützliche Vorstellung [6], das bzw. die ärztliches Handeln auslöst und damit „Urgrund der sozialen Institution Medizin“ ist [7]. Dabei impliziert der Begriff Krankheit, dass ein so beschriebener Zustand unangenehm, unerwünscht oder widrig ist und geändert werden soll [8].

Krankheit in der Sozialversicherung

Die Vielschichtigkeit des Krankheitsbegriffs zeigt sich auch in seiner Nutzung im deutschen Sozialversicherungswesen. In Deutschland werden die Aufgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung über die Vorschriften des 5. Sozialgesetzbuchs (SGB V, §§ 27 ff.) geregelt. Nach SGB V ist Krankheit die Voraussetzung für eine Zuweisung von Leistungen der Kranken- und Sozialversicherung (damit einhergehend auch für soziale Privilegien der Krankenrolle, siehe auch [9] (Soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit)). Der sozialrechtliche Krankheitsbegriff ist nicht deckungsgleich mit dem medizinischen.

Das SGB V verzichtet auf eine Legaldefinition von Krankheit. Der deutsche Gesetzgeber, so das Bundessozialgericht, habe „bewusst davon abgesehen, den Begriff der Krankheit im Gesetz zu definieren, da sein Inhalt ständigen Änderungen unterliege“ [10]. In der Schweiz hingegen definiert das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts in Art. 3 Krankheit als „jede

Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“ [11].

In der ständigen Rechtsprechung der deutschen Sozialversicherung und des Arbeitsrechts liegen weiter gefasste Krankheitsdefinitionen aus den späten 1950er und frühen 1970er Jahren vor. Krankheit war hier „jede Störung der normalen Beschaffenheit oder der normalen Tätigkeit des Körpers, die geheilt, d. h. beseitigt oder gelindert werden kann“ [12] bzw. „ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der ärztlicher Behandlung bedarf oder − zugleich oder ausschließlich − Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“ [10]. In diesen Formulierungen wird ein Zustand beschrieben, der ein Individuum als krank charakterisiert, die Notwendigkeit einer Heilbehandlung betont (wobei bereits die Erforderlichkeit einer Diagnosestellung ausreicht) und die zeitlich eingeschränkte bzw. verhinderte Arbeitsfähigkeit und Rollenerfüllung herausstellt. Auf die Krankheitsursache kommt es für das Vorliegen eines Versicherungsfalles nach SGB V nicht an.

In der Gesetzlichen Rentenversicherung Deutschlands ist Krankheit jeder regelwidrige körperliche, geistige oder seelische Zustand, der geeignet ist, die Erwerbsfähigkeit zu mindern. Auch hier ist unerheblich, wodurch die Krankheit entstanden ist; zudem ist eine klare Abgrenzung zum Begriff der Behinderung nicht möglich [13].

Krankheitsmodelle

Die Gesundheitswissenschaften differenzieren drei „Kausalpfade“ zur Erklärung von Krankheitsentstehung:

- naturwissenschaftlich
- verhaltensbedingt
- sozio-psycho-somatisch

Die gegenwärtig einflussreichsten Krankheitsmodelle entstammen dem ersten Bereich und sind *naturalistisch-medizinischen Ursprungs*. Sie leiten ärztliches Handeln aus der Kenntnis organisch-funktioneller und pathophysiologischer Begründungszusammenhänge ab, die auf physikalisch und chemisch zu beschreibende Kausalprozesse zurückgeführt werden. Im biomedizinischen Verständnis von Krankheit wird unterstellt, dass eine Krankheit bzw. körperliche Defekte und Fehlfunktionen von eindeutigen Ursachen ausgelöst werden, sie ein eindeutiges Erscheinungsbild mit klaren Folgen haben und daher auch in der Behandlung ursächlich angegangen werden können.

Im so genannten iatrotechnischen Modell tritt die Idee hinzu, dass ärztlicherseits in pathologische Prozesse wiederum technisch durch chemische und physikalische Beherrschung der Fehlfunktionen eingegriffen werden kann und muss, um eine Genesung oder Gesundung herbeizuführen [1], [14]. Das Modell ist so einflussreich, dass es auch die beiden anderen Kausalpfade überlagert. In konsequenter Anwendung werden mit diesem Modell auch sozio-psycho-somatische und verhaltensbedingte Ursachen von Krankheit erklärt.

Dabei ist offensichtlich, dass Kausalerklärungen von Krankheit nur selten eindimensional erfolgen können. Das klassische Schema „Erreger/Auslöser − Defekt − spezifische Behandlung − Heilung“ war schon bei den übertragbaren Krankheiten, zu deren Erklärung es historisch entwickelt wurde, nicht durchweg zutreffend. Kaum trifft es die epidemiologische Realität von massenhaften verhaltensbedingten Zivilisationserkrankungen mit multifaktorieller Genese, zunehmender Multimorbidität im Alter und der weiten Verbreitung psychischer Störungen und psychosomatischer Beschwerdebilder.

Neben der biomedizinischen Perspektive, teilweise mit ihr konkurrierend, existieren in jeder Gesellschaft auch ganz andere Krankheitslehren: z. B. supranaturalistische, religiöse, dämonistische, astrologische, anthropologische, soziologische, alltagskulturelle und kulturwissenschaftliche sowie psychosomatische Modellbildungen. Die subjektiven Gesundheits- und Krankheitskonzepte schöpfen aus all diesen Quellen, sind dabei aber abhängig von Lebensalter, Geschlecht, Lebenslage, Milieuzugehörigkeit und ethisch-religiösen Orientierungen (siehe auch [15] (Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit)) [16].

Die monokausalen medizinischen Krankheitsmodelle der Vergangenheit sind mittlerweile von multifaktoriellen, integrativen Krankheitsmodellen abgelöst worden (siehe auch [17] (Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell); [18] (Stress und Stressbewältigung); [19] (Psychosomatische Perspektive)). Zur besonderen Problematik der Neukonfiguration des Krankheitsbegriffs im Kontext der genomischen, molekularen und individualisierten Medizin siehe [20] (Biomedizinische Perspektive).

Das Normalitätskonzept

Zur Idee von Krankheit gehört ein Normalitätsverständnis, das es überhaupt erlaubt, zwischen gesund und krank, normal und unnormal, physiologisch und pathologisch zu unterscheiden. Das Problem, was denn „normal“ sei, kann hier statistisch bezogen auf eine Referenzgruppe [21], funktional mit einem evolutionstheoretischen Blick auf die an eine Umwelt am günstigsten angepasste Lebensfunktion [22] oder auch entlang von sozialen Werten und Normen beantwortet werden [23]. So kann etwa ein Zustand als krank begriffen werden, dessen Auftreten statistisch selten ist, die Lebensfunktionen beeinträchtigt und der als sozial deviant verstanden wird, weil er zum Beispiel der normativen Forderung nach Arbeitsbeteiligung entgegensteht.

Die historische und kulturelle Dynamik im Normalitätskonzept hat zur Folge, dass mit Blick auf einzelne benannte Erkrankungen zwischen *ontologischen und gradualistischen Modellen* unterschieden werden kann [24]. Gemeint ist damit, dass Krankheiten entweder als feste Einheiten betrachtet werden können, die ähnlich einer botanischen Taxonomie geordnet werden können (s. weiter unten die Ausführungen zu „Klassifikationssystemen“) oder dass sie Umschlagspunkte oder Endpunkte auf einer Skala zwischen gesund und krank darstellen. Die letztere Position geht davon aus, dass es sich bei normalen und pathologischen um identische Phänomene handelt, die sich nur quantitativ unterscheiden. Krankheit sei also eine überschießende, zu schwache oder aufgehobene physiologische Reaktion [25]. Taxonomische und gradualistische Sichtweisen teilen das Problem, dass die Zustände selbst und der Umschlagspunkt definiert werden müssen [26].

Dafür, wie Gesundheit und Krankheit erkannt werden, sind der Stand medizinischen Wissens und Handelns, technische Möglichkeiten und die soziokulturellen Rahmenbedingungen der Krankheitsbeschreibung in einer bestimmten Epoche entscheidend. Da auch das medizinische Wissen im gesellschaftlichen Resonanzraum entsteht, sprechen manche Autorinnen und Autoren von Krankheit als sozialem Konstrukt, was aber kritisiert wird, da eine klare Trennung der Bereiche des Natürlichen und des Kulturellen mit Blick auf menschliche Interaktion mit der Umwelt und damit auch mit Blick auf Krankheit kaum möglich ist [27].

Exemplarisch zu nennen sind Beiträge aus Diversitäts- und Genderperspektiven. Krankheit wird hier „als soziokulturell hervorgebrachte und geschlechterpolitisch wirksame Konstruktion und Deutung körperlicher und psychischer Zustände“ [28] postuliert. Wahrnehmung, Messung und Deutung eines physischen oder psychischen Zustands als gesund oder krank, normakzeptabel oder behandlungsbedürftig, als Diagnose, Erleben oder Rolle unterliegen einer Abhängigkeit von jeweils geltenden, kulturspezifischen Körperwissensbeständen. Diese differenzieren sich epochal nach Geschlecht, Sozialstruktur, Milieu, Region und Alterskohorte. Aus Genderperspektive ist Krankheit immer auch Praxis von „Doing Gender“ (das soziale Handeln, das Geschlechterdifferenzen definiert und reproduziert) [28] im Kontext eines „Gender Regime“ (der normative Rahmen, in dem Geschlechterbeziehungen und Lebensweisen ausgehandelt werden) [29].

Krankheit wie Gesundheit sind folglich schwer zu fassende, multidimensionale Phänomene. Ihre individuelle und gesellschaftliche Wahrnehmung und Bearbeitung sind stark von jeweils unterschiedlichen wissenschaftlichen und anderen Bezugssystemen abhängig.

Bewertungsprozesse bei Krankheit

Die Medizinische Soziologie hat eine dreistufige Ordnung entwickelt, die auf die professionellen, individuellen und sozialen Bewertungsprozesse bei Krankheit aufmerksam macht und dynamische Wechselwirkungen zwischen diesen Zugangsweisen thematisiert.

In Anlehnung an die anglo-amerikanische Wissenschaftstradition wird differenziert zwischen „disease“ als negativer körperlicher Erscheinung (ein Prozess, ein Zustand oder ein Ereignis), wie sie von medizinischen Professionellen begriffen wird, „illness“ als negativer körperlicher Erscheinung in der Wahrnehmung der betroffenen Person selbst und „sickness“ als negativer körperlicher Erscheinung aus Sicht der Gesellschaft und/oder ihrer Institutionen [30]. Damit sind drei verschiedene, miteinander interagierende Bezugssysteme angesprochen, in denen Krankheit definiert wird: die Medizin (Fremdwahrnehmung), die betroffene Person (Selbstwahrnehmung), die Gesellschaft und hier speziell das Sozialversicherungssystem (sozialkulturelle und rechtliche Einordnung) (Tabelle 1). Für Gesundheit gibt es noch keine vergleichbare Systematisierung.

Krankheitsverständnis	Schwerpunkte
„Disease“: Ein veränderter Zustand der Person, des Körpers oder seiner Teile durch Abweichung von physiologischen, organischen oder psychiatrischen Normen	• Biomedizinische Beobachtung und Diagnostik von veränderten, „abnormen“ Zuständen, physiologischen Regulationen oder Funktionsweisen im menschlichen Organismus • Krankheit als objektivierbarer medizinisch-psychiatrischer Befund • Krankheitsbilder und -syndrome werden objektiviert und klassifiziert (z. B. in der ICD-10/11 oder dem DSM-5)
„Illness“: Das Erleben von Beeinträchtigungen und Unwohlsein	• Subjektive Beobachtung und das persönliche Erleben von veränderten, „abnormen“ Zuständen bzw. Funktionsweisen des menschlichen Organismus • Krankheit als subjektive Störung des Befindens • Beobachtungen und Zuschreibungen werden z. B. in regelmäßigen Umfragen über das Gesundheitsempfinden der Bevölkerung erhoben
„Sickness“: Die Zuschreibung einer sozialen Rolle mit besonderen Ansprüchen und Privilegien und der Veränderung von Interaktionen	• Gesellschaftliche Zuschreibung der Krankheit und von Krankheitsrollen • Krankheit als definiertes soziales Phänomen („Abweichung“), das einhergeht mit einer Veränderung von sozialen Interaktionsmustern • Krankheiten werden als Rollendysfunktion und Leistungsminderung gedeutet; an Betroffene und Professionelle werden institutionelle Regeln, Ansprüche und gesellschaftliche Erwartungen herangetragen (z.B. Privilegien einer Krankenrolle in Verbindung mit der Obligation, Hilfe aktiv zu suchen oder zu gewähren)

Tab. 1: Differenzierung von „Krankheit“ aus Sicht der Medizinischen Soziologie (eigene Darstellung)

Die dreiteilige Differenzierung ist von analytischer Bedeutung und handlungsleitendem Nutzen sowohl für Medizin und Gesundheitswissenschaften als auch für Prävention und Krankheitsprävention [31]. Für den Prozess einer Erkrankung und ihrer persönlichen, sozialen und medizinischen Bewältigung können nicht allein die jeweiligen Akteurinnen und Akteure sowie Betroffenen verantwortlich gemacht werden − wie etwa in der klassischen Gesundheitserziehung [32] (Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung). Auch die sozialen Konsequenzen der Diagnosestellungen, wie persönliche und kulturelle Kontrollversuche oder Zuschreibungen von „Krankheit“ (Abweichung) bzw. „Nicht-Krankheit“ (Normalität), werden in das Bewusstsein gerückt. Genauso wie Krankheitsmodelle und Klassifikationen unterliegen die Normalitätsvorstellungen historischen Veränderungen.

Die Trias kann um eine vierte Dimension erweitert werden: die *„Zeitlichkeit“*. Diese fügt den drei Kernperspektiven auf Krankheit eine zentrale kulturhistorische [33] und sozio-biographische [34] Perspektive zu. So verändern neue technische Verfahren zur Erhebung vorher nicht erkennbarer Zeichen die objektivierende Dimension der „disease“. Bildung und Erziehung, Vorbilder, Lebenswege, sich wandelnde Gender- und Alternskonzepte beeinflussen im historischen Verlauf die subjektive

Krankheitswahrnehmung („illness“). Die Entwicklung von Lebens- und Arbeitsverhältnissen, des Sozialrechts oder der demografischen Zusammensetzung einer Gesellschaft können zur Veränderung der sozialen Anerkennung von Krankheitszuständen („sickness“) führen; auch kann sich diese im Zuge historischer Veränderungen abschwächen oder ganz verschwinden. Zeitliche und kulturelle Verschiebungen im Wahrnehmungs- und Deutungsspektrum jeder einzelnen Dimension führen zu Spannungen im Krankheitsbegriff; sie ziehen Diskussionen über Begriffe und (soziale) Praktiken ebenso nach sich wie Handlungs- und Definitionsdruck auf individueller sowie gesellschaftlicher Ebene [35].

Weder die Begriffe disease, illness und sickness noch ihre Bedeutungshöfe sind unabhängig voneinander. Etwas zu einer Krankheit zu machen (z. B., indem man etwas einer medizinischen Behandlung oder Manipulation unterwirft), beeinflusst die Zuordnung eines sozialen Status zu der Krankheit. Ebenso werden das Krankheitsgeschehen und -erleben durch medizinisches Wissen beeinflusst. Die individuelle Erfahrung von Beschwerden wird durch die medizinische Terminologie, aber auch durch soziale Normen, Regeln und (Nicht-)Akzeptanzen beeinflusst. Neue Technologien wie bildgebende Verfahren oder mittels Big-Data und Künstlicher Intelligenz generierte Risikozuweisungen können sämtliche Ebenen beeinflussen.

Nicht zuletzt sind die professionellen Fachkräfte durch den sozialen Status und das Ansehen einer Krankheit beeinflusst: Krankheitsbilder unterscheiden sich − auf allen Ebenen − stark in ihrem sozialen und kulturellen Prestige.

Akute und chronische Krankheitsverläufe

Eine Ordnung, die sich weniger an Ätiologie oder Erscheinung einer Erkrankung orientiert, sondern vor allem ihren zeitlichen Verlauf in den Blick nimmt, unterscheidet zwischen akuten und chronischen Verläufen. Akute Krankheiten beginnen plötzlich, verschlimmern sich und spitzen sich bis zu einem Höhepunkt bzw. einer „Krise“ zu. Sie klingen von selbst ab und/oder sind in der Regel meist medizinisch behandelbar. Dabei hinterlassen sie wenig Komplikationen und nur in Ausnahmefällen chronische Folgen. Akute Krankheiten können aus unterschiedlichen Gründen chronisch werden:

- Eine akute Krankheit erfährt keine optimale (medizinische) Behandlung.
- Ungünstige psychosoziale Lebensweisen und Lebenslagen sowie schädigende Lebensstile und fortgesetztes Risikoverhalten verstärken negative Krankheitsverläufe und -folgen und/oder verhindern angemessene Therapien.
- Bestimmte Krankheiten führen aufgrund ihrer Schwere oder noch nicht vorhandener Heilungsmöglichkeiten zu einem chronischen Verlauf (z. B. bleibende Lähmungen nach einem Schlaganfall; Typ-1-Diabetes im frühen Jugendalter; Typ-2-Diabetes im mittleren und späten Erwachsenenalter; „Long-Covid“-Verläufe nach einer SARS-CoV-2-Infektion).
- Nicht zuletzt entstehen chronische Krankheiten oft als Folge einer kontinuierlichen äußeren Schädigung des Organismus, vielfach in Kombination mit Faktoren wie Alter, Disposition und Risikoakkumulation (z. B. Lungen- und Bronchialkrebs bei Gewohnheitsrauchern; bösartige Neubildungen als Folge einer jahrzehntelangen Exposition am Arbeitsplatz gegenüber Stäuben, Chemikalien oder anderen Noxen).

Chronische Krankheiten haben eine lange Latenzzeit und beginnen meist schleichend oder schubweise. Außer im Fall schwerer akuter Krankheiten mit direkter Behinderungsfolge wirken vielfach Risikofaktoren und/oder eine Vielzahl anderer akuter Krankheiten als Vorläufer und Warnzeichen. Sie beeinträchtigen Menschen über längere Zeiträume oder das gesamte weitere Leben (begrenzte bzw. unbegrenzte Chronizität) und können zu einer Behinderung mit dauerhaften Einschränkungen der Aktivität und gesellschaftlichen Teilhabe bei den Betroffenen führen. Chronische Erkrankungen sind medizinisch schwerer behandelbar, oftmals nur einer begrenzten oder keiner Therapie mehr zugänglich. In den industrialisierten Ländern bestimmen sie seit vielen Jahrzehnten das Spektrum von Krankheiten und Behinderungen. Beobachtet wird – parallel zur demografischen Transition - ein so genannter epidemiologischer Übergang im Vergleich zum 19. und frühen 20. Jahrhundert: Unter den vorzeitigen Todesfällen und den nicht zum Tode führenden Krankheiten vergrößert sich ihr Anteil.

Bei der therapeutischen Intervention dominiert weniger die Heilung (kurative Medizin). Vielmehr stehen Förderung der verbliebenen Gesundheit, Symptomverbesserung und Linderung (symptomatische bzw. palliative Therapie, z. B. bei Krebskranken oder Aidskranken im Endstadium) sowie die Abmilderung von sozialen und psychischen Folgen im Vordergrund. Mit der Zeit wächst der Unterstützungs- und Versorgungsbedarf, der zunehmend an nichtmedizinische Gesundheitsprofessionen herangetragen wird, primär die Pflege. Eigenständige Bedeutung bei der Bewältigung haben auch Selbsthilfegruppen und -organisationen. Sie leisten wechselseitige Hilfe in den Bereichen, in denen das professionelle

Gesundheitssystem Defizite oder Mängel aufweist. Zugleich erhöhen sie die Bewältigungskompetenzen, fördern die Selbstbestimmung des Individuums und tragen zur Humanisierung der medizinischen Versorgung bei [36] (Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung).

Die Entstehung und Bewältigung chronischer Krankheiten folgt nicht dem tradierten Defektmodell. In ihrer Entstehung sind mehrere, darunter immer auch nichtmedizinische Ursachen wirksam. Zudem kann ein und dieselbe Krankheit bei verschiedenen Betroffenen einen höchst unterschiedlichen Verlauf nehmen. Chronische Erkrankungen gehen oft mit Komplikationen bzw. Begleitkrankheiten einher. Sie hinterlassen in der Regel dauerhafte Funktionsstörungen und Folgen bis zur bleibenden Behinderung: z. B. bösartige Neubildungen, Rheuma, chronische Verschleißerkrankungen, koronare Herzerkrankungen, zerebrale Gefäßerkrankungen oder hirnorganische Abbauprozesse (Demenz). Der Krankheitsverlauf wird erheblich durch psychische, familiäre und soziale Faktoren beeinflusst − im Sinne zusätzlicher Belastung, aber auch mit der Wirkung sozialer Unterstützung [37] (Soziale Unterstützung).

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und -ärzten, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland legte 2004 eine „Chroniker-Richtlinie“ vor (§ 62 SGB V – letzte Fassung März 2018). Menschen gelten danach als „schwerwiegend chronisch krank“, wenn sie sich nachweislich wegen derselben Krankheit in ärztlicher Dauerbehandlung befinden sowie mindestens eines der nachfolgenden Merkmale erfüllen: Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel des SGB IX; Vorliegen eines Grades der Behinderung (GdB) oder Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von 60 oder einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 Prozent; Erfordernis einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, Verminderung der Lebenserwartung oder dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Klassifikationssysteme

Die verschiedenen Verständnisse von Krankheit schließen sich nicht aus, wenn es um die Ordnung und Benennung von einzelnen Krankheiten geht. Der Blick der Professionellen ist hier allerdings spätestens im Prozess der Erstellung von Ordnungssystemen dominant. Dies zeigt sich am deutlichsten in Nosologien und Klassifikationssystemen von Krankheiten, in denen der Versuch gemacht wird, benannte Krankheitszustände systematisch zu ordnen.

Jeder Zustand von Krankheit wird dabei als eine einmalige, unwiederholbare Erscheinung betrachtet – von Seiten der Betroffenen und ihrer Angehörigen ebenso wie von Seiten der behandelnden Professionellen. Zur wissenschaftlichen, praktischen und rechtlichen Auseinandersetzung mit Krankheit wird in Klassifikationssystemen eine Menge von artverwandten Zuständen des Krankseins unter einer gemeinsamen Bezeichnung zusammengefasst. Die Ordnungssysteme beruhen auf einer wissenschaftlichen Verständigung über intersubjektive Merkmale (z. B. Indikatoren der Symptomatologie, Pathogenese, Ätiologie, Funktionsstörung oder der therapeutischen Prinzipien).

Klassifikationssysteme sind abhängig vom jeweiligen historischen Stand der Medizin und des gesellschaftlichen Umgangs mit Krankheiten. In Europa am weitesten verbreitet ist das von der WHO verabschiedete ICD-Klassifikationssystem („International statistical classification of diseases and health-related problems“). Es existiert seit 2019 in der 11. Revision (ICD-11) und wurde 2022 international in Kraft gesetzt. Die ICD-11 wird in Deutschland noch nicht verbindlich angewendet. Hier ist weiterhin die ICD-10-GM (German Modification) das maßgebliche System für Morbiditäts- und Mortalitätskodierung, für Diagnosen- und Behandlungsverschlüsselung in der ambulanten und stationären ärztlichen sowie psychotherapeutischen Versorgung. Auch diese erfährt jährliche Updates (derzeit: ICD-10-GM-2026) [38].

ICD-10 und 11 erheben den Anspruch, deskriptive und weitgehend ätiologiefreie Diagnosen zu stellen. Damit sollen eine Abkehr von den vorher üblichen kategorialen Klassifikationen in Medizin, Psychosomatik und Psychiatrie vollzogen sowie interkulturelle Vergleiche erleichtert werden. Im Bereich der psychischen Störungen (Kapitel V der ICD-10; Kapitel VI der ICD-11) wird dies besonders deutlich am weitgehenden Verzicht auf die klassische Begrifflichkeit der „psychischen Krankheit“ und einem nahezu konsequenten Gebrauch des Wortes „Störung“.

Kritikerinnen und Kritiker warfen dem deskriptiven Ansatz – insbesondere in der auslaufenden ICD-10 – wissenschaftlich-konzeptionelle Unschärfen in der kategorialen Diagnostik, Mängel in den Konstruktvaliditäten sowie eine unbefriedigende Reliabilität von Diagnosestellungen vor [39], [40]. Seit dem letzten Jahrzehnt wurde zudem für die im engeren Sinne psychiatrischen und

psychotherapeutischen Diagnosestellungen eine stärkere Basierung in neurowissenschaftlicher Expertise eingefordert [41], [42], [43]. Beide Kritiken werden im entsprechenden Kapitel der revidierten ICD-11 bereits deutlich berücksichtigt [44].

Eine wichtige Fortführung stellt das ökonomisch-medizinische Klassifikationssystem der Diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG; englisch: Diagnosis Related Groups) dar. DRG dienten ursprünglich zur Klassifikation medizinisch ähnlicher und hinsichtlich des Behandlungskostenaufwands möglichst homogener Patientenkollektive. Erst später wurden daraus Entgeltsysteme zur Finanzierung vor allem von stationären somatischen Behandlungen. DRG stellen eine Methode dar, mit der sich stationäre Behandlungsepisoden von Patientinnen und Patienten in Kategorien einteilen und messen lassen. Die Betroffenen werden anhand medizinischer und demografischer Daten in Fallgruppen eingeteilt, die nach dem für die Behandlung erforderlichen Ressourcenverbrauch (so genannte Prozedurenkombinationen) unterteilt und bewertet werden. Jeder Fallgruppe wird eine sogenannte Bewertungsrelation zugewiesen.

Maßgeblich für die Zuordnung des Behandlungsfalles zu einer diagnosebezogenen Fallgruppe für (somatische) Krankenhäuser sind die Hauptdiagnose bzw. die Grunderkrankung, im Krankenhaus durchgeführte Prozeduren (Operationen, aufwändige Untersuchungen), Nebendiagnosen und Komplikationen, die den Behandlungsverlauf maßgeblich beeinflussen, die Beatmungszeit, mittlere Verweildauer und Entlassungsgrund sowie patientenbezogene Faktoren wie Alter, Geschlecht oder das Geburtsgewicht. Mit Hilfe der DRG-Fallpauschalen und DRG-Zusatzentgelte lässt sich auch die Leistung eines Krankenhauses messen. In Deutschland bildet, gemäß § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), das so genannte G-DRG-System die Grundlage zur Vergütung jedes stationären somatischen Behandlungsfalles [45]. Für die Entgeltsysteme bei Behandlungen in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern gelten neben dem KHG auch die Bundespflegesatzverordnung (BPflV) sowie das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG).

Alternative Begriffsbildungen, Kritik am Krankheitsbegriff

Die WHO verzichtet auch wegen seiner Vielschichtigkeit auf einen eigenständigen Krankheitsbegriff und fokussiert auf Gesundheit als einen „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ [46]. In der Sozial- und Gemeindepsychiatrie wird die Begrifflichkeit der „Krankheit“ vielfach ebenfalls weitgehend verworfen und ersetzt durch den Begriff der Störung (siehe ICD-10/11 weiter oben) bzw. der „Kränkung“. Dabei wird unterschieden in drei Richtungen: Kränkung des Körpers, der Beziehung und des Selbst [47]. Treten Kränkungen in bestimmten biografischen Phasen auf, spricht man zusätzlich von Lebensalterskränkungen.

Ebenso gibt es in der allgemeinen Psychiatrie und in der theoretischen Medizin zunehmend prinzipielle Zweifel an der Zweckmäßigkeit eines übergreifenden, v. a. monokausalen und biomedizinisch grundierten Krankheitsbegriffs [48], [49]. Insbesondere bei der Ätiopathogenese (v. a. bei den sozio-psycho-somatischen Zusammenhängen bei Gesundheit, Risiko und Störung) und in der Nosologie divergieren Krankheitslehren und -begriffe von Medizin und Psychiatrie erheblich bis fundamental. Dies wird u. a. mit der Relationalität von Definitionen im Feld der psychischen Störungen begründet. Damit sind weder naturalistisch noch sozial eindeutig beschreibbare Phänomene im Blick. Vielmehr werden wertende Zuschreibungen vorgenommen, die zudem einem ständigen historisch-kulturellen Wandel unterliegen. Beispiele sind die Veränderung in der medizinisch-psychiatrischen Bewertung von Homosexualität, die Anerkennung und zunehmende Ausweitung von Suchtstörungen als Krankheiten, ebenso wie die wachsende Tendenz zur Medikalisierung von Alterungsprozessen („Anti-Aging“), der Anstieg von „Neuro-Enhancement“ zur Selbstoptimierung sowie das hochgradig kommerzialisierte Lifestyle-Konzept einer „Longevity“.

Im Leitbegriff Gesundheit [50] werden acht interdisziplinär tragfähige Maximen zur Definition von Gesundheit und Krankheit nach Hurrelmann herausgearbeitet. Aus diesen Leitvorstellungen heraus kann für Krankheit die folgende Definition abgeleitet werden: Krankheit ist ein dynamisches Stadium des Ungleichgewichtes von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung von inneren (körperlichen und psychischen) und äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen nicht gelingt. Krankheit vermittelt einem Menschen eine (akute oder dauerhafte) Beeinträchtigung seines Wohlbefindens und seiner Lebensfreude. Ebenso wie relative Gesundheit existieren auch dynamische Stadien der relativen Krankheit, gekennzeichnet durch ein Ungleichgewicht von Risiko- und Schutzfaktoren, teilweise gestörte Bewältigungsfähigkeiten und begrenztes Wohlbefinden [51].

References

1. Hucklenbroich P. Krankheit als theoretischer Begriff der Medizin − Unterschiede zwischen lebensweltlichem und wissenschaftlichem Krankheitsbegriff. J Gen Philos Sci. 2018;49(1):23–58. DOI:10.1007/s10838-017-9367-y
2. Pfeifer W. Krankheit. In: Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache. Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften; [accessed 2026 Jun 08]. Available from: https://www.dwds.de/wb/Krankheit#etymwb
3. Franke A. Modelle von Gesundheit und Krankheit. 3 edn. Bern: Hogrefe; 2012.
4. Engelhardt HT. The concepts of health and disease. In: Engelhardt HT, Spicker SF, editors. Evaluation and explanation in the biomedical sciences. Dordrecht: Reidel; 1975. p. 125–141. (Philosophy and Medicine; 1). DOI:10.1007/978-94-010-1769-5_9
5. Fangerau H, Martin M. Konzepte von Gesundheit und Krankheit: Die Historizität elementarer Lebenserscheinungen zwischen Qualität und Quantität. In: Viehöver W, Wehling P, editors. Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen? Bielefeld: Transcript; 2011. p. 51–66. DOI:10.14361/9783839413197-002
6. Koch R. Das Als-Ob im ärztlichen Denken. München, Leipzig: Rösl; 1924.
7. Labisch A. „Gesundheit“ im Wandel der Zeiten. In: Bundesvereinigung für Gesundheit, editor. Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder. Neuwied, Kriftel: BVG; 1999. p. 1–49.
8. Wiesing U. Kann die Medizin als praktische Wissenschaft auf eine allgemeine Definition von Krankheit verzichten? ZfmE. 1998;44(2):83–97. DOI:10.30965/29498570-04402002
9. Reibling N. Soziologische Perspektiven auf Gesundheit und 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-I116-4.0
10. Ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes: Urteil vom 16.05.1972, 9 RV 556/71; Urteil vom 22. Apr. 2015, B 3 KR 3/14 R; Urteil vom 15.03.2018, B 3 KR 18/17 R.
11. Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft. Bundesgesetz 830.1 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (Stand am 1. Januar 2024). [accessed 2026 Jun 8] Available from: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2002/510/de
12. Bundesgerichtshof. Urteil vom 21.03.1958, 2 StR 393/57.
13. Benen E. Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Berlin: Deutsche Rentenversicherung. 2025 [accessed 2026 Jun 8]. (Studientext; 17). Available from: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Fachliteratur_Kommentare_Gesetzestexte/Studientexte/Rentenrecht/17_renten_wegen_verminderter_erwerbsfaehigkeit.pdf?__blob=publicationFile&v=3
14. Rothschuh KE. Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart. Stuttgart: Hippokrates; 1978.
15. Badura B, von dem Knesebeck O. Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann K, Razum O, editors. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Beltz; 2012. p. 187–220.
16. Faltermaier T. Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i119-3.0
17. Sperlich S, Franzkowiak, P. Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2026. DOI:10.5680/BIOEG:LB-i102-1.0
18. Ernst G, Franke A, Franzkowiak P. Stress und Stressbewältigung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i118-2.0
19. Binneböse M, Frommer J, Franzkowiak P, Junne F. Psychosomatische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i098-3.0
20. Holst J. Biomedizinische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i006-2.0

21. Boorse C. On the Distinction between Disease and Illness. Philosophy & Public Affairs. 1975;5:49–68.
22. Gammelgaard A. Evolutionary biology and the concept of disease. Med Health Care Philos. 2000;3:109–116. DOI:10.1023/A:1009999502884
23. Szasz TS. The myth of mental illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct. New York: Harper Perennial; 1974.
24. Hofmann B. Complexity of the concept of disease as shown through rival theoretical frameworks. Theor Med Bioeth. 2001;22(3):211−236. DOI:10.1023/A:1011416302494
25. Canguilhem G. Das Normale und das Pathologische. Frankfurt am Main: August; 1977.
26. Grmek M. La conception de la maladie et de la santé chez Claude Bernard. In: Koyre MA editor. L'aventure de la science. Vol 1. Paris: Hermann; 1964. p. 208–227.
27. Fangerau H, Labisch A. Spotlight: Natur, Kultur und COVID-19 – ein Essay für eine globale Seuchengeschichte. In: Fehse B, Hucho F, Bartfeld S, Clemens S, Erb T, Fangerau H, Hampel J, Korte M, Marx-Stölting L, Mundlos S, Osterheider A, Pichl A, Reich J, Schickl H, Schicktanz S, Taupitz J, Walter J, Winkler E, Zenke M. Fünfter Gentechnologiebericht: Sachstand und Perspektiven für Forschung und Anwendung. Baden-Baden: Nomos, 2021. p. 434–446. DOI:10.5771/9783748927242
28. Zehetner B. Konstruktionen und Kulturen von Krankheit aus Gender-Perspektive. Psychotherapie Forum. 2019;23:11–17. DOI:10.1007/s00729-019-0110-5
29. Padrón Armas AG, González Ramos AM, Serrano-del-Rosal R. Understanding Health and Pain Through the Gender Regime: A Multilevel Framework from a Sociological View. Soc Sci. 2025;14(11):636. DOI:10.3390/socsci14110636
30. Hofmann B. Disease, illness, and sickness. In: Solomon M, Simon JR, Kincaid H, editors. The Routledge Companion to Philosophy of Medicine. London: Routledge; 2016. p. 16–26. DOI:10.4324/9781315720739
31. 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
32. Spura A. Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i024-2.0
33. Fangerau H. Gesundheit und Krankheit. In: Deinzer RO, von dem Knesebeck O, editors. Online-Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie (Kapitel 2.6.3). Berlin: German Medical Science GMS Publishing House; 2020. DOI:10.5680/olmps000071
34. Harrison M, Smith AKJ, Adams S. Matters of time in health and illness. Health Sociology Review. 2024;33(1):1–9. DOI:10.1080/14461242.2024.2319943.
35. Dross F. „allerhandt sorten Armer, Krankher vnd Schadhaffter Persohnen“ − Soziale Dynamiken historischer Krankheitsbegriffe. ZfmE. 2019;68(2):135–150. DOI:10.14623/zfme.2022.2.135-150
36. 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
37. Vonneilich N, Franzkowiak P. Soziale Unterstützung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i110-3.0
38. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision German Modification, Version 2026. Bonn, Köln: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM); [accessed 2026 Jun 8]. Available from https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2026/index.htm
39. Mombour W, Spitzner S, Reger KH, von Cranach M, Dilling H, Helmchen H. Summary of the qualitative criticisms made during the ICD-10 field trial and remarks on the German translation of ICD-10. Pharmakopsychiatry. 1990 Jun;23 Suppl 4:197–201. DOI:10.1055/s-2007-1014565
40. Margraf J. Klassifikation psychischer Störungen. In: Margraf J, Schneider S, editors. Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie. 4 edn. Heidelberg: Springer; 2018. p. 143–160.
41. Cuthbert BN. The RDoC framework: Facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. World Psychiatry. 2014;13:28–35. DOI:10.1002/wps.20087

42. Conway CC, Krueger RF, HiTOP Consortium Executive Board. Rethinking the diagnosis of mental disorders: Data-driven psychological dimensions, not categories, as a framework for mental-health research, treatment, and training. Current Directions in Psychological Science. 2021;30(2):151–158. DOI:10.1177/0963721421990353
43. Krueger RF. Recent advances in the conceptualization and evidence supporting the HiTOP approach. World Psychiatry. 2025;24(2):267–268. DOI:10.1002/wps.21318
44. Renneberg B, Herpertz S. Persönlichkeitsstörungen. Fortschritte der Psychotherapie, Band 79. Göttingen: Hogrefe; 2021.
45. InEK. Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2026. Siegburg: InEK GmbH; 2025 [accessed 2026 Jun 8]. Available from: https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2026/abschlussbericht-zur-weiterentwicklung-des-g-drg-systems-und-report-browser
46. Word Health Organization. Constitution. Geneva: World Health Organization; [accessed 2026 Jun 8] Available from: https://www.who.int/about/governance/constitution.
47. Dörner K, Plog U, Bock T, Brieger P, Heinz A, Wendt F, editors. Irren ist menschlich − Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. 25 edn. Köln: Psychiatrie Verlag; 2019.
48. Deacon BJ. The biomedical model of mental disorder: a critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. Clin Psychol Rev. 2013;33(7):846–861.
49. Schramme T. Brauchen wir mehrere Krankheitsbegriffe? Einheit und Vielfalt in der Medizin. In: Hucklenbroich P, Buyx A, editors. Wissenschaftstheoretische Aspekte des Krankheitsbegriff. Münster: Mentis; 2013. p. 85–103.
50. Franzkowiak P, Hurrelmann K. Gesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i023-2.0
51. Hurrelmann K, Richter M. Gesundheits- und Medizinsoziologie, 8 edn. Weinheim: Juventa; 2013. (Grundlagentexte Soziologie).

Korrespondenz: Prof. Dr. Heiner Fangerau, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Medizinische Fakultät, Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf, Deutschland, E-mail: heiner.fangerau@uni-duesseldorf.de

Zitierhinweis: Fangerau H, Franzkowiak P. Krankheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i069-1.0

Copyright: © 2026 Heiner Fangerau 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/

Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung

Karina Weichold[1]

[1] Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften, Institut für Psychologie Arbeitsbereich, Jugendforschung, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Jena, Deutschland

Abstract

Lebenskompetenzen umfassen all jene Fähigkeiten, die Menschen benötigen, um mit den Herausforderungen des täglichen Lebens erfolgreich umzugehen. Im Rahmen von Kompetenzen- und Entwicklungsförderungsprogrammen in Kindertagesstätten und Schulen sollen Kinder und Jugendliche darin unterstützt werden, allgemeine personale und interpersonale Kompetenzen wie Selbstsicherheit, Kommunikations- und Problemlösefähigkeiten auszubilden, die allgemein eine positive Entwicklung wahrscheinlicher machen und Verhaltensprobleme verhindern. Besonders nachhaltig effektiv ist die Förderung solcher Lebenskompetenzen, wenn sie zum Herzstück eines umfassenden Präventions- und Entwicklungsförderungskonzepts in Bildungseinrichtungen werden und mit Maßnahmen in anderen Lebensbereichen kombiniert sind.

Keywords: Kompetenz, Lebenskompetenzen, Kompetenzförderung, Entwicklungsförderung, Risikokompetenz, Gesundheitsförderung, Prävention

Einleitung

Als klassische Anwendung des Kompetenzbegriffs wurde in den 1990-er Jahren durch das Engagement der Weltgesundheitsorganisation (WHO) der Begriff Lebenskompetenzen geprägt und die Förderung von Lebenskompetenzen in vielen Ländern der Welt angestoßen. Bis heute hat dieser Ansatz nicht an Aktualität verloren, insbesondere nicht im Rahmen der Entwicklungs- und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. Im Folgenden werden die konzeptuellen Grundlagen zu Kompetenz vorgestellt und die Rolle von Kompetenzförderung im Rahmen der Prävention von Verhaltensproblemen verdeutlicht. Lebenskompetenzenprogramme sind dafür effektive Maßnahmen, von denen nicht nur Kinder und Jugendliche, sondern auch die gesamte Bildungslandschaft profitieren können.

Konzeptuelle Grundlagen zu Kompetenz und Kompetenzförderung

Kompetenz (von lateinisch competentia „Eignung“) steht für Fähigkeit. Im Rahmen der pädagogischen Begriffsbestimmung geht es bei Kompetenz im engeren Sinne um die situationsangemessene Verwendung von Fähigkeiten und Fertigkeiten (Skills), die man braucht, um bestimmte Aufgaben durchzuführen und Probleme zu lösen. Kompetenz umfasst mindestens drei Dimensionen:

- Eine kognitive Dimension, die sich auf ausreichendes Faktenwissen bezieht, wodurch sachbezogene Einsichten in Problemzusammenhänge gewonnen und wertneutrale objektive Urteile gefällt werden können.
- Eine Wertdimension, die sich einerseits auf das Vorhandensein von verbindlichen Werten als Richtlinien des Handelns bezieht, andererseits die Fähigkeit zur situationsangemessenen Bewertung unter Berücksichtigung notwendiger Interessensabwägungen einschließt.
- Eine Handlungsdimension als die Fähigkeit, komplexe Problemsituationen zu analysieren, Mittel zu ihrer Lösung bereitzustellen, den gewählten Lösungsansatz umzusetzen und abschließend die Qualität der Ergebnisse zu bewerten.

Kompetenz bedeutet demnach, etwas bewirken zu können und sich als „wirkmächtig“ zu erleben. Dazu gehört, Entscheidungen zu treffen, sie umzusetzen und deren Angemessenheit zu beurteilen – sowohl im Hinblick auf die Anforderungen einer Situation (einschließlich der längerfristigen Handlungsfolgen) als auch im Hinblick auf persönliche Faktoren. Die Voraussetzung für die Erlangung von Kompetenz ist demnach die Fähigkeit zum selbstständigen und selbstbestimmten Handeln auf der Basis eines reflektierten und verantwortungsbewussten Entscheidungsprozesses (Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung).

In der Psychologie wird Kompetenz eher im Zusammenhang mit allgemeinen Fähigkeiten und Fertigkeiten gesehen, die prinzipiell veränderbar sind. Gemäß entwicklungspsychopathologischen

Konzepten [1] (Resilienz und Schutzfaktoren) umfasst Kompetenz einerseits die externale Anpassung eines Menschen an verschiedene Lebensumwelten. Als wichtiger Indikator wird die erfolgreiche Bewältigung alters- und kulturtypischer Entwicklungsaufgaben gesehen (angezeigt z. B. durch Schulerfolg oder positive Peerbeziehungen). Andererseits bezieht sich Kompetenz auf das Aufrechterhalten einer positiven internalen Anpassung, gespiegelt durch großes Wohlbefinden [2] (Wohlbefinden/Wellbeing), Zufriedenheit oder psychische Gesundheit.

Hohe externale und internale Kompetenz (im Sinne einer erfolgreichen Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, einer gelungenen Anpassung in verschiedenen Lebenswelten und einem großen Wohlbefinden) wird durch die Förderung von Schutzfaktoren in sogenannten adaptiven Systemen vorangetrieben. Dazu zählen Problemlösekompetenzen, unterstützende soziale Beziehungen in Familie, Schule und Freundeskreis, Selbstwirksamkeit, positiver Umgang mit Stress und eine effektive Emotionsregulation.

Solche symptomunspezifischen Schutzfaktoren stehen mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Verhaltensproblemen, hoher internaler und externaler Anpassung und einer erhöhten Resilienz gegenüber außergewöhnlichen Belastungen in Beziehung. Dabei gilt das Prinzip, dass positive Entwicklungswege bei Belasteten besonders durch Schutzfaktoren in der Kindheit gefördert werden. Zudem wird angenommen, dass die kompetente Bewältigung einer Lebensphase den Erfolg in der nächsten begünstigt [3].

Angesichts aktueller Megatrends im Bereich der Digitalisierung und Migration sowie globaler Krisen wie Pandemien und Kriege und den damit verbundenen Herausforderungen wird besonders auf junge Menschen fokussiert, gelten Kinder und Jugendliche doch als besonders empfindsam für die negativen Effekte weltweiter Entwicklungen. Gerade zu Beginn des Jugendalters stehen sie einer Vielzahl normativer Entwicklungsaufgaben gegenüber, deren erfolgreiche Bewältigung durch aversive Umstände erschwert wird [4]. Dementsprechend wird heute die Förderung zukunftsfähiger Kompetenzen (Soft/Future/Transferable/ Life Skills) als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen [5].

Das Modell der Positiven Jugendentwicklung bezieht sich auf gesamte junge Populationsgruppen und stellt dabei Stärken von Jugendlichen (z. B. Engagement in der Schule, intentionale Selbstregulation und hoffnungsvolle Zukunftserwartungen) sowie Entwicklungsressourcen in der Umwelt (z. B. soziale Netzwerke, unterstützende Personen und Institutionen, Zugang zu Ressourcen wie Optionen zur Partizipation in Schule und Gesellschaft oder zur Teilhabe an Freizeitangeboten) als besonders wichtige Faktoren heraus. Diese tragen allgemein zu einem positiven Entwicklungsverlauf, einer hohen externalen und internalen Anpassung sowie einem geringen Problemverhalten bei.

Ähnlich geht das Konzept des sozioemotionalen Lernens davon aus, dass die frühe Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen mit positiver psychosozialer Anpassung in Kindheit und Jugend verbunden ist [4], [6]. Solche Konzepte bilden die Basis für eine allgemeine Entwicklungs- und Kompetenzförderung in Kindheit und Jugend.

Prävention durch Kompetenz- und Entwicklungsförderung

Moderne Präventionsansätze im Gesundheitsbereich streben eine evidenzbasierte Prävention an, bei der Kinder und Jugendliche allgemein in ihrer positiven Entwicklung unterstützt und in ihren persönlichen und sozialen Kompetenzen gefördert werden. Dies wird mit der Aufklärung über Gesundheitsgefahren, gesundheitliche Risiken und Risikoverhaltensweisen als Teil einer ganzheitlichen salutogenetischen Ausrichtung von Gesundheitsförderung verbunden [7] (Salutogenese).

Im Kontext der Suchtprävention wurde darüber hinaus in den letzten Jahren das Thema „Risikokompetenz“ diskutiert. Gemeint ist, dass junge Menschen sich mit legal verfügbaren psychoaktiven Substanzen auseinandersetzen und entsprechend den kulturellen Gegebenheiten den angemessenen und verantwortungsvollen Umgang damit erlernen sollen, auch weil dies zu den Entwicklungsaufgaben Jugendlicher gehört. Realistische Präventionsziele für die Gesundheitsförderung sind demnach der Aufschub von Konsum- und Probierbeginn bei legalen Drogen, möglichst lebenslange Abstinenz gegenüber illegalen Drogen und die Beschränkung des substanzbezogenen Konsums. Der Substanzmissbrauch soll auf einen experimentellen, zeitlich begrenzten Probierkonsum beschränkt werden. Dazu dient eine umfassende und glaubwürdige Aufklärung über Wirkungen des Konsums psychoaktiver Substanzen. In der Regel sind solche Präventionsansätze effektiver als jene mit strikten „Zero Tolerance-Botschaften“ [8].

Strukturierte Programme, die besonders erfolgreich den Ansatz Prävention durch allgemeine Kompetenz-

und Entwicklungsförderung umsetzen, werden in der Regel über Bildungseinrichtungen (Kita, Schule) an Kinder und Jugendliche vermittelt. Auch werden sportbasierte Interventionen z. B. in Vereinen oder außerschulischen Freizeitangeboten durchgeführt. Über die Schule sind Kinder und Jugendliche besonders gut erreichbar, und geschultes Fachpersonal steht zur Verfügung. Darüber hinaus wird der Auftrag der Schule adressiert, Prävention verschiedener Problemverhaltensweisen durchzuführen und sich in der Kompetenz- und Persönlichkeitsförderung zu engagieren.

Schulbasierte Programme sind besonders effektiv, wenn folgende Kriterien erfüllt sind (vgl. [9], [10], Onrust et al. 2016, [11]):

- Die Grundlage bilden wissenschaftliche Konzepte und Erkenntnisse (Entwicklungspsychopathologie, Entwicklungspsychologie).
- Die Implementierung beginnt rechtzeitig vor dem ersten Auftreten des Problemverhaltens und ist langfristig angelegt.
- Die Programme orientieren sich am Entwicklungsstand der Kinder und Jugendlichen.
- Das Modell der Sozialen Einflussnahme ist eine Grundlage des Programms.
- Die Vermittlung von Normen und Werten wird entsprechend gesellschaftlichen Standards umgesetzt.
- Allgemeine Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie themenspezifische Kompetenzen (z. B. negativem Peereinfluss zu widerstehen) werden trainiert.
- Tragfähige und unterstützende soziale Beziehungen werden gefördert.
- Positive Veränderungen in der Klasse und Schule werden angeschoben.
- Ausreichende Intensität ist gewährleistet.
- Strukturiertes und aufeinander aufbauendes Lernen wird ermöglicht.
- Interaktive Vermittlungsmethoden im Kontext Gleichaltriger werden genutzt.

Diese Aspekte sind im Rahmen der seit Dekaden erfolgreichen, sehr gut evaluierten und in Deutschland und weltweit verbreiteten schulbasierten Lebenskompetenzenprogramme am besten reflektiert [12], [13].

Lebenskompetenzen

Lebenskompetenz betont die Verbindung von Leben und Kompetenz und bezeichnet laut Definition der WHO den effektiven und kompetenten Umgang mit altersadäquaten Herausforderungen und Aufgaben des täglichen Lebens. Fähigkeiten oder Fertigkeiten, die dies befördern, sind Lebenskompetenzen (Life Skills) (WHO 1994, [12]).

Die WHO hat zehn zentrale Kernkompetenzen (Core Life Skills) definiert, die eine kompetente und erfolgreiche Entwicklung junger Menschen vorantreiben und Problemverhalten verhindern:

- Selbstwahrnehmung, die sich auf den eigenen Charakter sowie auf eigene Stärken und Schwächen, Wünsche und Abneigungen bezieht.
- Empathie als die Fähigkeit, sich in andere Personen hineinzuversetzen.
- Kreatives Denken, das es ermöglicht, adäquate Entscheidungen zu treffen und Probleme konstruktiv zu lösen.
- Kritisches Denken als die Fertigkeit, Informationen und Erfahrungen zu analysieren.
- Die Fähigkeit, informierte Entscheidungen zu treffen, die dazu beiträgt, mit Entscheidungen im Alltag konstruktiv umzugehen.
- Problemlösefertigkeit**,** Schwierigkeiten und Konflikte im Alltag konstruktiv anzugehen.
- Kommunikative Kompetenz, die dazu beiträgt, sich situationsgemäß auszudrücken.
- Interpersonale Beziehungsfertigkeiten, die dazu befähigen, tragfähige soziale Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten.
- Bewältigung von starken Gefühlen als die Fertigkeit, sich der eigenen Gefühle und denen anderer bewusst zu werden, angemessen mit ihnen umzugehen und zu erkennen, wie Gefühle Verhalten beeinflussen.
- Stressbewältigung, um Ursachen und Auswirkungen von Stress im Alltag zu erkennen sowie Stress reduzierende Verhaltensweisen zu erlernen (vgl. [14]).

Konzeptuell basiert die Liste der zentralen Lebenskompetenzen auf den wissenschaftlichen Erkenntnissen in den Bereichen Resilienz und Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen. Sie haben eine große inhaltliche Überlappung mit allgemeinen entwicklungsfördernden Faktoren basierend auf der Forschung zu Resilienz [3] und den Entwicklungsressourcen im Modell der Positiven Jugendentwicklung [15].

Es herrscht ein breiter Konsens, dass die Core Life Skills universell relevant sind, um bei Einzelnen Risikoverhalten zu verhindern (z. B. Drogenkonsum, Gewalt, sexuelles Risikoverhalten) sowie die psychosoziale Anpassung positiv zu beeinflussen (z. B. durch Bildung, berufliche Entwicklung) – und damit auch auf gesellschaftlicher Ebene einen Beitrag für ein friedliches Zusammenleben, Teilhabe und Engagement sowie weniger Armut zu leisten [16].

Kompetenzen spielen eine besondere Rolle im Schulkontext. Wenn Kinder und Jugendliche über allgemeine soziale und personale Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügen, fällt das Miteinander und das Lernen im Klassenverband leichter. Schulleistungen und der weitere Bildungswerdegang gestalten sich insgesamt positiver [17].

Für Risikogruppen, die von vielfältigen teilweise massiven Ungleichheiten betroffen sind, wird diskutiert, dass die Core Life Skills stärker auf eine proaktive Veränderung des sozialen Umfelds abzielen sollten (sogenannte Transformative Skills). So könnte beispielsweise Empathie einer gegenseitigen Unterstützung und Pflege oder der Selbstwahrnehmung einer allgemeinen Würde (durch das Anerkennen des Wertes eines jeden Menschen) entsprechen [18].

Zusammenfassend ist das Konzept der Lebenskompetenzen seit Jahren etabliert, breit anwendbar und hat für junge Menschen bis heute eine ungebrochene Relevanz, auch im Spiegel moderner Konzepte zur Förderung positiver Entwicklungswege in Zeiten immer komplexerer Herausforderungen [16]. Die Kernkompetenzen sind auch zuträglich für die Erfüllung der Sustainable Development Goals der Vereinten Nationen (2015): Kinder und Jugendliche sollen durch die Förderung von Lebenskompetenzen mit übertragbaren und zukunftsfähigen Fähigkeiten ausgestattet werden, die nicht nur die Entstehung von Verhaltensproblemen verhindern, sondern auch Relevanz für eine erfolgreiche bildungs- und berufsbezogene Laufbahn haben (Kwauk & Braga 2017).

Lebenskompetenzenprogramme in der Gesundheitsförderung

Lebenskompetenzenprogramme sollen junge Menschen zur angemessenen Bewältigung alterstypischer Herausforderungen befähigen, ohne dass problematische Verhaltensweisen wie Substanzkonsum oder Gewalt gezeigt werden [4]. Lebenskompetenzenprogramme basieren auf der Annahme, dass durch die Förderung allgemeiner und spezifischer intrapersonaler und interpersonaler Kompetenzen sowie durch die Vermittlung spezifischer Wissensinhalte und von normativen Werten und Einstellungen positive Entwicklungsverläufe angestoßen werden. Diese sind geprägt durch Wohlbefinden, Gesundheit und eine erfolgreiche Anpassung in verschiedenen Lebensbereichen (WHO 1994).

In der Regel werden Lebenskompetenzenprogramme in Bildungseinrichtungen als primärpräventive und universelle Maßnahme durchgeführt, basierend auf strukturierten Materialien. Sie nutzen interaktive Lehrmethoden (z. B. Rollenspiele, Diskussionsrunden, Entspannungsübungen), die Reflexion von Verhaltensweisen mit Gleichaltrigen und die Einübung von Alternativverhalten in alterstypischen und lebensnahen Situationen. Im Mittelpunkt stehen die zentralen Lebenskompetenzen als grundlegende Fähigkeiten und Fertigkeiten, die zuerst allgemein sind und dann in immer spezifischeren, für das jeweilige Problemverhalten relevanten Situationen angewandt werden. Ergänzend wird spezifisches Wissen vermittelt (z. B. zu Prävalenzen und Konsequenzen). Lebenskompetenzenprogramme werden in der Regel durch geschultes Fachpersonal, das vor Ort mit den Kindern und Jugendlichen arbeitet, in Form eines mehrjährigen Teils des Curriculums durchgeführt. So wird ermöglicht, dass positive Verhaltensweisen nachhaltig verstärkt werden können.

Erste Anwendungen der Förderung von Lebenskompetenzen fanden in verschiedenen Ländern der Welt bezogen auf verschiedene Themen statt – allen voran in Indien bei Kindern, die aus Slums stammten (Ziel war eine bessere Bildung und berufliche Entwicklung), oder in Afrika mit dem Fokus auf der Prävention von HIV/AIDS. In den 1980-er bis 1990-er Jahren wurde der Ansatz durch Publikationen der WHO verbreitet und koordiniert (WHO 1994, [12]).

In der Wissenschaft stand und steht besonders die Anwendung im Bereich Suchtprävention im Fokus. Eines der ersten strukturierten und evaluierten Programme dieser Art legten Botvin und Kollegen in den USA vor [19], [20], danach folgten weitere Programme mit Bezug zu unterschiedlichen spezifischen Verhaltensproblemen (z. B. Gewalt, Essstörungen, Depressionen) in vielen Ländern der Welt.

Lebenskompetenzenprogramme in Deutschland

Auch in Deutschland haben sich seit den 1990-er Jahren zunehmend Lebenskompetenzenprogramme verbreitet. Die Forschung zu ihrer Effektivität belegt, dass durch das Training unspezifischer und

allgemeiner intra- und interpersonaler Kompetenzen in Kombination mit themenspezifischen Ergänzungen problematische Auffälligkeiten wirksam verhindert werden können (z. B. [21], [22], Onrust et al. 2016).

Eine Empfehlungsliste zu den verfügbaren erfolgreich evaluierten Lebenskompetenzenprogrammen in Deutschland findet sich unter www.gruene-liste-praevention.de. Im Folgenden werden einige Beispiele für erfolgreiche und weit verbreitete Lebenskompetenzenförderungen über Kita und Schule genannt, die anhand der Auswahl- und Bewertungskriterien der Grünen Liste mit der höchsten Stufe ausgezeichnet wurden („Effektivität nachgewiesen“) und aktuell Schulungen, Materialien und Unterstützung zur Implementation anbieten.

- Als ein gelungenes Beispiel für die wirksame Umsetzung von Lebenskompetenzenprogrammen im Elementarbereich gilt „Papilio“, ein pädagogisches Programm für Kindergärten und Kitas (Altersbereich drei bis sechs Jahre), das sich mit der frühen Prävention von Verhaltensproblemen durch die Förderung von sozial-emotionaler Kompetenz befasst. Ergänzt wird das Programm durch Module für Kitas mit Unterdreijährigen (Papilio-U3), Angebote für Eltern (Papilio-Elternclub), Erzieherinnen und Erzieher in Kitas zum Umgang mit Kindern mit Fluchterfahrung (Papilio-Integration) sowie ein Programm für Grundschulen mit Nachmittagsbetreuung, um Kinder und Jugendliche in ihrer sozialen und emotionalen Entwicklung von Beginn an langfristig und nachhaltig zu fördern.
- Zu den bundesweit am weitesten verbreiteten Programmen, die den Lebenskompetenzenansatz im Grundschulalter umsetzen, gehört „Klasse2000“ für die Jahrgangsstufen 1 bis 4. Ziel des interaktiven Programms ist, eine positive Haltung zu einem aktiven und gesunden Leben frühzeitig zu fördern („1x1 des gesunden Lebens“). Weiterhin werden Kenntnisse über Körper, Ernährung und Bewegung aktiv und anschaulich vermittelt sowie persönliche und soziale Kompetenzen gestärkt. Klasse2000 legt Wert auf die Einbindung und Information der Eltern und bietet eine Internetplattform (Klaro-Labor).
- „IPSY (Information + Psychosoziale Kompetenz = Schutz) “ ist ein effektives, universelles und primärpräventives Lebenskompetenzenprogramm für Schülerinnen und Schüler der Klassenstufen 5 bis 7 mit Fokus auf Suchtprävention. IPSY basiert explizit auf dem Lebenskompetenzenansatz der WHO, indem es durch die Förderung von Kompetenzen, die eine positive Auseinandersetzung mit anstehenden allgemeinen Entwicklungsaufgaben unterstützen bzw. spezifische in Konsumsituationen bedeutsame Kompetenzen stärkt. Zusätzlich zielt IPSY auf die Förderung einer positiven Beziehung zur Schule und das Klassenklima ab und vermittelt Wissen zu kurzfristigen Konsequenzen, Wirkungsweisen und Prävalenzen von legalen Drogen. IPSY folgt einem umfassenden und evidenzbasierten, nachhaltigen, interaktiven und ressourcenorientierten Modus und wird durch geschultes pädagogisches Fachpersonal in Schulen durchgeführt.
- „Unplugged“ ist ein Suchtpräventionsprogramm für Jugendliche in der achten Klasse, das auf dem Konzept der sozialen Einflussnahme fußt. Es ist interaktiv, bezieht die Familie ein, liefert Informationen zu verschiedenen psychoaktiven Substanzen und kombiniert die Korrektur normativer Überzeugungen über Substanzkonsum mit der Förderung von Sozial- und Lebenskompetenzen. Demnach werden in Unplugged kritisches Denken, strukturiertes Problemlösen, kreatives Denken, effektive Kommunikation, Beziehungskompetenzen, Selbstwahrnehmung, Empathie und die Bewältigung von Emotionen entwickelt. Dies soll dazu beitragen, dass Jugendliche legalen wie illegalen Substanzen kritisch begegnen und sich bewusst für gesunde Verhaltensweisen entscheiden.

Lebenskompetenzenprogramme und Gesundheitsförderung

Lebenskompetenzenprogramme haben im Bereich der Gesundheitsförderung einen hohen Stellenwert. Sie gelten als die derzeit effektivsten universellen verhaltensbezogenen Programme, sind in der Praxis breit implementiert und gut über Bildungsinstitutionen in den ersten beiden Lebensdekaden evaluiert.

Evaluationsergebnisse zeigen, dass Lebenskompetenzenprogramme nicht nur allgemeine personale und interpersonale Kompetenzen fördern können, sondern auch allgemeine und spezifische Risikofaktoren für Verhaltensprobleme (z. B. Substanzmissbrauch, Depressionen, Gewalt) sowie die Entstehung von Störungen selbst beeinflussen. Auch liegen empirische Belege für langfristige Effekte für eine positive Entwicklung und in Bezug auf eine Verhinderung späterer psychischer Störungen über die gesamte Schulzeit bis ins frühe Erwachsenenalter vor. Schließlich profitiert das gesamte Schulumfeld durch verbesserte Beziehungen und einer klassen- und schulklimatischen Situation, die auch das Lernen erleichtert [8], [23].

Optimalerweise ist ein Lebenskompetenzenprogramm Teil eines umfassenden, generischen und

themenübergreifenden Ansatzes von Schulen, um Gesundheit, Wohlbefinden und gute Bildungswege zu fördern und Verhaltensprobleme bei Kindern und Jugendlichen zu verhindern (Health Promoting Schools, [24], Whole School Approach, [13]).

Während in einzelnen Ländern Lebenskompetenzenförderung in den Schulcurricula verankert sind (z. B. in skandinavischen Ländern), müssen Bildungseinrichtungen in Deutschland selbst die Konzeption und Umsetzung ihres Präventionsauftrages leisten, die viele Themenbereiche abdecken soll. Eine relativ ressourcenschonende Option bieten hierfür Lebenskompetenzenprogramme, die das Herzstück themenübergreifender schulischer Präventions- und Entwicklungsförderung sein können (vgl. [25], besonders dann, wenn sie langfristig (optimal über die gesamte Schulzeit) implementiert werden. Maßnahmen für Eltern und die Bereiche Freizeit, Sport und Kommune können flankierend die Wirksamkeit des Whole School Approaches erhöhen. Effektive Beispiele liegen für den Sportbereich vor, der sich mit schulbasierter Lebenskompetenzenförderung exzellent koppeln lässt [26].

Zukünftig gilt es, das Potential von Lebenskompetenzenprogrammen weiter auszuschöpfen. Es sollte überprüft werden, inwieweit die Anwendung des grundlegenden Konzepts der Lebenskompetenzenförderung auf Erwachsene und ältere Menschen erfolgen kann, und wie die Bedürfnisse nicht nur unterschiedlicher Altersgruppen, sondern auch hinsichtlich anderer Aspekte von Heterogenität (Geschlecht, soziale Herkunft etc.) adressiert werden können.

Die Autorin dankt Jürgen Hallmann für seine Vorarbeiten zu diesem Leitbegriff in den bisherigen Auflagen.

Internetadressen:

- Grüne Liste Prävention – evaluierte Maßnahmen für ein gesundes und sicheres Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen. Available from: https://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information
- IPSY – Ein suchtpräventives Lebenskompetenzenprogramm. Available from: https://www.ipsy.uni-jena.de
- Klasse2000 – Gesundheitsförderung und Prävention in der Grundschule. Available from: https://www.klasse2000.de
- Papilio – Ihr Partner für sozial-emotional starke Kinder. Available from: https://www.papilio.de
- Unplugged. Evidenzbasierte Suchtprävention für den Unterricht. Available from: https://finder-akademie.de/unplugged

Literatur:

- United Nations. Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution Adopted by the General Assembly on 25 September 2015. 42809. 2015 Sep.:1–13.

References

1. Rönnau-Böse M, Fröhlich-Gildhoff K, Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I101-2.0
2. Röhrle B. Wohlbefinden / Well-Being. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I134-1.0
3. Masten AS, Obradović J. Competence and resilience in development. Ann. N. Y. Acad. Sci. 2006 Dec;1094(1):13–27. DOI:10.1196/annals.1376.003
4. Weichold K. Psychosoziale Anpassung: Problemverhalten und positive Entwicklung. In: Hasselhorn M, Heuer H, Schneider S, editors. Entwicklungspsychologie des Jugend- und jungen Erwachsenenalters. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH; 2024. DOI:10.17433/978-3-17-030144-3
5. D'Angelo S. Building resilience now and for the future: Adolescent skills to address global challenges. Dev. Policy Rev. 2022 Oct;40(S2):e12670. DOI:10.1111/dpr.12670
6. Weichold K, Blumentahl A. Positive Jugendentwicklung. In: Kracke B, Noack P, editors. Handbuch Entwicklungs- und Erziehungspsychologie. Berlin: Springer; 2019. p. 277–92. (Springer

Reference Psychologie).
7. 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
8. Weichold K, Blumenthal A. Prävention und Entwicklungsförderung im Jugendalter. In: Gniewosz B, Titzmann PF, editors. Handbuch Jugend: psychologische Sichtweisen auf Veränderungen in der Adoleszenz. Stuttgart: Kohlhammer; 2018. p. 526−543.
9. Cuijpers P. Effective ingredients of school-based drug prevention programs. Addict. Behav. 2002 Nov;27(6):1009–23. DOI:10.1016/s0306-4603(02)00295-2
10. Cuijpers P. Three decades of drug prevention research. Drugs Educ. Prev. Policy. 2003 Jan 1;10(1):7–20. DOI:10.1080/0968763021000018900
11. Tobler NS, Roona MR, Ochshorn P, Marshall DG, Streke AV, Stackpole KM. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. J. Prim. Prev. 2000 Jun;20(4):275–336. DOI:10.1023/a:1021314704811
12. World Health Organization (WHO). Life skills education in schools. Geneva: World Health Organization; 1997. (Programme on Mental Health).
13. World Health Organization (WHO). Life skills education school handbook. Prevention of noncommunicable diseases. Part II – Approaches for Schools. Geneva: World Health Organization; 2020.
14. Bühler A, Heppekausen K. Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland: Grundlagen und kommentierte Übersicht. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Köln; 2005 [accessed 2024 Nov 29]. (Gesundheitsförderung konkret; 6). Available from: https://shop.bzga.de/pdf/60646000.pdf
15. Weichold K. Prevention against substance misuse: Life skills and positive youth development. In: Silbereisen R RK, Lerner RM, editors. Approaches to positive youth development. London: Sage; 2007. p. 293–310.
16. Kern ML, Wehmeyer ML, editors. The Palgrave Handbook of Positive Education. Cham: Palgrave Macmillan; 2021.
17. OECD. Schools as hubs for social and emotional learning: Are schools and teachers ready? Paris: OECD Publishing; 2023. (OECD Education Spotlights 4). DOI:10.1787/f6d12db7-en
18. Dejaeghere J, Murphy-Graham E. Life Skills Education for Youth: Critical Perspectives. Bern: Springer Natuzre; 2022. (Young People and Learning Processes in School and Everyday Life; 5).
19. Dusenbury L, Botvin G. Competence Enhancement and the Prevention of Adolescent Problem Behavior. In: Lösel F, Hurrelmann K, editors. Health Hazards in Adolescence. Berlin, Boston: De Gruyter; 1990 Dec 31. p. 459–78. DOI:10.1515/9783110847659-022
20. Botvin GJ, Griffin KW. Life Skills Training: A competence enhancement approach to tobacco, alcohol, and drug abuse prevention. In: Scheier LM, editor. Handbook of adolescent drug use prevention: Research, intervention strategies, and practice. Washington: American Psychological Association; 2015. p. 177–96. DOI:10.1037/14550-011
21. Bühler A. Meta-Analyse zur Wirksamkeit deutscher suchtpräventiver Lebenskompetenzprogramme. Kindh. Entwickl. 2016 Jul;25(3):175–88. DOI:10.1026/0942-5403/a000202
22. Leiblein T, Bitzer EM, Spörhase U. What skills do addiction-specific school-based life skills programs promote? A systematic review. Sustainability. 2022 Nov 16;14(22):15234. DOI:10.3390/su142215234
23. Weichold K, Blumenthal A, Kilian A, Silbereisen RK. Suchtprävention in der Schule. IPSY - Ein Lebenskompetenzenprogramm für die Klassenstufen 5 bis 7. Göttingen: Hogrefe; 2023.
24. World Health Organization (WHO). Making Every School a Health-Promoting School: Global Standards and Indicators for Health-Promoting Schools and Systems. Geneva; 2021. Available from: http://www.who.int/publications/i/item/9789240025059
25. Blumenthal A, Weichold K. Ziele und Qualitätskriterien themenübergreifender schulischer Präventions- und Entwicklungsförderungskonzepte. Bonn: Stiftung Deutsches Forum für Kriminalprävention (DFK); 2024. [accessed 2024 Nov 29]. Available from: https://wegweiser-gruene-liste.de/fileadmin/user_upload/wwgl/PDFs/Qualitaetskriterien_themenuebergreifender_schulischer_Praeventions-_und_Entwicklunsfoerderungskonzepte.pdf
26. Bruner MW, McLaren CD, Sutcliffe JT, Gardner LA, Lubans DR, Smith JJ, Vella SA. The effect of sport-based interventions on positive youth development: a systematic review and meta-analysis.

Int. Rev. Sport Exerc. Psychol. 2023 Dec 31;16(1):368–95. DOI:10.1080/1750984x.2021.1875496

Korrespondenz: apl. Prof. Dr. Karina Weichold, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften, Institut für Psychologie Arbeitsbereich, Jugendforschung, Am Steiger 3, Haus 1, 07743 Jena, Deutschland, E-mail: karina.weichold@uni-jena.de

Zitierhinweis: Weichold K. Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i070-1.0

Copyright: © 2026 Karina Weichold
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/

Lebenslagen und Lebensphasen

Petra Kolip[1]
[1] Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

Abstract

Die Konzepte der Lebenslagen und Lebensphasen helfen in der Gesundheitsförderung, Maßnahmen zielgruppengerecht zu planen. Förderprogramme können damit auf die konkrete Lebenssituation abgestimmt werden, unterschiedliche Bedürfnisse berücksichtigen und vorhandene Ressourcen systematisch nutzen. Der Begriff der Lebenslage bezieht sich auf die soziale Position und die Umstände, unter denen Individuen und Gruppen leben. Betrachtet werden ökonomische, soziale und kulturelle Faktoren, etwa die Familien-, Arbeits- und Einkommenssituation, Bildungsstand und psychosoziale Belastungen. Der Begriff der Lebensphasen verweist hingegen auf bestimmte Altersabschnitte und Übergangsphasen, die einen Einfluss auf die Gesundheit und das gesundheitsrelevante Verhalten haben.

Keywords: Soziale Ungleichheit, Zielgruppen, Komplexe Interventionen, Präventionsketten, Lebenslauf

Einleitung

Im Zusammenhang mit der zunehmenden sozialen Ungleichheit in den meisten industrialisierten Gesellschaften, so auch in Deutschland [1], wird die Frage diskutiert, wie soziale Unterschiede in der Gesundheitsförderung berücksichtigt werden müssen. Bereits im SGB V wurde festgeschrieben, dass die Gesundheitsförderungsaktivitäten der Gesetzlichen Krankenversicherung einen Beitrag zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit zu leisten haben. Diese Anforderung wurde mit dem Präventionsgesetz [2] bestätigt. Die Frage ist auch deshalb von Bedeutung, weil Gesundheitsförderung zielgruppengerecht geplant und umgesetzt werden muss, wenn sie eine Wirkung erzielen will [3]. Vor diesem Hintergrund erlangen die Begriffe Lebenslage und Lebensphase eine zentrale Bedeutung, da sie es erlauben, Ziel- und Adressatengruppen genau zu bestimmen [4] (Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren).

Der Begriff Lebenslage

Der soziologische Begriff der Lebenslage bezieht sich auf die soziale Position und die Umstände, unter denen Individuen und soziale Gruppen leben. Betrachtet wird das Wechselverhältnis von ökonomischen, sozialen und kulturellen Faktoren, die die konkreten Lebensverhältnisse bestimmen.

Das Lebenslagenkonzept unterscheidet sich vom Modell der sozialen Schichtung [5] (Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit), in dem vor allem Einkommen, Bildung und berufliche Stellung als Determinanten definiert sind, durch die Annahme, dass ein hierarchisches Modell die sozialen Unterschiede nur unvollständig abbildet, weil eine Fülle weiterer, auch immaterieller Faktoren jenseits von Bildung, Einkommen und beruflicher Position die Lebenslage bestimmen [6]. Ins Zentrum der Aufmerksamkeit geraten sowohl objektive als auch subjektive Dimensionen der Lebenslage (z. B. Wahrnehmung und Verarbeitung der objektiven Lebensbedingungen), die die individuellen Handlungsspielräume definieren.

Als bedeutsame Differenzierungsvariablen gelten darüber hinaus z. B. die Familien-, Arbeits- und Einkommenssituation, aber auch der Gesundheitszustand, die Wohnverhältnisse oder die Bildung. Zwar nimmt die monetäre Dimension auch im Lebenslagenkonzept eine zentrale Rolle ein (weil sich finanzielle Defizite auch auf andere Bereiche, z. B. die Wohnsituation auswirken), aber das Konzept macht deutlich, dass es Defizite und Einschränkungen in anderen Bereichen geben kann, die nicht finanziell ausgeglichen werden können (z. B. psychosoziale Belastungen durch eine Ehescheidung oder durch Erwerbslosigkeit, psychosoziale Folgen einer chronischen Erkrankung). Für die Gesundheitsförderung ist dieser Ansatz von Relevanz, weil sich nur unter Berücksichtigung dieser Komplexität Zielgruppen für Gesundheitsförderung und Prävention angemessen definieren lassen.

Vor diesem Hintergrund gewinnt die Gesundheitsförderung in Settings [7] (Settingansatz/Lebensweltansatz), allen voran dem Setting Kommune, wie sie durch das

Präventionsgesetz intendiert sind, eine besondere Stellung, da sich verschiedene Einflussfaktoren auf die Gesundheit einschließlich der Lebenslagen gestalten lassen.

Das Konzept der Lebenslagen beinhaltet folgende Ebenen:

- Versorgungs- und Einkommensspielraum (z. B. Zugang zu Ressourcen)
- Kontakt- und Kooperationsspielraum (z. B. Möglichkeiten der Kommunikation und Interaktion, soziale Einbindung)
- Lern- und Erfahrungsspielraum (z. B. Möglichkeiten der Realisierung von Interessen)
- Muße- und Regenerationsspielraum (z. B. Möglichkeiten, Belastungen auszugleichen)
- Dispositions- und Partizipationsspielraum (z. B. Möglichkeiten der Mitbestimmung in zentralen Lebensbereichen)

Der Begriff der Lebenslage hat vor allem in der Armutsforschung Bedeutung erlangt und ist auch das zentrale Konzept der Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung [8]. Armut wird in diesem Zusammenhang definiert als das Unterschreiten von Mindeststandards in zentralen Lebenslagen.

Diese Ebenen werden aus feministischer Perspektive erweitert, um die soziale Ungleichheit der Geschlechter abzubilden [9]:

- Sozialbindungsspielraum (Feststellung durch soziale Bindungen, z. B. Mutter- oder Vaterschaft)
- Geschlechtsrollenspielraum (z. B. Geschlechtsstereotypisierungen und Festlegung auf geschlechtliche Arbeitsteilung)
- Schutz- und Selbstbestimmungsspielraum (z. B. Beeinträchtigung durch Gewalterfahrung

Eng verknüpft mit dem Konzept der Lebenslage ist jenes der Verwirklichungschancen (Capability Approach; Verwirklichungschancen/Capabilities [10], [11]. Bereits in den ersten Arbeiten zum Lebenslagenbegriff wurden Lebenslagen als „Spielraum“ definiert, den die äußeren Umstände zur Erfüllung individueller Grundanliegen bieten. Ähnlich lassen sich Verwirklichungschancen fassen: Hierunter werden umfassende Fähigkeiten verstanden, ein Leben so zu führen, wie es den eigenen Vorstellungen entspricht. In diesem Ansatz werden sowohl die individuellen Potenziale (Einkommen, Gesundheit/Krankheit, Bildung etc.) als auch die gesellschaftlich bedingten Chancen (soziale und ökonomische Chancen, sozialer Schutz, ökologische Sicherheit, politische Chancen) als Einflussfaktoren auf die Verwirklichungschancen unterschieden. Die Einflussfaktoren werden zwar analytisch getrennt, stehen aber in Wechselwirkung.

Verwirklichungschancen sind die Voraussetzung dafür, dass Individuen die Freiheit haben, sich für oder gegen eine bestimmte Lebensführung zu entscheiden. Die Bezüge zur Ottawa-Charta, die die als einen Prozess Gesundheitsförderung begreift, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen [12] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen), werden hier deutlich. So lässt sich gesundheitliche Ungleichheit als Folge eines Mangels an Empowerment und Partizipation begreifen und der Capability Approach als theoretische Begründung für die praktischen Bemühungen heranziehen, Menschen zu gesundheitsförderlichem Handeln zu befähigen [13] (Empowerment/Befähigung), [14].

Der Begriff Lebensphase

Der Begriff der Lebensphasen setzt einen anderen Akzent und verweist auf definierte Altersabschnitte im Lebenslauf sowie auf spezifische Übergangsphasen (z. B. erste Elternschaft, Übergang in die nachberufliche Phase), die einen Einfluss auf Gesundheit und gesundheitsrelevantes Verhalten ausüben können [15], [16], [17] (Gesundheitsförderung und Prävention im Alter; Frühe Hilfen; Gesundheitsförderung im Kindesalter).

Im Zentrum der Aufmerksamkeit der Gesundheitsförderung standen lange Zeit vor allem die Kindheit und Jugend, da in diesen Lebensphasen zentrale Weichen für die Entwicklung der körperlichen und psychischen Gesundheit gestellt werden. Beispiele hierfür sind Projekte, die die Arbeit von Familien-Hebammen in das Zentrum stellen, und Familien (vor allem jene in schwierigen Lebenslagen) bereits vor der Geburt beraten und begleiten.

Inzwischen wird aber auch für das mittlere und höhere Lebensalter die Frage gestellt, welche gesundheitlichen Potenziale genutzt und gefördert werden können (z. B. Projekte, die den Übergang auf die nachberufliche Phase unterstützen). Mit dem Aufbau integrierter kommunaler Interventionsstrategien („Kommunale Präventionsketten“) wird den Übergängen besondere Aufmerksamkeit geschenkt [18].

Mit Blick auf die Lebensphase Kindheit und Jugend wird nicht nur gefragt, wie gesundheitsrelevantes Verhalten geprägt und gefestigt wird, sondern auch, wie sich sozial ungleiche Lebensbedingungen langfristig auf die Gesundheit auswirken [19]. Diskutiert werden zwei theoretische Modelle: Das Modell kritischer Perioden geht davon aus, dass in zeitlich begrenzten Entwicklungsphasen der Organismus besonders anfällig für irreversible Störungen ist. Das Modell kumulativer Exposition hingegen postuliert, dass im Lebensverlauf Belastungen und Risiken in Abhängigkeit von Dauer und Wirkung kumulative Effekte haben.

Angehörige unterer sozialer Schichten sind verstärkt Risiken ausgesetzt, die sich langfristig auf die Gesundheit auswirken. Es wird heute davon ausgegangen, dass die Risiken nicht additiv wirken, sondern dass von Risikoketten und Pfadmodellen auszugehen ist, die den Einflüssen im Kindes- und Jugendalter besondere Bedeutung zumessen, weil sie die Weichen für ungleiche Lebens- und Teilhabechancen stellen.

Gesundheitsförderung und Lebenslagen/Lebensphasen

Für die Gesundheitsförderung bedeutet die Berücksichtigung der Lebenslagen und Lebensphasen, dass differenzierte Förderkonzepte entwickelt werden müssen, die

- auf die konkrete Lebenssituation von Einzelnen und Gruppen in lokalen Kontexten abgestimmt sind [4] (Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren),
- dort vorhandene Ressourcen systematisch zu erschließen versuchen [20] (Resilienz und Schutzfaktoren) und
- unterschiedliche Bedürfnisse, entsprechend den unterschiedlichen Lebenslagen, anerkennen.

Dies setzt eine genaue Kenntnis der Lebenslagen der jeweiligen Zielgruppen voraus, die über gemeindebezogene Formen der Praxisforschung und -entwicklung gewonnen werden kann. Dieses Vorgehen beinhaltet die Beteiligung der Zielgruppen bei der Planung und Umsetzung von Projekten zur Gesundheitsförderung [21] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger).

Internetadressen:

- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

References

1. Lampert T, Hoebel J, Kroll LE. Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland. Aktuelle Situation und Trends. J Health Monit. 2019;4(1). DOI:10.25646/5868
2. 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
3. Kolip P. Praxisbuch Qualitätsentwicklung und Evaluation in der Gesundheitsförderung. Weinheim: Beltz Juventa; 2019.
4. Blümel S, Lehmann F, Hartung S. Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i128-2.0
5. 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
6. Mielck A. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsmöglichkeiten und Interventionsmöglichkeiten. Bern: Huber; 2000.
7. Hartung S, Rosenbrock R. Settingansatz–Lebensweltansatz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten. 2022. p. Strategien-und Methoden. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i106-2.0
8. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Der 7. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. 2024. [accessed 2024 Aug 29]. Available from: https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/DE/Service/Meldungen/Meldungen/zweites-symposium-zum-siebten-arb.html

9. Enders-Dragässer U, Sellach B. Weibliche Lebenslagen und Armut am Beispiel von alleinerziehenden Frauen. In: Hammer V, Lutz R, editors. Weibliche Lebenslagen und soziale Benachteiligung. Theoretische Ansätze und empirische Beispiele. Frankfurt am Main: Campus; 2002. p. 18–44.
10. Altgeld T, Bittlingmayer UH, Islertas Z. Verwirklichungschancen / Capabilities. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i126-2.0
11. Sen A. Ökonomie für den Menschen. Wege zur Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft. München, Wien: dtv; 2000.
12. 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
13. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i10-3.0
14. Abel T, Schori D. Der Capability-Ansatz in der Gesundheitsförderung: Ansatzpunkte für eine Neuausrichtung der Ungleichheitsforschung. ÖZS. 2009;34:48–64.
15. Geigl C, Anderle L, Leitzmann M, Janßen C. Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i002-4.0
16. 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/bioeg:q4-i020-2.0
17. Richter-Kornweitz A, Kruse C. Gesundheitsförderung im Kindesalter. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i041-3.0
18. Richter-Kornweitz A, Utermark K. Werkbuch Präventionskette, Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen. Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.; 2013. [accessed 2024 Aug 29]. Available from: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_Werkbuch_Praeventionskette.pdf
19. Kuh D, Ben-Shlomo Y. A life course approach to chronic disease epidemiology. Oxford: Oxford University Press; 1997.
20. Rönnau-Böse M, Fröhlich-Gildhoff K, Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i101-2.0
21. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0

Korrespondenz: Prof. Dr. Petra Kolip, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Postfach 100131, 33501 Bielefeld, Deutschland, E-mail: petra.kolip@uni-bielefeld.de

Zitierhinweis: Kolip P. Lebenslagen und Lebensphasen. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i071-1.0

Copyright: © 2026 Petra Kolip
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/

Lebensweisen / Lebensstile

Dominik Röding[1]
[1] Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Germany

Abstract

Lebensweisen- und Lebensstilansätze in der Gesundheitsförderung fokussieren die gesundheitsrelevanten Handlungsmuster der Menschen und betonen dabei die Verwobenheit des gesundheitsrelevanten Verhaltens mit den jeweiligen ökonomischen, sozialen und kulturellen Lebensbedingungen. Interventionen mit diesen Ansätzen müssen – ausgehend von den jeweiligen Lebenswelten – gemeinsam mit den Zielgruppen Veränderungsprozesse gestalten, um zu einer nachhaltigen Verbesserung der Gesundheitschancen aller und insbesondere von sozial benachteiligten Menschen beizutragen.

Keywords: Lebensstil, Lebensweise, Gesundheitsverhalten, integrierte Gesundheitsstrategie

Das Lebensweisenkonzept

Das Lebensweisenkonzept ist Ende der 1970er-Jahre aus der Kritik an der medizin- und individuenorientierten Prävention entstanden. Auf institutioneller Ebene stimmte 1981 das Europäische Regionalkomitee der WHO einem neuen Programm mit dem Titel „Lebensweisen und Gesundheitserziehung“ zu. Außerdem wurde „Lebensweise und Gesundheit“ als einer der vier Themenbereiche der damals neuen Regionalstrategie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ der WHO [1] bestimmt. Im Zusammenhang mit der Entwicklung dieser Programme wurde das Konzept ausgearbeitet und differenziert.

Mit dem Lebensweisenkonzept wurde ein neues Verständnis von Gesundheit und Krankheit zum Ausdruck gebracht. Die bis dahin biomedizinisch geprägte Vorstellung, die Krankheiten primär auf physiologische Phänomene oder isolierte gesundheitsschädigende Verhaltensweisen reduzierte, wurde hinterfragt. Dem wurde nun die Vorstellung gegenübergestellt, dass Gesundheit und Krankheit in der Interaktion von biologischen, sozialen, psychologischen und ökonomischen Einflussfaktoren zwischen Individuum und Umwelt entsteht.

Der Begriff Lebensweise stellt diese Interaktion ins Zentrum. Verhalten kann demnach nicht isoliert vom unmittelbaren Lebenskontext oder der Lebenswelt – mithin von den Lebensbedingungen und den individuellen und kollektiven Ressourcen – betrachtet werden. Die Lebensweise repräsentiert und vermittelt immer gleichzeitig eine individuelle und kollektive Entwicklungsgeschichte. So wird die Lebensweise eines Individuums gekennzeichnet durch „die Gesamtheit normativer Orientierungen und Handlungsstrukturen, die im Verlauf seiner Biographie in der kontinuierlichen Auseinandersetzung zwischen Subjekt und gesellschaftlicher bzw. natürlicher Umwelt entwickelt wird. In der Lebensweise kommen subjektive Motivationen sowie Handlungspotentiale zum Ausdruck, die individuell, je nach sozialer Situation, genutzt werden“ ([2], S. 7).

Mit der Betonung der Bedeutung des gesellschaftlichen Umfeldes für die Entstehung von Gesundheit und Krankheit wurde deutlich, dass nicht nur das Gesundheitswesen für Gesundheit zuständig sein kann, sondern auch andere Sektoren wichtig sind für die Herstellung und den Erhalt von Gesundheit. Aus diesem Verständnis heraus wurden seitdem entsprechende Strategien abgeleitet. Eine davon ist die intersektorale Zusammenarbeit [3] (Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention), die Gesundheit zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe macht. Eng damit verknüpft ist die Strategie der Beeinflussung von Lebenswelten: Wenn Lebensweisen in der Interaktion zwischen Individuum und Umwelt entstehen, dann werden sie dort entwickelt, wo Menschen wohnen, arbeiten, aufwachsen und ihre Freizeit verbringen. Um diese unterschiedlichen Lebenswelten zusammen mit den Menschen gesundheitsförderlich zu gestalten, wurde der Settingansatz [4] (Settingansatz / Lebensweltansatz) entwickelt.

Der verhaltensmedizinische Lebensstilbegriff

Der Lebensstilbegriff in der Gesundheitsförderung wurde anfänglich stark von den Ergebnissen epidemiologischer Bevölkerungsstudien aus den USA der 1970er- und 1980er-Jahre geprägt. Dabei wurde erstmals die Bedeutung verhaltensbasierter Risikofaktoren systematisch nachgewiesen. Im Zuge der weltweiten Publikationen dieser Ergebnisse wurde der englische Begriff Lifestyle auch in den deutschsprachigen Gesundheitswissenschaften populär. In dieser Tradition verwendet, bezieht sich der Lebensstilbegriff überwiegend auf das zeitgleiche Auftreten mehrerer verhaltensbezogener Risikofaktoren in abgrenzbaren Studienpopulationen. Für die Erklärungsmodelle zu Gesundheit führt diese Begriffsauffassung zu einer Verengung auf Verhaltensaspekte und zu einer Vernachlässigung der kulturellen, sozialen und materiellen Handlungskontexte der Menschen. Der so geprägte Lebensstilbegriff wird heute oft in einer „individualisierenden“ Perspektive verwendet, die ihrerseits jedoch mit dem Gesundheitsverständnis der Ottawa-Charta grundsätzlich inkompatibel ist. Nach deren Ausführungen wird Gesundheit in den jeweiligen gesellschaftlichen Alltagskontexten (Lebenswelten) hergestellt. Interventionen müssen demzufolge diese Kontexte berücksichtigen. In der Praxis können Lebensstilansätze ohne die Berücksichtigung der spezifischen Lebensbedingungen der Menschen (geprägt z. B. nach Schicht, Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund) dann sogar zur Verstärkung (statt Abbau) sozialer Ungleichheiten in der Gesundheit führen.

Gesundheitsrelevante Lebensstile

Teilweise als Gegenreaktion zu den individualisierten „Lifestyle“-Konzepten wurden seit den 1980er-Jahren theoriebasierte Arbeiten publiziert, die die genannten Schwächen zu vermeiden suchten. Mit Rückgriffen auf soziologische Arbeiten u. a. von Max Weber, Anthony Giddens und Pierre Bourdieu gelang es den neueren Ansätzen zunehmend, Lebensstile als das Zusammenwirken von strukturbasierten Lebensbedingungen und den (kreativen) Auswahl- und Gestaltungsleistungen der Menschen zu verstehen [5].

Vor diesem Hintergrund können heute gesundheitsrelevante Lebensstile definiert werden als „... typische Muster von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, Orientierungen und Ressourcen, die von Individuen in ihrer Auseinandersetzung mit ihren sozialen, kulturellen, ökonomischen und ökologischen Lebensbedingungen entwickelt werden“ ([6], S. 297).

- Das gesundheitsrelevante Verhalten umfasst dabei alle Verhaltensweisen, die für die Gesundheit der Person direkt von Bedeutung sind, wie z. B. Ernährung, Sport, Bewegung und die Inanspruchnahme des medizinischen Systems, aber auch den Konsum von Genuss- und Suchtmitteln.
- Die gesundheitsbezogenen Orientierungen basieren auf Werten, normativen Vorgaben und Einstellungen, die direkt oder indirekt für die Gesundheit relevant sind und nach denen das Verhalten ausgerichtet wird. Ein Beispiel ist die Frage, inwiefern Gesundheit ein vorrangiges Lebensziel darstellt.
- Gesundheitsrelevante Ressourcen werden nach individuellen Ressourcen einerseits und sozialen Ressourcen andererseits unterschieden. Mit individuellen Ressourcen sind personengebundene Faktoren wie Wissen und Fähigkeiten gemeint sowie die persönlichen materiellen Mittel, die einem zur Verfügung stehen. Soziale Ressourcen liegen außerhalb des einzelnen Individuums. Sie umfassen u. a. die soziale Unterstützung durch die Familie oder den Freundeskreis sowie die gesundheitsrelevanten äußeren Lebensverhältnisse, so z. B. sichere und gesunde Wohnbedingungen, existenzsichernde Arbeitsplätze, eine bewegungsförderliche Infrastruktur.

Gesundheitsverhalten, Einstellungen und Ressourcen stehen in engem Zusammenhang miteinander und bilden aufeinander abgestimmte Muster. Die Definition gesundheitsrelevanter Lebensstile von Abel, Buddeberg & Duetz, [6] setzt den handelnden Menschen in das Zentrum, ohne aber einem verhaltenstheoretischen Reduktionismus zu verfallen. Sie verweist zugleich auf die meist schicht-, klassen- oder milieuspezifischen kontextuellen Bedingungen auf Mikro- (z. B. Familien), Meso- (z. B. Schule) oder Makroebene (z. B. Konsumgesellschaft). Diese werden hier als die limitierenden bzw. ermöglichenden strukturellen Bedingungen verstanden.

Gemäß heutiger theoretischer und empirischer Erkenntnisse lässt sich festhalten: Gesundheitsrelevante Lebensstile

- sind das Produkt von objektiven Lebensbedingungen und dem, was die Individuen daraus machen,
- erfüllen spezifische Aufgaben für die Gesellschaft, für Gruppen und Individuen (erlauben und

repräsentieren z. B. soziale Zugehörigkeiten; dienen der Orientierung in zeitlichen und sozialen Räumen),
- kommen meist in Mischformen vor, wobei es kleinere Gruppen von konsistent gesundheitsförderlichen und von risikoreichen Lebensstilen gibt,
- sind insbesondere von den sozialen Faktoren Geschlecht, Alter und soziale Schicht geprägt und
- sind relativ stabil, jedoch unter bestimmten äußeren Lebensbedingungen auch veränderlich.

Umsetzungsaspekte

Für Interventionsansätze im Hinblick auf Lebensweisen und Lebensstile gilt gleichermaßen, dass sie bei den jeweiligen Lebenswelten der Menschen ansetzen müssen. Konkret geschieht dies häufig über einen Zielgruppenansatz innerhalb eines spezifischen geografischen Raumes, wie beispielsweise im Rahmen sogenannter Präventionsketten und integrierter kommunaler Gesundheitsstrategien.

In Deutschland werden Aufbau und Weiterentwicklung integrierter kommunaler Gesundheitsstrategien durch verschiedene Initiativen (z. B. kommunaler Partnerprozess „Gesundheit für alle“ und Gesunde Städte-Netzwerk) gefördert. Der gemeindeorientierte Ansatz der integrierten kommunalen Gesundheitsstrategie basiert auf einem koordinierten Netzwerk aus verschiedenen gesellschaftlichen Sektoren und administrativen Ressorts sowie aus Einwohnerinnen und Einwohnern der Kommune (Partizipation / Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger). Dabei kommen vor allem auch die Konzepte Vermitteln und Vernetzen [7] (Netzwerkarbeit – Vermitteln und Vernetzen als professionelle Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung) , Capacity Building / Kapazitätsentwicklung [8], gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, gesundheitliche Chancengleichheit [9] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit) und Partnerschaften für Gesundheit [10] zum Tragen. Ziel ist es, die Kommune zu befähigen [11] (Empowerment / Befähigung), die Determinanten der Gesundheit vor Ort so zu gestalten, dass die physischen und die psychosozialen Lebens- und Arbeitsbedingungen in der Kommune das Wohlbefinden und die Gesundheit der in ihr lebenden Menschen fördern. So kann z. B. eine städtebauliche Maßnahme in einer Wohnsiedlung über eine Lärmreduktion Wohlbefinden und Gesundheit der Anwohnenden direkt beeinflussen. Dies ist auch indirekt möglich, wenn durch die Maßnahme ein Beitrag zur Förderung eines körperlich aktiven Lebensstils geleistet wird, etwa weil die Anwohnenden nach der Lärmreduktion ihr Wohnumfeld vermehrt für körperliche Freizeitaktivitäten nutzen.

Bei der Planung, Verknüpfung und Umsetzung einzelner Programme, Angebote und Aktivitäten greifen integrierte kommunale Gesundheitsstrategien auf Konzepte wie Lebenslagen und Lebensphasen zurück, um zielgruppenspezifische Bedarfe und Bedürfnisse zu identifizieren und zu adressieren.

Zudem wird vorgeschlagen (z. B. [12]), Lebensweltansätze mit dem Konzept Gesundheitskompetenz / Health Literacy [13] zu verknüpfen, um Menschen zu motivieren und zu befähigen, ihre Lebenswelten und Lebensweisen gesundheitsförderlich zu gestalten. Ein Beispiel hierfür findet sich in der langfristigen Strategie der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz [14].

Möglichkeiten und Grenzen

Obgleich Lebensweise- und Lebensstilansätze die Verwobenheit des gesundheitsrelevanten Verhaltens mit den Lebensbedingungen betonen, dominieren in der Gesundheitsförderung auch heute noch behavioristische Interventionsansätze. Allerdings findet man zunehmend Interventionsansätze, die diese Verwobenheit berücksichtigen und zudem wirksam sind. So zeigt die Meta-Analyse von Brunton, Caird, Kneale, Thomas & Richardson [15] zu kommunalen intersektoralen Netzwerke für Gesundheitsförderung, dass deren Effektivität umso höher ist, je stärker die lokalen sozialen Gruppen und Akteure daran partizipieren. Der Unterschied beträgt bei verhaltensbezogenen Outcomes 0,673 Standardabweichungen (mittlerer Effekt) und bei gesundheitsbezogenen Outcomes 0,192 (schwacher Effekt). Eine Meta-Analyse von Courtin, Kim, Song, Yu & Muennig [16] zeigt, dass frühe Hilfen und bildungsbezogene Interventionen langfristig die Raucherprävalenz um 8 % reduzieren und dass Programme zur Einkommenssicherung und Krankenversicherung die selbsteingeschätzte Gesundheit um 20 % erhöhen.

Perspektiven und Empfehlungen

Im deutschsprachigen Raum sind Interventionsansätze, die explizit der Verwobenheit des gesundheitsrelevanten Verhaltens mit den Lebensbedingungen Rechnung tragen [3], [4] (z. B. Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention,

Settingansatz / Lebensweltansatz), bislang nur selten hinsichtlich ihrer langfristigen Effekte auf Verhaltens- und Gesundheitsparameter untersucht worden. Es wird empfohlen, dass künftig auch im deutschsprachigen Raum derartige Interventionen regelmäßig summativ evaluiert werden.

Ich danke Thomas Abel und Brigitte Ruckstuhl für ihre Arbeit an den Vorfassungen dieses Leitbegriffs.

Internetadressen:

- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Der kommunale Partnerprozess “Gesundheit für alle” n.d. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/partnerprozess

References

1. World Health Organization (WHO), editor. Global strategy for health for all by the year 2000. Geneva; 1981.
2. Wenzel E. Lebensweisen und Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 1983. p. 1–17.
3. 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
4. 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
5. Röding D. Lebenslagen, Lebensstile und Gesundheit. Theoretische Reflexionen und empirische Befunde. Münster: LIT-Verlag; 2018.
6. Abel T, Buddeberg C, Duetz M. Gesundheitsrelevante Lebensstile. In: Buddeberg C, editor. Psychosoziale Medizin. Heidelberg: Springer; 2003. p. 296–306. DOI:10.1007/978-3-642-18825-1_11
7. Quilling E, Tollmann P, Brähler-Dieling N, Trojan A, Süß W. Netzwerkarbeit – Vermitteln und Vernetzen als professionelle Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I125-3.0
8. Nickel S, Trojan A. Capacity Building / Kapazitätsentwicklung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I007-3.0
9. 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
10. 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
11. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I10-3.0
12. WHO Regional Office for Europe, editor. Health Literacy. The Solid Facts. Denmark; 2013.
13. 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
14. Gesundheitsförderung Schweiz. Langfristige Strategie von Gesundheitsförderung Schweiz. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz; 2006.
15. Brunton G, Caird J, Kneale D, Thomas J, Richardson M. Review 2: Community engagement for health via coalitions, collaborations and partnerships: a systematic review and meta-analysis.

London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, UCL Institute of Education, University College London; 2015.

16. Courtin E, Kim S, Song S, Yu W, Muennig P. Can Social Policies Improve Health? A Systematic Review and Meta-Analysis of 38 Randomized Trials. Milbank Q. 2020;98(2):297–371. DOI:10.1111/1468-0009.12451

Korrespondenz: Dr. rer. pol., M.Sc. Dominik Röding, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Deutschland, E-mail: Roeding.Dominik@mh-hannover.de

Zitierhinweis: Röding D. Lebensweisen / Lebensstile. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i073-1.0

Copyright: © 2026 Dominik Röding
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/

Lernpsychologische Perspektive

Thomas von Lengerke[1]
Peter Franzkowiak[2]

[1] Forschungs- und Lehreinheit Medizinische Psychologie, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Germany

[2] Fachbereich Sozialwissenschaften, Hochschule Koblenz, Koblenz, Germany

Abstract

Lernen als erfahrungsbasierter Erwerb von Wissen und Fertigkeiten ist ein Kernkonzept der Psychologie und eine zentrale Grundlage gelingender Interaktion von Menschen mit ihrer Umwelt. Im Folgenden werden die unterschiedlichen Lernformen eingeführt und lernpsychologisch fundierte Techniken der Verhaltensveränderung (Behavior Change Techniques) exemplarisch beschrieben. Abschließend werden die Lerntheorien in aktuelle Public-Health-Entwicklungen eingeordnet und Forschungsdesiderate beschrieben.

Keywords: Lernen, Lernformen, Verhalten, Handeln, Techniken der Verhaltensveränderung (Behaviour Change Techniques)

Einführung

Lernen kann als Erwerb von Wissen und Fertigkeiten definiert werden [1]. Das Wort „kann“ soll andeuten, dass – wie in der Wissenschaft die Regel – auch für das Konzept „Lernen“ keine einheitliche Definition existiert. Etymologisch geht der Begriff auf das Gotische „lais = »ich weiß«, eigentlich »ich bin wissend geworden, habe erfahren, habe nachgespürt«“ zurück [2]. Als weiterer Bezug wird das indogermanische „*leis- »am Boden gezogene Spur, Furche«“ [3] genannt, sodass als Ausgangsbedeutung „auf der Spur des Wildes sein, sie beobachten und erkennen“ [3] möglich ist.

Wie immer man sich dem Begriff nähert: „Lernen“ verweist als Konstrukt auf Prozesse, im Rahmen derer Menschen auf Erfahrung beruhende psychische Potenziale entwickeln. Diese Potenziale ermöglichen Handlungen und Verhaltensweisen – und damit die Interaktion mit der jeweils präsenten Umwelt.

Vor diesem Hintergrund ist das Phänomen „Lernen“ für Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung vor allem deshalb bedeutsam, weil Lernprozesse auf die wichtigsten Risikofaktoren für vorzeitige Mortalität direkt oder indirekt Einfluss nehmen. So waren 2019 global 10,8 Millionen (19,2 %) aller Todesfälle auf systolischen Bluthochdruck, 8,7 Millionen (15,4 %) auf Tabakkonsum und 7,9 Millionen (14,1 %) auf ernährungsbezogene Risikofaktoren zurückzuführen [4]. Mithin ist davon auszugehen, dass derzeit die „Top 3“ der weltweiten Todesursachen entweder verhaltensmitbedingt sind oder selbst Verhaltensweisen darstellen (sog. Level-4-Risikofaktoren, die in der Nachfolgepublikation der Global Burden of Disease Study in dieser Auflösung nicht prominent dargestellt worden sind [5], siehe auch [6] (Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell).

Definition und Klassifikation

Wenn durch den Erwerb von Wissen und Fertigkeiten auf Erfahrung beruhende, vergleichsweise dauerhafte Verhaltenspotenziale aufgebaut werden, spricht man in der Psychologie von „Lernen“. In dieser Definition werden häufig entsprechende Veränderungen im Verhalten selbst inkludiert. Dieser Konzeption von Verhaltensveränderung als Lernprozess nicht zu folgen, hat jedoch Vorteile, auch wenn die Rede von „erlerntem Verhalten“ alltagssprachlich verständlich ist und die historisch enge Bindung einiger psychologischer Lerntheorien zum Behaviorismus widerspiegelt. Dadurch wird berücksichtigt, dass Lernen selbst nicht direkt beobachtbar ist, sondern vielmehr die Handlungen und Verhaltensweisen eines Menschen, die sich im Lauf der Zeit ändern und auf Prozesse des Lernens zurückgeführt werden können. Handeln und Verhalten stellen in diesem Sinne also Ergebnisse (nicht Teile) von Lernprozessen dar. Dabei ist die Beziehung reziprok: Nicht nur fördert (oder verhindert) Lernen Verhalten, regelmäßige Ausführung von Verhalten kann auch Lernprozesse fördern („Übung macht den Meister“ bzw. „practice makes perfect“).

Grundsätzlich können fünf Formen des Lernens unterschieden werden, denen historisch auch verschiedene wissenschaftliche Modellvorstellungen zugrunde liegen. Tabelle 1 gibt einen Überblick über diese Lernformen.

Name	**Prinzip**	**Zentrale Konzepte**
Klassische Konditionierung	Reiz-Reaktions-Lernen, Kontingenzlernen, „respondentes Modell“	• Auslösen einer Reaktion durch einen Reiz, der die Reaktion ursprünglich nicht auslöst, jedoch durch zeitliche Kopplung (Kontiguität) mit einem initial reaktionsauslösenden (also unkonditionierten) Reiz eine entsprechende Signalfunktion erhält und dann die Reaktion auslöst (= zu einem konditionierten Reiz wird)
Operante Konditionierung	Lernen durch Konsequenzen, Lernen am Erfolg, „operantes Modell“	• Positive Verstärkung (angenehme Konsequenzen, Belohnung) • Negative Verstärkung (Entzug aversiver Konsequenzen) • Direkte Bestrafung (aversive Konsequenzen) • Indirekte Bestrafung (Entzug angenehmer Konsequenzen) • Verstärkerpläne
Beobachtungslernen	Lernen am Modell	• Lernen durch Nachahmung/Imitation • Soziales Lernen an Verhaltensmodellen • Verstehen von Handlungen und Übernahme des Modellverhaltens: Informationsaufnahme (Aufmerksamkeitsprozesse), Informationsverarbeitung und -speicherung, Verstärkungs- und Motivationsprozesse

Name	Prinzip	Zentrale Konzepte
Lernen durch Einsicht	Erwerb von Wissen und Begriffen	• Kognitionen: Gedankliche Prozesse und Inhalte, die im Zusammenwirken mit der Umwelt Handeln und Verhalten vermitteln • Bildung von Begriffen und Begriffshierarchien • Assimilation (Regellernen, rezeptives Lernen, entdeckendes Lernen) • Repräsentation und mentale Modelle (Vernetzung sprachlicher, bildhafter und handlungsbezogener Vorstellungen von Ausschnitten der Realität) • Gedächtnis (Erinnern und Vergessen)
Lernen durch Selbstregulation	Selbstmanagement, Erwerb von Problemlösekompetenzen	• Handeln als zielgerichtetes Verhalten • Handlungs-Ergebnis-Erwartungen und Selbstwirksamkeitserwartungen (Handlungskompetenzen) • Vermittlung zwischen Motivation und Handeln durch Pläne (Volition) • Handlungssteuerung • Problemlösen (Versuch/Irrtum, Umstrukturierung, Strategien/Heuristiken, Kreativität, Systemdenken)

Tab. 1: Fünf Formen des Lernens aus psychologischer Sicht im Überblick (eigene Darstellung)

Zuweilen werden noch Habituation (Gewöhnung: Abschwächung einer Reaktion bei längerer oder wiederholter Darbietung eines auslösenden Reizes) und Dishabituation sowie Sensitivierung (Verstärkung einer Reaktion bei längerer oder wiederholter Darbietung eines Reizes) als nicht-assoziative Lernformen beschrieben [7].

Die in Tabelle 1 dargestellten Lernformen spielen in der Klinischen Psychologie für die kognitive Verhaltenstherapie eine grundlegende Rolle, einem psychotherapeutischen Verfahren also, das an der Veränderung pathogener Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Verarbeitungsmuster ansetzt, welche

unerwünschte Verhaltensweisen fördern [1]. Ein Kernelement der kognitiven Verhaltenstherapie ist das sogenannte SORCK-Modell. Es bildet die Komponenten Stimuli, Organismus, Reaktionen, Konsequenzen (Consequences) und Kontingenzen ab und ermöglicht mithin die systematische Analyse von Verhaltensweisen und den dazu beitragenden Lernprozessen (s. [8] zu Grundlagen der Verhaltenstherapie).

Für die Leitbegriffe der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, für die therapeutische Verfahren weniger zentral sind, ist von besonderem Belang, dass nicht nur psychopathologisches Verhalten, sondern auch „normale“, „nur“ ungesunde Verhaltensweisen Lernprozessen unterliegen. Denn die Prinzipien, die den verschiedenen oben genannten Lernformen unterliegen, gelten aus Sicht der Allgemeinen Psychologie universell. Dementsprechend sollten lernpsychologisch begründete Interventionen der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung auch dem Grundverständnis der wissenschaftlichen Psychologie folgen, deren Ziele das Beschreiben, Erklären, Vorhersagen und Modifizieren von (gesundheitsrelevanten) Verhaltens- und Handlungsweisen durch die Suche nach Gesetzmäßigkeiten mittels Theoriebildung, Operationalisierung und empirischer Überprüfung sind [9], [10]. Dem liegt ein Menschenbild zugrunde, das nicht nur grundsätzliche Lernfähigkeit unterstellt, sondern seine potenzielle (Selbst-)Reflexivität, Intentionalität und Handlungsfähigkeit betont. Es geht damit über klassisch-behavioristische Vorstellungen hinaus, die von weitgehender Außensteuerung des Menschen im Sinne der assoziativen Lernformen des klassischen und operanten Konditionierens ausgehen [8], [11].

Ob dies zwingend die Konzeption „Man-the-Scientist“ impliziert, also dass Menschen Ereignisse ihres Lebens aktiv gestalten, vorhersagen und kontrollieren wollen (und teilweise auch können) [12], [13], sei hier offengelassen. In jedem Fall sollte jedoch das Argument der Selbstanwendbarkeit auch von Lerntheorien – also ihre prinzipielle Gültigkeit auch für Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler – aus wert- und zweckrationalen Gründen handlungsleitend sein [14], [15].

Anwendung: Verhaltensveränderungstechniken

Zunächst ist wichtig, sich zu vergegenwärtigen, dass (nicht nur) psychologische Theorien häufig lediglich beschreiben, was geändert werden sollte, und nicht, wie dies geschehen kann. Eine systematische Zuordnung sog. Behavior Change Techniques (BCTs) [16] zu handlungs- und verhaltensfördernden Faktoren und Mechanismen (und damit auch Lernprozessen) wird seit den 2010er-Jahren von der Arbeitsgruppe um die britische Psychologin Susan Michie vorangetrieben [17], [18], [19], [20], [21] (Erklärungs- und Veränderungsmodelle 2: Theoriebasierte Interventionsplanung). Neben dem Argument der Evidenzbasierung steckt dahinter auch die Überzeugung, dass die Beschreibung von Interventionen, die sich auf das Handeln und Verhalten von Menschen beziehen, ähnlich vereinheitlichte Begriffe verwenden sollte wie in der somatomedizinischen Forschung (z. B. in Medikamentenstudien), damit ihre Nachvollziehbarkeit und Übertragbarkeit gefördert werden.

Damit liegt eine umfassende Taxonomie von Verhaltensänderungstechniken vor. Sie ist zur Planung, Beschreibung, Bewertung und zum Vergleich verhaltensbasierter Interventionen geeignet. Insgesamt 93 Techniken wurden identifiziert und in 16 Oberkategorien geclustert. Die BCT Taxonomy [16] ist inzwischen auch als Handy-App verfügbar [22]. Tabelle 2 listet exemplarisch 27 BCTs auf, die besonders enge Bezüge zu den hier beschriebenen Lernformen haben. Diese Techniken sind vielfach erprobt und werden seit Jahrzehnten in Gebieten wie der Verhaltensmedizin [23], Gesundheitsverhaltensforschung [24] und Gesundheitspsychologie [25] als Einzelmethoden und kombiniert im Rahmen multimodaler Ansätze angewandt.

Kategorie (Cluster)	BCT	Definition	Beispiele
Ziele und Planung	Verhaltensziele setzen	Setzen bzw. Vereinbarung eines Ziels oder mehrerer Ziele im Sinne der Verhaltensweise(n), die erreicht werden soll(en)	Mehr regelmäßige körperliche Bewegung; verbesserte Händehygiene

Kategorie (Cluster)	BCT	Definition	Beispiele
	Handlungsplanung	Erarbeitung eines detaillierten Planes, wie das Verhaltensziel umgesetzt werden soll, einschließlich mindestens eines der folgenden Parameter: Kontext, Häufigkeit, Dauer und/oder Intensität (sog. „Implementations-intentionen“)	Drei Mal in der Woche morgens vor der Arbeit entweder allein oder mit Partner bzw. Partnerin so joggen, dass man ins Schwitzen kommt; Desinfektion der Hände in 80 % der Fälle, in denen Desinfektion indiziert ist
	Verhaltensverträge	Schriftliche Spezifikation (mit Zeugen) der bzw. des Verhaltensziele/s	Verschriftlichung der oben genannten Ziele und Pläne
Feedback und Monitoring	Rückmeldung (Feedback) zum Verhalten	Verhaltensbeobachtung und informative und/oder evaluative Feedbacks zur Verhaltensausführung	Feedback zum Verhalten auf Basis von Verhaltensmessungen (z. B. Pedometer, Food-Frequency-Fragebogen, Compliance-Beobachtungen im Krankenhaus)
	Selbstbeobachtung des Verhaltens	Etablierung von Methoden zur Selbst-beobachtung und -messung des Verhaltens	Verhaltenstagebücher; Pedometer
	Biofeedback	Informatives und/oder evaluatives Feedback zu körperlichen Effekten auf Basis medizinischer Messinstrumente	24-Stunden-Blutdruckmessung
Soziale Unterstützung	Praktische soziale Unterstützung	Beratung zu und Etablierung von praktischer sozialer Unterstützung zur Verhaltensausführung	Erinnerungsanrufe durch Freunde; Recall-Systeme in Zahnarztpraxen

Kategorie (Cluster)	BCT	Definition	Beispiele
Wissensvermittlung	Anleitung zur Ausführung des Verhaltens	Beratung und Vereinbarung zur Verhaltensausführung (einschließlich Training von Fertigkeiten)	Korrekte Verwendung von Kondomen am Modell; Verwendung technischer Devices zur Blutzuckerkontrolle; blutdruckgerechte körperliche Bewegung
	Verhaltensexperimente	Beratung zur und Durchführung von Tests zur Überprüfung von verhaltensbezogenen Hypothesen mittels Daten	Fluoreszenztest mit UV-Schwarzlicht zur Überprüfung (in-)korrekter Hände-desinfektionstechniken
Verhaltensfolgen	Information zu gesundheitlichen Konsequenzen	Informationsvermittlung zu den gesundheitlichen Konsequenzen des Verhaltens (Compliance vs. Non-Compliance)	Beratung zu erhöhten Infektionsrisiken durch vorzeitige Beendigung antibiotischer Therapien; präventive Effekte von Safer Sex; Risikorechner
	Vorweggenommenes Bedauern	Induktion und Förderung von Bewusstsein bezüglich zukünftigen Bedauerns bei Beibehaltung ungesunden Verhaltens	Hinweis auf mögliche Reue aufgrund von Einschränkungen im höheren Alter durch kardiovaskulär-metabolische Risikoverhaltensweisen
Verhaltensvergleiche	Verhalten demonstrieren	Bereitstellung einer beobachtbaren Instanz des Zielverhaltens (Modelllernen)	Schulungsvideos; Fernsehspots
	Information zur Anerkennung anderer	Information zur Bewertung des Verhaltens durch andere	Erfassung und Kommunikation (fehlender) Anerkennung durch Vorgesetzte

Kategorie (Cluster)	BCT	Definition	Beispiele
Assoziationen	Prompts / Hinweisreize	Umweltbezogene oder soziale Reize, die das Verhalten zum Zeitpunkt oder am Ort der Ausführung anregen bzw. seine Ausführung signalisieren	Aufkleber am Badezimmerspiegel, um daran zu erinnern, sich die Zähne zu putzen
	Exposition	Systematische Konfrontation mit angstauslösendem Stimulus zur Verringerung zukünftiger Reaktionen	Habituationstraining; systematische Desensibilisierung
Wiederholung und Substitution	Verhaltenstraining und Verhaltensproben	Wiederholte Übung der Ausführung von Verhalten in geschütztem Rahmen, in dem das Verhalten nicht notwendig ist	Selbstsicherheitstrainings; Soft Skills-Kurse; Schulungen von Patientinnen und Patienten
	Generalisierung des Zielverhaltens	Ausführung des Zielverhaltens in neuen Situationen	Rauchverzicht nicht nur in Privatwohnung, sondern auch im Büro; Händedesinfektion auch vor Patientenkontakt (nicht nur danach)
	Abgestufte Aufgaben	Definition von Aufgaben in aufsteigender Schwierigkeit	Steigerung der zu Fuß oder per Fahrrad zurückgelegten Strecke pro Tag
Ergebnisse vergleichen	Vertrauenswürdige Quelle	Mündliche oder visuelle Äußerungen, die für oder gegen das Verhalten sprechen, von einer glaubwürdigen Quelle	Vortrag einer angesehenen Fachperson oder prominenten Persönlichkeit
	Nutzen und Kosten (Vor- und Nachteile, *engl.:* Pros & Cons)	Reflexion von Vor- und Nachteilen einer Verhaltensänderung	Motivierende Gesprächsführung

Kategorie (Cluster)	BCT	Definition	Beispiele
Belohnungen bzw. Anreize und Bestrafung	Selbstbelohnung	Selbstbelohnung nur im Falle von Fortschritten bei Zielverhaltenserreichung	Erwerb positiv bewerteter Güter nur bei Zielverhalten über definierte Zeit
Regulation	Reduktion negativer Emotionen	Beratung zum psychischen Wohlbefinden als verhaltensfördernd	Entspannungsverfahren zur Vermeidung von Rauchen als Bewältigungsstrategie
Auslösebedingungen	Restrukturierung der physischen Umwelt	Veränderung der physischen Umwelt, sodass das erwünschte Verhalten erleichtert wird (förderliche Rahmenbedingungen; *nicht:* Prompts/Hinweisreize) und das unerwünschte Verhalten erschwert wird (Barrieren)	Vorräte von Süßigkeiten zu Hause begrenzen; Verfügbarkeit von Händedesinfektions-spendern an den relevanten Points-of-Care
Selbstidentität	Identifikation mit der eigenen Person als Rollenmodell	Information zur Rollenmodell-Funktion des eigenen Verhaltens	Information zur Vorbildfunktion des eigenen Essverhaltens für die eigenen Kinder
	Inkompatible Überzeu-gungen	Diskrepanzen zwischen Verhalten und Selbstkonzept fokussieren, um hierdurch Änderungsbedürfnis zu erzeugen	Vergleich von beobachteter Händehygiene-Compliance mit eigenem infektions-präventiven Anspruch
Geplante Konsequenzen	Belohnungsapproxima-tion	Durch Belohnung von Reaktionen, die sich sukzessive dem Zielverhalten annähern, wird dies geformt (beinhaltet auch Shaping)	Jede Annäherung an die angestrebte Reduktion der Kalorienzufuhr wird belohnt.
Selbstbild	Frühere Erfolge fokussieren	Reflexion und Aktivierung früherer Situationen, in denen das Verhalten erfolgreich ausgeführt wurde	Dokumentation von Situationen, in denen (obwohl verfügbar) keine Drogen konsumiert wurden

Kategorie (Cluster)	BCT	Definition	Beispiele
Verdecktes Lernen	Stellvertretende Erfahrung	Beobachtung positiver und negativer Konsequenzen bei anderen Personen, die das Verhalten ausführen	Selbsthilfegruppen; Patientenschulungen

Tab. 2: Beispiele lernpsychologisch begründeter Verhaltensveränderungstechniken mit Anwendungsbeispielen für Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung (eigene Darstellung nach [16]; s. a. [26])

Zahlreiche Studien identifizieren gute Evidenz für den Einsatz von BCTs in unterschiedlichen Phasen, Zielgruppen und Themenfeldern bzw. Methoden von Prävention und Krankheitsprävention [27]. Für die Primär- und Sekundärprävention nicht übertragbarer Krankheiten mittels digitaler Gesundheitsanwendungen gilt dies für folgende Interventionskomponenten: „Ziele setzen“, „Handlungsplanung“, „Feedback zum Verhalten und Selbstbeobachtung des Verhaltens“, „abgestufte Aufgaben“, „glaubwürdige Quellen“, „soziale Unterstützung“ [28]. Für die Tertiärprävention/Rehabilitation von Schlaganfallpatientinnen und -patienten sind als besonders wichtige BCT-Cluster „Wiederholung und Substitution“, „Feedback und Monitoring“, „soziale Unterstützung“, „Selbstbild“ belegt worden [29]. Auch im Bereich der Adipositasprävention und -therapie werden vermehrt BCTs beschrieben, z. B. „Ziele setzen“, „Abwägung von Nutzen und Kosten“, „Selbstbeobachtung“, „Feedback zum Verhalten“, „soziale Unterstützung“, „abgestufte Aufgaben“, „inkompatible Überzeugungen“, „Verhaltenstraining und Verhaltensproben“ [30], [31], [32]. Dies hat auch in der entsprechenden interdisziplinären S3-Leitlinie der Deutschen Adipositas Gesellschaft Berücksichtigung gefunden [33].

Die Nachhaltigkeit einer Verhaltensänderung erweist sich immer beim Übergang von der strukturierten Intervention zur selbstorganisierten Aufrechterhaltung: Hierbei sind durchgängig „Zielsetzung und Planung“, „Feedback“ und „Unterstützung beim Aufbau von Gewohnheiten“ als BCTs indiziert.

Generell gilt, dass der Interventionserfolg nicht nur vom passgenauen Einsatz der BCTs abhängt, sondern auch von der Auswahl von Kombinationen, die den Verhaltensbedürfnissen und Kontextbedingungen der Zielgruppe entsprechen. Solche Interventionen integrieren häufig verschiedene Lernformen und berücksichtigen sowohl psychische als auch umweltbezogene Faktoren, etwa durch den Einbezug von Familienmitgliedern, die Inklusion oder gezielte Exklusion von Peers oder die Berücksichtigung der Verhältnisse am Arbeitsplatz. Damit wird der Verhaltensgleichung des Sozialpsychologen Kurt Lewin Rechnung getragen, der schon 1936 mit der Formel V = f(PU) (*engl.* B = f(PE)) beschrieben hat, dass Verhalten praktisch immer eine Funktion von Person und Umwelt ist [34].

Entsprechend werden bei krankheitspräventiven und gesundheitsfördernden Interventionen sowohl die Identifikation als auch die Planung einzelner Veränderungsschritte spezifisch für einzelne Betroffene bzw. definierte Zielgruppen entwickelt (sog. „Tailoring“, zu Deutsch: „Maßschneidern“ [35]; vgl. z. B. zur Förderung körperlicher Aktivität [36] und zur Förderung professioneller Händehygiene-Compliance [37], [38], [39]). Am Anfang steht eine Problem- und Verhaltensanalyse als differenzierte Diagnose. Sie erfasst Dispositionen, Auslöser, Personen- und Umweltfaktoren und Konsequenzen möglichst genau umschreibbarer ungesunder Verhaltensweisen sowie zugehörige Wahrnehmungs-, Einstellungs- und Handlungsstrukturen oder Pläne und Schemata einer Person oder von Personengruppen.

Neben dem SORCK-Modell und dem Tailoring-Ansatz gibt es noch weitere Modelle für solche Strukturierungen diagnostisch und interventiv bedeutsamer Informationen, so den Problemanalyse-Ansatz [40], den Plananalyse-Schema-Ansatz [41] und den Selbstmanagement-Ansatz [42]. Die Ergebnisse werden zu einem funktionalen Bedingungsmodell zusammengefügt, das die Interventionen anleitet, jedoch jederzeit überprüft und verändert werden kann. Insbesondere bei komplexen Interventionen sind sogenannte logische Modelle [43] zum Aufzeigen von möglichen Kausalbeziehungen vielversprechend.

Integrierte kognitiv-behaviorale Perspektive

Behavioristische Lerntheorien, die ausschließlich beobachtbares Verhalten von Menschen sowie seine Auslöser- oder Verstärkungsbedingungen eher linear abbilden, sind durch moderne Vorstellungen zur Komplexität, Vernetzung und Selbstregulation ergänzt bzw. abgelöst worden. Wissenschaftshistorisch werden in der Ausprägung der lerntheoretischen Perspektive in der Psychologie dementsprechend zwei Phasen bzw. „Wellen“ unterschieden: die frühere behavioristische Phase [44] und die seit den 1970er-Jahren einsetzende „kognitive Wende“ [45]. Seitdem werden übergeordnete „Lebensthemen“, Ziele und Pläne von Menschen in ihrem psychosozialen und sozio-ökonomischen Kontext betrachtet, also individuelle und systemische Bedingungen bei Veränderungen von Handeln und Verhalten integrierend berücksichtigt. Das Menschenbild geht vom Potenzial zu aktivem Denken, Fühlen und Handeln sowie von Fähigkeiten zur (selbst-)bewussten Selbstveränderung und -regulation aus.

Während bis in die Mitte der 1970er-Jahre lerntheoretische Prinzipien fast ausschließlich auf die Behandlung psychischer Störungen angewandt wurden, liegt der Fokus inzwischen auch auf weiteren Schwerpunkten. Hierzu zählen die Prävention und Bewältigung chronischer Krankheiten und Gesundheitsstörungen (spätestens seit der COVID-19-Pandemie wieder inklusive der Infektionskrankheiten), die Reduktion begleitender Ängste, irrationaler Kognitionen oder depressiver Störungen, Adhärenz und Compliance, Psychoedukation, Schulungen und die Förderung von Gesundheitskompetenz / Health Literacy [46]. In jedem Fall sind tradierte Trennungen von Paradigmen und Schulen obsolet. Das mittlerweile erfolgte Zusammenwachsen der Ansätze hat dazu geführt, dass im psychologischen Mainstream von einer integrierten kognitiv-behavioralen Perspektive gesprochen wird [47]

Der integrierte Ansatz geht deutlich über die Beschreibung und Erklärung von Handeln und Verhalten im Kontext von Reizen und Verstärkern hinaus. Auch psychische Störungen werden nicht mehr primär als behaviorale Fehlanpassungen beschrieben, sondern als Ergebnis einer verzerrten Wahrnehmung der Situationswirklichkeit, fehlerhafter Schlussfolgerungen oder inadäquater Problemlösungen gedeutet. Die Selbstwahrnehmung von Menschen und die Wahrnehmung und Bewertung ihrer Beziehungen und Umwelt sind also (mit-)steuernd für alle Prozesse der Verhaltensleitung, einschließlich der Vorgänge bei Fehlleitung und Störungsentstehung. Neben emotionalen sind auch kognitive Faktoren von zentraler Bedeutung, etwa die wahrgenommene Kontrolle über Verstärker, die persönlichen Überzeugungen, kritische Situationen bewältigen zu können sowie die individuelle Interpretation von situativen oder persönlichen Einflussfaktoren.

Die kognitiv-behaviorale Perspektive ist Grundlage von verhaltenspräventiven Maßnahmen in der gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitserziehung [48] (Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung), in der Verhaltensmedizin und Gesundheitspsychologie sowie in der Patientenberatung / Patientenedukation [49]. In diesem engeren Kontext hat sie ihre Effizienz und ihre Effektivität unter Beweis gestellt, z. B. bei Rauchentwöhnungs-Trainings, Ernährungsschulungen zur Gewichtsreduktion, Herz- und Diabetes-Schulungen, in der Schmerzbewältigung, beim Erlernen von Entspannungstechniken, beim Motivationsaufbau sowie bei der Verbesserung der Compliance bzw. Adhärenz in der Therapie und Rehabilitation chronischer körperlicher und psychosomatischer Erkrankungen.

Methodisch bedeutsam und modellhaft übertragbar sind die funktionalen Bedingungsanalysen, die jeder Intervention vorausgehen müssen. Mit diesem Instrument steht auch für Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung eine Analyse- und Veränderungsmethode zur Verfügung, die die Wechselwirkung von Organismus-, Verhaltens- und Umweltbedingungen empirisch nachprüfbar abbildet. Sie ermöglicht zudem, Veränderungen präzise zu dokumentieren und zu überprüfen.

Weitergehende Perspektiven

Neuere Entwicklungen gehen in zwei Richtungen. Einerseits propagieren einige Vertreterinnen und Vertreter der Verhaltenstherapie den Übergang in eine „dritte Welle“ mit neuer Schwerpunktsetzung auf Akzeptanz, Achtsamkeit, Prozessbasierung und Arbeit an ungünstigen Beziehungsmustern, u. a. über die „Schematherapie“ mit ihrer expliziten Anknüpfung an einen neurobiologischen Kognitionsbegriff (vgl. z. B. [50], [51]). Zu beachten ist hierbei auch das neuropsychologisch fundierte Konzept des „Embodiment“, also das „körperliche Selbst“ [52], [53], [54]. Diese Perspektive fordert, psychische Prozesse ausdrücklich mit Bezug auf den Körper zu verstehen. Alle geistig-seelischen Vorgänge werden dabei als leiblich eingebettet verstanden, sie sind in den gelebten und erlebten Körper eingeschrieben, und dieser beeinflusst und steuert unter Umständen auch psychische Prozesse (vgl. das Leib-Seele-Problem in der Philosophie und Psychologie [55], [56]).

Andererseits und komplementär zu dieser quasi nach innen gerichteten Entwicklung entsteht eine Public-Health-orientierte Psychologie als Theorie und Praxis dessen, was „Menschen (individuell und gemeinsam sowie tatsächlich und potenziell) tun und erleben, um gesund und wenn vermeidbar nicht krank zu sein – und zwar als Individuen und Gesellschaften“ [57] (s. a. [58], [59]).

Inwieweit die Fortschritte in den Neurowissenschaften (inklusive Hirnforschung/Neuroimaging, Neurophysiologie und Psychobiologie; vgl. z. B. [60]) direkte Auswirkungen auf Lerntheorien und ihre interventiven Ableitungen haben werden, bleibt kritisch abzuwarten. Lernen wird in diesem Kontext als erfahrungsabhängige Veränderung des Gehirns (vor allem der kortikalen Erregbarkeit und Aktivität) verstanden, die zu Veränderungen im Verhalten oder in Verhaltensdispositionen führt. Neurophysiologisch beruhen Prozesse des Lernens und Verlernens, der Gedächtnisbildung und des Vergessens auf der grundlegenden und prinzipiell lebenslangen Neuroplastizität des Gehirns. Diese Prozesse führen zu funktionellen oder strukturellen Veränderungen einzelner synaptischer Bahnungen und Verbindungen sowie zur Veränderung von Größe, Konnektivität, Aktivierung und Effizienz kortikaler Netzwerke.

Als erste Anwendungsmöglichkeiten werden medizinische Interventionen in Klinik, Therapie und vor allem Rehabilitation von Hirnverletzungen diskutiert, etwa durch gezielte elektrische, magnetische oder pharmakologische Stimulation der Aktivitätsmuster in verschiedenen Hirnregionen. Auch eine Anwendung im Rahmen tertiärpräventiver Maßnahmen bei Demenzen und anderen lebensbegleitenden hirnorganischen Abbauprozessen ist denkbar. Wie diese Beispiele zeigen, liegen die Anwendungen neurowissenschaftlicher Forschung eher im individualmedizinischen und somatomedizinischen Bereich. Die eingangs erwähnten und weltweit führenden Todesursachen [5] werden für die lernpsychologisch fundierte Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung bedeuten, dass effektive Interventionen auf der Ebene von Individuen und sozialen Einheiten (z. B. Dyaden, Gruppen oder Gesellschaften) ansetzen müssen – nicht auf der Ebene von Organen oder Zellen.

References

1. Faller H, Mehnert-Theuerkauf A. Medizinische Psychologie und Soziologie. Berlin: Springer; 2025
2. Pfeifer W, editor. Lernen. In: Etymologisches Wörterbuch des Deutschen, digitalisierte und von Wolfgang Pfeifer überarbeitete Version im Digitalen Wörterbuch der deutschen Sprache. 1993 [accessed 2026 Apr 26]. Available from: https://www.dwds.de/wb/etymwb/Lernen
3. Pfeifer W, editor. Lehren. In: Etymologisches Wörterbuch des Deutschen, digitalisierte und von Wolfgang Pfeifer überarbeitete Version im Digitalen Wörterbuch der deutschen Sprache. 1993 [accessed 2026 Apr 26]. Available from: https://www.dwds.de/wb/etymwb/Lehren
4. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020 Oct 17;396(10258):1223–49. DOI:10.1016/S0140-6736(20)30752-2
5. GBD 2023 Disease and Injury and Risk Factor Collaborators. Burden of 375 diseases and injuries, risk-attributable burden of 88 risk factors, and healthy life expectancy in 204 countries and territories, including 660 subnational locations, 1990-2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. Lancet. 2025 Oct 18;406(10513):1873–922. DOI:10.1016/S0140-6736(25)01637-X
6. Sperlich S, Franzkowiak P. Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i102-3.0
7. Edelmann W, Wittmann S. Lernpsychologie: mit Online-Material. Weinheim, Basel: Beltz; 2019. (Beltz Psychologie 2020).
8. Margraf J, Schneider S. Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie. Berlin, Heidelberg: Springer; 2018.
9. Gerrig RJ. Psychologie. München: Pearson Studium; 2018.
10. Groeben N, Scheele B. Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien. In: Mey G, Mruck K, editors. Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: VS; 2010. p. 151–65.
11. Finne E, Paul H. Erklärungs- und Veränderungsmodelle 1: Einstellungs- und Verhaltensänderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I012-3.0

12. Chiari G. Man-the-scientist (Kelly). In: Zeigler-Hill V, Shackelford TK, editors. Encyclopedia of Personality and Individual Differences. Cham: Springer; 2020. p. 2740–1.
13. Kelly G. The Psychology of Personal Constructs. New York: Norton; 1955.
14. Groeben N. Widersprüchlichkeit und Selbstanwendung: Psychologische Menschenbildannahmen zwischen Logik und Moral. Z Sozialpsychol. 1979;(10):267–73. DOI:10.23668/PSYCHARCHIVES.10940
15. Groeben N. Subjective theories and the explanation of human action. In: Semin GR, Gergen KJ, editors. Everyday understanding: Social and scientific implications. London: Sage; 1990. p. 19–44.
16. Michie S, Richardson M, Johnston M, Abraham C, Francis J, Hardeman W, Eccles MP, Cane J, Wood CE. The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. Ann. Behav. Med. 2013 Aug;46(1):81–95. DOI:10.1007/s12160-013-9486-6
17. Carey RN, Connell LE, Johnston M, Rothman AJ, de Bruin M, Kelly MP, Michie S. Behavior change techniques and their mechanisms of action: A synthesis of links described in published intervention literature. Ann. Behav. Med. 2019 Jul 17;53(8):693–707. DOI:10.1093/abm/kay078
18. Connell LE, Carey RN, de Bruin M, Rothman AJ, Johnston M, Kelly MP, Michie S. Links between behavior change techniques and mechanisms of action: An expert consensus study. Ann. Behav. Med. 2019 Jul 17;53(8):708–20. DOI:10.1093/abm/kay082
19. Johnston M, Carey RN, Connell Bohlen LE, Johnston DW, Rothman AJ, de Bruin M, Kelly MP, Groarke H, Michie S. Development of an online tool for linking behavior change techniques and mechanisms of action based on triangulation of findings from literature synthesis and expert consensus. Transl. Behav. Med. 2021 May 25;11(5):1049–65. DOI:10.1093/tbm/ibaa050
20. Marques MM, Wright AJ, Corker E, Johnston M, West R, Hastings J, Zhang L, Michie S. The Behaviour Change Technique Ontology: Transforming the Behaviour Change Technique Taxonomy v1. Wellcome Open Res. 2024 May 9;8:308. DOI:10.12688/wellcomeopenres.19363.2
21. Paul H, Finne E. Erklärungs- und Veränderungsmodelle 2: Theoriebasierte Interventionsplanung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I13-3.0
22. UCL Centre for Behaviour Change (CBC). BCT Taxonomy (Version 2025-10) [Mobile app]. BCDF Behaviour Change Development Framework. [accessed 2026 May 5]. Available from: https://behaviourchange.hee.nhs.uk/toolkits/workforce/developing-behaviour-change/taxonomy-of-behaviour-change-techniques
23. Fisher EB, Cameron LD, Christensen AJ, Ehlert U, Guo Y, Oldenburg B, Snoek FJ, editors. Principles and Concepts of Behavioral Medicine: A Global Handbook. New York: Springer; 2018. DOI:10.1007/978-0-387-93826-4
24. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health behavior: Theory, research, and practice. Hoboken: Jossey-Bass; 2024.
25. Knoll N, Scholz U, Rieckmann N. Einführung Gesundheitspsychologie. München: Reinhardt; 2017.
26. Göhner W, Küffner R, Schagg D, Faller H, Reusch A. Behavior Change Techniques Taxonomy version 1 – Deutsche Übersetzung der Taxonomie von Michie et al., 2013. Würzburg: Zentrum Patientenschulung und Gesundheitsförderung; 2016. Available from: https://zepg.de/wp-content/uploads/2021/02/BCT_deutsch_BeFo-Gruppe_2016.pdf
27. 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
28. Mair JL, Salamanca-Sanabria A, Augsburger M, Frese BF, Abend S, Jakob R, Kowatsch T, Haug S. Effective behavior change techniques in digital health interventions for the prevention or management of noncommunicable diseases: An umbrella review. Ann. Behav. Med. 2023 Sep 13;57(10):817–35. DOI:10.1093/abm/kaad041
29. Wróbel AE, Cash P, Maier A, Paulin Hansen J. Determining the prioritization of behavior change techniques for long-term stroke rehabilitation: Delphi survey study. Interact. J. Med. Res. 2025 Apr 7;14:e59172. DOI:10.2196/59172
30. Ashton LM, Sharkey T, Whatnall MC, Haslam RL, Bezzina A, Aguiar EJ, Collins CE, Hutchesson MJ. Which behaviour change techniques within interventions to prevent weight gain and/or initiate

weight loss improve adiposity outcomes in young adults? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Obes. Rev. 2020 Jun;21(6):e13009. DOI:10.1111/obr.13009

31. Carraça E, Encantado J, Battista F, Beaulieu K, Blundell J, Busetto L, van Baak M, Dicker D, Ermolao A, Farpour-Lambert N, Pramono A, Woodward E, Bellicha A, Oppert JM. Effective behavior change techniques to promote physical activity in adults with overweight or obesity: A systematic review and meta-analysis. Obes. Rev. 2021 Jul;22 Suppl 4:e13258. DOI:10.1111/obr.13258
32. Power D, Jones A, Keyworth C, Dhir P, Griffiths A, Shepherd K, Smith J, Traviss-Turner G, Matu J, Ells L. Emotional Eating Interventions for Adults Living With Overweight and Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis of Behaviour Change Techniques. J Hum Nutr Diet. 2025 Feb;38(1):e13410. DOI:10.1111/jhn.13410
33. Deutsche Adipositas-Gesellschaft. S3-Leitlinie Adipositas – Prävention und Therapie. Version 5.0, Oktober 2024. Available from: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/050-001
34. Lewin K. Principles of topological psychology. New York: McGraw-Hill; 1936. DOI: 10.1037/10019-000
35. McHugh S, Riordan F, O'Mahony A, McCarthy LJ, Contreras Navarro A, Kerins C, Murphy J, Morrissey EC, O'Reilly EJ, O'Connor S, Adams DR, Meza R, Lewis CC, Powell BJ, Wensing M, Flottorp SA, Wolfenden L. Tailored interventions to address determinants of practice. Cochrane Database Syst. Rev. 2026 Feb 27;2(2):CD005470. DOI:10.1002/14651858.CD005470.pub4
36. Scott VC, LaMarca TK, Hamm D, Tolley AJ, Rachel SA, Wandersman A. The ART of readiness: A practical tool for implementation tailoring at the activity level. Glob. Implement. Res. Appl. 2024 Feb 1;4(2):139–50. DOI:10.1007/s43477-023-00115-1
37. von Lengerke T, Lutze B, Krauth C, Lange K, Stahmeyer JT, Chaberny IF. Promoting hand hygiene compliance: PSYGIENE – a cluster-randomized controlled trial of tailored interventions. Dtsch. Arztebl. Int. 2017 Jan 20;114(3):29–36. DOI:10.3238/arztebl.2017.0029
38. von Lengerke T, Ebadi E, Schock B, Krauth C, Lange K, Stahmeyer JT, Chaberny IF. Impact of psychologically tailored hand hygiene interventions on nosocomial infections with multidrug-resistant organisms: results of the cluster-randomized controlled trial PSYGIENE. Antimicrob. Resist. Infect. Control. 2019 Mar 25;8(1):56. DOI:10.1186/s13756-019-0507-5
39. von Lengerke T, Chaberny IF. Psychologie und Förderung der Händehygiene-Compliance. Krankenhaushygiene Up2date. 2022 Mar;17(01):57–79. DOI:10.1055/a-1194-3049
40. Liebeck H. Problemlösetraining. In: Linden M, Hautzinger M, editors. Verhaltenstherapiemanual. Berlin, Heidelberg: Springer; 2015. p. 203–7. (Psychotherapie: Praxis).
41. Bockwyt E. Die Verhaltensanalyse. Schritt für Schritt zum individuellen Störungsmodell. Stuttgart: Schattauer; 2020.
42. Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D. Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer; 2012.
43. Mills T, Lawton R, Sheard L. Advancing complexity science in healthcare research: the logic of logic models. BMC Med. Res. Methodol. 2019 Mar 12;19(1):55. DOI:10.1186/s12874-019-0701-4
44. Watson JB. Psychology as the behaviorist views it. Psychol. Rev. 1913 Mar;20(2):158–77. DOI: 10.1037/h0074428
45. Dember WN. Motivation and the cognitive revolution. Am. Psychol. 1974 Mar;29(3):161–8. DOI: 10.1037/h0035907
46. 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
47. Hoyer J, Knappe S, editors. Klinische Psychologie & Psychotherapie. Berlin: Springer; 2020.
48. Spura A. Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I024-2.0
49. Schaeffer D. Patientenberatung / Patientenedukation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I087-3.0
50. Hayes SC, Hofmann SG. The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. World Psychiatry. 2017 Oct;16(3):245–6. DOI:10.1002/wps.20442

51. Heidenreich T, Michalak J, editors. Die „dritte Welle“ der Verhaltenstherapie: Grundlagen und Praxis. Weinheim, Basel: Beltz; 2013.
52. Fuchs T, Sattel H, Henningsen P, editors. The embodied self: Dimensions, coherence, and disorders. Stuttgart: Schattauer; 2010.
53. Storch M, Cantieni B, Hüther G, Tschacher W. Embodiment: die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen. Bern: Hogrefe; 2017.
54. Stromberg C. Praxisbuch Schematherapie: Umgang mit dysfunktionalen Bewältigungsmodi und Aufbau des Gesunden Erwachsenenmodus. Stuttgart: Kohlhammer; 2024. (Psychotherapie).
55. Gabriel M. Ich ist nicht Gehirn: Philosophie des Geistes für das 21. Jahrhundert. Berlin: Ullstein; 2017.
56. Wendt AN, Funke J. Wohin steuert die Psychologie ? Ein Ausrichtungsversuch. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2022. (Philosophie und Psychologie im Dialog; Band 21).
57. Lengerke T von. Individuum und Bevölkerung zwischen Verhältnissen und Verhalten: Was ist Public Health-Psychologie? In: Lengerke T von, editor. Public Health-Psychologie: Individuum und Bevölkerung zwischen Verhältnissen und Verhalten. Weinheim: Juventa; 2007. p. 11–8. (Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften).
58. Krischke NR, Belschner W, Abteilung für Gesundheits- & Klinische Psychologie der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, editors. Impulse für Gesundheitspsychologie und public health: Achtsamkeit als Lebensform und Leitbild: Festschrift für Wilfried Belschner zu seinem 65. Geburtstag und seiner Emeritierung. Tübingen: dgvt Verlag; 2006.
59. Halkitis PN. A new public health psychology to mend the chasm between public health and clinical care. Am. Psychol. 2020 Dec;75(9):1289–96. DOI:10.1037/amp0000743
60. Bear MF, Connors BW, Paradiso MA. Neurowissenschaften: Ein grundlegendes Lehrbuch für Biologie, Medizin und Psychologie. Engel AK, editor. Berlin, Heidelberg: Springer; 2018.

Korrespondenz: Prof. Dr. Thomas von Lengerke, Medizinische Hochschule Hannover, Forschungs- und Lehreinheit Medizinische Psychologie, Carl-Neuberg-Str. 1 (OE 5430), 30625 Hannover, Deutschland, E-mail: lengerke.thomas@mh-hannover.de

Zitierhinweis: von Lengerke T, Franzkowiak P. Lernpsychologische Perspektive. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i074-1.0

Copyright: © 2026 Thomas von Lengerke 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/

Medizinische Prävention

Gamze Güzel-Freudenstein[1]
Bernt-Peter Robra[2]
[1] Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Hochschule Fulda, University of Applied Sciences, Fulda, Deutschland
[2] Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke Universität, Magdeburg, Deutschland

Abstract

Die Medizinische Prävention bezeichnet alle medizinischen Maßnahmen mit dem Ziel, Krankheit, Behinderung und vorzeitigen Tod zu verhindern bzw. deren Inzidenz zu senken. Die Medizinische Prävention kann dabei bevölkerungsbezogen in verschiedenen Settings erfolgen. Eine präventive oder proaktive Medizin zur Risikoreduktion von Gesundheitsgefährdungen verlangt eine evidenzbasierte Begründung ihrer Interventionen und eine erweiterte professionelle Identität von Medizinern und Medizinerinnen. Die arbeitsmedizinische Prävention und Vorsorge in der Arbeitswelt nimmt dabei eine geregelte Sonderstellung ein.

Keywords: Medizinische Prävention, arbeitsmedizinische Prävention und Vorsorge, proaktive Medizin, Gesundheitsgefährdung, Inzidenzabsenkung, Risikoreduktion, Impfprävention, Früherkennung, Rehabilitation

Prävention ist Risikomanagement

Prävention zielt darauf, unerwünschte Ereignisse zu verhindern oder zu verzögern und damit weniger wahrscheinlich zu machen. Diese Wahrscheinlichkeit (das Risiko) kann z. B. bestimmt werden als Zahl der auftretenden Ereignisse pro 1.000 risikobehafteter Personen in einer bestimmten Zeit (sogenannte Inzidenz). Prävention ist in diesem Sinn also ein bevölkerungsbezogenes (epidemiologisches) Konzept [1], [2] (Prävention und Krankheitsprävention, Prädiktive Medizin und individualisierte Medizin).

„Das wichtigste bevölkerungsbezogene Ziel von Prävention ist die Inzidenzabsenkung von Krankheit, Behinderung oder vorzeitigem Tod“ ([3], S. 196). Positiv gewendet zielt Prävention darauf, die Gesundheitserwartung, die Lebenserwartung in Gesundheit zu erhöhen. Von medizinischer Prävention können wir sprechen, wenn die unerwünschten Ereignisse oder − und mehr noch − die zur Senkung der Inzidenz zu ergreifenden Maßnahmen ärztliches Handeln erfordern (z. B. Impfungen, medikamentöse Blutdrucksenkung, Entfernung von Krebsvorstufen).

Die medizinische Prävention kann in verschiedenen Settings bzw. Lebenswelten [4] (Settingansatz/Lebensweltansatz) erfolgen, so auch in der Arbeitswelt [5] (Betriebliche Gesundheitsförderung**).** Hier ist das wichtigste Ziel, arbeitsbedingte Erkrankungen, Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle zu verhindern. Die Arbeitsmedizin als rein präventiv ausgerichtete medizinische Fachrichtung ohne klassische kurative Aufgaben widmet sich der Primär-, Sekundär-, und Tertiärprävention auf betrieblicher Ebene [6]. Das Spektrum der im Arbeitssicherheitsgesetz (ASIG) von 1973 definierten Aufgaben der Betriebsärzte und Betriebsärztinnen, d. h. der arbeitsmedizinisch tätigen Ärzte und Ärztinnen, die einen Betrieb betreuen, wurde durch das Präventionsgesetz (PrävG) [7] von 2015 um Dienstleistungen im Interesse der Allgemeinheit bevölkerungsbezogen erweitert [8]. Für die Arbeitswelt gilt, dass „zentrale Aufgaben der arbeitsmedizinischen Prävention die Beteiligung an der Gefährdungsbeurteilung der Arbeitsbedingungen, die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Begutachtung arbeits- und umweltbedingter Risikofaktoren, Erkrankungen und Berufskrankheiten, die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefährdungen einschließlich individueller und betrieblicher Gesundheitsberatung, die Vermeidung von Erschwernissen und Unfallgefahren sowie die berufsfördernde Rehabilitation sind“ [9].

Bestandteil der arbeitsmedizinischen Prävention ist die Arbeitsmedizinische Vorsorge nach der Verordnung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMed VV). Sie „dient dabei der Beurteilung der individuellen Wechselwirkungen von Arbeit und physischer und psychischer Gesundheit und der Früherkennung arbeitsbedingter Gesundheitsstörungen sowie der Feststellung, ob bei Ausübung einer

bestimmten Tätigkeit eine erhöhte gesundheitliche Gefährdung besteht“ (§ 2 Absatz 1 Nummer 2 ArbMedVV). Grundlage dafür ist die im Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) vorgeschriebene Gefährdungsbeurteilung.

Bei der Arbeitsmedizinischen Vorsorge stehen die Aufklärung und Beratung der Beschäftigten zu ihrer Tätigkeit und den daraus sich ergebenden Gefährdungen für ihre individuelle Gesundheit im Vordergrund.

Prävention als Risikoreduktion ist allerdings nicht ohne weiteres mit herkömmlichem medizinischem Handeln vereinbar. Denn herkömmlich werden Medizinerinnen und Mediziner von Hilfesuchenden in Anspruch genommen, d. h. ein Individuum tut den ersten Schritt. Die medizinische Profession arbeitet dann fallbezogen und mit kurativer, hilfsweise palliativer (lindernder) Absicht. Eine präventive oder proaktive Medizin, die vor Eintritt von Hilfebedürftigkeit ansetzt, verlangt eine neue Begründung für medizinische Interventionen und von den Medizinern und Medizinerinnen eine erweiterte professionelle Identität, wie sie für die Arbeitsmedizin bereits gegeben ist. Dieser an sich wünschenswerte Wandel des professionellen Handlungsfeldes muss gegen die negativen Folgen einer Medikalisierung von Lebensbereichen, die bis dahin nicht der medizinischen Versorgung zugerechnet wurden, abgewogen werden.

Abbildung 1 veranschaulicht das Konzept der Risikoreduktion. Dazu spannt sie zunächst einen Rahmen auf, dessen x-Achse die maximal mögliche Lebenszeit eines Menschen darstellt. Auf der y-Ache sind versorgungsrelevante Stadien aufgetragen, die eine Krankheit durchläuft. In diesem Rahmen ist beispielhaft ein unbeeinflusster Fallverlauf (A-B) eingezeichnet. Die anderen Linien kennzeichnen mit präventiver Absicht beeinflusste Verlaufsvarianten. Unbeeinflusste Verläufe, die in einem funktionierenden Medizinsystem nur selten vorkommen, nennt man „naturgesetzliche Verläufe“.

Eine Darstellung als Fallverlauf kommt individualmedizinischem Denken und Handeln entgegen. Sie blendet aus, dass jeder Einzelfall nur einen von vielen möglichen Verläufen realisiert. Deswegen steht der dargestellte Verlauf für eine Verteilung möglicher Verlaufsvarianten. Erkennbar ist, dass Prävention konzeptionell den ganzen Lebensverlauf einbeziehen soll.

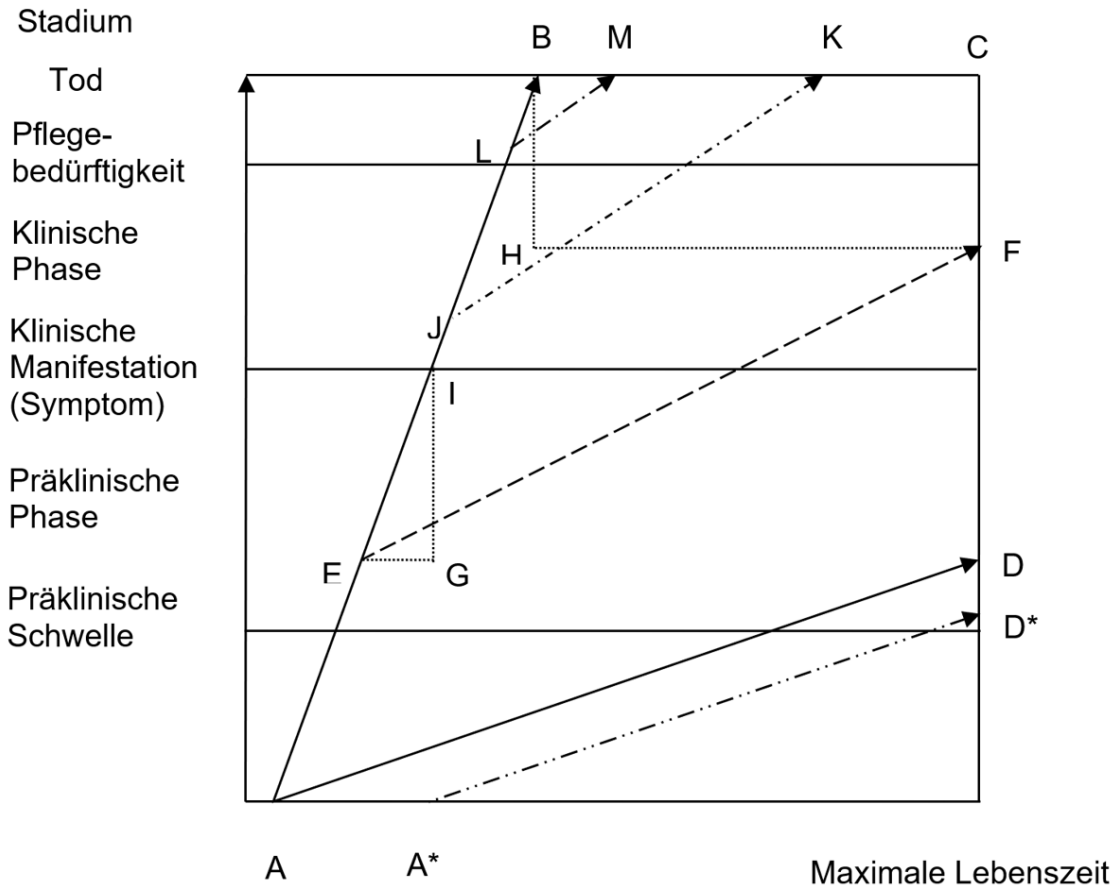


Abb. 1: Kenngrößen der Prävention am Beispiel eines Fallverlaufs (modifiziert nach [10])

A: Beginn (Induktion) eines Verlaufs; A ist streng genommen kein Punkt, sondern eine Verteilung von Induktionszeiten, angedeutet durch einen zweiten Punkt A*.
A-B: Fall mit unbeeinflusstem (schnellen) Verlauf über alle Verlaufsstadien, vorzeitiger Tod (B) mit Verlust möglicher Lebensdauer (C-B).
A-D: Sehr früh richtunggebend beeinflusster, verlangsamter Verlauf, symptomfrei für den Rest des Lebens; entsprechend verzögerte Entstehung A*-D*.
A-E-F: In der entdeckbaren präklinischen Phase „früh erkannter“ Fall, Verlauf richtunggebend beeinflusst; G-E Vorverlegung der Diagnosezeit („lead time“), F-H Gewinn an Lebensdauer, (B-H-F-C) - (E-G-I) Gewinn an Lebensqualität (QALYs).
A-J-K: Nach klinischer Manifestation günstig beeinflusster Verlauf, Gewinn an Lebenszeit, Verzögerung des Eintritts der Pflegebedürftigkeit bei Verlängerung ihrer Dauer. A-L-M: Nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit gewonnene Lebensdauer (M-B).

Die maximal mögliche Lebenszeit (x-Achse) ist ein epidemiologisches Konzept, das ein Arzt bzw. eine Ärztin für einen Einzelfall nicht sicher prognostizieren kann. Epidemiologisch ist sie dagegen durch vergleichende Datenerhebung in Situationen mit und ohne gut organisierter Prävention erschließbar.

Prävention kann die klinische Manifestation einer Erkrankung vermeiden, d. h. die Krankheit bleibt symptomlos, sie bricht nicht aus (A-D). Beispiel: Nach einer Verletzung wird der Ausbruch von Wundstarrkrampf (Tetanus) verhindert, weil der Verletzte über einen ausreichenden Impfschutz verfügt oder durch Wundreinigung und Gabe eines Immunglobulins die schädliche Wirkung von Bakteriengiften vermieden wird. Wir sprechen von primärer Prävention. Auch kann Prävention die Induktion einer Krankheit verzögern (A*-D*).

Wenn der unbeeinflusste Verlauf bis in die präklinische Phase reicht, also der oder die Betroffene selbst noch keine Symptome bemerkt, aber mit medizinischen Tests doch schon frühe Krankheitszeichen oder Vorstadien diagnostiziert werden können, ist dies per se für das Individuum bedeutungslos (rechter

oberer Teil des Verlaufs A-D). Medizinisch wäre es „Überdiagnostik“, würde man solche Verläufe, die zu Lebzeiten der betroffenen Person verborgenen geblieben wären, in der präklinischen Phase erkennen wollen [11].

Schreitet der Fall über die präklinische Schwelle in die entdeckbare präklinische Phase vor und entdeckt dort ein Suchtest bei symptomlosen Personen bereits Krankheitsfrühzeichen (A-E), sprechen wir von Früherkennung oder sekundärer Prävention. Ob Früherkennung mehr nutzt als schadet, hängt davon ab, ob durch Frühintervention der natürliche Verlauf (noch) richtunggebend beeinflusst werden kann. Diese Prognoseverbesserung kann man nur auf Basis hinlänglich großer vergleichender Studien (mit vs. ohne Früherkennung) einschätzen, nicht im Einzelfall. In der Schemazeichnung wird der Verlauf nach A-E-F verbessert, d. h. dieser Patient oder diese Patientin erreicht jetzt seine oder ihre maximal mögliche Lebenszeit.

Das ist aber keineswegs bei allen Früherkennungsmaßnahmen der Fall. Der Gewinn an Lebenszeit ist F-H (nicht F-E), der Gewinn an Lebensqualität das Rechteck B-H-F-C. Allerdings muss von der „nach hinten“ gewonnenen Lebensqualität die vorne durch Frühentdeckung und vorgezogene Behandlung verlorene Lebensqualität (Dreieck E-G-I) abgezogen werden. Darüber hinaus hängt die Bewertung einer Früherkennungsstrategie davon ab, wie groß die Zahl der falsch positiven und der überdiagnostizierten Fälle relativ zu den prognostisch günstig beeinflussten Fällen ist. Falsch positive und überdiagnostizierte Personen haben durch das Früherkennungsprogramm nur Nachteile.

Nach Überschreiten der Symptomschwelle befinden wir uns im Kernbereich des medizinischen Hilfesystems. Die Medizin gibt sich große Mühe, richtige Diagnosen zu stellen und akute Beschwerden zu lindern. Doch prognostisch entscheidend ist auch in diesem Stadium, wie der natürliche Verlauf (noch) richtunggebend beeinflusst werden kann (tertiäre Prävention). Ein großer Teil der medizinischen Betreuung dient der tertiären Prävention, z. B. die Hemmung der Blutgerinnung nach einem Herzinfarkt, die Einstellung des Blutzuckers beim Diabetes oder zahlreiche Kontrolluntersuchungen. Methodisch gibt es daher keinen grundsätzlichen Unterschied zwischen prognostisch wirksamer klinischer Medizin und tertiärer Prävention. Auch bei pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten können noch präventive Potenziale bearbeitet werden (A-L-M), z. B. durch Sturz- oder Dekubitusprophylaxe.

Ein spezielles Problem entsteht, wenn im Zuge präventiver Intentionen die klinische Manifestationsschwelle medizinisch neu definiert, d. h. gesenkt wird, z. B., wenn eine eingeschränkte Glukosetoleranz als prädiabetische Störung klassifiziert und wie eine eigene Krankheit diagnostiziert und behandelt wird. Es müssen dann mehr Menschen Tests und Interventionen angeboten werden. Bei der eingeschränkten Glukosetoleranz allerdings reicht in diesem Stadium eine Änderung des Lebensstils aus, es muss nicht medikamentös behandelt werden. Und die entsprechende Umstellung des Lebensstils ist ohnehin jedermann zu empfehlen. Auch bei manifestem Diabetes ist eine Aktivierung des Patienten, z. B. durch eine individualisierte Verlaufskontrolle, im Hinblick auf Gewichtsverlust und eine Verbesserung der Stoffwechsellage wirksam.

Von quartärer Prävention spricht man, wenn Patientinnen, Patienten oder Versicherte vor Überdiagnostik, Übertherapie und Medikalisierung geschützt werden sollen. Quartäre Prävention ist eine Aufgabe für die Versicherten selbst und für alle medizinischen Berufe, besonders aber für Hausärzte, die die Versorgung koordinieren [12], und für die evaluierende Versorgungsforschung.

Risikohöhe und Interventionsintensität

Es ist plausibel, dass Art und Intensität der Intervention von der Höhe des Risikos abhängen sollten. Je höher das Risiko, desto intensiver und auch risikospezifischer ist die Intervention. Das entspricht dem deutschen Verhältnismäßigkeitsgrundsatz. Maßnahmen, die sich an die Allgemeinbevölkerung richten, können nicht besonders intensiv und dürfen nicht nebenwirkungsträchtig sein (z. B. Empfehlungen zur gesunden Ernährung, Tabak-Verkaufsverbot an Jugendliche). Hochrisikogruppen brauchen eine intensive Ansprache bis hin zu präventiver Medikation, z. B. blutdrucksenkende Medikamente.

Man würde denken, dass medizinische Prävention vor allem solche „indizierte Prävention“ ist. Das ist aber nicht notwendigerweise so. Kinderärzte werden z. B. für eine Impfberatung in Kindereinrichtungen zur Verfügung stehen. Auch Hochrisikogruppen brauchen unterstützende Verhältnisprävention (z. B. ein Umfeld ohne Tabakwerbung für rückfallgefährdete Ex-Raucher; ein kalorienreduziertes Essensangebot in Kantinen für Übergewichtige oder ergonomisch gestaltete Arbeitsplätze zur Verhältnisprävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen).

Der englische Epidemiologe G. Rose (1992) hat darauf aufmerksam gemacht, dass aus Sicht der

Gesamtbevölkerung das größte präventive Potenzial nicht in der relativ kleinen Bevölkerungsgruppe mit besonders hohem Risiko liegt, sondern in der relativ großen Gruppe mit mittlerem Risiko [13] (Präventionsparadox). Insofern wären Medizin oder Krankenversicherung schlecht beraten, nur auf Prävention in Hochrisikogruppen zu setzen. Darüber hinaus sagt die Höhe eines Risikos per se nichts über die Beeinflussbarkeit des Risikos.

Für die Ausrichtung und die Intensität einer Risikointervention ist der mögliche Nettonutzen entscheidend (d. h. der gesundheitliche Nutzen abzüglich der in Kauf zu nehmenden unerwünschten Wirkungen und der Kosten). Insofern kann man zwischen dem Bereich geringen Risikos mit geringem Nettopotenzial („nicht handlungsrelevant“) und dem Bereich hohen Risikos mit hohem Nettopotenzial („indiziert“) einen mittleren Bereich als „präferenzbasiert“ charakterisieren, in dem Bürgerinnen und Bürger sowie Leistungserbringer die Risikoeinschätzung abwägen [14] (Risikokommunikation) und die präventiven Maßnahmen vereinbaren, die ihnen gemeinsam sinnvoll und machbar erscheinen (Abbildung 2). Als „indiziert“ muss z. B. eine sofortige Blutdrucksenkung bei krisenhaft hohen Blutdruckwerten gelten. Je geringer der gemessene Blutdruck, desto eher ist die Intervention präferenzbasiert. Diese Abwägungen hängen vom Vorhandensein weiterer Risikofaktoren ab und befinden sich ständig im Fluss.

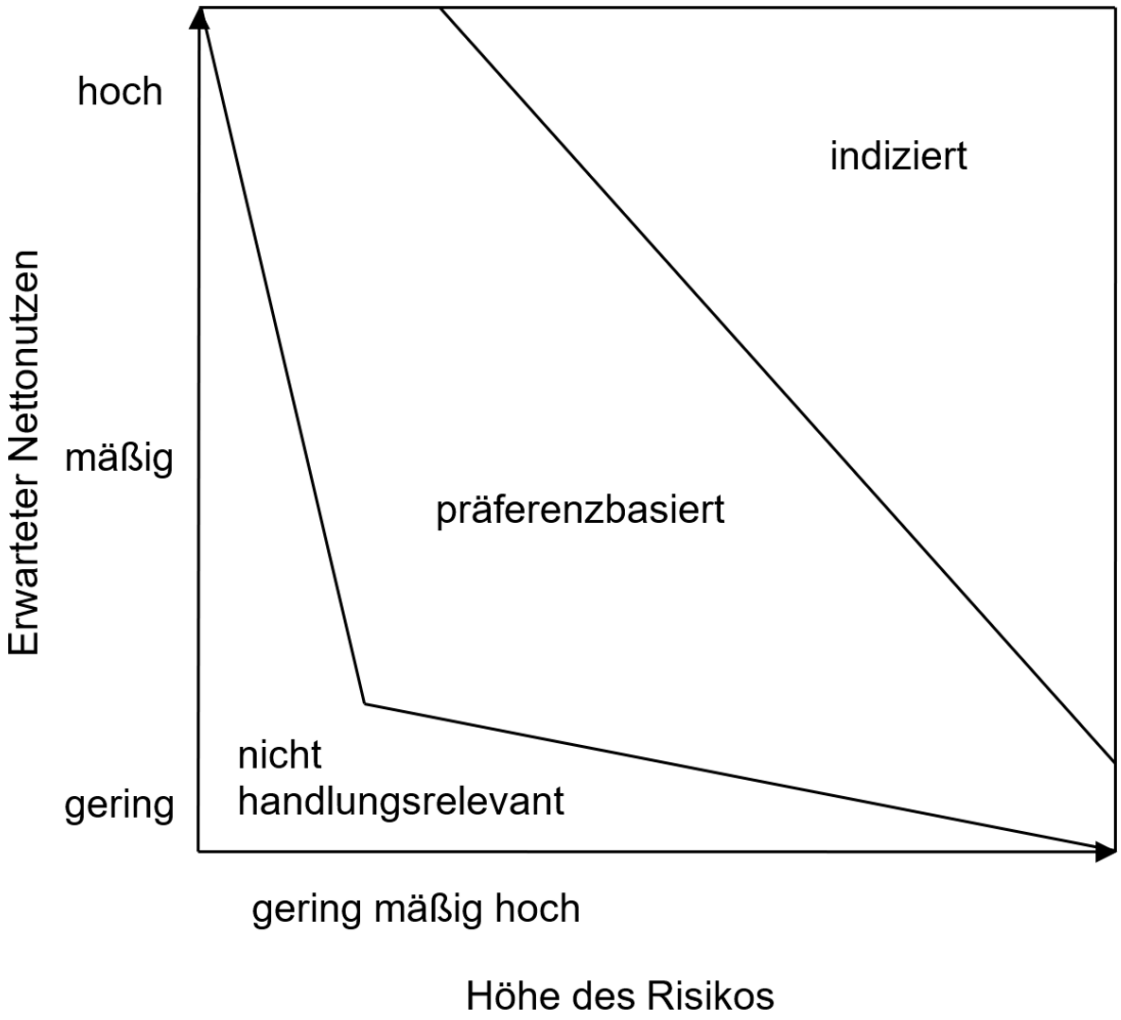


Abb. 2: Höhe des Risikos, erwarteter Nettonutzen und Interventionskategorien (eigene Darstellung)

Es wird oft vermutet, dass Präventionsmaßnahmen Einsparungen ermöglichen. Allerdings amortisieren sich nur etwa 20 % der präventiven Maßnahmen auf Ebene der Krankenkassen oder der Gesellschaft, der größere Teil ist als Investition in bessere Gesundheit anzusehen. Das Verhältnis von Kosten zu Wirkung ist bei Präventionsmaßnahmen ungefähr so verteilt wie bei Maßnahmen der kurativen Medizin [15].

Betriebliche Prävention amortisiert sich dagegen. Der iga.Report 28 „Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention“ gibt eine Übersicht über belastbare Erkenntnisse aus den Jahren 2006 bis 2012 zur Wirksamkeit und dem Nutzen betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung. Die in der Übersicht herangezogenen Studien weisen insgesamt auf einen positiven Return on Investment (ROI) hin, z. B. für die Senkung krankheitsbedingter Fehlzeiten bei 1:2,73 (vgl. [16]).

Medizinische Präventionsmaßnahmen

Die obere Hälfte der Abbildung auf Seite A1810 im Artikel „Risikoabschätzung tödlicher Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Die neuen SCORE-Deutschland-Tabellen für die Primärprävention“ [17] quantifiziert das Risiko, in den nächsten zehn Jahren an einer Herz-Kreislauf-Krankheit zu versterben. Der Aufbau der Tabelle illustriert das Zusammenwirken von fünf Risikofaktoren: Geschlecht und Alter als nicht modifizierbare Risikodeterminanten, Cholesterin, Blutdruck und Raucherstatus als modifizierbare Faktoren. Ein 65-jähriger Nichtraucher mit einem systolischen Blutdruck von 140mm Hg und einem Gesamtcholesterin von 190 mg/dl hat ein Risiko von 6 %, ein sonst gleich belasteter Raucher von 12 % usw. Obwohl die drei genannten Risikofaktoren reversibel sind, gilt allerdings nicht notwendig der Umkehrschluss, dass ein Raucher mit den genannten Werten sein Risiko genau halbiert, wenn er aufhört zu rauchen.

Die Farbkodierung der Tabelle enthält eine Handlungsaufforderung: „Diejenigen Personen, die ein Risiko von 5 % und darüber aufweisen oder dieses Risiko im mittleren Lebensalter erreichen werden, gelten als Hochrisikopersonen und sollten besonders intensiv beraten, beobachtet und gegebenenfalls auch medikamentös behandelt werden“ [17]. Diese Handlungsaufforderung entstammt einem Expertenkonsens. Sie impliziert, ohne dass dies thematisiert oder problematisiert wird, eine Kosten-Wirksamkeits-Abwägung, d. h. sie disponiert Mittel der Solidargemeinschaft und ordnet einem geretteten Leben einen Preis zu. Eine solche Zuordnung ist letztlich unvermeidlich, aber sie steht nicht (wohlmeinenden) Expertinnen und Experten, sondern − soweit ein Präventionsschema für eine Versichertengemeinschaft entwickelt wird − der Versichertengemeinschaft und − soweit darüber hinaus eine individuelle Güterabwägung zu leisten ist − dem Versicherten selbst zu. Außerdem ist nicht gewährleistet, dass diese Abwägung zwischen Leistungsbereichen des Gesundheitswesens einigermaßen konsistent getroffen wird, dass also z. B. in der Krebsfrüherkennung ähnliche Kosten-Wirkungs-Relationen für akzeptabel gehalten werden wie in der Herz-Kreislauf-Prävention.

Eine besser strukturierte Entscheidungshilfe bekommen Hausärztin bzw. Hausarzt und Patientin bzw. Patient z. B. durch eine Software wie „arriba“ (www.arriba-hausarzt.de), die auf Grundlage des individuellen Risikoprofils eine Risikoprognose für Herzinfarkt und Schlaganfall in den nächsten zehn Jahren errechnet und die zu erwartenden Effekte verschiedener Behandlungen quantifiziert. Dieses Effektprofil dient als Beratungsgrundlage in einem Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung. In diesem Prozess sollen der Arzt oder die Ärztin die abstrakten Begriffe „Risiko” und „Prozent” vermeiden. Stattdessen sollen die Zusammenhänge in „natürlichen Häufigkeiten“ anschaulich gemacht werden: „Stellen Sie sich 100 Doppelgängerinnen von Ihnen vor, welche dasselbe Alter, denselben Blutdruck, dasselbe Cholesterin usw. haben wie Sie. Von diesen werden in zehn Jahren drei einen Herzinfarkt oder Schlaganfall erleiden“.

In den Vereinigten Staaten werden medizinische Präventionsmaßnahmen von der fachlich unabhängigen United States Preventive Services Task Force (USPSTF) nach evidenzbasierten Kriterien standardisiert bewertet. Die Sammlung ihrer Empfehlungen umfasst (2022) 103 präventive Maßnahmen, von „Screening auf Aortenaneurysma“ (Erweiterung der Hauptschlagader) bis „Vitamineinnahme zur Vorbeugung gegen Herz-Kreislauf-Krankheiten und Krebs“ (www.uspreventiveservicestaskforce.org). Nur ein Teil der Maßnahmen wird nachdrücklich empfohlen. Von zahlreichen Maßnahmen wird begründet abgeraten, darunter die präventive Einnahme von Vitaminen. Manche Präventionsmaßnahmen sind (noch) nicht ausreichend beurteilbar. Als nicht beurteilbar wird z. B. der Nettonutzen eines Screenings auf erhöhten Augeninnendruck bei symptomlosen Erwachsenen klassifiziert. Deswegen wird diese Leistung in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit Recht nicht als Präventionsmaßnahme vorgesehen. Dennoch wird sie von Augenärzten gegen private Bezahlung („IGeL“) angeboten (siehe www.IGeL-Monitor.de). Wenn ein Nettonutzen nicht in Aussicht gestellt werden kann, sind präventive Leistungen jedoch weder ethisch vertretbar noch sollten sie als präferenzbasiert vermarktet werden.

Prävention in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Wenn medizinische Prävention nicht als Privatleistung abgerechnet werden soll, muss sie in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung integriert werden. Die Bismarck´sche Krankenversicherung hatte keinen Präventionsauftrag: Arbeitsunfähigkeit (Lohnersatz als primäre Leistung) und Hilfe bei Krankheit konstituierten den „Leistungsfall“. Das Sozialgesetzbuch V in der Fassung des Präventionsgesetzes 2015 [7] (Präventionsgesetz) gibt den Versicherten einen Anspruch auf Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung (§ 11), Schutzimpfungen (§ 20i), auf Verhütung von Zahnerkrankungen (§§ 21, 22, 22a), auf medizinische Vorsorgeleistungen (§§ 23, 24) sowie zur Erfassung gesundheitlicher Risiken und zur organisierten Früherkennung von Krankheiten (§§ 25, 25a, 26), darunter eine schriftliche Empfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 25 Absatz 1).

Für Leistungen zur Früherkennung hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinienkompetenz (§ 92 SGB V). Eine Krankenkasse sieht in ihrer Satzung Leistungen vor „zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung)“ (§ 20 SGB V). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dafür Handlungsfelder und Kriterien fest (§ 20 Absatz 2 SGB V). Im Übrigen gilt § 1 SGB V: „Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.“

Prävention in der Gesetzlichen Unfallversicherung

Das Unfallversicherungsgesetz von 1884 hat bereits für die gesetzliche Unfallversicherung als Versicherung gegen Arbeitsunfälle und später gegen Berufskrankheiten den Präventionsauftrag zur Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten vorgesehen. Dieser Präventionsauftrag wurde mit Ergänzung der arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren in das SGB VII von 1997 übernommen. Nach § 1 SGB VII hat die gesetzliche Unfallversicherung die Aufgabe „mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten“. Im Grundsatz der Prävention in § 14 SGB VII heißt es in Absatz 1 und 2: „Die Unfallversicherungsträger haben mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen und für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen. Bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren arbeiten die Unfallversicherungsträger mit den Krankenkassen zusammen.“ (§ 14 Absatz 1 und 2 SGB V)

Medizinische Prävention und Gesundheitsförderung

Wenn Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen und Patienten beraten, ermutigen und befähigen, geeignete präventive Maßnahmen selbst umzusetzen und zu kontrollieren, kann man von Gesundheitsförderung durch medizinische Leistungserbringer sprechen. Insbesondere präventive Maßnahmen, die nicht „verordnet“ werden können, gehören dazu: die Umstellung der Ernährung, mehr körperliche Aktivität, eine Reduktion von emotionalen Belastungen im Alltag sowie im Arbeitsleben. Aber auch eine Asthmaschulung, die einen chronisch Kranken zu einer Selbststeuerung seiner Medikation befähigt, oder Rückenschulen bei rückenbelastenden Tätigkeiten am Arbeitsplatz, sind ein Akt der Gesundheitsförderung.

In diesem Sinn kann man auch einen Teil der Rehabilitationsmaßnahmen, die Betroffenen helfen, ein höheres Maß an Kontrolle über ihre gesundheitliche Lage zu gewinnen, als Gesundheitsförderung einstufen. Prävention, Gesundheitsförderung, kurative Medizin und Rehabilitation sind daher keine Gegensätze, sondern ergänzen und verstärken einander.

Gesetze und Verordnungen:

- Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert 18. März 2022 (BGBl. I S. 473). Available from: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5
- Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7.

August 1996, BGBl. I S. 1254), zuletzt geändert 10. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5162). Available from: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_7
- Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit – ASiG vom 12.12.1973 (BGBl. I S.1885), zuletzt geändert 20.4.2013 (BGBl. I S.868). Available from: https://www.gesetze-im-internet.de/asig/BJNR018850973.html
- Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit – ArbSchG vom 07.08.1996 (BGBl. I S.1246) zuletzt geändert 18.3.2022 (BGBl. I S.473). Available from: https://www.gesetze-im-internet.de/arbschg/BJNR124610996.html
- Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge – ArbMedVV vom 18.12.2008 (BGBl. I S.2768), zuletzt geändert 12.7.2019 (BGBl. I S.1082). Available from: https://www.gesetze-im-internet.de/arbmedvv/__3.html

Internetadressen:

- arriba. Gemeinsam entscheiden. Available from: https://www.arriba-hausarzt.de
- IGeL-Monitor. Available from: https://www.igel-monitor.de
- U.S. Preventive Services Task Force. Available from: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org

References

1. 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
2. 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
3. Walter U, Robra BP, Schwartz FW. Prävention. In: Schwartz FW, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Dierks ML, Busse R, Schneider N, editors. Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Elsevier; 2012. p. 196–223.
4. 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
5. Hartung S, Faller G. Betriebliche 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-I042-3.0
6. Scheuch K, Panter W. Positionspapier Zukunft der Arbeitsmedizinischen Prävention und Gesundheitsförderung. In: Kirch W, Badura B, editors. Prävention. Berlin, Heidelberg: Springer; 2006. p. 315–24.
7. 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
8. Hein-Rusinek U. Was macht eigentlich der Betriebsarzt? Rolle der Arbeitsmedizin im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM). In: Pfannstiel MA, Mehlich H, editors. BGM – Ein Erfolgsfaktor für Unternehmen: Lösungen, Beispiele, Handlungsanleitungen. Wiesbaden: Springer; 2018. p. 455–67.
9. Letzel S, Nesseler T, Nowak D, Drexler H. Maßnahmen für die psychische Gesundheit im Betrieb und Verantwortlichkeiten aus Sicht der DGAUM. Psychische und Psychosomatische Gesundheit in der Arbeit: Wissenschaft, Erfahrungen und Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und Psychosomatischer Medizin. 2014 [accessed 2022 May 21]. Available from: https://www.dgaum.de/fileadmin/pdf/Stellungnahmen_und_Positionspapiere/2014/Letzel_et._al._2014_DGAUM_Massnahmen_psychische_Gesundheit_6_.pdf
10. Flatten G, Berghof B, Meye MR. Prävention – eine bewährte Strategie ärztlichen Handelns. Köln: Dt. Ärzte-Verlag; 1988. (Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Wissenschaftliche Reihe; 41).
11. Robra BP, Swart E, Klemperer D. Überdiagnose und Übertherapie des Prostata-Karzinoms − ein unterschätztes Problem. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J, editors. Krankenhaus-

Report 2013. Stuttgart: Schattauer; 2013 [accessed 2022 May 21]. Available from: https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/krankenhaus-report/2013
12. Fischer GC. Schutz vor medizinischer Überversorgung. Z Allg Med. 1992;72:1072–1015.
13. Franzkowiak P. Präventionsparadox. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I094-4.0
14. Ruhrmann G, Guenther L. Risikokommunikation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I103-2.0
15. Cohen JT, Neumann PJ, Weinstein MC. Does Preventive Care Save Money? Health Economics and the Presidential Candidates. N Engl J Med. 2008 Feb 14;358(7):661–3. DOI:10.1056/NEJMp0708558
16. Bräunig D, Haupt J, Kohstall T, Kramer I, Pieper C, Schröer S. Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention. iga-Report. 2015 [accessed 2022 May 21];28. Available from: https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_28_Wirksamkeit_Nutzen_betrieblicher_Praevention.pdf
17. Keil U, Fitzgerald AP, Gohlke H, Wellmann J, Hense HW. Risikoabschätzung tödlicher Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Die neuen SCORE-Deutschland-Tabellen für die Primärprävention. Deutsches Ärzteblatt,. Dtsch Arztebl. 2005 [accessed 2022 May 21];1.808−1.812. Available from: https://www.aerzteblatt.de/archiv/47409/Risikoabschaetzung-toedlicher-Herz-Kreislauf-Erkrankungen-Die-neuen-SCORE-Deutschland-Tabellen-fuer-die-Primaerpraevention?src=search

Korrespondenz: Prof. Dr. med. Gamze Güzel-Freudenstein, Hochschule Fulda, University of Applied Sciences, Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Leipziger Straße 123, 36037 Fulda, Deutschland, E-mail: gamze.guezel-freudenstein@gw.hs-fulda.de

Zitierhinweis: Güzel-Freudenstein G, Robra BP. Medizinische Prävention. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i076-1.0

Copyright: © 2026 Gamze Güzel-Freudenstein 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/

Mundgesundheit: Gesundheitsförderung und Prävention

Stefan Listl[1]
Habib Benzian[2]

[1] Chair for Quality and Safety of Oral Health Care, Radboud University Medical Center, Nijmegen, Niederlande

[2] College of Dentistry, WHO Collaborating Centre Quality Improvement & Evidence-Based Dentistry, Epidemiology & Health Promotion, New York University, New York, Vereinigte Staaten

Abstract

Mundgesundheit ist der Zustand der Zähne und der orofazialen (d. h. den Mund und das Gesicht betreffenden) Strukturen, der dem Menschen wesentliche Funktionen wie Essen, Atmen und Sprechen ermöglicht, und beinhaltet psychosoziale Dimensionen wie Selbstvertrauen oder Wohlbefinden. Gute Mundgesundheit ermöglicht es dem Menschen, ohne Einschränkungen durch Schmerzen, Unbehagen oder Scham am sozialen Leben teilzunehmen und produktiv zu sein. Die Mundgesundheit variiert im Laufe des Lebens bis ins hohe Alter, ist ein integraler Bestandteil der allgemeinen Gesundheit und unterstützt den Menschen dabei, an der Gesellschaft teilzuhaben und sein volles Potential auszuschöpfen.

Keywords: Mundgesundheit, Gesundheitsförderung, Prävention

Bedeutung des Themas

Orale Erkrankungen sind ein signifikantes globales Gesundheitsproblem über alle Länder und Bevölkerungsgruppen hinweg. Mit ca. 3,5 Milliarden Erkrankungsfällen sind so viele Menschen betroffen wie von keiner anderen Krankheitsgruppe [1]. Die Haupterkrankungen sind unbehandelte Karies der bleibenden oder der Milchzähne, fortgeschrittene Erkrankungen des Zahnfleisches und des Zahnhalteapparates (Parodontopathien), Zahnlosigkeit sowie Krebs (Karzinome) der Mundhöhle und der Lippen. Außerdem spielen seltenere Erkrankungen wie angeborene Lippen-, Kiefer- oder Gaumenspalten sowie Mundschleimhauterkrankungen und orale Manifestationen von anderen Grunderkrankungen eine relevante Rolle [2].

Die Zähne und der Mund sind ein integraler Bestandteil des Körpers. Sie ermöglichen wesentliche menschliche Funktionen und sind ein grundlegendes Merkmal der persönlichen Identität. Die Mundgesundheit umfasst physische, psychische, emotionale und soziale Dimensionen und ist ein integraler Bestandteil der allgemeinen Gesundheit und des Wohlbefindens. Mundgesundheit ist subjektiv, verändert sich dynamisch im Lebensverlauf und ermöglicht Essen, Sprechen, Lächeln und gesellschaftliche Partizipation ohne Unbehagen, Schmerzen oder Scham [3].

Gute Mundgesundheit spiegelt die Fähigkeit eines Individuums wider, sich an physiologische Gegebenheiten und Veränderungen im Laufe des Lebens anzupassen und die eigenen Zähne und den Mundraum durch eigenständige Selbstfürsorge gesund zu erhalten. Obwohl sich Erkrankungen der Zähne und der Mundhöhle größtenteils vermeiden lassen, sind orale Erkrankungen in allen Altersstufen weit verbreitet und haben erhebliche negative Auswirkungen auf Einzelpersonen und die Gesellschaft insgesamt [2], [4], [1]. Dazu zählen z. B. akute und chronische Schmerzen, akute und chronische Entzündungen bis hin zu Komplikationen wie z. B. Sepsis, eine verminderte Lebensqualität, Verlust an Schultagen oder verminderte Arbeitsproduktivität. Die Kosten für die zahnmedizinische Versorgung können nicht nur für Einzelpersonen erheblich sein, sondern zählen gesamtgesellschaftlich zu den Erkrankungen mit den in der Summe höchsten Versorgungskosten [4].

Orale Erkrankungen sind oft chronisch und fortschreitend. Karies betrifft beispielsweise nicht nur Kinder, sondern kann ein lebenslanger Zustand sein, der sich im Jugend-, Erwachsenen- und späteren Lebensalter fortsetzt. Orale Erkrankungen betreffen überproportional ärmere und sozial benachteiligte Mitglieder der Gesellschaft, was sich in starken Ungleichheiten bei der Häufigkeit und Schwere oraler Erkrankungen zeigt. In Deutschland haben beispielsweise jüngere Erwachsene sowie jüngere Seniorinnen und Senioren mit niedriger Schulbildung 2,4 bzw. 2,8 mehr Zähne mit Karieserfahrung als solche mit höherer Schulbildung [5]. Orale Erkrankungen teilen die gemeinsamen Risikofaktoren mit

anderen nicht übertragbaren Krankheiten [6]. Dazu gehören insbesondere Zucker-, Tabak- und schädlicher Alkoholkonsum sowie die umfassenden sozialen, kommerziellen und politischen Determinanten der Gesundheit (siehe Abbildung 1).

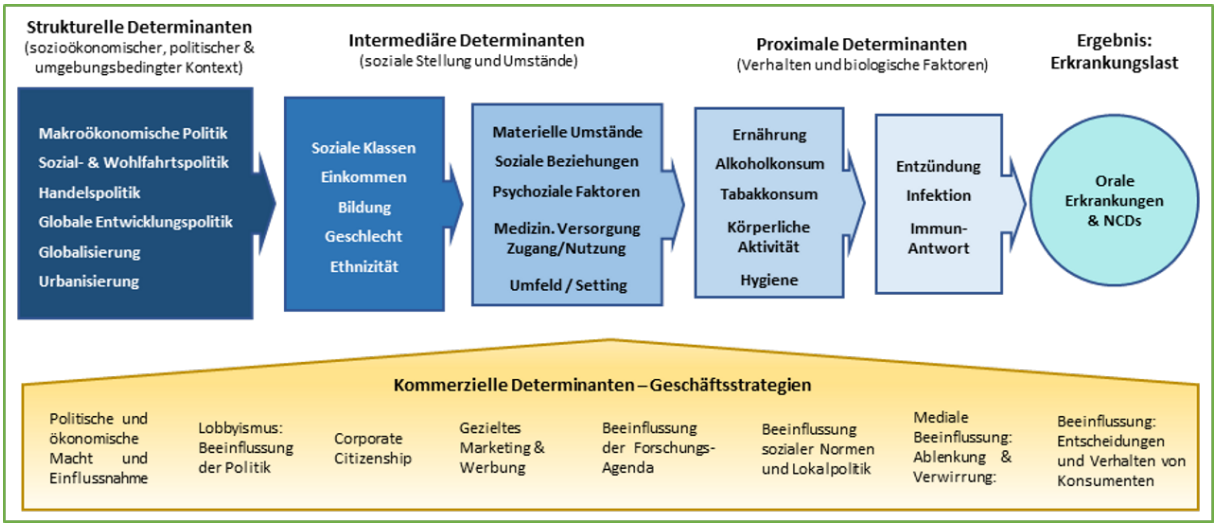


Abb. 1: Determinanten der Mundgesundheit (nach [2])

Gesundheitsförderung und Prävention für die Mundgesundheit

Eine Reihe von Optionen zur Prävention bzw. Förderung der Mundgesundheit über das gesamte Wirkungsspektrum von Upstream- bis Downstream-Ansätzen sind in Abbildung 2 zusammengefasst. Individualistische, klinische oder pädagogisch präventive Ansätze können kurzfristige Gesundheitsverbesserungen erzielen, die aber nicht nachhaltig sind, wenn die zugrundeliegenden Ursachen der Erkrankungen nicht angegangen werden. Im Sinne der gesundheitsfördernden Gesamtpolitik und der Health-in-All-Policies-Strategie [7] (Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy) sollten daher auch bevölkerungsorientierte politische Initiativen, Gesetze, Vorschriften und steuerliche Maßnahmen genutzt werden, um die Mundgesundheit auf lokaler, nationaler oder sogar internationaler Ebene zu fördern [8].

Vorrang sollten daher Investitionen in vorgelagerte, kohärente und integrierte bevölkerungsweite Politiken eingeräumt werden, die ebenfalls für andere chronische nichtübertragbare Erkrankungen wirksam sind, wie beispielsweise höhere Steuern auf zuckerhaltige Getränke, strengere Regulierungen der Werbung und Verkaufsförderung für zuckerhaltige Lebensmittel und Getränke für Kinder sowie die Förderung einer angemessenen Exposition gegenüber Fluorid durch Fluoridzahnpasta und Trinkwasserfluoridierung. Dies gilt ebenso für einen gemeinsamen Risikofaktoransatz zur Verringerung des Tabakkonsums und des schädlichen Alkoholkonsums [9].

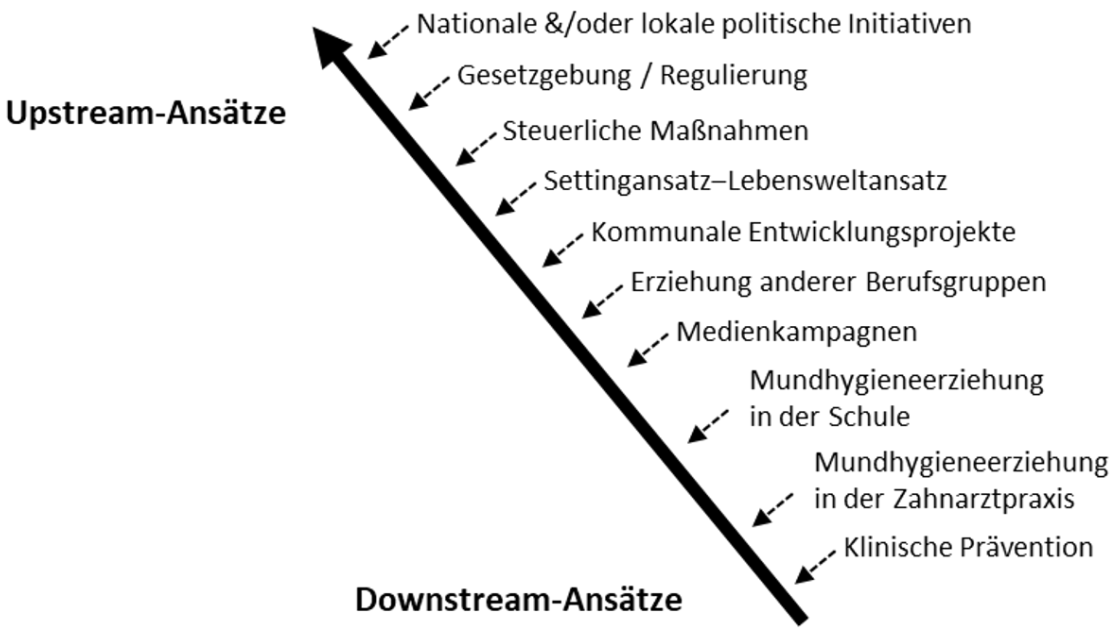


Abb. 2: Interventionen zur Mundgesundheitsförderung und Prävention (nach [8])

In Deutschland wurden seit 1989 insbesondere Programme zur Gruppenprophylaxe in Schulen und Kitas, Individualprophylaxe und Früherkennung in Zahnarztpraxen sowie zur Individualprophylaxe in Pflegeeinrichtungen eingeführt ([5]; siehe Tabelle 1).

Jahr der Einführung	Bezeichnung, Arbeitsfeld	Zielgruppe	Ansatz	Inhalte
1989	Gruppenprophylaxe in Schulen und Kitas	Bis 16-Jährige	Primär- und Sekundärprävention	Untersuchung, Fluoridanwendung, Ernährungs- und Mundhygieneerziehung
1989, 1993	Individualprophylaxe in Zahnarztpraxen	6- bis 18-Jährige	Primär- und Sekundärprävention	Untersuchung, Fluoridanwendung, Ernährungs- und Mundhygieneberatung
1999, 2019	Früherkennung in Zahnarztpraxen	Bis 6-Jährige	Primär- und Sekundärprävention	Untersuchung, Fluoridanwendung, Ernährungs- und Mundhygieneberatung
2014, 2018	Individualprophylaxe in Pflegeeinrichtungen und Zahnarztpraxen	Pflegebedürftige, Einrichtungshilfe-beziehende	Primär- und Sekundärprävention	Untersuchung, Fluoridanwendung, Ernährungs- und Mundhygieneberatung

Tab. 1: Mundgesundheitserziehung und -förderung in Deutschland (Quelle: [5]*)*

Forschung und Leitlinien

Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e. V. (DGZMK) veröffentlicht zahnmedizinische Leitlinien gemäß der methodischen Vorgaben der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AWMF). Hinsichtlich Prävention empfehlen diese Leitlinien beispielsweise das Zähneputzen unter Verwendung einer fluoridhaltigen Zahnpasta [10].

Ein epidemiologisches Monitoring der Mundgesundheit erfolgt in Deutschland im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung [11]. Im Auftrag der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) wird die bevölkerungsrepräsentative Deutsche Mundgesundheitsstudie durchgeführt [12]. Zudem gibt es im Auftrag der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe [13].

Die Mundgesundheitsziele für Deutschland bis zum Jahr 2030 [14] beinhalten Empfehlungen für die Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention aus Sicht der Zahnärzteschaft.

Internetadressen:

- Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AWMF). Available from: https://www.awmf.org
- Bundeszahnärztekammer (BZÄK). Available from: https://www.bzaek.de
- deutsche arbeitsgemeinschaft für jugendzahnpflege e. V. (daj). Available from: https://daj.de
- Deutsche Gesellschaft für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde e. V. (DGZM). Available from: https://www.dgzmk.de
- Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ). Available from: https://www.idz.institute
- Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV). Available from: https://www.kzbv.de

References

1. World Health Organization (WHO). Global oral health status report – towards universal health coverage for oral health by 2030. 2022. [accessed 2023 May 29]. Available from: https://www.who.int/team/noncommunicable-diseases/global-status-report-on-oral-health-2022
2. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, Listl S, Celeste RK, Guarnizo-Herreño CC, Kearns C, Benzian H, Allison P, Watt RG. Oral diseases: A global public health challenge. Lancet. 2019;394(10194):249–60. DOI:10.1016/S0140-6736(19)31146-8
3. World Health Organization (WHO). Draft global strategy on oral health (A75/10 Add.1). 2022 [accessed 2023 May 29]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_10Add1-en.pdf
4. Listl S, Quiñonez C, Vujicic M. Including oral diseases and conditions in universal health coverage. Bull World Health Organ. 2021;99(6):407. DOI:10.2471/BLT.21.285530
5. Strippel H. Mundgesundheit für alle – wie kann zahnmedizinische Public Health in Deutschland nachhaltig gestärkt werden. Bundesgesundheitsblatt. 2021;64:879–87. DOI:10.1007/s00103-021-03360-7
6. Watt RG, Sheiham A. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. Community Dent Oral Epidemiol. 2012;40(4):289–96. DOI:10.1111/j.1600-0528.2012.00680.x
7. 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
8. Watt RG. From victim blaming to upstream action: Tackling the social determinants of oral health inequalities. Community Dent Oral Epidemiol. 2007;35(1):1–11. DOI:10.1111/j.1600-0528.2007.00348.x
9. Watt RG, Daly B, Allison P, Macpherson LMD, Venturelli R, Listl S, Weyant RJ, Mathur MR, Guarnizo-Herreño CC, Celeste RK, Peres MA, Kearns C, Benzian H. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. Lancet. 2019;394(10194):261–72. DOI:10.1016/S0140-6736(19)31133-X
10. Deutsche Gesellschaft für Zahn-Mund- und Kieferheilkunde e.V (DGZMK) , Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V. (DG PARO). S3-Leitlinie Häusliches mechanisches Biofilmmanagement in der Prävention und Therapie der Gingivitis. 2018. (AWMF-Leitlinien-Register; 083–022). 083–022.
11. Lüders A, Brettner J, Hausmann J, Kuhn J. Mundgesundheit in der Gesundheitsberichterstattung. Bundesgesundheitsblatt. 2021 Jul;64(7):812–20. DOI:10.1007/s00103-021-03346-5
12. Insstitut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), editor. Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Vol. ;35. Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV; 2016. (Materialienreihe; 35).
13. Team DAJ. Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2016. Bonn: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege; 2017.
14. Ziller S, Oesterreich D, Jordan AR. Mundgesundheitsziele für Deutschland bis zum Jahr 2030. Zahnmed Forsch Versorg. 2021 [accessed 2023 May 29];4(1). Available from: http://www.idz.institute/fileadmin/Content/Publikationen-PDF/ZahnmedForschVersorg-1_2021_4_1.pdf

Korrespondenz: Prof. Dr. Dr. Stefan Listl, Radboud University Medical Center, Chair for Quality and Safety of Oral Health Care, Philips van Leydenlaan 25, 6533XL Nijmegen, Niederlande, E-mail: stefan.listl@radboudumc.nl
Prof. Dr. Dr. Habib Benzian, New York University, College of Dentistry, WHO Collaborating Centre Quality Improvement & Evidence-Based Dentistry, Epidemiology & Health Promotion, 380 2nd Avenue New York, Vereinigte Staaten, E-mail: habib.benzian@nyu.edu

Zitierhinweis: Listl S, Benzian H. Mundgesundheit: Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i153-1.0

Copyright: © 2026 Stefan Listl 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/

Nachhaltige Gesundheitsförderung

Eike Quilling[1]
Janna Leimann[2]
Pia Rangnow[2]

[1] Fachbereich für Gesundheitswissenschaften, Professorin für Gesundheitspädagogik und -kommunikation, Hochschule Bochum, Bochum, Deutschland

[2] Department für Gesundheitswissenschaften, Hochschule für Gesundheit, Bochum, Deutschland

Abstract

Um Gesundheitsförderung nachhaltig zu gestalten, muss ihre Komplexität verstanden werden. Dabei müssen vielfältige soziale, gesundheitliche, ökologische und wirtschaftliche Aspekte berücksichtigt werden, die in den Zielen für nachhaltige Entwicklung (Sustainable development goals – SDG) beschrieben sind, vor allem die Wechselwirkungen zwischen Menschen und Umwelt sowie die gesundheitliche Chancengleichheit.

Keywords: Nachhaltigkeit, Nachhaltige Entwicklung, Strategien der Gesundheitsförderung, Umweltschutz, Klimaschutz

Einleitung

Der Begriff Nachhaltigkeit hat eine breite Akzeptanz in der Gesellschaft gefunden, was jedoch mit einer gewissen Verwässerung seiner Bedeutung einhergeht. Meist ist er positiv konnotiert und steht synonym für langfristig und dauerhaft [1]. Das bisher prägende Verständnis von Nachhaltigkeit bzw. nachhaltiger Entwicklung stammt aus dem Brundtland-Bericht „Our Common Future“ von 1987. Demnach ist eine „nachhaltige Entwicklung eine Entwicklung, die die Bedürfnisse der Gegenwart erfüllt, ohne die Fähigkeit zukünftiger Generationen zu beeinträchtigen, ihre eigenen Bedürfnisse zu erfüllen“ ([2], S. 37, eigene Übersetzung). Angesichts ungleicher gesundheitlicher Auswirkungen von menschengemachten Umweltveränderungen muss Nachhaltigkeit nicht nur inter-, sondern auch intragenerationelle Gerechtigkeit berücksichtigen. Nachhaltige Gesundheitsförderung betrachtet daher sowohl die Bedürfnisse heutiger als auch zukünftiger Generationen.

Dimensionen von Nachhaltigkeit

Im allgemeinen Sprachgebrauch wird nachhaltig oft mit umweltfreundlich gleichgesetzt und damit auf die ökologische Dimension von Nachhaltigkeit verkürzt. In diesem Verständnis fehlen jedoch die sozialen und ökonomischen Aspekte von Nachhaltigkeit. Die soziale Dimension von Nachhaltigkeit zielt auf die Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität für alle Menschen ab. Dazu gehören die Armutsbekämpfung, der Schutz vor Zwangs- und Kinderarbeit, sichere Arbeitsbedingungen, faire Löhne, Bildung, Gesundheit, Entscheidungsfreiheit, soziale Gerechtigkeit und die Teilhabe an gesellschaftlichen Entscheidungsprozessen [1]. Die ökonomische Dimension von Nachhaltigkeit beinhaltet, dass in den Entscheidungen wirtschaftlicher Systeme ökologische und soziale Kriterien integriert werden, um eine übermäßige Belastung von Menschen und Natur zu vermeiden [1]. Nachhaltigkeit erfordert einen sozialen und praktischen Kontext, um Bedeutung zu gewinnen [3].

Nachhaltigkeit als Leitmotiv globaler Entwicklung

2015 wurden von den Vereinten Nationen mit der Agenda 2030 insgesamt 17 Ziele für eine nachhaltige Entwicklung verabschiedet (Sustainable development goals –SDG). Sie sollen dazu beitragen, „eine bessere und nachhaltigere Zukunft für alle Menschen und den Planeten zu sichern“ ([4], eigene Übersetzung). Die Kernanliegen sind neben der Beseitigung von Armut und Hunger (SDG 1 und 2) die Förderung von Gesundheit und Wohlergehen (SDG 3), der universelle Zugang zu Bildung (SDG 4), außerdem Maßnahmen zum Klimaschutz (SDG 13), die Sicherstellung von sauberem Wasser und sanitärer Versorgung (SDG 6) sowie globale Partnerschaften zur Förderung von Frieden, Gerechtigkeit

und starken Institutionen (SDG 17) [4], [5], [6] (Gesundheitsziele, Umweltbezogene Gesundheitsförderung). Auch Deutschland bekennt sich im Rahmen der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie zu den 17 Zielen für eine nachhaltige Entwicklung [7].

Die ökologische, soziale und ökonomische Dimension der Nachhaltigkeit und nachhaltigen Entwicklung werden häufig in einem 3-Säulen-Modell dargestellt. Dieses Modell räumt den genannten Dimensionen ebenfalls eine große Bedeutung ein, sie stehen dabei aber nebeneinander und damit unabhängig voneinander [8]. Diese Darstellungsform von Nachhaltigkeit wurde u. a. hinsichtlich ihrer Operationalisierbarkeit und der Unklarheit bei der Lösung zentraler Zielkonflikte kritisch hinterfragt [9], [10], [11]. Soziale und wirtschaftliche Nachhaltigkeit können nicht ohne die notwendigen ökologischen Prozesse bzw. Voraussetzungen umgesetzt werden [10]. Das Hochzeitstorten-Modell (Abb. 1) der nachhaltigen Entwicklung stellt deswegen das ökonomische System und die soziale Gemeinschaft eingebettet in die Biosphäre dar [8]. Darüber werden in diesem Modell die 17 SDGs den drei Dimensionen zugeordnet.

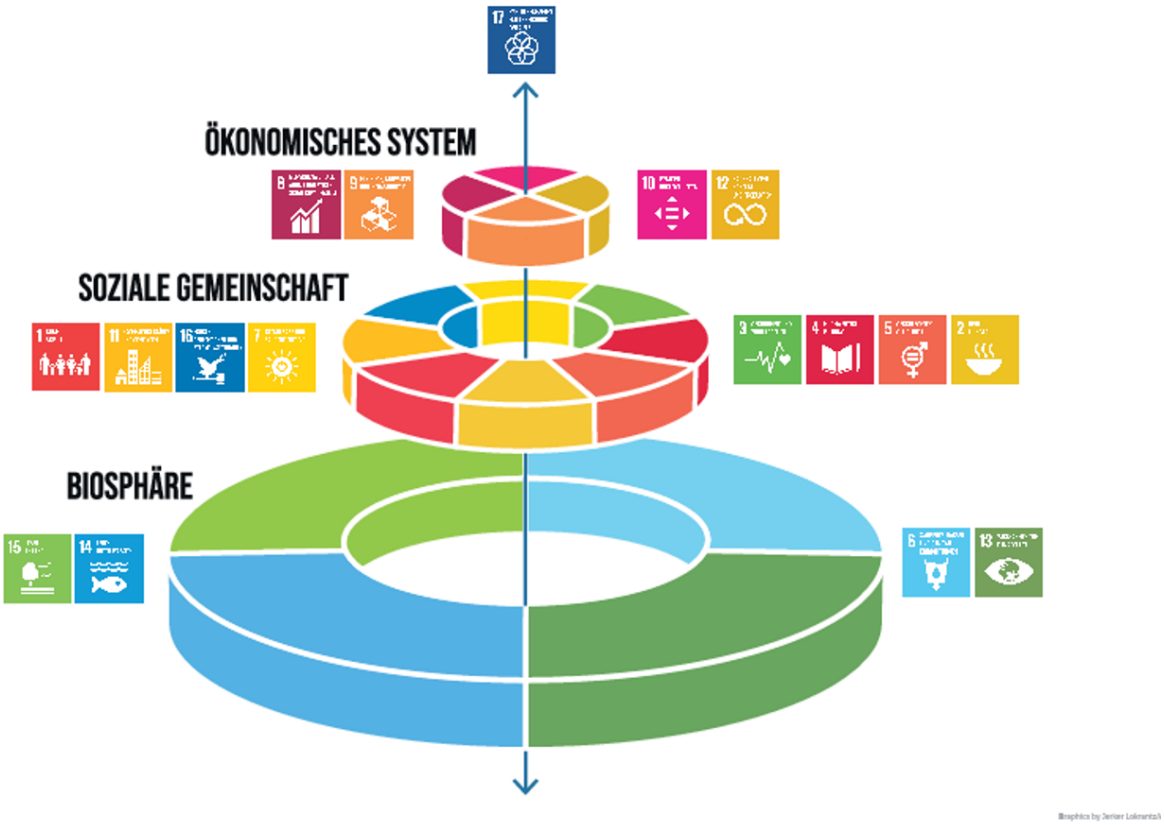


Abbildung 1: Hochzeitstorten-Modell der nachhaltigen Entwicklung (Quelle: Azote für [8])

Das Hochzeitstorten-Modell verdeutlicht, wie nachhaltige Entwicklung als Ansatz genutzt werden sollte. Biosphäre, soziale Gemeinschaft und ökonomisches System müssen in Einklang gebracht werden [1]. Wirtschaftliche Tätigkeiten sollen ökologische Grenzen beachten [12], um nicht nur der gegenwärtigen, sondern auch zukünftigen Generationen weltweit ein gutes Leben zu ermöglichen. Ohne eine stabile Biosphäre ist weder ein ökonomisches System noch eine soziale Gemeinschaft überlebensfähig [1].

Nach der auf dem Brundtland-Bericht basierenden Definition von Nachhaltigkeit soll es möglich werden, ökologische und soziale Ziele mit wirtschaftlichen Zielen und technologischem Fortschritt in Einklang zu bringen [13]. Demnach sollten wirtschaftliche Modelle entwickelt werden, die nicht nur monetäres Wachstum, sondern auch Wohlstandsindikatoren wie ausreichende Partizipationsmöglichkeiten und Wohlbefinden verfolgen, welche auch in der Gesundheitsförderung von zentraler Bedeutung sind.

Ein Beispiel dafür ist die sogenannte Wellbeing Economy. In einer Wellbeing-Wirtschaft verschiebt sich das Verständnis von gesellschaftlichem Erfolg vom Indikator Wirtschaftswachstum hin zu systemischen Veränderungen mit partizipativen Entscheidungsprozessen, umweltbewusstem Handeln und einem Fokus auf menschliches sowie ökologisches Wohlergehen [14].

Umwelt- und Klimaveränderungen und globale Gesundheit

Die Weltbevölkerung steht vor globalen Herausforderungen, die länderübergreifend auf sozialer, ökonomischer und ökologischer Ebene verflochten sind. Menschengemachte Umwelt- und Klimaveränderungen führen u. a. zu Extremwetterereignissen, Temperaturanstiegen, Luftverschmutzung, verunreinigtem Wasser, Ernährungskrisen sowie umwelt- und klimabedingten Fluchtbewegungen. Damit beeinflussen sie alle drei Dimensionen von Nachhaltigkeit [15], [16], [17], [18]. Die Bewusstheit dieser Zusammenhänge, die sich z. B. durch die Wahl des Fortbewegungsmittels auf die eigene und die Gesundheit anderer ausdrückt (SDG 3: Gesundheit und Wohlergehen) und die Umwelt (SDG 13: Maßnahmen zum Klimaschutz), macht die die Notwendigkeit eines gemeinsamen Handelns deutlich.

Durch eine Vielzahl menschlicher Aktivitäten wie die Verbrennung fossiler Energieträger, Massentierhaltung, der übermäßige Einsatz von Düngemitteln in der Landwirtschaft, die Abholzung klimaschützender Wälder, intensive Landnutzung und Abfallverbrennung statt Abfallvermeidung entstehen u. a. zunehmende Treibhausgasemissionen (vgl. [19], [20]. [21], [22]) (Klimawandel und Gesundheitsförderung). Verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen in Settings wie Kitas, Schulen, Hochschulen oder Betrieben können die verschiedenen Dimensionen z. B. beim Essensangebot oder in Bezug auf die Abfallvermeidung berücksichtigen und neben entsprechenden Verhältnisanpassungen explizit die Adressatinnen und Adressaten für diese Themen sensibilisieren und zu nachhaltiger Gesundheitsförderung beitragen.

Strategien einer nachhaltigen Gesundheitsförderung

Nachhaltige Gesundheitsförderung muss Strategien umfassen, die langfristige, positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung haben und dabei soziale, ökologische und ökonomische Faktoren im Sinne der SDGs berücksichtigen. Mit dem Wissen um die gesundheitlichen Auswirkungen der Umwelt- und Klimaveränderungen sollten Strategien und Ansätze der Gesundheitsförderung weiter und breiter angewendet werden.

Der Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit beispielsweise unterstützt die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse, die gesundheitsförderliches Verhalten ermöglichen. Demnach sollen Kommunen, Stadtteile, Schulen und weitere soziale Räume in einer Weise gesundheitsförderlich gestaltet werden, dass sich die Schere ungleich verteilter Chancen so weit wie möglich schließt. Bei der Schaffung gesunder Lebenswelten sollte die gesündere Verhaltensentscheidung die einfachere und attraktivere Wahl sein. Damit dies gelingt, müssen verschiedene Determinanten der Gesundheit [23] berücksichtigt werden. Dabei hilft die sogenannte Health Map, die entsprechenden Determinanten zu identifizieren und zu verstehen, wie sie zur Schaffung gesunder Lebenswelten beitragen können (Abb. 2).



Abbildung 2: Health Map (Quelle: [24], basierend auf [25])

Die Health Map legt den Fokus auf Nachhaltigkeit, indem sie z. B. explizit das globale Ökosystem als eine der äußeren Ebenen einbezieht. Themen wie Klimawandel, Ressourcennutzung und Umweltverschmutzung sind direkt mit den Determinanten der Gesundheit verknüpft, was die Bedeutung von ökologischer Nachhaltigkeit für die Gesundheit unterstreicht [6] (Umweltbezogene Gesundheitsförderung).

A u c h Settingansatz/Lebensweltansatz [26] kann zu den Strategien der nachhaltigen Gesundheitsförderung gezählt werden [27] (Kommunale Gesundheitsförderung), da er die Determinanten von Gesundheit systematisch berücksichtigt. Ziel des Settingansatzes ist es, Menschen zu befähigen [28] (Empowerment/Befähigung), ihre Lebenswelt aktiv mitzugestalten. Besonders in Kommunen und Stadtteilen hat dieser Ansatz zunehmend an Bedeutung gewonnen [29].

In Debatten über Nachhaltigkeit steht auch die gesundheitsfördernde Stadtentwicklung im Fokus. In den Städten leben die meisten Menschen, wodurch sie zu bedeutenden Handlungsräumen geworden sind. In Bezug auf die drei Dimensionen von Nachhaltigkeit haben Städte das Potenzial, die nachhaltigste Siedlungsform (etwa in Bezug auf Energieeffizienz) für den größten Teil der Menschen zu sein [30]. Zugleich aber sind Städte der Lebensraum, in dem die menschliche Gesundheit stark gefährdet sein kann [30] beispielsweise durch den Bau von Hochhaussiedlungen in lärm- und emissionsbelasteten Stadtgebieten. Hier leben dann oft ökonomisch benachteiligte Familien, die häufig Mehrfachbelastungen ausgesetzt sind.

Die Relevanz kommunaler Handlungsebenen wird auch in den SDGs deutlich: SDG 11 beschreibt die

Notwendigkeit, Städte und Gemeinden inklusiv, sicher und widerstandsfähig zu gestalten. Dazu gehört, dass der Zugang zu bezahlbarem Wohnraum und grundlegenden Dienstleistungen für alle gewährleistet und der öffentliche Nahverkehr sicher, zugänglich und umweltfreundlich ausgebaut wird. Der Ausbau führt in der Folge nicht nur zu einer Reduktion von Individualverkehr und Luftverschmutzung, sondern fördert im Sinne von Co-Benefits auch die körperliche Aktivität, z. B. durch Zufußgehen oder Radfahren zu Haltestellen [31], [32], [33] (Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung). Daher soll nachhaltige Stadtentwicklung partizipativ [34] und integriert erfolgen, so dass die Bedürfnisse aller Bürgerinnen und Bürger berücksichtigt werden [6] (Umweltbezogene Gesundheitsförderung). Die Forderung nach Partizipation ist ein wesentlicher Bestandteil der Quartiersentwicklung, womit die aktive Beteiligung und Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie verschiedener Interessengruppen an Planungs- und Entscheidungsprozessen gemeint ist. „Besonders in dicht bebauten und bevölkerten städtischen Gebieten mit hoher Vielfalt bieten partizipative und befähigende Planungsverfahren eine wertvolle Chance, um gemeinsam an gesundheitsorientierten Lösungen zu arbeiten und einen breiten Konsens zu erzielen“ ([35], S. 929).

Gerade im Hinblick auf Klimafolgen und Umweltbelastungen muss die Resilienz von Gemeinschaften gestärkt werden, um z. B. auf bevorstehende Extremwetterereignisse vorbereitet zu sein [36] (Resilienz von Gemeinschaften, Städten und Gemeinwesen/Community Resilience 1 Hintergründe, Verständnis und Modelle). Dazu können auch Ansätze wie das Capacity Building genutzt werden. Capacity Building zielt darauf ab, Fähigkeiten, Ressourcen, Strukturen und das Wissen von Individuen, Gemeinschaften, Organisationen sowie ganzen Systemen zu stärken, um Gesundheit selbstbestimmt zu fördern und nachhaltige Veränderungen herbeizuführen [37], [27] (Capacity Building/Kapazitätsentwicklung, Kommunale Gesundheitsförderung).

Nachhaltige Gesundheitsförderung im Sinne der SDGs erfordert eine intersektorale Zusammenarbeit. Der Ansatz Health in All Policies (HiAP) [38] (Gesundheit in allen Politikfeldern/Health in All Policies (HiAP)) kann dies ermöglichen. Eine Erweiterung des HiAP-Ansatzes ist der Environment in All Policies Ansatz (EiAP) [39]. Bestehende HiAP-Strukturen können hier zur Integration von Umweltaspekten, auch im Sinne von EiAP, genutzt werden.

Auch im Kontext der SDGs wird ein Zusammenwirken unterschiedlicher Politikbereiche und Sektoren für eine stärkere Verzahnung gesundheitlicher und umweltbedingter Faktoren gefordert [40]. Ebenso sind der Aufbau und die Nutzung von Netzwerken im Kontext gesundheitsbezogener Umwelt- und Klimaveränderungen entscheidend, um Ressourcen zu bündeln, Wissen auszutauschen und koordinierte Ansätze zu entwickeln [41], [42]. Nur disziplinübergreifend können komplexe Probleme im Kontext von sozialer, ökologischer und ökonomischer Nachhaltigkeit und mit Blick auf die aktuellen und kommenden Umwelt- und Klimaveränderungen gelöst werden.

Gesundheitsförderung und Nachhaltigkeit als Bildungsthema

Das vierte SDG „Inklusive, gleichberechtigte und hochwertige Bildung gewährleisten und Möglichkeiten des lebenslangen Lernens für alle fördern“ betont die Bedeutung von Bildung. Bildung gilt als Schlüssel zu besserer Gesundheit, wirtschaftlichem Wachstum, Gleichstellung und sozialem Zusammenhalt [4]. Dieser Ansatz wird daher Bildung für nachhaltige Entwicklung (BNE) genannt.

Gesundheitsförderung und Nachhaltigkeit sowie ähnliche Konzepte wie z. B. Planetare Gesundheit sollten als zentrale Bildungsthemen früh verankert werden. Als Impulsgeber sollen Kindertagesstätten, Schulen, Hochschulen und anderen Bildungseinrichtungen Wissen über gesunde und nachhaltige Lebensweisen sowie gesundheitsförderliches und nachhaltiges Verhalten vermitteln (Schilling, 2023).

Zu lernen und zu erfahren, anders zu leben, ist die einzige Möglichkeit, den globalen Herausforderungen des Biodiversitätsverlustes, der Klimakrise und der Ressourcenverschwendung wirksam zu begegnen. Bei der Bildung für nachhaltige Entwicklung geht es daher nicht nur um die reine Wissensvermittlung, sondern auch darum, das Bewusstsein für diese Themen zu schärfen.

Wir bedanken uns bei Alf Trojan und Waldemar Süß für ihre wissenschaftliche Vorarbeit und die letzte Version des Leitbegriffs, an die wir dankenswerterweise anknüpfen durften.

Internetadresse:

- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Literatur:

- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ). SDG 11: Städte und Gemeinden. [accessed 2025 Nov 30]. Available from: https://www.bmz.de/de/agenda-2030/sdg-11
- Meyer-Funke U. Interview mit Prof. Dr. Hajo Zeeb: Digitale Präventionsansätze bedarfsgerecht ausgestalten! bvpg – Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., editor. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (bvpg); 2022. [accessed 2025 Nov 30]. Available from: https://bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=newbv&snr=13482&t=%E2%80%9EDigitale+Pr%C3%A4ventionsans%C3%A4tze+bedarfsge
- Quilling E, Kruse S, Kuchler M, Leimann J, Walter U. Models of intersectoral cooperation in municipal health promotion and prevention: Findings from a scoping review. Sustainability. 2020 Aug 13;12(16):6544. DOI:10.3390/su12166544
- Reyes-Riveros R, Altamirano A, De La Barrera F, Rozas-Vásquez D, Vieli L, Meli P. Linking public urban green spaces and human well-being: A systematic review. Urban For. Urban Green. 2021 Jun;61(127105). DOI:10.1016/j.ufug.2021.127105
- Rigolon A, Browning MHEM, McAnirlin O, Yoon HV. Green space and health equity: A systematic review on the potential of green space to reduce health disparities. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2021 Mar 4;18(5):2563. DOI:10.3390/ijerph18052563
- Shrivastava P, Stafford Smith M, O'Brien K, Zsolnai L. Transforming Sustainability Science to Generate Positive Social and Environmental Change Globally. One Earth. 2020 Apr;2(4):329–40. DOI:10.1016/j.oneear.2020.04.010
- United Nations (UN). The Millennium Development Goals Report 2015. New Yorck; 2015 [accessed 2026 Jan 19]. Available from: https://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201)
- Wissenschaftlicher Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen (WBGU). Unsere gemeinsame digitale Zukunft. Berlin: WBGU; 2019 [accessed 2025 Nov 27]. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Marcel-Dorsch/publication/335523851_Unsere_gemeinsame_digitale_Zukunft/links/5d6a6e39299bf1808d gemeinsame-digitale-Zukunft.pdf?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW
- World Health Organization (WHO), editor. Operational framework for monitoring social determinants of health equity. 2023.

References

1. Kropp A. Grundlagen der nachhaltigen Entwicklung: Handlungsmöglichkeiten und Strategien zur Umsetzung. Wiesbaden: Springer Gabler; 2019. (essentials).
2. United Nations (UN). Report of the World Commission on Environment and Development. Our Common Future. 1987.
3. Ramsey JL. On not defining sustainability. J. Agric. Environ. Ethics. 2015 Dec;28(6):1075–87. DOI:10.1007/s10806-015-9578-3
4. United Nations (UN). Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development. 2015. [accessed 2025 Nov 27]. Available from: https://sdgs.un.org/sites/default/files/publications/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf
5. 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
6. Malsch A. Umweltbezogene 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-I150-2.0
7. Die Bundesregierung, editor. Transformation gemeinsam gerecht gestalten. Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie. Weiterentwicklung 2025. 2025 [accessed 2025 Nov 30]. Available from: https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975274/2335292/c4471db32df421a65f13f9db3b5432ba/2025-02-17-dns-2025-data.pdf?download=1
8. Stockholm Resilience Centre. The SDGs wedding cake. 2016 [accessed 2025 Nov 27]. Available from: https://www.stockholmresilience.org/research/research-news/2016-06-14-the-sdgs-wedding-cake.html
9. Purvis B, Mao Y, Robinson D. Three pillars of sustainability: in search of conceptual origins. Sustain. Sci. 2019 May;14(3):681–95. DOI:10.1007/s11625-018-0627-5
10. Hickel J. The contradiction of the sustainable development goals: Growth versus ecology on a finite planet. Sustain. Dev. 2019 Sep;27(5):873–84. DOI:10.1002/sd.1947
11. Biermann F, Hickmann T, Sénit CA, Beisheim M, Bernstein S, Chasek P, Grob L, Kim RE, Kotzé LJ, Nilsson M, Ordóñez Llanos A, Okereke C, Pradhan P, Raven R, Sun Y, Vijge MJ, van Vuuren D, Wicke B. Scientific evidence on the political impact of the Sustainable Development Goals. Nat. Sustain. 2022 Jun 20;5(9):795–800. DOI:10.1038/s41893-022-00909-5
12. Parrique T, Barth J, Briens F, Kerschner C, Kraus-Polk A, Kuokkanen A, Spangenberg J. Decoupling debunked. Evidence and arguments against green growth as a sole strategy for sustainability. European Environmental Bureau; 2019.
13. Kish K, Quilley S. Wicked dilemmas of scale and complexity in the politics of degrowth. Ecol. Econ. 2017;142:306–17. DOI:10.1016/J.ECOLECON.2017.08.008
14. Wellbeing Economy Alliance. What is a Wellbeing Economy. [accessed 2025 Nov 27]. Available from: https://weall.org/what-is-wellbeing-economy
15. European Environment Agency (EEA). Responding to climate change impacts on human health in Europe: focus on floods, droughts and water quality. EEA Report. [accessed 2025 Nov 30]; (3/2024). Available from: https://www.eea.europa.eu/publications/responding-to-climate-change-impacts
16. Whitmee S, Haines A, Beyrer C, Boltz F, Capon AG, De Souza Dias BF, Ezeh A, Frumkin H, Gong P, Head P, Horton R, Mace GM, Marten R, Myers SS, Nishtar S, Osofsky SA, Pattanayak SK, Pongsiri MJ, Romanelli C, Soucat A, Vega J, Yach D. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health. The Lancet. 2015 Nov;386(10007):1973–2028. DOI:10.1016/S0140-6736(15)60901-1
17. Damialis A, Traidl-Hoffmann C, Treudler R. Climate Change and Pollen Allergies. In: Marselle MR, Stadler J, Korn H, Irvine KN, Bonn A, editors. Biodiversity and health in the face of climate change. 1 edn. Cham, Switzerland: Springer Nature; 2019. Available from: 10.1007/978-3-030-02318-8_3 DOI:10.1007/978-3-030-02318-8
18. Zywert K, Quilley S, editors. Health in the anthropocene: Living well on a finite planet. Toronto Buffalo London: University of Toronto Press; 2020.
19. Bogner J, Pipatti R, Hashimoto S, Diaz C, Mareckova K, Diaz L, Kjeldsen P, Monni S, Faaij A, Gao Q, Zhang T, Ahmed MA, Sutamihardja RTM, Gregory R, Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) Working Group III (Mitigation). Mitigation of global greenhouse gas emissions from waste: conclusions and strategies from the Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) Fourth Assessment Report. Working Group III (Mitigation). Waste Manag. Res. 2008 Feb;26(1):11–32. DOI:10.1177/0734242X07088433
20. Rockström J, Steffen W, Noone K, Persson Å, Chapin FS, Lambin EF, Lenton TM, Scheffer M, Folke C, Schellnhuber HJ, Nykvist B, De Wit CA, Hughes T, Van Der Leeuw S, Rodhe H, Sörlin S, Snyder PK, Costanza R, Svedin U, Falkenmark M, Karlberg L, Corell RW, Fabry VJ, Hansen J, Walker B, Liverman D, Richardson K, Crutzen P, Foley JA. A safe operating space for humanity. Nature. 2009 Sep 24;461(7263):472–5. DOI:10.1038/461472a
21. Halpern BS, Frazier M, Verstaen J, Rayner PE, Clawson G, Blanchard JL, Cottrell RS, Froehlich HE, Gephart JA, Jacobsen NS, Kuempel CD, McIntyre PB, Metian M, Moran D, Nash KL, Többen J, Williams DR. The environmental footprint of global food production. Nat. Sustain. 2022 Oct 24;5(12):1027–39. DOI:10.1038/s41893-022-00965-x
22. Herrmann A, Eichinger M. Klimawandel und 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-I156-1.0
23. 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
24. Barton H, Grant M. A health map for the local human habitat. J. R. Soc. Promot. Health. 2006 Nov;126(6):252–3. DOI:10.1177/1466424006070466
25. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
26. 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
27. Quilling E, Leimann J, Tollmann P. Kommunale 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-I043-1.0
28. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I10-3.0
29. Quilling E, Leimann JFW. Kommunale Gesundheitsförderung. In: Schwartz U, Walter J, Siegrist P, Kolip R, Leidl R, Busse V, Amelung ML, Dierks ML, editors. Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 4 edn. Elsevier; 2022. p. 423–33.
30. Köckler H. Nachhaltige Stadtentwicklung in Deutschland. In: Hartung S, Wihofszky P, editors. Gesundheit und Nachhaltigkeit. Berlin, Heidelberg: Springer; 2024. p. 1–8. (Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit). DOI:10.1007/978-3-662-64954-1_15-1
31. Baumgart S, Köckler H, Ritzinger A, Rüdiger A. Gesundheitsförderung – Ein aktuelles Thema für Raumplanung und Gesundheitswesen. Einführung. In: Baumgart S, Köckler H, Ritzinger A, Rüdiger A, editors. Planung für gesundheitsfördernde Städte. Hannover: Verlag der ARL; 2018. p. 5–19. (Forschungsberichte der ARL; 8).
32. Neugebauer P, Niederberger M. Die Bedeutung von Stadtnatur für die Gesundheit. Präv Gesundheitsf. 2024 Aug;19(3):435–41. DOI:10.1007/s11553-023-01068-x
33. Böhme C, Köckler H, Quilling E. Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I151-1.0
34. Köckler H, Brüggemann J, Walter-Klose C. Stadtentwicklung unter den Prämissen von Gesundheit und Vielfalt. Publ. Health For. 2024 Mar 25;32(1):40–2. DOI:10.1515/pubhef-2023-0143
35. Köckler H, Sieber R. Die Stadt als gesunder Lebensort!? Stadtentwicklung als ein Politikfeld für Gesundheit. Bundesgesundheitsblatt. 2020 Aug;63(8):928–35. DOI:10.1007/s00103-020-03176-x
36. Beerlage I. Resilienz von Gemeinschaften, Städten und Gemeinwesen/Community Resilience. 1 Hintergründe, Verständnis und Modelle. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I1391-1.0
37. Nickel S, Trojan A. Capacity Building / Kapazitätsentwicklung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I007-3.0
38. Köckler H, Geene R. Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I157-1.0
39. Browne GR, Rutherfurd ID. The case for “environment in all policies”: Lessons from the “health in all policies” approach in public health. Environ. Health Perspect. 2017 Feb;125(2):149–54. DOI:10.1289/ehp294
40. Zeeb H, Hilderink H, Forberger S. Umwelt und der „Health-in-all-Policies“-Ansatz – ein Überblick. Bundesgesundheitsblatt. 2018 Jun;61(6):729–36. DOI:10.1007/s00103-018-2733-z
41. Quilling E, Nicolini HJ, Graf C, Starke D. Praxiswissen Netzwerkarbeit: gemeinnützige Netzwerke erfolgreich gestalten. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2013. Available from: 9783531171449 9783531188997 DOI:10.1007/978-3-531-18899-7
42. Thomas K, Hardy RD, Lazrus H, Mendez M, Orlove B, Rivera-Collazo I, Roberts JT, Rockman M, Warner BP, Winthrop R. Explaining differential vulnerability to climate change: A social science review. Wiley Interdiscip. Rev. Clim. Change. 2019 Mar;10(2):e565. DOI:10.1002/wcc.565

Korrespondenz: Prof.in Dr.in Eike Quilling, Hochschule Bochum, Fachbereich für Gesundheitswissenschaften, Professorin für Gesundheitspädagogik und -kommunikation, Gesundheitscampus 6–8, 44801 Bochum, Deutschland, E-mail: eike.quilling@hs-bochum.de

Zitierhinweis: Quilling E, Leimann J, Rangnow P. Nachhaltige Gesundheitsförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i079-1.0

Copyright: © 2026 Eike Quilling 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/

Netzwerkarbeit – Vermitteln und Vernetzen als professionelle Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung

Eike Quilling[1]
Patricia Tollmann[2]
Niklas Brähler-Dieling[3]
Alf Trojan[4]
Waldemar Süß[5]

[1] Fachbereich für Gesundheitswissenschaften, Professorin für Gesundheitspädagogik und -kommunikation, Hochschule Bochum, Bochum, Deutschland
[2] Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Hochschule Bochum, Bochum, Deutschland
[3] Department für Angewandte Gesundheitswissenschaften, Hochschule Bochum, Bochum, Deutschland
[4] Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland
[5] Deutschland

Abstract

„Vermitteln und Vernetzen“ ist eines der drei Handlungsprinzipien der Ottawa-Charta. Es fordert, dass alle einflussnehmenden Bereiche in der Gesundheitsförderung zusammenwirken – auf horizontaler und vertikaler Ebene. Verschiedene Netzwerkformen ermöglichen die intersektoral abgestimmte Zusammenarbeit in und um Settings und sorgen u. a. dafür, dass Bürgerinnen und Bürger an der Gesundheitsförderung beteiligt werden. Für eine koordinierte Zusammenarbeit in den Netzwerken können sich professionelle Akteurinnen und Akteure an Handwerkszeugen wie Kommunikations- und Dialogverfahren sowie Kompetenzprofilen orientieren.

Keywords: Netzwerke, Ottawa-Charta, Kooperation, Kommunikation

Einleitung

„Vermitteln und Vernetzen“ (engl.: „mediate“) ist eines der drei Handlungsprinzipien der Ottawa-Charta, in Verbindung mit „Interessen vertreten“ sowie „Befähigen und ermöglichen“ [1] (Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa).

Der Ottawa-Charta zufolge ist der Gesundheitssektor weder in der alleinigen Verantwortung noch allein in der Lage, gesunde Lebensbedingungen und Wohlbefinden für die Menschen herzustellen. Die Verantwortung für Gesundheit liege vielmehr bei allen Politikbereichen. Gesundheitsförderung verlangt daher ein koordiniertes Zusammenwirken aller einflussnehmenden Bereiche und Verantwortlichen: Regierungen, Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektoren, nichtstaatliche und selbstorganisierte Verbände, Initiativen, Industrie und Medienverantwortliche [2] (Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy, Partnerschaften für Gesundheit).

Die Zielerläuterung weist auf die regionale und ressourcenorientierte Gestaltung der Gesundheitsförderung hin: „Die Programme und Strategien zur Gesundheitsförderung sollten den örtlichen Bedürfnissen und Möglichkeiten der Länder und Regionen angepasst sein und die unterschiedlichen Gesellschafts- und Wirtschaftssysteme sowie die kulturellen Gegebenheiten berücksichtigen.“ ([3], S. 3).

Des Weiteren wird in der Charta die besondere Verantwortung von professionell Handelnden, Expertinnen und Experten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Gesundheitswesen bei der Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Interessen und Bereichen der Gesellschaft und deren Vernetzung hervorgehoben. Weil das aus dem Englischen übersetzte Wort „mediate“ im Deutschen „vermitteln“ bedeutet und den starken Beiklang von „Konflikte schlichten“ hat, wurde in der Übersetzung der Ottawa Charta zusätzlich das Wort „Vernetzen“ herangezogen. „Vernetzen“ wird auch für die Verknüpfung von Menschen auf individueller Ebene benutzt, zunehmend z. B. durch X, Instagram oder

TikTok [4] (Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien). Daneben spielen auch Gesundheits- und Selbstoptimierungs-Apps für die individuelle Vernetzung eine größere Rolle, weil diese zunehmend auch Gemeinschaften adressieren, virtuelle Wettkämpfe initiieren und darauf setzen, dass die Userinnen und User ihr Verhalten posten.

Zum allgemeinen Verständnis und zur Einordnung der Begriffe kann an dieser Stelle auf die Untersuchung von Modellen und Evidenzen der intersektoralen Kooperation in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung hingewiesen [5]. Der Begriff „Netzwerk“ wird in der Literaturrecherche sowie dem benannten Review in Relation zu anderen Begriffen wie collaboration, partnership, coalition, cooperation oder alliance als übergeordnet identifiziert. Dies impliziert die einheitliche Anerkennung und Nutzung des Begriffs sowohl im wissenschaftlichen als auch im praktischen Diskurs um die intersektorale Kooperation (ISK) in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung.

„Vermitteln und Vernetzen“ ist in der Gesundheitsförderung in der Spannweite vom Individuum bis zu professionellen Netzwerkstrukturen von Bedeutung. Auf Ebene des Individuums nehmen soziale Netzwerke und Netzwerkförderung [6] (Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung) eine besondere Rolle ein. So nimmt das Individuum mit seinen Netzwerken bei der Implementierung von Bottom-Up-Prozessen im Sinne der Partizipation in den Settings eine zentrale Rolle ein [3].

Horizontale und vertikale Kooperationsstrukturen

Vermittlung und Vernetzung bedeutet, horizontale und vertikale Kooperationsstrukturen aufzubauen und weiterzuentwickeln:

- Horizontale Kooperation bedeutet, dass die Lebensbereiche der Menschen mit den entsprechenden Politiksektoren verknüpft werden, um sie für gesundheitsfördernde Maßnahmen zu gewinnen. Das kann beispielsweise eine kommunale Gesundheitskonferenz sein, in der verschiedene Settings zusammenkommen, um das Leben in der Kommune lebenswerter und gesünder zu gestalten.
- Vertikale Kooperation bedeutet, dass die unterschiedlichen gesellschaftsrelevanten und politischen Ebenen, von der lokalen Nachbarschaftsebene bis zur internationalen Ebene und umgekehrt, miteinander verbunden werden. Ziel ist es, die Interessenvertreterinnen und -vertreter der Ebenen in einen gemeinsamen Arbeitszusammenhang zu bringen, in dem Konflikte ausgetragen und Konsensprozesse auf den Weg gebracht werden können, z. B. durch partizipative Prozesse [7] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger).

Um strukturellen Herausforderungen in der Gesundheitsförderung begegnen zu können, bieten horizontale und vertikale Kooperationen im Kontext von Vernetzung vielfältige Chancen, Gesundheitsförderung in Lebenswelten im Diskurs aktiv zu gestalten. Auf diese Weise können die im Folgenden beispielhaft dargestellten Konfliktpotenziale vermindert werden:

- Durch fehlende oder mangelnde Kommunikation zwischen Gesundheitsämtern und den Ämtern für Jugend und Familie oder Soziales etc. können sich Doppelstrukturen bilden.
- Bürgerinitiativen fühlen sich von Behörden u. U. nicht ernstgenommen bzw. nicht beteiligt.
- Anwohnerinnen und Anwohner einer Hauptstraße und ihre Vertreterinnen und Vertreter in der Politik möchten eine Tempo 30-Regelung; das Stadtparlament möchte aber den Verkehr nicht verlangsamen, weil negative Reaktionen der (wahlberechtigten) Autofahrerinnen und -fahrer befürchtet werden.

Solche und andere Herausforderungen und Probleme mit potenziellem Gesundheitsbezug können von Initiativen zur „Vermittlung und Vernetzung“ profitieren.

Netzwerke in der Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung ist eine intersektorale und interdisziplinäre Aufgabe, bei der verschiedene kommunale Institutionen und Settings mitarbeiten müssen und betroffene Bürgerinnen und Bürger beteiligt werden sollten [8] (Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HIAP)). Hierzu bedarf es entsprechender Strukturen. In der Gesundheitsförderung sind viele Netzwerke auf unterschiedlichen Ebenen bekannt, die sich durch ihre Ziele und Aufgaben unterscheiden:

- **Interorganisationale Netzwerke in der settingorientierten Gesundheitsförderung**:Im Rahmen der horizontalen Vernetzung wird besonders seit dem Präventionsgesetz [9] von 2015 die regionale Vernetzung zwischen den einzelnen Settings der Gesundheitsförderung immer

bedeutsamer. Die in der Ottawa-Charta formulierte Aufforderung zur regionalen Vernetzung von Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsförderung und zur Identifikation der unterschiedlichen Bedarfe führte schon in den vergangenen Jahrzehnten und ausdrücklich seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes zur Bildung zahlreicher regionaler und überregionaler interorganisationaler Netzwerke zur Gesundheitsförderung in Settings: Kindertagesstätten, Kindergärten, Schulen, Hochschulen, Krankenhäusern, Betrieben und Kommunen [10], [11], [12]. Das allgemeine Ziel der sich unter dem Settingansatz vernetzenden Akteurinnen und Akteure besteht darin, in interorganisationalen Netzwerken gemeinsame Wege der Implementierung von Gesundheitsförderung zu finden, zu teilen und weiterzuentwickeln [13], [14]. Diese Notwendigkeit sehen auch die durch das Präventionsgesetz nach §20 SGB V zum Aufbau dieser Strukturen aufgeforderten Krankenkassen, die sich in insgesamt 146 (Stand 2022) deutschen überbetrieblichen Netzwerken zur Gesundheitsförderung engagieren [15]. Ein Beispiel ist das Gesunde-Städte-Netzwerk [16], das verschiedene Städte, Stadtbezirke, Landkreise, Gemeinden und Regionen in Deutschland zum Thema der kommunalen Gesundheit und Gesundheitsförderung vernetzt. Das Gesunde Städte-Netzwerk bietet einen strukturierten und praxisnahen Rahmen für Kommunen, die sich der Gesundheitsförderung der gesamten Bevölkerung stärker verpflichten möchten. Das Netzwerk ist nicht nur vor Ort über Kommunalverwaltungen und zivilgesellschaftliche Initiativen, Vereine und Träger wirksam, sondern auch auf Landes- und Bundesebene aktiv [16] (Gesunde Städte-Netzwerk).

- **Intraorganisationale Netzwerke**: Intraorganisationalen Netzwerken gehen nicht über die Grenzen einer Organisation oder Institution hinaus. Im Setting Hochschule kooperieren z. B. für das Studentische Gesundheitsmanagement die Hochschulleitung, die einzelnen Institute, der Hochschulsport sowie Studierendenvertretungen, um die Lebenswelt gesünder und lebenswerter zu gestalten [17].
- **Partizipationsnetzwerke (Brücken-Einrichtungen)**: Brücken-Einrichtungen sind vermittelnde Infrastruktureinheiten mit räumlicher Ausstattung, Sach- und Personalmitteln. Sie haben eine vermittelnde Aufgabe zwischen dem formellen Bereich der gesellschaftlichen Großinstitutionen und den kleinen, vielfach fragilen Zusammenschlüssen von Bürgerinnen und Bürgern im informellen Bereich. Solche Brücken-Einrichtungen gibt es in vielen für die Gesundheitsförderung wichtigen gesellschaftlichen Bereichen. Beispiele sind Stadtteil- oder Kulturzentren, Kontakt-, Beratungs- und Informationsstellen (für Selbsthilfe, Arbeit etc.). Als Infrastruktur von ausdrücklich auf Gesundheitsförderung ausgerichteten Bemühungen sind bundesweit kommunale Partnerschaften [18] (Partnerschaften für Gesundheit) gegründet worden, z. B. regionale Koordinierungsstellen der Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Menschen. Durch solche Partizipationsnetzwerke und Brücken-Einrichtungen können Menschen in allen Lebensbereichen als Einzelne, Familien und Gemeinschaften entsprechend der Ottawa-Charta [3] koordiniert in der Gesundheitsförderung beteiligt werden [7] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger).
- **Soziale und persönliche Netzwerke** werden im Leitbegriff [6] Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung erläutert. An dieser Stelle soll lediglich der Hinweis auf den Sammelband „Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten – eine neue Perspektive für Forschung“ [19] genügen, der anhand zweier Perspektiven (Lebenslauf und Ungleichheitsdimensionen) die Anwendungen des Netzwerkansatzes bei gesundheitlichen Ungleichheiten in verschiedenen Beiträgen untersucht.

Handwerkszeug für Vernetzungen

Grundlegendes Handwerkszeug zur Vermittlung und Vernetzung wie auch bei der Netzwerkbildung sind verschiedene Kommunikations- und Dialogverfahren, einschließlich Konfliktklärung, Mediation und Kooperationsmanagement. Damit die Netzwerkpartnerinnen und -partner vertrauensvoll zusammenarbeiten können, sollten die folgenden Anforderungen bzw. Prinzipien dienen:



Abb. 1. Prinzipien der Netzwerkarbeit (Eigene Darstellung in Anlehnung an [20], S. 13 f.)

Kommunen wird in der Gesundheitsförderung eine Schlüsselfunktion zugeschrieben [21], da sie über das Selbstverwaltungsrecht (Artikel 28 Abs. 2 Grundgesetz) als kleinste räumliche Verwaltungseinheiten für die Initiierung und Koordinierung der Gesundheitsförderung verantwortlich sind [22] (Kommunale Gesundheitsförderung). Kommunen sind sowohl geographische als auch politische und soziale Räume, in denen z. B. Vereine, Jugendhilfeträger und verschiedene Initiativen verortet sind. Dies bietet vielfältige Möglichkeiten zur Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, indem Vernetzungen z. B. im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik [8] (Gesundheit in allen Handlungsfeldern / Health in All Policies [HIAP]), kommunaler Gesundheitskonferenzen [23] und andere Arbeitsgruppen auf kommunaler Ebene etabliert werden [24].

In der kommunalen Gesundheitsförderung sollten Angebote öffentlicher und privater Träger zusammengeführt und über Lebensphasen sowie Altersgruppen hinweg abgestimmt werden.

Um der Aufgabe der Vermittlung und Vernetzung in der kommunalen Gesundheitsförderung zu begegnen, sind insbesondere Netzwerkarbeit und -management durch Koordinationspersonen wichtige Ansatzpunkte. Quilling et al. [25] haben ein Handlungsmodell zur Koordination kommunaler Gesundheitsförderung entwickelt (vgl. Abbildung 2). Es basiert auf unterschiedlichen Modellen der Gesundheitsförderung, Medizin und Netzwerkarbeit und stellt strukturiert in einem Phasenmodell dar, welche Anforderungen zu welchem Zeitpunkt im Prozess der Koordination bedacht werden müssen und welche Aufgaben und Anforderungen prozessbegleitend stets bestehen bleiben.

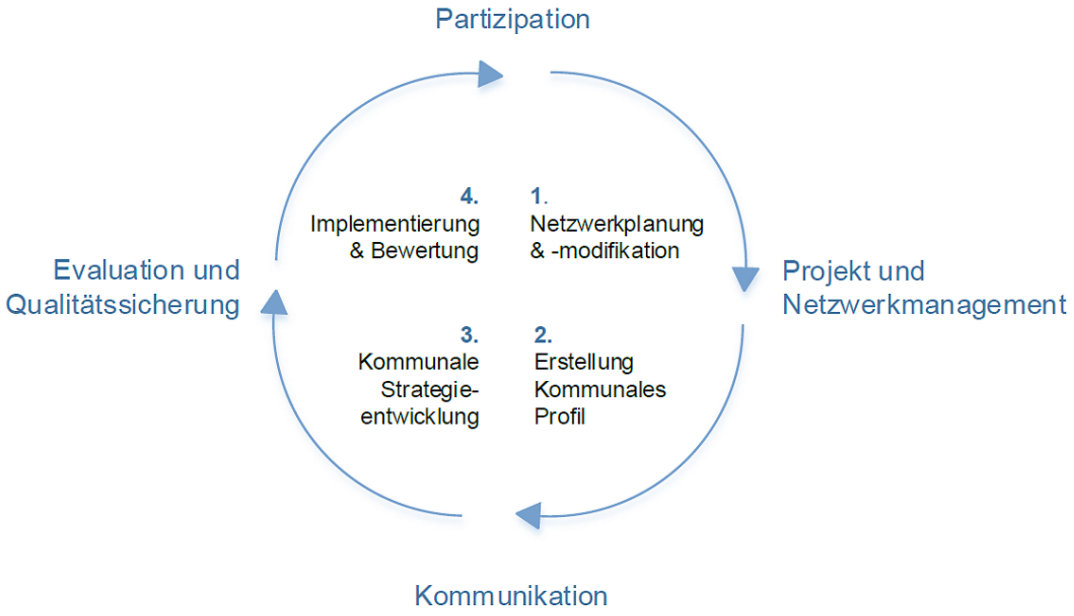


Abb. 2: Handlungsmodell kommunaler Gesundheitsförderung (Quelle: [25])

Um diese Aufgaben und Anforderungen bewältigen zu können, sind bestimmte Kompetenzen erforderlich. Quilling, Nicolini, Graf und Starke [20] haben vier Kernkompetenzen für professionelles Netzwerkmanagement identifiziert:

- Kommunikative und soziale Kompetenzen
- Betriebswirtschaftliches Know-how
- Organisatorische Kompetenzen
- Fachkenntnis

Diese vier Kernkompetenzen können für die Koordination bzw. das Netzwerkmanagement in der kommunalen Gesundheitsförderung [22] (Kommunale Gesundheitsförderung) ausgebaut werden. Hierzu entwickelten Quilling et al. [25] ein Rollen- und Kompetenzmodell zur kommunalen Gesundheitsförderung. Durch diese Erweiterung sind für das Netzwerksmanagement im kommunalen Setting folgende Rollen und Kompetenzen von Bedeutung:

- Expertise in der kommunalen Gesundheitsförderung
- Management für gesundheitsförderliche Prozesse
- Management für interprofessionelle Teams
- Kommunikation
- Professionelles Handeln
- Beratung für gesundheitliche Chancengleichheit
- Wissensmanagement

Perspektiven der Netzwerkarbeit

Anhand der Darstellung unterschiedlicher Netzwerkformen, die in der Gesundheitsförderung von Bedeutung sind, wird deutlich, dass es einer vertieften gesundheitswissenschaftlichen Auseinandersetzung mit diesen Netzwerken bedarf. Im Fokus können dabei vier Strategien stehen:

- Erforschung des Einflusses von Netzwerken auf die Gesundheit (Individuum und Gruppen)
- Aufarbeitung der Relevanz von Partizipationsmechanismen zur Beteiligung der Zielgruppen in der Gesundheitsförderung
- Etablierung von Kompetenzmodellen zur Professionalisierung in den Settings
- Hervorhebung der Bedeutung von Netzwerken in und zwischen Settings als Strategien der Gesundheitsförderung

Um die Ziele der Ottawa-Charta erfüllen zu können, sollte Gesundheitsförderung auf allen Ebenen (horizontal und vertikal), zwischen und in den Settings sowie im Dialog mit den Adressatinnen- und Adressatengruppen als Gemeinschaftsaufgabe im Sinne des Ziels „Vermitteln und Vernetzen“/“mediate“ verstanden werden.

Wir bedanken uns bei den Kollegen Alf Trojan und Waldemar Süß für ihre wissenschaftliche Vorarbeit und die Erstversionen des Leitbegriffs, an die wir dankenswerterweise anknüpfen durften.

Internetadressen:

- Gesunde-Städte-Netzwerk. Available from: https://gesunde-staedte-netzwerk.de
- Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (hag). Available from: https://www.hag-gesundheit.de/wir-ueber-uns/landesvereinigungen
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Der kommunale Partnerprozess ‘Gesundheit für alle’. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/partnerprozess
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
- Arbeitskreis, Gesundheitsfördernde Hochschulen, Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Regionale Netzwerke gesundheitsfördernder Hochschulen. Available from: https://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/regionale-netzwerke
- Stiftung Mitarbeit. Available from: https://www.mitarbeit.de

References

1. 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
2. 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
3. World Health Organization (WHO). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Zugriff am unter iris. 1986. [accessed 2024 Feb 15]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/59557/Ottawa_Charter_G.pdf
4. Ludwigs S, Nöcker G. Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i107-2.0
5. Walter U, Röding D, Kruse S, Quilling E. Ergebnisbericht: Modelle und Evidenzen der intersektoralen Kooperation in der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung. 2018. [accessed 2024 Apr 10]. Available from: https://www.gkv-buendnis.de/media/pdf/publikationen/Bericht_Intersektorale_Kooperation.pdf
6. Quilling E, Brähler-Dieling N, Kuchler M, Trojan A. Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i108-3.0
7. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
8. Köckler H, Geene R. Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i157-1.0
9. 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
10. Josupeit J, Dadaczynski K, Quilling E. Die Relevanz von Netzwerkarbeit in der schulischen

Gesundheitsförderung. Bundesgesundheitsblatt. 2022;65:829–35. DOI:10.1007/s00103-022-03553-8

11. Dadaczynski K, Baumgarten K, Hartmann T. Settingbasierte Gesundheitsförderung und Prävention − Kritische Würdigung und Herausforderungen an die Weiterentwicklung eines prominenten Ansatzes. Präv Gesundheitsf. 2016;11:214–21.
12. Hartmann T. Prävention und Gesundheitsförderung in Hochschulen. In: Tiemann M, Mohokum M, editors. Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin: Springer Fachmedien; 2021. p. 635–48.
13. Dietscher C. How can the functioning and effectiveness of networks in the settings ap-proach of health promotion be understood, achieved, and researched. Health Promot Int. 2017;32(1):139–48.
14. Hungerland E, Sonntag U, Polenz W, Cusumano V, Gläser K, Hildebrand C, Tesche A, Hartmann T. Impulse zur Stärkung der Gesundheitsförderung an Hochschulen − Vom Präventionsgesetz bis zur Hochschulgesetzgebung. Präv Gesundheitsf. 2021;17:370–8.
15. Die Nationale Präventionskonferenz (NPK). Zweiter Präventionsbericht nach §20d Abs. 4 SGB V. 2023. [accessed 2024 Feb 15]. Available from: https://www.npk-info.de/praeventionsstrategie/praeventionsbericht/zweiter-praeventionsbericht-der-npk
16. Quilling E, Tollmann P, Christ A, Bauer J. Gesunde Städte-Netzwerk. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i152-1.0
17. Bachert P, Wäsche H, Albrecht F, Hildebrand C, Kunz AM, Woll A. Promoting students' health at university: key stakeholders, cooperation, and network development. Front Public Health. 2021;9:1–12.
18. 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
19. Klärner A, Gamper M, Keim-Klärner S, Moor I, Von Der Lippe H, Vonneilich N, editors. Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten: Eine neue Perspektive für die Forschung. Heidelberg: Springer VS; 2020.
20. Quilling E, Nicolini HJ, Graf C, Starke D. Praxiswissen Netzwerkarbeit. Gemeinnützige Netzwerke erfolgreich gestalten. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2013.
21. Quilling E, Babitsch B, Dadaczynski K, Kruse S, Kuchler M, Köckler H, Leimann J, Walter U, Plantz C. Municipal health promotion as part of urban health: a policy framework for action. Sustainability. 2020;12(16):6685.
22. Quilling E, Leimann J, Tollmann P. Kommunale 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-i043-1.0
23. Hollederer 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
24. Quilling E, Kruse S, Kuchler M, Leimann J, Walter U. Models of intersectoral cooperation in municipal health promotion and prevention: findings from a scoping review. Sustainability. 2020;12(16):6544.
25. Quilling E, Kuchler M, Leimann J, Mielenbrink V, Terhorst S, Tollmann P, Dieterich S. Koordination kommunaler Gesundheitsförderung. Entwicklung eines Aufgaben- und Kompetenzprofils. Ergebnisbericht. Berlin; 2021. [accessed 2024 Feb 15]. Available from: https://gkv-buendnis.de/media/pdf/publikationen/Ergebnisbericht_Koordination_kommunaler_Gesundheitsfoerderung_bf.pdf

Korrespondenz: Prof.in Dr.in Eike Quilling, Hochschule Bochum, Fachbereich für Gesundheitswissenschaften, Professorin für Gesundheitspädagogik und -kommunikation, Gesundheitscampus 6–8, 44801 Bochum, Deutschland, E-mail: eike.quilling@hs-bochum.de

Zitierhinweis: Quilling E, Tollmann P, Brähler-Dieling N, Trojan A, Süß W. Netzwerkarbeit – Vermitteln und Vernetzen als professionelle Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i125-1.0

Copyright: © 2026 Eike Quilling 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/

Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung

Veronika Reisig[1]
Joseph Kuhn[1,2]
[1] Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim, Deutschland
[2] Pettenkofer School of Public Health

Abstract

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist auf der Bundes-, Länder- und kommunalen Ebene vertreten. Zu letzterer gehören die knapp 400 Gesundheitsämter. Diese sind grundsätzlich prädisponiert als Akteure der Gesundheitsförderung vor Ort. Trotz gelungener beispielhafter Ansätze wird der ÖGD in der Breite dem Potenzial als Träger der Gesundheitsförderung im kommunalen Kontext jedoch nicht gerecht, nicht zuletzt aufgrund langjährigen Personalabbaus und der Konzentration auf hoheitliche Überwachungsaufgaben. Das Präventionsgesetz (2015), das Leitbild für einen modernen ÖGD (2018) sowie der im Zuge der Corona-Pandemie beschlossene Pakt für den ÖGD (2020) bieten Chancen für mehr Gesundheitsförderung durch den ÖGD vor Ort.

Keywords: Gesundheitsämter, Gesundheitsförderung, Leitbild ÖGD, Präventionsgesetz, Pakt für den ÖGD, Health in all Policies

Einleitung

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) umfasst Einrichtungen der Gesundheitsverwaltung auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene. Auf Bundesebene gehören z. B. das Bundesgesundheitsministerium (BMG), Bundesbehörden wie das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG, vormals Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung − BZgA), das Robert Koch-Institut (RKI) oder das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) dazu. Auf Länderebene sind dies die Landesgesundheitsministerien und Landesämter bzw. Landesinstitute für Gesundheit, auf der kommunalen Ebene schließlich die Gesundheitsämter. Darüber hinaus gibt es weitere Behörden, die gesundheitsbezogene Aufgaben wahrnehmen, aber gemeinhin nicht unter den Begriff Öffentlicher Gesundheitsdienst subsumiert werden, z. B. Behörden der Lebensmittelüberwachung oder des Arbeitsschutzes.

Der ÖGD nimmt ein breites Aufgabenspektrum mit dem Ziel des Erhalts und der Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit wahr [1] (Gesundheitsschutz), darunter auch Aufgaben der Gesundheitsförderung. Das Augenmerk der folgenden Ausführungen liegt auf der kommunalen Ebene des ÖGD, den Gesundheitsämtern, sowie der Gesundheitsförderung als dezidiert ressourcenorientiertem Ansatz [2] (Salutogenese) in Abgrenzung zur Prävention und anderen Bereichen des Gesundheitsschutzes wie zum Beispiel dem Infektionsschutz. Die Aufgaben anderer, u. a. staatlicher Akteure in der Gesundheitsförderung, werden unter den Stichpunkten [3], [4] Gesundheitsförderung 5: Deutschland, Akteure und Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention sowie Kommunale Gesundheitsförderung [5] dargestellt.

Insgesamt gibt es derzeit etwas weniger als 400 Gesundheitsämter in Deutschland in sehr unterschiedlichen Größenordnungen, von sehr kleinen Ämtern mit weniger als zwanzig Beschäftigten in ländlichen Bereichen bis hin zu sehr großen mit einer Personaldecke von weit mehr als hundert Beschäftigten in urbanen Regionen. Gesundheitsämter sind multiprofessionell besetzt. Die Mitarbeitenden kommen u. a. aus den Bereichen Medizin, Soziale Arbeit und Hygiene.

In den meisten Bundesländern sind die Gesundheitsämter kommunalisiert, d. h. sie sind fachlich und personell vollständig in die Landratsämter eingegliedert. Zu den Ausnahmen zählt z. B. Bayern mit 71 staatlichen Gesundheitsämtern, die nur verwaltungsorganisatorisch den Landratsämtern zugeordnet sind, und nur fünf echten kommunalen Gesundheitsämtern. In Baden-Württemberg sind die Gesundheitsämter ebenfalls nicht vollständig kommunalisiert, außerdem haben die Stadtstaaten

besondere Strukturen. In den letzten Jahren wurde eine Reihe von Gesundheitsämtern umbenannt, sodass es eine Vielzahl von Bezeichnungen gibt, u. a. Fachdienst Gesundheit, Abteilung/Sachgebiet Gesundheitswesen (z. B. in Landratsämtern) oder Untere Gesundheitsbehörde.

Der Aufgabenkanon des ÖGD ist in einem komplexen Geflecht aus bundes- und landesrechtlichen Bestimmungen geregelt, u. a. in den Gesundheitsdienstgesetzen der Bundesländer. In allen Bundesländern zählt neben dem Gesundheitsschutz auch die Gesundheitsförderung und als fachlich benachbarter Bereich die Gesundheitsberichterstattung [6] zu den Aufgaben des ÖGD. Allerdings unterscheiden sich die diesbezüglichen Formulierungen und Ausgestaltungsvorgaben in den einzelnen Landesgesundheitsdienstgesetzen.

Das im Jahr 2015 verabschiedete Präventionsgesetz [7] adressiert vorrangig die Sozialversicherungsträger, insbesondere die gesetzliche Krankenversicherung. Kommunen werden als wichtige Settings für Prävention und Gesundheitsförderung benannt. Für die Umsetzung des Gesetzes wird eine Regelung der Zusammenarbeit mit dem ÖGD explizit eingefordert [8], [9].

Aufgaben der Gesundheitsämter

Die Aufgaben der Gesundheitsämter in Bezug auf Gesundheitsschutz/Prävention und Gesundheitsförderung sind sehr vielfältig. Sie umfassen unter anderem:

- Infektionsschutz (z. B. Meldewesen, Ausbruchsuntersuchungen, Kontaktpersonenmanagement, Anordnung von Hygienemaßnahmen)
- Hygiene (z. B. Trinkwasser- oder Krankenhaushygiene)
- Umweltmedizin (z. B. Altlasten)
- Schuleingangs- und andere Reihenuntersuchungen
- Impfangebote
- Beratungs- und Unterstützungsangebote (z. B. zur Kindergesundheit, Suchtberatung, Behindertenberatung, psychische Gesundheit, HIV/Aids, Auslandsreiseimpfungen)
- Durchführung bzw. Koordination von Projekten und Aktionen auf lokaler Ebene (z. B. Schulprojekte, Gesundheitstage)
- Netzwerkarbeit in größeren Zusammenhängen (z. B. Netzwerke der Suchtprävention oder psychischen Gesundheit, Gesundheitskonferenzen)
- Beobachtung und Berichterstattung zu den gesundheitlichen Verhältnissen vor Ort

Dabei stehen sich traditionelle behördliche Interventionsformen und der Ansatz der Gesundheitsförderung oft unvermittelt gegenüber. Den Gesundheitsämtern wird somit im präventiven Bereich Arbeit in doppelter Kompetenz auf mehreren Ebenen abgefordert: Erstens hinsichtlich einer pathogenetischen wie auch salutogenetischen Sichtweise [2] (Salutogenese). Zweitens hinsichtlich hoheitlicher Kontroll- und Überwachungsaufgaben wie auch einer partnerschaftlichen und partizipativen Arbeitsweise mit dem Ziel der Unterstützung, Befähigung [10] (Empowerment/Befähigung) und Ressourcenstärkung der Bürgerinnen und Bürger. Drittens hinsichtlich einer Mischung der Steuerungsmethoden von hoheitlichem Government und beteiligender Governance, d. h. moderierenden Vorgehensweisen.

Das Potenzial des ÖGD

Viele Rahmenbedingungen für Gesundheit werden auf der kommunalen Ebene gestaltet bzw. mitgestaltet, z. B. bei der Stadtentwicklung oder Verkehrsplanung, örtlicher Angebote für Kinderbetreuung, Bildung, Sport- und Freizeitmöglichkeiten, dem lokalen Umweltschutz oder der kommunalen Wirtschaftsförderung.

Kommunen sind zentrale Akteure der kommunalen Gesundheitsförderung. Unter den kommunalen Institutionen haben daher vor allem die Gesundheitsämter den ausdrücklichen Auftrag zum Erhalt und Förderung der Gesundheit der Menschen vor Ort. Sie sind grundsätzlich und in besonderer Weise als kommunale Anwälte für Gesundheit prädisponiert:

- Gesundheitsämter zeichnen sich aus durch ein gesundheitsbezogenes Kompetenzprofil, Multiprofessionalität und Interdisziplinarität der Beschäftigten, öffentliche Präsenz und Nähe zu den Menschen vor Ort.
- Sie besitzen den Zugang zu und die Kompetenz zur anwendungsorientierten Aufbereitung der Gesundheitsdaten der lokalen Bevölkerung.

- Sie sind in die Strukturen vor Ort mit einer Art Drehscheibenfunktion für viele kommunale Dienste eingebunden und pflegen vielfache Arbeitsbeziehungen zu anderen kommunalen Behörden wie dem Schul-, Sozial- oder Jugendamt.
- Sie verfügen über Zugangsmöglichkeiten zu verschiedenen, auch vulnerablen Zielgruppen und Lebenswelten vor Ort (v. a. Kindertagesstätten, Schulen, Alten- und Pflegeheimen, Wohnbezirken, Stadt- oder Gemeindeteile).
- Sie nehmen eine interessenneutrale, gemeinwohlorientierte und sozialkompensatorische Stellung ein.
- Angefangen von Bedarfserhebungen bzw. einer Gemeindediagnose auf der Basis einer aussagekräftigen Gesundheitsberichterstattung über die Sichtung und Interpretation gesundheitswissenschaftlicher Evidenz bis hin zur partnerschaftlichen Planung, Umsetzung und Evaluation [11] (Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus) kann der kommunale ÖGD grundsätzlich eine zentrale Rolle bei Projekten.

Der ÖDG braucht Partnerinnen und Partner

Das gesundheitsförderliche Engagement des ÖGD kann aufgrund der vielfältigen und komplexen Einflussfaktoren auf Gesundheit [12] (Determinanten der Gesundheit) nicht im Alleingang erfolgen. Es braucht vielmehr kommunale Partnerinnen und Partner zum Beispiel im Jugend-, Bildungs-, Stadtentwicklungs- oder Gesundheitsversorgungsbereich. Im Sinne von integrierten kommunalen Strategien, die eine sektorenübergreifende Bündelung und Abstimmung von Ressourcen und Angeboten für alle Lebensphasen bezwecken, kann der ÖGD mit seinen kommunalen Partnerinnen und Partnern die ganze Bandbreite gesundheitsrelevanter Handlungsfelder im Auge haben.

Somit kann der ÖGD zur Umsetzung von Health in All Policies [13], [14] (Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP); Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy), einem zentralen Element der Gesundheitsförderung, auf kommunaler Ebene beitragen. In Ansätzen wie den Frühen Hilfen [15], den Gesundheitsförderungs- und Präventionsketten [16] (Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention) oder den kommunalen Gesundheitslandschaften [17] wird versucht, dies konzeptionell zu systematisieren.

Der ÖGD kann vielfältige Rollen einnehmen: von der Impulsgebung bzw. Initiierung über die Vernetzung und Moderation bis hin zur Koordination und ggf. Steuerung auf der kommunalen Ebene. Konzeptionelle und wissenschaftliche Unterstützung können Gesundheitsämter durch überregionale Kompetenzträger wie z. B. einschlägige Bundesbehörden oder die Landesgesundheitsämter erhalten. Kommunale Gesundheitskonferenzen, wie sie z. B. in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg gesetzlich verankert sind oder in Bayern als Gesundheitsregionen^{plus} umgesetzt werden, bieten kooperative Strukturen zur Gesundheitsförderung.

Unter Moderation, Koordination bzw. Begleitung durch den ÖGD können die Analyse der gesundheitlichen Situation vor Ort, die Festlegung regionaler Gesundheitsziele sowie die Vernetzung, Bündelung und bedarfsgerechte Entwicklung von Ressourcen und Angeboten erfolgen. Eine Form der Analyse ist auch die Abschätzung von Gesundheitsfolgen primär nicht gesundheitsbezogener Strategien bzw. Vorhaben, wie zum Beispiel der Verkehrsplanung oder von großen Bauprojekten. Im Rahmen von (Raum-)Planungsverfahren sind hier dem ÖGD auch gesetzlich verankerte Aufgaben zugewiesen, wenn auch nicht in dem Umfang, den eine umfassende Gesundheitsfolgenabschätzung erfordert [18] (Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (GFA)).

Strukturelle Andockstellen für das gesundheitsförderliche Engagement des ÖGD bieten des Weiteren das Gesunde Städte-Netzwerk [19] der WHO, dem deutschlandweit über 90 Städte und Kommunen angehören, oder das Bund-Länder-Programm Sozialer Zusammenhalt (vormals Soziale Stadt), das integrierte Ansätze zur Entwicklung benachteiligter Stadtteile unterstützt.

Der kommunale Partnerprozess Gesundheit für alle, eine vom BIÖG zusammen mit den kommunalen Spitzenverbänden und dem Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit ins Leben gerufene Plattform zur Unterstützung des Aufbaus von integrierten kommunalen Strategien bzw. Präventionsketten, stellt einen weiteren wichtigen Rahmen für die Integration des ÖGD in den Aufbau kommunaler Gesundheitsförderungs- und Präventionsnetzwerke dar.

Auch das Präventionsgesetz gibt eine strukturelle Verankerung des ÖGD in Prävention und Gesundheitsförderung vor. In den auf Länderebene zu schließenden Landesrahmenvereinbarungen sollen Festlegungen zur Zusammenarbeit mit dem ÖGD getroffen werden (§ 20f Abs. 2 Nr. 5 SGB V).

Zudem ist in § 20a Abs. 1 SGB V eine Zusammenarbeit mit dem ÖGD bei den zu erbringenden Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten vornehmlich für den Aufbau und Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen angelegt.

Kommunale Gesundheitsförderung: Die Realität des ÖGD

Zu den veröffentlichten Beispielen gelungener Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung unter Beteiligung des lokalen ÖGD zählt z. B. Lenzgesund, ein Präventionsprogramm für das sozial benachteiligte Quartier Lenzsiedlung in Hamburg-Eimsbüttel, das durch das Gesundheitsamt gemeinsam mit anderen Partnerinnen und Partnern vor Ort entwickelt und umgesetzt wurde. Weitere Beispiele sind die Kommunale Koordinierungsstelle Migration und Gesundheit des Amts für Gesundheit Frankfurt a. M., das Netzwerk Suchtprävention des Gesundheitsamts Erlangen-Höchstadt, die kommunale Präventionskette (München) Freiham oder die Initiative Gesundheit fördern – Versorgung stärken mit einer intergierten Gesamtstrategie für den Landkreis Marburg-Biedenkopf. Sie lassen sich u. a. in den Projektdatenbanken bzw. Internetportalen bundesweiter Initiativen wie dem Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit oder dem Internetportal zum kommunalen Partnerprozess Gesundheit für alle finden.

Trotz dieser gelungenen Modelle und der Beobachtung, dass in zahlreichen großen städtischen Gesundheitsämtern Gesundheitsförderung als Aufgabe etabliert werden konnte, wird der ÖGD in der Breite seinem Potenzial als Träger der Gesundheitsförderung im kommunalen Kontext noch nicht gerecht. Der erste Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) zur Umsetzung des Präventionsgesetzes kam zu dem Schluss, dass die im Gesetz geforderte Einbeziehung des ÖGD zwar eine Entsprechung im Wortlaut der Landesrahmenvereinbarungen der 16 Bundesländer fand, vor Ort jedoch zu wenig umgesetzt wurde ([20], S. 150–194). Trotz einiger Fortschritte konstatierte auch der zweite Präventionsbericht der NPK aus dem Jahr 2023 die Kooperation mit dem ÖGD vor Ort als weiterhin deutlich ausbaufähig ([21], S. 106−125).

Die Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement (KGSt) hat bereits Ende der 1990-er Jahre nicht zuletzt auch mit Blick auf die Gesundheitsförderung einen Paradigmenwechsel weg von der Einzelfallarbeit hin zur sozialraumorientierten Arbeit formuliert. 2018 hat das von der Gesundheitsministerkonferenz verabschiedete Leitbild für einen modernen ÖDG diesen Paradigmenwechsel erneut bekräftigt. Dennoch ist er bisher oft noch bloß Programmatik ([22], S. 7–8), [23].

Der Deutsche Landkreistag sieht Gesundheitsförderung und Prävention sogar als eine der Hauptaufgaben des ÖGD, markiert jedoch in seiner Stellungnahme zur Weiterentwicklung des ÖGD Nachholbedarf [24]. Das Zukunftsforum Public Health sieht im ÖGD grundsätzlich einen wichtigen Akteur zur Umsetzung eines Health in All Policies-Ansatzes, der jedoch diesen Erwartungen aktuell kaum gerecht werden kann [25], [26].

Eine Weiterentwicklung und Stärkung des ÖGD im Sinne des Leitbilds für einen modernen ÖGD wird wiederholt auch in den Präventionsberichten der Nationalen Präventionskonferenz betont, außerdem eine Aufwertung des ÖGD als Motor für die Förderung des Health in All Policies-Ansatzes eingefordert ([20], S. 249–251), ([21], S. 218−219). Dies greift auch das Gutachten 2023 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen auf, das auf die zentrale Rolle des ÖGD für die Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene verweist und vielfältige Empfehlungen zur Weiterentwicklung und Stärkung des ÖGD formuliert ([27], S. 161−213).

Die Gründe für das Entwicklungsdefizit des ÖGD sind vielfältig. Sie reichen vom Funktionsverlust in der Nachkriegszeit und der Dominanz individualmedizinischen Denkens im bundesrepublikanischen Gesundheitswesen über professionelle Traditionen im ÖGD bis hin zur allgemeinen Kürzung der öffentlichen Stellenhaushalte – alles Faktoren, die die Entwicklungspotenziale im ÖGD stark einschränken. Konzeptionelle Perspektiven könnten zudem leichter erschlossen werden, wenn der ÖGD als Forschungsfeld in den Gesundheitswissenschaften präsenter wäre.

Statt einer wissenschaftlich fundierten, in die Public Health-Landschaft integrierten Weiterentwicklung des ÖGD, wie es u. a. im Leitbild für einen modernen ÖGD gefordert wird, kam es vielfach sogar zu einer Verfestigung herkömmlicher Handlungsorientierungen und einer Konzentration auf die hoheitlichen Aufgaben im ÖGD. Dies prägte auch die Jahre der SARS-CoV-2-Pandemie, wo die Gesundheitsämter aufgrund der dünnen Personaldecke viele Aufgaben jenseits der Pandemiebekämpfung nur in sehr begrenztem Umfang bzw. vorübergehend gar nicht erfüllen konnten [28].

Im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemie wurde 2020 der Pakt für den ÖGD beschlossen, der einen Personalaufbau sowie die Modernisierung und Digitalisierung des ÖGD zum Ziel hat [29]. Noch ist offen, ob der Pakt primär nur die hoheitlichen Kontroll- und Überwachungsfunktionen stärkt oder ob es auch eine Entwicklung hin zu einer umfassenderen Wahrnehmung von gesundheitsförderlichen Aufgaben durch den ÖGD geben wird [30].

Eine Stärkung des ÖGD sollte in ein Gesamtkonzept zur Zukunft des ÖGD eingebettet sein und sich an dem von der Gesundheitsministerkonferenz beschlossenen Leitbild für einen modernen ÖGD orientieren [31]. Dies wird auch aufgegriffen von dem im Jahr 2021 eingesetzten Beirat zur Begleitung der Umsetzung des Pakts für den ÖGD sowie in den Empfehlungen im Gutachten 2023 des Sachverständigenrats [32], ([27], S. 161−213). Letzteres mahnt u. a. eine umfassende Neuorientierung und Stärkung des ÖGD auch jenseits von Infektions- und Gesundheitsschutzaufgaben an, einschließlich einer Erhöhung des Stellenwerts von Gesundheitsförderung und Prävention im ÖGD.

Inwieweit Reformvorhaben wie das aus der BZgA am 13.2.2025 hervorgegangene Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) oder eine künftige Reform des Präventionsgesetzes (PrävG) die strukturelle Einbeziehung des ÖGD in das Gesundheitsförderungsgeschehen auf kommunaler Ebene befördern können, ist aktuell noch nicht abzusehen.

Fazit

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der ÖGD vor Ort in vielerlei Hinsicht für die Rolle als zentraler Akteur kommunaler Gesundheitsförderung geeignet ist. Er wird diesem Potenzial jedoch vor dem Hintergrund seiner geschichtlich verorteten, rechtlichen und personellen Rahmenbedingungen sowie seiner Organisationskultur und seinem Selbstverständnis vielerorts nicht gerecht. Dennoch sind die Gesundheitsförderung bzw. – weiter gefasst – moderne (New) Public Health-Ansätze eine konzeptionelle Leitvision für den ÖGD.

Ein wichtiger Schritt auf dem Weg dorthin ist die Schaffung entsprechender rechtlicher Rahmenbedingungen, nicht zuletzt durch das 2015 verabschiedete Präventionsgesetz, auch wenn die kommunalen Gestaltungsmöglichkeiten darin begrenzt erscheinen bzw. bisher nicht ausgeschöpft werden. Weitere Meilensteine sind eine Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen, die dem ÖGD als viel zitierter dritter Säule neben der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung etwas gerechter wird und dabei sowohl Kontroll- als auch partnerschaftlich moderierende Ansätze unterstützt, ein Ausbau bevölkerungsmedizinischer Kompetenzen im ÖGD sowie die Annäherung des ÖGD an Public Health in Wissenschaft und Praxis, wie dies auch im Leitbild für einen modernen ÖGD und den Ausführungen im Gutachten 2023 des Sachverständigenrats formuliert ist.

Weiterführende Quellen:

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Beirat Pakt ÖGD. Berichte. 2025 [accessed 2025 Apr 28]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/pakt-fuer-den-oegd/beirat-pakt-oegd.html
- Kilian H, Block P, Gerullis M, Lehmann F. Der ÖGD als koordinierender Akteur? Prävention. 2013;36(4):116–9.
- Kuhn J, Heyn M, editors. Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst. Huber; 2015.
- Kuhn J, Wildner M, Zapf A. Der Öffentliche Gesundheitsdienst: Standortbestimmung mit hoffnungsvollem Ausblick. Dtsch Arztebl. 2012;109(9):413–6.
- Schmacke N. Gesundheitsförderung in der Kommune als Aufgabe des ÖGD. Prävention. 2013;36(4):124–6.

Internetadressen:

- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. Available from: https://www.bvpraevention.de
- Gesunde Städte-Netzwerk. Available from: https://www.gesunde-staedte-netzwerk.de
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

References

1. Kuhn J, Böhm A. Gesundheitsschutz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i059-3.0
2. 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
3. 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
4. Blümel S, Plaumann M. Akteure und Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i001-3.0
5. Quilling E, Leimann J, Tollmann P. Kommunale 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-i043-1.0
6. Ziese T, Saß AC. Gesundheitsberichterstattung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i028-2.0
7. 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
8. Sozialgesetzbuch (SGB). Präventionsgesetz – PrävG. Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 31, ausgegeben am 24.07.2015. Bundesanzeiger Verlag; 2015 [accessed 2025 Apr 28]. Available from: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__20.html
9. Die Nationale Präventionskonferenz (NPK). Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V. Erste weiterentwickelte Fassung vom 29. 08.2018. 2018. [accessed 2025 Apr 28]. Available from: https://www.npk-info.de/praeventionsstrategie/bundesrahmenempfehlungen
10. Brandes S, Stark W. Empowerment/Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i10-3.0
11. Hartung S, Rosenbrock R. Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i099-2.0
12. 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
13. Köckler H, Geene R. Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i157-1.0
14. 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
15. 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/bioeg:q4-i020-2.0
16. 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

17. Luthe EW, editor. Kommunale Gesundheitslandschaften. Wiesbaden: Springer VS; 2013.
18. Linden S, Töppich J. Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i064-2.0
19. Quilling E, Tollmann P, Christ A, Bauer J. Gesunde Städte-Netzwerk. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i152-1.0
20. Die Nationale Präventionskonferenz (NPK). Erster Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V. Berlin. 2019. [accessed 2025 Apr 28]. Available from: https://www.npk-info.de/praeventionsstrategie/praeventionsbericht/erster-praeventionsbericht-der-npk
21. Die Nationale Präventionskonferenz (NPK). Zweiter Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V. Berlin. 2023 [accessed 2025 Apr 28]. Available from: https://www.npk-info.de/praeventionsstrategie/praeventionsbericht/zweiter-praeventionsbericht-der-npk
22. Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement (KGSt). Ziele, Leistungen und Steuerung des kommunalen Gesundheitsdienstes. KGSt-Bericht 11/1998. 1998.:7–8.
23. Gesundheitsministerkonferenz (GMK). Beschlüsse der 91. GMK. TOP: 10.21 Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) – „Der ÖGD. Public Health vor Ort“. 2018 [accessed 2025 Apr 28]. Available from: https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=730&jahr=2018
24. Deutscher Landkreistag. Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Beschluss des Präsidiums des Deutschen Landkreistages vom 09./10.04.2013. 2013. [accessed 2025 Apr 28]. Available from: https://www.landkreistag.de/themen/medizinische-versorgung
25. Zukunftsforum Public Health, editor. Health in All Policies – Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland. 2019. [accessed 2025 Apr 28]. Available from: https://zukunftsforum-public-health.de/health-in-all-policies
26. Zukunftsforum Public Health. Eckpunkte einer Public-Health-Strategie für Deutschland. Version 1.0. 2021 [accessed 2025 Apr 28]. Available from: https://zukunftsforum-public-health.de/public-health-strategie
27. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. Berlin. Gutachten 2023. 2023. [accessed 2025 Apr 28]. Available from: https://zukunftsforum-public-health.de/health-in-all-policies
28. Starke D, Arnold L. Der ÖGD im 21. Jahrhundert. Chancen und Herausforderungen. In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N, editors. BARMER Gesundheitswesen aktuell 2021 Beiträge und Analysen. 2021. p. 68–95. Available from: https://www.bifg.de/media/dl/gesundheitswesen-aktuell/2021/GWA%202021%20Starke.pdf
29. Gesundheitsministerkonferenz (GMK). Beschluss. Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, 05.09.2020. 2020 [accessed 2025 Apr 28]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/pakt-fuer-den-oegd
30. Szagun B, Arnold L. Die Rolle des ÖGD in der Prävention. Publ Health For. 2023 Nov 27;31(4):283–6. DOI:10.1515/pubhef-2023-0096
31. Zukunftsforum Public Health, editor. Der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. 2020. [accessed 2025 Apr 28]. Available from: https://zukunftsforum-public-health.de/stellungnahme-pakt-oegd
32. Bundesgesundheitsministerium (BMG), Gesundheitsministerkonferenz (GMK). Zwischenbericht zum Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. 2023. [accessed 2025 Apr 28]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/pakt-fuer-den-oegd

Korrespondenz: Dr. med., MPH Veronika Reisig, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Veterinärstr. 2, 85764 Oberschleißheim, Deutschland, E-mail: veronika.reisig@lgl.bayern.de

Zitierhinweis: Reisig V, Kuhn J. Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i081-1.0

Copyright: © 2026 Veronika Reisig 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/

Ökologische und humanökologische Perspektive

Rainer Fehr[1]

[1] Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe 7: Umwelt und Gesundheit, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

Abstract

Ökologie behandelt die Beziehungen von Lebewesen untereinander und zu ihrer Umwelt; Humanökologie legt den Akzent auf die Beziehungen zwischen Mensch und Umwelt. Viele weitreichende Entwicklungen in der Theorie und Praxis von Gesundheitsförderung gründen zu wesentlichen Teilen auf dieser breit und integrativ angelegten (human-)ökologischen Gesundheitsperspektive. Dazu gehören z. B die Ottawa-Charta, die Verbindung von Gesundheit und Nachhaltigkeit sowie aktuelle Ansätze wie One Health, Planetary Health, Global Health und Urban/Rural/Regional Health. Um für die Aufgaben künftiger Gesundheitsförderung möglichst gut gerüstet zu sein, ist es nützlich, die verschiedenen Gesundheitsperspektiven ins Spiel zu bringen, ihre Potenziale zu nutzen und ihre Konsequenzen zu reflektieren.

Keywords: (Human-)Ökologie, Gesundheitsmodell, Integration, Nachhaltigkeit, Umwelt, Wandel

Einleitung

In seinem Werk „Public Health and Human Ecology" schrieb der australisch-kanadische Gesundheitsforscher John Last [1], S. ix „Warum ‚Humanökologie'? Ökologie betrifft die gesunde Wechselwirkung von Lebewesen in einem geschlossenen System. Für Humanökologie gehören auch ‚Menschen' in dieses System. Menschen interagieren untereinander sowie mit anderen Lebewesen, und diese Interaktionen können bedeutende Auswirkungen auf die Gesundheit aller Beteiligten im komplexen geschlossenen Ökosystem der Erde haben. Diese Realität zu ignorieren, führt ins Verderben".

Einfach ausgedrückt behandelt die zwischen Natur- und Sozialwissenschaften stehende Humanökologie die Beziehungen des Menschen zur Umwelt. Als Prinzipien humanökologischer Methodik gelten „ganzheitliches Denken, integrativer Ansatz und die paradigmatische Bearbeitung von Fallbeispielen" ([2], S. 35). Humanökologische Ansätze versuchen, die physischen, sozialen, kulturellen und politischen Aspekte der Beziehung zwischen Mensch und Umwelt umfassend in ihre Analysen einzubeziehen.

In entsprechender Weise lässt sich auch das Thema „Gesundheit und Krankheit" betrachten. Die (human-)ökologische Gesundheitsperspektive sieht sowohl das weite Spektrum gesundheitsbestimmender Faktoren wie auch die vielfältigen Folgewirkungen von Krankheit und von fehlender Gesundheit, indem sie versucht, dem fragilen Mensch-Umwelt-Verhältnis gerecht zu werden.

Ein solcher Blick auf Gesundheit und Krankheit ist nicht neu: die Wurzeln reichen zurück bis in die Antike und leben – wenngleich deutlich verschmälert – u. a. als Hygienethemen weiter. Unter Titeln wie „Ökologie und Gesundheit", „(Human-)Ökologische Medizin", „Ökologische Prävention und Gesundheitsförderung", „Ecology of Health", „Ecohealth", „One Health" und „Planetary Health" entstanden im Laufe der Zeit Theorieelemente und Praxiskonzepte, die in Ergänzung zu anderen Perspektiven das Thema Gesundheit strukturieren und für die Medizin, Gesundheitsförderung und Gesundheitspolitik auch in größere Zusammenhänge wie Natur und Umwelt einbetten (vgl. [3]).

Auch die Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung beruht auf einer humanökologischen Perspektive, samt Menschenbild, Gesundheitsverständnis, systemischer Sicht und Bezügen zur Nachhaltigkeit ([4], S. 8). Aus dieser Perspektive heraus erlangen die Lebensverhältnisse eine besondere Beachtung. Dies gilt nicht nur für die materiellen Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen, sondern auch für ideelle Aspekte wie soziale Normen und Werte, die in hohem Maße außerhalb des Gesundheitssektors geprägt werden.

Zu den Schwerpunkten einer humanökologischen Gesundheitsperspektive gehören der Blick auf den weltweiten Wandel sowie die Fokussierung auf Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit als zentrale gesellschaftliche Werte.

Dynamik: Welt im Wandel

Als wichtige Komponenten des weltweiten Wandels seien hier genannt:

- Wandel in der physischen Umwelt umfasst neben Klimawandel [5] (Klimawandel und Gesundheitsförderung) auch die Verschmutzung von Luft, Wasser und Boden; industrielle Landwirtschaft, Biodiversitäts- und weitere Ressourcenverluste sowie zunehmende innerstädtische Verdichtungen.
- Zum Wandel in der sozioökonomischen Umwelt gehören Ökonomisierung, ökonomische Krisen, Machtkonzentration bei (Internet-)Konzernen, wachsende soziale Disparitäten (soziale Spaltung), soziale Verdrängung (z. B. Gentrifizierung), Aufstieg autokratischer Systeme, zerfallende Staaten und (Wieder-)Ausbreitung kriegerischer Aktionen.
- Als technologischer Wandel sind beispielsweise Digitalisierung und Künstliche Intelligenz, Internet der Dinge, Smart Cities sowie auch Genomik und Bio-Engineering zu nennen.
- Soziodemografischer und Verhaltens-Wandel betrifft schrumpfende Populationen, veränderte Altersverteilung, (un-)freiwillige Migrationen, Individualisierung (z. B. alleinlebend, alleinerziehend), Kommunikationswandel und Wertewandel samt Radikalisierungen.
- Als Epidemiologic Transition werden weltweit zu beobachtende Veränderungen von Fertilität, Lebenserwartung, Krankheitsspektrum (samt neuerlicher Zunahme von Pandemien) bezeichnet.

Darüber hinaus beinhalten Urbanisierung und Globalisierung eine Vielzahl einzelner Veränderungen. Auswirkungen dieses weltweiten Wandels werden oft als belastend erlebt.

Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit: zentrale gesellschaftliche Werte

Neben der Beschreibung und Analyse von Wandelphänomenen fokussiert die humanökologische Gesundheitsperspektive auch gesellschaftliche Wertungen, insbesondere soziale Gerechtigkeit [6] (Umweltgerechtigkeit) und Nachhaltigkeit [7] (Nachhaltige Gesundheitsförderung). Nachhaltigkeit im Sinne der UN-Nachhaltigkeitsziele (Sustainable Development Goals: SDGs) bezeichnet das Konzept, für alle Teilbereiche gesellschaftlichen Lebens eine konsequente Mehr-Generationen-Perspektive anzulegen. Gegenwärtig fehlt Nachhaltigkeit u. a. bezüglich folgender Parameter: Stabilität der Ökosysteme weltweit, Klimastabilität, Umfang der menschlichen Population, Rohstoffverbrauch, Abfallerzeugung, Überleben von Tier- und Pflanzenarten (Biodiversität). Die Bedeutung fehlender Nachhaltigkeit für Wahlfreiheit, Gesundheit und Wohlergehen künftiger Generationen liegt auf der Hand.

In den UN-Nachhaltigkeitszielen von 2015 haben die mit zahlreichen Konferenzen und umfangreichen Begleitprozessen verfolgten Ziele eine hohe Sichtbarkeit für die Weltöffentlichkeit erhalten (vgl. [8], [9]; sie sollen weltweit als Richtschnur für zukunftsfähige Entwicklung dienen).

In diesem Zusammenhang sei auf die Rolle einer umwelt- und gesundheitsfreundlichen Durchführung auch von präventiven und gesundheitsförderlichen Aktivitäten hingewiesen. Generell wächst die Einsicht über, ggf. verborgene Nebenwirkungen jeglichen Handelns, wie sie in der Metapher des „ökologischen Fußabdrucks“ als Gesamtheit be- und entlastender Auswirkungen auf Stoff- und Energieströme zum Ausdruck kommt. Zwar fallen gesundheitsförderliche Maßnahmen zumeist nicht als besonders umweltbelastend auf, dennoch kann mit ihnen ein nennenswerter Aufwand für Informationsmaterialien, Ortsbewegung etc., also Ressourcenverbrauch und Umweltbelastung verbunden sein. Auch im Interesse einer hohen Glaubwürdigkeit bei unterschiedlichen Zielgruppen sollte bei allen Maßnahmen von Gesundheitsförderung und Prävention geprüft werden, ob und welche Chancen einer umwelt- und ressourcenschonenden Durchführung im Einzelfall nutzbar sind.

Angesichts der Vielfalt von Einzelthemen kann die (human-)ökologische Perspektive keine thematische Vollständigkeit herbeiführen. Auch hier liegen jeder Analyse und jedem Handlungsansatz Beschränkungen zugrunde. Jedoch rücken durch diese Perspektive Integrationsansätze in den Mittelpunkt. Hierzu zählt u. a. die Integration von Morbidität und Mortalität in geeignete Summenmaße wie z. B. „Disability-Adjusted Life Years“ (DALYs), die dem Verständnis von Krankheitslast und Gesundheitschancen neue Impulse geben.

Zwei weitere Ansätze werden im Folgenden vertieft, nämlich die Darstellung von Wirkungsnetzen in Struktur- oder Prozessmodellen und ein erweitertes Verständnis von Settings oder Lebens(um)welten als Integrationskonzept samt Erweiterung auf „Health in All Policies“ [10] (Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP).

Struktur- und Prozessmodellierung

Aus dem Bemühen heraus, der Komplexität unterschiedlicher Wirkungsnetze gerecht zu werden, entstand ein Bedarf an Strukturierung von Wirkfaktoren sowie an einer angemessenen Darstellung. Sowohl Expositionen (mit ihren Hintergründen und Ursachen) als auch gesundheitliche Auswirkungen samt präventiven und interventiven Handlungsoptionen sollten in einem Strukturmodell erkennbar sein. Weil es diese Ansprüche erfüllt und übersichtlich gehalten ist, hat das sogenannte DPSEEA-Modell (gesprochen: „Dipsi“) der WHO Anerkennung gefunden [11]. In Abb. 1 gibt es auf jeder Ebene bestimmte Eingriffs- und Steuerungsmöglichkeiten. Insbesondere die vor der Exposition liegenden Wirkstufen bieten Ansatzpunkte für politische, technische, restaurative oder Bildungsmaßnahmen. Bei rechtzeitigem Einsatz können gesundheitsschädliche Effekte und damit die Notwendigkeit von Behandlung und Rehabilitation verhindert oder gemindert werden.

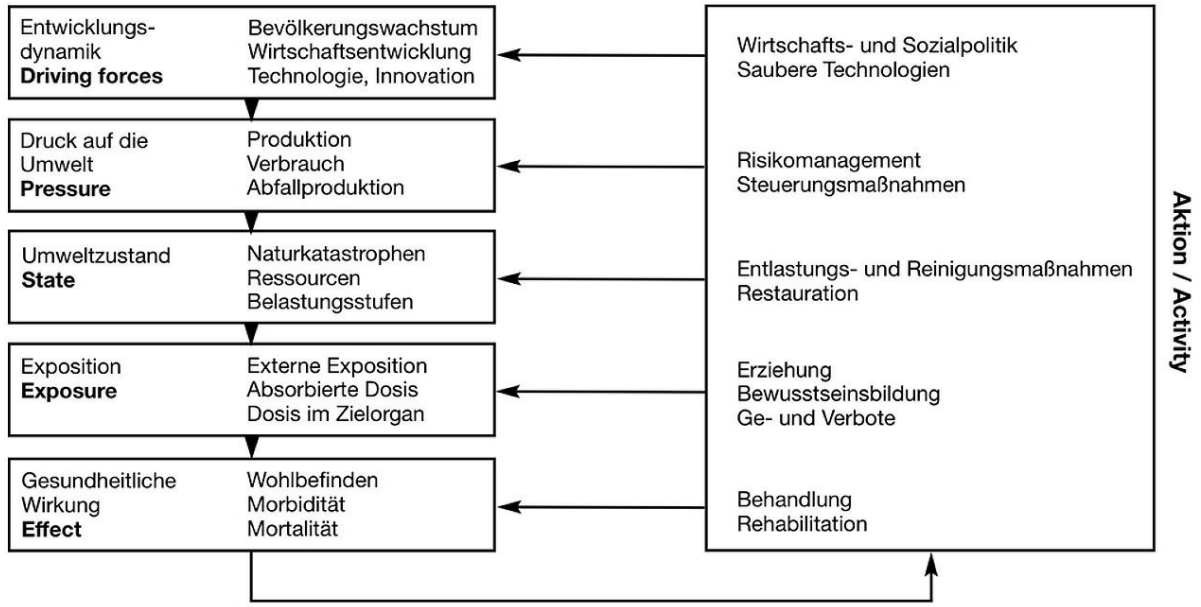


Abb. 1: DPSEEA-Modell (modifiziert nach [11])

Das mit dem DPSEEA-Modell verwandte humanökologische Gesundheitsmodell „Mensch (Um-)Welt“, in dem sich viele hier beschriebenen Teilkonzepte wiederfinden, ist in einer ersten Näherungsstufe in Abbildung 2 dargestellt. (Details siehe [12]).

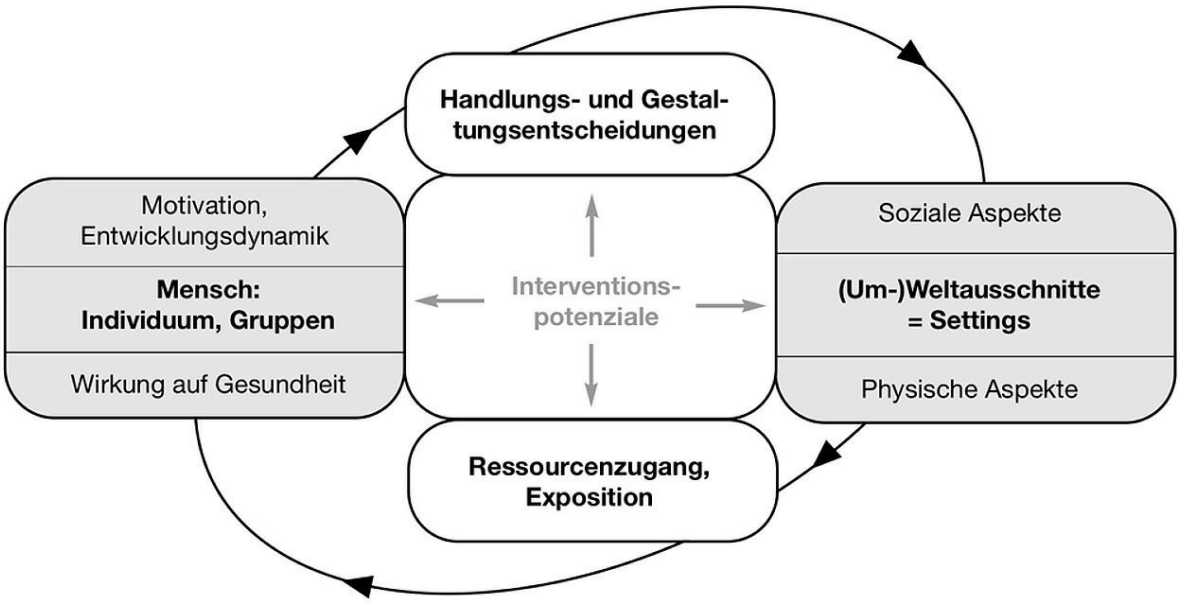


Abb. 2: Humanökologisches Gesundheitsmodell „Mensch (Um-)Welt“ (die Pfeile bezeichnen Wirkeinflüsse)->

Inzwischen gibt es zahlreiche, unterschiedlich komplexe Ansätze für integrierende Gesundheitsmodellierungen. Auf Basis epidemiologischer und sonstiger Erkenntnisgrundlagen wird versucht, den Zusammenhang zwischen (vielfältigen) Einflussfaktoren und menschlicher Gesundheit in mathematischen Gleichungen abzubilden. Auf diese Weise kann bewährte Gesundheitsberichterstattung ergänzt werden: einerseits um Prognosen und zweitens – zumindest ansatzweise – um Aussagen über die gesundheitlichen Folgewirkungen künftiger Strategien, Pläne, Programme und Projekte im Sinne von „Was wäre wenn“-Analysen.

Die Europäische Kommission förderte mehrere Projekte und Modelle zum Impact-Assessment [13] (Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA)). Exemplarisch seien folgende genannt: PREVENT, MicMac (Bridging the Micro-Macro Gap in Population Frecasting), DYNAMO HIA (Dynamic Model for Health Impact Assessment), INTARESE (Integrated Assessment of Health Risks of Environmental Stressors in Europe) und HEIMTSA (Health and Environment Integrated Methodology and Toolbox for Scenario Assessment).

Manche dieser Ansätze arbeiten mit dem Anspruch, Wirkungsketten von politischen Entscheidungen bis hin zu Gesundheitseffekten und ggf. auch deren Monetarisierung quantitativ abzubilden (Full Chain Modeling). Solche Modellierungen dienen u. a. der Unterstützung gesundheitlicher Wirkungsbilanzen.

Aktuell wachsen bisher nur lose verbundene Entwicklungsstränge zusammen, v. a. die meist qualitativ angelegten, oft auf Chancengleichheit orientierten Beteiligungsverfahren einerseits und die quantitativen Prognosemodelle für Gesundheit und Krankheit andererseits. Diese Projekte versuchen, im Dialog mit unterschiedlichen Interessengruppen die meist umfangreichen Wirkungsketten durch Kaskaden quantitativer Modelle abzubilden. Wo dies gelingt, dürften – auch im Sinne (human-)ökologischer Perspektive – neue Maßstäbe für Politikberatung entstehen, weil sich Auswirkungen von Entscheidungen dann viel präziser als bisher abschätzen lassen.

Settings, Lebensumwelten, HiAP

Für den Settingansatz/Lebensweltansatz [14] als Kernstrategie der Gesundheitsförderung legt die humanökologische Perspektive es nahe, Settings nicht nur in ihrer sozialen, sondern immer auch in ihrer physischen Dimension mit Blick auf Gesundheit und Krankheit zu betrachten und entsprechende Gestaltungschancen zu nutzen. Für jedes Setting stehen Traditionen und Technologien (Materialien, Bauweisen, Verfahren) zur Verfügung, die wesentlich die Umwelt- und Gesundheitsbilanzen der jeweiligen Handlungsalternativen bestimmen. In den Settings wird mit der Auswahl von Handlungsalternativen auch über Qualität und Quantität einer Freisetzung von chemischen und physikalischen und Ressourcenverbrauch entschieden. Neue Allianzen von Gesundheitsförderung

beispielsweise mit Umwelt und Gesundheit [15] (Umweltbezogene Gesundheitsförderung) und mit StadtGesundheit [16] (Urbanhealth/StadtGesundheit) sind aus humanökologischer Perspektive zu begrüßen; sie sollten weiterentwickelt werden.

Über einzelne Settings hinausgehend lässt sich festhalten, dass Gesundheit in unterschiedlichen gesellschaftlichen Sektoren samt Wohnen, Arbeit, Verkehr und Umwelt sowohl produziert als auch beschädigt wird und Einschränkungen der Gesundheit sich auf zahlreiche Sektoren wie Bildung und Arbeit auswirken. Die Weltgesundheitsorganisation propagiert den Grundsatz „Health in all Policies“ [10] (Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP)), also das Bemühen um Berücksichtigung von Gesundheit in den Strategien und Programmen aller gesellschaftlichen Sektoren [17]. Auch von gesundheitsfördernder Gesamtpolitik und einem „Whole of Society“-Ansatz wird gesprochen [18] (Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy).

Im ersten deutschsprachigen Fachbuch zum Thema HiAP finden sich zur Umsetzung in Deutschland acht Thesen, darunter folgende ([19], S. 431−433):

- HiAP bedarf der politischen Unterstützung.
- Gesundheitsexpertinnen und -experten benötigen Policy-Wissen für die Kooperation.
- Sustainable Development Goals und deren Umsetzung bieten einen guten Bezugspunkt, um HiAP voranzubringen.
- HiAP erfordert häufig die Aushandlung gegenläufiger Interessen.

(Human-)ökologisch orientierte Gesundheitsforschung und -praxis

Mit einer − weit gefassten – ökologischen Perspektive sowohl auf Ressourcen als auch Noxen (Schadstoffe) arbeitet das Themenfeld Umwelt und Gesundheit/Environmental Health [15] (Umweltbezogene Gesundheitsförderung). Die Ottawa-Charta der WHO von 1986 spricht ausdrücklich von der Rolle der Umwelt für Gesundheit, von der Bewahrung der natürlichen Umwelt und von der Verantwortung für anthropogene Umweltveränderungen. Drei Jahre später startete eine Serie europäischer Ministerkonferenzen, die sich des Themas „Umwelt und Gesundheit“ im Detail annahmen.

- Die erste dieser Konferenzen in Frankfurt 1989 verabschiedete die Charta „Umwelt und Gesundheit“ mit Aussagen über Ansprüche und Verantwortung gegenüber der Umwelt sowie Strategien und Prioritäten einer langfristigen gesundheitlichen Umweltpolitik.
- In Helsinki wurde 1994 der „Aktionsplan Umwelt und Gesundheit für Europa“ als Basis nationaler Aktionspläne für Umwelt und Gesundheit (National Environmental Health Action Plans, NEHAPs) beschlossen.
- Auf der dritten Konferenz in London 1999 wurde ein rechtsverbindliches Abkommen über Wasser und Gesundheit geschlossen und eine Charta „Verkehr, Umwelt und Gesundheit“ verabschiedet.
- Die Budapest-Konferenz (2005) fokussierte auf Kinder, Umwelt und Gesundheit, die Parma-Konferenz (2010) verband diese Themen mit aktuellen krisenhaften Entwicklungen und globalem Wandel.
- Die Ostrava-Konferenz 2017 definierte prioritäre Themen für das 21. Jahrhundert, darunter auch Klimawandel und Luftverschmutzung.
- Eine weitere Budapest-Konferenz (2023) war u. a. den Themen Klimaschutz und Biodiversitätsverlust sowie der Aufarbeitung der COVID-19-Pandemie gewidmet.

Sowohl aus ökologischer als auch aus humanökologischer Perspektive heraus entstand der Ansatz einer (human-)ökologischen Gesundheitsförderung [20], [12]. Ausgehend von der Gestaltbarkeit von Lebenswelten wird versucht, diese Möglichkeiten systematisch und umfassend zu nutzen. Drei Interpretationen dieses Ansatzes lassen sich unterscheiden:

- Eine thematische Interpretation, nämlich die Re-Integration physischer Umwelt in das Selbstverständnis und Aufgabenspektrum von Gesundheitsförderung.
- Eine systemische Interpretation mit Schwerpunkt auf Zusammenhänge, Wechselwirkungen und Integration in allen Fragen der Gesundheitsförderung.
- Eine Interpretation als umwelt- und gesundheitsfreundliche Durchführung präventiver und gesundheitsförderlicher Aktivitäten (vgl. ökologischer Fußabdruck, siehe oben).

In der thematischen Interpretation steht ökologische Gesundheitsförderung parallel z. B. zu betrieblicher oder schulischer Gesundheitsförderung sowie Gesundheitsförderung in der Familie. Dass auch physische und soziale Umwelt von wesentlicher Bedeutung für den Erhalt von Gesundheit und die Entstehung von Krankheit ist, spiegelt sich in gängigen Erklärungsmodellen wider [21] (Determinanten

der Gesundheit). Im Sinne einer die Verhaltensprävention ergänzenden Verhältnisprävention existiert hier eine langjährige Tradition. Dennoch macht Gesundheitsförderung um die physische, gegenständliche Umwelt samt Wasser, Boden und Luft häufig einen ausweichenden Bogen – nicht ohne Grund, denn diese Themen erfordern eine besondere Expertise. Außerdem bestehen spezifische Denkgewohnheiten und Zuständigkeiten, die beachtet werden wollen. Ein engerer Austausch zwischen Umwelthygiene bzw. Umweltmedizin und Gesundheitsförderung liegt im wechselseitigen Interesse.

In der systemischen Interpretation bedeutet ökologische Gesundheitsförderung v. a. die Fokussierung auf Zusammenhänge und Integration. Offenkundig liegt der Gesundheitsförderung schon jetzt häufig ein systemisches Verständnis zugrunde, z. B. Familie, Nachbarschaft, Arbeitsplatz als System [22] (Systemische Perspektive in der Gesundheitsförderung). Darüber hinaus unterstützt ökologische Gesundheitsförderung eine systemische (und systematische) Sicht auf das gesamte Aktivitätsspektrum von Gesundheitsförderung. Die beiden vorliegenden Buchpublikationen zur ökologischen Gesundheitsförderung [20] sowie [12] sind daher durchgängig nach dem Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus [23] gegliedert.

Gesundheitsforschung und -praxis werden gegenwärtig u. a. durch vier transdisziplinäre Narrative und Aktivitätsfelder bereichert, nämlich One Health, Planetary Health, Global Health/Globale Gesundheit [24] und Urban/Rural/Regional Health [16], [25], [26] (Urban Health/StadtGesundheit; Rural Health / Gesundheit im ländlichen Raum; Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung). Alle diese Rahmenkonzepte anerkennen die Bedeutung von Nachhaltigkeit für die menschliche Gesundheit, befassen sich u. a. mit Auswirkungen des Klimawandels und stehen in Einklang mit der humanökologischen Gesundheitsperspektive. Für eine Übersicht samt Teilthemen sowie Akteuren und Akteuren sowie Aktivitäten siehe Tab. 1.

Paradigma	**One Health**	**Planetary Health**	**Global Health**	**Urban/Regional/Rural Health**
Beinhaltet einen integrierenden Blick auf die Gesundheit …	… von Mensch, Tier, Pflanze und Umwelt	… aller Lebewesen, Ökosysteme und des Planeten Erde	… der Weltbevölkerung: Public Health aus globaler Perspektive	… lokaler Populationen: Public Health aus lokaler Perspektive
Exemplarische Themen über Nachhaltigkeit, Klimawandel hinaus:	Zoonosen, Pandemien, multiresistente Krankheitserreger, Intensivierung der Lebensmittelproduktion (samt Einsatz von Tierarzneimitteln)	Planetare Grenzen für Ressourcennutzung und Umweltbe-lastungen, Planetary Health Diet, Anthropozän	Entwicklungsziele wie SDGs, Metriken, z. B. Lebenserwartung Disability-Adjusted Life Years (DALYs), (Un-)Gerechtigkeit	Stadt-/Regionalepide-miologie, urbane und metropolitane Ver-sorgungssysteme, räumliche Planung, Stadtgrün/-blau, Mobilität, (Un-)Gerechtigkeit
Hauptakteure & Aktivitäten international:	WHO One Health initiative One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP), berät: UN Food and Agriculture Organization(FAO), UN Environment Programme (UNEP), WHO, und World Organization for Animal Health (WOAH) One Health commission, mit One Health library One Health Day, jährlich seit 2016 EC: One Health European Joint programme (partnership)	Planetary Health Manifest 2014 Rockefeller Foundation-Lancet Commission on Planetary Health 2015 Planetary Health Alliance (2015 ff.): Harvard University et al. Panorama, Bridge Collaborative, inkl. Rockefeller Foundation, Nature Conservancy, Wellcome Trust etc. (2019): Five reports on Planetary Health London School of Hygiene & Tropical Medicine: Centre on Climate Change & Planetary Health	WHO Global Health Observatory, inkl. Global Health Estimates WHO Collab Center for Global Health Security (Johns Hopkins University) World Health Summit/Weltgesundheits-gipfel, seit 2009 jährlich in Berlin, z. B. 2024: "Building Trust for a Healthier World"; Verbunden mit der M8-Alliance (Academic Health Centres, Universitäten und nationale Akademien aus 20 Ländern)	WHO Urban Health initiative Healthy Cities Network (HCN), auch: European HCN Regions for Health network (RHN), mit Regionen als subnationale Einheiten International Society for Urban Health (ISUH) Inter-Academy Partnership (IAP), mit Projekt “Urban Health and Wellbeing – a systems approach”

Hauptakteure & Aktivitäten in Deutschland:	BMBF, BMEL, BMZ, RKI, UBA Helmholtz-Institut für One Health (HIOH), Greifswald) Region Vorpommern als One-Health-Region: „Für die Gesundheit der Bevölkerung in einer gesunden Natur, mit gesunden Sozialbeziehungen und hoher Lebensqualität“	Centre for Planetary Health Policy (CPHP), gefördert durch Stiftung Mercator, unterstützt durch Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG) Planetary Health Academy, organisiert durch KLUG, gefördert von DBU und UBA Wissenschaftlicher Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen (WBGU): Factsheet	World Health Summit (siehe oben) Global Health Hub Germany (Wissens-vernetzung und Lösungsentwicklungen) German Alliance for Global Health Research (GLOHRA)	Gesunde Städte-Netzwerk (GSN), mit Kompetenzzentren Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen (NDGR) Forschungsprogramm Stadt der Zukunft, gefördert von der Fritz und Hildegard Berg-Stiftung; mit Institut für Urban Public Health (InUPH) BBAW: Role of National Academies in Promoting Urban health, von VW-Stiftung gefördertes Kooperationsprojekt

Tab.1: Vier aktuelle, der humanökologischen Gesundheitsperspektive verbundene Rahmenkonzepte (Eigene Darstellung)

Fazit

Viele weitreichende Entwicklungen in der Theorie und Praxis von Gesundheitsförderung sind zu wesentlichen Teilen auf eine (human-)ökologische Gesundheitsperspektive gegründet. Dazu gehören beispielsweise die Ottawa-Charta, Zusammenstellungen von Gesundheitsdeterminanten, der Ansatz „Health in All Policies“, die Verbindung von Gesundheit und Nachhaltigkeit sowie aktuelle Ansätze wie Planetary Health. Der Zusammenhang mit dem (human-)ökologischen Denkansatz ist manchmal explizit benannt, oft aber nur implizit gegeben. Um für die Aufgaben künftiger Gesundheitsförderung möglichst gut gerüstet zu sein, dürfte es nützlich sein, die verschiedenen Gesundheitsperspektiven ausdrücklich ins Spiel zu bringen, ihre Potenziale zu nutzen und ihre Konsequenzen zu reflektieren.

Internetadressen:

- Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaft (BBAW). The Role of National Academies in Promoting Urban Health. Available from: https://www.bbaw.de/forschung/the-role-of-national-academies-in-promoting-urban-health
- National institute for Public Health and the Environment Ministry of Health, Welfare and Sport. DYNAMO-HIA. Available from: https://www.dynamo-hia.eu
- World Health Organisation Europe (WHO). European Environment and Health Process (EHP). Available from: https://www.who.int/europe/initiatives/european-environment-and-health-process-(EHP)
- Deutsches Stiftungszentrum. Fritz und Hildegard Berg-Stiftung– Förderung medizinischer Wissenschaft und Forschung. Available from: https://www.deutsches-stiftungszentrum.de/stiftungen/fritz-und-hildegard-berg-stiftung
- Gesunde Städte-Netzwerk (GSN). Available from: https://gesunde-staedte-netzwerk.de
- International Society for Urban Health (ISUH). Developing healthy, equitable cities for all. Available from: https://www.isuh.org
- One Health Commission. Available from: https://www.onehealthcommission.org
- World Health Organisation (WHO). One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP). Available from: https://www.who.int/groups/one-health-high-level-expert-panel
- Panorama Global. Bridge Collaborative. Available from: https://www.panoramaglobal.org/case-study/ensuring-we-are-considering-the-health-implications-of-the-climate-crisis
- Planetary Health Alliance. Available from: https://planetaryhealthalliance.org
- World Health Organisation (WHO). Regions for Health network (RHN). Available from: https://www.who.int/europe/groups/regions-for-health-network-(rhn)
- The Lancet. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health. Available from: https://www.thelancet.com/commissions/planetary-health
- United Nations Department of Economic and Social Affairs. Sustainable Development. Available from: https://sdgs.un.org

- World Health Organisation (WHO). WHO European Healthy Cities Network. Available from: https://www.who.int/europe/groups/who-european-healthy-cities-network
- World Health Organisation (WHO). The Global Health Observatory: Explore a world of health data. Available from: https://www.who.int/data/gho
- World Health Organisation (WHO). Urban Health Initiative: Improving air quality and health in cities. Available from: https://www.who.int/initiatives/urban-health-initiative

Weiterführende Quellen:

- Fehr R, Hornberg CM. Stadt der Zukunft – Gesund und nachhaltig. Brückenbau zwischen Disziplinen und Sektoren. München: oekom verlag; 2018. (Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region).
- Fehr R, Hornberg C, Wichmann HE. Umwelt und Gesundheit. In: Razum O, Kolip P, editors. Handbuch Gesundheitswissenschaften. 7 edn. Weinheim: Beltz Juventa; 2020. p. 585–620.

Literatur:

- The Lancet Planetary Health. Welcome to the lancet planetary health. Lancet Planet. Health. 2017 Apr;1(1):e1. DOI:10.1016/s2542-5196(17)30013-x

References

1. Last JM. Public health and human ecology. 2 edn. Stamford, Conn: Appleton & Lange; 1998.
2. Last JM. A dictionary of public health. New York: Oxford University Press; 2007.
3. Buse CG, Oestreicher JS, Ellis NR, Patrick R, Brisbois B, Jenkins AP, McKellar K, Kingsley J, Gislason M, Galway L, McFarlane RA, Walker J, Frumkin H, Parkes M. Public health guide to field developments linking ecosystems, environments and health in the Anthropocene. J. Epidemiol. Community Health. 2018 May;72(5):420–5. DOI:10.1136/jech-2017-210082
4. Hazard BP. Humanökologische Perspektiven in der Gesundheitsförderung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften GmbH; 1997.
5. Herrmann A, Eichinger M. Klimawandel und 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-I156-1.0
6. Bunge C, Böhme C. Umweltgerechtigkeit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I136-4.0
7. 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
8. Dye C. Expanded health systems for sustainable development. Science. 2018 Mar 23;359(6382):1337–9. DOI:10.1126/science.aaq1081
9. UN Environment, editor. Global Environment Outlook – GEO-6: Healthy Planet, Healthy People. Cambridge University Press; 2019.
10. Köckler H, Geene R. Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I157-1.0
11. Corvalan C, Briggs D, Kjellstrom T. Development of environmental health indicators. In: Briggs D, Corvalan C, Nurminen M, editors. Linkage Methods for Environment and Health Analysis: General Guidelines : a Report of the Health and Environment Analysis for Decision-making (HEADLAMP) Project. Geneva: Office of Global and Integrated Environmental Health, World Health Organization; 1996.
12. Fehr R, Neuss H, Heudorf U, editors. Gesundheit und Umwelt: ökologische Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Huber; 2005. (Handbuch Gesundheitswissenschaften).
13. Linden S, Töppich J. Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der

Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I064-2.0
14. 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
15. Malsch A. Umweltbezogene 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-I150-2.0
16. Fehr R. Urban Health / StadtGesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/bioeg:q4-i124-3.0
17. Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S, editors. Health in all policies: seizing opportunities, implementing policies. Ministry of Social Affairs and Health, Finland; 2013.
18. 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
19. Böhm K, Lahn J, Köckler H, Geene R, Bräunling S. Health in All Policies: Wo stehen wir und was braucht es für die weitere Entwicklung? In: Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H, editors. Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe: Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2020. p. 427−434. Available from: https://link.springer.com/10.1007/978-3-658-30504-8 DOI:10.1007/978-3-658-30504-8
20. Fehr R. Ökologische Gesundheitsförderung: Analysen – Strategien – Umsetzungswege. Bern: Huber; 2001. (Programmbereich Gesundheit).
21. 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
22. Göpel E. Systemische Perspektive in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2015. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I120-1.0
23. Hartung S, Rosenbrock R. Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I099-2.0
24. Gräser S. Global Health / Globale Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I063-3.0
25. Rind E, Reime B, Weidmann C. Rural health / Gesundheit im ländlichen Raum. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I133-2.0
26. Böhme C, Köckler H, Quilling E. Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I151-1.0

Korrespondenz: Prof. Dr., MPH, Ph.D Rainer Fehr, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe 7: Umwelt und Gesundheit, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, Deutschland, E-mail: rainer.fehr@uni-bielefeld.de

Zitierhinweis: Fehr R. Ökologische und humanökologische Perspektive. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i082-1.0

Copyright: © 2026 Rainer Fehr
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/

Ökonomische Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention

Hans-Helmut König[1]

[1] Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

Abstract

Mit den Methoden der ökonomischen Evaluation kann die Wirtschaftlichkeit von Gesundheitsförderung und Prävention untersucht werden. Der Beitrag beschreibt den gesundheitsökonomischen Evaluationsansatz in Form des inkrementellen Vergleichs von Kosten und Effekten unterschiedlicher Handlungsalternativen, die Relevanz der Perspektive der Kostenmessung, das Konzept der qualitätsadjustierten Lebensjahre zur Messung gesundheitlicher Effekte, die Rolle von Modellierungen und Diskontierung langfristiger Kosten und Effekte sowie die Bedeutung der gesundheitsökonomischen Evaluation für die Entscheidungsfindung bei der Verwendung knapper Ressourcen.

Keywords: Gesundheitsökonomie, Gesundheitsökonomische Evaluation, Kosteneffektivität, Prävention, Modellierung, Quality-Adjusted Life Years

Einleitung

Steigende Ausgaben bei knappen Ressourcen stellen die Gesundheitsversorgung vor große ökonomische Herausforderungen. In diesem Zusammenhang gewinnen Gesundheitsförderung und Prävention immer mehr Aufmerksamkeit. Wissenschaft und Politik erhoffen sich von Gesundheitsförderung und Prävention eine Steigerung der Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung und letztlich Kosteneinsparungen. Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass tatsächlich erhebliche Anteile der Krankheitslast und auch der Krankheitskosten potenziell vermeidbar sind. Dabei hängt die durch Gesundheitsförderung und Prävention tatsächlich realisierbare Reduktion der Krankheitslast insbesondere von der Effektivität entsprechender Maßnahmen ab.

Aus gesundheitsökonomischer Sicht ist zudem relevant, dass die meisten Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention zunächst Kosten verursachen, wenngleich häufig die Hoffnung besteht, zukünftige Krankheitskosten zu vermeiden. Angesichts der Begrenztheit der für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehenden Ressourcen, stellt sich also auch für Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention die Frage nach ihrer Wirtschaftlichkeit: Stehen Aufwand und Ertrag in einem günstigen Verhältnis?

Gesundheitsökonomischer Evaluationsansatz

Zur Analyse der Wirtschaftlichkeit von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention dienen gesundheitsökonomische Evaluationen, die sich durch zwei wesentliche Eigenschaften auszeichnen [1], [2], [3]: Sie

- vergleichen mindestens zwei Handlungsalternativen (z. B. Prävention gegen keine Prävention für ein Gesundheitsproblem) und
- berücksichtigen sowohl die Kosten als auch die gesundheitlichen Effekte der verglichenen Alternativen.

Konkret bedeutet das, dass für alle verglichenen Handlungsalternativen die mit dem Gesundheitsproblem in der Zielpopulation verbundenen durchschnittlichen Kosten sowie die durchschnittlichen gesundheitlichen Effekte bestimmt und verglichen werden. Dies kann zu vier qualitativ unterschiedlichen Ergebnissen führen:

1. Im ersten Fall führt Handlungsalternative A gegenüber Handlungsalternative B zu weniger Kosten und besseren gesundheitlichen Effekten.
2. Im zweiten, umgekehrten Fall führt Handlungsalternative A gegenüber Handlungsalternative B zu mehr Kosten und schlechteren gesundheitlichen Effekten.

3. Im dritten Fall führt Handlungsalternative A gegenüber Handlungsalternative B zwar zu mehr Kosten, aber auch zu besseren gesundheitlichen Effekten.
4. Im vierten, umgekehrten Fall führt Handlungsalternative A zwar zu weniger Kosten, aber auch zu schlechteren gesundheitlichen Effekten.

Während im ersten Fall Handlungsalternative A eindeutig zu bevorzugen und im zweiten Fall eindeutig abzulehnen ist, kann die gesundheitsökonomische Evaluation im dritten und vierten Fall keine eindeutige Handlungsempfehlung geben, sondern es muss eine Wertentscheidung gefällt werden.

Um die Beurteilung und sinnvolle Bewertung durch die Entscheidungsträgerin oder den Entscheidungsträger zu unterstützen, besteht die Aufgabe der gesundheitsökonomischen Evaluation darin, die Informationen über die Kosten und gesundheitlichen Effekte der verglichenen Handlungsalternativen übersichtlich und nachvollziehbar darzustellen. Dies geschieht, indem die zusätzlichen Kosten und zusätzlichen Effekte der Handlungsalternative A im Vergleich zu Handlungsalternative B in der sogenannten inkrementellen Kosten-Effektivitäts-Relation (IKER) miteinander in Beziehung gesetzt werden. Die IKER gibt an, wie hoch die zusätzlichen Kosten für eine durch Handlungsalternative A zusätzlich gewonnene Effekteinheit sind. Sie ist der Quotient aus der Differenz der durchschnittlichen Kosten K und der Differenz der durchschnittlichen Effekte E der Handlungsalternativen A und B:

$$IKER = \frac{\bar{K}_A - \bar{K}_B}{\bar{E}_A - \bar{E}_B} = \frac{\Delta \bar{K}}{\Delta \bar{E}}$$

Wenn beispielsweise Handlungsstrategie A durchschnittlich 10.000 € kostet und 10 Effekteinheiten liefert, während Handlungsalternative B durchschnittlich nur 2.000 € kostet und nur 8 Effekteinheiten liefert, dann beträgt die IKER in diesem Fall (10.000 € − 2.000 €)/(10 Effekteinheiten – 8 Effekteinheiten) = 4.000 € je gewonnener Effekteinheit. Formal ist eine Gesundheitsleistung kosteneffektiv, wenn die IKER kleiner ist als die maximale Zahlungsbereitschaft der Entscheidungsträgerin oder des Entscheidungsträgers für eine gewonnene Effekteinheit. Ob diese bereit sind, die berechneten zusätzlichen Kosten für eine zusätzliche Effekteinheit zu bezahlen, ist letztlich eine Wertentscheidung.

Perspektive der Kostenmessung

Die zu berücksichtigenden Kosten der Handlungsalternativen sind abhängig von der Perspektive, aus der die gesundheitsökonomische Evaluation durchgeführt wird. Aus der Perspektive eines Kostenträgers oder einer Kostenträgerin bestehen Kosten aus den Ausgaben, d. h. der gezahlten Vergütung für Leistungen, die in Zusammenhang mit dem Gesundheitsproblem erbracht wurden. Aus gesellschaftlicher Sicht greift die Kostenträgerperspektive aber häufig zu kurz und ist überdies problematisch: Werden beispielweise Ausgaben von einem Kostentragenden (z. B. Krankenversicherung) auf einen anderen Kostentragenden (z. B. Rentenversicherung) verschoben, handelt es sich aus der Perspektive des ersten um Einsparungen, aus gesellschaftlicher Perspektive hingegen nicht.

Aus diesem Grund wird in der wissenschaftlichen Diskussion meist die gesellschaftliche Perspektive empfohlen, die umfassend und neutral ist. Die Kosten, die hier in die Analyse einbezogen werden, umfassen den gesamten, in Geldeinheiten bewerteten Ressourcenverbrauch im Zusammenhang mit einem Gesundheitsproblem, wobei zwischen direkten und indirekten Kosten unterschieden wird. Direkte Kosten fallen unmittelbar im Zusammenhang mit medizinischen und nicht-medizinischen Versorgungsleistungen an. Indirekte Kosten beschreiben den volkswirtschaftlichen Produktionsverlust, der durch krankheitsbedingten Arbeitsausfall verursacht wird (Tab. 1).

Direkte Kosten	• *Medizinisch:* Stationäre und teilstationäre Krankenhausversorgung, ambulante ärztliche Versorgung, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, formelle Pflege durch Pflegeheime und professionelle Pflegekräfte etc. • *Nicht-medizinisch:* Häusliche Pflege durch Familienangehörige und Freunde, Transportkosten, Investitionen, Verwaltung etc.
Indirekte Kosten	• *Vorübergehender Arbeitsausfall* durch Arbeitsunfähigkeit, Präsentismus (geringere Leistungsfähigkeit während der Arbeitszeit), Therapiebesuche etc. • *Dauerhafter Arbeitsausfall* durch Minderung der Erwerbsfähigkeit oder vorzeitigen Tod

Abb. 1: Direkte und indirekte Kosten (eigene Darstellung)

Für die gesundheitsökonomische Evaluation von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention bedeutet das, dass einerseits die mit dem Gesundheitsproblem in einer Population verbundenen durchschnittlichen Kosten für Diagnostik, Therapie und Nachsorge für alle Handlungsalternativen bestimmt werden müssen. Andererseits sind für die Handlungsalternative der Gesundheitsförderung oder Prävention zusätzlich die Kosten der entsprechenden Maßnahmen zu berücksichtigen. Aus der gesellschaftlichen Perspektive sollten für alle Alternativen zudem die indirekten Kosten berechnet werden [4].

Gesundheitsökonomische Effektmaße

Für die gesundheitsökonomische Evaluation eignen sich solche Effektmaße, welche die wesentlichen Aspekte der gesundheitlichen Auswirkungen der analysierten Gesundheitsleistungen erfassen und für die der Entscheidungsträger oder die Entscheidungsträgerin eine Vorstellung zu seiner bzw. ihrer maximalen Zahlungsbereitschaft hat. Daher werden für die Analyse der Kosteneffektivität von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention häufig Lebensjahre sowie insbesondere die von Gesundheitsökonomen empfohlenen qualitätsadjustierten Lebensjahre (Quality-Adjusted Life Years – QALYs) gewählt [5], [6].

Quality-Adjusted Life Years (QALYs)

- fassen die Auswirkungen von Gesundheitsleistungen auf Lebensdauer und Lebensqualität in einem Indexmaß (einem sogenannten Nutzwert) zusammen,
- werden berechnet, indem man die Lebenszeit mit einer Bewertung des Gesundheitszustandes bzw. der mit diesem assoziierten Lebensqualität auf einer Skala von 0 (Tod) bis 1 (vollständige Gesundheit) gewichtet,
- können gewonnen werden, indem entweder die Lebenszeit verlängert oder die Lebensqualität verbessert wird oder durch eine Kombination von beidem,
- sollen den Vergleich der Ergebnisse von gesundheitsökonomischen Evaluationen verschiedenartiger Gesundheitsleistungen aus unterschiedlichen Indikationsgebieten ermöglichen.

Nach dem Kriterium der Kosteneffektivität wären präventive Gesundheitsleistungen zu bevorzugen, die mit vergleichsweise niedrigen Kosten pro QALY verbunden sind. Für die Höhe der Kosten pro QALY, bis zu der eine Gesundheitsleistung noch als kosteneffektiv betrachtet wird, gibt es international zwar Orientierungswerte, aber keinen allgemein akzeptierten Schwellenwert. Die Beantwortung dieser Frage hängt daher unter anderem von Wertvorstellungen und ethischen Normen, aber auch von den verfügbaren finanziellen Ressourcen einer Gesellschaft ab und kann für verschiedene Gesundheitsprobleme unterschiedlich ausfallen [7].

Die Verwendung von QALYs als einheitliche Erfassung von Effekten ist ein Ansatz, um die Ergebnisse von gesundheitsökonomischen Evaluationen verschiedenartiger Gesundheitsleistungen auch aus unterschiedlichen Indikationsgebieten vergleichbar zu machen. Für diesen indikationsübergreifenden Vergleich werden jedoch ein vergleichbares methodisches Vorgehen und die Einhaltung von hohen Qualitätsstandards vorausgesetzt.

Selten werden in gesundheitsökonomischen Evaluationen neben den Kosten auch die gesundheitlichen Effekte in Geldeinheiten bewertet. Wenn dies geschieht, dann insbesondere durch die Messung der Zahlungsbereitschaft für Gesundheitsleistungen. Ist die Zahlungsbereitschaft für die zusätzlichen gesundheitlichen Effekte einer Handlungsalternative größer als die Höhe zusätzlicher Kosten, dann ist diese Handlungsalternative ökonomisch sinnvoll. Allerdings hat dieser Evaluationstyp aufgrund der mit der Messung der Zahlungsbereitschaft verbundenen methodischen Probleme derzeit in der Gesundheitsökonomie nur eine vergleichsweise geringe Bedeutung.

Modellierung

Ein großes Problem bei der Beurteilung der Kosteneffektivität von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention ist, dass die gesundheitlichen Effekte und eventuelle Kosteneinsparungen durch vermiedene Krankheit häufig erst nach Jahren oder Jahrzehnten erkennbar werden. Entscheidungsanalytische Modelle zur Beurteilung der Kosteneffektivität, in denen die langfristigen Kosten und Effekte modelliert werden, sind daher häufig zwingend erforderlich [8].

Je nach Entscheidungsproblem können hierfür einfache Entscheidungsbäume oder komplexere Modelle (z. B. Markov-Modelle oder Mikrosimulationsmodelle) erforderlich sein. In solche Modelle gehen in der Regel Daten aus verschiedenen Quellen sowie bestimmte Annahmen ein, weshalb entsprechende Modellrechnungen zwangsläufig mit Unsicherheit behaftet sind, zu deren Analyse spezielle Methoden entwickelt wurden. Besonders komplex gestalten sich Evaluationen von Leistungen, die langfristige Auswirkungen auf eine Vielzahl von Krankheiten haben, wie dies z. B. bei der Modifikation von Risikofaktoren im Bereich der primären Prävention häufig der Fall ist. Beispielsweise kann eine Leistung zur Förderung der Bewegung Auswirkungen auf das Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, aber auch von Erkrankungen des Bewegungsapparats oder des Stoffwechsels haben und die psychische Gesundheit fördern.

Diskontierung

Der Tatsache, dass Kosten bzw. Einsparungen zeitlich unterschiedlich und zum Teil erst nach vielen Jahren auftreten, muss in gesundheitsökonomischen Evaluationen Rechnung getragen werden, weil Geldbeträge zumeist unterschiedlich bewertet werden, wenn sie zu verschiedenen Zeitpunkten anfallen. Hierbei spielt insbesondere eine Rolle, dass heute verfügbare Geldbeträge z. B. auf dem Kapitalmarkt angelegt werden und eine Rendite erbringen können. Daher muss umgekehrt beachtet werden, dass Geldbeträge und somit auch Kosten, die in der Zukunft anfallen, zum gegenwärtigen Zeitpunkt weniger wert sind.

Dieses Phänomen wird in die gesundheitsökonomische Evaluation einbezogen, indem zukünftige Kosten auf den heutigen Zeitpunkt diskontiert (abgezinst), also kleiner gerechnet werden. Die Wahl der Diskontrate kann sich an verschiedenen Größen orientieren, wie z. B. an der Rendite langfristiger Staatspapiere oder an Vorschlägen aus der Wissenschaft, die meist zwischen 3 % und 5 % pro Jahr liegen. Für gesundheitsökonomische Evaluationen in Deutschland empfiehlt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen eine Diskontrate von 3 % pro Jahr und Sensitivitätsanalysen mit 0 % bis 5 % pro Jahr [9]. Die Notwendigkeit der Diskontierung von Kosten ist zwar allgemein akzeptiert, aber es besteht in der wissenschaftlichen Diskussion Uneinigkeit darüber, ob auch gesundheitliche Effekte diskontiert werden sollen bzw. ob dieselbe Diskontrate bei Effekten und Kosten gewählt werden soll [10].

Eine fehlende Diskontierung der Effekte bei gleichzeitiger Diskontierung der Kosten kann möglicherweise dazu führen, dass der Aufschub einer Gesundheitsleistung (und damit ihrer Kosten) in die Zukunft zu einer günstigeren Kosteneffektivität führt und so von der Entscheidungsträgerin oder dem Entscheidungsträger ggf. anders beurteilt wird.

Unrelated Future Health Care Costs

Ein besonderes Problem der gesundheitsökonomischen Evaluation von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention besteht hinsichtlich der Berücksichtigung der sogenannten Unrelated Future Health Care Costs (UFHCC) [11]: Fraglich ist, ob bei dem Gewinn von Lebensjahren durch eine Leistung der Gesundheitsförderung oder Prävention die Kosten für die Versorgung anderer (konkurrierender) Krankheiten in den gewonnenen Lebensjahren der Gesundheitsförderung bzw. Prävention zugerechnet werden sollen.

Bisher blieben UFHCC bei der ökonomischen Evaluation von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention meist unberücksichtigt, nicht zuletzt, weil entsprechend komplexe Krankheitsmodelle fehlten, die eine Berücksichtigung konkurrierender Krankheitsrisiken ermöglichen würden. Jedoch werden ohne Berücksichtigung der UFHCC die Kosten lebensverlängernder Gesundheitsleistungen für das Versorgungssystem unterschätzt, mit der Folge falscher Informationsgrundlagen für den politischen Planungs- und Entscheidungsprozess.

„Rechnet“ sich Prävention?

Aufgrund der zunehmenden Bedeutung von nicht heilbaren chronischen Erkrankungen werden Wissenschaft und Gesundheitspolitik in Zukunft vermutlich vermehrt nach Möglichkeiten suchen, die Effektivität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu verbessern. Tatsächlich besteht insgesamt ein erhebliches Potenzial an theoretisch vermeidbarer Krankheitslast. Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention können dazu beitragen, dieses Potenzial zu erschließen. Allerdings ist dies nicht zum Nulltarif möglich, da Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention mit Kosten verbunden sind. Die von

Politikern und Politikerinnen erhofften Kosteneinsparungen durch Prävention scheinen oft übertrieben. Nur für vergleichsweise wenige Präventionsleistungen gibt es in der wissenschaftlichen Literatur entsprechende Belege [12].

Gründe für das Fehlen von Kosteneinsparungen sind insbesondere die häufig geringe Effektivität entsprechender Maßnahmen, die notwendige Diskontierung von Kosten (und Effekten) über lange Zeiträume sowie zusätzlich entstehende Kosten durch die o. g. UFHCC. Trotzdem weisen viele präventive Gesundheitsleistungen günstige Kosteneffektivitätsrelationen auf, wenngleich kein eindeutiger Vorteil gegenüber der Verteilung von Kosteneffektivitätsrelationen kurativer Gesundheitsleistungen zu bestehen scheint [12]. Insgesamt gibt es sowohl im Bereich der Prävention als auch im Bereich der Kuration Leistungen mit sehr günstigen, aber auch Leistungen mit sehr ungünstigen Kosteneffektivitätsrelationen.

Aber auch wenn keine Kosteneinsparungen realisiert werden, können Gesundheitsförderung und Prävention ökonomisch sinnvoll sein. Dies ist dann der Fall, wenn die (gesellschaftliche) Zahlungsbereitschaft für den Gesundheitsgewinn höher ist als die zusätzlichen Kosten. Interessanterweise scheint aber die Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung für einen durch Prävention erzielten Gesundheitsgewinn geringer zu sein als bei kurativen Leistungen, obwohl Bevölkerungsumfragen eine hohe Präferenz für Prävention ergeben [13], [14]. Dies mag unter anderem darin begründet liegen, dass der Reduktion von „statistischen“ Risiken ein geringerer Wert zugeschrieben wird als der Behandlung konkret betroffener Personen.

Entscheidungsfindung

Die gesundheitsökonomische Evaluation liefert Informationen zur Wirtschaftlichkeit von Leistungen der Gesundheitsförderung oder Prävention, die von den Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern bewertet werden müssen und zusammen mit weiteren Entscheidungskriterien bei der Ressourcenallokation berücksichtigt werden sollten. Andere wichtige Kriterien, die in gesundheitsökonomischen Evaluationen meist nicht adressiert werden, beziehen sich insbesondere auf Aspekte der Ungleichheit, wie z. B. Krankheitsschwere, sozioökonomischer Status oder Gender [15].

Zwar gibt es mittlerweile Techniken, Aspekte der Ungleichheit in gesundheitsökonomischen Evaluationen zu berücksichtigen, jedoch behindert die Vielzahl der Ungleichheitskonzepte und ein Mangel an allgemein akzeptierten Normen deren systematische Berücksichtigung im Entscheidungsprozess [15]. Dies stellt ein Hindernis für die Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Evaluationsergebnisse bei der Entscheidungsfindung dar [16].

Fazit

Eine Leistung der Gesundheitsförderung oder Prävention ist besonders kosteneffektiv, wenn sie entweder besonders kostengünstig oder effektiv oder beides ist. Dies wird durch die Zielgröße IKER verdeutlicht. Somit kann eine teure Präventionsmaßnahme durchaus kosteneffektiv sein, wenn sie große gesundheitliche Effekte verursacht. Ein typischer Weg zur Steigerung der Kosteneffektivität von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention ist die Fokussierung der Maßnahmen auf Hochrisikogruppen, bei denen ein großes Präventionspotenzial besteht. Häufig liefern Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention „viel Gesundheit“ für die eingesetzten Ressourcen, es gibt aber auch sehr unwirtschaftliche Maßnahmen.

Für viele Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention ist die Kosteneffektivität unbekannt, was auf einen erheblichen Forschungsbedarf hinweist. Die durch gesundheitsökonomische Evaluationen gelieferten Informationen zur Kosteneffektivität müssen von den Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern bewertet werden und können zusammen mit weiteren Kriterien (z. B. ethischen Normen) Entscheidungen über die Ressourcenallokation unterstützen.

References

1. Drummond MF, Sculpher M, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford: Oxford University Press; 2015.
2. Gray AM. Applied methods of cost-effectiveness analysis in health care. Oxford: Oxford University Press; 2011.
3. Schöffski O, Graf von der Schulenburg JM. Gesundheitsökonomische Evaluationen. Berlin, Heidelberg: Springer; 2012.

4. Haddix AC, Teutsch SM, Corso PS. Prevention Effectiveness: A Guide to Decision Analysis and Economic Evaluation. New York: Oxford University Press; 2002.
5. Neumann P, Sanders GD, Russel LB, Siegel JE, Ganiats TG. Cost-effectiveness in health and medicine. New York: Oxford University Press; 2017.
6. Sanders GD, Neumann PJ, Basu A, Brock DW, Feeny D, Krahn M, Kuntz KM, Meltzer DO, Owens DK, Prosser LA, Salomon JA, Sculpher MJ, Trikalinos T, Russel LB, Siegel JE, Ganiats T. Recommendations for Conduct, Methodological Practices, and Reporting of Cost-effectiveness Analyses: Second Panel on Cost-Effectiveness in Health and Medicine. JAMA. 2016;316(10):1093–1103. DOI:10.1001/jama.2016.12195
7. Cameron D, Ubels J, Norström F. On what basis are medical cost-effectiveness thresholds set? Clashing opinions and an absence of data: a systematic review. Glob Health Action. 2018;11(1):1447828. DOI:10.1080/16549716.2018.1447828
8. Caro JJ, Briggs, AH, Siebert U, Kuntz KM. Modeling Good Research Practices – Overview: A Report of the ISPOR-SMDM Modeling Good Research Practices Task Force–1. Med Decis Making. 2012;32(5):667–677. DOI:10.1177/0272989X12454577
9. Allgemeine Methoden Version 8.0. Köln: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen; 25 December 12 [accessed 2026 June 12]. Available from: https://www.iqwig.de/methoden/allgemeine-methoden_v8-0.pdf
10. John J, Koerber F, Schad M. Differential discounting in the economic evaluation of healthcare programs. Cost Eff Resour Alloc. 2019; 17:29. DOI:10.1186/s12962-019-0196-1
11. van Baal PHM, Feenstra TL, Hoogenveen RT, Ardine de Wit G, Brouwer WBF. Unrelated medical care in life years gained and the cost utility of primary prevention: in search of a 'perfect' cost–utility ratio. Health Econ. 2007;16(4): 421–433. DOI:10.1002/hec.1181
12. Cohen JT, Neumann PJ, Weinstein MC. Does Preventive Care Save Money? Health Economics and the Presidential Candidates. N Engl J Med. 2008;358(7):661–663. DOI:10.1056/NEJMp0708558
13. Corso PS, Hammitt JK, Graham JD, Dicker RC, Goldie SJ. Assessing Preferences for Prevention versus Treatment Using Willingness to Pay. Med Decis Making. 2002; 22(1):92-101. DOI:10.1177/027298902237713
14. Meertens RM, Van de Gaar VM, Spronken M, De Vries NK. Prevention praised, cure preferred: results of between-subjects experimental studies comparing (monetary) appreciation for preventive and curative interventions. BMC Med Inform Decis Mak. 2013;13(1):136. DOI:10.1186/1472-6947-13-136
15. Johri M, Norheim OF. Can Cost-Effectifness Analysis Integrate Concerns For Equity? Systematic Review. Int J Technol Assess Health Care. 2012;28(2):125-132. DOI:10.1017/S0266462312000050
16. Heintz E, Arnberg K, Levin LA, Liliemark J, Davidson T. The impact of health economic evaluations in Sweden. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundhwes. 2014;108(7):375–382. DOI:10.1016/j.zefq.2014.09.006

Korrespondenz: Prof. Dr. med., MPH Hans-Helmut König, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Deutschland, E-mail: h.koenig@uke.uni-hamburg.de

Zitierhinweis: König HH. Ökonomische Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i048-1.0

Copyright: © 2026 Hans-Helmut König
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/

Organisationale Gesundheitskompetenz

Orkan Okan[1]
Sophie Rauschmayr[2]
Cara Krudewig[1]

[1] Department of Health and Sport Sciences TUM Health Literacy Unit WHO Collaborating Centre for Health Literacy, Technical University of Munich, TUM School of Medicine and Health, Munich, Germany

[2] Technical University of Munich, TUM School of Medicine and Health, Munich, Germany

Abstract

Die organisationale Gesundheitskompetenz bezieht sich in erster Linie auf Einrichtungen und ist als Settingansatz zu verstehen. Er zielt darauf ab, Menschen im Setting in die Lage zu versetzen, Informationen und Dienstleistungen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und zu nutzen, um gesundheitsbezogene Entscheidungen für sich und andere zu treffen. Nach diesem Prinzip handelnde Einrichtungen werden als gesundheitskompetente Organisationen bezeichnet. Sie bieten nutzerzentrierte Maßnahmen und Informationen an und engagieren sich in der Stärkung der personalen Gesundheitskompetenz aller Personen im Setting. Konzeptionelle Bezüge liegen zur Organisationsentwicklung, zum Qualitäts- und Change-Management und der Patientenzentrierung vor. Die organisationale Gesundheitskompetenz hat sich zu einem umfassenden Ansatz entwickelt und schließt zahlreiche Zielgruppen ein. Zudem ist das Konzept auf weitere Einrichtungen und Settings übertragen worden, zu denen die Schule, die soziale Arbeit und die Gemeinde zählen.

Keywords: Gesundheitskompetenz, Organisationale Gesundheitskompetenz, Setting, Gesundheitsförderung, Determinanten von Gesundheit

Einleitung

Mit der organisationalen Gesundheitskompetenz wird das Rahmenmodell der Gesundheitskompetenz zu einem ganzheitlichen Ansatz erweitert und die personale Gesundheitskompetenz [1] (Gesundheitskompetenz / Health Literacy) des Individuums um eine Strukturebene ergänzt [2], [3]. Analog zur personalen Gesundheitskompetenz kann auch die organisationale Gesundheitskompetenz in der Gesundheitsförderung [4] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen) , Prävention und Krankheitsprävention [5] und Krankheitsversorgung umgesetzt werden und findet heute in vielen Einrichtungen Berücksichtigung [6].

Somit stellt die organisationale Gesundheitskompetenz einen Setting- und Lebensweltansatz [7] (Settingansatz/Lebensweltansatz) dar [8] und lässt sich auf Grund ihres Charakters, Einrichtungen hinsichtlich Gesundheitskompetenz weiterzuentwickeln, mit der gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung [9] (Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung), der Qualitätsentwicklung [10] (Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement) und der Betrieblichen Gesundheitsförderung [11] (Betriebliche Gesundheitsförderung) verknüpfen [12], [13]. Zudem kann die organisationale Gesundheitskompetenz als Strategie auch als Teil der Umsetzung der Handlungsebene „Gesundheitsdienste neu orientieren“ der Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation [14] betrachtet werden. Darüber hinaus ist die organisationale Gesundheitskompetenz ein Determinanten-basierter Ansatz [15] (Determinanten der Gesundheit) und somit Ausdruck der Verhältnisorientierung in der Gesundheitskompetenz.

Die Notwendigkeit, Strukturen und Rahmenbedingungen für die Gesundheitskompetenz von Menschen zu berücksichtigen, führt darauf zurück, dass Gesundheitskompetenz über das einzelne Individuum hinaus geht und durch eine Reihe sozialer Faktoren beeinflusst wird [16]. Soziale Ungleichheiten in der Gesundheit [17] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit) sowie prekäre soziale Lebenslagen [18] (Lebenslagen und Lebensphasen) als Risiken geringer Gesundheitskompetenz können als Katalysatoren für die Entwicklung des Konzepts betrachtet werden. Für die Umsetzung der organisationalen Gesundheitskompetenz spielt zudem die Professionelle Gesundheitskompetenz [19] von Fachkräften eine wichtige Rolle.

Gesundheitskompetenz ist relational: Verhaltens- und Verhältnisprävention

Die organisationale Gesundheitskompetenz entstand durch eine veränderte Sichtweise in der Gesundheitskompetenzforschung. Die Betrachtungsweise von Gesundheitskompetenz verschob sich von der Verhaltens- hin zur Verhältnisprävention. Während zunächst ausschließlich die personale Gesundheitskompetenz des Individuums im Mittelpunkt stand, wurden zu Beginn der 2000er Jahre immer häufiger Fragen zu den situativen Anforderungen im Rahmen der Versorgung und dem Einfluss der Determinanten von Gesundheit gestellt [20], [16], [21]. Fortan wurde Gesundheitskompetenz als kontextspezifisch definiert [16], [22].

Während die personale Gesundheitskompetenz eng am Verhalten des Individuums ausgerichtet ist, zielt die organisationale Gesundheitskompetenz in erster Linie auf die Verhältnisse, in denen die Menschen leben. [23], [24] Es geht folglich um das Zusammenspiel von individuellen Kompetenzen und Umweltanforderungen in Einrichtungen und sozialen Lebenswelten. Es ist der Ausgangspunkt für den Ansatz der relationalen Gesundheitskompetenz.

Über das relationale Modell der Gesundheitskompetenz nach Parker [23] und Parker und Ratzan [24] soll die Lücke zwischen der Kompetenz von Menschen und durch situative Anforderungen und Komplexitäten resultierende Zugangsbarrieren zu Informationen und Angeboten innerhalb von Gesundheitseinrichtungen überbrückt werden. Ob Menschen gesundheitskompetent handeln können, hängt vom Zusammenspiel zwischen Kompetenzen und äußeren Umweltbedingen ab, wie in der nachfolgenden Abbildung dargestellt.

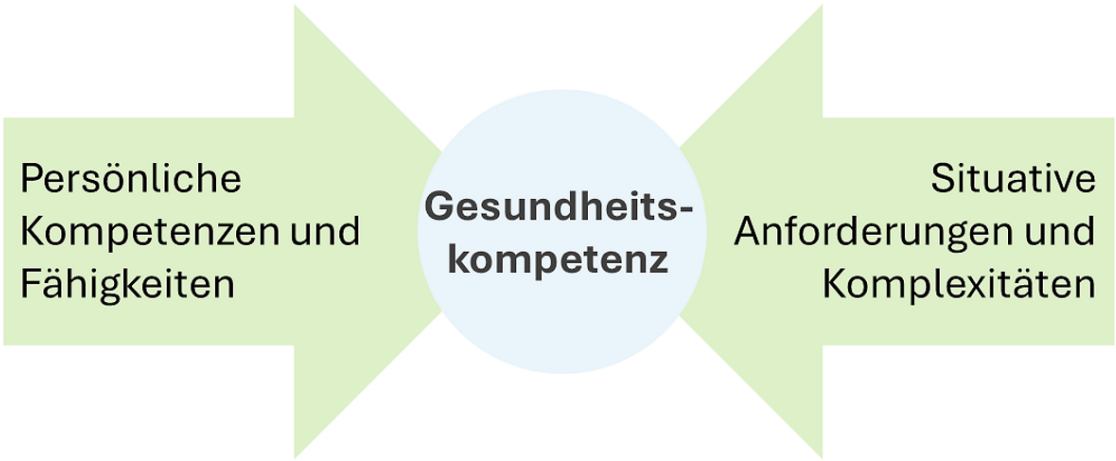


Abb. 1: Das relationale Modell der Gesundheitskompetenz nach Parker [23] und Parker und Ratzan [24] (Übersetzung durch [13])

Diese Denkweise trägt einerseits dazu bei, eine mögliche geringe Gesundheitskompetenz von Personen auszugleichen und andererseits gesundheitskompetentes Handeln, gesundheitsförderliche Einstellungen und Verhaltensweisen zu unterstützen [6]. Während die personale Gesundheitskompetenz auf die Handlungsebene zielt (Agency und Subjekt) [25], um durch den Umgang mit Gesundheitsinformationen die Entscheidungsfähigkeit zu verbessern und gesündere Verhaltensweisen zu erreichen (Verhaltensänderung bzw. Verhaltensprävention), zielt die organisationale Gesundheitskompetenz darauf ab, Strukturen und Umweltbedingungen des Settings (Structure und Objekt) für die systematische Stärkung der Gesundheitskompetenz zu optimieren und die Determinanten von Gesundheit im Sinne der Menschen zu verändern (Verhältnisprävention) (vgl. [26]).

Aus der Logik des relationalen Modells lassen sich zwei Interventionspfade ableiten: (1) Kompetenzen von Menschen fördern und (2) Anforderungen, Komplexitäten und Barrieren innerhalb von Einrichtungen reduzieren (siehe Abbildung 2).

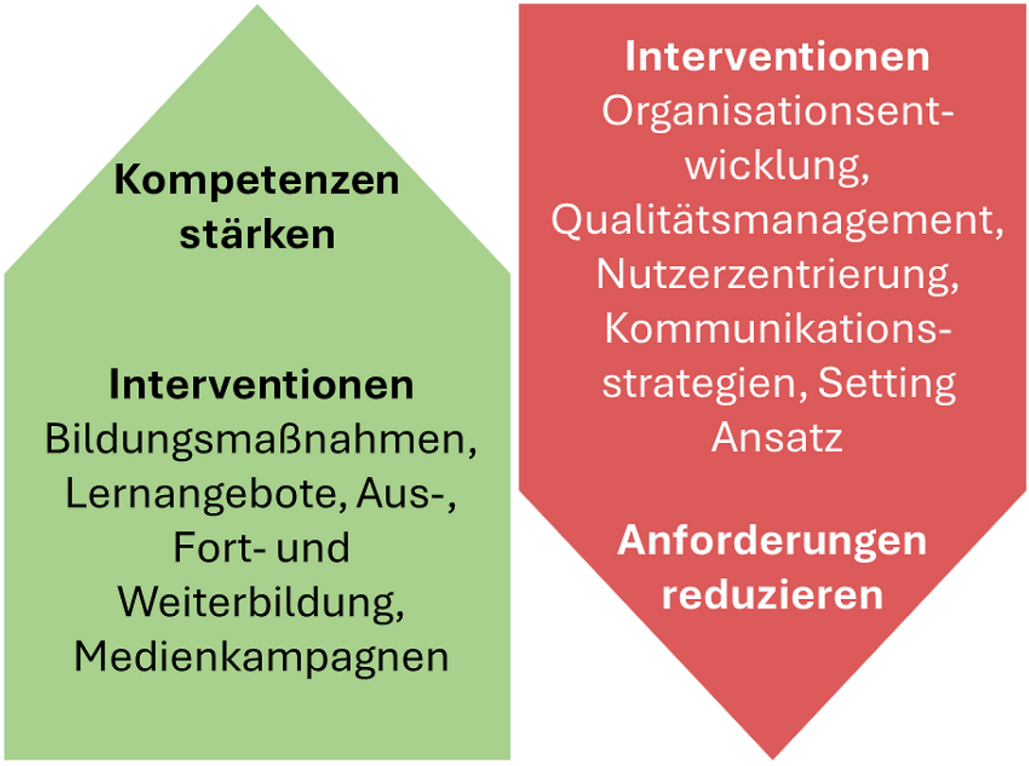


Abb. 2: Interventionspfade für Gesundheitskompetenz im relationalen Modell (eigene Darstellung)

Gesundheitskompetente Organisationen

Organisationen, die das Modell der relationalen Gesundheitskompetenz umsetzen, werden als „gesundheitskompetente Organisation“ beschrieben [2]. Das Konzept zielt darauf ab, Menschen in die Lage zu versetzen, Informationen und Dienstleistungen leichter zu finden, zu verstehen, zu bewerten und zu nutzen, um gesundheitsbezogene Entscheidungen für sich und andere zu treffen [13], [27]. Organisationale Gesundheitskompetenz hat folglich zum Ziel, die personale Gesundheitskompetenz zu stärken, gleichzeitig geringe personale Gesundheitskompetenz der Nutzenden zu kompensieren und bestmögliche Ergebnisse für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen im Setting zu erzielen [6].

Dies soll über Maßnahmen und Strategien der nutzerzentrierten Organisationsentwicklung erreicht werden und schließt die Professionelle Gesundheitskompetenz [19] der Fachkräfte ein. Daher liegt allen Ansätzen organisationaler Gesundheitskompetenz zudem das Prinzip der Responsivität zu Grunde, das sich im Wesentlichen darauf bezieht, dass in den Einrichtungen nutzerzentrierte Bedarfe (z. B. Einstellungen, Präferenzen, Gesundheitskompetenz-Niveaus) durch angepasste Kommunikation und Maßnahmen umgesetzt werden [28].

Vor dem Hintergrund der sehr weiten Verbreitung geringer Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung [29], die noch heute in vielen Ländern einschließlich Deutschland prävalent ist [27], hat die organisationale Gesundheitskompetenz ihren Ursprung in den USA. Durch die Umsetzung des Konzepts soll Patientinnen und Patienten unabhängig ihrer unterschiedlichen personalen Gesundheitskompetenz eine hochwertige Versorgung in Einrichtungen des Gesundheitswesens zuteilwerden. Durch diese Schwerpunktsetzung liegt zunächst eine natürliche Begrenzung des Konzepts auf Aspekten der Krankheitsversorgung, Rehabilitation, des Selbstmanagements und der Gesundheitsberatung [30] vor [20], [31], [16], [21].

In der Erweiterung des Konzepts in Österreich finden Prävention und Gesundheitsförderung neben der ursprünglichen Versorgungsperspektive eine gleichrangige Berücksichtigung. Dabei wird die Stärkung

der personalen Gesundheitskompetenz aller Stakeholder im Setting als Ziel des Ansatzes verankert [12].

Organisationale Gesundheitskompetenz ist jedoch nicht auf Einrichtungen des Gesundheitswesens beschränkt. Neben Krankenhäusern können auch Schulen, Gemeindeeinrichtungen, Präventionsketten oder eine gesamte Region gesundheitskompetent sein [6]. In ihrem Bericht „A prescription to end confusion“ aus dem Jahr 2004 spricht das Institute of Medicine (IOM) sogar von der gesundheitskompetenten Gesellschaft [16]. Daran anschließend hat das IOM im Jahr 2012 die erste konkrete Definition für organisationale Gesundheitskompetenz vorgestellt [2], welche in den folgenden Jahren weiterentwickelt und im Jahr 2020 neben der personalen Gesundheitskompetenz offiziell in die U.S. Gesundheitsziele Healthy People 2030 aufgenommen wurde.

In der neuen Definition wird organisationale Gesundheitskompetenz wie folgt beschrieben: „Organisationale Gesundheitskompetenz beschreibt das Maß, mit dem Organisationen es Menschen in gerechter Weise ermöglichen, Informationen und Angebote zur Gesundheit zu finden, verstehen und zu nutzen, um gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen und in ihrem Handeln für sich und andere anzuwenden.“ [32].

Die organisationale Gesundheitskompetenz hat mittlerweile auch in Deutschland Einzug erhalten, wie der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz [27] und das Positionspapier organisationale Gesundheitskompetenz des Deutschen Netzwerk Gesundheitskompetenz (DNGK) [33] zeigen.

Organisationale Gesundheitskompetenz in verschiedenen Settings

Heute gibt es zahlreiche Theorien, Modelle und Konzepte für die organisationale Gesundheitskompetenz [34], [35], [36], [37]. Konzeptionell und inhaltlich hat die organisationale Gesundheitskompetenz Schnittmengen und Bezugspunkte zu bereits existierenden Ansätzen wie der Organisationsentwicklung, dem Change-Management, der Patientenzentrierung, dem Shared Decision Making, der Responsivität in der Versorgung und allen voran dem Settingansatz [6]. Nachfolgend soll es um Modelle und Konzepte von organisationaler Gesundheitskompetenz in verschiedenen Settings gehen.

Gesundheitskompetente Versorgungseinrichtungen

Im ersten Modell der organisationalen Gesundheitskompetenz von Brach et al. [2] wurden zehn Merkmale einer gesundheitskompetenten Versorgungseinrichtung in den USA definiert. Dieses ursprüngliche Modell zielte in erster Linie auf Einrichtungen und Settings des Versorgungssystems (z. B. Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Arztpraxen). Basierend auf Vorarbeiten ab den frühen 2000er-Jahren und unter Hinzunahme von bereits bewährten Versorgungs- und Kommunikationskonzepten (z. B. patientenzentrierte Versorgung), bildeten die zehn Merkmale Strategien ab, mit deren Hilfe sich gesundheitliche Versorgungseinrichtungen zu gesundheitskompetenten Organisationen entwickeln können (siehe Tabelle 1).

Über die Umsetzung der Merkmale sollen Zugangsbarrieren zu Informationen und Angeboten der Einrichtung gesenkt und mit den Patientinnen und Patienten zielgruppenorientiert kommuniziert werden. Das Modell zielt neben den Patientinnen und Patienten daher auch auf Fachkompetenzen aller Stakeholder einer Einrichtung, die im Rahmen der Versorgung mit ihnen interagieren (z. B. Pflegende, Ärztinnen und Ärzte, Leitungspersonen).

Die gesundheitskompetente Organisation…	
1	… hat eine Führung, die Gesundheitskompetenz zum integralen Bestandteil ihrer Mission bzw. ihres Leitbilds, ihrer Strukturen und Prozesse macht.
2	… integriert Gesundheitskompetenz in die strategische Planung, in Evaluationsmaßnahmen, in Patientensicherheit und Qualitätsentwicklung.
3	… fördert die Gesundheitskompetenz ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und monitiert Verbesserungen.
4	… entwickelt, implementiert und evaluiert ihre Gesundheitsinformationsangebote unter Einbeziehung der Zielgruppen, für die diese Angebote gedacht sind.

5	… bietet, ohne zu stigmatisieren, eine Reihe von bedürfnisorientierten Methoden zur Förderung der Gesundheitskompetenz jener Bevölkerungsgruppen an, die die Leistungen der Einrichtung in Anspruch nehmen.
6	… setzt Strategien zur Förderung der Gesundheitskompetenz in interpersonellen Kommunikationssituationen ein und legt bei allen Kontakten Wert auf die Rückbestätigung des korrekten Verständnisses.
7	… ermöglicht einfachen Zugang zu Gesundheitsinformationen und Dienstleistungen und bietet Unterstützung für die Navigation durch die Organisation bzw. das System an.
8	… entwickelt und verwendet gedruckte, audiovisuelle und soziale Medien, deren Botschaften einfach zu verstehen und zu befolgen sind.
9	… fördert Gesundheitskompetenz auch in Hochrisiko-Situationen, einschließlich Naht- und Schnittstellen der Versorgung und der Vermittlung von Informationen über Medikamente.
10	… vermittelt klar, welche Leistungen durch Leistungskataloge von Versicherungen abgedeckt sind und für welche Leistungen selbst bezahlt werden muss.

Tab. 1: Zehn Merkmale einer gesundheitskompetenten Organisation [2]*, Übersetzung durch Christina Dietscher (Quelle:* [13]*)*

Ausgehend von dem Modell der gesundheitskompetenten Versorgungseinrichtung des IOM wurde in Österreich ab 2013 ein erweitertes Modell der organisationalen Gesundheitskompetenz entwickelt [12]. Das Wiener Konzept gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen (WKGKKO) geht deutlich über das ursprüngliche Konzept hinaus und bezieht sich in erster Linie auf den WHO-Settingansatz gesundheitsförderlicher Krankenhäuser und auf Prinzipien des Qualitätsmanagements [13]. Das Konzept wurde im Rahmen einer Pilotstudie und in Kooperation mit dem Netzwerk „Gesundheitsfördernder Krankenhäuser“ sowie mit Expertinnen und Experten der Qualitätsentwicklung in der Versorgung entwickelt [12].

Zusätzlich wurde eine Matrix mit vier relevanten Lebensbereichen (Domänen) bereitgestellt (siehe Tabelle 2). Die Standards des Modells wurden mit den Domänen verknüpft und definieren im Setting die konkreten Umsetzungsbereiche für die Gesundheitskompetenz [38]. Ein Selbstbewertungsinstrument für die organisationale Gesundheitskompetenz von Krankenhäusern (WKGKKO-I) wurde entwickelt und im Anschluss in Krankenhäusern in neun österreichischen Bundesländern eingesetzt, um erste Erkenntnisse für die Entwicklung gesundheitskompetenter Krankenhäuser zu gewinnen. Das resultierende Modell mit den acht Standards und den vier Domänen ist in Tabelle 2 dargestellt [39].

<table>
<tr><td>OGK Stakeholder
OGK Domänen</td><td>Patientinnen und Patienten</td><td>Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter</td><td>Bewohnerinnen in und Bewohner in der Region</td><td>Organisationsstrukturen und -prozesse</td></tr>
<tr><td>Domäne 1:
Zugang zur und Leben und Arbeiten in der Organisation</td><td colspan="3">Standard 4:
Ermöglichen einfache Navigation sowie Zugang zu Dokumenten, Materialien und Angeboten</td><td rowspan="4">Standard 1:
Implementieren von OGK-Best Practices in allen Strukturen und Prozessen der Organisation
Standard 2:
Partizipatives Entwickeln von Dokumenten, Materialien und Angeboten gemeinsam mit Stakeholdern</td></tr>
<tr><td>Domäne 2:
Diagnose, Behandlung und Pflege</td><td>Standard 5:
Anwenden von OGK-Best Practices in allen Formen der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten</td><td>Standard 3:
Befähigen und schulen der MitarbeiterInnen hinsichtlich persönlicher und organisationaler GK</td><td rowspan="3">Standard 8:
Beitragen zur persönlichen und organisationalen GK in der Region</td></tr>
<tr><td>Domäne 3:
Krankheitsmanagement und Prävention</td><td rowspan="2">Standard 6:
Fördern der persönlichen GK von Patientinnen und Patienten und Angehörigen über die Entlassung hinaus</td><td rowspan="2">Standard 7:
Fördern der persönlichen GK von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hinsichtlich arbeitsplatzbezogener Gesundheitsrisiken und persönlicher Lebensstile</td></tr>
<tr><td>Domäne 4:
Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebensstile</td></tr>
</table>

Tab. 2: Acht Standards des internationalen Selbstbewertungs-Instruments für Organisationale Gesundheitskompetenz im Krankenhaus (OHL-Hos) (Quelle: [6]*)*

Organisationale Gesundheitskompetenz in anderen Settings

Obwohl das Konzept der organisationalen Gesundheitskompetenz ursprünglich nur für Einrichtungen des Gesundheitssystems entwickelt wurde [2], existieren mittlerweile Rahmenmodelle, die auf Einrichtungen anderer Settings angewendet werden können, z. B. in Bildung und Erziehung, Sozialer Arbeit, am Arbeitsplatz und in Gemeinden [40], [41]; Okan et al. 2022, [6].

Von der WHO wird seit langem gefordert, Gesundheitskompetenz nachhaltig in Bildung, Schule und Unterricht zu integrieren [8], [42], [43]. In Deutschland liegen mehrere Initiativen vor, die eine Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Schule empfehlen [44], [45], [27]. Über solche Initiativen hinweg wird ein ganzheitlicher, settingbezogener Förderansatz für die Stärkung der Gesundheitskompetenz präferiert.

Im Projekt Gesundheitskompetente Organisation Schule (GeKoOrg-Schule) wurde von 2019 bis 2023 gemeinsam mit Stakeholdern aus Bildung, Gesundheit und Politik erstmalig ein Konzept für die organisationale Gesundheitskompetenz der Schule in Deutschland entwickelt [46], [47]. Das GeKoOrg-Schule-Modell umfasst acht Standards, über die Schulen die Bedarfe an und Potenziale für Gesundheitskompetenz selbst bestimmen können. Angelehnt an die Definition zur organisationalen Gesundheitskompetenz aus dem Healthy People 2030-Bericht [32], wird eine gesundheitskompetente Schule wie folgt definiert: „Eine gesundheitskompetente Schule gestaltet Prozesse, Strukturen und Rahmenbedingungen so, dass in ihrem Setting Gesundheitskompetenz entwickelt, eingeübt und gefördert werden kann, um alle Personen in der Schule für den Umgang mit Gesundheitsinformationen zu befähigen und gesundheitskompetentes Handeln zu stärken.“ [26].

Innerhalb des Projekts sind außerdem ein Leitfaden [48], eine Material- und Methodenbox (Kirchhoff, Krudewig & Okan 2022b) und vier Selbstbewertungsinstrumente (Kirchhoff, Krudewig & Okan 2022a, 2022b, [48] entstanden. Von Dezember 2022 bis Juli 2023 wurde zudem erstmalig die organisationale Gesundheitskompetenz von Schulen in Deutschland gemessen. Derzeit wird das Konzept für das Setting der Kindertageseinrichtungen in der Gesundheitsregion^{plus} Landkreis Neu-Ulm adaptiert.

In Österreich wurde ein Leitfaden für eine gesundheitskompetente Schule entwickelt, der auch bei der Entwicklung des GeKoOrg-Schule Projekts herangezogen wurde [49]. Auch in Australien wurden Schulen bezüglich ihrer Organisationsentwicklung mit dem Fokus auf Gesundheitskompetenz beforscht [50].

Fazit

Organisationale Gesundheitskompetenz stellt einen noch relativ neuen Teilbereich der Gesundheitskompetenzforschung dar. Das relationale Modell der Gesundheitskompetenz ist ein wichtiger Ausgangspunkt für die organisationale Gesundheitskompetenz. Daher muss die organisationale Gesundheitskompetenz als verhältnisorientierter Strukturansatz verstanden und ebenso in der Praxis umgesetzt werden. Einrichtungen, die das Prinzip der organisationalen Gesundheitskompetenz in ihrem Setting anwenden, werden als gesundheitskompetente Organisationen beschrieben. Die hier abgebildeten Modelle organisationaler Gesundheitskompetenz stellen die bislang meistverwendeten Konzepte dar. Varianten dieser Modelle und Adaptierungen an weitere Settings und spezifische Gesundheitseinrichtungen liegen jetzt schon vor, sowohl in Deutschland als auch international. Das Konzept befindet sich weiterhin in der Genese und wird ständig weiterentwickelt, so dass in den kommenden Jahren neue Modelle entstehen werden.

Weiterführende Quellen:

- Bremer D, Klockmann I, Jaß L, Härter M, von dem Knesebeck O, Lüdecke D. Which criteria characterize a health literate health care organization? A scoping review on organizational health literacy. BMC Health Serv Res. 2021 Jul 6;21(1):664. DOI:10.1186/s12913-021-06604-z
- Farmanova E, Bonneville L, Bouchard L. Organizational health literacy: Review of theories, frameworks, guides, and implementation issues. Inquiry. 2018 Jan;55:46958018757848. DOI:10.1177/0046958018757848

Literatur:

- Kirchhoff S, Krudewig C, Okan O. Organizational Health Literacy of schools: short form (OHLS-Q-SF). 2022.
- Kirchhoff S, Krudewig C, Okan O. Unterrichtsmaterialien und Schulprogramme zur Stärkung der Gesundheitskompetenz. Materialsammlung für Schulen. Technische Universität München; 2022.
- Okan O, Kirchhoff S, Krudewig C. Gesundheitskompetente Schule: Leitfaden für Schulen. Technische Universität München; 2022.
- Okan O, Kirchhoff S, Krudewig C. Organizational health literacy of schools (OHLS-Q). Technical University of Munich; 2022.

References

1. 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
2. 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. Institute of Medicine, editor. Washington, D.C; 2012.
3. Brach C, Harris LM. Healthy people 2030 health literacy definition tells organizations: Make information and services easy to find, understand, and use. J Gen Intern Med. 2021 Apr;36(4):1084–5. DOI:10.1007/s11606-020-06384-y
4. 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
5. 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
6. Pelikan JM, Dietscher C, Straßmayr C. Organisationale Gesundheitskompetenz: Überblick. In: Rathmann K, Dadaczynski K, Okan O, Messer M, editors. Gesundheitskompetenz. Berlin, Heidelberg: Springer; 2023. p. 1–17.
7. 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
8. World Health Organization (WHO). Health Literacy. The solid facts. Geneva World Health Organization, Regional Office for Europe. Geneva: WHO Regional Office for Europe; 2013.
9. Lobnig H, Dietscher C, Metzler B, Pelikan JM. Organisationsentwicklung als Methode 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-i083-3.0
10. 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
11. Hartung S, Faller G. Betriebliche 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-i042-3.0
12. Pelikan JM, Dietscher C. Gesundheitskompetenz im System der Krankenversorgung. J Gesundheitsf. 2014;(2):28–33.
13. Pelikan JM, Dietscher C. Warum sollten und wie können Krankenhäuser ihre organisationale Gesundheitskompetenz verbessern? Bundesgesundheitsblatt. 2015 Sep;58(9):989–95. DOI:10.1007/s00103-015-2206-6
14. World Health Organization (WHO). Ottawa Charter for health promotion. Geneva; 1986.
15. 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
16. Institute of Medicine, editor. Health Literacy: a prescription to end confusion. Washington, D. C.: National Academies Press; 2004.

17. 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
18. 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
19. Messer M. Professionelle Gesundheitskompetenz. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i162-1.0
20. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. J Gen Intern Med. 2006 Aug;21(8):878–83. DOI:10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x
21. Rudd RE, Anderson JE. The Health Literacy environment of hospitals and health centers. National Center for the Study of Adult Learning and Literacy (NCSALL), editor. Boston, MA, USA; 2006 [accessed 2024 Jan 27]. Available from: https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED508596.pdf
22. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008 Dec;67(12):2072–8. DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050
23. Parker RM. Measuring of Health Literacy. Workshop summary: What? So what? Now what. In: Hernandez LM, editor. Measures of Health Literacy. Workshop Summary. Washington: National Academies Press; 2009. p. 91–8.
24. Parker R, Ratzan SC. Health literacy: a second decade of distinction for Americans. J Health Commun. 2010;15 Suppl 2:20–33. DOI:10.1080/10810730.2010.501094
25. Abel T, Sommerhalder K. Gesundheitskompetenz / Health Literacy: Das Konzept und seine Operationalisierung. Bundesgesundheitsblatt. 2015 Sep;58(9):923–9. DOI:10.1007/s00103-015-2198-2
26. Kirchhoff S, Okan O. Gesundheitskompetente Schule: Konzeptentwicklung für organisationale Gesundheitskompetenz in der Schule. Bundesgesundheitsblatt. 2022 Jul;65(7–8):795–802. DOI:10.1007/s00103-022-03546-7
27. Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik K, editors. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: Kompart; 2018.
28. Trezona A, Dodson S, Osborne RH. Development of the organisational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social services professionals. BMC Health Serv Res. 2017 Aug 1;17(1):513–24. DOI:10.1186/s12913-017-2465-z
29. Rudd RE. Health literacy skills of U.S. adults. Am J Health Behav. 2007 Sep;31 Suppl 1:8–18. DOI:10.5555/ajhb.2007.31.supp.S8
30. 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
31. DeWalt DA, Callahan LF, Hawk VH, Broucksou KA, Hink A, Brach C, Rudd RE. AHRQ Health Literacy universal precautions toolkit. Agency for Healthcare Research and Quality, editor. Rockville, MD, USA: AHRQ; 2010 [accessed 2024 Jan 27]. Available from: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/healthliteracytoolkit.pdf
32. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy people 2030 Health Literacy definitions. Washington, D. C.; 2020 [accessed 2024 Jan 27]. Available from: https://health.gov/healthypeople/priority-areas/health-literacy-healthy-people-2030
33. Schaefer C, Bitzer EM, Dierks KML. Mehr Organisationale Gesundheitskompetenz in die Gesundheitsversorgung bringen. Ein Positionspapier des DNGK. Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz, editor. Köln; 2019 [accessed 2024 Jan 27]. Available from: https://dngk.de/wp-content/uploads/2022/01/dngk-pos-pap-ogk-2019-11-16.pdf
34. Bremer D, Klockmann I, Jaß L, Härter M, von dem Knesebeck O, Lüdecke D. Which criteria characterize a health literate health care organization? A scoping review on organizational health literacy. BMC Health Serv Res. 2021 Jul 6;21(1):664. DOI:10.1186/s12913-021-06604-z
35. Farmanova E, Bonneville L, Bouchard L. Organizational health literacy: Review of theories, frameworks, guides, and implementation issues. Inquiry. 2018 Jan;55:46958018757848. DOI:10.1177/0046958018757848

36. Meggetto E, Ward B, Isaccs A. What's in a name? An overview of organisational health literacy terminology. Aust Health Rev. 2018;42(1):21–30. DOI:10.1071/ah17077
37. Palumbo R. Designing health-literate health care organization: A literature review. Health Serv Manage Res. 2016 Aug;29(3):79–87. DOI:10.1177/0951484816639741
38. Dietscher C, Lorenc J, Pelikan JM. Toolbox 2015 zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen. Wien: Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH; 2015 [accessed 2024 Jan 27]. Available from: https://oepgk.at/wp-content/uploads/2018/10/002-toolbox_hlo.pdf
39. Working Group HPH. International Self-Assessment Tool Organizational Health Literacy (Responsiveness) for Hospitals − SAT-OHL-Hos-v1.3-EN − international, update July 2023. WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Healthcare, editor. Wien; 2019 [accessed 2024 Jan 27]. Available from: https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/2023-07/SAT-OHL-Hos-v1.3-EN-international_update 20230717.pdf
40. Bundesweites Netzwerk Offene Jugendarbeit (bOJA), Bundesnetzwerk Österreichische Jugendinfos (BÖJI), editors. Leitfaden Jugendarbeit Gesundheitskompetenz. Die gesundheitskompetente Offene Jugendarbeit. Wien; 2016.
41. Malli G, Saurugg R. Gemeinden für Gesundheitskompetenz! Ein Leitfaden zur Umsetzung und Selbstbewertung organisationaler Gesundheitskompetenz in der Gemeinde. Styria vitalis und Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, editor. 2021 [accessed 2024 Jan 27]. Available from: https://styriavitalis.at/wp-content/uploads/2021/06/2018leitfadengemeindegesundheitskompetenz.pdf
42. World Health Organization (WHO). Policy brief 19: investing in Health Literacy. What do we know about the co-benefits to the education sector of actions targeted at children and young people? Prepared by McDaid, D. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies; 2016.
43. World Health Organization (WHO). Health Literacy in the context of health, well-being and learning outcomes – the case of children and adolescents in schools: concept paper. Prepared by O. Okan, L. Paakkari, J, Aagaard-Hansen, M. Weber & V. Barnekow. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021.
44. Bundesärztekammer. Beschlüsse zu TOP III: Gesundheitsbildung: Vom Wissen zum Handeln. Bildungsziel Gesundheitskompetenz – Strategie und Gesamtkonzept für gesundheitskompetente Schulen entwickeln und umsetzen. 127. Ärztetag in Essen; 2023. [accessed 2024 Jan 27]. Available from: https://127daet.baek.de/Applications
45. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Allianz für Gesundheitskompetenz. Gemeinsame Erklärung. Berlin; 2017. [accessed 2024 Jan 27]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/Erklaerungen/Allianz_fuer_Gesundheitskompetenz_Abschlusserklaerung.pdf
46. Kirchhoff S, Okan O. Organisationale Gesundheitskompetenz an Schulen. Impu!se. 2021;4/113:10–1.
47. Kirchhoff S, Okan O. Das Projekt GeKoOrg-Schule: Organisationale Gesundheitskompetenz in der Schule. In: Rathmann K, Dadaczynski K, Okan O, Messer M, editors. Gesundheitskompetenz. Berlin, Heidelberg: Springer; 2023. p. 1–12.
48. Okan O, Kirchhof S. Fragebogen Organisationale Gesundheitskompetenz der Schule. GeKoOrg-Schule. Technische Universität München; 2022.
49. Malli G, Zelinka-Roitner I. Schulen für Gesundheitskompetenz! Wissen, Fragen, Verstehen, Anwenden: Ein Leitfaden, um Gesunde Entscheidungen in der Lebenswelt Schule zu erleichtern. Wien; 2020.
50. Elmer S, Nash R, Kemp N, Coleman C, Wyss M, Roach J. HealthLit4Kids: Supporting schools to be health literacy responsive organisations. Health Promot J Austr. 2021 Feb;32 Suppl 1(S1):17–28. DOI:10.1002/hpja.412

Korrespondenz: Prof. Dr. phil. Orkan Okan, Technical University of Munich, TUM School of Medicine and Health, Department of Health and Sport Sciences TUM Health Literacy Unit WHO Collaborating Centre for Health Literacy Munich, Deutschland, E-mail: orkan.okan@tum.de

Zitierhinweis: Okan O, Rauschmayr S, Krudewig C. Organisationale Gesundheitskompetenz. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i163-1.0

Copyright: © 2026 Orkan Okan 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/

Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung

Hubert Lobnig[1]
Birgit Metzler[2]
Christina Dietscher[3]
Jürgen M. Pelikan †[4]

[1] Lemon Consulting; Bertha von Suttner Privatuniversität, St. Pölten, Wien, Österreich

[2] Kompetenzzentrum Gesundheitsförderung und Gesundheitssystem, Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Österreich

[3] Sektion VI – Humanmedizinrecht und Gesundheitstelematik, Leiterin, Abteilung A/1 – Nicht übertragbare Erkrankungen, psychische Gesundheit und Altersmedizin, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien, Österreich

[4] PhD Director WHO-CC Health Promotion in Hospitals and Health Care Gesundheit Österreich GmbH, Professor em. (University of Vienna), Wien, Österreich

Abstract

Methoden der gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung zielen darauf ab, Gesundheit als Kriterium in Entscheidungen und Prozessen von Organisationen zu verankern. Durch einen geplanten und methodisch kontrollierten Wandel sollen Strukturen und Kultur sowie das Kommunikations- und Kooperationsverhalten in Richtung gesundheitsfördernder Ziele verändert werden. Dies umfasst beispielsweise die Humanisierung von Arbeitsbedingungen, die Steigerung von Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden der Arbeitenden, die Verbesserung gesundheitsrelevanter Auswirkungen auf Kundinnen und Kunden bzw. Klientinnen und Klienten sowie die Optimierung des gesundheitlichen Impacts der Organisation (z. B. durch Verringerung des ökologischen Fußabdrucks). Interventionen berücksichtigen dabei Prinzipien wie die Orientierung an einem somato-psycho-sozialen Gesundheitsverständnis, Partizipation, Empowerment, Chancengerechtigkeit sowie soziale, wirtschaftliche und ökologische Nachhaltigkeit.

Keywords: Organisationsentwicklung, Gesundheitsförderung, Setting, Change- Management

Einleitung

Das Konzept der Gesundheitsförderung ist auf die Gestaltung der gesellschaftlichen Voraussetzungen bzw. Determinanten der Gesundheit [1] ausgerichtet. Sie werden in hohem Maß durch Organisationen bestimmt, die das Leben in der heutigen Zeit so stark prägen, dass in der Soziologie eine „Gesellschaft von Organisationen“ (vgl. [2]) für die Moderne diagnostiziert wurde.

Vom Kindergarten bis zum Pflegeheim beeinflussen Organisationen unsere Denk- und Verhaltensmuster und bestimmen die Zugänglichkeit und Qualität der zur Verfügung stehenden natürlichen, technischen und sozialen Ressourcen. Sie sind daher entscheidend dafür, was an Innovation und gesellschaftlichem Fortschritt realisiert werden kann. Die Entscheidungen, die die Gestaltung der menschlichen Lebensverhältnisse – ob beabsichtigt oder unbeabsichtigt – beeinflussen, sind dabei selbst in komplexe Organisationsstrukturen und -prozesse eingebettet.

Wesentliche Bedingungen für die Gesundheit und das Wohlergehen der Bevölkerung sind daher ohne Verständnis und Kenntnisse der Entwicklungsdynamik unterschiedlicher Typen von Organisationen und deren Verhältnis zu ihren Umwelten nur schwer zu verstehen und zu verbessern. Dies macht gezielte Interventionen in Organisationen bzw. organisierte Entscheidungsprozesse (z. B. im Rahmen von Netzwerken) zu einer wichtigen Strategie der Gesundheitsförderung.

Da es aber (noch) kaum spezialisierte Organisationen für Gesundheitsförderung gibt und so gut wie alle Organisationen und Sektoren in der einen oder anderen Weise auch Einfluss auf Gesundheitsdeterminanten haben, kann Gesundheitsförderung nur begrenzt an bestimmte Organisationen delegiert werden. Sie ist vielmehr für alle etablierten Organisationen und organisierten Entscheidungsprozesse relevant [3] (Gesundheit in allen Politikfeldern/Health in All Policies (HiAP)).

Dabei steht Gesundheitsförderung vor der Herausforderung, Gesundheit als Ziel und Kriterium in die Entscheidungen, Programme und Prozesse unterschiedlicher Arten von Organisationen mit sehr verschiedenen Zwecken einzubringen und dort zu verankern.

Organisationsentwicklung im Settingansatz

Bereits in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO (1986) ist dieser Zugang zur Entwicklung von Gesundheitsförderung mit der Einführung des Settingansatzes (Settingansatz/Lebensweltansatz) angelegt. Im Health Promotion Glossary der WHO (1998) wird dann Organisationsentwicklung als zentrale Methode der Setting-Entwicklung dargestellt. Denn: Einem Setting ist üblicherweise eine Organisation zugeordnet, die Gestaltungsmacht (Agency) in Bezug auf das Setting und die Handlungsfähigkeit als Akteurin auch gegenüber der Umwelt des Settings besitzt. Da Gesundheitsförderung als Kommunikationsstrategie verstanden werden muss, ist das Setting selbst für die Gesundheitsförderung nur über die dem Setting zugeordnete Organisation und deren Mitglieder adressierbar. Daher ist die gesundheitsfördernde Entwicklung von Settings im Kern immer auch Organisationsentwicklung.

Was aber kann im Detail darunter verstanden werden? Organisationsentwicklung bedeutet den geplanten und methodisch kontrollierten Wandel von Organisationen wie Betrieben und Unternehmen, Schulen, Krankenhäusern, Universitäten, Gefängnissen, Ämtern und Verwaltungen. Daher ist Organisationsentwicklung auch auf eine gesamte Gemeinde, Stadt oder Region als geografische Verwaltungseinheit anwendbar. Durch Organisationsentwicklung sollen in einem umfassenden und längerfristigen Prozess die Strukturen und die Kultur einer Organisation sowie das Kommunikations- und Kooperationsverhalten ihrer Mitglieder nach innen und nach außen untersucht und verändert werden. Ziel einer Organisationsentwicklung ist es, in Zusammenarbeit mit den Mitgliedern einer Organisation die Arbeits- und Produktionsbedingungen dieser Organisation humaner zu gestalten sowie deren Flexibilität und Leistungsfähigkeit in einer dynamischen Umwelt zu steigern. Dabei bedeutet die Steigerung der Leistungsfähigkeit nicht nur eine Steigerung der Produktivität, sondern auch des organisationalen Lernens, der Problemlösungsfähigkeit und damit der Überlebensfähigkeit der Organisation. Organisationsentwicklung orientiert sich nicht nur an betriebswirtschaftlichen, sondern besonders auch an sozialwissenschaftlichen Grundlagen.

Von den unterschiedlichen Ansätzen der Veränderung von Organisationen (z. B. Change Management, Business Reengineering, Lernende Organisation, Intelligente Organisation, Smarte Organisation) eignet sich die Organisationsentwicklung mit ihrem in Theorie, Methodik und Praxis angesammelten Wissen um die Bedingungen, Möglichkeiten und Schwierigkeiten der gezielten Veränderung von Organisationen besonders gut für die Implementierung von Gesundheitsförderung im Settingansatz. Zudem basiert Organisationsentwicklung im Gegensatz zum Change- bzw. Veränderungsmanagement auf einem Entwicklungskonzept, das die beteiligten und betroffenen Menschen und deren Wohlergehen mitberücksichtigt und versucht, diese zu motivierten Eigentümern eines nachhaltigen Entwicklungsprozesses zu machen. Dieses Konzept entspricht daher auch den Prinzipien der Partizipation [6] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger), des Empowerments [7] (Empowerment/Befähigung) sowie der Gleichheit und Nachhaltigkeit von Gesundheitsförderung [8] (Nachhaltige Gesundheitsförderung) und ist auch an deren umfassendem Gesundheitsbegriff anschlussfähig. Organisationsentwicklung sollte innerhalb von speziellen Einrichtungen und Organisationen der Gesundheitsförderung auch mit dem Ziel angewendet werden, deren Effektivität, Effizienz und interne Gesundheitsförderlichkeit zu erhöhen. Ein Helfersyndrom ist auch bei Gesundheitsförderern ein Risiko und für diese und der Sache nicht zuträglich.

Grundansatz und Geschichte der Organisationsentwicklung

Organisationsentwicklung als wissenschaftliches Fach und als Praxisfeld widmet sich allen Formen des organisationalen Wandels. Dabei werden zum einen Ergebnisse organisationaler Veränderungsprozesse (z. B. die Verbesserung der Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Qualitätsverbesserung von Dienstleistungen oder die Veränderung von Strukturen und Rollen) fokussiert. Zum anderen wird auch die Gestaltung der Veränderungsprozesse selbst in den Blick genommen – also die Arbeitsform, wie etwa Projektarbeit (vgl. [9], [10]); Workshops (vgl. [11]), Großgruppenmethoden (vgl. [12]) oder digitalisierte und asynchrone Formen der Veränderungsarbeit wie remote und hybride Meetings, Chat-Foren, Diskussionsplattformen, digitale Whiteboards etc. [13], [14]. Interventionen in der Organisationsentwicklung finden auf der Ebene der Organisation, der Gruppe, der Person und organisationsübergreifender Systeme statt [15].

Die Ursprünge der Organisationsentwicklung reichen in die 1940er Jahre der USA zurück. Als Reaktion auf einseitig rationalistische Ansätze wurde eine stärker partizipative Methode der Organisationsgestaltung entwickelt. Ausgangspunkt war die These, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen wirtschaftlichem Erfolg und humanen Arbeitsbedingungen gibt, insbesondere dann, wenn die in der Organisation Tätigen an deren Entwicklung beteiligt werden. Eine stärkere Berücksichtigung der „Human Relations“ führt demnach auch zu einer Erhöhung der Leistungsfähigkeit von Organisationen.

Die Integration von Prozessen partizipativer Organisationsgestaltung und der Ergebnisorientierung im Sinne der organisationalen Zielerreichung macht diesen Ansatz für Organisationen auch heute noch höchst attraktiv. Organisationsentwicklung orientiert sich dabei neben betriebswirtschaftlichen auch an sozialwissenschaftlichen Grundlagen.

In den letzten Jahren erleben wir immer schnellere und tiefgreifendere Wandlungsprozesse und eine steigende Komplexität in der Welt der Organisationen. Dabei treten – nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund des zunehmenden Wettbewerbs um die Ressource Arbeitskraft – neben klassischen Aspekten der Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterorientierung zunehmend auch Fragen der ethischen Orientierung und der Werthaltung von Organisationen in den Vordergrund.

Angesichts des permanenten sozialen Wandels ist die Veränderungsfähigkeit zu einer zentralen Kompetenz von Organisationen geworden. Während früher Veränderungsnotwendigkeiten mit reaktiven Anpassungsprojekten beantwortet wurden, geht es heute mehr darum, Fähigkeiten zu vorausschauendem Wandel und zu erhöhter Agilität auf der Ebene der Strategiearbeit, des Organisationsdesigns, der Führung, der Arbeitsprozesse und der Kooperationskultur zu verankern [16], [17].

Organisationsentwicklung im Setting

Bereits in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO [4] ist mit der Einführung des Settingansatzes [5] (Settingansatz/Lebensweltansatz) Organisationsentwicklung als Methode angelegt. Im Health Promotion Glossary der WHO [18] wird Organisationsentwicklung als eine wesentliche Methode der Setting-Entwicklung dargestellt. Denn: Um ein Setting bzw. eine Lebenswelt gesundheitsfördernd zu verändern, braucht es Akteurinnen und Akteure mit Gestaltungsmacht und Handlungsfähigkeit. Sie müssen Ideen und Ziele entwickeln können, die an organisationale, regionale und lebensweltlich-kulturelle Voraussetzungen anschließen, und entsprechende Maßnahmen koordiniert in den jeweiligen Kontexten umsetzen. Daher ist die gesundheitsfördernde Entwicklung von Settings im Kern immer auch Organisationsentwicklung.

Im Detail bedeutet dies den geplanten und methodisch kontrollierten Wandel von Organisationen wie Unternehmen, Schulen, Krankenhäusern, Universitäten, sozialen Diensten, Gefängnissen oder von organisierten Verwaltungseinheiten wie Gemeinden, Städten oder Regionen, in Richtung gesundheitsfördernder Ziele. Untersucht und adressiert werden die Strukturen und die Kultur einer Organisation sowie das Kommunikations- und Kooperationsverhalten ihrer Mitglieder nach innen und nach außen. In einem partizipativen Prozess sollen diese Aspekte nach Möglichkeit so verändert werden, dass die gesundheitlichen Auswirkungen auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Kundinnen und Kunden und Umwelt verbessert sowie die Flexibilität und Leistungsfähigkeit der Organisation und damit ihre Überlebens- und Entfaltungsfähigkeit gesteigert werden.

Die Organisationsentwicklung ist mit ihrem in Theorie, Methodik und Praxis angesammelten Wissen über die Bedingungen, Möglichkeiten und Schwierigkeiten der gezielten Veränderung von Organisationen besonders kompatibel mit den Werten und Konzepten der Gesundheitsförderung im Settingansatz. Dazu gehören insbesondere die Partizipation [6] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger), Empowerment [7] (Empowerment/Befähigung), Chancengerechtigkeit [19] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit) und Nachhaltigkeit [8] (Nachhaltige Gesundheitsförderung).

Zudem ist sie auch an deren umfassenden Gesundheitsbegriff [20] (Gesundheit) anschlussfähig, denn sie basiert auf einem Veränderungsverständnis, das die betroffenen Menschen und deren Wohlergehen mitberücksichtigt und versucht, sie zu motivierten Beteiligten eines nachhaltigen Entwicklungsprozesses zu machen. Dabei ist ein wesentlicher Faktor, dass die Ziele des Settings bzw. der Organisation (z. B. Effizienz) mit den Zielen der Gesundheitsförderung verbunden werden (Co-Benefits-Ansatz, vgl. [21]).

Organisationsentwicklung adressiert dabei Funktionsweisen und Entscheidungsprozesse von

Organisationen und kann so die Verankerung gesundheitsförderlicher Ressourcen, Strukturen und Interaktionen unterstützen. Sie stellt erprobte und praxistaugliche Ansätze zur Diagnose von gesundheitsrelevanten Veränderungsbedarfen und -möglichkeiten bereit und bietet Instrumente zur Umsetzung von Veränderungsvorhaben. Dies erweitert das klassische Interventionsrepertoire der Gesundheitsförderung der personenbezogenen Wissensvermittlung und Beratung, von Informationskampagnen, dem Policy-Making und dem Gesundheitsmanagement, um partizipative Innovationsinstrumente (vgl. auch [22]).

Grundannahmen und Erfolgsprinzipien für Organisationsentwicklung

Folgende Annahmen und Prinzipien sind leitend für gelingende Organisationsentwicklung und treffen auch auf Gesundheitsförderung zu:

- Veränderungsprozesse gelingen in Organisationen dann, wenn sie an den bestehenden Bedingungen ansetzen: den Ideen und Zielsetzungen der Organisation, den Kompetenzen und vorhandenen Ressourcen sowie der bestehenden Organisationskultur.
- Organisationsentwicklung bedeutet nicht die Implementierung fertiger Organisationskonzepte, sondern die kollaborative Erarbeitung von Organisationslösungen sowie die gemeinsame Arbeit an deren Implementierung. Daher braucht es die Einbindung von Entscheidungsträgerinnen und -trägern, die Nutzung aller Fachressourcen und die breite Partizipation von Betroffenen und in vielen Bereichen auch von Nutzerinnen und Nutzern sowie die Hilfe von externen oder internen Veränderungsexpertinnen und -experten.
- Organisationsentwicklung braucht ein balanciertes Verständnis von Veränderung. Dabei ist es wichtig, Veränderung und Bewahren kombiniert zu denken. Eine Organisation und die Menschen in ihr können sich nur dann auf Veränderungen einlassen, wenn sie sich gleichzeitig auf Kontinuitäten wie Stärken, Sicherheit gebende Planungen oder kollegiale Arbeitsbeziehungen stützen können. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass sich Veränderungen innerhalb der Organisation immer auch auf die Beziehungen zu ihrer Umwelt auswirken: auf Kundinnen und Kunden, Stakeholderinnen und Stakeholder, aber auch die Mitglieder der Organisation selbst, die ja immer nur zu einem Teil ihrer gesamten Person einer Organisation angehören.
- In der Praxis ist zu beobachten, dass die Nutzung digitaler Medien in der Kommunikation und in der Prozessgestaltung von Organisationsentwicklungsprozessen zunehmend Einzug nimmt. Neben der angepassten Vorgangsweise in der Kommunikation (remote oder hybride Meetings) geht es dabei auch um die Nutzung Kollaborationstools wie digitaler Whiteboards oder digitaler Seminarräume [14], [13].

Die verschiedenen möglichen Modi der Organisationsentwicklung haben unterschiedliche Voraussetzungen und sind unterschiedlich an Gesundheitsförderung anschlussfähig. Kerber und Buono [23] unterscheiden drei Vorgangsweisen:

Direktiver Wandel kann dafür sorgen, dass ein Vorhaben rasch in die Umsetzung kommt. Dafür ist jedoch eine hohe Akzeptanz der Führung ebenso erforderlich wie eine Stimmigkeit zwischen der Kommunikation und dem eigenen Handeln der Führungspersonen.

Projektbasierte Vorgangsweisen mit partizipativen Strukturen und der Verbindung von hierarchischen Rollen und funktionsübergreifenden Teams haben den Vorteil, dass das Engagement gezielt verbreitert wird und Expertise vielschichtig berücksichtigt werden kann. Gleichzeitig brauchen projektbasierte Ansätze aber auch Zeit für Reflexion und Verhandlung zwischen Entscheidungsrollen und Expertinnen und Experten den Projekten und dürfen diese nicht dem Umsetzungsdruck opfern.

Iterative Vorgangsweisen ermöglichen die Erarbeitung von Lösungen mit hoher Akzeptanz, erfordern aber auch ein hohes Engagement der Akteurinnen und Akteure in Arbeits- und Projektgruppen. Die Voraussetzung für den Erfolg ist, dass die Beteiligten sich mit der Organisation und dem Anliegen identifizieren, Verantwortung übernehmen und sich mit Freude und Kompetenz in selbstgesteuerten Arbeitsformen bewegen.

Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung

Um gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung im Setting-Ansatz erfolgreich umzusetzen, braucht es Kompetenzen für die Gestaltung, Steuerung, Moderation und Beobachtung von Veränderungsprozessen auf struktureller, gruppen- und personenbezogener Ebene. Die nachhaltige

Wirkung der Interventionen hängt dabei von der Qualität der Prozessgestaltung ab: “(…) The quality of the process undertaken is critical to success, including simple, clearly defined and agreed goals, elasticity of the initiative for the organization, sufficient external environmental pressure such as market or political forces, and the existence of internal proponents for the change.” ([21], S. 239).

Als besonders erfolgreich haben sich Projekte herausgestellt, die gesundheitsfördernde Zielsetzungen mit den originären Zielsetzungen der jeweiligen Organisation verknüpfen (Co-Benefits-Ansatz). So erweisen sich z. B. Projekte zur Betrieblichen Gesundheitsförderung [24] (Betriebliche Gesundheitsförderung) dann als erfolgreich, wenn damit auch ökonomische Vorteile (Produktivitätssteigerung, größere Innovationsbereitschaft, weniger Krankenstände etc.) erzielt werden können (vgl. [25], [26]).

Nicht zuletzt braucht erfolgreiche Organisationsentwicklung Führungskräfte, Fach-Leads, Projektleiterinnen und -leiter, Moderatorinnen und Moderatoren sowie Beraterinnen und Berater und Coaches, aber auch Finanziers, die nicht (nur) auf kurzfristige Gesundheitsziele setzen, sondern auch auf die mittel- und langfristige Gestaltung von Bedingungen für mehr Gesundheit.

Erfahrungen und Anwendungsbeispiele

Anwendbarkeit und Fruchtbarkeit von Organisationsentwicklung für die Umsetzung von Gesundheitsförderung haben sich in den letzten Jahrzehnten bestätigt. Dabei sind bewährte Instrumente wie der Gesundheitszirkel entstanden. Mit der „Arbeitswelt 4.0“, die durch Digitalisierung und neue Technologien charakterisiert ist, tauchen neue gesundheitliche Herausforderungen auf. Sie erfordern innovative Lösungen, die sich wandelnden Aspekte der Arbeitsumgebung, der Arbeitsprozesse und des Arbeitsklimas in den Blick nehmen. Praktische Beispiele, die aus einem spezifischen Förderschwerpunkt in Österreich hervorgingen, sind in der Publikation von Lang [27] zu finden.

Während neuartige Problem- und Fragestellungen im Rahmen gesundheitsfördernder Organisationsentwicklung nach wie vor primär durch maßgeschneiderte Ansätze bearbeitet werden, entstehen für etablierte Themen und Zugänge des organisationalen Wandels insbesondere dann, wenn sie größere Gruppen gleichartiger Organisationen adressieren, zunehmend standardisierte Ansätze. Dabei spielt auch der zunehmende Anspruch an Evidenzbasierung von Interventionen und messbare Erfolgskriterien eine Rolle.

Beispielsweise wurden für die Betriebliche Gesundheitsförderung [24] , für Gesundheitsförderung und Schule [28] oder Gesundheitsförderung und Krankenhaus [29] (Gesundheitsförderndes Krankenhaus) Standards und Zertifizierungen etabliert, die zum einen die Anschlussfähigkeit an zunehmend standardisierte Organisationsprozesse erhöhen, zum anderen die Attraktivität für Unternehmen steigern sollen.

Damit gewinnen auch Anerkennungs- oder Zertifizierungsstellen für die Umsetzung von Gesundheitsförderung in Organisationen maßgeblich an Bedeutung. Am erfolgreichsten sind derartige Bemühungen bisher dort, wo sie nicht ein organisationales Setting insgesamt gesundheitsfördernd entwickeln wollen, sondern spezifische, abgrenzbare Sub-Themen adressieren, wie etwa das „Tabakfreie Krankenhaus“ oder das „Baby-friendly Hospital“.

Dabei ist zu beobachten, dass sich Gesundheitsförderung im Sinne eines „Umbrella“-Ansatzes zunehmend mit Themen verbindet, die verwandten Werthaltungen zuzurechnen sind, beispielsweise der Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung [8] (Nachhaltige Gesundheitsförderung) oder der „Ökonomie des Wohlergehens[30]. Hier wird die wechselseitige Verstärkung von nachhaltigem Wirtschaftswachstum und Wohlbefinden/Well-Being [31] betont.

Auch für gesundheitskompetente Organisationen haben sich in den letzten Jahren standardisierte Ansätze entwickelt. Im Fokus stehen dabei all jene organisationalen Strukturen und Prozesse, die sich mit der Zugänglichkeit, Verständlichkeit, Bewertbarkeit und Anwendbarkeit von Gesundheitsinformationen und Gesundheitsleistungen beschäftigen. Entsprechende Konzepte und Instrumente gibt es neben Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen inzwischen in angepasster Form auch für Schulen und die außerschulische Jugendarbeit (vgl. [32], [33]).

Für die Verbreitung von maßgeschneiderten Ansätzen zur Organisationsentwicklung bleibt die Unterstützung durch Partnerinnen und Partner jedoch zentral, die in der Gesundheitsförderung Co-Benefits für ihre eigenen Ziele sehen. So bieten in Österreich beispielsweise diverse Krankenkassen Beratung und Unterstützung für die betriebliche Gesundheitsförderung an, um die Gesundheit der Beschäftigten zu stärken und Krankenstände zu reduzieren.

Fazit

Trotz vieler nachweislich positiver Effekte wird gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung nach wie vor nur von einer kleinen Anzahl von Organisationen umgesetzt. Die Potenziale des Ansatzes sind damit bei weitem nicht ausgeschöpft. Um den gesamtgesellschaftlichen Effekt zu stärken, sind entsprechende gesundheitspolitische und gesetzliche Vorschriften und Sanktionen notwendig, aber auch die Bereitstellung von Ressourcen und Anreizen.

Daher ist neben der Organisationsentwicklung auch eine entsprechende Systementwicklung erforderlich. Insbesondere Akteurinnen und Akteure in Verwaltungsorganisationen sollten ihre Verantwortung für die Gestaltung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen in den ihnen zugeordneten Organisationen kennen und wahrnehmen – was selbst ein lohnender Gegenstand für die Organisationsentwicklung sein könnte.

Wir danken Jürgen M. Pelikan, der in der ersten Version dieses Beitrags das Team der Autorinnen und Autoren leitete und leider im Februar 2023 verstarb.

Weiterführende Quellen:

- Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M, editors. Fehlzeiten-Report 2019. Digitalisierung – Gesundes Arbeiten ermöglichen. Berlin: Springer; 2019.
- Gollner E, Stahl KH, Stahl E. Betriebe gesund managen. Freiburg: Haufe; 2020.
- Hajji R, Kitze K, Pieck N, editors. Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung: Theorien, Ergebnisse und Ansätze. Wiesbaden: Springer; 2022.
- Krajic K, Dietscher C, Pelikan J. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention – soziologisch beobachtet. In: Kriwy P, Jungbauer-Gans M, editors. Handbuch Gesundheitssoziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2020. p. 137–67.
- Mütze-Niewöhner S, Hacker W, Hardwig T, Kauffeld S, Latniak E, Nicklich M, Pietrzyk U, editors. Projekt- und Teamarbeit in der digitalisierten Arbeitswelt. Berlin: Springer Vieweg; 2021.
- Pelikan JM, Demmer H, Hurrelmann K, editors. Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung – Konzepte. München: Juventa; 1993.
- Stark AL, Geukes C, Albrecht J, Dockweiler C. Digitale Anwendungen in der Planung und Umsetzung von verhältnisorientierter Gesundheitsförderung und Prävention in Settings: Ergebnisse eines Scoping Reviews. Gesundheitswesen. 2023;85(04):380–7.

Internetadressen:

- Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin. Available from: https://www.berlin.gesundheitfoerdern.de/BIGA.694.0.html
- Gesundheitsförderung Schweiz. Leadership-Kit. Für Führungskräfte, die ihre Mitarbeitenden stärken wollen. Available from: https://friendlyworkspace.ch/de/bgm-services/leadership-kit
- österreichische plattform gesundheitskompetenz. Starter-Kit zur gesundheitskompetenten Organisation. Available from: https://oepgk.at/schwerpunkte/rahmenbedingungen-in-organisationen-settings/starter-kit-zur-gesundheitskompetenten-organisation

References

1. Hurrelmann K, Richter M. Determinanten der Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i008-2.0
2. Perrow CA. Society of Organizations. Theory and Society. 1991;20:725–62.
3. Köckler H, Geene R. Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i157-1.0
4. Weltgesundheitsorganisation (WHO). Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung. 1986. [accessed 2024 Feb 19]. Available from: https://intranet.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

5. 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
6. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
7. Brandes S, Stark W. Empowerment/Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i10-3.0
8. 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
9. Lobnig H, Grossmann R. Organisationsentwicklung im Krankenhaus. Berlin: MWV; 2014.
10. Schiersmann C, Thiel HU. Organisationsentwicklung: Prinzipien und Strategien von Veränderungsprozessen. Wiesbaden: Springer; 2018.
11. Thonet C. Agile Meetings und Workshops. Ein Arbeitsbuch. München: Vahlen; 2022.
12. Seliger R. Einführung in die Grossgruppenmethoden. Heidelberg: Carl Auer; 2019.
13. Stirling-Wilkie G. From physical space to virtual place. How to design and host transformative spaces online. North Vancouver: BMI Publishing; 2021.
14. Matthiesen K, Spengler J. Verständigung mit Nicht-Anwesenden. Was leisten digitale Formate? OrganisationEntwicklung. 2020;2:31–5.
15. Cummings TG, Worley CG. Organization development & change. 8 edn. South-Western, Australia: Cengage Learning; 2018.
16. Girod SG, Birkinshaw J, Prange C. Business agility: key themes and future directions. Calif Manag Rev. 2023;65(4):5–21.
17. Muster J, Bull FR, editors. Postbürokratisches Organisieren: Formen und Folgen agiler Arbeitsweisen. 2 edn. München: Franz Vahlen; 2021.
18. World Health Organization (WHO). Health promotion glossary of terms 2021. Geneva: World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 2021.
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
20. Franzkowiak P, Hurrelmann K. Gesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i023-2.0
21. Batras D, Duff C, Smith BJ. Organizational change theory: implications for health promotion practice. Health Promot Int. 2016;31:231–41.
22. Pelikan J. Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung: Ein systemtheoretischer Lösungszugang. Präv Gesundheitsf. 2007;2(2):74–81. DOI:10.1007/s11553-007-0058-0
23. Kerber KW, Buono T. The rhythm of change leadership. Organ Dev J. 2018;3:55–72.
24. Hartung S, Faller G. Betriebliche 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-i042-3.0
25. Barthelmes I, Bödeker W, Sörensen J, Kleinlercher KM, Odoy J. Wirksamkeit und Nutzen arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2012 bis 2018. Dresden; 2012. (iga.Report; 40).
26. Rath S. Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Betrieblicher Gesundheitsförderung – Fact Sheet. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger & Fonds Gesundes Österreich; 2017.
27. Lang G, editor. Betriebliche Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt 4.0 – Digitalisierung, Gesundheitskompetenz und faire Gesundheitschancen. Ein Praxisbuch. 2 edn. Wien: Fonds Gesundes Österreich, Gesundheit Österreich; 2022.
28. Paulus P, Dadaczynski K. Gesundheitsförderung und Schule. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention.

Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i051-3.0
29. 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
30. Corbin JH, Ben Abdelaziz F, Sørensen K, Kökény M, Krech R. Wellbeing as a policy framework for health promotion and sustainable development. Health Promot Int. 2021 Dec 13;36(Supplement_1):i64–9. DOI:10.1093/heapro/daab066
31. Röhrle B. Wohlbefinden / Well-Being. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu KonzeptenStrategien und Methoden. 2018. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i134-1.0
32. Dietscher C, Pelikan JM. Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen. Machbarkeitsstudie zur organisationalen Selbstbewertung mit dem Wiener Instrument. Präv Gesundheitsf. 2016;
33. Pelikan J, C Dietscher, Straßmayr C. Organisationale Gesundheitskompetenz: Überblick. In: Rathmann K, Dadaczynski K, Okan O, Messer M, editors. Gesundheitskompetenz. Berlin, Heidelberg: Springer; 2023. p. 74–81. (Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit; 2).

Korrespondenz: Priv. Doz. Dr. Hubert Lobnig, Lemon Consulting; Bertha von Suttner Privatuniversität, St. Pölten Wien, Österreich, E-mail: lobnig@lemon.at

Zitierhinweis: Lobnig H, Metzler B, Dietscher C, Pelikan † JM. Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i083-1.0

Copyright: © 2026 Hubert Lobnig 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/

Pandemiemanagement durch nicht-pharmakologische Interventionen in der COVID-19-Pandemie

David Klemperer[1]
Joseph Kuhn[2,3]
Bernt-Peter Robra[4]

[1] Berlin, Deutschland
[2] Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim, Deutschland
[3] Pettenkofer School of Public Health
[4] Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke Universität, Magdeburg, Deutschland

Abstract

Nicht-pharmakologische Interventionen (NPIs) sind Public Health-Interventionen ohne Einsatz von Medikamenten oder Impfstoffen mit dem Ziel, die Ausbreitung eines Krankheitserregers zu reduzieren. Im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie wurden vor allem Maßnahmen ergriffen, um übertragungsrelevante Kontakte zu reduzieren oder sicherer zu machen. Die Wirksamkeit einzelner Maßnahmen auf Bevölkerungsebene ist schwer zu beurteilen, die von Maßnahmenbündeln kann als gesichert gelten. Die rechtlichen Grundlagen für die grundrechtseinschränkenden Maßnahmen erscheinen noch nicht gesichert.

Keywords: COVID-19, SARS-CoV-2, Coronavirus, Pandemiemanagement, Nicht-pharmakologische Maßnahmen, Public Health, Infektionsprävention, Coronavirus-Eindämmung, Rechtliche Grundlagen, Public Health and Social Measures, Infektionskrankheiten

Was sind nicht-pharmakologische Interventionen?

Der Begriff „Nicht-pharmakologische Intervention“ (NPIs) bezeichnet grundsätzlich alle Maßnahmen, die einen positiven Effekt auf die Gesundheit bezwecken, ohne Arzneimittel einzusetzen. In der Medizin handelt es sich häufig um Maßnahmen, die eine Arzneimitteltherapie begleiten, wie z. B. Gewichtsabnahme und körperliche Aktivität zur Blutdrucksenkung. Im Feld Public Health geht es z. B. um bevölkerungsweite Aufklärungsmaßnahmen oder rechtliche Vorgaben. Bei neuen Krankheitserregern sind NPIs unter Umständen die einzigen verfügbaren Maßnahmen, wenn es noch keine wirksamen Medikamente oder Impfstoffe gibt.

NPIs werden auch als „Public Health and Social Measures“ (PHSM) bezeichnet, ein entsprechendes Rahmenkonzept liegt vor [1]. Es wurde von der Weltgesundheitsorganisation aufgegriffen und weiterentwickelt [2].

Die in der COVID-19-Pandemie ergriffenen NPIs sollten die Einschleppung und Verbreitung des SARS-CoV-2 in einer Bevölkerung verhindern oder reduzieren. Dazu gehörten u. a. Reise- und Mobilitätsbeschränkungen (Reiseverbote, Grenzkontrollen, die Isolierung Infizierter und die Quarantäne ihrer Kontaktpersonen) und Empfehlungen oder Verpflichtungen zum Abstandhalten und Masketragen. Hinzu kamen Versammlungseinschränkungen, Schulschließungen oder Homeoffice-Regelungen zur Reduktion arbeitsbedingter Kontakte.

Umfassende Mobilitätseinschränkungen wurden mit einem „Lockdown“ angestrebt. Laut Oxford Dictionary bezeichnet Lockdown das Einschließen von Gefängnisinsassen in ihre Zellen zur Rückgewinnung der Kontrolle bei Aufständen. Im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie war Lockdown nicht einheitlich definiert. Gebräuchlich waren differenzierende Adjektive wie „weich“ und „hart“ oder Bezeichnungen wie „Voll-Lockdown“ und „Teil-Lockdown“. Letztlich war stets ein ganzes Bündel kontaktbeschränkender NPIs gemeint.

Für Deutschland enthält das Infektionsschutzgesetz (IfSG 2000, in der Fassung vom 12.12.2023, abgerufen am 15.09.2024) in § 28a einen Katalog von 21 NPIs. Sie dürfen nur in einer „epidemischen

Lage von nationaler Tragweite“ ergriffen werden, die vom Deutschen Bundestag festgestellt werden muss (§ 5 IfSG).

Die Schutzmaßnahmen des IfSG (§ 28 a) beziehen sich auf Verpflichtungen, Untersagungen, Beschränkungen und Auflagen in folgenden Bereichen:

- Abstand im öffentlichen Raum
- Tragen eines Mund-Nase-Schutzes
- Vorlage eines Impf-, Genesenen- oder Testnachweises
- Zusammenkünfte von Menschen in Freizeitveranstaltungen, Kulturveranstaltungen, Sportveranstaltungen, Demonstrationen, Versammlungen, religiösen oder weltanschaulichen Treffen
- Reisen, Hotels, gastronomischen Einrichtungen
- Betriebe, Gewerbe, Einzel- oder Großhandel
- Betreten von Einrichtungen des Gesundheits- oder Sozialwesens
- Kitas, Schulen, Hochschulen

Die Schutzmaßnahmen zielen darauf ab, übertragungsrelevante Kontakte zu reduzieren oder bei notwendigen Kontakten die Wahrscheinlichkeit einer Virusübertragung zu vermindern, Kontakte also sicherer zu machen. Mittelbar sollen damit schwerere Krankheitsverläufe und Sterbefälle vermindert und eine Überlastung des Gesundheitswesens sowie Ausfälle der sogenannten „Kritischen Infrastruktur“ (z. B. Feuerwehr, Energieversorgung) vermieden werden, öffentliche Dienstleistungen möglichst aufrechterhalten werden.

Auf strategischer Ebene wird dabei je nach Phase einer Pandemie zwischen Containment (Eindämmung erster Infektionen), Protection (Schutz besonders vulnerabler Gruppen) und Mitigation (Minderung der Auswirkungen auf den Alltag) unterschieden. Es handelt sich um eine idealtypische Phaseneinteilung der Maßnahmen, in der Praxis kommt es zu Überschneidungen (vgl. auch [3]).

SARS-CoV-2: Wie wird das Virus übertragen?

Grundlage der NPIs ist die Unterbrechung des Mechanismus, über den SARS-CoV-2 von Mensch zu Mensch übertragen wird (Transmissionskontrolle).

Infizierte übertragen das SARS-CoV-2-Virus primär über die Ausatemluft durch Atmen, Sprechen, Singen, Niesen, Husten und Schreien. Das Virus befindet sich in festen und flüssigen Partikeln. Zusammen mit dem sie umgebenden Gas werden die Partikel als Aerosol bezeichnet.

Bei Virusinfektionen der Atemwege kann ein Liter Atemluft mehrere Hunderttausend Partikel enthalten. Abhängig von Durchmesser, Dichte und Raumlüftung verbleiben Aerosolpartikel mehr oder weniger lange in der Luft. In unbelüfteten Innenräumen verteilen sie sich gleichmäßig und sinken je nach Durchmesser und Dichte herab. Luftströmungen können bewirken, dass Aerosolpartikel über Stunden in der Raumluft verbleiben und Infektionen auslösen können. In Außenbereichen und in belüfteten Innenräumen werden Partikel durch die Luftströmung abtransportiert, ihre Konzentration dadurch verdünnt [4]. Aus diesem Wissen leiten sich die nicht-pharmakologischen Interventionen ab.

Anfangs hielt man auch eine Übertragung durch Schmierinfektionen für relevant, was u. a. auch zur Anwendung von Desinfektionsmaßnahmen geführt hat. Letztlich spielte dieser Übertragungsweg jedoch nur eine nachrangige Rolle.

Kontaktreduzierung

Zu den kontaktreduzierenden Maßnahmen zählen Veranstaltungsverbote, Arbeiten im Homeoffice sowie Schließung von Kitas, Schulen und Hochschulen, von Geschäften, Restaurants, Kultureinrichtungen sowie auch generelle Beschränkungen für das Verlassen der Wohnung ohne triftigen Grund.

Aktive Maßnahmen zur Fallfindung und Kontaktidentifizierung zielen darauf ab, infizierte Personen und deren möglicherweise infizierte Kontaktpersonen zu identifizieren und zum Schutz Anderer zu isolieren. Dafür wird das Konzept von Testen, Nachverfolgen und Isolieren (Testing – Tracing – Isolating/TTI) angewandt. Isolierung ist eine behördliche, durch das Gesundheitsamt angeordnet Maßnahme für nachweislich positiv getestete Personen. Als Nachweis gilt ein positiver PCR-Test. Die Isolation wird nach festgelegter Dauer und festgelegten Kriterien beendet.

Quarantäne ist eine zeitlich befristete Absonderung von Personen, bei denen der Verdacht auf eine SARS-CoV-2-Infektion besteht, oder von Personen, die als symptomlose Kontaktpersonen von Infizierten das Virus möglicherweise verbreiten können. Quarantäne kann behördlich angeordnet werden oder freiwillig erfolgen.

Im Rahmen der nationalen Teststrategie gab es während der COVID-19-Pandemie verpflichtende Tests für Personen, die beruflich mit Kranken oder besonders gefährdeten Personen Kontakt hatten (z. B. Krankenhäuser, Altenheime). Für freiwillige Tests der Allgemeinbevölkerung wurden Kriterien und die Kostenträgerschaft festgelegt.

Persönliche *Schutzmaßnahmen*

Als persönliche Schutzmaßnahmen werden Verhaltensweisen bezeichnet, die das Risiko mindern, sich selbst oder Andere zu infizieren. Dazu zählen das richtige Verhalten beim Husten, Niesen und Schnäuzen, so dass Speichel oder Nasensekret nicht in die Umgebung versprüht werden, Händehygiene, das Tragen eines Mund-Nase-Schutzes oder eines Schutzkittels.

Wirksamkeit von NPIs

Die Auswirkung von NPIs auf das Infektionsgeschehen ist stets von einer Reihe weiterer Faktoren abhängig, die hier nur skizziert werden können. Zunächst spielt das Setting, das adressiert wird, eine wichtige Rolle, etwa öffentliche Räume, Arbeitsstätten, Gemeinschaftsunterkünfte, Schulen oder Altenheime. Des Weiteren variiert die Wirkung von NPIs abhängig von Eigenschaften des Erregers, die sich im Lauf der Pandemie verändern können (Virusvarianten). Zu nennen sind Infektiosität und Kontagiosität (die Fähigkeit, einen Menschen zu infizieren bzw. die Wirksamkeit des Übertragungsweges) sowie Virulenz (Grad der Pathogenität, der krankmachenden Eigenschaften). Weiterhin bedeutsam sind der jahreszeitliche Verlauf (Saisonalität) der Infektionskrankheit, die aktuelle Inzidenz sowie die noch vorhandene oder schon erworbene Bevölkerungsimmunität.

NPIs können nur wirksam werden, wenn sie befolgt werden. Die Befolgung der staatlich verordneten NPIs hängt eng mit dem Vertrauen der Bevölkerung in die staatlichen Institutionen und mit einer klaren und vertrauensbildenden Kommunikationsstrategie zusammen [5].

Die Vielfalt dieser interagierenden Einflussfaktoren macht NPIs zu „komplexen Interventionen“, deren Wirkungspfade nicht einfach zu bestimmen sind (siehe dazu [6]).

Beurteilt am Kriterium Plausibilität ist den NPIs a priori Wirksamkeit zu unterstellen. Bei dem bekannten Übertragungsmechanismus von Erregern durch Tröpfchen und Aerosole ist es höchst plausibel, dass eine Reduzierung der Anzahl der Begegnungen von Menschen Infektionsketten unterbricht und die Inzidenz von Infektionen senkt.

Es gilt jedoch, auch mit Blick auf die genannten Rahmenbedingungen, die Wirksamkeit von Maßnahmen empirisch zu überprüfen. Die wissenschaftliche Beurteilung der Wirksamkeit von NPIs sollte unter Einbezug aller Studien erfolgen, die sich mit einer bestimmten NPI oder – was meist der Fall ist – einem Bündel von NPIs befassen. Jede Studienform hat hier ihren Stellenwert, sowohl experimentelle Studien, insbesondere randomisierte kontrollierte Studien, als auch Beobachtungsstudien, wie Kohortenstudien und Fall-Kontroll-Studien. Systematische Übersichtsarbeiten fassen die Ergebnisse von Einzelstudien zu einer bestimmten Fragestellung zusammen. Insgesamt ergibt sich so ein Wissenskorpus als Grundlage der Beurteilung von NPIs.

So liegen zum Mund-Nase-Schutz systematische Übersichtsarbeiten, randomisierte kontrollierte Studien, Cluster-randomisierte Studien, natürliche Experimente, Kohortenstudien, Fall-Kontroll-Studien und Laborstudien unter unterschiedlichen Begleitbedingungen vor. In der Zusammenschau ergeben sich sehr deutliche Hinweise auf die Wirksamkeit, insbesondere hinsichtlich der Übertragung der Infektion auf Andere wie auch des Schutzes der eigenen Person vor einer Infektion [7, Abschnitt 11.4.2]. Auch für andere Interventionen wie z. B. Lockdowns liegen umfangreiche empirische Befunde vor (siehe z. B. [8], [9]).

Wie jede Intervention haben auch NPIs unerwünschte Nebenwirkungen, die gesundheitlicher, sozialer oder wirtschaftlicher Natur sein können. In der Coronakrise hatten insbesondere Schulschließungen erhebliche psychische und soziale Folgen für die Kinder, obwohl diese selbst durch das Virus nicht in besonderem Maße gefährdet waren (z. B. [10]; [11]). Daher ist es wichtig, dass bei solchen Maßnahmen

− genau wie bei medizinischen Behandlungen − Nutzen und Risiken abgewogen werden. Dem Vorsorgeprinzip ist jedoch ein hoher Stellenwert zuzumessen, da bei neuen Erregern und komplexen Interventionen oft keine ausreichenden Daten für lineare Wirkungspfade vorliegen.

Zudem haben unterschiedliche Bevölkerungsgruppen, z. B. Ältere und Personen mit Kindern, auch unterschiedliche Präferenzen gegenüber verschiedenen Schutzmaßnahmen. Je nach befragter Gruppe findet man z. B. große Übereinstimmung mit dem Schutzziel, ausreichende Intensivkapazitäten freizuhalten, während die Stabilität der Arbeitslosenquote weniger Gewicht hat [12].

Gesetzliche Grundlagen

Für Maßnahmen gegen „gemeingefährliche oder übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren“ gilt laut Grundgesetz Artikel 74 Ziffer 19 die konkurrierende Gesetzgebung. Die Gesetzgebungskompetenz für das Infektionsschutzrecht hat also der Bund [13]. Durch das Dritte Bevölkerungsschutzgesetz vom 18.10.2020 wurde der Parlamentsvorbehalt in das IfSG eingefügt. Dies bedeutet, dass der Bundestag darüber zu beschließen hat, ob die Voraussetzungen für die erwogenen NPIs vorliegen.

Diese Voraussetzungen sind nach § 5 IfSG gegeben, wenn eine „epidemische Lage von nationaler Tragweite“ vorliegt, die im IfSG u. a. dadurch definiert ist, dass sich eine bedrohliche übertragbare Krankheit über mehrere Bundesländer in der Bundesrepublik Deutschland dynamisch ausbreitet oder auszubreiten droht. Hierfür ist die einfache Mehrheit der Stimmen im Bundestag ausreichend. Der Bundesrat ist nicht beteiligt. In der Folge entscheidet die Exekutive, also insbesondere das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und die Landesregierungen, über konkrete NPIs.

Die Infektionsschutzmaßnahmen des IfSG gehen mit Einschränkungen folgender Grundrechte einher [14]:

- Freiheit der Person (Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG)
- Allgemeine Handlungsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 GG)
- Bewegungsfreiheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG)
- Religionsfreiheit und Religionsausübung (Art. 4 Abs. 1 und 2 GG)
- Kunst-, Lehr- und Forschungsfreiheit (Art. 5 Abs. 3 GG)
- Versammlungsfreiheit (Art. 8 Abs. 2 GG)
- Freizügigkeit (Art. 11 Abs. 2 GG)
- Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG)
- Eigentumsfreiheit (Art. 14 Abs. 1 Satz 2 GG)

Für jeden staatlichen Eingriff gilt das Prinzip der Verhältnismäßigkeit. Verhältnismäßig ist eine grundrechtseinschränkende Maßnahme immer nur dann, wenn sie die Kriterien legitimer Zweck, Geeignetheit, Erforderlichkeit und Angemessenheit erfüllen [15].

Eine im Auftrag des BMG durchgeführte Evaluation der Wirksamkeit der Coronamaßnahmen des IfSG befasst sich in einem eigenen Kapitel mit rechtlichen Aspekten [16]. Darin stellt der Ausschuss fest, dass das IfSG aus dem Jahr 2000 auf lokale und kurzzeitige Ausbrüche von Infektionskrankheiten ausgelegt war, nicht aber auf eine lang andauernde Pandemie. Die Politik habe darauf ohne konsistentes Gesamtkonzept mit zahlreichen, nicht immer glücklichen Änderungen und Ergänzungen reagiert, was zu einem unübersichtlichen und unsystematischen Regelungsgeflecht geführt habe.

Im Hinblick auf das Verfassungsrecht kritisiert der Sachverständigenausschuss ausdrücklich, dass das IfSG das BMG in § 5 Abs. 2 dazu ermächtige, grundrechtseinschränkende Maßnahmen durch Rechtsverordnung vorzuschreiben. Einschränkungen der Grundrechte seien jedoch vom Gesetzgeber, also dem Bundestag und ggf. dem Bundesrat, zu beschließen und nicht von der Exekutive. Dies gelte in gleicher Weise für „Allgemeinverfügungen“. Das IfSG ermächtige das BMG, Rechtsverordnungen zu erlassen, die von bestehenden Gesetzen abwichen – dies verstoße gegen die verfassungsrechtliche Normenhierarchie, der zufolge die Exekutive als vollziehende Gewalt an Gesetz und Recht gebunden sei (Art. 20 Abs. 3 GG).

Das Bundesverfassungsgericht hat u. a. Lockdowns bei entsprechender Gefahrenlage für verfassungsgemäß erklärt [17]. Die Diskussion über die gesetzlichen Grundlagen der Pandemiemaßnahmen ist aber nicht abgeschlossen (vgl. z. B. Verfassungsblog).

Fazit

Nicht-pharmakologische Interventionen sind insbesondere bei neuen Erregern oft die ersten Maßnahmen, die ergriffen werden können. Sie stellen komplexe Interventionen dar, deren Wirksamkeit oft nur im Bündel und nicht für jede Einzelmaßnahme in jeder Anwendungssituation gezeigt werden kann. In der Coronakrise haben sich die NPIs insgesamt als wirksam erwiesen, wenngleich manche Maßnahmen, z. B. das kurzfristig geltende Verbot, auf einer Parkbank zu sitzen, als überzogen gelten können.

Wie jede Intervention haben auch NPIs unerwünschte Nebenwirkungen. Diese sind in der Coronakrise insbesondere im Zusammenhang mit den Schulschließungen sowie den Einschränkungen der wirtschaftlichen Aktivitäten zutage getreten. Die Angemessenheit ist teils nach wie vor strittig.

Für die Zukunft ist eine verbesserte Rechtsgrundlage für Pandemiemaßnahmen erforderlich. Weiterhin sollte es den Verantwortlichen in der Politik erleichtert werden, fundierte Entscheidungen auf Grundlage der Abwägung von Nutzen und Risiken von NPIs in aktuellen Situationen zu treffen. Zur Stärkung der wissenschaftlichen Politikberatung braucht es daher eine bessere Forschungsinfrastruktur und nicht zuletzt auch eine Klärung der Rolle der Ressortforschungseinrichtungen [18].

References

1. Rehfuess EA, Movsisyan A, Pfadenhauer LM, Burns J, Ludolph R, Michie S, Strahwald B. Public health and social measures during health emergencies such as the COVID-19 pandemic: An initial framework to conceptualize and classify measures. Influenza Other Respir Viruses. 2023;17(3):e13110.
2. World Health Organization (WHO). Conceptual framework for public health and social measures in the context of infectious disease transmission. Geneva; 2024.
3. Robert KochInstitut (RKI). Ergänzung zum Nationalen Pandemieplan – COVID-19 – neuartige Coronaviruserkrankung. 2020 [accessed 2024 Oct 4]. Available from: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Ergaenzung_Pandemieplan_Covid.pdf
4. Held A, Dellweg D, Köhler D, Pfaender S, Scheuch G, Schumacher S, Asbach C. Interdisziplinäre Perspektiven zur Bedeutung der Aerosolübertragung für das Infektionsgeschehen von SARS-CoV-2. Gesundheitswesen. 2022;84(7):566–74.
5. Eitze S, Felgendreff L, Korn L, Sprengholz P, Allen J, Jenny MA, Wieler LH, Thaiss H, De Bock F, Betsch C. Vertrauen der Bevölkerung in staatliche Institutionen im ersten Halbjahr der Coronapandemie: Erkenntnisse aus dem Projekt COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO). Bundesgesundheitsblatt. 2021 Mar;64(3):268–76. DOI:10.1007/s00103-021-03279-z
6. Robert Koch Institut (RKI), Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL). Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? 2012 [accessed 2024 Sep 15]. Available from: https://edoc.rki.de/handle/176904/3238
7. Klemperer D, Kuhn J, Robra BP. Corona verstehen – evidenzbasiert. 2024 [accessed 2024 Sep 15]. Available from: https://corona-verstehen.de
8. Fadlallah R, El-Jardali F, Karroum LB, Kalach N, Hoteit R, Aoun A, Al-Jakim L, Verdugo-Paiva F, Rada G, Fretheim A, Lewin S, Ludolph R, Akl EA. The effects of public health and social measures (PHSM) implemented during the COVID-19 pandemic: An overview of systematic reviews. Cochrane Evid Synth Methods. 2024 May;2(5):e12055. DOI:10.1002/cesm.12055
9. Goliaei S, Foroughmand-Araabi MH, Roddy A, Weber A, Översti S, Kühnert D, McHardy AC. Importations of SARS-CoV-2 lineages decline after nonpharmaceutical interventions in phylogeographic analyses. Nat Commun. 2024;15(1):5267.
10. Schlack R, Neuperd L, Junker S, Eicher S, Hölling H, Thom J, Ravens-Sieberer U, Beyer AK. Veränderungen der psychischen Gesundheit in der Kinder- und Jugendbevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse eines Rapid Reviews. J Health Monit. 2023;(S1):1–74.
11. Wabnitz K, Rueb M, Pfadenhauer LM, Strahwald B, Rehfuess EA. Rapid development of an evidence- and consensus-based guideline for controlling transmission of SARS-CoV-2 in schools during a public health emergency − A process evaluation. Front Public Health. 2023;11:1075210. DOI:10.3389/fpubh.2023.1075210
12. Krauth C, Bartling T, Oedingen C. Präferenzerhebungen mittels Discrete Choice Experimenten in

der COVID-19 Pandemie. Public Health Forum. 2022;30(3):193–7. DOI:10.1515/pubhef-2022-0052/pdf?licenseType=free

13. Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages. Reichweite der Gesetzgebungskompetenz des Bundes im Infektionsschutzrecht. 2021. [accessed 2024 Sep 15]. Available from: https://www.bundestag.de/resource/blob/831634/8bea2d9b13fb7f2c8ffce0532e58ef97/WD-3-068-21-pdf-data.pdf
14. Papier HJ. Umgang mit der Corona-Pandemie: Verfassungsrechtliche Perspektiven. Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ). 2020;70(35–37):4–8.
15. Hart D, Gruhl M, Knieps F, Manow P. Wissenschaft, Politik und verfassungsrechtliche Verhältnismäßigkeit. Public Health Forum. 2021;29(1):51–3.
16. Allmendinger J, Bergholz W, Brenner M, Bunte A, Domschke K, Dreier H, Drosten C, Huster S, Kießling A, Kingreen T, Kroemer K, Rosenbrock R, Rübsamen-Schaeff H, Schmidt CM, Siegmund B, Stöhr K, Streek H, Taupitz J, Teichert U. Evaluation der Rechtsgrundlagen und Maßnahmen der Pandemiepolitik. In: Bericht des Sachverständigenausschusses nach § 5 Abs 9 IfSG. Berlin: IfSG; 2022.
17. Bundesverfassungsgericht (BVerfG). Beschluss des Ersten Senats vom 19. November 2021 − 1 BvR 781/21 -, Rn. 1-306. 2021 [accessed 2024 Sep 15]; Available from: https://www.bverfg.de/e/rs20211119_1bvr078121.html
18. Gärditz KF. Hoflieferanten. Wie sich Politik der Wissenschaft bedient und selbst daran zerbricht. Stuttgart: S. Hirzel Verlag; 2023.

Zitierhinweis: Klemperer D, Kuhn J, Robra BP. Pandemiemanagement durch nicht-pharmakologische Interventionen in der COVID-19-Pandemie. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i159-1.0

Copyright: © 2026 David Klemperer 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/

Partizipation in Gesundheitsförderung und Prävention

Susanne Hartung[1]
Gesine Bär[2]

[1] Fachbereich Gesundheit Pflege Management, Professur für Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, Hochschule Neubrandenburg, Neubrandenburg, Deutschland

[2] Professur für partizipative Ansätze in Sozial- und Gesundheitswissenschaften, Alice Salomon Hochschule Berlin, Berlin, Deutschland

Abstract

Die Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern an der Konzipierung und Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ist ein international anerkanntes Merkmal guter Praxis. Partizipation ist als fachlicher Standard im Präventionsgesetz sowie im Leitfaden Prävention der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) festgeschrieben. Darüber hinaus ist sie ein Qualitätskriterium der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und eines der Good-Practice-Kriterien des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit. Ein Stufenmodell bietet Orientierung und Unterstützung bei der Reflexion und Realisierung von Partizipation.

Keywords: Bürgerbeteiligung, Gesundheitsförderung, Prävention, Stufen der Partizipation

Einleitung

In den vergangenen vier Jahrzehnten ließ sich in den Gesundheitswissenschaften – und dort vor allem in Gesundheitsförderung und Prävention – eine wachsende Aufmerksamkeit für das Thema Partizipation beobachten. Programmatisch ist Partizipation bereits in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO, 1986) verankert und eng mit der Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit verknüpft. Partizipation ist demnach zu verstehen als „die individuelle oder auch kollektive Teilhabe an Entscheidungen, die die eigene Lebensgestaltung und die eigene soziale, ökonomische und politische Situation und damit auch immer die eigene Gesundheit betreffen“ ([1], S. 9).

Mit dem Präventionsgesetz [2] von 2016 (SGB V §20; SGB XI § 5) wurde Partizipation als fachlicher Standard in der Primärprävention und Gesundheitsförderung explizit berücksichtigt und als Förderkriterium im Leitfaden des Spitzenverbands der Gesetzlichen Krankenversicherungen aufgenommen ([3], S. 27). Partizipation wird hier verstanden als die direkte und kontinuierliche Beteiligung von Betroffenen in den Phasen der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung u. a. an der Problem- und Bedarfsanalyse, der Planung, Umsetzung und Bewertung. Wird Partizipation als echte Teilhabe an Entscheidungs- und Steuerungsprozessen umgesetzt, zeigt sich jedoch oftmals, dass für die Beteiligung von Zielgruppen noch großes Entwicklungspotenzial besteht [4].

Stufenmodell der Partizipation

Für die Reflexion und Entwicklung von Partizipation wurden Modelle und Instrumente entwickelt. Das Modell der Stufen von Partizipation von Wright, Block und von Unger [5] ist im deutschsprachigen Raum vielfach aufgegriffen und weiterbearbeitet worden (z. B. [6]). Es basiert auf Vorgängermodellen wie dem US-amerikanischen Leitermodell der Bürgerbeteiligung von Sherry Arnstein [7] und der zwölfstufigen Leiter zur Bürgerbeteiligung von Alf Trojan [8].

Das Stufenmodell von Wright, Block und von Unger wurde für die systematische Unterstützung einer partizipativen Praxis der Gesundheitsförderung im Sinne der Qualitätsentwicklung konzipiert. Das Modell umfasst neben den Stufen der eigentlichen Partizipation auch Vorstufen, außerdem Stufen der Nicht-Partizipation sowie die Stufe der Selbstorganisation, die über Partizipation hinausgeht. Das Modell dient zur Reflexion der durch Fachkräfte ermöglichten Beteiligung der Zielgruppe. Der Begriff der Zielgruppe [9] (Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren) dient zunächst der sozialepidemiologischen Begründung für die Maßnahmen, sollte aber in einem partizipativen Prozess mit allen Beteiligten zu

Gunsten einer spezifischen und nicht-stigmatisierenden Selbstbezeichnung aufgelöst werden [10]. Das Stufenmodell kann zu unterschiedlichen Phasen der Gesundheitsförderung und Prävention eingesetzt werden sowie dazu, den Ist- und Soll-Zustand der Partizipation zu erarbeiten (Abb. 1). [5]

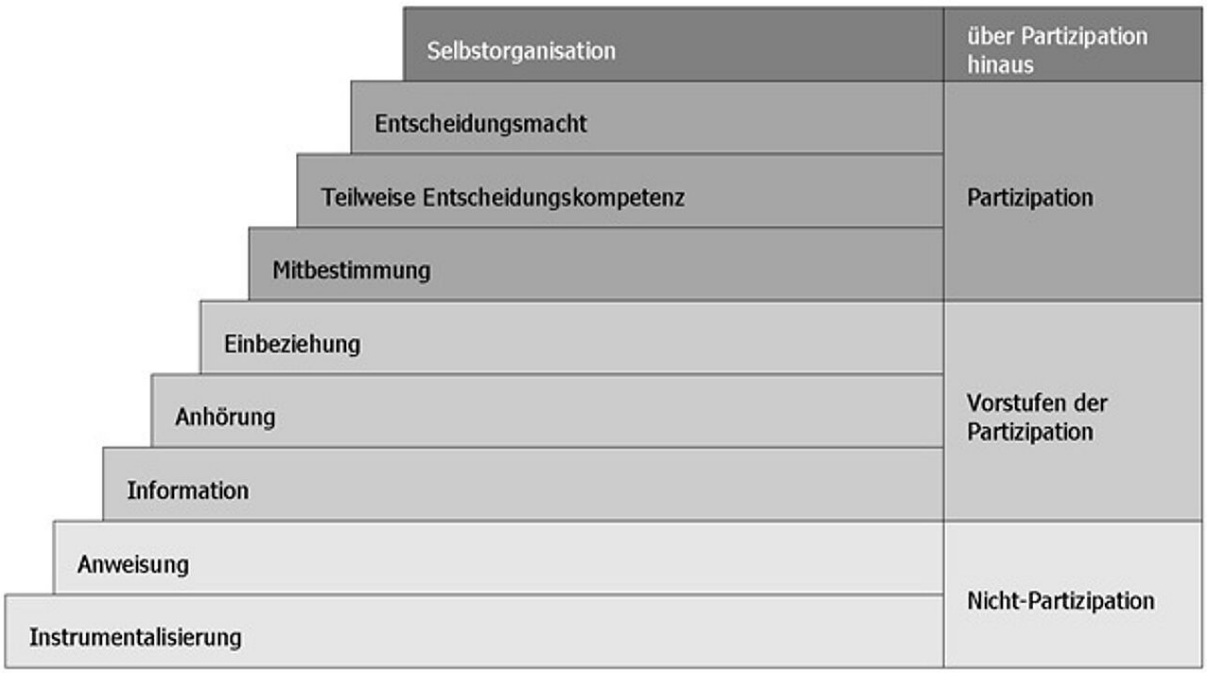


Abb. 1: Stufen der Partizipation (Quelle: Wright, Block & von Unger, in: Wright, 2010)

Ebene der Nicht-Partizipation

Auf der Ebene der Nicht-Partizipation werden zwei Stufen beschrieben, die im Sozial- und Gesundheitswesen anzutreffen sind.

- Stufe 1 – Instrumentalisierung: Die Belange der Zielgruppe spielen keine Rolle. Entscheidungen werden ohne die Zielgruppe getroffen, während die Interessen der Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger im Mittelpunkt stehen. Einzelne Zielgruppenmitglieder nehmen eventuell an Veranstaltungen teil, jedoch ohne deren Ziel und Zweck zu kennen (Zielgruppenvertretungen als Dekoration).
- Stufe 2 – Anweisung: Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger (oft ausgebildete Fachkräfte) nehmen die Lage der Zielgruppe wahr. Allerdings werden ausschließlich auf Grundlage der (fachlichen) Meinung der Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger die Probleme der Zielgruppe definiert und Maßnahmen zu ihrer Beseitigung oder Linderung festgelegt. Die Einschätzung der Zielgruppe zu ihrer eigenen Situation und ihre Erfahrungen werden nicht berücksichtigt. Die Kommunikation seitens der Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger ist direktiv.

Vorstufen der Partizipation

Bei den Vorstufen der Partizipation handelt es sich um eine zunehmend starke Einbindung der Zielgruppe in Entscheidungsprozesse, auch wenn sie (noch) keinen direkten Einfluss auf die Prozesse nehmen bzw. dieser ihnen nicht gewährt wird.

- Stufe 3 – Information: Die Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger teilen der Zielgruppe mit, welche Probleme aus fachlicher Sicht identifiziert und welche Interventionen daraus abgeleitet worden sind. Der Zielgruppe werden verschiedene Handlungsmöglichkeiten für die Beseitigung oder Linderung ihrer Probleme empfohlen. Das Vorgehen der Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger wird erklärt und begründet. Die Sichtweise der Zielgruppe wird lediglich berücksichtigt, um die Akzeptanz der Informationsangebote und die Aufnahme der Botschaften zu fördern.
- Stufe 4 – Anhörung: Die Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger interessieren sich für

die Sicht der Zielgruppe auf deren eigene Lage. Die Mitglieder der Zielgruppe werden angehört (z. B. auf Grundlage von Befragungen), haben aber keine Kontrolle darüber, ob und wie ihre Position Beachtung findet.
- Stufe 5 – Einbeziehung: Die Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger lassen sich von ausgewählten Personen aus der Zielgruppe (z. B. Personen, die der jeweiligen Einrichtung nahestehen) beraten. Die Beratungen haben jedoch keinen verbindlichen Einfluss auf den Entscheidungsprozess.

Partizipation

Bei der Partizipation hat die Zielgruppe eine formale, verbindliche Rolle in der Entscheidungsfindung.

- Stufe 6 – Mitbestimmung: Die Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger halten Rücksprache mit Vertreterinnen und Vertretern der Zielgruppe, um wesentliche Aspekte einer Maßnahme mit ihnen abzustimmen. Es kann in wichtigen Fragen zu Verhandlungen zwischen der Zielgruppenvertretung und Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern kommen. Die Zielgruppenmitglieder haben ein Mitspracherecht, jedoch keine alleinige Entscheidungsmacht.
- Stufe 7 – teilweise Übertragung von Entscheidungskompetenz: Ein Beteiligungsrecht stellt sicher, dass die Zielgruppe bestimmte Aspekte einer Maßnahme selbst bestimmen kann. Die Verantwortung für die Maßnahme liegt jedoch in den Händen von anderen, z. B. bei den Fachkräften einer Einrichtung.
- Stufe 8 – Entscheidungsmacht: Die Zielgruppenmitglieder bestimmen alle wesentlichen Aspekte einer Maßnahme gemeinsam mit den Initiatorinnen und Initiatoren des gesundheitsbezogenen Prozesses, z. B. den Fachkräften. Dies geschieht im Rahmen einer gleichberechtigten Partnerschaft. Bei einem Dissens müssen weitere Anpassungen erfolgen, um zu einer gemeinsam getragenen Lösung zu kommen.

Formen selbstorganisierter Maßnahmen

Die letzte Stufe des Modells geht über die Partizipation hinaus. Sie umfasst alle Formen selbstorganisierter Maßnahmen, die nicht unbedingt als Folge eines partizipativen Entwicklungsprozesses entstehen, sondern von Anfang an von Personen oder Gruppen selbst initiiert werden, die sonst Zielgruppe von Prävention und Gesundheitsförderung sein können.

- Stufe 9 – Selbstorganisation: Eine Maßnahme bzw. ein Projekt wird von einer Gruppe aus der Zivilgesellschaft, einer Community oder z. B. einer Selbsthilfeinitiative selbst initiiert und durchgeführt. Häufig entsteht diese Initiative aus eigener Betroffenheit. Entscheidungen trifft die Gruppe eigenständig. Auch die Verantwortung für die Maßnahme liegt bei ihr. Das Projekt bzw. die Maßnahmen können formell (z. B. als Verein oder mit Unterstützung einer NGO) oder informell als (spontane) Aktion gleichgesinnter Menschen organisiert werden.

Basierend auf dem Modell von Wright und Kolleginnen haben Straßburger und Rieger (2019) ein Pyramidenmodell zur Partizipation entwickelt, das neben der Perspektive der professionellen Akteurinnen und Akteure, die die Beteiligung und Partizipation ermöglichen, auch die Perspektive derjenigen, die sich beteiligen und partizipieren wollen, etwa der Zielgruppe, darstellt.

Partizipation als Qualitätsmerkmal

Mitte der 2000er-Jahre kam es zur Festlegung von Kriterien und Verfahren für Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Gesundheitsförderung. Sie waren eine Antwort auf die Forderung der Praxis und der Geldgeberseite, wirksame Konzepte besser identifizieren und fördern zu können. Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit hat Partizipation als eines von zwölf Good-Practice-Kriterien aufgestellt und verweist dabei auf das Stufenmodell von Wright, Block und von Unger [11]. Auch andere Instrumente der Qualitätsentwicklung erkennen Partizipation als Grundprinzip an.

Neben den emanzipatorischen und demokratischen Argumenten für Partizipation, sprechen auch die festgestellten Wirkungen für Partizipation. Eine partizipative Vorgehensweise kann zur Steigerung der Wirksamkeit von Maßnahmen beitragen. Durch die aktive Einbindung der Zielgruppen werden Angebote bedürfnisorientierter gestaltet und sind nachweislich nachhaltiger [12]. Die Beteiligung von Zielgruppen wirkt sich zudem auf individueller Ebene positiv aus, indem sie das Wissen der Zielgruppenmitglieder erweitert, ihre gesundheitsbezogenen Kompetenzen und Fähigkeiten stärkt sowie Ressourcen wie Selbstwirksamkeit fördert. Darüber hinaus lassen sich weitere gesundheitlich relevante Effekte

beobachten, etwa Verbesserungen im Gesundheitsverhalten und eine gesteigerte Gesundheitskompetenz [10], [13]. Für die Partizipation von Zielgruppen in der kommunalen Gesundheitsförderung zeigen sich Wirkungen auch auf gruppenbezogener und organisational-struktureller Ebene [10].

Die breite Anerkennung der Partizipation von einem zunächst in der Ottawa-Charta genannten Kernmerkmal der Gesundheitsförderung zu einem institutionell anerkannten Prinzip der Gesundheitsförderung ist positiv zu bewerten. Nicht nur in der Praxis der Gesundheitsförderung wird Partizipation immer stärker betont. Es ist auch ein Merkmal in unterschiedlichen Forschungsansätzen. Durch die Einbeziehung verschiedener Menschen, die an Angeboten der Gesundheitsförderung beteiligt sind – vor allem der Menschen, die von diesen Angeboten profitieren sollen – entstehen neue Erkenntnisse über Fragen der Wirksamkeit, der Gestaltung und des Zugangs [14] (Partizipative Gesundheitsforschung).

Allerdings darf die Gefahr einer zu starken Formalisierung in Praxis und Forschung nicht unterschätzt werden, und es lohnt eine genauere Betrachtung und Auseinandersetzung mit den Kriterien gelebter und angemessener Partizipation. Die zunehmende Tendenz, Partizipation zu adressieren, bedeutet nicht unbedingt, dass Menschen bzw. Zielgruppen tatsächlich mehr Einfluss auf die Gesundheitsförderung ausüben. Die Reflexion von Machtunterschieden der Beteiligten sollte deshalb kontinuierlich stattfinden.

Neue Strukturen und Arbeitsweisen für Partizipation

Wenn das Prinzip der Partizipation ernstgenommen wird, müssen angemessene Strukturen und Arbeitsweisen gegeben sein oder weiterentwickelt werden. Leitfäden und Bildungsangebote zur partizipativen Arbeit liegen hierzu vor. Sie helfen, eine partizipative Haltung als Voraussetzung für Partizipation zu stärken und partizipative Methoden für die Anwendung zu vermitteln (u. a. [15], [16]).

Partizipation fordert heraus, weil sie Zeit, Flexibilität und Zusammenarbeit auf Augenhöhe verlangt. Außerdem die Bereitschaft, auch außerhalb von Hierarchien zu agieren sowie Vertrauensaufbau und Kontinuität in der Zusammenarbeit. Partizipation braucht Räume zum Experimentieren und Reflektieren, damit die Beteiligten lernen und entwickeln können, wie sich Partizipation am besten realisieren lässt.

Eine der Aufgaben in der Förderung einer partizipativen Praxis besteht darin, die hierfür notwendigen Gelegenheiten auf kommunaler und überregionaler Ebene zu schaffen. Institutionelle Formen von Brückeninstanzen (Kontaktstellen, Gesundheitsbeiräte o. Ä.) übernehmen hier eine wichtige Funktion als Übersetzungshilfen und Konfliktmediatorinnen und -mediatoren zwischen den Beteiligten [17], [18], [19] (Netzwerkarbeit – Vermitteln und Vernetzen als professionelle Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung; Anwaltschaft – Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen ; Partnerschaften für Gesundheit).

Außerdem müssen die strukturellen Hindernisse wie kurze Projektzeiten weiter abgebaut werden, die partizipativ angelegte Prozesse der Entwicklung und Durchführung von Angeboten der Gesundheitsförderung erschweren. Zeitlich begrenzte, professionell angeleitete Maßnahmen, die vor allem auf Verhaltensänderungen ausgerichtet sind, bieten wenig Möglichkeiten, partizipativ zu arbeiten. Die Übertragung von evidenzbasierten Präventionsprogrammen in neue lokale Kontexte und die Anforderung, Gesundheitsförderung und Prävention partizipativ zu entwickeln und durchzuführen, ist eine Herausforderung, wenn nicht gar ein Dilemma, solange die Förderung projektförmig bleibt.

Förderbedingungen können auch hier unterstützen, indem sie langfristigere Interventionszeiträume ermöglichen, flexibler werden und erlauben, dass Projekte ihre Pläne im Vorfeld partizipativ konzipieren und sie im Projektverlauf in partizipativen Prozessen nachsteuern und anpassen können. Eine partizipative Praxis der Gesundheitsförderung erfordert Zeit und Mittel für eine längerfristige Zusammenarbeit aller Beteiligten. Dadurch werden Kapazitäten für die Eigeninitiative von engagierten Gruppen (communities) oder von durch Wissenschaft oder Fachpraxis identifizierten Zielgruppen ausgebaut und Veränderungen der Rahmenbedingungen für Partizipation eher realisiert.

Wir danken Michael T. Wright für die Arbeit an der vorherigen Version dieses Textes, an die wir anknüpfen konnten.

Internetadressen:

- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Die Good Practice-Kriterien. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/good-practice-kriterien
- Deutsche Aidshilfe. pq-HIV – Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Available from: https://www.pq-hiv.de

References

1. Rosenbrock R, Hartung S, editors. Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Huber; 2012. (Programmbereich Gesundheit).
2. 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
3. GKV-Spitzenverband, editor. Leitfaden Prävention. Berlin; 2024 [accessed 2025 Oct 19]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/2024-12-19_GKV-Leitfaden_Praevention_barrierefrei.pdf
4. Hartung S, Houwaart S, Von Rüden U, Schaefer I. Wirkungen der Beteiligung und Partizipation von Bürger:innen in Erkenntnisprozessen der integrierten kommunalen Gesundheitsförderung: Ein systematischer Scoping Review. Bundesgesundheitsblatt. 2025;68:323–35. DOI:10.1007/s00103-025-04013-9
5. Wright MT, editor. Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Hans Huber; 2010. (Prävention und Gesundheitsförderung).
6. Straßburger G, Rieger J. Partizipation Kompakt: Für Studium, Lehre und Praxis sozialer Berufe. Beltz Juventa; 2019.
7. Arnstein SR. A Ladder Of Citizen Participation. JAPA. 1969 Jul;35(4):216–24. DOI: 10.1080/01944366908977225
8. Trojan A, Legewie H. Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung: Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Bad Homburg: VAS – Verl. für Akad. Schriften; 2001. (Reihe psychosoziale Aspekte in der Medizin Psychosomatik).
9. Blümel S, Lehmann F, Hartung S. Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I128-2.0
10. Hartung S. Partizipation von Zielgruppen in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Razum O, Kolip P, McCall T, Nowak AC, editors. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa Verlag; 2025. p. 755–65.
11. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, editor. Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Berlin; 2021 [accessed 2025 Oct 19]. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei_01.pdf
12. Funk SC, Schaefer I, Kolip P. Was fördert die Verstetigung von Strukturen und Angeboten der Gesundheitsförderung? Gesundheitswesen. 2019;81(1):38–42. DOI:10.1055/s-0042-116437
13. Griebler U, Rojatz D, Simovska V, Forster R. Effects of student participation in school health promotion: a systematic review. Health Promot. Int. 2017 Apr 1;32(2):195–206. DOI:10.1093/heapro/dat090
14. 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
15. Bär G, Griebel F, Kasberg A, Markert C, Müller P, Schaefer I, Speltz Z. Basiskurs Partizipativ Arbeiten – Trainer:innenhandbuch. Alice Salomon Hochschule Berlin, editor. 2021. Available from: https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:kobv:b1533-opus-4498
16. Bär G, Griebel F, Kasberg A, Markert C, Müller P, Schaefer I, Speltz Z. Basiskurs Partizipativ Arbeiten – Handout für Teilnehmende. Kommunale Praxisprojekte mit partizipativen Methoden

gestalten. Alice Salomon Hochschule Berlin, editor. 2021. Available from: https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:kobv:b1533-opus-4489

17. Quilling E, Tollmann P, Brähler-Dieling N, Trojan A, Süß W. Netzwerkarbeit – Vermitteln und Vernetzen als professionelle Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I125-3.0
18. Böhm K. Anwaltschaft – Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I003-3.0
19. 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

Korrespondenz: Prof. Dr. Susanne Hartung, Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Gesundheit Pflege Management, Professur für Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, Brodaer Str. 2, 17033 Neubrandenburg, Deutschland, E-mail: hartung@hs-nb.de

Zitierhinweis: Hartung S, Bär G. Partizipation in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i084-1.0

Copyright: © 2026 Susanne Hartung 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/

Partizipative Gesundheitsforschung

Susanne Hartung[1]
Gesine Bär[2]

[1] Fachbereich Gesundheit Pflege Management, Professur für Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, Hochschule Neubrandenburg, Neubrandenburg, Deutschland

[2] Professur für partizipative Ansätze in Sozial- und Gesundheitswissenschaften, Alice Salomon Hochschule Berlin, Berlin, Deutschland

Abstract

Partizipative Gesundheitsforschung (PGF) ist ein wissenschaftlicher Ansatz, der zunehmend seit den 1980-er Jahren international und seit Anfang der 2000-er Jahre auch in Deutschland angewendet wird. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf der Gesundheitsförderungs- und Präventionsforschung. Die Anwendung partizipativer Ansätze in der Forschungslandschaft nimmt insgesamt zu, z. B. auch in der Versorgungsforschung. Im Mittelpunkt der PGF steht die Einflussnahme der Menschen, deren Arbeits- oder Lebensverhältnisse Gegenstand der Forschung sind, auf den Forschungsprozess. Dabei zielt die PGF auf eine gemeinsame Wissensgenerierung, soziale Veränderungen im Sinne der Förderung von Wohlbefinden und Gesundheit sowie Stärkung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit und auf gemeinsame Lernprozesse. Im deutschsprachigen Raum setzt sich das Netzwerk Partizipative Gesundheitsforschung (PartNet) seit 2008 aktiv für den Kompetenzaufbau und den fachlichen Austausch ein.

Keywords: Partizipation, Forschung, Stufenleiter der Partizipation, Gesundheit

Einleitung

I m Netzwerk Partizipative Gesundheitsforschung (PartNet) sind 2015 die Kernmerkmale in einer Definition zusammengefasst worden: „Partizipative Gesundheitsforschung (PGF) ist ein wissenschaftlicher Ansatz, der die Durchführung von Forschung als eine Koproduktion verschiedener AkteurInnen versteht. Der Forschungsprozess wird zwischen allen Beteiligten partnerschaftlich organisiert und kontinuierlich im Hinblick auf die Machtverhältnisse reflektiert. Am gesamten Forschungsprozess soll dabei eine maximale Mitgestaltung der Menschen erreicht werden, deren Lebensbereiche erforscht werden. Zu den Beteiligten gehören insbesondere die Menschen, deren Lebensbereiche erforscht werden und u. a. Fachkräfte und Entscheidungsträger*innen des Gesundheits-, Sozial- oder Bildungswesens, Vertreter*innen der Zivilgesellschaft und Wissenschaftler*innen. Ziel der PGF ist es, neue Erkenntnisse zu gewinnen und Veränderungen anzustoßen, die zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen beitragen und gesundheitliche Chancengleichheit stärken.“ [1] (Eine ausführliche Erläuterung der Definition findet sich in [2]).

Forschungstraditionen

Partizipative Gesundheitsforschung speist sich aus einer Vielfalt partizipativer Forschungstraditionen unterschiedlicher Länder und Zeiten [3], [4], [5]. Dabei sind insbesondere die Aktionsforschung in der Organisationsforschung [6], der emanzipatorische Bildungsansatz [7] und die community-basierte partizipative Forschung [8] hervorzuheben. Auf Traditionslinien der Aktionsforschung in Deutschland haben Hella von Unger et al. [9] hingewiesen. All diese Traditionen wurzeln in sozialen Bewegungen, die sich für eine demokratische und inklusive Gesellschaft einsetzen. Trotz aller Vielfalt besitzen sie zwei gemeinsame Merkmale:

- Der Erkenntnisgewinn wird unmittelbar mit der Entwicklung und Erprobung neuer Handlungsmöglichkeiten verknüpft. Damit sollen die Arbeitsweisen oder Lebensumstände der Beteiligten verbessert werden.
- Alle Beteiligten arbeiten auf Augenhöhe, um möglichst alle Phasen eines Forschungsprozesses gemeinsam zu konzipieren und durchzuführen. In diesem Sinne ist die Forschungsarbeit partizipativ.

Vertreterinnen und Vertreter der PGF gründen ihre Arbeit auf einer oder mehreren dieser Traditionen. Es

ist üblich, dass sie je nach Kontext Methoden und Konzepte aus verschiedenen Traditionen anwenden, um ihre Arbeit an den jeweils spezifischen Forschungszusammenhang anpassen zu können.

Merkmale der Partizipativen Gesundheitsforschung

Im Rahmen der PGF wird angestrebt, dass insbesondere jene Personen aktiv in den Forschungsprozess eingebunden werden, deren Alltag und berufliche Praxis unmittelbar von den Forschungsinhalten und -ergebnissen berührt sind. In den Arbeitsfeldern der Gesundheitsförderung und Prävention zählen dazu insbesondere auch Personengruppen mit spezifischen gesundheitlichen Bedürfnissen. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei Gruppen in sozialen Lagen, die schlechtere Gesundheitschancen zur Folge haben oder in anderer Weise eine vulnerable Lebenslage begründen. Häufig geht das mit geringen eigenen Einflussmöglichkeiten einher. Konzeptionell leitet sich dieser Fokus aus dem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis der WHO, der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung [10] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen) und aus den kontextbezogenen Einflussfaktoren auf Gesundheit [11] ab (Determinantenmodell von Dahlgren und Whitehead, 1991; Determinanten der Gesundheit [12]).

Durch eine aktive Teilhabe an Forschungsvorhaben wird ein Nutzen für die Beteiligten erwartet. Zudem werden Fachkräfte aus dem Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen adressiert, die präventive sowie gesundheitsförderliche Maßnahmen umsetzen, um verschiedene Bevölkerungsgruppen gezielt unterstützen zu können.

Von der International Collaboration for Participatory HealthResearch (ICPHR) wurden elf Merkmale formuliert [4], [13]. Sie konkretisieren die PGF in der Praxis und sollen partizipativ Forschende in der kritischen Reflexion ihrer Arbeit unterstützen.

Merkmalscluster	**Merkmale nach ICPHR**	**Kurzerläuterung**
Gemeinsamer partnerschaftlicher und machtreflexiver Forschungsprozess verschiedener Akteurinnen und Akteure	1. PGF ist partizipativ.	Forschung wird mit den Menschen, deren Lebensver untersucht werden, gemeinsam und partnerschaftlich Entscheidungsteilhabe soll dabei über den gesamten von der Formulierung der Forschungsfrage und des F Entwicklung eines Forschungsdesigns, der Auswahl Datenerhebung und -auswertung bis zur Durchführur der Forschungsergebnisse. Dabei ist die größtmöglic ein Ziel der partizipativen Forschung, was sich in der hinsichtlich der Auswahl und Formulierung des Forsc Forschungsfrage als idealistisch und diskutabel darst
	2. PGF ist ein gemeinschaftlicher (kollektiver) Forschungsprozess.	Verschiedene Interessensgruppen forschen in einer I Bürgerinnen und Bürger, Vertreterinnen und Vertrete aus dem Gesundheits- und Sozialwesen, Wissensch und auch politische Entscheidungsträgerinnen und E aus allen Gruppen können die Forschung initiieren u auf der Förderung und Moderation des gemeinsamer Phasen der Forschung liegt.
	3. PGF fördert kritische Reflexivität.	Die durch PGF geförderte kritische Reflexivität bedeu Auseinandersetzung mit den Macht- und Einflussunte Lebens- und Arbeitsbereichen sowie dem Forschung
	4. Projekte der PGF gehören der Gemeinschaft/allen Beteiligten.	Die Forschungsprojekte und die daraus resultierende zusammengesetzten Forschungsgruppe. Diese Grup Forschungsergebnisse optimal berichtet und veröffer definierten Ziele zu erreichen.
Integration verschiedener Wissensbestände und Perspektiven	5. PGF generiert Wissen, das lokal, kollektiv, kooperativ, dialogisch und multiperspektivisch ist.	Die PGF generiert in einem gemeinsamen Forschung Interessengruppen neues Wissen, das einem weiten insbesondere denjenigen, die direkt von den Ergebni sind, aber auch politischen Entscheidungsträgerinner lokal ist sowie kollektiv, kooperativ, dialogisch und mu

	6. PGF ist lokal.	Die Forschung hat einen unmittelbaren Bezug zur Le einem bestimmten Ort und zu einer bestimmten Zeit. in diesem lokalen Kontext Veränderungen für die Me das lokale Wissen zusammentragen, weiterentwickel
Soziale Veränderungen anstoßen	7. PGF zielt auf verschiedene Formen von Wirkung ab.	Eine ausdrückliche Absicht der partizipativen Forschu Wandel herbeizuführen, der bereits durch die Möglich Lernens – der Möglichkeit des gegenseitigen Perspe Forschungsprozess stattfinden kann.
	8. PGF fördert gesellschaftliche Veränderung.	Die partizipative Forschung zielt darauf ab, positive g für die Menschen herbeizuführen, deren Lebens- ode der Forschung sind. Insbesondere geht es der PGF u Gesundheit und ihrer sozialen Determinanten, auch b der Qualität der Gesundheitsversorgung. Die Forschu Veränderungsprozesse anstoßen.
	9. PGF erzeugt lokale Evidenz und neue Formen der Generalisierbarkeit.	PGF erzeugt lokales Wissen über die Effektivität von Evidenz) und trägt langfristig dazu bei, die Fähigkeite Akteuren zur wirksamen Umsetzung zu stärken sowi mögliche Wirksamkeit der Maßnahmen an einem and
Gültigkeitskriterien eines dialektischen Forschungsprozesses	10. PGF folgt spezifischen Gültigkeitskriterien.	Die PGF folgt den Gültigkeitskriterien: partizipative G Gültigkeit, kontextbezogene Gültigkeit, katalytische G empathische Gültigkeit.
	11. PGF ist ein dialektischer Prozess, gekennzeichnet durch ein kreatives Chaos.	Durch die partizipative Generierung von Wissen und dialogischen Forschungsprozess verläuft dieser nicht aufeinander aufbauenden Spiralen. Veränderungen i bedingt durch das fortlaufend neu hinzukommende W

Tab. 1: Merkmale der Partizipativen Gesundheitsforschung, Merkmalclusterung nach Hartung ([14]*, 81f., in Anlehnung an* [4]*,* [15] *und die übersetzte Fassung von* [16]*)*

Qualität und Validität der Partizipativen Gesundheitsforschung

Partizipative Forschungsprozesse werden in der Regel von einem Forschungsteam gesteuert, das sich aus verschiedenen Interessengruppen zusammensetzt (Menschen mit bestimmter Lebensweltexpertise, Vertreterinnen und Vertreter der Zivilgesellschaft, Fachkräfte aus dem Gesundheits-, Sozial- oder Bildungswesen, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler u. a.). Eine partizipative Studie kann von all diesen Gruppen initiiert und geleitet werden.

Die Bezeichnung partizipativ Forschende ist nicht nur den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern vorbehalten, sondern meint alle Mitglieder des Forschungsteams [17]. Die Projektleitung beschränkt sich auf die Moderation eines gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozesses, um die Durchführung, Auswertung und Verwertung des Forschungsprojekts zu realisieren. Ein explizites Ziel der Moderation ist es, allen eine aktive Beteiligung zu ermöglichen.

Die Beteiligung soll sich der zahlreichen Methoden [18], [19], [20], [21] bedienen, die in den letzten Jahren entwickelt oder angepasst worden sind, um Menschen in Forschungsprozesse einzubeziehen. Es kommen sowohl qualitative als auch quantitative Methoden zum Einsatz, die an die partizipativen Forschungsprozesse angepasst werden. Die Auswahl der Forschungsmethoden wird auch durch die lokale Einbettung und Ausrichtung des Forschungsprojektes beeinflusst. Das Team entscheidet gemeinsam, wie die Ergebnisse der Studie berichtet und verbreitet werden.

Partizipative Gesundheitsforschung zielt darauf ab, Veränderungsprozesse zugunsten der Menschen zu fördern, deren Leben oder Arbeit Gegenstand der Forschung ist. Diese Prozesse können unterschiedliche Ziele haben: Verbesserung der gesundheitlichen Situation einer Bevölkerungsgruppe,

Verbesserung der Lebensverhältnisse von Menschen (soziale Determinanten von Gesundheit), Gesetzesänderungen, um Ausgrenzungsprozessen entgegenzuwirken (politische Determinanten von Gesundheit) oder die Erhöhung der Qualität von Leistungen im Gesundheitswesen.

Aktivitäten zur Verbesserung der Lage der beteiligten Menschen werden in den Forschungsprozess eingebettet. Sie sind Gegenstand der Untersuchung oder werden als Empfehlungen auf Grundlage der Studienergebnisse formuliert. Dabei sollte eine kontinuierliche kritische Reflexivität erreicht werden, d. h. eine Auseinandersetzung mit der Frage, wie Macht und Machtlosigkeit den Alltag der Menschen beeinflussen, deren Leben oder Arbeit erforscht wird. Dazu gehören auch eine kritische Betrachtung der Machtverhältnisse und das Anstoßen von Lernprozessen aller Beteiligter. Partizipation in der Forschung kann anhand des Stufenmodells von Wright et al. (2010) für alle Forschungsphasen – konkretisiert bezüglich der Machtverhältnisse im Forschungsprozess – reflektiert werden. Beispiele hierfür finden sich rückblickend auf den Forschungsprozess [22] oder auch prozessbegleitend [23]. Mehr Details zum Stufenmodell von Wright et al. finden sich bei dem Leitbegriff Partizipation in Gesundheitsförderung und Prävention [24].

Lernen und Forschen sind in der PGF miteinander verbunden. Was alle Beteiligten als partizipativ Forschende lernen, ist jeweils unterschiedlich. Im besten Fall bewirkt die Forschung einen Prozess des Umdenkens (transformatives Lernen), der es allen ermöglicht, sich und ihre Umwelt neu zu sehen. Die beabsichtigten Veränderungen sollen über den Zeitraum des Forschungsprozesses hinausgehen, um eine nachhaltige Verbesserung der untersuchten Problematik zu ermöglichen. Veränderungen können dabei kurz-, mittel- oder langfristig sein und sowohl auf individueller, gruppenbezogener, organisationaler, kontextbezogener sowie gesellschaftlicher Ebene liegen (Schaefer et al., 2022; Hartung et al., 2025).

Partizipative Gesundheitsforschungverfolgt die Erfüllung spezifischer Gütekriterien (Validität), zumal die Anpassung von Methoden oft zu einer Abweichung von den Standards nichtpartizipativer (Gesundheits)Forschung führt [13]:

- Partizipative Validität beschreibt, inwieweit das partizipative Potenzial aller Beteiligten im Rahmen eines Forschungsprozesses realisiert wird.
- Intersubjektive Validität sagt aus, für wie glaubwürdig und sinnvoll die Beteiligten unter Berücksichtigung ihrer verschiedenen Perspektiven die Forschung halten.
- Kontextspezifische Validität bewertet, inwiefern die Forschung den lokalen Kontext berücksichtigt.
- Katalysatorische Validität ist ein Maß dafür, inwieweit die Forschung zur Verbesserung der Situation der Beteiligten beiträgt.
- Ethische Validität beurteilt, ob die Forschungsergebnisse (auch Veränderungsprozesse) – vor allem aus Sicht der Beteiligten – gerecht und ethisch vertretbar sind.
- Empathische Validität beschreibt, wie sehr die Forschung die Empathie der Beteiligten füreinander stärkt.

Das Wissen und die Handlungen, die in PGF entwickelt werden, entstehen innerhalb eines moderierten, kollektiven Forschungsprozesses. Im Mittelpunkt dieses Prozesses steht der Dialog der Beteiligten aus unterschiedlichen Perspektiven. Die Aushandlungen zwischen den verschiedenen Perspektiven führen oft zu unvorhersehbaren Änderungen im Forschungskonzept. Daraus entsteht dann eine neue Ordnung für die Zusammenarbeit, die die Vielfalt der Perspektiven berücksichtigt. In diesem Zusammenhang können prozessgestaltende Methoden hilfreich sein [19].

Entwicklung und aktueller Stand in Deutschland

International wird PGF seit den 1980-er Jahren zunehmend diskutiert und praktiziert. Seit Anfang der 2000-er Jahre ist eine vergleichbare Entwicklung im deutschsprachigen Raum zu beobachten. 2008 gründete sich das Netzwerk Partizipative Gesundheitsforschung (PartNet) und setzt sich seitdem für die Stärkung des Ansatzes vor allem im deutschsprachigen Raum ein. PartNet ist mit der International Collaboration for Participatory Health Research (ICPHR) verbunden, einer internationalen Arbeitsgemeinschaft aus Wissenschaft und Praxis in über zwanzig Ländern.

Ein Memorandum der Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung KNP [25] bezeichnete Partizipative Gesundheitsforschung 2012 als vielversprechenden neuen wissenschaftlichen Ansatz. 2015 wurden durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) mehrere Forschungsverbünde gefördert, die partizipative Ansätze verfolgten: PartKommPlus als vollständig partizipativ forschender

Verbund sowie Capital4Health und AEQUIPA mit partizipativen Teilstudien. 2021 erschien im „Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz“ ein erstes Schwerpunktheft zur Partizipativen Gesundheitsforschung [26], überwiegend zu diesen Projekten der BMBF-Förderung.

Mittlerweile ist Partizipation ein Kriterium im Rahmenprogramm Gesundheitsforschung, womit „das Bundesministerium für Bildung und Forschung einen Beitrag für die nachhaltige Stärkung der partizipativen Gesundheitsforschung in Deutschland leisten“ will ([27], S. 39). Ausschreibungen der Gesundheitsforschung setzen zunehmend die Zusammenarbeit mit Praxiseinrichtungen und/oder Betroffenen als Bedingung für eine Förderung voraus. Die Beteiligung soll die Qualität der Forschungsarbeiten erhöhen, indem z. B. die Relevanz der Forschungsergebnisse für die Praxis gewährleistet und die Perspektiven der Nutzenden des Gesundheitssystems berücksichtigt werden. Immer häufiger sitzen auch Menschen mit Erfahrungsexpertise in den Projektbeiräten.

In Deutschland wird das Thema Bürgerbeteiligung und Partizipation in der Forschung aber über die Gesundheitsforschung und den Ansatz der PGF hinaus diskutiert. Meilensteine dieses Austauschs sind das 2021 vom damaligen BMBF veröffentlichte Grünbuch „Partizipation im Bereich Forschung“. Daran anschließend wurden im sogenannten Weißbuch-Prozess in einem Bürgerrat weitere Empfehlungen zur besseren Gestaltung von Beteiligungsprozessen erarbeitet. Die Empfehlungen mündeten in der 2023 veröffentlichten „Partizipationsstrategie Forschung“ des BMBF. Ziel dieser Strategie ist es u. a., die verschiedenen partizipativen Forschungsansätze in Deutschland zu stärken und institutionell zu bündeln. In zwei Förderrichtlinien wurden bürgerwissenschaftliche Forschungsprojekte (citizen science) zwischen 2017 und 2024 aus Bundesmitteln gefördert. Gesundheitsforschung war dabei ein Themenbereich unter vielen (u. a. [28]). Die Plattform mit:forschen! bündelt die geförderten Aktivitäten.

Seit 2022 fördert das BMBF bzw. seit 2025 das Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMFTR) außerdem einen „strategischen Dialog“ u.a. auch durch die Vernetzung der Forschenden im Bereich der partizipativen Forschung auf der jährlich stattfindenden Tagung PartWiss. Im Zusammenhang damit wurde ein Leitfaden für Partizipation in der Forschung [29] sowie eine Grafik zum Überblick Partizipation in der Forschung in Deutschland erarbeitet [30].

2023 gründete sich die Gesellschaft für transdisziplinäre und partizipative Forschung (GTPF) als Fachgesellschaft der Akteurinnen und Akteuren transdisziplinärer und partizipativer Forschung. In der GTPF zeigt sich die wissenschaftliche Vielfalt der partizipativen Forschung deutlich. PartNet beteiligt sich an der GTPF über seine Mitglieder und die Arbeitsgruppe Partizipative Gesundheitsforschung.

Die Vielfalt der partizipativen Ansätze spiegelt sich auch in der Partizipativen Gesundheitsforschung wider. Dies zeigt sich an der Ausdifferenzierung der AGs in PartNet sowie in weiteren Disziplinen wie den Disability Studies, der Pflegewissenschaft, den Therapiewissenschaften, der Psychiatrieforschung und Sozialarbeit/Pädagogik. Die Begründungszusammenhänge und zu Grunde liegenden theoretischen Annahmen unterscheiden sich dabei teilweise voneinander. Dies lässt sich beispielsweise an verschiedenen Definitionen des Gesundheitsbegriffs [11] (Gesundheit) nachvollziehen und ist bedeutsam für die Zusammenarbeit in den Projekten.

Herausforderungen und Fazit

Die aktuelle Vielstimmigkeit geht mit einer gewissen Unübersichtlichkeit einher. Die Vielfalt der Ansätze wurde in Beiträgen von Bruckermann et al. (2025) ausgeführt und zeigt sich auch im Leitfaden von Schrögel [29], wo die Partizipative Gesundheitsforschung als ein Ansatz unter vielen genannt wird.

Partizipative Gesundheitsforschung ist als wissenschaftlicher Ansatz geeignet, Fragestellungen der Präventions- und Gesundheitsförderung zu Gesundheit, gesundheitlicher Ungleichheit und Marginalisierung aus den Perspektiven der Betroffenen zu untersuchen.

Die Förderungs- und Strukturanforderungen der PGF [31] und die 2022 von PartNet formulierten und von 18 Institutionen unterstützten Empfehlungen zur Metaforschung zu PGF [32] haben weiter Gültigkeit. Gefordert wird u. a. eine deutschlandweite Übersicht und die Weiterentwicklung der Beteiligungsmöglichkeiten in Vorhaben der Gesundheits- und Versorgungsforschung, Forschung zu Methoden, Wirkungen sowie Qualitätsstandards und -kriterien der PGF.

Partizipative Gesundheitsforschung in hoher Qualität und Umsetzungsintensität durchzuführen, bleibt angesichts der dafür notwendigen Ressourcen eine beständige Herausforderung in der Forschungspraxis. Das Dilemma bleibt, dass über projekthafte Bearbeitungen die ausgrenzenden

Rahmenbedingungen nicht aufgelöst werden können, so dass die Ungleichheitsbedingungen auch die partizipativen Forschungsprozesse prägen. Empowerment [33] (Empowerment/Befähigung) der Forschungsteilnehmenden muss daher stets mitgedacht werden [34].

Wir bedanken uns bei Michael T. Wright, Theresa Allweiss, Nikola Schwersensky für die Arbeit an der vorherigen Version dieses Textes, an die wir anknüpfen konnten.

Internetadressen:

- aequipa. Körperliche Aktivität in der Altersgruppe 65+: Präventionsnetzwerk für gesundes Altern im Nordwesten. Available from: https://www.aequipa.de
- Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt. Beteiligung der Gesellschaft. Available from: https://www.bmftr.bund.de/DE/Forschung/Gesellschaft/Beteiligungdergesellschaft/beteiligungderge
- Capital4Health. Handlungsmöglichkeiten für einen aktiven Lebensstil. Available from: https://www.capital4health.fau.de
- Gesellschaft für transdisziplinäre und partizipative Forschung (GTPF). Available from: https://www.gtpf.science
- International Collaboration for Participatory Health Research (ICPHR). Available from: https://www.icphr.org
- Netzwerk Partizipative Gesundheitsforschung (PartNet). Available from: https://www.partnet-gesundheit.de
- PartKommPlus – Forschungsverbund für gesunde Kommunen. Available from: https://www.partkommplus.de
- PartWiss. Konferenzen zur Vernetzung und Stärkung von Partizipation in der Wissenschaft. Available from: https://www.partizipation-wissenschaft.de

Literatur:

- Bär G, Kasberg A, Geers S, Clar C. Fokusgruppen in der partizipativen Forschung. In: Hartung S, Wihofszky P, Wright M, editors. Partizipative Forschung. Springer VS; 2020. p. 207–32.
- Hartung S, Landwehr J, Schaefer I. Erläuterung der PartNet-Definition zur Partizipativen Gesundheitsforschung. Konzeptionelle Grundlagen und spezifische Elemente. PartNet Perspektiven. 2025 Dec 16;(01/25). DOI:10.58123/ALICEOPEN-654
- Hartung S, Houwaart S, von Rüden U, Schaefer I. Wirkungen der Beteiligung und Partizipation von Bürger:innen in Erkenntnisprozessen der integrierten kommunalen Gesundheitsförderung. Ein systematischer Scoping Review. Bundesgesundheitsblatt. 2025 Mar;68(3):323–35. DOI:10.1007/s00103-025-04013-9
- Schaefer I, Bär G, Lettner D. Partizipativ, kompakt, innovativ arbeiten: Ein Handlungsleitfaden. Alice Salomon Hochschule Berlin (ASH Berlin); 2022. DOI:10.58123/aliceopen-534
- Schaefer I, Allweiss T, Dresen A, Amort FM, Wright MT, Krieger T. PartNet-Methodenpapier: Modell für Partizipative Gesundheitsforschung (PGF-Modell). PartNet Perspektiven. 2022 Aug 15; (02/2022). DOI:10.17883/2762

References

1. Netzwerk Partizipative Gesundheitsforschung (PartNet). PartNet Definition – Partizipative Gesundheitsforschung. 2015 [accessed 2025 Oct 15]. Available from: https://partnet-gesundheit.de/ueber-uns/partnet-definition
2. Hartung S, Houwaart S, von Rüden U, Schaefer I. Wirkungen der Beteiligung und Partizipation von Bürger:innen in Erkenntnisprozessen der integrierten kommunalen Gesundheitsförderung. Ein systematischer Scoping Review. Bundesgesundheitsblatt. 2025 Mar;68(3):323–35. DOI:10.1007/s00103-025-04013-9
3. Wright MT. Partizipative Gesundheitsforschung: Ursprünge und heutiger Stand. Bundesgesundheitsblatt. 2021 Feb;64(2):140–5. DOI:10.1007/s00103-020-03264-y
4. International Collaboration for Participatory Health Research (ICPHR). Position Paper 1: What is Participatory Health Research? Version: May 2013. Berlin; 2013. [accessed 2025 Oct 16].

Available from: https://icphr.org/uploads/2/0/3/9/20399575/ichpr_position_paper_1_defintion_-_version_may_2013.pdf
5. von Unger H. Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis. Wiesbaden: Springer VS; 2014. DOI:10.1007/978-3-658-01290-8
6. Lewin K. Resolving social conflicts; selected papers on group dynamics. Harper; 1948.
7. Freire P. Creating Alternative Research Methods: Learning to Do It by Doing it. In: Hall B, Gillette AL, Tandon R, editors. Creating Knowledge: A Monopoly? Participatory Research in Development. New Delhi: Society for Participatory Research in Asia; 1982. (Participatory Research Network Series; 1).
8. Wallerstein N, Duran B, Oetzel JG, Minkler M, editors. Community-based participatory research for health: advancing social and health equity. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2018.
9. von Unger H, Block M, Wright M. Aktionsforschung im deutschsprachigen Raum: zur Geschichte und Aktualität eines kontroversen Ansatzes aus Public Health Sicht. Berlin: WZB; 2007. (WZB Discussion Paper; SP I 2007-303).
10. 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
11. Franzkowiak P, Hurrelmann K. Gesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I023-2.0
12. 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
13. Wright MT. Was ist partizipative Gesundheitsforschung? Präv Gesundheitsf. 2013 Aug;8(3):122–31. DOI:10.1007/s11553-013-0395-0
14. Hartung S, Wihofszky P. Partizipation, Partizipative Gesundheitsforschung und ihr Beitrag zur Nachhaltigkeit. In: Hartung S, Wihofszky P, editors. Gesundheit und Nachhaltigkeit. Berlin, Heidelberg: Springer; 2024. p. 1–11. DOI:10.1007/978-3-662-64954-1_8-1
15. Cook T. Ensuring quality: Indicative characteristics of participatory (health) research. International Collaboration for Participatory Health Research (ICPHR); 2015. [accessed 2025 Oct 15]. Available from: https://www.icphr.org/uploads/2/0/3/9/20399575/qualtiy_criteria_for_participatory_health_research_-_cook_-_version_15_08_21__1_.pdf
16. Wright MT. Qualität sichern: Zentrale Merkmale der partizipativen (Gesundheits-)Forschung. Übersetzung des Papiers „Ensuring Quality: Indicative Characteristics of Participatory (Health) Research" von Prof. Dr. Tina Cook. International Collaboration for Participatory Health Research (ICPHR); 2016. [accessed 2025 Oct 15]. Available from: https://www.icphr.org/uploads/2/0/3/9/20399575/2016-12-01_qualita%CC%88tskriterien_pgf_dt._fassung.pdf
17. Wahl A, Kasberg A, Arsova Netzelmann T, Krämer U. PartNet-Diskussionspapier: Beteiligte an Partizipativer Gesundheitsforschung. PartNet Perspektiven. 2021;(01/2021).
18. Bär G, Griebel F, Kasberg A, Markert C, Müller P, Schaefer I, Speltz Z. Basiskurs Partizipativ Arbeiten – Trainer:innen-Handbuch. Alice Salomon Hochschule Berlin (ASH Berlin), editor. 2021. Available from: https://nbn-resolving.org/html/urn:nbn:de:kobv:b1533-opus-4489
19. Kasberg A, Müller P, Markert C, Bär G. Systematisierung von Methoden partizipativer Forschung. Bundesgesundheitsblatt. 2021 Feb;64(2):146–55. DOI:10.1007/s00103-020-03267-9
20. Gangarova T, von Unger H. Community Mapping als Methode. In: Hartung S, Wihofszky P, Wright M, editors. Partizipative Forschung. Ein Forschungsansatz für Gesundheit und seine Methoden. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2020. p. 143–77. DOI:10.1007/978-3-658-30361-7_5
21. Hartung S, Wihofszky P, Wright MT, editors. Partizipative Forschung. Ein Forschungsansatz für Gesundheit und seine Methoden. 1 edn. Wiesbaden: Springer VS; 2020. DOI:10.1007/978-3-658-30361-7
22. von Unger H. Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran? Forum Qual. Soc. Res. 2012;13(1). DOI:10.17169/fqs-13.1.1781
23. Wahl A, Schaefer I, Bär G. WIE partizipierten die Beteiligten im partizipativen Forschungsprojekt ElfE – Eltern fragen Eltern? 2021;1533–4419. Available from: https://nbn-resolving.org/html/urn:nbn:de:kobv:b1533-opus-4419
24. Hartung S, Bär G. Partizipation in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention.

Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I084-4.0

25. Walter U, Nöcker G, Plaumann M, Linden S, Pott E, Koch U, Pawils S, Altgeld T, Dierks ML, Frahsa A, Jahn I, Krauth C, Pomp M, Rehaag R, Robra RP, Süß W, Töppich J, Trojan A, von Unger H, Wildner M, Wright M. Memorandum zur Präventionsforschung – Themenfelder und Methoden (Langfassung). Gesundheitswesen. 2012;74:e99–113. DOI:10.1055/s-0032-1327759
26. Bär G, Hövener C, Wright MT, Saß AC. Demokratisch und emanzipatorisch – Partizipative Gesundheitsforschung hat hohes Potenzial. Bundesgesundheitsblatt. 2021 Feb;64(2):137–9. DOI: 10.1007/s00103-020-03276-8
27. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), editor. Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung. Berlin; 2018 [accessed 2025 Oct 15]. Available from: https://www.gesundheitsforschung-bmftr.de/files/Rahmenprogramm_Gesundheitsforschung_barrierefrei.pdf
28. Adam Y, Behrisch B. Familiengesundheit: Wenn ein Elternteil körperlich schwerwiegend chronisch krank ist. Präv Gesundheitsf. 2025 May 28; DOI:10.1007/s11553-025-01231-6
29. Schrögel P, editor. Ein Leitfaden für Partizipation in der Forschung. 2025. DOI: 10.5281/ZENODO.14786253
30. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), editor. Partizipation in der Forschung – ein grafischer Überblick. 2023 [accessed 2025 Oct 15]. Available from: http://www.bmftr.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/2023/Partizipation-in-der-Forschung-Grafik-de.pdf?__blob=publicationFile&v=4
31. PartNet, von Peter S, Bär G, Behrisch B, Bethmann A, Hartung S, Kasberg A, Wulff I, Wright M. Partizipative Gesundheitsforschung in Deutschland – quo vadis? Gesundheitswesen. 2020 Apr;82(4):328–32. DOI:10.1055/a-1076-8078
32. Netzwerk Partizipative Gesundheitsforschun (PartNet). Meta-Forschung – Empfehlungen von PartNet zu mehr aktiver Beteiligung von Bürger:innen in der Gesundheitsforschung – Empfehlung eines neuen Förderfokus. 2022 [accessed 2025 Oct 16]. Available from: https://partnet-gesundheit.de/wp-content/uploads/2022/11/Empfehlungen_Meta-Forschung-2.pdf
33. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I10-3.0
34. von Unger H. Vulnerability and empowerment: Participatory approaches to health promotion with refugees (EMPOW). Bielefeld: Universität Bielefeld; 2023. (PH-LENS Working Paper Series; 7).

Korrespondenz: Prof. Dr. Susanne Hartung, Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Gesundheit Pflege Management, Professur für Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, Brodaer Str. 2, 17033 Neubrandenburg, Deutschland, E-mail: hartung@hs-nb.de

Zitierhinweis: Hartung S, Bär G. Partizipative Gesundheitsforschung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i085-1.0

Copyright: © 2026 Susanne Hartung 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/

Partnerschaften für Gesundheit

Adrienne Alayli[1]
Heike Köckler[2]

[1] Stellv. Leitung Fachbereich Versorgungsforschung im Kindes- und Jugendalter, Klinik für allgemeine Pädiatrie, Neonatologie und Kinderkardiologie, Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Universitätsklinikum Düsseldorf und Centre for Health & Society, Düsseldorf, Deutschland

[2] Professorin für Sozialraum und Gesundheit, Hochschule für Technik, Wirtschaft, Gesundheit Bochum, Bochum, Deutschland

Abstract

Partnerschaften für Gesundheit bezeichnen die zielgerichtete Zusammenarbeit unterschiedlicher staatlicher und nichtstaatlicher Organisationen, Einrichtungen, Gruppierungen und/oder Personen, die gemeinsame gesundheitsbezogene Ziele verfolgen. Die Zusammenarbeit bietet den Partnerinnen und Partnern einen gemeinsamen Nutzen, z. B. den Austausch von Expertise, Fähigkeiten oder Ressourcen. Partnerschaften sind eine zentrale Strategie zur Umsetzung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik. Sie umfassen daher häufig Verantwortliche unterschiedlicher gesellschaftlicher Sektoren. Für eine gelingende Zusammenarbeit und Handlungsfähigkeit ist es wichtig, die unterschiedlichen Interessen, Handlungslogiken und Einflussfaktoren der beteiligten Partnerinnen und Partner zu verstehen.

Keywords: Multisektorale Kooperation, Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, Partizipation, Kapazitätsentwicklung

Einleitung

Partnerschaften für Gesundheit verfolgen gemeinsame gesundheitsbezogene Ziele [1], [2] Sie können von unterschiedlicher Dauer und Intensität sein, sowie unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte und Initiativen umfassen. Die Zusammenarbeit kann mehr oder weniger stark institutionalisiert sein und auf mehreren Ebenen wirken. Die Partnerschaften dienen der Erzielung besserer gesundheitlicher Ergebnisse. Die Partnerinnen und Partner können ihre Ziele gemeinsam wirksamer, effizienter, nachhaltiger oder gerechter erreichen als im Alleingang [1]. Partnerschaften bieten einen gemeinsamen Nutzen, z. B. durch den Austausch von Expertise, Fähigkeiten und Ressourcen [1].

Der Begriff Partnerschaft wird synonym mit den Begriffen Netzwerk, Allianz, Kooperation und Koalition verwendet [3], [4]. Kennzeichnend für den Begriff ist, dass er freiwillige Beziehungen auf Augenhöhe beschreibt [5].

Die Gesundheit von Menschen wird durch vielfältige Einflussfaktoren bestimmt. Neben individuellen Faktoren wie Gesundheitsverhalten und genetischen Faktoren, spielt das familiäre, soziale und politische Umfeld von Menschen eine große Rolle. Sozial-ökologische Modelle der Gesundheitsförderung beschreiben die unterschiedlichen Einflussfaktoren [6] (Determinanten der Gesundheit) auf umfassende Weise. Dies schließt Einflussfaktoren in den Lebenswelten und weiteren gesellschaftlichen Bereichen ein, u. a. Umwelt, Wohnen, Arbeit und Soziales [7], [8].

Um Veränderungen in Sektoren außerhalb des Gesundheitssektors zu erzielen, sollten alle Politikbereiche Gesundheit als Handlungsziel berücksichtigen. Dieser als „Health in all policies“ [9] (Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy) bezeichnete Ansatz erfordert Partnerschaften zwischen Akteurinnen und Akteuren unterschiedlicher gesellschaftlicher Sektoren.

Partnerschaften gehören seit der Ottawa-Charta zu den zentralen Strategien der Gesundheitsförderung. Konkret heißt es in der Ottawa-Charta, Gesundheitsförderung könne nicht allein durch den Gesundheitssektor bewältigt werden, sondern „verlangt vielmehr ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und den Medien. Menschen in allen Lebensbereichen sind daran zu beteiligen als Einzelne, als Familien und als Gemeinschaften [10].

Die gleichberechtigte Einbeziehung von Bürgerinnen und Bürgern sowie Betroffenen [11] (Partizipation:

Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger) gilt als zentrale Rahmenbedingung der Gesundheitsförderung. Hintergrund ist u. a. die Vorstellung, dass Menschen ein Recht haben, sich in gesundheitsförderliche Maßnahmen einzubringen, die sich auf sie auswirken. Ihre Einbeziehung kann zudem zu einem höheren Erkenntnisgewinn sowie zur Befähigung von Randgruppen beitragen [12]. Partnerschaften sind ein Schlüssel für eine partizipative und bedarfsbezogene Umsetzung von gesundheitsförderlichen Programmen und Aktivitäten.

Beispiele für Partnerschaften

Die Umsetzung von Partnerschaften kann auf internationaler, nationaler, regionaler oder lokaler Ebene sowie auf der Ebene einzelner Settings [13] (Settingansatz/Lebensweltansatz) stattfinden. Mehrere Ebenen oder Settings können gleichzeitig beteiligt sein.

Auf internationaler Ebene haben die Weltgesundheitsorganisation und die Vereinten Nationen bereits einige weltweite Partnerschaften etabliert, um gesundheitsbezogene Ziele politisch und finanziell zu unterstützen sowie ein Forum zum Austausch zu bieten. Ein Beispiel ist der „Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria“, der 2001 ins Leben gerufen wurde, um Infektionskrankheiten zurückzudrängen. Der Fonds finanziert verschiedene Maßnahmen und nationale Programme, die u. a. die jeweiligen Gesundheitssysteme stärken sollen. Die Zusammenarbeit baut auf die Eigenverantwortung der Regierungen und die Mitwirkung der Zivilgesellschaft sowie des privaten Sektors.

Auf nationaler Ebene gibt es in Deutschland einige Initiativen, bei denen sich Vertreterinnen und Vertreter des öffentlichen Sektors, der Forschung, der Wirtschaft und der Zivilgesellschaft im Sinne von „Partnerschaften für Gesundheit“ zusammengefunden haben. Ein prominentes Beispiel ist die Plattform Ernährung und Bewegung (peb), ein offenes Bündnis mit über 100 Mitgliedern aus verschiedenen Sektoren; darunter sind Landesministerien, Vertreterinnen und Vertreter der Nahrungsmittelindustrie, Catering-Firmen, Sportvereinigungen, Berufsverbände und Krankenversicherungen. Seit Juni 2022 ist die pep als Tochter des symbioun e. V aktiv und führt ihre bisherigen Tätigkeiten in einer neuen Organisationsstruktur weiter.

Ein anderes Beispiel ist „gesundheitsziele.de“, ein Kooperationsverbund von Akteurinnen und Akteuren von Bund, Ländern, Kommunen, Kostenträgern, Selbsthilfeorganisationen, Industrie, Wissenschaft u. a. Der Verbund vereinbart Gesundheitsziele, z. B. zum Thema Reduzierung des Alkoholkonsums oder zur Verhinderung, Früherkennung und Behandlung von Depression. Er formuliert Empfehlungen und erstellt Maßnahmenkataloge. Die Beteiligten verpflichten sich zur Umsetzung in ihren Verantwortungsbereichen [14] (Gesundheitsziele).

Im Jahr 2015 wurde mit dem Präventionsgesetz [15] (PrävG) eine gesetzliche Grundlage zur Entwicklung von Partnerschaften für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten gelegt. Internationale Studien zeigen, dass verbindliche gesetzliche Regelungen auf nationaler Ebene Partnerschaften auf regionaler und lokaler Ebene wirksam unterstützen können [16], [17]. In Deutschland wurden auf Basis der Nationalen Präventionsstrategie in den ersten vier Jahren Kooperationen auf- und ausgebaut. Zur Etablierung von Partnerschaften im Sinne eines wirklich politikübergreifenden Ansatzes, muss der Kreis der Mitwirkenden jedoch zukünftig erweitert werden, u. a. um Akteurinnen und Akteure aus den Bereichen Umwelt, Sport, Erziehung, Städtebau und Migration [18].

Ein bereits etabliertes Netzwerk zur Gesundheitsförderung mit gesamtgesellschaftlichem Ansatz ist das im Nachgang der Ottawa Charta 1989 gegründete Gesunde Städte-Netzwerk. Im Juli 2022 umfasste es 92 Mitgliedskommunen, darunter 45 Großstädte, 10 Berliner Bezirke, eine Region, 13 Landkreise, 27 mittlere Städte und Gemeinden mit insgesamt über 24 Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern. Das Netzwerk steht sinnbildlich für partnerschaftliche Ansätze, da nicht nur der Austausch zwischen den Städten innerhalb des Netzwerkes zentral ist, sondern verschiedene Ressorts kommunaler Verwaltungen und zivilgesellschaftliche Initiativen, Vereine und Träger aus der Gesundheits- und Selbsthilfearbeit zusammenarbeiten. Darüber gibt es auch internationale Bezüge zum Healthy Cities Network.

Neben den genannten Netzwerken auf nationaler und internationaler Ebene sind Partnerschaften auch für regionale und lokale Projekte relevant, die Gesundheitsförderung in Settings (z. B. Gemeinde, Schule, Betrieb) umsetzen möchten [13] (Settingansatz/Lebensweltansatz). Als Struktur haben sich dabei Arbeitskreise oder kooperative Planungsgruppen bewährt. Soll beispielsweise Gesundheitsförderung in einer Hochschule umgesetzt werden, so wird empfohlen, ein Gremium aus relevanten Schlüsselakteuren dieser Hochschule zu gründen. In einen solchen Gesundheitszirkel könnten u. a. Betriebsärztinnen und -

ärzte, die Schwerbehindertenvertretung, Sicherheitsbeauftragte, wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Suchtbeauftragte und Studierendenvertretung wie auch Vertreterinnen und Vertreter der Personal- und Haushaltsabteilung sowie des Personalrats einbezogen werden. Auf Gemeindeebene haben sich sogenannte Kommunale Gesundheitskonferenzen [19] oder ortsnahe Koordinierungsgruppen bewährt. Sie sollen die Handlungsmöglichkeiten zur kommunalen Gesundheitsförderung erweitern, indem sie zielgerichtete sektorenübergreifende Kooperationen etablieren.

Tabelle 1 nennt einige Beispiele, wie Partnerschaften im Kontext von gemeindenaher Gesundheitsförderung [20] (Sozialraum- und Gemeindeorientierung in der Gesundheitsförderung) für verschiedene mögliche Zwecke umgesetzt werden können.

Zweck	**Partnerinnen und Partner**	**Beispiele**
Austausch von Wissen und Erfahrung	Vertreterinnen und Vertreter aus Praxis, Wissenschaft und Gesellschaft mit jeweiligem thematischen Bezug	Communities, Patientinnen- und Patientenvertretungen, Verwaltung, Kranken- und Pflegekassen, Stiftungen, Betriebe, Hochschulen
Erhalt zusätzlicher Ressourcen	Organisationen, die finanzielle Unterstützung leisten können	Örtliche Banken, Betriebe, Krankenkassen, Stiftungen, Bürgerbeirat in der Städtebauförderung, Hochschule für Drittmittelakquise
	Organisationen, die Räumlichkeiten zur Verfügung stellen können (z. B. für Planungsgruppen)	Gemeinden, Religionsgemeinschaften, Sportvereine, Mehrgenerationenhäuser, Hochschulen, Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände
	Organisationen, die Materialien (z. B. Infobroschüren, Brotboxen und Trinkflaschen) anbieten	Unfallkassen, Kranken- und Pflegekassen, Betriebe, BZgA (Broschüren, Mitmach-Parcours etc.), Vereine
	Zusammenarbeit mit Organisationen, die personelle Ressourcen einbringen können	Hochschulen (z. B. Einsatz von Studierenden bei Praxiskursen, Pflichtpraktika oder Qualifikationsarbeiten), Vereine, Ehrenamt, Betriebe
Bessere Einbindung verschiedener Stakeholder und Communities	Stakeholder und Mitglieder von Communities, sowie Personen mit guten Kenntnissen und Kontakten zu diesen	Bewohnerinnen und Bewohner, Stadtteilmütter, Multiplikatoren wie Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer, Personalrätinnen und Personalräte, Schlüsselfiguren aus Glaubensgemeinschaften, Vereinsvorstände, Bürgermeister, Wohlfahrtsverbände, Vereine wie Migrantinnen- und Migrantenselbstorganisationen oder Sportvereine
Strukturelle Veränderungen im Setting	Organisationen, die bestimmte Produkte oder Dienstleistungen gesundheitsförderlicher gestalten können (z. B. Nutri-Score, Mensen)	Gaststätten, Kantinen, Caterer, Supermärkte. Sportvereine, Betriebe

	Organisationen, die bauliche Maßnahmen umsetzen können	Bau-/Planungs-, Umweltamt, Wohnungsbaugesellschaften, Betriebe

Tabelle 1: Zwecke von Partnerschaften in der Gesundheitsförderung am Beispiel Gemeinde (in Anlehnung an [21]*)*

Erfordernisse für Partnerschaften in der Praxis

Partnerinnen und Partner, die gemeinsam Prozesse und Aktivitäten zur Gesundheitsförderung voranbringen möchten, benötigen oftmals Unterstützung beim Aufbau eigener Strukturen zur Zusammenarbeit, z. B. eine kooperative Planungsgruppe für betriebliche Gesundheitsförderung, in der neben Betriebsärztinnen und -ärzten sowie Vertreterinnen und Vertreter von Betriebskrankenkassen auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verschiedener Ebenen des Betriebs zusammenkommen.

Ein derartiger Arbeitskreis oder Gesundheitszirkel aus Partnerinnen und Partnern, die (größtenteils) nicht professionell in praktischer Gesundheitsförderung tätig sind, muss daher bestimmte inhaltliche Kenntnisse zum Thema Gesundheitsförderung sowie Kompetenzen für die multisektorale Zusammenarbeit aufbauen (z. B. zur Entwicklung einer gemeinsamen Vision, Rollenklärung und Kommunikation) [3], [22]. Man spricht hierbei auch von Kapazitätsaufbau [23] (Capacity Building/Kapazitätsentwicklung).

Herausforderungen bei der Umsetzung von Partnerschaften

Wenn Partnerschaften für Gesundheit aufgebaut werden, muss bedacht werden, dass wichtige Partnerinnen und Partner oftmals nicht primär aus dem Gesundheitsbereich kommen (z. B. im Setting Schule: Lehrpersonal, Eltern, Hausmeisterinnen oder Hausmeister, Catering-Firma). Ihre Motivation, sich langfristig für das Thema Gesundheitsförderung zu engagieren, basiert deshalb häufig auf Zielen, die für ihren eigenen Handlungsbereich relevant sind. So engagieren Schulen sich z. B. für Gesundheitsförderung, weil es sie in ihrem Bildungsauftrag unterstützt. Gesundheitsfördernde Strukturen in einer Schule können z. B. zu einem angenehmeren Unterrichtsklima und zur Stressreduktion beim Lehrpersonal beitragen. Für die Beteiligung an einer gemeinsamen Plattform oder einem Arbeitskreis muss bei den potenziellen Partnerinnen und Partnern oft stark geworben werden. Zudem kann die Zusammenarbeit von Vertreterinnen und Vertretern aus unterschiedlichen Disziplinen und Sektoren zu Problemen führen. So können Rivalitäten zwischen Berufsgruppen zum Tragen kommen. Unterschiedliche Akteurinnen und Akteure können an einem gesundheitsförderlichen Programm zudem ganz unterschiedliche Interessen haben (z. B. Kundengewinnung, finanzielles Interesse oder Imagegewinn), die oft nicht einfach miteinander in Einklang zu bringen sind. Auch Organisationsstrukturen und Handlungslogiken können sich z. B. zwischen öffentlichem, wissenschaftlichem oder betrieblichem Sektor unterscheiden und damit die Zusammenarbeit erschweren.

Der Initiator bzw. die Initiatorin eines Programms muss sich darauf einstellen, bei der Einbeziehung von Partnerinnen und Partnern Kontrolle und Einfluss abgeben zu müssen. Man sollte daher gut abwägen, welche Partnerschaften für ein gesundheitsförderliches Programm tatsächlich inhaltlich und organisatorisch wichtig sind.

Eine weitere Herausforderung liegt in den unterschiedlichen sprachlichen, methodischen und fachlichen Zugängen. Daher ist es wichtig Grundkenntnisse und Grundverständnisse für verschiedene Sektoren und Disziplinen zu entwickeln.

Partnerschaften: Nutzen für Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung basiert auf einer sozial-ökologischen Sichtweise von Gesundheit, auf der Setting-Orientierung und dem Ansatz der Partizipation. Vor diesem Hintergrund ist der Aufbau von Partnerschaften eine zentrale Aufgabe der Gesundheitsförderung. Partnerschaften auf allen Ebenen sind auch Schlüssel zur Erreichung der Ziele der Vereinten Nationen für eine nachhaltige Entwicklung [2], [24]. Sie sind essentiell, um aktuellen und zukünftigen Herausforderungen und Krisen, wie beispielsweise der COVID 19-Pandemie mit Auswirkungen über alle gesellschaftlichen Sektoren hinweg, zukünftig

besser begegnen zu können. Durch multisektorale Zusammenarbeit können negative Konsequenzen von Maßnahmen wie z. B. Lockdowns zum Infektionsschutz, frühzeitig antizipiert und/oder mit entsprechenden Angeboten reduziert werden [24].

Für eine gelingende Zusammenarbeit und die Handlungsfähigkeit ist es wichtig, die unterschiedlichen Interessen, Handlungslogiken und Einflussfaktoren im Partnerschaftsprozess zu verstehen. Wissenschaftliche Untersuchungen, die sich mit Kooperationen und Partnerschaften für Gesundheit beschäftigen, könnten z. B. folgende Fragen verfolgen:

- Welche Arbeitsformen sind für die partnerschaftliche Zusammenarbeit in der Gesundheitsförderung sinnvoll?
- Wie sehen Partnerinnen und Partner, insbesondere die nicht aus dem Gesundheitssektor stammen (z. B. Unternehmen, Seniorenvertretung, Kindergartenpersonal), ihre Rolle und Verantwortlichkeit in Partnerschaften für Gesundheit?
- Welche Eigeninteressen verfolgen sie jeweils bei ihrem Engagement für Gesundheit?
- Wie beeinflussen Rollenwahrnehmung und Eigeninteressen verschiedener Partnerinnen und Partner die Ausgestaltung von Gesundheitsförderung?

Antworten auf diesen Fragen sind wichtig, um Partnerschaften zur Gesundheitsförderung effektiver gestalten und nutzen zu können.

Wir danken Julika Loss für Ihre Arbeit an den früheren Fassungen des Leitbegriffs.

Internetadressen:

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG). gesundheitsziele.de. Available from: https://gvg.org/de/topic/7.gesundheit-als-ziel.html
- Gesunde Städte-Netzwerk. Available from: https://gesunde-staedte-netzwerk.de/das-netzwerk/ueber-uns
- The Global Fund. Available from: https://www.theglobalfund.org/en
- plattform ernährung bewegung (peb). Available from: https://www.pebonline.de

Weiterführende Literatur:

- Curbach J, Loss J. Private Partnerships: Chancen und Risiken multisektoraler Zusammenarbeit in der Gemeindenahen Gesundheitsförderung. Impulse. 2012;(76):13–5.
- WHO Regionalbüro für Europa. EUR/RC60/R4: Partnerschaften für Gesundheit in der Europäischen Region der WHO. In: Bericht über die Sechzigste Tagung des Regionalkomitees für Europa. Kopenhagen; 2010. p. 37–8.

References

1. Nutbeam D, Muscat D. Health Promotion Glossary 2021. Health Promot Int. 2021;36:1578–98.
2. Kuruvilla S, Hinton R, Boerma T, Bunney R, Casamitjana N, Cortez R, Fracassi P, Franz-Vasdeki J, Helldén D, McManus J, Papp S, Rasanathan K, Requejo J, Silver K, Tenhoope-Bender P, Velleman Y, Wegner M, Armstrong C, Barnett S, Blauvelt C, Buang S, Bury L, Callahan E, Das J, Gurnani V, Kaba M, Milman H, Murray J, Renner I, Roche M, Saint V, Simpson S, Subedar H, Ukhova D, Velásquez C, Young P, Graham W, PMNCH Multisectoral Collaboration Study Group. Business not as usual: how multisectoral collaboration can promote transformative change for health and sustainable development. BMJ. 2018;363:k4771.
3. Corbin JH, Jones J, Barry MM. What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature. Health Promot Int. 2018;33:4–26.
4. Walter U, Röding D, Quilling E. Modelle und Evidenzen der intersektoralen Kooperation in der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin: GKV Spitzenverband; 2018.
5. Baggot R. Partnerships for public health and well-being: Policy and Practice. New York: Palgrave Macmillan; 2013.
6. 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

7. Wold B, Mittelmark MB. Health-promotion research over three decades: the social-ecological model and challenges in implementation of interventions. Scand J Public Health. 2018;46(Supplement_20):20–6.
8. Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H, editors. Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer VS; 2020.
9. 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
10. World Health Organisation (WHO). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Genf; 1986.
11. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
12. Harting J, Kruithof K, Ruijter L, Stronks K. Participatory research in health promotion: a critical review and illustration of rationales. Health Promot Int. 2022;37(Supplement_2):ii7–20.
13. 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
14. 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
15. 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
16. Towe VL, Leviton L, Chandra A, Sloan JC, Tait M, Orleans T. Cross-Sector Collaborations And Partnerships: Essential Ingredients To Help Shape Health And Well-Being. Health Affairs. 2016;35(11):1964–9. DOI:10.1377/hlthaff.2016.0604
17. Guglielmin M, Muntaner C, Ocampo P, Shakardass K. A scoping review of the implementation of health in all policies at the local level. Health Policy. 2018;122(3):284–92.
18. Deutscher Bundestag. Erster Bericht der Nationalen Präventionskonferenz über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention [Erster Präventionsbericht] mit Stellungnahme der Bundesregierung. 2021. [accessed 2021 Oct 5]. Available from: https://dserver.bundestag.de/btd/19/261/1926140.pdf
19. Hollederer 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
20. Quilling E, Kaczmarczyk D, Schäfer P, Trojan A, Süß W. Sozialraum- und Gemeindeorientierung in 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-i021-3.0
21. Seibold C, Loss J, Eichhorn C, Nagel E. Partnerschaften und Strukturen in der gemeindenahen Gesundheitsförderung − Eine Schritt-für-Schritt-Anleitung für Gesundheitsförderer. Erlangen: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit; 2008.
22. Tamminen N, Solin P, Barry MM, Kannas L, Lettunen T. Intersectoral partnerships and competencies for mental health promotion: a delphi-based qualitative study in Finland. Health Promot Int. 2022;37(1). DOI:10.1093/heapro/daab096
23. Nickel S, Trojan A. Capacity Building / Kapazitätsentwicklung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i007-3.0
24. Hinton R, Armstrong C, Asri E, Baesel K, Barnett S, Blauvelt C, Norbaya Bt Buang S, Bury L, Das J, Franz-Vasdeki J, Milman HM, Murray J, Palma S, Renner I, Roche M, Saint V, Simpson S, Singh L, McGhie D, Ukhova D, van Dijk J, Xinico S, Helga Fogstad H, Graham W, Kuruvilla S. Specific considerations for research on the effectiveness of multisectoral collaboration: methods and lessons from 12 country case studies. Glob Health. 2021;17(1):1–18. DOI:10.1186/s12992-021-00664-w

Korrespondenz: Dr. Adrienne Alayli, Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Universitätsklinikum Düsseldorf und Centre for Health & Society, Stellv. Leitung Fachbereich Versorgungsforschung im Kindes- und Jugendalter, Klinik für allgemeine Pädiatrie, Neonatologie und Kinderkardiologie, Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf, Deutschland, E-mail: adrienne.alayli@med.uni-duesseldorf.de

Zitierhinweis: Alayli A, Köckler H. Partnerschaften für Gesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i086-1.0

Copyright: © 2026 Adrienne Alayli 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/

Patientenberatung / Patientenedukation

Doris Schaeffer[1]
[1] Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld, Germany

Abstract

Patientenberatung und Patientenedukation sind kommunikative Strategien, die darauf zielen, die Selbststeuerungsfähigkeit zu verbessern. Vor allem bei chronischen Krankheiten unterstützen sie Betroffene dabei, das Leben eigenverantwortlich zu bewältigen, ungünstige Krankheitsverläufe abzumildern und einen aktiven Part bei der Therapie und Versorgung einzunehmen. Beratung ist meist als Kurzzeitintervention angelegt, die in Problemsituationen bei der Suche nach Lösungswegen hilft. Unter Patientenedukation werden dagegen Strategien der systematischen Vermittlung von gesundheits- bzw. krankheitsspezifischem Wissen und entsprechender Kompetenzen verstanden. Zu den wichtigsten Konzepten zählen strukturierte Schulungsprogramme, Selbstmanagementunterstützung, Förderung von Gesundheitskompetenz sowie Case Management.

Keywords: Patientenedukation, Gesundheitserziehung, Patientenberatung, Gesundheitsberatung, Gesundheitskompetenz, Selbstmanagementunterstützung

Einleitung

Patientenberatung / Patientenedukation sind Teile der Gesundheitsförderung [1] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen) und liegen konzeptionell nah beieinander. Beides sind kommunikative Interventionsstrategien, die auf die Verbesserung der Selbststeuerungsfähigkeit und des Selbstmanagements zielen. Dennoch unterscheiden sie sich.

Patientenberatung

Ziel von Beratung ist die Unterstützung in eigenständig nicht lösbaren Problemsituationen. Beratung stellt Deutungs- und Orientierungshilfen zur Verfügung, um die Situation einordnen und verstehen zu können, unterstützt die Suche nach tragfähigen Lösungsstrategien und deren Umsetzung. Beratung ist also nicht mit reiner Informations- oder Wissensvermittlung gleichzusetzen. Zwar ist die Weitergabe von Informationen und aufklärendem Wissen ein wichtiger Bestandteil im Beratungsprozess. Doch geht Beratung darüber hinaus, denn sie will Auswege aus unübersichtlichen persönlichen Problemsituationen sichtbar werden lassen, die die Ratsuchenden bis dahin nicht erkennen konnten.

Zugleich zielt sie auf die Stärkung von Fähigkeiten, die Ratsuchende benötigen, um entsprechende Schlussfolgerungen ziehen zu können, Lösungen zu entwickeln und umzusetzen. Immer geht es in der Patientenberatung also auch um Kompetenzförderung. Dabei steht die Stärkung solcher Kompetenzen im Vordergrund, die für die Bewältigung von Problemen erforderlich sind, die sich bei beeinträchtigter Gesundheit, Krankheit oder Pflegebedürftigkeit stellen.

Beratung gilt hier als Kurzzeitintervention, die sich an Individuen oder Gruppen richtet und sich unterschiedlicher Kommunikationsmedien bedient: der Face-to-Face-Kommunikation, der telefonischen, schriftlichen und zunehmend auch der Onlinekommunikation.

Im Gesundheitswesen hat Beratung seit jeher einen hohen Stellenwert und gehört zu den angestammten Aufgaben der Gesundheitsprofessionen. Ergänzend hat sich in den vergangenen Jahrzehnten im Gesundheitswesen ein eigener Beratungssektor herausgebildet, in dem es inzwischen ein breites institutionalisiertes Beratungsangebot für unterschiedliche Patienten- und Nutzergruppen gibt. So sind neben der Beratung durch Leistungserbringer und Kostenträger die unabhängige Patientenberatung nach SGB V, die Koordinationsstellen nach SGB IX (Rehabilitation) und die Pflegeberatungsstellen und Pflegestützpunkte nach SGB XI (soziale Pflegeversicherung) entstanden. Ihnen gesellen sich neuerlich sogenannte Gesundheitskioske in sozial benachteiligten Regionen hinzu.

Insgesamt unterliegt die institutionalisierte Patientenberatung einem raschen Wachstum und steht dadurch in Gefahr, ähnlich unübersichtlich zu werden wie das Gesundheitswesen als Ganzes [2]. Kritisch

ist zudem, dass das Wissen über diesen Bereich (Angebote, Arbeitsweise, Beratungsgeschehen, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie Nutzer und Nutzerinnen) relativ gering ist und es an empirischen Studien dazu mangelt.

Patientenedukation

Patientenedukation, hierzulande auch als Patientenschulung bezeichnet, hat in allen Bereichen des Gesundheitswesens – besonders bei der Versorgung von Menschen mit chronischer Krankheit und komplexen Gesundheitsproblemen – an Relevanz gewonnen. Unter Patientenedukation werden Strategien verstanden, in deren Zentrum die systematische Vermittlung von gesundheits- bzw. krankheitsspezifischem Wissen und Information steht, die (chronisch) Erkrankte benötigen, um ihre Situation zu bewältigen und einen aktiven Part bei der Wiedererlangung bzw. Sicherung ihrer verbliebenen Gesundheit einzunehmen.

Traditionellerweise war Patientenedukation als „Unterweisung“ und Schulung angelegt, die darauf zielte, durch die Erweiterung individuellen Wissens die Compliance – die Krankheitseinsicht und die Befolgung des Therapieregimes – zu verbessern. Mittlerweile hat sich ein Paradigmenwechsel vollzogen: So wird dem „Unterweisungs“-Konzept ein verengtes Lernverständnis vorgehalten, weil es vor allem kognitive Lernprozesse umfasst und unterstellt, allein durch Wissensvermittlung Verhaltensänderungen zu bewirken – eine Annahme, die sich als nicht haltbar erwiesen hat. Deshalb wird inzwischen ergänzend die Förderung praktischer Kompetenzen zur Krankheitsbewältigung einbezogen.

Patientinnen und Patienten sollen so in die Lage versetzt werden, die Krankheitssituation aktiv und eigenverantwortlich zu managen und zur Wiedererlangung oder Erhaltung ihrer Gesundheit beizutragen. Neuere Edukationsprogramme setzen seither sowohl auf Wissensvermittlung als auch auf Kompetenzförderung [3], [4] (Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung, Gesundheitskompetenz / Health Literacy).

Am traditionellen Konzept der Patientenschulung wurde außerdem kritisiert, dass ihm ein paternalistisches Verständnis der Rolle von Patientinnen und Patienten zugrunde liegt und es vor allem der Expertenperspektive folgt. Demgegenüber wird heute ein Zugang bevorzugt, der die Patientenperspektive einbezieht und – dem Wandel der Patientenrolle entsprechend – zur Stärkung der Selbststeuerung, des Selbstmanagements und der Autonomie beitragen will. Darüber hinaus sollen Patientinnen und Patienten befähigt werden, ihr Leben mit (chronischer) Krankheit eigenkompetent zu gestalten und sich die dazu erforderlichen Ressourcen erschließen zu können – sei es im Gesundheitswesen oder im sozialen Umfeld.

Konzepte und Strategien der Patientenedukation

Im Bereich der Patientenedukation ist in den vergangenen Jahren ein breites Spektrum an Konzepten und Strategien entstanden. Zu den wichtigsten gehören strukturierte Schulungsprogramme, Selbstmanagementunterstützung, Förderung der Gesundheitskompetenz und Case Management:

Strukturierte Schulungsprogramme gibt es mittlerweile in großer Zahl. Sie umfassen folgende Dimensionen:

- Vermittlung von Informationen und aufklärendem Wissen zur Förderung eines differenzierten Krankheits- und Therapieverständnisses.
- Entwicklung einer angemessenen Einstellung zur Krankheitsbewältigung.
- Sensibilisierung der Symptom- und Körperwahrnehmung, um Warnsignale und sich anbahnende Krankheitskrisen erkennen zu können.
- Gezielte Vermittlung von Fähigkeiten zur Selbstbeobachtung und -steuerung sowie zu präventivem Verhalten etwa zur Vermeidung akuter Krankheitskrisen, ebenso zur Erschließung von Ressourcen und der Mobilisierung sozialer Unterstützung [5].

Für zahlreiche chronische Krankheiten liegen strukturierte Schulungsprogramme vor, ebenso systematische Reviews und Meta-Analysen zur Wirksamkeit von Patientenedukation. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Entwicklung von zielgruppenspezifischen Edukationsprogrammen, z. B. für Kinder mit Asthma bronchiale oder Epilepsie, Menschen mit Migrationshintergrund.

Strukturierte Schulungsprogramme richten sich meist an Gruppen und basieren auf einem systematischen Vorgehen unter Nutzung von Manualen und Schulungsmaterialien.

Konzepte zur Selbstmanagementunterstützung sind vor allem in den USA in großer Zahl entstanden; es gibt sie inzwischen auch im deutschen Sprachraum (z. B. [6]). Sie verfolgen weniger einen edukativen als einen supportiven Ansatz und sehen sich der Patientenperspektive verpflichtet. Gemeint ist, dass sich Selbstmanagementunterstützung strikt auf die von Patientinnen und Patienten selbst artikulierten Probleme konzentriert. Die Unterstützung bei deren Bearbeitung steht im Mittelpunkt, wobei vornehmlich auf Fähigkeiten zur Verbesserung von Problemlösungskompetenzen oder zum Monitoring von Symptomen gesetzt wird.

Auch Selbstmanagementunterstützung zielt daher auf die Förderung von Kompetenzen, die zum eigenständigen Management der Krankheitssituation erforderlich sind, aber sie konzentriert sich auf praktische Fähigkeiten. Das Konzept weist große Überschneidungen mit „self care support“ auf, also Selbstversorgungsunterstützung; manchmal werden beide Begriffe identisch verwendet.

Selbstmanagementunterstützung richtet sich meist an Gruppen und ist als Langzeitintervention konzipiert. Obwohl Selbstmanagementunterstützung konzeptionell auf krankheitsunspezifische Aspekte zielt, sind in den letzten Jahren zahlreiche Konzepte für spezifische chronische Krankheiten entstanden (so z. B. für chronische Arthritis, HIV/Aids, Diabetes mellitus, Schlaganfall, chronische Bronchitis); ebenso existieren Programme für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen. Ähnlich wie bei der Patientenedukation bedarf die Forschung – speziell zu den langfristigen Effekten – der Intensivierung.

Gesundheitskompetenz / Health Literacy

Unter Gesundheitskompetenz– ursprünglich als Health Literacy bezeichnet, werden die erforderlichen kognitiven und sozialen Fähigkeiten verstanden, gesundheitsbezogene Informationen finden, verstehen, einschätzen und für die Erhaltung und Steuerung der eigenen Gesundheit sowie die dazu nötigen Entscheidungen nutzen zu können [7], [8]. Sind Individuen nicht in der Lage, Gesundheitsinformationen zu erschließen und zu verstehen, können sie auch keine tragfähigen Entscheidungen treffen. Sie können dann die eigene Krankheitsbewältigung oder Gesundheitserhaltung nicht angemessen managen und ihre Belange so im Gesundheitswesen kommunizieren, dass es bestmöglich genutzt werden kann [9].

Gesundheitskompetenz / Health Literacy [4] ist ein für die Gesundheitsförderung relevantes Konzept und besitzt auch für die Patientenedukation große Bedeutung. Oft wissen Patientinnen und Patienten nicht, wie sie bei der Vielzahl an Informationen, die für sie richtige identifizieren können und die Qualität und den Inhalt vorliegender Informationen beurteilen sollen. Schwierigkeiten bestehen auch dabei, Informationen in alltagstaugliches, handlungsrelevantes Wissen zu übersetzen. Aufgaben wie diese haben durch die Digitalisierung [10] (Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien) und der mit ihr verbundenen Expansion an Informationen und der gleichzeitigen Zunahme von Fehl- und Desinformationen enorm an Stellenwert gewonnen.

Gesundheitskompetenz konzentriert sich auf diese Herausforderungen im Umgang mit Informationen. Erst wenn neue Informationen verarbeitet, in das individuelle Wissensrepertoire integriert und zu Wissen verdichtet werden können, entsteht subjektiv verfügbares und nutzbares Wissen.

Gesundheitskompetenz wird als relational verstanden [11], [12]: Sie beruht auf den persönlichen Fähigkeiten des Individuums, ist aber gleichzeitig von den jeweiligen Lebensumwelten und deren Bedingungen geprägt. Fördermaßnahmen sollten daher auf beide Dimensionen zielen: sowohl auf Verbesserungen subjektiver Fähigkeiten (durch Edukation) wie auch auf Veränderungen der Lebensumwelten und deren Bedingungen.

International stellt Gesundheitskompetenz seit langem ein wichtiges Forschungsgebiet dar [4] (Gesundheitskompetenz / Health Literacy). Auch in Deutschland erfährt es inzwischen zunehmend Aufmerksamkeit, zumal Studien zeigen, dass die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung hierzulande nicht sehr gut ausgeprägt ist [13], [14]; sie hat sich im Verlauf der Zeit sogar verschlechtert [15], [16]. In Reaktion darauf wurde schon früh ein Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz mit 15 Empfehlungen in vier Handlungsfeldern erarbeitet [17]. Parallel entstanden die Allianz für Gesundheitskompetenz [18] und andere Netzwerke [19]. Durch diese Initiativen ist die Förderung von Gesundheitskompetenz mittlerweile zu einem beeindruckenden Handlungsfeld geworden.

Coaching / Case Management

Nicht immer sind Patientinnen und Patienten in der Lage, ihre Krankheitssituation eigenständig zu bewältigen – sei es, weil ihre Krankheitssituation zu komplex ist, sie krankheitsbedingt zu schwach sind oder sie nicht über die nötigen Voraussetzungen verfügen. Sie benötigen dann ein begleitendes

Monitoring. Coaching und Case Management stellen solche Strategien dar. Sie gewinnen zunehmend an Bedeutung und sind beide als anwaltschaftliche Unterstützung zu verstehen. Folglich sind sie der Patientenperspektive verpflichtet und zielen darauf, die Sicherheit der Patientinnen und Patienten zu erhöhen.

Zur Patientenedukation gehören sie, weil es bei ihnen nicht nur darum geht, den Krankheits- und Versorgungsverlauf unter Kontrolle zu halten und vermeidbare Verschlechterungen zu verhindern. Außerdem remobilisieren sie durch Empowerment / Befähigung [20] und gezielte individualisierte Edukation die Selbststeuerungsfähigkeit und stärken die Bewältigungskompetenz. Coaching und Case Management sind als Langzeitinterventionen konzipiert und richten sich meist an Individuen. Unter Public Health-Gesichtspunkten stellen sie wichtige Unterstützungsstrategien für vulnerable Patientengruppen dar [21]. Nach langen Diskussionen wurden sie auch in Deutschland vermehrt in die Versorgung aufgenommen.

Zusammenfassung

Es kann festgestellt werden, dass sich die Patientenberatung / Patientenedukation in den vergangenen Jahren deutlich ausgeweitet hat. In vielen Bereichen des Versorgungswesens ist sie heute ein bedeutsamer und selbstverständlicher Teil des Alltags, so vor allem in der Rehabilitation, der Versorgung von Menschen mit chronischer Krankheit und in der pflegerischen Versorgung. Im Zuge dessen ist das Spektrum an edukativen Konzepten und Strategien ebenfalls größer und differenzierter geworden. Eine damit in Einklang stehende konzeptionelle und empirische Diskussion zeichnet sich in Deutschland erst zögerlich ab. Ähnliches gilt für die Studienlage, die verbesserbar ist.

Ich danke Herrn Prof. Franz Petermann für die Mitwirkung an der Erstversion dieses Leitbegriffs.

Weiterführende Quellen

- Kickbusch I, Pelikan J, Haslbeck J, Apfel F, Tsouros D, editors. Health literacy. The solid facts. Kopenhagen: World Health Organization (WHO); 2013 [accessed 2024 Jan 3]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf
- Kickbusch I, Pelikan J, Haslbeck J, Apfel F, Tsouros D, editors. Gesundheitskompetenz. Die Fakten. Kopenhagen: World Health Organization (WHO); 2016.
- Lorig K, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med. 2003;26(1):1–7.
- Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K, editors. International handbook of health literacy. Bristol: Policy Press; 2019.
- Schaeffer D, Haslbeck J. Bewältigung chronischer Krankheit. In: Hurrelmann K, Richter M, editors. Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Verlag; 2023. p. 261–80.
- Schaeffer D, Schmidt-Kaehler S, editors. Lehrbuch Patientenberatung. Bern: Huber; 2012.

- Kickbusch I, Pelikan J, Haslbeck J, Apfel F, Tsouros D, editors. Health literacy. The solid facts. Kopenhagen: World Health Organization (WHO); 2013 [accessed 2024 Jan 3]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf
- Kickbusch I, Pelikan J, Haslbeck J, Apfel F, Tsouros D, editors. Gesundheitskompetenz. Die Fakten. Kopenhagen: World Health Organization (WHO); 2016.
- Lorig K, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med. 2003;26(1):1–7.
- Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K, editors. International handbook of health literacy. Bristol: Policy Press; 2019.
- Schaeffer D, Haslbeck J. Bewältigung chronischer Krankheit. In: Hurrelmann K, Richter M, editors. Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Verlag; 2023. p. 261–80.
- Schaeffer D, Schmidt-Kaehler S, editors. Lehrbuch Patientenberatung. Bern: Huber; 2012.

Internetadressen:

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Allianz für Gesundheitskompetenz. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitskompetenz/allianz-fuer-gesundheitskompetenz
- Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz (DNGK). Available from: https://dngk.de

- INSEA aktiv – Leben mit chronischer Krankheit. Available from: https://www.insea-aktiv.de
- Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Available from: https://www.nap-gesundheitskompetenz.de
- Patienten Universität an der Medizinischen Hochschule Hannover. Available from: https://www.patienten-universitaet.de
- österreichische plattform gesundheitskompetenz. Available from: https://www.oepgk.at

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
2. Schaeffer D, Schmidt-Kaehler S. Institutionalisierte Patienten- und Nutzerberatung. In: Hurrelmann K, Baumann E, editors. Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Huber; 2014. p. 468–81.
3. Weichold K. Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i070-3.0
4. 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
5. Petermann F, editor. Patientenschulung und Patientenberatung. Göttingen: Hogrefe; 1997.
6. Seidel G, Meierjürgen R, Melin S, Krug J, Dierks ML, editors. Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen. Baden-Baden: Nomos; 2019.
7. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H, (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012 Dec;12(1):1–13. DOI:10.1186/1471-2458-12-80
8. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;(67):2.072-2.078.
9. Schaeffer D, Pelikan JM. Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe; 2017.
10. Ludwigs S, Nöcker G. Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i107-2.0
11. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. Am J Health Behav. 2007;31(Suppl 1):19–26.
12. Parker R, Ratzan SC. Health literacy: A second decade of distinction for Americans. J Health Commun. 2010 Aug 31;15(sup2):20–33. DOI:10.1080/10810730.2010.501094
13. Schaeffer D, Berens EM, Vogt D. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. Dtsch Arztebl. 2017;114:53–60.
14. Jordan S, Hoebel J. Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). Bundesgesundheitsblatt. 2015;58:942–50.
15. Schaeffer D, Berens EM, Vogt D, Gille S, Griese L, Klinger J, Hurrelmann K. Health literacy in Germany − Findings of a representative follow-up survey. Dtsch Arztebl Int. 2021 Oct 29;118:723–9. DOI:10.3238/arztebl.m2021.0310
16. Hurrelmann K, Klinger J, Schaeffer D. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020. Universität Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK); 2020 Jan.
17. Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik K, editors. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart; 2018.
18. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Allianz für Gesundheitskompetenz. Gemeinsame Erklärung. Berlin; 2017.
19. Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz e.V. (DNGK). Jahresbericht 2019. Bergisch Gladbach; 2020.
20. Brandes S, Stark W. Empowerment/Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit

(BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i10-3.0

21. Ewers M, Schaeffer D. Case Management: Aktuelle Literaturauswahl zum Stand der Diskussion und Entwicklung. In: Ewers M, Schaeffer D, editors. Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Huber; 2005. p. 331–49.

Korrespondenz: Prof. Dr. phil. Doris Schaeffer, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, Deutschland, E-mail: doris.schaeffer@uni-bielefeld.de

Zitierhinweis: Schaeffer D. Patientenberatung / Patientenedukation. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i087-1.0

Copyright: © 2026 Doris Schaeffer
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/

Peer Education

Roger Keller[1]
[1] Prorektorat Forschung und Entwicklung, Pädagogische Hochschule Zürich, Zürich, Schweiz

Abstract

Peer Education bezeichnet verschiedene pädagogische Handlungsansätze, die auf Aspekte der Entwicklung, des Lernens oder der Überzeugung von bestimmten Peers oder Peer Groups fokussieren. Ziel ist es, Wissen zu vermitteln oder Einstellungs- und Verhaltensänderungen bei der Zielgruppe anzuregen. Peer Education wird in zahlreichen Präventionsgebieten umgesetzt. Häufige Settings für Peer Education-Projekte sind die Schule, Betriebe bzw. der Arbeitsplatz, Jugendzentren oder die Freizeit ganz allgemein. Die Auswahl eines geeigneten Rahmens für eine Intervention hängt in der Regel von der Zielgruppe ab. Im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention finden sich Peer Education-Projekte in vielen Bereichen, darunter Suchtprävention, Gewaltprävention, Schuldenprävention, sexuelle Gesundheit und Medienbildung. Zudem bieten sie Unterstützung für Menschen in psychischen Krisen und anderen herausfordernden Lebenssituationen, ebenso für Personen, die mit formalen Bildungsangeboten nur schwer erreicht werden können.

Keywords: Gesundheitsförderung, Lebensweltbezug, Modelllernen, Peer Education, Prävention

Einleitung

„Peers“ sind Menschen, die persönliche Eigenschaften, Umstände, Erfahrungen, Einstellungen oder Rollen miteinander teilen. Sie gehören zu einer vergleichbaren sozialen Gruppe, zum Beispiel in Bezug auf das Alter, den kulturellen Hintergrund, den Gesundheitszustand oder die sexuelle Orientierung.

„Peer Educators“ teilen zahlreiche Merkmale mit den Peers, was sie zu idealen Partnerinnen und Partnern für die Kommunikation mit Zielgruppen macht, die Schwierigkeiten haben, durch formale Bildungs- und Unterstützungsangebote erreicht zu werden. Peer Educators dienen als Rollenmodelle und können eher auf Augenhöhe Wissen, Werte, soziale Normen und Problemlösestrategien an ihre Peer Group vermitteln sowie Einstellungs- und Verhaltensänderungen anregen [1].

„Peer Involvement“ ist ein Sammelbegriff für eine Vielfalt von Angeboten, bei denen Peers als Übermittlerinnen und Übermittler von Botschaften zum Einsatz kommen [2], [3].

Die Begriffe werden nicht immer einheitlich verwendet. Aufgrund der Vielfalt der Angebote finden sich in der Praxis neben dem Begriff „Peer Education“ verschiedene Mischformen [4]:

- Peer Tutoring: Peer Educators vermitteln Wissen und regen zu Verhaltensänderungen im Unterricht an.
- Peer Counseling: Peer Educators beraten andere Peers in einer 1:1 Situation.
- Peer Mediation: Peer Educators vermitteln bei Konflikten zwischen Peers.
- Peer Support: Peer Educators moderieren Gespräche im Rahmen der organisierten Selbsthilfe.

Peer Involvement-Ansätze

Aus folgenden Bereichen liegen positive Erfahrungen mit Peer Involvement-Ansätzen vor:

- Vermittlung von Schul- und Lernstoffen jeder Art.
- Bewältigung von Stress, „Stress-Impfung“ und „Stress-Immunisierung“, Stärkung individueller Widerstandskompetenzen gegen negativen sozialen Druck.
- Universelle Prävention von Rauchen und Risikominimierung von Alkoholkonsum/-missbrauch.
- Universelle Prävention von Drogenkonsum.
- Schadensminimierung bei Drogenmissbrauch.
- HIV-/Aidsprävention.
- Verhütung ungewollter Schwangerschaften (Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung).

- Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen.
- Prophylaxe von Infektionskrankheiten wie z. B. Grippe.
- Ernährungsberatung und Prävention von Essstörungen.
- Bekämpfung von Wohnungslosigkeit.
- Prävention von Gewalt.

In den USA ist der Peer Education-Ansatz Teil vieler schulischer Curricula. Im europäischen Sprachraum waren Peer Education-Programme bis vor einigen Jahren nur in Großbritannien bekannt, abgesehen von wenigen Ausnahmen. Inzwischen sind sie auch in Europa verbreitet und haben auch in Deutschland stark an Bedeutung gewonnen.

Auf europäischer Ebene findet etwa seit 2005 eine Vernetzung der Peer Education-Projekte durch die Etablierung des EuroPeer-Projekts statt. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin waren als Vertreter Deutschlands an der Entwicklung des Netzwerks aktiv beteiligt.

Die im Rahmen des Projekts entstandene Website als Fokus der Zusammenarbeit informiert über aktuelle Projekte aus vielen Ländern Europas, eine fortlaufend aktualisierte Literaturauswahl, Rahmenrichtlinien für die Peer Education-Arbeit in Zusammenhang mit sexueller Gesundheit, HIV/Aids und anderen Präventionsthemen. Aus den Aktivitäten des EuroPeer-Projekts ist u. a. das „Europäische Netzwerk für praxisorientierte Suchtprävention“ entstanden, das seine Ziele vor allem durch den Einsatz von Peer-Projekten zu erreichen sucht.

Theoriebezüge und Handlungsansätze

Theoretisch stützt sich der Peer Education-Ansatz im Wesentlichen auf entwicklungspsychologische Ansätze und soziale Lerntheorien. Aus entwicklungspsychologischer Sicht haben Peers eine wichtige Bedeutung bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsproblemen. Insbesondere Jugendlichen, die sich in einem Prozess der Ablösung vom Elternhaus befinden und auf der Suche nach eigenen Werten sind, hilft die Orientierungs- und Stabilisierungsfunktion von Peer Groups. Da die Interaktionsformen des Sozialsystems der Peers durch Kooperation und Egalität gekennzeichnet sind, bieten sich auch neue und eigene Entwicklungsmöglichkeiten. Soziale Lerntheorien (insbesondere Lernen am Modell Lernpsychologische Perspektive [5] gehen davon aus, dass neue Verhaltensweisen durch Beobachtung von existierenden oder symbolischen Modellen entstehen. Eine Person wird ein Verhalten vor allem dann nachahmen, wenn das Modell auf eine gewisse Weise ähnlich ist.

Peer Education-Ansätze eignen sich insgesamt gut für die Umsetzung der theoretischen Grundlagen der Gesundheitsförderung. Sie zielen auf Netzwerkförderung ab [6] (Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung) sowie auf die Bildung von Freiwilligengruppen, die an subjektiv bedeutsamen Themen arbeiten. Peer Education erfordert zudem die Unterstützung von Selbstorganisation und autonomen Lebensformen sowie die Förderung von Empowerment/Befähigung [7] bei Jugendlichen. Partizipation der Jugendlichen [8] (Partizipation / Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger) findet Eingang in alle Ebenen der Programmrealisierung (Zielsetzung, Programmentwicklung, -durchführung und -evaluation) und ist damit ein weiteres Schlüsselelement von Peer Education-Ansätzen.

Wirksamkeit von Peer Education

Inzwischen nutzen viele Organisationen Peer Education-Ansätze mit dem Ziel, durch glaubwürdige Rollenmodelle und einen starken Lebensweltbezug das Wohlbefinden und die Gesundheit von Peers zu fördern. Aktuell liegen verschiedene Meta-Analysen von Studien im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention vor, die zeigen konnten, dass sich in Peer Education-Projekten neben einem Wissenszuwachs bei den Peers auch Einstellungs- und Verhaltensänderungen feststellen ließen (siehe z. B. [9], [10], [11]). Die Meta-Analysen bieten wertvolle Einblicke und tragen maßgeblich zum besseren Verständnis von Peer Education bei. Dennoch sind dabei die zahlreichen Limitationen der Studien zu berücksichtigen; die Durchführung belastbarer Studien zur Wirksamkeit von Peer Education-Ansätzen ist nach wie vor notwendig.

Evidenzbasierte Qualitätskriterien für erfolgreiche Peer Education

Evidenzbasierte Peer Education-Angebote geben Antwort auf die Fragen, warum ein Angebot funktioniert, welche unerwünschten Wirkungen auftreten können (z. B. Vermittlung unvollständiger

Informationen an Peers oder Überforderung der Peer Educators) und was in der Praxis umsetzbar ist. Hier wird gleichermaßen aktuelles Wissen aus der Forschung und Erfahrungswissen von Fachpersonen, Peer Educators und Peers berücksichtigt.

Damit Peer Education eine nachhaltige Wirkung entfalten kann, ist es wichtig, dass die Angebote zentrale Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung und Prävention berücksichtigen: Partizipation [8] (Partizipation / Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger), Empowerment [7] (Empowerment/Befähigung), Chancengleichheit und der Settingansatz/Lebensweltansatz [12].

Zudem basieren evidenzbasierte Peer Education-Angebote auf Theorien und Modellen zu Einstellungs- und Verhaltensänderungen. Wichtig ist, dass die Angebote in eine Organisation eingebettet sind, um Kontinuität zu gewährleisten, und von allen Beteiligten mitgetragen werden. Peer Educators sind zudem keine Fachpersonen: Bei Schwierigkeiten oder Unsicherheiten müssen sie während der gesamten Dauer des Programms Supervision und professionelle Unterstützung durch die Programmverantwortlichen nutzen können [4], [1].

Als allgemeines und strukturell bedingtes Problem soll darauf verwiesen werden, dass die Herstellung von Kontinuität innerhalb von Peer Education-Projekten oft nur schwer erreichbar ist. Damit ist u. a. gemeint, dass Peers aus ihrer Rolle schnell „herauswachsen“ und mehrjährige Projekte daher regelmäßig neue Peers rekrutieren und ausbilden müssen. Schließlich ist festzuhalten, dass Peer Education das Wissen, das von Fachpersonen vermittelt wird, lediglich ergänzen kann. Die Angebote dürfen die professionelle Unterstützung durch Fachpersonen nicht ersetzen – weder aus Kostengründen noch aus Mangel an professionellem Personal.

Der Autor dankt Herbert Backes und Christiane Lieb für ihre Vorarbeiten zu diesem Leitbegriff in den bisherigen Auflagen.

Internetadressen:

- EuroPeers. Available from: https://www.europeers.de
- JUGEND für Europa. Available from: https://www.jugendfuereuropa.de
- European Network for Practical Approaches in Addiction Prevention. Available from: https://www.euronetprev.org
- Europeer UK. Available from: https://www.projects.exeter.ac.uk/europeeruk
- Alkohol? Kenn dein Limit. Available from: https://www.kenn-dein-limit.info

References

1. Keller R, Kern-Scheffeldt W, Reinhard I. PeerWork Schweiz. Grundlagenpapier für ein gemeinsames Verständnis. Bern: Netzwerk PeerWork Schweiz; 2017.
2. Backes H, Schönbach K. Peer Education − ein Handbuch für die Praxis. 2 edn. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA); 2002.
3. Kern-Scheffeldt W. Peer Education und Suchtprävention. SuchtMagazin. 2005;05:3–10.
4. Keller R. Peer Involvement − Auf Augenhöhe. laut & leise. 2023;1:8–10.
5. Von Lengerke T, Franzkowiak P. Lernpsychologische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i074-2.0
6. Quilling E, Brähler-Dieling N, Kuchler M, Trojan A. Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i108-3.0
7. Brandes S, Stark W. Empowerment/Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i10-3.0
8. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
9. Hu L, Chen G. A systematic review and meta-analysis of productive peer talk moves. J Bed Edu. 2024 Dec;33(4):798–830. DOI:10.1007/s10864-023-09513-9

10. Topping KJ. Peer education and peer counselling for health and well-being: A review of reviews. Int J Environ Res Public Health. 2022 May 17;19(10):6064. DOI:10.3390/ijerph19106064
11. Watts LL, Hamza EA, Bedewy DA, Moustafa AA. A meta-analysis study on peer influence and adolescent substance use. Current Psychology. 2024 Feb;43(5):3866–81. DOI:10.1007/s12144-023-04944-z
12. 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

Korrespondenz: Prof. Dr. Roger Keller, Pädagogische Hochschule Zürich, Prorektorat Forschung und Entwicklung, Lagerstrasse 2 / ZOA-F042, 8090 Zürich, Schweiz, E-mail: roger.keller@phzh.ch

Zitierhinweis: Keller R. Peer Education. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i088-1.0

Copyright: © 2026 Roger Keller
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/

Prävention übertragbarer Erkrankungen

Annelene Kossow[1]
[1] Gesundheitsamt Köln, Köln, Germany

Abstract

Spätestens seit der COVID-19-Pandemie ist der Infektionsschutz als einer der Hauptaufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) bekannt. Rechtliche Grundlage bildet das Infektionsschutzgesetz. Sowohl der Gesundheitsschutz als auch Maßnahmen der Gesundheitsförderung dienen der Prävention übertragbarer Krankheiten. Ein klassisches Beispiel hierfür sind Impfungen. Daneben überwacht der ÖGD den Infektionsschutz in medizinischen und öffentlichen Einrichtungen.

Keywords: COVID-19-Pandemie, Prävention, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Infektionskrankheiten, Infektionsschutz, Infektionsschutzgesetz, Schutzimpfung, Robert Koch Institut

Einleitung

Die Prävention übertragbarer Erkrankungen stellt eine der Hauptaufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes dar [1] (Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung). Die Infektionsprävention fällt in den Bereich des Gesundheitsschutzes [2] (Gesundheitsschutz), der „Maßnahmen, die durch den Einzelnen nicht sichergestellt oder beeinflusst werden können, sondern in einem Gemeinwesen – unabhängig vom Verhalten des Einzelnen – aufgewendet werden müssen, um gesundheitlich einwandfreie Lebensverhältnisse sicherzustellen“ ([3], S. 21), umfasst. Daneben zielt die Gesundheitsförderung auf Maßnahmen, welche die einzelne Person befähigt, durch individuelle Verhaltensweisen seine Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Im Infektionsschutz haben also Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung vielseitige Wechselwirkungen

Historische Entwicklung

Infektionskrankheiten, also Krankheiten die durch das Eindringen von Mikroorganismen in den menschlichen Körper verursacht werden, gibt es schon lange. So ist die Lepra als Erkrankungen der Aussätzigen mitsamt der empfohlenen Präventionsmaßnahmen bereits in der Bibel beschrieben. Dennoch war der Ursprung von Infektionen lange Zeit nicht nachgewiesen. So hielten sich die Theorie der Lehre der Miasmen, wonach Krankheiten durch schlechte Dämpfe, die in den Körper eindringen, verursacht werden sowie die Theorie der sogenannten Säftelehre bis in die frühe Neuzeit hinein. Der Aderlass als therapeutische Maßnahme ist beispielsweise hierauf zurückzuführen.

Die Infektionskrankheit Pest ist als „Schwarzer Tod“ als Erkrankung des Mittelalters bekannt. Auch hier wurde häufig bei der Wahl der präventiven Maßnahmen auf die Theorie zurückgegriffen, dass Dämpfe für die Übertragung verantwortlich seien und beispielsweise eine Räucherpfanne bei der Behandlung eines Erkrankten geschwenkt, um eine Infektion von Außenstehenden zu vermeiden.

Die moderne Hygiene und öffentliche Gesundheit werden schließlich begründet mit der Veröffentlichung des sechsbändigen Werkes „System einer vollständigen medizinischen Polizey“ des Philosophen und Arztes Johann Peter Frank (1745 bis 1821) aus dem Jahr 1779. Darin empfiehlt er den Fürsten, die Menschen durch einfache hygienische Maßnahmen gesund zu halten. Damals schon wies er auf den Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit hin [4] (Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit) und sah die Notwendigkeit der politischen Unterstützung zur Umsetzung seiner Strategien. Somit legte er den Grundstein für die Verankerung des Infektionsschutzes im öffentlichen Gesundheitsdienst.

Einen weiteren Meilenstein setzte Edward Jenner (1749 bis 1823) mit der Entdeckung der Pockenimpfung (vgl. [5]). Durch die Aufzeichnungen von John Snow (1813 bis 1858) wurde die Bedeutung des Trinkwassers für die Ausbreitung der Cholera erkannt, ohne dass ein Krankheitserreger nachgewiesen wurde, und so die systematische Epidemiologie und medizinische Topographie zur Aufdeckung von Krankheitsursachen eingeführt. Wissenschaftliche experimentelle Basis erhielt die Hygiene schließlich durch Max von Pettenkofer (1818 bis 1901).

Robert Koch (1843 bis 1910) revolutionierte schließlich die Hygiene und öffentliche Gesundheit mit den Nachweisen der Erreger von Tuberkulose, Milzbrand und Cholera. Nach den Grundprinzipien seiner Untersuchungsmethoden wird noch heute gearbeitet (vgl. [5]).

Globale Rolle der Infektionskrankheiten

Infektionen gehören immer noch den Haupttodesursachen weltweit. Obwohl die meisten Todesfälle durch nicht übertragbare Krankheiten wie Herzinfarkte und kardiovaskuläre Erkrankungen verursacht werden, befanden sich 2019 unter den zehn häufigsten globalen Todesursachen – wie von der Global-Burden-of-Disease-Studie [6] herausgearbeitet – drei Infektionskrankheiten. Hierzu zählten tiefe respiratorische Infektionen, Durchfallerkrankungen und neonatale Infektionen. In Ländern mit einem niedrigen Einkommen waren sechs der zehn häufigsten Todesursachen auf Infektionserkrankungen zurückzuführen, während in Ländern mit hohem Einkommen dies nur die Infektionen der unteren Atemwege betraf. Im Vergleich zu früheren Berichten waren und sind Infektionskrankheiten jedoch unter den Todesursachen rückläufig.

Große Errungenschaften in der Bekämpfung von Infektionskrankheiten sind auf Maßnahmen der Public Health zurückzuführen. Neben der Einführung von Impfungen [7] und der Verbesserung der hygienischen Situation und sanitären Versorgung [8], sind die Entwicklung und der Einsatz von Antibiotika wirksame Mittel gegen bakteriell verursachte Infektionskrankheiten [9].

Meilensteine in der Bekämpfung von Infektionskrankheiten

Ohne Zweifel sind v. a. in den reichen Industrieländern spektakuläre Erfolge bei der Zurückdrängung von Infektionskrankheiten gelungen. Diese Erfolge waren v. a. möglich durch

- wissenschaftliche Erkenntnisse hinsichtlich der Natur und insbesondere der Übertragungswege von Erregern;
- darauf beruhende gesellschaftliche Veränderungen von Verhaltensweisen, beispielsweise die zwischenzeitlich in Vergessenheit geratenen, aber wieder aktuelle Kampagne gegen das öffentliche Ausspucken als unspezifische Maßnahme gegen die Tuberkulose, einfache Hygienemaßnahmen wie häufiges Händewaschen oder die sogenannte „Hustenhygiene“ gegen die Weiterverbreitung von SARS-CoV2 und Influenza und nicht zuletzt Verhaltensänderungen zur Prävention einer HIV-Infektion;
- soziale Verbesserungen (z. B. der Wohnungssituation und der Ernährungslage);
- allgemeine Hygiene- und Sanitationsmaßnahmen (Trinkwasserversorgung, Abwasserkanalisation, Müllbeseitigung, Assanierung der Städte etc.);
- Entwicklung und breite Anwendung spezifischer Schutzimpfungen sowie
- sekundäre Prävention v. a. durch effektive Behandlungsmöglichkeiten insbesondere bakterieller Infektionen.

Bei der Planung von Maßnahmen gegen die Weiterverbreitung einer Infektionskrankheit spielt deren Übertragungsweg eine wesentliche Rolle. Infektionskrankheiten, die leicht − z. B. als „Tröpfcheninfektion“ − übertragen werden, erfordern andere Strategien als solche, deren Erreger sich auf dem Weg der Schmier- und Schmutzinfektion ausbreiten. Wieder andere Vorgehensweisen sind bei Infektionen notwendig, die überwiegend oder ausschließlich als genitale Kontaktinfektion weitergegeben werden.

Durch individuelles Verhalten wie eine gesunde Lebensführung, die Teilnahme an Schutzimpfungen und die Infektionsvermeidung durch Expositionsprophylaxe kann das Ansteckungsrisiko je nach Krankheit erheblich gesenkt werden. Die Schaffung von Bedingungen, die dem Auftreten von übertragbaren Krankheiten entgegenwirken, hat dazu beigetragen, dass die Situation in wohlhabenden Ländern vergleichsweise günstig ist. Die Doppelstrategie der Gesundheitsförderung von verhaltens- und verhältnisbezogenen Ansätzen bewährt sich daher auch bei der Prävention von übertragbaren Erkrankungen.

Die Schutzimpfung ist die wohl wichtigste und effektivste Prävention von Infektionskrankheiten, sofern verfügbar. Die Evolution hat schon früh die Fähigkeit von Wirbeltieren zur spezifischen immunologischen Infektionsabwehr hervorgebracht, die bei Schutzimpfungen genutzt wird. Impfungen bieten nicht nur Schutz für die Geimpften, sondern bei ausreichender Beteiligung auch einen Schutz auf Bevölkerungsebene. Dadurch, dass mehr Menschen vor einer Infektion geschützt sind und den Erreger nicht weiterverbreiten können, kann die Entstehung von Ausbrüchen oder Epidemien verhindert werden.

Einige Krankheiten können sogar vollständig ausgerottet werden, wie bei den Pocken geschehen, während bei anderen Krankheiten wie den Masern immer noch eine zu geringe Impfbeteiligung ein Hindernis für den durchschlagenden Erfolg darstellt.

Verhältnismäßigkeit von Maßnahmen

Bei der Prävention übertragbarer Erkrankungen stellt sich immer die Frage nach der Verhältnismäßigkeit insbesondere dann, wenn Grundrechte tangiert werden. Daher müssen immer folgende Fragen berücksichtigt werden:

- Ist die Maßnahme erforderlich?
- Ist sie geeignet?
- Ist sie angemessen (Verhältnismäßigkeit im engeren Sinn)?

Vereinfacht kann man sagen, dass Maßnahmen der Infektionsprävention immer so viele Maßnahmen wie nötig und so wenige Maßnahmen wie möglich umfassen sollen.

Organisation des Infektionsschutzes in Deutschland

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) hat in Deutschland die Prävention von Infektionskrankheiten beim Menschen zum Ziel und verankert sie damit gesetzlich. Das Gesetz bildet die wesentliche Arbeitsgrundlage für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) [1] (Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung) in diesem Bereich. Das IfSG trat am 1. Januar 2001 in Kraft und ersetzte das Bundes-Seuchengesetz (BSeuchG) von 1961 sowie das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (GeschlechtskrG) von 1953.

Das Infektionsschutzgesetz

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist ein vergleichsweise modernes Gesetz, das die Bedeutung einer sektorübergreifenden Zusammenarbeit betont und der Information und Aufklärung [10] (Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung) eine hohe Bedeutung beimisst, um eigenverantwortliches Handeln zu fördern. Das Gesetz erlaubt angeordnete Schutzmaßnahmen, die bestimmte Grundrechte wie das Recht auf körperliche Unversehrtheit, die Freiheit der Person, die Versammlungsfreiheit, das Postgeheimnis, die Freizügigkeit und das Grundrecht auf Unverletzbarkeit der Wohnung einschränken können.

Das Robert Koch Institut (RKI) wird durch das IfSG als Bundesbehörde beauftragt, Konzepte zum Infektionsschutz zu entwickeln, Ursachen, Diagnostik und Prävention übertragbarer Krankheiten zu erforschen und die Landesgesundheitsbehörden auf deren Ersuchen hin zu beraten. Das RKI erstellt auch Richtlinien, Empfehlungen, Merkblätter und andere Informationen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten und wertet Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und meldepflichtigen Nachweisen von Krankheitserregern aus, um die Epidemiologie von Infektionen in Deutschland zu beschreiben.

Das IfSG regelt zudem den Umgang mit Krankheitserregern, einschließlich der Anforderungen an Räume, in denen Krankheitserreger aufbewahrt oder mit ihnen gearbeitet wird. Ein wichtiger Abschnitt betrifft die Verhütung von Infektionen durch Wasser, einschließlich der Vorschriften in der Trinkwasserverordnung, für die das Umweltbundesamt maßgebliche Aufgaben erfüllt.

Darüber hinaus legt das IfSG fest, dass Rechtsverordnungen der Länder regeln, welche Behörden jeweils die genannten Aufgaben übernehmen

Das Gesundheitsamt muss über alle Fälle von Infektionserkrankungen informiert werden, die entweder bei Personen mit Hauptwohnsitz in ihrem Zuständigkeitsbereich auftreten oder in Einrichtungen, in denen sie betreut werden. Wenn es sich um eine nicht-namentliche Meldung von Krankheitserregern handelt, erfolgt die Meldung an das RKI. Die Meldungen werden vom Gesundheitsamt an die obere Landesbehörde weitergeleitet, die sie dann an das RKI weiterleitet. Handelt es sich um eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite, leitet das RKI Informationen an die Weltgesundheitsorganisation (WHO) weiter.

Das Infektionsschutzgesetz ermächtigt die zuständigen Behörden nicht nur zur Regelung des Meldewesens, sondern auch zur Umsetzung von Maßnahmen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten. Dazu gehören beispielsweise Desinfektions- und Schädlingsbekämpfungsmaßnahmen ebenso wie

Maßnahmen gegen Krätze und Kopfläuse. Das Gesundheitsamt ist verpflichtet, Angebote zur Beratung und Untersuchung bei Tuberkulose und sexuell übertragbaren Krankheiten bereitzustellen. Zudem sind Regelungen zur Schutzimpfung als wichtige präventive Maßnahme gegen Infektionen festgelegt.

Seit 2011 sieht das Infektionsschutzgesetz im § 23 Maßnahmen zur Prävention von nosokomialen Infektionen vor, d. h. von Infektionen, die im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen auftreten können. Im Jahr 2015 wurde der § 23a im Zuge der Einführung des Präventionsgesetzes [11] (Präventionsgesetz) hinzugefügt. Hier ist festgelegt, dass Arbeitgeber Daten zum Impfstatus von Beschäftigten erheben dürfen und in bestimmten Fällen das Beschäftigungsverhältnis davon abhängig machen können. Diesem Zweck dienen auch die später hinzugekommenen §§ 20 und 20a.

Das Infektionsschutzgesetz enthält weitere Regelungen, die die Behandlung von übertragbaren Krankheiten, den Infektionsschutz in Gemeinschaftseinrichtungen wie Kindertagesstätten, Schulen, Justizvollzugsanstalten und Einrichtungen für Obdachlose oder Asylsuchende betreffen. In diesen Einrichtungen können Besuchs- oder Tätigkeitsverbote verhängt werden, ebenso wie bei Personen, die in der Lebensmittelherstellung oder im Verkauf tätig sind. Als Leitfaden wird auf die Empfehlungen des RKI gemäß § 34 für die Wiederzulassung von Gemeinschaftseinrichtungen verwiesen.

Ein bedeutender Aspekt des IfSG befasst sich mit der Prävention von Infektionen durch Wasser. Hierzu existieren genaue Vorschriften in Form von Rechtsverordnungen wie z. B. der Trinkwasserverordnung. Das Umweltbundesamt ist als Bundesbehörde für die Durchführung wichtiger Aufgaben in diesem Bereich verantwortlich.

Das IfSG schreibt zudem vor, dass die Aufgaben gemäß den Rechtsverordnungen der Länder von bestimmten Behörden übernommen werden müssen. Des Weiteren sind Bestimmungen zur Entschädigung in besonderen Fällen, beispielsweise bei Tätigkeitsverboten, sowie zur Finanzierung von Maßnahmen aus öffentlichen Mitteln festgelegt.

Im Rahmen der im Gesetz geregelten Straf- und Bußgeldverfahren können Bußgelder von bis zu 25.000 Euro bei Verstößen gegen das Gesetz verhängt werden. Zudem kann eine Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren verhängt werden, wenn jemand vorsätzlich Krankheiten oder Krankheitserreger verbreitet.

Infektionsschutz am Beispiel der Corona-Pandemie

Das Auftreten einer ansteckenden Krankheit kann zu einer Krisensituation führen, insbesondere wenn es zu einer Häufung von Krankheitsfällen kommt. In solchen Fällen ist ein schnelles, angemessenes und entschlossenes Handeln erforderlich. Eine planerische Vorbereitung ist unerlässlich. In Bezug auf die Anforderungen an die Planung sind grundsätzlich zwei verschiedene Szenarien zu unterscheiden:

- Situationen, die vom örtlichen ÖGD, also dem Gesundheitsamt, weitgehend allein bewältigt werden können.
- Situationen, die aufgrund der besonderen Gefährlichkeit, der Anzahl der Betroffenen oder der schnellen Ausbreitung über die Gemeindegrenzen hinaus eine formalisierte Vorbereitung erfordern, die der Planung von Großschadensereignissen („Katastrophen“) ähnelt.

Konkret wurde dies im Rahmen des sich seit Ende des Jahres 2019 in China aufgetretenen Virus „Severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2“ (SARS-CoV-2), bald kurz Corona-Virus genannt, das die Erkrankung COVID-19 auslöst. Im Laufe des Januars 2020 entwickelte sich in China eine Epidemie. Der Erreger breitete sich weiter aus, so dass die WHO am 11. März 2020 die Epidemie offiziell zur Pandemie erklärte.

Hier wurde deutlich, dass für viele bedrohliche Infektionskrankheiten die Fähigkeit zur Ausbreitung auch über Grenzen hinweg charakteristisch ist. Für eine erfolgreiche Prävention muss als wesentlicher Faktor ihres Auftretens und ihrer Ausbreitung die Notwendigkeit zur sektorübergreifenden regionalen, nationalen, internationalen Kooperation genannt werden.

In Deutschland wurden verschiedene Maßnahmen ergriffen, um die Verbreitung von COVID-19 zu stoppen. Dazu gehörten:

- **Lockdowns**: 2020 wurden mehrere Lockdowns auf Bundes- und Landesebene verhängt, um die Ausbreitung des Virus zu verlangsamen. Dazu wurden Schulen und Geschäfte geschlossen, Veranstaltungen abgesagt und Kontaktbeschränkungen eingeführt.
- **Maskenpflicht**: Eine allgemeine Maskenpflicht in Geschäften, öffentlichen Verkehrsmitteln und anderen öffentlichen Orten wurde eingeführt, um das Infektionsrisiko zu reduzieren.

- **Kontaktverfolgung**: Zur Eindämmung von Infektionsketten wurden die Gesundheitsämter damit beauftragt, Kontaktpersonen von Infizierten zu ermitteln und zu isolieren.
- **Teststrategie**: Um Infektionsherde frühzeitig zu erkennen, wurde eine umfangreiche Teststrategie aufgebaut. Hierzu gehörten sowohl PCR-Tests als auch Antigen-Schnelltests.
- **Impfkampagne**: Ab Dezember 2020 lief in Deutschland eine Impfkampagne gegen COVID-19 an. Dabei wurden vor allem Personen mit erhöhtem Risiko für schwere Krankheitsverläufe und Berufsgruppen mit erhöhtem Ansteckungsrisiko priorisiert.

Diese Maßnahmen wurden im Laufe der Pandemie immer wieder angepasst, verschärft oder gelockert, abhängig von der jeweils aktuellen Infektionslage und den Empfehlungen von Expertinnen und Experten sowie Politikerinnen und Politikern. Am 1. März 2023, etwas mehr als drei Jahre nach Beginn der Corona-Pandemie wurden die meisten Maßnahmen, mit Ausnahme einer Maskenpflicht für Besucherinnen und Besucher in medizinischen Einrichtungen, auf Bundesebene ausgesetzt. Damit endete eine Zeit, in der die Prävention übertragbarer Erkrankungen in den Fokus des öffentlichen Interesses gerückt war.

Nun gilt es darauf aufzubauen, geschaffene Ressourcen zu etablieren, die Bewältigung der Pandemie zu evaluieren, und als Vorbereitung für zukünftige Ereignisse zu nutzen.

Internetadressen:

- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Available from: https://www.ecdc.europa.eu/en
- Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen. Available from: https://bundesrecht.juris.de/ifsg/index.html
- infektionschutz.de – Wissen was schützt. Available from: https://www.infektionsschutz.de
- Robert Koch Institut (RKI). Available from: https://www.rki.de

Weiterführende Literatur:

- Kossow A, Winkler M, Wiesmüller G. Infektionsschutz als Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes – Deutschland. In: Broding HC, editor. Handbuch der betriebsärztlichen Praxis. Landsberg am Lech: ecomed Storck Verlag; 2022. p. VII-4.1.
- UNU Institute for Environment and Human Security (UNU-EHS). Towards sustainable global health. Exner M, Klein G, Rechkemmer A, Schmidt F, editors. SOURCE. 2008;11. DOI:10.4126/38M-003873462

References

1. 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
2. Kuhn J, Böhm A. Gesundheitsschutz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i059-3.0
3. Exner M, Bunte A, Gleich S, Heudorf U, Walger P. Denkschrift zur Gründung eines Bundesinstitutes für öffentliche Gesundheit. Strukturelle Überlegungen der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene in Abstimmung mit dem Verbund für angewandte Hygiene (VAH). Berlin; 2023.
4. 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
5. Exner M. Hygiene und Öffentliche Gesundheit in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. 2008. [accessed 2025 Oct 21]. Available from: https://pdf4pro.com/fullscreen/hygiene-und-214-ffentliche-gesundheit-in-1d98cc.html
6. World Healt Organisation (WHO). The top 10 causes of death. 2020 [accessed 2023 May 25]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death
7. Worboys M. Vaccines: conquering untreatable diseases. BMJ. 2007 Jan 6;334 Suppl

1(suppl_1):s19. DOI:10.1136/bmj.39045.558889.94
8. Lenton r, Wright AM, Lewis K. UN Millennium Project 2005. Health, Dignity, and Development: What Will it Take? Task Force on Water and Sanitation. London Sterling, Va: Earthscan;
9. Ferriman A. BMJ readers choose the “sanitation revolution” as the greatest medical advance since 1840. BMJ. 2007;334:111.
10. Spura A. Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i024-2.0
11. 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

Korrespondenz: Dr. med., Dr. PH Annelene Kossow, Gesundheitsamt Köln, Neumarkt 15-21, 50676 Köln, Deutschland, E-mail: annelene.kossow@stadt-koeln.de

Zitierhinweis: Kossow A. Prävention übertragbarer Erkrankungen. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i090-1.0

Copyright: © 2026 Annelene Kossow
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/

Prävention und Krankheitsprävention

Peter Franzkowiak[1]

[1] Fachbereich Sozialwissenschaften, Hochschule Koblenz, Koblenz, Deutschland

Abstract

Krankheitsprävention bezeichnet alle Maßnahmen, die auf Vermeidung, Verringerung/Abschwächung oder zeitliche Verschiebung von (Gesundheits-)Störungen abzielen. Voraussetzung ist die gesicherte Kenntnis über pathogene Mechanismen der Entstehung von Risikofaktoren, von Vorläufern und Verstärkern epidemiologisch bedeutsamer Störungen/Krankheiten. Zwei komplementäre Systematiken liegen vor: Das Strukturmodell (primär-sekundär-tertiär) und das Spezifitätsmodell (universell-selektiv-indiziert). Ziele, strategische Ansatzpunkte, konzeptionelle Zugänge und exemplarische Methoden der Verhaltens- und Verhältnisprävention werden vorgestellt. Sozialwissenschaftliche Reflexion und Kritik, Überlegungen zum Verhältnis zur Gesundheitsförderung und zu zukünftigen Herausforderungen schließen den Leitbegriff ab.

Keywords: Prävention, Krankheitsprävention, Verhaltens- und Verhältnisprävention, Strukturmodell, Spezifitätsmodell, Methodische Ansatzpunkte, Vorrangige Krankheitsgruppen, Präventionsdilemma, Sozialwissenschaftliche Präventionskritik

Einleitung

Prävention umfasst alle Maßnahmen, die zur Verhinderung oder Verringerung des Auftretens, der Ausbreitung und der negativen Auswirkungen bzw. Folgekosten von möglichen unerwünschten Ereignissen, Zuständen oder Entwicklungen beitragen. Prävention wirkt durch frühzeitige und systematische Verhinderung, Verminderung oder Verzögerung von vorhersagbaren und vorab definierten Ursachen, Risiken und Rahmenbedingungen. Ihre Maßnahmen können individuell, gruppenbezogen und in Populationen umgesetzt werden. Sie beinhalten politische, gesetzgeberische, technische, soziale, medizinische, psychologische und pädagogische Eingriffe meist professionell autorisierter Akteurinnen und Akteure. Hinzu treten Lebensweltbeeinflussung und Umweltkontrolle, Lobbyarbeit und massenmediale Kampagnen.

Prävention und Krankheitsprävention

Im gesundheits- und krankheitsbezogenen Sprachgebrauch werden die Begriffe Prävention und Krankheitsprävention oftmals synonym verwendet. Wissenschaftlich präzise, historisch und strukturell eindeutiger ist der Begriff der Krankheitsprävention (KP). Sein Ansatzpunkt und Bezug ist eine medizinisch oder psychiatrisch definierte, diagnostizierbare Gesundheitsstörung und deren bekannte Vorläufer. KP zielt in erster Linie auf Risikopersonen und -gruppen mit erwartbaren, erkennbaren oder bereits im Ansatz eingetretenen Anzeichen von Gesundheitsstörungen und Krankheiten. Maßnahmen sollen einen konkreten Gesundheitsgewinn erzielen und jene individuelle und/oder kollektive Krankheitslast vermeiden, aufschieben oder verringern, die ohne Intervention zu erwarten wäre.

Eine Besonderheit bildet die arbeitsweltbezogene Prävention im Kontext des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Sie hat den gesetzlichen Auftrag und das Ziel, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren nachhaltig zu verhindern sowie für wirksame Erste Hilfe zu sorgen. Ihre Maßnahmen zielen auf Verbesserung von Arbeitsbedingungen, auf Analysen und Reduktion von Gesundheitsgefährdungen mit technischen, organisatorischen und arbeitsmedizinischen Mitteln [1]. Dabei kommen Interventionen in Sicherheitstechnik, Arbeitsmedizin, Arbeitshygiene, Arbeitswissenschaft (Ergonomie) und Arbeitsorganisation zum Tragen.

Schnelle Verbreitung und zunehmende Bedeutung erfährt die ePrävention oder digitale Prävention (DP). Sie umfasst Nutzung und systematischen Einsatz digitaler Technologien in der Krankheitsprävention sowie die Untersuchung ihrer Effekte und Auswirkungen. Die Entwicklung ist derzeit in hohem Maß geprägt durch die Dynamik generativer Künstlicher Intelligenz (KI) in allen Präventionsfeldern. Entsprechende Internet-Interventionen (Telepräventionsprogramme, Chatbots), mobile Anwendungen (Apps) sowie hybride Trainingskonzepte sind nach der Gesetzlichen Krankenversicherung [2] vorrangig

in der individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention angesiedelt. DP und KI haben auch Potenziale für setting- und lebensweltenbasierte Prävention und Gesundheitsförderung – eingebettet in die gesamtgesellschaftliche digitale Transformation [3], [4]. Letztere Potenziale gilt es noch weiterzuentwickeln [5] (Digitalisierung in Prävention und Gesundheitsförderung).

Zielsetzungen und konzeptionelle Zugänge

Spezifische und allgemeine Krankheitspräventionsziele werden nach Rosenbrock & Michel ([6], S. 3 ff.) in vier Kernpunkten zusammengefasst:

- Vermeidung, Abschwächung oder zeitliche Verschiebung (Kompression) von Mortalität und Morbidität und den sich daraus ergebenden Einbußen an Lebensqualität und Einschränkungen der Teilhabe am sozialen Leben.
- Vermeidung, Verringerung und/oder zeitliche Verschiebung von direkten Krankheitskosten der Kuration, Rehabilitation und Sozialversicherung.
- Vermeidung, Verringerung und/oder zeitliche Verschiebung von indirekten Krankheitskosten durch reduzierte Produktivität, eingeschränktes bürgerschaftliches Engagement oder gesamtgesellschaftliche Wohlfahrtsverluste; Erhalt des wirtschaftlichen und sozialen Produktionspotenzials.
- Investition in Gesundheit als einen demografisch zunehmend wichtigen Aspekt des Humankapitals.

Bei den konzeptionellen Zugängen gibt es drei Formen:

- Auf spezifische Krankheiten, Krankheitsspektren und deren bekannte Ursachen bezogene Prävention (ätiologisch und nosologisch orientierte Prävention).
- Ausgleich von Gefährdungs- und Erkrankungsunterschieden zwischen verschiedenen sozialen oder gesundheitlichen (Risiko-)Gruppen (Konzept der relativen Risiken).
- Bekämpfung von Epidemien/Pandemien bzw. Unterstützung von abnehmenden Gefährdungen (Konzept der Epidemien und Regressionen).

Die präventiven Strategien sind durch drei sich teilweise überschneidende Zugänge gekennzeichnet:

- Ausschaltung oder Minimierung von Gesundheitsrisiken.
- Verringerung der Zahl von Betroffenen, d. h. der von einem Risiko bedrohten oder gegenüber einer Krankheit exponierten Menschen.
- Schulung, Beratung, Gesundheitserziehung und Kompetenzförderung aller von Gesundheitsrisiken Betroffenen.

Verhaltens- und Verhältnisprävention

Präventionsstrategien unterscheiden sich hinsichtlich des Ansatzpunktes, den sie wählen, um Veränderungen bei Einzelnen und Gruppen, in Settings und in einer Gesamtbevölkerung zu erreichen. Weithin geläufig ist eine Differenzierung in Verhaltensprävention und Verhältnisprävention. Rosenbrock & Michel haben diese nur scheinbare Dichotomie schon 2007 aufgeschlüsselt und beschreiben vier ineinander übergehende strategische Ansatzpunkte (siehe auch: [7], S. 117 ff.):

- Medizinische Prävention durch den Einsatz medizinischer Mittel der Diagnostik und (Früh-)Behandlung, z. B. Schutzimpfungen.
- Reine Verhaltensprävention zur Änderung von (schädlichen) Verhaltensmustern bei Einzelpersonen und Gruppen ohne expliziten Kontextbezug, z. B. Gesundheitskurse und Trainingsangebote durch Krankenkassen.
- Kontextorientierte (verhältnisgestützte) Verhaltensprävention, entweder als verhaltenspräventive Interventionen für genau definierte Zielgruppen mit einem expliziten Kontextbezug sowie die Nutzung eines Settings als Zugangsweg für solche Zielgruppen (Gesundheitsförderung im Setting) oder als Integration von Verhältnis- und Verhaltensprävention in Mehrebenen-Kampagnen und in der Gestaltung von lebensstilprägenden Lebenswelten (Gesundheitsförderndes Setting).
- Reine Verhältnisprävention ohne die Notwendigkeit persönlicher Einstellungsänderung und Verhaltensentscheidungen, als Gesamtheit struktureller und politischer Eingriffe zur Veränderung der gesundheitsrelevanten ökologischen, sozialen, kulturellen und technisch-materiellen Umwelten und Settings, der Beeinflussung von sozialen Regeln, Gesetzen und sozialen Systemen und der Intervention in Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung, etwa durch Normierung

von Verbraucherschutz oder Grenzwertsetzungen für Schadstoff- und Umweltbelastungen.

Fließende Übergänge zur Gesundheitsförderung bestehen bei der kontextorientierten Verhaltensprävention sowie der Verhältnisprävention. Die Spitzenverbände der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung verweisen im „Leitfaden Prävention“ [2] auf Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune, in Kindertageseinrichtungen sowie in Schulen und Hochschulen. Hinzu tritt die Betriebliche Gesundheitsförderung [8].

Epidemiologisch vorrangige Krankheitsgruppen und Handlungsfelder in der individuellen verhaltensbezogenen Krankheitsprävention

Die GKV-Spitzenverbände identifizieren sieben Krankheitsgruppen als epidemiologisch besonders bedeutsam:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (insbesondere Herzinfarkte, Schlaganfälle und Krankheiten des zerebrovaskulären Systems)
- Diabetes mellitus, insbesondere Typ-2-Diabetes
- Adipositas
- Bösartige Neubildungen
- Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes
- Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane
- Psychische/psychosomatische Krankheiten (insbesondere Depressionen und Angststörungen)

Bei zahlreichen dieser Erkrankungen wirken gemeinsame Risikofaktoren: Bewegungsmangel, Fehlernährung, Übergewicht und Adipositas, mangelnde Stressbewältigungs- und Entspannungskompetenzen oder Suchtmittelkonsum. Die Kernhandlungsfelder der individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention zielen schwerpunktmäßig auf diese Risikofaktoren.

Strukturmodell: Primäre, sekundäre und tertiäre Krankheitsprävention

Krankheitspräventive Maßnahmen sollen nicht nur das (Neu-)Auftreten von Krankheiten, von Behinderungen oder eines vorzeitigen Todes senken, sondern auch zu einem möglichst langen Erhalt von Selbstständigkeit im fortschreitenden Alter beitragen. Daher hat die Krankheitsprävention gestufte Ziele. Interventionshandlungen werden je nach dem Zeitpunkt des Eingriffs in einer Abfolge von Entwicklungsstufen der Störung unterschieden in primäre, sekundäre und tertiäre Krankheitsprävention [9], [10], [11]). Dies wird auch als Triadisches Strukturmodell bezeichnet und in den Tabellen 1a−1c beispielhaft erläutert.

Primäre Krankheitsprävention	
Ziele	Einzelperson: Krankheitsverhütung, Risikosenkung, Risikoeliminierung. Bevölkerung: Senkung der Inzidenzraten (Neuerkrankungsraten) von Krankheiten, Minderung der Wahrscheinlichkeit des Krankheitseintritts in einer Population.
Zeitlicher Ansatz und Umsetzung	Adressatinnen und Adressaten sind Gesunde bzw. Menschen ohne manifeste Symptomatik oder klinische (Vor-)Zeichen. Verhütung von Krankheit durch: • Beseitigung eines oder mehrerer ursächlicher Faktoren der Exposition (z. B. durch Ausrottung von Virenstämmen, Beseitigung chemischer oder ökologischer Noxen). • Verhinderung bzw. Verminderung verhaltensbedingter Risikofaktoren durch Erhöhung der organismischen Widerstandskraft von Menschen und ihrer Kompetenzen zur konstruktiven Bewältigung von Belastungen (z. B. Schutzimpfungen; Gesundheitserziehung oder Gesundheitstraining zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz/Health Literacy [12]; Resilienzförderung bei Kindern). • Veränderung von Umweltfaktoren, die ursächlich oder als Überträger an der Krankheitsentstehung beteiligt sind (z. B. Gesundheitsschutzmaßnahmen, Umwelt- und Arbeitsschutz; auch Armutsbekämpfung oder Frühe Hilfen [13]).

Tab. 1a: Primäre Krankheitsprävention: Ziele, Ansatz, Umsetzung (eigene Darstellung)

Sekundäre Krankheitsprävention	
Ziele	Einzelperson: Krankheitsfrüherkennung und Krankheitseindämmung (Entdeckung biomedizinisch eindeutiger, u. U. klinisch noch symptomloser Frühsymptome und Frühstadien einer Erkrankung; deren erfolgreiche Frühbehandlung bzw. Eindämmung der Progredienz/Verkürzung der Dauer). Bevölkerung: Senkung der Inzidenz von manifesten oder fortgeschrittenen Erkrankungen.
Zeitlicher Ansatz und Umsetzung	Krankheiten möglichst frühzeitig erkennen, bevor Beschwerden oder Krankheitssymptome auftreten; sie frühzeitig vor Eintritt eines manifesten Schadens bzw. einer Chronifizierung, behandeln (z. B. durch allgemeinmedizinische Gesundheits-Checks, krankheitsspezifische Früherkennungsuntersuchungen, Filteruntersuchungen [engl.: Screenings] in ausgewählten Bevölkerungsgruppen). Das Fortschreiten eines Krankheitsfrühstadiums soll aufgehalten werden durch: • Früherkennung, Früherfassung und frühzeitige Beratung oder Behandlung (Beispiele: Blutdruck- und Diabetesscreenings mit nachfolgender Behandlung; Mammographien; Förderung der Inanspruchnahme präventivmedizinischer Angebote). • Empfehlungen für Lebensstilveränderungen (z. B. Diät-, Trainings- und Entspannungsempfehlungen bei grenzwertigem bzw. manifestem Bluthochdruck, bei Body-Mass-Index-Werten im Grenzbereich zum Übergewicht, bei prä-diabetischer Glukosetoleranz). • Eine Frühbehandlung muss einen klinisch bzw. epidemiologisch gesicherten Zusatznutzen aufweisen, da sie andernfalls unnötige Kosten, unnötiges Leid und unnötige Risiken verursachen kann.

Tab. 1b: Sekundäre Krankheitsprävention: Ziele, Ansatz, Umsetzung (eigene Darstellung)

Tertiäre Krankheitsprävention	
Ziele	Einzelperson: Verhütung der Verschlimmerung einer bereits manifest gewordenen Krankheit, Vermeidung von bleibenden Funktionsverlusten und eingeschränkten Aktivitäten bzw. verminderter Partizipation. Bevölkerung: Alle Anstrengungen, die die Leistungsfähigkeit von Patientinnen und Patienten und Betroffenen so weit wie möglich wiederherstellen bzw. erhalten; Senkung der Inzidenz bleibender Beeinträchtigungen und Behinderungen.
Zeitlicher Ansatz und Umsetzung	Tertiäre Krankheitsprävention richtet sich an Menschen, bei denen bereits eine Krankheit oder ein Leiden manifest sind und behandelt werden. Hauptziele sind: • Vermeidung des Fortschreitens einer bestehenden Störung. • Abmilderung von Folgeschäden und Chronifizierungen. • Verhütung von Rückfällen durch die wirksame Behandlung einer manifesten, symptomatisch und chronisch gewordenen Erkrankung. • Wiederherstellung weitestmöglicher Funktionsfähigkeit und Lebensqualität nach einem Krankheitsereignis. • Förderung des Selbstmanagements chronischer Erkrankungen. Notwendige Heil- und Folgebehandlungen werden so früh wie möglich eingeleitet, wobei sich tertiäre Prävention und Rehabilitation teilweise überschneiden.

Tab. 1c: Tertiäre Krankheitsprävention: Ziele, Ansatz, Umsetzung (eigene Darstellung)

Spezifitätsmodell: Universelle, spezifische und indizierte Krankheitsprävention

Ursprünglich vor allem in der US-amerikanischen Public Health und Mental Health, mittlerweile auch in der internationalen Suchtprävention und der arbeitsplatzbezogenen Prävention, besteht seit Jahrzehnten eine andere Schwerpunktsetzung. Hier wird eine Kategorisierung präventiver Maßnahmen nach Spezifität und Maß der Gefährdung bevorzugt. Die Klassifikation folgt einem Risiko-Nutzen-Modell mit folgenden Kerngrößen: individuelles Erkrankungsrisiko (d. h. gegebene Ausprägung von Risikofaktoren bei den jeweiligen Zielgruppen), Risiken einer Intervention, Aufwand und Kosten.

Im Spezifitätsmodell der Krankheitsprävention werden drei Präventionsformen und -zugänge unterschieden: die universelle, die selektive und die indizierte Krankheitsprävention (siehe Tabellen 2a−c). Die drei Formen sind in ein Gesamtsystem eingeordnet, das nicht nur Vorsorge, Früherkennung und Behandlung, sondern auch Langzeitbetreuung und Rehabilitation umfasst.

Universelle Krankheitsprävention	
Zielgruppen	Gesamtbevölkerung bzw. große Teilpopulationen.
Nutzen, Aufwand, Umsetzung	Maßnahmen, die prinzipiell für jede und jeden nützlich oder notwendig sein sollen und in bestimmten Fällen auch ohne Professionelle durchgeführt werden können, zum Beispiel: • Bevölkerungsweite Impfungen im Pandemiefall, zielgruppen- und lebenslaufspezifische Impfempfehlungen, Jod- und Kariesprophylaxe für Säuglinge und Kinder. • Verkehrserziehung im Kindergarten. • Sexualpädagogik, suchtpräventiv wirksame Lebenskompetenzförderung und Psychoedukation in Schule und Jugendalter. • Sicherheitsgurtpflicht für alle Teilnehmenden im Straßenverkehr. • Regeln der Alltagshygiene, Abstandshaltung und Kontaktbeschränkung bei Epidemien und Pandemien. • Gefährdungsanalysen und weitere Maßnahmen des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes.

Tab. 2a: Universelle Krankheitsprävention: Zielgruppen, Nutzen, Aufwand, Umsetzung (eigene Darstellung)

Selektive Krankheitsprävention	
Zielgruppen	Umrissene Zielgruppen mit einem epidemiologisch ausgewiesenen, eventuell auch überdurchschnittlichen Risiko (Risikoträgerinnen und -träger).
Nutzen, Aufwand, Umsetzung	Gruppenbezogene Maßnahmen zur Um- und Durchsetzung empfohlener Vorsorge- oder Früherkennungsmaßnahmen, zum Beispiel: • Unterstützungsgruppen für Kinder von alkoholabhängigen Eltern. • Schüler- und Elterntrainings in sozialen Brennpunkten. • Spezifische Aufklärungskampagnen für Mitglieder von Party(drogen)-Szenen oder für sexuell hochaktive Jugendliche und Erwachsene. • Grippeschutzimpfungen für exponierte Berufsgruppen und ältere Menschen. • Mammographie-Untersuchungen bei Frauen mit familiärer Krebsbelastung.> • Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes.

Tab. 2b: Selektive Krankheitsprävention: Zielgruppen, Nutzen, Aufwand, Umsetzung (eigene Darstellung)

Indizierte Krankheitsprävention	
Zielgruppen	Umrissene Zielgruppen und Einzelpersonen mit klinisch gesicherten Risikofaktoren bzw. manifesten Störungen oder Devianzen.
Nutzen, Aufwand, Umsetzung	Interventionen, die versuchen, auf Hochrisikopersonen vorsorgend, frühbehandelnd, schadensminimierend und rückfallpräventiv einzuwirken, zum Beispiel über: • Mentorinnen- und Mentorenprogramme für erstauffällige jugendliche Drogenkonsumentinnen und -konsumenten sowie Elterntrainings. • Förderung des Kondomgebrauchs bei sexuell aktiven HIV- oder STD-Infizierten. • Diätempfehlungen und (Selbsthilfe-)Gruppen zur Reduktion von Hypercholesterinämie. • Regelmäßige Kontrollen bei Menschen mit manifester Hypertonie. • Screenings für Brust- oder Darmkrebs bei Personen mit stark erhöhtem familiären/genetischen Risiko. • Adipositas-Präventionsprogramme für bereits übergewichtige Personen. • Prioritäre Testungen, Impfungen sowie Quarantäneauflagen bei vulnerablen Bevölkerungsgruppen in Epidemien und Pandemien. • Suchtberatung, Überleitung und Wiedereingliederung am Arbeitsplatz.

Tab. 2c: Indizierte Krankheitsprävention: Zielgruppen, Nutzen, Aufwand, Umsetzung (eigene Darstellung)

Strukturmodell und Spezifitätsmodell stehen nicht in einem logischen Widerspruch, sie sind vielmehr komplementär. Die Zielgruppenstrategien des Spezifitätsmodells ergänzen die dreistufige krankheitsbezogene Perspektive pragmatisch: im Sinne eines optimierenden Rahmens zur Ausführung. Strategien der Spezifität klären die Bedingungen der Ansprache, Zugangswege und Umsetzung von Präventionszielen. Die Vorsorgeziele werden weiterhin krankheitsbezogen abgeleitet. Ein Problem, das insbesondere im Spezifitätsmodell zum Tragen kommt, ist das Präventionsparadox [14].

Methoden und Evidenzbasierung

Leppin & Blunck [11] ordnen die krankheitspräventive Methodik für beide Triadische Modelle in einer mehrstufigen Systematik (Tab. 3). Dabei besteht ein ausdrücklicher Bezug zum mehrdimensionalen Kontinuum zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention.

Methodik	Verfahren/Inhalte
Individuell psycho-edukativer Ansatz	Personen-, gruppen- und bevölkerungsbezogene Praxisansätze und Kampagnen der Information, Aufklärung, Warnung und Abschreckung, der personalen Beratung, des Verhaltens- und Selbstmanagement-Trainings, der Kompetenzförderung und Stressbewältigung − dominierend in der Verhaltensprävention.
Sozio-edukative Aktivitäten	Initiierung von präventiven Prozessen in Gruppen oder Organisationen mit fließenden Grenzen zu sozialpolitischen Aktivierungs- und Mobilisierungsprozessen im kommunalen und regionalen Rahmen − verortet v. a. in der Verhältnisprävention sowie von zentraler Bedeutung für Gesundheitsförderung.
Normativ-regulatorischer Ansatz	Gesetze, Vorschriften, Gebote und Verbote mitsamt Androhung von Sanktionen, z. B. als Rauchverbote, Kontaktbeschränkungen und Abstandsgebote sowie Masken-, Test- und Impfverpflichtungen in Pandemien, auch settingbezogene bzw. allgemeine Impfpflichten, Anschnall- und Helmpflicht sowie Promillegrenzen im Straßenverkehr, des Weiteren Schadstoffverordnungen, Vorschriften der Lebensmittelüberwachung, Gesetzgebung zum Gesundheits-, Arbeits- und Jugendschutz − zentral für Verhältnisprävention.
Ökonomische Anreiz- und Sanktionssysteme	Preisregulierungen, z. B. Verteuerung von gesundheitsschädlichen Produkten wie Tabak und Alkohol durch Steuererhöhungen mit dem Ziel einer Veränderung des Nachfrage- und Konsumverhaltens, Beitragsermäßigungen für Versicherte bei Inanspruchnahme präventiver Angebote oder bei Aufgabe des Rauchens − zentral für Verhältnisprävention.
Materiell-strukturelle Umweltveränderungen, Schaffung von Angebots- und Verfügbarkeitsstrukturen	Einführung gesunden Essens in Schul- und Betriebskantinen, Angebote zur Entspannung, Bewegung, Yoga in Gemeinden und lokalen Einrichtungen, Schaffung von Bewegungsparcours, Fahrradwegen – je nach Perspektive und/oder Adressatinnen und Adressaten spezifische Krankheitsprävention, ressourcenerweiternde Gesundheitsförderung oder Verhältnisprävention im Setting.

Tab. 3: Systematik der krankheitspräventiven Methodik (eigene Darstellung in Anlehnung an [11], S. 51 ff.)

Es gibt eine stetig wachsende Evidenz für die Wirksamkeit und Kosteneffektivität vieler präventiver Interventionen [15], [16] (Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 1: Verständnis sowie Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 2: Umsetzung).

Neuer Oberbegriff „Primärprävention“?

Rosenbrock und Michel plädierten schon in den 2000-er Jahren für eine veränderte Schwerpunktsetzung in der Interventionsbegründung. Sie hielten die Struktur- und Spezifitätskonzepte weder für hinreichend

widerspruchsfrei noch für ausreichend praxistauglich. Ein sinnvollerer Oberbegriff für Praxis und Politik sei Primärprävention. Deren Zentrum und Fokus ist Risikosenkung, die sich in der Kombination von Belastungssenkung und Ressourcenstärkung entfaltet (vgl. Tab. 4). Für betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung existiert seit langem ein vergleichbares Begriffspaar: „Reduzierung und Vermeidung von Gesundheitsrisiken“ in Verbindung mit „Erschließung von Gesundheitspotenzialen“ [17].

Primärprävention = bevölkerungs- und individuumbezogene Risikoreduktion	
Reduktion von Belastungen/Exposition	**Vermehrung der persönlichen, sozialen und materiellen Ressourcen**
Perspektive der Krankheitsvermeidung Abbau von Belastungen bzw. Risikofaktoren: Verhaltens- und Konsummuster, psychosoziale Faktoren und Umweltparameter, z. B. in der Arbeitsumgebung und im Wohnumfeld.	*Perspektive der Gesundheitsförderung* Ressourcen zur Vermeidung bzw. Bewältigung von gesundheitsrelevanten Belastungen, z. B. durch umfassende Bildung, soziale Netzwerke, Chancen der Einkommenserzielung.

4: Komponenten von Primärprävention (nach: [6], S. 11)

Diese Perspektive wendet sich gegen den weithin dominierenden nosologischen Bezug, d. h. gegen eine Verengung von Prävention auf definierte Krankheiten. Hingegen lassen sich primärpräventive Aktivitäten und Strategien nur in Ausnahmefällen eindeutig bestimmten Krankheiten zuordnen. Für Primärprävention ist die Logik der Interventionsbereiche leitend, d. h. der jeweilige Kontextbezug. Entscheidend ist, welche Einwirkungen auf Arbeit, Wohnen, Entspannung und Erholung, Ernährung und Bewegung etc. entstehen. Eine hohe Priorität wird der Partizipation aller Akteurinnen und Akteure sowie Betroffenen zugewiesen ([7], S. 116 ff.).

Sozial- und gesundheitswissenschaftliche Reflexion und Kritik

Es kann keine universellen oder zeitlosen Definitionen von Prävention und Krankheitsprävention geben. Jede Risikobewertung und jede Risikokommunikation legen unterschiedliche Grundüberlegungen (sowie Machtverhältnisse bzw. -konflikte) zu Gesundheit und Krankheit offen. Sie dokumentieren historisch bedingte, gesellschaftlich und professionell veränderbare Deutungs- und Wertungsmuster. Seit Mitte des 20. Jahrhunderts gilt für Deutschland und Mitteleuropa, dass Prävention ideologisch, professionell und organisatorisch mit der Vorbeugung von Gewalt, Kriminalität und Rechtsverletzungen oder mit Risikoabwehr im gesundheitlichen Bereich von Gesellschaft und bei gesellschaftlichen Gruppen verbunden wird.

Sozial-, kultur- und gesundheitswissenschaftliche Kritikerinnen und Kritiker problematisierten Prävention auch als potenzielles und reales Instrument sozialer Kontrolle, als Herrschaftstechnik der Moderne, als Teilaspekt eines gesamten Ensembles von „Technologien der Selbst- und Fremdführung“ [18], S. 10. Zudem wird Prävention im engeren medizinischen Kontext als Instrument von Medikalisierung dechiffriert. Labelingeffekte, etwa durch Fremdzuschreibung von schuldhaft gewendeter Eigenverantwortung für Krankheiten, seien zwangsläufig (vgl. [19], [20]).

Immer noch dominiert in der Krankheitsprävention der Fokus auf Verhaltensprävention und auf einzelne handelnde Subjekte. Die Verbindung mit einer eindeutig strukturorientierten Perspektive − als mindestens gleichgewichtige Referenzfolie – bleibt deutlich unterentwickelt. Das begünstigt einen individualisierungstheoretischen Reduktionismus sowohl in den Erklärungsmodellen als auch in der Interventionspraxis [21], [7].

Problemstellungen und das „Präventionsdilemma“

In der Krankheitsprävention gestaltet sich die Bildung trennscharfer Kategorien und einheitlicher

Terminologien als schwierig. Die Problematik beruht zum einen auf der Komplexität von Krankheitsätiologien und präventiven Wirkmechanismen. Andererseits wirkt sich die Vielfalt von Interventionen, Organisationen, Settings und Systemen im medizinischen Handlungsfeld aus. Die Grenzen zwischen primärer und sekundärer Krankheitsprävention verschwimmen zunehmend durch feinere Diagnosemethoden, durch die Einführung der präventiven bzw. prädiktiven Gendiagnostik sowie hinsichtlich der Unterscheidung von Erkrankung und Risikofaktor (z. B. bei Hypertonie und dem Fettstoffwechsel). Walter et al. sprechen von systematischer Aufweichung durch vermehrte „Umdefinition“ ([9], S. 340) mit der Folge einer aktiven Ausweitung des Krankheitsbegriffs.

Rasche biotechnologische Fortschritte rücken die prädiktive Medizin mit der neuartigen Möglichkeit genetischer Diagnostik und Selektion in den Vordergrund. Verbreitete Stichworte und Konzepte sind „prädiktive Medizin“, „personalisierte Medizin“, „precision medicine“ oder „high definition medicine“ [22] (Prädiktive Medizin und individualisierte Medizin). Analog ist im Kontext der digitalen oder ePrävention zunehmend von personalisierter Prävention oder Präzisions-Prävention die Rede.

Das sogenannte Präventionsdilemma bzw. „Soziale Dilemma der Gesundheitsförderung“ [21] wurde in den 2000-er Jahren in Deutschland aus der Bildungsforschung in die Gesundheitswissenschaften und Präventions(wirkungs)forschung übertragen. Im Kern beschreibt es das Ungleichheitsparadox der selektiven Inanspruchnahme [14] (Präventionsparadox). Adressatinnen und Adressaten mit höherem Vorsorge- oder Frühinterventionsbedarf haben eine herabgesetzte Akzeptanz und Nachfrage von Präventionsangeboten. Zudem verfügen sie vielfach über eine niedrigere Gesundheitskompetenz (Gesundheitskompetenz/Health Literacy). Im Gegensatz dazu fragen sozial und bildungsbezogen bessergestellte Adressatinnen und Adressaten mit höheren Gesundheitschancen und -kompetenzen (und eher niedrigeren Bedarfen) die Präventionsangebote deutlich stärker nach und nehmen sie eher in Anspruch. Das Dilemma zeigt sich insbesondere bei Maßnahmen der Verhaltensprävention.

Verhältnis zur Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sind komplementäre, sich ergänzende Formen der Intervention. Zudem sind sie mit dem Inkrafttreten des Präventionsgesetzes [23] (Präventionsgesetz) in Deutschland seit 2015 sozialrechtlich und institutionell verankert sowie (wenn auch nicht immer ausreichend) grundfinanziert.

Beides sind Strategien des gezielten Eingreifens von in der Regel öffentlich oder professionell autorisierten Akteurinnen und Akteuren, um Morbiditäts- und Mortalitätsentwicklungen, die sich epidemiologisch bei Einzelnen oder Bevölkerungsgruppen abzeichnen, gezielt und überprüfbar zu beeinflussen. Beide Interventionsformen wollen einen individuellen und einen kollektiven Gesundheitsgewinn erzielen. Sie sind zwar im Ansatz und in den Strategien unterscheidbar, ergänzen sich jedoch auf dem Weg zum gemeinsamen Ziel: der Verbesserung von Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit in einer Bevölkerung [10].

Die Krankheitsprävention begründet ihr Eingreifen vorwiegend pathogenetisch mit der Dynamik der Ausgangsbedingungen und Risiken von spezifischen Krankheiten bzw. Krankheitssyndromen. Die Gesundheitsförderung argumentiert salutogenetisch mit der Dynamik der Entstehung und Erhaltung von Gesundheitsstadien und einem grundlegenden Perspektivenwechsel auf Determinanten für Gesundheit und Wohlbefinden, auf Partizipation, Empowerment und Capacity building/Strukturbildung [24]. Hurrelmann et al. bewerten eine scharfe Abgrenzung beider Interventionsformen als „nicht hilfreich“, sogar als „destruktiv“ ([10], S. 28).

Herausforderungen für die Zukunft

Zeeb & Busse [25] diskutieren zukünftige Herausforderungen für Prävention und Gesundheitsförderung. Angesichts der wachsenden Komplexität gesundheitlicher, sozialer, wirtschaftlicher und technischer Zusammenhänge bestehe die Notwendigkeit struktureller, vernetzter und übergreifender Antworten. Eine verstärkte Orientierung an Systemansätzen sei unumgänglich. Dabei sind Bürgerrechte und individuelle Freiheiten zu wahren und möglichen Tendenzen zu einer „Gesundheitsdiktatur“ entgegenzuwirken. Gesellschaftliche und gesundheitliche Diversität müssen als Herausforderung angenommen, Stigmatisierungen und soziale Ungleichheit bzw. Ungleichbehandlungen verhindert werden. D. h.: Prävention und Gesundheitsförderung sollen „für alle und mit allen“ ([25], S. 565) ausgestaltet und umgesetzt werden.

Diese Forderungen korrespondieren mit aktuellen Analysen und Prioritätensetzungen von Pfaff et al. [26] und Herberz & Pfaff [27] zur betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung. Die betriebliche

Prävention befinde sich trotz aller guten Bemühungen in einer Evidenz- und Wirkungskrise. Für einen „Spurwechsel Prävention“ seien dringlich neue Ausrichtungen erforderlich: Evidenzbasierung, Ressourceneffizienz und Nachhaltigkeit, Populationsgesundheit. Dazu sei ein Paradigmenwechsel nötig „hin zu einem systemischen Präventionsansatz, der reichweitenstarke, belegt wirksame und nachhaltige Individual- und Kollektivmaßnahmen integriert“ ([26], S. 15).

Internetadressen:

- Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG). Available from: https://www.bioeg.de
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (bvpg). Available from: https://www.bvpraevention.de
- Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e.V. (DGSMP). Available from: https://www.dgsmp.de
- GKV-Spitzenverband. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

References

1. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). Prävention. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Spitzenverband. 2025 [accessed 2025 Jul 2]. Available from: https://www.dguv.de/de/praevention/index.jsp
2. GKV-Spitzenverband. Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 19. Dezember 2024. Berlin; 2024. [accessed 2025 Jul 2]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp
3. Dockweiler C, Stark AL, Albrecht J, editors. Settingbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in der digitalen Transformation: Transdisziplinäre Perspektiven. Nomos; 2023. DOI:10.5771/9783748913641
4. Maaß L, Dockweiler C, Hocke-Bolte Z, Hoffmann S, Fischer F, Forberger S, Gebert J, Holl F, Hrynyschyn R, Kernebeck S, Pischke C, Posselt J, Spallek J. Digital public health in Germany: status quo, challenges, and future perspectives : A position paper of the Digital Public Health Section of the German Public Health Association. Bundesgesundheitsblatt. 2025 Feb;68(2):176–84. DOI:10.1007/s00103-024-03989-0
5. Scherenberg V. Digitalisierung in Prävention und 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-I130-1.0
6. Rosenbrock R, Michel C. Primäre Prävention: Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung. Berlin: MWV; 2007. (Berliner Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften).
7. Gerlinger T, Rosenbrock R. Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung. 4 edn. Göttingen: Hogrefe; 2024.
8. Hartung S, Faller G. Betriebliche 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-I042-3.0
9. Walter U, Robra BP, Schwarz FW, Albrecht UV. Prävention. In: Schwartz FW, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Busse R, Amelung VE, Dierks ML, editors. Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Elsevier; 2023. p. 196–223.
10. Hurrelmann K, Richter M, Klotz T, Stock S. Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Richter M, Stock S, editors. Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. 6 edn. Bern: Hogrefe; 2024. p. 23–34.
11. Leppin A, Blunck L. Konzepte und Strategien der Prävention. In: Hurrelmann K, Richter M, Stock S, editors. Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe; 2024. p. 47–54.
12. 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
13. 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

14. Franzkowiak P. Präventionsparadox. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I094-4.0
15. De Bock F, Dietrich M, Rehfuess E. Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 1: Verständnis. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I017-1.0
16. De Bock F, Dietrich M, Rehfuess EE. Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 2: Umsetzung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I112-1.0
17. Badura BD, Knesebeck O v. d. Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Razum O, Kolip P, editors. Handbuch Gesundheitswissenschaften. 7 edn. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2020. p. 179–91.
18. Bröckling U. Einleitung. In: Bröckling U, Krasmann S, Lemke T, editors. Glossar der Gegenwart 2.0. Originalausgabe, Erste Auflage. Berlin: Suhrkamp; 2024. p. 9–21. (Edition Suhrkamp; 2843).
19. Schmidt B. Eigenverantwortung haben immer die anderen: Der Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen. Bern: Huber; 2008.
20. Bröckling U. Dispositive der Vorbeugung: Gefahrenabwehr, Resilienz, Precaution. In: Daase C, Offermann P, Rauer V, editors. Sicherheitskultur − Soziale und politische Praktiken der Gefahrenabwehr. Franfurt: Campus; 2012. p. 93–108.
21. Bauer U, Bittlingmayer UH. Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung – Das Beispiel ungleicher Lebenslagen. In: Razum O, Kolip P, editors. Handbuch Gesundheitswissenschaften. 7 edn. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2020. p. 719–35.
22. 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
23. 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
24. Altgeld T, Kolip P. Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Richter M, Stock S, editors. Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. 6 edn. Bern: Hogrefe; 2024. p. 57–72.
25. Zeeb H, Busse H. Prävention und Gesundheitsförderung − Aussichten für die Zukunft. In: Hurrelmann K, Richter M, Stock S, editors. Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. 6 edn. Bern: Huber; 2024. p. 559–68.
26. Pfaff H, Pfaff M, Schubin K. Wege aus der BGF-Wirkungskrise. GGW. 2024;24(2):15–22.
27. Herberz M, Pfaff H. Spurwechsel Prävention: das Triple-Aim-Konzept als Orientierungsrahmen. In: Klemm AK, Knieps F, Pfaff H, editors. BKK-Gesundheitsreport 2024. Spurwechsel Prävention. Berlin: MWV; 2024. p. 22–34.

Korrespondenz: Prof. (i.R.) Dr., Dipl.-Psych. Peter Franzkowiak, Hochschule Koblenz, Fachbereich Sozialwissenschaften, Konrad-Zuse-Str. 1, 56075 Koblenz, Deutschland, E-mail: franzkowiak@hs-koblenz.de

Zitierhinweis: Franzkowiak P. Prävention und Krankheitsprävention. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i091-1.0

Copyright: © 2026 Peter Franzkowiak
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/

Präventionsgesetz

Thomas Gerlinger[1]

[1] Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe 1: Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

Abstract

Das Präventionsgesetz verfolgt das Ziel, Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken. Hauptadressaten sind die Krankenkassen. Im Mittelpunkt stehen drei Aspekte: Erstens schafft es neue Institutionen und Strukturen, welche die Kooperation zwischen Sozialversicherungsträgern, Gebietskörperschaften und anderen Akteurinnen und Akteuren in der Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik verbessern sollen. Zweitens sieht es einen deutlichen Anstieg der von den Krankenkassen für dieses Handlungsfeld aufzuwendenden Mittel vor. Drittens beinhaltet es eine Stärkung struktureller, lebensweltbezogener Maßnahmen gegenüber der zuvor dominierenden individuellen Verhaltensprävention. Mängel treten aber bei der Kooperation der beteiligten Akteurinnen und Akteure sowie bei der Ausrichtung der Projekte zutage. Das Präventionsgesetz ist eine Verbesserung gegenüber den zuvor geltenden Rechtsbestimmungen, wird aber dem Leitbild einer Health in all Policies nicht gerecht.

Keywords: Gesundheitsförderung, Gesundheitsziele, Kooperation, Krankenkassen, Lebenswelten, Primärprävention

Einleitung

Das Präventionsgesetz [1] wurde 2015 von Bundestag und Bundesrat verabschiedet und trat in seinen wesentlichen Teilen am 25. Juli 2015 in Kraft. Wichtige Ziele dieser Reform bestehen darin, das Handeln der beteiligten Akteurinnen und Akteure besser zu koordinieren und die Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung zu erhöhen. Hintergrund waren die seit langem bekannten Mängel der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland.

Das Gesetz sieht für eine Vielzahl von Handlungsfeldern Regelungen vor. Seine Hauptadressaten sind die Krankenkassen. Im Wesentlichen besteht es aus einer Erweiterung der einschlägigen Bestimmungen des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V). Im Folgenden werden die wesentlichen Inhalte erläutert sowie wichtige Regelungen und bisherige Erfahrungen mit der Umsetzung dieser Reform beschrieben und bewertet.

Leistungsarten und Ziele

Das Präventionsgesetz nimmt eine begriffliche Unterscheidung von Primärprävention und Gesundheitsförderung vor. „Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken“ werden als primäre Prävention, Leistungen „zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten“ als Gesundheitsförderung bezeichnet (§ 20 Abs. 1 SGB V). Die Leistungen sollen nicht nur dazu beitragen, die sozial bedingte, sondern nunmehr auch die geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen zu vermindern [2] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit) (§ 20 Abs. 1 SGB V).

Der GKV-Spitzenverband soll bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben folgende Gesundheitsziele berücksichtigen:

- Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln.
- Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen.
- Tabakkonsum reduzieren.
- Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung.
- Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken.
- Depressive Erkrankungen verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln.
- Gesund älter werden.

- Alkoholkonsum reduzieren (§ 20 Abs. 3 SGB V).

Weiterhin unterscheidet das Gesetz zwischen drei Leistungsarten (§ 20 Abs. 4 SGB V):

- Leistungen der individuellen Verhaltensprävention (§ 20 Abs. 5 SGB V),
- der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten [3] (Settingansatz/Lebensweltansatz) (§ 20a SGB V) sowie
- der betrieblichen Gesundheitsförderung [4] (Betriebliche Gesundheitsförderung) (§ 20b SGB V).

Lebenswelten werden definiert als „für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“ (§ 20a Abs. 1 SGB V).

Aufbau einer Kooperations- und Koordinierungsstruktur

Das Präventionsgesetz schafft eine institutionelle Struktur, die eine stärkere Zielorientierung und effektive Handlungskoordinierung in der Präventionspolitik gewährleisten soll. Im Zentrum steht eine nationale Präventionsstrategie (§ 20d SGB V). Sie soll in Form von bundeseinheitlichen, trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention formuliert werden sowie die Erstellung eines Präventionsberichts umfassen. Die Rahmenempfehlungen sollen sich auf die „Festlegung gemeinsamer Ziele, vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen, der zu beteiligenden Organisationen und Einrichtungen“ sowie auf Dokumentations- und Berichtspflichten beziehen (§ 20d Abs. 3 SGB V).

Eine Nationale Präventionskonferenz (NPK) ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie (§ 20e SGB V). Sie soll als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen von Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung tätig werden und bei der Umsetzung eng zusammenwirken. Im Falle einer angemessenen finanziellen Beteiligung können auch die Träger der privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung an der Präventionskonferenz mitwirken. Der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) entschied sich 2017 für eine Mitwirkung und ist seither in die Umsetzung eingebunden. Darüber hinaus sind Bund, Länder, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesagentur für Arbeit, die repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Vertretungen der Patientinnen und Patienten und schließlich das Präventionsforum (siehe unten) mit beratender Stimme an der NPK beteiligt.

Die Nationale Präventionskonferenz erstellt alle vier Jahre den nationalen Präventionsbericht. Ferner hat sie die Aufgabe, eine Stellungnahme zum Arbeitsprogramm des GKV-Spitzenverbandes (der gesetzlichen Krankenversicherung) zur Unterstützung der Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen zur Erbringung von Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten abzugeben (§ 20a Abs. 4 SGB V, siehe unten). Die Geschäftsstelle der Nationalen Präventionskonferenz siedelte das Gesetz beim Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) an. Die Geschäftsstelle soll die Mitglieder bei der Entwicklung und Fortschreibung einer nationalen Präventionsstrategie unterstützen (§ 20e Abs. 1 SGB V).

Ein Präventionsforum berät sie bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben. „Das Präventionsforum setzt sich aus Vertretern der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände sowie der stimmberechtigten und beratenden Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz [...] zusammen“ (§ 20e Abs. 2 SGB V). Die Durchführung des Präventionsforums hat der Gesetzgeber der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. zugeschrieben, die von der Nationalen Präventionskonferenz zu diesem Zweck beauftragt wird (§ 20e Abs. 2 SGB V).

Schließlich werden die Landesverbände der Krankenkassen, Ersatzkassen und Pflegekassen verpflichtet, zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie auf Landesebene Rahmenvereinbarungen (LRV) mit den Trägern der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherung und mit den für das Land zuständigen Stellen zu schließen (§ 20f SGB V). Diese Rahmenvereinbarungen sollen sich u. a. beziehen auf die einheitliche und gemeinsame Definition von Handlungsfeldern, die Koordination der Leistungen, die Klärung von Zuständigkeiten, die Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und die Zusammenarbeit mit anderen für Gesundheitsförderung und Prävention wichtigen Trägern. Die Bundesagentur für Arbeit, die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden und die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene wirken an der Vorbereitung der Rahmenvereinbarungen mit (§ 20f Abs. 2 SGB V).

Bei der „Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten“ sollen die Krankenkassen „insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen“ fördern (§ 20a Abs. 1

SGB V). Die Krankenkassen sind gehalten, in diesem Feld zusammenzuarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zu erbringen (§ 20a Abs. 1 SGB V). Schließlich sollen die Krankenkassen bei „Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen besonderes erschwert ist“ (§ 20a Abs. 1 SGB V), mit der Bundesagentur für Arbeit und den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende eng kooperieren.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung sollen die Krankenkassen „insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen [fördern]. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb sowie der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung“ (§ 20b Abs. 1 SGB V). Dabei arbeiten sie mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen (§20b Abs. 2 AGB V). Die Krankenkassen müssen „unter Nutzung bestehender Strukturen“ gemeinsame regionale Koordinierungsstellen einrichten, die die Unternehmen im Hinblick auf die betriebliche Gesundheitsförderung beraten und unterstützen (§ 20b Abs. 3 SGB V). Überdies unterstützen sie die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (§20c SGB V).

Das Präventionsgesetz hatte in seiner Erstfassung die damalige Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (seit dem 13.2.2025 Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit [BIÖG]) beauftragt, die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Präventionsaufgaben zu unterstützen, und den GKV-Spitzenverband verpflichtet, der Bundeszentrale für diese Tätigkeit einen bestimmten Betrag zu überweisen (§ 20a Abs. 3 SGB V), der von 0,35 Euro (2016) auf 0,51 Euro (2021) je Versicherten und Jahr stieg. Nachdem das Bundessozialgericht diese Zahlungspflicht 2021 für rechtswidrig erklärt hatte (Az.: B 1 A 2/20R), nahm der Gesetzgeber 2023 eine Neuregelung des Unterstützungsauftrags vor. Nunmehr ist die Unterstützung der Krankenkassen als eine Gemeinschaftsaufgabe der Krankenkassenverbände definiert. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen müssen in jedem Bundesland bei einem der Verbände Arbeitsgemeinschaften bilden, die die Kassen bei Umsetzung der jeweiligen Landesrahmenvereinbarungen unterstützen (§ 20a Abs. 3 SGB V). Der GKV-Spitzenverband wiederum hat die Aufgabe, die Arbeitsgemeinschaften zu unterstützen, indem er Handlungsfelder und Schwerpunktsetzungen empfiehlt, den Strukturaufbau fördert und gesundheitsförderliche Konzepte entwickelt, erprobt und evaluiert (§ 20a Abs. 4 SGB V).

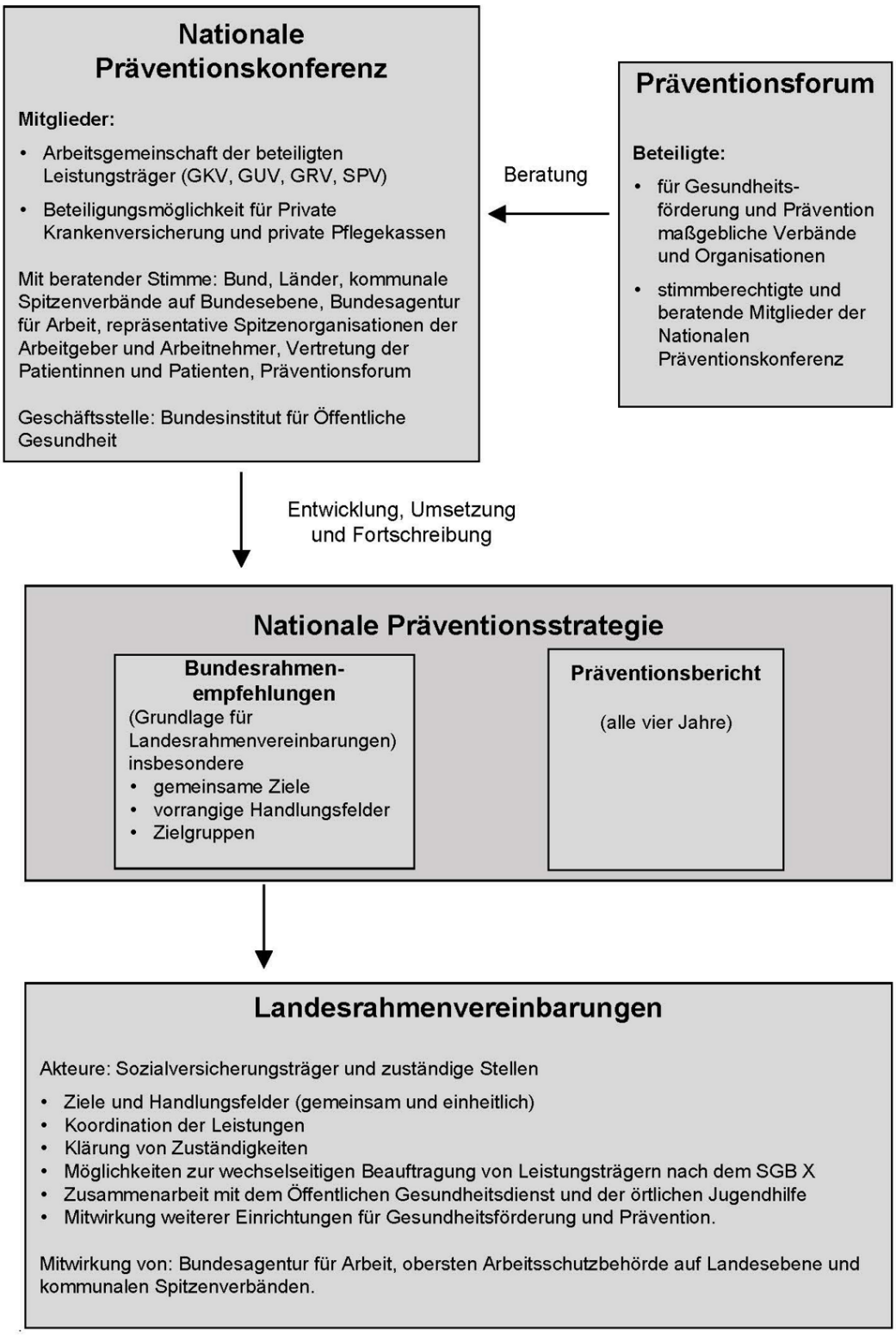


Abb. 1: Kooperations- und Koordinierungsstruktur in Primärprävention und Gesundheitsförderung nach dem Präventionsgesetz (eigene Darstellung)

Qualitätssicherung

Mit der im GKV-Gesundheitsreformgesetz 1999 vorgenommenen Neuausrichtung der Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen hatte der Gesetzgeber zahlreiche Qualitätsanforderungen in das SGB V aufgenommen. Das Präventionsgesetz hält nicht nur an diesen Qualitätsanforderungen fest, sondern erweitert sie um eine Reihe von Bestimmungen: „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverstandes sowie des Sachverstandes der Menschen mit Behinderung einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen [...] fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele.“ (§ 20 Abs. 2 SGB V)

Darüber hinaus bestimmt der GKV-Spitzenverband die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten. Die Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen werden von den Krankenkassen in einem „Leitfaden Prävention“ festgelegt [5]. Er ist damit ein zentrales Dokument für die Qualitätssicherung in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung.

Ärztliche Präventionsempfehlung

Erwachsene Versicherte erhalten einen Anspruch auf „alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung, einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus [...]“ (§ 25 Abs. 1 SGB V).

Ärztinnen und Ärzte können eine Bescheinigung über Präventionsempfehlungen für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention ausstellen, die die Krankenkassen bei ihrer Leistungsgewährung zu berücksichtigen haben (§ 20 Abs. 5 SGB V). Damit wird die Rolle der Ärzteschaft in der Prävention weiter gestärkt.

Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Das Präventionsgesetz weist auch den Pflegekassen Aufgaben der Prävention zu. Sie sind für die Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen zuständig, „indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen“ (§ 5 Abs. 1 SGB XI).

Seit 2016 sind die Pflegekassen verpflichtet, jährlich eine bestimmte Summe für Prävention und Gesundheitsförderung in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen zur Verfügung zu stellen (§ 5 Abs. 2 SGB XI). 2016 belief sich der Betrag auf 0,30 Euro je Versicherten und Jahr. Der Betrag wird jährlich an das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr (§ 18 Abs. 1 SGB IV) angepasst.

Finanzierung

Das Präventionsgesetz sieht eine deutliche Erhöhung der für Prävention und Gesundheitsförderung aufzuwendenden Mittel vor (§ 20 Abs. 6 SGB V). Im Jahr 2016 sollten die Krankenkassen 7 Euro je versicherter Person und Kalenderjahr dafür ausgeben, davon mindestens 2 Euro für betriebliche Gesundheitsförderung und mindestens 2 Euro für Gesundheitsförderung in Lebenswelten [6] (Finanzierung der Gesundheitsförderung). Zudem wurden für 2016 die Mittel für Selbsthilfe von 0,64 auf 1,05 Euro je versicherter Person und Kalenderjahr erhöht (§ 20b Abs. 3 SGB V). Kranken- und Pflegekassen mussten im Jahr 2016 somit insgesamt 7,30 Euro je versicherter Person und Jahr für Prävention und Gesundheitsförderung aufwenden. Auch für diese Vorgaben schreibt das Präventionsgesetz eine jährliche Anpassung gemäß der Veränderung der Bezugsgröße (siehe oben) vor (§ 20 Abs. 6 SGB V).

Die jährliche Gesamtsumme dieser Sollwerte belief sich mit dem Inkrafttreten des Präventionsgesetzes auf rund 520 Millionen Euro. Im Jahr 2015, dem letzten Jahr vor dem Inkrafttreten der

Finanzierungsbestimmungen des Präventionsgesetzes, hatten die Krankenkassen hingegen nur 317,5 Millionen Euro für Leistungen nach §§ 20 ff. SGB V ausgegeben; dies entsprach einem Wert von 4,49 Euro je versicherter Person und Jahr ([7], S. 30).

Die Vorgaben des Präventionsgesetzes beinhalten nicht nur eine Erhöhung der Gesamtmittel, sondern auch eine stärkere Ausrichtung auf Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz [3] (Settingansatz/Lebensweltansatz) und für die betriebliche Gesundheitsförderung: 2015 beliefen sich die Ausgaben der Krankenkassen für Setting-Maßnahmen auf nur 0,54 Euro [8], S. 1) und für die betriebliche Gesundheitsförderung nur auf 1,08 Euro je versicherter Person und Jahr belaufen ([8], S. 1).

	2015 (in Euro)	**2016 (in Euro)**
Individueller Ansatz	2,87	Keine Vorgabe
Betriebliche Gesundheitsförderung	1,08	2,00 (mindestens)
Setting-Ansatz	0,54	2,00 (mindestens)
Insgesamt	4,49	7,00*

Tab. 1: Ausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen für Leistungen der Primärprävention und Gesundheitsförderung je Versicherten und Jahr – 2015 und 2016 (Quelle: eigene Darstellung)
** ohne 0,30 Euro der Pflegekassen für die Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen.*

Aufbau der Governance-Strukturen

Im Februar 2016 verabschiedete die Nationale Präventionskonferenz erstmals Bundesrahmenempfehlungen für eine nationale Präventionsstrategie. Sie definieren „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ sowie „Gesund im Alter“ als gemeinsame Ziele. Zu den prioritären Zielgruppen gehören Familien, Kinder, Jugendliche, Auszubildende und Studierende, Berufstätige, Arbeitslose und Ehrenamtliche sowie Pflegebedürftige und pflegende Angehörige. Darüber hinaus enthalten die Beschlüsse Empfehlungen zu den Handlungsfeldern und zum Leistungsspektrum sowie Aussagen über die spezifischen Beiträge der Sozialversicherungsträger und die bei bestimmten Maßnahmen zu beteiligenden Organisationen.

Bis 2018 hatten in allen Bundesländern die zuständigen Vertragsparteien Landesrahmenvereinbarungen geschlossen. In vielen Fällen lassen die Vereinbarungen eine Prioritätensetzung im Hinblick auf Ziele und Zielgruppen sowie konkrete Vereinbarungen zur Umsetzung einer Präventionsstrategie vermissen. Dort, wo solche Prioritätensetzungen vorgenommen wurden, setzen die Vertragspartner in den Ländern zum Teil unterschiedliche Schwerpunkte [9]. Es wird abzuwarten sein, ob diese Unterschiede sich als regionale Ausprägungen einer einheitlichen bundesweiten Präventionsstrategie oder als ein föderaler präventionspolitischer Flickenteppich erweisen. Seither wurden die Landesrahmenvereinbarungen nur in zwei Bundesländern (Hessen, Mecklenburg-Vorpommern) verändert. In den anderen Ländern sind Veränderungen bisher (Stand 2023) nicht vorgesehen ([10], S. 107).

In einer Reihe von Bundesländern haben sich „die Partner der Landesrahmenvereinbarungen auf die Einrichtung von Steuerungsgruppen, Konferenzen oder vergleichbaren Gremien“ verständigt ([11], S. 11). Die auf Landesebene geschaffenen Koordinationsstrukturen weisen einige Unterschiede auf. Das Präventionsgesetz gibt dafür Raum, denn es lässt offen, auf welche Art der Ausgestaltung sich die Akteurinnen und Akteure verständigen.

Im Juni 2019 legte die Nationale Präventionskonferenz den ersten Präventionsbericht vor [12]. Der Bericht bildete die formale Umsetzung des Gesetzes ab und verzichtete auf eine vertiefte Erörterung der Zielgenauigkeit und der Qualität der in Gang gesetzten Aktivitäten. Im Januar 2021 nahm die Bundesregierung zu diesem Bericht Stellung [13].

Im Juni 2023 folgte der zweite Präventionsbericht [10]. Er rückt die Umsetzung der Bundesrahmenempfehlungen und der Landesrahmenvereinbarungen in den Mittelpunkt und beleuchtet die Vorhaben der NPK zur gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit sowie die in der COVID-19-Pandemie gemachten Erfahrungen bei Gesundheitsförderung und Prävention.

Kooperation zwischen den Akteurinnen und Akteuren

Mit dem Aufbau der Governance-Strukturen wurde die Kooperation zwischen den beteiligten Akteurinnen und Akteuren intensiviert. Dabei trat eine Reihe von Problemen zutage. Ein wichtiger Grund dafür liegt in den unterschiedlichen Interessen und Problemdeutungen sowie in den unterschiedlichen gesetzlichen Zuständigkeiten der Beteiligten ([10], S. 123 f.). Bedeutsamer für die Umsetzung des Präventionsgesetzes sind aber die Mängel in der Zusammenarbeit zwischen den Sozialversicherungsträgern, insbesondere den Krankenkassen und den staatlichen Institutionen. So beklagte z. B. der Städte- und Gemeindebund, dass die Kommunen und der ÖGD bisher viel zu wenig in die Zielformulierung und Umsetzung eingebunden worden seien [14].

Die Tätigkeit der Arbeits- und Entscheidungsebenen zur Umsetzung des Präventionsgesetzes ist nur schwach normiert. Dies führt zu einer starken Dominanz der Krankenkassen sowohl gegenüber den anderen Sozialversicherungsträgern sowie gegenüber den Kommunen [15]. Auch Repräsentanten der Zielgruppen von Gesundheitsförderung und Prävention sowie die überwiegend zivilgesellschaftlichen Träger der Lebenswelten haben in der Praxis ein eher geringes Gewicht [15].

Ebenso wie der erste nationale Präventionsbericht ([12], S. 165 ff., 249 ff.) räumt auch der zweite Bericht Schwierigkeiten und Weiterentwicklungsbedarf bei der Koordination der Akteurinnen und Akteure ein ([10], S. 106 ff., 216 ff.). Er verweist insbesondere darauf, dass die Einbeziehung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in die Umsetzung der Bundesrahmenempfehlungen und der Landesrahmenvereinbarungen unzureichend sei und keiner der beteiligten Akteurinnen und Akteure bisher in der Lage gewesen sei, „die Funktion als Motor des ‚Health in All Policies'-Ansatzes zu erfüllen" ([10], S. 218).

Auf Kritik stießen auch die Inhalte der Bundesrahmenempfehlungen und der Landesrahmenvereinbarungen, die manche Expertinnen und Experten als zu vage ansehen. Dies wurde u. a. darauf zurückgeführt, dass die Krankenkassen darauf bedacht seien, ihre Handlungsoptionen nicht durch konkrete Festlegungen zu sehr einzuengen (z. B. [16], siehe auch [9]).

Präventionspraxis

Die Krankenkassen haben ihre Aktivitäten auf der Grundlage der §§ 20 ff. SGB V seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes kontinuierlich und deutlich ausgeweitet [17], [18] und [19]. Im Jahr 2023 erreichten sie mit ihren Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention direkt rund 11,5 Millionen Menschen sowie fast 77.000 Settings und damit deutlich mehr Personen und Settings als 2015, dem letzten Jahr vor der Reform (siehe Tab. 2).

Kennziffer	**2015**	**2019**	**2023**
Lebenswelt Betrieb (direkt erreichte Beschäftigte)	1.302.383	2.280.653	2.187.858
Nichtbetriebliche Settings (direkt erreichte Personen)*	---	6.837.280	7.698.972
Individueller Ansatz (Teilnahmen)	1.665.209	1.805.889	1.613.532
Erreichte Settings:			
Nichtbetriebliche Lebenswelten	24.420	45.077	46.971
Lebenswelt Betrieb (erreichte Betriebe/Standorte)	10.922	23.221	29.668

Tab. 2: Kennziffern der Krankenkassenaktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention 2015, 2019

und 2023. Quelle: eigene Darstellung auf der Grundlage von [17]*,* [18]*,* [19]*.*
** Zahlen von 2015 und 2019 wegen unterschiedlicher Erhebungsmethoden nicht vergleichbar.*

Mit Maßnahmen der lebensweltlichen Prävention erreichten die Krankenkassen im Jahr 2023 in insgesamt fast 47.000 Lebenswelten direkt immerhin knapp 7,7 Millionen Personen ([18], S. 41 ff.). Im Vordergrund standen dabei Kindergärten bzw. Kindertagesstätten (32 %), Grundschulen (21 %) und weiterführende Schulen (22 %) [18]. Somit waren Kinder und Jugendliche die Hauptzielgruppen dieser Aktivitäten. Die wichtigsten Handlungsfelder waren Bewegung, Ernährung, Stärkung psychischer Ressourcen sowie Stressreduktion/Entspannung. Ein erheblicher Teil der Maßnahmen richtete sich auch auf den Netzaufbau in kommunaler Gesundheitsförderung.

71 % der Maßnahmen zur lebensweltlichen Gesundheitsförderung und Prävention verknüpften verhältnis- und verhaltensbezogene Maßnahmen, 27 % zielten ausschließlich auf die Unterstützung eines gesundheitsbewussten ([18], S. 51). Die wichtigsten Kooperationspartner, die selbst Ressourcen eingebracht haben, waren Vereine und Verbände, Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen sowie öffentliche Verwaltungen ([18], S. 47).

Interventionen auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitsförderung erfassten direkt rund 2,3 Millionen Beschäftigten in über 23.000 Betrieben. Die meisten Maßnahmen wurden im verarbeitenden Gewerbe (29 %) sowie im Gesundheits- und Sozialwesen (20 %) durchgeführt.

Im Jahr 2023 waren 60 % der Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung auf die Verknüpfung von Verhaltens- und Verhältnisprävention gerichtet, während sich 31 % ausschließlich auf das Verhalten und 9 % sich ausschließlich auf die Verhältnisse bezogen ([18], S. 75).

Wichtigste Handlungsfelder unter den verhältnisbezogenen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung waren im Jahr 2023 „eine bewegungsförderliche Umgebung (40 %) und eine gesundheitsgerechte Führung (35 %)“ ([18] S. 76). Daneben spielten auch „die Stärkung psychosozialer Ressourcen (32 %) und die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen (29 %)“ ([18], S. 76) eine wichtige Rolle. Unter den verhaltensbezogenen Maßnahmen waren „bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte“ (63 %) sowie „Stressbewältigung und Ressourcenstärkung“ (49 %) die häufigsten Themen bezogen ([18], S. 77).

Der Unterstützungsbedarf bei der betrieblichen Gesundheitsförderung ist in Klein- und Kleinstbetrieben besonders groß, denn hier ist die Etablierung von Strukturen zur Gesundheitsförderung und zum Gesundheitsschutz bei der Arbeit häufig besonders schwierig ist. Der Anteil der Interventionen in diesem Betriebssegment (24 %) entspricht bei weitem nicht dessen Anteil von fast 40 % an allen Erwerbstätigen ([18], S. 64), [20]. Vor diesem Hintergrund hat die Bedeutung der überbetrieblichen Betreuung von Klein- und Kleinstbetrieben durch den Aufbau von Netzwerken und durch Gemeinschaftsberatungen in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen ([18], S. 81 ff.).

Unternehmen und die Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung waren in der betrieblichen Gesundheitsförderung die häufigsten Kooperationspartner, die selbst Ressourcen eingebracht haben ([18], S. 67). Die Krankenkassen haben ihre betrieblichen Aktivitäten unter dem Präventionsgesetz zwar deutlich verstärkt, allerdings verdeutlichen die oben genannten Zahlen auch, wie begrenzt der Einfluss der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Krankenkassen auf die Gesundheit am Arbeitsplatz ist, denn im Jahr 2023 wurden mit knapp 2,2 Millionen Personen (siehe Tab. 2) nur 4,8 % aller Erwerbstätigen – 46,0 Millionen im Jahresdurchschnitt 2023 [21] – durch diese Leistungsart direkt erreicht.

Zudem orientieren sich die Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nicht hinreichend am Ziel der Verringerung sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen. So fanden 2023 nur 6 % der mit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erreichten Betriebe in „Betriebe[n] mit mindestens 20 % an Beschäftigten ohne abgeschlossene Berufsausbildung einschließlich Auszubildende“ statt [18], S. 62. Diese Kategorie dient im Konzept der Krankenkassen offenkundig dazu, Betriebe mit einem hohen Anteil an Beschäftigten mit einem niedrigen sozioökonomischen Status zu erfassen. Insgesamt erhalten Beschäftigte mit einem niedrigen sozioökonomischen Status seltener Angebote als besserverdienende Erwerbstätige. „BGF wird besonders wenig in Betrieben von Erwerbstätigen ohne Berufsabschluss, in einem befristeten Arbeitsverhältnis, mit Entlassungsgefahr und Leiharbeitnehmern umgesetzt“ ([22], S. 277).

Mit Maßnahmen zur individuellen Verhaltensprävention erreichten die Krankenkassen 2023 gut 1,6 Millionen Menschen ([18], S. 12). 78 % der Kurse wurden in Präsenz und 22 % online durchgeführt (ebd.,

S. 35). Damit haben die Krankenkassen ihr Online-Angebot in den letzten Jahren erheblich ausgebaut. Am häufigsten wurden Kurse zu den Themen Bewegungsgewohnheiten (60 %) und Stressmanagement (35 %) ([18], S. 93).

Die Pflegekassen erreichten im Jahr 2023 mit Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention gut 125.000 Personen in knapp 2.800 stationären Pflegeeinrichtungen ([18], S. 12). Die wichtigsten Handlungsfelder waren Ernährung, körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt ([18, S. 109 ff.). Die Maßnahmen wurden überwiegend in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt.

Die Ausrichtung der Gesundheitsförderung und Prävention auf die neuen Anforderungen des Präventionsgesetzes erwies sich anfangs als schwerfällig. Zwar verstärkten die Krankenkassen auch ihre Aktivitäten zur Verminderung der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen. Dies ist z. B. an den Maßnahmen ablesbar, die auf Kitas und Grundschulen in sozialen Brennpunkten entfallen. Allerdings sind deutlich mehr Anstrengungen mit dem Ziel der Verminderung der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen möglich und erforderlich. Zugleich gibt es bei der Qualität von Projekten der lebensweltlichen und betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention erhebliches Entwicklungspotenzial. Dies gilt z. B. im Hinblick auf die Partizipation der Zielgruppen bei der Bedarfsermittlung oder auf deren Einbindung in Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen.

Herausforderungen für die nationale Präventionsstrategie aus der Sicht der Bundesregierung

In ihrer Stellungnahme zum ersten nationalen Präventionsbericht identifizierte die Bundesregierung eine Reihe von Herausforderungen für die Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention [13]. Im Hinblick auf die Stärkung der nationalen Präventionsstrategie führte sie u. a. folgende Aspekte an:

- Verstetigung der geschaffenen Strukturen und die Umsetzung der vereinbarten Ziele und Empfehlungen.
- Weiterentwicklung der in den Bundesrahmenempfehlungen formulierten Ziele mit der Absicht, die Wirksamkeit der getroffenen Maßnahmen und erbrachten Leistungen besser messen und beurteilen zu können.
- Konkretisierung der Landesrahmenvereinbarungen um Vorgaben über die Zusammenarbeit mit dem ÖGD, den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe und den Trägern der Eingliederungshilfe.
- Intensivierung des Ansatzes Health in all Policies [23] (Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP)) bei gleichzeitiger Stärkung der Verbindlichkeit der nationalen Präventionsstrategie für weitere Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention auch außerhalb der Sozialversicherung.
- Aufwertung des Präventionsforums durch eine kontinuierliche und stärkere Einbindung der für die vor- und nachbereitenden Arbeitsgruppen maßgeblichen Organisationen und Verbände.

Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention:

- Stärkere Verzahnung der von den verschiedenen Sozialversicherungsträgern angebotenen Leistungen.
- Intensivierung der Maßnahmen in Pflegeeinrichtungen durch die Pflegekassen und die anderen Sozialversicherungsträger.
- Intensivierung der kommunalen Gesundheitsförderung u. a. mit Unterstützung der Krankenkassen, des ÖGD und weiterer Verantwortungsträger.
- Stärkere Berücksichtigung der Länderspezifika bei der Erbringung krankenkassenübergreifender Leistungen.
- Begleitung der krankenkassenübergreifenden Maßnahmen durch die gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung.

Arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention:

- Verbesserung der Kooperation von Leistungsträgern und Verzahnung des Arbeitsschutzes mit der betrieblichen Gesundheitsförderung.
- Verstärkung der Anstrengungen der Krankenkassen zur Unterstützung der betrieblichen Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Krankenversorgung und Pflege.
- Verbesserung der Beratung und Unterstützung von Unternehmen und Bündelung der Beratungsangebote für Unternehmen.

Verhaltensbezogene Gesundheitsförderung und Prävention:

- Verbesserung der Leistungsangebote für Eltern von Kleinkindern und für Schwangere.
- Verbesserung der Informationen zur stärkeren Nutzung der ärztlichen Präventionsempfehlung.
- Entwicklung passgenauer, innovativer und digitaler sowie barrierefreier Leistungsangebote durch die Krankenkassen.

Insgesamt ließ die Stellungnahme erkennen, dass die Bundesregierung vor allem bei der Kooperation der beteiligten Akteurinnen und Akteure Mängel und Herausforderungen sah. Die Verbesserung der Kooperation sollte demzufolge unter stärkerer und verbindlicherer Beteiligung anderer Akteurinnen und Akteure jenseits der Krankenkassen und anderer Sozialversicherungsträger erfolgen. Der zweite Präventionsbericht verdeutlicht, dass die skizzierten Mängel und Herausforderungen fortbestehen ([10], S. 106 ff., 216 ff.). Eine Stellungnahme der Bundesregierung zu diesem Bericht liegt noch nicht vor.

Ausgabenentwicklung

Aufgrund des Präventionsgesetzes sind die Leistungsausgaben der Krankenkassen für Prävention und Gesundheitsförderung seit 2016 im Vergleich zum Zeitraum vor dem Inkrafttreten des Gesetzes erheblich gestiegen, nämlich von 4,49 Euro (2015) über 6,64 Euro (2016) auf 8,64 Euro (2019) und 8,49 Euro (2023) je versicherter Person und Jahr (Tab. 3). Insgesamt beliefen sie sich im Jahr 2023 auf knapp 631 Millionen Euro ([18], S. 36).

Insgesamt haben sich die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung seit 2015 fast verdoppelt. Dabei kam es zu erheblichen Verschiebungen zwischen den Leistungsarten: Der Anteil der Ausgaben für individuelle Verhaltensprävention ging seit dem Inkrafttreten des Präventionsgesetzes zugunsten der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Gesundheitsförderung in Lebenswelten deutlich zurück, nämlich von 64 % auf 31 %.

Die betriebliche Gesundheitsförderung war 2023 die Leistungsart mit dem höchsten Ausgabenanteil. Auf sie entfielen 3,62 Euro je Versicherten und damit 43 % der Ausgaben. Darin enthalten sind 0,90 Euro für Prävention und Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und in stationären Pflegeeinrichtungen. Der Anteil von Leistungen der individuellen Verhaltensprävention übertrifft trotz des erwähnten Rückgangs immer noch den der Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz (26 %), auch wenn deren Anteil seither deutlich gestiegen ist. Zudem lagen die Ausgaben für Gesundheitsförderung in Lebenswelten mit 2,25 Euro je Versicherten im Jahr 2023 unter dem gesetzlichen Orientierungswert von 2,34 Euro. Die Gesamtausgaben je versicherter Person (8,49 Euro) übertrafen diesen Wert (8,19 Euro) hingegen ([18], S. 10, 36).

Zwar spiegelt die Ausgabenentwicklung seit 2015 den Willen des Gesetzgebers zur Stärkung von Setting-Ansatz und betrieblicher Gesundheitsförderung wider, aber nach wie vor entfallen auf beide Leistungsarten zusammen nicht mehr als gut zwei Drittel der Ausgaben für Primärprävention und Gesundheitsförderung gemäß §§ 20 ff. SGB V. Die soziale Pflegeversicherung gab 2023 0,27 Euro je pflegeversicherter Person für Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen aus ([18], S. 11.) Damit blieb sie zwar hinter der gesetzlichen Vorgabe von 0,35 Euro zurück ([18], S. 11), verzeichnete aber – wie alle anderen Leistungsarten auch – nach der COVID-19-Pandemie einen deutlichen Anstieg. Die Gesamtausgaben beliefen sich 2023 damit auf 20,1 Millionen Euro ([18], S. 11).

Leistungsart	Ausgaben								
	Je versicherter Person	Insgesamt		Je versicherter Person	Insgesamt		Je versicherter Person	Insgesamt	
	In Euro	In Mio. Euro	In %	In Euro	In Mio. Euro	In %	In Euro	In Mio. Euro	In %
	2015			2019			2023		
Individueller Ansatz	2,87	203,2	64	3,08	225,3	36	2,62	194,6	31
Betriebliche Gesundheitsförderung	1,08	76,2	24	3,28	239,9	38	3,62	269,0	43
Setting-Ansatz	0,54	38,1	12	2,27	165,6	26	2,25	167,0	26
Insgesamt	4,49	317,5	100	8,64	630,8	100	8,49	630,6	100

Tab. 3: Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Primärprävention und Gesundheitsförderung gemäß §§ 20 ff. SGB V in den Jahren 2015, 2019 und 2023 (Quelle: eigene Darstellung nach [7] *und* [17]*,* [18])

Bewertung und Einordnung

Das Präventionsgesetz lässt sich als Ausdruck eines in Politik und Gesellschaft gewachsenen Bewusstseins für die Notwendigkeit wirksamer Prävention und Gesundheitsförderung und als Antwort auf die einschlägigen Schwächen des deutschen Gesundheitssystems verstehen [24]. Es ist, anders als der Begriff suggeriert, kein umfassendes Vorschriftenwerk zur Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland.

Neben diesem Gesetz existiert eine Reihe von Regelungen für wichtige Teilbereiche der Präventionspolitik, z. B. auf Bundesebene das Arbeitsschutzgesetz, das Infektionsschutzgesetz oder zahlreiche Regelungen zum Umweltschutz und zum Verbraucherschutz, auf Landesebene v. a. die Gesetze zur Öffentlichen Gesundheit. Das Präventionsgesetz beschränkt sich weitgehend auf die Aufgaben der Krankenkassen und auf die Koordination zwischen Sozialversicherungsträgern, Bund und Ländern auf diesem Handlungsfeld.

Weder Bund oder Länder noch andere Sozialversicherungsträger neben der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung werden mit dem Präventionsgesetz stärker zur Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung herangezogen. Ein wichtiger Grund für diese Entscheidung liegt in den Interessenunterschieden zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern. An ihnen war ein Gesetzentwurf aus dem Jahr 2005 gescheitert. Die geringen Aussichten auf eine umfassende Einigung mit den Ländern veranlasste den Bundesgesetzgeber, auf ein umfassenderes Gesetzgebungswerk zu verzichten und lediglich über seine sozialversicherungsrechtliche Gesetzgebungskompetenz auf das Thema zuzugreifen.

Das Präventionsgesetz wurde und wird in der Fachwelt unterschiedlich bewertet. Manchen galt und gilt es als ein Schritt in die richtige Richtung, anderen als ein zwar gut gemeintes, in relevanten Teilen aber

unzulängliches Regelwerk, das einer modernen Gesundheitsförderungs- und Präventionspraxis weitgehend nicht gerecht wird.

Positive Bewertungen des Präventionsgesetzes rücken vor allem folgende Aspekte in den Vordergrund:

- Das Gesetz erhöht die für Gesundheitsförderung und Primärprävention zur Verfügung stehenden Finanzmittel deutlich, auch wenn deren Umfang nach wie vor sehr gering ist.
- Die Schaffung der beschriebenen institutionellen Strukturen verbessert die Aussichten auf eine bessere Zielorientierung und Handlungskoordination von Sozialversicherungsträgern, Gebietskörperschaften sowie anderen Akteurinnen und Akteuren [25], [15]). Wenn z. B. bei der Festlegung von Zielen der Nationalen Präventionsstrategie die Ziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie berücksichtigt (§ 20d Abs. 3 SGB V) oder bei der Vorbereitung der Rahmenempfehlungen auf Landesebene die Bundesagentur für Arbeit und die obersten Arbeitsschutzbehörden beteiligt werden müssen (§ 20 Abs. 2 SGB V), erweitern sich die Möglichkeiten, die betriebliche Gesundheitsförderung stärker mit dem Arbeitsschutz zu verknüpfen.
- Die gesetzlichen Vorgaben legen einen Schwerpunkt darauf, die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten als Instrument und Ziel der Präventionspolitik im Vergleich zu Maßnahmen der rein individuellen Verhaltensprävention zu stärken. Dies geschieht nicht nur durch die Vorschriften über die Ausgaben für Prävention in Lebenswelten und betriebliche Gesundheitsförderung, sondern auch durch die Verpflichtung der Krankenkassen zu einer stärkeren kassenartenübergreifenden Kooperation. Auf diese Weise schränkt das Präventionsgesetz deren Möglichkeiten ein, ihre Kompetenzen im Hinblick auf §§ 20 ff. SGB V für die Umwerbung „guter Risiken“ zu nutzen. Zugleich setzt die besondere Betonung des Aufbaus und der Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen der Förderung einer reinen Verhaltensprävention Grenzen.

Auch die Kritik am Präventionsgesetz richtet sich auf unterschiedliche Merkmale des Gesetzes. Im Vordergrund stehen dabei folgende Aspekte:

- Das Gesetz fasst Gesundheitsförderung und Prävention nicht wirklich als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe (Health in all Policies = Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik). Vielmehr bleibt es im Wesentlichen Krankenversicherungsrecht und weist den Krankenkassen eine zentrale Rolle zu, während zivilgesellschaftliche Beteiligungsstrukturen unterentwickelt sind [25].
- Die Eignung der Krankenkassen für eine wirksame Gesundheitsförderung und Prävention lässt sich in Zweifel ziehen. Erstens haben sie aus Wettbewerbsgründen ein starkes Interesse an Maßnahmen der verhaltensbezogenen Prävention primär für Gesunde oder Gesundheitsbewusste (gute Risiken), weil diese Versicherten unterdurchschnittliche Behandlungskosten verursachen [15], [16]. Trotz des geringen Ausgabenvolumens spielen die Kompetenzen nach §§ 20 ff. SGB V dafür eine große Rolle, weil die Krankenkassen viele Leistungen individuell definieren und sich dadurch von ihren Konkurrenten unterscheiden können. Der Anreiz zur Risikoselektion wird auch durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen nicht beseitigt. Das Interesse an einer lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention tritt dahinter deutlich zurück. Zweitens sind die Krankenkassen für zahlreiche Handlungsfelder, die für die Entwicklung der Gesundheit eine zentrale Bedeutung haben (z. B. die Wirtschafts-, Arbeitsmarkt- und Verkehrspolitik oder die Stadtplanung), weder zuständig noch kompetent. Auch verfügen sie nicht über Ressourcen zur Koordinierung des Handelns lokaler und regionaler Akteurinnen und Akteure. Somit sind die Krankenkassen in ihren gesundheitsbezogenen Handlungsmöglichkeiten stark eingeschränkt.
- Das Präventionsgesetz lässt zudem erhebliche Spielräume für Projekte einer rein individuellen Verhaltensprävention, die gemeinhin als wenig oder gar nicht wirksam eingestuft werden [26]. Bei dieser Leistungsart stiegen die Ausgaben auch nach dem Inkrafttreten des Präventionsgesetzes zunächst weiter, wenn auch in geringerem Umfang als bei der Prävention in Lebenswelten und in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Im Übrigen ist zu berücksichtigen, dass die individuelle Verhaltensprävention über die offiziell unter dieser Leistungsart erfassten Maßnahmen hinausgeht. So verbergen sich – wie oben gezeigt – sowohl unter dem Begriff Prävention in Lebenswelten als auch unter dem Begriff betriebliche Gesundheitsförderung in erheblichem Umfang Leistungen, die rein verhaltenspräventiver Natur sind. Insofern wird der Stellenwert der individuellen Leistungen durch die GKV-Ausgabenstatistik unterzeichnet. Hinzu kommt, dass Leistungen der individuellen Prävention durch das Präventionsgesetz zum Teil sogar weiter gestärkt werden, z. B. wenn aus einer ärztlichen Bedarfsbescheinigung (§ 20 Abs. 5 SGB V) ein Rechtsanspruch der Versicherten erwächst.

- Das Präventionsgesetz ist im Hinblick auf das Verständnis von lebensweltlicher Prävention nicht eindeutig: Einerseits scheint es Lebenswelten eher als Räume zu verstehen, in denen Präventionsbotschaften vermittelt werden („Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten“ – § 20a Abs. 1 SGB V) denn als Räume, die selbst der Veränderung bedürfen. Andererseits sieht es – wie erwähnt – vor, dass die Krankenkassen bei der Primärprävention in Lebenswelten und in der betrieblichen Gesundheitsförderung „insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen“ fördern sollen (§ 20a Abs. 1 und § 20b Abs. 1 SGB V).
- Die finanziellen Ressourcen wurden zwar kräftig erhöht, bleiben jedoch absolut auf einem niedrigen Niveau. Daher wird mit ihnen auch weiterhin nur ein kleiner Teil der Gesamtbevölkerung bzw. der Risikogruppen erreicht werden können. Hohe Erwartungen werden an die Etablierung einer nationalen Präventionsstrategie und die zu ihrem Zweck geschaffenen Institutionen gerichtet. Ob sie zu einer besseren Zielorientierung und Handlungskoordination führen, wird sich erst im Zuge der weiteren Implementierung zeigen.

Aus Public Health-Perspektive lassen sich eine Reihe von Vorschlägen für eine Novellierung des Präventionsgesetzes formulieren (siehe [25], S. 2 f.). Demnach sollen

- die Maßnahmen nach §§ 20a und 20b SGB V nicht dem Wettbewerb unterliegen, sondern kassenartenübergreifend durchgeführt werden,
- Bund und Länder sich finanziell stärker in der Präventionspolitik engagieren und
- auf Landesebene alle relevanten gesellschaftlichen Akteurinnen und Akteure in die Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen einbezogen werden.

Außerdem soll

- die Nationale Präventionskonferenz an den Grundsätzen von Health in all Policies ausgerichtet werden, ein breites Spektrum von Akteurinnen und Akteuren und Interessen repräsentieren und
- die Rolle des Präventionsforums für die Ausgestaltung der nationalen Präventionsstrategie gestärkt werden.

Als Grundkonsens lässt sich festhalten, dass das Präventionsgesetz weithin als ein Schritt in die richtige Richtung bewertet wird. Strittig bleiben Antworten auf die Frage, welche weiteren Schritte für ein wirksames, an gesundheitlicher Chancengleichheit und Partizipation orientiertes System der Gesundheitsförderung und Prävention erforderlich sind.

Internetadressen:

- BGF Koordinierungsstelle. Betriebliche Gesundheitsförderung. Wir beraten Sie umfassend zu Gesundheit am Arbeitsplatz. Available from: https://www.bgf-koordinierungsstelle.de
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Available from: https://www.baua.de
- Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG). Available from: https://www.bioeg.de
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGVU). Available from: https://www.dguv.de
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund). Available from: https://www.drv-bund.de
- GKV-Spitzenverband. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
- Die Nationale Präventionskonferenz. Available from: https://www.npk-info.de
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLG). Available from: https://www.svlfg.de
- Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV). Available from: https://www.pkv.de

Literatur:

- Geene R, Reese M. Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelung der Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main: Mabuse; 2016.
- GKV-Spitzenverband, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGVU), Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund). Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V. 2016 [accessed 2025 Mar 23]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention_NPK_BRE_ver

- GKV-Spitzenverband. Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. 2023. [accessed 2025 Mar 23]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/Leitfaden_Pravention_Pflege_2023_barri
- Kuhn J. Prävention in Deutschland – eine Sisyphosgeschichte. GGW. 2013 [accessed 2025 Mar 23];13(3):22–30. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Joseph-Kuhn/publication/259702771_Pravention_in_Deutschland_-_eine_Sisyphosgeschichte/links/00b4952d646edceb60000000/Praevention-in-Deutschland-eine-Sisyphosgeschichte.pdf?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW
- Meierjürgen R, Becker S, Warnke A. Die Entwicklung der Präventionsgesetzgebung in Deutschland. Präv Gesundheitsf. 2016 Nov;11(4):206–13. DOI:10.1007/s11553-016-0556-z
- Nationale Präventionskonferenz (NPK). Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V. 2018. [accessed 2025 Mar 23]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Praeventionsges
- Wanek V, Schreiner-Kürten K. Präventionsgesetzgebung. In: Tiemann M, Mohokum M, editors. Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heildelberg: Springer; 2021. p. 95–106. (Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit). DOI:10.1007/978-3-662-62426-5_21

References

1. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, editor. Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG). Vom 17. Juli 2015. Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli. Bundesgesetzblatt. 2015;
2. 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
3. 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
4. Hartung S, Faller G. Betriebliche 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-I042-3.0
5. GKV-Spitzenverband. Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 19. Dezember 2024, in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. 2024. [accessed 2025 Mar 23]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/2024-12-19_GKV-Leitfaden_Praevention_barrierefrei.pdf
6. 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
7. Medizinischer Dienst des Spitzenverb Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), GKV-Spitzenverband, editors. Präventionsbericht 2016. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2015. 2016 [accessed 2025 Mar 23]; Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praeventionsbericht/2016_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf
8. Medizinischer Dienst des Spitzenverb Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), editor. Tabellenband zum Präventionsbericht 2016. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2015. 2016 [accessed 2025 Mar 23]; Available from: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Praevention/2015/Praeventionsbericht_2015_Tabellenband.pdf
9. Böhm K, Klinnert D. Die Umsetzung des Präventionsgesetzes auf Länderebene: Eine Analyse der Landesrahmenvereinbarungen. Gesundheitswesen. 2019 Dec;81(12):1004–10. DOI:10.1055/a-0638-8172
10. Nationale Präventionskonferenz (NPK). Zweiter Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V. 2023. [accessed 2025 Mar 23]. Available from: https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_d

ie_npk/downloads/2_praeventionsbericht/zweiter_npk_praeventionsbericht_barrierefrei.pdf
11. Deutscher Bundestag. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Umsetzung des Präventionsgesetzes. Drucksache 18/13612 vom vom 21.09.2017. 2017.
12. Nationale Präventionskonferenz (NPK). Erster Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V. 2019. [accessed 2025 Mar 23]. Available from: https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/2_praeventionsbericht/NPK-Praeventionsbericht_Barrierefrei.pdf
13. Deutscher Bundestag. Unterrichtung durch die Bundesregierung: Erster Bericht der Nationalen Präventionskonferenz über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention (Erster Präventionsbericht) mit Stellungnahme der Bundesregierung. Drucksache 19/26140 vom 14.01.2021. 2021. [accessed 2025 Mar 23]. Available from: https://dserver.bundestag.de/btd/19/261/1926140.pdf
14. Landsberg G. Fünf Jahre Präventionsgesetz – aus Sicht des Städte- und Gemeindebundes. impu!se. 2020;106:8–9.
15. Gerlinger T, Rosenbrock R. Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 4 edn. Bern: Hogrefe; 2024.
16. Geene R. Das Präventionsgesetz im dritten Jahr – Meilenstein oder Irrfahrt der Gesundheitsförderung? In: Die Kommune als Ort der Gesundheitsproduktion. Hamburg: Argument; 2018. p. 127–52. (Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften).
17. Medizinischer Dienst des Spitzenverb Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), GKV-Spitzenverband, editors. Präventionsbericht 2020. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2019. 2020 [accessed 2025 Mar 23]; Available from: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Praevention/2020/Praeventionsbericht_2020_barrierefrei.pdf
18. Medizinischer Dienst Bund (MD Bund), GKV-Spitzenverband, editors. Präventionsbericht 2024. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2023. 2024 [accessed 2025 Mar 23]; Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praeventionsbericht/2024_GKV_MD_Praventionsbericht_barrierefrei.pdf
19. Medizinischer Dienst des Spitzenverb Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), GKV-Spitzenverband, editors. Tabellenband zum Präventionsbericht 2024. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2023. 2024;
20. Statistisches Bundesamt (Destatis). Kleine und mittlere Unternehmen: 55 % in kleinen und mittleren Unternehmen tätig. 2024. [accessed 2025 Mar 23]. Available from: https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Unternehmen/Kleine-Unternehmen-Mittlere-Unternehmen/aktuell-beschaeftigte.html
21. Statistisches Bundesamt (Destatis). Erwerbstätigkeit: Erwerbstätige und Arbeitnehmer nach Wirtschaftszweigen (Inlandskonzept), 1000 Personen. 2024. [accessed 2025 Mar 23]. Available from: https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Tabellen/arbeitnehmer-wirtschaftsbereiche.html
22. Hollederer A. Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland für alle? Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung. Gesundheitswesen. 2023;85(4):277–88. DOI:10.1055/a-1658-0125
23. Köckler H, Geene R. Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I157-1.0
24. Gerlinger T. Institutionenwandel in der Präventionspolitik. GGW. 2024 [accessed 2025 Mar 23];24(2):7–14. Available from: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/2024/wido_ggw0224_gerlinger.pdf
25. Altgeld T, Böhm K, Bräunling S, Geene R, Janella M, Lenhardt U, Loss J, Pospiech S, Quilling E, Rosenbrock R, Stock C. Rahmenpapier zur Novellierung des Präventionsgesetzes. 2021.

[accessed 2025 Mar 23]. Available from: https://www.armut-und-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Kongress/Kongress_2022/Rahmenpapier_Novellierung_Pra__ventionsgesetz.pdf

26. Kolip P, Ackermann G, Ruckstuhl B, Studer H. Gesundheitsförderung mit System. Qualitätsentwicklung in Projekten und Programmen der Gesundheitsförderung und Prävention. 2 edn. Bern: Hogrefe; 2019. DOI:10.1024/86017-000

Korrespondenz: Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe 1: Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie, Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld, Deutschland, E-mail: thomas.gerlinger@uni-bielefeld.de

Zitierhinweis: Gerlinger T. Präventionsgesetz. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i092-1.0

Copyright: © 2026 Thomas Gerlinger
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/

Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention

Antje Richter-Kornweitz[1]
Gerda Holz[2]
Holger Kilian[3]
[1] Gesundheitsförderung | Armutsprävention, Germany
[2] Ehem. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. im Ruhestand , Frankfurt am Main, Germany
[3] Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V., Potsdam, Germany

Abstract

Präventionsketten sind ein wichtiges Element kommunaler Infrastruktur der sozialen Daseinsvorsorge, Gesundheitsförderung und Prävention. Davon zeugen zahlreiche kommunale Beispiele und zunehmend ganze Programme der Bundesländer. Ziel von Präventionsketten ist ein gesamtstrategisches Vorgehen zu einer systematischen, ressort- und arbeitsfeldübergreifenden Vernetzung von Gremien, freien Trägern, öffentlichen Institutionen und Zivilgesellschaft durch wirkungsvolle Verbindung und Abstimmung. Dazu wird ein Veränderungsprozess im kommunalen Unterstützungssystem angestoßen, bei dem sowohl die Zusammenarbeit der relevanten Akteurinnen und Akteure als auch konkrete Angebote gemeinsam bedarfs- und bedürfnisgerecht weiterentwickelt werden.

Keywords: Determinanten der Gesundheit, Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy, Gesundheitsförderung im Kindesalter, Kommunale Infrastruktur, Kinderschutz und Prävention, Lebenslagen und Lebensphasen, Partizipation, Salutogenese, Settingansatz-Lebensweltansatz

Begriffsbestimmung und Zielsetzung

Als Präventionsketten werden integrierte kommunale Gesamtstrategien bezeichnet, die die vielfältigen fördernden und unterstützenden Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention strategisch und zielorientiert aufeinander abstimmen. Präventionsketten sind als Strukturansatz zu verstehen und darauf ausgerichtet, ein umfassendes und tragfähiges Netz von Unterstützung, Beratung und Förderung unter Beteiligung von Kindern, Jugendlichen und Familien auf kommunaler Ebene zu entwickeln.

Kommunale Fachämter, Institutionen, Träger sowie Akteurinnen und Akteure verbinden sich dazu in einer ressort- und sektorenübergreifenden Kooperation zu einem über Altersgruppen und Lebensphasen hinweg abgestimmten Netzwerk für Kinder und Familien. Sie führen in einem fortwährenden Prozess bestehende und neue Strukturelemente zusammen und ermöglichen so abgestimmtes Handeln im Rahmen einer integrierten kommunalen Gesamtstrategie. Dieses Vorhaben ist mittel- bis langfristig anzulegen und sollte keinen kurzfristigen Projektcharakter haben [1], [2], [3], [4], [5], [6].

Ziel der Zusammenarbeit ist die Teilhabechancen aller jungen Menschen für ein gelingendes Aufwachsen zu fördern, mit umfassenden Chancen auf Bildung, Gesundheit und monetär-materieller sowie sozio-kultureller Teilhabe für alle. Dies gilt insbesondere für jene, die in Armutslagen aufwachsen, um dabei den langfristigen Folgen fehlender Teilhabechancen gemeinsam, abgestimmt und wirksam entgegenzutreten [7] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit).

Wesentlich für die Entwicklung integrierter kommunaler Gesamtstrategien zur Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter sind drei Merkmale [8], [4]:

- Die lebensphasen- und lebenslagenorientierte Ausrichtung von Prävention und Gesundheitsförderung von der Zeit rund um die Geburt bis zum Berufseinstieg.
- Das möglichst lückenlose Ineinandergreifen aller Angebote zur Sicherung des gelingenden Aufwachsens in Wohlergehen unter besonderer Berücksichtigung der Übergänge zwischen Altersstufen und Handlungsfeldern.

- Die abgestimmte Kooperation und Vernetzung von Akteurinnen und Akteuren der kommunalen Verwaltungen sowie der relevanten (Regel-)Institutionen zur Sicherung gelingender kindlicher Entwicklung.

Präventionsketten können grundsätzlich auf die Gestaltung der Bedingungen für Gesundheit und Wohlergehen über den gesamten Lebensverlauf ausgerichtet sein, wie die Vielfalt praxisbezogener Ansätze zeigt. Ihre zunehmende Verbreitung beruht auch auf dem Bedeutungsgewinn der intensivierten, bereichsübergreifenden Vernetzung und Kooperation in den Kommunen in den letzten beiden Dekaden.

In der Praxis werden jedoch bislang vor allem Erfahrungen für die Altersphase Kindheit und Jugend gesammelt, deren Schwerpunkte auf der Unterstützung einer umfassenden „kindorientierten" Entwicklungs- und Teilhabeförderung liegen und dem Grundprinzip des vom „Kind-aus-denken-und-handeln" folgen ([9], S. 18). Ausschlaggebend können dafür die reguläre Abfolge institutioneller Betreuungs-, Bildungs- und Beratungsangebote sein (v. a. Frühe Hilfen, Tagespflege, Tageseinrichtungen für Kinder, Grund- und weiterführende Schule) und die damit verbundenen Möglichkeiten des direkten Zugangs zu den Adressatinnen und Adressaten in Regeleinrichtungen. Zudem sind in dieser Altersphase zentrale staatliche Pflichtaufgaben verankert, die über jeweils eigene Systeme (v. a. Jugendhilfe, Schule, Gesundheitsförderung, Arbeitsmarktintegration) organisiert werden.

Grafische Darstellungsweisen des Strukturansatzes

Die folgenden Strukturdarstellungen einer Präventionskette betonen jeweils unterschiedliche Aspekte des Ansatzes und verdeutlichen dessen Vielschichtigkeit im konkreten Umgang mit komplexen Lebenslagen. Deutlich werden auch die Vielseitigkeit und Übertragbarkeit auf ganz unterschiedliche lokale Gegebenheiten.

Die Darstellung des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit nutzt das Modell der Determinanten der Gesundheit [10]. Präventionsketten sollen die Einflussfaktoren für Gesundheit auf den dort genannten Ebenen gestalten.

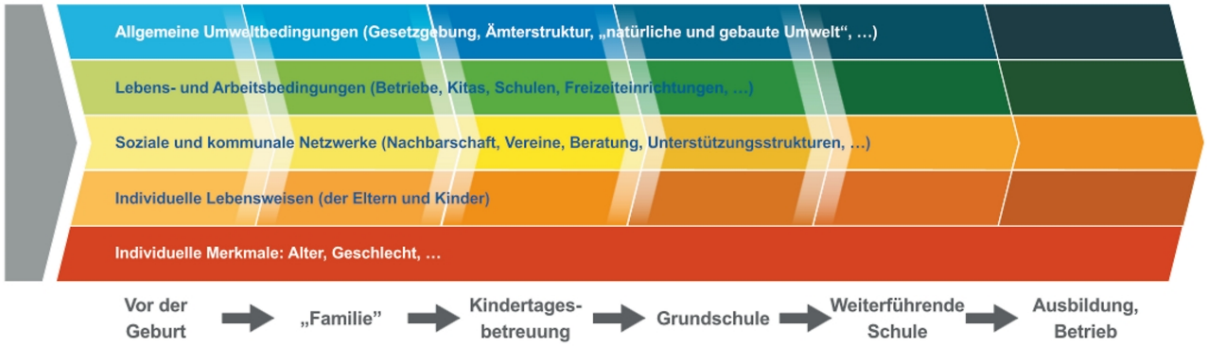


Abb. 1: Präventionskette zur Gestaltung der Einflussfaktoren auf Gesundheit (Quelle: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/partnerprozess)

Die Darstellung von Richter-Kornweitz & Utermark [11] betont den integrierten Ansatz, der unterschiedliche Handlungs- und Aufgabenfelder, Akteurinnen und Akteure sowie verschiedene Institutionen lebenslagen- und lebensphasenorientiert zusammenführt, hier am Beispiel der Lebensphase Kindheit bis Ende der Grundschulzeit.

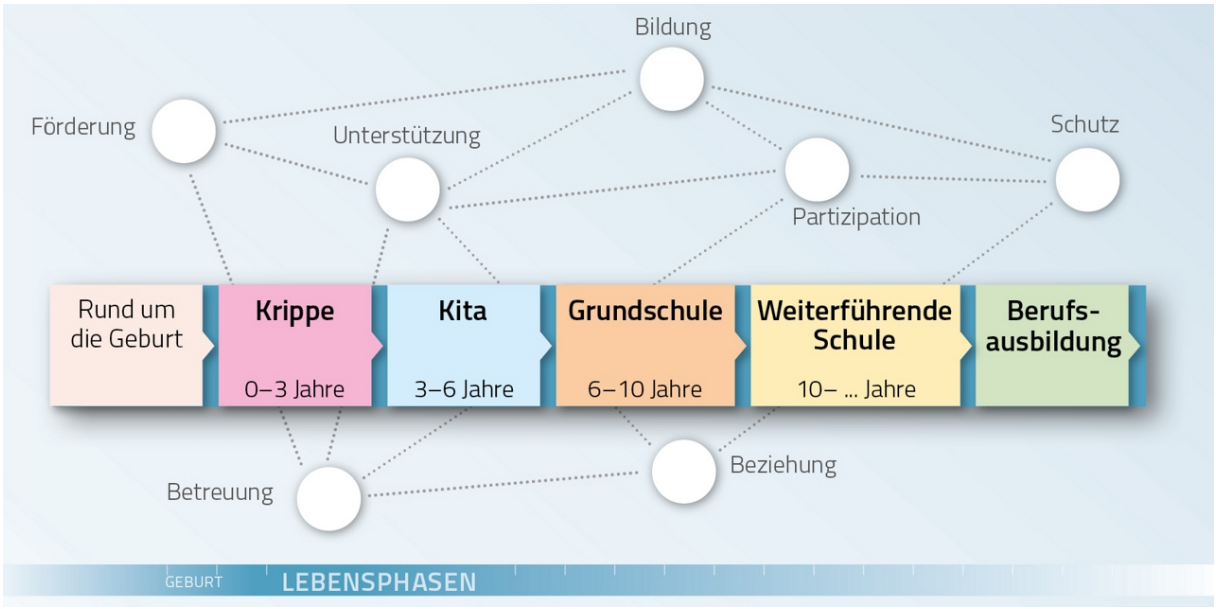


Abb. 2: Präventionskette – lebensphasenorientiert (Quelle: [8], S. 14)

Mittelpunkt der Darstellung von Holz (Abb. 3) sind junge Menschen und deren Eltern mit jeweils unterschiedlichem spezifischem Bedarf nicht zuletzt aufgrund ihrer sozialen Lagen. Beide sollen Zielgruppen einer kind- bzw. jugendbezogenen Präventionskette sein.

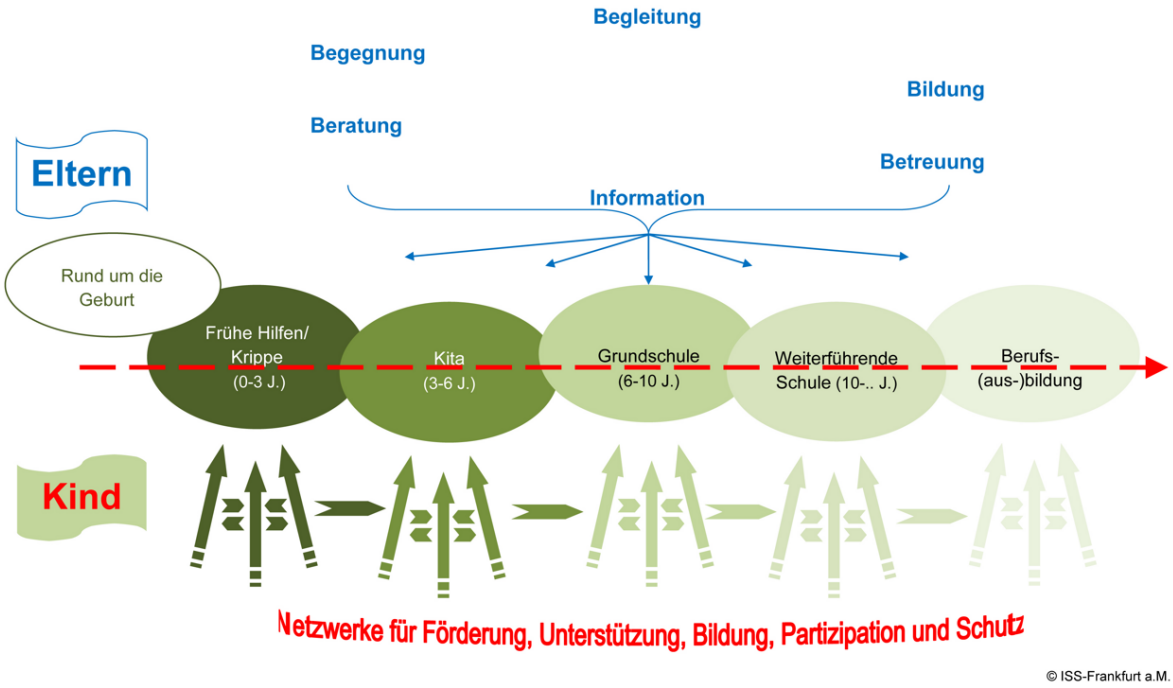


Abb. 3: Präventionskette „Von der Geburt bis zum Berufseinstieg“ durch Netzwerke – bedarfs- und zielgruppenbezogen (Quelle: angelehnt an [12], S. 117)

Theoretische Verortung und Leitideen des Ansatzes

Konzeptionell knüpfen Präventionsketten an zentrale Konzepte der Gesundheitsförderung und der Sozialen Arbeit an. Grundlegend sind das Modell der sozialen Determinanten der Gesundheit [10], [13] (Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP)) die salutogenetische Perspektive [14] (Salutogenese), der Ansatz der Lebenslagen und Lebensphasen [15] sowie das Präventionsverständnis

zur Bearbeitung sozialer Probleme (Holz & Mitschke 2018), [16]. Der Settingansatz-Lebensweltansatz [17] ist ebenfalls konzeptionell bedeutsam und erhält mit der Lebensphasen- und Lebenslagenorientierung im Kontext der Präventionskette eine weitere wichtige Dimension.

Andere Fachdisziplinen sind neben der soziallagenorientierten und kommunal ausgerichteten Gesundheitsförderung [18], [19], (Trojan & Süß 2020), die Gemeinwesenarbeit (Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit), die Stadtsoziologie, Stadtentwicklung und lebensweltorientierte Soziale Arbeit mit ihren Konzepten zur multi- und interdisziplinären Kooperation und Sozialraumorientierung [20], [21], [22]. Relevant ist außerdem der Leitgedanke der gemeinsamen öffentlichen Verantwortung für ein gutes und gelingendes Aufwachsen junger Menschen in Ergänzung zur elterlichen Verantwortung. Diesen Leitgedanken führen die Autorinnen und Autoren des 11. Kinder- und Jugendberichtes aus [23] und unterstützen auch die Forderungen des 13. Kinder- und Jugendberichts nach mehr Chancen für gesundes Aufwachsen aller Kinder [24].

Weitere impulsgebende Ideen stammen aus der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Kinderarmutsforschung [25], [12], [26]. Neuere Publikationen fokussieren hier auf die Leitidee, Armutssensibilität in Präventionsketten strukturell, institutionell und individuell zu verwirklichen. Dies beinhaltet beispielsweise, die vorhandene Infrastruktur bedarfs- und bedürfnisgerecht weiterzuentwickeln.

Angestrebt wird, Leistungssysteme besser miteinander zu verzahnen und verwaltungs- und organisationsinterne Routinen unbürokratisch zu verschlanken. Armutssensibilität als Leitidee bedeutet zudem, (pädagogische) Konzepte, Leitlinien und Routinen in Einrichtungen auf ihre Zugangsgerechtigkeit zu überprüfen und Haltung und fachliches Handeln entsprechend zu reflektieren [16], [8].

Handlungsprinzipien für die Arbeit in Präventionsketten

Zu den fachlichen Grundsätzen des Handelns in Präventionsketten gehört es, Unterstützungsbedarf frühzeitig zu erkennen und die Inanspruchnahme von Angeboten zu fördern. Handlungsprinzipien für diese Arbeit sind die Orientierung an Lebenslagen, Lebenslauf und Lebenswelt [15] (Lebenslagen und Lebensphasen), die Netzwerkorientierung [27] (Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung) sowie praxisbezogenes und partizipativ ausgerichtetes Handeln. Die Handlungsprinzipien setzen einen wichtigen Orientierungsrahmen für die Zusammenarbeit in Präventionsketten und für Planung, Durchführung und Überprüfung der Aktivitäten und Angebote für und mit Fachkräften, Kindern, Jugendlichen und Familien [8].

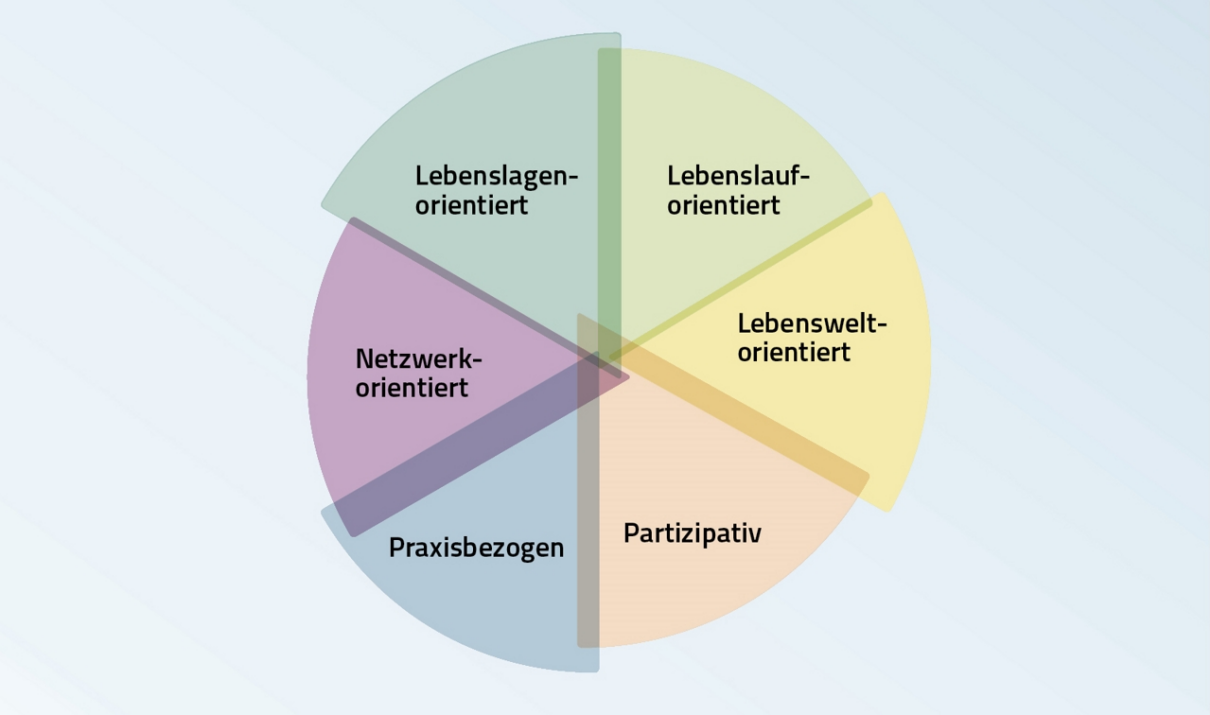


Abb. 4: Handlungsprinzipien der Arbeit in Präventionsketten (Quelle: [8], S. 18)

Eine Präventionskette ist lebenslagenorientiert angelegt: Kinder und Jugendliche werden in ihren Teilhabechancen auf Gesundheit, Bildung sowie materieller und soziokultureller Teilhabe unterstützt. Die Angebote orientieren sich an den Bedürfnissen des jungen Menschen und unterstützen den individuellen Entwicklungs- und Bildungsprozess entlang der Leitfrage: „Was brauchen Kinder und Jugendliche?“

Eine Präventionskette ist lebenslauforientiert angelegt: Kinder, Jugendliche und ihre Eltern sollen von der Schwangerschaft bis zum erfolgreichen Berufseinstieg sicher gefördert und möglichst lückenlos begleitet werden.

Eine Präventionskette geht lebensweltorientiert vor: Die Präventionskette stellt einen Kontextbezug zur Lebenswelt der Angesprochenen und zu ihrem Lebensstil her. Dies bedeutet, wohnortnah und niedrigschwellig vorzugehen, bestehende Strukturen vor Ort und Kooperationen mit anderen dort Tätigen zu nutzen und die Sozialstruktur der Bewohnerinnen und Bewohner zu berücksichtigen.

Eine Präventionskette geht partizipativ vor: Hier bietet die Präventionskette Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern die Möglichkeit, ihre Sicht auf die Lebenssituation vor Ort und auf den Handlungsbedarf einzubringen und sich bei Auswahl, Entwicklung und Umsetzung von Angeboten zu beteiligen. Ebenso gibt sie den Fachkräften unterschiedlicher Disziplinen und Ebenen die Möglichkeit, ihre Erfahrungen in das lokale Konzept der Präventionskette einzubringen und es mitzugestalten, was methodisch unterschiedliche Ansätze erfordert.

Eine Präventionskette ist praxisbezogen: Familien, Kindertagesbetreuung, Schule, Nachbarschaft und Quartiere werden als Settings der Alltagspraxis verstanden und gemäß den Altersphasen 0 bis 3 Jahre (inklusive Schwangerschaft), 3 bis 6 Jahre, 6 bis 12 Jahre und den zugehörigen Handlungsfeldern wie Krippe, Kita, Schule etc. einbezogen.

Eine Präventionskette basiert auf Netzwerken: Alle Akteurinnen und Akteure in der Kommune, die Angebote für die jeweilige Altersgruppe machen bzw. darüber zu entscheiden haben, interdisziplinär und fachbereichsübergreifend vernetzt. Eine Präventionskette führt bereits bestehende Teilnetzwerke zusammen.

Gestaltungs- und Handlungsort von Präventionsketten – Die Kommune

Präventionsketten sind als Strukturansatz für Kommunen, d. h. für Städte und Landkreise zu verstehen. Ihre konkrete Ausgestaltung und Umsetzung ist abhängig von räumlicher oder bevölkerungsmäßiger Größe der Gebietskörperschaft. Das heißt, sie können die Stadt oder den Landkreis als Gesamtes betreffen oder auch einzelne Sozialräume, wobei die Praxis zeigt, dass in größeren Kommunen eher Strukturmodelle zur Anwendung kommen, die mehrere Ebenen umfassen. Diese können dann über die Verknüpfung innerhalb eines gesamtkommunalen Ansatzes hinaus auch stadtteil- oder gemeindebezogen ausgerichtet sein. Speziell in Landkreisen sind zudem die politischen Gremien und Verwaltungsbereiche in den Gemeinden vor Ort bei der Zielsetzung und Durchführung des Vorhabens zu berücksichtigen.

Strategisch gesehen geht es meist gleich zu Beginn um eine Entscheidung zwischen gemeindezentriertem oder landkreiszentriertem Vorgehen. Entscheidet man sich für ein konkretes, gemeindespezifisches Konzept, ist damit häufig die Erwartung verknüpft, dass das Vorgehen Modellcharakter gewinnt und andere landkreisangehörige Gemeinden zur Adaption anregen könnte. Die landkreiszentrierte Variante erfordert dagegen ein abstrakteres Konzept, das den Gemeinden zwar Gestaltungsspielraum bietet, zentrale Entscheidungsbefugnisse aber auf Landkreisebene verortet [28].

Akteurinnen und Akteure der Präventionskette

Präventionsketten verfolgen einen intersektoralen und disziplinübergreifenden Ansatz: Diverse Fachämter, Institutionen, Träger und Einzelakteure mit Einfluss auf Gesundheitsförderung und Prävention arbeiten ressort- und sektorenübergreifend zusammen, um bedarfs- und bedürfnisgerechte Maßnahmen (weiter) zu entwickeln und Doppelstrukturen zu vermeiden. Dazu kooperieren Fach- und Führungskräfte unterschiedlicher Hierarchieebenen aus verwaltungsinternen und -externen Disziplinen, Fachbereichen und Institutionen in Gremien und Netzwerken, deren Handeln auf diversen Gesetzesgrundlagen, Finanzierungs- und Fachlogiken basiert.

Neben Fach- und Führungskräften des Kinder- und Jugendhilfe-, Gesundheits-, Sozial- und

Bildungssystems kooperieren weitere Akteurinnen und Akteure z. B. aus Sport und Kultur oder Gemeinwesenarbeit und Stadtentwicklung [29]. Entscheidend für ihre Mitwirkung sind die Ausgangssituation, Handlungsfelder und gemeinsam abgestimmte Ziele.

Zu beachten ist, dass das Jugendamt eine besondere Funktion hat, wenn es um die Präventionskette im Kindes- und Jugendalter geht. Hier liegt gemäß SGB VIII die Gesamtverantwortung (§ 79) für die Maßnahmen der Jugendhilfe. Das Jugendamt ist jedoch zur Partnerschaftlichkeit (§ 4) mit allen Beteiligten verpflichtet.

Prozess und Strategien für den Auf- und Ausbau von Präventionsketten

Die Entwicklungspfade, die beim Auf- und Ausbau von Präventionsketten beschritten werden, sind stark von den jeweiligen lokalen (Ausgangs-)Bedingungen geprägt. Erste Impulse können sowohl aus der kommunalen Politik, der Verwaltung oder aus Organisationen und dem Sozialraum bzw. Quartier kommen.

Die Verstetigung des örtlichen Entwicklungsprozesses erfordert jedoch die verbindliche und kontinuierliche Unterstützung durch die verschiedenen kommunalen Verwaltungsebenen und die zuständigen Leitungskräfte sowie die ausdrückliche Legitimation durch die lokale Politik [1], [3], [8], [6]. Dies geschieht beispielsweise durch einen politischen Beschluss – nach Beratung in den kommunalen Ausschüssen wie Jugendhilfe-, Sozial- und/oder Gesundheitsausschuss oder auch im Ratsausschuss bzw. Kreisausschuss – und ggf. durch Kooperationsvereinbarungen.

Zentral ist in diesem Prozess, dass die neuen Angebote erst im zweiten Schritt der Zusammenarbeit eingeführt werden. Vorrang hat zunächst die Entwicklung einer mittel- bis langfristig angelegten Strategie. Erforderlich ist außerdem ein passender Strukturansatz zur Sicherung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten sozialen Infrastruktur. Wichtig ist, von Beginn an zu vermitteln, dass es sich beim Aus- und Aufbau von Präventionsketten nicht um ein zeitlich begrenztes Projekt handelt, sondern um einen mittel- bis langfristigen Prozess, der kontinuierliche Steuerung erfordert.

Die koordinierenden Akteurinnen und Akteure initiieren Ansätze der Zusammenarbeit, binden Partner ein, unterstützen den Aufbau der Gremien und die (Weiter-)Entwicklung der Netzwerke. Sie eruieren sorgfältig die Bedarfs- und Bedürfnislagen der Kinder und Familien, identifizieren Lücken im Unterstützungssystem und entwickeln passende, datenbasierte Angebote. Dies erfordert kontinuierliche Zusammenarbeit und Reflexion über Ressort- und Sektorengrenzen hinweg, wofür Zeitressourcen einzuplanen sind.

Der Prozess umfasst die Aufgabe, Grundlagen für eine vertrauensvolle und dauerhafte Zusammenarbeit zwischen Partnerinnen und Partnern aus Handlungsfeldern und Ressorts zu schaffen, die zuvor oft wenige Berührungspunkte hatten und sich teilweise erheblich in Denk- und Handlungslogiken, Zielstellungen, Arbeitsweisen und verfügbaren Ressourcen unterscheiden. Transparenz über diese unterschiedlichen Voraussetzungen zu schaffen und damit die Grundlage dafür, diese gemeinsam aktiv zu gestalten, ist ein wichtiger Schritt im Aus- und Aufbau von Präventionsketten.

Im weiteren Verlauf sind die gemeinsame Handlungsorientierung und Verbindlichkeit der Zusammenarbeit wichtig. Diese können durch gemeinsam entwickelte Zielsetzungen und Planungspapiere, Regeln für die Zusammenarbeit und klare Aufgabenverteilung für die beteiligten Akteurinnen und Akteure gesichert werden. Grundlegend sind dabei Bestands-, Bedarfs- und Bedürfniserhebungen entlang der kommunalen Ausgangsbedingungen: Was wird gebraucht, was gibt es bereits und was fehlt? Dies sollte unter Einbeziehung der unmittelbar Betroffenen geschehen sowie unter Beteiligung von Fachkräften, die mit ihnen im Kontakt stehen [30] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger) [31].

Ist die kommunale Verwaltung federführend im Aufbauprozess, werden innerhalb der Verwaltung neue Arbeitsgruppen zusammengestellt und eventuell bestehende zur inhaltlichen Abstimmung einbezogen. Ergänzend werden externe Institutionen bzw. Akteurinnen und Akteure in beratende Gremien als wichtige Vertretung der Interessen von Kindern, Jugendlichen und Familien hinzugezogen.

Zu den ersten Aufgaben der Gremienmitglieder gehört es, sich einen Überblick über vorhandene Arbeits- und Kommunikationsstrukturen in Gremien, Netzwerken und über die Angebotslandschaft zu

verschaffen. Darauf aufbauend werden Strukturen zur Steuerung, Planung und Koordination des Prozesses entwickelt. Außerdem kommen Arbeitsgruppen, (bestehende) Runde Tische und Stadtteilkonferenzen hinzu, um praktikable Vorschläge für den ermittelten Bedarf zu erarbeiten.

Struktur- und Qualitätsmerkmale

Die Aufgabe der Strategieentwicklung und Strukturbildung sowie ein reflexives Steuerungsverständnis sind vorrangig vor anderen Planungen und wesentliche Qualitätsmerkmale für kommunale Konzepte, die wirklich bei Kindern und Jugendlichen ankommen [8].



Abb. 5: Erste Schritte der Präventionskettenarbeit (Quelle: Landeskoordinierungsstelle Niedersachsen, lizensiert unter CC BY-SA 4.0)

Unabhängig davon, ob dieser Prozess durch engagierte Fach- oder Führungskräfte beispielsweise des Gesundheits- oder Jugendamtes, Dezernentinnen oder Dezernenten, Bürgermeisterinnen oder Bürgermeister oder durch freie Träger angestoßen wurde: Die kontinuierliche, möglichst hauptamtlich zu besetzende Koordination des gesamten Vorgehens ist ein weiteres zentrales Qualitätsmerkmal. Die bedeutende Rolle der Koordination erfordert ihre klare Positionierung in der Kommune, ein eindeutiges Mandat und die Abklärung ihrer Zuständigkeiten. Sie fachlich und strukturell in der Verwaltung und der Organisationsstruktur zu verorten, ist Aufgabe der strategischen Steuerung [32], [8].

Wirkungsorientierung in Präventionsketten

Der Aufbau von Präventionsketten wird als zirkulär angelegter Qualitätsentwicklungsprozess verstanden. Dieser durchläuft im Wesentlichen die klassischen Phasen des Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus [33] (vgl. Rosenbrock & Hartung 2015). Die Orientierung an dessen Bausteinen unterstützt dabei, den Überblick zu behalten und den eigenen Stand zu verorten. Das Vorgehen ist jedoch keinesfalls als schematischer Ablauf zu verstehen, sondern kann situationsspezifisch und lokal variieren und außerdem teilweise parallel verlaufen.

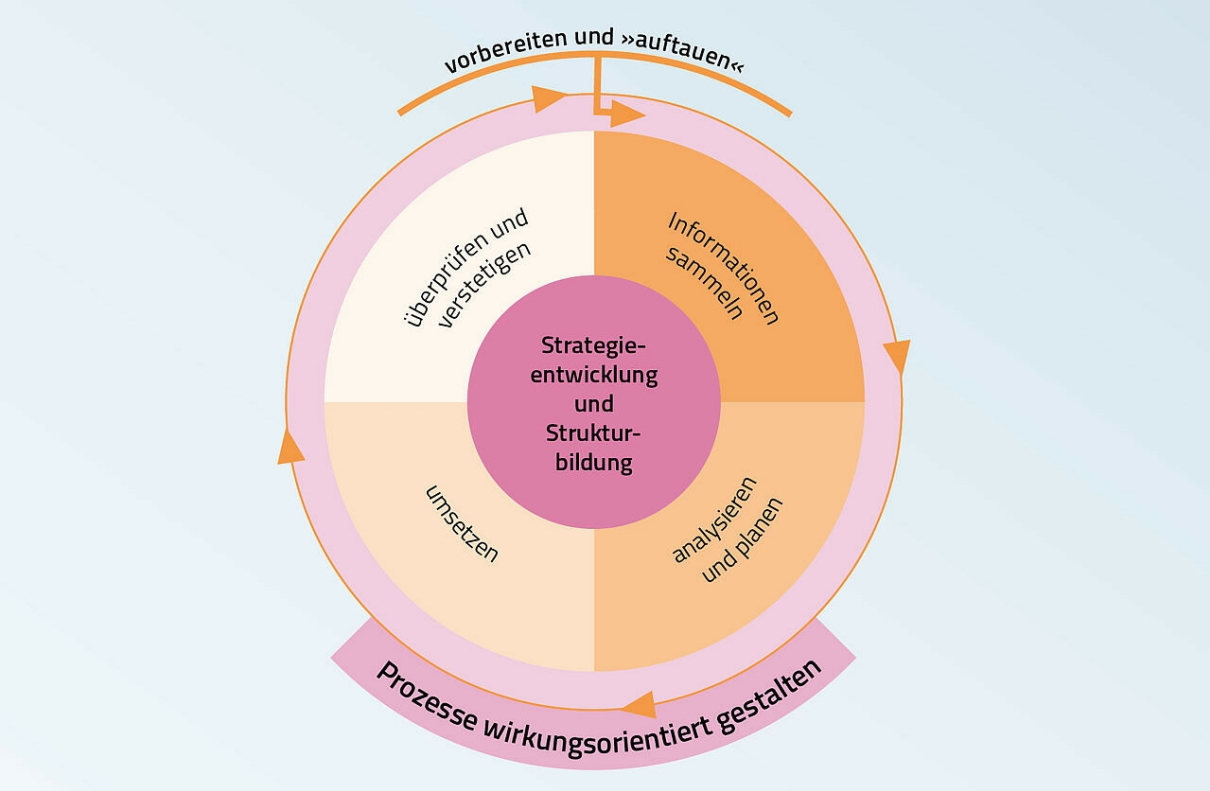


Abb. 6: Prozesskreislauf des Programms Präventionsketten Niedersachsen (Quelle: Landeskoordinierungsstelle Niedersachsen, lizensiert unter CC BY-SA 4.0)

Steuerung, Planung und Reflexion des Prozesses können durch eine dialogisch ausgerichtete Wirkungsorientierung unterstützt werden. Durch die Entwicklung einer Wirkungslogik bzw. eines Wirkungsmodells mit zuvor partizipativ definierten Zielen kann dieser indikatorengestützt beobachtet, überprüft und angepasst werden. Entsprechend den eng begrenzten kommunalen Ressourcen sollten dazu möglichst unaufwändig zu erfassende und trotzdem aussagekräftige Indikatoren identifiziert und erhoben werden. Sie sollten außerdem qualitativ ermittelte Einschätzungen von Fachkräften sowie Adressatinnen und Adressaten und somit spezifisch-kontextbezogenes Fachwissen umfassen und sich nicht nur auf statistische Kennziffern beziehen. Die Wirkungsannahmen gründen dabei auf dem konzeptionellen Rahmen einer kommunalen Gesamtstrategie, für die gemeinsames Wirken (Collective Impact) von Akteurinnen und Akteuren, Maßnahmen und Angeboten kennzeichnend ist.

Die Aktivitäten konzentrieren sich zunächst auf die Ebene der strukturellen Wirkungen. Es sollte beispielsweise deutlich werden, inwieweit integriertes Handeln und Vernetzung verstärkt sind, Angebote neu entwickelt bzw. optimiert und zusätzliche Kompetenzen an Fachkräfte vermittelt sind. Über die strukturelle Ebene und darauf aufbauend sollten Wirkungen auf Ebene der Adressatinnen und Adressaten (Kinder, Jugendliche und Familien) erreicht werden [34].

Lineares Denken und einfache Ursache-Wirkung-Verknüpfungen sollten im gesamten Prozess vermieden werden. Vielmehr geht es darum, Angebote immer wieder beteiligungsorientiert und im ressortübergreifenden Zusammenspiel unterschiedlicher Maßnahmen kleinschrittig anzupassen. Erst über das Zusammenwirken vieler einzelner Aktivitäten auf struktureller Ebene und auf der Ebene der jeweiligen Zielgruppe kann eine Präventionskette im Sinne eines „collective impact“ wirksam werden [35].

Die Arbeit an und in Präventionsketten ist nie abgeschlossen. Sie ist ein kontinuierlicher Prozess, der immer wieder neue Impulse und Anpassung an die sich ändernden kommunalen Rahmenbedingungen erfordert. Um die kommunalen Akteurinnen und Akteure bei dieser anspruchsvollen Aufgabe zu unterstützen, haben verschiedene Bundesländer − u. a. Baden-Württemberg, Berlin, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Thüringen − Programme und/oder Landeskoordinationsstellen eingerichtet, die den Aufbau von Präventionsketten zur Armutsprävention bzw. zur Gesundheitsförderung in der Kindheits- und Jugendphase fördern.

Ebenso bietet der kommunale Partnerprozess „Gesundheit für alle“ ein Forum für den bundesweiten Austausch, fachliche Begleitung, Transfer und Qualifizierung an. Die Austauschplattform www.inforo-

online.de ermöglicht es den kommunalen Akteurinnen und Akteuren, ihre Aktivitäten vorzustellen, Materialien auszutauschen, Erfahrungen zu bündeln und für andere Kommunen bereitzustellen.

Perspektive: Von der Präventionskette zum Präventionsnetz in späteren Lebensphasen

Das Konzept der Präventionskette wurde bisher vor allem für das frühe Lebensalter bis zum Eintritt in Ausbildung und Beruf entwickelt und erprobt. Ein Grund dafür ist die gut beschreibbare und bundesweit einheitlich verknüpfte, lineare Aufeinanderfolge institutionalisierter und ab dem Schuleintritt obligatorischer Betreuungs- und Bildungsstationen (Krippe, Kindertagespflege, Grund- und weiterführende Schule, Ausbildung und Studium). Diese institutionalisierten Zuständigkeiten verlieren jedoch im höheren Lebensalter Linearität und Verbindlichkeit.

Auch Menschen im mittleren und hohen Lebensalter benötigen ressourcenorientierte, niedrigschwellige Unterstützungsangebote, die auf eine verstärkte gesellschaftliche Teilhabe abzielen, ihnen wertschätzend gegenübertreten, idealerweise im direkten Wohnumfeld bestehen und systematisch miteinander vernetzt sind. Der Ansatz „Präventionsnetz“ entwickelt das Konzept der Präventionskette für die zweite Lebenshälfte weiter und versucht, die Komplexität des Älterwerdens aufzugreifen. Für das Präventionsnetz ist kennzeichnend, dass es keiner Chronologie folgt und vielfältige Stränge aufweist, die sich an den Übergängen im Lebensverlauf orientieren (siehe Abb. 1). Damit bietet ein Präventionsnetz die Möglichkeit, den individuellen biografischen Bedarfen und Bedürfnissen folgend an vielen verschiedenen Punkten und zu unterschiedlichen Zeiten im Lebensverlauf anzusetzen.

Die Herausforderungen des Älterwerdens zeigen sich gerade in den Übergängen. Insbesondere im Alter chronifizieren sich Krankheitsbilder, die Multimorbidität nimmt zu. Durch den Austritt aus dem Erwerbsleben wechseln die meisten älteren Menschen vom Berufsleben ins Private. Hinzu kommt, dass u. a. Verluste geliebter Menschen die Singularisierung ansteigen lassen. Themen wie Einsamkeit, Verwitwung und Pflegebedürftigkeit oder der Übergang in andere, neue Wohnformen müssen bewältigt werden. Individuell lässt sich vielfach nicht vorhersehen und planen, ob oder wann sich diese Herausforderungen stellen.

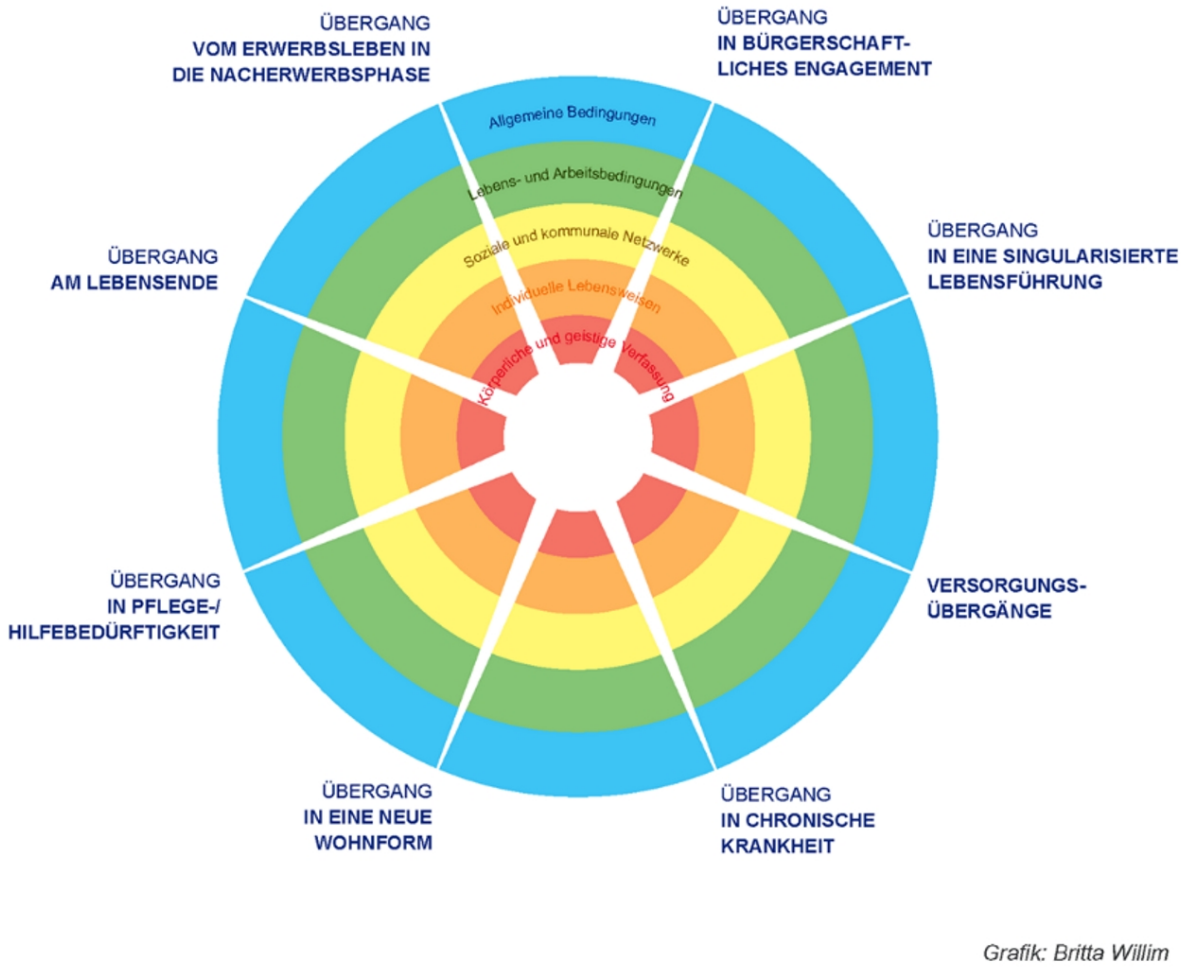


Abb. 7: Übergänge im Alter (Quelle: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V./Grafik: Britta Willim)

Das Präventionsnetz schafft kommunale Rahmenbedingungen, die – im Idealfall generationenübergreifend − die besonderen Herausforderungen des mittleren und hohen Lebensalters adressieren und für die Betroffenen besser bewältigbar machen. Erste Konzepte und Umsetzungserfahrungen liegen vor und sollen gemeinsam mit den Präventionsketten im Sinne integrierter kommunaler Gesamtstrategien weiterentwickelt werden.

Internetadressen:

- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
- inforo – Ihr Portal für den Fachaustausch. Available from: https://www.inforo-online.de

Literatur:

- Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMBFSFJ), editor. Siebter Altenbericht: Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften: und Stellungnahme der Bundesregierung. Berlin; 2017.
- Hock B, Holz G. Arm dran?! Lebenslagen und Lebenschancen von Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse einer Studie im Auftrag des Bundesverbandes der Arbeiterwohlfahrt. Frankfurt am Main: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V.; 1998. (ISS-Pontifex; 3).
- Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (Kgc) Brandenburg, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit. Vom Angebot zur Gesamtstrategie: Ein Präventionsnetz für Ältere. Wege aus der Einsamkeit – Teilhabe in der Kommune stärken! 2022 [accessed 2023 Feb 24];26–30. Available from: https://www.gesundheitliche-

chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Koordinierungsstellen/Brandenburg/Gruene_Reihe web.pdf

References

1. Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen (MFKJKS), editor. Positionspapier. Integrierte Gesamtkonzepte kommunaler Prävention. Düsseldorf; 2015 [accessed 2022 Nov 14]. Available from: https://www.kinderstark.nrw/fileadmin/public/main_domain/Dokumente/Positionspapier_Integrierte-Gesamtkonzepte-Pra__vention_Versand.pdf
2. LVR-Landesjugendamt Rheinland, editor. Präventionsnetzwerke und Präventionsketten erfolgreich koordinieren. Eine Arbeitshilfe aus dem LVR-Programm „Teilhabe ermöglichen – Kommunale Netzwerke gegen Kinderarmut“ im Rheinland. Köln; 2017 [accessed 2022 Nov 14]. Available from: https://www.lvr.de/media/wwwlvrde/jugend/jugendmter/koordinationsstellekinderarmut/dokumente_80/LVR-Arbeitshilfe_Kinderarmut_2017_ONLINE.pdf
3. Böhme C, Reimann B. Integrierte Strategien Kommunaler Gesundheitsförderung: Rahmenbedingungen, Steuerung und Kooperation – Ergebnisse einer Akteursbefragung. Berlin; 2018. [accessed 2022 Nov 14]. Available from: https://repository.difu.de/jspui/bitstream/difu/249465/1/DM18100124.pdf
4. Holz G. Präventionsketten – Kind- / Jugendbezogene Armutsprävention auf kommunaler Ebene. In: Rahn P, Chassé KA, editors. Handbuch Kinderarmut. Opladen, Toronto: Verlag Barbara Budrich; 2020. p. 302–10.
5. Richter-Kornweitz A, Petras K, Humrich W, Schluck S. WerkReport 1 des Programms „Präventionsketten Niedersachsen: Gesund aufwachsen für alle Kinder!“. Hannover; 2022 [accessed 2022 Nov 14]. Available from: https://www.praeventionsketten-nds.de/fileadmin/media/downloads/Werkreport/Werkreport-1.pdf
6. Prognos AG, editor. Perspektiven für die Kinder- und Jugendpolitik im investierenden Sozialstaat. Mehr Chancen in benachteiligenden Lebenslagen durch gemeinsames Handeln. Düsseldorf; 2022 [accessed 2022 Nov 14]. Available from: https://www.prognos.com/sites/default/files/2022-02/Prognos_PolicyPaper_soziale_Praevention_final_2022.pdf
7. 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
8. Richter-Kornweitz A, Schluck S, Petras K, Humrich W, Kruse C. Präventionsketten konkret! Ein kompetenzorientiertes Handbuch zur Koordination von integrierten kommunalen Strategien. Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVGAFS Niedersachsen e.V.), editor. 2022 [accessed 2022 Nov 14]. Available from: https://www.praeventionsketten-nds.de/fileadmin/media/downloads/Handbuch/Handbuch_Pra%CC%88ventionsketten_konkret.pdf
9. Holz G, Mitschke C. Die Monheimer Präventionskette. Von der Vision zur Verwirklichung kindbezogener Armutsprävention auf kommunaler Ebene. Frankfurt am Main: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V.; 2019.
10. 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
11. Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVGAFS Niedersachsen e.V.), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editors. Werkbuch Präventionskette: Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen. Konzept und Text: Dr. Antje Richter-Kornweitz, Kerstin Utermar. Hannover; 2013.
12. Holz G, Richter-Kornweitz A, editors. Kinderarmut und ihre Folgen. Wie kann Prävention gelingen. München: Ernst Reinhardt Verlag; 2010.
13. Köckler H, Geene R. Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i157-1.0
14. 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

15. 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
16. Holz G. Stärkung von Armutssensibilität. Ein Basiselement individueller und struktureller Armutsprävention für junge Menschen. Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie, editor. Berlin; 2021 [accessed 2022 Nov 14]. Available from: https://www.berlin.de/sen/jugend/jugend-und-familienpolitik/familienpolitik/kinder-und-familienarmut
17. 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
18. Trojan A, Süß W, Lorenz C, Wolf K. Quartiersbezogene Gesundheitsförderung. Umsetzung und Evaluation eines integrierten lebensweltbezogenen Handlungsansatzes. Weinheim: Beltz; 2013.
19. Trojan A. Kommunale Gesundheitsförderung. Publ Health For. 2018 Jun 27;26(2):150–2. DOI: 10.1515/pubhef-2018-0019
20. Thiersch H. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. Weinheim: Beltz; 1992.
21. Baum D. Lehrbuch Stadt und Soziale Arbeit: Stadtsoziologische Grundlagen Sozialer Arbeit. Weinheim, Basel: Beltz; 2018. (Studienmodule Soziale Arbeit).
22. Baum D. Lokale Strategien und Handlungsoptionen im Umgang mit Kinderarmut. In: Rahn P, Chassé KA, editors. Handbuch Kinderarmut. Opladen, Toronto: Verlag Barbara Budrich; 2020. p. 311–20.
23. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, editor. Elfter Kinder und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. 2002. [accessed 2022 Nov 14]. Available from: https://www.bmfsfj.de/resource/blob/94598/92135291ed6ca273285998211782bfa1/prm-18653-broschure-elfter-kinder--und-j-data.pdf
24. Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend, editor. 13. Kinder- und Jugendbericht. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen − Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe. Berlin; 2009. [accessed 2022 Nov 14]. Available from: https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/13-kinder-und-jugendbericht-87246
25. Hock B, Holz G, Simmedinger R. Gute Kindheit – Schlechte Kindheit? Armut und Zukunftschancen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Abschlussbericht zur Studie im Auftrag des Bundesverbandes der Arbeiterwohlfahrt. Vol. ;4. Frankfurt am Main: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V.; 2000. (ISS-aktuell; 4).
26. Laubstein C, Holz G, Seddig N. Armutsfolgen für Kinder und Jugendliche. Erkenntnisse aus empirischen Studien in Deutschland. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2016 [accessed 2022 Nov 14]. Available from: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_WB_Armutsfolgen_fuer_Kinder_und_Jugendliche_2016.pdf
27. Quilling E, Brähler-Dieling N, Kuchler M, Trojan A. Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i108-3.0
28. Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVGAFS Niedersachsen e.V.), editor. Präventionsketten in der Fläche. Praxis Präventionsketten. 2021 [accessed 2022 Nov 14];(6). Available from: https://www.praeventionsketten-nds.de/fileadmin/media/downloads/praxis-praeventionskette/Praxisblatt_6_Pr%C3%A4ventionsketten_in_der_Fl%C3%A4che.pdf
29. Kruse C, Richter-Kornweitz A. Organisationsstruktur entwickeln. Praxis Präventionsketten. 2019 [accessed 2022 Nov 14];(3). Available from: https://www.praeventionsketten-nds.de/fileadmin/media/downloads/praxis-praeventionskette/Praxisblatt_3_Organisationsstruktur_web.pdf
30. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
31. Richter-Kornweitz A, Kruse C. Bestandsaufnahme und -analyse. LVGAFS Niedersachsen e.V. – Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., editor. Praxis Präventionsketten. 2019 [accessed 2023 Jan 22];(2). Available from: https://www.praeventionsketten-nds.de/fileadmin/media/downloads/praxis-praeventionskette/Praxisblatt_2_Bestandsaufnahme_web.pdf

32. Richter-Kornweitz A. Koordination von Präventionsketten. Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVGAFS Niedersachsen e.V.), editor. Praxis Präventionsketten. 2019 [accessed 2022 Nov 14];(1). Available from: https://www.praeventionsketten-nds.de/fileadmin/media/downloads/praxis-praeventionskette/Praxisblatt_1_Koordination_web.pdf
33. Hartung S, Rosenbrock R. Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i099-2.0
34. Brandes S, Humrich W, Richter-Kornweitz A. Wirkungen sichtbar machen. Eine Einführung in die Arbeit mit Wirkungsmodellen. Praxis Präventionsketten. 2022 [accessed 2022 Nov 14];5(2). Available from: https://www.praeventionsketten-nds.de/fileadmin/media/downloads/praxis-praeventionskette/Praxisblatt_5_Wirkungen_planen_und_sichtbar_machen_web_2._Auflage.pdf
35. Bertelsmann Stiftung, editor. Gemeinsam Wirken. Auf dem Weg zu einer wirkungsvollen Zusammenarbeit. 2016 [accessed 2022 Nov 14]. (Praxisratgeber Zivilgesellschaft.). Available from: https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/gemeinsam-wirken

Korrespondenz: Dr., Dipl.-Päd. Antje Richter-Kornweitz, Gesundheitsförderung | Armutsprävention, Deutschland, E-mail: antjerichterkornweitz@gmail.com

Zitierhinweis: Richter-Kornweitz A, Holz G, Kilian H. Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i093-1.0

Copyright: © 2026 Antje Richter-Kornweitz 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/

Präventionsparadox

Peter Franzkowiak[1]
[1] Fachbereich Sozialwissenschaften, Hochschule Koblenz, Koblenz, Deutschland

Abstract

Das Präventionsparadox ist ein grundlegendes Dilemma in der bevölkerungsbezogenen Prävention, wirksam v. a. in der Verhaltensprävention bei nicht-übertragbaren Krankheiten sowie bei Impfkampagnen. Es hat einen doppelten Kern: Zum einen ist der Nutzen bevölkerungsbezogener Maßnahmen, z. B. bei Risikofaktoren-Screenings, nicht äquivalent mit dem spürbaren präventiven Nutzen für einzelne Menschen. Zum anderen können präventive Interventionen, die einer kleinen Risikogruppe einen hohen Nutzen bringen, für große Gruppen oder Bevölkerungsteile geringe bis gar keine positiven Effekte haben. Zur Lösung wird eine spezifisch zugeschnittene, abgestufte Kombination zweier komplementärer Strategien empfohlen: der Bevölkerungs- und Teilpopulationsstrategie und der (Hoch-)Risiko-Strategie. Neuere Kritik thematisiert die Vernachlässigung sozialer Determinanten insbesondere in der Bevölkerungs- und Teilpopulationsstrategie (Inequality Paradox, Soziales Dilemma der Gesundheitsförderung).

Keywords: Präventionsparadox, Prävention, Übertragbare Krankheiten, Impfschutz, Zielgruppen, Hochrisikostrategie, Bevölkerungsstrategie, Soziale Determinanten von Gesundheit, COVID-19-Pandemie

Einleitung

Das sogenannte Präventionsparadox wurde zuerst Anfang der 1980-er Jahre vom britischen Epidemiologen Geoffrey Rose beschrieben – am Beispiel der koronaren Herzkrankheit. Es stellt ein grundlegendes Dilemma der bevölkerungs- und risikogruppenbezogenen Prävention und Krankheitsprävention [1] dar.

Das Präventionsparadox äußert sich demnach in zwei wechselseitigen epidemiologischen Tatsachen [2], [3]:

- Präventive Maßnahmen, die für die Bevölkerung und Gemeinschaften einen hohen Nutzen bringen, bieten dem einzelnen Menschen wenig.
- Präventive Maßnahmen, die einer kleinen (Risiko-)Gruppe einen hohen Nutzen bringen, haben für große Gruppen und Bevölkerungen einen geringen bis gar keinen (positiven) Nutzen.

Präventionsparadox bei nicht-übertragbaren Krankheiten und in der Früherkennung

Wenn viele Einzelne mit geringem Risiko (z. B. grenzwertiger Bluthochdruck, leicht auffälliger LDL- und Gesamtcholesterin-Spiegel, Prä-Adipositas mit einem BMI zwischen 25 und 29, Prä-Diabetes) eine präventive Maßnahme durchführen, nützt diese auch der Gesamtpopulation in der Regel viel. Denn so wird bei einer großen Zahl von Menschen die Häufigkeit kardiovaskulärer Krankheitsereignisse oder vorzeitiger Todesfälle langfristig gesenkt. Hingegen erfährt eine Einzelperson mit leichtem Risiko nur selten einen direkten Nutzen durch kurz- oder mittelfristige Verbesserungen der Gesundheit oder durch eine Verlängerung ihrer behinderungsfreien Lebenszeit.

Anders stellt sich die Lage für Interventionen bei kleinen Gruppen mit hohem Risiko dar, z. B. bei Menschen mit Adipositas Grad I/II oder bei Patientinnen und Patienten mit manifester Hypertonie, Hypercholesterinämie, Diabetes mellitus Typ II oder einem Metabolischen Syndrom. Hier ist der individuelle Gesundheitsgewinn durch Früherkennung, Frühbehandlung und tertiäre Prävention ungleich höher als bei Menschen mit mittlerem und niedrigerem Risiko. Allerdings ergibt sich für die Gesamtpopulation kein vergleichbar großer Effekt.

Roses Präventionsparadox gilt für alle medizinischen Interventionen und Zielsetzungen, die auf bekannten und gesicherten Risikofaktoren [4] (Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell) basieren.

Methodisch ist es besonders relevant für Maßnahmen der Verhaltensprävention. Das Paradox zeigt sich zum Beispiel bei Lebensstil-Empfehlungen mit dem Ziel einer Cholesterin-, Blutdruck- oder Blutzuckersenkung. Ebenso zeigt es sich für Gewichtsreduktion, Nichtraucherförderung oder die Bewegungsförderung sowie für das vertragsärztliche Versorgungsangebot der Früherkennungsuntersuchungen.

Es gilt weiterhin für Maßnahmen in der Krankenhaus- oder Pflegehygiene gegen Erreger, die gegen Antibiotika mehrfach resistent sind (MRSA/ORSA) und betrifft Maßnahmen des Arbeits-, Gesundheits- und Klimaschutzes. Gleichermaßen ist es wirksam bei straßenverkehrsrechtlichen Vorschriften zum Tragen von Schutzhelmen auf Krafträdern, zum Anlegen von Sicherheitsgurten oder zur Aktivierung von Rückhaltesystemen für Rollstuhlnutzerinnen und -nutzer in Kraftfahrzeugen.

Präventionsparadox im Impfschutz

Das Paradox gilt auch für den bevölkerungsbezogenen Impfschutz (z. B. Kombinationsimpfungen bei Kleinkindern gegen Masern, Influenza oder das SARS-Cov2-Virus) sowie die Infektions-/Impfepidemiologie – hier jedoch mit einer anders gelagerten Begriffsverwendung. Wird gegen eine Infektionskrankheit geimpft und ist die Impfung in der Bevölkerung akzeptiert, sinkt in der Folge die Inzidenz. Dadurch verliert sich allmählich das klinische Bild der Erkrankung im Bewusstsein der Bevölkerung. Die Krankheit wird (scheinbar) unsichtbar. Auch das reale Gesundheitsrisiko ist durch die fehlende klinische Erscheinung nicht (mehr) im Bewusstsein. Zugleich erscheinen Nebenwirkungen der Impfungen sowie seltene Impfschäden gravierender als die Infektionskrankheit selbst. Auch schützt eine durch konsequente Impfungen entstandene Herdenimmunität die Nicht-Geimpften, was oft nicht zu Gunsten der Impfung interpretiert wird.

All dies kann zu einem Vertrauensverlust führen, mit der Folge sinkender Impfbereitschaft, verringerter Impfquoten und partieller Impfverweigerung bzw. offener Gegnerschaft (z. B. bei Masern, in jüngerer Zeit auch bei COVID-19). Dadurch kann es zu neuen Ausbrüchen kommen, wobei diese die Impfbereitschaft möglicherweise wiederum steigern. Die Paradoxie wird in der Public Health-Ethik seit längerem unter dem Aspekt potenzieller (Impf-)Zwangsmaßnahmen bei Gesunden problematisiert und kontrovers diskutiert. Sie hat im Rahmen der COVID-19-Pandemie und den öffentlichen Debatten um Impf- und Testpflichten drängende Aktualität gewonnen.

Bevölkerungsstrategien und (Hoch-)Risikostrategien

Aus Public Health-Sicht und in der Epidemie- und Pandemiebekämpfung ist eine bevölkerungsweite Intervention bei Erfolg lohnender als ein primär auf (hoch) riskierte Teilgruppen abzielendes Vorgehen. Nach Rose verhindert eine bevölkerungsweite Strategie mehr Krankheitsereignisse oder vorzeitige Todesfälle. Sie wendet sich an alle Menschen bzw. an größere Teilpopulationen, ungeachtet der individuellen Erkrankungswahrscheinlichkeit. Mit der Größe der Gruppe sinkt der Anteil derjenigen Menschen, die einen direkten gesundheitlichen Nutzen erfahren, doch ist der epidemiologische Nutzen höher, da – wie Rose exemplarisch am Beispiel der koronaren Herzkrankheit zeigen konnte – die Zahl der vermiedenen bzw. geretteten Fälle größer wird. Dabei wird eine große Zahl von Personen untersucht, immunisiert und/oder zur Änderung des Verhaltens bewegt, die auch ohne Screening bzw. Verhaltensänderung keine Erkrankung erlitten hätten. Mit zunehmender Orientierung auf kleinere Gruppen von Risikoträgern und besonders gefährdeten Menschen (Risikogruppenstrategie) werden präventive Maßnahmen aufwändiger und komplexer.

Epidemiologisch folgt die Verteilung der Risikoniveaus für die wichtigsten Krankheitsfaktoren einem Kontinuum, bei dem sich die relativ kleine Zahl von Personen mit hohem Risiko am äußersten Ende befindet. Eine große Zahl von Personen mit mäßig erhöhtem Risiko befindet sich in der Mitte und am anderen Ende des Kontinuums. Sie trägt mehr Fälle bei als eine kleine Zahl mit extremem Risiko. Maßnahmen, die sich an die Allgemeinbevölkerung richten und darauf abzielen, die Risikokurve nach links zu verschieben, sind daher epidemiologisch wirksamer als Maßnahmen, die sich vorwiegend an Hochrisikogruppen richten (siehe Abb. 1).

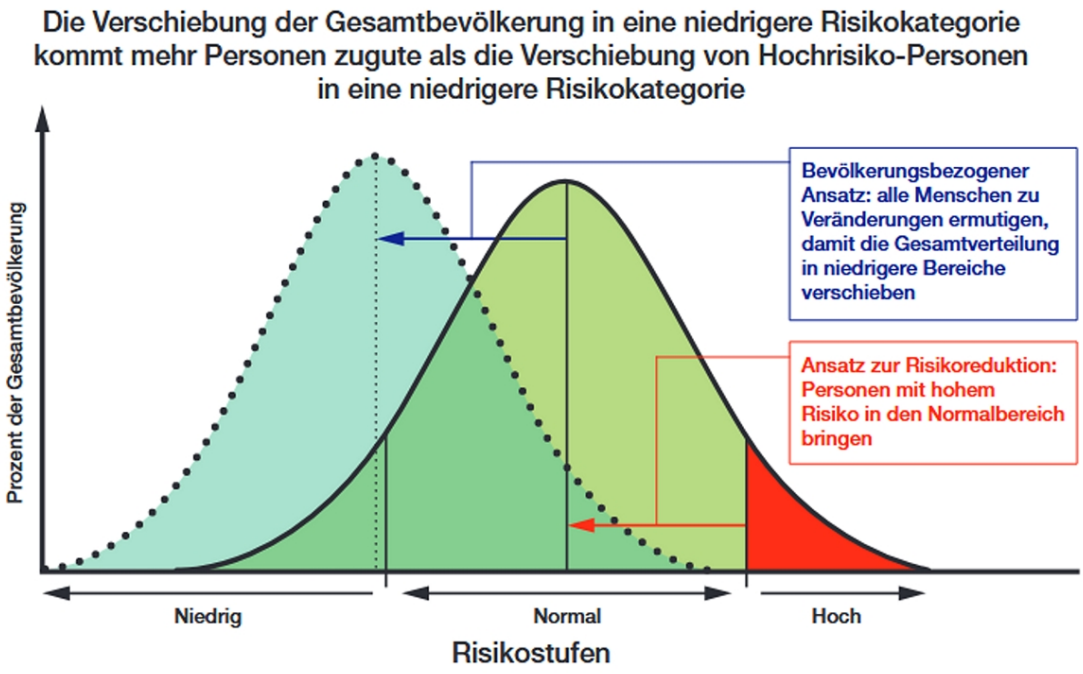


Abb. 1: Grafische Veranschaulichung der Richtungen und Wirkungen von Bevölkerungsstrategie vs. Hochrisikostrategie auf dem Hintergrund des Präventionsparadoxons nach Rose (Quelle: https://bsahely.com/2018/05/08/sick-individuals-and-sick-populations-by-geoffrey-rose, Zugriff am 01.06.2025, eigene Übersetzung)

Ansätze zur Lösung des Präventionsparadoxons

Zur Lösung des Präventionsparadoxons empfehlen sich jeweils spezifisch zugeschnittene und abgestufte Kombinationen von Bevölkerungs- und Teilpopulationsstrategien mit Hoch-Risiko-Strategien [5], [6]. Eine Bevölkerungs- und Teilpopulationsstrategie wird differenziert umgesetzt unter Berücksichtigung epidemiologischer und sozialökologischer Mediatorvariablen (z. B. Alter, Geschlecht, sozialer Status und Bildungsstatus, Lebensweise, Gesundheitsverhalten, präventivmedizinischer und immunologischer Risikostatus). Das Krankheitsrisiko einer oder eines Einzelnen steht nicht im Mittelpunkt. Primär ist die Intervention gegen gesicherte Ursachen, Vorläufer und Risikofaktoren von Krankheitsinzidenzen bei möglichst vielen Menschen. Maßnahmen der Bevölkerungs- und Teilpopulationsstrategie müssen für jede Person gelten und anwendbar sein, und sie sollten ohne schädliche Nebenwirkungen sein.

Die Hoch-Risiko-Strategie hingegen beinhaltet das Suchen und die gezielte Behandlung von Risikoträgerinnen und -träger bzw. Patientinnen und Patienten. Solche Personen machen nur einen geringen Prozentsatz aus, profitieren aber aufgrund ihres hohen absoluten Risikos sehr stark auch von aufwändigen präventiven Maßnahmen.

Eine absolute Gegenüberstellung der Idealtypen erscheint nicht sinnvoll. Nützlicher ist die Annahme eines Kontinuums mit vielen Zwischenstufen zwischen beiden Endpunkten, in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsrisiko. Daher ist es mittlerweile üblich, im Hoch-Risiko-Strategie-Ansatz noch weiter zwischen einer Risikogruppenstrategie und einer Hochrisikopersonenstrategie zu differenzieren ([6]; vgl. Tab. 1, zweite und dritte Zeile). In größer angelegten verhaltenspräventiven Interventionsstudien, z. B. zur Herz-Kreislauf- oder Krebsprävention, werden i. d. R. alle Ansätze mit ihren jeweiligen Differenzierungen kombiniert.

Strategie	Zielgruppe	Selektion	Maßnahme	Beispiel	Besonderheiten
Bevölkerungsgruppenstrategie (universal)	Gesamte Bevölkerung	Keine	Universell, für jeden nützlich und i. d.R. ohne professionelle Hilfe einfach durchführbar, i. d. R. Information	Gurtpflicht beim Autofahren, oralpräventive Maßnahmen, Kampagnen zur Kondomverwendung, Strategien zur Vermeidung von Tabakkonsum bei Kindern und Jugendlichen	Hohe Interferenz mit Nichtbetroffenen
Risikogruppenstrategie (selektiv)	Populationen mit erhöhtem Gesundheits- bzw. Erkrankungsrisiko	Gezielte Auswahl der Zielgruppen	Intervention besonders für Teilgruppen sinnvoll, z. T. Anleitung und Unterstützung erforderlich	Tabakentwöhnungsmaßnahmen für Schwangere, Beratung zur Neurodermitis-Prävention bei (werdenden) Eltern mit familiärem Risiko, Grippeimpfung bei Älteren	Geringe Interferenz mit Nichtbetroffenen
Hochrisikopersonenstrategie (indiziert)	Personen mit sehr hohem Erkrankungsrisiko bzw. mit bereits eingetretener Erkrankung (Sekundär- oder Tertiärprävention)	Starke Einschränkung der Zielgruppe durch gezielte Auswahl	Individuelle Anpassung der Maßnahme, z. T. intensiv und auch belastend	Rückenschulen bei Personen mit chronifizierenden Rückenschmerzen, Bewegungs-, Ernährungs- und Stressmanagement bei Myokardinfarkt-Ersterkrankungen	Geringe oder keine Interferenz mit Nichtbetroffenen, höhere Kosten für den Betroffenen, i. d. R. höhere Akzeptanz, da bereits im medizinischen System verankert, Problem: Etikettierung als Risikoträger

Tab. 1: Charakteristika der Bevölkerungs- und (Hoch-)Risikogruppenstrategie (Quelle: [6]*, S. 352)*

Von Seiten der eher auf Hochrisikostrategie-Maßnahmen ausgerichteten Gerontopsychiatrie und Geriatrie wird zur Demenzprävention ebenfalls eine Kombination beider Strategien gefordert. In der Fachzeitschrift Lancet forderten Walsh et al. [7] mit direktem Bezug auf Rose: „A whole-population approach is required for dementia risk reduction". Sie illustrieren ihren Appell mit einer tabellarischen Übersicht von sechs Risikofaktoren und dazugehörigen Interventionsbeispielen. Diese reichen von personenbezogener medizinischer Prävention und Verhaltensänderung bis zum Eingriff in gesellschaftliche Strukturen, Gesetzgebungen und Produktionsweisen (Tab. 2).

	Hochrisikostrategie	Bevölkerungsstrategie
Adipositas und Bewegungsmangel	• Identifizierung von Personen mit hohem Risiko durch hausärztliche Vorsorgeuntersuchungen (Gesundheits-Check-Ups) aller Menschen im späten mittleren Alter und Überweisung von Personen mit Adipositas an Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen für Gewichtsmanagement oder Sport	• Investitionen in die Infrastruktur für Fußgänger und Fußgängerinnen sowie Radfahrerinnen und Radfahrer, die aktives Fortbewegen einfacher und sicherer machen • Subventionierte Fahrradausrüstung • Investitionen in qualitativ bessere Grünflächen • Gestaltung von Gebäuden so, dass Treppen markanter sind als Rolltreppen

Ungesunde Ernährung	• Teilweiser Ersatz von Sozialleistungen durch Obst- und Gemüsegutscheine • Individuelle diätetische Interventionen und Beratung	• Abgaben und Steuern auf Zucker • Änderungen des Zulassungsrechts zur Beeinflussung des Lebensmittelumfelds • Aufnahme von Ernährungs-, Kochkenntnissen und -fertigkeiten in schulische Lehrpläne
Bluthochdruck	• Identifizierung von Personen mit Bluthochdruck durch hausärztliche Vorsorgeuntersuchungen aller Menschen im späten mittleren Alter und Angebot einer intensiven pharmakologischen Blutdruckbehandlung	• Gesetzgebung und Zusammenarbeit mit der Industrie zur Reduzierung des Salzgehalts in Lebensmitteln
Rauchen	• Identifizierung von Raucherinnen und Rauchern durch hausärztliche Vorsorgeuntersuchungen bei allen Menschen im späten mittleren Alter und Angebot von Beratung und Unterstützung bei der RauchentwöhnungVerbot der Zigarettenwerbung und Einführung von Klarsichtverpackungen	• Gesetzgebung zur Schaffung rauchfreier öffentlicher Innenräume
Geringe Bildung und Mangel an kognitiver Stimulation	• Handy-Anwendung zur Anregung täglichen kognitiven Trainings für Menschen im Ruhestand, die befürchten, ihr Gedächtnis zu verlieren	• Gesetzgebung und Kulturarbeit zur Verlängerung der Jahre, in denen Jugendliche ihre Schulbildung erhalten • Zuschüsse für die Hochschulbildung • Verbesserung der Qualität des Arbeitsangebots und Unterstützung der Ausbildung am Arbeitsplatz
Soziale Isolation und Einsamkeit	• Motivierung und organisierte soziale Unterstützung von Menschen, die sich isoliert oder einsam fühlen, zur Teilhabe an Gemeinschaftsaktivitäten oder Engagement in Freiwilligengruppen	• Sektorenübergreifende Regierungs- und Verwaltungsarbeit zur Verbesserung des sozialen Zusammenhalts und der Integration> • Altersgerechte Stadtplanung • Verbesserung des Internetzugangs in ländlichen Gebieten • Investitionen in den öffentlichen Personennahverkehr in ländlichen Gebieten

Tab. 2: Beispiele für Interventionen gegen personale und soziostrukturelle Demenz-Risikofaktoren unter Hochrisikostrategie und Bevölkerungsstrategie (nach: [7]*, e6; eigene Übersetzung)*

Die COVID-19-Prävention

Will man (Hoch-)Risikostrategien und Bevölkerungsstrategien voneinander abgrenzen oder priorisieren, ist die Beziehung zwischen Exposition und Risiko entscheidend. Die Strategien schließen sich nicht gegenseitig aus. Übergänge zwischen ihnen sind fließend. Es ist in der Regel interventiv gerechtfertigt, Anstrengungen auf die am stärksten gefährdeten Bevölkerungsgruppen zu konzentrieren und gleichzeitig das Risiko für die gesamte Population zu verringern.

Dies zeigte sich auch bei der COVID-19-Bekämpfung und -Prävention. Die seit 2020 verfolgten Ansätze lassen sich nach dem Raster von Tab. 1 charakterisieren. In Abhängigkeit von Inzidenzen, Krankheitslast, Hospitalisierungen und intensivmedizinischen Ressourcen wurden universelle Maßnahmen (Impfangebote bzw. -pflichten, Regeln der Alltagshygiene, Maskenpflicht und Abstandshaltung) kombiniert mit selektiven und indizierten Strategien bei vulnerablen und hochvulnerablen Risikogruppen. Zu den letzteren zählen u. a.: prioritäre Impfungen von Älteren, von Menschen mit Vorerkrankungen und von beruflich hoch exponierten Menschen; Testangebote und Nachweispflichten für Pflegende, Angehörige, Arbeitende; zeitweilige Isolation von Infizierten und Hochgefährdeten; Quarantäne von Infizierten und Kontaktpersonen; Mobilitätseinschränkungen und Kontaktverbote mit temporären Schließungen in Betrieben, Hochschulen, Schulen, Kindergärten; Flexibilisierung und gefahrenmindernde Verlagerung von Arbeitszeiten und -plätzen.

Kritik und Weiterentwicklung

In angloamerikanischen Diskursen zur Public Health und Public Health-Ethik hat die von den kanadischen Sozialwissenschaftlerinnen Frohlich & Potvin bereits 2008 [8] formulierte Kritik „The prevention paradox or inequality paradox?“ einen wichtigen Denkanstoß gegeben. Gemeint ist, dass reine Bevölkerungsstrategien im Rose‘schen Sinne unbeabsichtigt negativ wirken können, da sie soziale und gesundheitliche Ungleichheiten verstärken und verschlimmern können. Durch die unausgewogene Nutzenbilanz könnten soziale Differenzen in den Gesundheitschancen noch verstärkt werden. Denn sozial besser positionierte und höher gebildete Menschen mit niedrigem Ausgangsrisiko profitieren in aller Regel disproportional stärker von Bevölkerungsstrategie-Maßnahmen.

Die Bevölkerungsstrategie betrachtet nach Frohlich & Potvin „fundamentale Ursachen“ nur unzureichend: sie vernachlässigt soziale Determinanten der Gesundheit [9], Risiko und Krankheit. Als Belege für diese Kritik werden Ergebnisse von Cochrane-Database Reviews seit den 2010-er Jahren herangezogen. Den großen US-basierten kardiovaskulären Risikofaktoren-Interventionen sowie den weit gestreuten Healthy Heart Programmes waren eine bevölkerungsweit unbefriedigende Effektivität sowie stark begrenzte und sozial ungleich verteilte Nachhaltigkeit in der Verhaltensänderung zu attestieren (exemplarisch: [10]). Daher sind rein epidemiologisch begründete, nur oder vorwiegend universell angelegte Bevölkerungsstrategien in der Prävention kritisch zu prüfen. Konsequente Vorbeugung und frühe Intervention sollten vorrangig bei sozialen Determinanten ansetzen. Jeder bevölkerungsbezogene Ansatz muss auch eine Konzentration auf gefährdete Bevölkerungsgruppen ausweisen.

Rose hat sich allerdings früh offen für diese Position gezeigt. Für ihn gilt der Vorrang sozialer Gesundheitsdeterminanten in der und für die Prävention. So lauten die Schlusssätze seines Hauptwerks „The Strategy of Preventive Medicine“: „Die primären Determinanten von Krankheiten sind vor allem wirtschaftlicher und sozialer Natur, und daher müssen auch ihre Heilmittel [orig.: remedies] wirtschaftlich und sozial sein. Medizin und Politik können und sollten nicht voneinander getrennt werden.“ ([11], S. 129), eigene Übersetzung; siehe auch [12]).

Das Inequality Paradox wird in Deutschland auch unter den Begrifflichkeiten Präventionsdilemma bzw. Soziales Dilemma der Gesundheitsförderung diskutiert. Insbesondere in den Frühen Hilfen [13] sowie im Rahmen der Zielgruppenorientierung [14] (Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren) (vgl. [15]). Das Präventionsdilemma wird im Leitbegriff Prävention und Krankheitsprävention [1] beschrieben und kritisch gewichtet.

References

1. 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
2. Rose G. Strategy of prevention: Lessons from cardiovascular disease. Br Med J. 1981;282(6279):1847–51. DOI:10.1136/bmj.282.6279.1847

3. Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol. 2001 Jun;30(3):427–32. DOI: 10.1093/ije/30.3.427
4. Sperlich S, Franzkowiak P. Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I102-3.0
5. World Health Organization (WHO). World health report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life. Geneva; 2002.
6. Walter U, Albrecht UV. Prävention. In: Schwartz FW, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Busse R, Amelung VE, Dierks ML, editors. Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Elsevier; 2023. p. 337–65.
7. Walsh S, Govia I, Wallace L, Richard E, Peters R, Anstey KJ, Brayne C. A whole-population approach is required for dementia risk reduction. Lancet Healthy Longev. 2022 Jan;3(1):e6–8. DOI:10.1016/S2666-7568(21)00301-9
8. Frohlich KL, Potvin L. Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. Am J Public Health. 2008 Feb;98(2):216–21. DOI:10.2105/ajph.2007.114777
9. 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
10. Uthman OA, Hartley L, Rees K, Taylor F, Ebrahim S, Clarke A. Multiple risk factor interventions for primary prevention of cardiovascular disease in low- and middle-income countries. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Aug 4;2015(8):CD011163. DOI:10.1002/14651858.CD011163.pub2
11. Rose GA. The Strategy of Preventive Medicine. Oxford University Press; 1992.
12. Marmot M. Economic and social determinants of disease. Bull World Health Organ. 2001;79(10):988–9.
13. 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
14. Blümel S, Lehmann F, Hartung S. Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I128-2.0
15. Bauer U, Bittlingmayer UH. Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung: Das Beispiel ungleicher Lebenslagen. In: Razum O, Kolip P, editors. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Beltz Juventa; 2020. p. 719–35.

Korrespondenz: Prof. (i.R.) Dr., Dipl.-Psych. Peter Franzkowiak, Hochschule Koblenz, Fachbereich Sozialwissenschaften, Konrad-Zuse-Str. 1, 56075 Koblenz, Deutschland, E-mail: franzkowiak@hs-koblenz.de

Zitierhinweis: Franzkowiak P. Präventionsparadox. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i094-1.0

Copyright: © 2026 Peter Franzkowiak
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/

Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care

Thomas Zimmermann[1]
[1] Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany

Abstract

Die primäre Gesundheitsversorgung eines Landes stellt die erste Schnittstelle zu einem System medizinisch-pflegerisch-rehabilitativer Leistungsangebote dar. Sie erfolgt niedrigschwellig, wohnort- und bedarfsnah. Primäre Gesundheitsleistungen werden in ambulanten Versorgungszentren, Polikliniken oder hausärztlichen Praxen erbracht (sekundär: gebietsärztliche Versorgung/stationäre Versorgung; tertiär: Rehabilitation). Für die WHO ist die primäre Gesundheitsversorgung das erste Element eines kontinuierlichen Prozesses gesundheitlicher Versorgung.

Keywords: Primary Health Care, Hausärztliche Versorgung, Primary Care, Medizinische Grundversorgung, Community Health Care, Primärversorgung, primäre Gesundheitsversorgung, Primärmedizin

Einleitung

Mit dem Konzept „Primary Health Care“ in der Deklaration von Alma Ata erklärte die WHO 1978 Gesundheit zu einem grundlegenden Menschenrecht und legte ein Konzept für eine umfassende neue Orientierung der globalen Gesundheitspolitik sowie der einzelnen Länder vor.

„Primary Health Care“ wird in dieser Deklaration [1], Artikel VI als Konzept einer Gesundheitsversorgung begriffen, „die auf praktischen, wissenschaftlich fundierten und sozial akzeptierten Methoden basiert und für den Einzelnen wie die Familien im Sinne von Eigenständigkeit und Selbstbestimmung zu erschwinglichen Kosten für Gemeinschaft und Land erreichbar ist. Primäre Gesundheitsversorgung wird damit zum ersten Element eines kontinuierlichen Prozesses gesundheitlicher Versorgung.“

Für die WHO [2] gehören die folgenden bevölkerungsmedizinischen Elemente zur primären Gesundheitsversorgung:

Zentrale Elemente von Primary Health Care

- Fördernde, schützende, vorsorgende, kurative, rehabilitative und palliative Versorgung.
- Strategische Priorisierung der wichtigsten Leistungen für Einzelpersonen und Familien durch primärversorgende Einrichtungen.
- Gesundheitsschutz und -förderung für die Bevölkerung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst.
- Einbezug sozialer, wirtschaftlicher und umweltbedingter Faktoren sowie individueller Merkmale und Verhaltensweisen durch faktengestützte Strategien und Maßnahmen in allen Sektoren.
- Befähigung von Einzelpersonen, Familien und Gemeinschaften, Gesundheit zu optimieren, als Fürsprecher für politische Maßnahmen, als Mitentwickler von Gesundheits- und Sozialdiensten und als Selbstversorger und Betreuer.

Neben dieser umfassenden Sicht auf gesundheitssystemische und bevölkerungsbezogene Funktionen und Ziele enthält Primary Health Care auch eine versorgungspraktische Perspektive (vgl. [3]), die im Englischen meist kurz Primary Care genannt wird.

Primary Care ist durch die folgenden Merkmale kennzeichnet:

- Erster Kontakt ins (Regel-)Versorgungssystem
- Kontinuität in der (Regel-)Versorgung
- Umfassende (Regel-)Versorgung
- Koordination der (Regel-)Versorgung

Primary Care versorgt Menschen, unabhängig von Geschlecht, Krankheit oder Organsystem.

Primary Health Care umfasst also eine populations- und eine individuumsbezogene Perspektive. Folgende programmatischen Punkte gehören laut WHO außerdem zu den Wesensmerkmalen der Primary Health Care:

- Orientierung an den großen Gesundheitsproblemen und Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung.
- Intensive Beteiligung der Bevölkerung an der Planung und Bereitstellung der gesundheitsbezogenen Leistungen.
- Enge Integration der Bemühungen um Gesundheitssicherung in andere gesellschaftliche Aktivitäten wie Bildung, Klima- und Umweltschutz, Hygiene und Wohnungsbau [4] (Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy).

In den Jahrzehnten nach der Verabschiedung hat die WHO die Prinzipien der Alma Ata-Deklaration in vielfältigen Formen wiederholt bzw. weiterentwickelt (z. B. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung [5], World Health Report [6], [7], Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa [8]). Unter Hinweis auf die alternden Bevölkerungen und die Zunahme chronischer Erkrankungen in allen Mitgliedstaaten sowie auf das ökonomische Wachstum stellte die WHO im World Health Report 2008 fest: „Verbunden mit der wachsenden Nachfrage nach besseren Leistungen ergeben sich daraus große Chancen, die bestehenden Gesundheitsdienste auf die Primärversorgung hin neu auszurichten“ (S. XVII). Die OECD hat in ihrer aktuellen Auswertung „Realising the potential of Primary Health Care“ [9] die Notwendigkeit einer solchen strukturellen Neuausrichtung und Fokussierung mit viel Empirie unterlegt – darunter den Befund, dass der primärärztlichen Versorgung immer weniger Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen.

Defizite der Gesundheitsversorgung in industrialisierten Ländern

Die WHO hat folgende Defizite in den Gesundheitsversorgungssystemen der industrialisierten Länder benannt:

- Es besteht ein ungleicher Zugang zum Gesundheitssystem für Einzelne und Gruppen wie beispielsweise Menschen mit Migrationsgeschichte und Menschen mit beeinträchtigter Schreib- und Lesekompetenz. Außerdem für sozioökonomisch Benachteiligte, obwohl sie im statistischen Mittel mehr Gesundheitsprobleme aufweisen [10] (Soziale Ungleichheit und Gesundheit / Krankheit).
- Das Gesundheitswesen ist stark auf Interventionen im akutmedizinischen Bereich ausgerichtet, obwohl immer mehr Menschen im Zuge der Alterung der Bevölkerung an chronischen Krankheiten und Multimorbidität leiden.
- Behandlungsbedürftige psychische Störungen werden von den Patientinnen und Patienten eher als somatische Störungen präsentiert und von den Versorgenden auch so wahrgenommen; ein adäquates Auffangsystem wie die psychiatrischen oder psychosomatischen Ambulanzen, meist angesiedelt an Krankenhäusern und an psychotherapeutischen Ausbildungseinrichtungen in Deutschland, existiert nur in wenigen Ländern.
- In vielen Ländern sind Trends weg von einer solidarisch und hin zu einer privat finanzierten Gesundheitsversorgung zu beobachten, was wiederum die Schwächeren einer Gesellschaft tendenziell benachteiligt.

Von einer zusammenhängenden Umsetzung des Konzepts einer primären medizinischen Versorgung kann somit in den industrialisierten Ländern (noch) nicht gesprochen werden. Hierfür sind eine Vielzahl von Faktoren verantwortlich, u. a. die Zielungenauigkeit und Unentschlossenheit von Regierungshandelnden, mächtige Partikularinteressen im Gesundheitswesen außerhalb der Primärversorgung (beispielsweise gebietsärztlich Versorgende, Krankenhäuser) und die Ökonomisierung des Gesundheitswesens in den vergangenen 20 Jahren. Somit handelt es sich beim Konzept der Primärversorgung auch in industrialisierten Ländern weiterhin um eine Vision, um ein Leitbild zur bedarfsgerechten Versorgung möglichst aller Bevölkerungsgruppen.

40 Jahre nach der Deklaration von Alma Ata erneuerte die WHO 2018 mit der Deklaration von Astana [11] ihre Vision einer „primären Gesundheitsversorgung und Gesundheitsdiensten, die qualitativ hochwertig, sicher, umfassend, integriert, zugänglich, für jeden und überall verfügbar und erschwinglich sind und von gut ausgebildeten, qualifizierten, motivierten und engagierten Gesundheitsfachkräften mit Mitgefühl, Respekt und Würde erbracht werden“.

Primärversorgung und primärmedizinische fachärztliche Versorgung

In den industrialisierten Ländern wird die Primärversorgung unterschiedlich organisiert. Kringos, Boerma, Hutchinson & Saltman [12] clustern die europäischen Versorgungssysteme in Gruppen mit hoher Ausprägung und Relevanz der Primärversorgung (Portugal, Spanien, UK, Belgien, Niederlande, Luxemburg, Dänemark, Finnland), mit mittlerer Ausprägung und Relevanz (Deutschland, Schweiz, Frankreich, Schweden) und dergleichen mit niedriger Ausprägung und Relevanz (Österreich, Ungarn, Slowakei, Bulgarien, Türkei).

In Österreich sind allerdings seit 2013 durch gesetzliche Maßnahmen wie dem Gesundheitszielsteuerungsgesetz neue hausärztlich verantwortete Primärversorgungseinrichtungen ein wichtiger Teil der ambulanten (Regel-)Versorgung geworden [13] (Gesundheitsförderung 6: Österreich).

Hausärztinnen und Hausärzte verkörpern in vielen Ländern den Kern primärer medizinischer Versorgung: eine wohnortnahe, preiswerte, kontinuierliche und personenzentrierte medizinische Versorgung. Allerdings verkürzt diese Gleichsetzung den Blick auf den weiteren Personenkreis, der in einigen Ländern primäre Gesundheitsleistungen erbringt: Akademisierte Pflegekräfte (Advanced Nurse Practioners), die beispielsweise berechtigt sind, ausgewählte Medikamente zu verordnen.

Wesentliche Elemente einer aktuellen Vision von primärer medizinischer Gesundheitsversorgung sind u. a. im WHO-Report des Jahres 2018 [7] sowie in den Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [14], [15], [16] dargelegt:

- Primäre Gesundheitsleistungen sollen nicht nur von einer Hausärztin oder einem Hausarzt, sondern multiprofessionell und im Verbund mit anderen Leistungserbringenden (z. B. Physio-, Psycho-, Ergotherapie) erbracht werden. Die Formen der interdisziplinären Kooperation unterscheiden sich von Land zu Land (z. B. Primary Care-Teams, Community Health-Centers, Medizinische Versorgungszentren [MVZ], Maisons de Santé, regionale ärztliche Netzwerke).
- Betont wird die Notwendigkeit, die Leistungserbringung der verschiedenen Professionellen bzw. Einrichtungen zu koordinieren. In vielen Konzepten wird diese Managementrolle der Hausärztin bzw. dem Hausarzt als „Gatekeeper“ oder „Lotsen“ zugewiesen.
- Die primäre Gesundheitsversorgung sollte als „erste Ebene“ eines gestuften Versorgungssystems (Stepped Care) funktionieren.
- Informierten und selbstverantwortlichen Patientinnen und Patienten wird eine aktive Rolle zugesprochen. Zwischen diesen und den medizinischen Professionellen findet ein Dialog mittels geteilter Entscheidungsfindung auf Augenhöhe statt (Shared Decision Making). Auf Gemeindeebene geht dies einher mit einer Stärkung von Patienten-Selbsthilfeinitiativen [17] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger).
- Neben der Sorge um die Einzelnen sollte der Bevölkerungsbezug – die so genannte Public Health-Perspektive – bei der Planung der Versorgung an Bedeutung gewinnen. Konkret bedeutet dies, dass die medizinischen Professionellen auch die sozialen Gründe von Problemen untersuchen und benennen, die zu einem schlechteren Gesundheitszustand und einer geringeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch sozial benachteiligte Gruppen führen. Dies sollte als Basis für konkrete Aktionen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation dieser Menschen dienen.

Die nachfolgende Abbildung 1 verdeutlicht die zentrale Position von Teams in der Primärversorgung in einem regionalen Gesundheitszentrum aus Sicht des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR).

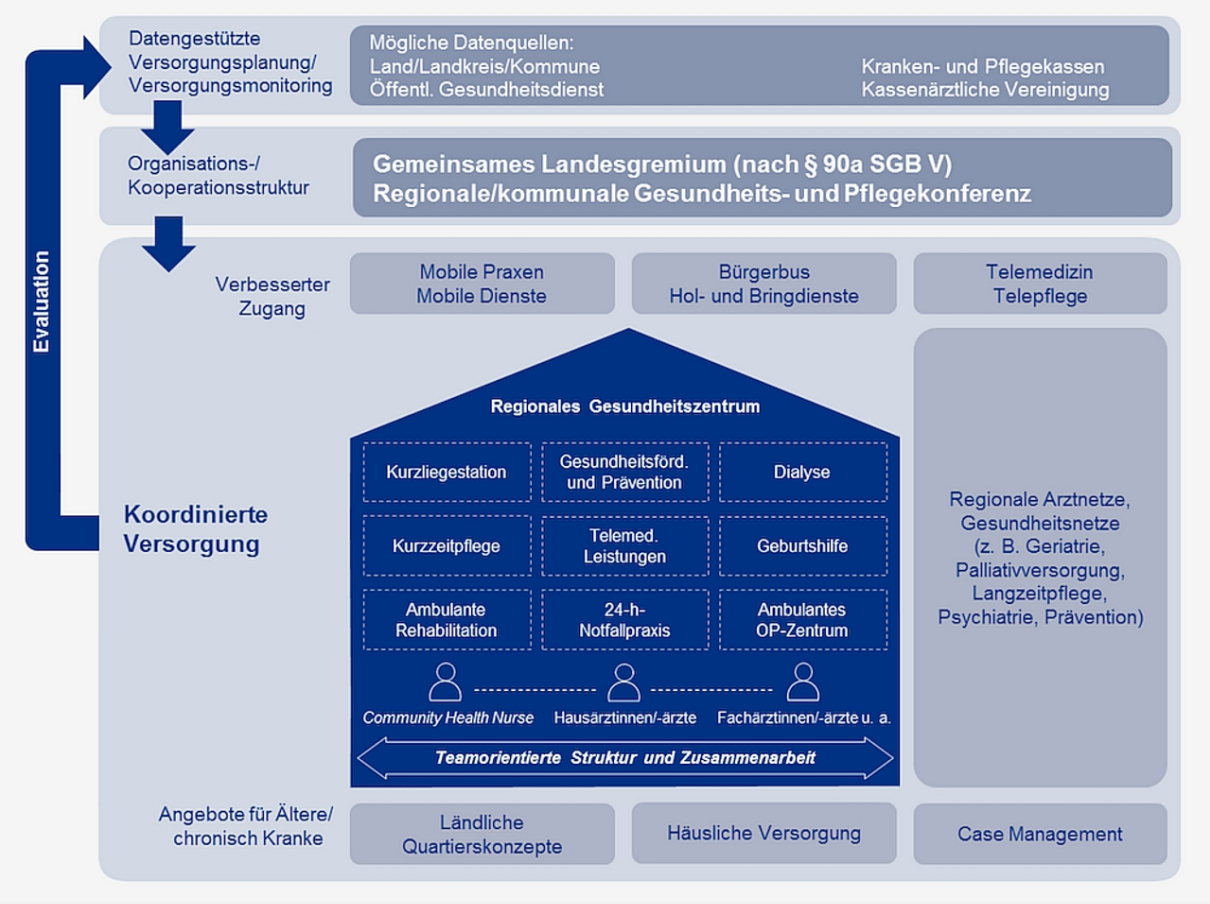


Abb. 1: Ein wohnortnahes Netzwerk für die Primärversorgung [16]

Die wesentliche Bedeutung der primären Gesundheitsversorgung ist im politischen und versicherungsrechtlichen Raum, in der Pflege und in der sozialen Arbeit sowie in der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsberufe weitgehend konsentiert. Ausdrücklich hiervon ausgenommen werden muss gegenwärtig die ärztliche Aus- und Weiterbildung: Die ärztliche Grundausbildung in Deutschland qualifiziert für die „allgemeine Arztreife“. Auf deren Grundlage wird dann eine fachärztliche Weiterbildung absolviert, allgemeinärztlich-primärversorgend oder gebietsärztlich-spezialistisch versorgend.

Im Weiterbildungs-Abschnitt der ärztlichen Qualifikation, die sich in Deutschland als ein Training-on-the-Job mit einem Pflichtleistungskatalog darstellt, konkurriert die allgemeinmedizinische Weiterbildung mit rund 50 anderen Fachgebieten. Anerkennungen für das Fach Allgemeinmedizin erhielten laut Ärztestatistik im Schnitt der Jahre 2014 bis 2022 ca. 10 bis 13 % aller Ärztinnen und Ärzte eines Jahrgangs, die eine Weiterbildung abgeschlossen hatten, Tendenz steigend [18]. Gleichwohl geht die praktische Umsetzung des Konzepts der primären Gesundheitsversorgung nur sehr zögerlich voran. Die geschieht auch vor dem Hintergrund, dass der ärztliche Qualifizierungsprozess zwischen Staat (Ausbildung nach Approbationsordnung) und dem Selbstverwaltungsorgan Ärztekammer (Weiterbildung nach Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer) aufgeteilt ist, ohne dass bisher institutionalisierte Formen der Zusammenarbeit gewachsen wären (van den Bussche u. a. [19]).

Die Dominanz der Ärztinnen und Ärzte im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen in Deutschland [20] (Gesundheitsförderung 5: Deutschland) ist ärztlich dominiert und parzelliert. Populationsbezogene Vernetzungen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten mit und ohne weiteren Berufsgruppen und Einrichtungen lassen sich hierzulande an den Fingern einer Hand aufzählen (beispielweise die integrierte Versorgung in einem Gesundheitskiosk in Hamburg-Billstedt oder das Netzwerk „Gesundes Kinzigtal“). Eine ambulant tätige Krankenpflege existiert nur für eng begrenzte Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern V und XI. Ambulante krankenpflegerische und physiotherapeutische Leistungen werden parallel zur hausärztlichen Tätigkeit erbracht. Die Versorgung ist dabei kaum aufeinander abgestimmt, Kooperation ist eher die Ausnahme. Im Vergleich zu Kuration und Rehabilitation sind Prävention und Gesundheitsförderung weiterhin eher Randerscheinungen im

Versorgungssystem. Zwar hat der Bundestag 2015 ein Präventionsgesetz [21] verabschiedet, aber dessen Umsetzung liegt in den Händen der kommunalen Selbstverwaltung nach deren Selbstverständnis von Gesundheitsförderung [22].

Bisher hat das Konzept einer umfassenden, berufsgruppenübergreifenden, medizinisch-pflegerisch-psychosozialen Grundversorgung auch hierzulande eine Reihe von Projekten in der Gesundheitsversorgung hervorgebracht (beispielsweise Poliklinik Hamburg-Veddel, weitere PORT-Zentren der Robert-Bosch-Stiftung, Gesundheitskioske in Hamburg, Köln, Aachen und Essen, Sozialberatung in Berliner Hausarztpraxen). Die Entwicklungsperspektiven lassen erwarten, dass die Zusammenarbeit der Berufsgruppen und Fachdisziplinen (Collaborative Care) weiter gestärkt wird. Der Gesundheitskompetenz und dem Selbstmanagement der Bürgerinnen und Bürger wird zukünftig ein höherer Stellenwert eingeräumt.

Auf internationaler Ebene wird das primärmedizinische Konzept mit der Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit und dem Einbezug sozialer Determinanten der Gesundheit [23] verknüpft. Den Rahmen bildet dabei der Ansatz einer „allgemeinen Gesundheitsversorgung“ (Universal Health Care). Ausdrücklich wird darin festgestellt, dass

- „Gesundheitssysteme auf dem Primary Health Care-Modell aufgebaut sein sollten“,
- sie „lokale Aktionen gegen die sozialen Determinanten mit einer verstärkten Primärversorgung kombinieren sollen“ und sich schließlich
- „auf Prävention mindestens so stark fokussieren sollen wie auf Behandlung“ ([23], S. 94).

Aktuelle Modelle und Maßnahmen

In den vergangenen Jahren hat die Bedeutung des Themenkomplexes „primäre Gesundheitsversorgung und hausärztliche Versorgung“ weltweit zugenommen – wegen des drohenden Defizits an Hausärztinnen und Hausärzten zum einen außerhalb der Großstädte, zum anderen auch innerhalb der großen Städte bezogen auf Stadtteile mit ärmerer Bevölkerung [24]. Das führt sowohl zu spezifischen Maßnahmen zur Steigerung der Zahl der „Landärztinnen und Landärzte“ durch eine Kontingentierung von Studienplätzen oder die Vergabe von Stipendien als auch zu Überlegungen zu einer generellen Wiederaufwertung der hausärztlichen Tätigkeit.

In Deutschland wird inzwischen die Weiterbildung zur Allgemeinmedizin durch spezifische Fördermaßnahmen gestärkt, die im Sozialgesetzbuch (SGB) V §75a niedergelegt sind. Dabei werden Weiterzubildende in der ambulanten und der stationären Versorgung durch finanzielle Hilfen unterstützt, die von den Selbstverwaltungspartnern (Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen) gemeinsam getragen werden. Zudem sind seit 2017 in 15 Bundesländern Kompetenzzentren zur „Weiterbildung Allgemeinmedizin“ entstanden, getragen von den Ärztekammern, kassenärztlichen Vereinigungen und allgemeinmedizinischen Instituten der Universitäten. Hieraus entwickeln sich curriculare und didaktische Angebote sowohl für Weiterzubildende als auch für Weiterbildende [25].

Auch die Etablierung von Modellen der „hausarztzentrierten Versorgung“ (HAZV) in § 73b des SGB V zielte darauf ab, den primärärztlichen Versorgungsansatz zu stärken. In der HAZV schließen die Krankenkassen Selektivverträge mit hausärztlich Versorgenden ab, deren Patientinnen und Patienten sich in das Programm einschreiben können. Diese verpflichten sich, bei einem gesundheitlichen Problem zunächst die hausärztliche Versorgung in Anspruch zu nehmen. Je nach Vertrag gelten für die Niedergelassenen spezifische Anforderungen wie die Teilnahme an einem Qualitätszirkel, die Ausweitung der Praxisöffnungszeiten und klar begrenzte Wartezeiten. Ob die beschriebenen gesetzgeberischen Maßnahmen die primärmedizinische Versorgung stabilisieren und weiterentwickeln können, wird die Zukunft zeigen.

Zukünftige Handlungsfelder

Im OECD-Report [9] lassen sich die Handlungsfelder erkennen, denen sich Deutschland auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene in den kommenden Jahren zu stellen hat, um die medizinische Grundversorgung aufrechtzuerhalten und weiterzuentwickeln:

- Ausbau, weitere Entwicklung und Erprobung von neuen Versorgungsmodellen, die spezifische Disziplinen zusammenbringen.
- Konzeptuelle Weiterführung von Kooperationsmodellen (Versorgung in Teams, fachübergreifend und integrativ), für die kollaborativ geteilte Versorgungsstrukturen mit gemeinsamer

Verantwortlichkeit zu schaffen sind.
- Integration von ärztlicher, sozialer sowie kommunaler Versorgung durch Gesundheitsförderung und andere Angebote des öffentlichen Gesundheitsdienstes [26] (Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung).
- Sicherstellung der ärztlichen und der pflegerischen Versorgung. Gerade die Corona-Pandemie hat das seit 2020 stark ins Bewusstsein gerufen.
- Einbezug von Wünschen, Bedürfnissen und Verbesserungsideen, die aus der Sicht der Patientinnen und Patienten eingebracht werden. Dies kann durch Förderung institutioneller (Vereine, Beiräte etc.) oder anderer Organisationsformen (Initiativen von Patientinnen und Patienten) möglich gemacht werden [17] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger).
- Nutzung datenschutzsicherer digitaler Dienste zur Erfassung, zum Management und zur Auswertung medizinischer Daten sowie zur Sicherstellung eines koordinierten Versorgungspfades [27] (Digitalisierung in Prävention und Gesundheitsförderung).
- Schwerpunktsetzung der Versorgungsansätze auf Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen (Multimorbidität) sowie auf Menschen, die schwerer als andere Zugang zur Versorgung finden und deswegen ein erhöhtes Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen haben.

Internetadressen:

- Community-Campus Partnerships for Health. Available from: https://www.ccphealth.org
- GESUND! Menschen mit Lernschwierigkeiten und Gesundheitsförderung. Available from: https://www.partkommplus.de/teilprojekte/gesund
- Projekt GESUND! Available from: https://www.youtube.com/channel/UCntMMGlqfJYnOhNsVcmm2ng/videos
- International Collaboration for Participatory Health Research. Available from: https://www.icphr.org
- Netzwerk Partizipative Gesundheitsforschung (PartNet). Available from: https://www.partnet-gesundheit.de
- Forschungsverbund für gesunde Kommunen (PartKommPlus). Available from: https://www.partkommplus.de
- Partizipative Qualitätsentwicklung in der HIV-Prävention pq-HIV). Available from: https://www.pq-hiv.de

References

1. World Health Organization (WHO). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care: Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Geneva: World Health Organization (WHO); 1978. [accessed 2023 Aug 18]:6–12. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471
2. World Health Organization (WHO). A Vision for Primary Health Care In The 21st Century. 2018. [accessed 2023 Aug 18]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328065/WHO-HIS-SDS-2018.15-eng.pdf
3. Starfield B. Is primary care essential? The Lancet. 1994 [accessed 2023 Aug 18];344(8930):1129–33. Available from: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(94)90634-3/fulltext
4. 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
5. World Health Organization (WHO). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. 1986. [accessed 2023 Aug 18]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/349654
6. World Health Organization (WHO). The World Health Report 2008 – Primary health care: now more than ever. 2008 [accessed 2023 Aug 18]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/43949
7. World Health Organization (WHO). Global Conference on Primary Health Care. From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. 2018. [accessed

2023 Aug 18]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf
8. 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
9. OECD. Realising the potential of primary health care. OECD; 2020. (OECD Health Policy Studies).
10. 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
11. World Health Organization (WHO). From Alma-Ata to Astana: Primary health care – reflecting on the past, transforming for the future. 2018. [accessed 2023 Aug 18]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/345685
12. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB, editors. Building primary care in a changing Europe. European Observatory on Health Systems and Policy. 2015 [accessed 2025 Aug 27]; Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154350/9789289050319-eng.pdf?sequence=3
13. 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
14. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. 2015. [accessed 2023 Aug 18]. Available from: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung2014.pdf
15. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. 2019. [accessed 2023 Aug 18]. Available from: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf
16. SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Resilienz im Gesundheitswesen − Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. 2023. [accessed 2023 Aug 18]. Available from: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2023/Gesamtgutachten_2023_barrierefrei.pdf
17. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
18. Bundesärztekammer (BÄK). Ärztestatistik 2022. Anzahk der erteilten Anerkennungen. 2023. [accessed 2023 Aug 18]. Available from: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/AErztestatistik_2022_09062023.pdf
19. van den Bussche H, Niemann D, Robra BP, Schagen U, Schücking B, Schmacke N, Spies C, Trojan A, Koch-Gromus U. Zuständigkeiten und Konzepte zur ärztlichen Ausbildung und Weiterbildung. Bundesgesundheitsblatt. 2018 Feb;61(2):163–9. DOI:10.1007/s00103-017-2675-x
20. 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
21. 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
22. Walter U, Volkenand K. Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland: Pflichten, Rechte und Potenziale im Kontext der kommunalen Daseinsvorsorge. Gesundheitswesen. 2017;79(4):229–37.
23. Commission on Social determinants of Health (CDSH). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health − Final report of the commission on social determinants of health. eneva; 2008. [accessed 2023 Aug 18]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1
24. van den Bussche H. Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. Bundesgesundheitsblatt. 2019;62:1129–37.
25. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Weiterbildungsförderung. 2023 [accessed 2023 Aug

18]. Available from: https://www.kbv.de/html/themen_2861.php
26. 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
27. Scherenberg V. Digitalisierung in Prävention und 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-i130-1.0

Korrespondenz: Dr. Thomas Zimmermann, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, W37, 5. OG, 20246 Hamburg, Deutschland, E-mail: t.zimmermann@uke.de

Zitierhinweis: Zimmermann T. Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i096-1.0

Copyright: © 2026 Thomas Zimmermann
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/

Professionelle Gesundheitskompetenz

Melanie Messer[1]

[1] Universitätsklinikum Würzburg, Institut für Pflegewissenschaft, Professur für Pflegewissenschaft, Universität Würzburg, Würzburg, Deutschland

Abstract

Professionelle Gesundheitskompetenz adressiert die Fähigkeiten, die Motivation und das Wissen von Gesundheitsprofessionen, sich im beruflichen Kontext gesundheitsbezogene Informationen zu erschließen und diese bedarfsgerecht und verständlich an Patientinnen und Patienten zu vermitteln. Ziel ist es, Patientinnen und Patienten darin zu unterstützen informierte Entscheidungen über ihre Gesundheit zu treffen, und ihnen die Orientierung im Gesundheitssystem zu erleichtern.

Keywords: Health Literacy, Nutzerzentrierung, Empowerment, Informierte Entscheidung, Partizipation

Einleitung

Professionelle Gesundheitskompetenz adressiert spezifische Fähigkeiten, das Wissen und die Motivation von Personen, die in beruflicher Verantwortung auf die Gesundheitskompetenz anderer Personen einwirken und diese unterstützen. Die professionelle Gesundheitskompetenz ist ein Instrument der organisationalen Gesundheitskompetenz und abzugrenzen von der personalen Gesundheitskompetenz / Health Literacy [1] der Fachkräfte.

Das Konzept der professionellen Gesundheitskompetenz kann auf unterschiedliche Settings angewandt werden wie Gesundheitseinrichtungen und die dort tätigen Gesundheitsprofessionen (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen, Pharmazeutinnen und Pharmazeuten, in direkter Interaktion mit Patientinnen und Patienten), Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdiensts, die direkt mit Bürgerinnen und Bürgern in Kontakt stehen (z. B. Mitarbeitende im Gesundheitsamt bei Untersuchungen, Sprechstunden und Beratungsangeboten), Kranken- und Pflegeversicherungen (z. B. Mitarbeitende in der Beratung von Versicherten) sowie Bildungs- und Erziehungseinrichtungen (z. B. Lehrerinnen und Lehrer) (vgl. [2]). Zur Erläuterung des Konzepts wird der Schwerpunkt nachfolgend auf Gesundheitsprofessionen gelegt.

Um den Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen zu verbessern, die Orientierung im Gesundheitssystem zu erleichtern und Patientinnen und Patienten in ihrer personalen Gesundheitskompetenz zu stärken, kommt Gesundheitsprofessionen mit ihrer professionellen Gesundheitskompetenz eine zentrale Rolle zu. Sie stehen in der direkten Interaktion und Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, sind erste Ansprechperson bei Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sowie in der Diagnostik, Behandlung und Versorgung. Sie begleiten Patientinnen und Patienten mitunter über lange Lebensphasen (z. B. bei chronischer Krankheit, Pflegebedürftigkeit). Als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren von Gesundheitseinrichtungen agieren sie in deren Auftrag, um organisationale Gesundheitskompetenz in der Praxis zu verwirklichen [3, [4], [5].

Verständnis professioneller Gesundheitskompetenz

Es gibt keine einheitliche Definition von professioneller Gesundheitskompetenz. Es lassen sich jedoch zentrale Merkmale ausmachen, die im Kern eine spezifische Vermittlungskompetenz der beruflich verantwortlichen Personen beschreiben.

Im Fokus der professionellen Gesundheitskompetenz stehen insbesondere die Kommunikationskompetenzen von Gesundheitsprofessionen. Ziel ist es, dass Gesundheitsprofessionen bedarfs- und situationsresponsiv nutzerzentrierte Strategien der passgenauen Information und Kommunikation einsetzen [6], [7], [8]. Grundlegend ist eine auf Empowerment/Befähigung [9] ausgerichtete Grundhaltung bei den Gesundheitsprofessionen [5]. Dabei können Gesundheitsprofessionen gezielt fördernd, unterstützend oder kompensierend auf die vorhandene personale Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten und deren An- und Zugehörige reagieren. Zu den zentralen Kommunikationskompetenzen gehören zum Beispiel:

- Die patientenzentrierte Kommunikation, die auf die Präferenzen, Bedürfnisse und Fähigkeiten von

Patientinnen und Patienten und deren An- und Zugehörige eingeht.
- Eine an veränderliche Situationen angepasste und nutzerzentrierte mündliche oder schriftliche Kommunikation, auch unter Nutzung digitaler Medien.
- Die zielgerichtete Nutzung von Methoden der Gesundheitsbildung [10] sowie Patientenberatung/Patientenedukation [11].
- Die Fähigkeit von Gesundheitsfachkräften, auf die vorhandene personale Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten und deren An- und Zugehörige zu reagieren (professional responsiveness) [6].

Im deutschsprachigen Raum erweitern Schaeffer, Haarmann & Griese [12] das auf Kommunikationsfähigkeiten fokussierte Verständnis. In Anlehnung an das Verständnis der personalen Gesundheitskompetenz nach Sørensen et al. [13] definieren sie professionelle Gesundheitskompetenz in folgender Weise: „Professionelle Gesundheitskompetenz umfasst die Motivation, das Wissen und die Fähigkeiten, professionell relevantes Wissen und Informationen in unterschiedlicher Form finden, verstehen, beurteilen und nutzen zu können, um im Berufsalltag professionell nach dem »State of the Art« agieren, und gesundheits- und krankheitsrelevantes Wissen und ebensolche Informationen so aufbereiten, vermitteln und kommunizieren zu können, dass sie von Patientinnen/Patienten verstanden, (kritisch) beurteilt und zur Entscheidungsfindung über Gesundheitsfragen genutzt werden können.“ ([12], S. 14).

Befähigung zur professionellen Gesundheitskompetenz

Um Gesundheitsprofessionen in den Fähigkeiten der professionellen Gesundheitskompetenz zu schulen, werden verschiedene thematische Ansätze beschrieben (vgl. [14], [6], [15]). Hierzu gehören zum Beispiel:

- Gezieltes Training, um Bedarfslagen bei Betroffenen zu erkennen
- Patientenzentrierte Kommunikation und Beziehungsgestaltung
- Nutzerzentrierte Aufbereitung von Informationsangeboten
- Methoden zur Stärkung von Selbstmanagementfähigkeiten und Empowerment
- Strategien und Methoden der Gesundheitsbildung und Lernverstärkung
- Nutzung unterstützender Systeme (z. B. digitale Tools)
- Evaluation von Interventionsstrategien
- Interdisziplinäre Informationsvermittlung

Als Hilfsmittel für die Qualifikation werden Anleitungen und Standards für Leichte Sprache und die verständliche Aufbereitung schriftlicher Materialien sowie Assessement-Tools empfohlen [16]. Das Training kann in unterschiedlichen Lernsettings erfolgen wie Seminarräumen, Simulationslabore und Praktika [17], [15]. Dabei werden das Wissen, die Fähigkeit und Haltung von Fachkräften adressiert, um eine professionelle Gesundheitskompetenz aufzubauen und einzuüben [6].

Um ihre professionelle Gesundheitskompetenz einzusetzen, benötigen Gesundheitsprofessionen darüber hinaus auch entsprechende zeitliche und materielle Ressourcen. Hierzu gehören Hilfsmittel wie grafisches Anschauungsmaterial, Unterstützung bei der Informationsgenerierung, aber auch Räumlichkeiten, in den Gespräche und Beratungen stattfinden können.

Internetadressen:

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Health Literacy Improvement Tools. Available from: https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/index.html
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Health Literacy Professional Education and Training. Available from: https://www.ahrq.gov/health-literacy/professional-training/index.html
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Health Literacy Universal Precautions Toolkit. Available from: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/healthlittoolkit2.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Health Literacy for Public Health Professionals Resources. Available from: https://www.cdc.gov/healthliteracy/healthliteracyresources/index.html

References

1. 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
2. Schulenkorf T, Okan O, Bauer U. Toolbox Gesundheitskompetenz. Unterrichtsprogramm zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Schüler:innen. Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung, Universität Bielefeld; 2021 [accessed 2023 Nov 24]. Available from: https://www.sg.tum.de/fileadmin/tuspfsp/healthliteracy/pdf/Toolbox_Unterrichtsmaterial.pdf
3. Altin S, Stock S. Health Literate Healthcare Organizations and their role in future Healthcare. J Nurs Care. 2015;4(2). DOI:10.4172/2167-1168.1000238
4. Messer M, Murau T. Förderung organisationaler Gesundheitskompetenz aus Sicht von Pflegefachpersonen. Ergebnisse einer qualitativen Studie. Präv Gesundheitsf. 2023 Nov;18(4):475–82. DOI:10.1007/s11553-022-00993-7
5. Weiland R, Büscher A. Förderung von Gesundheitskompetenz als Aufgabe der Gesundheitsprofessionen?: Eine qualitative Untersuchung. Präv Gesundheitsf. 2022 Aug;17(3):344–8. DOI:10.1007/s11553-021-00874-5
6. Cesar FCR, Moraes KL, Brasil VV, Alves AG, Barbosa MA, Oliveira LM de AC. Professional responsiveness to health literacy: A scoping review. Health Lit Res Pract. 2022 Apr;6(2):e96–103. DOI:10.3928/24748307-20220418-02
7. Coleman C, Hudson S, Pederson B. Prioritized health literacy and clear communication practices for health care professionals. Health Lit Res Pract. 2017 Jul;1(3):e91–9. DOI:10.3928/24748307-20170503-01
8. Messer M. Health literacy and participation in the healthcare of adults: (In)compatible approaches? In: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K, editors. International Handbook of Health Literacy: Research, practice and policy across the lifespan. Policy Press; 2019 Jul 31. p. 617–32.
9. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i10-3.0
10. 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
11. Schaeffer D. Patientenberatung / Patientenedukation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i087-3.0
12. Schaeffer D, Haarmann A, Griese L. Professionelle Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsprofessionen in Deutschland: Ergebnisse des HLS-PROF-GER. Stiftung Gesundheitswissen, editor. Berlin, Bielefeld; 2023 [accessed 2023 Nov 24]. Available from: https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/sites/default/files/2023-06/2023_06_20_Ergebnisbericht_Studie_professionelle_Gesundheitskompetenz.pdf
13. Sørensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012 Dec;12(1):80. DOI:10.1186/1471-2458-12-80
14. Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, Weiss BD, DeWalt DA, Brach C, Cifuentes M, Albright K, West DR. AHRQ Health Literacy universal precautions toolkit. 2 edn. Agency for Healthcare Research and Quality; 2015.
15. Saunders C, Palesy D, Lewis J. Systematic review and conceptual framework for Health Literacy training in Health Professions education. Health Prof Educ. 2019;5(1). DOI:10.1016/j.hpe.2018.03.003
16. Shoemaker S, Staub-Delong L, Wasserman M, Moss D, Brach C. Advancing pharmacy Health Literacy practices through quality improvement: curricular modules for faculty. Agency for Healthcare Research and Quality; 2011.
17. Harris L, Ginzburg S, Brach C, Block L, Parnell TA. A model collaboration to develop a health literate care curriculum: Preparing the next generation of physicians to deliver excellent patient outcomes and experiences. NAM Perspect. 2019 Oct 21; DOI:10.31478/201910a

Korrespondenz: Univ.-Prof. Dr. Melanie Messer, Universität Würzburg, Universitätsklinikum Würzburg, Institut für Pflegewissenschaft, Professur für Pflegewissenschaft, Josef-Schneider-Str. 2, 97080 Würzburg, Deutschland, E-mail: messer_m@ukw.de

Zitierhinweis: Messer M. Professionelle Gesundheitskompetenz. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i162-1.0

Copyright: © 2026 Melanie Messer
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/

Psychosomatische Perspektive

Marius Binneböse[1]
Jörg Frommer[1]
Peter Franzkowiak[2]
Florian Junne[3]

[1] Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Magdeburg, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Magdeburg, Germany

[2] Fachbereich Sozialwissenschaften, Hochschule Koblenz, Koblenz, Germany

[3] Medizinische Fakultät, Universitätsklinikum Magdeburg, Klinikdirektor, Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg, Germany

Abstract

Psychosomatische Erklärungsmodelle haben ihren Ursprung in der Psychoanalyse und Tiefenpsychologie, der Medizinischen Anthropologie und der Psychophysiologie. Die Psychosomatik als Krankheits- und Behandlungslehre erforscht den Zusammenhang von psychischen Prozessen und solchen Erkrankungen, bei denen keine klare organische Grundlage ermittelt werden kann (z. B. über serologische, zytologische, histologische oder radiologische Nachweise im Sinne des Biomedizinischen Modells) oder der Organbefund das Gesamtbild der Krankheit nicht hinlänglich erklärt. Sie nutzt ihre Erkenntnisse als Ansatzpunkt für eine umfassende Diagnostik und Behandlung der Krankheiten und Leidenszustände. Darüber hinaus wird auch ein Selbstverständnis als Gesamtkonzept der Heilkunde formuliert. Die Psychosomatik will als „Integrierte Medizin“ in alle Gebiete der Medizin hineinwirken. Sie bezieht sich dabei auf systemtheoretische und konstruktivistisch-zeichentheoretische Grundlagen und hat ein umfassendes, bio-psycho-soziales Erkenntnis- und Behandlungsmodell entwickelt.

Keywords: Funktionelle Beschwerden, Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell, Somatopsyche

Definitionen

Es gibt kaum eine organische Gesundheitsstörung, die nicht auch psychische Anteile hat − in der Genese, in ihrer Verarbeitung, im sozialen Umfeld der betroffenen Menschen. Psychische und soziale Faktoren können dabei unterschiedlich wirken: kausal, mitauslösend, verlaufsstabilisierend, als Folgeerscheinungen und in Interaktion aller Wirkmöglichkeiten.

Psychosomatische Medizin definiert eine ärztliche Perspektive, die systematisch biologische, psychologische und soziale Einflussfaktoren auf die Entstehung, die Auslösung und den Verlauf von körperlichen Erkrankungen und funktionellen Körpersyndromen untersucht und behandelt [1]. Dazu ist die psychosomatische Medizin als „personenzentrierte Medizin“ nach Viktor von Weizsäcker zu verstehen. Damit ist die Fähigkeit des Behandlers zum Perspektivenwechsel gemeint, das heißt der Fähigkeit zum Oszillieren zwischen der eigenen Perspektive und der Perspektive des Anderen. Die personenzentrierte Medizin betont somit die Bereitschaft und Fähigkeit zum Perspektivenwechsel in Übernahme der Perspektivität der Patientinnen und Patienten.

Zentrale Aufgabenfelder sind die Diagnostik und Therapie von häufig komorbiden somatischen Krankheiten und psychischen Störungen und Somatisierungssyndromen, die therapeutische Begleitung bei bedrohter Krankheitsverarbeitung und maladaptivem Krankheitsverhalten sowie die professionelle Unterstützung bei signifikanten psychologischen und psychosozialen Belastungen infolge langwieriger Krankheitsprozesse.

Aus internationaler Perspektive definieren Fava, Cosci & Sonino [2] die Psychosomatik zwar fachlich vergleichbar, stellen aber die spezifische Wissenschaftlichkeit in Einheit mit den multidisziplinären und integrativen Aspekten der psychosomatischen Versorgung stärker in den Vordergrund: Psychosomatische Medizin ist ein breites interdisziplinäres Feld, das sich mit der Interaktion von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren bei der Regulierung der Balance zwischen Gesundheit und Krankheit beschäftigt. Als „Gesamtkonzept der Heilkunde“ [3], [4] stellt sie einen konzeptionellen Rahmen dar für

- „wissenschaftliche Untersuchungen zur Rolle der psychosozialen Faktoren, die individuelle Verwundbarkeiten/Vulnerabilitäten, den Verlauf und das Ergebnis jeder Art von Krankheit berühren,
- die personalisierte und ganzheitliche Herangehensweise an die Patientin bzw. den Patienten mit Ergänzung und Erweiterung der medizinischen Standard-Untersuchungen um das psychosoziale Assessment,
- die Integration psychologischer und psychiatrischer Therapien in die Prävention, Behandlung und Rehabilitation von medizinischer Krankheit und
- eine multidisziplinäre Organisation der Gesundheitsversorgung, welche die künstlichen Grenzen der traditionellen medizinischen Fachgebiete überwindet.“ ([2], S. 13/14) − eigene Übersetzung.

Die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie hat das geschlossene naturwissenschaftlich-medizinische Konzept des menschlichen Organismus um das Seelische erweitert. Erleben, Verarbeiten und Verhalten der einzelnen Menschen werden systematisch in die Ätiologie und die Behandlung von körperlichen Beschwerden und Krankheiten einbezogen. Psychosomatik in der Medizin ist ein eigenständiger diagnostischer, therapeutischer, rehabilitativer sowie präventiver Ansatz. Er dient zum Verständnis und zur Behandlung von „leib-seelischen“ Zusammenhängen im Krankheitsgeschehen. Für die Beobachtung, Diagnose und Behandlung von Krankheiten und Leidenszuständen werden psychologische und physiologische Verfahren verwandt.

Psychosomatische Störungen sind alle Organschädigungen oder Störungen körperlicher Funktionsabläufe, deren Entstehung oder Verlauf (Auslösung, Aufrechterhaltung, Verschlechterung) so stark durch psychische bzw. psychosoziale Faktoren beeinflusst sind, dass organmedizinische Ursachen allein das Geschehen nicht ausreichend erklären können. Hierzu zählt insbesondere der somatoforme Formenkreis (was in anderen medizinischen Fachgebieten auch als „funktionelle“ oder „nicht-spezifische“ Körperbeschwerden und Syndrome, im englischen Sprachgebrauch zusammenfassend als „medically unexplained physical symptoms [MUPS]“ bezeichnet wird; siehe im Einzelnen dazu die S-3-Leitlinie der AWMF [5]). In Tabelle 1 werden exemplarische Krankheitsbilder aus der Praxis der Psychosomatischen Medizin systematisiert.

Psychosomatische Störungen und Krankheiten	**Krankheitsbilder (ausgewählte Beispiele)**
Sichtbare organische oder fassbare funktionelle Veränderungen mit Symptomcharakter, bei deren Entstehung und Behandlung psychische Prozesse in der Person als (mit-)entscheidend angenommen werden	Akute und chronifizierte Magen-/Darmgeschwüre und -entzündungen (Colitis ulcerosa, Morbus Crohn), Hautekzeme (Dermatitis), rheumatoide Arthritis, essenzieller Bluthochdruck, Asthma bronchiale, Essstörungen
Körperliche Beschwerdebilder ohne nachweisbaren krankhaften Organbefund (vegetative Reaktionen, funktionelle Störungen, somatoforme Störungen)	Herz(angst)neurosen, hypochondrische Störungen, Hyperventilationssyndrom, Reizdarmsyndrom, Cluster- und Spannungskopfschmerz, Fibromyalgie-Syndrom, sexuelle Funktionsstörungen
Seelische Reaktionsbildungen auf körperliche Leiden und traumatische Lebenserfahrungen	Angst- und Panikstörungen, depressive Störungen nach kritischen Lebensereignissen, Gewalt- oder Verlusterfahrungen, nach Unfällen, Operationen oder bei chronischen Krankheitszuständen (Angst und Depression nach Krebserkrankungen), akute Belastungsreaktionen

Tab. 1: Psychosomatische Störungen und exemplarische Krankheitsbilder (in Anlehnung an [6]*)*

Modellbildungen und Perspektiven

Psychosomatische Erklärungen gehen von einem Kontinuitätsmodell von Gesundheit und Krankheit aus [7] (Gesundheits-Krankheits-Kontinuum). Krankheiten werden nicht als isolierte Organstörungen oder lokalisierbare „Betriebsschäden“ im menschlichen Körper angesehen. Sie sind vielmehr Ausdruck einer dauerhaften Überbeanspruchung, zuweilen auch des Versagens von körperlichen, seelischen und sozialen Bewältigungsfähigkeiten und Anpassungsreserven eines Menschen. Überforderungen, die auf

der psychischen und/oder sozialen Ebene angesiedelt sind, können sich körperlich niederschlagen − und umgekehrt. Damit wird auch eine Revision des naturalistisch-biomedizinischen Begriffs der Kausalität im Krankheitsgeschehen vorgenommen.

Die psychosomatische Perspektive fußt maßgeblich auf dem von Engel [8] postulierten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell, das mittlerweile auf einer breiten wissenschaftlichen Evidenz fußt und entsprechende Weiterentwicklungen erfahren hat (vgl. [9]). Das Modell entstand aus der Reaktion auf die Kritik am biomechanischen („Medizin der seelenlosen Körper“) und biosemiotischen Modell („Medizin der körperlosen Seelen“) und entwickelte sich zu einem mehrdimensionalen System, das die vielschichtigen Wechselbeziehungen innerhalb und zwischen den einzelnen Dimensionen (bio-psycho-sozial) betont. Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell beschreibt Erkrankungen als Ergebnis komplexer Wechselwirkungen zwischen dem Organismus und seiner Umwelt. Hier spielen die individuelle Sozialisation bzw. Biografie der Einzelnen eine maßgebliche Rolle. In dieser zusätzlichen Perspektive liegt der Kern der Psychosomatik.

Das ursprüngliche Verständnis von psychosomatischen Störungen entstammt aus psychoanalytischen Betrachtungen. Wurde früher noch von einer reinen Konfliktpathologie ausgegangen (ein innerseelischer Konflikt drückt sich auf körperlicher Ebene aus), gehen moderne Arbeiten häufig von einer Strukturpathologie aus. Dabei fehlt oder mangelt es Betroffenen in ihrer Persönlichkeitsentwicklung an basalen Fähigkeiten, innere Konflikte und Gefühlszustände in Worte fassen (Symbolisierung) oder eigene und fremde Gefühlszustände wahrnehmen zu können (Alexithymie). Die hieraus entstehende innerseelische Spannung resultiert in einem Ausdruck körperlicher Symptome wie Schmerzen oder vegetativer Übererregung. Neben der psychoanalytisch bzw. psychodynamischen Perspektive hat sich in den letzten Jahrzehnten zunehmend auch eine verhaltenstheoretische Perspektive etabliert.

Verhaltenstheoretisch, -medizinisch und -therapeutisch bedeutsam sind die einer fehllaufenden Stressreaktion zugrundeliegenden Emotionen und Kognitionen, die physiologischen Reaktionsmuster und verstärkenden Umweltfaktoren. Aus verhaltenswissenschaftlicher Sicht entsteht eine psychosomatische Störung oder Krankheit insbesondere dann, wenn Menschen v. a. unter chronischer Belastung das natürliche Zusammenspiel von Körper und Seele nicht mehr verstehen. Sie erfahren beide Bereiche als voneinander getrennt, versuchen eine einseitige gesundheitsschädliche „Selbstbehandlung“ (auch „maladaptives Krankheitsverhalten“), z. B. in Form von Risikoverhalten, oder geraten in zwanghafte, sich einschleifende „Teufelskreise“ der Körperbeobachtung, ständiger Gesundheitssorgen, Medikamenteneinnahme etc. Dies führt aber zu neuen krankheitsbezogenen Problemen [10] (Lernpsychologische Perspektive).

Häufige Störungsbilder

Tabelle 2 versammelt häufige somatoforme bzw. vegetative Störungen, die einen psychosomatischen Krankheitswert haben oder mit erhöhter Wahrscheinlichkeit einer nachfolgenden psychosomatischen Erkrankung einhergehen. Die WHO verzichtet in ihrer Internationalen Klassifikation psychischer Störungen auf die Verwendung des Begriffs „psychosomatisch“ (ICD-10-GM-2018; gleichermaßen in der ICD-11). Im Klassifikationssystem ICD-10 haben somatoforme Störungen ein eigenes Kapitel (F.45) und werden dort unterteilt in: Somatisierungsstörung (45.0), undifferenzierte Somatisierungsstörung (45.1), hypochondrische Störung (45.2), somatoforme autonome Funktionsstörung (45.3), anhaltende Schmerzstörung (45.4) und sonstige sowie nicht näher bezeichnete Somatisierungsstörungen (45.8 und 45.9).

Die ICD-11 verzichtet auf eine solche Unterteilung. Hier gibt es, neben der weiterhin bestehenden hypochondrischen Störung in Kapitel „Angst oder furchtbezogene Störungen“, in Kapitel „Störungen des körperlichen Erlebens oder der körperlichen Belastung“ das zusammenfassende Störungsbild „Körperstressstörung“, wobei explizit auf das Diagnosekriterium „keine ausreichende somatische Erklärung“ verzichtet wurde. Hierbei wurde der Entwicklung Folge getragen, dass die psychosomatische Perspektive zunehmend Einkehr in bisher eher rein somatisch betrachtete Erkrankungen erhält (siehe Abschnitt Somatopsyche).

Somatischer Störungsbereich	Mögliche Krankheitsbilder
Kreislauf	• Regulationsstörungen mit zu niedrigem Blutdruck, Schwindel beim Aufstehen und Neigung zum „Umkippen“ (hypotone oder orthostatische Dysregulation, synkopale Anfälle), Schwindel • Vegetative Herzrhythmusstörungen wie Herzstolpern und -jagen (Extrasystolen, Tachykardie) • Schmerzen und Engegefühl in der Brust
Atmung	• Kloßgefühl im Hals • Atembeklemmung • Zu schnelle und starke Atmung, gelegentlich mit Muskelkrämpfen (Hyperventilationstetanie)
Verdauung	• Übelkeit und Erbrechen • Magen- oder Bauchschmerzen • Sodbrennen • Völlegefühl (Meteorismus) • Durchfall (Diarrhö) • Verstopfung (Obstipation)
Harn- und Geschlechtsorgane	• Nächtliches Einnässen (Enuresis nocturna) • Menstruationsbeschwerden (Dysmenorrhoe) • Sexuelle Funktionsstörungen • Blasenschmerzen, ständiger Harndrang • Prostatabeschwerden, Hodenschmerzen
Haut	• Juckreiz (psychogener Pruritus) • Kribbelempfindungen
Bewegungsapparat	• Bewegungsschmerz und Verspannung der Muskulatur im Schulter-, Arm-, Wirbelsäulenbereich oder in den Beinen
Chronische Schmerzen	• Migräne, Spannungskopfschmerzen

Tab. 2: Häufige somatoforme bzw. vegetative Störungen (nach [11]*)*

Bei den verstärkt auftretenden Störungen des Essverhaltens (v. a. psychogene Adipositas, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa als Versuche der Manipulation von Nahrungsaufnahme und Körpergewicht) spielen psychosomatische Faktoren eine wesentliche Rolle. Auch die massenhaft verbreiteten chronisch-degenerativen Zivilisationskrankheiten werden zunehmend unter psychosomatischen Gesichtspunkten betrachtet und behandelt.

Somatopsyche

In den letzten Jahren hat sich durch die zunehmende Einkehr von psychosomatischen Betrachtungsweisen in somatisch geprägten Fachrichtungen wie Innere Medizin und Chirurgie der Begriff „Somatopsyche“ als zweite Säule der Psychosomatik entwickelt. Es geht hierbei um Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten für primär körperlich Kranke bei der Bewältigung der Krankheit sowie den damit einhergehenden psychischen Folgen. Dadurch haben psychosomatische Aspekte zunehmend Eingang in Leitlinien für somatische Erkrankungen wie Herzinsuffizienz, koronare Herzerkrankung,

Diabetes mellitus etc. gefunden. Hieraus entwickelten sich vielfältige Behandlungsfelder der Psychosomatik wie Psychokardiologie, Psychodiabetologie, Psychoonkologie, Psychodermatologie und viele mehr.

In der kardiologischen Rehabilitation wird gefordert, dass alle Interventionen und edukativen Angebote auf einer „psychosomatischen Gesamtdiagnose“ [12] beruhen sollten. Sie integriert alle somatischen und psychischen Befunde und macht sie zum Gegenstand eines multimodalen, patientenzentrierten Gesamtbehandlungsplans, der sowohl der kardialen Organerkrankung als auch den psychosozialen Kontextfaktoren und Folgeproblemen Rechnung trägt. Entsprechend soll die Behandlung in chronischen Phasen in Einheit von ambulanter haus- bzw. fachärztlicher Versorgung und psychosomatischer Grundversorgung (Konsiliar- und Liaisondienste) durchgeführt werden.

In der Transplantationsmedizin ist ein Facharzt bzw. eine Fachärztin für Psychosomatische Medizin an vielen Standorten zu einem festen Bestandteil der interdisziplinären Transplantationskonferenz geworden. Das Transplantationsgesetz etwa fordert „vor und nach einer Organübertragung Maßnahmen für eine erforderliche psychische Betreuung der Patienten im Krankenhaus sicherzustellen“ sowie eine Stellungnahme bezüglich möglicher Listung zur Transplantation. Die psychosomatische Perspektive hat somit auch auf institutioneller Ebene Einzug in die somatischen Fachbereiche gefunden.

Neuere Entwicklungen, Verbindungen zu Neurosciences

Die Wechselwirkung zwischen Leib und Seele sowie zwischen Person und Umwelt verläuft vor der manifesten Erkrankung in etlichen Stadien, während derer jedes Teilsystem nicht nur eindimensional reagiert, sondern mehrere Optionen offen hat. Neuere, mit integrativem Anspruch auftretende Konzepte der Psychosomatik verbinden sich mit der Psychoneuroimmunologie, Psycho(patho)physiologie und -endokrinologie, Neurobiologie sowie der (Epi-)Genetik und sind stark von einer systemischen Perspektive geprägt.

Fünf führende schweizerische Psychosomatiker haben 2018 − im Kontext der Entwicklung und Veröffentlichung von fachlich verpflichtenden „Begutachtungsleitlinien Psychosomatische Medizin“ − eine erneuerte Definition vorgestellt, die das integrative Krankheitsverständnis ausdrücklich mit neurowissenschaftlichen Grundlagen und Erkenntnissen rückkoppelt: „Auf Basis neurowissenschaftlicher und psychobiologischer Erkenntnisse hat sich ein integratives Krankheitsverständnis von psychosomatischen Erkrankungen in der Medizin entwickelt. Die Pathophysiologie dieser Erkrankungen ist komplex und vielschichtig. Nach heutigem Wissen handelt es sich um körperliche Symptome, die sich im Rahmen von übergeordneten Perzeptions-, Regulations- und Prägungsprozessen des Zentralnervensystems erklären lassen. Das Störungsniveau liegt dabei wesentlich in der Interaktion des Zentralnervensystems mit peripheren Organen. Diese Interaktion unterliegt einem neuroendokrinen, immunologischen und autonomen Wechselspiel, welches maßgeblich durch das psychische Erleben beeinflusst wird.“ ([13], S. 427).

Für die Erhebung von Diagnosen ergibt sich daraus: „Geprüft werden Hinweise veränderter Körperperzeption, vegetativer Dysregulation, neuropsychischer Stresssymptome, psychischer Symptome, veränderter Verarbeitungs- und Verhaltensmuster sowie des biographischen Prägungsprofils. Psychische Komorbiditäten kommen gehäuft bei psychosomatischen Körpersymptomstörungen vor. Diese sind aber weder Krankheitsvoraussetzung noch primäre Entstehungsursache der Körperfunktionsstörungen, sondern oftmals genauso Folge derselben anhaltenden psychobiographischen Stressbelastungen wie die Körpersymptomstörung selbst. Die Lebensgeschichte und das Verhalten der Patienten zeigen entsprechend regelhaft Merkmale und Muster einer ungünstigen stressbiographischen Prägung, welche die psychischen und psychosomatischen Beschwerden gleichermaßen plausibilisieren.“ [13].

Umsetzungen in Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Recovery

Für die Praxis der Gesundheitsförderung sind psychosomatische Aspekte nicht nur für individuelle und gruppenbezogene Maßnahmen, sondern auch für Interventionen in Settings bedeutsam. So findet in der Arbeitswelt ein rasanter Belastungsstrukturwandel statt, der sich u. a. in Prozessen der Technisierung, Beschleunigung und Aufsplitterung von Arbeitsprozessen äußert. Dadurch wachsen die Anforderungen an Selbstregulation, Flexibilität und Mobilität; in zunehmendem Maße droht dauerhafte Unsicherheit um den Arbeitsplatz.

Epidemiologisch auffällig ist die − in den jährlichen Gesundheits- und Fehlzeitenreports der gesetzlichen Krankenkassen sowie den Jahresberichten der Deutschen Rentenversicherung dokumentierte − stetige Zunahme und Häufung von Krankheitsausfällen und Frühberentungen wegen stressbezogener Überlastungsproblemen, depressiven Störungen einschließlich Burn-Out-Syndrom, psychosomatischen Beschwerdebildern und Suchtproblemen. Dieses Panorama verlangt von der betrieblichen Gesundheitsförderung und dem Gesundheitsschutz [14] (Betriebliche Gesundheitsförderung) auch eine verstärkt psychosomatische Ausrichtung.

Neben den klassischen arbeitsbedingten Gefährdungen und Belastungen werden psychosoziale Belastungen und (Über-)Beanspruchungen, die „vitale Erschöpfung“, Stress-(Fehl-)Bewältigungs-Syndrome im Kontext von Arbeitsprozessen zu Anlässen von Interventionen. Die zielen personal auf die Förderung von Bewältigungskompetenzen und Ressourcenstärkung oder unterstützen die Wiedereingliederung nach Behandlung und Rehabilitation. Strukturelle Interventionen wirken auf die Arbeitsorganisation ein, z. B. durch Abbau von Zeitdruck, Verbesserung von Kommunikation und der Vermeidung von chronischer Über- bzw. Unterforderung.

Die psychosomatische Perspektive − v. a. ihr bio-psycho-soziales Krankheitsmodell und ihre Kontinuitätskonzepte − haben eine Brückenfunktion zwischen klassisch-naturwissenschaftlichen Krankheitsmodellen und integrativen Gesundheits-Krankheits-Modellen wie der Stress- und Stressbewältigungs-Perspektive [15] (Stress und Stressbewältigung) und der Salutogenese [16]. Sie begründen die Notwendigkeit von multimodalen, gesundheitsfördernden Maßnahmen zur individuellen Kompetenzerweiterung und sozialen Netzwerkförderung in Einheit mit der beständigen Erweiterung von Ressourcen [17] (Resilienz und Schutzfaktoren).

Der „leibseelische Spannungsausgleich“ durch Bewegung, Entspannung und eine Vielzahl weiterer spannungsregulierender Methoden hat zentrale Bedeutung für die Prävention chronisch-degenerativer Massenerkrankungen – sowohl in Form des individuellen Gesundheitshandelns als auch im Rahmen von professionell angeleiteter Gruppenarbeit (Patientenberatung).

Internetadressen:

- Bundesärztekammer. Available from: https://www.bundesaerztekammer.de
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM). Available from: https://www.dgpm.de
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Available from: https://www.bfarm.de
- European Association for Psychosomatic Medicine (EAPM). Available from: https://www.eapm.eu.com
- European Network of Psychosomatic Medicine (ENPM). Available from: https://www.enpm.eu

Weiterführende Literatur:

- Herzog W, Kruse J, Wöller W. Psychosomatik. Stuttgart: Thieme; 2022.
- Rief W, Henningsen P. Psychosomatik und Verhaltensmedizin. Stuttgart: Klett Cotta; 2015.

Literatur:

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). S2k-Leitlinie Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen. [accessed 2022 Dec 8]. Available from: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-029
- Bundesärztekammer. Weiterbildungsordnung Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie nach: Weiterbildungsordnung LÄK BW (WBO 2006). 2018.

References

1. Hoffmann SO, Holzapfel G, Heuft G, Eckhard-Henn A, editors. Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin. Mit einer Einführung in die Psychodiagnostik und Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer; 2009.
2. Fava GA, Cosci F, Sonino N. Current psychosomatic practice. Psychother Psychosom. 2017;1(86):13–30.

3. Uexküll T, Wesiack W. Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: Ein bio-psycho-soziales Modell. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W, editors. Uexküll − Psychosomatische Medizin: Theoretische Modelle und klinische Praxis. München: Elsevier; 2012. p. 3–40.
4. Köhle K, Kruse J, Langewitz W, Söllner W, Herzog W, Joraschky P, editors. Uexküll − Psychosomatische Medizin: Theoretische Modelle und klinische Praxis. 8 edn. München: Elsevier; 2018.
5. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). S3-Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden. [accessed 2022 Dec 8]. Available from: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-001
6. Bräutigam W, Paul C, von Rad M. Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Thieme; 1997.
7. Franzkowiak P. Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i026-2.0
8. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196(4286):129–36. DOI:10.1126/science.847460
9. Egle UT, Heim C, Strauss B, Von Känel R, Herrmann-Lingen C, Albus C, Titscher G. Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell – revisited. In: Egle UT, Heim C, Strauß B, von Känel R, editors. Psychosomatik – neurobiologisch fundiert und evidenzbasiert: Ein Lehr- und Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer; 2020. p. 39–48.
10. Von Lengerke T, Franzkowiak P. Lernpsychologische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i074-2.0
11. Lieb H, von Pein A. Der kranke Gesunde. 6 edn. Stuttgart: Trias; 2018.
12. Herrmann-Lingen C. Psychosomatik der koronaren Herzkrankheit. Psychotherapeut. 2008;53:143–56.
13. Egloff N, Schaefert R, Loeb P, Steiger B, Känel R. Begutachtungsleitlinien Psychosomatische Medizin. Schweiz Arzteztg. 2018 [accessed 2022 Dec 8];99:425–8. Available from: https://saez.ch/article/doi/saez.2018.06502
14. Hartung S, Faller G. Betriebliche 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-i042-3.0
15. Ernst G, Franke A, Franzkowiak P. Stress und Stressbewältigung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i118-2.0
16. 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
17. Rönnau-Böse M, Fröhlich-Gildhoff K, Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i101-2.0

Korrespondenz: Dr. Marius Binneböse, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Magdeburg, Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg, Deutschland, E-mail: marius.binneboese@med.ovgu.de

Zitierhinweis: Binneböse M, Frommer J, Franzkowiak P, Junne F. Psychosomatische Perspektive. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i098-1.0

Copyright: © 2026 Marius Binneböse 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/

Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV)

Irmtraud Beerlage[1]
[1] Berlin, Germany

Abstract

Die Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) bildet ein System psychosozialer Maßnahmen, Strukturen und Regelungen im Kontext der Gefahrenabwehr. Akteurinnen und Akteure agieren in der kurz-, mittel- und langfristigen Unterstützung, Beratung und Therapie für Betroffene von Notfällen und Katastrophen sowie für Einsatzkräfte der zivilen Gefahrenabwehr nach psychisch belastenden Einsatzsituationen. Für Einsatzkräfte schließt sie auch Maßnahmen der psychosozialen Gesundheitsförderung und Prävention ein. PSNV ist in das System der Gefahrenabwehr eingebettet. Ihr Ziel ist die Förderung der Verarbeitung der belastenden Erfahrungen, um anhaltende psychosoziale Belastungsfolgen zu vermeiden bzw. zu verringern.

Keywords: Psychosoziale Notfallversorgung, Bevölkerungsschutz, Katastrophenschutz, Zivilschutz, Psychosoziales Krisenmanagement

Einleitung

Die PSNV hat ihre Wurzeln in der Erkenntnis, dass von plötzlichen Todesfällen und weiteren Notfallereignissen Betroffene (zu ihnen werden Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene, Zeugen und Vermissende gezählt) und Einsatzkräfte nach belastenden Einsätzen nicht nur medizinische und technische Hilfeleistungen benötigen, sondern auch auf der psychischen, sozialen und praktischen, Ebene wirksame Hilfen zur Bewältigung der erschütternden und potenziell traumatisierenden Erlebnisse erfahren sollten.

Die Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) ist ein System psychosozialer Maßnahmen der kurz-, mittel- und langfristigen Unterstützung, Beratung und Therapie im Zusammenhang mit Notfallereignissen wie Naturkatastrophen, Unfällen, Terrorakten sowie häuslichen Todesereignissen. Sie bietet ebenso Hilfen für Einsatzkräfte nach belastenden Einsatzsituationen, z. B. Einsätze mit vielen Toten und Verletzten, mit Kindern und bei eigener Lebensgefahr. Für Einsatzkräfte der Gefahrenabwehr (Feuerwehr, Rettungsdienst, Polizei, Technisches Hilfswerk u. a.) schließt sie auch Maßnahmen der psychosozialen Gesundheitsförderung und Prävention ein, z. B. die Vorbereitung auf belastende Einsatzsituationen und die generelle Förderung psychosozialer Gesundheit in der jeweiligen Einsatzorganisation [1].

Die PSNV ist interdisziplinär wissenschaftlich fundiert durch Erkenntnisse aus Psychologie, Medizin, Soziologie, Pädagogik, Recht etc. und wird interprofessionell in der Praxis der Gefahrenabwehr geleistet. Zugleich erfordert sie intersektorielle Kooperationen, insbesondere zwischen dem Innen- und Gesundheitsressort auf allen föderalen Ebenen sowie mit gesellschaftlichen Bereichen, in denen Unglücke eintreten (können).

Neben den PSNV-Angeboten umfasst die PSNV auch die Anbieterinnen und Anbieter mit spezifischen Qualifikationen (z. B. aus Notfallseelsorge, Krisenintervention im Rettungsdienst, Notfallpsychologie, psychosozialer Beratung und Psychotherapie u. v. m). Sie schließt weitere Akteursgruppen ein wie politisch Verantwortliche oder Fachkräfte der Medien und Krisenkommunikation sowie die nutzenden und anbietenden Organisationen. Die PSNV-Gesamtstruktur umfasst ebenso politische, professionelle und ehrenamtliche Organisationsformen und -strukturen wie rechtliche Regelungen als strukturellen Rahmen für alle Maßnahmen.

Ziele der PSNV

Das Ziel der PSNV-Maßnahmen besteht darin, die Verarbeitung eines Notfallereignisses oder belastenden Einsatzes durch Ressourcenstärkung und -ergänzung zu ermöglichen, zu unterstützen sowie anhaltende psychische und soziale Belastungen zu vermeiden und/oder abzupuffern. Die Stärkung der individuellen und sozialen Bewältigungsressourcen, die Förderung der Resilienz und Schutzfaktoren

[2] sowie die Prävention psychischer Traumafolgestörungen ist darin ebenso eingeschlossen wie das Ziel, Menschen im individuellen und sozialen Bewältigungsprozess zu stärken, ihnen erforderliche Hilfen/Beratung sowie durch Früherkennung rechtzeitige und angemessene Behandlung zukommen zu lassen, wenn diese psychische Störungen mit Krankheitswert herausgebildet haben [3]. Die PSNV berücksichtigt dabei, dass sich psychosoziale Bedürfnisse im Verlauf der Bewältigung verändern und dann entsprechend differenzierte, aufeinander folgende oder auch parallel bestehende unterschiedliche Hilfsangebote erforderlich werden können.

Die PSNV ist eingebettet in das Psychosoziale Krisenmanagement (PsychKM) [4]. Zum einen wird darin die Stärkung der individuellen und sozialen Notfallbildung und -kompetenz im Vorfeld von Notfällen eingeschlossen, um die individuelle Resilienz sowie die Widerstandsfähigkeit von Gemeinschaften zu fördern [5], [6]. Dies erfordert eine organisationsübergreifende Veränderung von Bildungshaltungen und -prozessen [7], [8].

Zum Psychosozialen Krisenmanagement zählt zudem die Gestaltung der Risiko- und Krisenkommunikation [9] (Risikokommunikation) unter psychosozialen Gesichtspunkten, damit Informationen die Menschen verständlich und schnell erreichen und sie nicht zusätzlich beunruhigen [10]. Auch die Stärkung der Kompetenzen von Einsatz- und Führungskräften in der Führung und (interorganisationalen) Kommunikation im Wach- und Einsatzdienst zählt dazu [11], [12], [4].

Die PSNV zählt mittlerweile in Deutschland zum Versorgungsstandard in der zivilen und militärischen Gefahrenabwehr und hat in zahlreiche Felder ausgestrahlt, in denen Notfälle, Gefahren und Gewalt erfahren werden können (z. B. wie dem Justiz-, Umwelt- und Bildungssystem, Verkehrswesen, humanitäre Hilfen, innerklinische Medizinische Versorgung). Auch international gilt sie als integraler und interdisziplinärer Bestandteil des Krisenmanagements unter Berücksichtigung der Selbsthilfekompetenzen in den betroffenen Gemeinden und Gemeinschaften. Grundsätzlich ist ihr Handeln ressourcenkomplementär angelegt: die PSNV-Kräfte respektieren und stärken bestehende Bewältigungsressourcen oder ergänzen sie. Nur im Fall eines psychiatrischen Notfalls, etwa einer Selbst- und Fremdgefährdung mit einem Versagen der Selbststeuerung nach Notfallerfahrungen, handelt sie stellvertretend für die Betroffenen [13], [14], [15], [16], [17], [18].

Entwicklungslinien in der Praxis

Das Spektrum der Angebote für die betroffene Bevölkerung (PSNV-B) entwickelte sich ab Ende der 1980-er Jahre [19], [20], [21]. Das Flugschau-Unglück von Ramstein 1988, offenbarte erstmalig, dass Betroffenen nach katastrophalen Ereignissen einer kurz- und langfristigen koordinierten psychosozialen Begleitung bedurften [22].

Es zeigte sich zudem bei nachfolgenden Großschadenslagen, dass eine große Zahl von PSNV-Angeboten mit unterschiedlichen Hintergründen und Ausbildungen zu koordinieren waren, die z. B. auf kirchlichen, organisationsspezifischen und föderalen Strukturen basierten und die heterogene Bezeichnungen, Arbeitsweisen und Kennzeichnungen im Einsatz nutzten. Durch „Selbstalarmierung“ von PSNV-Teams (mit Einsatzerfahrung) kam es zu Koordinationsproblemen, zu regionaler Über- oder Unterversorgung und/oder auch zu einer Fehlversorgung mit nicht zielgruppenadäquaten Maßnahmen. Zudem boten sich spontan Kräfte aus der regulären psychosozialen Praxis an, die keinerlei Einsatzerfahrung aufwiesen, in Führungsstrukturen der Gefahrenabwehr zu handeln (sogenannte Feldkompetenz). Vernetzung und bessere Koordinierung sollten hier Abhilfe schaffen [23].

Für Einsatzkräfte standen ab Beginn der 1990-er Jahre Seelsorgerinnen und Seelsorger in Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienst, weitere interne, für die Einsatznachsorge qualifizierte und beauftragte „psychosoziale Fachkräfte“ sowie ehrenamtlich engagierte Peers (speziell psychosozial geschulte Einsatzkräfte) zur Verfügung.

Die Angebote für Einsatzkräfte werden heute unter der Bezeichnung PSNV-E zusammengefasst. Sie entwickelten sich aus dem in den USA entwickelten System des Critical Incident Stressmanagements (CISM) weiter [24]. Das CISM basiert auf dem Präventionskonzept von Caplan [25]; [26] (Prävention und Krankheitsprävention) und bildet seit 1990 die Grundlage für die Einsatzvorbereitung und -nachsorge (siehe auch SbE e.V.: Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen).

Insbesondere nach dem ICE-Unglück von Eschede 1998 strebten zahlreiche Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben die feste Implementierung des CISM als Element der Arbeitgeberfürsorge an. Jedoch war der Implementierungsprozess verzögert, weil zu diesem Zeitpunkt widersprüchliche Ergebnisse zur Wirksamkeit bzw. Schädlichkeit strukturierter

Einsatznachsorgegespräche vorlagen [27], [28]. Die Behörden forderten erstmals im Jahr 2000 Wirksamkeitsbelege sowie Qualitätsstandards in Ausbildung und Einsatz – zunächst nur bezogen auf die von ihnen verantworteten Angebote der PSNV-E. Sie forderten auch Standards für die länderübergreifend harmonisierte strukturelle Einbindung der PSNV in die Einsatz-Führungsstrukturen [29].

Entwicklungslinien im politischen System des Zivil- und Katastrophenschutzes/Bevölkerungsschutzes

Einige Großereignisse zu Beginn der 2000-er Jahre stießen politische Veränderungen im Zivil- und Katastrophenschutz an, die es erst ermöglichten, dass auf Bundesebene im Auftrag der Länder für die Länder länderübergreifende Harmonisierungsprozesse durch Forschung unterstützt werden konnten. Dies betraf auch die PSNV und machte erst den Prozess der Leitlinienentwicklung möglich. Einige Impulse seien hier besonders hervorgehoben:

- Der Terroranschlag vom 11. September 2001, bei dem zunächst unklar war, ob es sich um einen Verteidigungsfall handelte, führte die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung für die Zusammenarbeit von Kräften des Zivilschutzes (Schutz der Zivilbevölkerung bei militärischen Angriffen auf der Ebene des Bundes, Art. 73 Grundgesetz) und des Katastrophenschutzes in der Verantwortung der Länder (Artikel 70 Grundgesetz) vor Augen. Erst auf einer solchen Grundlage könnten alle verfügbaren Helferinnen und Helfer eingesetzt und deren Zusammenarbeit reibungslos gestaltet werden.
- Beim Elbe-Mulde-Hochwasser im Sommer 2002 wurde offenbar, dass es eines länderübergreifend harmonisierten Vorgehens im Katastrophenschutz bedurfte. Die erforderliche Zusammenarbeit in der PSNV an den europäischen Grenzen zu Tschechien und Österreich warf damals noch keine strukturellen Fragen auf; die Helferinnen und Helfer lösten diese spontan vor Ort.
- Der Amoklauf am Erfurter Gutenberg-Gymnasium am 26. April 2002 machte deutlich, dass trotz der historisch begründeten grundgesetzlichen Trennung von polizeilicher und nicht-polizeilicher Gefahrenabwehr im Einsatz auch in psychosozialen Fragen das Handeln besser koordiniert werden musste – etwa durch koordinierte Angebote der Einsatznachsorge für polizeiliche und nichtpolizeilichen Einsatzkräfte und ein abgestimmtes Vorgehen zwischen Betreuung und Zeugenbefragung.

Diese Herausforderungen und Erfahrungen veranlassten die Innenminister der Länder und des Bundes im Juni 2002 zur Verabschiedung der „Neuen Strategie zum Schutz der Bevölkerung“ [23]). Darin wurde eine engere Zusammenarbeit des Zivilschutzes und des Katastrophenschutzes sowie eine verbesserte und harmonisierte länderübergreifende Zusammenarbeit bei Großunglücken und großflächigen Gefahrenlagen beschrieben. Sie wurde im neuen Zivilschutz- und Katastrophenhilfe-Gesetz (ZSKG) im Jahr 2009 auf eine gesetzliche Grundlage gestellt.

Die Zusammenarbeit von Bund und Ländern sowie die harmonisierte länderübergreifende Zusammenarbeit in der nichtpolizeilichen und nichtmilitärischen Gefahrenabwehr wird darin unter dem Begriff des Bevölkerungsschutzes zusammengeführt: „Der Bevölkerungsschutz umfasst nichtpolizeiliche und nichtmilitärische Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung und ihrer Lebensgrundlagen (…) auch Maßnahmen zur Vermeidung, Begrenzung und Bewältigung der genannten Ereignisse“ [30]. Im ZSKG erhält der Bund mehr Kompetenzen. Er kann die Länder bei einer Naturkatastrophe, besonders schweren Unglücksfällen und bei großflächigen Gefahrenlagen unterstützen sowie ressourcenergänzende bzw. koordinierende Maßnahmen der Katastrophenhilfe leisten.

Erst vor dem Hintergrund der erweiterten Kompetenzen des Bundes im Katastrophenschutz der Länder konnte 2002 das Zentrum für Zivilschutz (später Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe – BBK) den Auftrag der Ständigen Konferenz der Innenminister und -senatoren der Länder (kurz: Innenministerkonferenz) erhalten, Forschungsaufträge zur Qualitätssicherung, Vernetzung, Organisation und strukturellen Einbindung der PSNV zu vergeben und damit eine fachliche Dienstleistung für die Länder zu erbringen. Damit waren die Voraussetzungen für einen Forschungs- und Qualitätsentwicklungsprozess in der PSNV angesiedelt auf der Bundesebene für die Bundesländer geschaffen.

Seit 2004 nimmt das BBK auf der gesetzlichen Grundlage des ZSKG als Oberbehörde für Bund und Länder eine zentrale fachliche Rolle in Forschung, Ausbildung und Innovation ein. Die Forschungsbegleitung zur Qualitätssicherung in der PSNV wurde nahtlos im neuen Bundesamt weitergeführt.

Entwicklungslinien in der Forschung

Für die Entwicklung des Systems der PSNV war die Forschung im Auftrag des BBK von entscheidender Bedeutung. Drei Forschungsaufträge sollten ab 2002

- die Wirksamkeit der einsatzvorbereitenden Maßnahmen und
- die Wirksamkeit der strukturierten Einsatznachsorgegespräche untersuchen (Butollo et al., 2012) sowie
- Standards und Empfehlungen für ein Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und Organisation psychosozialer Notfallversorgung [31] entwickeln.

Anfangs sollten sich die Projekte nur auf die Qualitätssicherung und strukturelle Einbindung der auf extreme Einsatzsituationen fokussierten Maßnahmen für Einsatzkräfte der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr beschränken. Dies war aus der politischen Zuständigkeit des Bundes(-amtes) für die nichtpolizeiliche Gefahrenabwehr zu erklären. Der Fokus lag aus pathogenetischer Perspektive auf der Prävention der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Überlegungen zur Angebotsplanung trugen noch starke Züge einer paternalistisch verstandenen Versorgungslogik. Im Forschungsprozess erfolgten aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive Erweiterungen des Auftrags, der Perspektiven und damit verbunden auch eine Erweiterung der zu beteiligenden Partner [32].

- **Erweiterung der berücksichtigten Zielgruppen:** Wegen der im Einsatz bestehenden engen Zusammenarbeit der polizeilichen und nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr wurden Empfehlungen für die PSNV-E der gesamten zivilen Gefahrenabwehr erarbeitet. Es wurde der koordinierte Einsatz aller verfügbaren und teilweise für multiple Aufgaben qualifizierten PSNV-Kräfte in einem integrierten und zugleich arbeitsteiligen Gesamtsystem der PSNV-E und PSNV-B empfohlen.
- **Erweiterung des klinischen Trauma-Fokus zu einem umfassenden Verständnis von Erfahrungsverarbeitung:** Ein stresstheoretisch bzw. salutogenetisch fundiertes Verständnis von Krise und Bewältigung führte zur stärkeren Berücksichtigung von personalen, sozialen und organisationalen Ressourcen und zur Wahrnehmung der Betroffenen als aktive, zur Selbsthilfe und sozialen Unterstützung fähige Menschen.
- **Erweiterung der Angebotslogik:** Die Konzeptualisierung der Betroffenen als aktiv Bewältigende führte auch von der Bedarfsorientierung zur Bedürfnisorientierung in der Maßnahmenplanung. Der mehr oder weniger ressourcengestützte Bewältigungsweg und die darin entstehenden vielgestaltigen (Beratungs-)Bedürfnisse und Belastungsfolgen erforderten ressourcenkomplementäre (ggf. auch parallele) Unterstützungsformen im sozialen Netzwerk, in Beratungsangeboten, aber auch in der Psychotherapie.
- **Erweiterung des Kooperationsspektrums in der Nachsorge:** Aus der Notwendigkeit einer engeren Verzahnung der notfall- und einsatznahen Angebote mit dem psychosozialen Beratungssystem und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst [33] (Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung) wurde der Aufbau verbindlicher Kooperationen mit dem System der Beratungsstellen, Krisendiensten, kommunalen Behörden und der psychotherapeutischen Versorgung abgeleitet. Daraus ergab sich deren Einbeziehung in den Prozess der Forschungsbegleitung und Leitlinienentwicklung.
- **Erweiterung des Verständnisses der Förderung psychosozialer Einsatzkräftegesundheit:** Die auf Maßnahmen der Vorbereitung auf belastende Einsätze beschränkte psychosoziale Primärprävention wurde als nicht ausreichend kritisiert und die Einbettung eines umfassenden betrieblichen Gesundheitsmanagements empfohlen. Alltagsbelastungen und das arbeitsbezogene Wohlbefinden fanden verstärkte Aufmerksamkeit.
- **Präzisierung der spezifischen Leistungsfähigkeit von vertikaler und horizontaler Vernetzung im „Netzwerk psychosoziale Notfallversorgung“:** Im Dienste der Beschreibung arbeitsteiliger Zuständigkeiten in der Implementierung einer qualitätsgestützten PSNV wurden die vertikale Vernetzung für strukturellen Entscheidungen im föderalen politischen System der Innen- und Gesundheitsministerien von der horizontalen Vernetzung in Fachaustausch und Zusammenarbeit unterschieden und spezifische Aufträge definiert.

Die wissenschaftlich begründeten Empfehlungen beschrieben unter Einbeziehung internationaler Leitlinien das Selbstverständnis, die Terminologie, die Struktur und die zu treffenden Regelungen der PSNV [31]. Sie bildeten die Grundlage für einen zwischen 2007 und 2010 vom BBK moderierten Konsensusprozess. Dass innerhalb einer vergleichsweise kurzen Zeit von acht Jahren zwischen Forschungsstart und Konsentierung von Leitlinien ein breiter Konsens unter 120 Delegierten aus 45 Organisationen hergestellt werden konnte, kann auf die bereits im forschungsbegleitenden Arbeitskreis erfolgte Partizipation eines breiten Spektrums von Akteurinnen und Akteuren zurückgeführt werden.

Dazu zählten Bundes- und Landesministerien, Behörden und Organisationen der Gefahrenabwehr, Kirchen, Kammern und Fachverbände, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sowie Anbietersysteme der Einsatznachsorge und Krisenintervention.

Die Partizipation förderte organisationsübergreifend die nachhaltige Vernetzung und die Entwicklung einer gemeinsamen Sprache. Der Forschungs- und Konsensusprozess trug die Merkmale eines gesundheitsförderlichen Organisationentwicklungsprozesses [34] (Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung), [35]. Die Ergebnisse parallel zum Konsensusprozess verlaufender Forschungsprojekte nach 2007 fanden unmittelbar Eingang in das abschließende Konsensuspapier und etablierten ein gesundheitswissenschaftlich erweitertes Verständnis der psychosozialen Einsatzkräftegesundheit [36].

Im Ergebnis wurden Qualitätsstandards und Leitlinien für eine koordinierte, strukturell eingebundene, qualitätsgesicherte sowie länder-, organisations- und ressortübergreifende Angebotsstruktur verabschiedet und im Sinne einer Selbstverpflichtung unterzeichnet [37].

Nach dieser Forschungs- und Konsensusphase wurden weitere Forschungsprojekte durchgeführt, um die Maßnahmen für einzelne Zielgruppen und Ereignisarten zu spezifizieren. Nach 2010 wurde die Notwendigkeit der Anpassung der Maßnahmen an die besonderen Bedarfe von Kindern, Menschen mit Sinnes- oder kognitiven Beeinträchtigungen und Menschen mit Sprachbarrieren oder Menschen mit verschiedenen kulturellen Hintergründen untersucht [38], (BBK, 2017), [39]. Ebenso wurden die besonderen Realisierungsmöglichkeiten der PSNV in chemischen, biologischen, physikalischen, radiologischen und nuklearen Lagen untersucht [40]. Für Einsatzorganisationen folgten die Entwicklung wissenschaftlicher Empfehlungen zur Umsetzung (z. B. [41]).

Grundannahmen und Maßnahmen der PSNV

Die skizzierten fachlichen Entwicklungen fundierten das konsentierte Selbstverständnis der PSNV. Das psychosoziale Verständnis der Belastungsverarbeitung schlägt sich in den Leitlinien und Qualitätsstandards als Vereinbarung einer bedürfnis- und bedarfsorientierten, ressourcenkomplementären, interdisziplinären und gestuften Praxis nieder: „Grundannahme der PSNV ist es, dass zur Bewältigung von psychosozialen Belastungen und kritischen Lebensereignissen zunächst personale Ressourcen (…) und soziale Ressourcen im informellen sozialen Netz der Betroffenen aktiviert werden. Maßnahmen der PSNV wirken ergänzend oder substituierend im Fall des (zeitweisen) Fehlens oder Versiegens dieser Ressourcen.“ ([37], S. 20). „Unterstützung und Hilfe sollen umso aktiver, aufsuchender und niedrigschwelliger angeboten werden, je belasteter und ressourcenärmer betroffene Menschen sind. Mit jedem Angebot von Unterstützung, Hilfe oder Intervention sollte zugleich auch ein hoher Respekt vor den Bedürfnissen und Wünschen der Menschen, vor ihrem soziokulturellen „Eigen-Sinn“ und den Interaktionsgewohnheiten in ihren jeweiligen Lebenswelten verbunden sein“ ([42], S. 16), [43] (Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell in der Gesundheitsförderung).

Die zeitlich gestuften Maßnahmen der PSNV-B und PSNV-E richten sich an den unterschiedlichen Dynamiken des Belastungserlebens und an den Bedürfnissen der Betroffenen aus. Aus ihnen leitet sich der jeweils zu deckende Bedarf ab.

Die PSNV-Maßnahmen tragen der Tatsache Rechnung, dass sich die Ausgangsbedingungen und Bedürfnisse sowie Perspektiven der unterschiedlichen Betroffenengruppen unterscheiden.

Sie sind daher untergliedert in

- Maßnahmen für Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene, Zeugen und/oder Vermissende (PSNV-B) und
- Maßnahmen für Einsatzkräfte des Rettungsdienstes, der Feuerwehren, des Katastrophenschutzes, der Polizeien, des Technischen Hilfswerkes und bei Zustandekommen von Unterstützungsleistungen auch der Bundeswehr (PSNV-E).

Es handelt sich um getrennte Angebotsbereiche mit spezifischen Maßnahmen, die jeweils spezifische Qualifikationen und Kompetenzen und Strukturen erfordern, aber im Einsatz zusammengeführt und koordiniert werden. In einem Einsatz darf eine doppelt qualifizierte Person nie Maßnahmen für beide Zielgruppen durchführen.

Maßnahmen der PSNV für Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene, Zeugen und/oder Vermissende (PSNV-B)

Im Rahmen der rettungsdienstlichen Maßnahmen sind es vor allem die Einsatzkräfte von Feuerwehr und Rettungsdienst, die im Rahmen der Versorgung neben der medizinischen Ersten Hilfe auch eine Psychische Erste Hilfe (PEH) [44] leisten. Daher sehen die Leitlinien vor, Kompetenzen in der Psychischen Ersten Hilfe in der Ausbildung zu vermitteln. Es konnte gezeigt werden, dass subjektiv erlebte sozio-emotionale Kompetenzdefizite das Traumatisierungsrisiko der Einsatzkräfte erhöhen [45], [46], [27], [28].

Die weiterführende Psychosoziale Akuthilfe (PAH) leisten danach in einem Zeitfenster von Stunden bis zu wenigen Tagen die Kräfte der Notfallseelsorge, der Kriseninterventionsteams oder der Notfallpsychologie. Sie erfassen die emotionalen, sozialen, spirituellen und praktischen Bedürfnisse der Betroffenen, ermitteln die Ressourcen- und Belastungsprofile, ermutigen zu Aktivitäten, die die Betroffenen selbst angehen können, leiten aus den fehlenden Ressourcen den notwendigen Hilfebedarf ab und (beg)leiten die Betroffenen in das geeignete Unterstützungs-, Hilfe oder Behandlungssystem. Dieses geht über psycho-soziale Beratungsangebote und Psychotherapie deutlich hinaus und schließt z. B. auch die häufig erforderliche finanzielle, rechtliche und administrative Beratung mit ein.

Psychische Erste Hilfe und Psychosoziale Akuthilfe sollen im gesamten Spektrum von Maßnahmen vor allem fünf Bedürfnisse erfüllen: die Bedürfnisse nach Sicherheit, Beruhigung, Wiedererlangung der Selbstwirksamkeit/Kontrolle, nach Verbundensein mit Nahestehenden und nach Zuversicht [47]. Eine wichtige Rolle spielen dabei neben den Aufgaben der Psychoedukation auch die Vermittlung von validen Informationen zum aktuellen Handeln der Behörden, zu bevorstehenden Schritten und Aufgaben [20].

Nur sehr wenige Menschen weisen in der Akutsituation Merkmale eines psychiatrischen Notfalls oder von krankheitswertigen akuten Belastungsreaktionen auf [14]. Auch können psychische Traumafolgestörungen in den ersten Stunden und Tagen in der Regel nicht diagnostiziert werden (Zeitkriterium der Diagnosen). Das hieße dann, dass heilkundliche (ärztliche und psychologische psychotherapeutische) Maßnahmen in der Akutphase am Ort des Schadensereignisses eigentlich nicht benötigt würden. Um aber Menschen gerecht werden zu können, die bereits vor dem Ereignis psychische Störungen oder gar Vortraumatisierungen aufwiesen, sollte ein psychiatrisch-psychotherapeutischer Hintergrunddienst in der Akutphase erreichbar sein – auch falls eine rasche diagnostische Abklärung oder ein diagnostisches Screening benötigt wird [37], [28].

Nach Notfallerfahrungen und extrem belastenden Einsatzsituationen können im weiteren Leben mit dem Erfahrenen auch langfristig punktuell, wellenförmig oder chronisch psychosoziale Hilfebedarfe entstehen. Daher sollten mittel- und langfristig unterschiedliche Angebote zur Verfügung stehen: Bei psychischen Traumafolgestörungen sollten ärztliche und psychologische psychotherapeutische Interventionen bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie (mit dem Schwerpunkt Traumatherapie) vermittelt und angeboten werden. Gleichzeitig oder unabhängig davon kann der Bedarf entstehen, psychosoziale Hilfen in Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und/oder Ämtern (psychosoziale Beratungsstellen, Sozial-, Gesundheits- und Versorgungsämter, Selbsthilfegruppen etc.) neben der sozialen Unterstützung im Alltag in Anspruch zu nehmen.

Maßnahmen der PSNV für Einsatzkräfte (PSNV-E)

In analoger Weise sind auch die PSNV-Maßnahmen für die Einsatzkräfte gestuft. Eine größere Bedeutung kommt hier allerdings der Einbettung in den Gesundheits- und Arbeitsschutz und die Fürsorgepflicht der Arbeitgeber mit den entsprechenden internen Ressourcen und Diensten zu: psychosoziale Kompetenzen der Führungskräfte, Peers sowie psychosoziale und medizinische Dienste. Für die Einsatzkräfte sind Maßnahmen umfassender alltagsbezogener psychosozialer Gesundheitsförderung und Prävention im Kontext eines integrierten betrieblichen Gesundheitsmanagements [48] (Betriebliche Gesundheitsförderung) vereinbart, in das die Vorbereitung auf belastende Einsätze integriert ist [37].

Psychosozial besonders belastende Einsätze sollten in Form einer zurückhaltenden Anwesenheit von Peers (kollegialen Ansprechpartnern) und psychosozialen Fachkräften begleitet werden (Einsatzbegleitung). Zwei und mehr Wochen nach dem extrem belastenden Einsatz sollten nach einer entsprechenden Bedürfnis- und Bedarfserhebung Einzelberatungs- und Gruppennachsorgegespräche auf freiwilliger Basis angeboten werden. Belastete Einsatzkräfte, die daran nicht teilnehmen, können auch im Rahmen der nachgehenden Fürsorge von Vorgesetzten und Peers erreicht werden. Auch hier

sollen unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und verfügbaren personalen und sozialen Bewältigungsressourcen in privaten und kollegialen sozialen Netzwerken weiterführende Hilfebedarfe eruiert und vermittelt werden [37].

Strukturelle Komponenten der PSNV

Neben den PSNV-Angeboten umfasst die PSNV-Gesamtstruktur alle Akteurinnen und Akteure sowie Anbieter, die beteiligten Organisationen, die politischen, professionellen und ehrenamtlichen Organisationsformen und -strukturen dieser Angebote sowie rechtliche Regelungen. Diese bilden den strukturellen Rahmen für die konkreten PSNV-Maßnahmen. Mittlerweile können auch Leitlinien und anbieter- bzw. organisationsübergreifende Vereinbarungen zu Ausbildungscurricula und Arbeitsprinzipien zum fachlichen Rahmen der PSNV gezählt werden [28], [49], [50].

Auf Länderebene wurden die bundesseitig erarbeiteten Empfehlungen zur Einbindung der PSNV in die Führungsorganisation (mit landesspezifischen Adaptationen) übernommen. PSNV-Führungskräfte werden als Dienstleistung des Bundes für die Länder in der dem BBK zugehörenden Bundesakademie für Bevölkerungsschutz und Zivile Verteidigung (BABZ) qualifiziert [41]. Nach größeren Notlagen (überregional, große Anzahl an Betroffenen etc.) mit anhaltendem PSNV-Bedarf kann über den Gefahrenabwehreinsatz hinaus eine anlassbezogene Koordinierungsstelle PSNV in der Verantwortung des Bundeslandes eingerichtet werden, die mindestens bis über den ersten Jahrestag des Ereignisses hinaus alle erforderlichen Hilfen koordiniert. Hier ist eine enge Kooperation mit dem Gesundheitsressort und seinen Angeboten der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Regelversorgung erforderlich. Darüber hinaus sind je nach Ereignis Kooperationen mit weiteren Ressorts erforderlich (Bildung, Verkehr, Justiz, Auswärtiges Amt etc.) [31], [37].

Für die Organisation der PSNV im Vorfeld sind mittlerweile in allen Bundesländern Landeszentralstellen PSNV (LZSt PSNV) oder Ansprechpartner PSNV etabliert worden. Sie fungieren als Knotenpunkte der Information und Vernetzung auf Landesebene. Als Ansprechstellen in den organisationsübergreifenden und föderalen politischen Strukturen von Bund und Ländern bereiten sie leistungsfähige Kooperationsstrukturen vor, stellen die vertikale Vernetzung mit den Ministerien auf Landes- und Bundesebene sicher und fördern die Qualitätssicherung und Weiterentwicklung. Im Ereignisfall können sie die anlassbezogene Koordinierungsstelle PSNV unterstützen oder (in einzelnen Bundesländern) deren Funktion nach gesonderter anlassbezogener Beauftragung übernehmen.

Die Perspektiven und Empfehlungen des BBK-Konsensusprozesses haben Eingang gefunden in die S2k-Leitlinie „Akuttrauma“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachverbände (AWMF) [28]. Sie richtet sich nicht nur an approbiertes ärztliches und psychologisches Personal, sondern auch an ehrenamtliche Kräfte der psychosozialen Akuthilfe und weiterer Hilfesysteme.

Die zentralen Begrifflichkeiten der PSNV-Angebote wurden aufgenommen in die DIN-Norm 13050:2015-04 und aktualisiert in der DIN-Norm 13050:2021-10 (Begriffe im Rettungswesen). Die Maßnahmen der PSNV-E sind im Arbeitsschutzgesetz sowie dem SGB VII rechtlich verankert und wurden in die Selbstverpflichtungen der Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren (AGBF), des Deutschen Feuerwehrverbandes (DFV) und aller Hilfsorganisationen übernommen. Maßnahmen der PSNV-B sind jedoch noch nicht in allen Bundesländern gesetzlich verankert, so dass die Anbieter der Psychosozialen Akuthilfe trotz belegter „Not-Wendigkeit“ noch ohne spezifische Rechtsgrundlage agieren.

Berlin stellte als erstes Bundesland die Psychosoziale Notfallversorgung 2021 auf eine rechtliche Grundlage (PSNG). In einzelnen Bundesländern (z. B. Bayern, Thüringen) sind Psychosoziale Notfallversorgungsgesetze in Vorbereitung.

Möglichkeiten und Grenzen der Übertragung auf andere Handlungsfelder mit Traumatisierungspotenzial

Während die aus gesundheitspsychologischen und psychotraumatologischen Rahmentheorien und Daten abgeleiteten Handlungsprinzipien – bedürfnis- und bedarfsgerecht, ressourcenkomplementär, gestuft und interdisziplinär – auch auf Maßnahmen anlässlich potenziell traumatisierender Ereignisse in anderen Settings übertragen werden können, sind die strukturellen Komponenten der PSNV aus dem Kontext der Gefahrenabwehr nicht einfach auf andere Kontexte zu übertragen.

Gegenwärtig (Stand 2025) wird die Übertragbarkeit auf innerklinische Krisenhilfen in der medizinischen Versorgung insbesondere im Zusammenhang mit Pandemien und dem Massenanfall von Verletzten auf

Maßnahmen für Betroffene nach Terroranschlägen im System der Justiz, auf Krisenhilfen in Bildungskontexten und das Bedrohungsmanagement in allen Settings intensiv diskutiert. Die jeweiligen Systemspezifika müssen dabei zukünftig berücksichtigt und die Durchführung der Maßnahmen unter anderen Systembedingungen evaluiert werden. Ohne die Vereinbarung klarer struktureller, rechtlich und politisch verankerter Regelungen und gemeinsamer Standards können die Maßnahmen nicht konsensuell, dauerhaft und erfolgreich implementiert, koordiniert und fachlich weiterentwickelt werden [51].

Internationalisierung

In die Leitlinienentwicklung und den Konsensusprozess wurden bestehende internationale Leitlinien einbezogen und vor dem Hintergrund des theoretischen Rahmenmodells auf ihre Übertragbarkeit geprüft [42]. Zudem waren Vertreterinnen und Vertreter der ebenfalls föderal strukturierten deutschsprachigen Nachbarländer Österreich und Schweiz unmittelbar in den Konsensusprozess einbezogen [37]. Dort sind in der Akutphase nach Notfallereignissen – vergleichbare PSNV-Strukturen etabliert. In der Folgezeit haben auch fachliche Austauschprozesse mit weiteren Ländern stattgefunden, z. B. mit Frankreich und Luxemburg. Dies erfolgte häufig anlässlich von Ereignissen, bei denen deutsche Bundesbürger zu den Notfallbetroffenen im Ausland zählten.

Im Rahmen des von der EU-geförderten Projektes „European Guideline for Target Group−Oriented Psychosocial Aftercare-Implementation“ [52] wurden auch zielgruppenspezifische Manuale unter breiter europäischer Beteiligung entwickelt. In diesem Kontext vernetzte das europäische Forschungsprojekt EUNAD-IP (European Network for Psychosocial Crisis Management – Assisting Disabled in Case of Disaster; BBK, 2017) Expertisen aus Österreich, Tschechien, Norwegen sowie Dänemark und bezog unter der Federführung des BBK Experten aus Israel, Spanien, Luxemburg und den Niederlanden ein. PSNV-Leitlinien für den gesamten Schengen-Raum bzw. die Europäische Union mit den jeweiligen unterschiedlichen Strukturen in Gefahrenabwehr und psychosozialer Versorgung existieren noch nicht.

Ausblick

Der Entwicklungsprozess der PSNV ist noch nicht abgeschlossen. Evaluationen der Maßnahmen und der Leistungsfähigkeit der Strukturen sind erforderlich. Neue (Groß-)Unglücke und sich verändernde Rahmenbedingungen, vorrangig im Zivilschutz, lassen immer wieder neuen Klärungsbedarf erkennen. Das Erfahrungswissen der Pionierinnen und Pioniere in Notfallseelsorge und Krisenintervention sowie das neben Krisenpsychologie und Psychotraumatologie bedeutsame gesundheitswissenschaftliche Begründungswissen für die entstandenen Strukturen sollten trotz des Generationenwechsels und notwendiger Weiterentwicklungen ebenso nicht verloren gehen.

Die verstärkte Berücksichtigung der Ressourcen der Sozialen Netzwerke für die Bewältigung von Krisen und Notfällen hat wichtige Impulse für die Forschung z. B. [53] aber auch praktische und politische Bemühungen zur Bevölkerungsschutzbildung (BBK, 2017) zur Risikokommunikation [54] sowie zur Stärkung der Community Resilience angestoßen. Hier kann die Gesundheitsförderung mit ihrem Menschenbild, ihrem Bildungs- und Veränderungsansatz einen Beitrag zur Förderung der Psychosozialen Notfallkompetenz der Bürgerinnen und Bürger leisten, damit auch sie in Notfallsituationen bereitwillig, unerschrocken und kompetent emotionale Unterstützung leisten können.

Internetadressen:

- Arbeiter-Samariter-Bund (ASB). Available from: https://www.asb.de
- Arbeitsgemeinschaft der Leiterinnen und Leiter der Berufsfeuerwehren in der Bundesrepublik Deutschland (AGBF Bund. Available from: https://www.agbf.de
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP). Available from: https://www.bdp-verband.de
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK). Available from: https://www.bbk.bund.de
- Bundesanstalt Technisches Hilfswerk (THW). Available from: https://www.thw.de
- Bundesvereinigung Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen (SbE). Available from: https://www.sbe-ev.de
- Johanniter. Available from: https://www.johanniter.de
- Deutsche Lebensrettungsgesellschaft (DLRG). Available from: https://www.dlrg.de

- Deutscher Feuerwehr Verband. Available from: https://www.feuerwehrverband.de
- Deutsches Rotes Kreuz (DRK). Available from: https://www.drk.de
- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). Available from: https://www.degpt.de
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Available from: https://www.gesetze-im-internet.de/gg/BJNR000010949.html
- Malteser Hilfsdienst e.V. (MHD). Available from: https://www.malteser.de
- Notfallseelsorge der Kirchen in Deutschland. Available from: https://www.notfallseelsorge.de

Literatur:

- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), editor. Assisting People with Disabilities in Case of Disaster. European Network for Psychosocial Crisis Management. Vol. ;14. 2017 [accessed 1925 Jan 15]. (Science Forum; 14). Available from: https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/EN/Mediathek/WF/assisting-people-with-disabilities-caseofdisaster.pdf?__blob=publicationFile&v=6
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK). Forum Bevölkerungsschutzpädagogik 2017. Handlungsempfehlungen und Ergebnisse. Bonn; 2017.
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG) Grundgesetz mit Europäische Menschenrechtskonvention & EU-Grundrechte-Charta. Berlin: epubli; 2021.
- Hering T. Gesunde Organisationen im Rettungsdienst. Vol. ;11. Marburg: Tectum; 2009. (Wissenschaftliche Beiträge aus dem Tectum Verlag, Reihe Psychologie; 11).
- Psychosoziales Notfallversorgungsgesetz (PSNVG). Gesetz über die psychosoziale Notfallversorgung für das Land Berlin. Vom 27. August 2021. GVBl. Nr. 68 vom 10.09.2021 S. 1000. Gl.-Nr.: 2127-19. 2021 Aug;2127–46.

References

1. Beerlage I, Helmerichs J, Arndt D, Blank-Gorki V, Hering T, Springer S. Bundeseinheitliche Qualitätsstandards und Leitlinien in der Psychosozialen Notfallversorgung. Trauma Gewalt. 2011;5(3):222–35.
2. Rönnau-Böse M, Fröhlich-Gildhoff K, Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I101-2.0
3. Beerlage I, Helmerichs J, Waterstraat F, Bellinger MM. Management der Psychosozialen Notfallversorgung in Großschadens- und Katastrophenlagen. In: Schutzkommission beim Bundesministerium des Innern, editor. Katastrophenmedizin: Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall. Berlin; 2010. p. 131–50.
4. Helmerichs J, Karutz H, Geier W. Psychosoziales Krisenmanagement. In: Karutz H, Geier W, Mitschke T, editors. Bevölkerungsschutz: Notfallvorsorge und Krisenmanagement in Theorie und Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer; 2017. p. 285–300. (SpringerLink Bücher).
5. Knauer G, Beerlage I. Stärkung der psychosozialen Notfallkompetenz – gemeinsame Aufgabe für PSNV und Notfallvorsorge. Bevölkerungsschutz. 2020;(1):24–9.
6. Beerlage I. Persönliche und gemeinschaftliche Vorsorge. In: Karutz H, Geier W, Mitschke T, editors. Bevölkerungsschutz: Notfallvorsorge und Krisenmanagement in Theorie und Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer; 2017. p. 141–3. (SpringerLink Bücher).
7. Karutz H, Mitschke T. Pädagogik und Bildungsverständnis im Bevölkerungsschutz. Bevölkerungsschutz. 2018;4:2–7.
8. Guerrero Lara A, Gerhold L. Bildung im Bevölkerungsschutz Teil 1: Bildungsatlas Bevölkerungsschutz – strukturelle Merkmale der Bildung im Bevölkerungsschutz. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), editor. Vol. ;26. Bonn; 2020. (Forschung im Bevölkerungsschutz; 26).
9. Ruhrmann G, Guenther L. Risikokommunikation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I103-2.0
10. Geenen EM. Risikokommunikation. In: Karutz H, Geier W, Mitschke T, editors. Bevölkerungsschutz: Notfallvorsorge und Krisenmanagement in Theorie und Praxis. Berlin,

Heidelberg: Springer; 2017. p. 138–41. (SpringerLink Bücher).
11. Beerlage I. Prävention und Gesundheitsförderung bei Einsatzkräften. In: Karutz H, Geier W, Mitschke T, editors. Bevölkerungsschutz: Notfallvorsorge und Krisenmanagement in Theorie und Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer; 2017. p. 166–78. (SpringerLink Bücher).
12. Hering T, Beerlage I, Kleiber D. Organisationsklima und Gesundheit – Handlungsebenen zur Burnoutprävention und Förderung des Engagements im Rettungsdienst. Präv Gesundheitsf. 2010 May;5(2):64–74. DOI:10.1007/s11553-009-0211-z
13. Seynaeve GJR. Psycho-social support in situations of mass emergency. A European policy paper concerning different aspects of psychological support and social accompaniment for people involved in major accidents and disasters. Brussels: Ministry of Public Health; 2001. [accessed 2025 Jan 15]. Available from: https://www.coe.int/t/dg4/majorhazards/ressources/virtuallibrary/materials/Belgium/cpact03h-en.pdf
14. North Atlantic Treaty Organization (NATO). Psychosocial care for people affected by disaster and major incidents. A model for designing, delivering and managing psychosocial services for people involved in major incidents, conflict, disaster and terrorism. Non-binding Guidance. NATO/EAPC UNCLASSIFIED. NATO Joint Medical Committee. September 2008. 2008 Jun.
15. Inter Agency Standing Committee (IASC). Operational considerations for multisectoral mental health and psychosocial support programmes during the COVD-19-pandemic. 2020 [accessed 2025 Jan 15]. Available from: https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidance
16. Red Cross and Red Crescent (RCRC). Addressing mental health and psychosocial need of people affected by armed conflicts, natural disasters and other emergencies. Resolution of the33rd International Conference of the Red Cross and Red Crescent, 33IC/19/R2), 9–12 December. Geneva. 2019. [accessed 2025 Jan 15]. Available from: https://rcrcconference.org/about/33rd-international-conference/documents
17. World Health Organization (WHO). A Framework for mental health and psychosocial support in radiological and nuclear emergencies. Geneva; 2020.
18. United Nations Office for Disaster Risk Reduction (UNDRR). Sendai framework for disaster risk reduction 2015–2030. 2015. [accessed 2025 Jan 15]. Available from: https://www.undrr.org/publication/sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030
19. Bengel J. Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Berlin, Heidelberg: Springer; 1997.
20. Müller-Cyran A, Zehentner P. Wenn der Tod plötzlich kommt: vom Umgang mit Schicksalsschlägen ; das Kriseninterventionsteam im Einsatz. München: Heyne; 2013.
21. Müller-Lange J, Clauß M, editors. Handbuch Notfallseelsorge. Edewecht Wien: Stumpf & Kossendey; 2001. (Themenschwerpunkt).
22. Jatzko H, Jatzko S, Seidlitz H. Katastrophen-Nachsorge: am Beispiel der Aufarbeitung der Flugkatastrophe von Ramstein 1988. Edewecht: Stumpf & Kossendey; 1995.
23. Bundesverwaltungsamt Zentralstelle für Zivilschutz (BVA ZfS), Akademie für Krisenmanagement Notfallplanung und Zivilschutz (AKNZ). Neue Strategie zum Schutz der Bevölkerung in Deutschland. Vol. ;4. Bonn: Eigenverlag; 2003. (Schriftenreihe WissenschaftsForum; 4).
24. Everly GS, Mitchell JT. CISM: Stressmanagement nach kritischen Ereignissen. Wien: Facultas; 2002.
25. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New Yorck: Basic Books; 1961.
26. 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
27. Butollo W, Karl R, Krüsmann M. Sekundäre Prävention einsatzbedingter Belastungsreaktionen und -störungen. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), editor. Vol. ;8. Bonn; 2012. (Reihe Forschung im Bevölkerungsschutz; 8).
28. Bengel J, Abilgaard P, Albs B, Frommberger U, Driessen M, Hillebrecht J, Kröger C, Sammet I, Schüssler P, Steil R, Waller C. Leitlinienreport zur S2k – Leitlinie: Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. AWMF-Registernummer 051-027. 2019. [accessed 2025 Jan 15]:51–78. Available from: https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-027.html
29. Bundesverwaltungsamt (BVA) Z für Z, Akademie für Krisenmanagement (AKNZ) N und Z, editors. Workshop. Stress im Katastrophenschutz. Zwischenbilanz und Forschungsbedarf,. Vol. ;2. Bonn: Eigenverlag; 2002. (Schriftenreihe WissenschaftsForum; 2).
30. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK). BBK Glossar. 2025 [accessed

2025 Jan 15]. Available from: https://www.bbk.bund.de/DE/Infothek/Glossar/glossar_node.html
31. Beerlage I, Hering T, Nörenberg L. Entwicklung von Standards und Empfehlungen für ein Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und Organisation psychosozialer Notfallversorgung. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), editor. Vol. ;57. 2006. (Schriftenreihe Zivilschutzforschung – Neue Folge; 57).
32. Beerlage I, Arndt D, Hering T, Springer S. Der Einzug gesundheitswissenschaftlicher Perspektiven in die Psychosoziale Notfallversorgung. In: Karutz H, Blank-Gorki V, Helmerichs J, editors. Wege zur Psychosozialen Notfallversorgung: Begegnungen – Erfahrungen – Erinnerungen. Edewecht: Stumpf + Kossendey; 2020. p. 151–69.
33. 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
34. Lobnig H, Metzler B, Dietscher C, Pelikan JM. Organisationsentwicklung als Methode 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-i083-3.0
35. Beerlage I, Arndt D. Rekonstruktion eines gesundheitsförderlichen System- und Organisationsentwicklungsprozesses im System der Gefahrenabwehr. In: Hajji R, Kitze K, Pieck N, editors. Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung. Theorien, Ergebnisse und Ansätze. Berlin, Heidelberg: Springer; 2022. p. 121–47.
36. Beerlage I, Springer S, Hering T, Nörenberg L, Arndt D. Netzwerk psychosoziale Notfallversorgung – Umsetzungsrahmenpläne. 2: Qualität in Fort- und Weiterbildung. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), editor. Vol. ;2. Bonn; 2009. (Forschung im Bevölkerungsschutz; 2).
37. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), editor. Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien: Teil I und II. Bonn; 2012 [accessed 2025 Jan 15]. (Praxis im Bevölkerungsschutz; 7). Available from: https://bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/PiB/PiB-07-psnv-qualitaet-stand-leitlinien-teil-1-2.pdf?__blob=publicationFile&v=6
38. Karutz H, Wagner U. Minor Adjustments. Understanding the psychology of prehospital pediatric emergencies. J Emerg Med Serv. 2018;43(4):54–8.
39. Schmidt S, Hannig C, Kietzmann D, Knuth D, Mösko MO, Schönefeld M. Interkulturelle Kompetenz im Bevölkerungsschutz. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), editor. Vol. ;20. Bonn; 2018. (Forschung im Bevölkerungsschutz; 20).
40. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), editor. Psychosoziales Krisenmanagement in CBRN-Lagen. Zusammenfassung zum Stand der Forschung Erfahrungen aus Einsätzen und Übungen Psychosoziale Handlungs empfehlungen für CBRN-Einsätze. Bonn; 2009 [accessed 2025 Jan 15]. Available from: https://preparecenter.org/wp-content/uploads/2021/04/CBRN_Flyer_Internet.pdf
41. Mähler M, Hofinger G, Künzer L, Zinke R, Kather F. Führungskräfte PSNV – Anforderungen und Qualifizierung. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), editor. Vol. ;21. Bonn; 2019. (Forschung im Bevölkerungsschutz; 21).
42. Beerlage I. Qualitätssicherung in der Psychosozialen Notfallversorgung. Deutsche Kontroversen – Internationale Leitlinien. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), editor. Vol. ;2. Bonn; 2009. (Schriften der Schutzkommission; 2).
43. Blümel S. Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell in 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-I121-3.0
44. Lasogga F, Gasch B. Psychische Erste Hilfe bei Unfällen: Kompensation eines Defizits. Edewecht Wien: Stumpf & Kossendey; 2002. (Praxiswissen).
45. Beerlage I, Arndt D, Hering T, Springer S. Arbeitsbedingungen und Organisationsprofile als Determinanten von Gesundheit, Einsatzfähigkeit sowie von haupt- und ehrenamtlichem Engagement bei Einsatzkräften in Einsatzorganisationen des Bevölkerungsschutzes (unveröffentlichter Endbericht). Magdeburg: Hochschule Magdeburg-Stendal; 2009.
46. Arndt D. Extremstress im Polizeidienst. Traumatische Erfahrungen und subjektiv

wahrgenommeneTraumafolgen unter Beachtung des Einflusses von Burnout. Dissertation, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie, Freie Universität, Berlin. Berlin; 2012 [accessed 2025 Jan 15]. Available from: https://d-nb.info/1027151582/34

47. Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, Friedman M, Gersons BPR, De Jong JTVM, Layne CM, Maguen S, Neria Y, Norwood AE, Pynoos RS, Reissman D, Ruzek JI, Shalev AY, Solomon Z, Steinberg AM, Ursano RJ. Five Essential Elements of Immediate and Mid–Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes. 2007 Dec;70(4):283–315. DOI:10.1521/psyc.2007.70.4.283
48. Hartung S, Faller G. Betriebliche 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-I042-3.0
49. Arbeiter-Samariter-Bund (ASB), Deutsches Rotes Kreuz (DRK), Johanniter-Unfall-Hilfe (JUH), Konferenz Evangelische Notfallseelsorge in der EKD, Konferenz der Diözesanbeauftragten für die katholische Notfallseelsorge, Malteser Hilfsdienst (MHD). Gemeinsame Qualitätsstandards und Leitlinien zu Maßnahmen der Psychosozialen Notfallversorgung für Überlebende, Angehörige und Hinterbliebene, Zeugen und/oder Vermissende im Bereich der Psychosozialen Akuthilfe. 2012. [accessed 2025 Jan 15]. Available from: https://frankfurt.de/themen/gesundheit/psychische-gesundheit/psychosoziale-notfallversorgung
50. Bund-Länder-Arbeitsgruppe Psychosoziale Notfallversorgung polizeilicher Einsatzkräfte. Standards in der psychosozialen Notfallversorgung polizeilicher Einsatzkräfte. Konsensuspapier der Polizeien des Bundes und der Länder (unveröffentlichter Bericht). Wiesbaden; 2016.
51. Beerlage I. Exkurs: Psychosoziale Notfallversorgung in der präklinischen Notfallmedizin. In: Deffner T, Janssens U, Strauß B, editors. Praxisbuch Psychologie in der Intensiv- und Notfallmedizin: Konzepte für die psychosoziale Versorgung kritisch kranker Patienten und ihrer Angehörigen. Berlin: MWV; 2022.
52. Vymetal S, Deistler A, Bering R, Schedlich C, Rooze M, Orengo F, Zurek G, Krtickova M. European Commission Project: European Guideline for Target Group-Oriented Psychosocial Aftercare—Implementation. Prehosp Disaster med. 2011 Jun;26(3):234–6. DOI:10.1017/S1049023X11006303
53. Leuschner V, Neumann O. Entwicklung Netzwerkorientierter Qualität im Psychosozialen Krisenmanagement staatlicher Verwaltung (EQuiP). Forschungsprojekt. Laufzeit: 01.10.2024-31.09.2027. 2024 [accessed 2024 Jan 14]. Available from: https://(/www.ash-berlin.eu/hochschule/lehrende/professor-innen/prof-dr-olaf-neumann/#c5450
54. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR). Risikommunikation. Ein Handbuch für die Praxis. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), editor. Bonn; 2022.

Korrespondenz: Prof. Dr. Dipl.-Psychologin Irmtraud Beerlage, Peter-Vischer-Str. 7, 12157 Berlin, Deutschland, E-mail: Irmtraud.Beerlage@h2.de

Zitierhinweis: Beerlage I. Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV). In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i140-1.0

Copyright: © 2026 Irmtraud Beerlage
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/

Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus

Susanne Hartung[1]
Rolf Rosenbrock[2]

[1] Fachbereich Gesundheit Pflege Management, Professur für Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, Hochschule Neubrandenburg, Neubrandenburg, Germany

[2] Germany

Abstract

Der Public Health Action Cycle ist ein idealtypisches Vier-Phasen-Modell, das zur theoretischen Analyse sowie zur Planung, Umsetzung und Bewertung von Gesundheitsinterventionen auf allen gesellschaftlichen Ebenen einsetzbar ist – von der Intervention mit Projektcharakter bis zur politischen Gesamtstrategie. Der Public Health Action Cycle wird im deutschsprachigen Raum auch als Gesundheitspolitischer Aktionszyklus bezeichnet.

Keywords: Gesundheitspolitik, Gesundheitsförderung, Qualitätsentwicklung, Evaluation, Prävention

Einleitung

Der Public Health Action Cycle (PHAC) wird in unterschiedlichsten Bereichen angewendet, u. a. in der Gesundheitspolitik, der gesundheitsförderlichen Settingentwicklung (Betrieb, Kita, Schule, Kommune etc.), der Interventionsentwicklung sowie in der Qualitätsentwicklung im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention. Beispiele für seine Anwendung in der Qualitätsentwicklung sind Qualitätsentwicklungsinstrumente wie „quint-essenz“ oder „Partizipative Qualitätsentwicklung“.

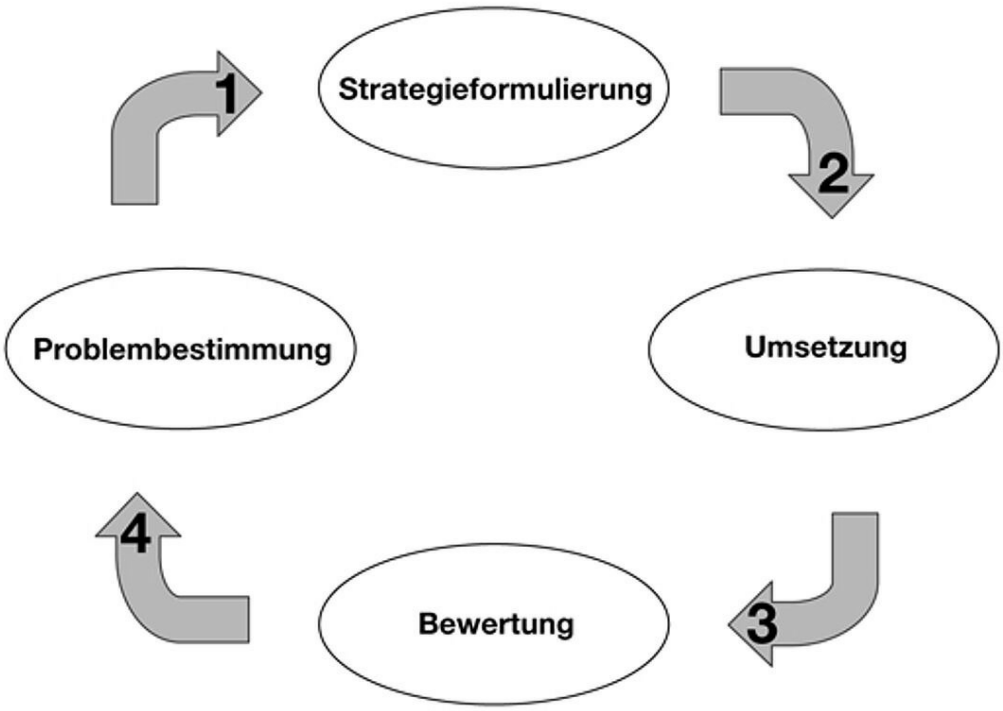


Abb. 1: Public Health Action Cycle (in Anlehnung an [1], S. 140)

Der Public Health Action Cycle umfasst vier Phasen (Abb. 1):

1. *Problembestimmung*: Definition und Bestimmung des zu bearbeitenden Problems
2. *Strategieformulierung*: Konzipierung und Festlegung einer zur Problembearbeitung geeignet erscheinenden Strategie und daran anschließender Ziele und Maßnahmen
3. *Umsetzung*: Durchführung der definierten Maßnahmen
4. *Bewertung*: Prüfung der Ergebnisse und erzielten Wirkungen

Wird das Ergebnis der Bewertung mit der ursprünglichen Problembestimmung in Beziehung gesetzt, so kommt es zu einer neuen Problembestimmung. Dann wiederholt sich der Zyklus und wird zur Lernspirale. Der Public Health Action Cycle ist ein idealtypisches Modell, dessen Phasen in der Realität nicht immer trennscharf sind und in dieser idealtypischen Reihenfolge durchlaufen werden.

Ursprünglich wurde der Public Health Action Cycle 1988 vom US-amerikanischen Institute of Medicine entwickelt. Ausgangspunkt war eine Studie zu den Public Health-Aufgaben des Staates und seinem diesbezüglichen Vorgehen [2]. In den 1990er Jahren wurde der Public Health Action Cycle auch in Deutschland aufgegriffen [1] und für das Feld der Gesundheitspolitik eingesetzt [3]. Frühzeitig genutzt wurde das Vier-Phasen-Modell auch in der Qualitätsentwicklung und zudem für die strategische Planung von Projekten im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung weiterentwickelt [4], [5] Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement).

Die Anwendung des Modells wird im Folgenden beispielhaft anhand der Gesundheitspolitik aufgezeigt. Denn durch die Anwendung des Public Health Action Cycle lassen sich Antworten auf die wichtigen Leitfragen der Gesundheitspolitik erarbeiten ([3], S. 30):

- Welche Problematiken wie Gefährdungen und Erkrankungen sollen und können mit der Gesundheitspolitik bearbeitet werden? (Problembestimmung)
- Welche Ziele sollen mit welchen Akteurinnen und Akteuren und Instrumenten erreicht werden? (Strategieformulierung)
- Wie kann die Anwendung der Interventionsinstrumente sichergestellt werden? (Umsetzung)
- Welche Wirkungen hat die Gesundheitspolitik – sowohl gesundheitliche als auch andere? (Bewertung)

Der große der Wert dieses Modells liegt darin, dass es nicht nur Diskussionen und Planungsprozesse strukturiert, sondern auch die Vorteile sowie die Notwendigkeit der Planung und Systematik gesundheitspolitischen Handelns für die Beteiligten verdeutlicht. Zudem können durch einen Vergleich unterschiedlicher Antworten auf die Leitfragen unterschiedliche Muster der Problembearbeitung identifiziert werden. Diese Muster können dann z. B. im Hinblick auf Effektivität, Chancengleichheit und Effizienz [6] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit) analysiert, verglichen und bewertet werden. So kann beispielsweise zwischen verhaltenspräventiven Maßnahmen und Setting-Interventionen oder zwischen medizinischen und nichtmedizinischen Interventionen begründet abgewogen werden. Damit erfüllt der Public Health Action Cycle wichtige erkenntnisleitende Funktionen für Politik, Praxis und Forschung.

Beachten von Interessen- und Machtkonstellationen und das Mitdenken der Erprobung

Die Interessen- und Machtkonstellationen im Interventionsfeld müssen bei der Anwendung des Public Health Action Cycles beachtet und mitgedacht werden, denn sie beeinflussen häufig bereits die Auswahl der zu bearbeitenden Gesundheitsprobleme, ihre Ursachenzuschreibungen sowie Dimensionierungen. Zusätzlich können Problemdruck und Messprobleme, d. h., dass bestimmte Aspekte noch nicht umfänglich erfasst werden können, die Durchführung von Strategien nach politischen Interessen erzwingen, bevor eine vollständige Problem- bzw. Bedarfsbestimmung möglich ist. Der Public Health Action Cycle verortet die politischen Prozesse, durch die ein als gesundheitlich relevant wahrgenommenes Problem als gesundheitspolitisches Thema auf die politische Tagesordnung gesetzt wird (Agenda Setting), implizit in der Phase der Problembestimmung. Zur Auseinandersetzung mit den politischen Prozessen des Agenda Settings bietet die Politikwissenschaft weiterführende Konzepte und Forschungsergebnisse [7].

Rosenbrock und Gerlinger [3] merken zudem an, dass in der Darstellung des Public Health Action Cycles keine eigene Phase der Erprobung eingeschlossen ist, wie sie sich in dem aus der industriellen Qualitätssicherung stammenden Deming-Cycle (plan – act – check – do) findet. Die Phase „act“ meint hierbei das Ausprobieren der Neuerung an einem einzelnen Arbeitsplatz gefolgt von „check“ als der

Überprüfung und „do“ als der breiten Einführung der entwickelten Neuerung. Die Erprobung ist im Public Health Action Cycle stattdessen breiter angelegt und in der Darstellung als Lernspirale umgesetzt, da ein erstes Durchlaufen aller vier Phasen eine Erprobung (z. B. Modellversuch) impliziert, an die sich im zweiten Durchlaufen des Aktionszyklus die breitere Umsetzung anschließen kann.

Gesundheitspolitik in der COVID-19-Pandemie – eine beispielhafte Darstellung nach dem PHAC

Die Phasen des Public Health Action Cycles entsprechen nicht unbedingt zeitlich exakt aufeinander folgenden und trennscharfen Phasen des Politikprozesses und spiegeln die realen Abläufe nur idealtypisch wider. Deutlich wird dies an realen Beispielen der Gesundheitspolitik wie dem Umgang mit COVID-19, der an dieser Stelle nur für den Beginn in 2020 – und auch nur sehr verkürzt – vorgestellt wird (eine ausführlichere Darstellung findet sich in [8]).

Im Frühjahr 2020 stand die Gesundheitspolitik in Deutschland vor der Herausforderung, auf die durch den Corona-Virus SARS-CoV-2 ausgelöste Pandemie zu reagieren. Dabei sollten die politischen Maßnahmen so weit als möglich auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen und sowohl gesundheitswissenschaftlichen als auch ethischen Kriterien der Prävention und Gesundheitsförderung entsprechen.

Die *Problembestimmung*, als erste Phase des PHAC, fiel in das Frühjahr 2020, als der Corona-Virus Europa erreichte, sich rasch ausbreitete und die dramatischen Folgen von Infektionen u. a. in Italien, Spanien und Frankreich sichtbar wurden. In dieser Phase des PHAC soll das Problem in seinen wesentlichen Eigenschaften analysiert werden, um geeignete Strategien sowie Maßnahmen der Prävention, der Krankenversorgung und für weitere gesellschaftliche Bereiche abzuleiten. Das Problem entsteht aus dem Zusammenspiel der Eigenschaften des Virus und der sozialen und gesundheitlichen Zusammensetzung der Bevölkerung.

Auf der Basis eines zu Beginn der Pandemie noch lückenhaften Wissens über das Infektionsgeschehen des neuartigen Corona-Virus musste eine Strategie gewählt werden, die möglichst wirksam die Pandemie eindämmt und die dabei gleichzeitig möglichst wenige unerwünschte soziale Wirkungen hat, z. B. auf den Wirtschafts- und Arbeitsmarkt, das Bildungssystem, die Kultur sowie die Lebensbedingungen der Menschen insgesamt.

Aufgrund des massiven Drucks, der durch das internationale Infektionsgeschehen entstand, und entsprechender Modellrechnungen für Deutschland, wurde die Strategie „Hammer und Tanz“ („Hammer and Dance“) [9] gewählt. Der „Hammer“ ist als starke soziale Distanzierung durch Lockdown zu verstehen, der Tanz beschreibt die Maßnahmen, die die Inzidenz von Infektionen geringhalten sollen, z. B. Kontaktnachverfolgung, Quarantäne und Testungen. Die Strategie sollte den Weg bis zur Impfung vorgeben, die wiederum aus der Pandemie herausführen sollte. Um das Präventionsziel zu erreichen, wurde es als unabdingbar angesehen, dass Politik und Bevölkerung zusammen agieren und verhältnisgestützte Verhaltensprävention gelingt. Dafür wurde u. a. das Mittel der Kampagne eingesetzt als eine Kombination von Maßnahmen, um gesundheitsbezogene Ziele auf Bevölkerungsebene und in Bezug auf Teilgruppen zu erreichen.

In der *Umsetzungsphase* im Frühjahr 2020 wurden die realisierten Maßnahmen zum Infektionsschutz von einer Reihe von sozialen Unterstützungsmaßnahmen begleitet wie z. B. Kurzarbeitergeld für Unternehmen und Einrichtungen, die von coronabedingten Einkommensverlusten betroffen waren.

Die *Bewertung* der getroffenen Maßnahmen zum Infektionsschutz konnte und kann fortlaufend über die verfügbaren Daten der Infektionen, Erkrankungen und der an einer COVID-19-Infektion gestorbenen Menschen erfolgen. Einzubeziehen waren und sind hierbei auch die im Zeitverlauf seit 2020 deutlicher werdenden unerwünschten Wirkungen der Pandemiebekämpfung z. B. die durch das Freihalten von Krankenhausbetten verschobenen Behandlungen, die psychischen Belastungen für Kinder und Jugendliche aufgrund der sozialen Isolation im Lockdown und Homeschooling sowie die psychischen Folgen von Existenzängsten und Arbeitslosigkeit.

Umsetzung und Bewertung können keine strikt getrennten Phasen eines gesundheitspolitischen Prozesses sein. Insbesondere in einer Pandemie erfolgen sie in einem beständigen Wechsel und führen zu Korrekturen der beschlossenen Strategie und umgesetzter Maßnahmen. Eine abschließende Evaluation der Maßnahmen gegen die Corona-Pandemie in Bezug auf die Gesundheit der Bevölkerung

sowie die Auswirkungen in den verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen kann es erst nach Beendigung der Pandemie geben, die aktuell noch aussteht. Dann wird der PHAC als Lernspirale mehrmals durchlaufen sein.

In der ausführlicheren Betrachtung der Gesundheitspolitik zur Bekämpfung der Pandemie wird deutlich, dass, wie Rosenbrock und Gerlinger es formulieren, „der PHAC zwar die sachlogische Entwicklung einer rationalen Antwort der Gesundheitspolitik modelliert und insofern auch als normative Anforderung an die Gesundheitspolitik gelten kann. Allerdings weichen die tatsächlichen Prozesse der Problembearbeitung im Vieleck von staatlichen Akteuren, beteiligten Wissenschaftsdisziplinen, Wirtschaftsunternehmen, Medien und der Bevölkerung in vielen Fällen von diesem Leitbild ab – aufgrund der Wirkungen von Partikularinteressen, von normativ-ideologischen Einstellungen, von wahrgenommenen oder tatsächlichen Handlungseinschränkungen, von unzureichendem Wissen oder anderen Faktoren.“ [8]

Fazit

Festzuhalten bleibt, dass der Public Health Action Cycle als Modell helfen kann, Prozesse in verschiedenen Bereichen gesundheitlichen Handelns zu steuern. Gute Beispiele für die Umsetzung finden sich u. a. auf den Ebenen der kommunalen und landespolitischen Gesundheitspolitik z. B. in Sachsen-Anhalt [10] (Gesundheitskonferenzen). In der Qualitätsentwicklung, aber auch in der Entwicklung von Maßnahmen und Projekten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung wird er erfolgreich angewendet. Sein Einsatz insbesondere in der Gesundheitspolitik (wenn auch nicht ausschließlich dort) erfordert allerdings eine kontinuierliche kritische Reflexion der Voraussetzungen und Rahmenbedingungen seiner Anwendung durch die beteiligten Akteurinnen und Akteure. Rein technokratisch als ein von Interessen und Werten z. B. der Gesundheitsförderung unabhängiges Instrument sollte er nicht angewendet werden.

Internetadressen:

- GKV-Bündnis für Gesundheit. Available from: https://www.gkv-buendnis.de
- Deutsche Aidshilfe. Partizipative Qualitätsentwicklung. Available from: https://www.pq-hiv.de/de/kapitel/partizipative-qualitaetsentwicklung
- Quint-Essenz – Gesundheitsförderung Schweiz. Available from: https://www.quint-essenz.ch

References

1. Rosenbrock R. Public Health als soziale Innovation. Gesundheitswesen. 1995;57(3):140–4.
2. Institute of Medicine. The Future of Public Health. Washington: National Academy Press; 1988.
3. Rosenbrock R, Gerlinger T. Gesundheitspolitik: eine systematische Einführung. Bern: Huber; 2014.
4. Ruckstuhl B, Somaini B, Twisselmann W. Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument. Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Bundesamt für Gesundheit, editor. Zürich; 1997.
5. 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
6. 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
7. Jann W, Wegrich K. Phasenmodelle und Politikprozesse: Der Policy Cycle. In: Schubert K, Bandelow NC, editors. Lehrbuch der Politikfeldanalyse. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag; 2014. p. 97−132.
8. Rosenbrock R, Gerlinger T. Gesundheitspolitik: eine systematische Einführung. Bern: Huber; 2022.
9. Pueyo T. Coronavirus: The hammer and the dance. What the next 18 months can look like, if leaders buy us time. 2020 [accessed 2021 Dec 9]. Available from: https://tomaspueyo.medium.com/coronavirus-the-hammer-and-the-dance-be9337092b56
10. Hollederer 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

Korrespondenz: Prof. Dr. Susanne Hartung, Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Gesundheit Pflege Management, Professur für Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, Brodaer Str. 2, 17033 Neubrandenburg, Deutschland, E-mail: hartung@hs-nb.de

Zitierhinweis: Hartung S, Rosenbrock R. Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i099-1.0

Copyright: © 2026 Susanne Hartung 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/

Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement

Petra Kolip[1]
[1] Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

Abstract

Qualitätsmanagement ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass gesundheitliche Problembereiche wirkungsvoll bearbeitet werden. Eine gute Planungsqualität einschließlich einer klaren Zielformulierung ist hierfür eine zentrale Grundlage, ebenso wie die Auswahl evidenzbasierter Interventionen und die reflektierte Umsetzung. Evaluationsstudien, die Bezug nehmen auf die wirkungsbezogenen Ziele, geben Auskunft darüber, ob die intendierten Wirkungen erzielt wurden. Mittlerweile stehen zahlreiche Instrumente und Verfahren zur Verfügung, mit denen die Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität maßgeblich verbessert werden können.

Keywords: Evaluation, Wirkung, Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement

Einleitung

Qualitätsmanagement hat sich in der Gesundheitsförderung mittlerweile gut etabliert. Neben trägerspezifischen Qualitätsmanagementsystemen, die in Settings wie Kita oder Senioreneinrichtung greifen, wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche Instrumente und Verfahren entwickelt, mit denen sich die Qualität in Projekten und Programmen verbessern lässt. Im Folgenden werden zunächst die zentralen Begriffe geklärt, ehe − anknüpfend an den Public Health Action Cycle [1] (Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus) − Qualitätsdimensionen benannt werden. Abschließend werden Plattformen und Publikationen benannt, die Instrumente und Verfahren beschreiben, die zur Verbesserung der Qualität beitragen können.

Begriffsklärung im Kontext Gesundheitsförderung

Verfahren wie Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung und Qualitätsmanagement sind im Kontext industrieller Produktion entstanden. Ihr Ziel ist es vor allem, technisch erforderliche (Mindest-)Anforderungen von Produkten und Dienstleistungen sicherzustellen bzw. sich durch ständig verbesserte Produkteigenschaften Vorteile im Wettbewerb gegenüber der Konkurrenz zu verschaffen. In der Gesundheitsförderung ist Qualitätsmanagement eine wichtige Voraussetzung dafür, dass Interventionen eine Wirkung entfalten. Die Begriffe Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement und der allen gemeinsame Begriffsteil Qualität lassen sich kontextübergreifend folgendermaßen charakterisieren:

Der Begriff *Qualität* wird zumeist mit Bezug auf die für das Qualitätsmanagement zentrale Norm DIN EN ISO 9000:2015-11 [2] definiert, wonach Qualität der Grad ist, in dem ein Satz inhärenter Merkmale eines Objekts (also eines Angebotes oder einer Institution) Anforderungen erfüllt. Die Merkmale müssen zuvor definiert und operationalisiert sein. Im Fokus steht also das Erreichen zuvor definierter und operationalisierter Ziele. Im Gesundheitswesen geht es in der Regel um das übergeordnete Ziel des Erhalts oder der Verbesserung von Gesundheit, in der Gesundheitsförderung darüber hinaus um die Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit [3] (Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit). Die in der Gesundheitsförderung etablierten Qualitätsdimensionen füllen den abstrakten Qualitätsbegriff mit Leben.

Während *Qualitätssicherung* darauf abzielt, einen bereits bestehenden Qualitätsstandard zu erhalten, hat *Qualitätsentwicklung* die kontinuierliche und systematische Reflexion von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen zum Ziel [4]. Im Fokus können hier Projekte oder Programme, Dienstleistungen und auch die Organisation selbst stehen. *Qualitätsmanagement* schließlich ist der übergeordnete Begriff, der sowohl Qualitätssicherungs- als auch Qualitätsentwicklungsaktivitäten auf Managementebene umfasst (ebd.).

Qualitätsdimensionen in Prävention und Gesundheitsförderung

Die genannten Begriffe lassen sich mit Bezug auf die vier Qualitätsdimensionen Planung, Struktur, Prozess und Ergebnis inhaltlich präzisieren [5]. Als Rahmenmodell für die Entwicklung von Interventionen hat sich in der Praxis der Gesundheitsförderung der Public Health Action Cycle [1] (Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus) etabliert, der auch als Referenz für die Qualitätsdimensionen hilfreich ist (Abbildung 1).

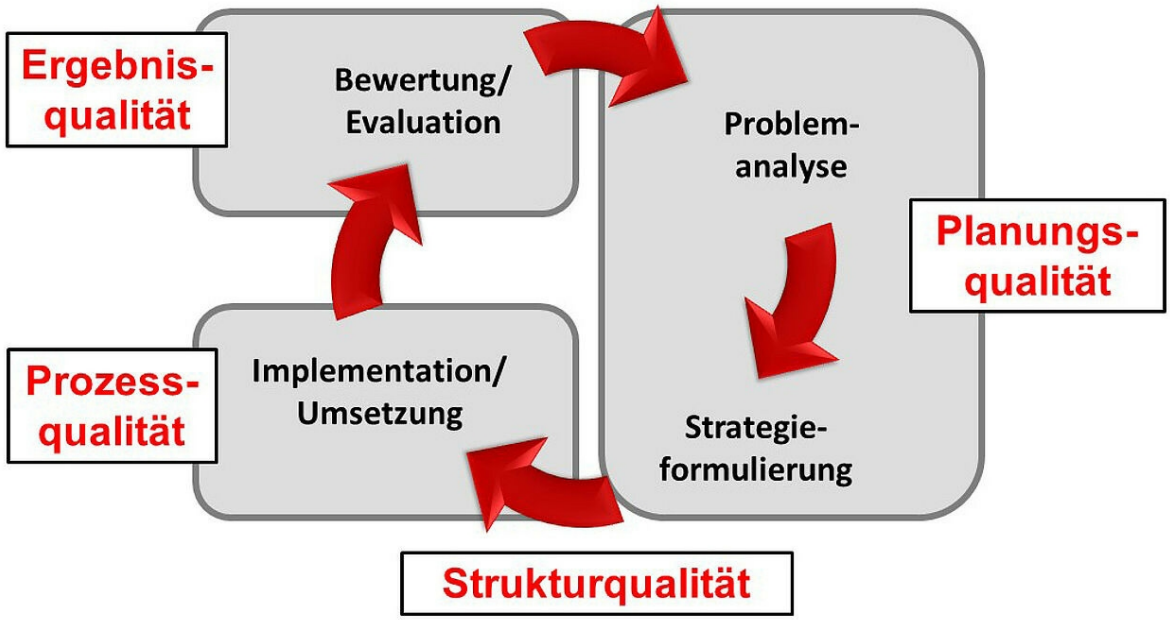


Abb. 1: Verortung der Qualitätsdimensionen im Public Health Action Cycle (eigene Darstellung)

Die *Planungsqualität* bezieht sich auf die beiden ersten Phasen im Public Health Action Cycle [1] (Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus), die Problemanalyse und die Strategieformulierung. Hier wird danach gefragt, ob Bedarf und Bedürfnisse ermittelt, wissenschaftliche Grundlagen aufbereitet, Vorerfahrungen aus anderen Projekten einbezogen und Ziele wie Zielgruppen präzise definiert wurden [6], [7]. Auch die theoriegestützte Interventionsplanung und die Auswahl evidenzbasierter Maßnahmen [8] sind Teil der Planungsqualität.

Die *Strukturqualität* bezieht sich auf die organisatorischen und institutionellen Voraussetzungen und schließt z. B. die Qualifikation des Personals ein. Je komplexer das Setting und je vielfältiger die Gruppe der Beteiligten, desto wichtiger ist dieser Aspekt. Die Strukturqualität muss vor der Umsetzung (Phase 3) gesichert sein, um die Qualität der Implementierung (*Prozessqualität*) sicherzustellen.

Die *Ergebnisqualität* bezieht sich auf die letzte Phase im Public Health Action Cycle. Sie ist eng mit dem Begriff der Ergebnisevaluation verknüpft und hat im Kern die Beantwortung der Frage zum Ziel, ob die am Ende der Problemanalyse definierten Ziele erreicht wurden (ggf. zu welchem Grad und bei welchen Subgruppen).

Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung

In der Gesundheitsförderung und Prävention wurde in den letzten Jahren eine Fülle von Instrumenten und Verfahren entwickelt, die Einrichtungen und Organisationen bei Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung unterstützen können. Diese analysieren und bewerten die Leistungsfähigkeit der gesundheitsbezogenen Interventionsaktivitäten (Projekte, Programme, Kampagnen etc.) und geben Hinweise, wie sie verbessert werden können. Sie variieren in ihrem Anspruch und ihrer Reichweite,

beziehen sich z. B. auf einzelne Handlungsphasen des Interventionszyklus (wie die Planung und/oder die Evaluation) oder zielen darauf ab, den gesamten Prozess zu begleiten und dessen Wirksamkeit zu optimieren.

Darüber hinaus entstanden settingspezifische Verfahren, die die Integration von Gesundheitsförderung in das Handeln von Institutionen (Kitas, Schulen, Betriebe, Sportvereine etc.), Stadtteilen oder ganzer Gemeinden anstreben, den Grad und die Güte der Umsetzung prüfen, bewerten und bescheinigen.

Mittlerweile liegen auch einige Überblicksarbeiten und Internetplattformen vor, die die vorhandenen Instrumente und Verfahren gebündelt präsentieren, um Praktikern und Praktikerinnen zu ermöglichen, die für ihre Interessen passenden Unterstützungsangebote zu identifizieren. In der weiterführenden Literatur und den Internetquellen werden die wichtigsten Übersichten genannt.

Internetadressen:

- Quint-Essenz – Gesundheitsförderung Schweiz. Available from: https://www.quint-essenz.ch
- Kolip P. Praxisbuch – Gesundheitsförderung mit System. Available from: https://www.gesundheitsfoerderung-qualitaet.info/pages/praxisbuch
- Leitfaden Selbstevaluation, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW). Available from: https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/qualitaet/leitfaden_selbstevaluation/index.html

Weiterführende Quellen:

- Tempel N, Bödeker M, Reker N, Schaefer, I, Klärs G, Kolip P. Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings: ein Kooperationsprojekt zwischen der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung und der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Köln; 2013. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; 42).

References

1. Hartung S, Rosenbrock R. Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I099-2.0
2. Deutsches Institut für Normung e. V. DIN EN ISO 9000:2015-11: Qualitätsmanagementsysteme − Grundlagen und Begriffe. DIN Media GmbH; 2015. DOI:10.31030/2325650
3. 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
4. Kolip P, Ackermann G, Ruckstuhl B, Studer H. Gesundheitsförderung mit System: Qualitätsentwicklung in Projekten und Programmen der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hogrefe; 2019.
5. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention: Grundsätze, Methoden und Anforderungen ; eine aktuelle Bestandsaufnahme im Auftrag der BZgA, konzipiert und koordiniert durch die Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover, unter der Leitung von Dr. Marie-Luise Dierks, Dr. Ulla Walter und Professor Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz. Köln: BZgA; 2001 [accessed 2022 Apr 4]. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; 15). Available from: https://sa3395238cd6137fe.jimcontent.com/download/version/1570196577/module/13816659427/name/Qualita%CC%88tsmanagement%20in%20gesundheitsfo%CC%88rderung%20und%20Pra%CC%88vention.pdf
6. Kolip P. Praxishandbuch Qualitätsentwicklung und Evaluation in der Gesundheitsförderung. Weinheim: Beltz Juventa; 2019.
7. Kurz B, Kubek D. Kursbuch Wirkung: das Praxishandbuch für alle, die Gutes noch besser tun wollen: mit Schritt-für-Schritt-Anleitungen & Beispielen. 6 edn. Berlin: PHINEO; 2021.
8. Trojan A, Kolip P. Evidenzbasierung in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Tiemann M, Mohokum M, editors. Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer; 2020.

p. 1–24. (Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit). DOI:10.1007/978-3-662-55793-8_122-1

Korrespondenz: Prof. Dr. Petra Kolip, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Postfach 100131, 33501 Bielefeld, Deutschland, E-mail: petra.kolip@uni-bielefeld.de

Zitierhinweis: Kolip P. Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i100-1.0

Copyright: © 2026 Petra Kolip
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/

Queere Vielfalt in Gesundheitsförderung und Prävention

Christoph Sonnefeld[1]
Roswitha Piesch[1]
Johannes Breuer[1]
[1] Referat T3 Sexuelle Gesundheit, Prävention von HIV und anderen STI – Schwerpunkt Schutz vor Konversionsbehandlungen, Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), Köln, Deutschland

Abstract

Queere Vielfalt erfordert in Gesundheitsförderung und Prävention einen ressourcenorientierten Zugang. Dabei bestehen unterschiedliche Herausforderungen für die Umsetzung von Maßnahmen. Diese betreffen nicht nur den spezifischen Einbezug sexueller und geschlechtlicher Identitäten in ihrer Diversität, sondern auch die Berücksichtigung der Vielzahl von sozialen Umfeldern. Dies wird exemplarisch anhand des Schutzes vor Konversionsbehandlungen verdeutlicht und zeigt die Notwendigkeit von Partizipation und komplexen Interventionen.

Keywords: Sexuelle Gesundheit, Vielfalt, LGBTIQ*, Konversionsbehandlung, Sexuelle Orientierung, Geschlecht

Einleitung

Unter dem Begriff Vielfalt werden – oft auch analog zum Begriff der Diversity [1] (Diversity und Diversity Management/Vielfalt gestalten) – unterschiedliche Aspekte gebündelt, die Eigenschaften, Lebenssituationen und Spezifika von Menschen und/oder Gruppen beschreiben bzw. beschreibbar machen. Übergreifend werden oft unterschiedliche Ebenen wie Alter, ethnische Herkunft und Nationalität, Geschlecht und Geschlechtsidentität, körperliche und geistige Fähigkeiten, Religion und Weltanschauung, sexuelle Orientierung und Identität sowie soziale Herkunft (vgl. Charta der Vielfalt, 2006) differenziert.

Auch die Beobachtung des Zusammenwirkens verschiedener Kategorien, etwa im Rahmen der Intersektionalitätsforschung (vgl. [2] oder [3]) ist dabei zunehmend zentral. In einigen Zusammenhängen wird der Begriff Vielfalt zudem beschränkt auf die Beobachtung von Geschlecht und sexuelle Orientierung.

Definition und Hintergrund zu Vielfalt

Geschlecht und Geschlechtsidentität: Geschlecht kann als eine zentrale Strukturkategorie in der westlichen Welt betrachtet werden. Im Hinblick auf die Beobachtung von Geschlecht werden oftmals Dimensionen wie biologische, medizinische oder körperliche Merkmale sowie genuin soziologische Aspekte wie Rolle unterschieden. Spätestens seit den 1990-er Jahren setzt sich das Verständnis um die Konstruiertheit aller dieser Dimensionen durch (vgl. im Hinblick auf die Konstruiertheit von „sex“ [4]).

Geburtsgeschlecht/biologisches Geschlecht/sex: meist bei der Geburt aufgrund primärer Geschlechtsorgane zugeschriebenes und im Geburtenregister eingetragenes Geschlecht (mehrheitlich „männlich“ oder „weiblich“). Bei inter*-geschlechtlichen Menschen können die körperlichen Merkmale nicht eindeutig als weiblich oder eindeutig als männlich interpretiert werden. Hier kann in Deutschland im Geburtenregister der Geschlechtseintrag frei gelassen oder „divers“ eingetragen werden.

Geschlechtsidentität/gender: eigene Wahrnehmung und subjektive Identifikation mit einem, mit keinem oder mit mehreren Geschlechtern. Da auch die eigene Geschlechtsidentität individuell ist, kann sie auf ganz unterschiedliche Art und Weise beschrieben werden. Hier eine Auswahl:

- Cis*-geschlechtliche Menschen erleben das bei der Geburt zugeschriebene Geschlecht als passend zu ihrer eigenen Geschlechtsidentität. Einer cis*-geschlechtlichen Person könnte beispielsweise bei der Geburt das Geschlecht weiblich zugeschrieben worden sein, und sie erlebt sich selbst auch als Frau.

- Für trans*-geschlechtliche Menschen entspricht das bei der Geburt zugeschriebene Geschlecht nicht dem eigenen Erleben und Empfinden.
- Non-binäre* Menschen fühlen sich weder (ausschließlich) als männlich noch als weiblich. Ihre Geschlechtsidentität kann (zeitweise) männliche oder weibliche Anteile haben, irgendwo dazwischen liegen oder auch ganz außerhalb dieser Kategorien.

Sexuelle Orientierung: Die sexuelle Orientierung ist – ebenso wie Geschlecht – eine zentrale Strukturkategorie in der westlichen Welt. Sie beschreibt im Allgemeinen das persönliche Empfinden und Erleben, ob und zu welchem Geschlecht oder zu welchen Geschlechtern Menschen sich hingezogen fühlen. Dabei umfasst sie unterschiedliche, in sich jedoch nicht zwangsläufig kongruente Dimensionen, zu denen das Sexualverhalten, das Selbstbild, die Fremdwahrnehmung und die Zugehörigkeit zu einer Community gehören. Hinsichtlich der emotionalen Ebene wird zunehmend auch die romantische Anziehung bzw. Orientierung differenziert.

Da die sexuelle Orientierung individuell ist, kann sie auf ganz unterschiedliche Art und Weise beschrieben werden, z. B.:

- Heterosexuelle Menschen fühlen sich zu einem anderen Geschlecht hingezogen.
- Homosexuelle Menschen fühlen sich zum eigenen Geschlecht hingezogen.
- Bisexuelle Menschen fühlen sich zum eigenen Geschlecht und (mindestens) einem anderen Geschlecht hingezogen.
- Pansexuelle Menschen fühlen Anziehung unabhängig von Geschlecht.
- Asexuelle Menschen empfinden keine oder wenig sexuelle Anziehung zu anderen Menschen.

Der Begriff „queer“ hat eine komplexe Genealogie, die von unterschiedlichen Aneignungen geprägt ist (vgl. [5]). Er umfasst einerseits die Zurückweisung der gesellschaftlichen Normen von Heterosexualität und Zweigeschlechtlichkeit, also die Beschränkung auf die beiden Kategorien Frau oder Mann. Andererseits wird der Begriff – wie auch hier – als Sammelbezeichnung genutzt.

Der Asterisk * verdeutlicht schriftlich und sprachlich, dass es eine große Vielfalt an persönlichen und gesellschaftlichen Verständnissen von Geschlechtern gibt, die auch über eine binäre oder dichotome Ordnung (zur Unterscheidung Binarität und Dichotomie vgl. [6]) hinausgehen. Mit dieser Schreib- und Sprechweise (letztere durch einen Glottisschlag für den Asterisk) werden alle Geschlechter und ihre Vielfalt sichtbarer gemacht.

Der Asterisk ist die barriereärmste Variante (auch im Unterschied zum Doppelpunkt, vgl. [7]) und ist als typografisches Zeichen im Unterschied etwa zum Paragrafen-Zeichen noch nicht regelhaft in seiner Verwendung festgelegt. Aufgrund der – auch gesundheitlich gravierenden – Konsequenzen, die eine nicht korrekte Zuordnung zu Geschlechtern haben kann (vgl. als Überblick zum Misgendern etwa [8]) und aufgrund der positiven Effekte, die eine geschlechtergerechte Sprache haben kann (vgl. etwa auf der Ebene der Pronomen für das Schwedische [9]), wird der Asterisk in diesem Leitbegriff sowohl bei Fachbegriffen als auch bei Personenbezeichnungen verwendet.

Gesundheitsförderung und queere Vielfalt

Queere Vielfalt hat im Kontext Gesundheit einen großen Stellenwert. So stehen gerade Menschen, die nicht heterosexuell und/oder nicht cis*-geschlechtlich sind, vor besonderen Herausforderungen im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte, die teils miteinander verwoben sind. Zum Beispiel:

- **Spezifische Gesundheitsrisiken:** Es existieren verschiedene gesundheitliche Gefährdungen, die auch innerhalb queerer Communities variieren. Zum Beispiel zeigen Mateanalysen, dass lesbische Frauen ein höheres Risiko haben, übergewichtig zu sein; schwule Männer hingegen haben ein höheres Risiko, untergewichtig zu sein – beides im Vergleich zu heterosexuellen Personen [10]. Die Wahrscheinlichkeit für einen Suizidversuch ist bei trans*-Jugendlichen höher als bei schwulen, lesbischen und bisexuellen Jugendlichen, obgleich auch diese ein höheres Risiko aufweisen als heterosexuelle, cis*-geschlechtliche Jugendliche [11]. Selbst Noncommunicable Diseases (NCDs) wie etwa Herzerkrankungen sind bei queeren Personen präsenter [12]).
- **Gesundheitsversorgung:** Hinsichtlich der Versorgung kann festgestellt werden, dass Angebote oft nicht spezifisch an der Zielgruppe ausgerichtet sind, um den unterschiedlichen Bedarfen und Lebenswelten queerer Personen entgegenzukommen [13]. Teils bestehen große Lücken in der Versorgungslandschaft selbst [13]. Umgekehrt kann festgestellt werden, dass Interventionen für Fachkräfte, die Wissen um queere Vielfalt vermitteln, zu einer erheblichen Steigerung des Selbstvertrauens bei medizinischem Personal im Umgang mit queeren Patient*innen [14].

Aufklärungs- und Sensibilisierungsangebote können demnach zur Verbesserung der Versorgung beitragen, wenn sie (auch) spezifisch queere Vielfalt berücksichtigen.

- **Gesellschaftliche Aspekte:** Gerade die Berücksichtigung gesellschaftlicher Kontexte hat im Fokus um queere Vielfalt ein besonderes Gewicht. Gesundheit lässt sich per se nicht ohne diese betrachten – für queere Vielfalt ist dies jedoch besonders zentral. Wie Minderheitenstress-Modelle plausibilisieren [15], können queerfeindliche Erfahrungen zu Stress führen, die die körperliche und psychische Gesundheit beeinträchtigen und das Gesundheitsverhalten insgesamt negativ beeinflussen [12]. Da „die Lebensrealitäten von geschlechtlichen und sexuellen Minderheiten (…) weiterhin durch Benachteiligungen gekennzeichnet" ([3], S. 9) sind, müssen gesellschaftlichen Aspekte bei der Gesundheitsförderung und Prävention mitbedacht werden. Es finden sich immer noch „heteronormativ ausgerichtete Gesellschaftsstrukturen und kulturelle Ordnungsmuster, die sich auf die Lebenssituation und damit auch auf die gesundheitliche Lage von LSBTI-Personen auswirken können.“ ([3], S. 19). Dies betrifft sowohl rechtliche Faktoren als auch Pathologisierungen. Selbst queere Personen, die im Gesundheitswesen arbeiten (wollen), sind nach wie vor mit besonderen Herausforderungen und Barrieren in der Aus- und Weiterbildung konfrontiert [16].

Gesundheitsressourcen und queere Vielfalt

Wie es die drei oben genannten Themenfelder exemplarisch zeigen, bedarf es einer spezifischen Perspektive auf queere Vielfalt. Allerdings ist zu beachten, dass nicht nur spezifische Herausforderungen in den Blick geraten, sondern auch gesundheitsfördernde Faktoren und spezifische Ressourcen berücksichtigt werden. Dies schließt an einen ressourcenorientierten Gesundheitsbegriff [17] (Gesundheit) an, der nicht das Fehlen von Krankheiten fokussiert, wie es spätestens seit den 1950-er Jahren im Sinne der WHO geschieht. Gesundheit wird hier als Wohlbefinden auf unterschiedlichen Ebenen betrachtet – insbesondere auch im Hinblick auf soziale Aspekte (vgl. [18]).

Die ressourcenorientierte Perspektive eröffnet verschiedene weiterführende Konzepte, etwa das der sexuellen Gesundheit. Zugleich rücken spezifische Kompetenzen und Ressourcen in den Blick – auch wenn es um queere Vielfalt geht. So zeigt sich zum Beispiel, dass Personen, die sich als trans* oder non-binär* identifizieren, im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung eine unterdurchschnittliche allgemeine Gesundheitskompetenz aufweisen, im Hinblick auf Mediennutzung zur Gesundheitsförderung jedoch höhere Kompetenzen haben [19]. Es gibt Hinweise darauf, dass Lesben ein stärkeres soziales Netzwerk haben und so auch mehr soziale Unterstützung von ihren Partner*innen und Freund*innen im Vergleich zu heterosexuellen Frauen erhalten. Dies kann dazu beitragen, Stress zu reduzieren und die psychische Gesundheit zu fördern (vgl. [20]). Übergreifend lässt sich konstatieren, dass Menschen, die ihre sexuelle und geschlechtliche Identität offen und diskriminierungsfrei leben, ein höheres Maß an psychischer Gesundheit aufweisen als Menschen, die dies nicht tun können [13].

Mit einem derartigen ressourcenorientierten Zugang zu Gesundheit werden nicht nur unterschiedliche Aspekte beobachtbar, die auch für Gesundheitsförderung und Prävention ausschlaggebend sind. Zugleich verhindert er falsche und verkürzende Kausalschlüsse – etwa, dass die sexuelle Orientierung die Ursache für spezifische Gesundheitsrisiken sei; vielmehr ist in den Blick zu nehmen, dass etwa psychische Symptome aus negativen Konsequenzen von queerfeindlichen Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen entstanden sein können.

Mitunter erfordert es besonderer Maßnahmen bis hin zu gesetzlicher Unterstützung, um solche Diskriminierungserfahrungen gering zu halten.

Der Schutz vor Konversionsbehandlungen als Beispiel

Sogenannte Konversionsbehandlungen sind Maßnahmen, die darauf zielen, die sexuelle Orientierung und/oder die geschlechtliche Identität einer Person zu ändern oder zu unterdrücken. Sie stellen eine Gefährdung der individuellen Gesundheit und einen Eingriff in das Recht auf Selbstbestimmung dar. Dies gilt zum einen hinsichtlich der schädlichen Effekte auf die der „Behandlung“ ausgesetzten Personen, die bis zum Suizid reichen können. Zum anderen lösen Konversionsbehandlungen auch gesellschaftliche Stigmatisierungs- und Diskriminierungseffekte aus, etwa in Form von Minderheitenstress und die damit einhergehenden psychischen Belastungen. Schon die grundlegende Annahme einer Behandelbarkeit und Behandlungsbedürftigkeit sind nicht mit internationalen wissenschaftlichen Standards wie dem ICD 11 oder des Welt-Ärzte-Bundes [21], vereinbar (vgl. auch [22]).

Vor diesem Hintergrund wurde in Deutschland Mitte 2020 das Gesetz zum Schutz vor

Konversionsbehandlungen (KonvBehSchG) erlassen. Es verbietet die Durchführung von Konversionsbehandlungen für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren sowie für Personen, deren Einwilligung auf einem Willensmangel beruht. Auch das Vermitteln, das Anbieten und das Werben dafür sind untersagt.

Auf juristischer Ebene ist mit dem KonvBehSchG ein wichtiger Schritt zur Gesundheitsförderung queerer Personen gelungen, indem diese gesundheitsgefährdende „Behandlungen“ sanktioniert werden. Wenngleich in öffentlichen Diskursen mitunter Kritik an der Verspätung des Verbots geäußert wurde, nimmt Deutschland international eine Vorreiterposition in der rechtlichen Ahndung von Konversionsbehandlungen ein (vgl. Tab. 1).

Land	**seit**	**Verankerung durch die Legislative**	**Verbot des Werbens und Vermittelns**
Brasilien	1999	Nein	Nein
Ecuador	2012	Ja	Nein
Malta	2016	Ja	Ja
Deutschland	2020	Ja	Ja
Kanada	2022	Ja	Teilweise
Frankreich	2022	Ja	Nein
Griechenland	2022	Ja	Ja
Neuseeland	2022	Ja	Nein
Israel	2022	Nein	Ja
Vietnam	2022	Nein	Nein
Norwegen	2023	Ja	Ja
Island	2023	Ja	Nein
Zypern	2023	Ja	Ja
Spanien	2023	Ja	Teilweise

Tab. 1: Übersicht zum rechtlichen Schutz vor Konversionsbehandlungen international. Stand 02.01.2024.

Gleichzeitig wird die Präsenz von Konversionsbehandlungen oftmals unterschätzt. Die EU verweist darauf, dass 5 % der queeren Community bereits Konversionsbehandlungen angeboten wurden und 2 % Erfahrungen mit diesen Pseudotherapien haben [23]. Etwa eine von vier Personen (24 %) in der EU hat Maßnahmen erlebt, die ihre sexuelle oder geschlechtliche Identität ändern sollten; für Deutschland liegt diese Zahl – trotz des gesetzlichen Verbots – mit 28 % sogar ein wenig höher [24].

Betrachtet man die Verbreitung von Annahmen einer Behandelbarkeit und Behandlungsbedürftigkeit, sind sie nach wie vor äußerst verbreitet: Für Deutschland zeigt sich, dass 9,2 % der Bevölkerung ab 14 Jahren der Aussage „Homosexualität ist eine Krankheit, die geheilt werden kann“ zustimmen [25]. Laut der Antidiskriminierungsstelle des Bundes [26] sind es sogar 10,6 %, wobei der Anteil bei (eher) religiösen oder religiös-fundamentalistischen Befragtengruppen noch höher ist. Auch in professionellen Kontexten ist die Annahme einer Behandelbarkeit und Behandlungsbedürftigkeit in Deutschland weiterhin präsent, wie es Datenerhebungen im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (seit 13. Februar 2025 Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) zeigen, vgl. BZgA/LIEBESLEBEN, 2022).

Trotz des rechtlichen Verbots lässt sich festhalten, dass das Wissen über die Gefahren von Konversionsbehandlungen sowie Haltungen, die diese motivieren, nicht verschwunden sind, zumal die Abschreckungswirkung von Strafandrohung allgemein ohnehin eher gering ist (vgl. [27]).

Komplexität des Phänomens Konversionsbehandlungen

Konversionsbehandlungen bedrohen die Gesundheit, die Selbstbestimmung und die Existenz queerer Personen, indem sie – politisch, religiös und/oder pseudowissenschaftlich legitimiert – die Behandelbarkeit und Behandlungsbedürftigkeit queerer Vielfalt behaupten. Konversionsbehandlungen haben verschiedene Formen und bedienen sich unterschiedlicher Mechanismen. Abb. 1 nennt eine Auswahl von Konversionsbehandlungen und differenziert sie entlang ihrer Formalisierung bzw. Institutionalisierung. Um diesem spezifischen Gesundheitsrisiko zu begegnen und ressourcenorientiert Gesundheit für queere Menschen zu fördern, bedarf es eines Vorgehens, das der Komplexität des Phänomens gerecht wird.



Abb. 1: Überblick zum Spektrum von Konversionsbehandlungen und dahinzielenden „Aktivitäten“ entlang ihrer Formalisierung bzw. Institutionalisierung (eigene Darstellung, angelehnt an [28])

Handlungsfelder und -ebenen

Mit der Komplexität des Phänomens gehen verschiedene Handlungsfelder einher, in denen der Schutz vor Konversionsbehandlungen sowie spezifische Maßnahmen eine besondere Rolle spielen (vgl. Abb. 2). Damit verbunden ist eine sehr große Stakeholder-Landschaft, die lokal noch weiter differenziert werden kann. Zu ihr gehören zivilgesellschaftliche Verbände, Fachgesellschaften, juristische Strukturen sowie Forschung und Behörden. Der Schutz vor Konversionsbehandlung ist somit ein Beispiel par excellence für den Health in all Policies-Ansatz [29] (Gesundheit in allen Politikfeldern/Health in All Policies (HiAP)).



Abb. 2: Überblick zu Handlungsfeldern im Hinblick auf den Schutz vor Konversionsbehandlungen (eigene Darstellung)

Zielgruppen

Aus den unterschiedlichen Handlungsfeldern heraus lassen sich unterschiedliche Zielgruppen ableiten: (latent oder akut) gefährdete queere Personen, ihre privaten Umfelder, auch Mittler*innen sowie Fachstrukturen unterschiedlicher Professionen, ebenso wie die Gesamtgesellschaft.

Konsequenzen für die Praxis

Für die Umsetzung von Maßnahmen stellt sich mit der Komplexität des Phänomens, der Handlungsfelder und der Zielgruppen und mit queerer Vielfalt im Gesamten eine zentrale Frage: Wie lassen sich all diese Aspekte im Rahmen der Gesundheitsförderung umfassend und zugleich spezifisch berücksichtigen?

Zunächst eignen sich komplexe Intervention, da diese in einem ausgewogenen Medien- und Maßnahmen-Mix [30] (Gesundheitskommunikation und Kampagnen) synergetisch unterschiedliche kommunikative Ebenen und Zielgruppen adressieren. Sie können als Prozess betrachtet werden, der zu nachhaltigen Verhaltensveränderungen oder zur Stabilisierung von gesundem Verhalten sowie zur Schaffung und Erhaltung gesundheitsförderlicher Strukturen beiträgt. Dabei bedarf es einer genauen, evidenzbasierten und theoriegeleiteten Planung sowie Umsetzung, oftmals auch mithilfe von Erkenntnissen unterschiedlicher Disziplinen und Zugänge sowie unter Verwendung von transtheoretischen Modellen [31] (Erklärungs- und Veränderungsmodelle 1: Einstellungs- und Verhaltensänderung).

Für den Schutz vor Konversionsbehandlungen wird außerdem dem ressourcenorientierten Zugang Gewicht verliehen, da Einzelmaßnahmen im Rahmen komplexer Interventionen konkret Ressourcen [32] (Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell in der Gesundheitsförderung) stärken. Dies zum einen hinsichtlich der Wahrnehmung durch einzelne Personen, zum anderen auch strukturell im Zuge des Beitrags zur Bildung von Normen sowie zum Empowerment [33] (Empowerment/Befähigung) auf

gesellschaftlicher Ebene. Das gilt ebenso für einzelne Settings [34] (Settingansatz/Lebensweltansatz). Daher ist es wichtig, nicht nur queere Personen zu adressieren, sondern auch ihre Umfelder (vgl. zur konkreten Umsetzung [35], [36], [37].

Neben der Notwendigkeit komplexer Interventionen erweist sich ein weiterer Aspekt für die Praxis als zentral: eine kontinuierliche Partizipation aller Stakeholder. Sie kann etwa durch Bedarfserhebungen und Pretestungen, aber z. B. auch durch den Austausch mit zivilgesellschaftlichen Vertretungen sinnvoll sein, denn „[a]lle bisherigen gesundheitswissenschaftlichen Befunde deuten darauf hin, dass Interventionen desto zielgenauer, zeitstabiler und wirksamer sind, je mehr Partizipation es gibt, und zwar auf allen Stufen“ ([38], S. 11).

Partizipation (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger) erlaubt es überdies, Ressourcen zu identifizieren und sie in der Umsetzung von Maßnahmen gezielt einzusetzen. So können Interventionen noch grundlegender auch der Diversität queerer Vielfalt gerecht werden, denn die jeweils spezifischen Anliegen und Bedarfe werden auch in ihrer Unterschiedlichkeit sichtbar und damit einbeziehbar.

Internetadressen:

- Queer in Deutschland – Wissen und Erfahrungen zu Konversionsbehandlungen. Available from: https://www.liebesleben.de/fachkraefte/studien-standard-qualitaetssicherung/queer-in-deutschland-wissen-und-erfahrungen-zu-konversionsbehandlungen
- charta der vielfalt. Der Charta der Vielfalt e. V. ist Deutschlands größte Arbeitgebendeninitiative zur Förderung von Vielfalt in der Arbeitswelt. Available from: https://www.charta-der-vielfalt.de
- KonvBehSchG – Gesetz zum Schutz vor Konversionsbehandlungen vom 12. Juni 2020 BGBl. I S. 1285. Available from: https://www.gesetze-im-internet.de/konvbehschg/BJNR128500020.html

References

1. Altgeld T. Diversity und Diversity Management / Vielfalt gestalten. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i127-2.0
2. Degele N, Winker G. Intersektionalität als Mehrebenenanalyse. 2007. DOI: 10.15480/882.382
3. Pöge K, Rommel A, Mena E, Holmberg C, Saß AC, Bolte G. AdvanceGender – Verbundprojekt für eine geschlechtersensible und intersektionale Forschung und Gesundheitsberichterstattung. Bundesgesundheitsblatt. 2019 Jan;62(1):102–7. DOI:10.1007/s00103-018-2855-3
4. Butler J. Bodies that matter: on the discursive limits of ‘sex’. New York: Routledge; 1993.
5. Kraß A. Queer Studies. Eine Einführung. In: Kraß A, editor. Queer denken. Gegen die Ordnung der Sexualität. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 2003. p. 7–28.
6. Frye M. Art. Categories and dichotomies. In: Code L, editor. Encyclopedia of feminist theory. New York: Routledge; 2000. p. 73–4.
7. Koehler S, Wahl M. Empfehlung zu gendergerechter, digital barrierefreier Sprache. Überwachungsstelle des Bundes für Barrierefreiheit von Informationstechnik, editor. 2021 [accessed 2025 Feb 12]. Available from: https://dgti.org/wp-content/uploads/2024/01/empfehlung-zu-gendergerechter-digital-barrierefreier-sprache-studie-koehler.pdf
8. Göth M. Studienübersicht: Definition und Auswirkungen von Misgendern. 2021. [accessed 2025 Mar 12]. Available from: https://www.vlsp.de/sites/default/files/pdf/Studienübersicht-Misgendern-Göth
9. Tavits M, Pérez EO. Language influences mass opinion toward gender and LGBT equality. Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A. 2019 Aug 20;116(34):16781–6. DOI:10.1073/pnas.1908156116
10. Semlyen J, Curtis TJ, Varney J. Sexual orientation identity in relation to unhealthy body mass index: individual participant data meta-analysis of 93 429 individuals from 12 UK health surveys. J. Public Health (Oxf.). 2020 Feb 28;42(1):98–106. DOI:10.1093/pubmed/fdy224
11. Di Giacomo E, Krausz M, Colmegna F, Aspesi F, Clerici M. Estimating the risk of attempted suicide among sexual minority youths: A systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatr. 2018;172(12):1145–52. DOI:10.1001/jamapediatrics.2018.2731
12. Kasprowski D, Fischer M, Chen X, Vries L, Kroh M, Kühne S, Richter D, Zindel Z. Geringere Chancen auf ein gesundes Leben für LGBTQI*-Menschen. DIW Wochenbericht. 2021;6:79–88. DOI:10.18723/diw_wb:2021-6-1

13. Pöge K, Dennert G, Koppe U, Güldenring A, Matthigack EB, Rommel A. Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. J Health Monit. 2020;2–30. DOI:10.25646/6448
14. Macedo A, Aurindo M, Febra C. Effectiveness of undergraduate medical students training on LGBTQIA + people health: a systematic review and meta-analysis. BMC Med. Educ. 2024 Jan 16;24(1):63. DOI:10.1186/s12909-024-05041-w
15. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. Psychol. Bull. 2003 Sep;129(5):674–97. DOI:10.1037/0033-2909.129.5.674
16. Danckers M, Nusynowitz J, Jamneshan L, Shalmiyev R, Diaz R, Radix AE. The sexual and gender minority (LGBTQ+) medical trainee: the journey through medical education. BMC Med Educ. 2024;24(67). DOI:10.1186/s12909-024-05047-4
17. Franzkowiak P, Hurrelmann K. Gesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I023-2.0
18. World Health Organisation (WHO). Constitution of the World Health Organization. In: Basic Documents. 45 edn. Geneva; 2006. p. 1–18. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/documents/publications/basic-documents-constitution-of-who.pdf
19. von der Warth R, Körner M, Farin-Glattacker E. Health literacy of trans and gender diverse individuals – a cross sectional survey in Germany. BMC Public Health. 2024 Jan 30;24(1):324. DOI:10.1186/s12889-024-17823-4
20. Rostosky SS, Riggle ED. The positive aspects of a lesbian couple relationship. In: Richardson D, Seidman S, editors. Handbook of lesbian and gay studies. London: SAGE; 2002. p. 311–26.
21. World Medical Association (WMA). Policy Tag: Conversion / Reparative Therapy. 2013 [accessed 2025 Mar 12]; Available from: https://www.wma.net/policy-tags/conversionreparative-therapy
22. Bundesstiftung Magnus Hirschfeld, editor. Abschlussbericht – Wissenschaftliche Bestandsaufnahme der tatsächlichen und rechtlichen Aspekte von Handlungsoptionen unter Einbeziehung internationaler Erfahrungen zum geplanten „Verbot sogenannter »Konversionstherapien«“ in Deutschland zum Schutz homosexueller Männer, Frauen, Jugendlicher und junger Erwachsener vor Pathologisierung und Diskriminierung. Berlin; 2019 [accessed 2025 Mar 12]. Available from: https://mh-stiftung.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_BMH_neu.pdf
23. Mijatović D. Nothing to cure: putting an end to so-called “conversion therapies” for LGBTI people. 2023 [accessed 2025 Mar 12]. Available from: https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/nothing-to-cure-putting-an-end-to-so-called-conversion-therapies-for-lgbti-people
24. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). LGBTIQ equality at a crossroads. Progress and challenges: EU LGBTQI survey III. 2024. DOI:10.2811/920578
25. Decker O, Kiess J, Schuler J, Handke B, Pickel G, Brähler E. Die Leipziger Autoritarismus Studie 2020. Methode, Ergebnisse und Langzeitverlauf. In: Decker O, Brähler E, editors. Autoritäre Dynamiken: Alte Ressentiments – neue Radikalität. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2020.
26. Küpper B, Klocke U, Hoffmann LC. Einstellungen gegenüber lesbischen, schwulen und bisexuellen Menschen in Deutschland. Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage. Baden-Baden: Nomos; 2017 [accessed 2025 Mar 12]. Available from: https://www.lsvd.de/media/doc/4829/2017_ads_umfrage_einstellungen_geg_lesb_schwulen_und_bisex_menschen_de.pdf
27. Spirgath T. Zur Abschreckungswirkung des Strafrechts – Eine Metaanalyse kriminalstatistischer Untersuchungen. LIT; 2013. (Kriminalwissenschaftliche Schriften).
28. Wolf G. Konversionsbehandlungen. 2019. [accessed 2025 Mar 12]. Available from: https://www.vlsp.de/sites/default/files/pdf/konversionsbehandlungen_wolf2019.pdf
29. Köckler H, Geene R. Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I157-1.0
30. Schäfer M, Reifegerste D. Gesundheitskommunikation. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I056-2.0
31. Finne E, Paul H. Erklärungs- und Veränderungsmodelle 1: Einstellungs- und Verhaltensänderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der

Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I012-3.0

32. Blümel S. Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell in 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-I121-3.0
33. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I10-3.0
34. 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
35. Breuer J. Der Schutz vor Konversionsbehandlungen in der BZgA-Initiative LIEBESLEBEN. Publ. Health For. 2024 Mar 25;32(1):58–60. DOI:10.1515/pubhef-2023-0152
36. Sonnefeld C, Breuer J, Piesch R. LIEBESLEBEN-Beratung zum Schutz vor Konversionsbehandlungen. FORUM. 2024;1:80–5. DOI:10.17623/BZgA_SRH:forum_2024-1_beitrag_liebesleben-schutz-konversion
37. Breuer J, Lulei V. Sexuelle Gesundheit fördern durch eine dialogorientierte Kommunikation auf Social Media – LIEBESLEBEN als ein Beispiel guter Praxis. Z. Sex. Forsch. 2024 Jun;37(02):104–12. DOI:10.1055/a-2283-4391
38. Rosenbrock R. Vorwort: Partizipative Qualitätsentwicklung – um was es geht. In: Wright MT, editor. Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hogrefe; 2010. p. 9–12. (Prävention und Gesundheitsförderung).

Korrespondenz: Christoph Sonnefeld, Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), Referat T3 Sexuelle Gesundheit, Prävention von HIV und anderen STI – Schwerpunkt Schutz vor Konversionsbehandlungen, Maarweg 149-161, 50825 Köln, Deutschland, E-mail: christoph.sonnefeld@bioeg.de

Zitierhinweis: Sonnefeld C, Piesch R, Breuer J. Queere Vielfalt in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i167-1.0

Copyright: © 2026 Christoph Sonnefeld 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/

Resilienz und Schutzfaktoren

Maike Rönnau-Böse[1]
Klaus Fröhlich-Gildhoff[2]
[1] Zentrum für Kinder- und Jugendforschung, Evangelische Hochschule Freiburg, Freiburg, Deutschland
[2] Leitung ZfKJ - Zentrum für Kinder- und Jugendforschung, Evangelische Hochschule Freiburg, Freiburg, Deutschland

Abstract

Wenn sich Personen trotz belastender Lebensumstände und Krisen psychisch gesund entwickeln, wird von Resilienz gesprochen. Die Fähigkeit zur Resilienz entwickelt sich in einem dynamischen Interaktionsprozess zwischen Individuum und Umwelt und ist eine variable Größe über die gesamte Lebensspanne eines Menschen. Wesentlichen Einfluss auf die Resilienzentwicklung haben Schutzfaktoren, die die Auftretenswahrscheinlichkeit von Störungen beim Vorliegen von Belastungen vermindern. Dabei wird zwischen personalen und sozialen Schutzfaktoren unterschieden. Einen zentralen Schutzfaktor stellt eine stabile, wertschätzende Beziehung zu einer Bezugsperson dar.

Keywords: Lebenskompetenzen, protektive Faktoren, Resilienzfaktoren, Ressourcen, Widerstandsfähigkeit

Salutogenese und Resilienz

Der Schwerpunkt der Resilienz- und Schutzfaktorenforschung liegt auf der Frage „Was erhält Menschen gesund?“ Im Mittelpunkt stehen schützende Faktoren, die sich stärkend auf die psychische und physische Gesundheit auswirken. In aktuellen Forschungsarbeiten werden für diese Faktoren häufig die Begriffe Schutzfaktoren, Protektivfaktoren, Ressourcen und Resilienzfaktoren synonym verwendet [1] (Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell in der Gesundheitsförderung), [2] (Soziale Unterstützung), [3] (Soziales Kapital).

Die Forschung zu gesunderhaltenden Faktoren entstand in den 1970er-Jahren in Abgrenzung zur traditionellen medizinischen Betrachtungsweise [4] (Biomedizinische Perspektive), [5] (Gesundheits-Krankheits-Kontinuum), in deren Fokus Gefährdungen und Beeinträchtigungen [6] (Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell) der Gesundheit stehen. Entscheidende Impulse gaben dabei das gesundheitswissenschaftliche Modell [7] (Gesundheitswissenschaften/Public Health) der Salutogenese [8] und das aus der Forschungsrichtung der Entwicklungspsychopathologie stammende Konzept der Resilienz.

Der Begriff Resilienz (aus dem Englischen: resilience = Spannkraft, Strapazierfähigkeit, Elastizität) bezeichnet die psychische Widerstandsfähigkeit und meint eine gesunde und altersgemäße Entwicklung trotz ernsthafter Gefährdungen im Sinne von ungünstigen Lebensumständen oder kritischen Lebensereignissen. Im Besonderen wird die erfolgreiche Bewältigung stressreicher und potenziell traumatischer Ereignisse als Zielgröße betrachtet.

Die interdisziplinäre Ausrichtung des Forschungsgebiets führt zum einen zu einer Vielfalt an Ergebnissen, zum anderen aber auch zu einer kontroversen Diskussion, wie das Konzept der Resilienz angemessen begrifflich, inhaltlich und methodisch zu definieren ist [9], [10]. Arnold, Schilbach & Rigotti sprechen von drei verschiedenen Resilienzparadigmen, nach denen die vorliegenden Definitionen klassifiziert werden können: in Beschreibungen von Resilienz als Kapazität, also dem Vorhandensein und Nutzen verschiedener Schutz- und Resilienzfaktoren, als Prozess oder als Outcome, d.h. die erfolgreiche Anpassung an eine belastende Situation [11].

In früheren Forschungen galt Resilienz vielfach als zeitlich stabile, situationsübergreifende Eigenschaft oder als Persönlichkeitsmerkmal. Inzwischen wird Resilienz als eine variable Kapazität verstanden [12], die sich über die Zeit im Kontext der Mensch-Umwelt-Interaktion entwickelt. Die Qualität, also die Art des Stressors, die Quantität und Kumulation von Stressoren, sowie die Dauer von Ereignissen nehmen Einfluss auf Resilienzverläufe [13].

Personale und soziale Schutzfaktoren

Die Wurzeln für die Entstehung von Resilienz liegen in besonderen risikomildernden bzw. schützenden Faktoren innerhalb und außerhalb einer Person [14] (Ökologische und humanökologische Perspektive), [15] (Umweltbezogene Gesundheitsförderung). Als Schutzfaktoren werden Faktoren bezeichnet, die die Auftretenswahrscheinlichkeit von Störungen beim Vorliegen von Belastungen vermindern. Schutzfaktoren sollten dabei nicht lediglich als das Gegenteil oder das Fehlen von Gesundheits- oder Entwicklungsrisiken betrachtet werden. Die empirische Beurteilung der Protektivität einzelner Faktoren wird dadurch erschwert, dass sehr unterschiedliche Entwicklungen und Indikatoren als resiliente Bewältigung oder Anpassung herangezogen werden. Ein Review listet nicht weniger als 17 Messinstrumente für Resilienz auf [16].

Als personale (auch: persönliche oder interne) Schutzfaktoren bezeichnet man individuelle Lebenskompetenzen (englisch: life skills), Persönlichkeitsmerkmale und spezifische Bewältigungsstrategien, aber auch körperliche Schutzfaktoren wie ein stabiles, widerstandsfähiges Immunsystem und körperliche Gesundheit. Altersübergreifend werden eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung, gute Selbstregulationsfähigkeiten, eine internale Kontrollüberzeugung, dispositioneller Optimismus sowie die Fähigkeit zum Erleben positiver Emotionen als protektiv angesehen – wobei die Anzahl und methodische Qualität der Studien zu den einzelnen Faktoren sehr unterschiedlich ist [17], [18].

Unter sozialen (auch: externen, umweltbezogenen oder ökologischen) Schutzfaktoren versteht man Faktoren der sozialen Umwelt eines Menschen. Hier wird häufig die Sicherung von Grundbedingungen wie angemessener Ernährung, ausreichendem Wohnraum und Erwerbsarbeit genannt. Diese Faktoren haben jedoch eher eine allgemein positive Wirkung auf die Gesundheit, als dass sie unter risikoreichen Bedingungen spezifisch wirksam werden. Als stabilster Prädiktor für eine resiliente Entwicklung wurde eine unterstützende und zugewandte Beziehung identifiziert [19].

Soziale Unterstützung kann verschiedene Formen annehmen, wie Partnerschaft, soziale Beziehungen am Arbeitsplatz oder ein Netz sozialer Bindungen im privaten Bereich [20] (Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung). Für Kinder und Jugendliche sind auch verschiedene Faktoren der familiären Umwelt als Schutzfaktoren belegt. Dazu zählen u. a. eine gute Bindung zu den Eltern sowie Strukturen und eindeutige Regeln im familiären Alltag, aber auch unterstützende Beziehungen zu pädagogischen Fachkräften in Kindertageseinrichtungen und Schulen [21].

Obwohl grundsätzlich angenommen wird, dass Schutzfaktoren die belastende Wirkung von Risikofaktoren abfedern, also eine sogenannte „moderierende Wirkung“ haben, scheinen einige Schutzfaktoren direkt, d. h. unabhängig vom Vorliegen eines Risikos, wirksam zu werden. In den frühen Jahren der Resilienz-, aber auch der Copingforschung wurde zudem davon ausgegangen, dass bestimmte Faktoren universell schützend oder risikoerhöhend wirken. Mittlerweile herrscht jedoch Einigkeit, dass die Wirkung einzelner Schutzfaktoren interindividuell sehr unterschiedlich ist und eine deutliche Kontextabhängigkeit aufweist. So wird z. B. ein vermeidender Copingstil [22] (Stress und Stressbewältigung) unter normativen Bedingungen als ungünstig angesehen, kann unter extrem stressreichen Umständen jedoch eine schützende Wirkung haben. Soziale Unterstützung kann, bei zu viel tatkräftiger Hilfe, dazu führen, dass die eigene Selbstwirksamkeitserwartung sinkt.

Daher wird aktuell davon ausgegangen, dass im Hinblick auf potenziell traumatische Ereignisse eine flexible Selbstregulation einen übergeordneten personalen Schutzfaktor darstellt. Dazu gehören die Fähigkeit, die Situation realistisch wahrzunehmen und einzuschätzen (Kontextsensitivität), die Verfügbarkeit eines breiten Repertoires an möglichen Copingsstrategien sowie das Wissen, wann diese einzusetzen sind, und die Fähigkeit, am Erfolg der eigenen Strategien zu lernen (Feedbackresponsivität) [23]. Insbesondere im Kindes- und Jugendalter haben sich sechs personale Faktoren als unterstützend wirksam gezeigt, um Krisensituationen, aber auch Entwicklungsaufgaben zu bewältigen und die seelische Gesundheit insgesamt zu stärken: Selbst- und Fremdwahrnehmung, Selbstregulation, Selbstwirksamkeit, soziale Kompetenz, Problemlösefähigkeiten sowie aktive Bewältigungskompetenzen/Umgang mit Stress [24].

Resilienz- und Gesundheitsförderung ...

Die Forschungsergebnisse zu Resilienz- und Schutzfaktoren, wie auch das Modell der Salutogenese [8], haben in den letzten Jahren verstärkt Eingang in Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention gehalten. Zum einen gibt es Angebote, die Schutzfaktoren auf einer individuellen Ebene fördern sollen, zum anderen aber auch übergreifende Konzepte, die auf struktureller Ebene ansetzen. Dazu gehören z.

B. Konzepte zur Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtung und Schule [25] (Gesundheitsförderung und Schule) sowie Modelle in Pflegeberufen zur salutogenetischen Arbeitsgestaltung [26] (Betriebliche Gesundheitsförderung). Dabei ist zu beachten, dass die Wirkung von Schutzfaktoren auch von der jeweiligen Lebensphase [27] (Lebenslagen und Lebensphasen) abhängt. So ist die Förderung der personalen Schutzfaktoren insbesondere im Kindes- und Jugendalter immer im Kontext einer haltgebenden, sicheren Beziehung zu sehen.

… bei Kindern und Jugendlichen: Zur Resilienzförderung bei Kindern und Jugendlichen wurden besonders in den USA in den 1990er-Jahren umfassende Multikomponentenprogramme ausgearbeitet, die unterschiedliche Interventionsebenen wie z. B. Schule/Kindertagesstätte und Elternhaus sowie Programmkomponenten kombinieren und häufig über mehrere Jahre hinweg angelegt sind. Auch in Deutschland erlangen Programme, die frühzeitige und entwicklungsorientierte Förderung der psychosozialen Kompetenz von Kindern und Jugendlichen gewährleisten, zunehmend an Bedeutung.

Erfolgreiche Präventionsstrategien bei Kindern und Jugendlichen sind Mehrebenenprogramme: Sie setzen frühzeitig ein und fördern Kinder langfristig, systematisch sowie entwicklungsorientiert. Sie berücksichtigen alterstypische Entwicklungsaufgaben sowie kritische Phasen und sprechen die unterschiedlichen relevanten Lebensbereiche an. Sie fördern nicht nur die Lebens- und Bewältigungskompetenzen der Kinder, sondern arbeiten zugleich mit Eltern, Lehrkräften, pädagogischen Fachkräften sowie anderen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld. Damit mildern sie potenzielle Risikobedingungen ab und fördern den Aufbau von Schutzfaktoren (z. B. „Kinder Stärken! Prävention und Resilienzförderung in Kindertageseinrichtungen“ [28] oder „Mindmatters Schule“ [29], [30]). Ein Beispiel für die gelingende Resilienzförderung in Kindertageseinrichtungen und Grundschulen im Rahmen einer kommunalen Gesamtstrategie ist das „Präventionsnetzwerk Ortenaukreis“ [31], [32].

… bei Erwachsenen: Die Resilienzförderung im Erwachsenenalter gewinnt erst seit den späten 1990er-Jahren zunehmend an Bedeutung. Bislang gibt es sowohl international wie auch in Deutschland kaum Ansätze oder Programme, die nach der Konzeptualisierung und initialen Wirksamkeitsforschung eine weitere Verbreitung gefunden haben und der Allgemeinbevölkerung zugänglich sind. Die meisten Programme sind zielgruppenspezifisch (z. B. pädagogische Fachkräfte, Polizistinnen und Polizisten, Rettungskräfte, Studierende) und werden am Arbeitsplatz (z. B. [33]) oder als Onlinekurse angeboten.

Erfolgsversprechend scheinen hier Programme zu sein, die den Transfer zu realem Verhalten unter Alltagsbedingungen fördern.

Fazit

Schutzfaktoren sind langfristig wirksame Gesundheitsressourcen. Eine kontinuierliche Förderung protektiver Ressourcen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in ihren Nahräumen und Lebenskontexten (Familie, Gemeinde, Institutionen) sowie ein aktives Eintreten gegen gefährdende soziale und gesundheitliche Ungleichheiten (im Rahmen der Lebensverhältnisse und Gesamtpolitik) [34] (Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy) zählen zum Kern der Gesundheitsförderung.

Wir danken Jürgen Bengel und Lisa Lyssenko für ihre Arbeit an den Vorfassungen dieses Leitbegriffs.

References

1. Blümel S. Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell in 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-i121-3.0
2. Vonneilich N, Franzkowiak P. Soziale Unterstützung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i110-3.0
3. v. d. Knesebeck O. Soziales Kapital. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i111-2.0
4. Holst J. Biomedizinische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i006-2.0
5. Franzkowiak P. Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit

(BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i026-2.0

6. Sperlich S, Franzkowiak P. Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i102-3.0
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
8. 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
9. Opp G, Fingerle M, Suess G, editors. Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. 5 edn. München: Reinhardt; 2024.
10. Karidi M, Schneider M, Gutwald R. Resilienz. Interdisziplinäre Perspektiven zu Wandel und Transformation. Wiesbaden: Springer; 2018.
11. Arnold M, Schilbach M, Rigotti T. Paradigmen der psychologischen Resilienzforschung. Eine kleine Inventur und ein Ausblick. Psychol. Rundschau 2023; 74 (3):154–165. DOI:10.1026/0033-3042/a000627
12. Wustmann C. Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. 7 edn. Berlin: Cornelsen; 2020.
13. Lindert J, Schick A, Reif A, Kalisch R, Tüscher O. Verläufe von Resilienz – Beispiele aus Längsschnittstudien. Nervenarzt 2018; 89: 759–765. DOI:10.1007/s00115-018-0536-y
14. Fehr R. Ökologische und humanökologische Perspektive. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i082-3.0
15. Malsch AKF. Umweltbezogene 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-i150-2.0
16. Pangallo A, Zibarras L, Lewis R, Flaxman P. Resilience through the lens of interactionism: A systematic review. Psych. Assessment 2015; 27(1): 1−20. DOI:10.1037/pas0000024
17. Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter: Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. Köln: BZgA; 2012.
18. Rönnau-Böse M, Fröhlich-Gildhoff K. Resilienz und Resilienzförderung über die Lebensspanne. 3 edn. Stuttgart: Kohlhammer; 2024.
19. Luthar SS. Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In: Cicchett D, Cohen DJ, editors. Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation. 2 edn. New York: Wiley; 2006. p.739–795.
20. Quilling E, Brähler-Dieling N, Kuchler M, Trojan A. Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i108-3.0
21. Fröhlich-Gildhoff K, Rönnau-Böse M. Resilienz. 7. edn. München: Reinhardt; 2024.
22. Ernst G, Franke A, Franzkowiak P. Stress und Stressbewältigung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i118-2.0
23. Bonanno GA, Burton CL. Regulatory flexibility an individual differences perspective on coping and emotion regulation. Perspectives on Psychological Science 2013; 8(6): 591−612. DOI:10.1177/1745691613504116
24. Rönnau-Böse M. Resilienzförderung in der Kindertageseinrichtung. Freiburg: FEL; 2013.
25. Paulus P, Dadaczynski K. Gesundheitsförderung und Schule. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i051-3.0
26. Hartung S, Faller G. Betriebliche 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-i042-3.0

27. 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
28. Fröhlich-Gildhoff K, Rönnau-Böse M, Dörner T. Prävention und Resilienzförderung in Kindertageseinrichtungen. PRiK. München: Reinhard; 2021.
29. Mindmatters. Lüneburg: Leuphana Universität; [accessed 2026 Apr 24]. Available from: https://www.mindmatters-schule.de
30. Dadaczynski K, Fischer L, Liegmann K, Paulus P, Morgenstern M. Ganzheitliche Ansätze der psychischen Gesundheitsförderung im Setting Schule. Argumente, konzeptionelle Ansätze und Wirkungen am Beispiel der Intervention MindMatters. In: Schmitz J, Greiner-Döchert F, Baumann E, Saalbach H, editors. Psychische Gesundheit und Wohlbefinden in Schule und Unterricht. Berlin, Heidelberg: Springer; 2025.
31. Präventionsnetzwerk Ortenaukreis. Offenburg: Landratsamt Ortenaukreis; [accessed 2026 Apr 24]. Available from: https://www.pno-ortenau.de
32. Fröhlich-Gildhoff K, Böttinger U, editors. Prävention und Gesundheitsförderung als kommunale Strategie. Konzept, Entwicklung und Evaluation des „Präventionsnetzwerks Ortenaukreis (PNO)“. Freiburg: FEL; 2018.
33. Morciszek M. Konzept zur Resilienzförderung für Berufstätige. Kassel: Ziel&Impuls GbR: 2019.
34. 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

Korrespondenz: Prof. Dr. Maike Rönnau-Böse, Evangelische Hochschule Freiburg, Zentrum für Kinder- und Jugendforschung, Bugginger Str. 38, 79114 Freiburg, Deutschland, E-mail: roennau-boese@eh-freiburg.de

Zitierhinweis: Rönnau-Böse M, Fröhlich-Gildhoff K. Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i101-1.0

Copyright: © 2026 Maike Rönnau-Böse 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/

Resilienz von Gemeinschaften, Städten und Gemeinwesen / Community Resilience 1 Hintergründe, Verständnis und Modelle

Irmtraud Beerlage[1]
[1] Berlin, Germany

Abstract

Unter dem englischsprachigen Begriff der Community Resilience wird die Widerstandskraft sozial-räumlicher Systeme gegenüber außergewöhnlich belastenden Ereignissen verstanden. Je nach Fachdisziplin und/oder Politikbereich, liegt der Fokus eher auf sozial-interaktiven, gemeinschaftlichen Strukturen und Prozessen oder auf technischen, institutionellen, kommunalen und gesamtgesellschaftlichen Einflussfaktoren. Zudem unterscheiden sich die Verständnisse hinsichtlich der betrachteten Risiken, gegenüber denen die Widerstandskraft analysiert wird und ggf. gestärkt werden soll. Die unterschiedlichen Verständnisse werden zunächst vorgestellt. Abschließend wird eine umfassende Konzeptualisierung von Community Resilience im Kontext der Gesundheitsförderung vorgestellt. In einem weiteren Begriff wird die Umsetzung der Konzepte beschrieben (Resilienz von Gemeinschaften, Städten und Gemeinwesen / Community Resilience 2 Resilienz-Förderung).

Keywords: Gemeinschaft, Gemeinwesen, Gemeinde, Stadt, Kommune, Katastrophe, Bevölkerungsschutz, Resilienz/Resilience, Nachhaltigkeit, Gemeindeorientierung, Sense of Community

Vorbemerkung

Im Frühjahr 2023 beeinflussten in der Bundesrepublik Deutschland mit der COVID-19-Pandemie, katastrophalen Wetterereignissen und dem Angriffskrieg Russlands in der Ukraine drei gesellschaftliche Ausnahmesituationen nahezu alle Politikfelder. Im Zusammenhang mit den Folgen für die betroffenen Menschen tauchen seitdem vermehrt Fragen nach der Widerstandsfähigkeit von sozialen Systemen unter dem Einfluss von Krisen und Katastrophen auf: Wie können Bürgerinnen und Bürger, Institutionen und das gesamte Gemeinwesen gegenüber gesellschaftlichen Krisen und katastrophalen Ereignissen „gemeinsam stark“ handeln, Widerstandskräfte entwickeln und neue Wachstumspotentiale entfalten? Wie kann man Bürgerinnen und Bürger, Institutionen und das gesamte Gemeinwesen zukünftig vor dem Eintritt zukünftiger Krisen und Katastrophen stärken? Diese Fragen wurden und werden auch in der Gesundheitsförderung behandelt.

International wird das Thema der Widerstandsfähigkeit sozialer bzw. sozial-räumlicher Systeme in Forschung und Praxis unter dem englischen Fachbegriff der „Community Resilience“ diskutiert. Eine Schwierigkeit der Übersetzung und Definition besteht darin, dass gegenwärtig in den Konzeptualisierungen der Community Resilience sehr unterschiedliche Verknüpfungen der Bedeutungsfacetten von Community und Resilienz anzutreffen sind [1], siehe auch Resilienz und Schutzfaktoren [2], Sozialraum- und Gemeindeorientierung in der Gesundheitsförderung [3]. Eine Definition wird auch durch unterschiedliche disziplinäre Perspektiven aus Sozial-, Natur-, Geo- und Politikwissenschaften oder politischem Handlungsfeld erschwert, die ganz unterschiedliche Risiken und Schutzgüter behandeln [4].

Als gemeinsamer Bedeutungskern wird Community Resilience als Widerstandskraft sozial-räumlicher Systeme gegenüber außergewöhnlich belastenden Ereignissen verstanden.

Krisen und Katastrophen als Motor der Forschung zur Community Resilience

Die Verwendung des Begriffs Community Resilience hat in gleicher Weise in zahlreichen Disziplinen zugenommen wie der der Resilienz.

Der Terroranschlag auf das World Trade Center am 11. September 2001 kann als Wendepunkt in der

sozialwissenschaftlichen Katastrophenforschung und im Krisenmanagement betrachtet werden, da erstmalig intensiv soziale und nicht nur individuelle Aspekte der Bewältigung und Erholung im Kontext einer Katastrophe ausführlich beleuchtet wurden [5], [6]. International stiegen die Publikationszahlen zu Community Resilience nach dem Hurrikan Katrina im August 2005 in New Orleans erneut rapide an, in denen die unterschiedliche Erholungsfähigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner unterschiedlicher Stadtteile und Communities thematisiert wurde. Damit wurde auch der Einfluss sozio-kultureller Ungleichheit augenfällig.

Große, bislang nahezu unvorstellbare, unvorhersehbare, plötzlich eingetretene Katastrophen, aber auch langsam sich entwickelnde Krisen wie Klimaveränderungen mit Starkregen, Dürren, Überschwemmungen und Landrutschungen haben außerdem zunehmend den Zweifel an der Verhinderung (prevention) von Ereignissen und ihren Folgen aufkommen lassen und den Blick auf die Vorbereitung (preparedness) auf das „Restrisiko“ gelenkt.

Die Forschung zu Community Resilience hat insgesamt ihren Niederschlag in einem veränderten Verständnis von Krisen und Katastrophen als zum einen Systemerschütterung und zum anderen sozio-kulturellem Ereignis gefunden. Mit der Berücksichtigung ihrer Dynamik wurde außerdem der Blick von der Verhinderung spezifischer Gefahren auf die generalisierte Vorbereitung auf alle möglichen Risiken gelenkt.

Der Systemcharakter von Krisen und Katastrophen: Statt lineare Wirkungen von einzelnen oder multiplen, grenzwertigen oder potenziell zerstörerischen Kräften und schützenden Faktoren auf (vulnerable) menschliche Individuen und Objekte zu untersuchen, stehen ganze soziale, organisationale, natürliche, technische und politische Systeme im Zentrum von Forschung und Praxis verschiedener Disziplinen und Handlungsfelder.

Der soziale Charakter von Krisen und Katastrophen: Die Befassung mit der Community Resilience resultiert aus dem sozialen und erlebten Charakter von gesellschaftlichen Krisen und Katastrophen jeglichen Ursprungs. Der Begründer der (Katastrophen-)Soziologie Lars Clausen definierte als bestimmendes Merkmal einer Katastrophe, „dass Menschen betroffen sein müssen“ ([7], S. 249). Norris u. a. ergänzen, dass Betroffene „ein potenziell traumatisches Ereignis *gemeinsam* [Hervorhebung der Autorin] erfahren...“ ([8], S. 128). Katastrophen haben aber nicht nur psychosoziale Auswirkungen auf Menschen, sondern sie können auch auf der Basis vorausgehender individueller oder gemeinschaftlicher, gesellschaftlicher, ökonomischer, sozialer und ökologischer Risikowahrnehmungen, Risikoabwägungen und Entscheidungen zustande kommen, die krisenhafte Zuspitzungen oder Katastrophen befördern [9], [10], [11]. Felgentreff, Kuhlicke und Westholt [12] sprechen daher auch von „Sozialkatastrophen“.

Katastrophen als sozial-räumliche Ereignisse: Katastrophen betreffen Menschen in der sie umgebenden Umwelt in ihren Settings und Lebenswelten [13] (Settingansatz−Lebensweltansatz). Der sozial-räumliche, lokale Charakter der Katastrophe bestimmt die sozial ungleich verteilten Risiken sowie die physischen, psychischen und physikalischen Schäden und Folgeprobleme. Zum anderen bestimmen sozial-räumliche Merkmale auch das Spektrum und die Leistungsfähigkeit der zivilgesellschaftlichen und institutionellen Akteurinnen und Akteure, mit denen lokale Resilienz auf allen Ebenen im Vorfeld und nach eingetretenen Katastrophen gefördert werden kann [14].

Katastrophen als dynamische Ereignisse: Katastrophen haben unterschiedlich lange Vorlaufzeiten mit entsprechenden Warn- und Schutzmöglichkeiten, eine hohe Dringlichkeit und Eigendynamik in der akuten Einwirkung, in der Wahrnehmung und akuten Bewältigung im sozialen System und professionellen Krisenmanagement, sowie unterschiedlich lang andauernde Folgen und Wiederherstellungsphasen. Die jeweiligen Rollen von sozialem Netzwerk, Zivilgesellschaft und Behörden können in Abhängigkeit von den jeweiligen Phasen stark variieren.

Vorbereitung auf das Undenkbare: In Vorbereitung auf die undenkbaren sogenannten „Restrisiken“ stellt sich daher für Forschung und Praxis die Aufgabe einer wissenschaftlich fundierten generalisierten Vorbereitung zum Schutz von Individuen und Gruppen vor und nach allen möglichen Gefahren in einem „All-Gefahren/All-Hazard-Ansatz“ [15]. Alle Kapazitäten der lokalen Infrastrukturen und Organisationen, Bürgerinnen und Bürger sowie Ressorts sollen dazu in einem (Whole-of-Government/Whole-of-Society-Approach) (gesamtstaatlichen = alle Ressorts integrierenden und gesamtgesellschaftlichen = alle zivilgesellschaftlichen Akteure einschließenden) Risiko- und Krisenmanagement zusammengeführt werden.

Resilienz als interdisziplinäres Brückenkonzept zur Förderung der lokalen Resilienz

In der Öffentlichkeit wird Resilienz oft mit der psychologischen Definition von Resilienz gleichgesetzt [16], Resilienz und Schutzfaktoren [2]. Alexander [1] konnte jedoch belegen, dass der Begriff Resilienz bereits seit der Antike und seit seiner ersten wissenschaftlichen Verwendung durch Sir Francis Bacon im Jahr 1625 in nahezu allen Disziplinen Verwendung findet – jedoch mit abweichenden Bedeutungen.

Disziplinübergreifend wird Resilienz im Kontext eines potenziellen oder eingetretenen, massiven oder grenzwertig schädigenden Einflusses (impact) diskutiert, der grundsätzlich geeignet wäre, das untersuchte System zu zerstören, alltägliche Abläufe zu unterbrechen bzw. vorübergehend ganz zu verunmöglichen.

Allen Disziplinen ist gemeinsam, dass das Geheimnis der Widerstandskraft, der Wiederherstellungsfähigkeit und ggf. des Lernens aus der Krise gelüftet werden soll. Alle Disziplinen benennen Schutzgüter, die es in grundsätzlich möglichen und anzunehmenden Krisen zu bewahren gilt. Diese unterscheiden sich jedoch erheblich auf unterschiedlichen Dimensionen und den jeweils daraus resultierenden Fragen, wie man Resilienz fördern kann.

- *Gegenstandsdimension: Resilienz von was, vor was, mit was?* Welches Schutzgut soll resilient werden? Welche Risiken werden bedacht? Welche schützenden Ressourcen werden angenommen?
- *Zeitdimension: Wann?* In welcher Phase soll Resilienz aufgebaut werden und/oder wirken: Verhinderung von Schäden (prevention) – Aufbau von Schutzfaktoren und Bewältigungskapazitäten vor dem Ereignis (preparedness) – Schutz in der Einwirkungsphase des Ereignisses (mitigation) – Ressource in der akuten Handhabungsphase (response) – Ressource in oder Merkmal einer (besser verlaufenden, besser gelingenden) Erholungsphase (recovery) – (besseres) Bewältigungsergebnis und (nachhaltiges) Lernen aus der Krise (evaluation). Die in Klammern stehenden Begriffe stehen national und international für unterschiedliche Zeitfenster im Krisenmanagement.
- *Zieldimension: Mit welchem Ziel?* Wird die Wiederherstellung des Ausgangszustandes angestrebt (bounce back) – ein (posttraumatisches) Wachstum („bounce forward“) – eine nachhaltige Entwicklung (sustainability oder „build back better“) – und deren Kombination bei unterschiedlichen zugleich betroffenen Schutzgütern?
- *Wertedimension: Warum und mit welcher Priorität?* Welche Schutzgüter sollen priorisiert werden? Welche stehen im Wertekonflikt miteinander (z. B. Versammlungsfreiheit und Infektionsschutz). Ist Resilienz grundsätzlich nur positiv als Schutz vor dauerhaft negativer Veränderung zu sehen – oder auch als kritisch zu bewertende Beharrung? Welche Systeme sind resilient, aber gemeinschaftsschädigend (siehe beispielsweise die Mafia, der Klu-Klux-Clan oder totalitäre Staaten; [17]).
- *Größendimension der Interventionseinheit(en): Wer und wo?* Wie ist die sozio-lokale Einheit bemessen? Die einzelne Person, der Haushalt, die Nachbarschaft, die vulnerable Ortslage, die Organisation, das Quartier, die Stadt, die Region, die Wirtschaft, das Gesundheitswesen, die Gesundheitsförderung oder die gesamte Gesellschaft?
- *Kooperationsdimension: Mit wem?* Welche aktive oder passive Rolle und welche Kompetenzen der Bevölkerung werden betrachtet? (vgl. [18], [19])

Trotz oder vielleicht sogar wegen seiner unscharfen Verwendung wird der (Community-) Resilienzbegriff derzeit durchaus als disziplinübergreifendes Integrationskonzept [20] oder als hilfreiche und Hoffnung spendende Metapher im gesellschaftlichen Dialog über Krisen und Bedrohungen [8] angenommen.

Der Resilienzdiskurs wird jedoch auch kritisch gesehen: Zuweilen hat der Resilienzbegriff als „wohltuender“ Modebegriff und alles-und-nicht-sagendes „Buzzword“ [21] den der Ressourcenorientierung oder Salutogenese [22] abgelöst. Häufig wird er mit ihnen gleichgesetzt oder stellt einen Unterpunkt von Salutogenese und Ressourcenorientierung dar [23]. So kann die Hoffnung auf gemeinschaftliche Anstrengungen, generalisierte Vorbereitungen und den Aufbau schützender Faktoren die Gefahr bergen, die Fata Morgana der maximalen Vermeidbarkeit, Kontrolle und/oder Bewältigbarkeit von Unglück, Leid, Verlust und Sterblichkeit zu nähren – analog zur „Fata Morgana der Gesundheit“ ([24], S. 27).

Der Wunsch nach Kontrolle, verschont werden, rascher Erholung und posttraumatischem Wachstum blendet unter Umständen die allgemein-menschliche Möglichkeit von Verlust, Leid, Trauer und auch

Zerbrechen am Unglück aus und schreibt katastrophale Ereignisse dem Versagen der Vorsorge oder unzureichenden Coping-Strategien zu [25]. Mitleidsfähigkeit und gemeinschaftliche Trauer sollten jedoch ebenfalls als Teil der Widerstandskraft von Gemeinschaften angesehen werden [26], [27].

Kritisch wird auch gesehen, dass mit der Konzentration auf Vorbereitung, Bewältigung und Erholung die Gefahr besteht, dass der Aspekt der Prävention von Krisen in den Hintergrund rückt, Restrisken hingenommen werden. Außerdem könnte der Wachstumsgedanke von Nachhaltigkeitsstrategien preisgegeben werden [28]. Soll die Community Resilience als Kompensation von begrenzten staatlichen Kapazitäten aufgebaut werden, wird die Auslagerung von staatlicher Verantwortung kritisiert [17].

Um gemeinsames interdisziplinäres, interprofessionelles und sektorübergreifendes Handeln für Resilienz vor und nach der Krise und gegen Gefahren auf lokaler Ebene zusammenzuführen, erscheint daher eine intensive Verständigungsphase darüber erforderlich, „wer vor was wann wo und warum“ geschützt werden soll [18], [19] – und wie mit wem mit welcher Priorität und mit welchem Ziel [29] (Resilienz von Gemeinschaften, Städten und Gemeinwesen / Community Resilience 2 Resilienz-Förderung).

Community Resilience – Verständnisse und Modelle

Im gegenwärtigen Community Resilience-Diskurs lassen sich unterschiedliche Bilder, implizite oder explizite „Modellvorstellungen“ bzw. Verständnisse ausmachen:

*Psychologisch-individuumszentriertes Verständnis:*Community meint hier die Summe von Individuen. In dieser Vorstellung ergibt sich die Resilienz von (Teil-)Populationen aus der Summe der biographischen oder ereignisbezogenen Resilienz der einzelnen Mitglieder/Individuen (Motto: „Wenn alle gestärkt sind, ist das Gemeinwesen stark.“) Diese Resilienz wird oft gleichgesetzt mit der umfassenden, jedoch insbesondere der psychosozialen Gesundheit [30], [23], [31].

Zwei Stränge der psychologischen Resilienzforschung lassen sich unterscheiden:

- Aus entwicklungspsychologischer Perspektive steht die Entwicklung der Resilienzfaktoren aus verfügbaren individuellen und sozialen Ressourcen im Zentrum der Forschung [2] (z. B. Resilienz und Schutzfaktoren). Resilienzfaktoren wiederum tragen zur Ausformung der jeweiligen Qualität der Resilienz bei. Diese kann zu späteren Zeitpunkten als integrierte Bewältigungsressource zur Bewältigung von Alltags- und Extrembelastungen genutzt werden. Zeitlich wird sie vor der Konfrontation mit (extremen) Belastungen betrachtet.
- Aus klinisch-psychologischer, psychotraumatologischer Perspektive steht die Wirksamkeit der unterschiedlich stark ausgebildeten Resilienz bei der Abpufferung der Einwirkung sowie der Bewältigung traumatisch erlebter Ereignisse im Zentrum (z. B. [32], [33]). Sie entfaltet ihre Wirksamkeit erst mit und nach dem Eintreffen der potenziell traumatisierenden Erfahrung als Bewältigungsressource sowie als besseres Ergebnis oder besserer Prozess der Bewältigung.

Institutionszentriertes Verständnis: Auch hier lassen sich zwei konzeptionelle Stränge unterscheiden, in denen entweder stärker die Widerstandskraft als Leistungsfähigkeit nach außen oder die Krisenfestigkeit nach innen betrachtet wird.

- Organisationale Resilienz nach außen meint die Leistungsfähigkeit und Maßnahmen von Organisationen durch Vorbereitung, sowie die Angemessenheit und ausreichende Kräfte und Mittel der Katastrophenbewältigung (z. B. Ausstattung der notfall-medizinischen Versorgung, Ausfallsicherheit der Stromversorgung und Müllabfuhr, Aufrechterhaltung des ÖPNV, der Krisen-Hotline oder der psychosozialen Einrichtung). Die Organisationen sind darin die maßgeblich Planenden, Steuernden, Führenden und Handelnden. Partner von Planungs- und Bewältigungsprozessen sind andere Institutionen, Behörden, Ressorts oder kritische Infrastrukturen. Die (lokale) Bevölkerung wird als Community bezeichnet, spielt aber nur als passiver Adressat von Maßnahmen der Institutionen/Behörden eine Rolle (Motto: „Wir sind die Experten.“) (z. B. [34], [35]).
- Zunehmend wird der Begriff der organisationalen Resilienz auch im ökonomischen Kontext verwendet. Er bezeichnet die Krisenfestigkeit von Unternehmen in Zeiten wirtschaftlicher und sonstiger Krisen. Im Zentrum steht die Krisenfestigkeit nach innen. Die soziale Einheit ist die Gesamtheit der Mitglieder der Organisation. Neben der Robustheit harter struktureller Merkmale wie Finanzen, Produktion, IT, Sicherheit etc. werden auch weiche Parameter betrachtet: Regeln und Normen des internen Miteinanders, Interaktionsabläufe, Kommunikations- und Führungsstrukturen, Organisationskultur und Organisationsklima [36], die zum Erhalt der Human Resources und zur Leistungsfähigkeit beitragen. Die Resilienzförderung auf der Ebene der Mitglieder umfasst das Personalmanagement, die Betriebliche Gesundheitsförderung [37] und die

Organisationsentwicklung [38] (Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung) [39]. Vorbereitende und präventive Aspekte und Aspekte der Krisenbewältigung mischen sich in diesem Konzept.

Additives institutionszentriertes Verständnis: Eine Unterform des institutionszentrierten Modells, in dem der Bevölkerung, den Bürgerinnen und Bürgern eine gewisse Rolle zugeteilt wird, die Institutionen/Behörden jedoch die Steuerungshoheit behalten, ist das additive institutionszentrierte Modell. Darin werden Grenzen der Leistungsbereitschaft der Organisationen/Behörden benannt, die eine subsidiäre Auslagerung von Teilverantwortlichkeiten an die Bürgerinnen und Bürger zur Bewältigung der Krise oder Katastrophe erforderlich machen. Die Bevölkerung wird nach geographischen und soziodemographischen Merkmalen differenziert und als Zielgruppe mit Risikoinformationen und Leitfäden paternalistisch zum „richtigen" Verhalten vor und in Notlagen adressiert. Im Ereignisfall wird die Kompetenz der Bevölkerung als ergänzende Ressource in behördliches Handeln eingebunden (Motto: „Wir sorgen für Sie – aber Sie sollten kooperieren und auch etwas beitragen.").

Psychosoziales Verständnis: In dieser vorrangig aus der Sozialpsychologie und Soziologie sowie Gemeindepsychologie gespeisten und in der Gesundheitsförderung dominanten Vorstellung entsteht die Resilienz der Gemeinschaft und des Gemeinwesens aus koordinierten sozialen Interaktionen. Soziale Ressourcen [40], [41] (Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung; Soziale Unterstützung) werden einerseits in ihrem Nutzen für die Gesundheit und Resilienz einer Person als Ressource für ihre gesunde psychosoziale Entwicklung sowie die individuelle und gemeinschaftliche Bewältigung alltäglicher Belastungen und kritischer Lebensereignisse hervorgehoben. Andererseits stehen die stärkenden und schützenden Effekte sozialer Verbindungen und Leistungen für die Tragfähigkeit des Gemeinwesens im Zentrum der Betrachtung [42] (Capacity Building / Kapazitätsentwicklung). Die Kohäsion und Widerstandskraft eines Gemeinwesens, das Soziale Kapital [43], ergibt sich danach aus der Summe, Dichte und Stärke der Bindungen zwischen den Mitgliedern eines Gemeinwesens.

Die Mitglieder der Gemeinschaft(en) und des Gemeinwesens werden als aktive, initiativ handelnde, durch direkten und indirekten sozialen Austausch und geteilte Werte miteinander verbundene kompetente Akteurinnen und Akteure wahrgenommen. Sie können/sollen an politischen Entscheidungen partizipieren. Dabei wird Diversität nicht ausschließlich über soziodemographische Merkmale definiert, sondern auch über lebensweltspezifische Wertesysteme, Eigendynamiken und die lebensweltspezifische Expertise der Mitglieder (Motto: „Alle für einen, einer für alle.").

Integrierte Community-(Disaster-)Resilience-Modelle

Integrierte Modelle von Community Resilience entwickelten sich parallel in den Bereichen Ökonomie, Gesundheit, Umwelt, Stadtentwicklung, im Nachhaltigkeitsdiskurs und im Bereich humanitärer Hilfen. Alltagsbelastungen, Vulnerabilitäten und potenziell katastrophale, lokale, regionale und überregionale Notlagen werden in diesen Modellen in ihrer Wirkung auf Mensch und Umwelt zusammen mit Maßnahmen zu deren Prävention, Vorsorge und Bewältigung integriert betrachtet. Notfallereignissen und Katastrophen wird jedoch jeweils ein unterschiedlicher Stellenwert beigemessen: mal werden sie als ein möglicher Stressor im Spektrum anderer belastender Ereignisse behandelt, mal als zentrale extreme Belastung, gegen die Resilienz aufgebaut werden soll (z. B. [8]).

Mit Community ist in diesen Modellen ein lokales oder regionales Gemeinwesen gemeint, das Individuen, Gruppen, Gemeinschaften, Organisationen und alle Institutionen/Behörden sowie Kommunikationsstrukturen umfasst. Soziokulturellen Praktiken und Bedeutungen kommt darin in unterschiedlichem Maße eine Bedeutung zu.

Integrierte Modelle bilden die gesamtstaatliche und gesamtgesellschaftliche Herstellung der Community Resilience in lokalen bzw. regionalen sozialen Systemen (Städte, Stadtteile, Quartiere, Regionen mit ihren Bewohnerinnen und Bewohnern) gegenüber katastrophalen Notlagen ab. Sie integrieren relevante Parameter alltagsbezogener entwicklungsfördernder psychosozialer Resilienz-Modelle (Bildung, soziale Gerechtigkeit, Inklusion, zivilgesellschaftliches Engagement), fokussieren jedoch auf katastrophale Ereignisse. Sie können daher auch als Community Disaster Resilience-Modelle bezeichnet werden. Die in der Prävention, Vorbereitung und Bewältigung gestärkten sozialen Systeme sind zum einen Städte, Stadtteile, Quartiere, zum anderen auch größere, oft geographisch über ihre Vulnerabilität definierte Regionen wie Küsten- oder Bergregionen sowie von Dürre und Armut betroffene Landstriche und ihre Bewohnerinnen und Bewohner.

Einige, vor allem im Gesundheitsbereich entwickelte Modelle integrieren nicht nur Ansatzpunkte zur Förderung resilienter Gemeinschaften, sondern auch eine engere Kooperation auf Augenhöhe von

Institutionen und Bürgerinnen und Bürger. Vorbereitung auf Katastrophen bedeutet darin zugleich, nachhaltige Lösungen zu entwickeln. Zugleich reflektieren sie Barrieren der Teilhabe an den Kapazitäten resilienter Gemeinschaften [44], [8], [45], [46], [47], [48], [49].

Sozioökonomisches Modell [8], [45]; siehe Abbildung 1: Hier werden neben ökonomischen Faktoren und sozialem Kapital auch „weiche“ Merkmale des sozialen Zusammenhalts (z. B. Sense of Community und Heimatgefühl) sowie Problemlösekompetenzen einbezogen, ebenso die Pflege politischer Partnerschaften. In Analogie zur erweiterten Sicht auf Gesundheitskompetenz / Health Literacy [50] gehören auch kritische Kompetenzen und Einmischungsfähigkeit zur Disaster Literacy dazu. Eine wichtige Rolle wird der Glaubwürdigkeit von Medien bzw. Informationsquellen in der Krise beigemessen. Die Autorinnen nehmen an, dass die Resilienz des Gemeinwesens durch arbeitsteilig organisierte, kooperative Beiträge sowohl von Individuen, sozialen Mikrosystemen (Familie, Peers, Bildungs-/Arbeits-Settings), lokalen und alltagskulturell definierten Communities (erweiterte soziale und lokale bürgerschaftliche Zusammenschlüsse) als auch von ökonomischen, rechtlichen und politischen Akteurinnen und Akteuren im politischen und verwaltungsbezogenen gesamtgesellschaftlichen Makrosystem aufgebaut und erhalten wird.

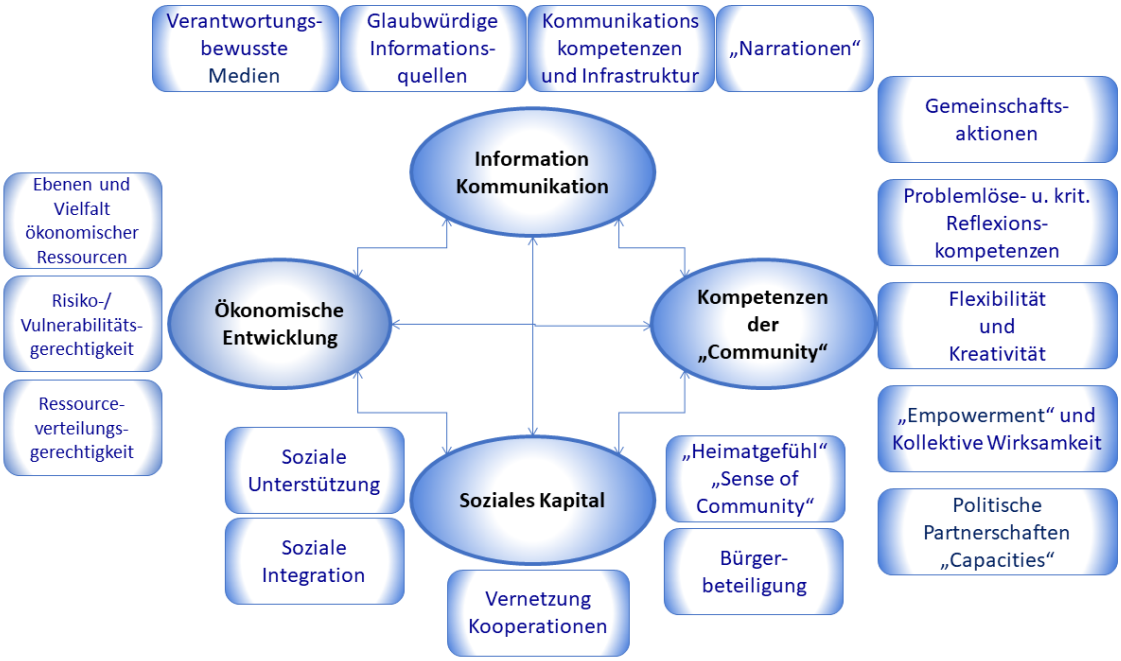


Abb. 1: Sozialökonomisches Modell der Community Resilience (eigene Darstellung nach [9], S. 136)

Sozialkapazitätsmodell [47], [48], [46]; siehe Abbildung 2: In diesem Modell stellt soziales Wohlbefinden [51] (Wohlbefinden / Well-Being) der Individuen und Gemeinschaften eine Voraussetzung für den Ressourcentransfer, den Zusammenhalt und die Bewältigung bzw. die Erholung nach Notfällen dar. Diese im Ereignisfall hilfreichen personalen und sozialen Ressourcen werden im Alltag vor potenziellen Krisen und Katastrophen als allgemeine Ressourcen aufgebaut, wachsen aber auch in und an und nach jeder Krise als spezifische und unspezifische disaster preparedness. Community Resilience, die in Katastrophen wirksam wird, befördert zugleich die nachhaltige Entwicklung des Gemeinwesens. Zentraler „Hebel“ zur Stärkung der Community Resilience ist in diesem Modell auch die psychosoziale Gesundheitsförderung.



Abb. 2: Sozialkapazitätsmodell Modell der Community Resilience (eigene Darstellung nach [49], S. xvi)

Gesamtgesellschaftliches Mehrebenen-Modell [49]: Das Modell basiert auf Untersuchungen von gemeinsamen Bewältigungsprozessen von Katastrophen in Schwellenländern. Es bezieht explizit als Akteurinnen und Akteure auch das Kapital, Innen-, Bildungs-, Umwelt- und Arbeitsressorts und die kritischen Infrastrukturen mit ein: Wasser-, Strom-, Lebensmittel-, Verkehr-, Energie- und Wasserversorgung sowie die medizinische Versorgung. Es geht davon aus, dass die Bewältigung von Katastrophen auch nachhaltige Veränderungsprozesse (bounce forward, bounce back better) auf der behördlichen und institutionellen Ebene anstößt.

Die integrierten Modellvorstellungen folgen dem impliziten Motto „Gemeinsam sind wir (fast) unschlagbar“. So sehr die Komplexität der einbezogenen Akteurinnen und Akteure zur Herstellung von Resilienz und die inhaltlichen Facetten überzeugt, sollte damit dennoch kein Allmachtsmythos gegenüber überwältigenden Ereignissen genährt werden (siehe oben).

Konsequenzen für das Konzept Community Resilience in der Gesundheitsförderung

Der Mehrebenenansatz der Ottawa-Charta [52], das humanistische psycho-soziale Menschenbild der Gesundheitsförderung [53] (Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa), insbesondere der Respekt vor den Kompetenzen der Individuen und Gemeinschaften sowie ihren kulturellen Praktiken und Bedeutungen haben Eingang gefunden in die komplexen theoretischen Konzeptionalisierungen der Resilienz von Personen, Gemeinschaften, Gemeinden und Gemeinwesen auf der Mikro-, Meso- und Makroebene. Auch die strategischen Potenziale und Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung finden in ihnen Berücksichtigung [54], [55], [56], [42] (Gesundheitsbildung; Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger; Empowerment / Befähigung; Capacity Building / Kapazitätsentwicklung).

Mit kooperativem Handeln auf allen Ebenen sollen Gesundheit, Resilienz und Nachhaltigkeit im Kontext von unterschiedlichen Vulnerabilitäten und Katastrophen gefördert werden. Das Programm Health in All Policies [57] (Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP)) bildet den konzeptionellen Rahmen, um Haltungen, theoretische Konzepte und Handlungsstrategien in alle politischen Felder einzubringen, die sich mit Risiken für die Gesundheit und die Unversehrtheit der Bevölkerung befassen.

Im deutschsprachigen Raum bildeten bislang jedoch Community und Resilienz in der Gesundheitsförderung getrennte Diskussionsfelder, um auf unterschiedlichen Ebenen der Ottawa-Charta Modelle bzw. Konzeptionen für die Förderung der Gesundheit im Kontext alltäglicher Belastungen und Lebensbedingungen zu entwickeln: Auf der Ebene der Person wurde der Resilienzdiskurs bislang ausschließlich auf der Basis des psychologisch individuumszentrierten und des psychosozialen Modells geführt. Der Community-Diskurs wurde mit dem Gemeinschaftsbegriff im Settingansatz und mit dem

Kommune-/Gemeindebegriff [3], [58] (Sozialraum- und Gemeindeorientierung in der Gesundheitsförderung; Kommunale Gesundheitsförderung) auf der Ebene der Stadt unter Bezugnahme auf das Capacity Building/Kapazitätsentwicklung [42] geführt. Auf der Ebene der Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik [59] (Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy) dominierte mit Blick auf die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens ein institutionszentrierter Ansatz. Die Bedeutsamkeit des Zusammenwirkens aller Ebenen der Ottawa-Charta im Dienste der Gesundheit und der gemeinschaftlichen Resilienzstärkung wurde bislang nicht mit Bezug zu Notfallrisiken und -ereignissen im Diskurs über gemeindebezogene Gesundheitsförderung zusammengeführt.

Aus den segmentierten Resilienzbegriffen (psychisch gesund entwickeltes Individuum, gesundheitsförderndes Setting, gesunde Umwelt, gesunde Stadt, leistungsfähiges Gesundheitssystem) resultierte das Fehlen eines umfassenden, den Notfall integrierenden theoretischen Community Resilience-Gesamtkonzepts für die Gesundheitsförderung in Deutschland.

In der Gesundheitsförderung wurden Kooperationen mit einem breiten Spektrum unterschiedlicher Politikbereiche aufgebaut (Gesundheit, Soziales, Bildung, Arbeit, Bau und Umwelt, innere Sicherheit). Da die Prävention und (gemeinschaftliche) Resilienzstärkung vor, während und nach Notfallereignissen bislang jedoch nicht als Aufgabe der Gesundheitsförderung (jenseits der individuellen Ebene des Erlebens eines kritischen Lebensereignisses) verankert wurde, fehlen aber unter den Kooperationspartnern Akteurinnen und Akteure aus dem Feld des Zivil- und Katastrophenschutzes/Bevölkerungsschutzes. Durch das Fehlen der Partner aus dem Bevölkerungsschutz wird also auch nicht der Health in All Policies-Ansatz in wirklich allen Politikbereichen umgesetzt.

Anders sieht es international aus: Auf der europäischen Ebene und der Ebene der Vereinten Nationen lagen bereits vor der COVID-19-Pandemie die oben skizzieren integrierten Mehrebenen-Konzeptionen vor, in denen die Vorsorge und Bewältigung von Gesundheitsrisiken auch im Kontext von Krisen und Katastrophen, vor allem im Kontext von Pandemien, berücksichtigt werden und die aktive Mitwirkung der lokalen Gemeinschaften eine bedeutsame Rolle spielt [60], [61], [62]. Entsprechende notfall-und katastrophenbezogene Gesundheitsziele wurden definiert. Es sind deutliche Bezüge zum Nachhaltigkeitsdiskurs hergestellt [29] (Resilienz von Gemeinschaften, Städten und Gemeinwesen / Community Resilience 2 Resilienz-Förderung).

Fazit

Gesundheitsförderung bedarf im deutschsprachigen Raum einer Erweiterung des einbezogenen Spektrums von betrachteten (Gesundheits-)Risiken**,** um ihre gesundheitsschützenden und bewältigungsfördernden Ressourcen und Strategien zur umfassenden Stärkung der persönlichen, gemeinschaftlichen, organisationalen, kommunalen und gesamtgesellschaftlichen Resilienz vor und nach Notlagen, Krisen und Katastrophen in alle Politikfeldern einbringen zu können.

Literatur:

- Matheson K, Asokumar A, Anisman H. Resilience: Safety in the aftermath of traumatic stressor experiences. Front Behav Neurosci. 2020 Dec 21;14:596919. DOI:10.3389/fnbeh.2020.596919

Internetadressen:

- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. Available from: https://www.bbk.bund.de
- Rand Corporation. Available from: https://www.rand.org
- Robert Koch Institut (RKI). Available from: https://www.rki.de
- World Health Organisation (WHO). Available from: https://www.who.int

References

1. Alexander DE. Resilience and disaster risk reduction: An etymological journey. Nat Hazards Earth Syst Sci. 2013;13(11):2707–16. DOI:10.5194/nhess-13-2707-2013
2. Rönnau-Böse M, Fröhlich-Gildhoff K, Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der

Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i101-2.0

3. Quilling E, Kaczmarczyk D, Schäfer P, Trojan A, Süß W. Sozialraum- und Gemeindeorientierung in 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-i021-3.0
4. Wink R. Multidisziplinäre Perspektiven der Resilienzforschung. Wiesbaden: Springer; 2016. (Studien zur Resilienzforschung).
5. Flynn SE. Resilience Expert Thought Piece: Reflecting on 9/11 and the Resilience Imperative. Global Resilience Institute at Northeastern University; 2021. [accessed 2023 Jun 11]. Available from: https://www.northeastern.edu/search/?query=resilience+imperative
6. Bonanno GA. Essay: What 9/11 taught us about trauma and resilience. Wall Street Journal. 2021 [accessed 2023 Jun 11]; Available from: https://www.wsj.com/livecoverage/9-11-20th-anniversary/card/zmfrV9eSnbFmlfH37yTz
7. Clausen L. Meine Einführung in die Soziologie: 15 Vorlesungen in freier Rede. Bandel JF, Schroeter KR, editors. Frankfurt am Main, Basel: Stroemfeld-Verl; 2015.
8. Norris FH, Stevens SP, Pfefferbaum B, Wyche KF, Pfefferbaum RL. Community Resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. Am J Community Psychol. 2008;41:127–50.
9. Endress M. The Social constructedness of resilience. Soc Sci. 2015;4(3):533–45. DOI: 10.3390/socsci4030533
10. Voss M, Dittmer C. Resilienz aus katastrophensoziologischer Perspektive. In: Wink R, editor. Multidisziplinäre Perspektiven der Resilienzforschung. Wiesbaden: Springer; 2016. p. 179–97. (Studien zur Resilienzforschung).
11. Weichselgartner J. Naturgefahren als soziale Konstruktion. Eine geographische Beobachtung der gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit Naturrisiken. Aachen: Shaker; 2002.
12. Felgentreff C, Westholt F, Kuhlicke C. Naturereignisse und Sozialkatastrophen. Berlin: Freie Universität Berlin; 2012 [accessed 2023 Jun 11]. (Schriftenreihe Forschungsforum Öffentliche Sicherheit; 8). Available from: https://www.sicherheit-forschung.de/forschungsforum/schriftenreihe_neu/8/index.html
13. 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
14. Price-Robertson R, Knight K. Natural disasters and Community Resilience: A framework for support. Melbourne: Australian Institute of Family Studies; 2012. [accessed 2023 Jul 15]. (CFCA Paper; 3). Available from: https://aifs.gov.au/sites/default/files/cfca/pubs/papers/a141862/cfca03_0.pdf
15. Bundesministerium des Innern (BMI). Nationale Strategie zum Schutz Kritischer Infrastrukturen (KRITIS-Strategie). Berlin; 2009.
16. Weiss D, Tappeser V, Göll E, Henseling C. Nachhaltigkeit 2.0 – Modernisierungsansätze zum Leitbild der nachhaltigen Entwicklung: Politikempfelungen. Umweltbundesamt, editor. Texte 94. 2017;
17. Exner A. Von der Nachhaltigkeit zur Resilienz? Mögliche Diskursveränderung in der Vielfachkrise. Phase 2. 2013 [accessed 2023 Jun 11];45. Available from: https://www.phase-zwei.org/hefte/artikel/von-der-nachhaltigkeit-zur-resilienz-370
18. Carpenter S, Walker B, Anderies JM, Abel N. From Metaphor to Measurement: Resilience of What to What? Ecosystems. 2001 Dec;4(8):765–81. DOI:10.1007/s10021-001-0045-9
19. Meerow S, Newell JP. Urban resilience for whom, what, when, where, and why? Urban Geography. 2019 Mar 16;40(3):309–29. DOI:10.1080/02723638.2016.1206395
20. Lovell E, Bahadur A, Tanner T, Morsi H. Resilience – The big picture. Top theme sand trends. 2016. [accessed 2023 Jun 21]. (Working paper Overseas Development Institute). Available from: https://odi.org/en/publications/resilience-the-big-picture-top-themes-and-trends
21. Blum S, Endreß M, Kaufmann S, Rampp B. Soziologische Perspektiven. In: Wink R, editor. Multidisziplinäre Perspektiven der Resilienzforschung. Wiesbaden: Springer; 2016. p. 151–78. (Studien zur Resilienzforschung).
22. 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

23. Faltermaier T. Salutogenese und Ressourcenorientierung. In: Kohlmann CW, Salewski C, Wirtz MA, editors. Psychologie der Gesundheitsförderung. Göttingen: Hogrefe; 2018. p. 85–98.
24. Antonovsky A, Franke A. Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt Verlag; 1997. (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis; 36).
25. Zaumseil M, Schwarz S, Vacano M von, Sullivan GB, Prawitasari-Hadiyono JE, editors. Cultural psychology of coping with disasters: the case of an earthquake in Java, Indonesia. New York, Heidelberg, Dordrecht, London: Springer; 2014.
26. Knauer G, Beerlage I. Stärkung der psychosozialen Notfallkompetenz – gemeinsame Aufgabe für PSNV und Notfallvorsorge. Bevölkerungsschutz. 2020;1:24–31.
27. Beerlage I. Psychosoziale und gesundheitswissenschaftliche Beiträge zum Bevölkerungsschutz. In: Behzadi A, Lenz A, Neumann O, Schürmann I, Seckinger M, editors. Handbuch Gemeindepsychologie: Community Psychology in Deutschland. Tübingen: DGVT; 2023. p. 799–823.
28. Gebauer T. Resilienz statt nachhaltiger Entwicklung. Eröffnungsvortrag beim Resilienz-Symposium „Fit für die Katastrophe“ der Stiftung medico international. 2015 [accessed 2023 Jun 21]. Available from: https://www.medico.de/resilienz-statt-nachhaltiger-entwicklung-16433
29. Beerlage I. Resilienz von Gemeinschaften, Städten und Gemeinwesen/Community Resilience. 2 Resilienz-Förderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/bioeg:q4-i1392-1.0
30. Franzkowiak P, Hurrelmann K. Gesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i023-2.0
31. Wirtz MA, Kohlmann CW, Salewski C. Gesundheitsförderung und Prävention – die psychologische Perspektive. In: Kohlmann CW, Salewski C, Wirtz MA, editors. Psychologie der Gesundheitsförderung. Göttingen: Hogrefe; 2018. p. 13–28.
32. Fooken I. Psychologische Perspektiven der Resilienzforschung. In: Wink R, editor. Multidiziplinäre Perspektiven in der Resilienzforschung. Wiesbaden: Springer; 2016. p. 13–45.
33. Reddemann L. Überlebenskunst. Stuttgart: Klett-Cotta; 2013.
34. Robert Koch Institut (RKI), editor. Evidenz erzeugen – Wissen teilen – Gesundheit schützen und verbessern. Forschungsagenda 2018 − 2025. 2018 [accessed 2023 Jul 15]. Available from: https://www.rki.de/DE/Content/Forsch/Forschungsagenda/Forschungsthemenfelder_Inhalt.html
35. Geier W. Strukturen, Zuständigkeiten, Aufgaben und Akteure. In: Karutz H, Geier W, Mitschke T, editors. Bevölkerungsschutz: Notfallvorsorge und Krisenmanagement in Theorie und Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer; 2017. p. 94–128.
36. Ashkanasy NM, Jackson CRA. Organizational culture and climate. In: Anderson N, Ones DS, Sinangil HK, Viswesvaran C, editors. Handbook of industrial work and organizational psychology. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage; 2002. p. 398–415.
37. Hartung S, Faller G. Betriebliche 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-i042-3.0
38. Lobnig H, Metzler B, Dietscher C, Pelikan JM. Organisationsentwicklung als Methode 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-i083-3.0
39. Wellensiek SK. Handbuch Resilienz-Training. Widerstandskraft und Flexibilität für Unternehmen und Mitarbeiter. Weinheim: Beltz; 2011.
40. Quilling E, Brähler-Dieling N, Kuchler M, Trojan A. Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i108-3.0
41. Vonneilich N, Franzkowiak P. Soziale Unterstützung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i110-3.0
42. Nickel S, Trojan A. Capacity Building / Kapazitätsentwicklung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i007-3.0

43. V. D. Knesebeck O. Soziales Kapital. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i111-2.0
44. Bajayo R. Community Resilience: A literature review and public health planning framework. Melbourne: La Trobe University; 2010.
45. Norris FH. Behavioral science perspectives on resilience. Dartmouth: Oak Ridge National Laboratory; 2010. (Carric Research Report; 10).
46. Chandra A, Acosta JD. The Role of Nongovernmental Organizations in Long-Term Human Recovery After Disaster: Reflections From Louisiana Four Years After Hurricane Katrina. Santa Monica, CA: Rand; 2009. [accessed 2023 Jun 11]. Available from: https://www.rand.org/pubs/occasional_papers/OP277.html
47. Chandra A, Acosta JD, MerediTH LS, Sanches K, Howard S, Unscher-Pines L, Williams MV, Yeung D. Understanding Community Resilience in the Context of National Health Security: A Literature Review. Santa Monica, CA: Rand; 2010. [accessed 2023 Jun 11]. Available from: https://www.rand.org/pubs/working_papers/WR737.html
48. Chandra A, Acosta JD, Howard S, Uscher-Pines L, Williams MV, Yeung D, Garnett J, Meredith LS. Building Community Resilience to Disasters: A Way Forward to Enhance National Health Security. Santa Monica, CA: Rand; 2011. [accessed 202 AD Jun 11]. Available from: https://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR915.html
49. Manyena SB. Disaster resilience in development and humanitarian interventions [Dissertation]. Northumbria University; 2009.
50. 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
51. Röhrle B. Wohlbefinden / Well-Being. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i134-1.0
52. World Health Organization (WHO). Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. Genf; 1986.
53. 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
54. 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
55. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
56. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i10-3.0
57. Köckler H, Geene R. Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i157-1.0
58. Quilling E, Leimann J, Tollmann P. Kommunale 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-i043-1.0
59. 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
60. WHO Regional Office for Europe. Gesundheit 2020. Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013. [accessed 2023 Jun 21]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326433/9789289000420-ger.pdf
61. WHO Regional Office for Europe. National healthy cities networks in the WHO European Region: promoting health and well-being throughout Europe. Kopenhagen; 2015.

62. World Health Organization (WHO). Europäisches Arbeitsprogramm 2020 bis 2025 „Gemeinsam für mehr Gesundheit in Europa“. Genf; 2020. EUR/RC70/ Rev 42020-09-03.

Korrespondenz: Prof. Dr. Dipl.-Psychologin Irmtraud Beerlage, Peter-Vischer-Str. 7, 12157 Berlin, Deutschland, E-mail: Irmtraud.Beerlage@h2.de

Zitierhinweis: Beerlage I. Resilienz von Gemeinschaften, Städten und Gemeinwesen / Community Resilience 1 Hintergründe, Verständnis und Modelle. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i1391-1.0

Copyright: © 2026 Irmtraud Beerlage
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/

Resilienz von Gemeinschaften, Städten und Gemeinwesen/Community Resilience 2 Resilienz-Förderung

Irmtraud Beerlage[1]
[1] Berlin, Deutschland

Abstract

Der Beitrag beschreibt Programme und Umsetzungsstrategien zur Förderung der Resilienz/Widerstandskraft auf sozialer, institutioneller, lokaler, kommunaler und gesamtgesellschaftlicher Ebene. Neben dem Politikfeld der Prävention und Gesundheitsförderung stehen hier vor allem die Politikfelder Bevölkerungsschutz und Stadtentwicklung im Fokus, jeweils in der Bundesrepublik Deutschland und im internationalen Raum. Potenziale der jeweiligen Handlungsansätze werden aufgezeigt und Handlungsbedarfe identifiziert, insbesondere in der Politik und Praxis der Gesundheitsförderung. Hintergrund sind komplexe integrierte Modelle der Community Resilience.

Keywords: Resilienz/Resilience, Gemeinschaft, Gemeinwesen, Gemeinde, Zivilgesellschaft, Stadt, Kommune, Community, Gemeindeorientierung, Sense of Community, Katastrophen, Bevölkerungsschutz, Schutz, Sicherheit, Ökologie, Stadtentwicklung, Nachhaltigkeit, Partizipation

Einleitung

Komplexe integrierte Modelle von Community Resilience [1] (Resilienz von Gemeinschaften, Städten und Gemeinwesen / Community Resilience 1 Hintergründe, Verständnis und Modelle) fundieren multidisziplinäre und multiprofessionelle, gesamtstaatliche und gesamtgesellschaftliche Strategien zum Schutz vor Gefahren aller Art. Sie streben soziale Haltungen, Kompetenzen, Zusammenhalt und Zusammenarbeit nicht nur als Ziele an, sondern fördern deren Aufbau durch soziale Aktionen, Empowerment und Partizipation. Neben Akteurinnen und Akteuren der Prävention und Gesundheitsförderung tragen eine Vielzahl von weiteren Akteurinnen und Akteuren in unterschiedlichen Politikfeldern zur Entwicklung von Resilienz lokaler Gemeinschaften gegenüber Alltagsbelastungen und potentiell zerstörerischen Notfällen und Katastrophen bei. Komplexe Modelle integrieren Maßnahmen zum Aufbau von Resilienz in die nachhaltige Entwicklung des Gemeinwesens.

Förderung der Resilienz von „Gemeinschaften, Städten und Gemeinwesen“ im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention

Gemeinsam sind allen Aktivitäten zur Erhöhung der Widerstandskraft sozialer Systeme auf den Ebenen der Ottawa-Charta das Schutzgut der menschlichen Gesundheit [2] über die Lebensspanne sowie das Schutzgut der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit [3] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit). Je nach Handlungsebene oder Akteurin bzw. Akteur kommen die Schutzgüter der sozialraumbezogenen Lebensqualität [4], [5] (Lebensqualität − ein Konzept der individuellen und gesellschaftlichen Wohlfahrt; Umweltgerechtigkeit), der Sicherheit vor Kriminalität (security) sowie der Schutz der Gesundheit in gesundheitlichen Notlagen hinzu.

Community wird unterschiedlich verstanden (1) als Gemeinschaft und real gelebtes soziales Netzwerk [6] (Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung) in Settings oder Lebenswelten [7] (Settingansatz–Lebensweltansatz), als (2) Stadt mit öffentlichen Verwaltungen, Kritischen Infrastrukturen und Bürgergesellschaft oder als (3) umfassendes gesellschaftliches Gemeinwesen [8] (Sozialraum- und Gemeindeorientierung in der Gesundheitsförderung).

Handlungsansätze in Deutschland im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention

Vergleicht man die Ziele und Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung in Deutschland mit den im Sozioökonomischen Modell und im Sozialkapazitätsmodell eines resilienten Gemeinwesens aufgenommenen Zielen und Handlungsstrategien [1] (Resilienz von Gemeinschaften, Städten und Gemeinwesen/Community Resilience 1 Hintergründe, Verständnis und Modelle), so werden zahlreiche Ziele bereits verfolgt und die meisten Maßnahmen umgesetzt:

- *Ziele:* Physische und psychische Gesundheit, soziales- und ökonomisches Wohlbefinden, Soziale Unterstützung, Bindung, Integration und Vernetzung, organisationale Verbindungen und politische Partnerschaften, Sense of Community, Ressourcen-Gerechtigkeit, soziales Kapital, kollektive Wirksamkeit.
- *Maßnahmen:* Empowerment, Partizipation, Bildung, Ermöglichung von gerechten Ressourcenzugängen, Vernetzung und Bildung von Partnerschaften, Capacity Building und Förderung der Verbundenheit mit der lokalen Gemeinschaft/Sense of Community [9] (Gemeindepsychologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit).

Auf der Ebene der personenbezogenen Gesundheitsförderung wird die Gemeinschaft eher indirekt über die Stärkung von „life skills“ inklusive sozialer Kompetenzen im Vorfeld von Lebensrisiken und -belastungen gefördert [10], [11] (Resilienz und Schutzfaktoren; Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung). Grundlage personenbezogener Bildungsmaßnahmen ist ein komplexes, interaktives und kritisches Gesundheitskompetenz-Verständnis [12]. Inhaltlich fehlt jedoch die Förderung der „Katastrophenkompetenzen“ [13] oder „Notfallkompetenzen“ [14] (Disaster Literacy) und ist bisher auch zukünftig nicht vorgesehen [15]. Das Wissen zum Schutz der Gesundheit vor, in und nach Notfällen und Katastrophen ist daher in der Allgemeinbevölkerung bisher gering [16], [17].

Nach dem Settingansatz–Lebensweltansatz [7] der Gesundheitsförderung erfolgt die Stärkung gemeinschaftlicher Resilienz organisationsintern durch soziale Aktionen, Partizipation [18], [19] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger; Empowerment/Befähigung, mit indirekten und direkten Effekten auf die soziale Einbettung und Unterstützung der Mitglieder und die Widerstandskraft der Gemeinschaft in formellen Institutionen/Settings sowie informellen sozialen Netzwerken [6] (Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung) und Lebenswelten [20] (Lebenslagen und Lebensphasen). Die Widerstandskraft der Mitglieder wird nach innen gegenüber Alltagsbelastungen gefördert, zudem in medizinischen und psychosozialen Einrichtungen nach außen (Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten, Besucherinnen und Besucher sowie Nutzerinnen und Nutzer …). Bisher fehlen jedoch auch im Settingansatz die in integrierten Community Resilience-Modellen geforderten Komponenten der Sensibilisierung und des gemeinschaftlichen Aufbaus einer Schutzkultur gegenüber Notfallereignissen [21].

Lediglich in Arbeitsfeldern mit erhöhtem Risiko für extreme Arbeitserfahrungen und potenziell traumatisierende Erfahrungen sind resilienzstärkend vorbereitende sowie bewältigungsunterstützende nachsorgende Angebote der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) [22] (Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV)) implementiert [23], [24].

In der gemeindenahen/kommunalen Gesundheitsförderung werden der (lokale) gesellschaftliche Zusammenhalt, der Sense of Community, aber auch die Robustheit der Institutionen im Dienste der Tragfähigkeit des gesamten kommunalen Gemeinwesens gegenüber Alltagsbelastungen gefördert [8] (Gesunde-Städte-Netzwerk; Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit; Sozialraum- und Gemeindeorientierung in der Gesundheitsförderung). Ergänzend finden sich in einzelnen Aktivitäten und Programmen zwei Aspekte:

- mitigierende Anpassungsstrategien an den Klimawandel im Rahmen einer Nachhaltigkeitsstrategie sowie
- Gewaltpräventionsstrategien zur Förderung des Schutzgutes Sicherheit/Security [25], [26].

Schutz-/Safety-Strategien, also Bevölkerungsschutzmaßnahmen gemeinschaftlicher Notfallvorsorge und Selbsthilfe im Quartier finden keine Erwähnung in deutschen Strategiepapieren des „Gesunde Städte-Netzwerk“ [26]. Auch sind Behörden und Organisationen des Bevölkerungsschutzes als Partner nicht einbezogen.

Im Feld von Public Health dominieren drei institutions-/versorgungszentrierte (additive) Ansätze:

- Die Förderung der Gesundheit der Bevölkerung/einzelner Populationen durch Risikokommunikation (prevention; siehe z. B. Robert Koch Institut).
- Die Förderung der organisationalen Resilienz des Gesundheitswesen für den Fall medizinischer Notlagen (preparedness) (z. B. [27]; siehe z. B. Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) e.V., Robert Koch Institut oder Sicheres Krankenhaus).
- Die medizinische, aber auch psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung der Bevölkerung nach Großunglücken (response, revovery) zur Förderung der raschen Erholung (siehe z. B. Bundespsychotherapeutenkammer).

Der Notfall wird auch hier jenseits der Notfallmedizin bislang nicht als Fall für Präventionsakteurinnen und -akteure angesehen. Es dominiert ein individuumzentriertes, psychologisches Verständnis von Resilienz. Die Gesellschaft wird als Summe von Individuen, Zielgruppen und Haushalten konzipiert. Als gesundheitliche Risiken werden nur Unfälle und Gewalt thematisiert [27], [28]. Partner aus dem Zivil- und Katastrophenschutz sind nicht einbezogen (siehe [27], S. 37, [29], S. 8) In der „Priorisierung von Forschungsthemen für Public Health“ errang der Themenkomplex Public Health, Krisen und Katastrophen nur Rang 45 (von 46) [30]. Eine paternalistische „adressaten-orientierte Kommunikation eines Krankheitsrisikos, eines riskanten Gesundheitsverhaltens oder des Risikos eines schweren Verlaufs einer Infektionskrankheit“ prägt nach wie vor auch die Forschungsagenda 2018 bis 2025 des Robert Koch Institutes (2018).

Handlungsansätze und Programme im internationalen Raum im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention

Grundsätzlich unterscheiden sich die Handlungsansätze und -strategien auf bundesdeutscher und internationaler Ebene nicht. Ein zentraler Unterschied ist jedoch, dass auf allen Ebenen der Gesundheitsförderung in internationalen Programmen das Schutzgut der Gesundheit(sförderung) auch unter den Bedingungen von Großunglücken und (lokalen) Katastrophen (mit)gedacht wird. Die Strategien und Kompetenzen der Gesundheitsförderung sind in den Aufbau einer umfassenden Schutzkultur auf allen Handlungsebenen und in der gemeinschaftlichen Bewältigung und Erholung von Notfällen und Katastrophen eingebunden. Ein größerer Stellenwert wird auch der Beteiligung an der Krisenkommunikation in der Akutphase eines katastrophalen Ereignisses beigemessen. Der Beitrag von Public Health zur Community (Disaster/Emergency) Resilience ist im Kontext eines breiten Spektrums von Risiken und Notlagen vorgesehen [31], [32], [33].

Die wichtigsten Impulse zu erweiterten Theorieentwicklungen und Maßnahmeplanungen erfolgten zunächst organisationszentriert aus dem System der notfallmedizinischen Versorgung im Rahmen internationaler und nationaler Pandemieplanungen der Behörden mit den Zielen „Emergency Preparedness“, und „Community Response and Recovery Capacities“ und umfassender „Community Emergency Resilience“ (z. B. [34], [35], [36], [37]). Die Resilienzstärkung soll auch zur nachhaltigen Entwicklung des Gesundheitswesens beitragen ([38], S. 17).

Mittlerweile wurde international die Vermittlung von Notfallkompetenzen / Disaster Literacy mit dem Ziel der „Disaster Resilience“ in unterschiedlich enge oder weite Konzepte der personenbezogenen und settingbezogenen Gesundheitsbildung integriert (vgl. [39], [40], [41], [42].

Das 2012 verabschiedete Europäische Rahmenkonzept Health 2020 [43] formuliert zwei Gesundheitsziele mit Bezug zu Notfällen und Katastrophen:

- Emergency Preparedness, „die Stärkung von Notfallvorsorge, Surveillance und Gegenmaßnahmen für Notlagen und Krisenfälle im Bereich der öffentlichen Gesundheit und die wirksame Beherrschung der gesundheitlichen Aspekte von Notlagen und humanitären Katastrophen“ ([43], S. 21). Der Schutz der Gesundheit ist demnach unter den Bedingungen jeglicher Art von Notfällen und Katastrophen zu gewährleisten.
- Community Resilience, Schaffung widerstandsfähiger Gemeinschaften und stützender Umfelder. Explizit wird die Resilienz von Gemeinschaften auf die Katastrophenvorsorge bezogen ([43], S. 205), [44] (Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa). Beide Ziele wurden bislang nicht als nationales Gesundheitsziel in Deutschland vereinbart [45] (Gesundheitsziele).

Nach dem Europäischen Arbeitsprogramm der WHO 2020 bis 2025 [46] ist der Schutz vor gesundheitlichen Notlagen und Katastrophen auch ein Handlungsauftrag der Gesundheitsförderung.

Das Programm des Kooperationsnetzwerks Healthy Cities beschreibt neben Klimawandel und

Klimakatastrophen auch ein breites Spektrum von Notfällen und menschenverursachten Katastrophen als Handlungsgegenstände [47]. Es hat das Ziel der Emergency Preparedness und Collective Resilience für technische Ausfälle, Notfälle und gesundheitliche Auswirkungen terroristischer Angriffe auf Europäischer Ebene übernommen ([48], S. 29) und 2021 weiter konkretisiert [49].

Blinde Flecken und Handlungsbedarfe im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention

Theoretische Beiträge und Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung in Deutschland waren bislang in politischen Strategien der Resilienzförderung von Gemeinschaften in Bezug auf Notfallereignisse und Katastrophen (mit Ausnahme der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) [22] (Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV)) nicht vertreten. Auf allen Ebenen von Public Health und Gesundheitsförderung in Deutschland fand eine Ausblendung gesundheitlicher Gefahren in Not- und Katastrophenfällen jenseits der Notfallmedizin statt, die sich von der Formulierung von Gesundheitszielen und von gesundheitsbedrohenden Risiken bis zur Identifizierung von Forschungs- und Handlungsbedarf durchzieht.

Notfallprävention, Notfallvorsorge und Notfallkompetenz sind noch keine Gegenstände der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsziele-Prozesses. Die internationalen Gesundheitsziele „Emergency Preparedness“ und „Community Resilience“, wurden bisher weder als deutsche Gesundheitsziele übernommen noch adaptiert. Health in All Policies [50] (Gesundheit in allen Politikfeldern/Health in All Policies (HiAP)) ist damit nicht vollständig eingelöst.

Daraus ergibt sich ein dringender Handlungsbedarf in der Bundesrepublik Deutschland, Gesundheit auch unter den riskanten Bedingungen von Notfällen, Krisen und Katastrophen salutogenetisch [51] (Salutogenese) zu verstehen. Strategien und Maßnahmen der Prävention, Bewältigung und Erholung von Notfallereignissen sollten gesundheitsförderlich gestaltet werden sowie internationale Impulse in deutsche Ziele und Handlungsstrategien einfließen. Von der Corona-Krise gingen seit 2021 Impulse zur Öffnung für Notfall- und Katastrophenthemen aus.

Förderung der Resilienz der „Bevölkerung“ im Handlungsfeld Bevölkerungsschutz

Der Schutz der Bevölkerung vor Gefahren gliedert sich in Security- und Safety-Strategien: Security/Sicherheits-Strategien betreffen die Kriminalprävention und die Ermittlung nach Straftaten als Aufgabe der polizeilichen Gefahrenabwehr. Saftey/Schutz-Strategien umfassen Schutz vor und Hilfe bei Unfällen und Notfällen und fallen in die Zuständigkeit der nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr im Zivil- und Katastrophenschutz (ZSKG − Gesetz über den Zivilschutz und die Katastrophenhilfe des Bundes).

Nur die nicht-polizeiliche Gefahrenabwehr fällt unter den Begriff Bevölkerungsschutz. Die Aufgaben sind u. a. „Aufbau, Förderung und Leitung (sic!, Anmerkung der Autorin) des Selbstschutzes der Bevölkerungen“ (ZSKG §5 Abs. 1) und Warnung der Bevölkerung (ZSKG §6). Warnung wird verstanden als Risikokommunikation mit Hinweisen zur Risikovermeidung, -minimierung oder -akzeptanz sowie als Aufforderung zu konkreten Handlungen im Ereignisfall [52]. Auch der Gesundheitliche Bevölkerungsschutz (notfall- und katastrophenmedizinische Versorgung inklusive der Material- und Arzneimittelbevorratung) gehört zum Aufgabenspektrum (siehe Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe).

Community Resilience wird im Bevölkerungsschutz – anders als in integrierten Modellen – ausschließlich auf die resiliente Bevölkerung, nicht auf die Kommune oder das gesamte Gemeinwesen mit seinen Behörden und kritischen Infrastrukturen angewendet und behördenzentriert-additiv verstanden [1] (Resilienz von Gemeinschaften, Städten und Gemeinwesen/Community Resilience 1 Hintergründe, Verständnis und Modelle). Behördenzentriert wird die Katastrophe nicht als sozial geteilte Erfahrung definiert, sondern als Verhältnis vom Schadensausmaß und den Möglichkeiten diese mit behördlichen Mitteln (sic!) zu bewältigen: „Katastrophen sind Ereignisse, die das Leben, die Gesundheit oder die lebensnotwendige Versorgung einer Vielzahl von Menschen oder Tieren, die Umwelt oder sonstige bedeutsame Rechtsgüter in so außergewöhnlichem Ausmaß gefährden oder schädigen, dass deren Bewältigung nur unter Beteiligung der Katastrophenschutzbehörden und der Mitwirkenden im Katastrophenschutz angemessen geleistet werden kann und deren Zusammenwirken ressortübergreifend koordiniert werden muss.“ (Gesetz über den Katastrophenschutz im Land Berlin − Katastrophenschutzgesetz − KatSG Berlin §1 [1])

Die Notwendigkeit, die Widerstandskraft der Bevölkerung zu erhöhen, wird mit begrenzten Ressourcen der Gefahrenabwehrbehörden bei wachsenden Gefahren und nachlassendem ehrenamtlichem Engagement begründet [53]. Die Überlegungen zur Stärkung der Resilienz und Notfallkompetenz sind durch eine Ambivalenz geprägt zwischen der Notwendigkeit der subsidiären Entlastung der Behörden und Organisationen der Gefahrenabwehr, der Anerkennung eines hilfreichen Partners in einer partizipativen New Governance [53], [54] und dem Wunsch der „Bändigung“ des engagementbereiten, aber oft als inkompetent beschriebenen „Störenfrieds“ [55].

Handlungsansätze in Deutschland im Handlungsfeld Bevölkerungsschutz

Die Handlungsansätze zur Förderung der Resilienz der Bevölkerung gliedern sich in die Förderung der Notfallvorsorge, die Förderung der Selbsthilfekompetenz und Kooperationen im Ereignisfall sowie die Bereitstellung von Angeboten der Psychosozialen Notfallversorgung.

Die Handlungsstrategie der Förderung der Notfallvorsorge und Vorbereitung auf Notfallsituationen (preparedness) ist seit einiger Zeit einer starken Veränderung unterworfen. Auf der Ebene der Praxis dominiert noch ein behördenzentriertes, paternalistisches Bevölkerungs-Resilienz-Verständnis, während in Forschung und Entwicklung auf der Ebene des Bundes ein differenzierteres und umfassendes Bild entsteht und dialogische und partizipative Handlungsstrategien entwickelt werden. Noch ist die Bevölkerung in einem wissensorientierten eng verhaltenspräventiven Aufklärungsansatz nur passive „Empfängerin“ unidirektionaler Informationen (z. B. [56]; Warn-APP NINA, siehe auch [57]). Notfallkompetenz wird in einem engen Kompetenzverständnis als individuelle Befolgungskompetenz verstanden [39]. Erfahrung und Expertise der Bürgerinnen und Bürger ohne eine Einbindung in Bevölkerungsschutz-Organisationen, der sogenannten „Laien“, werden nicht einbezogen [58].

Als soziale Einheiten der Bevölkerung werden vorrangig Familien in Haushalten und Nachbarschaften adressiert [59], [60]. Die kulturelle und lebensweltliche Vielfalt findet keine Berücksichtigung jenseits der Berücksichtigung unterschiedlicher Sprachen.

Der Kontakt mit lokalen Gruppen diente bislang eher als Mittel zur Erhöhung der Diffusionsgeschwindigkeit behördlichen Wissens als dem Aufbau von Partnerschaften [61].

Seit Mitte der 2010er Jahre nimmt die wahrgenommene Bedeutsamkeit sozialer Aktivitäten und psychosozialer Notfallkompetenzen in Vorsorgeempfehlungen und Bildungsprogrammen zu [56], [62]; siehe z. B. „Max & Flocke im Helferland“ oder die Warn-APP NINA. Die Corona-Krise hat eine Einbeziehung der Bürgerinnen und Bürger in die Risiko- und Krisenkommunikation und die Wahrnehmung ihrer Kompetenzen im Krisenmanagement befördert [63]. Vorurteile und Mythen über das pauschale Verhalten der Bevölkerung in Krisen sollen nun durch Forschung hinterfragt werden [64].

Die Förderung der Selbsthilfekompetenz im Ereignisfall (response) und die Einbeziehung der engagementbereiten Bürgerinnen und Bürger in das Krisenmanagement haben als zweite Säule der Stärkung der Community Resilience seit diverser Hochwasser- und Starkregenereignisse sowie der Corona-Krise an Bedeutung gewonnen. Seit Mitte der 2010er Jahre stand zunächst die Frage nach der „Einbindung“ der freiwilligen und spontanen Helferinnen und Helfer in großen Schadenslagen im Vordergrund. Einerseits wurden das Engagement und die rasch erfolgende Selbstorganisation über soziale Netzwerke wertgeschätzt. Andererseits wurde aber auch „unkoordinierte Hilfe“ befürchtet, die eine strenge „Aufsicht“ und „Führung“ erforderte ([57], S. 64 f.).

Ereignisbezogen Engagierte werden als in diesen strategischen Überlegungen zumeist als „ungebundene Helfer“ bezeichnet [53], wobei mit „ungebunden“ die fehlende Zugehörigkeit zu einer Gefahrenabwehrorganisation gemeint ist. In der Folge sollen Individuen – unter weitgehender Ausblendung ihrer Integration in Gemeinschaften in ihren Lebenswelten – durch die Behörden vernetzt und zusammengeführt werden. Als Formen der Einbindung werden die Registrierung Einzelner im Vorfeld und deren Alarmierung im Ereignisfall vorgeschlagen [65].

Zugleich soll die Selbstorganisation aber auch durch die Einrichtung von Informationsschnittstellen zu Einsatzleitungen respektiert und das arbeitsteilige Handeln abgestimmt werden. Dezentrale Anlaufstellen sollen z. B. einerseits Informationen und Hilfeleistungen im „Blackout/Stromausfall“ anbieten, aber auch die lokale Selbstorganisation unterstützen (Katastrophenschutz-Leuchttürme).

Inwieweit die Balance von autonomen Aktivitäten auf der einen Seite und der Einbindung auf der anderen Seite (vgl. [36]) in der Kooperation mit den Einsatz- und Führungskräften der

Gefahrenabwehrbehörden und -organisationen des Bevölkerungsschutzes hergestellt werden kann, variiert gegenwärtig noch stark mit der jeweiligen Aufgeschlossenheit gegenüber dem Engagement von Bürgerinnen und Bürgern in den jeweiligen Kommunen und Ländern.

Handlungsansätze und Programme im internationalen Raum im Handlungsfeld Bevölkerungsschutz

Internationale Programme in Katastrophenvorsorge und -management teilen mit der Gesundheitsförderung in deutlich stärkerem Maße das Bild von Gemeinschaften in Settings und Lebenswelten, die in ihrer lebensweltlichen Expertise geschätzt und einbezogen werden und lokal initiativ und autonom Prozesse steuern können.

Das Hyogo-Rahmenprogramm [66] (UN ISDR 2007) formulierte als Ziele die Einbettung des Krisenmanagements in Nachhaltigkeitsstrategien (Bounce Forward), die stärkere Partizipation lokaler Gemeinschaften sowie die Verringerung sozialer (Risiko-)Ungleichheit und Armut. Das nachfolgende Sendai-Rahmenprogramm [67] (UN ISDR 2015) fordert darüber hinaus auch optimierte Strukturen für die Zusammenarbeit zwischen Behörden und Zivilgesellschaft, sowie soziales „Peer Learning“ zu ermöglichen, lokales Wissen, Werte und kulturelle Ressourcen stärker in Ergänzung zum wissenschaftlichen Wissen einzubeziehen und lokale Behördenvertreterinnen und -vertreter in die Lage zu versetzen, besser mit sozialen Systemen der Zivilgesellschaft zu kooperieren.

Dies soll langfristig gesamtgesellschaftliche Lenkungsprozesse ermöglichen und zum nachhaltigen „build back better“ nach Krisen und Katastrophen beitragen (siehe United Nations Office for Disaster Risk Reduction). In Deutschland ist die Nationale Kontaktstelle zur Umsetzung des Programms am Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe seit 2017 angesiedelt.

Blinde Flecken und Handlungsbedarfe im Handlungsfeld Bevölkerungsschutz

Nach wie vor ist ein eingeschränktes Verständnis von gemeinschaftlichen lebenswelt-kulturellen Prozessen jenseits von Haushalt und Nachbarschaft in Bildungsstrategien zur Erhöhung der Community Disaster-Resilience erkennbar, das sich zudem (noch) methodisch in fehlenden Handlungsstrategien zum Aufbau einer gemeinschaftlichen „Schutzkultur“ niederschlägt. Die Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger im Ereignisfall wird noch weitgehend unter einer Instrumentalisierungsperspektive diskutiert. Es mangelt an einer professionellen Empowerment-Haltung und Bevölkerungsschutzbildung nach dem Settingansatz [68]. Als Partner sind daher auch die Netzwerke gesundheitsfördernder Settings [7] (Settingansatz−Lebensweltansatz) noch nicht in die Bevölkerungsschutzbildung einbezogen [21]. Auch unter den vernetzten Partnern des Sendai-Rahmenprogramms, das diese Haltungen und Strategien bereits aufweist, finden sich keine Akteurinnen und Akteure aus dem Feld der Gesundheitsförderung.

Ein Handlungsbedarf stellt sich daher in der Weiterentwicklung des Diversity-Managements [69] (Diversity und Diversity Management / Vielfalt gestalten), im Aufbau von Partnerschaften [70] (Partnerschaften für Gesundheit) auf Augenhöhe mit den Bürgerinnen und Bürgern in ihren Lebenswelten [20] (Lebenslagen und Lebensphasen) sowie in der Neuausrichtung der Bevölkerungsschutzbildung. Dieser Handlungsbedarf wurde bereits erkannt, entsprechende Absichten wurden formuliert und erste Schritte eingeleitet. Da jedoch Akteurinnen und Akteure und ihre Kompetenzen und Erfahrungen aus der Gesundheitsförderung noch nicht systematisch eingebunden werden, besteht der vorrangige Handlungsbedarf darin, eine konzeptionelle und kooperative Vernetzung mit dem Feld der Gesundheitsförderung herzustellen.

Förderung der Resilienz von „Kommunen, Quartieren und städtischen Infrastrukturen“ im Handlungsfeld Stadtentwicklung und Umweltschutz

In der Befassung mit der „Resilienten Stadt“ treffen sich unterschiedliche Disziplinen und Handlungsfelder, die stadtplanerische, technische (infrastrukturell und bauliche), ökologische und soziale Maßnahmen beschreiben. Es sollen einerseits Risiken für die Bewohnerinnen und Bewohnen in den Kommunen, Quartieren und Stadtumwelten abgebaut werden. Es sollen aber auch Anpassungs- und Krisenmanagement-Strukturen in den Behörden und der Zivilgesellschaft aufgebaut sowie Schutz und

Sicherheit gewährleistet werden [71], [72], [73]. Als Schutzgüter werden die menschliche Gesundheit, die natürliche und bauliche Umwelt, die lokale Wirtschaft und die Infrastruktur behandelt. Der urbane Raum soll gegen multiple Risiken nachhaltig widerstandsfähiger werden.

Handlungsansätze in der Bundesrepublik Deutschland im Handlungsfeld Stadtentwicklung und Umweltschutz

Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive verknüpfen sich hier die o. g. Verständnisse der kommunalen/gemeindeorientierten Gesundheitsförderung [74] (Kommunale Gesundheitsförderung) sowie der Förderung von Gemeinschaften in Settings [7] (Settingansatz−Lebensweltansatz). Sie decken sich in der Bundesrepublik gegenwärtig noch mit der gesunden Stadt (Gesundheitsförderung und Gesunde – Soziale Stadt – Kommunalpolitische Perspektive) unter weitgehender Ausblendung katastrophaler Ereignisse mit Ausnahme von Umweltereignissen.

Aus ingenieurswissenschaftlicher Perspektive wird die organisationale Resilienz der Infrastrukturen und Netze, aber auch der Sicherheit durch technische Lösungen behandelt („Engineering Resilience“) [75], [76]. Diese betreffen

- die Erhöhung der Ausfallsicherheit von Infrastrukturen unter dem Einfluss von Naturereignissen, Unfällen und terroristischen Angriffen,
- die Erhöhung der Sicherheit durch Monitoring-Verfahren von mit Gefahren assoziierten Parametern,
- die Steuerung menschlichen Verhaltens durch Warn- und Evakuierungssysteme und die architektonische Gestaltung von Gebäuden und Wegen sowie
- technische Anpassungsstrategien an den Klimawandel in Hoch- und Tiefbau.

Die Ansätze sind eng mit Sicherheitsfragen verknüpft, insbesondere der Terrorismusabwehr (siehe BMBF-Innovationsforum "Zivile Sicherheit"). Der menschliche Faktor wurde bisher nur zögerlich einbezogen (z. B. in Simulationsmodellen von Massenbewegungen). Der zweite Schwerpunkt der ingenieurswissenschaftlichen Strategien für die resiliente Stadt liegt in der digitalen Transformation in den Smart Cities [77] (siehe auch Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen; „Digitalisierung kommunaler Verkehrssysteme 2020“ der Bundesregierung) (z. B. Verkehrsstromsteuerung oder Temperaturregulierung durch Straßenbeläge). Als Qualitätsmerkmal der Innovationen gilt die Partizipation der Stadtbewohnerinnen und Stadtbewohner.

Aus sozial-geographischer, sozial-ökologischer und politisch-geographischer Perspektive stehen vor allem die Wechselbeziehungen zwischen Mensch bzw. Gesellschaft und Machtverhältnissen, Natur und Kultur im urbanen und ländlichen Raum im Zentrum („Ecosystem Resilience“, [78], [79]). Standen früher die rein stofflichen Umweltrisiken (z. B. Schadstoffe) im Vordergrund, wird nun stärker die soziale Ungleichheit [80] (Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit) in Risiken und Vulnerabilitäten in Bevölkerungsteilen und geographischen Lagen betrachtet (z. B. der Zusammenhang zwischen Armut, Wohnlage und Hochwasserrisiko). Die sozialwissenschaftlichen Grundlagen und partizipativen Handlungsstrategien bauen eine Brücke zu kommunalen Strategien der Gesundheitsförderung.

In der Umsetzung ausgewählter Nachhaltigkeitsziele der „Agenda 2030“ des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (siehe auch [81]) in einzelnen Städten dominierten bislang die Themen und Kooperationspartner aus den Sektoren Bau und Umwelt, Gerechtigkeit, Gesundheit, Arbeit, Lebensqualität und Kultur – auch hier fehlen Partnerschaften mit dem Bevölkerungsschutz außer bei der schleichenden Katastrophe des Klimawandels (siehe Best-Practice-Beispiele aus Politik, Wirtschaft und Gesellschaft).

Mit dem im Jahr 2018 vorgenommen Ressortumbau lagen im Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat die Themen Schutz, Sicherheit und Stadtentwicklung für wenige Jahre in einem Ressort. Die Corona-Pandemie veranlasste das Ministerium im November 2021 unter breiter Beteiligung von Expertinnen und Experten sowie Vertreterinnen und Vertreter anderer Ressorts, u. a. auch von Gesundheitsbehörden und dem Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, sowie Akteurinnen und Akteuren aus internationalen Programmen ein Memorandum zur „Urbanen Resilienz“ vorzulegen [82]. Das Memorandum fordert für die Herstellung resilienter Städte dauerhaft eine ressortübergreifende Zusammenarbeit, einen engeren Austausch mit internationalen Programmen sowie eine stärkere Partizipation der Bürgerinnen und Bürger. Die Zusammenführung der Ressortaufgaben Schutz, Sicherheit und Stadtentwicklung wurde mit der Regierungsneubildung im Dezember 2021 wieder aufgehoben.

Handlungsansätze im internationalen Raum im Handlungsfeld Stadtentwicklung und Umweltschutz

Seit 1999 erfolgen internationale Forschung und Aktivitäten in schnell wachsenden urbanen Strukturen auf sozio-ökologischer Basis. Im Rahmen des Städteverbandes ICLEI (Local Governments for Sustainability) und des im Jahr 2016 verabschiedeten globalen Resilienzprogramms UN-Habitat III sind die Ziele Gesundheit, Wohlergehen/Lebensqualität und Resilienz zusammengeführt. Unter den Risiken spielen katastrophale Ereignisse eine eher untergeordnete Rolle gegenüber der nachhaltigen Stadtentwicklung.

Beteiligend, inklusiv und wertebezogen ist auch die strategische Ausrichtung der World Urban Campaign „Principles for healthy and sustainable Places“ (United Nations University 2015). Die New Urban Agenda [83] strebt an, auch das Sendai-Rahmenprogramm umzusetzen. Ökologische und soziale Dauerkrisen und Konflikte stehen zwar im Mittelpunkt, über eine enge Kooperation mit Partnerinnen und Partnern und Strategien aus dem Sendai-Rahmenprogramm sind jedoch Brücken ins Katastrophenmanagement gebaut. Der Schutz der Menschen und Orte anlässlich von Katastrophen wird ausschließlich auf Umweltkatastrophen und ihre Folgen für die Menschen bezogen.

In der von den Vereinten Nationen 2015 verabschiedeten „Agenda 2030“ [81] mit 17 Nachhaltigkeitszielen liegt der Fokus auf der Stärkung der Resilienz durch die Prävention von schleichenden (Klima-, Armuts- und Hunger-)Krisen auf allen Ebenen, nicht auf der Vorbereitung auf punktuelle einschneidende Ereignisse und ihrer Bewältigung. Projekte der privaten Kresge Foundation und ihrer Initiative „Bounce Forward“ beziehen darüberhinausgehend Ernährungskrisen mit ein. Die Stärkung sozialer Kohäsion und Partizipation der Zivilgesellschaft sind in Strukturen und Strategien der Umsetzung verankert.

Das Netzwerk Resilient Cities steht für einen Handlungsansatz, der integrative Modelle der Community Resilience am stärksten gegenüber allen bisher vorgestellten Handlungsansätzen mit unterschiedlicher Akzentsetzung umsetzt und in gesamtgesellschaftliches und gesamtstaatliches Handeln einmünden lässt. Auf der Basis dominanter, gemeinschaftlich ermittelter Bedürfnisse sowie lokaler Risiken und Ziele werden dort zivilgesellschaftliche Akteure, Behörden und Organisationen aller relevanten Ressorts sowie die lokale Wirtschaft zusammengeführt und gefördert, um urbane Resilienz herzustellen.

Gesundheitsförderung, Notfallvorsorge und Krisenmanagement, Stadtentwicklung, sozialpsychiatrische Versorgung und Gemeinwesenarbeit [8] (Sozialraum- und Gemeindeorientierung in der Gesundheitsförderung) und viele Partner mehr agieren gemeinsam projektbezogen. Die gestärkten Ressourcen des Gemeinwesens auf allen Ebenen finden in strukturierten (Notfall-)Plänen und Prozessen den Platz, der ihren zentralen Kompetenzen und Bereitschaften entspricht (z. B. Resilient Glasgow oder Wellington Resilience Strategy). Im Dienste der Nachhaltigkeit wurden die ersten 100 ausgewählten und geförderten Städte zwischenzeitlich evaluiert, um einer nachhaltigkeitsfernen „Projektitis“ und rein finanziell motivierten Subsidiarität vorzubeugen. Zahlreiche Projekte und Modelle des Gelingens sind ausgesprochen differenziert dokumentiert, dass sie als Modelle guter Praxis dienen können. In Deutschland fand sich bis zum Sommer 2023 jedoch noch keine Stadt, die an diesem Netzwerk beteiligt war oder ist.

Blinde Flecken und Handlungsbedarfe im Handlungsfeld Stadtentwicklung und Umweltschutz

Das Memorandum zur „Urbanen Resilienz“ stellt einen Schritt in Richtung der gesamtstaatlichen und gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit für urbane Resilienz in Deutschland dar. Kritisch zu betrachten wären,

- das wenig differenzierte, additive theoretische Modell, das die Grundlage für die Zusammenarbeit bilden soll,
- das Verständnis von Klimawandel und Pandemien als „Naturkatastrophen“,
- die Ausblendung der Notfallvorsorge in der Gesundheitsvorsorge sowie
- das eher kommunal-behördliche als gemeinschaftliche Bild der Community.

Die heterogene Terminologie offenbart, dass zwischen den Akteurinnen und Akteuren noch kein gemeinsames Denkmodell bzw. theoretisches Rahmenmodell des Handelns entwickelt wurde. Die Begrifflichkeiten urbane Resilienz, soziale Resilienz, resiliente Gesellschaft, Smart Cities etc. werden

weiterhin nebeneinander und mit wechselnden Bedeutungen verwendet. Ob daraus eine gemeinsame Entwicklung und Zusammenarbeit oder gar eine Beteiligung am Netzwerk der Resilient Cities resultiert, bleibt abzuwarten.

Handlungsbedarf kann vor allem darin gesehen werden, ein gemeinsames theoretisches Modell und ein gemeinsames Verständnis verwendeter Konzepte zu entwickeln und zu vereinbaren, aus denen ein integriertes und zugleich arbeitsteiliges Handeln nach gemeinsamen Standards von den Akteurinnen und Akteuren auf kommunaler Ebene abgeleitet werden kann. In das betrachtete Risikospektrum sollten auch punktuelle Notfall- und Katastrophenereignisse einbezogen werden, die nicht allein aus technischen Unfällen und/oder Umweltgefahren resultieren. Dem Modell der „100-Resilient Cities“ folgend sollte ein Nebeneinander von Projekten unterschiedlicher Ressorts vermieden und das abgestimmte, integrierte und arbeitsteilige Vorgehen als Ganzes transparent dokumentiert und evaluiert werden.

Konsequenzen für die Gesundheitsförderung

Aus den konzeptionellen, strategischen und methodischen Leerstellen sowohl innerhalb von Prävention und Gesundheitsförderung als auch in Bevölkerungsschutz und Stadtentwicklung leiten sich für die Gesundheitsförderung Arbeitsaufträge ab, die sich nach innen an die Gesundheitsförderung selbst richten, aber auch Aktivitäten nach außen in der Kooperation mit anderen Politikfeldern verlangen.

- *Nach innen* sollte das Schutzgut Gesundheit auch unter der Bedingung der Katastrophe betrachtet werden; notfallbezogene Kenntnisse und (psychosoziale) Kompetenzen (Disaster Literacy) sollten integraler Bestandteil der Gesundheitskompetenz [84] (Gesundheitskompetenz / Health Literacy) werden. Ansätze in der Gesundheitsbildung [85] und das in der Gesundheitsförderung vertretene umfassende Verständnis der Gesundheitskompetenz sollten zur Konzeptualisierung und Förderung einer kritischen und sozialen Disaster Literacy beitragen. Der gemeinschaftliche Aufbau einer Schutzkultur sollte theoretisch in den Settingansatz integriert der Gesundheitsförderung und praktisch in allen Settings umgesetzt werden. Das bedeutet auch, die Beschäftigung mit notfall- und katastrophenbezogenen Themen zu verstetigen und nicht wie bisher auf einzelne, wenig nachhaltig wirkende Projekttage zu beschränken. Dazu erscheint es ebenso erforderlich, notfallpädagogische Konzepte und Bildungsstrategien [63] in die personbezogene Gesundheitsbildung zu integrieren. Auf allen Ebenen von Prävention und Gesundheitsförderung sollte das Spektrum der Kooperationspartner zum Schutz der Gesundheit gegenüber allen Risiken um Akteurinnen und Akteure der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr (Katastrophenschutz, Feuerwehr und Rettungsdienste) erweitert werden. Insbesondere sollte eine engere fachliche Zusammenarbeit zwischen dem Gesunde Städte-Netzwerk und dem Netzwerk Resilient Cities angestrebt werden. Auf der Grundlage des Europäischen Rahmenprogramms 2020 bis 2025 sollte ein neuer Prozess zur Formulierung eines Gesundheitsziels zum Schutz der Bevölkerung in Notlagen auf der Basis einer übergreifenden theoretischen und konzeptionelle Rahmung von Community Resilience auch in Deutschland starten.
- *Nach außen* stellt sich die Notwendigkeit, ein Menschenbild und professionelles Selbstverständnis in allen Politikfeldern zu fördern, das den Ansätzen von Empowerment und Partizipation zugrunde liegt. Strategien, Methoden und Erfahrungen in partizipativen Bildungsprozessen, im Settingansatz und in Netzwerkinterventionen sollten v. a. in den Bevölkerungsschutz eingebracht werden. Erfahrungen und Expertise der selbstbestimmten, aktiven und klugen Bürgerinnen und Bürger sollten anerkannt werden und in alle Phasen des Krisenmanagement-Zyklus ebenso einfließen wie in die Stadtentwicklung und den Umweltschutz.
- *Sowohl nach innen als auch nach außen* sollten eine gemeinsame Sprache und ein gemeinsames Handlungsmodell in stabilen Kooperationsstrukturen mit neuen Partnern und in integrierten Partnerprozessen entwickelt werden, um das Ziel Health in all Policies unter Berücksichtigung aller, auch extremer Risiken sowie Ressourcen und aller politischen Akteurinnen und Akteuren anzustreben.

Die COVID-19-Pandemie hat Anfang der 2020er Jahr in der Gesundheitsförderung Debatten um ein resilientes Gemeinwesen auf allen Handlungsebenen der Ottawa-Charta angeregt. Auch entwickelten sich auf den Ebenen der Kommunen, der Bundesländer und des Bundes zahlreiche ressortübergreifende Aktivitäten der Risiko- und Krisenkommunikation. Außerdem wurden zahlreiche gemeinschaftliche Schutz- und Hilfeaktivitäten beobachtet und angeregt unter Berücksichtigung der Diversität der Bevölkerung [69] (Diversity und Diversity Management /Vielfalt gestalten), der Capacity Building/Kapazitätsentwicklung [86] sowie der Anpassung der psychosozialen und medizinischen Versorgung an die Bedingungen der Pandemie [87], [88], [89], Gesunde Städte Nachrichten 2020 , [90], (Kuhn 2022). In Forschung und Praxis werden gegenwärtig vermehrt Forderungen formuliert und Aktivitäten gestartet, diese Impulse weiter zu verfolgen und die Initiativen zu verstetigen.

Internetadressen:

- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. Available from: https://www.bbk.bund.de
- Bundesministeriums für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen. Available from: https://www.bmwsb.bund.de
- Die Bundesregierung. Available from: https://www.bundesregierung.de
- Forschungsforum Öffentliche Sicherheit. Available from: https://www.sicherheit-forschung.de
- Gesunde Städte Netzwerk. Available from: https://www.gesunde-staedte-netzwerk.de
- Glasgow City Council. Available from: https://www.glasgow.gov.uk
- The Kresge-Foundation. Available from: https://www.kresge.org
- ICLEI – Local Governments for Sustainability. Available from: https://iclei.org
- Resilient Cities Network. Available from: https://www.resilientcitiesnetwork.org
- Robert Koch Institut (RKI). Available from: https://www.rki.de
- Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt. Sicherheitsforschungsprogramm. Available from: https://www.sifo.de
- United Nations Office for Disaster Risk Reduction (UNDRR). Available from: https://www.undrr.org
- UN-HABITAT. World Urban Campaign. Available from: https://unhabitat.org
- United Nations Regional Information Centre for Western Europe. Available from: https://unric.org
- Wellington City Council. Available from: https://wellington.govt.nz

Literatur:

- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), editor. Methode für die Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz. Bonn; 2010. (Wissenschaftsforum; 8).
- Beerlage I. Psychosoziale und gesundheitsförderliche Beiträge zum Bevölkerungsschutz. In: Behzadi A, Lenz A, Neumann O, Schürmann I, Seckinger M, editors. Handbuch Gemeindepsychologie : Community Psychology in Deutschland. Tübingen: DGVT; 2023. p. 857–62.

References

1. Beerlage I. Resilienz von Gemeinschaften, Städten und Gemeinwesen/Community Resilience. 1 Hintergründe, Verständnis und Modelle. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/bioeg:q4-i1391-1.0
2. Franzkowiak P, Hurrelmann K. Gesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i023-2.0
3. 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
4. Noll HH. Lebensqualität – ein Konzept der individuellen und gesellschaftlichen Wohlfahrt. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i072-1.0
5. Bunge C, Böhme C. Umweltgerechtigkeit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i136-4.0
6. Quilling E, Brähler-Dieling N, Kuchler M, Trojan A. Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i108-3.0
7. 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

8. Quilling E, Kaczmarczyk D, Schäfer P, Trojan A, Süß W. Sozialraum- und Gemeindeorientierung in 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-i021-3.0
9. Röhrle B. Gemeindepsychologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i131-2.0
10. Rönnau-Böse M, Fröhlich-Gildhoff K, Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i101-2.0
11. Weichold K. Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i070-3.0
12. WHO Regionalbüro für Europa. Gesundheitskompetenz. Die Fakten. Zürich: Careum Stiftung; 2016.
13. Kaiser A. Katastrophenkompetenz. In: Karutz H, editor. Notfallpädagogik: Ideen und Konzepte. Edewecht: Stumpf + Kossendey; 2011.
14. Knauer G, Beerlage I. Stärkung der psychosozialen Notfallkompetenz – Gemeinsame Aufgabe für PSNV und Notfallvorsorge. Bevölkerungsschutz. 2020;1:24–9.
15. Die Bundesregierung. Interministerielle Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“. Abschlussbericht. Berlin, Bonn; 2023.
16. Knuth D, Kietzmann D, Hegele K, Schmidt S. Notfallvorsorge und Motivation zur Notfallvorsorge in der Bevölkerung Deutschlands. Bevölkerungsschutz. 2015;3:15–9.
17. Kietzmann D, Knuth D, Hegele K, Schmidt S. Notfallwissen in der Bevölkerung Deutschlands. Ergebnisse einer repräsentativen Telefonbefragung. Bevölkerungsschutz. 2015;3:10–4.
18. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
19. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i10-3.0
20. 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
21. Beerlage I, Hartmann T. Aktive Bürger von Kindesbeinen an. Bevölkerungsschutz. 2013 [accessed 2023 Jun 11];2:2–5. Available from: https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/BSMAG/bsmag_13_2.pdf?__blob=publicationFile&v=6
22. Beerlage I. Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i140-2.0
23. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), editor. Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien. Teil I und II. Vol. ;7. Bonn; 2011. (Praxis im Bevölkerungsschutz; 7).
24. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). Traumatische Ereignisse – Prävention und Rehabilitation. Berlin; 2017. (DGUV-Grundsatz 306-001).
25. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW), editor. Leitfaden Gesunde Stadt – Hinweise für Stellungnahmen zur Stadtentwicklung aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst. Bochum; 2016.
26. WHO Regional Office for Europe. National healthy cities networks in the WHO European Region: Promoting health and well-being throughout Europe. Kopenhagen; 2015.
27. Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK), editor. Bundesrahmenempfehlungen nach nach § 20d Abs. 3 SGB V. 2018. [accessed 2023 Jun 11]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf
28. Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK), editor. Erster Präventionsbericht nach §

20d Abs. 4 SGB V. 2019. [accessed 2023 Jun 11]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_npk/praeventionsbericht_1/NPK-Praventionsbericht_2019_WEB_barrierefrei.pdf

29. Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK), editor. Zweiter Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V. 2023. [accessed 2023 Jul 1]. Available from: https://www.npk-info.de/praeventionsstrategie/praeventionsbericht/zweiter-praeventionsbericht-der-npk
30. Hoekstra D, Gerhardus A, Lhachimi S. Priorisierung von Forschungsthemen für Public Health. Ausgewählte Ergebnisse einer (modifizierten) Delphi-Studie. Befragung von Public-Health-Vertreterinnen und Vertretern aus Wissenschaft, Politik, Praxis und Verwaltung. Unveröffentlichter Abschlussbericht. BIPS/DGPH. Bremen: Universität Bremen und Leibniz Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie.; 2019.
31. Bajayo R. Community Resilience: A literature review and public health planning framework. Melbourne: La Trobe University; 2010.
32. Barishansky RM, Mazurek A. Public Health's Role in Understanding Community Resilience. J Homel Secur Emerg Manag. 2012 Jan 15;9(1):1–5. DOI:10.1515/1547-7355.1939
33. Castleden M, McKee M, Murray V, Leonardi G. Resilience thinking in health protection. J Public Health. 2011;33(3):369–77. DOI:10.1093/pubmed/fdr027
34. Centers für Disease Control and Prevention (CDC). Public Health Preparedness Capabilities: National standards for state and local planning. Washington: US Department of Health and Human Services; 2011.
35. Norris FH, Stevens SP, Pfefferbaum B, Wyche KF, Pfefferbaum RL. Community Resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. Am J Community Psychol. 2008;41:127–50. DOI:10.1007/s10464-007-9156-6
36. Chandra A, Acosta JD, Howard S, Uscher-Pines L, Williams MV, Yeung D, Garnett J, Meredith LS. Building Community Resilience to Disasters: A Way Forward to Enhance National Health Security. Santa Monica, CA: Rand; 2011. [accessed 202 AD Jun 11]. Available from: https://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR915.html
37. Keim ME. Building Human Resilience: the role of public health preparedness and response as an adaptation to climate change. Am J Prev Med. 2008 Nov;35(5):508–16. DOI:10.1016/j.amepre.2008.08.022
38. World Health Organization (WHO). Pandemic influenza risk management: A WHO guide to inform and harmonize national and international pandemic preparedness and response. Geneva; 2017.
39. Brown LM, Haun JN, Peterson L. A Proposed Disaster Literacy Model. Disaster med public health prep. 2014 Jun;8(3):267–75. DOI:10.1017/dmp.2014.43
40. Jenkins P. The nature of human communities. In: Thomas DSK, Phillips BD, Lovekamp WE, Fothergill A, editors. Social Vulnerability to disasters. Boca Raton: CRC; 2013. p. 397–414.
41. Estacio EV. Health literacy and community empowerment: It is more than just reading, writing and counting. J Health Psychol. 2013;18(8):1056–68. DOI:10.1177/1359105312470126
42. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. The Lancet. 2020 Mar;395(10227):912–20. DOI:10.1016/S0140-6736(20)30460-8
43. WHO Regionalbüro für Europa. Gesundheit 2020. Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert. Kopenhagen; 2013 [accessed 2023 Jun 21]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/326433
44. 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
45. 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
46. WHO Regionalbüro für Europa. Das Europäische Arbeitsprogramm 2020–2025: Gemeinsam für mehr Gesundheit. 2021.
47. WHO Regionalbüro für Europa. Gesündere und glücklichere Städte für alle. Ein transformativer Ansatz für sichere, inklusive, nachhaltige und widerstandsfähige Gesellschaften. Kopenhagen; 2018.

48. WHO Regional Office for Europe. Implementation framework for phase VII (2019 bis 2024) of the WHO European Healthy Cities Network: Goals, requirements and strategic approaches. Kopenhagen; 2019.
49. WHO Regionalbüro für Europa. Gesunde Städte für einen besseren Wiederaufbau. Politische Erklärung des Gesunde-Städte-Netzwerkes der Europäischen Region der WHO. Kopenhagen; 2021.
50. Köckler H, Geene R. Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i157-1.0
51. 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
52. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), editor. BBK-Glossar: ausgewählte zentrale Begriffe des Bevölkerungsschutzes. Bonn; 2011. (Praxis im Bevölkerungsschutz; 8).
53. INKA-Forschungsverbund, editor. Zukunft des Katastrophenschutzes in Deutschland: Impulse für ein zukunftsfähiges Freiwilligenmanagement. Frankfurt am Main: Wochenschau-Verlag; 2015. (Engagement und Partizipation in Theorie und Praxis).
54. Voss M, Dittmer C. Resilienz aus katastrophensoziologischer Perspektive. In: Wink R, editor. Multidisziplinäre Perspektiven der Resilienzforschung. Wiesbaden: Springer; 2016. p. 233–62. (Studien zur Resilienzforschung).
55. Geier W. Editorial. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), editor. Bevölkerungsschutz. 2013;2.
56. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), editor. Katastrophenalarm. Ratgeber für Notfallvorsorge und richtiges Handeln in Notsituationen. Bonn; 2013.
57. Schopp N. Bevölkerungsverhalten im Krisenfall – Deutungsmuster und Handlungsfolgen aus Sicht der Feuerwehren [Dissertation]. Ostfalia Hochschule für Angewandte Wissenschaften; 2016.
58. Gerhold L. Der unterschätzte Bürger. Vol. ;2. 2013. (Crisis Prevention; 2 4).
59. Christmann GB, Kilper H, Ibert O. Die resiliente Stadt in den Bereichen Infrastrukturen und Bürgergesellschaft. Berlin: Freie Universität; 2016. (Schriftenreihe Sicherheit; 19).
60. Sticher B, Ohder C. Hilfeerwartung und Hilfebereitschaft von Großstadtbewohnern im Katastrophenfall „anhaltender Stromausfall“: Ergebnisse einer qualitativen Bürgerbefragung in drei Berliner Quartieren. Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin; 2015. [accessed 2023 Jun 21]. (Forschungsprojekt „Katastrophenschutz-Leuchttürme als Anlaufstelle für die Bevölkerung in Krisensituationen“ (Kat-Leuchttürme)). Available from: https://opus4.kobv.de/opus4-hwr/frontdoor/index/index/docId/551
61. Hufschmidt G, Dikau R. Bildung als Katastrophenvorsorge. In: Unger C, Mitschke T, Freudenberg D, editors. Krisenmanagement – Notfallplanung – Bevölkerungsschutz. Berlin: Duncker & Humblot; 2013. p. 273–92.
62. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), editor. LÜKEX 2013. 3. Themenworkshop: Wissenschaftliche Unsicherheit und Krisenkommunikation in außergewöhnlichen biologischen Bedrohungslagen. Bonn; 2014. (Bevölkerungsschutz).
63. Karutz H. Arbeit in Krisensituationen: Das „Mülheimer Modell“ des Psychosozialen Krisenmanagements. 2021. Available from: https://seniorenbueros.org/wp-content/uploads/2021/02/Fachgespraech-Praesentation-Dr.-Harald-Karutz.pdf
64. Schopp N, Schüler C, Tondorf V, Schüller L. Lagebild Bevölkerungsverhalten für ein effektives Krisenmanagement. Bundesgesundheitsblatt. 2022 Oct;65(10):1067–72. DOI:10.1007/s00103-022-03583-2
65. Ohder C, Sticher B. Ansätze für ein bevölkerungsnahes und aktivierendes Krisen- und Katastrophenmanagement. In: Unger C, Mitschke T, Freudenberg D, editors. Krisenmanagement – Notfallplanung – Bevölkerungsschutz: Festschrift anlässlich 60 Jahre Ausbildung im Bevölkerungsschutz, dargebracht von Partnern, Freunden und Mitarbeitern des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. Berlin: Duncker & Humblot; 2013. p. 53–70.
66. United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UN ISDR). Hyogo Framework for Action 2005-2015: Building the Resilience of Nations and Communities to Disasters. 2007.

[accessed 2023 Jun 21]. Available from: https://www.undrr.org/publication/hyogo-framework-action-2005-2015-building-resilience-nations-and-communities-disasters

67. United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UN ISDR). Sendai framework for disaster risk reduction 2015-2030. 2015. [accessed 2023 Jun 21]. Available from: https://www.undrr.org/publication/sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030
68. Beerlage I. Der Setting-Ansatz in der Bevölkerungsschutzbildung: Ein Beitrag zur nachhaltigen Förderung der Resilienz der Bevölkerung. Bevölkerungsschutz. 2018 [accessed 2023 Jun 11];4:8–12. Available from: https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/BSMAG/bsmag_18_4.pdf?__blob=publicationFile&v=4
69. Altgeld T. Diversity und Diversity Management / Vielfalt gestalten. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i127-2.0
70. 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
71. Fekete A, Fiedrich F, editors. Urban disaster resilience and security. Addressing risks in societies. Cham: Springer International Publishing; 2017. (The Urban Book Series).
72. Fekete A, Grinda C, Norf C. Resilienz in der Risiko und Katastrophenforschung: Perspektiven für disziplinübergreifende Arbeitsfelder. In: Wink R, editor. Multidisziplinäre Perspektiven der Resilienzforschung. Wiesbaden: Springer; 2016. p. 215–31. (Studien zur Resilienzforschung).
73. Sampson RJ. Great American City: Chicago and the Enduring Neighborhood Effect. Chigaco, Illinois: Univ. of Chicago Press; 2012.
74. Quilling E, Leimann J, Tollmann P. Kommunale 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-i043-1.0
75. Sullivan TL, Kuziemsky CE, Toal-Sullivan D, Corneil W. Unraveling the complexities of disaster management: A framework for critical social infrastructure to promote population health and resilience. Soc Sci Med. 2012;93:238–46. DOI:10.1016/j.socscimed.2012.07.040
76. Scharte B, Thoma K. Resilienz – Ingenieurwissenschaftliche Perspektive. In: Wink R, editor. Multidisziplinäre Perspektiven der Resilienzforschung. Wiesbaden: Springer; 2016. p. 123–50. (Studien zur Resilienzforschung).
77. RESET Digital for Good. Smart Cities: Nachhaltig leben in einer digitalisierten Stadt. 2023 [accessed 2023 Jun 21]. Available from: https://reset.org/smart-cities-leben-einer-effizienten-nachhaltigen-und-digitalisierten-stadt-02022015/?gclid=EAIaIQobChMI_oD_1Lfz9wIVkI9oCR0cuwWsEAAYAyAAEgII0fD_BwE.
78. Deppisch S. Urbane sozial-ökologische Perspektive. In: Wink R, editor. Multidisziplinäre Perspektiven der Resilienzforschung. Wiesbaden: Springer; 2016. p. 199–213. (Studien zur Resilienzforschung).
79. Weichselgartner J, Guézo B, Beerlage I, Després C, Fekete A, Hufschmidt G, Lussignoli O, Mey-Richters S, Naumann J, Wienand I. Urban Resilience and Crisis Management: Perspectives from France and Germany. In: Fekete A, Fiedrich F, editors. Urban Disaster Resilience and Security: Addressing Risks in Societies. Cham: Springer International Publishing; 2018. p. 473–94. DOI:10.1007/978-3-319-68606-6_27
80. 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
81. United Nations (UN). Agenda 2030 – 17 Nachhaltigkeitsziele. 2015 [accessed 2023 Jun 21]. Available from: https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/nachhaltigkeitspolitik/armut-in-jeder-form-und-ueberall-beenden-1537492
82. Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (BMIBH). Memorandum Urbane Resilienz: Wege zur robusten, adaptiven und zukunftsfähigen Stadt. Berlin; 2021.
83. Habitat III. The new urban agenda. 2023 [accessed 2023 Jun 21]. Available from: https://habitat3.og/the-new-urban-agenda
84. 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
85. 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

86. Nickel S, Trojan A. Capacity Building / Kapazitätsentwicklung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i007-3.0
87. Voss M, Hartl J. Aus der Krise lernen. Auf dem Weg zu einer resilienten Gesundheitsförderung. 2023 [accessed 2023 Jun 21]. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/aus-der-krise-lernen
88. Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (hag). Digitaler Kongress. 30. September 2020. 2020 [accessed 2023 Jul 14]. Available from: https://www.hag-gesundheit.de/arbeitsfelder/pakt-fuer-praevention/kongresse-des-pakts-fuer-praevention/kongress-pakt-fuer-praevention-2020
89. Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. (AGETHUR). Jahresbericht 2021. 2021. [accessed 2023 Jun 11]. Available from: https://agethur.de/medien/jahresberichte
90. Arndt D, Heininger S, Hinzmann D, Walcher F, Wieprich D. Schutz und Erhalt der psychischen Gesundheit von Mitarbeitern in Notaufnahmen und auf Intensivstationen während der COVID-19-Pandemie. ErgoMed. 2020 [accessed 2023 Jun 11]. Available from: https://www.divi.de/forschung/sektionsgruppen/menschenzentrierte-medizin/resilienz

Korrespondenz: Prof. Dr. Dipl.-Psychologin Irmtraud Beerlage, Peter-Vischer-Str. 7, 12157 Berlin, Deutschland, E-mail: Irmtraud.Beerlage@h2.de

Zitierhinweis: Beerlage I. Resilienz von Gemeinschaften, Städten und Gemeinwesen/Community Resilience 2 Resilienz-Förderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i1392-1.0

Copyright: © 2026 Irmtraud Beerlage
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/

Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell

Stefanie Sperlich[1]
Peter Franzkowiak[2]
[1] Medizinische Soziologie, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland
[2] Fachbereich Sozialwissenschaften, Hochschule Koblenz, Koblenz, Deutschland

Abstract

Gesundheitliche Risikofaktoren lassen sich in biologisch-genetische, verhaltensbezogene und umweltbezogene Faktoren untergliedern. Das Risikofaktorenmodell basiert auf der Annahme, dass ein spezifischer Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein bestimmter Risikofaktoren und der Entwicklung von Krankheiten bzw. Entwicklungs- und Gesundheitsstörungen besteht. Der mit dem Risikofaktorenmodell verknüpfte biomedizinische Ansatz versucht, die Gesundheit von Individuen und der Gesamtbevölkerung über die Einflussnahme auf vorrangig verhaltensbezogene Risikofaktoren zu verbessern. In Erweiterung zu diesem Ansatz hebt die medizin- und gesundheitssoziologische Forschung hervor, dass zielführende Präventionsstrategien nicht nur verhaltensbezogene Risikofaktoren, sondern auch die sozialen Lebensbedingungen adressieren müssen.

Keywords: Risikofaktoren, Risikoverhalten, Gesundheitsförderung, Prävention, Soziale Determinanten

Einleitung

Als Risikofaktoren werden in der Medizin und den Gesundheits- und Pflegewissenschaften Vorläufer und Prädiktoren von Krankheiten sowie Gesundheits- und Entwicklungsstörungen bezeichnet. Ein Risikofaktor gibt Auskunft über eine potenzielle, sich direkt oder indirekt und in der Regel erst mit Verzögerung manifestierende Gefährdung der Gesundheit, der körperlichen und psychischen Entwicklung oder der sozialen und kulturellen Integration bzw. Inklusion. Risikofaktoren mit ihrem pathogenetischen Fokus auf die Entstehung von Krankheiten stellen den Komplementärbegriff zum Begriff der Schutzfaktoren dar [1] (Resilienz und Schutzfaktoren), die die Erhaltung von Gesundheit in den Mittelpunkt stellen [2] (Salutogenese).

Im Risikofaktorenmodell stehen gesundheitliche Risikofaktoren im Mittelpunkt der Erklärung von Krankheitsursachen. Folgerichtig stellen sie hier auch den zentralen Ansatzpunkt für Interventionsmaßnahmen zur Krankheitsvermeidung und Gesunderhaltung dar. Das Modell wurde seit Anfang der 1960er-Jahre als eine epidemiologisch begründete Erweiterung des biomedizinischen Paradigmas [3] (Biomedizinische Perspektive) entwickelt. Die Weiterentwicklung war nötig geworden, da eine direkte Übertragung der naturwissenschaftlich-kausalen, biomedizinischen Erklärungsansätze auf die heute vorherrschenden nichtübertragbaren chronischen Erkrankungen nur in eingeschränktem Maße möglich war. Im Risikofaktorenmodell werden weniger direkt-kausale Zusammenhänge in der Erkrankungsentstehung angenommen. Vielmehr wird postuliert, dass für die Manifestation von chronischen Erkrankungen komplexe und nichtkausale Entstehungszusammenhänge vorliegen. Das Risikofaktorenmodell ist nach wie vor das wichtigste Erklärungsmodell und die einflussreichste Interventionsgrundlage in der Prävention und Gesundheitserziehung.

Bestimmung und Interpretation von Risikofaktoren

Das Risikofaktorenmodell ist aus den Ergebnissen epidemiologischer Studien hervorgegangen. Im Vordergrund standen Beobachtungsstudien, vor allem Fall-Kontroll-Studien und Kohortenstudien. Fall-Kontroll-Studien untersuchen im Rahmen von Querschnittsstudien retrospektiv, ob Personen mit einer bestimmten Erkrankung (z. B. chronischer Bronchitis = Fallgruppe) in der Vergangenheit häufiger eine bestimmte Exposition aufwiesen (z. B. Tabakkonsum) als Personen ohne diese Erkrankung (Kontrollgruppe). Die Expositionshäufigkeit in Fall- und Kontrollgruppe wird in Beziehung zueinander gesetzt und daraus die Bedeutung z. B. des Tabakkonsums für die Erkrankung chronische Bronchitis ermittelt, in der Regel anhand der Kennziffer „odds ratio“ (OR).

Fall-Kontroll-Studien sind nicht geeignet, das relative Risiko (RR) z. B. des Tabakkonsums zu berechnen.

Dafür sind prospektive Kohortenstudien nötig, die Daten zur Inzidenz (Neuerkrankungen) liefern. Diesen Studien wird aufgrund der zeitlichen Verlaufsbetrachtung gegenüber den querschnittlich angelegten Fall-Kontroll-Studien eine höhere Aussagekraft zugesprochen. Das relative Risiko bezeichnet die Wahrscheinlichkeit, dass ein bestimmtes Ereignis (z. B. chronische Bronchitis) bei Personen mit Exposition (z. B. Tabakkonsum) eintritt im Vergleich zu Personen ohne Exposition. Das sogenannte Hazard Ratio (HR) stammt aus der Ereignisdatenanalyse und vergleicht das Risiko zwischen Gruppen während des gesamten Studienverlaufs. Die Interpretation von RR und HR ist gleich: Ein RR bzw. HR von 6.0 bedeutet z. B., dass das Risiko, an einer chronischen Bronchitis zu erkranken, bei der exponierten Gruppe (hier: Personen, die Tabak konsumieren) sechsmal so hoch ist im Vergleich zu Personen, die nicht exponiert sind (hier: Personen, die nicht Tabak konsumieren) [4].

Zur richtigen Einordnung der Kennwerte RR und HR sind absolute Risikozahlen erforderlich, z. B. Aussagen wie: Von 1.000 tabakkonsumierenden Personen entwickelten 119 Personen eine chronische Bronchitis, von 1.000 nichtrauchenden Personen lediglich 18 Personen. Aus dieser beispielhaften Darstellung wird ersichtlich, dass mit dem Risikobegriff Erkrankungswahrscheinlichkeiten auf Bevölkerungsebene ausgedrückt werden, die für den einzelnen Menschen nicht zwangsläufig zutreffen müssen. Auch wenn Risikoaussagen nicht für jeden Einzelfall zutreffen, erhöht insbesondere eine Häufung und das Zusammenwirken von mehreren Risikofaktoren die individuelle Erkrankungswahrscheinlichkeit erheblich.

Systematisierung von Risikofaktoren

Risikofaktoren lassen sich danach unterscheiden, ob sie a) biologisch bzw. genetisch bedingt b) verhaltensgebunden oder c) umweltbezogen sind. Zu den biologischen bzw. genetischen Risikofaktoren gehören z. B. das Alter, das biologische Geschlecht und die genetische Veranlagung für bestimmte Erkrankungen und Gesundheitsstörungen. Diese genetischen Risikofaktoren galten lange Zeit als einer Intervention bzw. Therapie nicht oder nur schwer zugänglich. Mit den Fortschritten in der prädiktiven Medizin richtet sich der Blick jedoch zunehmend auch auf individuelle Unterschiede in der biologisch-genetischen Ausstattung. Es ist zu erwarten, dass Fortschritte in der prädiktiven Medizin zunehmend die frühzeitige Identifikation von genetischen Krankheitsveranlagungen und die Anpassung von Behandlungsstrategien an den spezifischen Genotyp ermöglichen werden [5] (Prädiktive Medizin und individualisierte Medizin).

Zu den zentralen verhaltensgebundenen Risikofaktoren zählen Tabak- und Alkoholkonsum, körperlicher Bewegungsmangel sowie ungesunde und einseitige Ernährung. Auch die mit diesen Verhaltensweisen assoziierten medizinischen bzw. biologischen Risikoparameter wie Bluthochdruck, erhöhter Blutfettspiegel oder Übergewicht fallen darunter.

Zu den umweltbezogenen Risikofaktoren gehören alle sozialen und physikalischen Lebensbedingungen, die als soziale Determinanten Einfluss auf Gesundheit und Krankheit nehmen [6]. Zu nennen sind hier vor allem gesundheitsabträgliche materielle Lebens- und Arbeitsbedingungen, psychosoziale Belastungen wie berufliche und außerberufliche Stressoren, geringe soziale Ressourcen wie die unzureichende Verfügbarkeit sozialer Unterstützung sowie ein eingeschränkter Zugang zur Gesundheitsversorgung. Zu den umweltbezogenen Risikofaktoren zählen zudem die politischen, rechtlichen, ökonomischen und ökologischen Rahmenbedingungen einer Gesellschaft [7] (Determinanten der Gesundheit).

In Tabelle 1 sind zentrale epidemiologisch und medizinsoziologisch gesicherte Risikofaktoren für die Entstehung von koronarer Herzkrankheit bzw. Krebserkrankungen ohne Anspruch auf Vollständigkeit aufgeführt.

Biologische bzw. genetische Risikofaktoren, z. B.
• Ansteigendes Alter und männliches Geschlecht • Genetisch (mit-)bedingte Störungen des Fett- und Glukosestoffwechsels • Genetisch (mit-)bedingte Arterienverengungen der Herzkranz- oder Hirngefäße • Genetisch (mit-)bedingte ungünstige Verteilung von Fettgewebe („abdominal obesity“) • Belastung des Organismus durch oxidativen Stress
Verhaltensbezogene und verhaltensassoziierte Risikofaktoren, z. B.
• Tabakkonsum (Zigaretten, Zigarren, Pfeifen und E-Zigaretten) und Passivrauchen • Schädlicher Alkoholkonsum, chronischer Alkoholmissbrauch • Fehlernährung (z.B. hyperkalorische, unausgewogene und ballaststoffarme Ernährung, hoher Konsum gesättigter Fette, unzureichende Aufnahme von Obst und Gemüse) • Bewegungsmangel und körperliche Inaktivität (vorwiegend sitzende Lebensweise, keine regelmäßige sportliche Betätigung) • Übergewicht, Adipositas (erhöhter Body-Mass-Index in Verbindung mit abdominalem Fettverteilungsmuster) • Typ-2-Diabetes und Prä-Diabetes • Erhöhter Blutfettspiegel und Fettstoffwechselstörungen (erhöhtes LDL-Cholesterin und Gesamtcholesterin, erhöhte Triglyceride) • Bluthochdruck, Arteriosklerose
Umweltbezogene Risikofaktoren, z. B.
• Chronische Belastungen durch Luftverschmutzung (z. B. Partikelemissionen und Feinstäube), Expositionen gegenüber Schadstoffen (z. B. ionisierende Strahlung, Asbest und Teer), kardiotoxische und kanzerogene Substanzen (z. B. Blei und Kohlenmonoxid) • Lärmbelastungen, Schichtarbeit, chronische berufliche Stressbelastung, geringe berufliche Entscheidungs- und Handlungsspielräume, berufliche Gratifikationskrisen • Belastungen neuer Arbeitsformen (Desynchronisation von Lebensrhythmen, Fragmentierung und Entgrenzung der Arbeitszeit, Überforderung durch komplexe Organisation von Arbeits- und Lebensbereichen, Belastungsfolgen der digitalen Transformation) • Luftverschmutzung, Schadstoffe und Lärmbelastung in der Wohnumgebung, unzureichende Regenerationsmöglichkeiten zu Hause und im Wohnumfeld • Chronische Belastungen der Lebenswelt (z. B. finanzielle Belastungen und Diskriminierungserfahrungen), familiäre Stressoren (z. B. Partnerschaftskonflikte) • Mangelnde soziale Unterstützung, soziale Isolation und Einsamkeit

Tab. 1: Risikofaktoren für koronare Herzkrankheit bzw. Krebserkrankungen (eigene Darstellung)

Eine inhaltlich analoge, wenn auch anders geordnete Systematisierung von gesundheitsrelevanten Risikofaktoren nimmt die „Global Burden of Disease Study“ (GBD) vor; in Deutschland ist sie am Robert Koch-Institut (RKI) angesiedelt [8]. Ihrer weltweit koordinierten, methodisch standardisierten Messung und Folgenabschätzung der bevölkerungsbezogenen Krankheitslast liegt ein Modell hierarchisch organisierter Risiken zugrunde. Ebene 1 umfasst drei übergreifende Kategorien: verhaltensbezogen (behavioural), umwelt- und arbeitsweltbezogen (environmental and occupational) sowie stoffwechselbezogen (metabolic). Ebene 2 enthält aggregierte Einzelrisiken und Risikocluster aus jeder der Level-1-Kategorien. Ebene 3 umfasst alle nicht-aggregierten Einzelrisiken aus den Ebene-2-Clustern. In Ebene 4 finden sich ausgewählte, fein aufgeschlüsselte Teil-Gesundheitsrisiken aus Ebene 3. Auf jeder Risikoebene kann bewertet werden, ob Risikokombinationen additiv oder multiplikativ sind und ob sie gemeinsame Interventionspfade aufweisen. Im Rahmen der GBD-Studie wurden 87 Risikofaktoren ermittelt und auf diese Weise für 204 Länder und Regionen klassifiziert [9], [10].

Relevanz der Risikofaktoren für Medizin und Prävention

Die Bedeutung von Risikofaktoren hat mit der Verschiebung des Krankheitsspektrums von Infektionskrankheiten zu den sogenannten nichtübertragbaren chronischen Zivilisationskrankheiten stetig zugenommen. Im Mittelpunkt stehen dabei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2 und Lungenerkrankungen, die die häufigsten Erkrankungen und Todesursachen in den industrialisierten Gesellschaften darstellen. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) machen diese Krankheiten ca. 75 % aller Todesfälle aus (ca. 43 Millionen Todesfälle jährlich) [11]. Als Hauptrisikofaktoren für diese Erkrankungen werden vor allem verhaltensbezogene Faktoren herausgestellt. Verhaltens- und Umweltrisikofaktoren sind auch zentrale Ursachen für die Sterblichkeit in Deutschland. Nach Schätzungen des Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) konnten im Jahr 2021 ca. 259 000 Todesfälle in Deutschland auf verhaltensbezogene Risikofaktoren zurückgeführt werden, wie Tabak- und Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung und geringe körperliche Aktivität [12].

Verknüpfte Betrachtung von verhaltens- und umweltbezogenen Risikofaktoren

In zahlreichen Studien konnte gezeigt werden, dass sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen auch gesundheitlich benachteiligt sind [13] (Epidemiologie und Sozialepidemiologie). Als ein zentraler Erklärungsansatz für diesen Zusammenhang wird angeführt, dass diese Bevölkerungsgruppen auch häufiger verhaltensbezogene Risikofaktoren aufweisen, etwa Alkohol- und Tabakkonsum, Bewegungsmangel und eine ungesunde Ernährungsweise. Die ausschließliche Fokussierung auf diese Risikofaktoren im Rahmen von Präventionsmaßnahmen ist jedoch nicht zielführend. Wie in der medizin- und gesundheitssoziologischen Forschung herausgestellt wurde, müssen solche Verhaltensweisen vielmehr im Kontext der jeweiligen Lebenssituationen betrachtet und diese explizit adressiert werden [14] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit). In einer derart verknüpften Betrachtung lassen sich verhaltensbezogene Risikofaktoren wie Tabak- und Alkoholkonsum dann auch als dysfunktionale Stressbewältigungsstrategien (siehe auch [15] (Stress und Stressbewältigung)) begreifen, die ihren Ursprung in psychosozialen Belastungen der Lebenswelt von Betroffenen haben.

Die Verknüpfung von verhaltens- und umweltbezogenen Risikofaktoren findet sich in dem Modell der „Kausalkette der Krankheitsentstehung“ der WHO wieder, das auch in anderen Publikationen aufgegriffen wurde [16], [17] (siehe Abb. 1). Verhaltensbezogene Risikofaktoren werden in diesem Modell als proximale Faktoren bezeichnet, die sich direkt auf (patho-)physiologische Faktoren auswirken, etwa die Entwicklung von Bluthochdruck, erhöhten Blutfett- und Blutzuckerwerten oder chronischen Entzündungsreaktionen (Inflammation). (Patho-)physiologische Veränderungen stellen wiederum Risikofaktoren für die Entwicklung von zahlreichen chronischen Erkrankungen dar, wie Typ-2-Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Umweltbezogene Faktoren werden in dem Modell als distale Ursachen bezeichnet, die in der Kausalkette weiter vorn angesiedelt sind und über verhaltensbezogene Risikofaktoren auf die Entwicklung von Krankheiten Einfluss nehmen. Sie wirken zudem vermittelt über chronische, berufliche und soziale Stressoren auf pathophysiologische Prozesse ein.

Deutlich wird an diesem Modell, dass ein umfassendes Verständnis der Erkrankungsursachen auch die zugrundeliegenden strukturellen Lebensbedingungen als distale Faktoren berücksichtigen muss, die zu unterschiedlichen verhaltensbezogenen Risikofaktoren und darüber vermittelt zu differenzierten pathophysiologischen Prozessen im Organismus führen. In der sozialepidemiologischen Forschung wurde daraus die programmatische Forderung abgeleitet, bei der Ursachensuche sozial ungleicher Erkrankungsrisiken nicht bei der Identifizierung von verhaltensbezogenen Risikofaktoren stehenzubleiben. Vielmehr sollten sich die Forschungsanstrengungen auch darauf richten, die Ursachen hinter diesen Ursachen („causes of the causes“) zu erklären [18], [19]. Für die konzeptionelle Ausgestaltung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sollte daher eine verknüpfte Betrachtung von verhaltens- und umweltbezogenen Faktoren leitend sein.

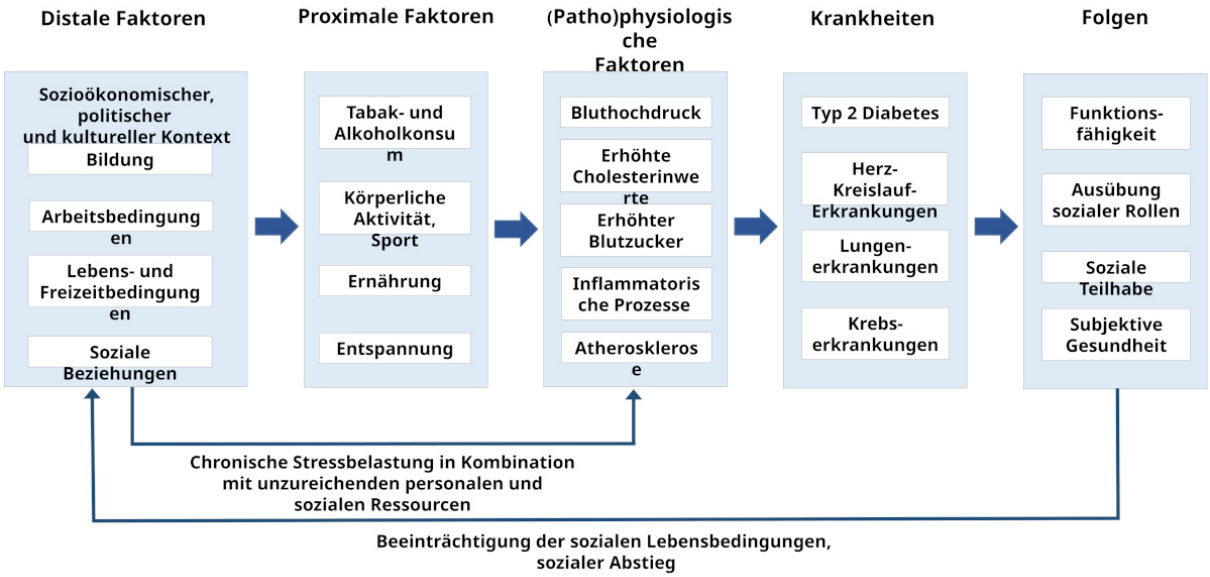


Abb. 1: Kausalketten der Krankheitsentstehung (eigene Darstellung in Anlehnung an [16], [17])

Risikofaktoren bei übertragbaren Erkrankungen

Risikofaktoren wurden in den letzten Jahrzehnten vorrangig für nichtübertragbare Krankheiten und ihre Folgen identifiziert und beforscht. Im Gefolge der seit den 1980er-Jahren epidemisch, z.T. pandemisch aufgetretenen Infektionskrankheiten (v.a. HIV/Aids, Influenza A-Viren, MERS, Dengue, Ebola) hat die Covid-19-Pandemie die politische und wissenschaftliche Aufmerksamkeit wieder auf Risikokonstellationen und Präventionsbedarfe bei übertragbaren Krankheiten gelenkt.

Als Risikofaktoren für SARS-CoV-2-Infektionen, insbesondere für schwere Covid-Krankheitsverläufe, gelten folgende als gesichert: Höheres Alter (> 65 Jahre), männliches Geschlecht, Vorerkrankungen wie Bluthochdruck, koronare Herzkrankheit bzw. Angina Pectoris, Herzinfarkt und chronische Folgebeschwerden, Schlaganfall oder chronische Folgebeschwerden, Diabetes mellitus, Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, COPD, Leberzirrhose, chronische Nierenprobleme, Adipositas (BMI ≥ 30), neurologische Erkrankungen/Demenz, Krebserkrankungen und Rauchen [20].

Präventivmedizinische Umsetzung und Bewertung

Um der Bedeutung sozialer Lebensbedingungen für Gesundheit und Krankheit Rechnung zu tragen, wurden (medizin-)soziologisch fundierte Konzepte entwickelt, die sich durch einen sozio-psychosomatischen Verursachungszusammenhang auszeichnen [21], [22]. In der präventivmedizinischen Umsetzung dominiert jedoch das Risikofaktorenmodell und damit die Strategie der individuellen Verhaltensänderung. So lässt sich ein ungebrochener Fokus auf Maßnahmen der Verhaltensprävention feststellen, wie z. B. individuelle und gruppenbezogene Maßnahmen zur Tabakentwöhnung, Ernährungsmodifikation, Bewegungsförderung und Stressbewältigung. Maßnahmen, die im Sinne des Settingansatzes auf Lebenswelten gerichtet sind, haben demgegenüber nach wie vor einen deutlich geringeren Stellenwert [23] (Settingansatz/Lebensweltansatz).

Die Fokussierung auf verhaltenspräventive Maßnahmen birgt die Gefahr, dass Personen für ihre Risikofaktoren und damit auch zumindest zum Teil für ihren Gesundheitszustand verantwortlich gemacht werden und die sozialen Ursachen in den Hintergrund geraten. Die Gefahr der Diskriminierung, Stigmatisierung und Schuldzuweisung von „Risikoträgern“ wird als „blaming the victim“ kritisiert [24], [25]. Die Gründe für die ungebrochene Dominanz dieses Ansatzes werden unter anderem darin gesehen, dass verhaltensbezogene Risikofaktoren relativ einfach zu messen sind, ihre kausale Wirkung auf pathophysiologische Prozesse gut dokumentiert ist und verhaltensbezogene Risikofaktoren veränderungssensitiv sind, d. h. vergleichsweise gut hinsichtlich ihres Erfolgs nach einer Intervention gemessen werden können [26].

Aktuelle nationale und internationale Studienergebnisse weisen darauf hin, dass die Erfolge in der Reduktion verhaltensbezogener Risikofaktoren insgesamt verhalten ausfallen. Zwischen 2003 und 2023 sank die Prävalenz des Tabakkonsums in Deutschland von 32,1 % auf 28,8 %, vor allem bei jüngeren Menschen, doch dieser Rückgang hat sich in den letzten Jahren verlangsamt. Gleichzeitig gibt es deutliche Warnzeichen dafür, dass Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Erwachsenen in den letzten Jahren global und auch in Deutschland zugenommen haben [27], [28]. Zudem weisen Studienergebnisse u. a. aus Deutschland darauf hin, dass sich soziale Ungleichheiten bezüglich dieser verhaltensbezogenen Risikofaktoren in den letzten Jahren vergrößert haben [29]. Damit ergeben sich in der Bevölkerung insgesamt und insbesondere für sozial benachteiligte Gruppen deutliche Optimierungspotenziale hinsichtlich der Reduzierung gesundheitlicher Risikofaktoren.

Ausblick

Die epidemiologische Forschung zu gesundheitlichen Risikofaktoren hat maßgeblich zu medikamentösen Präventionsansätzen geführt, mit denen die vorzeitige Sterblichkeit in der Bevölkerung reduziert und die Lebenserwartung stetig gesteigert werden konnte. Gleichzeitig sind mit diesen Präventionsansätzen gesellschaftliche Implikationen verbunden, die einer kritischen soziologischen Reflexion bedürfen. So lässt sich in den letzten Jahrzehnten eine stetige Verschärfung der Norm- und Grenzwerte für die Bestimmung von Risikofaktoren beobachten. Exemplarische Beispiele sind die engeren Festlegungen für die Bestimmung von auffälligen Blutdruck-, LDL-Cholesterin- und Blutzuckerwerten.

Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive ist kritisch zu hinterfragen, welche Konsequenzen es hat, wenn ein zunehmend größerer Teil der Bevölkerung von vormals gesunden bzw. organisch unauffälligen Personen zu auffälligen bzw. behandlungsbedürftigen Risikoträgern erklärt wird („the healthy sick“). In diesem Zusammenhang wurde z. B. kritisiert, dass mit dieser Entwicklung eine zunehmende Medikalisierung des Alltags und Stigmatisierung von gesunden Menschen mit Risikomerkmalen verbunden sein könnte. In den Sozial- und Gesundheitswissenschaften wurde bereits in den 1990er-Jahren mit Schlagworten wie „Healthismus“, „homo epidemiologicus“ und „präventive Mustermenschen“ vor einem überzogenen gesamtgesellschaftlichen Gesundheitszwang gewarnt [30], [31], [32] (Prävention und Krankheitsprävention).

Auch die wachsenden digitalen Möglichkeiten der Selbstoptimierung durch sogenannte Fitness-Tracker lenken die Aufmerksamkeit zunehmend auf individuelle Strategien der Kontrolle gesundheitlicher Risikofaktoren. Diese neuen Techniken können im positiven Sinne zur Selbstverantwortung und Selbstbestimmung und damit zur Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils beitragen. Auf der anderen Seite können sie jedoch auch den gesellschaftlichen Zwang zur Gesunderhaltung erhöhen und damit die Gefahr der moralischen (Ab-)Wertung von „Risikoträgern“ verstärken, die einer Korrektur im Sinne einer Umerziehung bedürfen [33], [34]. Es ist eine zentrale Aufgabe der medizin- und gesundheitssoziologischen Forschung, die sich verändernden ethischen und normativen Implikationen des Umgangs mit gesundheitlichen Risikofaktoren kritisch zu hinterfragen.

References

1. Rönnau-Böse M, Fröhlich-Gildhoff K, Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i101-2.0
2. 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
3. Holst J. Biomedizinische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i006-2.0
4. Ressing M, Blettner M, Klug SJ. Auswertung epidemiologischer Studien. Dtsch Arztebl Int. 2010;107(11):187–192. DOI:10.3238/arztebl.2010.0187
5. Kollek R, Trojan A. Prädiktive Medizin und individualisierte Medizin. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2017. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i089-1.0
6. World Health Organization. World Report on social determinants of health equity. Geneva: World Health Organization; 2025 [accessed 2026 Jun 06]. Available from: https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/equity-and-health/world-report-on-social-determinants-of-health-equity

7. 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
8. Porst M, von der Lippe E, Leddin J, Anton A, Wengler A, Breitkreuz J, Schüssel K, Brückner G, Schröder H, Gruhl H, Plaß D, Barnes B, Busch MA, Haller S, Hapke U, Neuhauser H, Reitzle L, Scheidt-Nave C, Schlotmann A, Steppuhn H, Thom J, Ziese T, Rommel A. The Burden of Disease in Germany at the National and Regional Level – Results in Terms of Disability-Adjusted Life Years (DALY) from the BURDEN 2020 Study. Dtsch Arztebl Int. 2022;119(46):785–92. DOI:10.3238/arztebl.m2022.0314
9. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020;396(10258):1223–1249. DOI:10.1016/S0140-6736(20)30752-2
10. Murray CJL. The Global Burden of Disease Study at 30 years. Nat Med. 2022;28(10):2019–2026. DOI:10.1038/s41591-022-01990-1
11. World Health Organization. Noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2025 [accessed 2026 Jun 06]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
12. Länderprofil Gesundheit 2025: Deutschland. State of Health in the E. Brussels, Paris: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, OECD Publishing, European Observatory on Health Systems and Policies; 2025 [accessed 2026 Jun 06]. Available from: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/de/publications/reports/2025/12/country-health-profile-2025-country-notes_7e72146d/germany_51f2550b/22c8a438-de.pdf
13. Kuhn J, Bolte G. Epidemiologie und Sozialepidemiologie. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i011-3.0
14. 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. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i052-3.0
15. Ernst G, Franke A, Franzkowiak P. Stress und Stressbewältigung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i118-2.0
16. World Health Organization. The World Health Report. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002. Available from: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a47f00a6-4b58-4e53-b1ce-ed71d2256208/content
17. Parrish RG. Measuring population health outcomes. Prev Chronic Dis. 2010;7(4):A71. Available from: https://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jul/10_0005.htm
18. Marmot M. Inclusion health: addressing the causes of the causes. Lancet. 2018;391(10117):186–188. DOI:10.1016/S0140-6736(17)32848-9
19. Marmot M, Bell R. Social determinants and non-communicable diseases: time for integrated action. BMJ. 2019(364):l251. DOI: 10.1136/bmj.l251
20. Rommel A, von der Lippe E, Treskova-Schwarzbach M, Scholz S. Bevölkerung mit einem erhöhten Risiko für schwere COVID-19-Verläufe in Deutschland. Auswertungen der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. J Health Monit. 2021;6(S2):2–15. DOI:10.25646/7858.3
21. Siegrist J. Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen. Forschungsevidenz und präventive Maßnahmen. München: Elsevier; 2015.
22. Lampert T, Kuntz B, Waldhauer J, Hoebel J. Soziale und gesundheitliche Ungleichheit. In: Deinzer R, von dem Knesebeck O, editors. Online Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie. Berlin: German Medical Science GMS Publishing House; 2020. DOI:10.5680/olmps00003414
23. 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.
24. Schmidt B. Eigenverantwortung haben immer die Anderen: Der Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen. Bern: Huber; 2007.
25. Bröckling U. Dispositive der Vorbeugung: Gefahrenabwehr, Resilienz, Precaution. Zeithistorische

Forschungen. 2013;3:93–108. Available from: https://www.zeithistorische-forschungen.de/sites/default/files/medien/material/2013-3/Broeckling_2012.pdf

26. Eikemo TA, Bambra C, Huijts T, Fitzgerald R. The First Pan-European Sociological Health Inequalities Survey of the General Population: The European Social Survey Rotating Module on the Social Determinants of Health. Eur Sociol Rev. 2016;33(1):137-153. DOI:10.1093/esr/jcw019
27. Starker A, Schienkiewitz A, Damerow S, Kuhnert R. Prevalence of obesity and smoking among adults in Germany – trends from 2003 to 2023. J Health Monit. 2025;10(1):e13038. DOI:10.25646/13038
28. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. Lancet. 2024;403(10431):1027–1050. DOI:10.1016/S0140-6736(23)02750-2
29. Sperlich S, Beller J, Safieddine B, Tetzlaff J, Geyer S. Widening Educational Inequalities in Physical Health Due to the Obesity Trend? – A Mediation Analysis Using the German Socio-Economic Panel Study. Int J Public Health. 2024;69:1606932. DOI:10.3389/ijph.2024.1606932
30. Stumm B, Trojan A, editors. Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch; 1992.
31. Kühn H. Healthismus: eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA. Berlin: Edition Sigma; 1993.
32. 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
33. Duttweiler S. Nicht neu, aber bestmöglich. Alltägliche (Selbst)Optimierung in neoliberalen Gesellschaften. Polit Zeitgesch. 2016;66(37-38):27–32. Available from: https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/233468/nicht-neu-aber-bestmoeglich
34. Selke S. Metrische Gesundheitskultur. Selbstoptimierung im digitalen Zeitalter. Polit Zeitgesch. 2024;74(36-37):23-29. Available from: https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/gesundheit-und-digitalisierung-2024/551702/metrische-gesundheitskultur

Korrespondenz: Dr. Stefanie Sperlich, Medizinische Hochschule Hannover, Medizinische Soziologie, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Deutschland, Phone: 0511 532 9310, E-mail: sperlich.stefanie@mh-hannover.de

Zitierhinweis: Sperlich S, Franzkowiak P. Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i102-1.0

Copyright: © 2026 Stefanie Sperlich 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/

Risikokommunikation

Georg Ruhrmann[1]
Lars Guenther[2]

[1] Institut für Kommunikationswissenschaft, Friedrich Schiller Universität Jena, Jena, Deutschland

[2] Institut für Kommunikationswissenschaft und Medienforschung (IfKW), Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland

Abstract

Ausgehend von einem Fokus auf den Gesundheitsbereich unterscheidet der Text analytische und normative Orientierungen von Kommunikatorinnen und Kommunikatoren. Zudem wird ein Modell der Kommunikation und Wahrnehmung von (Gesundheits-)Risiken im Kontext relevanter gesellschaftlicher Teilbereiche vorgestellt. Das Modell wird um die öffentliche Kommunikation über Risiken in journalistischen und sozialen Medien erweitert. Nachfolgend werden Anwendungsaspekte von Risiko- und Krisenkommunikation angesprochen. Dazu erörtert der Beitrag bekannte Strategien der Crisis and Emergency Risk Communication (CERC). Der Beitrag schließt mit einem Ausblick.

Keywords: Risiko, Risikokommunikation, Risikowahrnehmung, Journalismus, Soziale Medien, CERC-Modell

Einleitung

Risiken im Gesundheitsbereich sind allgegenwärtig. In vielen Fällen führen Expertinnen und Experten Analysen durch und informieren über diese Risiken. Beispiel Herzerkrankung: Bewegungsmangel lässt sich als eine Ursache identifizieren. Die Krankheit oder der Schaden muss jedoch nicht sofort oder überhaupt ausbrechen. Je nach Alter, Konstitution und Lebensstil (z. B. Ernährung) wird man vielleicht auch nicht herzkrank.

Medizin, Medien und Krankenkassen informieren über derartige Risiken. Sie klären auf und geben Tipps. Als Risiko (R) gilt das Produkt der Schadenschwere (S) und ihrer Eintrittswahrscheinlichkeit (W): R = S x W [1]. Risikokommunikation lässt sich folglich definieren als ein Prozess, in dem über mögliche Schäden und ihre Wahrscheinlichkeiten nicht nur informiert, sondern diese zugleich auch interpretiert werden. Allerdings wird beispielsweise kontrovers diskutiert, wieviel Bewegung und welche Ernährung nachweislich gesundheitsfördernd wirken. Und welchen Wert haben präventive Maßnahmen?

Risikokommunikation ist durch ihren (Werte-)Bezug zu Schäden problemzentriert. Sie gilt zudem als intentional, weil klare Ziele mit ihr verbunden werden. Die Kommunikation über Risiken kann individuelle Einstellungen, Erfahrungen und Verhalten beeinflussen [2], [3], [4].

Ziel von Risikokommunikation

Das Ziel von Risikokommunikation besteht darin, die Bevölkerung möglichst frühzeitig zu informieren und aufzuklären, vor drohenden Gefahren zu warnen und umfassend auf mögliche Schadenslagen vorzubereiten und auch Verhaltensänderung in Krisenlagen auszulösen. So war es beispielsweise in der COVID-19 Pandemie: viele Menschen reduzierten ihre sozialen Kontakte und trugen zeitweise Masken [5].

Gesundheits- und Medizinjournalismus erzeugt bei gravierenden Risiken wie bei einer Pandemie besondere öffentliche Resonanz [6]. Das trifft auch auf die Risikokommunikation in sozialen Medien zu.

Analytische und normative Orientierung: Theorie und Praxis

Von Risikokommunikation spricht man seit den 1980-er Jahren – und das in einem interdisziplinären Kontext. Dabei betonen Medizin und Wissenschaft mit ihrer analytischen Orientierung theoretischen und empirische Fragen. Parallel dazu orientieren sich Politik und Wirtschaft mit ihrer normativen Orientierung

an praktischen Fragen und Maßnahmen: Hilft Kommunikation? Kann sie Risiken verhindern? Und: Welche Kommunikationsformen sind effektiv? [5] In diesen beiden Traditionen treten jeweils typische Akteurinnen und Akteure auf (Tab. 1, [7]).

Analytische Orientierung	**Typische Akteurinnen und Akteure**
Theoriebezug	Forschende (in Gruppen)
Methodenorientierung	Universitäten und Universitätskliniken
Experimentelles Design	Stiftungen (Denkfabriken)
Empirische Forschung	Fachverlage und Zeitschriften
Klinische Studien	Wissenschaftsredaktionen
Normative Orientierung	**Typische Akteurinnen und Akteure**
Praxisbezug	Klinikmanager/Unternehmen
Best Practice-Modelle	Ministerien und Verbände
Krisenmanagement	Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Reputationsmanagement	Werbeagenturen

Tab. 1: Analytische/normative Orientierung und ihre typischen Akteurinnen und Akteure (Quelle: Eigene Darstellung, basierend auf [7]*)*

In Politik, Medien und Alltag bleiben die Unterschiede beider Orientierungen häufig unbemerkt. Manchmal werden sie auch missverstanden oder miteinander verwechselt. Analytisch und eher wissenschaftlichausgerichtet ist zum Beispiel die (kognitions-)psychologische, ingenieur- und sozialwissenschaftliche Grundlagenforschung [8]. Sie ist theorieorientiert sowie methodenbasiert und operiert häufig mit einem experimentellen Design. Empirische bzw. klinische Forschung versucht evidenzorientiert gesundheitliche Risiken zu analysieren, mit dem Ziel, Menschen vor Risiken zu schützen bzw. sie zu motivieren, sie zu vermeiden. Forschende und Forschungsgruppen in Universitäten, Universitätskliniken und Stiftungen publizieren meist in peer-reviewten (internationalen) Fachzeitschriften (Journals), wenden sich aber auch über andere und neue Kommunikationskanäle an diverse Öffentlichkeiten. In diesem Kontext wird auch Wissenschaftskommunikation in Hochschulen und Kliniken zunehmend institutionalisiert.

Die normative Perspektive ist mit Aufgaben und Zielen von Public Health sowie strategischer Öffentlichkeitsarbeit (Public Relations: PR) befasst und stärker praxisorientiert. Fallbezogen geht es um kurzfristiges und auch schnelles Krisenmanagement und damit auch um Krisenkommunikation [9]. Häufig, aber nicht ausschließlich, arbeiten auf der Basis von Erfahrungen und Best Practice-Modellen [10], [11] (staatliche) PR- und Unternehmenskommunikation, Verbände und (große) Krankenhäuser mit geeigneten Kommunikationsstrategien [12] (Gesundheitskommunikation [5], [13].

Risikowahrnehmung und -kommunikation

Für Risikowahrnehmung und -kommunikation sind seit Mitte der 1980-er Jahre die erwähnten kognitions- und sozialwissenschaftlichen Erkenntnisse relevant geworden [14], [15]. Dabei zeigt die psychometrische Forschung (Weibel et al., 2024), dass Individuen die Ähnlichkeit von Risiken häufig hinsichtlich zweier Merkmale einschätzen: wie furchtbar ein Risiko ist und wie bekannt es ist (Abb. 1).

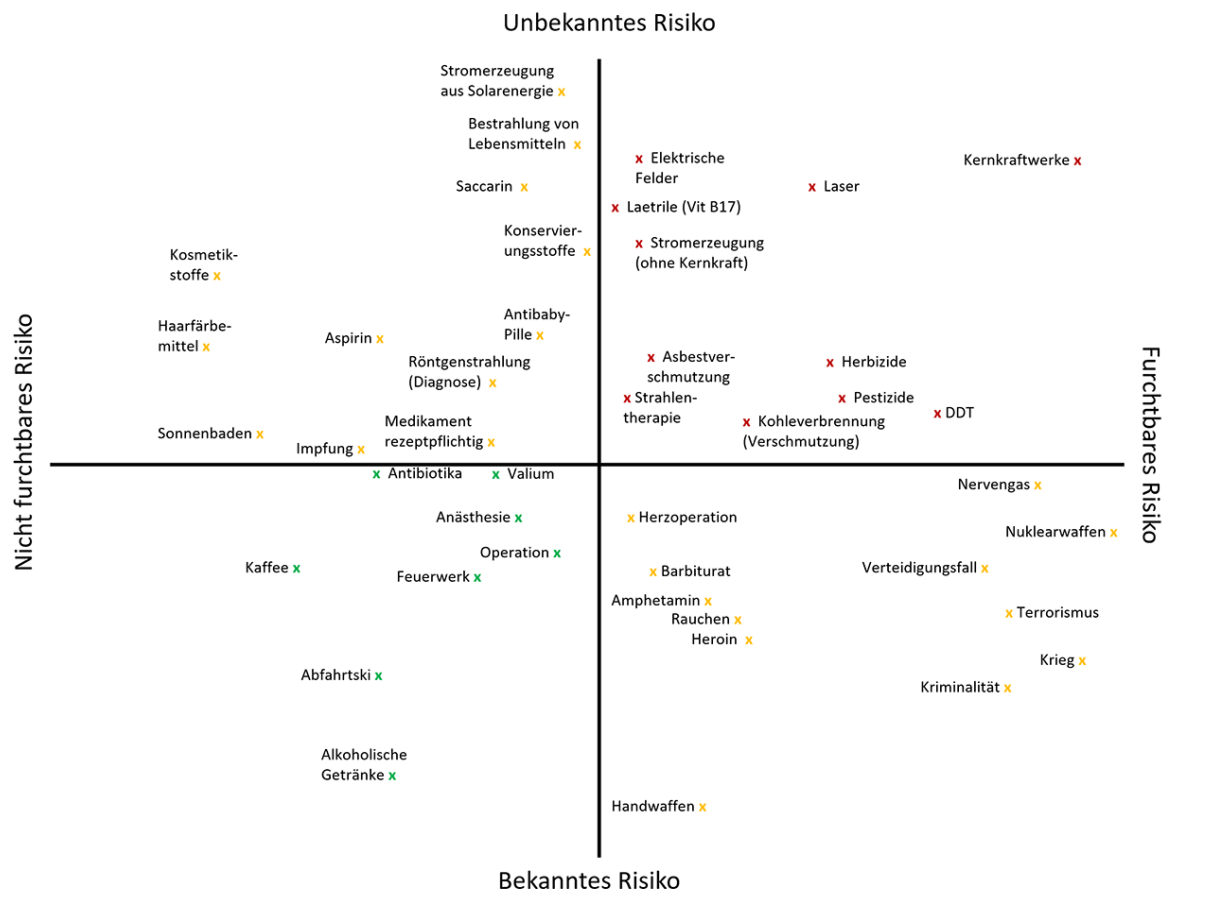


Abb. 1: Beurteilung ausgewählter Risiken: Dimensionen „(nicht) furchtbar“ und „(un)bekannt“ (Quelle: Eigene Darstellung, nach [16], S. 4)

Als furchtbare und unbekannte Risiken werden beispielsweise Gefahren beurteilt, die von Kernkraftwerken oder Laser ausgehen können. Ende der 1980-er Jahre galt die DNA-Technologie in Form unkontrollierter Freisetzung gentechnisch veränderter Organismen noch als furchtbares und unbekanntes Risiko [17], [18]. Als weniger furchtbare und zugleich bekannte (Alltags- bzw. Gesundheits-)Risiken gelten dagegen alkoholische Getränke oder Kaffee. Auch Anästhesie oder Operationen zählen zu derart beurteilten Risiken.

Das Risiko des langfristigen Klimawandels ist häufig weniger unmittelbar erfahrbar als ein Unwetter oder plötzliche Wetterextreme wie Dürre und Hitze, Starkregen, Überschwemmungen oder Orkane [19]. Daher liegt es durchaus nahe, dass die Öffentlichkeit den Klimawandel häufig als weniger bedrohlich erlebt bzw. beschreibt als Expertinnen und Experten aus der Wissenschaft [16].

Einflüsse von Alter, Geschlecht, Wissen und Einstellung

Beim Thema Gesundheit sind oft alters- und geschlechtsspezifische Effekte erkennbar: junge Männer sind nach Selbstauskunft durchschnittlich risikobereiter als junge Frauen. Im Alter vermindert sich jedoch im Vergleich zu Frauen die Risikobereitschaft von Männern wieder [3], [16].

Sicherheitskultur und -verhalten am Arbeitsplatz, der sogenannte Gesundheitsschutz [20], ist abhängig von Branchen bzw. Arbeitgeberinnern und Arbeitgebern und ihren Führungskulturen. Darüber hinaus beeinflussen individuelle Einstellungen gegenüber dem eigenen Verhalten, den Erwartungen und Normen sowie Erfahrungen und dem Wissen im Umgang mit Gesundheit, Medizin und Wissenschaft das Risikoverhalten von Menschen [4]. Deshalb ist davon auszugehen, dass die Kommunikation über Risiken Menschen ganz unterschiedlich erreicht und individuell wirkt.

Wechselwirkungen mit gesellschaftlichen Teilbereichen

Risikokommunikation wird von individuellen, interaktiven (z. B. zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patient

bzw. Patientin) und von organisatorischen Prozessen gerahmt (z. B. in Verlagen und Redaktionen). Zugleich wird in Politik, Wirtschaft und Wissenschaft entschieden, welche Risiken kommuniziert werden sollen (siehe Abb. 2).

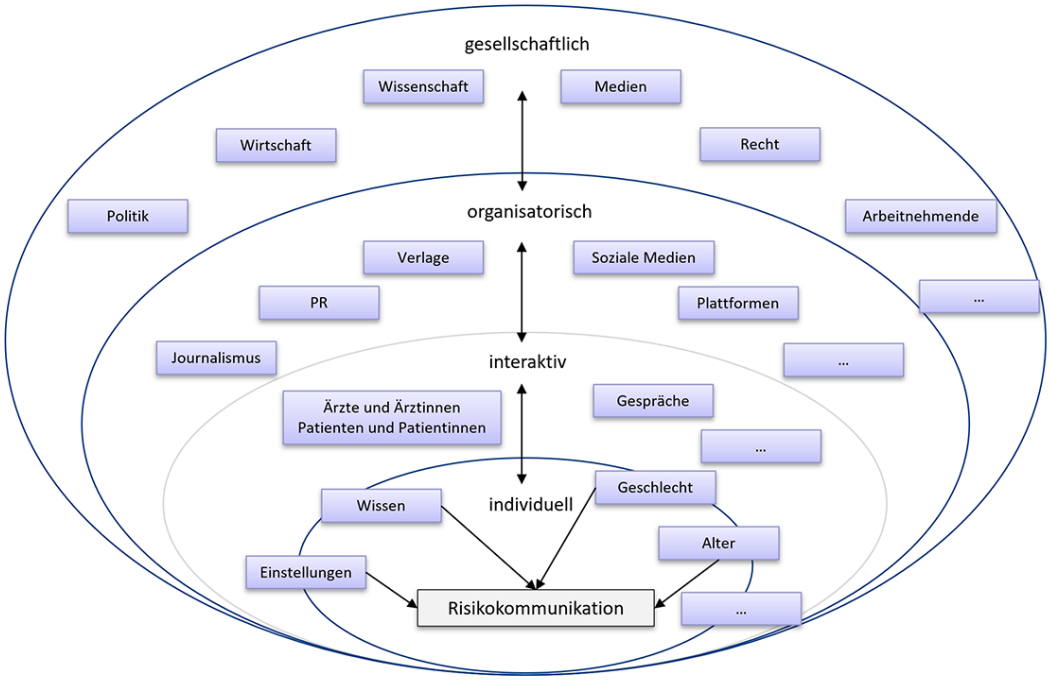


Abb. 2: Dimensionen und Wechselwirkungen von Risikokommunikation (Quelle: Eigene Darstellung)

In Politik, Recht und Verbraucherschutzgeht es um Normen und Ziele von Gesundheitsverhalten. Häufig geschieht dies unterschwellig in ratgeberförmiger Gesundheits- und Risikokommunikation [3]. Auch in den Medien wie Presse, Rundfunk oder mittels Influencerinnen und Influencer wird auf Risiken, Gesundheitsprävention und Vorsorge aufmerksam gemacht. In einer gesundheitlichen Krisensituation kann es zu politischen Vorgaben kommen, etwa zu erfüllende Hygienenormen und -regeln. Sie werden häufig über soziale Medien (vermeintlich direkt) oder journalistisch und damit über Intermediäre kommuniziert. Sie sollen zum Beispiel die Dynamik einer Virenausbreitung verringern und weitere Ausbrüche vermeiden [6].

Die pharmazeutische Industrie produziert und distribuiert medizinische Güter wie Impfstoffe. In einer Pandemie können beispielsweise Risiken ungleicher Versorgung für Nationen bzw. Bevölkerungsgruppen (Kinder, Alte und Kranke) entstehen, nicht zuletzt auch aufgrund von Beschaffungsproblemen [21].

In Wissenschaft und Medizin können diagnostische, klinische und therapeutische Innovationen mit unwahrscheinlichen aber gegebenenfalls schweren Risiken assoziiert sein. Auch das beeinflusst die Kommunikation, wenn auch häufig zunächst nicht klar sichtbar.

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gehören häufig zu ignorierten Zielgruppen von Risikokommunikation. Zu nennen ist hier insbesondere die Pflege mit sich zunehmend prekärer Beschäftigung und gesundheitsrelevanten Risiken. Im Gesundheitssystem sind seit längerem wachsende Arbeitsbelastungen und zugleich verschärfte Leistungsmessungen (DRG-Einführung 2003) zu beobachten. Hinzu kommen niedrige Löhne für Pflegepersonal und Pflegemangel und die Unterfinanzierung von Hausarztpraxen und Kliniken.

Öffentliche Kommunikation durch Journalismus

Journalismus und soziale Medien sind wichtige Quellen für die Bevölkerung, um sich über Risiken zu informieren und gegebenenfalls auf Risiken reagieren zu können. Speziell dem Journalismus wird durch seine hohe Reichweite Relevanz zugesprochen. Das ist umso wichtiger, weil viele Risiken nicht direkt wahrnehmbar sind. Es ist ein Fakt, dass durch Intermediäre Informationen im Prozess verändert werden (z. B. durch Prinzipien der Selektion und Salienz), da Journalismus auch ökonomisch motiviert und am Publikum und dessen Bedürfnissen orientiert ist. Hinzu kommen gewisse Logiken des Journalismus. Beispielsweise können Risiken mit schwerem potenziellem Schaden eher als nachrichtenrelevant eingestuft werden. Zugleich kann die Eintrittswahrscheinlichkeit dieses Schadens den Nachrichtenwert zusätzlich steigern oder senken. Schäden, die mit einem hohen Maß an wissenschaftlicher Ungesichertheit einhergehen, werden dagegen eher seltener berichtet [22].

Der Nachrichtenwert eines Risikos überträgt sich demnach auf sogenannte Nachrichtenfaktoren. Sie erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass über einige Risiken häufiger und ausführlicher berichtet wird. Relevante und wichtige Nachrichtenfaktoren sind Personalisierung (in Zusammenhang mit [Einzel-]Personen), Reichweite (viele Betroffene), Kontroverse/Konflikt, Ungewöhnlichkeit und Dauer (kurzfristige Ereignisse) [23]. Nach dem Framing-Ansatz [24] wird davon ausgegangen, dass sich spezifische Problem- und Ursachenzuschreibungen, Bewertungen und Lösungsansätze über Beiträge hinweg zu typischen Mustern und Interpretationsrahmen bündeln lassen [25].

Selektion und Salienz können zu einer Über- oder Unterrepräsentation bestimmter gesundheitlicher Risiken führen – mit Konsequenzen für die Wahrnehmung der Rezipierenden. Daraus resultiert oft Kritik der Politik, Wirtschaft und Wissenschaft, beispielsweise an der journalistischen Berichterstattung über die wissenschaftliche Evidenz von Risiken: die Berichterstattung sei beispielsweise bei medizinischen Innovationen zu unausgewogen, zu problem- und risikozentriert (und damit zu wenig lösungsorientiert) und leiste nicht die notwendige Transferleistung von wissenschaftlicher Komplexität hin zur Lebenswelt von Rezipierenden [26].

Öffentliche Kommunikation in sozialen Medien

Der Journalismus hat in den letzten Jahren als Intermediär an Bedeutung eingebüßt. Vor allem aufgrund der Digitalisierung und neben dem Verlust von Anzeigenerlösen [2] ist hier die zunehmende Beliebtheit von (meist frei zugänglichen) nicht-journalistischen Internetangeboten zu nennen. Dazu gehören soziale Medien, die nicht nur zu einem relevanten Intermediär für Risikokommunikation geworden sind, sondern sich auch für die Früherkennung von Risiken und Krisen eignen können (Löffelholz, 2022). Soziale Medien sind beispielsweise für professionell produzierte Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich relevant [27], weil sie zu individuellen Verhaltensänderungen und verbesserten Gesundheitsergebnissen führen können.

Mit sozialen Medien gehen Potentiale für die Risikokommunikation einher. In Krisenfällen können Zielgruppen schneller erreicht werden. Zudem erlauben soziale Medien Kommunikatorinnen und Kommunikatoren, sich sprachlich (Wording) und zeitlich direkter und schneller an ihre Zielgruppen zu wenden. Soziale Medien können grundsätzlich für mehr dialogorientierte Kommunikation sorgen. Damit erfüllen sie wichtige Faktoren erfolgreicher Risikokommunikation, wie sie Renn, Schweizer, Dreyer und Klinke [8] aufgestellt haben: Transparenz, zielgruppenabgestimmte Botschaften, dialogorientierte Formate und die Möglichkeit der Beteiligung (siehe auch [5]).

Zu bedenken sind außerdem mögliche Nachteile, wie etwa die Verbreitung von Falschmeldungen. Auch werden Potentiale für einen Dialog selten ausgeschöpft, und durch die Logik von Algorithmen entsteht oft nur der Schein, es handle sich um personenbezogene und damit direktere Kommunikation. Letztlich ist die Risikokommunikation auf sozialen Medien noch immer keine Routinehandlung. Öffentliche Informationsanbieter könnten sich der sozialen Medien intensiver bedienen, um ihre Potentiale besser zu nutzen [28].

Auch die Forschung im Bereich der Risikokommunikation im Gesundheitskontext sollte auf die veränderten Bedingungen reagieren. Nicht zuletzt durch einen stärkeren Fokus auf visuelle und multimodale Risikokommunikation [2]. Beachtet werden muss außerdem der zunehmende Einfluss von künstlicher Intelligenz [29]. Wie in Journalismus [22]) oder sozialen Medien [30] mit der wissenschaftlichen Evidenz von Risiken umzugehen ist, bleibt ein relevanter Forschungsgegenstand, auch wenn die bisherigen Ergebnisse vorsichtig in die Richtung weisen, dass offen und transparent über Unsicherheiten kommuniziert werden sollte.

Je nach Informationsquelle (Wissenschaft, Arbeitskollegin und -kollege, Journalismus, soziale Medien) werden Informationen über Risiken und Krisen unterschiedlich von Rezipierenden verarbeitet. Die Wahrnehmung von Risiken ist häufig von Heuristiken, also Entscheidungsregeln beeinflusst. Im Kontext von Risiko(kommunikation) verweisen Forschende auf Verfügbarkeits- (Orientierung an Beispielen etwa aus medialer Berichterstattung), Repräsentations- (Orientierung an Erfahrungen, Vorwissen, Ähnlichkeiten) und Ankerheuristik (Orientierung an vorhandenen (kontextuellen) Informationen) [14].

Praktische Risiko- und Krisenkommunikation

Eng verbunden mit den wissenschaftlichen Ursprüngen von Risiko- und Krisenkommunikation sind auch ihre praktischen, vor allem auf öffentliche Wirkung ausgerichteten kommunikationspolitischen Aspekte. Diese interagieren auch und gerade im Gesundheitsbereich häufig mit Krisenkommunikation [10], [9]. Sie setzt ein bei eingetretenen Risikofolgen, etwa bei Epidemien oder Pandemien [21]. Risiko- und Krisenkommunikation lassen sich zunächst analytisch bezogen auf zeitliche, sachliche und soziale Dimensionen unterscheiden (idealtypisch siehe Tab. 2).

Risikokommunikation	**Krisenkommunikation**
Zukünftiges Ereignis, Entwicklung	Ereignisfall, eingetretener Schaden
Langsame und latente (schleichende) Prozesse	Dynamische manifeste Situation – Eskalation
Potenziell bzw. zunächst unbekannte Ereignisse/Entwicklungen	Bekannte Ereignisse/Entwicklungen (Schaden)
Hauptakteure: Forschung und Wissenschaft	Hauptakteure: PR- und Unternehmenskommunikation
Ziel ist die Schadensverhinderung	Ziel ist schnelle Schadensbewältigung

Tab. 2: Risiko- und Krisenkommunikation im Vergleich (Quelle: eigenen Darstellung nach [23]*)*

Während Wissenschaft und Forschung im Bereich der Risikokommunikation zukünftige, langsame (schleichende), potenziell bzw. unbekannte Entwicklungen mit dem Ziel der Schadensverhinderung analysieren, versuchen Kommunikations- und PR-Abteilungen von Staat und Unternehmen eingetretene und häufig bekannte Schadensereignisse und -entwicklungen in einer dynamischen, wohlmöglich eskalierenden Situation so schnell wie möglich zu bewältigten.

Das Crisis and Emergency Risk Commmunication-Modell

Das **C**risis and **E**mergency **R**isk **C**ommmunication-Modell (CERC) hat sich nach vielen globalen Krisenerfahrung bei der Bekämpfung von Seuchen (z. B. Bioterrorismus [Anthrax]) [11] etabliert. Im Kontext von COVID-19 wurden zunehmend soziale Medien berücksichtigt [28], [31]. Basierend auf früheren Überlegungen [10] unterscheidet das Modell fünf Phasen [11] (vgl. Abb. 3).

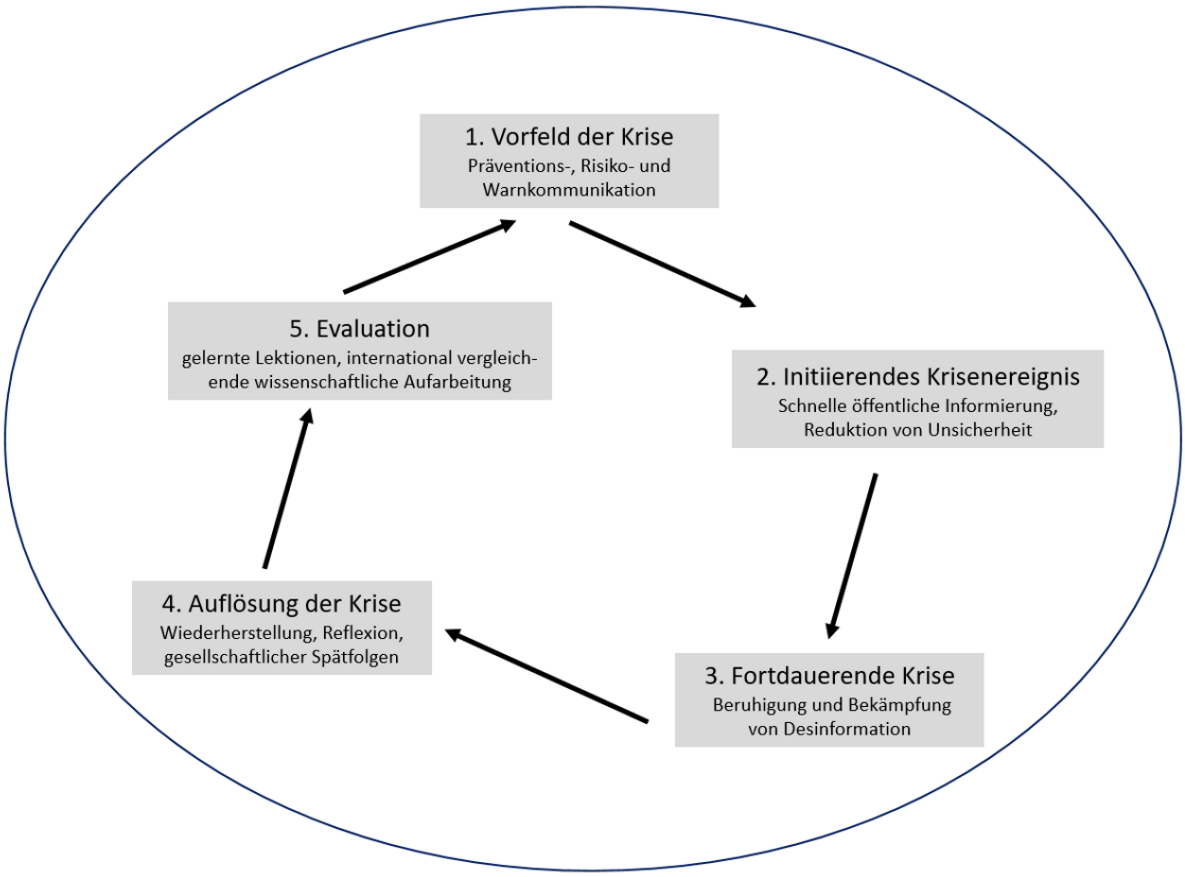


Abb 3: Crisis and Emergency Risk Communication Modell (CERC) (Quelle: eigene Darstellung nach [11])

Vorfeld der Krise: Ministerien, Verbände und Unternehmen kommunizieren Risiken sowie Warnbotschaften, um die Öffentlichkeit auf mögliche Gesundheitsschäden vorzubereiten. Diese Risiken sollen präventiv bzw. durch möglichst frühe Verhaltensänderungen verhindert werden. Kommuniziert werden vor allem medizinisches und wissenschaftliches Expertinnen- und Expertenwissen und gesundheitsbezogene Handlungsempfehlungen. Kritisch ist anzumerken, dass angesichts einer schnell ausbrechenden Krise bzw. (Natur-)Katastrophe (Pandemie) das vorhandene Wissen von Expertinnen und Experten unter Umständen nur unvollständig kommuniziert werden kann [23].

Initiierendes Krisenereignis: Die genannten Akteurinnen und Akteure versuchen beschleunigt und intensiviert, eine breite Öffentlichkeit zu Umständen, Folgen und Konsequenzen der krisenhaften Entwicklung auf dem neuesten Wissensstand zu informieren. In Deutschland informiert vor allem das Robert Koch-Institut (RKI) kontinuierlich über relevante Infektionskrankheiten. Die Leopoldina (Nationale Akademie der Wissenschaften) publizierte beispielsweise zur COVID-19-Pandemie von März 2020 an insgesamt zehn aktuelle Stellungnahmen [32]. Auch einige bekannte Forschende aus Epidemiologie, Infektiologie und Virologie kommunizierten in TV-Talkshows, Podcasts und anderen Medien, um krisenbedingte Unsicherheiten in der Bevölkerung zu reduzieren. Allerdings ist auch bekannt, dass verantwortliche Politikerinnen und Politiker evidente wissenschaftliche Studien teilweise ignorieren, wie eine von der Leopoldina veranlassten Befragung von 709 Mitgliedern des Deutschen Bundestages und ihrem Mitarbeitenden zeigte [33].

Fortdauernde Krise: Die Akteurinnen und Akteure versuchen auch mittels sozialer Medien, die Bevölkerung zu beruhigen und Resilienzpotenziale der Gesellschaft zu stärken [31]. Im Idealfall gelingt dies. Indes kann aufkommender (Medien-)Populismus [25], [6] und verstärkt aufkommende Desinformationen [34] notwendige Aufklärung und Prävention behindern.

Auflösung der Krise: Informiert wird über weitere Entwicklungen der Krise, über Sanierungs- und Wiederherstellungsmaßnahmen. Nachvollziehbar und transparent soll über die Ursachen, Gründe und Angemessenheit der Krise bzw. ihrer Bewältigung gesprochen werden.

Evaluation: Vorgesehen sind Diskurse über angemessene Krisenreaktionen. Dazu zählt der Konsens über Lektionen und ein mögliches neues Verständnis von Risiken. Mit anderen Worten: Echte

Lerneffekte können das Vorfeld einer (nächsten) Krise beeinflussen [11]. Die Evaluation sollte möglichst in standardisierter Form (Savoya et al., 2023) geschehen. Ergänzend ist nach den deutschen Pandemieerfahrungen hinzuzufügen, dass dies evidenzbasiert und international vergleichend geschehen sollte – gerade weil Datenerfassung und Datenqualität in Deutschland als unzulänglich angesehen werden müssen [35].

Resümee und Ausblick

Im deutschen Gesundheitssystem ist die (strategische) Relevanz von Risikokommunikation unbestritten. So taucht der Begriff inzwischen gehäuft auch in deutschen Regierungsdokumenten auf [5], [13]. Um Risikokommunikation erfolgreich(er) zu praktizieren, ist der Ausbau umfassender Medienkompetenz unabdingbar. Wirtschaft, Verbände und Staat sollten allerdings in einer Krise die Handlungsfähigkeit nicht (allein) den Medien überlassen, sondern mit entsprechend qualifiziertem Personal eine präventive Risikokommunikation auch mittels neuer Instrumente und Verfahren künstlicher Intelligenz aktiv gestalten.

Hier ist ein verstärktes Engagement von Wirtschaft, Politik und Wissenschaft zu erwarten [36]. Voraussetzungen und Wirkungen evidenzbezogener Kommunikation sind zu analysieren [22], [33], ebenso die Grenzen digitalisierter Risikokommunikation [21]. Forschende sind herausgefordert, erfolgreich an relevanten komplexeren Problemlösungen der Zukunft zu arbeiten.

Wir bedanken uns bei Constanze Rossmann, Hans-Bernd Brosius und Lisa Meyer für die wissenschaftliche Vorarbeit und die Erstversion des Leitbegriffs, an die wir anknüpfen durften

Internetadressen:

- Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaften. Available from: https://www.leopoldina.org
- Robert Koch-Institut (RKI). Available from: https://www.rki.de

References

1. Rowe WD. An anatomy of risk. New York: Wiley; 1977. (Wiley series in systems engineering and analysis).
2. Beuthner M, Bomnüter U, Kantara JA. Risiko- und Krisenkommunikation auf dem Prüfstand: Herausforderungen für eine überfällige Qualitätsinitiative. In: Beuthner M, Bomnüter U, Kantara JA, editors. Risiken, Krisen, Konflikte. Herausforderungen und Perspektiven medialer Vermittlungen. Wiesbaden: Springer VS; 2022. p. 1–23.
3. Reifegerste D, Ort A. Gesundheitskommunikation. Baden-Baden: Nomos; 2024. (Studienkurs Medien & Kommunikation).
4. Rossmann C. Theory of Reasoned Action – Theory of Planned Behavior. Baden-Baden: Nomos; 2021. (Konzepte. Ansätze der Medien- und Kommunikationswissenschaft; 4).
5. Bundesgesundheitsministerium (BMG). Evaluation der Rechtsgrundlagen und Maßnahmen der Pandemiepolitik. Bericht des Sachverständigenausschusses nach § 5, Abs. 9 IFSG. 2022. [accessed 2025 Jan 31]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/S/Sachverstaendigenausschuss/BER_IfSG-BMG.pdf
6. Ruhrmann G, Daube D. Die Rolle der Medien in der COVID-19-Pandemie.Erste inhaltsanalytische Befunde. In: Lohse A, Akademie der Wissenschaften in Hamburg, editors. Infektionen und Gesellschaft. COVID-19, frühere und zukünftige Herausforderungen durch Pandemien. Berlin, Heidelberg: Springer; 2021. p. 119–34. DOI:10.1007/978-3-662-63509-4_15
7. Ruhrmann G, Daube D. Wissenschaftskommunikation in der Pandemie. Qualität und Perspektiven. G+G Wissenschaft. 2020 [accessed 2025 Jan 31];20(4):7–14. Available from: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/2020/wido_ggw_042020_ruhrmann_daube.pdf
8. Renn O, Schweizer PJ, Dreyer M, Klinke A. Über den gesellschaftlichen Umgang mit Unsicherheit. München: oekom; 2007.
9. Winter S, Rösner L. Krisenkommunikation im Gesundheitsbereich. In: Rossmann C, Hastall HR, editors. Handbuch der Gesundheitskommunikation. Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2019. p. 423–32. DOI:10.1007/978-3-658-10727-7_34

10. Lundgren RE, McMakin AH. Risk communication. A handbook for communicating environmental, safety, and health risks. 5 edn. Lundgren RE, McMakin AH, editors. Hoboken: Wiley; 2013. DOI:10.1002/9781118645734
11. Sellnow TL, Seeger MW. Theorizing crisis communication. Hoboken, NJ: Wiley; 2021. (Foundations of communication theory).
12. Schäfer M, Reifegerste D. Gesundheitskommunikation. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I056-2.0
13. Deutscher Bundestag. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht des Sachverständigenausschusses nach § 5 Absatz 9 des Infektionsschutzgesetzes Evaluation der Rechtsgrundlagen und Maßnahmen der Pandemiepolitik. Drucksache 20/3850 vom 04.10.2022. Berlin; 2022. [accessed 2025 Jan 31]. Available from: https://dserver.bundestag.de/btd/20/038/2003850.pdf
14. Kahneman D. Thinking, fast and slow. London: Penguin Books; 2011. DOI: 10.1007/s00362-013-0533-y
15. Luhmann N. Soziologie des Risikos. Berlin, New York: De Gruyter; 1991.
16. Weibel C, Basel J, Faes Y. Die Psychologie des Risikos. Eine kurze Einführung in das psychometrische Paradigma und seine Implikationen. In: Basel J, Henrizi P, editors. Psychologie von Risiko und Vertrauen. Wahrnehmung, Verhalten und Kommunikation. Berlin, Heidelberg: Springer; 2023. p. 41–70. DOI:10.1007/978-3-662-65575-7_3
17. Görke A, Ruhrmann G. Public Communication between Facts and Fictions: On the Construction of Genetic Risk. Public Underst Sci. 2003 Jul;12(3):229–41. DOI:10.1177/0963662503123002
18. Slovic P. Perception of risk. Science. 1987 Apr 17;236(4799):280–5. DOI: 10.1126/science.3563507
19. Berger N, Lindemann AK, Böl GF. Wahrnehmung des Klimawandels durch die Bevölkerung und Konsequenzen für die Risikokommunikation. Bundesgesundheitsblatt. 2019 May;62(5):612–9. DOI:10.1007/s00103-019-02930-0
20. Kuhn J, Böhm A. Gesundheitsschutz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I059-3.0
21. Berube DM, editor. Pandemic communication and resilience. 1 edn. Cham: Springer Nature; 2021. (Risk, Systems and Decisions). DOI:10.1007/978-3-030-77344-1
22. Guenther L. Evidenz und Medien. Journalistische Wahrnehmung und Darstellung wissenschaftlicher Ungesichertheit. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2017. DOI:10.1007/978-3-658-15174-4
23. Ruhrmann G, Guenther L. Katastrophen- und Risikokommunikation. In: Bonfadelli H, Fähnrich B, Lüthje C, Milde J, Rhomberg M, Schäfer MS, editors. Forschungsfeld Wissenschaftskommunikation. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2017. p. 297–314. DOI:10.1007/978-3-658-12898-2_16
24. Entman RM. Framing: Toward clarification of a fractured paradigm. J. Commun. 1993 Dec 1;43(4):51–8. DOI:10.1111/j.1460-2466.1993.tb01304.x
25. Daube D, Ruhrmann G. Einführung zur Qualität von Medizinjournalismus und erste Einschätzungen zur COVID-19-Berichterstattung. Bundesgesundheitsblatt. 2021 Jan;64(1):3–11. DOI:10.1007/s00103-020-03249-x
26. Guenther L. Science journalism. In: Örnebring H, editor. The Oxford encyclopedia of journalism studies. New York: Oxford University Press; 2020.
27. Kite J, Chan L, MacKay K, Corbett L, Reyes-Marcelino G, Nguyen B, Bellew W, Freeman B. A model of social media effects in public health communication campaigns: Systematic review. J. Med. Internet Res. 2023 Jul 14;25:e46345. DOI:10.2196/46345
28. Che S, Kim JH. Sentiment impact of public health agency communication strategies on TikTok under COVID-19 normalization: Deep learning exploration. J Pub Health. 2023 May 11;32(8):1559–70. DOI:10.1007/s10389-023-01921-5
29. Löffelholz M. Von Tschernobyl zur Corona-Infodemie: Entwicklung, Ergebnisse und Herausforderungen der Risiko- und Krisenkommunikationsforschung. In: Beuthner M, Bomnüter U, Kantara JA, editors. Risiken, Krisen, Konflikte. Herausforderungen und Perspektiven medialer Vermittlungen. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2022. p. 27–48. DOI:10.1007/978-3-658-36195-2_2
30. Sopory P, Day AM, Novak JM, Eckert K, Wilkins L, Padgett DR, Noyes JP, Barakji FA, Liu J,

Fowler BN, Guzman-Barcenas JB, Nagayko A, Nickell JJ, Donahue D, Daniels K, Allen T, Alexander N, Vanderford ML, Gamhewage GM. Communicating Uncertainty During Public Health Emergency Events: A Systematic Review. rev commun res. 2019;7:67–108. DOI:10.12840/ISSN.2255-4165.019

31. Powell A. COVID and Cuomo: Using the CERC model to evaluate strategic uses of twitter on pandemic communications. In: Berube DM, editor. Pandemic Communication and Resilience. Cham: Springer International Publishing; 2021. p. 107–24. DOI:10.1007/978-3-030-77344-1_7
32. Leopoldina. Leopoldina berät Politik und Gesellschaft in der Coronavirus-Pandemie. 2023 [accessed 2025 Jan 31]; Available from: https://www.leopoldina.org/presse-1/nachrichten/ad-hoc-stellungnahme-coronavirus-pandemie/
33. Seidel K, Verbeek H, Fessel S, Meer F. Nutzen von wissenschaftlicher Evidenz: Erwartungen an wissenschaftliche Expertise : Bericht über eine Bundestagsbefragung im Rahmen der Leopoldina-Evidenzinitiative unter Leitung von Claudia Buch, Regina T. Riphahn und Monika Schnitzer. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V., editor. 2021. DOI:10.26164/LEOPOLDINA_01_00408
34. Kessler SH. Fake News and misinformation. In: De Bruijn GJ, Vandebosch H, editors. Health, Media, and Communication. Berlin, Boston: De Gruyter; 2025 Jan 13. p. 453–68. DOI:10.1515/9783110775426
35. Haserück A, Schulze AK. Corona: Experten monieren Datenlage. Dtsch Arztebl International. 2022 Jun [accessed 2025 Jan 31];119:27−28. Available from: https://www.aerzteblatt.de/archiv/corona-experten-monieren-datenlage-9ab2ea15-2e71-4263-af68-94a65fad296b
36. Reddy S. Generative AI in healthcare: an implementation science informed translational path on application, integration and governance. Implement. Sci. 2024 Mar 15;19(1):27. DOI:10.1186/s13012-024-01357-9

Korrespondenz: Prof. Dr. Georg Ruhrmann, Friedrich Schiller Universität Jena, Institut für Kommunikationswissenschaft, Ernst-Abbe-Platz 8, 07743 Jena, Deutschland, E-mail: georg.ruhrmann@uni-jena.de

Zitierhinweis: Ruhrmann G, Guenther L. Risikokommunikation. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i103-1.0

Copyright: © 2026 Georg Ruhrmann 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/

Rural health / Gesundheit im ländlichen Raum

Esther Rind[1]
Birgit Reime[2]
Christian Weidmann[2]
[1] Universitätsklinikum Tübingen, Germany
[2] Fakultät Gesundheit Sicherheit Gesellschaft, Angewandte Gesundheitswissenschaften, Hochschule Furtwangen, Furtwangen, Germany

Abstract

Die Verbesserung der Gesundheit und der Gesundheitsversorgung von Menschen im ländlichen Raum ist eine aktuelle Herausforderung. Durch den höheren Altersdurchschnitt im ländlichen Raum finden sich dort mehr chronisch Erkrankte. Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung erweist sich jedoch gerade im ländlichen Raum durch die demografischen Veränderungen zunehmend als schwierig. Auch das Angebot an Präventionsmaßnahmen ist im ländlichen Raum reduziert. Der spezifische Kontext des ländlichen Raums sollte bei der Konzeption von Gesundheitsförderungsmaßnahmen berücksichtigt werden. Dieser ist gekennzeichnet durch eine häufig eher schwierige sozioökonomische Lage, eher geringen Gesundheitskompetenzen, erschwertem Zugang zu gesunden und vielfältigen Nahrungs- und Bewegungsangeboten sowie weiten Wegen zu Gesundheitsdienstleistern. Die häufig engeren sozialen Bindungen und das Gemeindeleben können hier als Ressourcen genutzt werden.

Keywords: Gesundheit im ländlichen Raum, Kommune, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung, Settingansatz

Theoretischer Hintergrund

Rural health / Gesundheit im ländlichen Raum beschäftigt sich (in Abgrenzung zu Urban Health / Stadtgesundheit [1]) mit dem Gesundheitszustand, der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitsförderung der Bevölkerung im ländlichen Raum. Studien zur Gesundheit im ländlichen Raum haben vor allem den Zugang zu Gesundheitsinstitutionen, die Qualität und die Kosten der Gesundheitsversorgung untersucht. Außerdem wurden Besonderheiten hinsichtlich physischer, sozioökonomischer und kultureller Einflussgrößen von Gesundheit im ländlichen Raum beschrieben und Konsequenzen für die Gesundheitsförderung formuliert. In diesen Studien kommen eine Sozialraum- und Gemeindeorientierung in der Gesundheitsförderung [2] und die damit verbundene Überzeugung zum Ausdruck, dass Gesundheitsförderung den unmittelbaren Kontext und die Lebenszusammenhänge jedes Einzelnen berücksichtigen sollte.

Obwohl die Gesundheit im ländlichen Raum in den letzten Jahren eine größere Aufmerksamkeit erhalten hat, gibt es international bislang keine einheitliche Definition des sogenannten ländlichen Raums, wodurch Forschungsergebnisse oft nur schwer vergleichbar sind. In Deutschland hat das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung eine Einteilung auf Basis der Einwohnerdichte und des Bevölkerungsanteils in Groß- und Mittelstädten vorgelegt, nach der im Jahr 2019 68 % der Fläche und 32 % der deutschen Bevölkerung zum ländlichen Raum zählten.

Wird der Gesundheitszustand der Bevölkerung im ländlichen Raum betrachtet und mit der urbanen Bevölkerung verglichen, ist das durch die Abwanderung der jüngeren Bevölkerung bedingte höhere Durchschnittsalter im ländlichen Raum zu berücksichtigen, das im Jahr 2019 zwei Jahre über dem der Stadtbevölkerung lag. Bei vielen chronischen Erkrankungen zeigte sich daher im ländlichen Raum eine erhöhte Prävalenz. So lag beispielsweise die Diabetes-Prävalenz unter AOK-Versicherten in dünn besiedelten ländlichen Kreisen bei 10,1 %, wohingegen in kreisfreien Großstädten mit mehr als 500.000 Einwohnerinnen und Einwohnern lediglich 7,6 % der Versicherten betroffen waren [3]. Nach Adjustierung der Altersstruktur reduzieren sich diese Unterschiede zwar, bleiben aber erkennbar, was vor allem auf die stärkere Ausprägung von Übergewicht und Adipositas im ländlichen Raum zurückgeführt werden kann. Auch bei Hüft- und Knieersatzraten in Folge einer Arthrose zeigten sich deutliche regionale Unterschiede mit erhöhten Raten im ländlichen Raum [4].

Die Ursachen der stärkeren Verbreitung von Übergewicht und Adipositas wurden vor allem in den USA,

wo diese Unterschiede sehr ausgeprägt sind, untersucht. Hierbei zeigte sich, dass der Konsum von Obst und Gemüse im ländlichen Raum geringer ausfällt, obwohl diese Lebensmittel überwiegend auf dem Land angebaut werden [5]. Auch bei der körperlichen Aktivität zeigten sich Nachteile für die Landbevölkerung insbesondere bei der intensiven körperlichen Aktivität, die länger als zehn Minuten unter hoher Belastung ausgeübt wurde [6]. Diese Ursachen können teilweise auf geringere Gesundheitskompetenzen und teilweise auf das geringere Nahrungs- und Bewegungsangebot zurückgeführt werden [7].

Derartige Stadt-Land-Unterschiede unterstreichen den Bedarf einer regionalisierten Gesundheitsberichterstattung [8]. In einigen Bundesländern wurden vor diesem Hintergrund regionale Gesundheitskonferenzen [9] eingerichtet, um die Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsversorgung vor Ort stärker zu vernetzen und den Gesundheitszustand der Menschen in den Regionen zu verbessern. Leider werden sie nur in Nordrhein-Westfalen und in Baden-Württemberg flächendeckend in allen Stadt- und Landkreisen durchgeführt. Mit den Gesundheitsregionen Niedersachsen und den Gesundheitsregionenplus in Bayern gibt es zudem zwei Modellansätze zur regionalen Vernetzung und Stärkung der Gesundheitsförderung. Erste Evaluationen belegen, dass die Netzwerkbildung in den teilnehmenden Regionen erfolgreich war. Viele der beteiligten Stadt- und Landkreise befinden sich im ländlichen Raum und konnten von der verbesserten Koordination profitieren.

Das physische Umfeld

In Bezug auf das physische Umfeld spielen Luftverschmutzung, Feinstaubbelastungen, Lärm oder hohe Kriminalitätsraten auf dem Land meistens eine deutliche geringere Rolle als in der Stadt. Besonders hervorzuheben sind potenziell gesundheitsförderliche Ressourcen auf dem Land wie unverbaute Landschaften oder größere Gärten, die sich positiv auf körperliche Aktivitäten (z. B. Radfahren, Wandern) oder auch die Ernährung (Gemüse-, Obstanbau) auswirken können.

Allerdings beschäftigen sich aktuelle Forschungsansätze mit den Auswirkungen des allgemeinen Rückgangs infrastruktureller Ressourcen auf die Gesundheit der ländlichen Bevölkerung (z. B. Rückbau des öffentlichen Nahverkehrs und des Einzelhandels, Zentralisierung von Gesundheitseinrichtungen).

Des Weiteren haben Studien gezeigt, dass mangelnde Straßenbeleuchtung, fehlende Bürgersteige, geringe Möglichkeiten für einem aktiven Transport zu Schulen oder Arbeitsstätten sowie wenige sichere Bewegungsstätten wie Parks oder Spielplätze einen negativen Einfluss auf die physische Aktivität der ländlichen Bevölkerung und damit auf die Gesundheit haben können [10].

Zugang zur Gesundheitsversorgung

Die zunehmende Peripherisierung des ländlichen Raumes spielt bei der Gestaltung der Gesundheitsversorgung eine zentrale Rolle. Von politischer und gesundheitswissenschaftlicher Seite wird v. a. die Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum diskutiert. Sowohl die drohende Unterversorgung als auch die Qualität hausärztlicher Leistungen stehen dabei häufig im Mittelpunkt des Interesses. Die Gründe für die mangelnde Bereitschaft, sich als Hausarzt oder Hausärztin im ländlichen Raum niederzulassen, sind vielfältig. Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) verhindern v. a. Budgetierung, zunehmende Bürokratisierung und eine schwache ländliche Infrastruktur eine flächendeckende hausärztliche Versorgung.

Zusammenfassend kann die unzureichende ländliche Gesundheitsversorgung in folgende Kategorien eingeteilt werden [11]:

- Mangelnde Angebote bezüglich Quantität und Qualität
- Fehlverteilung
- Eingeschränkter Zugang durch z. B. Mobilitätsproblematik auf dem Land (Autoabhängigkeit, eingeschränkter ÖPNV)
- Ineffiziente Nutzung vorhandener Angebote (z. B. mangelhafte Breitbandinfrastruktur verhindert Nutzung telemedizinischer Versorgungsangebote)

Weniger diskutiert werden Stadt-Land-Unterschiede in der Versorgung mit Beratungsstellen oder approbierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Versorgung mit Hebammenleistungen oder Angeboten zur Gesundheitsförderung. Bezüglich der psychotherapeutischen Versorgung wartet die ländliche Bevölkerung durchschnittlich doppelt so lange auf einen

Behandlungsplatz (ca. 4 Monate) wie die städtische Bevölkerung, obwohl psychische Krankheiten mit Ausnahme von Psychosen und affektiven Störungen auf dem Land kaum seltener auftreten als in der Stadt [12].

Inwieweit sich dieser Mangel an professionellen Anlaufstellen unterschiedlich auf verschiedene Zielgruppen auswirkt, wurde bisher nicht systematisch untersucht. Zum Beispiel sind Kinder und Jugendliche in psychischen Krisen durch weite Distanzen zu Hilfsangeboten, das Angewiesensein auf schlecht ausgebaute öffentliche Verkehrsmittel und die gegenüber Gleichaltrigen in der Stadt geringeren „Abtauchmöglichkeiten“ in die Anonymität gegebenenfalls in besonderem Maße beeinträchtigt. Hier bleibt dann oft nur der Rückgriff auf eine Online-Beratung, wie sie beispielsweise von der bke-Jugendberatung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. angeboten wird.

Die unzureichende Versorgung mit Hebammenleistungen hängt z. B. auch mit der Erreichbarkeit des nächsten Krankenhauses zusammen, welche im ländlichen Umland bei durchschnittlich mehr als 9 km liegt (Kernstädte: ca. 2 km). Am Beispiel der Kaiserschnittraten zeigt sich allerdings, dass die regionalen Unterschiede stärker auf sozioökonomische Faktoren als auf Unterschiede in der Bevölkerungsdichte zurückzuführen sind [13].

Deutliche Stadt-Land Unterschiede finden sich hinsichtlich der Angebote zur Gesundheitsförderung. Eine Beratung zur Aufnahme körperlich-sportlicher Aktivitäten findet in ländlichen Regionen deutlich seltener statt als in dichter besiedelten Gebieten [14].

Das soziokulturelle Umfeld

Viele Gesundheitsprobleme im ländlichen Raum sind weniger auf das physische Umfeld oder den Zugang zur medizinischen Versorgung zurückzuführen, sondern hängen mit der Lebensführung zusammen. Forschungsergebnisse aus dem internationalen Kontext zeigen zum Beispiel, dass im Gegensatz zum städtischen Raum auf dem Land häufiger geraucht wird (für Deutschland wurde ein entgegengesetzter Trend dokumentiert). Des Weiteren ist der Anteil sportlicher Aktivitäten und Alltagsbewegung (z.B. Laufen, Radfahren) niedriger, der Obst- und Gemüsekonsum weniger ausgeprägt und die Lebensqualität (bezüglich Bildung, Kultur, medizinischer Versorgung und Warenangebot) wird als geringer eingestuft [15]. Dieser Trend kann nicht (nur) auf Unterschiede in Angeboten im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung zurückgeführt werden. Die soziokulturellen Ursachen dieser Unterschiede sind wenig erforscht, werden aber auf unterschiedliche sozioökonomische Bedingungen (Einkommen, Erwerbslosigkeit, Bildung) und die zunehmende Peripherisierung des ländlichen Raumes (Rückgang der Infrastruktur, soziostrukturelle Abkoppelung) zurückgeführt.

Soziokulturelle Aspekte des ländlichen Lebens können sich aber auch positiv auf die Gesundheit auswirken. Sozialkapital, soziale Netzwerke und die Reziprozität sozialer Beziehungen haben auf dem Land eine besondere Bedeutung. Obwohl die soziale Verbundenheit auch im ländlichen Raum in den letzten Jahren abgenommen hat (z. B. Familienleben, Nachbarschaftshilfe, Bereitschaft zum Ehrenamt, Vereinszugehörigkeit), so ist das kulturelle Gemeindeleben nach wie vor ein wichtiger Bestandteil des Lebens im ländlichen Raum [16]. Aspekte der Sozialraum- und Gemeindeorientierung in der Gesundheitsförderung [2] sind daher wichtige Faktoren hinsichtlich gesundheitlicher Ressourcen, Prävention und Krankheitsprävention [17] sowie der Gesundheitsförderung im ländlichen Raum (siehe unten).

Ein besseres Verständnis der Interaktionen zwischen dem soziokulturellen Umfeld und Gesundheit spielt insbesondere im Rahmen der Entwicklung kultursensibler Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme für Menschen mit Migrationshintergrund eine wichtige Rolle. Internationale und deutschsprachige Studien zu Migrantenpopulationen basieren überwiegend auf Erhebungen im städtischen Kontext, weshalb über die gesundheitliche Lage von Migrantinnen und Migranten im ländlichen Raum und deren speziellen Bedürfnisse wenig bekannt ist. Gesundheitssoziologische Ansätze aus der Lebensstilforschung (Lebensweisen / Lebensstile) sowie der Setting-Ansatz [18]; [19] (Settingansatz / Lebensweltansatz) bieten einen konzeptionellen Rahmen, um gesundheitsrelevante Verhaltensmuster im ländlichen Raum in ihren sozialen, ökonomischen und soziokulturellen Zusammenhängen besser zu verstehen.

Gesundheitsförderung im ländlichen Raum

Während in Deutschland Stadt-Land-Unterschiede in Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsversorgung bislang nur unsystematisch untersucht wurden, liegen vor allem aus den Vereinigten Staaten, Kanada und Australien zahlreiche Studien zur Gesundheit im ländlichen Raum vor.

In diesen Ländern zeigte sich, dass die Krankheitslast der Bevölkerung im ländlichen Raum bei fast allen Indikatoren höher ist als bei der städtischen Bevölkerung. Der erschwerte Zugang zu medizinischer Versorgung insbesondere in sehr entlegenen Gegenden wird hier als wichtigste Ursache diskutiert. Aber auch die vergleichsweise schwierigen sozioökonomischen Bedingungen der ländlichen Gebiete und die Lebensstile der ländlichen Bevölkerung werden als Gründe genannt. Darüber hinaus wird auf die erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsraten der indigenen Bevölkerung (z. B. der American Indians, der Alaska Natives oder der Aboriginal Australians) und der ethnischen Minderheiten in ländlichen Gebieten (z. B. Rural Black Americans) hingewiesen. Die Ursachen der unterschiedlichen Morbiditäts- und Mortalitätsraten werden kontrovers diskutiert.

Im Rahmen einer Kooperation zwischen australischen akademischen Institutionen und Kirchengemeinden wurde das Programm Heart Smart for Women (HSFW) etabliert, das unter anderem aus angeleiteten Gruppentreffen über 12 Wochen in Kirchengemeinden bestand. Verhaltensänderungen im Hinblick auf Ernährung (Obst- und Gemüsekonsum) und Bewegung (Minuten mit moderater oder intensiver körperlicher Aktivität) waren die Folge [20]. Bezogen auf Veränderungen bei der Ernährung können die engmaschigen Netzwerke der ländlichen Bevölkerung von Vorteil sein. Bei sozialen Anlässen in der Gemeinde werden oft traditionelle, vertraute Lebensmittel bevorzugt, so dass Ernährungsumstellungen für Einzelpersonen schwierig sein können. Bei der männlichen australischen Landbevölkerung war ein soziales Netzwerk, das Personen aus unterschiedlichen Berufen und Perspektiven umfasste, mit einer gesünderen Ernährung verbunden. Frauen, die regelmäßig soziale Kontakte in Kleinstädten pflegten, hatten eine positivere Ernährungseinstellung [21].

Ein weiterer Schwerpunkt von Gesundheitsförderung im ländlichen Raum ist die Implementierung von E-Health-Angeboten. Allerdings zeigte sich bei älteren australischen Männern eine geringe Akzeptanz solcher Angebote. Sie favorisierten Hands-on-Ansätze wie konkrete Praxisanleitungen, wogegen Informationen aus dem Internet keinen hohen Stellenwert hatten [22].

Im ländlichen Raum der USA, wo sich vor allem bei ärmeren Müttern und Babys höhere Morbiditäts- und Mortalitätsraten finden, berichteten Schwangere von ungestillten Informationsbedürfnissen [23]. Dies betraf beispielsweise Sport in der Schwangerschaft, empfohlene Ernährung sowie die Selbst- und Peer-Edukation. Web-basierte Gesundheitsedukation könnte die Versorgung der jüngeren Bevölkerung im Kontext des Mangels an Hebammen sowie Gynäkologinnen und Gynäkologen verbessern.

Der große Stellenwert, den die Gesundheit und die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum in diesen Ländern genießt, drückt sich unter anderem in eigenen Fachzeitschriften zu diesen Themen aus (z. B. The Journal of Rural Health, Australian Journal of Rural Health). Des Weiteren finden sich für die Bevölkerung im ländlichen Raum ebenso wie für Entscheidungsträgerinnen und -träger zahlreiche Internetplattformen mit Informationen zu den Herausforderungen in ländlichen Gebieten sowie zu Ansätzen der Prävention und Gesundheitsförderung speziell im ländlichen Kontext. Die Entwicklung eines vergleichbaren Informationsangebotes in Deutschland steht noch aus.

Eventuell ist für den ländlichen Raum stärker relevant, in welchem soziokulturellen Kontext Gesundheitsförderung angeboten wird. Dies zeigte sich auch im deutschen Kontext, wo mehr Landbewohnerinnen und -bewohner als Stadtbewohnerinnen und -bewohner betriebliche Gesundheitsförderung in Anspruch nehmen [24], obwohl die Teilnahmeraten bei anderen Gesundheitsförderungsangeboten sonst im ländlichen Raum niedriger sind. Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements könnten stärker kulturell akzeptiert werden als andere Angebote der Gesundheitsförderung.

Best Practice-Interventionen

Best Practice-Interventionen für den ländlichen Raum sind in der Literatur kaum zu finden. Bei internationalen Studien zu Gesundheitsförderung im ländlichen Raum handelt es sich in der Regel um isolierte Pilotprojekte und nicht um Interventionen, die bereits erfolgreich evaluiert wurden. Dabei wurden soziokulturelle Merkmale des ländlichen Raums oft genutzt, um Gesundheitsförderung zu implementieren.

Best Practice-Beispiele für Gesundheitsförderung im ländlichen Raum fehlen insbesondere dann, wenn es sich nicht um die Mehrheitsbevölkerung, sondern um vulnerable Zielgruppen wie beispielsweise Migrantenpopulationen handelt. Im Schwarzwald wurde 2014 mit Hilfe eines partizipativen, empowerment-basierten Ansatzes eine gesundheitsbezogene Bedarfsanalyse in türkischen Gemeinden aus Südbaden durchgeführt [15]. Dabei stellte sich die häusliche Pflege als das Thema mit dem höchsten Informationsbedarf heraus. Zu den Themen Depression, Demenz und Ernährung wurden

ebenfalls mehr Informationen gewünscht. Die partizipativ erarbeiteten Maßnahmen sahen u. a. zweisprachige Informationsveranstaltungen in den Gemeinden vor sowie die Erstellung zweisprachiger Flyer zu den Themen Pflege und Depression mit Hinweisen zu Anlaufstellen.

Fazit und Ausblick

Stadt-Land-Unterschiede in Gesundheit und Gesundheitsverhalten betonen die Bedeutung der unmittelbaren Lebenszusammenhänge und erfordern eine kontextspezifische Gesundheitsförderung. Durch die sich abzeichnenden demografischen Veränderungen wird sich die Bedeutung des Kontextes vermutlich noch weiter erhöhen.

Die Herausforderungen für den ländlichen Raum bestehen vor allem in der Sicherung eines angemessenen und kultursensiblen Angebots an Gesundheitsförderung und medizinischer Versorgung. Telemedizin und E-Health-Angebote können hierbei eine bedeutsame Rolle einnehmen, indem sie den Rückgang klassischer Infrastruktur kompensieren und neue Technologien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung nutzen.

Internetadressen:

- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Raumbeobachtung – Siedlungsstruktureller Kreistyp. Available from: https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland kreistypen/kreistypen.html
- bke-Jugendberatung. Available from: https://jugend.bke-beratung.de
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. INKAR – Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung. Available from: https://www.inkar.de
- The Journal of Rural Health. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/journal/17480361
- National Rural Health Alliance. Available from: https://ruralhealth.org.au
- Rural Health Information Hub (RHIhub). Available from: https://www.ruralhealthinfo.org/about

References

1. Fehr R. Urban Health / StadtGesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/bioeg:q4-i124-3.0
2. Quilling E, Kaczmarczyk D, Schäfer P, Trojan A, Süß W. Sozialraum- und Gemeindeorientierung in 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-I021-3.0
3. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). Gesundheitsatlas Deutschland, Diabetes Typ 2: Verbreitung in der Bevölkerung Deutschlands und seinen Regionen. Ursachen, Folgen und Präventionsmöglichkeiten. Berlin; 2019. [accessed 2022 Jul 26]. Available from: https://logauswertung.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Gesundheitsatlas/wido_int_gesundheitsatlas_deutschland_1119.pdf.
4. Schäfer T, Pritzkuleit R, Jeszenszky C, Malzahn J, Maier W, Günther KP, Niethard F. Trends and geographical variation of primary hip and knee joint replacement in Germany. Osteoarthritis Cartilage. 2013;21(2):279–88. DOI:10.1016/j.joca.2012.11.006
5. Cohen SA, Greaney ML, Sabik NJ. Assessment of dietary patterns, physical activity and obesity from a national survey: Rural-urban health disparities in older adults. Cabieses B, editor. PLoS ONE. 2018 Dec 5;13(12):e0208268. DOI:10.1371/journal.pone.0208268
6. Fan JX, Wen M, Kowaleski-Jones L. Rural-urban differences in objective and subjective measures of physical activity: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2003-2006. Prev Chronic Dis. 2014 Aug 21;11(140189):E141. DOI:10.5888/pcd11.140189
7. Lenardson JD, Hansen AY, Hartley D. Rural and remote food environments and obesity. Curr Obes Rep. 2015;4(1):46–53. DOI:10.1007/s13679-014-0136-5
8. Ziese T, Saß AC. Gesundheitsberichterstattung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I028-2.0

9. Hollederer 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
10. Hansen AY, Umstattd Meyer MR, Lenardson JD, Hartley D. Built environments and active living in rural and remote areas: A review of the literature. Curr Obes Rep. 2015;4(4):484–93. DOI:10.1007/s13679-015-0180-9
11. Weinhold I, Gurtner S. Understanding shortages of sufficient health care in rural areas. Health Policy. 2014;118(2):201–14. DOI:10.1016/j.healthpol.2014.07.018
12. Jacobi F, Höfler M, Siegert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Hapke U, Maske U, Seiffert I, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen H. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). Int J Methods Psych Res. 2014 Sep;23(3):304–19. DOI:10.1002/mpr.1439
13. Zipfel L, Weidmann C. Einflussfaktoren auf die Kaiserschnittraten in deutschen Krankenhäusern in den Jahren 2015–2017. Eine ökologische Studie. Gesundheitswesen. 2022 Oct;84(10):944–51. DOI:10.1055/a-1531-4998
14. Görig T, Diehl K, Herr RM, Bock C, Mayer M, Schneider S. Stadt-Land-Unterschiede im Angebot von Lebensstilberatung zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen in der Hausarztpraxis. Ergebnisse einer bundesweiten Hausärztebefragung. Gesundheitswesen. 2016;78(8/9):533–8.
15. Weidmann C, Reime B, editors. Gesundheitsförderung und Versorgung im ländlichen Raum. Grundlagen, Strategien und Interventionskonzepte. Bern: Hogrefe; 2021.
16. Bourke L, Humphreys JS, Wakerman J, Taylor J. Understanding rural and remote health: A framework for analysis in Australia. Health Place. 2012;18(3):496–503. DOI:10.1016/j.healthplace.2012.02.009
17. 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
18. 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
19. Röding D. Lebensweisen / Lebensstile. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I073-2.0
20. Zimmermann K, Carnahan LR, Khare MM, Chakraborty A, Risser H, Molina Y, Geller SE. Effectiveness of a Faith-placed cardiovascular health promotion intervention for rural Adults. J Health Dispar Res Pract. 2018;12(6):8.
21. Burgis-Kasthala S, Slimings C, Smith M, Elmitt N, Moore M. Social and community networks influence dietary attitudes in regional New South Wales, Australia. Rural Remote Health. 2019;19:5328. DOI:10.22605/RRH5328
22. Misan GMH, Oosterbroek C, Wilson NJ. Informing health promotion in rural men's sheds by examination of participant health status, concerns, interests, knowledge, and behaviours. Health Promot J Austr. 2017;28(3):207–16. DOI:10.1071/HE16081
23. Jacobson LT, Zackula R, Redmond ML, Duong J, Collins TC. Pioneer baby: suggestions for pre- and postnatal health promotion programs from rural English and Spanish-speaking pregnant and postpartum women. J Behav Med. 2018 Oct;41(5):653–67. DOI:10.1007/s10865-018-9930-y
24. Lindert L, Kühn L, Choi KE. Rural-urban differences in workplace health promotion among employees of small and medium-sized enterprises in Germany. BMC Health Serv Res. 2022;22(1):681. DOI:10.1186/s12913-022-08052-9

Korrespondenz: Dr., (PhD, UK) Esther Rind, Universitätsklinikum Tübingen, Deutschland, E-mail: esther.rind@med.uni-tuebingen.de

Zitierhinweis: Rind E, Reime B, Weidmann C. Rural health / Gesundheit im ländlichen Raum. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i133-1.0

Copyright: © 2026 Esther Rind 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/

Salutogenese

Toni Faltermaier[1]

[1] Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften, Europa-Universität Flensburg, Flensburg, Deutschland

Abstract

Das Modell der Salutogenese wurde vom Gesundheitswissenschaftler Aaron Antonovsky als Alternative zur Pathogenese eingeführt und ist eines der wichtigsten Modelle zur Erklärung von Gesundheit. Es soll die Frage beantworten, wie Gesundheit entsteht, wie Menschen trotz Risiken gesund bleiben können und wie in der Praxis ihre Gesundheit gefördert werden kann. Das Modell basiert auf einem Verständnis von Gesundheit und Krankheit als Kontinuum, es soll Bewegungen auf diesem Kontinuum erklären. Als Determinanten von Gesundheit werden Stressoren, die Art ihrer Bewältigung und verfügbare Widerstandsressourcen herangezogen. Ein Schlüsselkonzept ist das Kohärenzgefühl, das sich im Laufe des Lebens auf der Basis von Ressourcen entwickelt und aussagt, ob das eigene Leben als verstehbar, bewältigbar und sinnhaft erlebt wird.

Keywords: Gesundheit, Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, Stress, Stressoren, Bewältigung, Coping, Widerstandsressourcen, Kohärenzgefühl, Sense of Coherence, Resilienz, Gesundheitsförderung

Grundgedanke der Salutogenese

Der Begriff „Salutogenese“ markiert eine zentrale theoretische Perspektive in den Gesundheitswissenschaften und eine bedeutsame Praxisorientierung insbesondere im Feld der Gesundheitsförderung. Er wurde vom Begründer der Salutogenese, dem amerikanisch-israelischen Gesundheitswissenschaftler Aaron Antonovsky (1923–1994) als Gegenbegriff zur Pathogenese eingeführt und in einem komplexen Modell ausformuliert. In seiner Begründung argumentiert er, dass Erkenntnisfortschritte über die Gesundheit der Bevölkerung nur dann zu erwarten seien, wenn wir uns nicht ausschließlich auf die Frage der Pathogenese konzentrieren, also warum Krankheiten entstehen und wie sie behandelt werden können.

Angesichts der epidemiologischen Befunde, dass Krankheiten nicht die Ausnahme darstellen, sondern ein großer Teil der Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt krank ist, stellt die Erhaltung von Gesundheit die eigentliche Aufgabe dar. Die zentrale und bisher kaum beantwortete Frage sei daher, wie Gesundheit entsteht (salus = gesund; genese = Entstehung), wie Menschen trotz Risiken und Stressoren gesund bleiben und ihre Gesundheit fördern können.

Antonovsky hat sich in zwei Monographien [1], [2], [3] dieser Frage der Salutogenese intensiv gewidmet und aus dem damaligen Erkenntnisstand heraus ein Modell der Salutogenese formuliert, das umfangreiche Forschungen weltweit stimuliert hat und zur Entwicklung von neuen Praxisansätzen führte; es hat insbesondere wichtige Impulse und zentrale theoretische Grundlagen für die Gesundheitsförderung gegeben.

Das Modell der Salutogenese von Antonovsky

Das Modell der Salutogenese von Antonovsky [1], [2], [3] beschreibt ein komplexes Gefüge von Bedingungen, die Gesundheit (und nicht Krankheit) erklären sollen (vgl. Abb. 1).

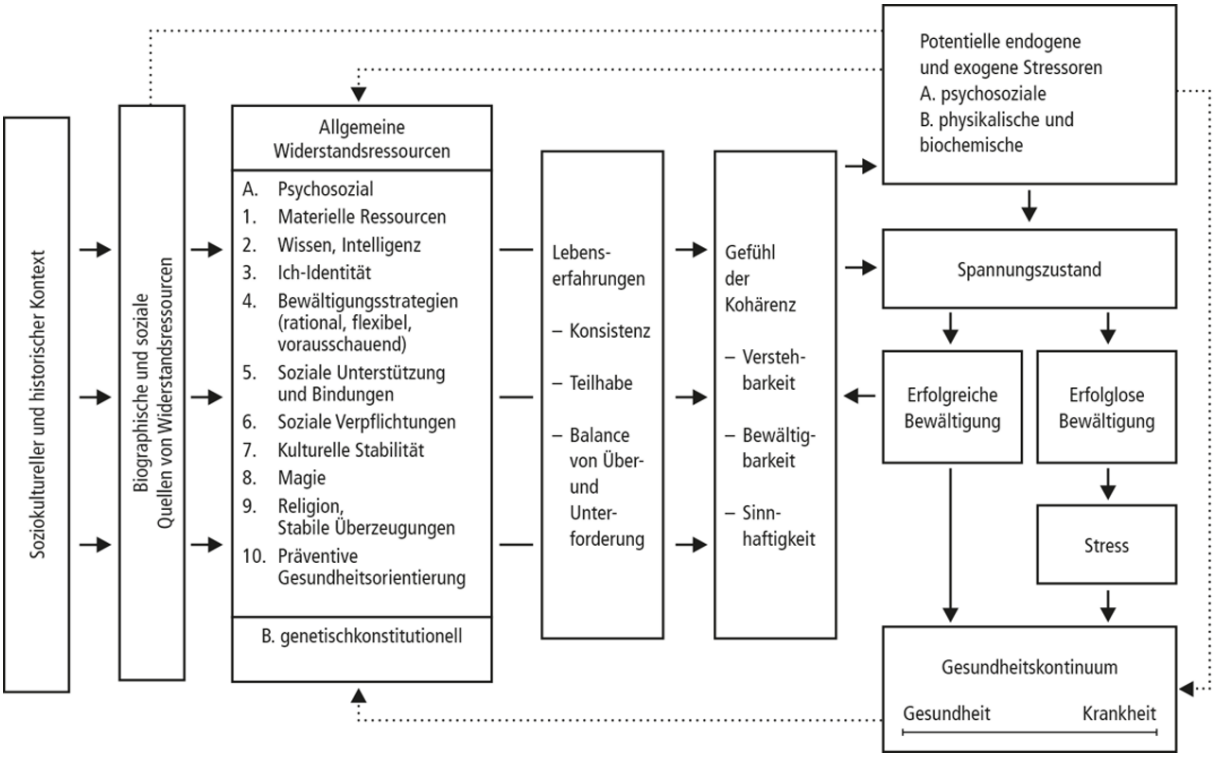


Abb. 1. Das Modell der Salutogenese von Antonovsky (nach [1], S. 184 f., siehe [4], S. 80)

In den Grundzügen lässt sich das Modell der Salutogenese durch vier Komponenten und ihre Wechselwirkungen beschreiben (vgl. [1], [2], [3], [4]).

- Gesundheit wird in diesem Modell nicht als Gegenteil von Krankheit verstanden, sondern als Gesundheits-Krankheits-Kontinuum [5] („Health Ease – Dis-Ease“, HEDE-Kontinuum) konzipiert (vgl. Abb. 1, Box rechts unten). Menschen werden nicht wie in der Pathogenese üblich einfach als entweder gesund oder krank klassifiziert. Denn diese dichotome Einteilung von Menschen sei in der Realität oft schwierig und zu vereinfachend; sie führt dazu, dass sich die Gesundheitsversorgung weitgehend auf die kranken Menschen als Patientinnen und Patienten konzentriert und die gesunden oft vernachlässigt. Menschen lassen sich nach Antonovsky in ihrem Gesundheitsstatus vielmehr auf Punkten eines multidimensionalen Kontinuums lokalisieren, das von extremen Polen einer absoluten Gesundheit und absoluten Krankheit begrenzt wird (diese Pole jedoch nicht wirklich erreicht). Das Modell soll daher nicht Gesundheit oder Krankheit erklären, sondern die Bewegung von Menschen auf dem Kontinuum in eine positive oder negative Richtung. Diese Konzeption hat den Vorteil, dass alle Menschen als mehr oder weniger gesund verstanden und auf dem Kontinuum platziert werden können. Selbst Menschen mit schweren oder chronischen Krankheiten können in ihrer Gesundheit wahrgenommen werden, Veränderungen auf dem Kontinuum können auch in eine positive Richtung erfolgen.
- Als einer der bedeutsamsten und vielfach belegten Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit gilt Stress [6] (Stress und Stressbewältigung). Entsprechend wird im Modell der Salutogenese von Antonovsky ein zentraler Pfad formuliert, der von psychosozialen, physikalischen oder biochemischen *Stressoren* zum Gesundheits-Krankheits-Kontinuum führt (vgl. Abb. 1, vertikaler Pfad rechts). Potenzielle Stressoren (wie z. B. belastende Lebensereignisse, Arbeitsbelastungen oder Bakterien und Umweltschadstoffe) wirken auf das Individuum ein, lösen einen körperlichen und psychischen Spannungszustand aus und werden dann versucht zu bewältigen. In Anlehnung an die bekannte Stresstheorie des amerikanischen Psychologen R.S. Lazarus (vgl. [4], Kap. 4.1) geht auch Antonovsky davon aus, dass erst die subjektive Einschätzung der Stressoren und die Art der *Bewältigungsversuche („coping“)* darüber entscheiden, welche gesundheitlichen Auswirkungen Stressoren haben. Im Gegensatz zur pathogenen Konzeption können Stressoren in der Salutogenese nicht nur zu Krankheiten führen, sondern auch positive Auswirkungen auf Gesundheit haben. Menschen, die ihre Spannungen erfolgreich bewältigen, werden sich auf dem Kontinuum in die positive Richtung bewegen; Menschen, die Spannungen nicht erfolgreich bewältigen können, werden in einen Stresszustand geraten, der bei einer Verwundbarkeit des Organismus auch zur Entstehung von Krankheiten führen kann. Antonovsky geht davon aus, dass Stressoren im Leben allgegenwärtig und daher nicht völlig zu verhindern sind; es kommt daher

entscheidend darauf an, wie Stressoren bewältigt werden und welche Bewältigungspotenziale Menschen haben.

- Als wesentliches Potenzial zur Bewältigung von Stressoren und als Kernstück der Salutogenese werden von Antonovsky die *allgemeinen Widerstandsressourcen* („Generalized Resistance Resources“) gesehen (vgl. Abb. 1, Box linke Hälfte). Sie umschreiben „jedes Merkmal einer Person, Gruppe oder Umwelt, das eine wirksame Spannungsbewältigung erleichtern kann“ ([1], S. 99, Übersetzung T. F.). Allgemeine Widerstandsressourcen können in einer Vielzahl von Belastungssituationen wirksam werden und umfassen sowohl genetische und konstitutionelle als auch psychosoziale Merkmale. Menschen mit vielen und ausgeprägten Ressourcen sind in der Lage, die im Laufe ihres Lebens auf sie zukommenden Belastungen besser zu bewältigen und bewegen sich daher auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in die positive Richtung. Besonders interessant sind dabei psychosoziale Widerstandsressourcen, weil sie potenziell veränderbar sind. Sie umfassen zum einen Merkmale der Person, z. B. Wissen und Intelligenz, präventive Einstellungen, Fähigkeiten (Bewältigungskompetenzen) und Eigenschaften (Ich-Identität, Selbstwertgefühl), auch körperlich-konstitutionelle Charakteristiken (wie z. B. eine stabile Konstitution oder hohe Immunkompetenz). Zum anderen können Merkmale ihres sozialen und gesellschaftlichen Umfeldes als Ressourcen wirken, z. B. starke soziale Bindungen und Möglichkeiten der Unterstützung, religiöse oder philosophische Überzeugungen, ein Leben in kultureller Stabilität oder materielle Ressourcen (Geld, Besitz und Vermögen). Widerstandsressourcen bauen sich im Laufe eines Lebens auf und haben ihre Wurzeln in gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (z. B. sozialer Status und Milieu, historische Lage) sowie in biographischen und familiären Bedingungen. Wie und wo Menschen aufwachsen, entscheidet darüber, welche Ressourcen sie entwickeln können. Verfügen Menschen über viele Widerstandsressourcen, können sie im Leben tendenziell Erfahrungen machen, die ihnen Konsistenz vermitteln, soziale Teilhabe und personale Kontrolle ermöglichen sowie ein Gleichgewicht zwischen Über- und Unterforderung entstehen lassen (vgl. Abb.1, Box Mitte).
- Wenn Menschen auf der Grundlage vieler Widerstandsressourcen diese positiven Lebenserfahrungen machen können, entwickeln sie im Laufe von Kindheit, Jugend und frühem Erwachsenalter eine Orientierung im Leben, die Antonovsky „Kohärenzgefühl“ („Sense of Coherence“)nennt. Mit dem theoretischen Konstrukt des Kohärenzgefühls formuliert Antonovsky ein Schlüsselkonzept der Salutogenese; er meint damit die tiefe Überzeugung und Zuversicht von Menschen, dass ihr Leben im Prinzip verstehbar, sinnvoll und zu bewältigen ist. Diese Lebensorientierung besteht aus drei Komponenten, die eng miteinander zusammenhängen (vgl. Abb. 1, Box Mitte)
    - Erstens dem Gefühl der *Verstehbarkeit* („sense of comprehensibility“), also der Überzeugung, dass das eigene Leben verstehbar, kognitiv klar und strukturiert (nicht chaotisch) ist.
    - Zweitens dem Gefühl der *Bewältigbarkeit* („sense of manageability“), also der Zuversicht, dass die Anforderungen und Belastungen im Laufe des Lebens im Wesentlichen zu bewältigen sind.
    - Drittens dem Gefühl der *Sinnhaftigkeit* („sense of meaningfulness“), also dem Grundgefühl, dass das eigene Leben sinnvoll ist und die auf einen zukommenden Anforderungen es wert sind, dafür Energie zu investieren.
    - Menschen mit einem hohen Gefühl der Kohärenz sind besser in der Lage, ihre Stressoren zu bewältigen und die dazu notwendigen Ressourcen auszuwählen; sie bewegen sich daher auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in eine positive Richtung. Menschen mit einem niedrigen Kohärenzgefühl haben dagegen Schwierigkeiten, die Belastungen in ihrem Leben zu bewältigen und bewegen sich daher tendenziell in eine negative Richtung. Das Kohärenzgefühl lässt sich wissenschaftlich messen; Antonovsky und andere Forscher haben dazu Fragebogeninstrumente entwickelt, die in vielen Studien eingesetzt wurden und meist positiv mit Maßen von Gesundheit korreliert haben.

Die Salutogenese: Stand, Grenzen und Weiterentwicklungen

Das Modell der Salutogenese von Antonovsky ist eine komplexe Theorie der Gesundheit mit vielen Einflussfaktoren und Wechselwirkungen. Sie ist daher empirisch schwierig zu untersuchen, oft nur in Teilen abzubilden. Dennoch zeigen die zahlreichen Studien der internationalen *Salutogenese-Forschung*, dass sich wesentliche Annahmen des Modells bestätigen lassen (vgl. [4]). Das Kohärenzgefühl korreliert positiv mit Indikatoren von Gesundheit, insbesondere mit psychischer Gesundheit (vgl. [7]) – was sich in sehr aussagefähigen Längsschnittstudien und in repräsentativen Stichproben der Bevölkerung zeigt, die vor allem im skandinavischen Raum durchgeführt wurden (vgl.

[4], [8]). Ein hohes Kohärenzgefühl trägt zudem zu einer besseren Bewältigung von einer Vielzahl von Belastungen im Leben bei (kritische Lebensereignisse, Arbeitsbelastungen, Krankheiten), wirkt also als Moderator zwischen Stressoren und Gesundheit [8].

Dennoch ist Antonovskys Formulierung der Salutogenese nur als ein erster Entwurf zu verstehen, der vier Dekaden nach seiner Entstehung erweitert und ergänzt werden muss, um Gesundheit noch besser zu erklären. Die internationale Salutogenese-Forschung hat daher kritische Punkte und zentrale Themen formuliert, die für die Weiterentwicklung des Modells und für die Praxis der Gesundheitsförderung wesentlich sind (vgl. [9]). Dazu gehören etwa die Erfassung des Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in seinen positiven Ausprägungen und die Weiterentwicklung des Kohärenzgefühls als Konstrukt (z. B. über individuelles hinaus zu kollektivem Kohärenzgefühl) und seiner Messoperationen (mit Ansätzen, die über ein Fragebogeninstrument hinausgehen). Kritisiert wird zudem die fehlende Subjektebene im Modell, insofern Gesundheit auch durch aktive Bemühungen der Menschen (Gesundheitsverhalten) auf der Basis subjektiver Vorstellungen im Laiensystem hergestellt werden kann [4], [10], [11] (Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit; Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln).

Darüber hinaus wird angemerkt, dass das Modell die sozialen Unterschiede bei der Gesundheit zu wenig berücksichtigt, also nicht konkret erklärt, wie und warum Gesundheit nach sozioökonomischem Status, Geschlecht, Alter und Kultur variiert. Schließlich wird die Annahme Antonovskys infrage gestellt, dass sich das Kohärenzgefühl nur bis zum 30. Lebensjahr aufbaut und dann kaum mehr verändert. Hier zeigen neuere Studien, dass sich das Kohärenzgefühl von Menschen auch in mittleren und späteren Lebensphasen noch deutlich wandeln kann (ebd.). Insofern sind Weiterentwicklungen des Modells der Salutogenese möglich und notwendig, sie werden von internationalen Expertengruppen vorangetrieben und münden z. B. in Konzeptionen wie die von Faltermaier [4], der ein integratives Modell der Salutogenese vorgeschlagen hat.

Ausblick

In neuerer Zeit wird mit der Resilienz [12] (Resilienz und Schutzfaktoren) vor allem im populärwissenschaftlichen Bereich ein Konzept vertreten, das ursprünglich aus der Entwicklungspsychologie stammt und große Nähe zur Salutogenese aufweist. In der Tat zeigt die Resilienz als psychische Widerstandskraft gegen Überbelastungen oder die empirisch erkannten psychischen Schutzfaktoren deutliche Ähnlichkeiten zur Stressbewältigung und zu den Widerstandsressourcen in der Salutogenese (vgl. [13]). Dennoch kann das Konzept der Resilienz die Salutogenese nicht ersetzen, weil es keine umfassende bio-psycho-soziale Theorie der Gesundheit darstellt und wissenschaftlich bisher vor allem auf die psychische Entwicklung von Menschen bezogen wurde.

Der Ansatz der Salutogenese zeigte große Attraktivität für die Praxis im Gesundheitssystem und wurde vor allem eine bedeutsame Grundlage für neue Ansätze und die Bewegung zur Gesundheitsförderung. Die von der WHO 1986 formulierte Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung trägt ganz wesentlich Züge der Salutogenese. Sie setzt auf die Förderung von Ressourcen, auf positive Gesundheitsziele und auf die Beteiligung (Partizipation) und Befähigung (Empowerment) der Menschen zur Stärkung ihrer Gesundheit [9], [14], [15]. Die Salutogenese stellt somit ein für die Theorie, Forschung und Praxis der Gesundheitsversorgung bedeutsames und innovatives Konzept dar, das für die Gesundheit der Bevölkerung hohes Potenzial hat und in der wissenschaftlichen Entwicklung noch lange nicht ausgeschöpft ist.

References

1. Antonovsky A. Health, stress, and coping. San Francisco: Jossey-Bass Publ; 1979. (The Jossey-Bass social and behavioral science series).
2. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well. 2 edn. San Francisco: Jossey-Bass; 1988. (Jossey-Bass social and behavioral science series).
3. Antonovsky A. Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit. Franke A, editor. Tübingen: dgvt Verlag; 1997. (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis; Band 36).
4. Faltermaier T. Gesundheitspsychologie. 3 edn. Vol. ;21. Stuttgart: Kohlhammer; 2023. (Grundriss der Psychologie; 21).
5. Franzkowiak P. Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten,

Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i026-2.0
6. Ernst G, Franke A, Franzkowiak P. Stress und Stressbewältigung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i118-2.0
7. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. J Epidemiol Community Health. 2006;60:376–81. DOI:10.1136/jech.2005.041616
8. Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, Espnes GA, editors. The Handbook of Salutogenesis. Cham: Springer International Publishing; 2017.
9. Bauer GF, Roy M, Bakibinga P, Contu P, Downe S, Eriksson M, Espnes GA, Jensen BB, Juvinya Canal D, Lindström B, Mana A, Mittelmark MB, Morgan AR, Pelikan JM, Saboga-Nunes L, Sagy S, Shorey S, Vaandrager L, Vinje HF. Future directions for the concept of salutogenesis: a position article. Health Promot Int. 2020 Apr 1;35(2):187–95. DOI:10.1093/heapro/daz057
10. Faltermaier T. Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i119-3.0
11. Faltermaier T. Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i060-3.0
12. Rönnau-Böse M, Fröhlich-Gildhoff K, Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i101-2.0
13. Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter: Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA); 2012. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; 43).
14. Faltermaier T. Salutogenese und Ressourcenorientierung. In: Kohlmann CW, Salewski C, Wirtz C, editors. Psychologie in der Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe; 2018. p. 85–97.
15. Faltermaier T, Wihofszky P. Partizipation in der Gesundheitsförderung: Salutogenese – Subjekt – Lebenswelt. In: Rosenbrock R, Hartung S, editors. Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Huber; 2012. p. 102–13.

Korrespondenz: Prof. Dr. Dipl.-Psych. Toni Faltermaier, Europa-Universität Flensburg, Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften, Auf dem Campus 1, 24943 Flensburg, Deutschland, E-mail: faltermaier@uni-flensburg.de

Zitierhinweis: Faltermaier T. Salutogenese. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i104-1.0

Copyright: © 2026 Toni Faltermaier
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/

Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung

Christopher Kofahl[1]
Alf Trojan[2]
[1] Department of Medical Sociology, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland
[2] Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

Abstract

In der gesundheitsbezogenen gemeinschaftlichen Selbsthilfe werden die Kompetenzen von Menschen mit Erkrankungen und Behinderungen und ihrer Angehörigen vereint. Impulsgeber für Selbsthilfegruppen waren ursprünglich insbesondere medizinische und rechtliche Informationsdefizite, mangelnde Patientenorientierung sowie der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung und Kontrollgewinn. Heute ist die Selbsthilfe als vierte Säule des Gesundheitswesens etabliert, sozialrechtlich verankert und wichtige Akteurin in Politik und Versorgung.

Keywords: Selbsthilfegruppe, Selbsthilfeorganisation, Empowerment, Patientenvertretung, Patientenbeteiligung

Einleitung

Selbsthilfe dient der Bedarfsdeckung, Bedürfnisbefriedigung oder Beseitigung von Defiziten jenseits der durch staatliche oder marktwirtschaftliche Aktivitäten vermittelten Fremdhilfe. Mit Beginn des industriellen Zeitalters entstanden die sogenannten Arbeiterselbsthilfekassen als Vorläufer der heutigen Krankenkassen. In anderen Bereichen behauptete sich die Selbsthilfe über lange Zeit als selbstverständliches Prinzip, so z. B. bei der Wohnungsversorgung. Hier gab es immer schon ein starkes Element der selbstorganisierten Errichtung von neuen Bauten und der Instandsetzung von Altbauten. Dies geschah und geschieht immer noch vor allem durch Wohnbau-Genossenschaften.

Die Anfänge der Selbsthilfe in der Gesundheits- und Sozialpolitik

Seit etwa Mitte der 1970-er Jahre hat das Prinzip der Selbsthilfe in der Gesundheits- und Sozialpolitik zunehmend größere Bedeutung bekommen. Ursachen hierfür waren

- die Knappheit öffentlicher Mittel für die Versorgung mit professionell organisierten Dienstleistungen,
- die zunehmende Kritik an der Entmündigung der Bürgerinnen und Bürger durch vielfältige Formen professioneller Hilfe,
- die zunehmende Verrechtlichung, Monetarisierung und Bürokratisierung der staatlich organisierten Hilfen in der Sozialpolitik sowie
- Versorgungsmängel, Vernachlässigung der psychosozialen Dimension in der Medizin und neue Erkrankungen.

In der Sozialpolitikforschung wurde daraufhin dem System der professionellen Versorgung das zwar weniger sichtbare, aber kaum weniger bedeutungsvolle Laiensystem gegenübergestellt, das im Wesentlichen auf dem Prinzip der Selbsthilfe beruht.

Im Kontext der Selbsthilfe unterscheiden die Akteurinnen und Akteure zwischen den Fachkundigen als Bezeichnung für entsprechend qualifizierte Expertinnen und Experten (Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Sozialrechtlerinnen und Sozialrechtler etc.) und den Sachkundigen als Bezeichnung für die Betroffenen und ihre Angehörigen ohne formale Qualifikation in einem Indikationsgebiet oder Themenfeld, die dann unter dem Namen Expertinnen und Experten in eigener Sache auftreten.

Diese Rolle ist die wesentliche Legitimation für den Großteil der Patientenvertreterinnen und -vertreter etwa im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und anderen Gremien des Gesundheitswesens [1].

Familiäre Selbsthilfe und Ehrenamt

Untersuchungen zur Inanspruchnahme des Systems der gesundheitlichen Versorgung zeigen weltweit ein beachtliches, jedoch kaum genutztes Potenzial von Hilfebereitschaft in der Bevölkerung. Eine überragende Rolle spielt hier die familiäre Selbsthilfe. Vor allem in der Pflege von chronisch kranken und alten Menschen sind Frauen europaweit mit ca. 80 % die wesentlichen Trägerinnen der familiären Selbsthilfe [2]. Im weit verstandenen Sinne werden der Selbsthilfe auch die unentgeltlichen ehrenamtlich erbrachten Hilfeleistungen im Rahmen von Nachbarschaftshilfe oder im Rahmen der Aktivitäten von Wohlfahrtsverbänden zugerechnet.

Gesundheits-Selbsthilfe wird als Grundlage für neue Ansätze in der besseren Bewältigung von Krankheiten, der Selbstbestimmung des Individuums, der aktiven Beteiligung am Gemeinwesen sowie in der Humanisierung der medizinischen Versorgung betrachtet. Horst Seehofer sprach in seiner Zeit als Bundesgesundheitsminister (1992–1998) gar von der Vierten Säule des Gesundheitssystems (neben der ambulanten und stationären Versorgung sowie dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)). In jüngerer Zeit wird zunehmend der Beitrag der Gesundheits-Selbsthilfe zur Steigerung des Selbstmanagements und der Gesundheitskompetenz diskutiert und untersucht [3]; [4].

Selbsthilfe kann individuell oder kollektiv in Form solidargemeinschaftlicher Gegenseitigkeitshilfe [5] erbracht werden. Für die Gesundheitsförderung haben sich besonders die kollektiv organisierten Formen der Selbsthilfe als bedeutsam erwiesen [6].

Die wachsende Bedeutung der Laien- und Selbsthilfe wurde schon im Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen [7] deutlich. Band 1 stellt die Nutzerinnen und Nutzer, ihre Kompetenz und Partizipation [8] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger) im Gesundheitswesen heraus und betont insbesondere ihre hohe Relevanz für die Prozess- und Ergebnisqualität des Gesundheitssystems [9] (Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement).

Selbsthilfe ist nicht voraussetzungslos. Sie bedarf gewisser Kompetenzen, wie z. B. Artikulations- und Kommunikationsfähigkeit. Für Personen mit geringen Kompetenzen können daher Befähigung und Aktivierung zur Selbsthilfe notwendige Unterstützungsleistungen [10], [11], [12] (Empowerment/Befähigung; Sozialraum- und Gemeindeorientierung in der Gesundheitsförderung; Gesundheitskompetenz/Health Literacy) sein. Einzelne Selbsthelferinnen und Selbsthelfer und auch Selbsthilfegruppen vertreten zumeist nicht nur ihre persönlichen Belange, sondern darüber hinaus die Interessen weiterer vom jeweiligen Problem Betroffener. Auf diese Weise fungieren sie oft als Lobby für benachteiligte Menschen und helfen so, in Formen des bürgerschaftlichen Engagements die soziale Ungleichheit in der Gesellschaft zu verringern [13] (Anwaltschaft – Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen).

Selbsthilfegruppen und -organisationen

Selbsthilfegruppen (SHG) und Selbsthilfeorganisationen (SHO) werden unter den Oberbegriffen Selbsthilfezusammenschlüsse oder Selbsthilfevereinigungen zusammengefasst.

Selbsthilfezusammenschlüsse haben eine große Bedeutung auch für die multisektorale Politik der Gesundheitsförderung. Sie sind an vielen Programmen insbesondere auf lokaler Ebene beteiligt. Sie treten z. B. ein für eine Neuorientierung und Verbesserung von Gesundheitsdiensten, engagieren sich in der sozialen Beratung, kämpfen für eine bessere Lebensqualität im Stadtteil und setzen sich an vielen Stellen für ökologische und Umweltbelange ein.

In den Strukturen der Gesundheitsförderung verkörpern sie das Element von Bürgerbeteiligung und Partizipation [8] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger) [14]. Insbesondere die Partizipation gewinnt zunehmend an Bedeutung, nicht zuletzt sichtbar z. B. an Ausschreibungen der EU und Ministerien in der Gesundheitsforschung: Betroffene sind wo immer möglich zu beteiligen.

Selbsthilfegruppen

Mit dem Begriff Selbsthilfegruppen (SHG) wird ein weites Feld von selbstorganisierten Zusammenschlüssen bezeichnet. SHG „sind freiwillige, meist lose Zusammenschlüsse von Menschen, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, psychischen oder sozialen Problemen richten, von denen sie – entweder selbst oder als Angehörige – betroffen sind. Sie wollen mit

ihrer Arbeit keinen Gewinn erwirtschaften. Ihr Ziel ist eine Veränderung ihrer persönlichen Lebensumstände und häufig auch ein Hineinwirken in ihr soziales und politisches Umfeld." ([15], S. 5) Im Rahmen der Fördermöglichkeiten z. B. durch die gesetzliche Krankenversicherung nach § 20h SGB V (siehe unten) ist ihnen eine Gewinnorientierung untersagt, ebenso durch das Vereinsrecht bei den überwiegend als gemeinnützig anerkannten Selbsthilfezusammenschlüssen.

In der regelmäßigen Gruppenarbeit betonen SHG Authentizität, Gleichberechtigung, gemeinsames Gespräch und gegenseitige Hilfe. Ein enges Verständnis der SHG begreift diese als „psychologisch-therapeutische Gesprächsgruppen“ [16]. Wichtigste Merkmale sind:

- Alle Gruppenmitglieder sind gleichgestellt.
- Jede und jeder bestimmt über sich selbst.
- Die Gruppe entscheidet selbstverantwortlich.
- Jede und jeder geht um ihrer bzw. seiner selbst willen in die Gruppe.
- Es gibt eine Gruppenschweigeverpflichtung.
- Kostenlose Teilnahme.

SHG werden nicht von professionellen Helferinnen oder Helfern geleitet; manche greifen jedoch auf (kommunikations-)psychologische Hilfe bei ihrer Gruppengründung zurück oder ziehen gelegentlich Expertinnen und Experten zu bestimmten Fragestellungen hinzu. Insbesondere Einrichtungen zur Unterstützung von Selbsthilfe (Selbsthilfekontaktstellen und -büros) nehmen dafür eine wichtige Rolle ein. Einer Umfrage von 2013 mit knapp 1.200 SHG zufolge sind die Selbsthilfekontaktstellen mit fast 90 % der am häufigsten genannte Kooperationspartner [17]).

Von den SHG gibt es fließende Übergänge zu Bürgerinitiativen, zu alternativen Selbsthilfe-Projekten und zu bestimmten Formen von Laienhelfergruppen, die häufig aus SHG entstanden sind.

Die Zahl der SHG in der Bundesrepublik wird auf rund 100.000 mit 3 bis 3,5 Millionen Mitgliedern geschätzt. Diese Hochrechnungen gelten trotz allgemein rückläufiger Tendenzen in einigen SHO seit zwei Jahrzehnten als stabil, belastbare empirische Daten existieren allerdings nicht [18]. Verschiedenen Repräsentativerhebungen zufolge waren zwischen 8 % und 9 % aller Menschen in Deutschland im Laufe ihres Lebens schon einmal Mitglied einer SHG, etwa die Hälfte von ihnen in ihrer Rolle als Angehörige bzw. Angehöriger eines betroffenen Familienmitglieds [19], [20].

Selbsthilfeorganisationen

Von Selbsthilfeorganisationen (SHO) spricht man, wenn Selbsthilfegruppen einen höheren Grad an organisatorischer Komplexität entwickeln. Am ältesten und bekanntesten sind Selbsthilfeverbände von Behinderten und chronisch Erkrankten, von denen einige Ende des 19. Jahrhunderts gegründet wurden und manche heute über 100.000 Mitglieder haben. Inzwischen gibt es für fast alle chronischen Krankheiten entsprechende Organisationen bzw. Verbände, insbesondere seit den 1990-er Jahren auch zunehmend mehr, meist kleinere SHO für seltene Erkrankungen.

Ein weiterer großer Bereich mit langjähriger Tradition ist das Gebiet der Suchterkrankungen. Letztere haben durch die Ende des 19. Jahrhunderts in den USA entstandenen und nach Europa gelangten Abstinenzvereine die längste Tradition. Obgleich diese Bewegungen mehr oder weniger professionelle Fremdhilfe waren, hatten sie von Anfang an das Prinzip der gemeinschaftlichen Selbsthilfe von Betroffenen integriert [17].

Auf Bundesebene existieren heute über 300 gesundheitsbezogene SHO (Stand 2025). Der größte Teil ist in Dachverbänden wie der Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE e. V., beim PARITÄTISCHEN oder in der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. organisiert. Für den Bereich der seltenen Erkrankungen ist die ACHSE (Allianz chronischer seltener Erkrankungen e. V.) hervorzuheben, für den Bereich chronisch kranker und behinderter Kinder und deren Eltern das Kindernetzwerk e. V.

Zu ihren Kernaufgaben zählen die Informations- und Aufklärungsarbeit, Gruppeninitiierung und -betreuung, Beratung und Schulung der Mitglieder sowie Lobbyarbeit bis hin zur Patienteninteressenvertretung u. a. im Gemeinsamen Bundesausschuss und seinen Unterausschüssen (nach § 140 SGB V) [17].

Weitere Aufgaben des Selbsthilfesystems

Weitere Aufgaben des Selbsthilfesystems spiegeln sich in der Neugestaltung der §§ 20c und 140 SGB V

wider. Hintergrund ist das im Jahr 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG): Seitdem haben von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen entsandte Patientenvertreterinnen und -vertreter auf Basis des § 140f SGB V ein Rede- und Antragsrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss (GB-A). Die Mitwirkung der Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter ist durch die eigens dafür geschaffene Patientenbeteiligungsverordnung geregelt ([21], S. 277).

Darüber hinaus wurde mit dem § 140h SGB V die Position der bzw. des Patientenbeauftragten der Bundesregierung geschaffen. Ihre Aufgaben bestehen in der Wahrung der Rechte von Patientinnen und Patienten, insbesondere auf umfassende und unabhängige Beratung und objektive Information durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen sowie auf die Beteiligung bei Fragen der Sicherstellung und qualitativen Verbesserung der medizinischen Versorgung [8] (Partizipation: Mitendscheidung der Bürgerinnen und Bürger).

Mit der größeren Bedeutung der SHG und SHO für das Gesundheitswesen haben auch Versuche anderer Akteurinnen und Akteure (insbesondere der Pharmaindustrie) zugenommen, diese für ihre Interessen einzuspannen. Die Dachverbände der organisierten Selbsthilfe haben aus diesem Grund Leitsätze für die Zusammenarbeit mit Wirtschaftsunternehmen mit Selbstverpflichtungscharakter erarbeitet [22]. Während für die SHG Kontakte zur Industrie bzw. Unternehmen der Privatwirtschaft mit knapp 5 % nur von untergeordneter Bedeutung sind, unterhalten 26 % der SHO Kooperationsbeziehungen mit Unternehmen der Privatwirtschaft [17].

Kontrovers wird die Bedeutung der neuen Medien (virtuelle oder Online-Selbsthilfe) diskutiert. Sie schaffen neue Formen und zusätzliche Zugänge, werden andererseits aber auch als Bedrohung für die Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen gesehen (Konsumhaltung, Passivität, soziale Isolation). Allerdings sind die SHO in den letzten Jahren den digitalen Entwicklungen gefolgt und bieten allesamt eigene Internetauftritte. Mehr als jede zweite SHO unterhält auch Online-Foren und Angebote in sozialen Medien [23]. Mit der Einführung des Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG). Ende 2019 wurde der § 20h SGB V dahingehend erweitert, dass nun auch rein digitale Selbsthilfezusammenschlüsse durch die gesetzliche Krankenversicherung gefördert werden dürfen, solange sie datenschutzkonform sind und den Anforderungen des GKV-Leitfadens zur Selbsthilfeförderung [24] entsprechen.

Selbsthilfeförderung und -unterstützung

Für SHG und SHO existieren in Deutschland verschiedene Unterstützungsinstrumente. Direkte finanzielle Unterstützungen wird unter dem Begriff Selbsthilfeförderung zusammengefasst, fachliche und indirekte Hilfen unter dem Begriff Selbsthilfeunterstützung.

Selbsthilfeförderung existiert zum einen durch die öffentliche Hand (Bund und Länder), zum anderen durch die Träger der Sozialversicherung. Der Bund fördert mit ca. 2 Millionen Euro pro Jahr, die Förderung durch die Länder liegt in der Summe bei ca. 11 Millionen Euro pro Jahr, allerdings mit deutlichen Unterschieden zwischen den Ländern. Vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) kommen 4,4 Mio. Euro/Jahr (2021), von der Deutschen Rentenversicherung Bund ca. 3,6 Mio. Euro/Jahr (§ 31 SGB VI und § 29 SGB IX) und von den regionalen Rentenversicherungsträgern weitere 4,2 Mio. Euro/Jahr (vgl. [25]).

Seit 1993 gibt es eine Selbsthilfeförderung durch die gesetzlichen Krankenkassen auf der Basis des § 20 Abs. 4 SGB V. Voraussetzung für die Förderfähigkeit war und ist die direkte oder indirekte (d. h. von Angehörigen) Betroffenheit durch eine chronische Erkrankung oder Behinderung entsprechend dem Verzeichnis der Krankheitsbilder der gesetzlichen Krankenversicherung [24]. 2004 wurde dieser Paragraf von einer Kann- in eine Soll-Regelung umformuliert und mit Beginn des Jahres 2008 stringenter in einen eigenständigen Unterparagrafen gefasst (§ 20c SGB V).

Nach Protesten von Vertreterinnen und Vertretern der Selbsthilfe wegen der zu geringen Mittelweitergabe durch die Krankenkassen wurde hierzu eine Muss-Regelung formuliert. Seitdem werden pro Versicherter bzw. Versichertem und Jahr von den gesetzlichen Krankenkassen ein bestimmter Betrag ausgegeben bzw. bei Nichtausgabe im darauffolgenden Jahr zusätzlich an die Institutionen der Selbsthilfe ausgeschüttet.

Das am 1. Januar 2016 in Kraft getretene Präventionsgesetz brachte der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe einen weiteren Förderanstieg. Der § 20c SGB V fand einen neuen Platz im § 20h SGB V, die Selbsthilfeförderung durch die gesetzliche Krankenversicherung wurde von 0,64 Euro pro Versicherten in 2015 auf 1,05 Euro pro Versicherten in 2016 angehoben. Durch die Anpassungsklausel liegt dieser

Betrag nun (2025) bei 1,36 Euro, in Summe sind dies 101,4 Millionen Euro. Mindestens 70 % der Mittel sind für die kassenartenübergreifende Pauschalförderung aufzubringen, d. h. für Selbsthilfe-Infrastrukturen wie beispielsweise Geschäftsstellen oder Selbsthilfekontaktstellen und -unterstützungseinrichtungen (siehe unten). Die verbleibenden Mittel sind für Selbsthilfe-Projekte vorgesehen, die die Selbsthilfeakteure beantragen können [24].

Seit dem 1. Juli 2008 besteht durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz im SGB XI die Möglichkeit einer Förderung „von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben.“ (SGB XI § 45d) Dieser Paragraf schließt sich an § 45c SGB V an, der die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in Form niedrigschwelliger Betreuungsangebote oder Modellvorhaben regelt. Die SGB XI-Fördermittel summieren sich inzwischen auf ca. 5,4 Mio. Euro/Jahr [25].

Die Gesamtförderung der Selbsthilfe durch Bund, Länder und Sozialversicherungen hat somit an den Ausgaben des Gesundheitssystems einen Anteil von rund 0,03 %. Weitere Zuwendungen an die Selbsthilfezusammenschlüsse speisen sich aus Mitgliedsbeiträgen. Auch Spenden und Stiftungen spielen eine erhebliche Rolle. Von herausragender Bedeutung ist hier beispielsweise die Stiftung Deutsche Krebshilfe, die die Bundesverbände der Krebs-Selbsthilfe mit über 4 Millionen Euro pro Jahr fördert.

Selbsthilfe und Gesundheitsförderungspolitik

Eine wichtige Basis der Selbsthilfeunterstützung sind die 288 Selbsthilfekontaktstellen mit zusätzlichen 43 Zweigstellen, die flächendeckend in Deutschland vertreten sind (Stand: Oktober 2023, www.nakos.de). Diese haben sich seit Mitte der 1980-er Jahre zu einem wesentlichen Infrastrukturelement entwickelt. Sie werden hauptsächlich durch die öffentliche Hand und die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der GKV-Pauschalförderung finanziert und befinden sich in unterschiedlichen Trägerschaften, zumeist die Kommunen und Länder, Vereine oder Wohlfahrtsverbände wie dem Paritätischen Wohlfahrtsverband. Ca. 40.000 SHG sind bei den Selbsthilfekontaktstellen angesiedelt.

In der Begleitforschung von Modellprogrammen für solche Kontaktstellen [26] hat sich gezeigt, dass die Selbsthilfeunterstützung in Städten und Gemeinden bis heute auf drei Säulen beruht:

- Direkte SHG-Förderung durch Geld und Sachmittel (wie die Bereitstellung von geeigneten Räumlichkeiten bzw. Treffpunkten).
- Information, Beratung und Kontaktvermittlung durch die Selbsthilfekontaktstellen, abgekürzt als KISS (Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen) oder mit ähnlichen Kürzeln wie SEKIS, KIBIS, IKOS etc.).
- Beiräte oder Kuratorien – heute eher Landesarbeitsgemeinschaften und kommunale Gremien – für die Schaffung eines selbsthilfefreundlichen Klimas.

Eine seit Jahren von der Selbsthilfe vorangetriebene Initiative ist das Konzept der Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen [27]. Das Netzwerk Selbsthilfe und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (SPiG) nimmt sich der Aufgabe an, die Kooperation zwischen Selbsthilfe und Versorgungseinrichtungen zu verbessern und eine stärkere Integration von SHG und SHO in die Versorgungseinrichtungen zu ermöglichen. Je nach Art der Versorgungseinrichtung (Krankenhaus, Reha-Klinik, Arztpraxis, Einrichtungen des ÖGDs) existieren fünf bis acht messbare Qualitätskriterien der Selbsthilfefreundlichkeit. Ein Teil dieser Kriterien ist inzwischen in die Qualitätsmanagementsysteme der Kliniken und Arztpraxen eingegangen [28]. Interessierte Versorgungseinrichtungen können Mitglied des SPiG-Netzwerks werden und sich mit dem Siegel Selbsthilfefreundlichkeit auszeichnen lassen.

Für die inhaltliche und fachliche Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Selbsthilfeunterstützung sind verantwortlich die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG) als Fachverband der Selbsthilfeunterstützung und -förderung sowie die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) als nationales Zentrum. Selbsthilfekontaktstellen sind ein unverzichtbares Element lokaler Gesundheitsförderungspolitik geworden, weil das Prinzip der Bürgerbeteiligung mit Hilfe der Kontaktstellen einfach und umfassend verwirklicht werden kann [8], [29] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, Gesundheitskonferenzen).

Internetadressen:

- achse – Allianz chronischer seltener Erkrankungen. Available from: https://www.achse-online.de
- Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten. Available from: https://www.patientenbeauftragter.de
- BAG Selbsthilfe. Available from: https://www.bag-selbsthilfe.de
- Kindernetzwerk. Available from: https://www.kindernetzwerk.de
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. Available from: https://www.dag-shg.de
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS). Available from: https://www.dhs.de
- Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland – Entwicklungen, Wirkungen, Perspektiven (SHILD). Available from: https://www.uke.de/shild
- NAKOS – Wir stärken Selbsthilfe. Available from: https://www.nakos.de
- Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Available from: https://www.selbsthilfefreundlichkeit.de

References

1. Kofahl C. Kollektive Patientenorientierung und Patientenbeteiligung durch gesundheitsbezogene Selbsthilfe. Bundesgesundheitsblatt. 2019;62(1):3–9. DOI:10.1007/s00103-018-2856-2
2. Lüdecke D, Mnich E, Melchiorre GM, Kofahl C. Familiale Pflege älterer Menschen in Europa unter einer Geschlechterperspektive. Z Frauenforsch Geschlechterstud. 2006;2(3):85–101.
3. Dierks ML, Kofahl C. Die Rolle der gemeinschaftlichen Selbsthilfe in der Weiterentwicklung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Bundesgesundheitsblatt. 2019;62(1):17–25. DOI:10.1007/s00103-018-2857-1
4. Kofahl C, Haack M, Nickel S, Dierks ML, editors. Wirkungen der gemeinschaftlichen Selbsthilfe. Berlin: LIT; 2019.
5. Schulz-Nieswandt F, Langenhorst F. Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland. Zu Genealogie, Gestalt, Gestaltwandel und Wirkkreisen solidargemeinschaftlicher Gegenseitigkeitshilfegruppen und der Selbsthilfeorganisationen. Vol. 43. Berlin: Duncker & Humblot; 2015. (Schriften zum Genossenschaftswesen und zur Öffentlichen Wirtschaft).
6. Hundertmark-Mayser J, Möller B, Balke K, Thiel W. Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Robert Koch-Institut, editor. Berlin; 2004. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes; 23). DOI:10.25646/3098
7. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Vol. 1. Nomos; 2002. (Gutachten 2000 / 2001).
8. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
9. 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
10. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I10-3.0
11. Quilling E, Kaczmarczyk D, Schäfer P, Trojan A, Süß W. Sozialraum- und Gemeindeorientierung in 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-I021-3.0
12. 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
13. Böhm K. Anwaltschaft – Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I003-3.0

14. Dierks ML, Seidel G, Horch K, Schwartz FW. Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Robert Koch-Institut, editor. Berlin; 2006. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes; 32).
15. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG) V, editor. Selbsthilfegruppen-Unterstützung. Ein Orientierungsrahmen. Gießen; 1987.
16. Moeller ML, Daum KW, Matzat J, editors. Psychologisch-therapeutische Selbsthilfegruppen: Abschlußbericht eines Forschungsprojektes aus dem Zentrum für Psychosomatische Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer; 1984. (Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit; 136).
17. Kofahl C, Schulz-Nieswandt F, Dierks ML, editors. Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. Vol. 24. Berlin, Münster: LIT; 2016. (Medizinsoziologie).
18. NAKOS – Wir stärken Selbsthilfe. Verbreitung von Selbsthilfegruppen. [accessed 2025 Jun 17]. Available from: https://www.nakos.de/informationen/fachwissen/deutschland/key@4227
19. Gaber E, Hundertmark-Mayser J. Gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen – Beteiligung und Informiertheit in Deutschland. Ergebnisse des Telefonischen Gesundheitssurveys 2003. Gesundheitswesen. 2005;67:620–9. DOI:10.1055/s-2005-858609
20. Forsa. Forsa-Studie Selbsthilfe: Umfrage im Auftrag der DAK. 2016.
21. Bundesgesetzblatt. Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20.02.2013. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil I Nr. 9, ausgegeben zu Bonn am 25. Februar 2013. 2013,:277.
22. BAG Selbsthilfe, DER PARITÄTISCHE Gesamtverband. Leitsätze der Selbsthilfe für die Zusammenarbeit mit Personen des privaten und öffentlichen Rechts, Organisationen und Wirtschaftsunternehmen (Fassung vom 28./30.04.2022, gültig ab 01.07.2022). 2022. [accessed 2025 Jun 4]. Available from: https://www.bag-selbsthilfe.de/fileadmin/user_upload/_Informationen_fuer_SELBSTHILFE-AKTIVE/Unabhaengigkeit_der_Selbsthilfe/Leitsaetze_2022.pdf
23. Nickel S, Bremer K, Dierks ML, Haack M, Schwinn S, Borgetto B, Kofahl C. Digitalisierung in der gesundheitlichen Selbsthilfe – Ergebnisse einer Online-Umfrage bei Selbsthilfeorganisationen. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., editor. Selbsthilfegruppenjahrbuch 2020. Gießen; 2020. p. 142–52.
24. GKV-Spitzenverband. Leitfaden zur Selbsthilfeförderung. 2022 [accessed 2025 Jun 4]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/selbsthilfe/selbsthilfe.jsp
25. NAKOS – Wir stärken Selbsthilfe. Selbsthilfeförderung. [accessed 2025 Jun 4]. Available from: https://www.nakos.de/informationen/Zahlen_und_Fakten/Selbsthilfefoerderung
26. Forschungsverbund Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe, editor. Gesundheitsselbsthilfe und professionelle Dienstleistungen: Soziologische Grundlagen einer bürgerorientierten Gesundheitspolitik. Berlin, Heidelberg: Springer; 1987. (Gesundheitssystemforschung).
27. Trojan A, Bellwinkel M, Bobzien M, Kofahl C, Nickel S, editors. Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. Wie sich selbsthilfebezogene Patientenorientierung systematisch entwickeln und verankern lässt. Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW, Verl. für Neue Wiss; 2012. (Gesundheitsförderung und Selbsthilfe; 26).
28. Trojan A. Selbsthilfefreundlichkeit in ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung. Wird die Kooperation mit der Selbsthilfe in Qualitätsmanagementsystemen berücksichtigt? Bundesgesundheitsblatt. 2019;62(1):40–8. DOI:0.1007/s00103-018-2851-7
29. Hollederer 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

Korrespondenz: Dr. Christopher Kofahl Dipl.-Psych., University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Department of Medical Sociology, Martinistr. 52, W37, 20246 Hamburg, Deutschland, Phone: ++49 40 7410 54266, E-mail: kofahl@uke.de

Zitierhinweis: Kofahl C, Trojan A. Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i105-1.0

Copyright: © 2026 Christopher Kofahl 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/

Settingansatz / Lebensweltansatz

Susanne Hartung[1]
Rolf Rosenbrock[2]

[1] Fachbereich Gesundheit Pflege Management, Professur für Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, Hochschule Neubrandenburg, Neubrandenburg, Germany

[2] Germany

Abstract

Der Settingansatz, in der deutschen Übersetzung „Lebensweltansatz“, stellt die Kernstrategie der Gesundheitsförderung dar. Mit dem Settingansatz wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass die Gesundheit einer Bevölkerungsgruppe das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen gesundheitsförderlichen bzw. -erhaltenden oder auch gesundheitsbelastenden individuellen, sozialen oder ökologischen Einflussfaktoren ist. Die Anwendung des Settingansatzes bedeutet, diese Einflussfaktoren systematisch in einem an dem Public Health Action Cycle orientierten, koordinierten und partizipativen Lern- und Entwicklungsprozess positiv und nachhaltig im Sinne der Gesundheit der Bevölkerungsgruppen zu beeinflussen. Fest verankert ist der Settingsansatz in der Ottawa Charta für Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation von 1986 und seit 2015 auch im Präventionsgesetz.

Keywords: Gesundheitsförderung, Prävention, Partizipation, Kommune, Betrieb, Evidenz, Organisationsentwicklung

Setting und Lebenswelt

Ein Setting – im deutschen Sprachraum auch als „Lebenswelt“ bezeichnet – ist ein Sozialzusammenhang, in dem Menschen sich in ihrem Alltag aufhalten und der Einfluss auf ihre Gesundheit hat. Dieser soziale Zusammenhang ist relativ beständig und seinen Mitgliedern auch bewusst. Er drückt sich aus durch formale Organisationen (z. B. Betrieb, Schule, Kita), regionale Situationen (z. B. Kommune, Stadtteil, Quartier), gleiche Lebenslagen (z. B. Rentner/Rentnerinnen), gemeinsame Werte oder Präferenzen (z. B. Religion, sexuelle Orientierung) bzw. durch eine Kombination dieser Merkmale.

In der Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung wird der Settingbegriff am häufigsten für soziale Systeme wie formale Organisationen oder regionale Situationen verwendet. Bezogen auf eine regionale Situation wird ein Setting auch als ein „sozialräumliches System“ aufgefasst ([1], S. 21).

Die Begriffe Lebenswelt und Setting werden im deutschen Sprachraum in der Prävention und Gesundheitsförderung zumeist synonym verwendet. Die Verwendung des Lebensweltbegriffs in der Gesundheitsförderung ist dabei nicht völlig deckungsgleich mit der Verwendung in älteren sozialwissenschaftlichen Konzepten [2], weshalb es Versuche der Differenzierung zum Settingbegriff gibt (u. a. [3]).

Einstieg Settingansatz

Der Settingansatz bezieht sich auf die Settings, in denen Menschen sich aufhalten und damit auf die Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren. Der Settingansatz stellt die Kernstrategie der Gesundheitsförderung dar. Er ist eine Antwort auf die beschränkten Erfolge traditioneller Aktivitäten zur Gesundheitserziehung, die sich mit Information und Appellen an Einzelpersonen wenden. Mit dem Settingansatz wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass die Gesundheit einer Bevölkerungsgruppe das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen gesundheitsförderlichen bzw. gesundheitserhaltenden oder gesundheitsbelastenden Einflussfaktoren ist. Diese Einflussfaktoren können individuell, sozial, organisatorisch, ökonomisch oder ökologisch sein. Die Anwendung des Settingansatzes bedeutet, diese Einflussfaktoren systematisch in einem koordinierten und partizipativen Lern- und Entwicklungsprozess positiv und nachhaltig im Sinne der Gesundheit verschiedener Bevölkerungsgruppen zu beeinflussen.

Die Entwicklung des Settingansatzes

Für die Entwicklung der Gesundheitsförderung war die Einführung des Settingansatzes und seine feste Verankerung in der Ottawa Charta für Gesundheitsförderung 1986 ein bedeutender Schritt [4]. Er ist das Ergebnis aus (u. a. Ruckstuhl 2021, [2]):

- der Erkenntnis des begrenzten Erfolgs des biomedizinischen Versorgungssystems mit Blick auf die immer bedeutender gewordenen chronischen Krankheiten,
- dem – auch dadurch – gestiegenen Interesse an den Einflüssen der Lebensweisen, der sozialen und der ökologischen Lebensbedingungen auf die Gesundheit,
- emanzipatorischen Einflüssen der Neuen Sozialen Bewegungen wie der Gesundheitsbewegung, der Frauenbewegung sowie der Selbsthilfebewegung und
- der Kritik an der Vermittlung von gesundheitsrelevantem Wissen durch die Gesundheitserziehung.

Die „Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung“ [4] gilt als das Grundsatzdokument für den Settingansatz. Das hierin dargestellte Verständnis des Settingansatzes basiert auf einem ganzheitlichen, multifaktoriellen und ressourcenorientierten Gesundheitsverständnis, das vor allem die psychosozialen Bedingungen und Kontextfaktoren sowie deren Wechselwirkungen als Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Individuen und Gruppen in den Blick nimmt. Die Bedeutung des Settingansatzes für die Gesundheitsförderung wurde in den folgenden WHO-Konferenzen immer wieder bestätigt und als bewährte Umsetzungsstrategie der fünf Handlungsfelder hervorgehoben [5] (Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa).

Seit der Ottawa Charta orientieren sich eine Vielzahl nationaler und internationaler Netzwerke der Gesundheitsförderung am Settingansatz wie beispielsweise die internationalen und nationalen Netzwerke der Gesunden Städte (www.gesunde-staedte-netzwerk.de).

Gesundheitsförderung in Settings vs. gesundheitsförderliche Settingentwicklung

Grundsätzlich lassen sich, in Anlehnung an Barić und Conrad ([6], S. 16), zwei Arten der settingbezogenen Gesundheitsförderung unterscheiden: die *Gesundheitsförderung im Setting* und die *Entwicklung gesundheitsförderlicher Settings* ([7], S. 15), [8].

Bei der *Gesundheitsförderung im Setting* wird v. a. die Erreichbarkeit von Zielgruppen im Setting genutzt, um dort Angebote der verhaltensbezogenen Prävention, z. B. im Hinblick auf die Risiken unausgewogener Ernährung, mangelnder Bewegung, Stress und Sucht zu platzieren. Die Spannweite von Interventionen reicht von der Benutzung eines Settings als Ablegeplatz für Informationen, die für eine bestimmte Zielgruppe gedacht sind, bis hin zu speziell für eine oder mehrere Gruppen im Setting gestalteten Programme. Beispielsweise ist sowohl das Auslegen von Ernährungsratgebern an einem Elternabend in der Schule als Intervention im Setting zu verstehen als auch Angebote zur Kompetenzförderung wie dem Umgang mit sozialen Konflikten. Bei diesem Ansatz bilden die Strukturen und Abläufe im Setting den Rahmen der Intervention und werden nicht verändert.

Im Gegensatz dazu steht die *Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings,* dieidealtypisch dem Settingansatz entspricht. Bei der Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings steht die Partizipation [9] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger) der Mitglieder des Settings und der Prozess der systemischen Settingentwicklung konzeptionell im Mittelpunkt. Beispielhaft hierbei sind die betriebliche Gesundheitsförderung mit ihren Instrumenten der aktivierenden Belegschaftsbefragungen, Betriebsversammlungen und v. a. dem Gesundheitszirkel [10] (Betriebliche Gesundheitsförderung), aber in zunehmendem Maße auch die Prozesse der integrierten kommunalen Gesundheitsförderung [11], [12] (Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention), bei der die Ziele einer kommunalen Gesundheitsförderung settingübergreifend verfolgt werden.

Gesundheitsförderung im Setting und gesundheitsförderliche Settingentwicklung lassen sich in der Praxis jedoch nicht immer trennscharf unterscheiden. Wird vom Settingansatz gesprochen, sollte dieses Vorgehen zu möglichst großen Teilen einer Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings entsprechen und die im Weiteren ausgeführten Elemente beinhalten.

Die Elemente des Settingansatzes

Der Settingansatz orientiert sich an der Organisationsentwicklung [13] (Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung) (u. a. [6], [14]) und den vier Phasen des Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus [15] (Problembestimmung, Strategieformulierung, Umsetzung, Bewertung).

Ein Vorgehen nach dem Settingansatz entspricht einem komplexen Lern- und Entwicklungsprozess. Nach der Organisationsentwicklung werden durch ermöglichende, initiierende, unterstützende und begleitende Interventionen von außen Prozesse im Setting ausgelöst. Es ist deshalb von Vorteil, wenn die beteiligten Personen, mindestens die das Vorgehen koordinierenden Personen, Kenntnisse in systemischer Organisationsentwicklung und zu partizipativen Methoden haben. Nach der Organisationsentwicklung wird weiterhin angenommen, dass die Mitglieder die materiellen und sozialen Strukturen sowie Verhaltensanreize des Settings nach ihren Bedürfnissen mitgestalten und diesen Einfluss auch subjektiv erleben [16] (Empowerment / Befähigung). Angebote zur Unterstützung von Verhaltensmodifikationen werden dabei zumeist ebenfalls einbezogen.

Das Gelingen des Settingansatzes, d. h. einer gesundheitsförderlichen Settingentwicklung, hängt von der Integration folgender Elemente ab (u. a. [1]):

- Hohes Maß an Beteiligung der Menschen im Setting [9] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger)
- Kontinuierliche und professionelle Koordinierung
- Entwicklung gesundheitsförderlicher Kontextbedingungen
- Stärkung von Kompetenzen, Ressourcen, Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten [16] (Empowerment / Befähigung)

Die möglichst direkte und kontinuierliche Beteiligung und Teilhabe der Menschen im Setting (Zielgruppen, Akteurinnen und Akteure, Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger) an den Entscheidungen bei der Entwicklung gesundheitsförderlicher Settings bezieht sich auf alle vier Phasen des Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus [15]: die Definition und Abschätzung der zu bearbeitenden Probleme, die Konzipierung und Festlegung der Intervention, die Durchführung der Intervention sowie die Bewertung, Sicherung und die fortlaufende Weiterentwicklung der Qualität, die möglichst partizipativ erfolgt [17]. Danach sind in der Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings wie beispielsweise einer „gesundheitsfördernden Schule“ [18] (Gesundheitsförderung und Schule) alle Personengruppen zu beteiligen, die einen großen Teil ihres Alltags in der Schule verbringen (d. h. Schülerinnen und Schüler, Beschäftigte). Nur dann können alle Interventionen bedarfs- und bedürfnisgerecht und letztlich erfolgreich sein.

Die aktive Beteiligung der Menschen ist zumeist der grundsätzliche Unterschied zu Interventionen im Sinne einer „Gesundheitsförderung im Setting“. Interventionen werden in der Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings nach dem Settingansatz in einem partizipativen Prozess der organisatorischen sozialklimatischen Veränderung des Settings von den Menschen im Setting selbst identifiziert, angefordert und wünschenswerterweise auch (mit-)gestaltet. Auch trägt der Settingansatz zu einer hierarchie- und gruppenübergreifenden Kooperation und Kommunikation bei.

Durch vermehrte Transparenz, Partizipation und Aktivierung entwickeln Zielgruppen [19] (Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren) gesundheitsrelevante Kompetenzen bereits im Prozess [20]. Zusätzliche Angebote zur Wissenserweiterung und Kompetenzentwicklung können themenspezifisch und bedarfsorientiert ergänzt werden. Eine enge Kopplung dieser verhaltensorientierten Interventionen an verhältnisorientierte Interventionen erfüllt die Voraussetzungen für Lernen auch bei geringer formaler Bildung am besten: Informationen und Aktivitäten knüpfen am Alltag und an den vorhandenen Ressourcen an, Vorstellungen zum Belastungsabbau und zur Ressourcenmehrung werden zwischen koordinierenden Akteurinnen und Akteuren sowie betroffenen Zielgruppen entwickelt und in einem gemeinsamen Lernprozess so weit wie möglich umgesetzt. Da sich die Interventionen auf das gesamte Setting beziehen und alle Personengruppen ansprechen, können vulnerable Personen (z. B. kranke Personen, sozial benachteiligte Familien) zudem besser erreicht und Stigmatisierung und Diskriminierung eher vermieden werden. Bei einer Verbesserung der Lebens-, Lern- bzw. Arbeitsbedingungen können alle Gruppen gewinnen.

Aktuelle Verbreitung des Settingansatzes in Deutschland

Verbreitung findet der Settingansatz in Deutschland z. B. in der betrieblichen Gesundheitsförderung und – unter Übernahme und Weiterentwicklung der dort gesammelten Erfahrungen – in Bildungsstätten (Hochschulen, Schulen, Kitas). Zunehmend ist der Settingansatz auch in Kommunen, Stadtteilen bzw. Quartieren von Bedeutung, hier insbesondere in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, für die sich u. a. der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit einsetzt [21] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit).

Durch die ausdrückliche Verwendung des Setting- bzw. Lebensweltbegriffs im Präventionsgesetz, das im Juli 2015 im Bundestag verabschiedet wurde, wurden Gesundheitsförderung und Prävention in Settings auch gesetzlich weiter gestärkt. Inwieweit die sich auf das Präventionsgesetz beziehenden Interventionen den Settingansatz ganzheitlich unter Beachtung aller vier Elemente des Settingansatzes im Sinne eines systematischen und kontinuierlich koordinierten partizipativen Entwicklungsprozesses umsetzen, muss allerdings kritisch begleitet werden.

Fazit und Ausblick

Der Settingansatz hat seit der Ottawa Charta einen festen Platz in der Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung und ist als Kernstrategie der Gesundheitsförderung breit etabliert. Die aktuelle Entwicklung führt dabei zunehmend weg von Interventionen in und der Entwicklung von einzelnen Settings und hin zu settingübergreifenden Strategien, bei denen Kommunen als sogenannte „Dachsettings“ betrachtet werden [11], [12] (Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention).

Auch wenn Gesundheitsförderung in Settings leichter umzusetzen ist und ihre Bewertung auf einfacheren Wirkungsmodellen beruht, ist für nachhaltige Erfolge dennoch die Entwicklung gesundheitsförderlicher Settings zu verfolgen. Dabei liegen die Herausforderungen in der Praxis nach wie vor – und bei der Umsetzung settingübergreifender Strategien noch stärker – bei der langfristigen Verfügbarkeit von Ressourcen für partizipative Lern- und Entwicklungsprozesse sowie bei der Untersuchung und Darstellung ihrer sozialen und gesundheitlichen Wirkungen.

Hilfreich für die Praxis ist die Bandbreite der dokumentierten Evidenz. Dies reicht von Ansätzen praxisbasierter Evidenz [22] wie dokumentierten Beispielen guter Praxis (z. B. Praxisdatenbank des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit), veröffentlichten Evaluationsergebnissen und Lessons Learned bis zu wissenschaftlich generierter Evidenz komplexer Interventionen und zunehmend erstellten Übersichtsarbeiten (z. B. www.gkv-buendnis.de/forschung-im-buendnis/datenbank-wissen-fuer-gesunde-lebenswelten). Das hier bereits bestehende Wissen sollte systematisch verbunden, ausgebaut und im Sinne einer umfassenden Umsetzung des Settingansatzes vor allem angewendet werden.

Internetadressen:

- GKV-Bündnis für Gesundheit. Datenbank „Wissen für gesunde Lebenswelten“. Available from: https://www.gkv-buendnis.de/forschung-im-buendnis/datenbank-wissen-fuer-gesunde-lebenswelten
- Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund
- Gesunde Städte-Netzwerk. Available from: https://www.gesunde-staedte-netzwerk.de

References

1. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Berlin; 2021 [accessed 2022 Jun 7]. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei_01.pdf
2. Engelmann F, Halkow A. Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung: Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB); 2008. (WZB Discussion Paper; SP I 2008-302).

3. Dadaczynski K. Prävention und Gesundheitsförderung in Settings und Lebenswelten. In: Tiemann M, Mohokum M, editors. Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer; 2019. p. 403–12.
4. Weltgesundheitsorganisation (WHO). Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung. 1986. [accessed 2022 Jun 7]. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
5. 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
6. Barić L, Conrad G. Gesundheitsförderung in Settings: Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Settingsansatzes der Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung; 1999.
7. Rosenbrock R. Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 SGB V durch die GKV. In: Rosenbrock R, Bellwinkel M, Schröer A, editors. Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW; 2004. p. 7–149. (Gesundheitsförderung und Selbsthilfe; 8).
8. Rosenbrock R, Michel C. Primäre Prävention: Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung. Berlin: MWV, Med. Wiss. Verl.-Ges; 2007. (Berliner Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften).
9. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
10. Hartung S, Faller G. Betriebliche 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-I042-3.0
11. Hartung S. Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. In: Tiemann M, Mohokum M, editors. Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer; 2020. p. 1–11. (Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit). DOI:10.1007/978-3-662-55793-8_98-1
12. 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
13. Lobnig H, Metzler B, Dietscher C, Pelikan JM. Organisationsentwicklung als Methode 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-i083-3.0
14. Grossmann R, Scala K. Gesundheit durch Projekte fördern: ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Weinheim, München: Juventa; 2011.
15. Hartung S, Rosenbrock R. Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I099-2.0
16. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I10-3.0
17. Wright MT, editor. Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber; 2010. (Prävention und Gesundheitsförderung).
18. Paulus P, Dadaczynski K. Gesundheitsförderung und Schule. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I051-3.0
19. Blümel S, Lehmann F, Hartung S. Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I128-2.0

20. Hartung S, Wihofszky P. Partizipation und Gesundheitskompetenz. In: Rathmann K, Dadaczynski K, Okan O, Messer M, editors. Gesundheitskompetenz. Berlin, Heidelberg: Springer; 2022. p. 1–10. (Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit). DOI:10.1007/978-3-662-62800-3_125-1
21. 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
22. Hartung S. Praxisbasierte Evidenz in Public Health. In: Schmidt-Semisch H, Schorb F, editors. Public Health Disziplin – Praxis – Politik. Wiesbaden: Springer; 2021. p. 349–69. (Sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung).

Korrespondenz: Prof. Dr. Susanne Hartung, Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Gesundheit Pflege Management, Professur für Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, Brodaer Str. 2, 17033 Neubrandenburg, Deutschland, E-mail: hartung@hs-nb.de

Zitierhinweis: Hartung S, Rosenbrock R. Settingansatz / Lebensweltansatz. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i106-1.0

Copyright: © 2026 Susanne Hartung 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/

Sexuelle Gesundheit

Johannes Breuer[1]
Roswitha Piesch[1]
Christoph Sonnefeld[1]
Sara Scharmanski[2]

[1] Referat T3 Sexuelle Gesundheit, Prävention von HIV und anderen STI – Schwerpunkt Schutz vor Konversionsbehandlungen, Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), Köln, Deutschland

[2] Referat S3 - Aufgabenkoordinierung; Nationale und internationale Zusammenarbeit; Forschung und Fortbildung, Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), Köln, Deutschland

Abstract

Sexuelle Gesundheit ist ein zentraler Aspekt von Gesundheitsförderung und Prävention. Obwohl sexuelle Gesundheit sich aus den Menschenrechten ableitet und spätestens mit der 2002 durch die WHO vorgelegten Definition ein Fundament für viele Maßnahmen bildet, ist sie zunehmend ideologisch motivierten Angriffen ausgesetzt. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, sexuelle und auch reproduktive Gesundheit im Sinne der WHO in ihrer Bedeutung und Entstehung zu betrachten und ihre Konsequenzen für die Praxis herauszuarbeiten.

Keywords: Sexuelle Gesundheit, Psychische Gesundheit, Selbstbestimmung, Reproduktive Gesundheit

Einleitung

Sexuelle Gesundheit beschreibt in dem Ansatz der WHO, der in diesem Artikel im Zentrum steht, den Zustand des physischen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf Sexualität und wurzelt auf einem menschenrechtsbasierten Ansatz, der das Erleben von Sexualität sowie den Zugang zu Wissen dazu frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt beabsichtigt (vgl. [1], S. 5). Sexuelle Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit und Funktionsstörungen; sie erfordert einen positiven und respektvollen Umgang aller mit Sexualität und sexuellen Beziehungen sowie die Möglichkeit, selbstbestimmt erfüllende und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen.

Dieser wirkmächtigen Definition können verschiedene (Teil-)Themen und Aktionsfelder zur Förderung der sexuellen (und mitunter reproduktiven) Gesundheit zugeordnet werden, die von der HIV-Prävention über den Schutz vor sexualisierter Gewalt bis hin zu ganzheitlicher Sexualaufklärung und dem Zugang zu faktenbasierten Informationen reichen [2]. Dabei liefert die WHO auch Leitprinzipien für erfolgreiche Programme und Interventionen sowie konkrete Hinweise, wie Maßnahmen zur Förderung sexueller Gesundheit generell erfolgreich umgesetzt werden sollten (vgl. [1], S. 20). Diese umfassen – auch mit einem spezifischen Blick auf Deutschland – haltungsrelevante Aspekte, etwa einen positiven Ansatz in Bezug auf Sexualität, statt eines Ansatzes, der auf Angst basiert. Dies spricht sowohl Lust als auch Sicherheitsaspekte von Sexualität und sexueller Gesundheit an und erkennt an, dass Sexualität zu jedem Menschen gehört und unterschiedliche Lebensbereiche wie Bindungsfähigkeit, Geschlechtsidentität, sexuelle Orientierung umfasst.

Trotz dieses umfassenden Ansatzes, der im Folgenden weiter konkretisiert wird, erweist sich die Umsetzung von Maßnahmen oft als schwierig, da sexuelle Gesundheit in der konzeptionellen Ausrichtung im Hinblick auf die rechtliche Verwurzelung sowie durch viele unterschiedliche Verantwortlichkeiten äußerst komplex ist. Hinzu kommen ideologisch motivierte Angriffe, die gerade in der letzten Dekade zunehmen.

Sexuelle Gesundheit – Hintergrund zur Entstehung des WHO-Ansatzes

2002 hat die WHO zusammen mit der World Association for Sexual Health, vormals World Association of Sexology (WAS) im Rahmen einer „Technical Consultation“ [1] die Definition sexueller Gesundheit überarbeitet. Während vormals sexuelle Gesundheit als nicht ausreichend definiert betrachtet wurde (es fehlten definitorische Konzepte sowie ein internationales Agreement (vgl. [1], S. 4), galt es nunmehr

auch, den Rahmenbedingungen in Gesundheitsförderung und Prävention, den gesellschaftlichen Strukturen und den individuellen Lebensweisen verstärkt Rechnung zu tragen (vgl. [3]). Um dies zu leisten, wurde auf Basis der Menschenrechte die oben bereits genannte Definition – es handelt sich streng genommen um eine Arbeitsdefinition, die vor allem politischen Dimensionen Rechnung trägt (vgl. [2]) – erarbeitet. Anhand länderspezifischer Beispiele, unterstützt durch Erfahrungen u. a. aus der Zusammenarbeit mit NGOs, wurden außerdem die exemplarisch genannten, grundlegenden Prinzipien entwickelt, die den Erfolg von Maßnahmen zur Förderung der sexuellen Gesundheit gewährleisten sollen.

Mit Blick auf diese konzeptionelle Fundierung und die praxisnahe Umsetzung von Maßnahmen liefern die Ergebnisse der „Technical Consultation“ [1] wesentliche Grundlagen, die auch noch nach über 20 Jahren aktuell sind und in unterschiedlicher Weise für Gesundheitsförderung und Prävention in diesem Themenfeld handlungsleitend sind.

Dennoch bleiben Herausforderungen bestehen: Der ganzheitliche Ansatz sexueller Gesundheit, der einen ressourcenorientierten Zugang, ein positives Verständnis von Sexualität sowie die explizite Anerkennung von sexueller Lust einbezieht, erscheint zwar überzeugend; er stößt jedoch gerade in der praktischen Umsetzung auf Schwierigkeiten und manifeste Widerstände, die die Förderung und Gewährleistung sexueller Gesundheit erschweren. Dies wird im Folgenden erläutert.

Konzeptionelle Herausforderungen: Sexuelle Gesundheit trifft reproduktive Gesundheit

Sexuelle Gesundheit, wie von der WHO vorgeschlagen, gründet auf einem menschenrechtsbasierten Ansatz. Bereits hierdurch eröffnen sich Bezüge zu anderen Konzepten – insbesondere zu reproduktiver Gesundheit. Auf internationaler politischer Ebene ist reproduktive Gesundheit der sexuellen Gesundheit übergeordnet: Im Rahmen der UN-Konferenz in Kairo wurde 1994 sexuelle Gesundheit als Teil reproduktiver Gesundheit definiert. Auch die Indikatoren des Nachhaltigkeitsziels 3.7 der WHO [4] erfassen primär Parameter der Reproduktion und Familienplanung.

Reproduktive Gesundheit fußt gemäß UN auf Menschenrechten und umfasst „die Anerkennung des Grundrechts aller Paare und Einzelpersonen, frei und verantwortungsbewusst über die Anzahl, den Abstand und den Zeitpunkt ihrer Kinder zu entscheiden und über die Informationen und Mittel dazu zu verfügen, sowie das Recht, den höchsten Zustand an sexueller und reproduktiver Gesundheit zu erreichen. Dazu gehört das Recht, Entscheidungen über die Fortpflanzung frei von Diskriminierung, Zwang und Gewalt zu treffen, wie es in Menschenrechtsdokumenten zum Ausdruck kommt.“ ([5], S. 60, eigene Übersetzung).

Dieser Definition folgend betont auch die WHO 2002 bis heute den engen Bezug zwischen sexueller und reproduktiver Gesundheit – sie spricht häufig von „sexual and reproductive health“ (vgl. WHO, 2024). Für diesen engen Bezug sexueller und reproduktiver Gesundheit gibt es gute Gründe, zugleich bestehen konzeptionelle Spannungsfelder, die Konfliktpotenzial bergen.

Ein enger Bezug zwischen sexueller und reproduktiver Gesundheit ergibt sich bereits aus ihrer gemeinsamen Verankerung in den Menschenrechten, da beide Konzepte grundlegende Bedürfnisse adressieren. Dies betonend wird daher oft international von Sexual and Reproduktive Health and Rights (vgl. etwa [6] gesprochen. Außerdem ist der sich in beiden Definitionen eröffnende Gesundheitsbegriff [7] (Gesundheit) positiv und ressourcenorientiert. Nicht zuletzt gründet sich die enge Assoziation beider Begriffe auf mitunter identische Praxisfelder, wie beispielsweise der Ansatz der ganzheitlichen Sexualaufklärung (Comprehensive Sexuality Education) zeigt, also einer Herangehensweise, die über reine Biologie hinausgeht und auch soziale, emotionale und ethische Aspekte der Sexualität einbezieht (vgl. mit Blick auf deren Umsetzung in Europa und Zentralasien [8].

Demgegenüber führt die enge Verknüpfung sexueller Gesundheit mit reproduktiven Rechten in konzeptionelle Schwierigkeiten, die Weiterentwicklungen erschweren und durch ihre Verallgemeinerung problematisch erscheinen: „Da die menschliche Fortpflanzung im Allgemeinen sexuelle Aktivität erfordert, sind sexuelle Rechte eng mit reproduktiven Rechten verknüpft.“ ([1], S. 4, eigene Übersetzung). Statt das Recht auf Selbstbestimmung zu betonen – das beiden Konzepten zentral zugrunde liegt – wird ein teilweise biologisierender Zusammenhang hergestellt, der angesichts reproduktiver Möglichkeiten wie Reproduktionsmedizin oder Adoption als überholt erscheint und sexuelle Gesundheit stark an Fortpflanzung bindet.

Rechtliche Verortungen – ein komplexes Feld

Die Menschenrechtsbasierung von sexueller Gesundheit ist nicht der einzige rechtliche Bezug. Auf internationaler, europäischer und nationaler Ebene gibt es vielfältige und teils sehr spezifische rechtliche Vorschriften mit Bezügen zu sexueller Gesundheit. Sie verfolgen unterschiedliche Ziele, die von einem Beitrag zur gesellschaftlichen Normbildung (etwa die strafrechtliche Verfolgung sexualisierter Gewalt) über die Initiierung und Absicherung einzelner Präventionsmaßnahmen (z. B. gesetzlicher Beratungsangebote) bis hin zu einer konkreten Gestaltung von Alltags- und Rechtsgeschäften (z. B. mit dem Antidiskriminierungsrecht) reichen können. Tab. 1 gibt einen Überblick zu ausgewählten rechtlichen Vorschriften, die im Hinblick auf sexuelle Gesundheit in Deutschland wichtig sind.

Familien- und Personenstandsrecht	**Strafrecht**	**Asyl und Ausländerrecht**
• Eltern-Kind-Zuordnung und Abstammung (§§ 1591ff. BGB) • Regelungen zur Ehe, u.a. Eheverbote und sog. 'Ehe für alle' (§§ 1303ff. BGB) • Lebenspartnerschaftsgesetz • Selbstbestimmungsgesetz • Beurkundung von (vertraulichen) Geburten sowie Geschlechtseintrag (§§ 21, 22, 45b PStG) • Regelungen zur Behandlung von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung (§ 1631e BGB) • Sterilisation (§ 1631c, § 1830 BGB) • Regelungen zur Beschneidung des männlichen Kindes (§ 1631d BGB) • Pflegschaft für ungeborene Kinder (§ 1810 BGB) • Samenspenderregistergesetz	• Gesetz zum Schutz vor Konversionsbehandlungen • Sexueller Missbrauch (§§ 174ff. StGB) • Schwangerschaftsab-bruch (§§ 218ff. StGB) • Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung (§§ 174ff. StGB) • Doppelehe und doppelte Lebenspartnerschaft (§ 172 StGB) • Beischlaf zwischen Verwandten (§ 173 StGB) • 'Upskirting' (§ 184k StGB) • Zwangsprostitution (§ 232a StGB) • Verbreitung pornografischer Inhalte (§§ 184ff. StGB) • Exhibitionistische Handlungen (§ 183 StGB) • Berücksichtigung geschlechtsspezifischer sowie gegen die sexuelle Orientierung gerichtete Tatmotive bei der Strafbemessung (§ 64 StGB) • Verstümmelung weiblicher Genitalien (§ 226a StGB) • Embryonenschutzgesetz	• Verfolgungsgründe, etwa hinsichtlich der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität (§ 3b AsylG) • Gesundheitsuntersuchungen, etwa auf HIV oder Hepatitis B (§ 62 AsylG) • Geeignete Maßnahmen zum Schutz von Frauen und schutzbedürftigen Personen in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften (§§ 44, 53 AsylG) • Familiennachzug (§§ 27 ff. AufenthG) • Polygamie und Ehegattennachzug (§ 30 Abs. 4 AufenthG) • Ausweisungsinteresse bei Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung (§ 54 AufenthG) • „Medizinische“ Abschiebungsverbote, ggf. bei HIV/AIDS (§ 60 Abs. 7 AufenthG)
Krankenversicherungsrecht (SGB V)	**Soziales Recht (außer SGB V)**	**Weitere Vorschriften**

• Anspruch auf Krankenbehandlung, auch bei sexualitätsbezogenen Erkrankungen (§ 27 SGB V) • Anspruch auf ärztliche Beratung zur Empfängnisverhütung und Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln (§ 24a SGB V) • Leistungen bei Schwangerschaftsabbruch und zur Sterilisation (§ 24b SGB V) • Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§24c ff. SGB V) • Leistungen zur künstlichen Befruchtung (§ 27a SGB V) • Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten, insb. Schutzimpfungen (§ 20i SGB V) • Anspruch auf Beratung und Versorgung zu Präexpositionsprophelaxe (§ 20j SGB V) • Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Besonderheiten bei den Leistungen der Krankenkassen (§ 2b SGB V)	• Berücksichtigung der unterschiedlichen Lebenslagen von Mädchen, Jungen und TIN*-Personen in der Kinderund Jugendhilfe (§ 9 SGB VIII) • Beratung und Unterstützung bei Vaterschaftsfeststellung (§ 52a SGB VIII) • Sozialhilfe zur Familienplanung (§ 49 SGB XII) • Sozialhilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 50 SGB XII) • Sozialhilfe bei Sterilisation (§ 51 SGB XII) • Adoptionsvermittlung und Verbot von Ersatzmuttervermittllung (AdVermiG) • Mutterschutzgesetz	• Aufklärung und Beratung zur Verhütung und Familienplanung (§§ 1ff. SchKG) • Schwangerschaftskonfliktberatung und Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen (§§ 12ff. SchKG) • Verbot von sog. Gehsteigbelästigungen (§ 13 SchKG) • Vertrauliche Geburt (§§ 25ff. SchKG) • Beratung und Untersuchung zu STI (§19 IfSG) • Antimissbrauchsbeauftragtengesetz • Prostituiertenschutzgesetz • Rehabilitierung und Entschädigung wegen homosexueller Handlungen verfolgter Personen sowie benachteiligter Soldat*innen (StrRehaHomG, SoldRehaHomG) • Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG) • Unterbleiben von Benachteiligungen aufgrund von Geschlecht und sexueller Identität in Betrieben und Behörden (§75 BetrVG, §62 BPersVG)

Tab. 1: Ausgewählte deutsche Bundesgesetze mit Bezug zu sexueller und reproduktiver Gesundheit (eigene Darstellung)

Wie in Tab. 1 deutlich wird, existiert im Bereich sexueller Gesundheit eine Vielzahl an Vorschriften in verschiedenen Rechtsgebieten, die stets bei der Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung mitgedacht werden müssen: Einerseits können Rechtsvorschriften Präventionsmaßnahmen legitimieren und verbindlich systematisch verankern (z. B. §1631e BGB hinsichtlich des Schutzes von intergeschlechtlichen Kindern oder §19 IfSG hinsichtlich Angebote der Gesundheitsämter bezüglich sexuell übertragbarer Infektionen). Andererseits können sie auch Hürden oder Barrieren für Interventionen darstellen (z. B. historisch hinsichtlich § 175 StGB, der nicht nur sexuelle Handlungen zwischen Männern bestrafte, sondern durch Stigmatisierung und Diskriminierung auch Maßnahmen zur Gesundheitsförderung indirekt erschwerte). Bestehende Rechtsvorschriften prägen die Lebensbedingungen und individuellen Handlungsmöglichkeiten jedes Einzelnen, was die Teilnahme an Präventions- und Beratungsangeboten miteinschließt. Auch deshalb sind diese Gesetze oft auch Gegenstand gesellschaftlicher Auseinandersetzung und Aushandlungsprozesse, was sich beispielsweise auf dem Gebiet des Familienrechts (z. B. in Bezug auf das Selbstbestimmungsgesetz oder die „Ehe für alle“) beobachten lässt.

Präventionsmaßnahmen im Feld der sexuellen Gesundheit müssen damit nicht nur sensibel und offen für verschiedene gesellschaftliche Meinungen und Positionen sein. Auch ihre rechtlichen Rahmenbedingungen sind Ausdruck vielfältiger gesellschaftlicher Interaktionsprozesse und

Machtverhältnisse. Sie können sich stets ändern. Zugleich wird deutlich, dass sexuelle Gesundheit verschiedene Rechtsgebiete und Politikfelder berührt und damit ganz unterschiedliche Akteurinnen und Akteure einschließt. Sexuelle Gesundheit ist deshalb ein Paradebeispiel für den Health-in-all-Policies-Ansatz [9] (Gesundheit in allen Politikfeldern/Health in all Policies (HIAP)): Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention sind nur wirksam, wenn alle Beteiligten intersektoral und über die Grenzen des eigenen Fachgebietes auf allen föderalen Ebenen hinweg zusammenarbeiten.

Strukturelle Verankerung – Wer macht was?

Die konzeptionelle und juristische Komplexität sexueller Gesundheit sowie die unterschiedlichen Bezüge zur reproduktiven Gesundheit spiegelt sich auch in den vorherrschenden Strukturen, insbesondere im Bereich Gesundheitsversorgung, wieder: International beschäftigt sich eine Vielzahl von Akteurinnen und Akteuren (z. B. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], United Nations Population Fund [UNFPA], United Nations Children's Fund [UNICEF]) mit dem Thema sexuelle Gesundheit bzw. einzelnen Aspekten davon.

In Deutschland können die folgenden zentralen Akteurinnen und Akteure je nach Aufgabengebiet und Ebene differenziert werden:

- **Bundesregierung/Bundesverwaltung/Bund:** Der Bund setzt verschiedene Aufgaben im Hinblick auf sexuelle Gesundheit um, die teils in Aktionsprogrammen, Nationalen Aktionsplänen oder Bundesstrategien verortet (vgl. z. B. [10]), teils aber auch gesetzlich verankert sind. Das Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) oder das Gesetz zum Schutz vor Konversionsbehandlungen (KonvBehSchG) sind Beispiele dafür: die Umsetzung der gesetzlichen Aufträge sind im Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), der ehemaligen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), als nachgeordneter Behörde verortet.
- **Träger, Verbände, Selbsthilfe und NGOs:** Teils im Zusammenhang mit gesetzlichen Aufträgen, insbesondere mit dem Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten, existieren viele Träger, Verbände und NGOs, die von Bundesebene über Länder bis in Kommunen organisiert sind. Sie leisten einen wichtigen Beitrag zur Förderung sexueller Gesundheit und setzen in vielfältiger Weise Maßnahmen um, insbesondere in der Beratung und der Bildungsarbeit sowie in der Qualifizierung. Die Angebote richten sich oft an die Gesamtbevölkerung, einzelne Maßnahmen adressieren aber auch vulnerable Gruppen. Daneben sind Bundes- und Landesverbände politisch aktiv und begleiten etwa die Erstellung von Aktionsprogrammen der Regierung sowie deren Umsetzung.
- **Forschung und Monitoring:** Forschung und Monitoring wird in Deutschland auf dem Gebiet der sexuellen Gesundheit sehr unterschiedlich wahrgenommen. Neben Aufgaben, die durch staatliche Einrichtungen wie dem Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) und dem Robert Koch-Institut (RKI) erfüllt werden, gibt es vielseitige Forschung an zahlreichen Hochschulen und Instituten. Des Weiteren gibt es Forschung, die durch NGOs erfolgt, teils mit staatlicher Unterstützung. Auch die Bundesländer leisten Beiträge zur Forschungsförderung, sodass sich die föderale Struktur auch im Bereich der Forschung widerspiegelt.
- **Internationale Zusammenarbeit:** Die internationale Zusammenarbeit wird in Deutschland vor allem durch das Auswärtige Amt (AA) und das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) mit dem nachgelagerten Bundesunternehmen „Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit" (GIZ) wahrgenommen. Es bestehen zudem multinationale Strukturen wie das WHO-Kollaborationszentrum für sexuelle und reproduktive Gesundheit im BIÖG, die europäische Zusammenarbeit verschiedener Ministerien bzw. Behörden mit dem European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) oder themenspezifische Joint-Actions und weitere Förderungsprogramme.
- **Versorgung:** Die Versorgung ist in Deutschland stark lokal geprägt, wenngleich sie sich auch an bundesweiten Vorgaben orientiert, die etwa der Bund und die Krankenversicherungen über den Gemeinsamen Bundesausschuss (GB-A) zusammen erarbeiten. Weitere zentrale Gremien sind etwa die Ständige Impfkommission (STIKO) im Hinblick auf impfpräventable sexuell übertragbare Infektionen (STI). Durch die grundlegend lokale Prägung der Versorgung wird es ermöglicht, Gesundheitsförderung in spezifischen Settings und Lebenswelten konkret und bedarfsgerecht zu gestalten sowie intersektorale Netzwerke vor Ort zu stärken. Auf kommunaler Ebene sind – neben Gesundheitsämtern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Klinken – auch viele NGOs und Beratungsstellen im Bereich der sexuellen Gesundheit tätig, oft in der Prävention, der Unterstützung und der Versorgung, unter anderem im Kontext von HIV-Prävention und sexueller Bildung.>
- **Bildung/Schule:** Bildung, insbesondere schulische Bildung, liegt in Deutschland im

Verantwortungsbereich der Bundesländer. In allen Lehrplänen sind Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit verbindlich verankert. Damit leisten Schulen einen wesentlichen und zuverlässigen Beitrag zur sexuellen Bildung und Gesundheitsförderung. Weitere Bildungsangebote werden – teils mit Förderung durch den Bund, die Bundesländer oder Kommunen – von Verbänden und NGOs umgesetzt.

- **Beratung:** Beratungsstrukturen sind in Deutschland äußerst divers und können von NGOs und Verbänden über Kommunen und Länder bis hin zum Bund reichen. Sie clustern sich dabei entlang einzelner Teilgebiete der sexuellen Gesundheit (z. B. sexuelle Gewalt, HIV-/STI-Beratung), zum Teil bestehen aber auch übergreifende Beratungsangebote, in denen viele Aspekte sexueller und reproduktiver Gesundheit vereint sind (z. B. Schwangerschaftsberatung und sexuelle Bildung). Die Beratungsstruktur – zumindest der Schwangerenberatung – ist hierbei auch im internationalen Vergleich einzigartig, wobei ihre Diversität dem Subsidiaritätsprinzip der Bundesrepublik entspricht.

Diese Strukturen sind historisch gewachsen, da in der Vergangenheit meist nur bestimmte Themen oder Zielgruppen im Fokus standen – etwa die zahlreichen Angebote zur HIV-Prävention, die stark von Gesundheitsämtern und lokalen Aidshilfen geprägt sind. Hier zeichnet sich jedoch ein Wandel hin zu ganzheitlichen Perspektiven ab.

Ein wichtiger Meilenstein war in diesem Zusammenhang die Durchführung der Studie „ Gesundheit und Sexualität in Deutschland“ 2018/2019, die auf Basis des WHO-Verständnisses von sexueller Gesundheit eine holistische und datenbasierte Perspektive ermöglicht hat [11]. Sie gibt mit ihrem ganzheitlichen Ansatz neue Impulse für Forschung und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention. Ähnlich wie bei anderen Repräsentativbefragungen − etwa der Jugendsexualitätsstudie der BZgA (vgl. [12]) − ist damit ein Monitoring auch für die erwachsene Bevölkerung möglich und von großer Bedeutung, um die Gesundheitsförderung zu verbessern und Maßnahmen gezielt steuern zu können.

Sexuelle Gesundheit – ein kontroverses Konzept?

Während sexuelle Gesundheit ein zentrales Konzept sowie intersektoral und lokal verankert ist und konzeptionell Erweiterungspotenziale verspricht, ist es zunehmend ideologisch motivierten Angriffen ausgesetzt. Konservative, rechte und auch fundamentalistisch-religiöse, antifeministische, frauenfeindliche und/oder queerfeindliche Gruppen [13] stellen öffentlichkeitswirksam das menschenrechtsbasierte Konzept an sich und die daraus abgeleiteten Maßnahmen in unterschiedlicher Ausprägung in Frage. Dies verhindert nicht nur Weiterentwicklungen, sondern übt auch massiven Rechtfertigungsdruck aus. Dadurch wird es zunehmend erschwert, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich sexueller Gesundheit umzusetzen und das Menschenrecht auf sexuelle Gesundheit für alle Menschen zu gewährleisten. Umso wichtiger ist es, das Konzept als solches in seiner Genese zu betonen, die Vernetzung auf allen föderalen Ebenen weiter voranzutreiben und die Evidenzbasierung von Maßnahmen zu stärken.

Relevanz für die Praxis

Obwohl die WHO bereits 2002 mit ihrer Definition sexueller Gesundheit zentrale Grundlagen für eine wirksame Gesundheitsförderung im Bereich der sexuellen Gesundheit gelegt hat, bleibt die praktische Umsetzung mit erheblichen Herausforderungen verbunden. Zu nennen sind hier konzeptionelle, juristische und strukturelle Schwierigkeiten, aber auch die zunehmenden ideologisch motivierten Angriffe gegen entsprechende Maßnahmen zur Förderung der sexuellen Gesundheit.

Bei der Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen sollten zentrale Fragen möglichst präzise geklärt werden, um den konzeptionellen Herausforderungen sexueller Gesundheit zu begegnen:

- An wen sollen sich – auf Basis welcher Evidenzen – Maßnahmen richten?
- Welche Zielgruppen sollen mit welchen Methoden erreicht werden?
- Wie spezifisch oder umfassend sollen sie sein?
- Inwiefern wird rechtlichen Rahmenbedingungen Rechnung getragen?
- Wo ergänzen Maßnahmen andere?
- Wo gilt es, Doppelangebote zu vermeiden und stattdessen Synergien zu nutzen?
- Wie sind Angebote, etwa im Bereich Bildung oder Versorgung, verortet?

Diese Fragen verdeutlichen: Für die effektive Umsetzung von Maßnahmen im Bereich sexueller Gesundheit braucht es einerseits ein fundiertes Verständnis bestehender Strukturen und rechtlicher

Rahmenbedingungen – und andererseits eine strategisch durchdachte Positionierung innerhalb unterschiedlicher institutioneller Kontexte, Settings und Zielgruppen.

Zum anderen ist aus Praxissicht hervorzuheben, dass ideologisch motivierte Angriffe auf gesundheitsbezogene Maßnahmen im Themenfeld der sexuellen Gesundheit zunehmen (vgl. [13]). Um diesen Entwicklungen wirksam zu begegnen, ist eine sachlich fundierte und strategisch abgestimmte Reaktion erforderlich. Maßnahmen zur Förderung sexueller Gesundheit sollten daher

- konsequent evidenzbasierte Zugänge und Methoden nutzen,
- Falschinformationen mit fachlich gesicherter Kommunikation entgegentreten,
- die öffentliche Debatte aktiv mitgestalten,
- durch verstärkte Öffentlichkeitsarbeit und transparente Aufklärung für die Relevanz sexueller Gesundheit sensibilisieren,
- die Zusammenarbeit und Vernetzung relevanter Akteur*innen stärken,
- sowie sektorübergreifend – insbesondere mit Bildung, Gesundheit, Politik und Zivilgesellschaft – kooperieren.

Fazit

Sexuelle Gesundheit ist ein zentrales – und überaus komplexes – Handlungsfeld in der Gesundheitsförderung. Dabei kann nur durch eine präzise fachliche und strategische Ausrichtung sichergestellt werden, dass Maßnahmen passgenau auf ihre jeweiligen Zielsetzungen abgestimmt und dadurch wirksam sind. Außerdem kann das Konzept ein Instrument sein, um den zunehmenden Angriffen auf Maßnahmen im Themenfeld entgegenzuwirken, denn mit Kenntnis der rechtlichen, strategischen und institutionellen Rahmungen, der Genese des Konzepts und seiner Evidenzbasierung lassen sich jene Angriffe zum Teil abwehren.

Internetadressen:

- Gesundheit und Sexualität in Deutschland (GeSiD). Available from: https://gesid.eu
- WHO Kollaborationszentrum für sexuelle und reproduktive Gesundheit. Available from: https://whocc.bioeg.de
- World Health Organization (WHO). Sexual and Reproductive Health and Research (SRH). ncluding the Human Reproduction Special Programme (HRP). [accessed 2025 Jan 31]. Available from: https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/overview

Literatur:

- Ferguson L, Desai S. Sexual and reproductive health and rights for all: translating the Guttmacher-Lancet Commission's global report to local action. Reprod. Health Matters. 2018 Dec;26(52):6–7. DOI:10.1080/09688080.2018.1487621
- Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, Coll-Seck AM, Grover A, Laski L, Roa M, Sathar ZA, Say L, Serour GI, Singh S, Stenberg K, Temmerman M, Biddlecom A, Popinchalk A, Summers C, Ashford LS. Accelerate progress – sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. Lancet. 2018 Jun 30;391(10140):2642–92. DOI:10.1016/S0140-6736(18)30293-9

References

1. World Health Organization (WHO). Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28−31 January 2002, Geneva. Geneva; 2006. [accessed 2025 Jan 31]. (Sexual Health Documents Series). Available from: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/defining_sexual_health.pdf
2. Bremer V, Winkelmann C. Sexuelle Gesundheit in Deutschland – Ein Überblick über existierende Strukturen und Verbesserungspotential. Sexuologie. 2011 [accessed 2025 Jan 31];19(3–4):93–104. Available from: https://www.sexuologie-info.de/artikel/2012.34.17.pdf
3. Edwards WM, Coleman E. Defining sexual health: a descriptive overview. Arch. Sex. Behav. 2004 Jun;33(3):189–95. DOI:10.1023/B:ASEB.0000026619.95734.d5
4. United Nations (UN). Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development,

A/RES/70/1. 2015. [accessed 2025 Jan 31]. Available from: https://sdgs.un.org/sites/default/files/publications/21252030

5. United Nations Population Fund (UNPF). Programme of action of the international conference on population development Cairo, 5–13 September 1994. 20th anniversary edition. Includes Key Actions for Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development adopted at the 21st special session of the General Assembly New York, 30 June – 2 July 1999. 2014 [accessed 2025 Jan 31]. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf
6. United Nations Sexual and Reproductive Health Agency (UNFPA). Sexual and reproductive health and rights: an essential element of universal health coverage. Background document for the Nairobi summit on ICPD25 – Accelerating the promise. 2019. [accessed 2025 Jan 31]. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UF_SupplementAndUniversalAccess_30-online.pdf
7. Franzkowiak P, Hurrelmann K. Gesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I023-2.0
8. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), International Planned Parenthood Federation European Network (IPPF). Sexuality education in Europe and Central Asia. State of the art and recent developments. An overview of 25 countries. Cologne; 2018 [accessed 2025 Jan 31]. Available from: https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/BZgA_ComprehensiveCountryReport_EN.pdf
9. Köckler H, Geene R. Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I157-1.0
10. Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ). Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. BIS 2030: Bedarfsorientiert – Integriert – Sektorübergreifend Beschluss des Bundeskabinetts vom 6. April 2016. 2016 Apr. [accessed 2025 Jan 31]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Strategie_BIS_2030_HIV_HEP_STI.pdf
11. Briken P, Dekker A, Cerwenka S, Pietras L, Wiessner C, von Rüden U, Matthiesen S. Die GeSiD-Studie „Gesundheit und Sexualität in Deutschland“ – eine kurze Einführung. Bundesgesundheitsblatt. 2021 Nov;64(11):1334–8. DOI:10.1007/s00103-021-03433-7
12. Scharmanski S, Hessling A. Sexual- und Verhütungsverhalten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Aktuelle Ergebnisse der Repräsentativbefragung “Jugendsexualität”. Bundesgesundheitsblatt. 2021;64(11):1372–81. DOI:10.1007/s00103-021-03426-6
13. European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights (EPF). Die Spitze des Eisbergs: Religiös-extremistische Geldgeber gegen Menschenrechte auf Sexualität und reproduktive Gesundheit in Europa 2009–2018. 2021. Available from: https://www.epfweb.org/sites/default/files/2022-02/EPF_EN_TOTI_9SEP%20DEF_%20DEU_FINAL.pdf

Korrespondenz: Dr. Johannes Breuer, Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), Referat T3 Sexuelle Gesundheit, Prävention von HIV und anderen STI – Schwerpunkt Schutz vor Konversionsbehandlungen, Maarweg 149-161, 50825 Köln, Deutschland, E-mail: johannes.breuer@bioeg.de

Zitierhinweis: Breuer J, Piesch R, Sonnefeld C, Scharmanski S. Sexuelle Gesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i164-1.0

Copyright: © 2026 Johannes Breuer 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/

Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien

Stefan Ludwigs[1]
Guido Nöcker[2]
[1] Deutschland
[2] Referat Qualifizierung, Fortbildung, ehemals Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln, Deutschland

Abstract

Seit der Einführung von Internettechnologien in den 90er-Jahren ist ein breites Spektrum an digitalen Anwendungsformen entstanden: etwa soziale Netzwerke, Apps, Video- und Fotoportale, Blogs, Foren, Communitys oder Games. Auch im Bereich der Gesundheitskommunikation wächst die Zahl und Bedeutung dieser Angebote rasant. Ihr Kommunikationsweg basiert nicht mehr nur auf einseitiger Informationsübermittlung, sondern vor allem auf Interaktion und Vernetzung. In der Prävention und Gesundheitsförderung wird digitalen Medien das Potential zugeschrieben, aktive Teilhabe und soziale Unterstützung zu ermöglichen, Selbstwirksamkeitserfahrungen zu fördern und Informationen zielgruppengerecht zu platzieren. Damit können sie neue Impulse setzen für die Strategien und Handlungsfelder der Ottawa-Charta.

Keywords: Social Media, Foren-Webcare, Institutionelle Gesundheitskompetenz, Virtuelles Streetwork, Informationsstrategie, eHealth, e-Government, Social Games, Gamification

Einleitung

Digitale Medien und Kommunikationskanäle sind in unserer modernen Wissens- und Informationsgesellschaft nicht mehr Zusatz, sondern konstituierender Bestandteil vieler Lebensbereiche – von Unterhaltung über Lernen und Arbeiten bis hin zu Gesundheit. Sie beeinflussen, strukturieren und formen die Wahrnehmung der Menschen, schaffen neue Erfahrungs- und Interaktionsräume und werden zu einem wichtigen Sozialisationsfaktor.

Seit der Einführung von Internettechnologien in den 1990er-Jahren hat sich eine rasante technische Entwicklung (digitale Revolution) vollzogen, deren Auswirkungen über veränderte Wissens- und Informationsprozesse hinaus als gesellschaftlicher Strukturwandel in nahezu allen Lebensbereichen spürbar werden. Ein solcher Wandel vollzieht sich auch im Gesundheitswesen. Mit der Verabschiedung des Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (DVG) im Juli 2019 sind insbesondere im Bereich der Gesundheitsversorgung neue Rahmenbedingungen geschaffen worden. Diese werden begleitet durch einen vom Bundesministerium für Gesundheit ins Leben gerufenen *health innovation hub* (https://hih-rlp.de), der den Ausbau digitaler Gesundheitsanwendungen forcieren soll. Diese Innovationen und Regelungen zielen überwiegend auf das medizinische Versorgungsfeld (Patientenwohl) sind damit aber auch richtungsweisend für digitale Anwendungen im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung.

Das vorliegende Stichwort thematisiert in diesem Kontext den Entwicklungsstand und das Potenzial von „Social Media“ Applikationen für die Prävention und Gesundheitsförderung.

Social Media – Definition

Mit Social Media, Social Web oder Web 2.0 ist ein seit Mitte der 2000er-Jahre boomender Bereich von Onlinediensten gemeint, die es den Nutzern erlauben, über Web-Plattformen niedrigschwellig miteinander zu kommunizieren und zu kollaborieren, selbstgenerierte Inhalte wie Texte, Fotos und Videos im Internet in geschlossenen Gruppen zu teilen und/oder öffentlich bereitzustellen [1]. Genauer geht es um Soziale Netzwerkseiten (SNS), Foren, Blogs, Wikis, mobile Apps, Podcasts oder Bookmarking- und Social-News-Dienste [2].

Kurz und knapp	
Digital Health	Digital Health ist die interdisziplinäre Verbindung von Gesundheit, Gesundheitsfürsorge, Leben und Gesellschaft mit digitalen Technologien, um die Effizienz der Gesundheitsversorgung zu verbessern und Arzneimittel individueller und wirkungsvoller einsetzen zu können.
Digitale Agenda 2020 (EU)	ist die Strategie der Europäischen Union, mit der digitale Technologien einschließlich des Internets zur Stimulierung der europäischen Wirtschaft genutzt werden sollen. Bürgerinnen und Bürger sowie Wirtschaft sollen gleichermaßen einen maximalen Nutzen aus der Anwendung erzielen. Die Agenda ist die erste von insgesamt sieben Initiativen im Rahmen der „EUROPA 2020“-Strategie zur Förderung von intelligentem, nachhaltigem und inklusivem Wachstum. In Deutschland wurde 2016 vom Bundesministerium für Wirtschaft und Energie eine „Digitale Strategie 2025“ vorgelegt, die Ziele und zentrale Themenfelder sowie Maßnahmen zur nationalen Umsetzung beschreibt.
eHealth	bezeichnet den Gebrauch elektronischer, digitaler Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) und Dienste für die Gesundheit. Dazu zählen die Interaktion von Patientinnen und Patienten mit Gesundheitsinstitutionen, der Datenaustausch zwischen Institutionen und der Austausch unter Patientinnen und Patienten bzw. zwischen Gesundheitsexpertinnen und -experten. eHealth umfasst ein breites Spektrum von IKT-gestützten Anwendungen, z. B. der Telemedizin und mHealth-Dienste.
e-Health Gesetz	Das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen wurde im Dezember 2015 veröffentlicht. Ziel ist es, alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen miteinander zu vernetzen und somit die sektorenübergreifenden Kommunikationsmöglichkeiten sowie den Transfer von Gesundheitsdaten effizienter zu gestalten.
Horizon 2020	ist das Forschungsrahmenprogramm der EU. Ein Schwerpunkt fokussiert PHC (personalised health and care) und insbesondere mHealth-Anwendungen. Diese werden als Beitrag zur Befähigung der Bürgerinnen und Bürger zum Selbstmanagement in den Bereichen Gesundheit, Krankheit, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention verstanden. Für PHC stand 2014 ein Budget von 549,3 Millionen Euro zur Verfügung.
mHON-code	ist ein Zertifizierungverfahren für mobile Gesundheits-Apps auf der Basis von acht verschiedenen Beurteilungskriterien. Das Qualitätssiegel wird von einer in der Schweiz ansässigen NGO (**Health On the Net Foundation**) vergeben, die seit sich 1995 für qualitätsgesicherte Gesundheitsinformation im Internet einsetzt.

mHealth	ist eine Komponente von eHealth und Digital Health. Der Begriff umfasst den Einsatz diverser mobiler Endgeräte wie z. B. Smartphone, Tablet oder Patientenüberwachungsgeräte. Dazu zählen auch Lifestyle- und Gesundheits-Apps, die eine Vielzahl von Vitalwerten (z. B. Puls, Temperatur, Blutdruck) und Daten (Informationen) übertragen.
Telemedizin	bezeichnet die Diagnostik und Therapie unter Überbrückung einer räumlichen oder auch zeitlichen Distanz zwischen Arzt/Ärztin, Therapeut/Therapeutin, Apotheker/Apothekerin sowie Patienten und Patientinnen oder zwischen zwei sich konsultierenden Ärztinnen bzw. Ärzten mittels Telekommunikation. Sie umfasst die gesicherte Datenübertragung durch Text, Ton, Bild oder andere Formate, die für Prävention, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge benötigt werden.
Telemonitoring	Beim Telemonitoring werden Patientinnen und Patienten mit Geräten zur Messung von Vitaldaten ausgestattet (z. B. Gewicht, Blutdruck, Herzfrequenz), die in der Lage sind, diese Daten direkt zu einem medizinischen Betreuer bzw. einer Betreuerin zu übertragen. Neuerdings gibt es auch Notfallanwendungen, die einen Sturz oder eine plötzliche Untätigkeit direkt an die Notfallambulanz melden.

Der Einsatz von Social Media und die darin angelegten Teilhabe-, Vernetzungs- und Ausdrucksmöglichkeiten der jeweiligen Adressatinnen und Adressaten eröffnen aber auch aus einer vom Leitgedanken der Gesundheitsförderung ausgehenden Perspektive durchaus neue, bisher nicht vorhandene Chancen, „ein Mehr an Kontrolle über die eigene Gesundheit“ [3] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen) zu erlangen [4].

Im Hinblick auf die technischen Zugangsmöglichkeiten und das reale Nutzungsverhalten der digitalen Technologien ist die Entwicklung in den vergangenen Jahren rasant fortgeschritten. Demnach verfügten im Jahr 2017 88 % aller deutschen Haushalte über einen Internetzugang und 87 % über einen Breitbandanschluss. In Haushalten mit mindestens einem Kind (drei Personen) und mit über 3.200 Euro Nettoeinkommen waren es gar 100 % in beiden Dimensionen. Während die älteren Jahrgänge (65+) von sozialen Netzwerken noch wenig Gebrauch machen (21 %), stieg dieser Anteil bei den 45- bis 64-Jährigen auf 70 % und lag in die Gruppe der 16- bis 24-Jährigen bei 86 % (männlich) bzw. 92 % (weiblich), bei weitestgehend täglicher Nutzung [5].

Der Einsatz von Social-Media-Technologien für Aufgaben der Gesundheitsförderung und Gesundheitskommunikation erfordert allerdings weit mehr als die bloße Auswahl der passenden Technologien zur jeweiligen Zielgruppenansprache. Er erfordert vor allem ein vertieftes Verständnis der kommunikativen Prozesse und der damit einhergehenden Veränderungen im Verhältnis von Adressatinnen bzw. Adressaten und Anbietern.

Die kommunikationswissenschaftliche Perspektive

Aus kommunikationswissenschaftlicher Perspektive bedeutet die Entwicklung hin zum Einsatz von Social Media einen Paradigmenwechsel vom klassischen Sender-Empfänger-Modell hin zu systemtheoretisch geprägten Netzwerktheorien. Die Abbildung 1 verdeutlicht dies.

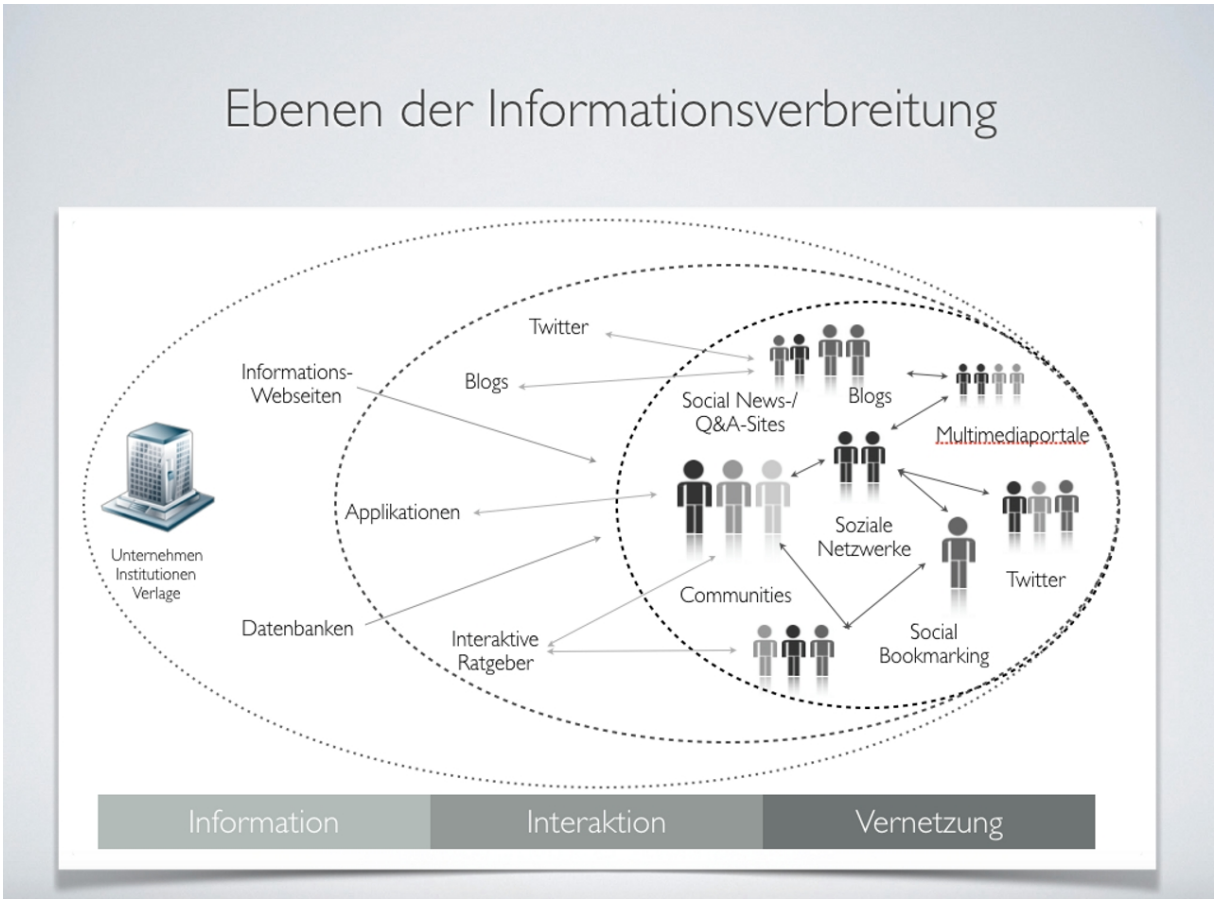


Abb. 1: Ebenen der Informationsverbreitung, ([6], S. 36)

Die erste Stufe *(Information)* zeigt die Ebene statischer Informationsübermittlung, z. B. in Gestalt von Print-, Bild- und Filmmaterialien oder auch entsprechenden Website. Sie entspricht dem tradierten, von Massenmedien geprägten Verständnis der Sender-Empfänger-Logik, bei der nur in eine Richtung kommuniziert wird. Hierbei wird das Internet allenfalls als eine permanent erreichbare Bibliothek verstanden, in der eine Vielzahl von (gesundheitsrelevanten) Informationen abgelegt und in virtuellen Schubladen und Regalen für verschiedene Zielgruppen auf Abruf bereitgehalten wird. Der Anspruch, gesundheitsförderliches Verhalten zu initiieren oder gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen zu modifizieren, konzentriert sich dabei auf die Vermittlung von Wissen bzw. eine appellhafte Ansprache durch Botschaften (z. B. „Keine Macht den Drogen“ oder „[Krebs-]Vorsorge schützt!“). Die Sender generieren ein kommunikatives Angebot, das von Rezipientinnen und Rezipienten möglichst im Sinne der Absicht aufgenommen und interpretiert werden soll (Persuasionsmodell).

Auf der zweiten Stufe *(Interaktion)* nutzen Anbieter von Gesundheitsdiensten die Chancen von Interaktion und Dialog, die das Medium Internet bietet. Sie offerieren z. B. Kalorienrechner oder Selbstbewertungstests und stellen Zielgruppenvertreterinnen und -vertreter und deren Meinungen vor. Aus Sicht der Anbieter geht es darum, ein sich zunehmend fragmentierendes Publikum zu erreichen, zu involvieren und persönliche Motivation zu generieren, indem man den sogenannten Nutzen- und Erlebniswert des Angebots steigert. Die Möglichkeiten für eine dialogische Kommunikation zwischen Anbieter bzw. Anbieterin und Rezipient bzw. Rezipientin werden indes nur vereinzelt genutzt. Letztlich verbindet sich auch mit dieser zweiten Ebene noch die Vorstellung von Kommunikation als einem Transaktionsprozess von Information, der weitgehend vom Sender dominiert ist. Allerdings gestattet diese Form der zweiseitigen Kommunikation mit ihren rekursiven Antwortmöglichkeiten eine bessere Abstimmung und damit Passgenauigkeit der Angebote. Dies wiederum kann die Akzeptanz der angebotenen Inhalte erhöhen und damit die Chancen verbessern, ein erwünschtes Verhalten anzustoßen.

Auf der dritten Stufe schließlich findet die *Vernetzung* der Menschen untereinander statt – unabhängig von Sendern wie Unternehmen oder Institutionen. Das klassische Sender-Empfänger-Schema ist aufgelöst, jeder kann beide Positionen zugleich besetzen und die Kommunikation wird von den Teilnehmenden als reziprok wahrgenommen (z. B. Facebook, Frage-Antwort-Foren, Communitys). Die

zuvor noch als Nutzerinnen und Nutzer angesehenen Zielgruppen haben nun die Möglichkeit, Informationen selbst zu produzieren, Vorgefundenes zu kommentieren und zu bewerten. Das geschieht in jeder Qualitätsstufe – vom einfachen Foreneintrag bis hin zum anspruchsvollen Fachartikel oder Blogbeitrag. Damit entstehen zusätzliche Kommunikationseffekte. So kennzeichnet der Begriff „virale Kommunikation“ eine sich blitzartig ausbreitende Information (z. B. durch einen Videoclip) in Netzwerken, bei dem die Nutzerinnen und Nutzer eine Information weitergeben, darauf hinweisen oder gar empfehlen. Dabei kann die Empfehlung in ihrer Bedeutung und Relevanz zusätzlich „aufgeladen“ werden.

Als weiterer Effekt entsteht eine indirekte Kommunikation mit Zuschauerinnen und Zuschauern, die einen Diskurs im Netz z. B. in einem Blog beobachtend verfolgen und so als erweiterte Adressatengruppe relevant werden. Damit verändern sich die klassischen Informationswege und in Folge zunehmend auch das „Gravitationsfeld“ der Anbieter von Gesundheitsinformationen, deren Wissen Teil eines globalen, sich kontinuierlich verändernden Informationsmarktes wird.

Die konkreten Optionen für die Gesundheitskommunikation, die sich aus dem Einsatz „Sozialer Medien“ ergeben, sind abhängig von den jeweils eingesetzten Technologien, die bei einer großen Vielzahl unterschiedlicher Funktionalitäten und einer ständigen technischen Weiterentwicklung auch der Veränderung von Nutzerpräferenzen unterworfen sind. Die folgenden Beschreibungen aktueller Anwendungen sollten deshalb als exemplarischer Ausschnitt und Momentaufnahme verstanden werden.

Soziale Netzwerke (Social Network Sites, SNS)

Soziale Netzwerke wie Facebook oder Instagram bieten Nutzerinnen und Nutzern die Möglichkeit, untereinander Inhalte auszutauschen und diese gegenseitig zu verlinken oder zu „liken“. Durch den Einsatz von Algorithmen mit semantischer Qualität (Was interessiert diese Nutzer?), entsteht ein Interaktionsraum mit hoher persönlicher Relevanz für die Einzelnen. Von Kritikern wird dieser Raum durch seine Selbstreferentialität jedoch als „Filterblase“ bezeichnet, in der immer nur das gezeigt wird, was erwartet wird. Filterblasen gelten als ein typisches Risiko der digitalen Welt, weil sie Nutzern einen realistischen Blick auf die Welt suggerieren, tatsächlich aber nur eine Art Spiegelbild der Erwartungen und Neigungen produzieren.

Für Marken, Institutionen und die so genannten Influencer ist jedoch genau dieser Raum attraktiv, in dem man „Freundesstatus“ erreichen und Zugang zum Kreis eines persönlichen Netzwerks finden kann. Dieses „Vertrauen“ wird genutzt, um Botschaften zu platzieren und Produkte zu verkaufen. Marken, denen dies gelingt, nennt man „Love Brands“. Für die Nutzerinnen und Nutzer ist der Klick auf den „Like“-Button bei einer solchen „Love Brand“ (wie z. B. Nike oder Adidas) gleichsam eine Art sozialer Markierung, mit der die eigene Haltung zum Ausdruck gebracht wird und die auch darauf zielt, eine soziale Resonanz im Freundeskreis zu erzeugen.

Anbieter von Gesundheitsinformationen können versuchen, in diesen Raum vorzustoßen oder zumindest immer wieder wahrgenommen zu werden. So hat die Facebook-Seite der BZgA „Alkohol? Kenn dein Limit!“ (Stand: September 2019) ca. 280.000 „Freunde“; viele Themen werden dort recht aktiv diskutiert. Aber selbst, wenn man kein Freund oder keine Freundin ist, werden Berichte der Seite immer wieder in der mittleren redaktionellen Spalte von Facebook angezeigt, wenn man zuvor andere Berichte gelesen, geliked oder weitergeleitet hat – ein Ergebnis des Algorithmus.

Diese Anzahl von „Freunden“ entspricht ungefähr der einiger gesetzlicher Krankenkassen, wie Barmer, DAK oder TK, die ihrerseits mit gewissem redaktionellen Aufwand (ca. 1 Post täglich zu unterschiedlichsten Gesundheitsthemen) attraktiv für ihre Mitglieder im Social Web sein möchten.

Mobile Anwendungen (Apps)

Smartphones übernehmen zunehmend die Rolle eines „Lebensbegleiters“, der als kommunikatives Interface die reale mit der virtuellen Welt verbindet. Sie sind fast immer dabei und halten insbesondere Jugendliche „always on“, wenn sie mitunter minütlich ihren Freundesstatus auf einer SNS prüfen, Zerstreuung und Unterhaltung mit kleinen Spielen und lustigen Videos suchen oder sich auf die ortsgebundene Informationssuche nach Eventtipps, Einkaufsgelegenheiten und anderem begeben. Die technischen Voraussetzungen dazu werden durch auf dem Gerät installierte Applikationen (Apps) bereitgestellt. Das sind kleine Softwareprogramme, die spezifische Aufgaben organisieren. Sie reichen von einfachsten Werkzeugen mit nur einer Funktion (z. B. Wecker) bis hin zu Programmpaketen mit umfangreichen Funktionalitäten (z. B. Jogging-App) und sozialen Austauschfunktionen. Die Eignung mobiler Applikationen für die Gesundheitskommunikation beruht auf drei Faktoren (Instruktion, Monitoring, Motivation):

- Sie können erwünschtes Verhalten unterstützen bzw. dazu motivieren. Wie ein persönlicher Assistent können sie ortsunabhängig jederzeit daran erinnern, etwas zu tun oder zu unterlassen. Belohnungen in Form von digitalen Badges oder ggf. auch durch soziale Aufmerksamkeit unterstützen dabei.
- Sie können Verhalten messen und individuelle Auswertungsprofile (Bewegung, Nahrungsaufnahme, Gewohnheiten etc.) erstellen. Damit spiegeln sie reales Handeln und gestatten Vergleiche mit anderen Menschen (Freunde/Bezugsgruppen) sowie der individuellen Leistungsveränderung.
- Sie vermitteln Wissen und geben Anleitung. Apps sind mobile Lexika, die uns jederzeit Hintergrundwissen verfügbar machen. Durch den Einsatz von Augmented-Reality- Anwendungen (AR) wird die Realität durch digitale Zusatzinformationen in Form von Texten und Grafiken erweitert, die sich über das Realbild legen. So können beispielweise beim Betrachten von Objekten wie Lebens- oder Genussmitteln zusätzliche Gesundheitsinformationen eingeblendet oder Handlungsalternativen angezeigt werden.

Inzwischen sind alle modernen Smartphones mit grundlegenden Tracking-Funktionen ausgestattet. Damit erlangen Fitness- und Health-Tracking nahezu den Charakter einer Basisfunktion, die ganz selbstverständlich zu einem Smartphone dazugehört. Auf dieser Grundlage verbreiten sich mHealth-Apps mit rasanter Geschwindigkeit. Nach einer Schätzung der EU waren 2017 bereits über 100.000 im EU-Raum verfügbar [7]. Es sind vor allem privatwirtschaftliche Großunternehmen, die diese Entwicklung prägen. Sie tun dies in der Hoffnung auf kommerziellen Erfolg und meist jenseits von Überlegungen öffentlicher Gesundheitsvorsorge [8] (Gesundheitswissenschaften/Public Health). Allerdings ist der Markt recht fragmentiert. Nur 4 % aller internationalen App-Anbieter schaffen Downloadzahlen von über einer Million pro Jahr. Auch die Umsatzzahlen sind für die meisten Anbieter von Apps mit 0 bis 10.000 Euro pro Jahr noch ernüchternd. Gleichzeitig sind die Nutzungsprognosen weiterhin immens, so dass die großen Anbieter bis zu 500.000 Euro in eine App-Entwicklung investieren.

Im Zuge der raschen Verbreitung solcher Anwendungen ist die Frage angemessener Qualitätssicherung bzw. -kontrolle noch unbeantwortet. Während in der Versorgung mit dem Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (DVG) die Voraussetzungen für die Zulassung von Gesundheitsapps als Medizinprodukte durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) spezifischer definiert wurden, sodass diese künftig von Ärzten vermehrt verordnet werden können, entzieht sich die große Zahl der Apps für Gesundheitsförderung und Wellness jeglicher Qualitätskontrolle. Zwar exisitiert mit dem mHON-Code (Health On the Net Foundation) bereits ein international anerkanntes Zertifizierungsverfahren, das ein Qualitätssiegel auf der Basis von acht Einzelkriterien verleiht. Dazu gehören neben der Prüfung der medizinischen Expertise auch die Transparenz über Ziele und Interessen des Anbieters sowie die Offenlegung finanzieller Angelegenheiten. Die Zertifizierung erfolgt jedoch auf freiwilliger Basis und hat bislang keine breite Resonanz und damit qualitätssichernde Wirkung auf dem Gesundheitsmarkt entfalten können.

Damit haben Gesundheits-Apps ein schwer einschätzbares Schadensrisiko, das bisher kaum untersucht wurde. Fehlfunktionen z. B. in der Messung von Vital-Parametern, falsche Trainingsanreize oder falsche Ernährungshinweise können erheblichen Schaden verursachen. Andererseits sollten die im Rahmen der CHARISMHA-Studie [9] belegten positiven Effekte der Nutzung von Gesundheits-Apps z. B. in Bezug auf vermehrte körperliche Aktivitäten bzw. der verbesserten Gewichtskontrolle ebenso zum Anlass genommen werden, der Frage der Wirkung bzw. des Nutzens von Gesundheits-Apps insbesondere durch vergleichende Studien nachzugehen.

Video- und Fotoportale

Video- und Fotoportale wie YouTube, Vimeo, Vevo oder Flickr erlauben Nutzerinnen und Nutzern, Videos und Fotos hochzuladen und – sofern sie registriert sind – andere Inhalte zu kommentieren, zu bewerten, in Hitlisten aufzunehmen oder in die eigene Website einzubinden. Diese Portale haben nicht nur enorme und permanent wachsende Nutzungszahlen, sondern sie entwickeln sich immer mehr zu Suchmaschinen und Werkzeugen der Vernetzung. Inzwischen ist YouTube die weltweit zweitgrößte Suchmaschine nach Google. Zwei Milliarden Menschen nutzten 2018 das Portal jeden Monat und schauten täglich 5 Milliarden Videos an (www.androidauthority.com/youtube-stats-1016070). Dabei überwog die Suche nach Zerstreuung und Anleitungen.

Den Anbietern von Gesundheitsinformationen bieten diese Portale zusätzliche Möglichkeiten, ihre Themen und Inhalte über kleine Clips oder Filme einem breiten Publikum kostengünstig zu präsentieren. Darüber hinaus kann dort durch die Einbindung von Vernetzungs- und Kommentierungselementen ein direkter Austausch mit den Zielgruppen geführt werden, die sonst über die eigene Website nicht erreicht

würden. Die Kommentierungs- und Vernetzungsfunktionen sind dabei auch geeignet, Fragen der Akzeptanz und Verständlichkeit der eigenen medialen Angebote (Clips) bei den Zielgruppen zu überprüfen sowie den erreichten Verbreitungsgrad genau zu bestimmen. Dies stellt im Interesse einer qualitätsgesicherten Medienentwicklung eine neue Option dar.

Blogs und Mikroblogging

Ein Weblog (kurz: Blog) ist eine Art Tagebuch (Logbuch), das von einer Autorin bzw. einem Autor oder mehreren Autorinnen und Autoren (Bloggerinnen/Bloggern) im Internet geführt wird. Typisch für einen Blog sind periodische Einträge, die historisch absteigend sortiert sind. Eine Kategorisierung mittels Themen und Tags (Schlagwörtern) sowie eine Kommentierungsfunktion sind ebenso wichtig. Es gibt mittlerweile Blogs in sehr unterschiedlichen Größenordnungen. Sie reichen von Angeboten, die quasi Fachzeitschriftenstatus haben (z. B. www.automobil-blog.de), bis hin zu stark nischenorientierten Spezialangeboten (z. B. https://socialmedia-blog.net).

Insbesondere für junge Menschen sind Blogger und Bloggerinnen, die Konsum- und Stilberatung auf Instagram und YouTube geben, heute vielfach wichtige Meinungs- und Impulsgeber geworden. Sie werden als Influencer bezeichnet. Influencer sind häufig aus öffentlichen Medien bekannte Persönlichkeiten (VIP´s) oder beziehen ihre Bedeutung aus Web-Aktivitäten (z. B. bloggen, posten) und erzielen so Aufmerksamkeit. Ausdruck findet diese in registierten Beobachtern, sogenannten „Followern“, also Menschen, die die digitalen Beiträge der Influencer abonnieren und mitunter auch Feedback durch Likes oder Kommentare geben. Aus dem klassischen Marketingmix großer Unternehmen sind Influencer kaum noch wegzudenken. Auch öffentliche Institutionen nutzen die Präsenz dieser Menschen, um sie als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für Botschaften zu nutzen. Mitunter geschieht dies auch im Gesundheitsbereich, indem beispielsweise Comedians oder Sportstars – als sogenannte Testimonials – in Kampagnen eingebunden werden.

Aber auch für professionelle Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung sind Blogs in Form von Fachblogs, die sich an Expertinnen und Experten richten, ein interessantes Medium. Ähnlich wie ein Social-News-Dienst können relevante Beiträge aus diversen Medien für die fachinteressierte Nutzerschaft zusammengestellt (Alert-Funktion) bzw. zur Diskussion gestellt werden (z. B. http://scienceblogs.de/gesundheits-check). Auf diese Weise ist ein Meinungsaustausch unter Fachkolleginnen und -kollegen sowie Interessierten jenseits bestehender Organisationsgrenzen und Arbeitsformen möglich. Das Betreiben eines Fachblogs erfordert indes erheblichen Zeitaufwand und setzt regelmäßige und dauerhafte Publikationstätigkeiten voraus.

Foren, Communities und Frage- und Antwortseiten (FAS)

Während Soziale Netzwerke (SNS) den persönlichen Freundeskreis digital organisieren, sind Foren, Communities und Frage- und Antwortseiten themenzentriert. Das Spektrum reicht von Gesundheitsplattformen (z. B. www.onmeda.de, www.netdoktor.de, www.gesundheit.de) und Themen- (z. B. https://forum-alkoholiker.de) oder Zielgruppentreffs (z. B. www.50plus-treff.de, www.gofeminin.de) bis hin zu reinen Frage- und Antwortseiten (z. B. www.gutefrage.net). Solche Communities haben häufig eine recht leistungsstarke redaktionelle Basis. Hier sammeln und verfassen Fachautorinnen und -autoren sowie engagierte Laien themenspezifische Berichte und laden Mitglieder dazu ein, ihre Erfahrungen beizusteuern. Insbesondere bei emotional schwierigen Themen sind diese Communities eine beliebte Anlaufstelle für Betroffene, um sich Erleichterung durch Beispiele und Austausch zu verschaffen.

Darüber hinaus haben Communities einen hohen Wert für Fachexperten, die sich hier zu relevanten Themen ihres Arbeitsgebietes austauschen können (z.B. www.physiowissen.de).

Reine Frage- und Antwortportale (Q&A-Sites, Questions & Answers) generieren ihre Inhalte ausschließlich aus Nutzerbeiträgen und -diskussionen. Die Qualität der Antworten kann vom Fragesteller bzw. der Fragestellerin bewertet werden, sodass sich sukzessive Antwortexperten bzw. -expertinnen herauskristallisieren, deren Aussagen immer mehr Gewicht bekommen.

Die reichweitenstärkste Plattform gutefrage.net zählte im Januar 2019 rund 1,8 Millionen aktive Mitglieder, 20 Millionen Fragen und 80 Millionen Antworten. Mit einer monatlichen Nettoreichweite von rund 17,5 Millionen Unique Usern (unterschiedliche Nutzer), steht gutefrage.net unter den Top 10 des Reichweiten-Rankings der Arbeitsgemeinschaft Online Forschung (AGOF). Allein zum Stichwort „Drogen“ finden sich hier zehntausende Fragen. Die starke Nutzung ist u. a. darauf zurückzuführen, dass die Anliegen häufig nicht nur allgemein, sondern unter Wahrnehmung der persönlichen Situation, spezifisch und vor allem verständnisvoll behandelt werden („Das kenne ich, bei mir ist das so und so.“).

So kann aus zunächst sachbezogenem Austausch (Forum) durch emotionale Bindung ein System Gleichgesinnter mit Communitycharakter entstehen. Gleichwohl ist die Antwortqualität häufig als heterogen, mitunter sogar als problematisch zu bezeichnen. Die aktive Beteiligung von Akteurinnen und Akteuren der gesundheitlichen Aufklärung an solchen Foren und FAS könnte daher im Sinne eines „Social Media Streetwork“ ein sinnvoller Interventionsansatz sein [10]. Da die in den Foren gesammelten Inhalte (posts) über Jahre abrufbar bleiben und spätere Suchanfragen automatisch auf die alten Antworten verweisen, kann man von nachhaltiger Kommunikationsarbeit sprechen.

Games/Serious Games/Social Games/Gamification

Computerspiele finden seit einigen Jahren als Serious Games und als Social Games neue Anwendungsfelder in Gesundheitsversorgung und -erziehung (siehe die internationale Konferenz www.gamesforhealtheurope.org). Mit ihnen verbinden sich vor allem vielfältige Erwartungen in Bezug auf Verhaltensänderungen. Diese stützen sich auf eine zwar immer noch dünne, aber zunehmend optimistischer werdende Studienlage, die positive Wirkungen in Bezug auf Wissen, Einstellungen, Verhalten sowie direkte Gesundheitsoutcomes und gesundheitsbezogenes Selbstmanagement belegen [11]. So können Spiele, in denen Kinder virtuelle Krebszellen bekämpfen (z. B. www.re-mission2.org), positive Effekte in Bezug auf die Therapieadhärenz, das krankheitsbezogene Wissen und die Selbstwirksamkeit haben. Ähnliche positive Effekte konnten mit anderen Spielen bei an Diabetes erkrankten Kindern nachgewiesen werden. Besondere Aufmerksamkeit erzielte in der Fachwelt die Nachricht neuseeländischer Forscher, dass ein Computerspiel helfen kann, Depressionen bei Jugendlichen zu lindern (www.sparx.org.nz).

Charakteristisch für diese Spiele ist, dass sie ein Bildungs- oder Verhaltensthema als authentisches, glaubwürdiges Spielerlebnis inszenieren und dabei definierte Lern- bzw. Gesundheitsziele verfolgen. Damit machen sie sich die aktivierende und motivierende Wirkung von Spielen zunutze, um eine hochinvolvierte Beschäftigungssituation (Flow) zu erzeugen. Klare Aufgabenstellungen, kontinuierlicher Fortschritt und direkte Belohnungen generieren dabei Selbstwirksamkeitserfahrungen, die – so die Vermutung – neben allgemeinen motivationalen Effekten, zu kognitiven, affektiven und verhaltensbezogenen Transfers führen können [12]. So werden, neben motorischen Fertigkeiten, in Studien immer wieder positive Stimmungen, prosoziale Verhaltensweisen oder auch allgemeine Problemlösefähigkeiten nach Spielekonsum gemessen [13].

Dieses Potenzial ist wiederum Grundlage für den allgemeinen Trend der Gamification (auch: Gamifizierung) in vielen Lebensbereichen. Der Begriff bedeutet, spieltypische Elemente in spielfremden Kontexten anzuwenden. Arbeits-, vor allem aber Lerntätigkeiten werden dabei mit Erfahrungspunkten, Highscores, Fortschrittsanzeigen, Ranglisten oder Auszeichnungen kombiniert. So können auch kleine Erfolge sichtbar werden und helfen, die Motivation, z. B. ein neues Verhalten einzuüben, aufrecht zu erhalten.

Es erscheint naheliegend, dass spielerisches Engagement zunehmend auch in sozialen Netzwerken wie z. B. Facebook eingebettet wird. Beim Social Gaming geht es häufig um Minisimulationen (z. B. Farmville: www.zynga.com/games/farmville-tropic-escape oder um kooperative Rätselspiele (z. B. Candy Crush: https://king.com/de/game/candycrush), bei denen die Aktivitäten der Spielerinnen und Spieler im Freundeskreis sichtbar und untereinander vernetzt werden. So gesellt sich zu dem Gefühl der Selbstwirksamkeit noch das der sozialen Einbindung und findet eine Verstärkung durch Peers.

Aus diesem Grund werden Social Games auch für den Gesundheitsbereich produziert. Sie werden zunehmend in der Prävention (z.B gesunde Ernährung: www.spaplay.com), Therapie (z. B. ayogo.com/blog/case-study-healthseeker) und Rehabilitation sowie bei Patientenschulungen und Trainings von medizinischem Fachpersonal (z. B. junge Ärztinnen und Ärzte) eingesetzt.

Relevanz und Anschlussfähigkeit für die Gesundheitsförderung

Bislang gibt es erst wenige systematische Erkenntnisse darüber, wie Institutionen und Akteurinnen bzw. Akteure der Gesundheitsförderung digitale Medien und Kanäle im Social Web nutzen und mit welchem Erfolg dies geschieht [14]. Während die Forschungslage noch deutliche Lücken aufweist, ist die positive Einschätzung der Potenziale von Social Media zur verbesserten Kommunikation mit den Zielgruppen ungetrübt [15], [2]. Es fällt auf, dass diese Potenziale, wie das Ermöglichen aktiver Teilhabe [16] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger), die Vernetzung [17] (Netzwerkarbeit – Vermitteln und Vernetzen als professionelle Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung), das

Erleben sozialer Unterstützung, die Förderung von Selbstwirksamkeitserfahrungen, die adressatengerechte Information (Personalisierung) und Nutzung von viralen Effekten (Mobilisierung) gut vereinbar mit den Strategien und Handlungsfeldern der Ottawa-Charta sind.

So ist z. B. die Forderung, *gesunde Lebenswelten* [18] (Settingansatz/Lebensweltansatz) zu schaffen, auch von erheblicher Relevanz für die virtuellen Lebenswelten. Der Begriff des Settings, der als zentraler Ansatzpunkt für Maßnahmen der Gesundheitsförderung in der Lebenswelt gilt, ist um eine virtuelle Komponente zu ergänzen bzw. zu erweitern. Das Arbeiten, Lernen oder die Gestaltung von Freizeit und sozialen Beziehungen findet zunehmend online statt. Damit muss sich die Forderung nach gesundheitsfördernden Lebenswelten auch auf das digitale Umfeld beziehen. Denn die Wegbereiter und Entwickler expandierender digitaler Umwelten sind vor allem kommerzielle Anbieter, die zuerst auf Kundenbindung, Absatz und Produktplatzierung zielen und dabei die Belange von Gesundheit selten berücksichtigen.

Auch für das Handlungsfeld *„Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen stärken“* [19] (Sozialraum- und Gemeindeorientierung in der Gesundheitsförderung) erscheint das Social Web in besonderer Weise geeignet. Denn im Sinne des Konzepts des „Sozialen Kapitals“ [20] können die Social Media soziale Verknüpfungen wie Freundschaften und Nachbarschaften organisieren helfen. Netzwerke, die auf gegenseitige Unterstützung zielen, haben nachgewiesenermaßen einen zentralen Stellenwert für die Gesundheitsförderung [21].

Weiterhin kann mit den o. a. Medien eine Vielzahl neuer Impulse im Handlungsfeld *„persönliche Kompetenzen stärken“* gesetzt werden, z. B. durch die Entwicklung gezielter, individuell zugeschnittener Lern- und Trainingsangebote.

Ausgehend von der Erkenntnis, dass nichts die Gesundheit so nachhaltig positiv fördert wie die Kompetenz, das eigene Leben selbstbestimmt führen zu können, verweisen gesundheitspsychologische Konzepte auf die Bedeutung von Selbstwirksamkeitserfahrungen, die Menschen in ihrer biografischen Entwicklung durchlaufen. Eine hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugung (interne Verhaltenskontrolle) hat danach erhebliche Bedeutung für das Gesundheitshandeln. Die Vorstellung persönlicher Selbstwirksamkeit beruht dabei auf vorhergehenden, positiv bestätigenden Erfolgserfahrungen, beispielsweise durch Apps, die Leistungsverbesserungen im Fitnessbereich tracken oder z. B. Rauchentwöhnung begleiten.

Mit den Werkzeugen der Selbstbeobachtung (Self-Tracking) sind effektive Möglichkeiten gegeben, gesundheitsbezogene Kompetenzerfahrungen zu machen und so das Selbstwirksamkeitserleben zu stärken. Zwei Faktoren sind hierbei entscheidend: Erstens lassen sich Ziele und Anforderungen individuell einstellen, sodass Entmutigung aus Über- oder Unterforderung vermieden werden kann. Zweitens können die Programme vielfach in den sozialen Resonanzraum einer Community eingebunden werden, die überwiegend positive Aufmerksamkeit und motivierenden Zuspruch erzeugt. Dieser soziale Zuspruch ist eine wichtige, verstärkende Variable im Entstehen von Selbstwirksamkeitserleben.

Gegenwärtig wird persönlichen Kompetenzen mit dem Begriff der Gesundheitskompetenz/Health Literacy [22] eine andere, zum Teil im Anspruch eingeschränkte Bedeutung zugeschrieben [4]. Im Mittelpunkt dieses Konzepts von „Gesundheitskompetenz“ stehen jetzt die Fähigkeiten, Gesundheitsinformationen beschaffen, verstehen und kritisch bewerten zu können. Der Begriff der Gesundheitskompetenz wird dabei sowohl auf Personen (z. B. Patientinnen und Patienten) als auch Anbieter von Gesundheitsinformationen (z. B. Ärzteschaft, Gesundheitsförderungsfachleute) bezogen und nimmt damit beide Seiten in die Verantwortung. Geringe bzw. unzureichende Health Literacy ist damit im Ergebnis auch Ausdruck einer nicht gelingenden Kommunikation.

Soziale Medien erscheinen hier gut geeignet, eine Brücke zwischen den Nutzerinnen und Nutzern (Laien, Patientinnen und Patienten) und Anbietern (Expertinnen und Experten, Klinikerinnen und Klinikern) zu schlagen. Sie können für alle drei Funktionen (suchen, verstehen, bewerten) und darüber hinaus wertvolle Unterstützung leisten. So illustriert de Bronkhardt im ePatienten-Handbuch [23] eindrucksvoll den Nutzen der Kommunikation in sozialen Medien auch für medizinische Behandlungszwecke. Es ist ein Plädoyer für ein (systemisch) erweitertes Gesundheits- und Krankheitsverständnis, bei dem die normative Unterscheidung von Laien und Expertinnen bzw. Experten (Patientinnen bzw. Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte) aufgegeben bzw. erweitert wird zugunsten eines komplexen Netzwerks unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure. Dies zeigt auch das Beispiel des Pharmaherstellers Pfizer, der 2014 zusammen mit zwei Patienten-Selbsthilfeorganisationen (AMSEL, Leukämie) ein Praxismanual entwickelte, das Patientenorganisationen auf den Umgang mit und die Verwendung von Social Media im Web 2.0 vorbereiten soll. In diesem Zusammenhang fällt zunehmend auch das Schlagwort einer „participatory medicine“. Das „Salzburg Statement on Shared Decision Making“ (http://e-

patients.net/u/2011/03/Salzburg-Statement.pdf) proklamiert hier die – technologisch unterfütterte – Vision von Gesundheit als Gemeinschaftsleistung von Patientinnen und Patienten sowie Klinikerinnen und Klinikern. Klinische oder epidemiologische Evidenzen sowie belastbare und übertragbare Studienergebnisse in diesem Feld stehen allerdings noch aus.

Dieser Gedanke berührt unmittelbarer den fünften Handlungsbereich der Ottawa-Charta, der fordert, die *„gesundheitlichen Dienste neu zu orientieren“* . In diesem Handlungsbereich sind seit Verabschiedung der Ottawa-Charta in Deutschland kaum strukturelle Veränderungen in Richtung auf ein stärker präventiv und auf Empowerment ausgerichtetes Gesundheitswesen erfolgt. Mit dem Fortschreiten der Digitalisierung auch im Gesundheitswesen, insbesondere der Versorgung, werden erhebliche Veränderungen im Zusammenspiel der Akteurinnen und Akteure erforderlich, wie der Bericht der EU Task Force on eHealth (Redesigning health in Europe 2020) deutlich macht.

Änderungsbedarf und Konsequenzen

Änderungsbedarfe und mögliche Konsequenzen für das Feld der Prävention und Gesundheitsförderung werden hier abschließend thesenartig zusammengefasst:

- Das Sender-Empfänger-Prinzip in der Kommunikation verliert zunehmend an Bedeutung und wird ergänzt durch Denken und Handeln unter Berücksichtigung systemischer Theorien und Netzwerkstrukturen.
- Mit dem Wegfall der eindeutigen Vorherrschaft der Massenkommunikation müssen Aufklärungsinstitutionen ihr Handeln vom sendergetriebenen „one to many“-Instrumentarium auf „one to one“-Werkzeuge, wie personalisierte Newsletter oder individuelle Reaktionen in Internetforen, anpassen. Letztlich geht es darum, die vorhandene Kommunikationskompetenz auf die inhaltlich-dramaturgischen Bedingungen der multimedial vernetzten Welt zu übertragen. Das bedeutet, die unterschiedlichen Medienformate zu kennen und in ihrer spezifischen Wirksamkeit einschätzen sowie herstellen zu können und die dramaturgisch sinnvolle Vernetzung der Formate zu überblicken.
- Diese Kompetenz muss den Aspekt der technisch-funktionalen Zusammenhänge der Medien beinhalten. Nur ein tiefes Verständnis auch der technischen Möglichkeiten von Nutzungs- und Nutzeranalyse, um eine verhaltens- und interessenbasierte Platzierung von Botschaften zu befördern, sichert effektives und effizientes Handeln in den neuen Medien.
- Perspektivisch werden sich die Handlungsfelder von Informationsanbietern um die Komponenten „Zuhören“ und „Befähigen“ erweitern. Eine zentrale Aufgabe wird die Beteiligung an öffentlichen Diskussionen, das Initiieren von Austauschplattformen oder auch die Unterstützung vorhandener Strukturen und Initiativen (Bloggerinnen und Blogger, lokale Plattformen) sein, statt der Produktion und Publikation von Gesundheitsinformationen.
- Wesentliche Teile der Kommunikation werden mit der Unterstützung handelnder Akteurinnen und Akteure (Bloggerinnen und Blogger) und sozialer Strukturen (Communitys) ausgeführt werden. Das Empowerment wichtiger Meinungsführerinnen und -führer sowie Initiativen, die die Förderung gesunder Lebensweisen unterstützen, wird eine wichtige Aufgabe der Zukunft sein.
- Die Bedeutung von Information als Impuls zur Verhaltensänderung erscheint relativiert. Ziel der Gesundheitskommunikation über Soziale Medien ist es, in dem „individuellen, digitalen Lebensstrom“ (Gelernter) der Menschen wenigstens sporadisch eine Rolle zu spielen und Interaktionen auszulösen (im Sinne von Interessensbekundung, Meinungsäußerung oder Anzeigen einer Haltung). Das Ziel ist damit weniger, einen Überzeugungsimpuls zu setzen, als durch dezente Teilnahme an Gesprächen kritische Reflexionen zu stimulieren.
- Die sich verändernde Medienwelt mit ihren neuen Kommunikationsmechanismen bringt neben technischen und strategischen Fragen auch ethische Fragestellungen mit sich. So kann die Ansprache in sozialen Netzwerken als Eindringen in die Privatsphäre verstanden werden. Umgekehrt können bei unbedachter Veröffentlichung von vermeintlich privaten Inhalten aus dem Arbeits- oder Privatleben (z. B. Fotos) leicht persönliche und institutionelle Grenzen verletzt werden. Ebenso sollte bei der Mitwirkung an Gemeinschaftsaktionen sorgfältig geprüft werden, wer mit welchen Interessen daran mitwirkt (z. B. Industrie). Hier müssen die Akteurinnen und Akteure eine klare Haltung entwickeln und diese in ihrer Kommunikation berücksichtigen.

Internetadressen:

- Medizin und Neue Medien – Der Brückenschlag zwischen Medizin, Neuen Medien und Informations- und Kommunikationstechnologien. Available from: https://medizin-und-neue-medien.de
- ScienceBlogs. Available from: https://scienceblogs.de/gesundheits-check
- gesundheit.de. Available from: https://www.gesundheit.de
- Onmeda+. Available from: https://www.onmeda.de
- Social-Media-Marketing: Ein umfassender Ratgeber. Available from: https://www.socialmedia-blog.de
- Games For Health Europe. Available from: https://www.gamesforhealtheurope.org
- SPARX. Available from: https://www.sparx.org.nz
- Hopelab. Available from: https://www.re-mission2.org

Literatur:

- Bundeszentrale Für Gesundheitliche (BZgA) A. Digitalisierung als Treiber von Wandel – Chancen und Barrieren moderner Gesundheitskommunikation und ihrer Organisationen. Vol. 22. Köln; 2018. (Gesundheitsförderung Konkret).
- European Commission. EU Task Force on eHealth: Redesigning health in Europe for 2020. [accessed 2019 Aug 8]. Available from: https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/eu-task-force-ehealth-redesigning-health-europe-2020
- Haring R, editor. Gesundheit digital: Perspektiven zur Digitalisierung im Gesundheitswesen. Berlin: Springer; 2019.

References

1. Döring N. Peer-to-Peer-Gesundheitskommunikation mittels Social Media. In: Hurrelmann K, Baumann E, editors. Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Huber; 2014. p. 286–305.
2. Grabs A, Bannour KP, Vogl E. Follow me!: Planung, Monitoring. Reputation Management, Kundenbeziehungen stärken und Empfehlungsmarketing nutzen, Social Commerce, Social Sharing. In: Online- und Mobile Marketing, Google+, Twitter, Facebook. 5 edn. Bonn: Rheinwerk Computing; 2018.
3. 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
4. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health literacy: The solid facts, The solid facts. WHO Regional Office for Europe, editor. Copenhagen; 2013.
5. Statistisches Bundesamt (DESTATIS), editor. Statistisches Jahrbuch 2018: Deutschland und Internationales. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2018.
6. Ludwigs S, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Potenziale von Web 2.0 und Social Media für die gesundheitliche Aufklärung. In: Web 2.0 und Social Media in der gesundheitlichen Aufklärung. Köln; 2011. p. 33–68. (Gesundheitsförderung Konkret).
7. European Commission. Digital Single Market. Policy. mhealth. [accessed 2019 Aug 8]. Available from: https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/mhealth
8. 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
9. Albrecht UV, editor. Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA). Medizinische Hochschule Hannover; 2016 [accessed 2019 Oct 1]. Available from: https://www.charismha.de
10. Nöcker G, Dadaczynski K. Digitale Gesundheitskommunikation im Spannungsfeld massen- und personalkommunikativer Ansprache: Foren-Webcare und spielerische Zugänge als neue strategische Instrumente. In: Pundt J, Scherenberg V, editors. Digitale Gesundheitskommunikation – Zwischen Meinungsbildung und Manipulation. Bremen: Apollon University Press; 2018. p. 155–82.
11. Dadaczynski K, Schiemann S, Paulus P, editors. Gesundheit spielend fördern: Potenziale und Herausforderungen von digitalen Spieleanwendungen für die Gesundheitsförderung und

Prävention. Weinheim: Beltz Juventa; 2016.
12. Fritz J. Wie Computerspieler ins Spiel kommen. Theorien und Modelle zur Nutzung und Wirkung virtueller Spielewelten. Berlin: Vistas; 2011. (Schriftenreihe Medienforschung der Landesanstalt für Medien NRW; 67).
13. Granic I, Lobel A, Engels RCME. The benefits of playing video games. Am. Psychol. 2014 Jan;69(1):66–78. DOI:10.1037/a0034857
14. Gabriel R, Röhrs HP. Social-Media-Anwendungen im Gesundheitsbereich. In: Social Media. Potenziale, Trends, Chancen und Risiken. Berlin, Heidelberg: Springer; 2017. p. 161–202. DOI:10.1007/978-3-662-53991-0_7
15. Ebersbach A, Glaser M, Heigl R. Social Web. 3 edn. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft GmbH; 2016. (UTB Medien- und Kommunikationswissenschaft, Soziologie, Pädagogik; 3065).
16. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
17. Quilling E, Tollmann P, Brähler-Dieling N, Trojan A, Süß W. Netzwerkarbeit – Vermitteln und Vernetzen als professionelle Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I125-3.0
18. 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
19. Quilling E, Kaczmarczyk D, Schäfer P, Trojan A, Süß W. Sozialraum- und Gemeindeorientierung in 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-I021-3.0
20. Bourdieu P. Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckel R, editor. Soziale Ungleichheiten. Soziale Welt: Göttingen: Otto Schwarz; 1983. p. 183–98. (Sonderheft 2).
21. Christakis NA, Fowler JA. Connected. Die Macht sozialer Netzwerke und warum Glück ansteckend ist. Frankfurt am Main: Fischer-Verlag; 2010.
22. 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
23. Belliger A, Krieger DJ, editors. Gesundheit 2.0: Das ePatienten-Handbuch. Bielefeld: Transcript Verlag; 2014.

Zitierhinweis: Ludwigs S, Nöcker G. Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i107-1.0

Copyright: © 2026 Stefan Ludwigs 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/

Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung

Eike Quilling[1]
Niklas Brähler-Dieling[2]
Maja Kuchler[3]
Alf Trojan[4]

[1] Fachbereich für Gesundheitswissenschaften, Professorin für Gesundheitspädagogik und -kommunikation, Hochschule Bochum, Bochum, Deutschland

[2] Department für Angewandte Gesundheitswissenschaften, Hochschule Bochum, Bochum, Deutschland

[3] Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Hochschule Bochum, University of Applied Sciences, Bochum, Deutschland

[4] Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

Abstract

Soziale Netzwerke sind − hier mit besonderem Fokus auf das Individuum − relativ dauerhafte, meist informelle Beziehungsstrukturen zwischen Individuen und Gruppen. Dazu zählen primäre (z. B. Familie), sekundäre (z. B. Selbsthilfegruppe) und tertiäre Netzwerke (z. B. professionelle Hilfssysteme). Sie helfen bei der Bewältigung von Krankheiten und fördern die Gesundheit auf individueller, lokaler und gesellschaftlicher Ebene. Epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass eine Einbindung in soziale Netzwerke (Soziale Unterstützung) mit einer geringeren Krankheitshäufigkeit und einer höheren Lebenserwartung einhergeht.

Keywords: Soziale Unterstützung, Krankheitsbewältigung, Familie, Soziale Bindungen

Einleitung

Aus historischer Perspektive liegen die wissenschaftlichen Wurzeln der Betrachtung von Netzwerken unter anderem bei Georg Simmel (1908). Ausgehend von dem Begriff der Sozialen Kreise ging er davon aus, dass Gruppen eine relevante Wirkung auf das Individuum besitzen, wobei nicht zu unterschätzen ist, dass das Individuum durch seine Wahl einer Gruppe auch eine Zugehörigkeit festschreibt [1]. Aufbauend auf verschiedenen Konzepten beschäftigten sich viele interdisziplinäre Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler (z. B. Moreno, Granovetter, Mitchell und White im der Zeit von 1936 bis 1981) mit dieser relationalen Perspektive und daraus folgend der Netzwerkanalyse. Im deutschsprachigen Raum entwickelte sich in den letzten zwei Jahrzehnten der Begriff der Netzwerkforschung, von dem die Netzwerkanalyse ein Teilgebiet ist [2].

Soziale Zusammenhänge, Beziehungen und Beziehungsstrukturen

Im Fokus der Netzwerke und ihrer Erforschung steht ein einfacher und zugleich auch komplexer Kern: Die Untersuchung sozialer Zusammenhänge und Beziehungen sowie Beziehungsstrukturen [2]. In der spezifischeren Klassifikation stehen den „natürlichen Netzwerken“, die sich zumeist zu Vereinen und Interessensgruppen formalisieren und organisieren können, die sogenannten „künstlichen Netzwerke“ entgegen. Natürliche Netzwerke entstehen aus den primären persönlichen Beziehungen der Menschen, strukturieren sich selbst und haben einen ungezwungenen Charakter. Sie sind eine zentrale gesundheitliche Ressource für Individuen. Künstliche Netzwerke zeichnen sich dagegen durch professionelle Ressourcen und Beziehungen aus, durch die bereichsspezifische Kooperationen entstehen [3].

Von besonderer Bedeutung ist an dieser Stelle die Abgrenzung zum „technologischen Begriff“ des sozialen Netzwerks, der häufig auf soziale Online-Netzwerke (social networks) bezogen ist [4], [5]; Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien [6].

Die Bedeutung der natürlichen sozialen Netzwerke für die Gesundheitsförderung liegt vor allem darin, dass sie je nach Bedarf Soziale Unterstützung [7] für Einzelne leisten und/oder aus ihnen soziale Aktionen entstehen können. Auf diese Weise sind (soziale) Netzwerke zudem für eine bessere

Bewältigung von Krankheiten bedeutsam [8] sowie für die Förderung von Gesundheit auf individueller Ebene und in lokalen Lebenszusammenhängen [9], [10], [11], Stress- und Stressbewältigung [12], Resilienz und Schutzfaktoren [13].

Natürliche Netzwerke - Soziale Ressourcen -			Künstliche Netzwerke - Professionelle Ressourcen -	
Primäre Netzwerke	Sekundäre Netzwerke - Private Akteure -		Tertiäre Netzwerke - Professionelle Ressourcen -	
nicht organisiert	gering organisiert	stark organisiert	gemeinnützig; Dritter Sektor	Märkte
affektive Primärbindungen	informelle kleine Netzwerke	formelle große Netzwerke	ressort- und raumbezogene Kooperation	marktbezogene Kooperation
z.B. Familie, Freundeskreis, Kollegen etc.	z.B. Nachbarschaftsnetze, Interessengruppen etc.	z.B. Vereine, Organisationen etc.	z.B. institutionelle Beziehungen in thematischen Handlungsfeldern	z.B. Produktionsnetzwerke, Händlerverbünde etc.

Abb. 1: Systematisierung von Netzwerken (Quelle: [3], S. 15)

Die sozialpolitische Bedeutung sozialer Netze als Schutz-, Bewältigungs-, Entlastungs- und Unterstützungssysteme hat seit Beginn der 1970er-Jahre zu einer zunehmenden Forschung über soziale Netzwerke geführt. Insbesondere in der Sozialpsychiatrie und in der Gemeindepsychologie sind persönliche Netzwerke untersucht worden. Hierbei geht man von den Beziehungen aus, die ein Not leidendes Individuum zu einzelnen Personen und Gruppen hat. Es wird nicht nur versucht, Schwächen des individuellen Netzwerkes zu identifizieren, sondern auch die Stärken und damit die möglichen Anknüpfungspunkte für die Hilfesuche des Individuums in seiner unmittelbaren Umgebung. Die Netzwerkförderung in diesem Kontext kann als eine wesentliche Erweiterung professioneller Hilfedisziplinen (im Sinne einer Netzwerkberatung) verstanden werden.

Die primäre, sekundäre und tertiäre Ebene sozialer Netzwerke

Folgende soziale Netzwerke sind auf primärer, sekundärer und tertiärer Ebene bedeutsam [3], [10], Vermitteln und Vernetzen [14] (Netzwerkarbeit – Vermitteln und Vernetzen als professionelle Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung):

- Primäre Netzwerke: Familie, Verwandte, Haushaltsangehörige und Freunde.
- Gering organisierte sekundäre Netzwerke: Vor allem selbstorganisierte soziale Gebilde im eigenen Lebensraum wie Bürgerinitiativen, Selbsthilfegruppen etc.
- Stark organisierte sekundäre Netzwerke: Organisierte Vereinigungen und Verbände wie Pro Familia, Diabetiker Bund, Multiple Sklerose Gesellschaft etc.
- Gemeinnützige tertiäre Netzwerke: Professionelle Hilfssysteme, d. h. Beratungsstellen, Gesundheitskioske, Arztpraxen, Sozialstationen, Krankenhäuser, Pflegeheime etc.

Epidemiologische Untersuchungen haben bestätigt, dass eine gelungene Einbindung in primäre und soziale Netzwerke mit geringerer Krankheitshäufigkeit und höherer Lebenserwartung einhergeht. Die häufig zitierte amerikanische Studie von Berkman und Syme [15] bei einer Zufallsauswahl von fast 7.000 Erwachsenen zeigte, dass Personen mit geringen sozialen Bindungen („social and communities“) in einem Neunjahres-Zeitraum nach der Erstuntersuchung ein zwei- bis dreimal so großes Sterberisiko hatten wie die Personengruppen mit den intensivsten sozialen Kontakten [15].

Bruns [10] hebt in ihrer Untersuchung zur „Gesundheitsförderung durch soziale Netzwerke“ hervor, dass Gesundheit im Zusammen- und Wechselspiel auf den benannten drei Ebenen entsteht und folglich die Förderung gesundheitsrelevanter Ressourcen eingebettet in das Setting und mit Blick auf die Qualität der Vernetzung kontextspezifisch erfolgen sollte.

In einem Sammelband von Klärner, Gamper, Keim-Klärner, Moor, Von Der Lippe & Vonneilich [11] werden anhand zweier Perspektiven (Lebenslauf und Ungleichheitsdimensionen) die Anwendungen des Netzwerkansatzes im Bereich der gesundheitlichen Ungleichheiten untersucht. In Anlehnung an Dahlgren und Whitehead (1991, Determinanten der Gesundheit [16]) ist ersichtlich, dass neben individuellen

Lebensfaktoren, den Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie den sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen die Perspektive auf soziale und kommunale Netzwerke für Menschen zunehmend bedeutsamer geworden ist.

Auf der professionellen (tertiären) Netzwerkebene haben sich seit der Ottawa Charta (1986) [17] (Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa) viele settingspezifische im Sinne selbstorganisierter Zusammenschlüsse gegründet, z. B. auf kommunaler oder regionaler Ebene [18], [19], [20]. Im Zentrum dieser Netzwerke zwischen Organisationen steht eine gemeinsame Betroffenheit (z. B. zunehmende psychische Erkrankungen) oder ein gemeinsames Ziel wie die strategische Entwicklung gesundheitsförderlicher Settings. Die Netzwerke können also durch internen Wandel der Settings bewegt oder Teil von innovativen sozialen Bewegungen sein. Besonders im Bereich der Gesundheitswissenschaften / Public Health [21] ist die Netzwerkförderung und die Netzwerkarbeit ein zumeist struktureller Ansatz von Gesundheitsförderung und Prävention. Diese Netzwerke werden im Leitbegriff Vermitteln und Vernetzen [14] (Netzwerkarbeit – Vermitteln und Vernetzen als professionelle Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung) beschrieben.

Netzwerkförderung

Als Netzwerkförderung wird die Gesamtheit aller Aktivitäten bezeichnet,

- die der Erhaltung, Befähigung und Weiterentwicklung bestehender sekundärer Netzwerke in Arbeits- und Lebenswelt,
- zudem der Anregung neuer sekundärer Netzwerke in Arbeits- und Lebenswelt oder
- der Entlastung und „Pflege“, Erweiterung, Aktivierung, Stärkung und Qualifizierung persönlicher Netzwerke (Familie, Nachbarschaft, Freunde etc.) dienen.

Die Definition zeigt, dass der Begriff der Netzwerkförderung so weit gefasst ist, dass er Selbsthilfeförderung [22] (Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung) einschließt. Es entstand im Anschluss an die epidemiologische Forschung in den 1990er sowie 2000er Jahren zur Sozialen Unterstützung [7] (Soziale Unterstützung) und sozialen Netzwerken und schließt konzeptionell und argumentativ an diese Forschung an.

Grundsätzlich werden in sozialpolitischen Kontexten einzelne Elemente der Netzwerkförderung unter spezifischeren Überschriften aufgegriffen: Unterstützung von Angehörigen [23], Selbsthilfeförderung im [24], Netzwerkarbeit (Wohlfahrt 2016) oder Gemeinwesenarbeit im Bereich der sozialen Arbeit [25].

Netzwerkförderung ist von besonderer sozialpolitischer Bedeutung für vulnerable Gruppenwie beispielsweise pflegebedürftige, alte und chronisch kranke Menschen. Das Sozialgesetzbuch XI verfolgt das Ziel, Pflegebedürftigen so lange wie möglich eine Pflege zu Hause zu ermöglichen. Dies ist nur möglich, wenn pflegende Angehörige ermutigt und in die Lage versetzt werden, diese Aufgabe zu erfüllen. In Nordrhein-Westfahlen beispielsweise werden Netzwerke dieser Art nach §45c Abs. 9 SGB XI gefördert [26].

Netzwerke gegen die soziale Isolation

Die zunehmende Bedeutung der systematischen bzw. gezielten Netzwerkförderung leitet sich aus gesellschaftlichen Herausforderungen und den demografischen Veränderungen ab. So zeigt sich, dass traditionelle Netzwerke wie die Familie wegen erhöhter beruflicher und sozialer Mobilität, der wachsenden Zahl von Ein-Personen-Haushalten und ähnlichen gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen der Individualisierung bzw. Pluralisierung von Lebenslagen und Lebensphasen [27] immer weniger traditionellen Aufgaben im Sinne sozialer Unterstützung nachkommen.

Der Bedarf an Maßnahmen zur Etablierung und Förderung von sozialen Netzwerken in den verschiedenen Settings wird durch die soziale Isolation der (zumeist alleinlebenden, weiblichen) Personen deutlich [28], [29]. Im Besonderen wurde dies, während der COVID-19-Pandemie 2020 bis 2022 verstärkt ersichtlich. Eine Maßnahme zur Förderung ebensolcher Netzwerke ist das Projekt Silbernetz, das über Telefon Seniorinnen und Senioren Kontakte vermittelt, um der Vereinsamung entgegenzuwirken.

In der Deklaration von Jakarta aus dem Jahr 1997 taucht erstmals die Feststellung auf, dass Gesundheitsförderung den Aufbau „sozialen Kapitals“ benötigt. Die WHO definiert dies folgendermaßen: „Soziales Kapital beschreibt den Grad des sozialen Zusammenhalts, der innerhalb von Gemeinschaften zu finden ist.“ [30]. Soziales Kapital [31] bezieht sich auf Prozesse zwischen Menschen, die Netzwerke,

Normen und soziales Vertrauen hervorbringen sowie Koordination und Zusammenarbeit erleichtern [32]. So beschreibt Hartung [33], dass die Förderung von Sozialkapital als Strategie von Gesundheitsförderung und Prävention unter Beachtung der Machteffekte und negativer Konsequenzen zur Stärkung der Gesundheit in den verschiedenen Bereichen (z. B. Pflege) lohnend sein kann. Die enge Verwandtschaft mit dem sozialepidemiologischen Konzept „soziales Netzwerk“ begründet sich wie folgt: Der Grad des sozialen Zusammenhalts in Gemeinschaften basiert auf den Aushandlungsprozessen und Beziehungen zwischen den Menschen in sozialen Netzwerken [34], [35]. Ohne soziale Netzwerke kein soziales Kapital.

Soziales Kapital kann erst durch die Bildung sozialer Netzwerke sowie deren Aushandlungsprozesse in den Beziehungen entstehen und rückwirkend vom Individuum zur Verwirklichung seiner eigenen Ziele genutzt werden.

Fazit

Es zeigt sich, dass es zur Erhöhung des Sozialen Kapitals des Individuums einer systematischen Förderung der primären und sekundären Netzwerke bedarf, die zu großen Teilen nur durch die Stärkung etablierter Netzwerkstrukturen und die strukturelle Förderung neuer Netzwerke als Strategie der Gesundheitsförderung gelingen kann.

Wir bedanken uns bei dem Kollegen Alf Trojan für seine wissenschaftliche Vorarbeit und die Erstversion des Leitbegriffs, an die wir dankenswerterweise anknüpfen durften.

Weiterführende Quellen:

- Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
- Wohlfart U. Netzwerkarbeit erfolgreich gestalten: Orientierungsrahmen und Impulse. Bielefeld: Bertelsmann; 2006.

Internetadressen:

- socialnet. Das Netz für die Sozalwirtschaft. Methodenkoffer. Available from: https://www.sozialraum.de/methodenkoffer
- socialnet. Das Netz für die Sozalwirtschaft. Available from: https://www.sozialraum.de
- wir pflegen! Interessenvertretung und Selbsthilfe pflegender Angehöriger e.V. Available from: https://www.wir-pflegen.net
- Empowerment − Potentiale nutzen. Available from: https://www.empowerment.de

References

1. Schnegg M. Die Wurzeln der Netzwerkforschung. In: Stegbauer C, Häußling H, editors. Handbuch Netzwerkforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2010. (Springer Reference Sozialwissenschaften).
2. Stegbauer C, Häußling H, editors. Handbuch Netzwerkforschung. 1 edn. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2010. (Springer Reference Sozialwissenschaften).
3. Quilling E, Nicolini HJ, Graf C, Starke D. Praxiswissen Netzwerkarbeit. Gemeinnützige Netzwerke erfolgreich gestalten. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2013.
4. Häusler S. Soziale Netzwerke im Internet. Entwicklung, Formen und Potenziale zu kommerzieller Nutzung. Saarbrücken: VDM; 2007.
5. Schmidt JH, Taddicken M, editors. Handbuch Soziale Medien. 1 edn. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2017. (Springer Reference Sozialwissenschaften).
6. Ludwigs S, Nöcker G. Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i107-2.0
7. Vonneilich N, Franzkowiak P. Soziale Unterstützung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu

Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i110-3.0
8. Badura B. Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1999.
9. Geene R, Graubner S, Papies-Winkler I, Stender KP, editors. Netzwerke und Soziale Arbeit: Theorien, Methoden, Anwendungen. Berlin: b_books; 2002. (Materialien zur Gesundheitsförderung; 9).
10. Bruns W. Gesundheitsförderung durch soziale Netzwerke – Möglichkeiten und Restriktionen. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2013.
11. Klärner A, Gamper M, Keim-Klärner S, Moor I, von der Lippe H, Vonneilich N, editors. Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten: Eine neue Perspektive für die Forschung. 1 edn. Wiesbaden: Springer VS; 2019.
12. Ernst G, Franke A, Franzkowiak P. Stress und Stressbewältigung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i118-2.0
13. Rönnau-Böse M, Fröhlich-Gildhoff K, Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i101-2.0
14. Quilling E, Tollmann P, Brähler-Dieling N, Trojan A, Süß W. Netzwerkarbeit – Vermitteln und Vernetzen als professionelle Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i125-3.0
15. Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality – a nine-year follop-up study of Alameda County residents. Am J Epidemiol. 2017;185(11):1070–88. DOI:10.1093/aje/kwx103
16. 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
17. 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
18. Dadaczynski K, Baumgarten K, Hartmann T. Settingbasierte Gesundheitsförderung und Prävention − Kritische Würdigung und Herausforderungen an die Weiterentwicklung eines prominenten Ansatzes. Präv Gesundheitsf. 2016;11:214–21.
19. Hartmann T. Prävention und Gesundheitsförderung in Hochschulen. In: Tiemann M, Mohokum M, editors. Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin: Springer Fachmedien; 2021. p. 635–48.
20. Die Nationale Präventionskonferenz (Träger der NPK). Zweiter Präventionsbericht nach §20d Abs. 4 SGB V. 2023 [accessed 2024 Feb 21]. Available from: https://www.npk-info.de/praeventionsstrategie/praeventionsbericht/zweiter-praeventionsbericht-der-npk
21. 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
22. 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
23. Robert Koch Institut (RKI), editor. Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. GBE Kompakt. 2015 [accessed 2024 Jan 29];6(3):1–11. Available from: https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3137/3.pdf?sequence=1.
24. Trojan A, Bellwinkel M, Bobzien M, Kofahl C, Nickel S, editors. Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. Wie sich selbsthilfebezogene Patientenorientierung systematisch entwickeln und verankern lässt. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW; 2012.
25. Fischer J. Netzwerke und Soziale Arbeit: Theorien, Methoden, Anwendungen. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2013.
26. vdek Die Ersatzkassen. Netzwerkförderung nach §45c Abs. 9 SGB XI gefördert. 2024 [accessed 2024 Feb 21]. Available from: https://www.vdek.com/LVen/NRW/Service/Pflegeversicherung/netzwerkfoerderung.html

27. 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
28. Lippke S, Keller F, Derksen C. Einsam(er) seit der Coronapandemie: Wer ist besonders betroffen? Psychologische Befunde aus Deutschland. Präv Gesundheitsf. 2021;17:84–95. DOI:10.1007/s11553-021-00837-w
29. Buecker S, Horstmann KT. Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic. A systematic review enriched with empirical evidence from a large-scale diary study. Eur Psychol. 2021 Oct;26(4):272–84. DOI:10.1027/1016-9040/a000453
30. World Health Organization (WHO). Health Promotion Glossary of Terms 2021. 2021 [accessed 2024 Apr 2]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349
31. V. D. Knesebeck O. Soziales Kapital. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i111-2.0
32. Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promot Int. 1998;13(4):345–64.
33. Hartung S. Sozialkapital und Gesundheit. In: Haring R, editor. Gesundheitswissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer Reference; 2022. p. 181–92. (Pflege – Therapie – Gesundheit; 9).
34. Putnam RD. Niedergang sozialen Kapitals – Warum kleine Netzwerke wichtig sind für Staat, Wirtschaft und Gesellschaft. In: Dettling W, Thiemann B, editors. Denken, Handeln, Gestalten. Frankfurt am Main: POD-Print; 2000.
35. Weyer J. Soziale Netzwerke: Konzepte und Methoden der sozialwissenschaftlichen Netzwerkforschung. München: utb; 2014.

Korrespondenz: Prof.in Dr.in Eike Quilling, Hochschule Bochum, Fachbereich für Gesundheitswissenschaften, Professorin für Gesundheitspädagogik und -kommunikation, Gesundheitscampus 6–8, 44801 Bochum, Deutschland, E-mail: eike.quilling@hs-bochum.de

Zitierhinweis: Quilling E, Brähler-Dieling N, Kuchler M, Trojan A. Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i108-1.0

Copyright: © 2026 Eike Quilling 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/

Soziale Ungleichheit und Gesundheit / Krankheit

Siegfried Geyer[1]
[1] Medizinische Soziologie, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

Abstract

Soziale Ungleichheiten bei Gesundheit und Krankheit sind ein universelles Phänomen. Sie treten in Abhängigkeit von verschiedenen Merkmalen sozialer Differenzierung auf und variieren über die Zeit. Der Beitrag erläutert Ungleichheiten bei den häufigsten verhaltensassoziierten Erkrankungen, ihre langzeitliche Entwicklung, die Bedeutung sozialer Mobilität und frühkindlicher Einflüsse auf Erkrankungsrisiken im mittleren und höheren Erwachsenenalter.

Keywords: Gesundheitliche Ungleichheit, Einkommen, Berufsposition, Bildung, Soziale Mobilität

Einleitung

Soziale Ungleichheiten beim Auftreten von Erkrankungen sind auch in Ländern mit hohem Durchschnittseinkommen fest etabliert und durch eine große Zahl von Studien belegt [1], [2], [3]. Personen mit niedrigem Einkommen und niedriger Bildung sowie mit Berufen, die mit geringen Entscheidungsspielräumen und wenig Verantwortung ausgestattet sind, weisen im Vergleich die höchsten Krankheits- und Sterblichkeitsrisiken auf [2].

Einschränkend muss darauf hingewiesen werden, dass dies ein eurozentrischer Blick ist und dass sich die Struktur gesundheitlicher Ungleichheiten in Ländern mit mittleren und unteren Einkommensniveaus in Abhängigkeit von den verwendeten Indikatoren sozialer Differenzierung auch anders darstellen kann [4].

In einer gewissen Vereinfachung können die vorliegenden Studienergebnisse zu gesundheitlichen Ungleichheiten für wohlhabende Länder (wie beispielsweise Deutschland) folgendermaßen zusammengefasst werden:

- Gesundheitliche Ungleichheiten manifestieren sich bei fast allen körperlichen und psychischen Erkrankungen, die durch Verhalten beeinflusst werden können. Dazu gehören insbesondere die häufigsten Volkskrankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, Magen- und Lungenkrebs, chronische Lungenerkrankungen, Depressionen und Angststörungen und die Mundgesundheit.
- Gesundheitliche Ungleichheiten treten über die gesamte Lebensspanne der Menschen hinweg auf. Allerdings verändern sich die Erkrankungen, anhand derer sie sich manifesteren, während des Lebensverlaufs.
- Gesundheitliche Ungleichheiten wurden für alle Länder berichtet, für die Daten vorliegen.
- Gesundheitliche Ungleichheiten variieren über die kalendarische Zeit und verstärken sich unter den Bedingungen beschleunigten sozialen Wandels, während Krisen- und Umbruchzeiten.

Die Abbildung sozialer Differenzierung

Gesundheitliche Ungleichheiten werden vorwiegend an großen Gruppen oder anhand ganzer Bevölkerungen untersucht. Üblicherweise werden dazu auf der Mikroebene mit Bildung, beruflicher Position, Einkommen und (seltener) Vermögen nur wenige zentrale Indikatoren verwendet. Sie weisen schwache bis mittelstarke Korrelationen auf [5] und sind nicht austauschbar [6], [7], denn sie stehen für unterschiedliche Aspekte sozialer Differenzierung und können sich daher in ihren kombinierten Effekten addieren. Die Wahl dieser Indikatoren ist sinnvoll in Hinblick auf ihre Verwendung in großen Bevölkerungsstudien, folgt aber auch pragmatischen Überlegungen, denn sie können relativ einfach erhoben werden. Daneben können auf der Individualebene auch andere Indikatoren verwendet werden, etwa Armut, soziale Deprivation oder die Verfügbarkeit über materielle Güter.

Bei der Betrachtung über die Indikatoren hinweg stellt sich die Frage, ob es für alle einen gemeinsamen Nenner gibt. Wie noch zu zeigen sein wird, ist dies der Aspekt der Kontrolle als zentralem Element von psychologischen und soziologischen Stresskonzepten (Geyer, 2020).

- **Bildung** steht für erworbene Ressourcen, die es ermöglichen, durch die Anwendung von Wissen, Fähigkeiten und Handlungsstrategien Kontrolle über das eigene Leben ausüben zu können. Mit dem Grad an Wissen und Bildung steigen die Möglichkeiten, für anstehende Probleme flexibel Mittel und Lösungswege zu wählen und zum aktiven Handeln zu kommen. In Studien hat sich gezeigt, dass die Übernahme neuen Wissens in besser gebildeten sozialen Gruppen rascher erfolgt und dass sie schneller und in höherem Maß Innovationen übernehmen (Rogers, 2003). Gleichzeitig steigen mit Wissen und Bildung die Leistungsmotivation, das Vertrauen in eigene Fähigkeiten und der Optimismus. In der Psychologie wird dies unter dem Begriff der Selbstwirksamkeit [8] gefasst [9] (Empowerment/Befähigung). Gleichzeitig steigt mit abnehmender schulischer und beruflicher Qualifikation das Risiko von Arbeitslosigkeit [10], [11], Rogers, 2003).
- **Berufliche Position** ist eine zusammenfassende Variable für gesundheitsrelevante Aspekte beruflicher Aktivität. Sie unterscheiden sich nach Berufsgruppen und nach der Position in der beruflichen Hierarchie. Damit verbunden sind wiederum Unterschiede in der beruflichen Autonomie und dem Maß möglicher Entscheidungsspielräume sowie der Verfügbarkeit externer Supervision, wobei das Erkrankungsrisiko mit sinkender Autonomie zunimmt (Park & Searcy, 2012; Siegrist & Wahrendorf, 2016). Soziologisch relevant ist die berufliche Position auch für die Zusammensetzung und die Größe sozialer Netzwerke. Mit ansteigender beruflicher Position nimmt die Heterogenität von Netzwerken zu. Ihre Mitglieder haben sehr unterschiedliche Qualifikationen und Zugänge zu weiteren Ressourcen, wodurch die Möglichkeiten zunehmen, vom Wissen und den Fähigkeiten anderer Personen zu profitieren. Dies wiederum verbessert die Chancen, eigene Ziele zu erreichen [10], [11].
- **Einkommen** bestimmt auch die Voraussetzungen für gesundheitserhaltende Lebensweisen. Darüber hinaus eröffnet es Chancen zur Nutzung materieller Ressourcen zur Bewältigung belastender Ereignisse. Studien zeigen, dass Einkommensungleichheiten mit gesundheitlichen Unterschieden einhergehen können. Dies bezieht sich sowohl auf die subjektiv eingeschätzte Gesundheit als auch auf manifeste Erkrankungen, z. B. Depression oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Unterschiede des Einkommens können auch Folgen für die subjektive Einschätzung der eigenen Bedeutung und des sozialen Ansehens haben. Statistisch wird meist das Familieneinkommen zugrunde gelegt, seltener das Individualeinkommen. [10], [11].
- **Vermögen** wird eher selten als Indikator sozialer Differenzierung verwendet, weil es nicht zuverlässig zu erheben ist und es sehr unterschiedliche Arten von Vermögen gibt (z. B. Hauseigentum, Versicherungen, Geldvermögen oder Kapitalanlagen). Unterschiedliche Arten von Vermögen nehmen mit dem Alter zu. Wenn sich das Einkommen nach der Berentung reduziert, können Vermögen ausgleichend wirken, um einen erreichten Lebensstandard zu halten. Die empirischen Zusammenhänge zwischen Vermögen und Gesundheit/Krankheit sind hoch. Deshalb sollte es, wenn möglich, in Surveys erfasst werden.
- **Indexmaße** werden in Studien als Kombination der Einzelindikatoren verwendet. Bei der Indexbildung können die Indikatoren entweder einfach oder unter Verwendung von Gewichtungsfaktoren addiert und Sozialschichtindizes gebildet werden [12]. Als Nachteil derartiger Ansätze kann bei ermittelten Effekten nicht deutlich werden, auf welchen Indikator sie zurückzuführen sind [13]. Sinnvoller erscheint es daher, Indikatoren einzeln oder im Rahmen multivariater Analysen zu verwenden, was es einfacher macht, präventive Maßnahmen zu planen [14].

Größenordnung gesundheitlicher Ungleichheiten

Die Erkrankungsraten der untersten sozialen Positionen im Vergleich zu den höchsten können bis um das Zwei- bis Vierfache erhöht sein. Unterschiede gibt es in Abhängigkeit von den betrachteten Erkrankungen und in Abhängigkeit vom Alter. Sie zeigen sich nicht über die gesamte Lebensspanne hinweg bei den gleichen Erkrankungen, sondern wechseln mit der Lebensphase und dem Alter. Im Kindesalter gibt es vergleichsweise mehr Unfälle oder Infektionskrankheiten, im Jugendalter erreichen sie ein Minimum, während im mittleren und höheren Lebensalter z. B. Herz- Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Krebskrankheiten vorherrschen.

Ungleichheiten sind in den Altersgruppen zwischen dem 40. und dem 55. Lebensjahr am stärksten ausgeprägt und nehmen mit zunehmendem Alter ab, weil ein Teil von ihnen zwischenzeitlich verstirbt. In einzelnen Studien wurden für die Altersgruppen jenseits des 65. Lebensjahrs keine sozialen Unterschiede berichtet [15], [16].

Spezifische Erkrankungen

Von wenigen Ausnahmen abgesehen, nehmen gesundheitliche Ungleichheiten mit abnehmender

sozialer Position zu. Die geringsten Risiken bestehen bei Menschen mit dem höchsten Bildungsniveau, dem höchsten Einkommen und den höchsten beruflichen Positionen. Es gibt also einen sozialen Gradienten, der sich auf jeder Stufe sozialer Differenzierung als Anstieg oder Abnahme von Erkrankungsrisiken manifestiert. Entscheidend für das Auftreten sozialer Gradienten sind Abhängigkeiten von gesundheitsrelevanten Verhaltensmustern, Arbeitsbedingungen, politischen Rahmenbedingungen, aber auch von strukturellen Merkmalen, wie z. B. sozialem Wandel, ökonomischen Krisen oder von Systemen der sozialen Sicherung.

Diabetes Typ 2 hat einen starken Verhaltensbezug, insbesondere im Hinblick auf Ernährung und Bewegung. Beim Auftreten gibt es einen starken sozialen Gradienten [17]. Es kann eine direkte Linie von gesundheitsrelevanten Lebensweisen zu Übergewicht/Adipositas und zu Diabetes Typ 2 gezogen werden. Diabetes Typ 2 geht einher mit erhöhten Risiken für Sekundärerkrankungen, z. B. für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und erkrankungsassoziierte Beschwerden.

Wenn in diesem Zusammenhang die Indikatoren sozialer Differenzierung betrachtet werden, zeigt sich der im Vergleich stärkste Effekt für Bildung [17]. Als weiteres Differenzierungsmerkmal haben sich Berufsgruppen erwiesen, sodass bei Diabetes Typ 2 soziale Unterschiede nach Bildungsstufen und Berufsgruppen auftraten [18]. Hinzu kommt, dass die Erkrankung immer früher im Lebensverlauf ausbricht [19]. Mit steigender Erkrankungsdauer ist mit höheren Risiken von Folgeerkrankungen [20], [21], [22] und einer kürzeren Lebenserwartung, also mit erhöhter Mortalität zu rechnen [19], die dann wiederum soziale Unterschiede aufweist.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind wesentlich mit chronischen Belastungen und Anforderungen assoziiert, insbesondere im Beruf [3]. Auch hier wurden erhebliche soziale Gradienten berichtet. Daneben finden sich als Einflussfaktoren soziale Gradienten bei Ernährung, Bewegung, Nikotinkonsum und weitere gesundheitsrelevante Lebensweisen [23], [24].

Insbesondere bei der Berufstätigkeit sind es berufsspezifische Schadstoffexpositionen und im Dienstleistungssektor die externe Kontrolle über Tätigkeiten und rigide externe Supervision. In der neueren Literatur wird insbesondere auf die gesundheitsschädlichen Effekte langen Sitzens am Arbeitsplatz hingewiesen (Owen et al., 2020).

Chronische Lungenerkrankungen und Lungenkrebs weisen sozial differenzierte Muster auf [25], [26], die insbesondere über tätigkeitsspezifische Schadstoffexpositionen und besonders durch das Rauchen zustande kommen können. Zunehmende soziale Unterschiede bei Lungenkrebs können dadurch erklärt werden, dass vermehrtes Rauchen zunächst in den höheren sozialen Schichten begonnen und sich mit Zeitverzug in untere soziale Schichten ausgebreitet hat [27]. Rauchverzicht setzt zugleich früher in höheren sozialen Schichten ein, was zu einer Vergrößerung sozialer Gradienten führen kann, die sich im Zeitverlauf dann verringern können.

Adipositas erlebt seit längerem in allen Altersgruppen und sowohl bei Frauen als auch bei Männern erhebliche Zunahmen. Wenn nach Schulbildung differenziert wird, nehmen die Prävalenzen vor dem Hintergrund bestehender sozialer Unterschiede nach Bildung in allen Gruppen über die Zeit zu. In der Beobachtungsperiode zwischen 2002/2004 bis 2018 stiegen die Prävalenzen von Adipositas bei Männern und Frauen im Alter von 40 bis 59 Jahren konstant, in manchen Altersgruppen waren sie zum Ende der Beobachtungsperiode doppelt so hoch wie zu Beginn. Bestehende soziale Unterschiede reproduzierten sich damit auf höherem Niveau; fast durchweg gab es eine Zunahme sozialer Gradienten.

Langzeitlich ist mit einer Zunahme von Diabetes Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Gelenksbeschwerden und anderen Erkrankungen zu rechnen, die zugleich soziale Ungleichverteilungen aufweisen [28].

Soziale Mobilität

Soziale Mobilität bezeichnet soziale Auf- oder Abstiege von Positionen oder Bildungsniveaus innerhalb einer Generation (intragenerationale Mobilität) oder zwischen den Generationen (intergenerationale Mobilität).

Lange Zeit gab es keine Literatur zu der Frage, ob soziale Mobilität mit Veränderungen von Erkrankungsrisiken verbunden ist. Erst in den letzten Jahren wurden aussagekräftige Studien publiziert. Zusammengenommen zeigt sich, dass soziale Mobilität auch mit entsprechenden Veränderungen der Gesundheit und des gesundheitsbezogenen Verhaltens einhergeht [29]. Dies bedeutet, dass soziale Auf-

und Abstiege dazu führen, dass die Gesundheit sozial mobiler Individuen sich an die Gesundheit der Ankunftsgruppe annähert, was durch die Übernahme gesundheitsrelevanter Verhaltens- und Lebensweisen erklärbar ist. Aus dieser Perspektive ist Aufwärtsmobilität durchweg positiv zu bewerten.

Aus den Arbeiten von Bourdieu [30] können Hypothesen zu den gesundheitlichen Kosten sozialer Mobilität abgeleitet werden, zu denen in der neueren Literatur auch Befunde veröffentlicht wurden. So zeigt sich, dass intergenerational aufwärtsmobile Personen niedrigere Depressionsrisiken aufweisen als Personen, die intergenerational in unteren sozialen Schichten verbleiben. Aufwärtsmobile weisen die gleichen Depressionsrisiken auf wie Personen, die intergenerational in der gleichen Schicht verbleiben.

Als „individuelle Kosten“ des Aufstiegs haben intergenerational Aufwärtsmobile zwar eine bessere psychische Gesundheit, zugleich aber haben sie höhere Risiken für körperliche Erkrankungen (z. B. Herz-Kreislaufkrankheiten) als Personen, die intergenerational in höheren sozialen Schichten verbleiben [31]. Ausgehend von Bourdieu kann angenommen werden, dass Aufwärtsmobile Verhaltens- und Einstellungsmuster oder Mentalitäten der sozialen Ankunftsschicht erst erlernen müssen, was mit teilweise belastenden Anpassungsprozessen und sozialer Abwertung einhergehen kann. Als nachteilig erweisen sich soziale Abstiegsprozesse innerhalb einer Generation, denn sie können bei den Betroffenen mit Verschlechterungen der Gesundheit einhergehen [32].

Neben den beschriebenen Auswirkungen sozialer Mobilität auf Gesundheit können auch Erkrankungen zu sozialer Abwärtsmobilität führen. In der Literatur wird dies unter dem Begriff der „Drifthypothese" gefasst. Dies bedeutet, dass Individuen durch eine Erkrankung ihren Arbeitsplatz verlieren können, dass sich ihre Aufstiegschancen verschlechtern, oder dass sie nach einer Erkrankung keine Berufstätigkeit mehr aufnehmen können. Am häufigsten finden soziale Abstiege in der Folge psychischer Erkrankungen und Beeinträchtigungen statt [33], [34], die relativ früh im Lebensverlauf auftreten. Bei körperlichen Krankheiten führt der Weg vor dem Hintergrund einer erreichten beruflichen Position eher zurück in den Beruf oder in die Berentung.

Die Bedeutung von Umgebungseinflüssen in der frühen Kindheit

Seit den 1990-er Jahren wurden zunehmend Studien durchgeführt, mit denen die Ursachen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten im Erwachsenenalter in Abhängigkeit von Einflüssen der frühen Kindheit untersucht wurden [35], [36]. Diese Lebenslaufepidemiologie genannte Forschungsrichtung ermöglicht einen integrierenden Blick auf die Interaktion zwischen Umwelt, Psyche, Vererbung und Erkrankungsrisiken.

Es hat sich gezeigt, dass Erfahrungen von Deprivation, Armut und Vernachlässigung insbesondere in den ersten Lebensmonaten zu dauerhaften Verhaltensprägungen führen können. Sie sind in der Folgezeit teilweise sehr schwer zu verändern, weil es sich dabei nicht um Lernprozesse handelt, sondern um dauerhaft etablierte Muster, die in sogenannten sensiblen Phasen der Hirnentwicklung festgelegt werden. Kinder, die in solchen Phasen traumatischen, belastenden oder deprivierenden Einflüssen ausgesetzt sind, können in der Folge z. B. Schwierigkeiten haben, sich zu konzentrieren, sie können vermehrt Defizite des Gedächtnisses und Schwierigkeiten haben, zu planen und Handlungen strukturiert zu Ende zu führen [37], [38]. Umgekehrt fördert eine anregungsreiche, stressarme und als sicher wahrgenommene Umgebung Fähigkeiten, die später in Schule und Beruf eher zu Erfolgen führen.

Abschließende Anmerkungen

Mit der Fokussierung auf Zusammenhänge zwischen sozialer Differenzierung und Erkrankungen vor deren Auftreten war die Beschränkung verbunden, weitere Merkmale unberücksichtigt zu lassen, die mit gesundheitlichen Ungleichheiten einhergehen, weil sie eine getrennte und eingehende Behandlung erfordern. Dazu gehören z. B. Ungleichheiten nach Geschlecht [39], [40], [41] oder Migrationsstatus. Ausgespart blieben auch Ungleichheiten in der Versorgung [42], da für diese Thematik Elemente der Sozialpolitik und der gesundheitlichen Versorgung betrachtet werden müssen. Dies beinhaltet z. B. Unterschiede zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung sowie Barrieren des Zugangs zur Versorgung und Über- und Unterversorgung sowie Fragen der Behandlungsqualität.

Literatur:

- Geyer S, Tetzlaff J, Eberhard S, Sperlich S, Epping J. Health inequalities in terms of myocardial infarction and all-cause mortality: a study with German claims data covering 2006 to 2015. Int J Public Health. 2019 Apr;64(3):387–97. DOI:10.1007/s00038-019-01224-1

References

1. Bartley M. Health Inequality: An introduction to concepts, theories and methods. Cambridge, UK Malden, USA: Polity; 2017.
2. Geyer S. Soziale Ungleichverteilungen von Gesundheit und Krankheit und ihre Erklärungen. In: Jungbauer-Gans M, Kriwy P, editors. Handbuch Gesundheitssoziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2020. p. 169–91.
3. Siegrist J. Gesundheit für alle? Die Herausforderung sozialer Ungleichheit. wbg Academic; 2021.
4. Sidahmed S, Geyer S, Beller J. Socioeconomic inequalities in diabetes prevalence: the case of Egypt between 2008 and 2015. BMC Public Health. 2023 Aug 30;23(1):1669. DOI:10.1186/s12889-023-16606-7
5. Lahelma E, Laaksonen M, Martikainen P, Rahkonen O. Die Mehrdimensionalität der sozioökonomischen Lage. Konsequenzen für die Analysen gesundheitlicher Ungleichheit. In: Bauer U, Bittlingmayer UH, Richter M, editors. Health Inequalities. Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2008. p. 143–66.
6. Geyer S, Hemström O, Peter R, Vågerö D. Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. J Epidemiol Community Health. 2006 Sep;60(9):804–10. DOI:10.1136/jech.2005.041319
7. Sperlich S, Beller J, Epping J, Geyer S, Tetzlaff J. Trends of healthy and unhealthy working life expectancy in Germany between 2001 and 2020 at ages 50 and 60: a question of educational level? J Epidemiol Community Health. 2023 Jul;77(7):430–9. DOI:10.1136/jech-2023-220345
8. Bandura A. Self-efficacy. The exercise of control. W. H. Freeman & Company; 1997.
9. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I10-3.0
10. Braveman P, Egerter S, Williams DR. The social determinants of health: coming of age. Annu Rev Public Health. 2011;32(1):381–98. DOI:10.1146/annurev-publhealth-031210-101218
11. Braveman PA, Cubbin C, Egerter S, Chideya S, Marchi KS, Metzler M, Posner S. Socioeconomic status in health research: one size does not fit all. JAMA. 2005 Dec 14;294(22):2879–88. DOI:10.1001/jama.294.22.2879
12. Winkler J, Stolzenberg H. Der Sozialschichtindex im Bundesgesundheitssurvey. Gesundheitswesen. 1999;61:S178–83.
13. Lenski G. Status crystallization: A non-vertical dimension of social status. Am Sociol Rev. 1954;19:405–13. Available from: https://www.jstor.org/stable/2087459
14. Geyer S. Einzelindikator oder Index? Maße sozialer Differenzierung im Vergleich. Gesundheitswesen. 2008 May;70(5):281–8. DOI:10.1055/s-2008-1078722
15. Beller J, Regidor E, Lostao L, Miething A, Kröger C, Safieddine B, Tetzlaff F, Sperlich S, Geyer S. Decline of depressive symptoms in Europe: differential trends across the lifespan. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2021 Jul;56(7):1249–62. DOI:10.1007/s00127-020-01979-6
16. Wahrendorf SM, Chandola T, Descatha A, editors. Handbook of life course occupational health. Cham: Springer; 2023. (Handbook series in occupational health sciences).
17. Safieddine B, Sperlich S, Beller J, Lange K, Epping J, Tetzlaff J, Tetzlaff F, Geyer S. Socioeconomic inequalities in type 2 diabetes in employed individuals, nonworking spouses and pensioners. SSM Popul Health. 2020 Aug;11(100596):100596. DOI:10.1016/j.ssmph.2020.100596
18. Safieddine B, Grasshoff J, Sperlich S, Epping J, Geyer S, Beller J. Type 2 diabetes severity in the workforce: An occupational sector analysis using German claims data. PLoS One. 2024 Sep 27;19(9):e0309725. DOI:10.1371/journal.pone.0309725
19. Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Diabetes-Hilfe (diabetesDE), editors. Deutscher Gesundheitsbericht. Diabetes 2021: Die Bestandsaufnahme. 2020 [accessed 2025 Mar 13]. Available from: https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/user_upload/06_Gesundheitspolitik/03_Veroeffentlichungen/05_Gesundheitsbericht/20201107_Gesundheitsbericht2021.pdf
20. Epping J, Safieddine B, Geyer S, Tetzlaff J. Sind Prävalenzen in Survey- und Routinedaten vergleichbar? Herzinfarktprävalenzen in Krankenkassendaten der AOK Niedersachsen und in Daten der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Gesundheitswesen. 2023 Mar;85(S 02):S111–8. DOI:10.1055/a-1649-7575
21. Safieddine B, Trachte F, Sperlich S, Epping J, Lange K, Geyer S. Trends of antidiabetic and

cardiovascular diseases medication prescriptions in type 2 diabetes between 2005 and 2017-A German longitudinal study based on claims data. Int J Environ Res Public Health. 2023 Mar 3;20(5):4491. DOI:10.3390/ijerph20054491

22. Sperlich S, Beller J, Epping J, Safieddine B, Tetzlaff J, Geyer S. Are disability rates among people with diabetes increasing in Germany? A decomposition analysis of temporal change between 2004 and 2015. J Aging Health. 2021 Mar;33(3–4):205–16. DOI:10.1177/0898264320970324
23. Lampert T, von der Lippe E, Müters S. Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt. 2013 May;56(5–6):802–8. DOI:10.1007/s00103-013-1698-1
24. Muff C, Weyers S. Sozialer Status und Ernährungsqualität: Evidenz, Ursachen und Interventionen. Ernährungs Umschau. 2010 [accessed 2025 Mar 13];57(2):84–9. Available from: https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2010/02_10/EU02_2010_084_089.qxd.pdf
25. Geyer S, Tetzlaff J, Sperlich S, Safieddine B, Epping J, Eberhard S, Stahmeyer J, Beller J. Decreasing COPD-related incidences and hospital admissions in a German health insurance population. Sci Rep. 2023 Dec 2;13(1):21293. DOI:10.1038/s41598-023-48554-y
26. Kuntz B, Kroll LE, Hoebel J, Schumann M, Zeiher J, Starker A, Lampert T. Zeitliche Entwicklung berufsgruppenspezifischer Unterschiede im Rauchverhalten von erwerbstätigen Männern und Frauen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt. 2018 Sep 13;61(11):1388–98. DOI:10.1007/s00103-018-2818-8
27. Geyer S, Eberhard S. Später krank und länger gesund? die Morbiditätskompression und ihre Alternativen. Bern: Hogrefe; 2021.
28. Sperlich S, Beller J, Safieddine B, Tetzlaff J, Geyer S. Widening educational inequalities in physical health due to the obesity trend?-A mediation analysis using the German Socio-Economic Panel study. Int J Public Health. 2024 Apr 29;69:1606932. DOI:10.3389/ijph.2024.1606932
29. Missinne S, Daenekindt S, Bracke P. The social gradient in preventive healthcare use: what can we learn from socially mobile individuals? Sociol Health Illn. 2015 Jul;37(6):823–38. DOI:10.1111/1467-9566.12225
30. Bourdieu P. Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. 1982.
31. Chen E, Brody GH, Miller GE. What are the health consequences of upward mobility? Annu Rev Psychol. 2022 Jan 4;73(1):599–628. DOI:10.1146/annurev-psych-033020-122814
32. Campos-Matos I, Kawachi I. Social mobility and health in European countries: Does welfare regime type matter? Soc Sci Med. 2015 Oct;142:241–8. DOI:10.1016/j.socscimed.2015.08.035
33. Lund C, Cois A. Simultaneous social causation and social drift: Longitudinal analysis of depression and poverty in South Africa. J Affect Disord. 2018 Mar;229:396–402. DOI:10.1016/j.jad.2017.12.050
34. Sariaslan A, Fazel S, D'Onofrio BM, Långström N, Larsson H, Bergen SE, Kuja-Halkola R, Lichtenstein P. Schizophrenia and subsequent neighborhood deprivation: revisiting the social drift hypothesis using population, twin and molecular genetic data. Transl Psychiatry. 2016 May 3;6(5):e796. DOI:10.1038/tp.2016.62
35. Ekamper P, van Poppel F, Stein AD, Lumey LH. Independent and additive association of prenatal famine exposure and intermediary life conditions with adult mortality between age 18-63 years. Soc Sci Med. 2014 Oct;119:232–9. DOI:10.1016/j.socscimed.2013.10.027
36. Roseboom TJ, van der Meulen JH, Ravelli AC, Osmond C, Barker DJ, Bleker OP. Effects of prenatal exposure to the Dutch famine on adult disease in later life: an overview. Twin Res. 2001 Oct;4(5):293–8. DOI:10.1375/1369052012605
37. Kreppner JM, Rutter M, Beckett C, Castle J, Colvert E, Groothues C, Hawkins A, O'Connor TG, Stevens S, Sonuga-Barke EJS. Normality and impairment following profound early institutional deprivation: a longitudinal follow-up into early adolescence. Dev Psychol. 2007 Jul;43(4):931–46. DOI:10.1037/0012-1649.43.4.93
38. Rodriguez-Perez M, Kennedy M, Barker ED, Kreppner J, Solerdelcoll M, Sonuga-Barke EJS. The adult outcome of childhood quasi-autism arising following extreme institutional deprivation. J Child Psychol Psychiatry. 2023 Sep;64(9):1292–302. DOI:10.1111/jcpp.13767
39. Luy M, Gast K. Do women live longer or do men die earlier? Reflections on the causes of sex differences in life expectancy. Gerontology. 2014;60(2):143–53. DOI:10.1159/000355310
40. Luy M, Minagawa Y. Gender gaps – Life expectancy and proportion of life in poor health. Health Rep. 2014;25(12):12–9.

41. Tübbecke FM, Epping J, Safieddine B, Sperlich S. Development of gender inequality in self-rated health in the life-phase of raising children in Germany from 1994 to 2018. A decomposition analysis of socioeconomic, psychosocial and family-related influencing factors. SSM Popul Health. 2022 Sep;19(101183):101183. DOI:10.1016/j.ssmph.2022.101183
42. Geyer S. Soziale Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung. WSI-Mitt. 2024;77(3):186–92. DOI:10.5771/0342-300x-2024-3-186

Korrespondenz: Prof. Dr. Siegfried Geyer, Medizinische Hochschule Hannover, Medizinische Soziologie, Caral-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover, Deutschland, Phone: +49 511 532 5579, E-mail: geyer.siegfried@mh-hannover.de

Zitierhinweis: Geyer S. Soziale Ungleichheit und Gesundheit / Krankheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i109-1.0

Copyright: © 2026 Siegfried Geyer
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/

Soziale Unterstützung

Nico Vonneilich[1]
Peter Franzkowiak[2]
[1] Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland
[2] Fachbereich Sozialwissenschaften, Hochschule Koblenz, Koblenz, Deutschland

Abstract

Soziale Unterstützung kann als qualitative Eigenschaft sozialer Beziehungen verstanden werden und in unterschiedlichen Formen, beispielsweise instrumentell oder emotional, erbracht werden. Für die Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und Gesundheit spielt neben der tatsächlichen Unterstützung eine Rolle, inwiefern diese Unterstützungsleistungen als adäquat wahrgenommen werden. Um die Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und Gesundheit zu erklären, kommen zwei grundlegende Ansätze in Frage. Entweder wirkt soziale Unterstützung generell positiv auf Gesundheit (Haupteffekt-Modell), oder sie wirkt insbesondere in Zeiten von Krisen und Stress protektiv (Puffer-Modell). In der bisherigen Forschung konnten für beide Wirkmechanismen Hinweise gefunden werden. Für die medizinische und präventive Praxis verweist soziale Unterstützung auf das soziale Umfeld in Gemeinden, Stadtteilen und Quartieren, in denen soziale Integration gefördert und gelebt werden kann.

Keywords: Soziale Unterstützung, soziale Integration, soziale Isolation, soziale Netzwerke, Gesundheit

Was ist soziale Unterstützung?

Soziale Unterstützung ist eine qualitative Eigenschaft von sozialen Beziehungen. Ohne soziale Kontakte, ohne eine Einbettung in Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung [1] (siehe dazu auch Soziales Kapital [2]) findet keine soziale Unterstützung statt. Sind Anzahl und Frequenz sozialer Kontakte Maße für die Quantität sozialer Beziehungen, dann ist soziale Unterstützung ein Maß für die Qualität dieser Beziehungen. Dabei kann zwischen objektiven und subjektiven Aspekten von Unterstützung unterschieden werden [3].

Es konnte gezeigt werden, dass nicht nur die tatsächlich erhaltene Unterstützung und damit objektiv messbare Unterstützung relevant ist, sondern die subjektiv wahrgenommene Unterstützungsbereitschaft eine zentrale Rolle spielt. Bereits das Gefühl, im Ernstfall über soziale Unterstützung zu verfügen, kann beispielsweise negative Auswirkungen von akutem Stress abmildern, ohne dass tatsächlich Unterstützung in Anspruch genommen wird [4], [3], [5].

Zudem wurden zwischen tatsächlich erhaltener und subjektiv wahrgenommener Unterstützung nur geringe Zusammenhänge gefunden, was darauf hindeutet, dass diese als jeweils relativ eigenständige Konstrukte angesehen werden können [6], [7]. Soziale Unterstützung kann dabei in unterschiedlichen Formen stattfinden und wahrgenommen werden, da sie sowohl emotionale und instrumentelle als informationelle Unterstützung beinhalten kann (siehe Tabelle 1).

Emotionale Unterstützung bezieht sich auf diejenigen sozialen Kontakte, die für Gespräche über eigene Gefühle und Empfindungen zur Verfügung stehen, die zur Diskussion alltäglicher Ängste und Sorgen beitragen oder auch Bestätigung für Sympathie und Zuneigung bieten können. Instrumentelle Unterstützung umfasst diejenigen Unterstützungsformen, die sich durch praktische Hilfe – beispielsweise im Haushalt, mit der Kinderbetreuung oder durch das Leihen von Geld oder anderen Waren – auszeichnen. Unter informationeller Unterstützung werden all jene Leistungen verstanden, die Wissen zum Lösen bestimmter Probleme, oder Wissen über den Zugang zu bestimmten Ressourcen beispielsweise innerhalb einer Gemeinde, verfügbar machen. In Tabelle 1 findet sich eine kurze Darstellung unterschiedlicher Aspekte sozialer Unterstützung, basierend auf Wills & Shinar [8].

Unterschiedliche Funktionen von sozialer Unterstützung	Beispiele	Möglicher Nutzen
Emotionale Unterstützung	Diskussion von Gefühlen, Gespräche über Sorgen und Ängste, Bestätigung von Sympathie und Zuneigung, Akzeptieren einer Person.	Verringerung von wahrgenommener Bedrohlichkeit kritischer Lebensereignisse, Verstärkung von Selbstbewusstsein, Verbesserung von Bewältigungsstrategien.
Instrumentelle Unterstützung	Verfügbarkeit von Geld, Haushaltsgütern, Werkzeug, Transport, Hilfe in der Kinderbetreuung, Unterstützung im Haushalt.	Trägt zur Lösung praktischer Probleme bei, erlaubt mehr Zeit für Erholung, unterstützt weitere Bewältigungsstrategien.
Informationelle Unterstützung	Information über Ressourcen, Vorschlag von alternativen und effektiveren Handlungsstrategien.	Steigert den Anteil verfügbarer nützlicher Informationen, trägt zur Erreichbarkeit erforderlicher Unterstützung bei, führt zu effektiverer Bewältigung.
Freundschaftliche Unterstützung	Partner für gemeinsame Aktivitäten (Sport, Theater, Kino, Partys, Reisen etc.).	Positiver Affekt, Entlastung und Erholung von Pflichten und Anforderungen, positive Ablenkung.
Bestätigung (Feedback, soziale Vergleiche)	Bietet Orientierung an Normen und Werten, Feedback zum individuellen Status im Vergleich zur jeweiligen Population.	Verringert subjektive Wahrnehmung eigener Abweichung, steigert Akzeptanz eigener Einstellungen und Gefühle, bietet die Möglichkeit vorteilhafter Vergleiche (Selbstwert).

Tab. 1: Unterschiedliche Funktionen von sozialer Unterstützung (nach [8]*)*

Soziale Unterstützung bietet die Möglichkeit positiver sozialer Kontakte und darüber ein Gefühl der sozialen Zugehörigkeit und des sozialen Rückhalts. Zudem haben Unterstützungsleistungen auch eine Bewertungsfunktion: Sie erlauben eine Orientierung über die eigene soziale Verortung und ermöglichen eine (Selbst-)Bestätigung, die eigenen Fähigkeiten und Bedürfnisse bewältigungsfördernd einzuschätzen und gleichzeitig die eigenen Möglichkeiten von Kontrolle und Resilienz zu stärken.

Je nachdem, welche Bedürfnisse der sozialen Unterstützung zu Grunde liegen, kann diese unterschiedlich sein. So können bei der Verarbeitung kritischer Lebensereignisse emotionale Unterstützung, soziale Rückhalte sowie informationelle Unterstützung besonders wirksam sein.

Soziale Unterstützung und Gesundheit

Die Zusammenhänge von sozialer Unterstützung mit verschiedenen Gesundheitsindikatoren wurden in einer ganzen Reihe von Studien untersucht [9] (Determinanten der Gesundheit). Beispielsweise zeigte eine frühe längsschnittliche (mittlerweile klassische) Studie von Berkman et al., dass die Überlebenswahrscheinlichkeit älterer Patientinnen und Patienten nach erlittenem Myokardinfarkt dann größer war, wenn sie über mindestens zwei Personen in ihrem Umfeld verfügten, die sie emotional unterstützten [10]. Seit diesem Befund gab es weitere Studien, die zu vergleichbaren Ergebnissen gekommen sind [11], [12], [13], [14], [15].

Auch für Deutschland konnten Untersuchungen des Robert Koch-Instituts zeigen, dass diejenigen ihre subjektive Gesundheit besser einschätzten, die über eine als ausreichend wahrgenommene Unterstützung verfügten [16]. In Bezug auf die Sterbewahrscheinlichkeit konnten Holt-Lunstad et al. in einer umfangreichen Meta-Analyse zeigen, dass neben anderen Aspekten sozialer Beziehungen auch die subjektiv als positiv wahrgenommene soziale Unterstützung die Mortalität senkt. Darüber hinaus weisen die Autorinnen und Autoren in ihrem Fazit darauf hin, dass möglicherweise gerade das Fehlen von sozialer Unterstützung bzw. soziale Isolation sich besonders negativ auf die Gesundheit auswirken können, da diese wiederum das Auftreten bekannter Risikofaktoren wie etwa Rauchen, Stress oder etwa Adipositas begünstigen [17].

Erklärungsansätze

Wie können diese Zusammenhänge erklärt werden? Grundsätzlich können zwei Erklärungsansätze unterschieden werden. Zum einen ist es wahrscheinlich, dass soziale Unterstützung insbesondere in Stresssituationen und in Zeiten besonderer Herausforderungen (siehe kritische Lebensereignisse weiter oben) die gesundheitlich negativen Folgen dieser Situationen und Ereignisse abfedern bzw. „puffern“ können. Daher spricht man in diesem Zusammenhang vom sogenannten Puffer-Effekt sozialer Unterstützung, der insbesondere in Zeiten besonderer Belastungen wirksam wird. In Situationen, in denen Individuen Hilfe und Unterstützung benötigen, diese aber nicht bekommen, sind diesem Erklärungsansatz zufolge gesundheitlich negative Folgen besonders wahrscheinlich, während diejenigen, die über Unterstützungsressourcen aus ihrem sozialen Umfeld verfügen, die gesundheitlichen Stressoren besser abfedern („puffern“) können. Demzufolge haben soziale Beziehungen eine protektive Funktion in Zeiten erhöhter Stressexposition. Gerade im Zusammenhang mit dem plötzlichen Auftreten kritischer Ereignisse, etwa dem Verlust des Partners oder dem Tod einer nahestehenden Person, konnten stressreduzierende Auswirkungen sozialer Beziehungen beobachtet werden [18].

Zum anderen ist auch denkbar, dass soziale Unterstützung einen generellen positiven Effekt auf das Wohlbefinden und die Gesundheit hat. Diesem sogenannten Haupteffekt-Modell zufolge wird davon ausgegangen, dass dauerhafte soziale Beziehungen langfristig einen positiven Effekt auf die Gesundheit haben, unabhängig von (akuten) gesundheitlichen Stressoren: Stabile soziale Beziehungen und soziale Interaktionen wirken sich demnach positiv auf die Persönlichkeitsentwicklung, das Selbstvertrauen sowie die generelle Entwicklung von Bewältigungsstrategien (coping) aus. Mit einem höheren Grad an sozialer Interaktion und mit stärker ausgeprägten sozialen Beziehungen gehen bessere Zugangschancen zu materiellen Ressourcen im sozialen Umfeld einher, die wiederum positiv mit Gesundheitsoutcomes assoziiert sind [19], [20].

Auch soziales Engagement kann langfristig positive Gesundheitsoutcomes zur Folge haben. Es konnte gezeigt werden, dass ehrenamtliches Engagement, die Übernahme verschiedener sozialer Funktionen und Rollen generell sinnstiftend sind und zur Identitätsbildung der Einzelnen beitragen, da hierdurch die Einbettung in gesellschaftliche Zusammenhänge und dadurch die eigene Bedeutung (sense of coherence) innerhalb dieser sozialen Netze den Individuen gespiegelt wird [21]. Unter anderem ist dies mit besserer psychischer Gesundheit und höherer psychischer Funktionsfähigkeit im höheren Lebensalter assoziiert [22].

Innerhalb sozialer Beziehungen werden Werte und Normen transportiert, die sich beispielsweise auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wie etwa das Rauchen und die Ernährung auswirken [23]. Studien im Jugendalter konnten die Einflüsse der peer group hervorheben [24], [25]. Einer Studie von Kouvonen et al. zufolge entwickelten Personen mit ausreichend sozialer Unterstützung sowohl einen höheren Grad an physischer Aktivität als auch einen aktiveren Lebensstil [26]. So kann soziale Unterstützung die Chancen erhöhen, dass körperliche Aktivität über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten bleibt.

Demgegenüber deutet eine Studie von Strine et al. an, dass geringere emotionale Unterstützung mit höheren gesundheitlichen Risiken (Übergewicht, Rauchen etc.) wie auch mit einem schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand (subjektive Gesundheit, depressive Symptome) assoziiert ist [27]. Ein solcher Zusammenhang lässt sich bis ins hohe Lebensalter nachweisen [28]. Fehlende soziale Unterstützung (und insbesondere deren individuelle Wahrnehmung) ist deutlich mit höherer Stressbelastung und entsprechend höheren gesundheitlichen Risiken, die sich daraus ergeben, assoziiert [29] (Stress und Stressbewältigung).

Ressourcen von Gruppen und Gemeinschaften

Soziale Unterstützung ist nicht unabhängig von den individuellen und sozialen Ressourcen von Gruppen

und Gemeinschaften zu betrachten. Das Pfad-Modell (siehe Abbildung 1) von Berkman & Krishna [20] verdeutlicht die Zusammenhänge auf verschiedenen Ebenen. Individuelle Ressourcen sowie soziale Kontakte sind eingebettet in soziale Netzwerke, die wiederum in einer größeren (Makro-)Struktur verortet sind, da sie von gelebten Normen und Werten und den ökonomischen und sozialen Ressourcen abhängen und durch Gesetze oder politische Entscheidungen beeinflusst werden können. Die unterschiedlichen Ebenen sind miteinander verbunden und verdeutlichen, wie die Zusammenhänge mit individueller Gesundheit verstanden und erklärt werden können. Damit weist das Modell auch auf den Zusammenhang zwischen sozialen Beziehungen und sozialer Ungleichheit hin [30] (Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit).

Soziale Unterstützung und soziales Kapital können gerade dort entstehen, wo bereits Ressourcen in einem gewissen Umfang vorhanden sind; in der Unterstützungsforschung konnte wiederholt dargestellt werden, dass geringer sozioökonomischer Status auch mit einem höheren Risiko für geringere soziale Unterstützung assoziiert ist. Diese strukturellen Zusammenhänge sollten bei der Untersuchung von sozialen Beziehungen stets mitgedacht werden; auch dies wird durch das Modell von Berkman & Krishna verdeutlicht (siehe auch [31]).

Gleichzeitig ist in dem Modell auch die Möglichkeit negativer Aspekte bestimmter psychosozialer Mechanismen bedacht, etwa soziale Isolation oder das Ausbleiben sozialer Reziprozität (negative Aspekte sozialer Unterstützung). Auch ein länger erfahrenes Ungleichgewicht zwischen Geben und Nehmen innerhalb von sozialen Beziehungen kann gesundheitliche Auswirkungen haben. Ausbleibende Reziprozität innerhalb sozialer Beziehungen, sowohl innerhalb von Partnerschaften und in der Beziehung zu Kindern als auch allgemeine und eher unspezifische Erfahrungen mit mangelnder Reziprozität, sind mit schlechter subjektiver Gesundheit und einem höheren Risiko für depressive Symptome assoziiert [32]. Zu ähnlichen Ergebnisse kamen weitere Studien zur mangelnden Reziprozität [33], [34].

Zukünftige Forschung zum Zusammenhang zwischen sozialen Beziehungen und Gesundheit sollten belastenden Aspekten mehr Aufmerksamkeit widmen. Weitere ambivalente Auswirkungen von sozialen Beziehungen auf die Gesundheit sind denkbar, etwa bei dauerhaften Belastungen, Konflikten und problematischen Beziehungen.

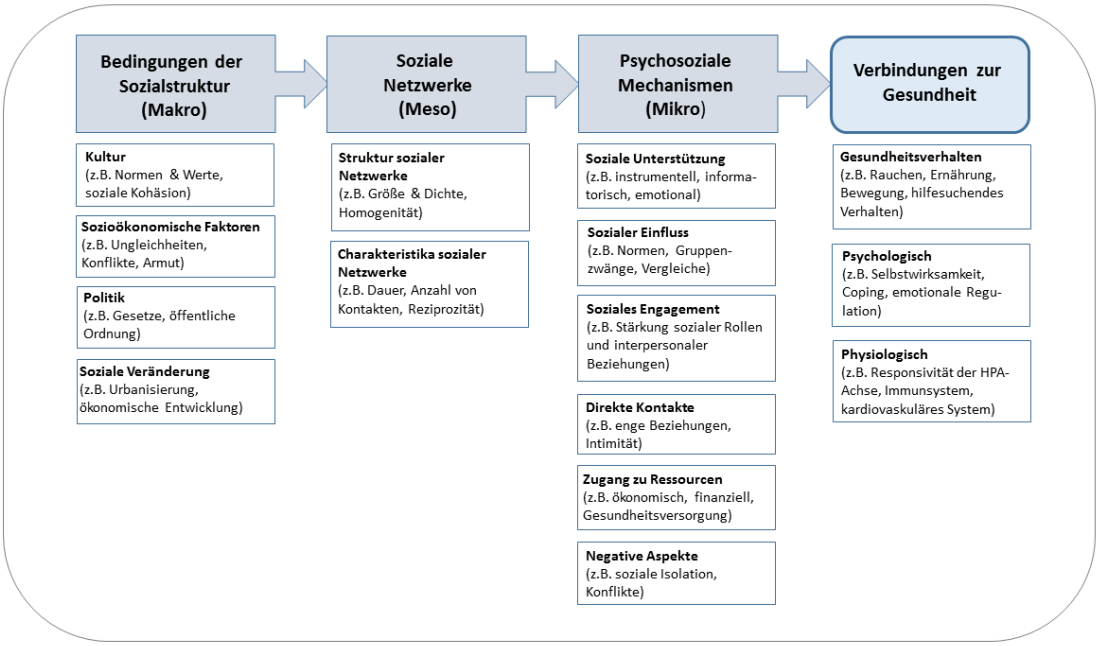


Abb. 1: Das Pfad-Modell zum Zusammenhang zwischen sozialen Beziehungen und Gesundheit, eigene Darstellung (nach [20])

Bedeutung für die Praxis

Auf individueller Ebene können Informationen seitens der Patientinnen und Patienten zu sozialer Unterstützung und sozialer Einbettung medizinische Entscheidungsfindungen führen und ggf. therapeutische Maßnahmen unterstützen und stärken, beispielsweise durch die Einbeziehung von Unterstützungsangeboten. Auch das Hinzuziehen von Angehörigen sowie weiterer Personen im engeren sozialen Umfeld ist gerade für chronisch Kranke eine wichtige Ressource.

Aus gesellschaftlicher Perspektive verweist soziale Unterstützung stets auf den gesellschaftlichen und sozialen Raum, der die Entwicklung von unterstützenden Beziehungen und Interaktion ermöglicht [2] (Soziales Kapital). Daher kann es auch zur langfristig positiven Entwicklung der Gesundheit in Quartieren, Stadtteilen oder Gemeinschaften beitragen – wenn Möglichkeiten zur sozialen Interaktion und Begegnung und zur Förderung lokaler Netzwerke geschaffen werden. Insbesondere der präventive Charakter einer so entstehenden „sozialen Einbettung“ darf nicht unterschätzt werden.

Ein höheres Maß an sozialer Interaktion trägt zu gesundheitsförderlichem Verhalten und der Etablierung entsprechender Normen bei und erleichtert innerhalb von gut organisierten Communities und Nachbarschaften den Zugang zu gesundheitsrelevantem Wissen [20]. Ungünstige Wohn- und Lebensbedingungen, wovon überproportional häufig sozioökonomisch schlechtgestellte Gruppen betroffen sind, bieten im Vergleich eher weniger Raum für soziale Interaktion und sind darüber hinaus häufiger mit höheren Risiken für die Gesundheit assoziiert [35], [36].

Konkrete Strategien für sozialräumliche Interventionen gibt es schon länger, etwa in der Selbsthilfeförderung [37] (Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung), der gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit , der Quartiers- und der Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung [38]. Ihnen allen ist gemein, dass sie Anlaufstellen, Hilfsmöglichkeiten und Unterstützung in das alltägliche Lebensumfeld integrieren und so neue Verbindungen und Kontaktmöglichkeiten schaffen, auf deren Basis soziale Unterstützung in der Gesundheitsförderung und anderen Lebensbereichen wirken kann. Auch in der Entwicklung von Quartieren und Stadtteilen werden öffentliche Interaktionsräume wieder stärker mitgedacht, um die Bildung von sozialen Netzwerken zu fördern und Interaktionen zu schaffen, die zu einer Stärkung individueller sozialer Beziehungen führen.

References

1. Quilling E, Brähler-Dieling N, Kuchler M, Trojan A. Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I108-3.0
2. V. D. Knesebeck O. Soziales Kapital. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I111-2.0
3. Turner RJ, Marino F. Social Support and Social Structure: A Descriptive Epidemiology. J Health Soc Behav. 1994;35(3):193–212.
4. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. Science. 1988;241(4865):540–5. DOI:10.1126/science.3399889
5. Uchino BN. What a Lifespan Approach Might Tell Us about Why Distinct Measures of Social Support have Differential Links to Physical Health. J of Soc Pers Relat. 2009;26(1):53–62. DOI:10.1177/0265407509105521
6. Barrera M. Distinctions between social support concepts, measures, and models. Am J Community Psychol. 1986;14(4):413–45.
7. Lakey B, Cohen S. Social support theory and measurement. In: Cohen S, Underwood LG, Gottlieb BH, editors. Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists. New York: Oxford University Press; 2000. p. 29−52.
8. Wills TA, Shinar O. Measuring Perceived and Received Social Support. In: Cohen S, Underwood LG, Gottlieb BH, editors. Social Support Measurement and Intervention – a guide for health and social scientists. Oxford University Press; 2000 Oct. p. 86–135. DOI:10.1093/med:psych/9780195126709.003.0004

9. 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
10. Berkman LF, Leo-Summers L, Horwitz RI. Emotional support and survival after myocardial infarction. A prospective, population-based study of the elderly. Ann Intern Med. 1992;117(12):1003–9. DOI:10.7326/0003-4819-117-12-1003
11. Hemingway H, Marmot M. Evidence based cardiology: psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease. Systematic review of prospective cohort studies. BMJ. 1999;318(7196):1460–7.
12. Smith TW, Ruiz JM. Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: current status and implications for research and practice. J Consult Clin Psychol. 2002;70(3):548–68. DOI:10.1037//0022-006x.70.3.548
13. Szreter S, Woolcock M. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. Int J Epidemiol. 2004;33(4):650–67. DOI:10.1093/ije/dyh013
14. Almedom AM. Social capital and mental health: an interdisciplinary review of primary evidence. Soc Sci Med. 2005;61(5):943–64. DOI:10.1016/j.socscimed.2004.12.025
15. Orth-Gomer K. Are social relations less health protective in women than in men? Social relations, gender, and cardiovascular health. J Soc Pers. 2009;26(1):63–71. DOI:10.1177/0265407509105522
16. Robert Koch-Institut (RKI). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2010. Berlin: RKI; 2012.
17. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. PLoS Med. 2010;7(7):e1000316. DOI:10.1371/journal.pmed.1000316
18. Rosengren A, Orth-Gomer K, Wedel H, Wilhelmsen L. Stressful life events, social support, and mortality in men born in 1933. BMJ. 1993 Oct 30;307(6912):1102–5. DOI:10.1136/bmj.307.6912.1102
19. Stansfeld S. Social support and social cohesion. In: Marmot M, Wilkinson RG, editors. Social determinants of health. New York: Oxford University Press; 2006. p. 148−171.
20. Berkman LF, Krishna A. Social network epidemiology. In: Berkman LF, Kawachi I, Glymour M, editors. Social Epidemiology. Oxford: Oxford University Press; 2014.
21. Antonovsky A. Salutogenese − Zur Entmystifizierung von Gesundheit. Franke A, editor. Tübingen: DGVT Verlag; 1997.
22. Glymour MM, Weuve J, Fay ME, Berkman LF. Social ties and cognitive recovery after stroke: does social integration promote cognitive resilience? Neuroepidemiology. 2008;31(1):10–20.
23. Christakis NA, Fowler JH. The collective dynamics of smoking in a large social network. N Engl J Med. 2008;358(21):2249–58.
24. Moody J, Feinberg ME, Osgood DW, Gest SD. Mining the Network: Peers and Adolescent Health. Journal of Adolescent Health. 2010 Oct;47(4):324–6. DOI:10.1016/j.jadohealth.2010.07.027
25. Valente TW, Fujimoto K, Soto D, Ritt-Olson A, Unger JB. A Comparison of Peer Influence Measures as Predictors of Smoking Among Predominately Hispanic/Latino High School Adolescents. Journal of Adolescent Health. 2013 Mar;52(3):358–64. DOI:10.1016/j.jadohealth.2012.06.014
26. Kouvonen A, De Vogli R, Stafford M, Shipley MJ, Marmot MG, Cox T, Vahtera J, Vaananen A, Heponiemi T, Singh-Manoux A, Kivimaki M. Social support and the likelihood of maintaining and improving levels of physical activity: the Whitehall II Study. The European Journal of Public Health. 2012 Aug 1;22(4):514–8. DOI:10.1093/eurpub/ckr091
27. Strine TW, Chapman DP, Balluz L, Mokdad AH. Health-related quality of life and health behaviors by social and emotional support: Their relevance to psychiatry and medicine. Soc Psychiat Epidemiol. 2008 Feb;43(2):151–9. DOI:10.1007/s00127-007-0277-x
28. Nummela O, Seppänen M, Uutela A. The effect of loneliness and change in loneliness on self-rated health (SRH): a longitudinal study among aging people. Arch Gerontol Geriatr. 2011;53(2):163–7. DOI:10.1016/j.archger.2010.10.023
29. Ernst G, Franke A, Franzkowiak P. Stress und Stressbewältigung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I118-2.0
30. 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

31. Vonneilich N, Knesebeck O v d. Gesundheitliche Ungleichheit und soziale Beziehungen. In: Kriwy P, Jungbauer-Gans M, editors. Handbuch Gesundheitssoziologie. Berlin: Springer; 2020. p. 253−273.
32. Knesebeck O von dem, Dragano N, Moebus S, Jöckel KH, Erbel R, Siegrist J. Psychosoziale Belastungen in sozialen Beziehungen und gesundheitliche Einschränkungen. Psychother Psych Med. 2009 May;59(05):186–93. DOI:10.1055/s-2008-1067421
33. Knesebeck O von dem, Siegrist J. Reported non-reciprocity of social exchange and depressive symptoms: extending the model of effort-reward imbalance beyond work. J Psychosom Res. 2003;55(3):209–14. DOI:10.1016/s0022-3999(02)00514-7
34. Chandola T, Marmot M, Siegrist J. Failed reciprocity in close social relationships and health: findings from the Whitehall II-Study. J Psychosom Res. 2007;63(4):403–11.
35. Mujahid MS, Diez Roux AV, Morenoff JD, Raghunathan TE, Cooper RS, Ni H, Shea S. Neighborhood Characteristics and Hypertension. Epidemiology. 2008 Jul;19(4):590–8. DOI:10.1097/EDE.0b013e3181772cb2
36. Dragano N. Subclinical coronary atherosclerosis and neighbourhood deprivation in an urban region. Eur J Epidemiol. 2009;24(1):25–35. DOI:10.1007/s10654-008-9292-9
37. 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
38. Lobnig H, Metzler B, Dietscher C, Pelikan JM. Organisationsentwicklung als Methode 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-i083-3.0

Korrespondenz: Dr. Nico Vonneilich, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Soziologie, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Deutschland, E-mail: n.vonneilich@uke.uni-hamburg.de

Zitierhinweis: Vonneilich N, Franzkowiak P. Soziale Unterstützung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i110-1.0

Copyright: © 2026 Nico Vonneilich 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/

Soziales Kapital

Olaf von dem Knesebeck[1]
[1] Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

Abstract

Der Begriff des sozialen Kapitals wird in der Literatur mit unterschiedlichen Schwerpunkten und in verschiedenen Dimensionen definiert. Grundsätzlich beschreibt er das soziale Gefüge einer Gemeinschaft und die Position eines Individuums in dieser Umwelt. Im Zentrum stehen Prozesse zwischen den Menschen, die Netzwerke, Normen und soziales Vertrauen hervorbringen sowie die Zusammenarbeit erleichtern. Untersuchungen zeigen verschiedene Zusammenhänge zwischen den Indikatoren des sozialen Kapitals und der individuellen Gesundheit. Deshalb findet dieses Konzept inzwischen Eingang in die Gesundheitsförderung – z. B. als Maßnahmen zur Stärkung der sozialen Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger und der Health Literacy / Gesundheitskompetenz.

Einleitung

Für Coleman [1] ist soziales Kapital eine von drei Formen des Kapitals, die Individuen zur Zielerreichung zur Verfügung stehen. Neben dem „human capital“, das menschliche Fähigkeiten und Kompetenzen umschreibt, und dem „physical capital“, das die nutzbare physische Umwelt beschreibt, dient auch „social capital“ der Erreichung von individuellen Handlungszielen. Coleman versteht dabei unter sozialem Kapital Charakteristika der sozialen Umwelt (oder auch der sozialen Beziehungen), die von Individuen als Ressource genutzt werden, um eigene Ziele zu verwirklichen.

Das Konzept Soziales Kapital

Soziales Kapital beschreibt den Grad des sozialen Zusammenhalts, der innerhalb von Gemeinschaften zu finden ist. Soziales Kapital bezieht sich auf Prozesse zwischen Menschen, die Netzwerke, Normen und soziales Vertrauen hervorbringen sowie Koordination und Zusammenarbeit erleichtern. Bei den unterschiedlichen Definitionen des Begriffs besteht eine grundsätzliche Differenz der Betrachtung: Einige Autorinnen und Autoren legen den Akzent auf die Ebene der Auswirkungen, die von dem sozialstrukturellen Merkmal „soziales Kapital“ auf *individuelle* Erfahrungen und Handlungen ausgehen. Andere interpretieren den Terminus als *kollektives* Merkmal, das beispielsweise der Aufklärung wirtschaftlicher Erfolge einer Region oder dem guten Funktionieren demokratischer Strukturen dient. Wieder andere Autorinnen und Autoren betonen, dass sich mehrere Ebenen sozialen Kapitals unterscheiden lassen – die Makroebene (historische, soziale, politische und ökonomische Merkmale von Gesellschaften), die Mesoebene (Merkmale von Nachbarschaften), individuelle Verhaltensweisen (soziale Partizipation, freiwilliges Engagement), und individuelle Normen (wie gegenseitiges Vertrauen und Reziprozität).

Das soziale Kapital weist Überschneidungen mit älteren, bereits etablierten Konzepten auf. Dazu zählen das Konzept der sozialen Kohäsion sowie das Konzept der sozialen Beziehungen, das die soziale Unterstützung und die sozialen Netzwerke [2] (Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung) umfasst. Soziale Kohäsion bezeichnet eine bestimmte Qualität und Dichte zwischenmenschlicher Beziehungen in überschaubaren sozial-räumlichen Einheiten (z. B. Nachbarschaften, Wohngebieten, Städten, Regionen), die durch gemeinsame Werte und Normen gekennzeichnet sind. Soziale Unterstützung und soziales Netzwerk beschreiben auf individueller Ebene die Qualität und Quantität sozialer Beziehungen.

Erfassung des Sozialen Kapitals

Im Hinblick auf die Erfassung sozialen Kapitals wird häufig die strukturelle bzw. verhaltensbezogene von der kognitiven Dimension unterschieden. Ein Indikator für die strukturelle bzw. verhaltensbezogene Dimension ist z. B. die Partizipation in zivilgesellschaftlichen Netzwerken, die kognitive Dimension wird z. B. durch das Ausmaß des wahrgenommenen Vertrauens oder der wahrgenommenen Hilfsbereitschaft erfasst. Dabei werden häufig Antworten aus standardisierten Bevölkerungsbefragungen verwendet. Ein viel zitiertes Beispiel für eine Operationalisierung stellt Putnams „Index of Civic Community“ dar, der aus

drei Indikatoren gebildet wird [3]: 1. dem Ausmaß sozialer Netzwerkbildung in Form von sekundären Gruppen, d. h. in Vereinen und freiwilligen Zusammenschlüssen, 2. der Einschätzung eines Klimas des Vertrauens innerhalb der Wohnregion, 3. der eingeschätzten Geltung von Normen und Werten gegenseitiger Hilfsbereitschaft und Fairness.

Die Untersuchung der Gesundheitsrelevanz sozialen Kapitals begann Mitte der 1990er-Jahre: Kawachi und Mitarbeiter analysierten den Zusammenhang von sozialem Kapital und Mortalität auf der Ebene von Bundesstaaten der USA [4]. Sie zeigten, dass jeder der drei Indikatoren Putnams, aus Umfrageergebnissen ermittelt und auf die Ebene von Bundesstaaten aggregiert, mit der altersstandardisierten Mortalitätsrate pro Bundesstaat korrelierte. Weitere Studien bestätigten diesen Zusammenhang für unterschiedliche andere Gesundheitsindikatoren.

Inzwischen liegen nicht nur Untersuchungen zur Gesundheitswirksamkeit von kollektivem Sozialkapital, sondern auch von individuellem Sozialkapital vor. Die meisten Studien weisen darauf hin, dass Personen, die über ein vergleichsweise hohes Maß an sozialem Kapital verfügen, einen besseren Gesundheitszustand aufweisen.

Soziales Kapital und Gesundheit

Im Hinblick auf die Frage, auf welchem Weg soziales Kapital die Gesundheit beeinflusst, wird häufig zwischen kompositionalen und kontextuellen Effekten unterschieden [5]. So kann eine Korrelation zwischen sozialem Kapital und Gesundheit auf Aggregatebene darauf zurückzuführen sein, dass sozial isolierte und somit auch gesundheitsgefährdete Individuen gehäuft in Gebieten mit niedrigem sozialem Kapital leben. Von kontextuellen Effekten würde man sprechen, wenn die Korrelation durch strukturelle Eigenheiten der Gebiete (z. B. kommunale Ressourcen) erklärt werden kann.

Es ist davon auszugehen, dass das soziale Kapital gesundheitsrelevante Wirkungen auf unterschiedlichen Ebenen entfalten kann. Auf der individuellen Ebene ist an gesundheitsrelevante Verhaltensweisen sowie psychosoziale Faktoren (Selbstwirksamkeit, Anerkennung), auf der Ebene der nachbarschaftlichen Umgebung an die Verbreitung von gesundheitsrelevanten Informationen und gesundheitsförderlichen Normen oder an den Zugang zu lokalen (Versorgungs-)Leistungen und auf der nationalen Ebene an die Funktionsfähigkeit der Politik und des Gesundheitswesens zu denken.

Diese Überlegungen bilden die Grundlage für die Verwendung des Konzeptes „soziales Kapital“ in der Gesundheitsförderung [6], [7]. Demnach haben Maßnahmen zur Stärkung sozialer Partizipation [8], z. B. in Vereinen und freiwilligen Zusammenschlüssen, zur Förderung von Hilfsbereitschaft sowie zur Stärkung des gegenseitigen Vertrauens ein starkes gesundheitsförderliches Potenzial. Dabei kommt Maßnahmen, die in der Kommune, im Stadtteil oder im Wohnumfeld ansetzen, eine besondere Bedeutung zu. Darunter fallen Maßnahmen zur Entwicklung der sozialen Kapazitäten und Handlungskompetenzen des Gemeinwesens [9] (Capacity Building / Kapazitätsentwicklung), d. h. der Aufbau kommunaler Ressourcen und die Weiterentwicklung der Fähigkeiten der Bürgerinnen und Bürger zur Durchführung von Gemeinschaftsaktionen.

Eine adäquate Infrastruktur an Dienstleistungsangeboten ist für die Gesundheit und Lebensqualität von Menschen in einer gegebenen Wohngegend von entscheidender Bedeutung. Dienstleistungsangebote (z. B. Läden oder Postämter) und öffentliche Plätze in der Nachbarschaft fördern soziale Kontakte und das soziale Kapital. In diesem Zusammenhang gilt es auch, die Kenntnis der vorhandenen lokalen Angebote, Einrichtungen und Organisationen sowie die Kommunikationskompetenz auf Seiten der Bürgerinnen und Bürger zu fördern [10] (Gesundheitskompetenz / Health Literacy). Eine weitere Maßnahme zur Steigerung des sozialen Kapitals besteht darin, Bürgerinnen und Bürger bei kommunalen Entscheidungen zu beteiligen. Bei der Förderung zivilgesellschaftlichen Engagements (z. B. Ehrenämter, freiwillige Arbeiten, Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung [11]) gilt es zu berücksichtigen, dass ein solches Engagement nur dann gesundheitsförderlich ist, wenn – ähnlich wie bei beruflichen Tätigkeiten – eine angemessene Anerkennung erfahren wird und die Bedingungen als fair empfunden werden.

References

1. Coleman JS. Foundations of Social Theory. Harvard: Belknap Press of Harvard University Press; 1990.
2. Quilling E, Brähler-Dieling N, Kuchler M, Trojan A. Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024.

DOI:10.17623/BZGA:Q4-i108-3.0
3. Putnam RD, Leonardi R, Nanetti R. Making democracy work: Civic traditions in modern Italy. Princeton University Press; 1993.
4. Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality. Am J Public Health. 1997;87:1491–8.
5. Kawachi I, Bergman LF. Social capital, social cohesion, and health. In: Bergman LF, Kawachi I, Glymour M, editors. Social Epidemiology. Oxford University Press; 2014. p. 290–319.
6. Cox E. Builiding social capital. Health Promot Matters. 1997;4:1–4.
7. Naidoo J, Wills J. Lehrbuch Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe; 2019.
8. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
9. Nickel S, Trojan A. Capacity Building / Kapazitätsentwicklung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i007-3.0
10. 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
11. 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

Korrespondenz: Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Soziologie, Martinistraße 52 Hamburg, Deutschland, Phone: 040/471057849, E-mail: o.knesebeck@uke.de

Zitierhinweis: von dem Knesebeck O. Soziales Kapital. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i111-1.0

Copyright: © 2026 Olaf von dem Knesebeck
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/

Sozialmedizin

Joseph Kuhn[1,2]
Manfred Wildner[3]

[1] Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim, Deutschland

[2] Pettenkofer School of Public Health

[3] Landesinstitut für Gesundheit, Oberschleißheim, Deutschland

Abstract

Als Teilgebiet der Medizin befasst sich die Sozialmedizin vor allem mit den Wechselwirkungen zwischen Krankheit, Gesundheit, Individuum und Gesellschaft. Ihre Anfänge gehen in das 18. Jahrhundert zurück. Das heutige Selbstverständnis des Fachgebiets hat seit den 1990er Jahren neue Impulse im Zuge des (New) Public Health erhalten. Es berücksichtigt neben den sozialen auch die ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen von Gesundheit. Ein wichtiger Schwerpunkt der Sozialmedizin liegt bis heute auf der Bewertung von Leistungsfällen in der Sozialversicherung. Sie nimmt damit eine Mittlerfunktion zwischen der Individualmedizin und den teilweise überschneidenden Themenfeldern von Öffentlicher Gesundheit/Public Health ein. In Deutschland ist die Sozialmedizin fester Bestandteil des Medizinstudiums und kann außerdem von den Ärztekammern als Zusatzbezeichnung an Fachärzte vergeben werden.

Keywords: Sozialmedizin, Public Health, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Medizinische Weiterbildung

Einleitung

Die Sozialmedizin ist ein Teilgebiet der Medizin mit besonderem Bezug zu sozialen und gesellschaftlichen Fragestellungen. Sie berücksichtigt insbesondere die vielfachen Wechselwirkungen zwischen Krankheit, Gesundheit, Individuum und Gesellschaft.

„Sozialmedizin befasst sich wissenschaftlich und praktisch mit der Gesundheit der Bevölkerung und ihren Determinanten, der Struktur und dem Management des Gesundheitswesens und der anderen sozialen Sicherungssysteme sowie den Wirkungen und Kosten der gesundheitlichen Versorgung.“ [1]

Gesundheitsförderung und Prävention spielen in der Sozialmedizin eine große Rolle, weil hier wie dort bei der Frage nach der Entstehung von Krankheit [2] und Gesundheit [3] die soziale Umwelt der Menschen im Vordergrund steht. Teilweise greift die Sozialmedizin auch in ihren Praxisfeldern auf Methoden und Ansätze der Gesundheitsförderung zurück, z. B. in der Rehabilitation oder im Kurmedizinwesen.

Historische Wurzeln der Sozialmedizin

Historisch liegen die Wurzeln der Sozialmedizin in der Zeit der Aufklärung. Damals wurde zum einen die Bedeutung der Größe und Gesundheit der Bevölkerung für den Reichtum eines Landes erkannt, zum anderen wurden Armut und soziales Elend nicht mehr einfach als gottgegebenes Schicksal betrachtet. Johann Peter Frank (1745 bis 1821) gilt als früher Pionier der Sozialmedizin in Deutschland. Seine „Akademische Rede vom Volkselend als der Mutter der Krankheiten“ [4] (Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit) aus dem Jahr 1790 weist eindringlich auf die Notwendigkeit sozialer Veränderungen als Voraussetzung für eine bessere Gesundheit der Bevölkerung hin. Berühmt geworden ist sein sechsbändiges Werk „System einer vollständigen medicinischen Polizey“ aus dem Jahr 1779, in dem er die Grundlagen eines Öffentlichen Gesundheitsdienstes [5] (Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung) umriss.

Der erstmalige Gebrauch des Begriffs „Sozialmedizin“ wird dem Chirurgen und Orthopäden Jules Guérin 1848 zugeschrieben. Wichtige Impulse für die Sozialmedizin in Deutschland gingen von Rudolf Virchow (1821 bis 1902), Salomon Neumann (1819 bis 1908) und Ludwig Teleky (1872 bis 1959) aus. Vom 10. Juli 1848 bis zum 29. Juni 1849 gaben Rudolf Virchow und (anfangs) Rudolf Leubuscher die Zeitschrift „Die medicinische Reform“ heraus. Motiviert durch die Märzrevolution 1848 verstand sie die Medizin als soziale Wissenschaft. Programmatisch heißt es in der ersten Ausgabe: „Die Aerzte sind die natürlichen

Anwälte der Armen und die sociale Frage fällt zu einem erheblichen Theil in ihre Jurisdiction“ (zitiert nach [6], S.3). 1905 wurde in Berlin die „Gesellschaft für sociale Medizin, Hygiene und Medicinalstatistik“ gegründet, 1913 erschien das umfassende Werk „Krankheit und soziale Lage“ von Max Mosse und Gustav Tugendreich.

Anfang des 20. Jahrhunderts erlebten Sozialmedizin und Sozialhygiene eine Blütezeit, bevor sie dann im Nationalsozialismus zunehmend „rassenhygienisch“ korrumpiert wurden. Daran und an den daraus folgenden Medizinverbrechen waren auch namhafte Vertreter der Sozialmedizin in der späteren Bundesrepublik beteiligt [7]; Wildner, Niehoff & Hoffmann 2016.

In der frühen Bundesrepublik gab es zwar vereinzelte Versuche, sozialwissenschaftliche Ansätze an die Medizin heranzutragen, etwa durch den Gießener Sozialmediziner Manfred Pflanz [8]. Insgesamt konnte die Sozialmedizin aber in einem überwiegend individualmedizinisch geprägten Gesundheitswesen – belastet durch ihre Beteiligung an den nationalsozialistischen Verbrechen – zunächst nur noch als Sozialversicherungsmedizin im Bereich der Sozialversicherung Fuß fassen, einschließlich ihrer sozialmedizinischen bzw. vertrauensärztlichen Dienste sowie in den Gesundheitsämtern.

Gegenüber der Situation in der Bundesrepublik bildete sich in der DDR eine eigenständige Entwicklungslinie mit sozialhygienischen Ansätzen heraus. Sie waren jedoch durch die Tabuisierung der realen gesellschaftlichen Verhältnisse in ihrem Wirkungskreis ebenfalls eingeschränkt.

Für die Wiederbelebung sozialmedizinischen Denkens in Deutschland waren weniger die seit den 1960er Jahren neu geschaffenen sozialmedizinischen Institute oder frühe Lehrbücher wie die „Sozialmedizin“ von Schaefer & Blohmke [9] relevant als der seit den 1990er Jahren stattfindende Aufbau von (New) Public Health nach angloamerikanischem Vorbild.

Nach der Jahrtausendwende wurden zudem die sich entwickelnden Ansätze der Versorgungsforschung bedeutsam. Darüber hinaus entwickelte sich das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit anhand des Konzeptes der funktionalen Gesundheit nach der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) weiter. In der sozialgesetzlichen Umsetzung bestimmt beispielsweise das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz) von 2016 in § 118, dass der individuelle Bedarf an Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung durch ein Instrument ermittelt werden muss, das sich an der ICF orientiert (zur ICF siehe auch www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/icf.html sowie die ICF-Praxisleitfäden der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation unter www.bar-frankfurt.de/themen/icf.html).

Die akademische Ebene der Sozialmedizin

Auf der akademischen Ebene sind sozialmedizinische Ansätze im Sinne einer systematischen Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Gesundheit und Gesellschaft etabliert und in wissenschaftlichen Fachgesellschaften organisiert (Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin, gegründet 1878; Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, 1963 gegründet; Deutsche Gesellschaft für Public Health, 1997 gegründet; Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften, gegründet 2000; Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie, 2005 gegründet).

An den Universitäten wird die Sozialmedizin oft in Verbindung mit den Fächern Arbeits- und Umweltmedizin, Epidemiologie oder Gesundheitsökonomie vertreten. Im Medizinstudium ist die Sozialmedizin seit 1970 in der Approbationsordnung als Lehr- und Prüfungsfach verankert; ihre Inhalte finden sich auch im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM). An den Hochschulen werden sozialmedizinische Inhalte oft in Studiengängen der sozialen Arbeit vermittelt (siehe auch Klemperer 2020).

Eine wichtige Schnittstelle besteht darüber hinaus zu den Gesundheitswissenschaften und – akzentuiert auf die öffentliche Gesundheit – den Public Health-Wissenschaften [10] (Gesundheitswissenschaften / Public Health). Diese sind multi- bzw. interdisziplinär: Medizin, Pharmazie, Psychologie, Soziologie, Pädagogik und andere Disziplinen leisten ihre je spezifischen Beiträge zum gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnisfortschritt. Die Sozialmedizin nimmt dabei eine Mittlerfunktion zwischen der Individualmedizin und den teilweise überscheidenden Themenfeldern der Gesundheitswissenschaften und von Öffentlicher Gesundheit/Public Health ein (Roller & Wildner 2024).

Weiterbildungsgang „Sozialmedizin“

Fachärzte und -ärztinnen können eine von den Ärztekammern vergebene Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ erwerben. Voraussetzung dafür sind spezielle Weiterbildungsgänge, die an außeruniversitären Akademien zu absolvieren sind und einem Curriculum entsprechend der Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer folgen. Gemäß der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer umfasst die Zusatzweiterbildung Sozialmedizin „in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Bewertung von Art und Umfang gesundheitlicher Störungen und deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit und die Teilhabe an Lebensbereichen unter Berücksichtigung der Wechselwirkungen zwischen Krankheit, Gesundheit, Individuum und Gesellschaft sowie deren Einordnung in die Rahmenbedingungen der sozialen Sicherungssysteme und die diesbezügliche Beratung der Sozialleistungsträger.“ [11 mit Stand 29.06.2023, S. 435].

Die Weiterbildungsinhalte umfassen beispielsweise die wissenschaftlichen und historischen Grundlagen der Sozialmedizin sowie die Prinzipien der Systeme sozialer Sicherung, Aufgaben, Strukturen und Schnittstellen der Sozialleistungsträger, die sozialmedizinischen Beurteilungskriterien bei der Feststellung des Leistungsvermögens, die rechtlichen und fachlichen Grundlagen in der sozialmedizinischen Begutachtung, die Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Modells bei der Beurteilung gesundheitlicher Einschränkungen und ihrer Wechselwirkungen in Bezug auf Alltag und Erwerbsleben, Grundbegriffe und Grundsätze der Rehabilitation, der Arbeitsmedizin, der Epidemiologie, Dokumentation, Statistik und Gesundheitsberichterstattung sowie schließlich des Qualitätsmanagements.

Das (Muster-)Kursbuch Sozialmedizin der Bundesärztekammer ([12], S. 4) bestimmt u. a. folgende Zielsetzung: „Sozialmedizinische Expertise ist erforderlich bei der Interpretation von Begriffen wie Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, aber auch Rehabilitation, Rente, ebenso Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), Grad der Behinderung (GdB) und Grad der Schädigungsfolgen (GdS), Leistungsvermögen, Teilhabe und den damit verbundenen Versicherungsansprüchen. Angewandte Sozialmedizin zeigt Zusammenhänge zwischen den Bedingungen und Ausprägungen von Gesundheit, Krankheit und Behinderung sowie deren angemessener Versorgung auf.“

Sozialmedizinische Praxis

Die gegenwärtige sozialmedizinische Praxis hat ihren Schwerpunkt in der Sozialversicherungsmedizin, z. B. in der Begutachtung von Leistungsfällen bei Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit. Bedeutsame Arbeitgeber sind die Renten- und Unfallversicherungen sowie die Medizinischen Dienste der Kranken- und Pflegekassen, mit kleinerem Anteil auch der öffentliche Gesundheitsdienst. Die Relevanz dieses Tätigkeitsbereichs wird an den Fallzahlen erkennbar, die mit solchen Begutachtungsvorgängen in Zusammenhang stehen: Im Jahr 2021 gab es in Deutschland ca. 40 Millionen Arbeitsunfähigkeitsfälle, fast 7,8 Millionen Schwerbehinderte, fast 5 Millionen Pflegebedürftige, über 165.000 krankheitsbedingte Rentenzugänge und mehr als 180.000 Berufskrankheitenanzeigen allein bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften (vgl. www.gbe-bund.de, www.deutsche-rentenversicherung.de).

Die Sozialversicherungsärzte und -ärztinnen sind in Deutschland in verschiedenen Fachgesellschaften organisiert, z. B. in der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, der Deutschen Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin sowie in der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften . Ein europäischer Zusammenschluss ist die European Union of Medicine in Assurance and Social Security (EUMASS).

Darüber hinaus gibt es zunehmend ein unmittelbar auf gesellschaftliche Missstände reagierende sozialmedizinisches Engagement, z. B. seitens der „Ärzte ohne Grenzen“ oder den verschiedenen Angeboten der sogenannten Armenmedizin (z. B. des Mainzer Sozialmediziners Gerhard Trabert und seines Vereins „Armut und Gesundheit in Deutschland“) oder der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen.

Im akademischen Bereich sind in jüngerer Zeit auch Entwicklungen hin zu Inter- bzw. Transdisziplinarität, Multiprofessionalität und insbesondere einer Systemorientierung angestoßen worden. Das Befassen mit den sozialen, ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen von Gesundheit wird international unter den Schlagworten „New Public Health“ bzw. „systemische Phase der öffentlichen Gesundheitspflege“ geführt [13], [14], [15], [16], [17], [18] (Determinanten der Gesundheit; Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy, Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung, Salutogenese, Settingansatz/Lebensweltansatz, Systemische Perspektive in der Gesundheitsförderung). Wichtige Grundprinzipien sind hierfür beispielsweise Chancengleichheit,

Empowerment/Befähigung [19] und Sozialraum- und Gemeindeorientierung in der Gesundheitsförderung [20], in Deutschland historisch bedingt insbesondere auch die Ethik [21] (Ethik in der Gesundheitsförderung und Prävention).

Die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) hat als federführende wissenschaftliche Fachgesellschaft für die diesbezüglichen studentischen Querschnittsfächer (Q1: Epidemiologie, medizinische Biometrie, medizinische Informatik, Q3: Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, öffentliche Gesundheitspflege, Q10: Prävention, Gesundheitsförderung, Q12: Rehabilitation, physikalische Medizin, Naturheilverfahren) sowie für die Fächer Arbeitsmedizin und Sozialmedizin an den medizinischen Fakultäten in Deutschland einen Stoffkatalog ausgearbeitet [22]. Die Themen der Sozialmedizin sind auch im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog in der Medizin bzw. in der Zahnmedizin (NKLM 2.0) des Medizinischen Fakultätentags im Abschnitt VIII.4 Gesundheitsberatung, -förderung, Prävention und Rehabilitation abgebildet (siehe www.nklm.de).

Zukunft der Sozialmedizin

Die Zukunft der Sozialmedizin wird ebenso wie die von Public Health insgesamt durch folgende gesellschaftliche Herausforderungen geprägt sein:

- Die Gerechtigkeitsfrage im Gesundheitswesen insbesondere im Hinblick auf die gravierende gesundheitliche Ungleichheit infolge des Auseinanderklaffens zwischen Arm und Reich, ebenso im Hinblick auf die Geschlechtergerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung.
- Der demografische Wandel mit seinen (sozial-)medizinischen Folgen.
- Die Bewältigung der gesundheitlichen Folgen der Globalisierung, z. B. im Hinblick auf den Zugang von Menschen mit Migrationshintergrund [23] (Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund).
- Das Austarieren zwischen den präventiven, kurativen und rehabilitativen Bereichen des Gesundheitswesens.
- Die Auswirkungen von Digitalisierung und Künstlicher Intelligenz.
- Die konzeptionellen Weiterentwicklungen an der Schnittstelle von Individualmedizin und Bevölkerungsgesundheit/Public Health bzw. Gesundheitswissenschaften.
- Im Zusammenhang mit Letzterem der Erhalt der akademischen Institutionen der Sozialmedizin an den Hochschulen und Universitäten.

Die Sozialversicherungsmedizin ist naturgemäß vor allem in der Kuration und Rehabilitation verankert. Hier bieten sich Chancen für eine Verankerung auch als klinische Sozialmedizin, welche die vielfältigen sozialmedizinischen Aspekte aus Sicht der Patienteninnen und Patienten wie auch aus Sicht der Behandler und Behandlerinnen im konkreten Behandlungs- bzw. Rehabilitationsprozess aufgreift.

Ein insgesamt mehr präventiv und auf systemische Zusammenhänge ausgerichtetes Gesundheitssystem könnte auch der Sozialmedizin neue Praxisfelder erschließen, z. B. im Zusammenhang mit einer Reform des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder einem Ausbau präventiver Leistungen der Sozialversicherungszweige.

Weiterführende Quellen:

- Brüggemann S, Niehues C, Rose AD, Schwöbel B, editors. Pschyrembel. Sozialmedizin und Public Health. Berlin: de Gruyter; 2015.
- Deutsche Rentenversicherung (RV). Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. 7. Auflage. Heidelberg: Springer; 2011.
- Diehl CM, Kreiner CD, Diehl RG. Kurs- und Lehrbuch Sozialmedizin: Lehrbuch zu den Curricula der Bundesärztekammer. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2021.
- Klemperer D. Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften: Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. 4 edn. Bern: Hogrefe; 2020.
- Roller G, Wildner M, Arnold L, Berendt J, Böhmer MM, editors. Lehrbuch Öffentliche Gesundheit: Grundlagen, Praxis und Perspektiven. 1. Auflage. Bern: Hogrefe; 2024.
- Simoes E, Gostomzyk JG, Schmahl FW, Bamberg M, Brucker SY, Wallwiener D. Plädoyer für eine Stärkung der klinischen Sozialmedizin. Gesundheitswesen. 2014;76(08/09):513–7.
- Wildner M, Niehoff JU, Hoffmann W. Entwicklungslinien der Sozialmedizin und Öffentlichen Gesundheit in Deutschland. Gesundheitswesen. 2016;78(2):113–9.

Internetadressen:

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Available from: https://www.bar-frankfurt.de
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE). Die umfangreichste Datensammlung über unser Gesundheitswesen. Available from: https://www.gbe-bund.de
- Deutsche Rentenversicherung (RV). Available from: https://www.deutsche-rentenversicherung.de
- Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie (DGepi). Available from: https://www.dgepi.de
- Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin (DGPRM). Available from: https://www.dgprm.de
- Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V. (DGPH). Available from: https://www.deutsche-gesellschaft-public-health.de
- Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW). Available from: https://www.dgrw-online.de
- Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). Available from: https://www.dgsmp.de
- European Union of Medicine in Assurance and Social Security (EUMASS). Available from: https://eumass.eu

References

1. Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). Leitbild. 2006. Available from: https://www.dgsmp.de/ueber-uns/leitbild
2. Fangerau H, Franzkowiak P. Krankheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i069-2.0
3. Franzkowiak P, Hurrelmann K. Gesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i023-2.0
4. 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
5. 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
6. Schneck P. Nachwort zum fotomechanischen Nachdruck der Wochenschrift „Die medicinische Reform“, herausgegeben von Rudolf Virchow und Rudolf Leubuscher. In: Kirsten C, Zeisler K, editors. Dokumente der Wissenschaftsgeschichte: Die medicinische Reform Eine Wochenschrift. Berlin: Akademie-Verlag; 1983.
7. Schagen U, Schleiermacher S. 100 Jahre Geschichte der Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland (CD-ROM). Berlin: Forschungsschwerpunkt Zeitgeschichte, Institut für Geschichte der Medizin, Charité − Universitätsmedizin Berlin; 2015.
8. Delventhal C, Roelcke V. Manfred Pflanz (1923-1980) – zentraler Akteur bei der Institutionalisierung von Sozialmedizin und Medizinsoziologie. Gesundheitswesen. 2024 Mar;86(3):177–81. DOI:10.1055/a-2233-1782
9. Schaefer H, Blohmke M. Sozialmedizin. Stuttgart: Thieme; 1971.
10. 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
11. Bundesärztekammer. (Muster-)Kursbuch Sozialmedizin. 2020. Available from: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/_Muster-Kursbuecher/20200428_MKB-Sozialmedizin.pdf
12. Bundesärztekammer. (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018. 2018.
13. 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
14. 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

15. Böhme C, Köckler H, Quilling E. Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i151-1.0
16. 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
17. 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
18. Göpel E. Systemische Perspektive in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2015. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I120-1.0
19. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i10-3.0
20. Quilling E, Kaczmarczyk D, Schäfer P, Trojan A, Süß W. Sozialraum- und Gemeindeorientierung in 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-i021-3.0
21. Kuhn J, Wildner M. Ethik in der 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-i015-3.0
22. Brennecke R, Boschek HJ, Geraedts M, Scheidig C, Swart E, Walter U, Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) Sozialmedizinischer Stoffkatalog für die ärztliche AppO vom 27.6.2002. Gesundheitswesen. 2006;68(1):48–64.
23. Borde T, Blümel S. Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i047-2.0

Korrespondenz: Dr. Joseph Kuhn, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Veterinärstr. 2, 85764 Oberschleißheim, Deutschland, E-mail: joseph.kuhn@lgl.bayern.de

Zitierhinweis: Kuhn J, Wildner M. Sozialmedizin. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i115-1.0

Copyright: © 2026 Joseph Kuhn 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/

Sozialraum- und Gemeindeorientierung in der Gesundheitsförderung

Eike Quilling[1]
Dörte Kaczmarczyk[2]
Philipp Schäfer[3]
Alf Trojan[4]
Waldemar Süß[5]

[1] Fachbereich für Gesundheitswissenschaften, Professorin für Gesundheitspädagogik und -kommunikation, Hochschule Bochum, Bochum, Deutschland

[2] Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Hochschule Bochum, Bochum, Deutschland

[3] Hochschule für Gesundheit, Bochum, Deutschland

[4] Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

[5] Deutschland

Abstract

Gemeinwesenarbeit, Sozialraumorientierung und Gemeindeorientierung sind entscheidende Ansätze zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden in Gemeinschaften. Durch die Integration dieser Ansätze können umfassende und nachhaltige Maßnahmen zur Gesundheitsförderung entwickelt werden. Sie stärken die individuellen und kollektiven Ressourcen einer Gemeinschaft und verfolgen das Ziel, die Lebensqualität aller Bewohnerinnen und Bewohner zu verbessern. Im Interesse eines besseren (Grund-)Verständnisses, das Ausgangspunkt für gesundheitsfördernde Projekte sein könnte, werden die Ansätze hier grob skizziert. Zum einem, um die theoretischen und historischen Grundideen sowie die Bezugspunkte zur Sozialen Arbeit darzustellen, zum anderen, um die Ansätze voneinander abzugrenzen.

Keywords: Soziale Arbeit, Community Organizing, Kommune, Kommunale Gesundheitsförderung, Settingansatz

Gemeinwesenarbeit

Aufgrund verschiedener theoretischer Zugänge und methodischer Ansätze fehlt es an einem einheitlichen Verständnis von Gemeinwesenarbeit. Dies zeigt sich u. a. in der Vielfalt und Widersprüchlichkeit im fachlichen Diskurs über die [1], [2], [3].

In Deutschland hat die Gemeinwesenarbeit ihre Ursprünge in der Settlementbewegung des späten 19. Jahrhunderts. In der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg wurde sie in der Fachliteratur überwiegend in Orientierung an amerikanischen und niederländischen Modellen betrachtet. Der Begriff Gemeinwesenarbeit tauchte in Deutschland erstmals 1962 auf [4]. Dabei kann nicht von *einem* Konzept der Gemeinwesenarbeit gesprochen werden; vielmehr liegen mehrere Konzepte vor, die nicht immer trennscharf voneinander abzugrenzen sind [3]. Deshalb sind die Zielsetzungen vom jeweiligen Konzept abhängig.

Losgelöst von den unterschiedlichen Konzepten zielt Gemeinwesenarbeit allgemein darauf ab, Prozesse der Transformation von Verhältnissen anzustoßen, um Lebensumstände möglichst ganzheitlich zu verbessern [1]. Integriert werden hierbei individuelle und strukturelle Aspekte.

Gemeinwesenarbeit arbeitet auf territorialer (stadtteilbezogen), funktionaler (institutionen-/aufgabenbezogen) und kategorialer Ebene (zielgruppenbezogen), wobei häufig zielgruppenübergreifend und themenbezogen gearbeitet wird [3]. Oft bilden latente oder manifeste Konflikte insbesondere von strukturell benachteiligten Bevölkerungsgruppen bzw. in benachteiligten Wohngebieten den Ausgangspunkt [5]. Stövesand und Stoik beschreiben die Zielsetzung der Gemeinwesenarbeit wie folgt: „Ziel ist die Verbesserung von materiellen (z. B. Wohnraum, Existenzsicherung), infrastrukturellen (z. B.

Verkehrsanbindung, Einkaufsmöglichkeiten, Grünflächen) und immateriellen (z. B. Qualität sozialer Beziehungen, Partizipation, Kultur) Bedingungen unter maßgeblicher Einbeziehung der Betroffenen.“ ([3], S. 21).

Ihr Fokus liegt auf der Stärkung der Handlungsfähigkeit von Personen, der Kollektivierung von Interessen und der Auseinandersetzung mit strukturellen gesellschaftlichen Bedingungen. Zu den Prinzipien zählen Selbstermächtigung, Emanzipation und Partizipation. Als Methoden kommen aktivierende Befragungen, Gruppenarbeit, Großgruppenmoderationen, Netzwerkarbeit sowie Methoden der Analyse und Durchsetzung von Interessen, partizipativer Planungsinstrumente und der Theaterarbeit (vgl. u.a. [6] sowie [7]) zum Einsatz [2].

Sozialraumorientierung

Auch für das Verständnis von Sozialraumorientierung gibt es bedingt durch verschiedene Ansätze unterschiedliche Betrachtungsweisen. Diese begründen sich aus den theoretischen Bezügen und Entstehungszusammenhängen [8], [2], [9]. Prominent ist die Betrachtung der Sozialraumorientierung als ein Fachkonzept, das in diversen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit, beispielsweise in der Gemeinwesenarbeit, der Jugendhilfe oder in der Arbeit mit älteren Menschen und Menschen mit Behinderungen Anwendung findet [8].

In Abgrenzung zur Gemeinwesenarbeit versteht sich die Sozialraumorientierung als Fachkonzept, das zwar den Fokus auf den sozialen Raum legt, die Individuen und ihre Interessen sowie Ressourcen aber entscheidender Fokus der Arbeit ist. Sozialraumorientierung ist somit sowohl ein sozialökologischer Ansatz, der auf die Veränderung von Verhältnissen abzielt, als auch ein personenbezogener Ansatz, der sich auf sozialpädagogische und sozialpsychologische Theorien stützt [8], [2]. Ziel ist es, Ressourcen der Menschen und ihre Lebensräume zu nutzen, sie aufzubauen oder zu erweitern [8].

Folgende Prinzipien liegen diesem Konzept zugrunde [8]:

- Grundlage jeglicher Arbeit sind der Wille und die Interessen der Adressatinnen und Adressaten, nicht lediglich ihre Wünsche oder selbstformulierten Bedürfnisse.
- Vorrangig wird die Aktivierung der Personen angestrebt.
- Die Gestaltung der Hilfe erfolgt maßgeblich unter Berücksichtigung der personalen und sozialräumlichen Ressourcen.
- Aktivitäten sind zielgruppen- und bereichsübergreifend ausgerichtet.
- Die Basis für eine funktionierende Einzelfallhilfe wird durch die Vernetzung und die Integration verschiedener sozialer Dienste geschaffen.

Gemeindeorientierung

Anders als bei der der Gemeinwesenarbeit und der Sozialraumorientierung ist der Begriff der Gemeindeorientierung nicht spezifisch an ein sozialarbeiterisches oder sozialpädagogisches Konzept bzw. einen Ansatz gebunden. Vielmehr ist der Begriff als „Rahmen“ zu verstehen, um Prozesse sozialer Gruppen darzustellen.

Gemeinde ist „eine mehr oder weniger große lokale und gesellschaftliche Einheit, in der Menschen zusammenwirken, um ihr wirtschaftliches, soziales und kulturelles Leben zu fristen.“ ([10], S. 313). In dieser Definition wird sie als Ganzes betrachtet, unabhängig von ihren spezifischen Merkmalen. Am Department für Soziologie der Universität Chicago auch als „Chicagoer Schule der Soziologie“ bekannt, tauchte der Begriff das erste Mal auf, um die Befunde stadtsoziologischer Forschung abzubilden bzw. Strategien oder Methoden daraus abzuleiten, die zur Ermächtigung marginalisierter Gemeinden beitrugen.

Methoden der Gemeindeorientierung umfassen u. a. Bedarfsanalysen, partizipative Planung, Gemeindeentwicklung, Kapazitätsaufbau und Advocacy. Prominent dafür sind Ideen von Saul Alinsky [11] und seinem Konzept des Community Organizing (siehe auch [12]). Mit dem Bezug auf die kritischen und normativen Ansätze von Alinsky wird die politische Dimension deutlich, die die sozialen und ökonomischen Ungleichheiten als zentrales Gesellschaftsproblem benennen.

Zu den maßgeblichen Elementen der Gemeindeorientierung gehören die Förderung von sozialer Kohäsion, Gemeinschaftsidentität und sozialer Integration. Soziale Arbeit fungiert dabei als Unterstützung bei der Entwicklung von Netzwerken und Gemeinschaftsstrukturen, die das Wohlbefinden

und die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner verbessern. Diese Grundideen verweisen auf die enge Verbindung zu verschiedenen Überlegungen des Empowerments [13], [14], Empowerment/Befähigung [15].

Gesundheitsbezogene Perspektiven der Ansätze

Gemeinwesenarbeit, Sozialraumorientierung und Gemeindeorientierung sind theoretisch und historisch eng miteinander verbundene Konzepte, die sich ergänzen und verstärken können. Durch ihre Integration können umfassende und nachhaltige Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden in Gemeinschaften geschaffen werden.

Gemeinwesenarbeit ermöglicht es, die gesundheitsbezogene Bedürfnisse und Ressourcen der Gemeinschaft zu identifizieren sowie die Selbstorganisation und Selbsthilfe zu stärken. Sozialraumorientierung bietet einen Rahmen, um Gesundheitsförderung auf die Merkmale und Bedürfnisse des sozialen Umfelds auszurichten. Gemeindeorientierung fördert die Zusammenarbeit und Vernetzung verschiedener Akteurinnen und Akteure zur Entwicklung gemeinsamer Gesundheitsstrategien und -maßnahmen.

Was die drei Ansätze eint, ist die Interdependenz von strukturellen und gesellschaftlichen Bedingungen und subjektiven Handelns und das Empowerment der Akteurinnen und Akteure als Zielformulierung. Dieses Ziel wird auch in der kommunalen Gesundheitsförderung definiert [16]. Die genannten Ansätze finden sich daher insbesondere in solchen Strategien und Modellen wieder, die eine Grundlage für die kommunale Gesundheitsförderung schaffen [17], [18], Kommunale Gesundheitsförderung [19], Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung [20].

Die Ansätze beschreiben ähnliche Ausgangpunkte und Ziele, skizzieren jedoch unterschiedliche Strategien, die Ziele zu erreichen. Mit Blick auf strukturelle Ungleichheit und die daraus häufig resultierende gesundheitliche Ungleichheit, markieren sie einen Paradigmenwechsel: weg von „blaming the victim“ [21] (Determinanten der Gesundheit), hin zur Mitgestaltung sozialer Gerechtigkeit.

Die Bedeutung der Ansätze für die Praxis von Gesundheitsförderung und Prävention spiegeln sich auch i m Präventionsgesetz [22] von 2015 wider. Die dort verankerte Forderung nach Umsetzung des Settingansatzes beinhaltet die Gemeinde- und Sozialraumorientierung und sichert die Finanzierung und Förderung ebensolcher Maßnahmen und Interventionen. Hierbei ist die Rolle des Öffentliche Gesundheitsdienstes [23] (Öffentlicher Gesundheitsdienst [ÖDG] und Gesundheitsförderung) als gemeindeorientierter Akteur hervorzuheben.

Ein Best-Practice-Beispiel mit Beteiligung des örtlichen Gesundheitsamtes ist das Präventionsprogramm „Lenzgesund“. Es handelt sich um ein erfolgreich umgesetztes Projekt im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung mit der Besonderheit, dass Akteurinnen und Akteure aus unterschiedlichen Handlungsfeldern der sozialen Arbeit maßgeblich beteiligt wurden [24].

Wir bedanken uns bei den Kollegen Alf Trojan und Waldemar Süß für Ihre wissenschaftliche Vorarbeit und die Erstversion des Leitbegriffs, an die wir anknüpfen durften.

Weiterführende Quellen:

- Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V (DBSH). Deutschsprachige Definition Sozialer Arbeit. 2016. [accessed 2024 Feb 12]. Available from: https://www.dbsh.de/profession/definition-der-sozialen-arbeit/deutsche-fassung.html
- Herriger N. Empowerment in der Sozialen Arbeit: Eine Einführung. 5 edn. Stuttgart: Kohlhammer; 2014.
- Hinte W, Treeß H. Sozialraumorientierung in der Jugendhilfe: Theoretische Grundlagen, Handlungsprinzipien und Praxisbeispiele einer kooperativen-integrativen Pädagogik. 3 edn. Weinheim: Beltz; 2014. (Basistexte Erziehungshilfen).
- Hinte W, Lüttringhaus M, Oelschlägel D, editors. Grundlagen und Standards der Gemeinwesenarbeit: ein Reader zu Entwicklungslinien und Perspektiven. 3 edn. Münster: Votum; 2001. (Reihe Votum).
- Naidoo J, Wills J. Lehrbuch Gesundheitsförderung. 3 edn. Bern: Hogrefe; 2019. (Ciando library).
- World Health Organization (WHO). Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva; 1986.

Internetadressen:

- sozialraum.de. Available from: https://www.sozialraum.de
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Gesundheitsförderung im Quartier. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Präventionsprogramm „Lenzgesund“. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/detailseite/praeventionsprogramm-lenzgesund
- sozialraum.de. Integrierte Stadt(teil)entwicklung und Gemeinwesenarbeit: Available from: https://www.stadtteilarbeit.de

References

1. Fehren O, Martin E, Schreier M. Gemeinwesenarbeit im deutschsprachigen Raum. Ein Forschungsbericht zu Finanzierungsformen, Trägerschaften und Vorkommen von GWA. Alice Salomon Hochschule Berlin; 2023 Nov.
2. Stoik C. Gemeinwesenarbeit und Sozialraumorientierung – Ein „entweder - oder“ oder ein „sowohl - als auch“? sozialraum.de. 2011 [accessed 2024 Feb 16];(1/2011). Available from: https://www.sozialraum.de/gemeinwesenarbeit-und-sozialraumorientierung.php
3. Stövesand S, Stoik C. Gemeinwesenarbeit als Konzept Sozialer Arbeit – eine Einleitung. In: Stövesand S, Stoik C, Troxler U, editors. Handbuch Gemeinwesenarbeit. Traditionen und Positionen, Konzepte und Methoden Deutschland-Schweiz–Österreich Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit. Leverkusen: Budrich; 2013. p. 14–36.
4. Oelschlägel DS, Stövesand C, Troxler U. Geschichte der Gemeinwesenarbeit in der Bundesrepublik Deutschland. In: Handbuch Gemeinwesenarbeit. Traditionen und Positionen, Konzepte und Methoden Deutschland-Schweiz-Österreich Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit. Leverkusen: Budrich; 2013. p. 181–202.
5. Fehren O. Gemeinwesenarbeit und Sozialraumorientierung – ein ambivalentes Verhältnis. Forum Wohnen und Stadtentwicklung. 2017 [accessed 2024 Feb 12];(4):185–8. Available from: https://www.vhw.de/fileadmin/user_upload/08_publikationen/verbandszeitschrift/FWS/2017/4_2017/FWS_4_17_Gemeinwesenarbeit_und_Sozialraumorientierung_O._Fehren.pdf
6. Lüttringhaus M, Richers H. Handbuch Aktivierende Befragung. Konzepte, Erfahrungen, Tipps für die Praxis. Bonn: Verlag Stiftung Mitarbeit; 2022.
7. Ley A, Weitz L. Praxis Bürgerbeteiligung. Ein Methodenhandbuch. Bonn: Verlag Stiftung Mitarbeit; 2022.
8. Hinte W. „Sozialraumorientierung“ – Grundlage und Herausforderung für professionelles Handeln. In: Fürst R, Hinte W, editors. Ein Studienbuch zu fachlichen, institutionellen und finanziellen Aspekten. Wien: facultas; 2019. p. 9–28. DOI:10.36198/9783838550954
9. Spatscheck C. Methoden der Sozialraum- und Lebensweltanalyse im Kontext der Theorie- und Methodendiskussion der Sozialen Arbeit. sozialraum.de. 2008 [accessed 2024 Feb 16];(1/2009). Available from: https://www.sozialraum.de/spatscheck-theorie-und-methodendiskussion.php
10. König R, Hammerich K. Einige Bemerkungen zur Soziologie der Gemeinde. In: von Alemann H, editor. Soziologische Studien zu Gruppe und Gemeinde. Wiesbaden: VS; 2006. p. 310–21.
11. Alinsky S. Anleitung zum Mächtigsein: ausgewählte Schriften. 2 edn. Göttingen: Lamuv; 2003.
12. Fischer U, Stock L. Community Organizing: Das Konzept von Saul Alinsky und mögliche Formen der Umsetzung im Rahmen eines Stadtteilmanagements. In: Oehlerr P, Janett S, Guhl J, Fabian C, Michon B, editors. Marginalisierung, Stadt und Soziale Arbeit. Quartiersforschung. Wiesbaden: Springer VS; 2023. p. 63–82.
13. Herriger N. Empowerment in der Sozialen Arbeit: Eine Einführung. 5 edn. Stuttgart: Kohlhammer; 2014.
14. Solomon BB. Black empowerment: social work in oppressed communities. Columbia: Columbia University Press; 1976.
15. Brandes S, Stark W. Empowerment/Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i10-3.0

16. Quilling E, Babitsch B, Dadaczynski K, Kruse S, Kuchler M, Köckler H. Municipal health promotion as part of urban health: a policy framework for action. Sustainability. 2020;(12):1–10.
17. Quilling E, Mielenbrink V, Osterhoff A, Terhorst S, Tollmann P, Kruse S. State of evidence on municipal strategies for health promotion and prevention: a literature and database research (Scoping Review). BMC Public Health. 2022 Dec;22(1):1–11. DOI:10.1186/s12889-022-12607-0
18. Quilling E, Kuchler M, Kruse S, Leimann J, Mielenbrink V, Terhorst S. Recherche zu bestehenden Gesundheitsförderungsprogrammen und -strategien nach dem kommunalen Settingansatz. Ergebnisbericht. Berlin: GKV-Spitzenverband; 2021.:1–11.
19. Quilling E, Leimann J, Tollmann P. Kommunale 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-i043-1.0
20. Böhme C, Köckler H, Quilling E. Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i151-1.0
21. 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
22. Gerlinger T. Präventionsgesetz. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i092-4.0
23. 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
24. Trojan A, Süß W. Gesundheit fördern, wo die Menschen leben. Das Setting Gemeinwesen. In: Trojan A, Süß W, Lorentz C, Wolf K, Nickel S, editors. Quartiersbezogene Gesundheitsförderung: Umsetzung und Evaluation eines integrierten lebensweltbezogenen Handlungsansatzes. Weinheim: Beltz Juventa; 2013. p. 14–25.

Korrespondenz: Prof.in Dr.in Eike Quilling, Hochschule Bochum, Fachbereich für Gesundheitswissenschaften, Professorin für Gesundheitspädagogik und -kommunikation, Gesundheitscampus 6–8, 44801 Bochum, Deutschland, E-mail: eike.quilling@hs-bochum.de

Zitierhinweis: Quilling E, Kaczmarczyk D, Schäfer P, Trojan A, Süß W. Sozialraum- und Gemeindeorientierung in der Gesundheitsförderung. 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-i021-1.0

Copyright: © 2026 Eike Quilling 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/

Sozialversicherungsträger im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention

Thomas Gerlinger[1]

[1] Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe 1: Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie, Universität Bielefeld, Bielefeld, Germany

Abstract

Der vorliegende Text zeigt, dass Gesundheitsförderung im Kontext der Sozialversicherungsträger rechtlich insgesamt eher schwach normiert ist und die einschlägigen Bestimmungen keine individuellen Leistungsansprüche der Versicherten vorsehen. Anders sieht es auf dem Gebiet der Primärprävention aus. Hier sind vor allem die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) von Bedeutung. Bei dem an die Krankenkassen gerichteten Auftrag geht es um die allgemeine Vermeidung von Erkrankungen, während sich die Leistungen der GUV weitgehend auf die Arbeitswelt beschränken. Leistungen der Sekundärprävention werden ausschließlich von der gesetzlichen Krankenversicherung angeboten. Die gesetzliche Unfallversicherung und die gesetzliche Rentenversicherung sind vor allem für die Tertiärprävention von Bedeutung. Dies ist zugleich das komplexeste der hier betrachteten Handlungsfelder.

Keywords: Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation, Sozialversicherung

Einleitung

Das Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ ist außerordentlich breit und vielschichtig. Gesundheitsförderung und Prävention sind in vielerlei Hinsicht freiwillige Angelegenheiten, unterliegen zu erheblichen Teilen aber auch gesetzlichen Regelungen. Der Staat hat auf diesem Feld eine Gestaltungspflicht, die sich vor allem aus Art. 2 Abs. 2 des Grundgesetzes (GG) ergibt: „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.“ Die Kompetenzen in der Rechtsetzung, der Umsetzung und der Rechtsprechung verteilen sich auf Bund und Länder. In einer Vielzahl von Gesetzen legen Bund und Länder Ziele, Verfahren, Rechte und Pflichten der Beteiligten in der Gesundheitsförderung und Prävention fest. Der Bund ist – teilweise unter Mitwirkung der Länder – zuständig für einige grundlegende Regelungen. Dazu zählen z. B. das Infektionsschutzgesetz und das Arbeitsschutzgesetz. Die Länder sind für die Regelungen zur öffentlichen Gesundheit und zum öffentlichen Gesundheitsdienst zuständig.

Im Rahmen seiner Rechtsetzungskompetenz ist der Bund auch für die Sozialversicherung zuständig. Zwar unterliegt dieser Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung von Bund und Ländern nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG, allerdings hat der Bund seit Gründung der Bundesrepublik derart umfassend von seinem Gesetzgebungsrecht Gebrauch gemacht, dass für eigenständige Regelungen der Länder so gut wie kein Raum mehr geblieben ist.

Die Sozialversicherungsträger werden auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention mit zum Teil sehr unterschiedlichen Aufträgen betraut [1], [2], [3], [4] Gesundheitsförderung und Prävention in der Rehabilitation. Die entsprechenden Aufgaben sind in verschiedenen Sozialgesetzbüchern (SGB) geregelt: SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende), SGB III (Arbeitsförderung), SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung), SGB VI (Gesetzliche Rentenversicherung), SGB VII (Gesetzliche Unfallversicherung), SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) und SGB XI (Soziale Pflegeversicherung).

Definitionen

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention werden auf unterschiedliche Weise abgegrenzt. Wohl keiner der kursierenden Definitionsversuche ist in jeder Hinsicht trennscharf. Zumindest lassen sich auf diesem Handlungsfeld Interventionen finden, die nicht immer eindeutig einem bestimmten Typus der Prävention zuzuordnen sind. In diesem Text werden die nachfolgend erläuterten Definitionen zugrunde gelegt.

Gesundheitsförderung bezeichnet die Gesamtheit krankheitsunspezifischer Maßnahmen, die die

Gesundheit fördern sollen. Maßnahmen der Gesundheitsförderung sollen die Lebensverhältnisse der Menschen verbessern und damit die daraus erwachsenden Belastungen reduzieren [5] (Settingansatz-Lebensweltansatz) sowie ihre Ressourcen für eine gesundheitsförderliche Lebensgestaltung stärken [6]. Bei der Gesundheitsförderung stehen nichtmedizinische Maßnahmen im Vordergrund [7] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen).

Prävention meint im Unterschied dazu spezifische Maßnahmen, die sich auf die Vermeidung oder Verringerung bestimmter Krankheitsrisiken richten. Die betreffenden Maßnahmen werden häufig nach dem Interventionszeitpunkt unterschieden.

Primärprävention bezeichnet Maßnahmen, die vor dem Krankheitseintritt einsetzen. Primärprävention umfasst sowohl verhältnis- als auch verhaltensbezogene Maßnahmen, zudem medizinische Interventionen (z. B. Impfung). Hier spielen Rechtsvorschriften, soziale und psychische Hilfen sowie Beratung und Information eine besondere Rolle.

Sekundärprävention umfasst Maßnahmen zum Entdecken von symptomlosen oder symptomarmen, aber biomedizinisch eindeutig feststellbaren Frühstadien einer Krankheit. Sie wird zumeist mit Krankheitsfrüherkennung gleichgesetzt und bedient sich vor allem medizinischer Interventionen. Eine möglichst früh einsetzende Behandlung soll das Fortschreiten der Krankheit verhindern oder verzögern oder die Heilungschancen verbessern. Zur Sekundärprävention zählen im deutschen Sprachgebrauch auch solche Maßnahmen, die sich nicht auf Frühstadien von Krankheiten, sondern auf die Früherkennung von Risikofaktoren beziehen. Für sich genommen haben sie noch keinen Krankheitswert, aber sie erhöhen das Risiko einer späteren Erkrankung. Dies ist z. B. beim „Gesundheits-Check-Up“ der Fall, der u. a. Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Stoffwechselkrankheiten aufspüren soll.

Tertiärprävention zielt darauf, Folge- und Spätschäden einer bereits eingetretenen, manifesten Erkrankung zu verhindern, zu verzögern oder zu begrenzen. Dies betrifft Behinderungen oder Funktionsverluste, chronische Erkrankungen oder das Wiederauftreten einer akuten Erkrankung. In einem solchen Verständnis wird Tertiärprävention häufig auch mit Rehabilitation gleichgesetzt. Hier stehen verhaltensbezogene Maßnahmen im Vordergrund. In diesem Handlungsfeld sind zum Teil auch krankheitsunspezifische Maßnahmen anzutreffen, so dass sich in diesen Fällen Tertiärprävention und Gesundheitsförderung nicht immer eindeutig voneinander unterscheiden lassen.

Im Folgenden geht es ausschließlich um Leistungen, die sich unmittelbar auf die Abwendung von Behinderungen und Funktionseinschränkungen beziehen. Neben Ärztinnen und Ärzten sind auf diesem Feld auch eine ganze Reihe anderer Gesundheitsberufe anzutreffen. Allerdings folgen die von den Sozialversicherungsträgern verwendeten Begriffe dieser Definition nicht. Hier wird die Rehabilitation als eigenes Handlungsfeld von der Prävention abgegrenzt.

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Die Gesetzliche Krankenversicherung hat den inhaltlich umfassendsten Gesetzesauftrag in der Gesundheitsförderung und Prävention. Das Aufgabenspektrum reicht von der Gesundheitsförderung und Primärprävention über die Sekundarprävention bis hin zur Tertiärprävention.

Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und nichtmedizinischen Primärprävention sind vor allem die in §§ 20 ff. SGB V aufgeführten Leistungen zu erwähnen, die mit dem Präventionsgesetz 2015 präzisiert und erheblich erweitert wurden. Demnach sehen die Krankenkassen in ihren Satzungen Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (Primärprävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Dabei unterscheidet der Gesetzgeber zwischen Leistungen der Gesundheitsförderung in Lebenswelten, der betrieblichen Gesundheitsförderung [8] (Betriebliche Gesundheitsförderung) und der individuellen Verhaltensprävention [9] (Präventionsgesetz).

Dafür wurde im Jahr 2016 ein Soll-Wert in Höhe von 7,00 Euro je versicherter Person und Jahr festgelegt. Dieser Wert wurde seitdem gemäß der Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV angepasst (§ 5 Abs. 2 SGB XI). 2021 gaben die Krankenkassen im Durchschnitt 7,34 Euro je versicherter Person für diese Aufgaben aus [10], S. 11. Diese Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheiten beitragen. Ein individueller Leistungsanspruch der Versicherten ist mit dieser Pflicht aber nicht verbunden. Der GKV-Spitzenverband hat in seinem „Leitfaden Prävention“ Handlungsfelder und Kriterien für die entsprechenden Leistungen der Krankenkassen definiert [11].

Darüber hinaus trägt die GKV weitere Leistungen auf dem Gebiet der Primärprävention sowie eine Reihe sekundärpräventiver Leistungen:

- Verhütung von Zahnerkrankungen in Form der Gruppenprophylaxe und der Individualprophylaxe (§§ 21 und 22 SGB V).
- Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V), zu denen u. a. auch Schutzimpfungen gehören.
- Medizinische Vorsorge für Mütter (§ 24 SGB V).
- Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V), zu denen der so genannte „Gesundheits-Check-Up“ (Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie von Diabetes), Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sowie Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten und Risikofaktoren zählen, die die körperliche und geistige Entwicklung von Kindern gefährden können (U-Untersuchungen).
- Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten (§ 65b SGB V), mit denen die Teilnahme an qualitätsgesicherten Gesundheitskursen, nachgewiesenes Nicht-Rauchen, sportliche Betätigungen sowie die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen belohnt werden.

Ferner erbringen Krankenkassen Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§§ 11, 40 ff. SGB V). Die Versicherten haben Anspruch auf solche Leistungen, wenn sie notwendig sind, „um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern“ (§ 11 Abs. 2 SGB V). Für Rehabilitationsleistungen ist in der Regel derjenige Träger zuständig, der das finanzielle Risiko im Falle eines Scheiterns oder der Nichtdurchführung von Reha-Maßnahmen zu tragen hat. Bei Erwerbstätigen unterliegt die GKV gegenüber anderen Sozialversicherungsträgern einer nachrangigen Leistungspflicht. Demzufolge finanzieren die Krankenkassen Leistungen der medizinischen Rehabilitation nur, „wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften […] solche Leistungen nicht erbracht werden können“ (§ 40 Abs. 4 SGB V). Sie sind also erst in den Fällen zuständig, in denen andere Sozialversicherungsträger Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund der für sie geltenden Rechtsvorschriften nicht finanzieren. Dies betrifft vor allem Personen, die noch nicht (z. B. Kinder, Schülerinnen und Schüler, Studierende) oder nicht mehr erwerbstätig sind (z. B. Altersrentnerinnen und -rentner, Pensionäre).

Allerdings hat die Leistungspflicht der GKV wiederum Vorrang vor den Trägern der Eingliederungshilfe, die grundsätzlich erst dann zuständig sind, wenn Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erforderliche Leistungen nicht von anderen Trägern erhalten (§ 91 Abs. 1 SGB IX). In der Praxis erweist sich insbesondere die Abgrenzung der Zuständigkeiten von GKV und GRV mitunter als schwierig.

Soziale Pflegeversicherung

Die Soziale Pflegeversicherung hat mit dem Inkrafttreten des Präventionsgesetzes [9] (Präventionsgesetz) einen expliziten Präventionsauftrag für stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten [12] (Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege). Die Pflegekassen müssen seitdem „unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen“ (§ 5 Abs. 1 SGB XI). Diese Bestimmung beruht auf dem Befund, dass Pflegebedürftige trotz ihrer Einschränkungen über Gesundheitspotenziale verfügen, die gefördert werden können.

Ebenso wie für den Bereich der Krankenversorgung hat der GKV-Spitzenverband auch für den Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen Handlungsfelder und Kriterien für die entsprechenden Leistungen der Pflegekassen festgelegt [13]. Zudem wurden die Pflegekassen verpflichtet, jährlich eine bestimmte Summe für Prävention und Gesundheitsförderung in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen zur Verfügung zu stellen (§ 5 Abs. 2 SGB XI). Dieser Soll-Wert wurde im Jahr 2016 auf 0,30 Euro festgelegt und seitdem gemäß der Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV angepasst (§ 5 Abs. 2 SGB XI).

Ferner weist der Gesetzgeber den Pflegekassen die Aufgabe zu, „die Eigenverantwortung der Versicherten durch Aufklärung und Auskunft über eine gesunde, der Pflegebedürftigkeit vorbeugende Lebensführung zu unterstützen und auf die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen hinzuwirken“ (§ 7 Abs. 1 SGB XI). Die Pflegeberatung hat einen individuellen Versorgungsplan zu erstellen, der u. a. auch gesundheitsfördernde und präventive Hilfen einschließt (§ 7a Abs. 1 Nr. 2 SGB XI). Die Pflegestützpunkte haben die Aufgabe, diese Leistungen mit anderen Hilfen zu koordinieren (§ 7c Abs. 2 Nr. 2 SGB XI).

Schließlich wurden mit dem 2019 verabschiedeten Pflegepersonalstärkungsgesetz die Pflichten der Kassen auch auf die betriebliche Gesundheitsförderung in Pflegeheimen (und Krankenhäusern) erweitert, also auf die Gesundheitsförderung für die Beschäftigten selbst. Hintergrund sind die Bemühungen, die Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege (und der Krankenpflege) zu verbessern, um die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen und damit dem Fachkräftemangel in der Pflege entgegenzuwirken. 2019 wurden die Ausgaben der Kassen für die betriebliche Gesundheitsförderung in Pflegeheimen und Krankenhäusern auf insgesamt 1 Euro je versicherter Person und Jahr festgelegt. Seitdem sind sie jährlich gemäß der Veränderung des Durchschnittsentgelts der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr anzupassen (§ 18 Abs. 1 SGB IV).

Gesetzliche Unfallversicherung

„Aufgabe der Unfallversicherung ist es, […] 1. mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten, 2. nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen […]“ (§ 1 SGB VII). Dieser Auftrag schließt auch weitere Personengruppen ein, darunter die Besucherinnen und Besucher von Bildungseinrichtungen wie Kitas, Schulen oder Hochschulen (§ 2 Abs. 1 SGB VII).

Der Präventionsauftrag gibt den Trägern der Gesetzlichen Unfallversicherung ein breites Spektrum von Instrumenten an die Hand. Sie reichen von der Entwicklung eines detaillierten Vorschriften- und Regelwerks über die Überwachung und Sanktionierung von Unternehmen sowie die Information, Beratung und Qualifizierung. Er kann auch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung einschließen, sofern sie einen Beitrag zur Erfüllung des Präventionsauftrages leisten.

Die Gesetzliche Unfallversicherung ist für Rehabilitationsleistungen zuständig, wenn die betreffende Funktionseinschränkung Folge eines Arbeits- bzw. Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit ist.

Gesetzliche Rentenversicherung (GRV)

Für die Gesetzliche Rentenversicherung gilt der Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation“. Der Präventionsauftrag der Rentenversicherungsträger umfasst seit dem Inkrafttreten des 2016 verabschiedeten Flexi-Rentengesetzes die Erbringung „medizinische[r] Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit an Versicherte, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden“ (§ 14 Abs. 1 SGB VI). Diese Leistungen waren zuvor Ermessensleistungen der Rentenversicherungsträger und wurden zu Pflichtleistungen.

Auch wenn erste gesundheitliche Beeinträchtigungen noch nicht unbedingt einen akutmedizinischen Behandlungsbedarf begründen oder zu einer Arbeitsunfähigkeit führen, können persönliche Lebensumstände und arbeitsbezogene Faktoren dazu beitragen, dass die Ausübung der Beschäftigung mittel- oder langfristig gefährdet ist. Eine Gefährdung der ausgeübten Beschäftigung gilt dann als gegeben, wenn sich abzeichnet, dass die Betroffenen aufgrund der langfristigen Folgen dieser Beeinträchtigungen die körperlichen oder psychischen Arbeitsanforderungen nicht mehr bewältigen können.

Über die medizinischen Leistungen bei ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen hinaus soll die GRV darauf hinwirken, dass trägerübergreifende Modellprojekte durchgeführt werden, in denen die Einführung einer freiwilligen, individuellen und berufsbezogenen Gesundheitsvorsorge für Versicherte ab Vollendung des 45. Lebensjahrs erprobt wird (§ 14 Abs. 3 SGB VI).

Die Präventionsleistungen der Rentenversicherungsträger beinhalten verschiedene verhaltenspräventive Maßnahmen: Im Mittelpunkt steht das Ziel, die Kompetenzen und die Motivation für eine gesundheitsbewusste Lebensführung durch Informationen und Übungen zu stärken. Zu den wichtigsten Handlungsfeldern zählen die Themen „Ernährung“, „Bewegung“ und „Stressbewältigung“. Die Präventionsangebote der Rentenversicherung werden in dem Programm „RV Fit“ zusammengefasst [14].

Auf dem Gebiet der Rehabilitation weist der Gesetzgeber der Gesetzlichen Rentenversicherung – wie auch den anderen Leistungsträgern – eine Vielzahl von Aufgaben zu. So haben sie u. a.

- Art und Umfang des individuellen Rehabilitationsbedarfs festzustellen und das individuelle Rehabilitationspotential zu bewerten,
- die Rehabilitationsmaßnahme einzuleiten und zu finanzieren,
- sicherzustellen, dass die notwendigen Rehabilitationsangebote und -konzepte vorhanden sind und

an den sich verändernden Bedarf angepasst werden sowie
- die Betroffenen bei der Lösung von Orientierungsproblemen, die bei der Suche nach und der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen auftreten können, zu unterstützen.

Die Gesetzliche Rentenversicherung ist für die Rehabilitation zuständig, wenn die Erwerbsfähigkeit wiederhergestellt und Frühberentungen vermieden werden sollen [4] (Gesundheitsförderung und Prävention in der Rehabilitation).

Arbeitslosenversicherung

Die Bundesagentur für Arbeit und die örtlichen Jobcenter unterstützen im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrags zur Arbeitsförderung Arbeitslose auch im Hinblick auf gesundheitliche Fragen [15] (Gesundheitsförderung und Arbeitslosigkeit). Hintergrund dieser Aktivitäten sind zum einen die besonderen gesundheitlichen Risiken, denen Arbeitslose ausgesetzt sind, zum anderen die Tatsache, dass Gesundheit eine wichtige Voraussetzung für die Erwerbstätigkeit darstellt.

Ein wichtiges Vorhaben ist in diesem Zusammenhang das Projekt „Verzahnung von Arbeitsförderung und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ [16]. Hier arbeiten Krankenkassen und Agenturen für Arbeit sowie der Deutsche Landkreistag und der Deutsche Städtetag zusammen, um die gesundheitliche Situation von Arbeitslosen zu verbessern. Es soll Arbeitslose durch individuelle Beratungsgespräche für das Thema Gesundheit sensibilisieren und ihnen den Zugang zu Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention erleichtern. Auf diese Weise soll die Beschäftigungsfähigkeit der Betroffenen erhalten oder verbessert werden. Das Projekt wird von den Krankenkassen sowie den Jobcentern und Arbeitsagenturen finanziert. Mittlerweile sind rund 230 Standorte von Jobcentern an der Umsetzung dieses Projekts beteiligt.

Fragmentierung und Kooperation

Das System der Gesundheitsförderung und Prävention ist aufgrund der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern sowie aufgrund der Zuständigkeiten unterschiedlicher Sozialversicherungsträger hochgradig fragmentiert [17], [18] (Gesundheitsförderung 5: Deutschland; Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven). Im Interesse einer effektiven und effizienten Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik ist daher die enge Abstimmung zwischen den beteiligten Akteurinnen und Akteuren – sowohl zwischen den Sozialversicherungsträgern als auch zwischen Sozialversicherungsträgern und Staat – dringend erforderlich. Mit der Fragmentierung von Zuständigkeiten und der Diversität von Problemperspektiven und Zielen der Prävention wird auch die Koordination der unterschiedlichen an der Prävention beteiligten Träger zu einer bedeutenden Herausforderung.

Dieser Herausforderung Rechnung zu tragen, ist eines der zentralen Ziele des 2015 verabschiedeten Präventionsgesetzes [9] (Präventionsgesetz). Der mit ihm geschaffene institutionelle Rahmen für eine nationale Präventionsstrategie (Nationale Präventionskonferenz, Bundesrahmenempfehlungen, Landesrahmenvereinbarungen etc.) beinhaltet vielfältige Koordinierungs- und Kooperationsaufträge für die Sozialversicherungsträger (§§ 20b-g SGB V).

Schon vor dem Inkrafttreten des Präventionsgesetzes waren den Sozialversicherungsträgern vielfältige Koordinierungsaufgaben zugewiesen und in diesem Zusammenhang auch neue Institutionen geschaffen worden. Folgende Aspekte sollen hier hervorgehoben werden:

- Der GKV-Spitzenverband koordiniert das Handeln der Kassen und Kassenarten auch auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung u. a. durch die Verabschiedung des Leitfadens zur Prävention. Zudem schreibt der Gesetzgeber den Krankenkassen auf wichtigen Feldern der Gesundheitsförderung und Primärprävention ein gemeinsames und einheitliches Handeln vor. Die Krankenkassen tragen dem u. a. durch das „GKV-Bündnis für Gesundheit“ Rechnung.
- Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV) koordiniert als Spitzenverband das Handeln der neun gewerblichen Berufsgenossenschaften und der 24 Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand. Zu ihren Aufgaben zählt „1. Koordinierung, Durchführung und Förderung gemeinsamer Maßnahmen sowie der Forschung auf dem Gebiet der Prävention von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren, 2. Klärung von grundsätzlichen Fach- und Rechtsfragen zur Sicherung der einheitlichen Rechtsanwendung in der Prävention“ (§ 14 Abs. 4 SGB VII).
- Die Unfallversicherungsträger sowie Bund und Länder bilden gemäß dem Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) eine Nationale Arbeitsschutzkonferenz (§ 20b ArbSchG) und entwickeln eine gemeinsame deutsche Arbeitsschutzstrategie (§ 20a ArbSchG). In der Nationalen

Arbeitsschutzkonferenz legen sie u. a. gemeinsame Arbeitsschutzziele fest, stimmen ihr Vorgehen bei der Beratung und Überwachung der Betriebe ab und stellen ein verständliches, überschaubares und abgestimmtes Vorschriften- und Regelwerk her (§ 20a Abs. 2 ArbSchG).

- Die Deutsche Rentenversicherung Bund soll eine einheitliche Rechtsanwendung aller Rentenversicherungsträger bei der Gewährung medizinischer Präventionsleistungen gewährleisten (§ 14 Abs. 2 SGB VI).
- Die Rehabilitationsträger bilden zur Gestaltung und Organisation ihrer Zusammenarbeit die „Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation“ (BAR – § 39 SGB IX). Die BAR hat zahlreiche Aufgaben, zu denen u. a. die Beobachtung, Auswertung und Bewertung der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger, die Erarbeitung von Qualitätskriterien für die Rehabilitation und gemeinsamer Grundsätze für die Erkennung und Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs sowie die Koordinierung von Rehabilitationsmaßnahmen zählen (§ 39 Abs. 2 SGB IX).

Daneben gibt es vielfältige Formen der freiwilligen Zusammenarbeit. So kooperieren Verbände der Unfall- und der Krankenversicherung in der „Initiative Gesundheit und Arbeit “ (iga), in der die Beteiligten Wissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention austauschen und gemeinsame Vorgehensweisen entwickeln [19]. Krankenkassen und Stellen der Agentur für Arbeit arbeiten in dem Projekt „Verzahnung von Arbeitsförderung und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ zusammen, das die Gesundheit von Arbeitslosen verbessern soll [16]. Ein weiteres Beispiel für freiwillige Zusammenarbeit ist das Projekt „Neue Qualität der Arbeit“ (INQA) , in dem Sozialversicherungsträger mit Bund und Länder sowie Gewerkschaften und Arbeitgebern sich gemeinsam mit der Verbesserung der Arbeitsbedingungen befassen (INQA 2023).

Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention

Die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention machen nur einen kleinen Teil der Gesundheitsausgaben aus. Das Statistische Bundesamt bezifferte die Ausgaben beispielsweise für 2020 auf rund 15,0 Milliarden Euro (Tabelle 1). Das waren rund 3 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben in diesem Jahr – ein Anteil, der seit vielen Jahren recht stabil ist. Das Jahr 2021 war wegen der hohen Ausgaben für die Eindämmung der Corona-Pandemie ein Ausreißer.

Jahr	Allgemeiner Gesundheitsschutz	Gesundheitsförderung	Früherkennung von Krankheiten	Gutachten / Koordination	Prävention / Gesundheitsschutz insgesamt
2018	5.042	4.853	2.429	1.320	13.644
2019	5.629	5.122	2.528	1.415	14.695
2020	6.485	4.706	2.354	1.464	15.010
2021	21.494	5.178	2.616	1.436	30.724

Tab. 1: Ausgaben für Prävention/Gesundheitsschutz 2018 bis 2021 (Gesundheitsausgabenrechnung, Millionen Euro; Quelle: [20]*)*

Aus Tabelle 2 geht hervor, dass auf die Sozialversicherungsträger insgesamt rund zwei Drittel der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz entfallen. Der mit Abstand wichtigste Ausgabenträger unter den Sozialversicherungszweigen ist die GKV.

Jahr	Allgemeiner Gesundheitsschutz	Gesundheitsförderung	Früherkennung von Krankheiten	Gutachten / Koordination	Prävention / Gesundheitsschutz insgesamt
GKV	2.322	1.857	2.347	621	7.147
SPV	1.733	23	---	517	2.273
GUV	1.227	65	---	88	1.379
GRV	---	56	---	89	145

Tab. 2: Ausgaben für Prävention/Gesundheitsschutz nach Sozialversicherungsträgern im Jahr 2021 (Gesundheitsausgabenrechnung, Millionen Euro; Quelle: [20]*)*

Die Krankenkassen erhöhten nach dem starken Corona-bedingten Einbruch im Jahr 2020 ihre Ausgaben für Gesundheitsförderung und (nichtmedizinische) Primärprävention im Jahr 2021 wieder deutlich. Das

Ausgabenniveau des letzten Jahres vor der Corona-Pandemie wurde damit fast wieder erreicht (Tabelle 3).

Jahr	**Ausgaben je versicherter Person (Euro)**	**Gesamtausgaben (Millionen Euro)**
2018	7,49	544,5
2019	8,64	630,8
2020	5,65	414,3
2021	7,34	537,7

Tab. 3: Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (2018 bis 2021) für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention nach § 20 Abs. 4 SGB V (Quelle: [21]*, S. 133,* [10]*, S. 157)*

Einen ähnlichen Verlauf nahmen ihre Ausgaben für Rehabilitation und Vorsorge (Tabelle 4). Allerdings sind diese Ausgaben um ein Vielfaches höher als die Ausgaben nach § 20 SGB V.

Jahr	**Ausgaben je versicherter Person (Euro)**	**Gesamtausgaben (Milliarden Euro)**
2018	48,72	3,55
2019	50,39	3,68
2020	42,25	3,10
2021	47,56	3,49

Tab. 4: Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Rehabilitation und Vorsorge (Quelle: [22]*)*

Die Pflegekassen gaben im Jahr 2021 für Leistungen der Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen insgesamt rund 16,3 Millionen Euro (0,22 Euro je versicherter Person) aus. Das war ein deutlicher Wiederanstieg nach einem ebenfalls kräftigen pandemiebedingten Rückgang im Jahr 2020 (Tabelle 5).

Jahr	**Ausgaben je versicherter Person (Euro)**	**Gesamtausgaben (Millionen Euro)**
2018	0,14	9,9
2019	0,24	
2020	0,21	15,3
2021	0,22	16,3

Tab. 5: Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung für Leistungen der Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen (Quelle: [21]*, S. 133.* [10]*, S. 157)*

Die Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung verzeichneten im Jahr 2021 Aufwendungen für Prävention in Höhe von auf knapp 1,3 Milliarden Euro (Tabelle 6). Die Corona-Pandemie hatte in der

GUV eher geringe Auswirkungen auf das Ausgabenniveau in der Prävention. Ausgaben für Rehabilitation weist die GUV nicht eigens aus.

Jahr	Aufwendungen für Prävention (Millionen Euro)	In % der Gesamtaufwendungen
2018	1.289	8,33
2019	1.352	8,39
2020	1.298	7,66
2021	1.293	7,90

Tab. 6: Aufwendungen der Gesetzlichen Unfallversicherung für Prävention (Quelle: [23]*, S. 198,* [24]*, S. 348; eigene Berechnungen)*

Die Gesetzliche Rentenversicherung ist der bedeutendste Träger von Rehabilitationsleistungen [25]. In der Vergangenheit sind die Ausgaben für Rehabilitation deutlich gestiegen. Darin kommen nicht zuletzt gestiegene Belastungen in der Arbeitswelt und die Alterung der Erwerbstätigen zum Ausdruck. Der leichte Rückgang der Ausgaben für medizinische Rehabilitation im Jahr 2020 (Tabelle 7) stand im Zusammenhang mit den Auswirkungen der Corona-Pandemie.

Jahr	Medizinische und sonstige Leistungen	Aufwendungen für Rehabilitation insgesamt (Millionen Euro)
2018	4.339,2	6.756,6
2019	4.491,6	6.907,0
2020	4.255,1	7.031,5
2021	4.540,7	7.031,5

Tab. 7: Aufwendungen der Gesetzlichen Rentenversicherung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben 2018−2021 (Quelle: [25]*, S. 80)*

Resümee und Aussicht

Die Aufträge zur Gesundheitsförderung und Prävention unterscheiden sich zwischen den Sozialversicherungsträgern außerordentlich stark. Sie richten sich auf höchst unterschiedliche Tatbestände, verfolgen unterschiedliche Ziele und orientieren sich dabei an den jeweiligen Funktionen der einzelnen Träger im System der sozialen Sicherung. Dabei geht es zum einen um die Vorbeugung und Früherkennung von Krankheiten, zum anderen um die Vermeidung von Behinderungen, Funktionseinschränkungen und Chronifizierungen von Krankheit.

Insgesamt spielen Gesundheitsförderung und Prävention im Handlungsspektrum der Sozialversicherungsträger nur eine geringe Rolle. Das bei weitem größte Gewicht bei den einzelnen Trägern erlangen sie in der GUV. Allerdings finanzieren die Sozialversicherungsträger – im Rahmen der Gesundheitsausgabenrechnung – rund zwei Drittel der Gesamtausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz. Die wichtigste Akteurin von Gesundheitsförderung und Prävention unter allen Sozialversicherungsträgern ist die GKV.

Gesundheitsförderung ist insgesamt eher schwach rechtlich normiert. Explizite Aufträge zur Gesundheitsförderung finden sich nur in der GKV und in der SPV; allerdings erwachsen daraus in beiden Sozialversicherungszweigen keine individuellen Leistungsansprüche der Versicherten.

Auf dem Gebiet der *Primärprävention* sind vor allem die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung von Bedeutung. Dabei ist der an die Krankenkassen gerichtete Auftrag deutlich breiter ausgerichtet. Bei ihnen geht es hier um die allgemeine Vermeidung von Erkrankungen, während sich die Leistungen der GUV weitgehend auf die Arbeitswelt beschränken. Leistungen der *Sekundärprävention* werden ausschließlich von der GKV finanziert. Das komplexeste Handlungsfeld ist die *Tertiärprävention*. Hier sind vor allem die GUV und die GRV von Bedeutung. Die entsprechenden gesetzlichen Aufträge orientieren sich an den jeweiligen Funktionen, die die Träger im System der sozialen Sicherung wahrnehmen.

Die an die Sozialversicherungsträger gerichteten Anforderungen zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention werden in der vorhersehbaren Zukunft weiter wachsen. Dies ergibt sich zum einen aus den Herausforderungen zur Verbesserung der Lebensqualität, zum anderen aus den Herausforderungen, die die Bewältigung der ökonomischen Folgen des demographischen Wandels mit sich bringt. Ihnen Rechnung zu tragen ist den Sozialversicherungsträgern aber nur möglich, wenn die politisch Verantwortlichen bereit sind, sie politisch dabei zu unterstützen und ihnen die erforderlichen finanziellen Handlungsspielräume zu geben.

Internetadressen:

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Available from: https://www.bar-frankfurt.de
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV). Available from: https://www.dguv.de/de/index.jsp
- Deutsche Rentenversicherung Bund. Available from: https://www.deutsche-rentenversicherung.de
- GKV-Bündnis für Gesundheit. Available from: https://www.gkv-buendnis.de
- Initiative Gesundheit und Arbeit (iga). Available from: https://www.iga-info.de

Literatur:

- Gerlinger T. Primärprävention als sozialpolitische Aufgabe: Bedeutung und Entwicklung. In: Gesundheit als Aufgabe des Sozialrechts Bundestagung des deutschen Sozialrechtsverbandes eV am 12 / 13 Oktober 2017 in Leipzig. Berlin: Erich Schmidt Verlag; 2018. p. 9–25. (Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes; 67).

References

1. Kießling A. Der deutsche Sozialstaat als Sozialversicherungsstaat und seine Auswirkungen auf das Präventionsrecht. Rechtswissenschaft. 2016;7(4):597–624.
2. Walter U. Babylon im SGB? Eine Analyse der Begriffsvielfalt zur Prävention in den Sozialgesetzbüchern. Sozialer Fortschritt. 2003;52(10):253–61.
3. Welti F. Gesundheitsförderung und Prävention im System der Sozialversicherung seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes. V Sozial Arbeitsrecht. 2019;37(4):313–27.
4. Walter U, Patzelt C, Nowik D. Gesundheitsförderung und Prävention in der Rehabilitation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i050-2.0
5. 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
6. Gerlinger T, Rosenstock R. Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung. 4 edn. Hogrefe AG; 2023.
7. 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
8. Hartung S, Faller G. Betriebliche 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-i042-3.0
9. 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

10. Medizinischer Dienst Bund (MD Bund), GkV-Spitzenverband, editors. Präventionsbericht 2022. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2021. 2022 [accessed 2023 Jun 21]; Available from: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praeventionsbericht/2022_GKV_MDS_Praeventionsbericht_barrierefrei.pdf
11. GKV-Spitzenverband. Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. März 2023. 2023. [accessed 2023 Jun 21]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/Leitfaden_Pravention_Akt_03-2023_barrierefrei.pdf
12. 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
13. GKV-Spitzenverband. Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI in der redaktionell überarbeiteten Fassung vom August 2020. 2022. [accessed 2023 Jun 21]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/Leitfaden_Pravention_Pflege_Akt2022_barrierefrei.pdf
14. Deutsche Rentenversicherung. Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin. RV Fit: Rahmenkonzept für Leistungen zur Prävention. 2020. [accessed 2023 Jun 21]. Available from: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/rahmenkonzept_Med_Leistungen_Praevention.pdf?__blob=publicationFile&v=1
15. Hollederer A. Gesundheitsförderung und Arbeitslosigkeit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i149-3.0
16. GKV-Bündnis für Gesundheit. Arbeits- und Gesundheitsförderung systematisch verzahnen. 2023 [accessed 2023 Jun 21]. Available from: https://www.gkv-buendnis.de/buendnisaktivitaeten/bundesweite-aktivitaeten/arbeits-und-gesundheitsfoerderung
17. 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
18. Kaba-Schönstein L, Trojan A. Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven. 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
19. Initiative Gesundheit und Arbeit (iga). Erkenntnisse unserer Arbeit. 2023 [accessed 2023 Jun 21]. Available from: ww.iga-info
20. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE). Die umfangreichste Datensammlung über das Gesundheitswesen. 2023 [accessed 2023 Jun 21]. Available from: https://www.gbe-bund.de/gbe
21. Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (MDS), GkV-Spitzenverband, editors. Präventionsbericht 2020. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2019. 2020 [accessed 2023 Jun 21]; Available from: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praeventionsbericht/2020_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf
22. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Gesetzliche Krankenversicherung – Kennzahlen und Faustformeln. KF22BUND, Stand: Juni 2022. 2022 [accessed 2022 Jun 21]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2022Bund_Juni_2022.pdf
23. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), editors. Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2019: Unfallverhütungsbericht Arbeit. 2020; DOI:10.21934/BAUA:BERICHT20201215
24. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), editors. Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2021:

Unfallverhütungsbericht Arbeit. 2022; DOI:10.21934/BAUA:BERICHT20220718

25. Deutsche Rentenversicherung. Reha-Bericht 2022: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Mit dem Fokusthema: Abhängigkeitserkrankungen. 2022. [accessed 2023 Jun 21]. Available from: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2022.pdf?__blob=publicationFile&v=5

Korrespondenz: Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe 1: Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie, Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld, Deutschland, E-mail: thomas.gerlinger@uni-bielefeld.de

Zitierhinweis: Gerlinger T. Sozialversicherungsträger im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i135-1.0

Copyright: © 2026 Thomas Gerlinger
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/

Soziologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit

Nadine Reibling[1]
1

Professorin für Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit, Hochschule Fulda, Fulda, Germany

Abstract

Die Medizin- und Gesundheitssoziologie leistet einen zentralen Beitrag zur gesundheitswissenschaftlichen Forschung, indem sie soziologische Theorien und Konzepte auf Gesundheit und Krankheit anwendet und damit deren Verständnis maßgeblich prägt. Sowohl klassische soziologische Theoriekonzepte als auch neuere Ansätze sind im interdisziplinären Forschungsdiskurs bekannt und forschungsleitend. Gemeinsam ist diesen Ansätzen die Grundannahme, dass wir Gesundheit und Krankheit nicht allein als objektive, biologische Tatsachen begreifen können. Die soziologische Perspektive hebt stattdessen hervor, wie Gesundheit und Krankheit von sozialen Faktoren beeinflusst, in sozialen Interaktionen und gesellschaftlichen Aushandlungsprozessen konstruiert und innerhalb komplexer Organisationen bearbeitet werden.

Keywords: Soziologie, Gesundheit, Krankheit, Theorie, Gesundheitliche Ungleichheit

Die Soziologische Perspektive

Was ist das Besondere an der soziologischen Perspektive auf Gesundheit und Krankheit? Die Soziologie ist die Wissenschaft, die soziales Handeln, soziale Tatbestände und Gesellschaft als Ganzes verstehen und erklären möchte. Ihr Blick liegt auf dem Sozialen als Ursache, Kontext und Folge von Gesundheit und Krankheit. Die Bedeutung des Sozialen für Gesundheit, wie sie unter anderem durch Emile Durkheims Analyse des Selbstmords bereits Ende des 19. Jahrhunderts begründet wurde [1], war eine zentrale, umwälzende Idee, die das noch bis in die 1970-er Jahre vorherrschende biomedizinische Krankheitsmodell [2] (Biomedizinische Perspektive) in Frage stellte. Heute ist die Erkenntnis, dass Soziales auf Gesundheit wirkt, so weit verbreitet, dass sie nicht mehr als genuin soziologisch wahrgenommen wird. Sie ist zu einer von allen Gesundheitswissenschaften/Public Health [3] akzeptierten Tatsache geworden [4]. Der soziologische Beitrag zur Gesundheitsforschung geht aber über die thematische Ausrichtung auf das Soziale weit hinaus.

- Die Medizin- und Gesundheitssoziologie bringt allgemeine soziologische Theorien und Konzepte in den interdisziplinären Forschungsdiskurs ein und zeigt, wie diese helfen können, Gesundheit und Krankheit zu verstehen und zu erklären. Dieser theoriegeleitete Zugang ist es, der soziologische Forschung von anderen Disziplinen zum gleichen Forschungsgegenstand häufig unterscheidet [5].
- Darüber hinaus bringt die wachsende Zahl von Soziologinnen und Soziologen, die zum Thema Gesundheit forschen, qualitative und quantitative Methodenkompetenzen sowie eine Vielzahl sozialwissenschaftlicher Datenquellen ein, die auch die empirische Untersuchung des Sozialen an Gesundheit und Krankheit erweitert hat [6].

In der Bundesrepublik Deutschland hat sich (wie auch in anderen Ländern) zwischen den 1950-er bis 1980-er Jahren zunächst die Medizinsoziologie entwickelt mit einem starken Fokus auf Forschungsfragen mit Bezug zur professionellen Krankenbehandlung und den dafür spezialisierten Akteurinnen und Akteuren sowie Institutionen [7]. In den 1970-er Jahren hat sich die Medizinsoziologie als eigenes Fach an den medizinischen Fakultäten etabliert und entwickelte dort Lehr- und Forschungsaktivitäten mit eigenem theoretischem und konzeptionellem Theorierepertoire [8]. Sie wird seit 1972 fachpolitisch vertreten durch die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) [8]. Im gleichen Zeitraum hat sich auch an sozialwissenschaftlichen Fachbereichen die Forschung zu Medizin und ab den 1990-er Jahren insbesondere zu Gesundheit intensiviert. Die neuere als Gesundheitssoziologie bezeichnete Richtung bringt theoretische Perspektiven aus anderen Bindestrichsoziologien in die Gesundheitsforschung ein (Arbeitssoziologie, Ungleichheitssoziologie, Geschlechterforschung, Organisationssoziologie etc.) [9]. Seit 1975 vertritt die Sektion Medizin- und

Gesundheitssoziologie der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) die an den sozialwissenschaftlichen Fakultäten vertretene Forschung und Lehre innerhalb der Kerndisziplin und nach außen [10]. Darüber hinaus hat die Medizin- und Gesundheitssoziologie einen wichtigen Platz in den zunehmend ausgebauten gesundheitswissenschaftlichen Fachbereichen an Universitäten und Hochschulen sowie an externen Forschungsinstituten [7].

Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit ist demnach in unterschiedlichen organisationalen und (inter-)disziplinären Kontexten verortet. Dies hat zur Ausdifferenzierung von Forschungsgegenständen beigetragen: Während Soziologinnen und Soziologen an den medizinischen Fakultäten die Relevanz der Medizinsoziologie für die Medizin und die Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern herausarbeiten, sind Soziologinnen und Soziologen an sozialwissenschaftlichen Fakultäten mit der Verankerung ihres Forschungsfeldes innerhalb der Soziologie sowie mit der Anbindung an andere spezielle Soziologien befasst. An gesundheitswissenschaftlichen Fakultäten wiederum entwickeln Soziologinnen und Soziologien die Soziologie als Bezugswissenschaft für Public Health und für die Ausbildung von Gesundheitsberufen weiter. Über die Zeit hinweg entstand ein enger Austausch – sowohl innerhalb dieser Gruppen als auch mit den anderen Disziplinen, die sich mit den sozialen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit beschäftigen [7].

Die Medizin- und Gesundheitssoziologie betont insbesondere, dass das Verständnis der sozialen Bezüge von Gesundheit und Krankheit mehr bedeutet, als einen empirischen Zusammenhang zwischen sozialen Indikatoren und Gesundheit festzustellen. Es braucht soziologische Theorien, die Gesundheit auf der Mikroebene mit gesellschaftlichen Strukturen auf der Makroebene verknüpfen können. Außerdem ist ein methodologisches Instrumentarium erforderlich, das die Komplexität und Dynamik des Sozialen angemessen erfassen kann.

Forschungsgegenstände

Für Richter und Hurrelmann ([11], S. 11) „umfasst die Soziologie von Gesundheit und Krankheit eine große Bandbreite an Themen und Zugängen: Von der Analyse medizinischen Wissens über die Laienperspektive auf Gesundheit, die Erfahrung und Interpretation von Krankheit, soziale und kulturelle Aspekte des Körpers bis hin zur Analyse der Arzt-Patienten-Interaktion, die sozialen, ökonomischen und politischen Determinanten von Gesundheit und Krankheit sowie die soziale Organisation der Gesundheitsversorgung (Barry und Yuill 2012, Nettleton 2020). Sie bietet darüber hinaus eine umfassende, kritisch-analytische Sichtweise und einen eigenständigen Erklärungsansatz gesundheitsrelevanter Prozesse.“

Die Vielzahl dieser Forschungsgegenstände können anhand dreier Dimensionen geordnet werden (siehe Tabelle 1; Determinanten der Gesundheit [12])

Dimensionen	**Leitfragen**
Die soziale Produktion von Gesundheit und Krankheit	• Untersuchung von sozialen Mustern in der Verteilung von Gesundheit und Krankheit (z. B. sozialer Gesundheitsgradient). • Suche nach sozialen und nicht-biologischen oder psychologischen Erklärungen für diese Muster (z. B. „Rolle der Lebens- und Arbeitsbedingungen in der Entstehung, Bewältigung und Versorgung von Krankheiten“ ([11], S. 13).
Die soziale Konstruktion von Gesundheit und Krankheit	• Untersuchung dessen, was als Gesundheit und Krankheit gilt und wie es zwischen Kulturen und über die Zeit variiert (z. B. Medikalisierung sozialer Phänomene). • Reflexion von Kultur, Politik und moralischen Vorstellungen einer Gesellschaft zu einer bestimmten Zeit durch die herrschende/n Definition/en von Gesundheit und Krankheit.

Die soziale Organisation von Gesundheit und Krankheit	• Untersuchung, wie eine bestimmte Gesellschaft ihre gesundheitliche Versorgung organisiert, finanziert und in Anspruch nimmt (z. B. Bedeutung von kurativer Medizin im Vergleich zu Public Health). • Analyse von Gesundheitsprofessionen und -berufen. • Empfehlungen zur Steuerung der Versorgung.

Tab. 1: Dimensionen und zentrale Forschungsgegenstände der Medizin- und Gesundheitssoziologie (eigene Darstellung nach [11], S. 11 ff.)

In der Soziologie gibt es eine Vielzahl von Theorien, deren Popularität sich über die Zeit hinweg gewandelt hat. Im folgenden Teil des Leitbegriffs werden diese Theorieansätze kurz dargestellt. Aufgrund der Vielzahl der Ansätze, auf die hier nur kurz eingegangen werden kann, wird auf den Verweis auf Originalquellen zu den Ansätzen weitgehend verzichtet. Stattdessen erfolgt die Darstellung auf der Basis von vorhandenen Überblicksbeiträgen zu den einzelnen Theorieansätzen, die den Leserinnen und Lesern als weiterführende Lektüre empfohlen ist.

Klassische Theorieansätze

Zunächst werden hier die klassischen Theorieansätze dargestellt, deren Ursprünge im 19. bis Mitte des 20. Jahrhunderts liegen. Tabelle 2 gibt einen vergleichenden Überblick, wie Krankheit und Gesundheit von der jeweiligen Theorierichtung verstanden werden.

Soziologische Theorie(n)	Zentrale Vertreter	Grundkonzept
Strukturfunktionalismus	Parsons	Krankheit als Störung der Rollenerfüllung, Konstrukt der Krankenrolle zur funktionalen Sicherung von Rollenkonformität.
Symbolischer Interaktionismus	Strauss, Goffman, Scheff	Krankheit und Gesundheit werden über Handeln und soziale Interaktionsprozesse etabliert, reproduziert und zugeschrieben (Labeling).
Konflikttheorien	Marx, Weber	Gesundheit und Krankheit als Folge von sozialen Herrschaftsbeziehungen (Ausbeutung, Unterdrückung).
Sozialkonstruktivismus	Berger & Luckmann, Foucault	Gesundheit und Krankheit als soziale und kulturelle Interpretationen von biologischen Prozessen.
Feminismus/Geschlechtertheorien	De Beauvoir, Butler, West & Zimmerman	Gesundheit und Krankheit als Folge und Ausdruck des Geschlechts.

Tab. 2: Klassische soziologische Theorieansätze in der Medizin- und Gesundheitssoziologie (eigene Darstellung)

Strukturfunktionalismus

Der Strukturfunktionalismus war in den 1950-er Jahren die dominante Gesellschaftstheorie der Soziologie. Er betrachtet Gesundheit aus einer funktionalen Perspektive: Gesundheit ist ein Erfordernis für Individuen, um mit den Leistungsanforderungen der Strukturen wie der Arbeitswelt zurechtzukommen. Da jeder Mensch im Rahmen verbindlicher Rollenerwartungen funktionale Beiträge zu den Zielen von sozialen Systemen und zur Aufrechterhaltung ihrer Strukturen erbringen muss, ist Gesundheit auch für die Gesellschaft insgesamt bedeutsam. Krankheit wird daher als eine generalisierte Störung der Leistungsfähigkeit der Person für die von ihr normalerweise zu erwartenden Erfüllung von Aufgaben angesehen und als abweichendes Verhalten gewertet.

Krankheit kann demnach nur in einer neuen gesellschaftlichen Rolle geduldet und bewältigt werden: der Krankenrolle. Sie ist transitorisch angelegt: Der Patient bzw. die Patientin sind nur zeitweise von seinen bzw. ihren normalen Rollenverpflichtungen befreit und werden für die Krankheit nicht moralisch verantwortlich gemacht. Sie haben aber gleichzeitig die Verpflichtung, gesund werden zu wollen und dazu fachkundige (ärztliche) Hilfe aufzusuchen und ihren Anweisungen Folge zu leisten. Auf ärztlicher Seite bestehen komplementäre Rollenverpflichtungen: Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet zu affektiver Neutralität. Ihr Handeln soll frei vom Einfluss persönlicher Gefühle bleiben; das medizinische Fachpersonal muss außerdem fachlich kompetent sein, um vertrauensbildend sein zu können. Die Medizin hat damit die Funktion, das abweichende Verhalten zu legitimieren und übt zugleich soziale Kontrolle aus, damit Verhaltenskonformität wiederhergestellt werden kann.

Auch wenn Parsons theoretische Auseinandersetzung mit der Medizin wesentlich für die Entwicklung der Medizinsoziologie waren, wird sein Konzept der Arzt-Patienten-Beziehung heute eher kritisch betrachtet. Ein wesentlicher Kritikpunkt liegt darin, dass die Krankenrolle quasi universell ist und damit weder Unterschiede zwischen Krankheiten noch nach dem sozioökonomischen oder -kulturellen Hintergrund der Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Auch die Vorstellung des Strukturfunktionalismus von einer harmonischen Gesellschaft, die wie eine Maschine funktioniert, wird als problematisch angesehen, da auf diese Weise Konflikte und gesellschaftliche Dynamiken weitgehend ausblendet werden [5].

Neben dieser grundlegenden Kritik wird die Krankenrolle zumeist nicht mehr als zeitgemäß betrachtet. Insbesondere lässt sich der Wandel im Krankheitsspektrum hin zu chronischen Krankheiten nur schwer mit dem Modell von Parsons vereinbaren, da bei diesen Krankheiten eine vollständige Heilung bzw. Herstellung der Funktionsfähigkeit oft nicht möglich ist. Auch das hierarchische Verhältnis zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin oder Patient widerspricht dem heutigen Ideal einer partnerschaftlichen Beziehung und informierten Entscheidungsfindung. Schließlich verliert auch die in der Krankenrolle angelegte Entlastung von persönlicher Verantwortung an Bedeutung: Im Rahmen des präventivmedizinischen Risikofaktorenmodell [13] (Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell) werden zunehmend individuelle Verhaltensweisen wie Übergewicht betont, wodurch Personen stärker für ihren Gesundheitszustand verantwortlich gemacht werden.

Symbolischer Interaktionismus

In den 1960-er Jahren entwickelte sich der symbolische Interaktionismus als erste große Handlungstheorie. Er löste sich von der Vorstellung des Strukturfunktionalismus, dass Krankheit in einer vordefinierten Rolle fixiert sei. Stattdessen geht er davon aus, dass Krankheit erst durch Handeln und soziale Interaktion konstituiert wird. Der Fokus liegt also auf den Prozessen, in denen Personen eine Krankheit zugeschrieben wird bzw. sich selbst zuschreiben [5].

Diese eng an ein qualitatives Forschungsparadigma geknüpfte Theorie interessiert sich nicht für die Funktion von Gesundheit und Krankheit, sondern für die subjektiv und sozial zugeschriebene Bedeutung: Wie wird Krankheit wahrgenommen, erlebt und in Handlung und sozialer Interaktion gelebt? In vielen empirischen Studien wurde so gezeigt, dass Gesundheit und Krankheit bei jedem Individuum höchst unterschiedlich aussehen können und auch im Zeitverlauf unterschiedlich wahrgenommen werden [14]. Dabei haben sich Arbeiten in diesem Theoriekanon insbesondere mit Krankheiten auseinandergesetzt, die nicht gut mit der Parsonschen Idee der Krankenrolle vereinbar sind wie chronische Krankheiten, psychische Erkrankungen und Behinderungen. Ein wichtiger Befund war die Existenz und Verhandlung konfligierender Wahrnehmungen und Definitionen von Krankheit, z. B. zwischen Patienten bzw. Patientinnen und Ärzten bzw. Ärztinnen oder Angehörigen.

Der symbolische Interaktionismus hat insbesondere den Anspruch, die Kranken und ihre Erfahrungen und Handlungen in den Blick zu nehmen. Diese Perspektive macht deutlich, dass die Frage, ob jemand krank ist, weder vollständig von biologischen (z. B. körperlichen Veränderungen) noch von

gesellschaftlichen Faktoren (z. B. Diagnosemanualen) determiniert wird. Personen können in einem gesetzten Rahmen wählen, ob und wie sie Krankheit wahrnehmen, fühlen und leben [14]. Darüber hinaus hat der symbolische Interaktionismus die Bedeutung des Krankseins im Alltag näher beleuchtet und gezeigt, wieviel Arbeit insbesondere chronisch kranke Menschen und ihre Angehörigen leisten müssen, um ihren Alltag zu bewältigen [15].

Eine in den 1960-er und 1970-er Jahren einflussreiche Variante ist die Labeling-Theorie, die später auch in den Sozialkonstruktivismus Eingang fand. Ähnlich wie der Strukturfunktionalismus versteht die Labeling-Theorie Krankheit als abweichendes Verhalten. Anders als dieser geht sie jedoch davon aus, dass die Abweichung nicht aus dem Symptom oder Verhalten selbst resultiert, sondern erst durch die soziale Zuschreibung – das Labeling – zur Krankheit wird [5]. Der Ansatz nimmt an, dass Menschen mit einem Krankheitslabel zumeist ihr Verhalten und langfristig auch ihre Identität an die mit dem Etikett verbundenen Stereotype und Verhaltenserwartungen anpassen. Das zunächst von offiziellen Instanzen sozialer Kontrolle aufgelegte Fremdbild wird so häufig zum Selbstbild: Es entsteht eine Identität, die von der gesellschaftlichen Normalitätserwartung abweicht.

Konflikttheorien

Konflikttheoretische Ansätze gehen davon aus, dass eine Gesellschaft aus sozialen Gruppen besteht, die in einem Konflikt um Macht und Ressourcen stehen [5]. Das Ergebnis dieses Konfliktes ist Ungleichheit und erhöhte Krankheitsbelastung für die unterlegenen Gruppen. Ihren Ursprung haben diese Theorien in den Arbeiten von Karl Marx und Max Weber. Während der Strukturfunktionalismus davon ausgeht, dass soziale Systeme durch geteilte Normen und feste Rollenbeziehungen stabil sind, bedeutet Stabilität aus konflikttheoretischer Sicht, dass es einer Gruppe (Elite) gelungen ist, unterlegene Gruppen zu dominieren. Dabei unterscheiden sich Konflikttheorien in den Ausprägungen dieser Herrschaftsbeziehungen [5]. Während bei Marx die Grundlage ökonomisch ist (Ausbeutung), betont Weber Macht. Auch kulturelle Herrschaftsmechanismen beruhend auf Ideologien sind wichtig in den Konflikttheorien.

Dass Gesundheit und Krankheit in der Gesellschaft ungleich verteilt sind, ist heute ein weithin bekannter empirischer Befund. Dieser kann jedoch unterschiedlich interpretiert werden. Häufig werden Bildung, Einkommen und Berufsstatus als Eigenschaften der Individuen angesehen. Damit könnte die Gesundheit sozial benachteiligter Gruppen durch eine Verbesserung ihrer sozialen Lage erreicht werden, z. B. durch höhere Bildung oder mehr Einkommen. Aus konflikttheoretischer Sicht greift das zu kurz, denn hinter der Ungleichheit stehen soziale Beziehungen. Eine Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit erfordert daher auch makrostrukturelle Veränderungen z. B. durch Eingriffe in die Verteilung von Produktionsmitteln, politische Machtveränderungen und die Kritik bestehender Ideologien [16]. Die Stärke von Konflikttheorien ist, dass sie die Verbindung von Institutionen und Strukturen der Makroebene mit Gesundheit und Krankheit auf individueller Ebene aufzeigen.

Da die Implikationen der Konflikttheorien stark politisch aufgeladen sind, hat ihre Popularität seit den 1980-er Jahren abgenommen. Diese Entwicklung wird immer wieder kritisch hinterfragt, u. a. von Gerlinger [17], S. 13, der betont, dass die „Auswirkungen des aktuellen dynamischen Wandels in Ökonomie, Politik und Gesellschaft auf Gesundheit“ unzureichend berücksichtigt und übergreifende Gesellschaftstheorien in der Medizin- und Gesundheitssoziologie aktuell zu wenig Anwendung finden. Dabei, so Gerlinger, seien Gesundheit und Krankheit heute stark geprägt von einer Ausweitung der Markt- und Wettbewerbslogik im Arbeits- und Gesundheitssystem. Neue Steuerungsformen im Arbeitssystem führten zu Gesundheitsbelastungen etwa durch Flexibilisierung, Arbeitsverdichtung und Prekarisierung. Gleichzeitig werde das Gesundheitssystem zunehmend wettbewerbsorientiert: private Anbieter nähmen immer mehr Einfluss im Krankenhausbereich und in der Pflege. Dennoch gibt es auch neuere Ansätze (siehe z. B. Intersektionalität und Fundamental-Cause-Theorie), die sich als konflikttheoretisch verorten lassen.

Sozialkonstruktivismus

Die Grundannahme des Sozialkonstruktivismus besteht darin, dass soziale Phänomene nicht gegeben sind oder entdeckt, sondern aktiv konstruiert werden. Auch wenn Gesundheit und Krankheit eine biologische Basis haben (z. B. Veränderungen im Körper erfahr- oder messbar sind), ist die Frage, ob etwas als gesund oder krank angesehen wird, eine soziale Konstruktion. Sie basiert auf dem Handeln und den aktiven Entscheidungen von Akteurinnen und Akteuren in einem konkreten historischen,

sozialen und kulturellen Kontext. Im Englischen kann diese Unterscheidung auch sprachlich gemacht werden zwischen disease (die biologische Veränderung) und illness (der sozialen Bedeutung dieser Veränderung) [18].

Während der symbolische Interaktionismus sich auf die Konstruktion von Krankheit in sozialen Interaktionen auf der Mikroebene konzentriert, geht es im Sozialkonstruktivismus um die Konstruktion von Wissen und Kategorien auf einer übergeordneten, gesellschaftlichen Ebene. Ein Beispiel ist die Medikalisierungstheorie, die gezeigt hat, wie unterschiedliche Akteurinnen und Akteure z.B. Betroffene und soziale Bewegungen aktiv daran arbeiten, dass soziale Phänomene ein Krankheitslabel erhalten (Conrad, 2007). Sie weist darauf hin, dass unser Verständnis von Gesundheit und Krankheit das Ergebnis sozialer Aushandlungsprozesse ist, bei denen Interessen und Macht eine zentrale Rolle spielen, z. B. bei Entscheidungen über Diagnosemanuale oder in der Leitlinienentwicklung. Sind Krankheits- und Risikokategorien etabliert, werden sie meistens als objektive Tatsachen wahrgenommen.

Sozialkonstruktivistische Ansätze in der Medizin- und Gesundheitssoziologie werden häufig als einfache Medizinkritik missverstanden. Dabei geht es vielmehr darum, die Entstehungsprozesse und Wirkungen von Krankheitskategorien differenziert zu untersuchen, kritisch zu reflektieren und Alternativen denkbar zu machen [19].

Feminismus und Geschlechtertheorien

Der Feminismus untersucht die Bedeutung des Geschlechts zum Verständnis von sozialem Handeln und Gesellschaften [20]. Er wird auch als Konflikttheorie eingeordnet, da ihm die Vorstellung einer geschlechterbezogenen Herrschaftsbeziehung – dem Patriarchat – zu Grunde liegt. Eine wichtige konzeptionelle Unterscheidung des Feminismus war die zwischen sex – dem biologischen – und gender – dem sozialen Geschlecht, wobei diese heute häufig kritisch gesehen wird.

Eine geschlechterbezogene Betrachtung von Gesundheit und Krankheit ist weit verbreitet, u. a. grundlegend in der Gesundheitsberichterstattung [21]. Diese zeigt, dass Männer und Frauen sich hinsichtlich ihrer Gesundheit relevant unterscheiden. Das gilt in Bezug auf Lebenserwartung, Todesursachen, Krankheiten und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Dabei spielen sowohl das biologische Geschlecht (z. B. tritt Brustkrebs vor allem bei Frauen auf) als auch das soziale Geschlecht (z.B. sind Männer und Frauen unterschiedlichen belastenden Arbeitsbedingungen ausgesetzt) eine entscheidende Rolle. Das soziale Geschlecht beeinflusst Gesundheit unter anderem durch die Assoziation von Geschlecht mit bestimmten sozialen Rollen und Normen. Darüber hinaus sind gesundheitsbezogene Einstellungen und Lebensweisen/Lebensstile [22] eine wichtige Komponente des von West und Zimmerman beschriebenen „doing gender“, d. h. der Art, wie über Verhalten Geschlecht ausgedrückt bzw. erst konstituiert wird. Dieser Aspekt wird insbesondere auch im Hinblick auf die Männergesundheit diskutiert, da viele Aspekte eines gesundheitsförderlichen Lebensstils mit den Normen hegemonialer Männlichkeit kollidieren [20].

Der Beitrag feministischer und geschlechtertheoretischer Arbeiten liegt also darin zu zeigen, dass Gesundheit und Krankheit sowohl eine Folge bestehender Geschlechterunterschiede und -ungleichheiten als auch ein Ausdruck des eigenen Geschlechts darstellen.

Wie in der Doppelbezeichnung Feminismus und Geschlechtertheorien deutlich wird, gibt es in dieser Theorierichtung unterschiedliche Varianten.

- Der liberale Feminismus, der u. a. auf Simone de Beauvoirs Arbeiten zurückgeht, strebt eine Gleichheit der Geschlechter an. Mögliche biologische Unterschiede zwischen Männern und Frauen sollen keine Rolle spielen und werden daher weitgehend ausgeblendet. Der liberale Feminismus und seine Gleichstellungsagenda ist heute in Institutionen und Organisationen etabliert und integriert. Da in der Gesundheitsforschung der Körper ein wichtiger Aspekt darstellt, ist der liberale Feminismus hier eher weniger verbreitet [20].
- Der Differenzfeminismus betont die Unterschiede zwischen Männern und Frauen und stellt insbesondere das Besondere am Frausein und damit frauenspezifische Themen in den Fokus. In der Gesundheitsforschung war der Differenzfeminismus in mehrfacher Hinsicht entscheidend. Erstens hat er spezifische Frauengesundheitsthemen wie Schwangerschaft, Abtreibung etc. in die Diskussion eingebracht und eine bessere, den Bedürfnissen und Rechten der Frauen entsprechende Versorgung (z. B. natürliche Geburt) eingefordert. Zweitens hat er auf die Medikalisierung des weiblichen Geschlechts (z. B. PMS, Menopause) hingewiesen, die unter anderem auf der am männlichen Normal ausgerichteten Medizin beruht [20].
- Der postmoderne Feminismus (Geschlechter- oder Queer-Theory), zu der Judith Butlers Arbeiten

zählen, kritisiert den Fokus auf die binäre Geschlechtervorstellung (Mann/Frau) und die Heteronormativität älterer Geschlechtertheorien. Die Verwendung von Kategorien (auch in der Frauenbewegung oder zur Förderung von Minderheiten) reproduziere Geschlechter- und Machtunterschiede in gesellschaftlichen Diskursen [20].

Neuere Theoriebeiträge

Die Theorielandschaft hat sich in der Medizin- und Gesundheitssoziologie seit den 1970-er Jahren immer weiter ausdifferenziert [17], [7]. Neuere Theorien haben häufig einen geringeren Erklärungsanspruch und/oder beziehen sich auf ausgewählte Gegenstandsbereiche. Im Folgenden (Tabelle 3) werden einige neuere soziologische Theorieansätze dargestellt, die in der empirischen Medizin- und Gesundheitssoziologie häufig Anwendung finden.

Soziologische Theorie(n)	**Zentrale Vertreter**	**Grundkonzept**
Stress und soziale Unterstützung	Pearlin, Cobb	Gesundheit und Krankheiten sind das Ergebnis des Verhältnisses von Belastungen und Ressourcen.
Lebensverlaufsperspektive	Elder, Kuh & Ben-Shlomo	Gesundheit und Krankheit sind die Folge von Risiken und Ressourcen früherer Lebensphasen, insbesondere der frühen Kindheit.
Intersektionalität	Crenshaw, Collins	Gesundheit und Krankheit sind das Ergebnis mehrerer, verwobener Systeme der Unterdrückung (z. B. Patriarchat, Rassismus, Kapitalismus).
Gesundheitssystemforschung	Field, Mechanic	Gesundheit und Krankheit sind beeinflusst durch Gesundheitsorganisationen und Strukturen des Gesundheitssystems.
Fundamental-Cause Theorie	Link & Phelan	Aufgrund ihrer flexiblen Ressourcen verschaffen sich Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status gesundheitliche Vorteile.

Tab. 3: Übersicht neuerer Theorieansätze in der Medizin- und Gesundheitssoziologie (eigene Darstellung)

Stress und soziale Beziehungen

Die Stresstheorie postuliert, dass viele Krankheitszustände das Ergebnis akuter und chronischer Stressprozesse sind. Stressreaktionen sind damit ein grundlegender Mechanismus bei der Entstehung von Krankheiten. Der Stressprozess ist dabei überaus komplex und abhängig von Belastungen, Bewertungen und Ressourcen [23]. Stressbelastungen sind vor allem das Ergebnis struktureller Faktoren wie Arbeits- und Wohnbedingungen, die von der Politik adressiert werden können. Auch Diskriminierungserfahrungen, denen benachteiligte Personengruppen in der Gesellschaft stärker ausgesetzt sind, werden als ein bedeutsamer Auslöser für Stress untersucht [24]. Während

psychologische Ansätze vor allem personale Ressourcen und Coping-Strategien fokussieren, betonen soziologische Ansätze stärker die Bedeutung sozialer Ressourcen. Soziale Beziehungen sind daher eines der zentralen Konzepte der psychosozialen Erklärungsansätze für Gesundheit.

In der aktuellen Forschung wird die Schutzwirkung des Sozialen über unterschiedliche theoretische Konzepte abgebildet: Soziale Netzwerke und Soziales Kapital [25] erfassen dabei die Verfügbarkeit von Ressourcen, die an sich schon protektiv wirken können. Darüber hinaus ist die konkret erhaltene soziale Unterstützung wesentlich für den Gesundheitszustand [26].

Lebensverlaufsperspektive

Die Lebensverlaufsperspektive betont die Temporalität von Gesundheit und Krankheit über den Lebensverlauf. Die zentrale These ist, dass Gesundheit und Krankheit durch die Akkumulation von Risiken oder Ressourcen im Lebensverlauf entstehen. Das bedeutet, dass sich Situationen und Erfahrungen häufig erst mit großer zeitlicher Verzögerung in einem veränderten Gesundheitszustand zeigen [5]. Eine besondere Bedeutung hat hier die Phase der (frühen) Kindheit. Obwohl der allergrößte Teil der Kinder und Jugendlichen gesund ist, können die Risiken (z. B. Substanzkonsum der Eltern) und Ressourcen (z. B. sichere Bindung) aus der frühen Kindheit Gesundheit und Krankheit im mittleren und hohen Erwachsenenalter beeinflussen (Modell der kritischen Perioden) [27].

Die Lebensverlaufsperspektive hat zur Erkenntnis beigetragen, dass eine Langzeitperspektive notwendig ist, wenn wir Gesundheit und Krankheit erklären wollen. Dies stellt nicht nur an die empirische Gesundheitsforschung erhöhte Anforderungen (z. B. Längsschnittdaten und -verfahren), sondern auch an die theoretische Entwicklung der temporalen Wirkmechanismen. Daher existiert eine Vielzahl unterschiedlicher Theorien zur Erklärung von Gesundheitsverläufen innerhalb der Lebensverlaufsperspektive, wobei das Modell kumulativer Vor- bzw. Nachteile (cumulative advantage) besonders häufig angewandt wird [28].

Intersektionalität

Die Intersektionalitätstheorie hat ihren Ursprung in der Forschung Schwarzer Feministinnen in den USA, zu denen unter anderem Patricia Hill Collins und Kimberlé Crenshaw zählen, wobei auf Crenshaw der Begriff selbst zurückgeht. Sie argumentierten, dass die Erfahrungen und Benachteiligungen, die Frauen erleben, nicht universell sind, sondern sich noch einmal nach Hautfarbe, Klasse oder sexueller Orientierung unterscheiden [20]. Die Intersektionalitätstheorie ist im Grundansatz ebenfalls eine Konflikttheorie, die unterschiedliche Konfliktlinien miteinander verschränkt, d. h., dass bestimmte Formen von Benachteiligung erst durch die interaktive Betrachtung mehrerer Machtsysteme (Sexismus Rassismus, Klassismus) sichtbar werden. Die verschiedenen, möglichen intersektionalen Konstellationen theoretisch und empirisch zu fassen, ist ein aktives Feld soziologischer Gesundheitsforschung und spielt zunehmend auch in der Gesundheitsberichterstattung eine wichtige Rolle [29].

Gesundheitssystemforschung

Das Gesundheitssystem beeinflusst zwar nur einen Teil der Bevölkerungsgesundheit, spielt jedoch für das Leben kranker und pflegebedürftiger Menschen eine zentrale Rolle. Die Gesundheitssystemforschung untersucht Organisationen im Gesundheitsbereich sowie die Struktur des Gesundheitssystems insgesamt. Internationale Vergleiche zeigen, dass Gesundheitssysteme sehr unterschiedlich funktionieren, ausgestattet sind und reguliert werden [30]. Sowohl der institutionelle Aufbau als auch kulturelle Faktoren können die Versorgung, die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und die gesundheitlichen Ergebnisse beeinflussen. So zeigen ländervergleichende Studien beispielsweise, dass ein Fokus auf ambulanter Primärversorgung mit besserer Bevölkerungsgesundheit und weniger sozialer Ungleichheit im Gesundheitszustand assoziiert ist [31]. Darüber hinaus spiegeln Systeme die Bedeutung bestimmter gesellschaftlicher Werte wie Universalität, Solidarität, Wahlmöglichkeiten etc. wider.

Fundamental-Cause-Theorie

Die Fundamental-Cause-Theorie erklärt, warum soziale Unterschiede im Gesundheitszustand über die Zeit hinweg bestehen bleiben, obwohl sich die dahinterliegenden Mechanismen verändern (z. B. Hygiene, Rauchen, Exposition gegen COVID-19). Die Grundannahme der Theorie ist, dass Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status über flexible Ressourcen wie Wissen, Geld, Macht, Prestige

und hilfreiche soziale Beziehungen verfügen, die ihnen helfen, Risiken zu vermeiden und ihre Gesundheit zu schützen, wenn neue Krankheiten entstehen oder sich Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten verändern [32]. Dies zeigte sich zum Beispiel in der COVID-19-Pandemie, in der Ungleichheit erst entstand als Wissen über Präventionsmaßnahmen und Impfungen zur Verfügung standen [33].

Neue Erkenntnisse und Innovationen ermöglichen es privilegierten Gruppen erst durch den Einsatz ihrer Ressourcen, ihre Gesundheit zu verbessern [33]. Diese flexiblen Ressourcen werden von statushöheren Personen in sozialen Interaktionen strategisch eingesetzt, aber oft profitieren sie auch ohne aktives Handeln, z. B. weil sie aufgrund ihres Habitus in Institutionen wie dem Gesundheits- oder Bildungssystem bevorzugt werden [33]. Die Folge ist, dass Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status im Durchschnitt von fast allen Krankheiten weniger betroffen sind.

Die Fundamental-Cause-Theorie kann damit als eine spezifische Konflikttheorie betrachtet werden, denn sie versteht Gesundheit als das Ergebnis einer Position im sozialen Beziehungsgeflecht und fokussiert anders als viele andere Ungleichheitstheorien die Rolle privilegierter und nicht benachteiligter Gruppen für gesundheitliche Ungleichheit.

Theorien für Prävention und Gesundheitsförderung

Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit leistet auch einen wesentlichen Beitrag für Prävention und Gesundheitsförderung.

- Soziologische Theorien ermöglichen es zu erklären, warum Gesundheit und Krankheit von sozialen Determinanten bestimmt sind. Sie tragen damit wesentlich zur Legitimation der Notwendigkeit und Bedeutsamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung gegenüber medizinischer Versorgung bei.
- Soziologische Theorien wie die Stresstheorie haben neue Handlungsfelder der Gesundheitsförderung mitbegründet; Feminismus, Intersektionalität und Lebenslaufperspektive liefern zentrale Implikationen für die Ausrichtung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung.
- Soziologische Perspektiven auf Prävention und Gesundheitsförderung regen zu einer kritischen Auseinandersetzung mit Public Health und der Praxis der Gesundheitsförderung an. Kritische Perspektiven betonen, dass die Förderung von Gesundheit kein rein technisches Problem ist, sondern wesentlich von gesellschaftlichen Strukturen, Machtverhältnissen und Konfliktlinien geprägt ist [34]. Auf Perspektiven wie die Fundamental-Cause-Theorie oder konflikttheoretische Ansätze wird häufig verwiesen, um auf die Notwendigkeit umfassenderer Konzepte wie Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy [35] hinzuweisen oder um gesamtgesellschaftliche Veränderungen zu fordern.
- Andererseits hinterfragen soziologische Arbeiten aber auch grundsätzlich die wachsende Bedeutung von Gesundheit in unserer Gesellschaft und werfen einen kritischen Blick auf Public Health. Sie thematisieren beispielsweise, dass verhaltenspräventive Maßnahmen zur Stigmatisierung benachteiligter Bevölkerungsgruppen führen können, Settinginterventionen strukturelle Probleme in Settings depolitisieren oder durch eine Priorisierung von Gesundheit andere gesellschaftlichen Werte und Ziele aus dem Blick geraten können [34].

Egal ob legitimierend, handlungsleitend oder kritisch: die Bezüge der Soziologie zur Prävention und Gesundheitsförderung sind vielfältig. Deshalb wäre ein noch intensiverer Diskurs zwischen Medizin- und Gesundheitssoziologie einerseits und Präventions- und Gesundheitsförderungspraxis andererseits für beide Seiten ein Gewinn.

Internetadressen:

- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS). Available from: https://www.dgms.de
- European Society of Health and Medical Sociology (ESHMS). Available from: https://www.eshms.eu
- European Sociological Association (ESA). Research Networks: Research networks are an essential part of the intellectual life of the ESA. Available from: https://www.europeansociology.org/research-networks/rn16-sociology-health-and-illness
- Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS). Sektion Medizin- und Gesundheitssoziologie DGS. Available from: https://www.soziologie.de/sektionen/medizin-und-gesundheitssoziologie/aktuell

Literatur:

- Parsons T. The social system. New York: Free Press; 1951.

References

1. Durkheim E. Le suicide: Etude de sociologie. Paris: Félix Alcan; 1897.
2. Holst J. Biomedizinische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I006-2.0
3. 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
4. Pescosolido BA. Taking „the promise“ seriously: Medical sociology’s role in health, illness, and healing in a time of social chang. In: Pescosolido BA, Martin JK, McLeod JD, Rogers A, editors. Handbook of the sociology of health, illness, and healing: a blueprint for the 21st century. New York: Springer; 2011. p. 3–20. (Handbooks of sociology and social research).
5. Cockerham WC, Scambler G. Medical sociology and sociological theory. In: Cockerham WC, editor. The Wiley Blackwell companion to Medical Sociology. Hoboken, NJ: Wiley; 2021. p. 22–44.
6. Müters S, Lampert T. Datengrundlagen für gesundheitssoziologische und sozialepidemiologische Analysen. In: Jungbauer-Gans M, Kriwy P, editors. Handbuch Gesundheitssoziologie. Wiesbaden: Springer VS; 2020. p. 511–33. DOI:10.1007/978-3-658-06392-4_29
7. Gerlinger T. Geschichte der Soziologie von Gesundheit und Krankheit. In: Richter M, Hurrelmann K, editors. Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer VS; 2023. p. 99–118. DOI:10.1007/978-3-658-42103-8_6
8. Siegrist J. Die Entwicklung der Medizinischen Soziologie in Deutschland. In: Siegrist J, Stößel U, Trojan A, editors. Medizinische Soziologie in Deutschland. Entstehung und Entwicklungen. Deutschland: Springer; 2022. p. 3–21. (Gesundheit und Gesellschaft). DOI:10.1007/978-3-658-37692-5_1
9. Kriwy P, Jungbauer-Gans M. Ein soziologisches Konzept von Gesundheit: Eine Einführung. In: Jungbauer-Gans M, Kriwy P, editors. Handbuch Gesundheitssoziologie. Wiesbaden: Springer VS; 2020. p. 3–12. DOI:10.1007/978-3-658-06392-4_1
10. Reibling N, Kriwy P, Behrens J. Medizin- und Gesundheitssoziologie in der Deutschen Gesellschaft für Soziologie. In: Siegrist J, Stößel U, Trojan A, editors. Medizinische Soziologie in Deutschland. Entstehung und Entwicklungen. Wiesbaden: Springer; 2022. p. 45–64. DOI:10.1007/978-3-658-37692-5_3
11. Richter M, Hurrelmann K. Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit. In: Richter M, Hurrelmann K, editors. Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Springer VS; 2023. p. 1–19.
12. 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
13. Sperlich S, Franzkowiak P. Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I102-3.0
14. Charmaz K, Belgrace LL. Modern symbolic interaction theory and health. In: Cockerham WC, editor. Medical sociology on the move: New directions in theory. Dordrecht: Springer; 2013. p. 11–40.
15. Corbin JM, Strauss AL. Weiterleben lernen: chronisch Kranke in der Familie. München: Piper; 1993. (Familienwelten; 3).
16. Scambler G, Scambler S. Marx, critical realism, and health inequalities. In: Cockerham WC, editor. Medical sociology on the move: New directions in theory. Springer; 2013. p. 83–103. DOI:10.1007/978-94-007-6193-3_5
17. Gerlinger T. Theoretische Perspektiven in der Gesundheitssoziologie. In: Jungbauer-Gans M, Kriwy P, editors. Handbuch Gesundheitssoziologie. Wiesbaden: Springer VS; 2020. p. 117–36. DOI:10.1007/978-3-658-06392-4_44

18. Olafsdottir S. Social construction and health. In: Cockerham WC, editor. Medical sociology on the move: New directions in theory. Dordrecht: Springer; 2013. p. 41–59. DOI:10.1007/978-94-007-6193-3_3
19. Reibling N, Bleckmann L. The biopsychosocial welfare state: A theoretical framework. In: Reibling N, Ariaans M, editors. Toward a biopsychosocial welfare state? How medicine and psychology transform social policy. Palgrave Macmillan; 2023. p. 23–54. DOI:10.1007/978-3-031-32793-3_2
20. Annandale E. Gender theory and health. In: Cockerham WC, editor. Medical sociology on the move: New directions in theory. Dordrecht: Springer; 2013. p. 155–72.
21. Ziese T, Saß AC. Gesundheitsberichterstattung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I028-2.0
22. Röding D. Lebensweisen / Lebensstile. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I073-2.0
23. Pearlin LI, Menaghan EG, Lieberman MA, Mullan JT. The stress process. J Health Soc Behav. 1981;22(4):337–56.
24. Thoits PA. Stress and Health: Major Findings and Policy Implications. J Health Soc Behav. 2010;51(S):S41–53. DOI:10.1177/0022146510383499
25. V. D. Knesebeck O. Soziales Kapital. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I111-2.0
26. Vonneilich N, Von Dem Knesebeck O. Gesundheitliche Ungleichheiten und soziale Beziehungen. In: Jungbauer-Gans M, Kriwy P, editors. Handbuch Gesundheitssoziologie. Springer VS; 2020. p. 253–74.
27. Kuh D, Ben-Shlomo Y. A life course approach to chronic disease epidemiology. New York: Oxford University Press; 1997.
28. Engelhardt-Woelfler HE, Leopold L. Gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf. In: Jungbauer-Gans M, Kriwy P, editors. Handbuch Gesundheitssoziologie. Wiesbaden: Springer VS; 2020. p. 359–72. DOI:10.1007/978-3-658-06392-4_20
29. Gencer H, Saß AC, Prütz F. Geschlechtersensible Gesundheitsindikatoren für die Gesundheitsberichterstattung am Robert Koch-Institut (GBE-GI) – Ein Pilotprojekt im Rahmen der Joint Action PreventNCD. Bundesgesundheitsblatt. 2024;67:1315–20. DOI:10.1007/s00103-024-03959-6
30. Reibling N, Wendt C. Gesundheitssystemtypologien. In: Jungbauer-Gans M, Kriwy P, editors. Handbuch Gesundheitssoziologie. Wiesbaden: Springer VS; 2020. p. 625−643.
31. Kringos DS, Boerma W, Van Der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health depending. Health Aff (Millwood). 2013;32(4):686–94. DOI:10.1377/hlthaff.2012.1242
32. Link BG, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. J Health Soc Behav. 1995;80–94.
33. Clouston SA, Link BG. A retrospective on fundamental cause theory: State of the literature and goals for the future. Annu Rev Sociol. 2021;47:131–56. DOI:10.1146/annurev-soc-090320-094912
34. Schmidt-Semisch H. Soziologie und Public Health. In: Schmidt-Semisch H, Schorb F, editors. Public Health: Disziplin – Praxis – Politik. Wiesbaden: Springer VS; 2021. p. 65−84. DOI:10.1007/978-3-658-30377-8_5
35. 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

Korrespondenz: Prof. Dr. Nadine Reibling Dipl.-Soz. Wiss., Hochschule Fulda, Professorin für Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit, Leipziger Straße 123, 36037 Fulda, Deutschland, E-mail: nadine.reibling@gw.hs-fulda.de

Zitierhinweis: Reibling N. Soziologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-I116-1.0

Copyright: © 2026 Nadine Reibling
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/

Streetwork / Aufsuchende soziale Arbeit

Burkhard Gusy[1]
[1] FB Erwiss. & Psych., Freie Universität Berlin, Berlin, Germany

Abstract

Streetwork verlegt die Tätigkeit von Fachkräften der sozialen Arbeit in die Lebenswelten und Sozialräume der Adressatinnen und Adressaten. Dort werden Kontakte zu Personen und Gruppen aufgebaut, die einrichtungsgebundene Angebote meiden oder durch diese schwer erreichbar sind. Die Arbeit von Streetworkern besteht darin, vor Ort Unterstützung anzubieten, um die meist prekäre Lebenssituation der Adressatinnen und Adressaten zu stabilisieren bzw. zu verbessern. Sie kann ihnen auch den Zugang zu Einrichtungen der Sozial- und Gesundheitsversorgung erschließen. Prozessevaluationen belegen die Wirksamkeit dieses Arbeitsansatzes.

Keywords: Streetwork, Aufsuchende Arbeit, Mobile Jugendarbeit

Einleitung

Streetwork (im englischsprachigen Raum „outreach work“ genannt) bezeichnet alle aufsuchenden niedrigschwelligen, lebensweltnahen, psychosozialen und gesundheitsbezogenen Angebote für Personen, die durch einrichtungsgebundene Angebote nicht oder nicht mehr erreicht werden [1]. Statt in sozialen Einrichtungen die Adressatinnen und Adressaten [2] (Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren) zu erwarten, suchen Streetworker diejenigen, die aus verschiedenen Gründen nicht in Beratungsstellen kommen, in ihren jeweiligen Lebenswelten auf, um ihnen dort Unterstützung anzubieten [3] (Settingansatz / Lebensweltansatz).

Bei Drogenkonsumierenden oder Jugendlichen war die aufgesuchte Lebenswelt früher häufig die Straße (daher der Begriff Streetwork). Aufgrund der Unterschiedlichkeit der Adressatinnen und Adressaten wird statt von der Straße nunmehr vom (halb-)öffentlichen Raum gesprochen. Dieser schließt konkrete (Parks, Kaufhäuser, Clubs etc.) und virtuelle Räume (Social Media- oder Gaming-Plattformen) ein; in „hybriden“ Formen von Streetwork werden beide Zugänge kombiniert.

Ohne den Schutz und die Regularien ihrer Einrichtungen sind Streetworker in den Lebenswelten ihrer Adressatinnen und Adressaten Gäste und zunächst fremd, haben keine Rolle mit bestimmten Aufgaben und auch kein Hausrecht. Sie sind Akteurinnen und Akteure wie viele andere auch, die sich darum bemühen, die Menschen in ihren Lebenswelten kennenzulernen und die Beweggründe für ihr Verhalten (z. B. Drogenkonsum) nachzuvollziehen. Auf dieser Basis ist es vielleicht möglich, ihnen Alternativen zu ihrer derzeitigen Lebenssituation bzw. ihrem Gesundheitsverhalten anzubieten.

Die Akzeptanz der (aktuellen) Lebenssituation der Adressatinnen und Adressaten ist ein Grundsatz der Streetwork, ebenso die Verpflichtung zur Interessenvertretung für die jeweilige Gruppe [4]. Dies schließt eine respektvolle und kritische Auseinandersetzung mit den Positionen und Haltungen der aufgesuchten Personen mit ein [5].

Die Anforderungen an Streetworker entstehen aus den jeweiligen Problemlagen bzw. Bedarfen der erreichten Personen. So konstatierte z. B. Peters [6] für das Beratungszentrum „Kö 16A“, ein frühes Projekt zur aufsuchenden Sozialarbeit in der Hamburgischen Drogenprävention der 1970er Jahre, dass die Aufgabe sich auf Erst- und Kurzkontakte beschränke und eine langfristige Betreuung ausschließe. Gefordert seien u. a. Verschwiegenheit in der Arbeit, persönliche Kontakte mit Bezugspersonen, konkrete Hilfen und unkonventionelles Handeln. Nachgefragt wurden zu diesem Zeitpunkt von den erreichten Personen vorrangig beschützende, weniger präventive Hilfen. In vielen Bereichen aufsuchender sozialer Arbeit gibt es heute auch langfristige Begleitungen der Adressatinnen und Adressaten.

Adressatinnen und Adressaten von Streetwork

Streetwork richtet sich an Personen mit sehr unterschiedlichen Lebenserfahrungen: An Menschen, die Drogen konsumieren, einsam sind, glücksspielbezogene Probleme haben, psychisch erkrankt sind, von

Wohnungslosigkeit bedroht oder bereits wohnungslos sind. Andere haben Gewalt erfahren, ihre sexuelle Identität bzw. Gesundheit ist bedroht, sie sind suizidgefährdet, von Katastrophen, Kriegen oder einer Pandemie betroffen. Sie sind eingewandert oder geflüchtet, sind als Sexarbeitende tätig, wurden aus der Haft entlassen oder leben in zerrütteten Familien.

Durch Streetwork angesprochen werden alle Altersgruppen: Kinder, Jugendliche, Erwachsene oder ältere Menschen. Gemeinsam ist allen, dass sie eine geringe Gesundheitskompetenz zeigen und in der Regel keinen oder nur eingeschränkten Zugang zu Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitsbereichs haben. Wenn doch, können sie dort ihre Bedarfe oft nicht geltend machen, oder sie erfahren keine bedarfsgerechte Unterstützung.

Während der COVID-19-Pandemie gab es beispielsweise aufsuchende Impfangebote in Stadtteilen, in denen zahlreiche sozial benachteiligte Menschen lebten. Anlass für diese Initiative war die geringe Impfquote sozial Benachteiligter in bestimmten Regionen.

Streetworker kombinieren idealerweise verschiedene Methoden der sozialen Arbeit. Neben der aufsuchenden Arbeit sind dies die Gemeinwesenarbeit (Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit) sowie die Arbeit mit Einzelnen und Gruppen. In der aufsuchenden Arbeit werden z. B. eher Mängel in der Infrastruktur des gesundheitlichen Versorgungsystems erkannt. Hier ist es Aufgabe der Streetworker, die Mängel rückzumelden, um Lücken im Versorgungsystem zu schließen und bedarfsorientierte Angebote (mit) zu entwickeln, um den Menschen neue Ressourcen zu erschließen.

In der Einzelarbeit sollen tragfähige und vertrauensvolle Beziehungen aufgebaut werden, die eine alltagsnahe Unterstützung und Begleitung in der Lebenswelt der erreichten Personen erst möglich machen (z. B. Krisenintervention) und zugleich eine zielgerichtete Vermittlung in andere Fachdienste erleichtern. Hier fungieren Streetworker als Bindeglied zum Hilfesystem. Partizipativ gestaltete gruppenbezogene Angebote (sport-, erlebnis- oder bildungsorientiert) dienen dazu, die sozialen Kompetenzen zu stärken, das soziale Netz zu stabilisieren und die (Mit-)Gestaltung der eigenen Lebensräume zu forcieren.

Was machen Streetworker?

Der Aufbau und die Aufrechterhaltung tragfähiger und vertrauensvoller Kontakte setzt voraus, dass Streetworker die relevanten, frequentierten Sozialräume kennen und dort präsent sind. Empathie, Respekt und Wertschätzung, Kommunikationsfähigkeit, Flexibilität, Offenheit, Authentizität, Geduld, Selbstreflexion und Durchsetzungsvermögen sind dabei hilfreiche Eigenschaften. Es kann nicht erwartet werden, dass den guten Absichten der Streetworker ein Vertrauensvorschuss entgegengebracht wird.

Belastbare Beziehungen sind eine wichtige Voraussetzung dafür, unterstützen, stabilisieren und auch Veränderungsprozesse anregen und begleiten zu können. Dabei sollen gemeinsam Alternativen entwickelt werden, die ein minder (selbst-)gefährdendes Zurechtkommen im öffentlichen und privaten Raum ermöglichen [7].

Initiativen können zum einen lebensweltnah und problembezogen organisiert werden (Drogenkonsumräume, Übernachtungs- und Essensangebote, medizinische Versorgung etc.), auf akuten Bedarf reagieren oder Einrichtungen das etablierte gesundheitsbezogene oder psychosoziale Versorgungsystem erschließen.

Dazu sollten Streetworker die lokalen Versorgungsangebote kennen, das jeweils passende Angebot gemeinsam auswählen, einen einfachen Zugang herstellen und Schwellenängste (z. B. durch Begleitung) minimieren.

Präventive und gesundheitsfördernde Ziele

Das primäre Anliegen von Streetwork ist es, Menschen auf ihrem Weg zu einem selbstbestimmten und autonomen Leben zu begleiten, ihre Ressourcen zu stärken, gefährdende und prekäre Lebenssituationen zu mindern, Entwicklungschancen aufzuzeigen und gesundheitliche Schädigungen zu vermeiden bzw. deren Folgen abzuschwächen [5]. Die Aktivitäten dafür setzen an den individuellen Bedürfnissen der Adressatinnen und Adressaten an, weisen aber Gemeinsamkeiten auf, die im Folgenden vorgehoben werden.

Sie umfassen unter anderem:

Aufklärung, Beratung und Begleitung in der aktuellen Lebenssituation: Die Angebote können in der Information über gesundheitsrelevante Themen bestehen wie beispielsweise zum Drogenmissbrauch, zu sexuell übertragbaren Infektionen (STIs) [8] (Prävention übertragbarer Erkrankungen) und Hygienepraktiken, die den Gebrauch illegaler Substanzen (Safer Use) sicherer machen bzw. das Risiko sexuell übertragbarer Infektionen minimieren (Safer Use). Die unterstützende Verteilung von Präventionsmaterialien (z. B. sterile Spritzen, Kondome) ist dabei hilfreich. Zur Reduktion von psychischen Belastungen und Problemen sowie zur Stressbewältigung sind auch individuelle Beratungen ein wichtiger Baustein. Durch die Schulung von Drogenkonsumierenden zu Sofortmaßnahmen an Szene-/Milieuangehörige (peergestütztes „outreach work“) im Notfall kann die Anzahl an Drogennot- und Todesfällen verringert werden.

Unterstützung zur Veränderung der (aktuellen) Lebenssituation: Aufklärung, Beratung und Begleitung können darauf zielen, das Leben unter derzeitigen Bedingungen gesünder zu gestalten. Sie können aber auch den Wunsch nach Veränderung wecken und stärken. Die erreichten Personen können durch Streetworker dabei unterstützt werden, Alternativen zu entwickeln und umzusetzen, die ein gesünderes Leben ermöglichen. So kann z. B. die Motivation zu einem Ausstieg bei Drogenkonsumierenden oder Sexarbeitenden gefördert und der Ausstieg durch die Vermittlung passgenauer Unterstützungsangebote begleitet werden.

Förderung der Inanspruchnahme und der bedarfsgerechte Ausbau des Gesundheitsversorgungssystems: Ist z. B. bei Krisen oder Notfällen keine Versorgung in der Lebenswelt der erreichten Personen möglich, werden die Ressourcen des etablierten psychosozialen oder medizinischen Versorgungssystems genutzt. Hier kommt dem Streetworker die Funktion eines „Lotsen“ zu, der gemeinsam mit den Adressatinnen und Adressaten ein passendes Angebot auswählt und bei Wunsch, sie dorthin begleitet, um die Barrieren zur Inanspruchnahme gering zu halten. So kann z. B. die ambulante Nutzung psychosozialer Dienste und therapeutischer Unterstützung sowie der Zugang zu stationären Einrichtungen (Krankenhäusern, Entzugsangeboten) erschlossen werden. Diese Erfahrungen können dazu führen, bestehende Ressentiments abzubauen und eine zukünftige unbegleitete Inanspruchnahme zu ermöglichen. Im Kontakt erfahren Streetworker häufig, wie etablierte Versorgungsangebote aus der Sicht der Adressatinnen und Adressaten wahrgenommen werden, welche Angebote aus welchen Gründen (nicht) genutzt werden und welche Bedarfe bestehen. Dies kann zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung des Versorgungsystems genutzt werden. So fehlt es häufig an lebensweltnahen, niedrigschwelligen Angeboten der Erst- und Akutversorgung (z. B. Ausgabe von Verbandsmitteln, Salben, Versorgung von Wunden/Abszessen) auch für nicht krankenversicherte Personen. Angebote wie z. B. eine medizinische Akutversorgung vor Ort könnten dazu beitragen, dass gesundheitliche Beschwerden frühzeitig behandelt werden und nicht zu manifesten Gesundheitsproblemen auswachsen.

Entwicklung von Lebens- und Gesundheitskompetenzen: Die Aktivitäten von Streetworkern zielen darauf ab, den Menschen neue Erfahrungen zu ermöglichen. Das können alternative Freizeitmöglichkeiten, (neue) Kontakte und Selbstwirksamkeitserfahrungen sein. Erschlossen werden können darüber hinaus Ressourcen, die zur Persönlichkeitsentwicklung beitragen.

Wie wirksam ist Streetwork?

Streetwork ist ein komplexer und vielschichtiger Arbeitsansatz mit heterogenen, vielfach stigmatisierten Adressatengruppen, die sich in sehr verschiedenen Lebenswelten aufhalten. Dies erschwert eine (standardisierte) Evaluation ihrer Wirkung. Hinzu kommt, dass die Ziele der Arbeit nicht konkreter operationalisiert werden wie z. B. eine Verbesserung der gesundheitlichen Lage. Außerdem können sich die Ziele in den darauf bezogenen Prozessen stark voneinander unterscheiden und sind allein am Bedarf der Menschen orientiert.

Den Versuch einer Evaluation wagten Stumpp und Üstünsöz-Beurer [9], die 400 ehemals durch Streetwork betreute Jugendliche retrospektiv (1 bis 5 Jahre) zur Entwicklung ihrer Lebenssituation befragten. Die Jugendlichen hatten sich in der Mehrheit psychosozial stabilisiert. Sie befanden sich entweder in einer Ausbildung oder gingen einer Erwerbstätigkeit nach (60 %) und rechneten sich deutlich bessere Chancen auf dem Arbeitsmarkt aus als früher (76 %). Sie hatten ihre soziale und gesundheitliche Situation besser im Griff und schrieben die Entwicklung (auch) der Unterstützung durch die Streetwork zu.

Tossmann, Jonas und Tensil [10] interviewten 135 Berliner Jugendliche aus sozial prekären Verhältnissen. Sie wollten wissen, ob mithilfe aufsuchender Arbeit hilfebedürftige Personen erreicht werden. 86 % der Befragten erwiesen sich als sozial benachteiligt. Sie hatten häufig keinen

Schulabschluss, waren verschuldet oder ohne Einkommen, hatten keinen gesicherten Aufenthaltsstatus oder verfügten über nur mangelhafte Sprachkenntnisse. Ein ebenso großer Prozentsatz hatte Gewalterfahrungen oder wies einen riskanten Substanzkonsum auf (Alkohol und oder illegale Drogen). 43% fühlten sich durch die Streetworker bei persönlichen Problemen unterstützt, 50 % gaben die Erweiterung ihrer Freizeitmöglichkeiten als Grund für die positive Bewertung an, 17 % äußerten sich kritisch.

Die Akzeptanz der Arbeitsform Streetwork war auch bei den befragten Fachverantwortlichen und Kooperationspartnern hoch. Besonders geschätzt wurde die Mobilität, Flexibilität und Akzeptanz der Streetworker, das Beziehungsklima und die Unterstützungsangebote.

Mayrhofer [11] befragte 135 Jugendliche zu zwei Zeitpunkten in Österreich. Demnach gelingt es Streetworkern häufig einen auf Vertrauen und Freiwilligkeit basierenden Zugang zu erschließen und aufrechtzuerhalten. Der überwiegende Anteil der Jugendlichen fühlt sich durch die Streetworker ernstgenommen, sie vertrauten ihnen und gaben an, sich im Bedarfsfall an sie wenden zu können. Sie berichteten, dass sich ihre Freizeitmöglichkeiten merkbar verbessert hatten, sie entdeckten neue Fähigkeiten an sich, gewannen an Selbstwirksamkeit und erlernten einen auf Ausgleich und Verständigung zielenden Umgang in Konflikten.

Internetadressen:

- Bundesarbeitsgemeinschaft Streetwork / Mobile Jungendarbeit e.V. (BAG Streetwork. Mobile Jugendarbeit). Available from: https://www.bag-streetwork.de
- streetwork online. Available from: https://www.streetwork.online
- Streetwork bei GANGWAY – Straßensozialarbeit in Berlin e.V. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=p5lyVcnIeJk

References

1. Gonzalez Benson O, Magan IM, Yu M. Outreach work in „hard-to-reach“ communities: a critical analysis of task shifting, contact making, establishing credibility and on-the-spot, solution-focused assistance. Br J Soc Work. 2024;54(3):1191–210. DOI:10.1093/bjsw/bcad269
2. Blümel S, Lehmann F, Hartung S. Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I128-2.0
3. 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
4. Diebäcker M, Wild G, editors. Streetwork und Aufsuchende Soziale Arbeit im öffentlichen Raum. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2020. DOI:10.1007/978-3-658-28183-0
5. Beuschel A, Pahrmann C. Haltung im Streetwork – Streetwork als Haltung. In: Borstel D, Brückmann J, Nübold L, Pütter B, Sonnenberg T, editors. Handbuch Wohnungs- und Obdachlosigkeit. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2023. p. 1–10. DOI:10.1007/978-3-658-35279-0_72-1
6. Peters A. Street-Worker in der Drogen-Szene. Neue Praxis. 1973;3:31–6.
7. Bundesarbeitsgemeinschaft Streetwork / Mobile Jungendarbeit e.V. (BAG Streetwork. Mobile Jugendarbeit). Fachliche Standards 2018 Streetwork und Mobile Jugendarbeit. 2018. [accessed 2024 Feb 25]. Available from: https://irp-cdn.multiscreensite.com/5c840bc2/files/uploaded/Fachstandards_BAG_2018_final.pdf
8. Kossow A. Prävention übertragbarer Erkrankungen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i090-2.0
9. Stumpp G, Üstünsöz-Beurer D. Wirkungseffekte Mobiler Jugendarbeit in Stuttgart (WIMO). Eine empirische Studie. Universität Tübingen Institut für Erziehungswissenschaft; 2009.
10. Tossmann HP, Jonas B, Tensil MD. Evaluation der Streetwork und der mobilen Jugendarbeit in Berlin. Frankfurt am Main: Peter Lang; 2008.
11. Mayrhofer H. Wirkungsevaluation mobiler Jugendarbeit: Methodische Zugänge und empirische Ergebnisse. Leverkusen: Verlag Barbara Budrich; 2017. DOI:10.3224/978384742140

Korrespondenz: Dr. Burkhard Gusy, Freie Universität Berlin, FB Erwiss. & Psych., Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin, Deutschland, E-mail: burkhard.gusy@fu-berlin.de

Zitierhinweis: Gusy B. Streetwork / Aufsuchende soziale Arbeit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i117-1.0

Copyright: © 2026 Burkhard Gusy
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/

Stress und Stressbewältigung

Gundula Ernst[1]
Alexa Franke[2]
Peter Franzkowiak[3]

[1] Medizinische Psychologie, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Germany
[2] Dortmund, Germany
[3] Fachbereich Sozialwissenschaften, Hochschule Koblenz, Koblenz, Germany

Abstract

Unter Stress wird die starke Beanspruchung eines Organismus durch innere oder äußere Reize verstanden. Die evolutionär betrachtet lebenswichtige Aktivierung des Organismus in Bedrohungssituationen ist heutzutage häufig mit negativen Auswirkungen für Körper und Psyche verbunden. Da Stress durch die Interaktion einer Person mit ihrer Umwelt entsteht, können Präventionsmaßnahmen sowohl auf Individualebene als auch auf struktureller und gesellschaftlicher Ebene ansetzen.

Keywords: Stress, Stressbewältigung, Alarmreaktion, Stressor, transaktionales Stressmodell

Einleitung

Laut einer repräsentativen Forsa-Umfrage im Auftrag der Techniker Krankenkasse leidet rund ein Viertel der deutschen Bevölkerung häufig unter Stress [1]. Frauen sind im Durchschnitt stärker betroffen als Männer und auch Kinder und Jugendliche berichten zunehmend über Stress. Unter Stress versteht man die starke Beanspruchung eines Organismus durch innere oder äußere Reize. Diese als *Stressoren* bezeichneten Reize stören das innere Gleichgewicht des Organismus (Homöostase) und erfordern von ihm eine Anpassungsreaktion. Sie führen zu einem typischen Reaktionsmuster, das den Organismus kurzfristig besonders leistungsfähig macht und ihn befähigen soll, die herausfordernde Situation zu meistern.

Die meisten Menschen verbinden mit dem Wort Stress negative Einflüsse, wie z. B. zwischenmenschliche Konflikte oder Zeitdruck. Dieser sogenannte *Disstress* beschreibt einen unangenehmen Zustand, bei dem es der Person nicht vollständig gelingt, die Situation zu bewältigen. Disstress wird als Belastung empfunden und ruft Angst und Hilflosigkeit hervor. Im Gegensatz dazu gibt es auch positiven Stress (*Eustress*). Er wird als Herausforderung empfunden und motiviert zum aktiven, gestaltenden Handeln.

Die Unterscheidung zwischen Dis- und Eustress macht deutlich, dass Herausforderungen nicht per se negativ sind, sondern durch das Erleben und Bewerten der Person ihre Bedeutung erhalten. Durch ihre individuellen Motive, Einstellungen und Bewertungen, mit denen eine Person an Herausforderungen herangeht, beeinflusst sie, wie stark das Stresserleben und damit die körperliche Stressreaktion ausfällt (vgl. [2]).

Stressforschung

Die Stressforschung basiert einerseits auf dem biologischen Erklärungsmodell des Mediziners Hans Selye und andererseits auf dem psychologischen Stressbewältigungsmodell des Psychologen Richard Lazarus. Das *biologische Modell (Stress als Reaktion)* verknüpft Belastungsfaktoren außerhalb des Körpers auf messbare Weise mit inneren Reaktionsabläufen. Das *psychologische Modell (Stress als Interaktion)* beschreibt die Wirkung von Stressoren in Abhängigkeit von den verfügbaren Bewältigungsmöglichkeiten. Diese Ansätze werden ergänzt durch *soziologische Modelle*, welche das Stressgeschehen im sozialen Kontext betrachten. In ihrer heutigen Form verknüpfen Stressbewältigungsmodelle biomedizinische [3] (Biomedizinische Perspektive), psychosomatische [4] (Psychosomatische Perspektive), verhaltenspsychologische [5] (Lernpsychologische Perspektive) und [6] Soziologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit.

Biologische Stressmodelle

Aus biologischer Sicht sind Stressreaktionen entwicklungsgeschichtlich alte, stereotyp im Körper ablaufende Aktivierungsmuster, die dem Organismus Energiereserven für unmittelbare Kampf- und Fluchtreaktionen (*Fight or flight*) zur Verfügung stellen sollen. Über die vermehrte Ausschüttung von Stresshormonen wie Adrenalin, Noradrenalin und Cortisol wird der gesamte Organismus in Alarmbereitschaft versetzt. Die Herzfrequenz und der Blutdruck steigen, die Atmung beschleunigt sich und aus den Energiespeichern der Leber, der Muskeln sowie des Fettgewebes wird Glukose freigesetzt. Die Muskulatur wird dadurch optimal mit Sauerstoff und Nährstoffen für eine körperliche Kampf- oder Fluchtreaktion versorgt. Funktionen, die nicht dem unmittelbaren Überleben dienen, werden in ihrer Aktivität herabgesetzt (z. B. Hemmung der Verdauungstätigkeit und der Libido). Stressreaktionen sind somit lebenswichtig und ein natürlicher Verteidigungsmechanismus.

Die biologische Stressforschung beschreibt das relativ stereotyp ablaufende Reaktionsmuster auf länger anhaltende Stressoren mit dem *Allgemeinen Adaptationssyndrom*. Das Allgemeine Adaptationssyndrom umfasst drei Phasen:

- Alarmreaktion zur raschen Bereitstellung von Energiereserven. Der Organismus gerät so in einen Zustand erhöhter Aktivität und Leistungsbereitschaft.
- Widerstands- bzw. Resistenzphase zur Wiederherstellung des Gleichgewichts. Der Organismus versucht, durch die Beseitigung der Stressoren oder die Anpassung an anhaltende Stressbedingungen das hohe Aktivierungsniveau zu reduzieren.
- Erschöpfungsstadium mit Verhinderung weiterer Anpassung durch Zusammenbruch von Widerstand.

Die Widerstandsphase kann nur für einen begrenzten Zeitraum aufrechterhalten werden. Ist der Organismus ständig Phasen von erhöhter Aktivierung ausgesetzt, ohne dass es zur Erholung kommt, beispielsweise bei beruflicher oder privater Dauerbelastung, kann es zu schwerwiegenden Langzeitschädigungen kommen (siehe unten „Folgen von anhaltendem Stress“).

Psychologische Stressmodelle

Während das biologische Modell die physiologischen Reaktionen in einer Stresssituation beschreibt, konzentrieren sich psychologische Modelle darauf, welche Reize als Stressoren wahrgenommen werden und wie ihre Verarbeitung verläuft. Die psychologische Stressperspektive betont dabei die Bedeutung der kognitiven Bewertung. Stress existiert nicht per se − er ist das, was von einer Person als solcher wahrgenommen wird.

Gemäß dem *Transaktionalen Stressmodell* [7] entsteht Stress, wenn die Person eine Situation, mit der sie konfrontiert ist, als herausfordernd erlebt und nicht unmittelbar weiß, wie sie mit ihr umgehen soll. Somit kann jede Situation einen Stressor darstellen. In Abbildung 1 ist dieser Bewertungsprozess und der daran anschließende Bewältigungsprozess dargestellt.

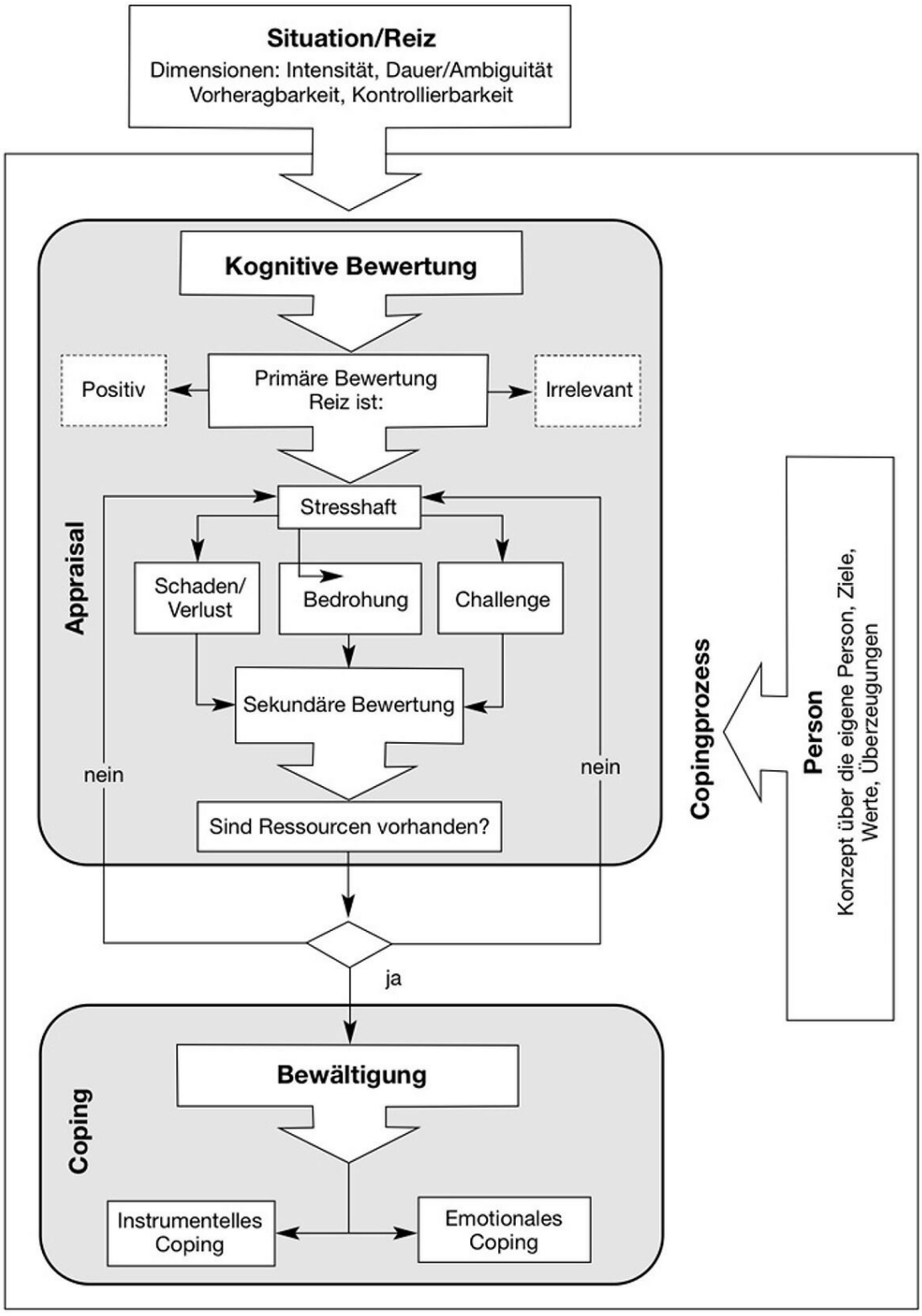


Abb. 1: Transaktionales Stressmodell nach Lazarus (aus: [8], S. 122)

Der Bewertungsprozess im Transaktionalen Stressmodell (Lazarus & Folkmann 1984) ist in zwei Phasen unterteilt:

1. Primäre Bewertung (*Primary appraisal*)
   Zunächst überprüft die Person den Reiz, mit dem sie konfrontiert wird, im Hinblick auf ihr Wohlergehen. Hierbei sind drei Bewertungen möglich. Der Reiz kann (1) irrelevant für sie sein, (2) er kann als positiv bewertet werden oder (3) als Reiz gesehen werden, der die unmittelbaren Bewältigungsmöglichkeiten fordert, d. h. stresshaft ist. Relevant für den Copingprozess ist nur eine Bewertung des Reizes als stresshaft. In diesem Fall wird als nächstes beurteilt, ob (1) bereits ein Schaden oder Verlust eingetreten ist, ob (2) eine Beeinträchtigung droht oder ob es sich (3) um eine positive Herausforderung handelt, d. h. um eine Anstrengung, die zwar stresshaft ist, aber für die Person als interessant oder lohnend erscheint.
2. Sekundäre Bewertung (*Secondary appraisal*).
   Hat die Person nun im Rahmen der primären Bewertung festgestellt, welche Relevanz und welche Konsequenzen der Reiz für sie haben könnte, so kommt es in der Phase der sekundären Bewertung zu einer Abschätzung der Bewältigungsressourcen, die der Person zur Verfügung stehen. Dazu gehören Fähigkeiten, welche die Person in früheren Stresssituationen erworben hat, ihr Selbstvertrauen, aber auch materielle Ressourcen und soziale Unterstützungsmöglichkeiten. Je weniger Ressourcen die Person zur Bewältigung der spezifischen Stresssituation sieht, desto intensiver wird die Stressreaktion ausfallen.

Diese beiden Bewertungen folgen nicht strikt zeitlich aufeinander, sondern können sich überlappen und gegenseitig beeinflussen. Zudem sind sie von der subjektiven Wahrnehmung der Person geprägt und nicht von den objektiven Gegebenheiten der Situation.

Nach Abschluss des Bewertungsprozesses kommt es zu Bewältigungshandlungen. Diese können auf die Veränderung der Situation abzielen (*instrumentelles Coping*) oder auf intrapsychische Bewältigungsstrategien (*emotionales Coping*). Details zum Copingprozess finden sich weiter unten im Abschnitt *Stressbewältigung* (*Coping*) in diesem Beitrag. Daran schließt sich die Neubewertungen (*Reappraisal*) der Situation an. War die Bewältigung erfolgreich, wird die Situation zukünftig als weniger bedrohlich oder als interessante Herausforderung eingestuft. Bei inadäquatem Coping steigt die Bedrohung.

Aus dem Transaktionalen Stressmodell lassen sich Ansätze zur individuellen Stressprophylaxe und -bewältigung ableiten. So kann beispielsweise mit kognitiven Techniken an der Bewertung von Situationen gearbeitet werden. Ebenso können individuelle Strategien zur Stressbewältigung trainiert werden.

Soziologische Stressmodelle

Soziologische Modelle richten ihren Fokus auf die Entstehung von Stress im sozialen Kontext, so z. B. auf Stressoren in der Arbeitswelt, und auf soziale Unterstützung als Bewältigungsressource. Dabei spielt vielfach die Disbalance zwischen Personen- und Umweltfaktoren eine Rolle.

Gemäß dem *Anforderungs-Kontroll-Modell* [9] entsteht Stress in der Arbeitswelt bei fehlender Balance zwischen den Anforderungen einer Tätigkeit und den Kontrollmöglichkeiten, die eine Person hat. Je höher die Anforderungen und je geringer die Kontrollmöglichkeiten sind, desto größer ist der Stress (siehe Abb. 2). Mangelnder sozialer Rückhalt verschärft das stressbedingte Risiko zusätzlich.

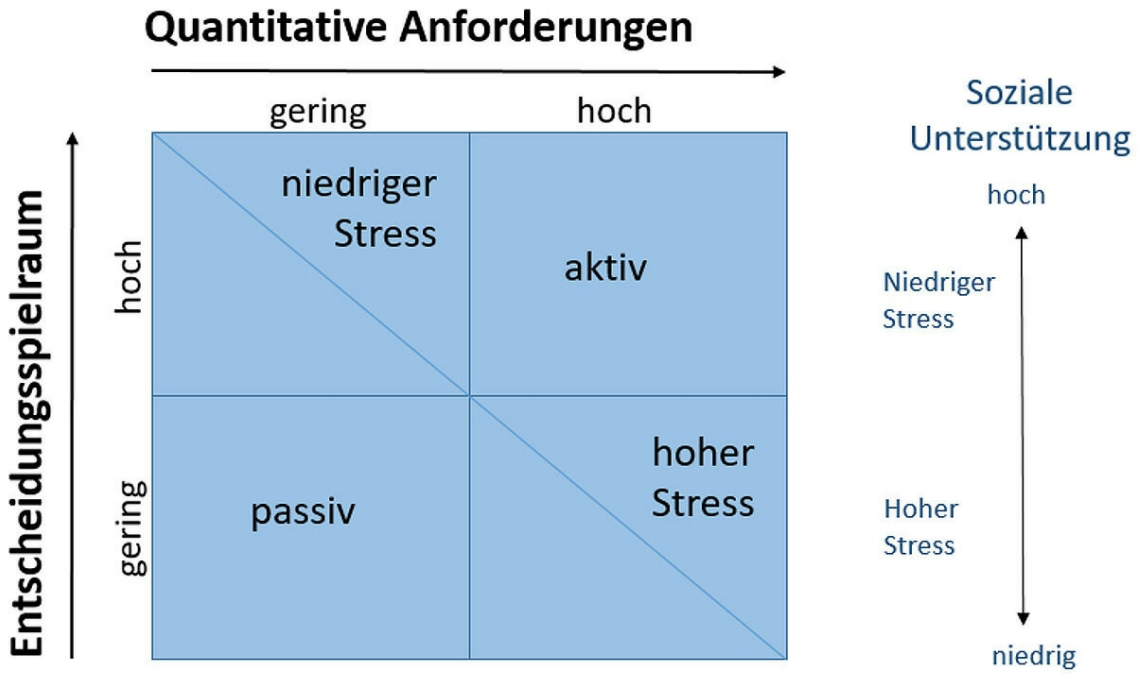


Abb. 2: Anforderungs-Kontroll-Modell (nach [9])

Das Modell der *beruflichen Gratifikationskrisen* [10] basiert auf der Annahme, dass zwischenmenschlicher Austausch durch reziprokes Geben und Nehmen bestimmt ist, und dass diese Norm auch für die Arbeitswelt gilt. Erhalten Arbeitnehmerinnen und -nehmer für das, was sie leisten, keinen adäquaten Ausgleich beispielsweise in Form von Lohn, Arbeitsplatzsicherheit und Anerkennung, kommt es zu negativen Emotionen und damit Stressreaktionen. Wenn eine dauerhafte hohe Verausgabung ohne angemessene Gratifikation bleibt, kann es zu einer krisenhaften Zuspitzung mit negativen Gesundheitsfolgen kommen („hohe Kosten + niedriger Gewinn = Gratifikationskrise“).

Aus diesen Modellen lassen sich Anregungen für die Gestaltung von Arbeitsaufgaben und für die Mitarbeiterführung ableiten. Neuere Ansätze beschäftigen sich auch mit außerberuflichen Lebensbereichen wie z. B. der gesundheitlichen Situation von Hausfrauen und Müttern (vgl. [11]).

Ein weiterer Schwerpunkt der soziologischen Stressforschung beschäftigt sich mit dem Einfluss sozialer Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit [12] (Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit) (vgl. [13]). Soziale Ungleichheit beispielsweise aufgrund des sozioökonomischen Status, Gender oder Ethnie/Kultur wirkt sich auf vielfältige Weise negativ auf die Entstehung und Bewältigung von Stress aus (u. a. erhöhte Stressexposition durch belastende Lebensbedingungen; weniger Bewältigungsstrategien des Individuums, aber auch des Umfelds; reduzierte Verfügbarkeit von sozialen und materiellen Ressourcen; geringere Möglichkeiten zur Aktivierung von Ressourcen). Zumindest für vulnerable Populationen sind soziale Determinanten und Ungleichheiten damit nicht nur als indirekte, sondern auch als direkte Einflussvariablen anzusehen [14]. Dementsprechend müssen Präventionsmaßnahmen insbesondere für Menschen in besonders prekären Lebensverhältnissen auch die Veränderung von gefährdenden Lebenslagen ins Ziel nehmen [15] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit).

Biopsychosoziale Stressmodelle

Die dargestellten Modelle verdeutlichen die komplexen Abläufe und Wechselwirkungen bei der Entstehung und Bewältigung von belastenden Situationen, so dass multifaktorielle Erklärungsmodelle diesen Prozess vermutlich am besten abbilden können.

In den 1970er Jahren wurden in der Klinischen Psychologie und der Psychiatrie zunächst Vorstellungen eines *Diathese- bzw. Vulnerabilitäts-Stress-Modells* entwickelt. Diese beruhten auf der Hypothese, dass es bereits lange vor dem Ausbruch einer (psychischen) Erkrankung durch genetische oder entwicklungsbiologische Faktoren zu neuropathologischen und/oder biochemischen Veränderungen im

Gehirn kommt. Damit besteht eine grundlegende Verletzbarkeit (Diathese, Vulnerabilität), beispielsweise für die Entstehung affektiver Störungen. Diese Vulnerabilität allein reicht jedoch nicht aus, um eine Erkrankung auszulösen. Zusätzlich müssen starke und in der Regel dauerhafte Umweltfaktoren (Stressoren, kritische Lebensereignisse) den Organismus belasten, damit es zum Ausbruch der Erkrankung kommt.

In den 1980er Jahren wurde das Modell um interne und externe protektive Faktoren erweitert und in das *Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Konzept* überführt (siehe Abb. 3). Die Vulnerabilität entsteht hier durch die Wechselwirkung von genetischen Faktoren und/oder vorgeburtlichen Schädigungen mit somatischen (z. B. Erkrankung oder Traumata) und psychosozialen Risikofaktoren (z. B. familiäre Kommunikationsmuster, Entwicklungsstörungen). Diese Dispositionen bewirken eine spezifische Erlebnisverarbeitung. Unter massiver oder chronischer Einwirkung von Stressoren kann es dann zu einer psychischen Dekompensation mit klinischer Symptomatik und weitreichenden Konsequenzen kommen.

Das Besondere an diesem Modell ist, dass es sowohl individuelle als auch umweltbezogene Einflussfaktoren berücksichtigt, und dass diese sowohl eine stressverstärkende als auch eine stressreduzierende Wirkung haben können [16] (Resilienz und Schutzfaktoren).

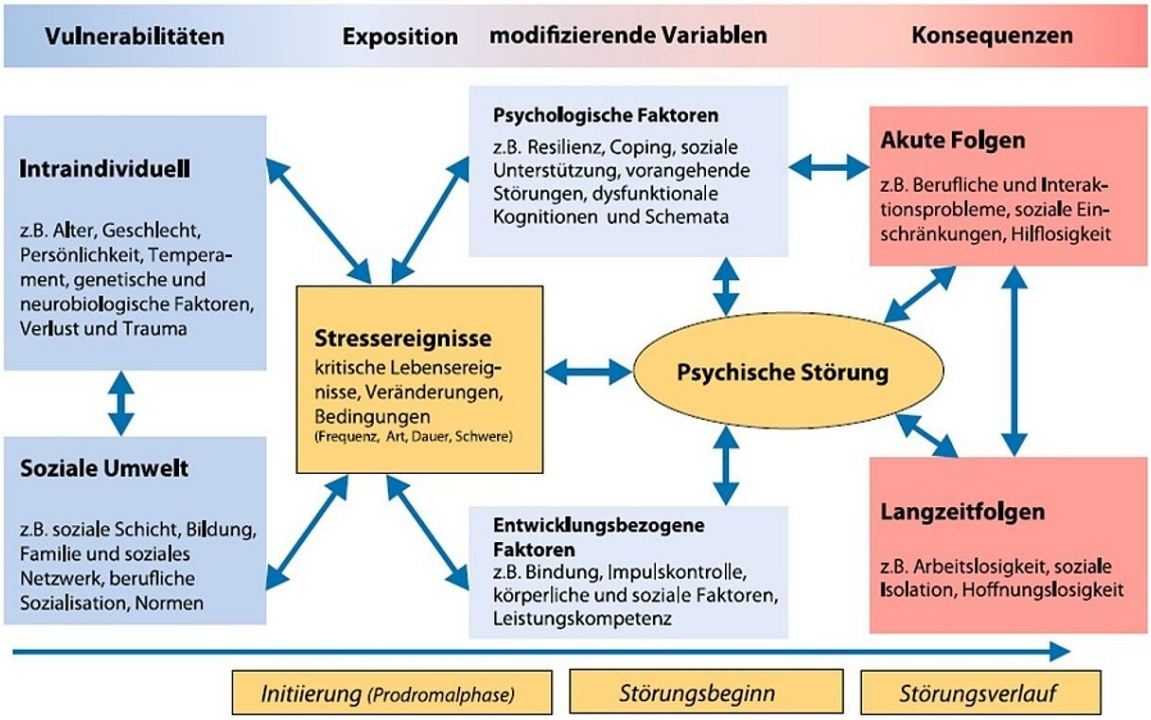


Abb. 4: Hauptwege des individuellen Stressmanagements (angelehnt an: [2], S. 63)

Stressauslösende Reize (Stressoren)

Folgt man dem *Transaktionalen Stressmodell* (siehe *Psychologische Stressmodelle* in diesem Beitrag) wird deutlich, dass Reize nicht bei jeder Person gleichermaßen Stress auslösen. Es existieren jedoch Reize, die unabhängig von der jeweiligen subjektiven Bewertung von vielen Menschen als stresshaft erlebt werden. Dazu gehören physische und psychosoziale Belastungen ebenso wie sogenannte *Life events* (siehe Tab. 1). Hierbei handelt es sich um lebensverändernde Ereignisse wie Arbeitslosigkeit, eine schwere Krankheit oder Verlust eines nahen Angehörigen, die intensive Anpassungsleistungen vom Organismus erfordern. Auch tägliche Ärgernisse (*Daily hassles*) können zu Stressreaktionen führen, wenn sie gehäuft oder dauerhaft auftreten.

Die Bedeutung eines Stressors wird durch seine Intensität, Häufigkeit, Dauer, Vorhersagbarkeit und Kontrollierbarkeit bestimmt. Treten mehrere Stressoren zeitgleich auf, können sie sich in ihrer Wirkung potenzieren. Stressoren-Listen, die durch Aufsummieren einzelner Stressoren die Stressbelastung ableiten wie die *Social Readjustment Rating Scale*, greifen jedoch zu kurz, da sie individuelle und soziale Faktoren zu wenig berücksichtigen.

Physikalisch-sensorische Stressoren	• Lärm • Hitze, Kälte • Nässe • Reizüberflutung
Körperliche Stressoren	• Hunger, Durst • Schlafentzug • Verletzung, Schmerz • Starke Funktionseinschränkungen
Leistungs- und soziale Stressoren	• Zeitdruck • Über- und Unterforderung • Konkurrenz • Zwischenmenschliche Konflikte • Isolation, Trennung
Lebensverändernde kritische Ereignisse (Life events)	• Verlust von Bezugspersonen, wichtigen Rollen oder dem Arbeitsplatz • Plötzliche Einschränkung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit • Starke Bedrohung der eigenen Sicherheit durch Naturkatastrophen, Verbrechen, Kriege etc.
Kritische Übergänge im Lebenslauf („Transitionen“)	• Adoleszenz und junges Erwachsenenalter • Pubertät, Klimakterium, Andropause • Berufseinstiege oder -ausstiege • „Empty nest“-Syndrom
Chronische Spannungen und Belastungen	• Dauerhafte Alltagsprobleme („Daily hassles“) wie Zeitverlust durch Stau oder Schlange stehen, Unzufriedenheit mit dem eigenen Äußeren oder Preissteigerungen • Rollenkonflikte in Beruf und Familie • andauernde Krankheiten, Funktionseinschränkungen oder Behinderungen

Tab. 1: Typische Stressoren, eigene Darstellung

Stressbewältigung (Coping)

Als *Coping* werden alle kognitiven und verhaltensbezogenen Anstrengungen des Organismus bezeichnet, die vom Stressor ausgehende Bedrohung zu reduzieren und das eigene Gleichgewicht wiederherzustellen. Unterschieden wird dabei nach Anstrengungen, die primär auf eine Veränderung der Situation abzielen (*instrumentelles Coping*), und solchen, die vor allem auf eine Veränderung der belastenden Gefühle und Gedanken abzielen (*emotionsbezogenes Coping*). Später wurde eine dritte Form ergänzt: das *regenerative Coping*.

- Instrumentelle Copingstrategien: u. a. Problemlöseverhalten zum Ausschalten des Stressors, Verbesserung des Zeitmanagements, Einholen von Informationen, Suche nach sozialer Unterstützung.
- Emotionsorientierte Copingstrategien: u. a. kognitives Umstrukturieren, innerliches Distanzieren, Vermeiden/Verdrängen, Sich Ablenken, Sinnsuche.
- Regenerative Copingstrategien: u. a. aktive Entspannung, Bewegung, Erholung mit dem Ziel, körperliche Anspannungen zu lösen, innere Unruhe zu dämpfen und neue Energien aufzubauen.

Kaluza [2] verdeutlicht in seiner *Stress-Ampel* die drei Ebenen des Stressgeschehens und die daraus resultierenden Strategien zur Stressbewältigung (siehe Abb. 4).

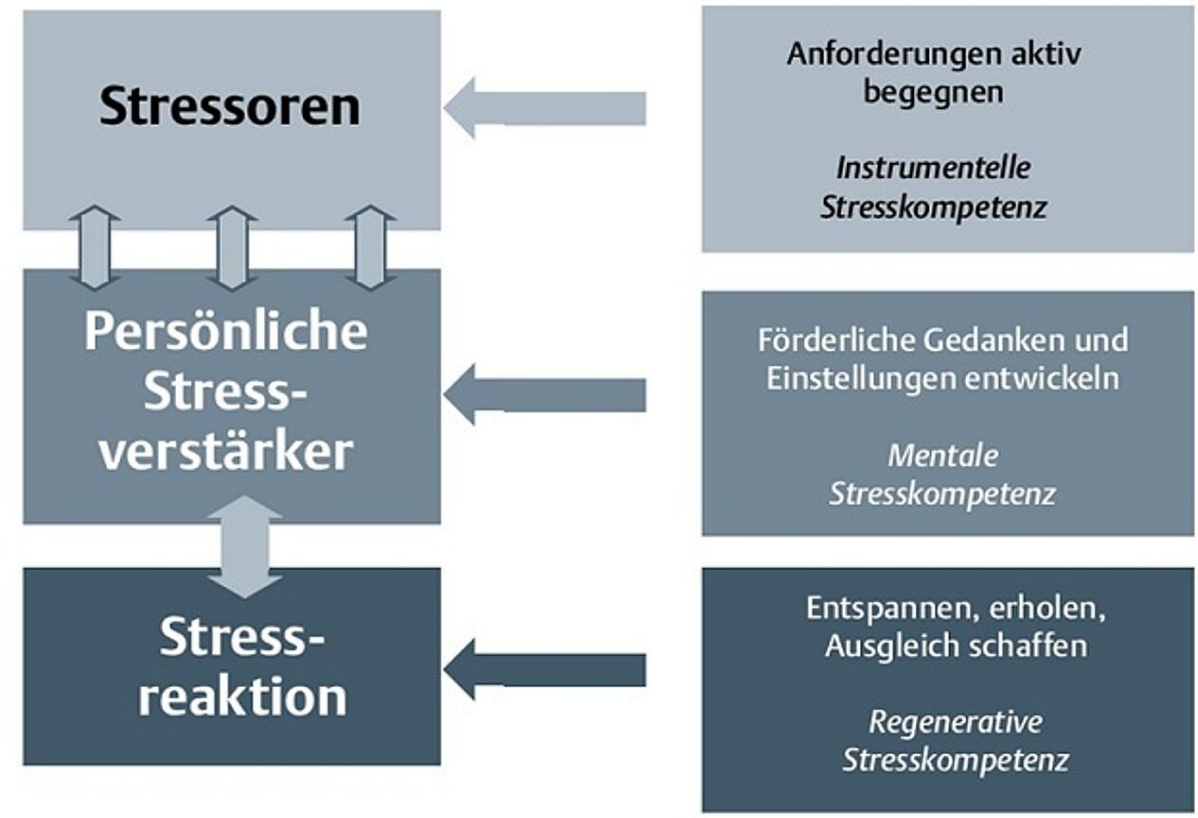


Abb. 3: Vulnerabilitäts-Stress-Modell psychischer Störungen (aus: [17], S. 21)

Auf der Ebene von äußeren Stressoren geht es darum, diese auszuschalten oder zumindest zu reduzieren. Auf Ebene der Stressverstärker sind persönliche stressverschärfende Motive, Einstellungen und Denkmuster wie Perfektionismus, Ungeduld, Kontrollstreben oder Einzelkämpfertum Ansatzpunkt der Veränderung. Die stressreaktionsorientierte Bewältigung zielt auf die Reduktion der psychischen und physischen Auswirkungen von Stress ab. Sie umfasst sowohl kurzfristige Erleichterung in der akuten Stresssituation als auch die langfristige Regeneration.

Die Stressforschung hat viel Energie darauf verwendet, herauszufinden, welche Form des Copings am wirksamsten ist. Lange galt das instrumentelle Coping gegenüber den emotionsbezogenen Strategien als überlegen. Inzwischen herrscht weitgehend Übereinstimmung, dass nicht die Art einzelner Strategien ausschlaggebend ist. Vielmehr gelingt Stressbewältigung vor allem Personen, die über ein breites Repertoire an Copingstrategien verfügen und diese situationsangemessen und flexibel einsetzen können. Diese Flexibilität wird unterstützt durch persönliche und soziale Ressourcen, die einer Person zur Verfügung stehen (z. B. soziales Netzwerk, finanzielle Reserven, externe Hilfeangebote). Dabei kommt es darauf an, über welche Handlungskompetenzen eine Person verfügt, um auf solche Unterstützungsmöglichkeiten zugreifen zu können.

Copingversuche können jedoch auch destruktiv sein und selbst zu Krankheitsvorläufern werden. Ein Beispiel hierfür ist das Betäuben von Inkompetenzerleben durch übermäßigen Konsum von Alkohol, Medikamenten oder Drogen. Die Gefahr ist umso größer, je weniger Strategien und Ressourcen einer Person zur Verfügung stehen, da sie immer wieder Reize als Stressoren erlebt, die ihre Bewältigungsmöglichkeiten überfordern. Erfolgreiche Bewältigungsstrategien sind somit gesundheitliche Ressourcen.

Folgen von anhaltendem Stress

Die adaptive Energie eines Organismus ist nicht nur akut in Stresssituationen, sondern auch langfristig gesehen begrenzt. Überfordern Anforderungen chronisch die Adaptationsfähigkeit, ist der Organismus

nicht mehr in der Lage, die Homöostase wiederherzustellen. Dauerhafte oder häufig wiederkehrende Stressreaktionen können dann den Organismus schädigen und Erkrankungen begünstigen.

Beispiele für stressassoziierte Erkrankungen und Störungen sind:

- Herz-Kreislauferkrankungen wie Bluthochdruck, koronare Herzkrankheit und Herzinfarkt
- Metabolische Erkrankungen wie Typ-2-Diabetes und Hypercholesterinämie
- Kopf- und Rückenschmerzen durch muskuläre Verspannungen sowie verminderte Schmerztoleranz
- Störungen im Bereich der Sinnesorgane wie erhöhter Augeninnendruck, Ohrgeräusche und Hörsturz
- Psychische Erkrankungen wie Angststörungen, Depressionen und Substanzmissbrauch

Dabei ist Stress weniger als Ursache, sondern als ein unspezifisch wirkender Co-Faktor bei der Entstehung dieser Krankheiten zu sehen. Als Haupteffekt wird die nicht abgebaute Energie angenommen, da es heutzutage selten zu körperlichem Kampf- oder Fluchtverhalten in Stresssituationen kommt. Zudem sind die Menschen oft chronischen Belastungen mit fehlenden Erholungspausen ausgesetzt. Das heißt, der Organismus bleibt auf einem dauerhaft erhöhten Erregungsniveau ohne ausreichende Phasen der zwischenzeitlichen Regeneration.

Ein weiterer wichtiger Faktor ist die durch andauernden Stress geschwächte Immunkompetenz des Körpers. Während kurzfristige, akute Belastungen das Immunsystem positiv stimulieren können, führen chronische Belastungen zu einer Schwächung der immunologischen Abwehr. Der Organismus ist dann insgesamt anfälliger für Infekte und andere Erkrankungen.

Schließlich zählt auch das jeweilige Gesundheitsverhalten zu den indirekten Einflussfaktoren. Menschen in Belastungssituationen tendieren zu gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen wie Rauchen, Alkoholkonsum, ungesunder Ernährung und Bewegungsmangel. Diese sogenannten Risikofaktoren [18] (Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell) vermindern langfristig die allgemeine Belastbarkeit und schädigen den Organismus.

Ansätze zur Stressbewältigung: Verhaltens- und Verhältnisprävention

Stress entsteht aus einem komplexen Wechselspiel von Belastungen, ihrer subjektiv wahrgenommenen Bedeutung, der Einschätzung von persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten und den jeweils verfügbaren Ressourcen der Person. Wichtige Variablen in diesem interaktiven, transaktionalen Prozess sind zudem die persönlichen Lebensweisen [19], [20] (Lebenslagen und Lebensphasen, Lebensweisen/Lebensstile). Entsprechend vielfältig können und sollten Ansätze zur Gesundheitsförderung sein [21] (Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsprävention).

Auf Individualebene sollte die Chance genutzt werden, Menschen zu ermutigen und zu befähigen, Alltagsbelastungen eigenständig zu bewältigen. Durch Gesundheitsförderung sollen und können Betroffene befähigt werden, zielgerichtet die Erhaltung und Verbesserung ihrer Gesundheit in Angriff zu nehmen. Als Praxisstrategien dienen dazu sowohl die persönliche Kompetenzförderung [22] (Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung) als auch der Aufbau von sozialen Netzwerken [23] (Soziale Unterstützung).

Untersuchungen zur sozialen Ungleichheit [12] (Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit) legen jedoch nahe, dass der dauerhafte Erfolg nicht allein von der Steigerung persönlicher Bewältigungsmöglichkeiten abhängt. Art, Intensität und Pathogenität von Belastungen werden entscheidend von der strukturellen Lebenslage eines Menschen mitbestimmt [14]. Die Lebenslage, d. h. die Position von Menschen in den Systemen sozialer Stratifizierung, reguliert die Wahrscheinlichkeit des Auftretens, die Wahrnehmung von Belastungen, ihre Bewertung und das Ausmaß der erfolgreichen Bewältigung in erheblichem Maße. Ohne eine Orientierung auf strukturelle Faktoren [24] (Determinanten der Gesundheit) bleiben Maßnahmen der Gesundheitsförderung wenig erfolgversprechend. Gesundheitsförderung ist somit eine interdisziplinäre Aufgabe, insbesondere bei sozialer Ungleichheit und Benachteiligung [12] (Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit).

Gleichwohl sind Maßnahmen zur Förderung von individuellen Bewältigungsmöglichkeiten und sozialer Unterstützung unverzichtbar. Erfolgreiche Interventionen umfassen demnach Angebote zu strukturellen Änderungen (sogenannte *Verhältnisprävention* wie Arbeitsplatz- und Arbeitszeitgestaltung) ebenso wie

direkte Hilfen vor allem für junge Menschen, so dass sie vielfältige Fertigkeiten und Strategien erwerben, um mit ihnen gestellten Aufgaben erfolgreich umgehen zu können (sogenannte *Verhaltensprävention* wie Stressmanagement- und Entspannungskurse).

Weiterführende Literatur:

- Cooper CL, Quick JC. The handbook of stress and health: A guide to research and practice. Hoboken: Wiley; 2017. DOI:10.1002/9781118993811
- Heinrichs M, Stächele T, Domes G. Stress und Stressbewältigung. Göttingen, Bern, Wien: Hogrefe; 2015. (Fortschritte der Psychotherapie; 58).

References

1. Techniker Krankenkasse. Entspann dich, Deutschland! – TK-Stressstudie 2021. Hamburg Techniker Krankenkasse; 2021.
2. Kaluza G. Stressbewältigung: Trainingsmanual Zur Psychologischen Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer; 2018. (Psychotherapie: Praxis).
3. Holst J. Biomedizinische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I006-2.0
4. Binneböse M, Frommer J, Franzkowiak P, Junne F. Psychosomatische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I098-3.0
5. Von Lengerke T, Franzkowiak P. Lernpsychologische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I074-2.0
6. Reibling N. Soziologische Perspektiven auf Gesundheit und 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-I116-4.0
7. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
8. Franke A. Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber; 2012. (Programmbereich Gesundheit).
9. Karasek R, Theorell T. Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990.
10. Siegrist J, Dragano N. Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben: Befunde aus internationalen Studien zum Anforderungs-Kontroll-Modell und zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen. Bundesgesundheitsblatt. 2008;51(3):305–12. DOI:10.1007/s00103-008-0461-5
11. Sperlich S, Geyer S. The mediating effect of effort-reward imbalance in household and family work on the relationship between education and women's health. Soc Sci Med. 2015;2015(131):58–65. DOI:10.1016/j.socscimed.2015.03.001
12. 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
13. Lampert T. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Richter M, Hurrelmann K, editors. Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer; 2016. p. 121−138. DOI:10.1007/978-3-658-11010-9_8
14. American Psychological Association (APA). Stress and health disparities report − Contexts, mechanisms and interventions among racial/ethnic minority and low socioeconomic status populations. 2017. [accessed 2021 Dec 15]. Available from: https://www.apa.org/pi/health-disparities/resources/stress-report.aspx
15. 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

16. Rönnau-Böse M, Fröhlich-Gildhoff K, Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I101-2.0
17. Wittchen HU, Hoyer J. Klinische Psychologie & Psychotherapie. Berlin: Springer; 2011. DOI: 10.1007/978-3-642-13018-2
18. Sperlich S, Franzkowiak P. Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I102-3.0
19. 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
20. Röding D. Lebensweisen / Lebensstile. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I073-2.0
21. 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
22. Weichold K. Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I070-3.0
23. Vonneilich N, Franzkowiak P. Soziale Unterstützung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I110-3.0
24. 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

Korrespondenz: Dr. Dipl.-Psych. Gundula Ernst, Medizinische Hochschule Hannover, Medizinische Psychologie, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover, Deutschland, E-mail: ernst.gundula@mh-hannover.de

Zitierhinweis: Ernst G, Franke A, Franzkowiak P. Stress und Stressbewältigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i118-1.0

Copyright: © 2026 Gundula Ernst 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/

Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit

Toni Faltermaier[1]

[1] Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften, Europa-Universität Flensburg, Flensburg, Deutschland

Abstract

Menschen entwickeln durch ihre Sozialisation und Erfahrungen ein subjektives Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Die damit verbundenen Vorstellungen und Kompetenzen wirken oft versteckt im Alltag – im Rahmen eines „Laiengesundheitssystems“. Etwa wenn es darum geht, Krankheiten präventiv zu vermeiden, zu erkennen und selbst zu behandeln oder kranke Menschen im Umfeld zu versorgen und zu pflegen. Seit den 1970er-Jahren hat die Forschung die Alltagskonzepte von Gesundheit und Krankheit umfassend untersucht. Die Erkenntnisse helfen dabei, Maßnahmen der Gesundheitsförderung so zu planen, dass sie die im Laiensystem etablierten Aktivitäten, Kompetenzen und Ressourcen aufgreifen und einbeziehen.

Keywords: Subjektive Konzepte von Gesundheit, Subjektive Theorien von Gesundheit, Laiengesundheitssystem, Subjektansatz der Gesundheitsförderung, Gesundheitshandeln

Einleitung

Gesundheit ist ein im Alltag und von Expertinnen und Experten umfassend verwendeter, aber wissenschaftlich schwer fassbarer Begriff. Er bezieht sich zum einen auf objektive Phänomene, die weitgehend über einen medizinisch-naturwissenschaftlichen Zugang zum Organismus und seinen Störungen erschlossen werden. Zum anderen stellt die Gesundheit aber immer auch ein subjektives Phänomen dar, weil sie von Menschen wahrnehmbar und erlebbar ist, negativ etwa in Form von körperlichen Einschränkungen und Leiden, positiv in Form von körperlichem und psychischem Wohlbefinden. Gesundheit wird zwar vielfach als Gegenbegriff zu Krankheit verstanden, lässt sich aber nicht auf die Abwesenheit von Krankheit reduzieren.

In der Tradition der WHO und der Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung wurde explizit ein positiver Gesundheitsbegriff formuliert, der sich auf körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden bezieht. Gesundheit wird hier mehrdimensional auf einer körperlichen, psychischen und sozialen Ebene verstanden, die jeweils subjektiv bestimmbar ist.

Gesellschaftliche und soziale Bestimmungen von Gesundheit

Gesundheit ist zwar vom Individuum erlebbar, sie ist aber keineswegs ein rein individuelles Phänomen; sie wird nicht nur subjektiv hergestellt, sondern auch sozial bestimmt. Historisch gesehen sind unsere Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit im ständigen Wandel; sie unterscheiden sich nicht nur in verschiedenen historischen Epochen, sondern auch zwischen verschiedenen Kulturen.

In jeder Gesellschaft wird Gesundheit auch normativ gefasst, womit sie eine sozial bestimmte Norm darstellt. Krankheit ist als Abweichung von der Norm nicht nur medizinisch definiert, sondern auch sozial. Die Gesundheit der Mitglieder einer Gesellschaft wird auch über ihre Funktionalität für das soziale System bestimmt: Soziologisch wird Gesundheit definiert als Arbeits- und Leistungsfähigkeit zur Erfüllung der gesellschaftlich vorgegebenen Aufgaben und Rollen.

Die Aufrechterhaltung der Gesundheit der Bevölkerung muss somit auch als zentrale gesellschaftliche Aufgabe verstanden werden, die heute durch ein differenziertes professionelles Gesundheitssystem mit entsprechenden sozialen Rollen (Arzt und Ärztin, Patient und Patientin) erfüllt werden soll.

Gesundheit wird jedoch nicht allein von Expertinnen und Experten bestimmt, sondern auch wesentlich im Alltag der Menschen hergestellt. Sie haben in ihrer Sozialisation und durch Erfahrungen vielfältige Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit sowie entsprechende Kompetenzen entwickelt, die ihren Umgang mit Gesundheit und Krankheit bestimmen.

Das „Laiengesundheitssystem“ wirkt verborgen im Alltag und wurde wissenschaftlich lange Zeit übersehen; es erbringt aber umfangreiche und nicht ersetzbare Leistungen zur Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung [1] (Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung). Medizinische Laien tragen im Alltag individuell und sozial abgestimmt in vielfacher Weise zur Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit bei, ohne dabei Kontakt zum professionellen System haben zu müssen; sie entwickeln zahlreiche Aktivitäten, um Krankheiten zu vermeiden, sie in ihrer Frühphase zu erkennen oder sie selbst zu behandeln. Außerdem unterstützen, versorgen und pflegen sie kranke Menschen in ihrer Familie und ihrem Umfeld.

Das Laiensystem arbeitet auf der Basis eines Alltagswissens über Gesundheit und Krankheit und eines Systems an Vorstellungen, die zwar vielfach von Expertinnen und Experten beeinflusst werden können, sich aber auch eigenständig entwickeln [2].

Alltagskonzepte von Gesundheit und Krankheit

Insbesondere die sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung hat seit den 1970er-Jahren die Alltagskonzepte von Gesundheit und Krankheit umfassend untersucht, durch qualitative und quantitative Studien in vielen Ländern und Kulturen.

Eine erste klassische Studie wurde 1973 von der französischen Sozialpsychologin Claudine Herzlich zu den sozialen Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit durchgeführt. Viele Untersuchungen zu den subjektiven Gesundheitskonzepten folgten, mit einem Schwerpunkt in den europäischen Ländern, sodass heute eine solide Basis an Erkenntnissen vorliegt (vgl. [3]):

- Gesundheit wird von Laien sowohl positiv als auch negativ bestimmt; repräsentative Studien zeigen, dass positive Definitionen der eigenen Gesundheit deutlich häufiger vorkommen als negative. Die am meisten verbreitete Kategorie scheint psychisches Wohlbefinden zu sein.
- Gesundheit wird von Laien auf einer körperlichen, psychischen und sozialen Ebene beschrieben, vielfach sogar auf mehreren Ebenen gleichzeitig.
- Positive Bestimmungen von Gesundheit umfassen zum einen das eigene Befinden, das als psychisches Wohlbefinden (innere Ausgeglichenheit und Ruhe, Lebensfreude und Zufriedenheit) oder körperliches Wohlbefinden, als innere Kraft und Stärke sowie als umfassendes seelisches Gleichgewicht oder soziale Harmonie beschrieben wird. Zum anderen wird Gesundheit als Aktionspotenzial verstanden, das sich als Reservoir an Energie (körperlich, geistig, auch als Widerstandskraft gegenüber schädlichen Einflüssen), als körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit oder als grundlegende Handlungsfähigkeit (z. B. am Morgen gut aufstehen zu können) ausdrücken kann.
- Negative Bestimmungen von Gesundheit beziehen sich zum einen auf die Abwesenheit einer Krankheit („Schweigen der Organe“), zum anderen auf ein geringes Maß an körperlichen oder psychischen Beschwerden, Schmerzen oder Problemen.
- Die Frage, ob sich Alltagskonzepte nach der sozialen Schicht und dem Geschlecht unterscheiden, lässt sich nicht eindeutig beantworten, weil dazu nur wenige repräsentative Untersuchungen vorliegen. Tendenziell scheinen aber Frauen differenziertere Gesundheitskonzepte zu vertreten, die mehr die psychische Dimension betonen, während Männer stärker die Leistungsfähigkeit hervorheben. In den mittleren und höheren sozialen Schichten werden eher positive Definitionen von Gesundheit gegeben, während in unteren sozialen Schichten mehr negative und instrumentelle Bestimmungen erfolgen.
- Werden kranke Menschen (z. B. Herzinfarktpatienten und -patientinnen) nach ihrem Verständnis von Gesundheit gefragt, dann scheinen sie ähnliche Konzepte zu haben wie gesunde; auch bei ihnen dominiert das psychische Wohlbefinden als Kategorie von Gesundheit.

Biografisch orientierte qualitative Untersuchungen zeigen, dass Laien nicht nur inhaltlich differenzierte Konzepte von Gesundheit formulieren, sondern sie auch mit einer Veränderungsdynamik verbinden. So konnten Faltermaier, Kühnlein & Burda-Viering [4] in qualitativen Interviews mit Berufstätigen vier dynamische Typen von Gesundheitskonzepten rekonstruieren:

- On-off-Dynamik: Mit Gesundheit oder Krankheit gibt es nur zwei alternative Zustände. Beim Eintreten einer Krankheit geht automatisch und übergangslos die Gesundheit verloren, und umgekehrt.
- Reduktionsprozess: Gesundheit stellt sich zu Beginn des Lebens als maximales Potenzial dar, das im Laufe des Lebens in einem kontinuierlichen Prozess durch unterschiedliche Einflüsse (Alter, Krankheit, Risiken etc.) mehr oder weniger schnell abnehmen kann.
- Regenerationsprozess: Gesundheit kann als Potenzial im Laufe des Lebens abnehmen, sie kann

sich aber auch unter günstigen Umständen wieder aufbauen.
- Expansionsprozess: Gesundheit kann sich unter sehr günstigen Umständen erweitern; sie ist kein begrenztes Potenzial.

Obwohl sich ein Großteil der Forschung auf die Gesundheitskonzepte von Erwachsenen konzentriert hat, gibt es auch Erkenntnisse darüber, wie sich bei Kindern und Jugendlichen die Konzepte von Krankheit und Gesundheit entwickeln. Während Kinder im Grundschulalter Gesundheit eher negativ bestimmen und als Fehlen von Krankheit und Beschwerden verstehen, werden die Gesundheitskonzepte im Jugendalter differenzierter und enthalten zunehmend positive Bestimmungen von Gesundheit, die dann auch stärker die psychische Ebene einbeziehen.

Subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit

Neben den beschriebenen subjektiven Konzepten von Gesundheit sind bei Laien auch Vorstellungen untersucht worden, die als subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit bezeichnet werden. Sie umfassen – analog zu wissenschaftlichen Theorien – Ideen oder Überzeugungen darüber, welche positiven oder negativen Einflüsse auf die eigene Gesundheit möglich sind und wie sie zusammenwirken. In der genannten Untersuchung von Faltermaier, Kühnlein & Burda-Viering [4] wurden aus qualitativ-biografischen Interviews mit berufstätigen Erwachsenen vier Typen von subjektiven Gesundheitstheorien rekonstruiert:

- Bei Risikotheorien nehmen die Menschen an, dass ihre Gesundheit im Wesentlichen durch Risiken gefährdet wird, entweder durch externe Risiken, Belastungen oder Schadstoffe (am Arbeitsplatz, in der Umwelt etc.) oder durch eigenes riskantes Verhalten oder ihre Lebensweise (Rauchen, Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung etc.) [5] (Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell).
- In Ressourcentheorien wird der hauptsächliche Einfluss auf die eigene Gesundheit in der Verfügbarkeit über interne oder externe Ressourcen gesehen: Sind Ressourcen in der eigenen Disposition (körperliche Robustheit oder starke Persönlichkeit), in der Lebensweise (befriedigende Arbeit etc.) oder in der sozialen Umwelt (gute und unterstützende Beziehungen) vorhanden, kann nach dieser Theorie die Gesundheit erhalten werden. Gehen Ressourcen verloren oder werden sie geschwächt, wird die Gesundheit als gefährdet gesehen.
- Ausgleichs- und Balancetheorien sehen eine Wechselwirkung zwischen Risiken und den Möglichkeiten, sie ausgleichen oder kompensieren zu können. Belastende Arbeitsbedingungen stellen hier nicht nur Risiken dar. Sie können z. B. durch geeigneten Ausgleich in der Freizeit oder durch eine gute familiäre Unterstützung kompensiert werden. Oder es besteht die Vorstellung, dass Gesundheit nur durch eine Balance von körperlichen, psychischen und sozialen Kräften herzustellen ist, d. h. jede Person muss ihr Gleichgewicht finden zwischen den Anforderungen, Bedürfnissen und Möglichkeiten auf allen drei Ebenen.
- Schicksalstheorien nehmen an, dass die Gesundheit dann verloren geht, wenn eine Krankheit bedingt durch Alter oder Schicksal oder Zufall eintritt.

Ein umfangreiches Forschungsfeld beschäftigt sich mit den subjektiven Theorien („Mental representations“) bei spezifischen Krankheiten (Krebs, Herzinfarkt, Aids, Depression etc.). Dabei werden insbesondere kranke Menschen danach befragt, welches Bild sie von ihrer Krankheit haben, welche Ursachen sie ihrer Krankheit zuschreiben, welche Annahmen sie über Heilungsmöglichkeiten und die Folgen ihrer Krankheit haben (vgl. [6]).

Bedeutung von Alltagskonzepten für die Gesundheitsförderung

Die Alltagsvorstellungen von Gesundheit und Krankheit werden insbesondere deshalb untersucht, weil sie als wesentliche Bedingungen des Gesundheitshandelns [7] (Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln) gelten. Das gilt sowohl für den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung als auch für den Umgang mit Krankheit.

Wenn Professionelle Maßnahmen der Gesundheitsförderung planen, sollten sie die Menschen dort abholen, wo sie subjektiv stehen [8] (Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren). Das heißt, sie sollten ihre Alltagskonzepte von Gesundheit und Krankheit kennen und verstehen sowie ihre bereits im Laiensystem etablierten Aktivitäten und ihre für die Gesunderhaltung verfügbaren Kompetenzen und Ressourcen berücksichtigen, bevor sie intervenieren [9].

So sollten z. B. für die Gesundheitsförderung von alleinerziehenden Frauen zunächst die gesundheitlichen Bedürfnisse und Probleme analysiert, über ihre Gesundheitsvorstellungen näher

präzisiert und dann auf dieser subjektiven Basis ein Ansatz der Gesundheitsförderung aufgebaut werden, der auf der subjektiven Lage der Zielgruppe basiert.

Wenn Expertinnen und Experten in der Gesundheitsförderung die Zielgruppen am Veränderungsprozess beteiligen und über Empowerment/Befähigung [10] nachhaltige Wirkungen erzielen wollen, müssen sie an ihren Vorstellungen ansetzen, ihre Handlungskompetenzen berücksichtigen und ggf. erweitern. In der Interaktion zwischen Expertinnen und Experten und ihren gesunden oder kranken Zielgruppen sollte das Alltagswissen sichtbar gemacht und nicht ignoriert oder entwertet werden. Nur so kann ein dialogischer Prozess der Veränderung entstehen, der auch langfristig im Alltag wirksam ist.

Weiterführende Quellen:

- Faltermaier T. Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit und Krankheit. In: Schwarzer R, editor. Gesundheitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie. Göttingen: Hogrefe; 2005. p. 31–53.
- Kohlmann CW, Salewski C, Wirtz MA, editors. Psychologie der Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe; 2018.

References

1. 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
2. Faltermaier T. Laienperspektiven auf Gesundheit und Krankheit In: Richter M, Hurrelmann K, editors. Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer VS; 2023. p. 247–60.
3. Faltermaier T. Gesundheitspsychologie. 3 edn. Stuttgart: Kohlhammer; 2023.
4. Faltermaier T, Kühnlein I, Burda-Viering M. Gesundheit im Alltag: Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung. Weinheim: Juventa; 1998.
5. Sperlich S, Franzkowiak P. Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i102-3.0
6. Hoefert HW, Brähler E, editors. Krankheitsvorstellungen von Patienten: Herausforderung für Medizin und Psychotherapie. Lengerich: Pabst; 2013.
7. Faltermaier T. Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i060-3.0
8. Blümel S, Lehmann F, Hartung S. Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i128-2.0
9. Rosenbrock R, Hartung S, editors. Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Huber; 2012.
10. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i10-3.0

Korrespondenz: Prof. Dr. Dipl.-Psych. Toni Faltermaier, Europa-Universität Flensburg, Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften, Auf dem Campus 1, 24943 Flensburg, Deutschland, E-mail: faltermaier@uni-flensburg.de

Zitierhinweis: Faltermaier T. Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i119-1.0

Copyright: © 2026 Toni Faltermaier
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/

Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell in der Gesundheitsförderung

Stephan Blümel[1]

[1] Referat Forschungskoordination, -kooperation und Wissenstransfer Q4, Ehemals Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Deutschland

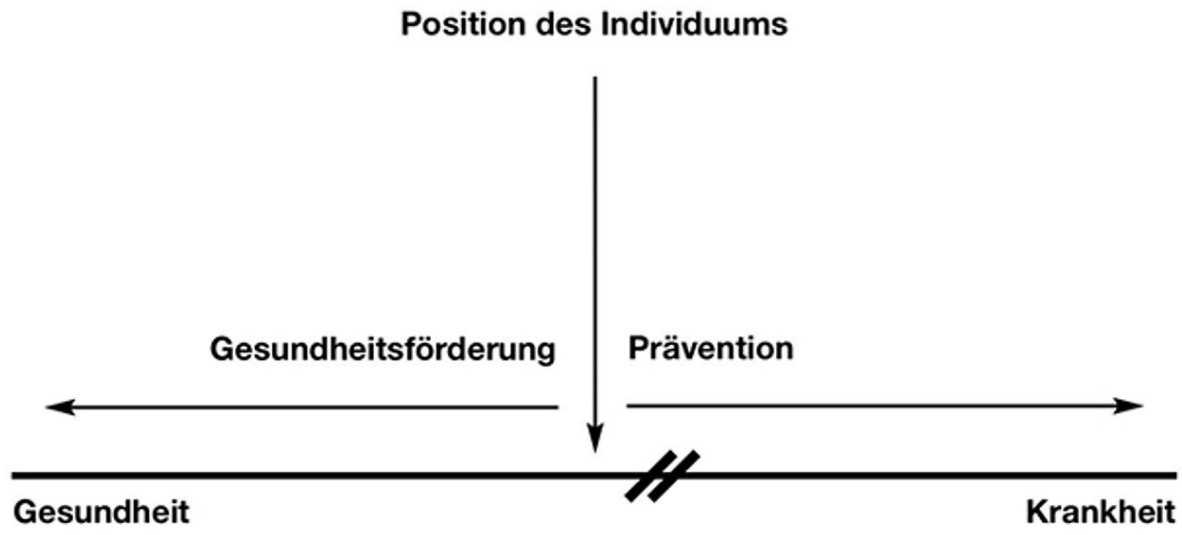
Abstract

Das systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR-Modell) versteht Gesundheit und Krankheit als Resultat von Anpassungs- und Regulationsprozessen zwischen einem Individuum und seiner Umwelt. Sowohl das Individuum als auch die Umwelt werden als komplexe Systeme aufgefasst, die sich wechselseitig beeinflussen. Sie stellen Anforderungen aneinander, auf die mit der Aktivierung oder Bereitstellung von Ressourcen geantwortet wird. Der Gesundheitszustand eines Menschen hängt davon ab, wie gut es ihm gelingt, externe und interne Anforderungen zu bewältigen. Gesundheitsförderung im Sinne des SAR-Modells versucht deshalb, externe (z. B. soziale Unterstützung) und interne Ressourcen (z. B. körperliche Fitness) zu stärken, um so die körperliche und seelische Gesundheit zu erhalten.

Keywords: Bewältigungsverhalten, Coping, Anforderungen, Ressourcen

Grundlagen des Modells

Gesundheit [1] wird im SAR-Modell als Oberbegriff verstanden, der sowohl die körperliche als auch psychische Gesundheit umfasst. Der Gesundheitszustand einer Person lässt sich als deren Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum [2] beschreiben. Die Prävention und Krankheitsprävention [3] zielt darauf ab, zu verhindern, dass sich diese Position in Richtung Krankheit verschiebt. Sie umfasst die Bereitstellung und Nutzung von Schutzfaktoren gegenüber gesundheitlichen Gefahren bzw. Risikofaktoren (z. B. Schutzimpfungen, das Tragen von Schutzkleidung oder Sicherheitsgurten). Gesundheitsförderung ist hingegen darauf ausgerichtet, die Position eines Individuums in Richtung Gesundheit zu verschieben (Abb. 1).



Individuum, Prävention und Gesundheitsförderung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Quelle: [4], S. 13)

Gesundheitsförderung [5] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen) bedarf eines theoretischen Rahmenmodells, innerhalb dessen unterschiedliche konzeptuelle und methodische Ansätze begründet und integriert werden können. Das von Becker entwickelte und im Folgenden skizzierte systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR-Modell) liefert einen derartigen Rahmen [4] und [6]. Es basiert auf Vorläufern, insbesondere dem Stressbewältigungsmodell [7] (Stress und Stressbewältigung), dem salutogenetischen Modell [8] (Salutogenese) von Antonovsky, bedürfnistheoretischen sowie systemischen [9] (Systemische Perspektive in der Gesundheitsförderung) und ökologischen Perspektiven und Ansätzen (Ökologische und humanökologische Perspektive).

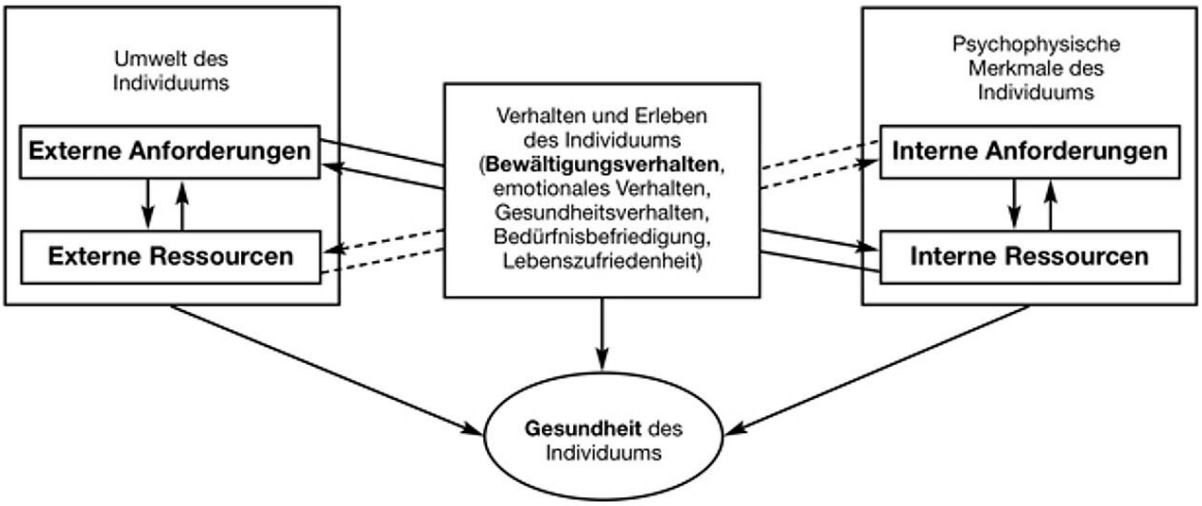
Funktionsweise des Modells

Im SAR-Modell werden Gesundheit und Krankheit (bzw. die Position eines Individuums auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum) aus systemischer bzw. ökologischer Perspektive als Resultat von Anpassungs- und Regulationsprozessen zwischen einem Individuum und seiner Umwelt konzipiert. Sowohl die Umwelt als auch das Individuum werden als komplexe hierarchisch strukturierte Systeme aufgefasst. Systeme bestehen aus Subsystemen (Systemelementen) und sind Teile übergeordneter Suprasysteme. Systeme und Systemelemente stehen in Interaktion und beeinflussen sich wechselseitig. Wichtige Beeinflussungsprozesse können mithilfe der Begriffe *Anforderungen* und *Ressourcen* beschrieben werden.

Systeme oder Systemelemente stellen an andere Systeme oder Systemelemente Anforderungen, auf die – im Fall gut funktionierender, wechselseitig aufeinander abgestimmter Systeme – mit der Aktivierung oder Bereitstellung von Ressourcen geantwortet wird. Im günstigen Fall kommt es zu einer wechselseitigen Bewältigung von Anforderungen durch die Nutzung oder den Austausch von Ressourcen. In Abb. 2 sind derartige Prozesse stark vereinfacht dargestellt.

So reagiert beispielsweise ein Individuum auf eine externe Anforderung mit der Aktivierung interner Ressourcen. Umgekehrt reagiert die (soziale) Umwelt auf die interne Anforderung eines Individuums mit der Bereitstellung externer Ressourcen. Analoge Austauschprozesse (Bereitstellungen von Ressourcen als Reaktion auf Anforderungen) finden sowohl innerhalb von Subsystemen des Individuums als auch zwischen (Sub-)Systemen in der Umwelt statt.

Grundlegend im SAR-Modell ist die folgende Annahme: Der Gesundheitszustand eines Menschen hängt davon ab, wie gut es diesem gelingt, externe und interne Anforderungen mithilfe externer und interner Ressourcen zu bewältigen.



Bedingungsmodell für Gesundheit des Individuums (Quelle: [4], S. 14)

U n t e r *Anforderungen* werden Bedingungen verstanden, mit denen sich ein Individuum auseinandersetzen muss. Externe Anforderungen sind solche in der Umwelt, z. B. berufliche oder soziale Anforderungen (etwa Wünsche des Partners bzw. der Partnerin nach gemeinsamen Aktivitäten). Interne Anforderungen resultieren aus den Bedürfnissen, Zielen, Werten und Normen des bzw. der Betreffenden. Zu den wichtigen Bedürfnissen des Menschen zählen neben physiologischen Bedürfnissen (z. B. nach Nahrung, Sauerstoff, Schlaf, Sexualität, Bewegung) die Bedürfnisse nach Erkundung der Umwelt und des

Selbst, Selbstverwirklichung, Orientierung und Sicherheit, Bindung und Achtung (vor allem Selbstachtung und Achtung seitens anderer Menschen). Insbesondere sehr hohe, unter Umständen aber auch zu geringe Anforderungen – in Relation zu den verfügbaren Ressourcen – werden als belastend erlebt und können negative Emotionen und damit verbundene physiologische Reaktionen auslösen. Sie motivieren unter Umständen zum Handeln.

Zur Bewältigung von Anforderungen greift das Individuum auf *Ressourcen* zurück. Interne psychische und physische Ressourcen sind die zur Verfügung stehenden Handlungsmittel bzw. Eigenschaften (Fähigkeiten, Kompetenzen, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, Persönlichkeitseigenschaften, Kohärenzsinn etc.) und physischen Voraussetzungen (z. B. körperliche Fitness) einer Person. Unter externen Ressourcen werden solche in der Umwelt verstanden, insbesondere soziale Ressourcen (z. B. soziale Stützsysteme, gute Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen, Vereine, religiöse Gemeinschaften, Selbsthilfegruppen, soziales Ansehen), berufliche Ressourcen (z. B. Besitz eines Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes, Kontrolle über die Arbeit, ergonomische Arbeitsbedingungen), materielle Ressourcen (z. B. hinreichendes Einkommen, gute Wohnbedingungen), gesellschaftliche Ressourcen (z. B. Bildungs-, Gesundheits- und Rechtssystem) und ökologische Ressourcen (z. B. saubere, intakte Umwelt, gesunde Nahrung).

Empirisch wurde das Modell vielfach bestätigt, wobei bei der Überprüfung durch den systemischen Ansatz (und die damit verbundene Annahme von verschiedenen wechselseitigen Systemebenen) die Verwendung zirkulärer Prozessmodelle anstatt einer einfachen Ursachen-Wirkungs-Analyse notwendig waren [11].

Bedeutung für die Gesundheitsförderung

Im Rahmen des SAR-Modells kann Gesundheitsförderung charakterisiert werden als Verbesserung der Voraussetzungen zur Bewältigung externer und interner Anforderungen mithilfe externer und interner Ressourcen. Das Modell hat einen hohen Anwendungsbezug in der Gesundheitsförderung und stellt die Basis für viele multidisziplinäre Interventionen dar. Im Folgenden werden gesundheitsförderliche Maßnahmen exemplarisch und ohne Anspruch auf Vollständigkeit aufgelistet:

1. Gesundheitsförderung, ausgehend von Anforderungen:

- Gesundheitsförderung kann zum einen durch Anpassung externer (psychischer und physischer) Anforderungen an die Voraussetzungen und individuellen Besonderheiten einer Person, d. h. eine Verbesserung der Person-Umwelt-Passung, erfolgen: Verringerung von Überforderungen, Unterforderungen und mentalen Belastungen am Arbeits- oder Ausbildungsplatz; Beseitigung physischer Stressoren am Arbeitsplatz (z. B. durch Maßnahmen der Arbeitsergonomie).
- Zum anderen sind interne (physische und psychische) Anforderungen zu berücksichtigen: Auf die Befriedigung von Bedürfnissen und damit verbundenes Wohlbefinden achten (z. B. durch Genuss- und Entspannungsübungen, Erholung, Aufbau und Aufrechterhaltung von Bindungen); Vermeidung von psychischer Selbstüber- oder Selbstunterforderung in Beruf, Ausbildung, Familie und Freizeit; Vermeidung der Über- oder Unterforderung physischer Systeme (z. B. aufgrund von Alkoholmissbrauch, Fehlernährung oder mangelnder Bewegung).

2. Gesundheitsförderung, ausgehend von Ressourcen:

- Gesundheitsförderung kann auch durch den Aufbau, die Bereitstellung und Nutzung externer (psychischer und physischer) Ressourcen erfolgen: Aufbau, Pflege und Nutzung sozialer Unterstützungssysteme (z. B. Partnerschaften, Freundschaften, Vereine, religiöse Gemeinschaften, Partnerschafts- und Familienberatung); Angebot gesunder Nahrung (z. B. in Kantinen); Bereitstellung und Vermittlung von Arbeitsplätzen (inkl. Qualifizierungsmaßnahmen); Gesundheitsaufklärung und -training in Elternhäusern, Schulen, Einrichtungen der Erwachsenenbildung, Arztpraxen oder Rehabilitationskliniken.
- Die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung, die auf der Vergrößerung von internen Ressourcen basieren, umfassen u. a.: Verbesserung der körperlichen Fitness (z. B. durch regelmäßiges und richtig dosiertes Sporttreiben); Verbesserung der seelischen Gesundheit (z. B. durch Psychotherapie); Verbesserung der Kommunikations- und Konfliktlösungskompetenzen (z. B. durch ein Training zum Verzicht auf Gewalt als Mittel der Konfliktlösung); Verbesserung des eigenen schulischen, beruflichen oder gesundheitsbezogenen Wissens (z. B. durch Fortbildung).

Becker [6] hält die Befriedigung von Bedürfnissen des Menschen für eine gesundheitsrelevante Schlüsselvariable. Dies wird im Folgenden am Beispiel der Betrieblichen Gesundheitsförderung [12]

(Betriebliche Gesundheitsförderung) erläutert. Demnach sollten am Arbeitsplatz die Bedürfnisse der Beschäftigten durch die Bereitstellung folgender Ressourcen berücksichtigt werden:

Physiologische Bedürfnisse

- Ergonomische Arbeitsplätze
- Erholungspausen und Bewegungsangebote
- Erste Hilfe bei Unfällen und Verletzungen
- Gesundes Speisenangebot

Explorationsbedürfnis

- Vermeidung von Monotonie
- Gelegenheiten zu Kontakten und zum Informationsaustausch

Selbstaktualisierungsbedürfnis

- Förderung intrinsisch motivierter Tätigkeiten
- Gelegenheiten zu kreativen Problemlösungen
- Übertragung von Verantwortung
- Arbeitsbereicherung, Aufgabenvielfalt, sinnvolle Tätigkeiten

Bedürfnis nach Orientierung, Sicherheit und Kontrolle

- Arbeitsplatzsicherheit
- Mitbestimmungs-, Partizipationsmöglichkeit
- Kontrolle über Arbeitsausführung; hoher Entscheidungsspielraum
- Klare Aufgaben und Zuständigkeiten; transparente Informations- und Kommunikationsstrukturen
- Arbeitsschutzmaßnahmen

Bedürfnis nach Achtung und Wertschätzung, Bindung und guten Beziehungen

- Gutes Betriebsklima, vertrauensvolle Zusammenarbeit
- Wertschätzendes Verhalten sowie gegenseitige Unterstützung von Vorgesetzten und Arbeitskollegen bzw. -kolleginnen
- Anerkennung erbrachter Leistungen
- Aufstiegschancen
- Gute Bezahlung

Fazit

Fehldosierte Anforderungen sowie Defizite und Verluste von Ressourcen und daraus resultierende Misserfolge bei der Anforderungsbewältigung sind begleitet von negativen Gefühlen, Lebensunzufriedenheit, negative Veränderungen im Gesundheitsverhalten (z. B. erhöhter Konsum von Alkohol) und oftmals kurz- oder langfristigen Beeinträchtigungen der körperlichen und seelischen Gesundheit. Hingegen tragen wohldosierte Anforderungen und die Bewahrung oder Erweiterung von Ressourcen sowie die erfolgreiche Bewältigung externer und interner Anforderungen zu Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und körperlicher und seelischer Gesundheit bei.

Der Autor dankt Prof. Dr. Peter Becker für seine Vorarbeiten in früheren Ausgaben der Leitbegriffe.

References

1. Franzkowiak P, Hurrelmann K. Gesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i023-2.0
2. Franzkowiak P. Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i026-2.0
3. 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
4. Becker P. Anforderungs-Ressourcen-Modell in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für

gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo; 2003. p. 13–5.
5. 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
6. Becker P. Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung. Göttingen: Hogrefe; 2006.
7. Ernst G, Franke A, Franzkowiak P. Stress und Stressbewältigung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i118-2.0
8. 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
9. Göpel E. Systemische Perspektive in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2015. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I120-1.0
10. Fehr R. Ökologische und humanökologische Perspektive. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i082-3.0
11. Faltermaier T, Hübner I. Anforderungs-Ressourcen-Modell. 20 edn. In: Dorsch, editor. Lexikon der Psychologie. Göttingen: Hogrefe; 2021 [accessed 2024 Jan 15]. Available from: https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/anforderungs-ressourcen-modell
12. Hartung S, Faller G. Betriebliche 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-i042-3.0

Zitierhinweis: Blümel S. Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell in der Gesundheitsförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i121-1.0

Copyright: © 2026 Stephan Blümel
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/

Umweltbezogene Gesundheitsförderung

Annette K.F. Malsch[1]

[1] Naturbezogene Gesundheitsförderung und transformative Bildung, salNas institut, Hergensweiler, Deutschland

Abstract

Umweltbezogene Gesundheitsförderung hat sich von einem Nischenthema zu einem anschlussfähigen Praxis- und Forschungsfeld entwickelt. Zahlreiche Studien belegen, dass physische und soziale Umweltparameter unsere körperliche wie mentale Gesundheit signifikant verbessern können. Trotz vielfältiger salutogener Umweltwirkungen wird die Umwelt in Forschung und Praxis nur bedingt als ubiquitär charakterisierbare und planbare Gesundheitsressource bzw. salutogene Widerstandsressource wahrgenommen. Eine wesentliche Ursache hierfür ist, dass in Public Health bis heute ein einheitlicher Umweltbegriff fehlt, was zu großen Inkonsistenzen bei der gezielten Nutzung dieser Serviceleistungen des Ökosystems in Gesundheitsschutz, Prävention und Gesundheitsförderung führt. Um diese Divergenzen zu überbrücken, wurden mit den Health-Oriented Environmental Categories (HEC) differenzierte, eindeutig gegeneinander abgegrenzte Umweltkategorien definiert, die eine Vergleichbarkeit von umweltbezogenen Gesundheitsdeterminanten über alle Anwendungsfelder gewährleisten. Darauf aufbauend liegt mit dem Salutogenic Environmental Health Model (SEHM) erstmals ein die Umwelt integrierendes Salutogenesemodell vor, das darüber hinaus das mit der Umwelt interagierende Individuum als gleichwertige Umweltdimension einbezieht. Auf diese Weise wird eine bidirektionale, prozessuale Abbildung salutogener Wirkpfade möglich, die soziale und umweltbezogene Gesundheitsdeterminanten gleichermaßen zu berücksichtigen vermag. Zukünftige Herausforderungen liegen u. a. in der gerechten Verteilung salutogener Umweltressourcen und der Einbindung von Klimawandel und Digitalisierung.

Keywords: Umweltdefinition, Health-Oriented Environmental Categories, Individual Health Environment, Salutogenic Environmental Health Model, Salutogenese, Widerstandsressource, Salutogene Lebenswelten, Green Health, Gesundheitsförderung, Public Health

Einleitung

Public Health ist eine multidisziplinäre Wissenschaft, in der Sozial-, Geistes-, Lebens- und Naturwissenschaften an Gesundheitsfragen arbeiten. Diese methodische Vielfalt erleichtert zwar die Anschlussfähigkeit zu Medizin, Stadtplanung oder Bildungsarbeit, erschwert aber die Entwicklung eines gemeinsamen Umweltverständnisses. Als Kristallisationspunkt für die immer drängendere Auseinandersetzung mit dem Umweltbegriff hat sich die umweltbezogene Gesundheitsförderung als neue Subdisziplin herausgebildet.

Umweltbezogene Gesundheitsförderung hat sich von einem Nischenthema zu einem anschlussfähigen Praxis- und Forschungsfeld entwickelt. Heute reicht die Palette von Green Social Prescribing (grüne Verordnungsangebote) in der hausärztlichen Versorgung [1] und Waldtherapie-Programme in der Rehabilitation [2] über WELL-zertifizierte Arbeitswelten als betriebliches Gesundheitsmanagement [3] und evidenzbasiertes Health-Care Design in Krankenhäusern [4] bis hin zu kommunalen Hitzeschutz- und Anpassungsplänen [5], [6] sowie Nature-based Solutions (naturbasierte Lösungsansätze) für klimaresiliente Städte [7]. Diese Vielfalt verdeutlicht, wie anschlussfähig das Fachgebiet für Prävention, Gesundheitsschutz, Rehabilitation, Urban Health, Gesundheitsbildung oder Gesundheitspolitik geworden ist. Zugleich wird auch deutlich,wie dringend nötig bei dieser Multidisziplinarität ein gemeinsamer Umweltbegriff ist, um Forschung und Praxis kohärent zu verzahnen.

Gesundheitsförderung wird maßgeblich von Konzepten wie One Health, EcoHealth und Planetary Health geprägt, ebenso wie von den rahmengebenden Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) oder der Agenda 2030 [8], [9]. In der Gesamtschau beschreiben sie das Verhältnis zwischen Mensch und Umwelt und leiten daraus Maßnahmen für Public Health, Global Health und Environmental Health ab. Allerdings divergieren sie darin, was unter Umwelt zu verstehen ist – und damit auch der Untersuchungsgegenstand, mit dem der Mensch interagiert. Während sich die genannten Konzepte inhaltlich aufeinander zubewegen, bleibt insbesondere das Umweltverständnis der WHO uneinheitlich und hat sich stellenweise weit vom Ursprung der Fachdisziplin Environmental Health der Ottawa-Charta von 1986 entfernt [10].

Das Umweltverständnis der Ottawa-Charta

Die Ottawa-Charta [11] bildet nicht nur das Fundament für die Gesundheitsförderung [12] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen), sie beschreibt auch die grundlegenden Bedingungen und konstituierenden Momente von Gesundheit, an die jede Verbesserung des Gesundheitszustandes zwangsläufig gebunden ist. Damit hat sie den Grundstein für das Fach umweltbezogene Gesundheit gelegt, da – neben sozio-kulturellen Faktoren wie sozialer Gerechtigkeit und Chancengleichheit – auch umweltbezogene Bedingungen wie ein stabiles Ökosystem, angemessene Wohnbedingungen und eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen in der Charta als essenziell beschrieben werden.

Seit 2021 ergänzt die Geneva Charta for Well-being die Ottawa-Charta um das Leitbild Well-being Societies, das planetare Belastungsgrenzen, soziale Gerechtigkeit und eine Verankerung der Sustainable Development Goals (SDG) hervorhebt, ohne jedoch eine neue allgemeingültige Umweltdefinition einzuführen [13].

Im Vorgriff auf den später definierten Nachhaltigkeitsbegriff wird die enge Bindung zwischen Mensch und Umwelt als Grundlage für einen sozio-ökologischen Weg zur Gesundheit ausgeführt [11]. Als oberstes, weltweites Leitprinzip wird das menschliche Bedürfnis formuliert, sich um die anderen, um Gemeinschaften und unsere natürliche Umwelt zu sorgen. Ganzheitlichkeit und ökologisches Denken werden als Kernelemente zur Entwicklung von Strategien zur Gesundheitsförderung bezeichnet (ebd.). Dies wird verknüpft mit den Aufgaben des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes, indem die systematische Erfassung der gesundheitlichen Folgen unserer sich rasch wandelnden Umwelt als Grundvoraussetzung für Gesundheitsförderung benannt und als eine gesellschaftliche Kernaufgabe formuliert wird.

Das Umweltverständnis der Ottawa-Charta kann als sozio-ökologischer Nukleus für eine umweltbezogene, gesundheitsförderliche Strategieentwicklung angesehen werden. Die Geneva-Charta bestärkt diesen Ansatz ausdrücklich und fordert „governance for well-being“ auf allen Ebenen [13].

Umweltverständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

International setzt sich die WHO deutlich von der Ottawa-Charta ab und definiert das Aufgabenfeld für Environmental Health weiterhin primär als umweltbezogenen Gesundheitsschutz, der sich mit physikalischen, chemischen, biologischen und arbeitsbezogenen Umweltrisikofaktoren außerhalb des Menschen beschäftigt [14]. Sie zielt damit darauf ab, Krankheiten zu verhindern und auf diese Weise ein gesundheitsförderndes Umfeld zu schaffen. Diese Definition schließt Verhaltensweisen explizit aus, die nicht mit der so definierten Umwelt zusammenhängen, sowie Verhaltensweisen, die mit dem sozialen und kulturellen Umfeld sowie mit der Genetik zusammenhängen [15].

Diese Definition wird auch aktuell auf den WHO-Internetseiten verwendet und war Gegenstand des Fortschrittsberichts zur Global Strategy on Health, Environment and Climate Change (2019–2030). Das Umweltverständnis bleibt damit begrenzt auf eine pathogene Perspektive der Umwelt als Ursprung von Risikofaktoren. Eine Kontextualisierung von Umwelt und Gesundheitsförderung, d. h. eine ganzheitliche Betrachtung der engen Wechselbeziehungen zwischen Mensch und Umwelt unter salutogener Perspektive findet nicht statt. Verhaltensweisen und soziale Umwelt werden lediglich unter den Social Determinants of Health behandelt [16].

Umweltverständnis des WHO Regionalbüros Europa

Das WHO Regionalbüro Europa definiert „gesundheitlichen Umweltschutz“ (Umwelthygiene) deutlich breiter und näher an der Ottawa-Charta. Die Definition umfasst „sowohl die direkten pathologischen Auswirkungen von Chemikalien, Strahlung und biologischen Organismen als auch die indirekten Auswirkungen physischer, psychosozialer und ästhetischer Faktoren wie Wohnungswesen, Stadtentwicklung, Raumplanung und Transport auf Gesundheit und Wohlbefinden.“ ([17], S. 22). Darüber hinaus wurde die Intention zu umweltbezogener Gesundheitsförderung explizit in der Europäischen Charta für Umwelt und Gesundheit festgehalten: „Um die Menschen zu einer gesunden Lebensweise in einer reinen und harmonischen Umwelt anzuhalten, sollte zum Gesundheitsschutz die Gesundheitsförderung treten.“ [17]. Auf der 7. Europäischen Ministerkonferenz für Umwelt und Gesundheit wurde dieser umfassende Ansatz in der Budapest Declaration on Environment and Health bekräftigt und mit Klimaschutz, Verkehrswende und Jugendpartizipation verknüpft [18].

Der Definition von 1989 folgte 1994 zunächst eine umfassende Situationsbewertung [19] und die

Etablierung eines Europäischen Aktionsplans für Umwelt und Gesundheit [20]. Dem folgten nationale Aktionspläne für Umwelt und Gesundheit und auf regionaler Ebene in Nordrhein-Westfalen (NRW). Im Masterplan Umwelt und Gesundheit NRW [21] wird die Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelten als Querschnittsaufgabe gefordert – insbesondere mit Blick auf Umweltgerechtigkeit – um soziale Ungleichheit in Bezug auf Umweltrisiken und Umweltressourcen zu verringern. Damit wird betont, dass sich das Umweltverständnis für Gesundheitsförderung auch auf soziale, ökonomische, rechtliche und politische Strukturen erstrecken muss, um gesundheitliche Mehrfachbelastungen zu identifizieren und in einer sektorübergreifenden, sozialräumlichen Umweltpolitik zu berücksichtigen.

Die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) orientieren sich im Bereich umweltbezogener Gesundheit allerdings bis heute an dem Umweltverständnis der WHO international.

Auswirkungen der divergierenden Umweltverständnisse

Diese divergierenden Umweltverständnisse beeinflussen nicht nur das Gesundheits- und Krankheitsverständnis, sondern auch Forschung und Praxis für Gesundheitsschutz [22] (Gesundheitsschutz), Prävention [23] (Prävention und Krankheitsprävention) und Gesundheitsförderung [12] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen).

Die Praxis des ÖGD konzentriert sich fast ausschließlich auf den umweltbezogenen Gesundheitsschutz, wohingegen Umweltbehörden den gesundheitsbezogenen Umweltschutz erfassen und bewerten. Ein Beispiel hierfür ist der 2023 veröffentlichten Bericht des Robert Koch-Instituts zur Luftreinhaltung im ÖGD, in dem Emissionsüberwachung und Grenzwertkontrollen im Fokus stehen [5]. Demgegenüber legt das Umweltbundesamt (UBA) in seinem Jahresbericht 2023 große Gewichtung auf das Monitoring von Cache-Bodenbelastungen und gesundheitliche Risikobewertungen im Umweltschutzprogramm.

Sozio-kulturelle und sozio-ökonomische Umweltaspekte werden häufig nicht mitgedacht. Die Praxis des ÖGD entspricht damit dem Umweltbegriff der WHO International und nicht des europäischen WHO Regionalbüros. Für umweltbezogene Gesundheitsförderung bedeutet dies, dass es kaum Förderprogramme und Initiativen gibt, und eine intersektorale Zusammenarbeit zwischen Gesundheit, Umwelt und Soziales der ÖGD-Mitarbeitenden angewiesen ist.

In der Public Health-Forschung hat sich die Situation deutlich zum Besseren gewendet. Es gibt zwar bis heute nicht wenige Subdisziplinen, die die physische Umwelt lediglich als Raum oder Kontextfaktor betrachten, in dem Gesundheitsförderung auf psychosozialer und sozio-kultureller Ebene stattfindet. Doch im Bereich Urban Health und in der humanökologischen Gesundheitsforschung hat sich in den letzten 20 Jahren ein weitgefasstes Umweltverständnis und eine ganzheitliche Betrachtung der positiven wie negativen direkten und indirekten Wechselwirkungen zwischen Mensch und Umwelt entwickelt. In der Praxis der Stadtquartiere werden Konzepte wie Green Infrastructure und Environmental Justice als Kristallisationspunkte einer gesunden und nachhaltigen Stadtplanung eingesetzt [24], [25], Urban Health/StadtGesundheit [26], Ökologische und humanökologische Perspektive [27], Umweltgerechtigkeit [28].

Systematisierung der Umwelt

Es besteht also ein Spannungsfeld zwischen der engen, risikoorientierten WHO-Globaldefinition und dem breiten, salutogenetisch geprägten Umweltverständnis des WHO Regionalbüros Europa. Im Bereich der umweltbezogenen Gesundheit werden im öffentlichen Sektor in Deutschland also bis heute überwiegend Risiken und Belastungsquellen in den Blick genommen, wohingegen salutogene Umweltressourcen deutlich weniger im Fokus stehen.

Im Rahmen regionaler Programme wurde im Urban Health-Kontext jedoch in den letzten 20 Jahren einiges an Forschungs- und Entwicklungsarbeit zu den gesundheitsförderlichen Effekten von Stadtnatur geleistet [29], [25], [30], [31], [32], [33]. Der Fokus liegt hier vor allem auf der grünen (Stadtnatur) und blauen (Stadtgewässer) Infrastruktur als Gesundheitsressource [34], [35], [7], [24]. International wird durch die Agenda 2030 deutlich, wie eng das dort formulierte Nachhaltigkeitsziel 3 „Gesundheit und Wohlergehen“ mit Klima, Biodiversität und sozialer Gerechtigkeit verwoben ist [9].

Damit rückt die Frage ins Zentrum, wie man Umwelt so systematisieren kann, dass sich soziale, physische und psychosoziale Wechselwirkungen gleichzeitig abbilden lassen. Seit den 1990-er Jahren werden hierzu Modelle und Konzepte entwickelt. In der Regel setzen sie einen umweltbezogenen Schwerpunkt (z. B. soziale Umweltdeterminanten) oder sie sind aufgrund ihrer Komplexität schwer operationalisierbar [36]. In jüngster Zeit heben Malsch et al. [37] und Pleyer et al. [38]) hervor, dass ein

standardisiertes, vierdimensionales Umweltschema (Health-Oriented Environmental Categories (HEC) [37]) kombiniert mit einem salutogenetischen Prozessmodell (Salutogenic Environmental Health Model (SEHM) [38]) die Vergleichbarkeit von Studien erhöht und Interventionen zielgenauer macht (Details nächste Kapitel). Redvers et al. [39] unterstreichen dies aus Systemperspektive: Sie zeigen, dass Planetary-Health-Initiativen oft klimalastig, aber biodiversitäts- und verschmutzungsarm sind, und fordern ein integriertes Rahmenwerk.

Ein künftiger globaler Konsens sollte auf einer gemeinsamen Taxonomie aller physischen, sozialen und ökologischen Determinanten beruhen, um Forschung, Politik und Praxis kohärent auszurichten. Eine HEC-basierte Kategorisierung der vorhandenen Evidenz könnte diese Lücken sichtbar machen, während das SEHM den Transfer in ganzheitliche Praxis erleichtert.

Die Health Map von Barton & Grant

In sieben Sphären – von People bis Natural Environment – werden die gesundheitsrelevanten Wechselwirkungen zwischen Mensch und Umwelt von Barton & Grant [36] beschrieben (Abb. 1). Die Health Map stellt jede räumliche Ebene dar, von der Nachbarschaft bis zur Metropolregion, um als Grundlage für die Entwicklung systemischer und nachhaltiger Stadtquartierskonzepte zu dienen. Die gesundheitsrelevanten Wechselwirkungen des Menschen mit seiner Umwelt werden dort ebenso skizziert, wie deren individuelle Modulation durch genetische Prädispositionen und den persönlichen Lebensstil. Jede Sphäre stellt sowohl einen Prozess als auch einen Zustand dar. Das Konzept sieht vor, dass die jeweilige soziale, wirtschaftliche und ökologische Qualität zu einem bestimmten Zeitpunkt gemessen werden kann. Gleichzeitig ist aber zu berücksichtigen, dass diese Qualität sich ständig weiterentwickelt und die anderen Sphären beeinflusst.

Für Forschung und Praxis ist es oft schwierig, die Health Map vollständig zu operationalisieren. Stattdessen wird sie in der Regel vereinfacht oder regional angepasst, um die relevanten Teilsphären und Indikatoren abzubilden. Die Notwendigkeit, aus sieben zum Teil sehr feingliedrigen Sphären jeweils passende Indikatoren auszuwählen, führt zu hoher Komplexität und zu Abgrenzungsschwierigkeiten (z. B. überschneiden sich bei Activities bauliche und soziale Faktoren; Prozess- und Zustandsaspekte lassen sich nur schwer gleichzeitig erfassen).

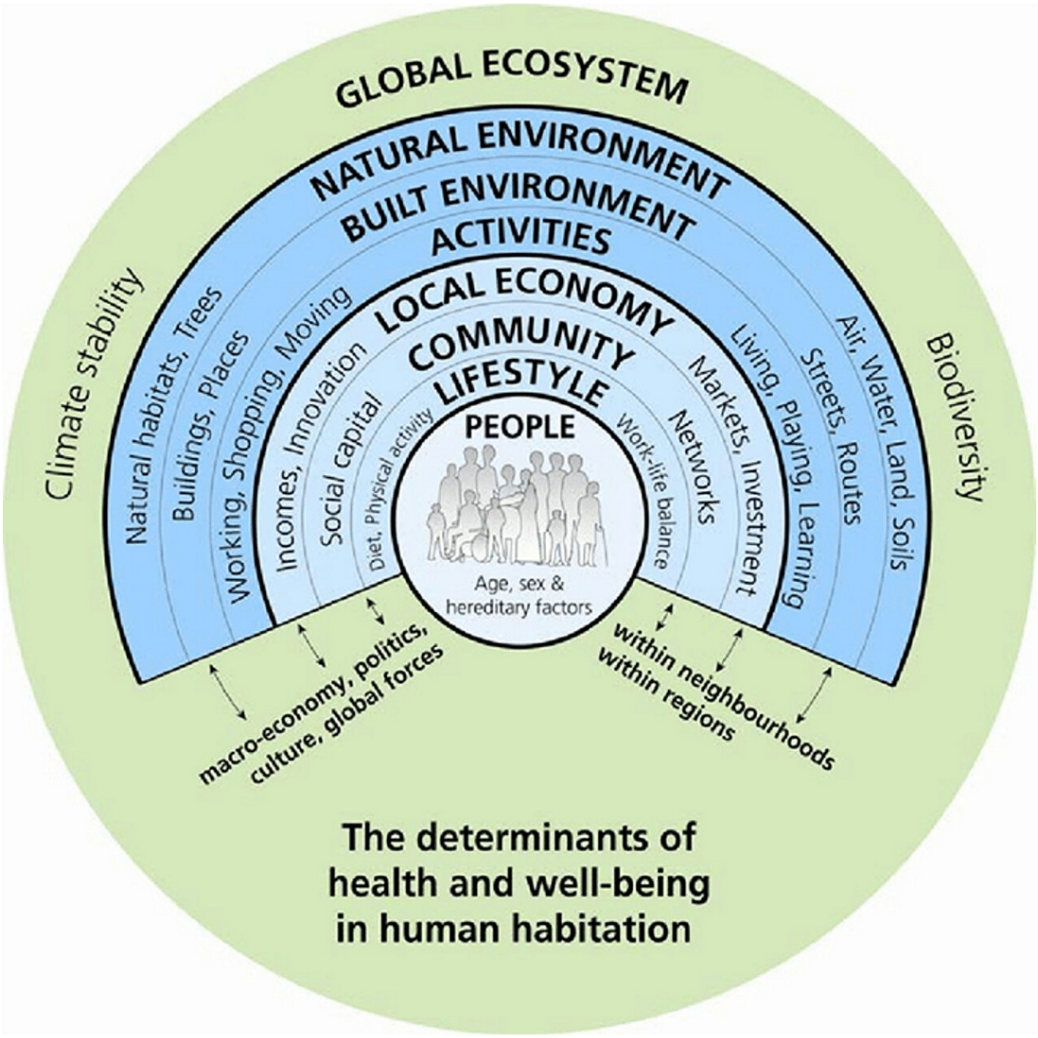


Abb. 1: Die Health Map von Barton & Grant ([36], S. 1) verdeutlicht die Wechselwirkungen zwischen dem Menschen „People“ und seiner Umwelt

Health-Oriented Environmental Categories (HEC) – Gesundheitsorientierte Umweltkategorien

Mit den Health-Oriented Environmental Categories (HEC) wird auf Basis der Health Map ein Vorschlag mit dem Anspruch gemacht, Umwelt in Public Health-Forschung und -Praxis systematisch zu gliedern [37]. Aus den sieben Sphären von Barton & Grant [36] werden dafür vier klar abgrenzbare Kategorien abgeleitet (Tab. 1):

- Natural environment (NEN) = Natürliche Umwelt – umfasst sämtliche Ökosysteme und Umweltmedien, in denen biologische, chemische und physikalische Prozesse ablaufen. Indikatorbeispiel: PM 2.5 Konzentration oder Grünflächenanteil an Siedlungsfläche.
- Built-material environment (BMEN): Gebaut-materielle Umwelt meint alle menschengemachten, materiellen Strukturen sowie die technische Infrastruktur, die Aktivitäten ermöglicht und formt. Indikatorbeispiel: Wohnfläche pro Person oder Walkability-Index.
- Socio-cultural environment (SCEN): Sozio-kulturelle Umwelt umfasst durch kollektive Entscheidungen geschaffene Regeln, Institutionen und Wertsysteme, die Verhalten leiten und Ressourcen verteilen. Indikatorbeispiel: Partizipationsquote, Milieu-Indizes oder Einkommensverteilung.
- Psychosocial environment (PEN): Psychosoziale Umwelt beschreibt das Wechselspiel von individueller Wahrnehmung, Emotion und Interaktion; hier wird die Umwelt subjektiv erlebt und individuell eingeordnet. Indikatorbeispiel: SOC-Score oder Job-Stress-Index.

Vor allem an der Schnittstelle zwischen physischer und sozialer Umwelt ermöglicht HEC eine eindeutige

Zuordnung von Determinanten und Indikatoren. So wird die Health Map-Sphäre Activities, die Gegenstände, Verhaltensweisen und normative Regeln vereint, in den HEC konsistent auf bebaut-materielle und sozio-kulturelle Umwelt-Faktoren aufgeteilt (Tab. 1).

	HEC-Kategorie	**Zugeordnete Health-Map-Sphären[1]**	**Umwelt-Beispiele pro Kategorie[2]**
Physische Umwelt	Natürliche Umwelt	7: Natürliche Umwelt	Ökosysteme und Biodiversität, Gewässer, Boden- und Luftqualität, Klima- und Wetterregime
	Gebaut-materielle Umwelt	6: Gebaute Umwelt 5: Aktivitäten (Infrastruktur und Produkte)	Gebäude, Verkehrswege, Plätze, Versorgungs- und Entsorgungsinfrastruktur, Produktensemble, Energie- und Datennetze
Soziale Umwelt	Sozio-kulturelle Umwelt	5: Aktivitäten (Verhalten und Regeln) 4: Lokale Wirtschaft 3: Gemeinde	Wirtschafts- und Beschäftigungs-strukturen, Normen und Werte, Recht und Politik, Bildungs- und Gesundheitssystem, soziale Netzwerke, Partizipation
	Psychosoziale Umwelt	2: Lebensstil 1: Individuelle Prädispositionen	Wahrnehmung, Sinngebung, Coping-Strategien, Rollenbilder, soziale Unterstützung, wechselseitige Emotionen

Tab. 1: Zuordnung der sieben Health-Map-Sphären [36] zu den vier Health-Oriented Environmental Categories (HEC) (Eigene Darstellung)

[1] Nummerierung wie bei Barton & Grant [36].

[2] Die Umwelt-Beispiele sollen eine Indikatorzuordnung erleichtern; ausführliche Beschreibung in Malsch et al. [37].

Es werden rein extrinsische Umwelt-Kategorien definiert, um mit dem HEC-Raster eine eindeutige, WHO-konforme Taxonomie zu schaffen, die sich problemlos auf bestehende Datenbanken, Risikomodelle und Interventionsplanungen übertragen lassen. Die Kategorien wurden mit Blick darauf konzipiert, interdisziplinäre und intersektorielle Datenvergleiche unterschiedlicher Disziplinen (innerhalb und außerhalb von Public Health) zu erleichtern. HEC dient damit zudem als Vergleichsschablone, um heterogene Modelle in ein gemeinsames Raster zu überführen. Tabelle 2 illustriert dies an vier klassischen Bezugsmodellen.

HEC-Kategorie[1]	**Health Map[2]/ Umwelt Level**	**Rainbow-Modell[3]/ Policy Level**	**Soziale Determinanten[4]**	**Beispiel-Indikatoren**
Natürliche Umwelt	7: Natürliche Umwelt	Ring 5: Umweltbezogene Bedingungen	Makroebene: Klima, Ökosystemqualität	Feinstaub ($PM_{2.5}$), Grünflächenanteil, Baumartenvielfalt
Gebaut-materielle Umwelt	6: Gebaute Umwelt 5: Aktivitäten (Infrastruktur und Produkte)	Ring 4: Physische Lebens- und Arbeits-bedingungen	Mesoebene: Wohndichte, Verkehrs-infrastruktur	Wohnflächendichte, Nahverkehrszugang, Lärmindex

HEC-Kategorie[1]	Health Map[2]/ Umwelt Level	Rainbow-Modell[3]/ Policy Level	Soziale Determinanten[4]	Beispiel-Indikatoren
Sozio-kulturelle Umwelt	5: Aktivitäten (Verhalten & Regeln) 4: Lokale Wirtschaft 3: Gemeinde	Ring 4: Sozioökonomische und kulturelle Bedingungen Ring 3: Gemeinschaftliche und soziale Netzwerke	Mesoebene: Nachbarschaft, kommunale Ressourcen	Wahlbeteiligung, Vereinsdichte, Arbeitslosenquote
Psychosoziale Umwelt	2: Lebensweise 1: Individuelle Prädispositionen	Ring 2: Lebensweise Zentrum: Individuelle Prädispositionen	Mikroebene: Stress, Coping, soziale Unterstützung	Sense of-Coherence-Score, wahrgenommene Nachbarschaftssicherheit

Tab. 2: Das 1) HEC-Raster [37] als verbindende Matrix zwischen der 2) Health Map [36], dem 3) Rainbow-Modell [40] und dem Modell 4) sozialer Determinanten [41]. Die rechte Spalte nennt typische Indikatoren, die jeweils dieser HEC-Kategorie zugeordnet werden können. (Eigene Darstellung)

Die Gegenüberstellung in Tabelle 2 verdeutlicht die bisherige Inkonsistenz bei der Einordnung gesundheitlicher umweltbezogener Wirkungsebenen. Die beiden sozial-epidemiologischen Referenzmodelle von Dahlgren und Whitehead [40] und Schulz und Northridge [41] werden häufig synonym verwendet, unterscheiden sich aber inhaltlich deutlich: Was bei Dahlgren und Whitehead unter „Lebens- und Arbeitsbedingungen“ läuft, teilen Schulz und Northridge in gebaute versus soziale Kontexte auf. Die Umwelt fungiert hier als Vermittler sozialer Ungleichheit und ist nicht nur Hintergrund oder Risikofaktor.

Mittels HEC können nun diffuse Grenzzonen identifiziert und vereinheitlicht werden, da sich alle Determinanten eindeutig den vier Umweltkategorien zuordnen lassen. Der Gewinn dieses Vorgehens liegt in der vergleichbaren Terminologie: Datenbanken sehr unterschiedlicher Projekte lassen sich nach denselben Spalten filtern, Indikatoren systematisch zuordnen, interdisziplinäre Teams sprechen eine gemeinsame Sprache – auch bei sozialen und politischen Determinanten.

Individual Health Environment (IHE)

Eingeführt wurde im Rahmen von HEC zudem in den Begriff der Individual Health Environment (IHE) [37]. Das IHE-Konzept ergänzt HEC um die Beschreibung des Prinzips der Wechselwirkung des Individuums mit seiner Umwelt als hochdynamisches Netzwerk aus Wechselwirkungen zwischen

1. den körperlichen, epigenetischen und psychischen Prädispositionen des Individuums,
2. den vier HEC-Umweltkategorien,
3. den Interaktionen der sozialen, ökonomischen, politischen, kulturellen und umweltbezogenen Gesundheitsdeterminanten untereinander und
4. dem Individuum als Wirkfaktor auf andere Individuen und auf die physische Umwelt.

Damit wird sichtbar, dass zwei Menschen im selben Quartier sowohl unterschiedliche Umweltmuster erleben können als auch sich gegenseitig soziale Umwelt sind: divergierende Lärmprofile, soziale Netze oder Coping-Strategien, die sich gegenseitig verstärken oder abschwächen. Die individuelle Gesundheits-Umwelt (IHE) ist sowohl Produkt als auch Motor von Individualisierungsprozessen und erklärt, warum gleichartige Umweltbedingungen zu unterschiedlichen Gesundheitsverläufen führen.

Dies lässt sich am Praxisnutzen des IHE-Modells verdeutlichen:

- Individualisierte Prävention und Medizin: Umweltdaten lassen sich patientenspezifisch mit genetischen Profilen verknüpfen.
- Personalisierte Gesundheitsbildung: Bildungsprogramme können an das individuelle Wechselwirkungsmuster angepasst werden.
- Langzeitforschung: IHE bietet eine Konzepthülle für Kohorten, die Umwelt, Verhalten und Biologie simultan erfassen.

Wechselwirkungen und Rückkopplungen werden durch IHE jedoch nur modellhaft skizziert. Gemeinsam bilden HEC und IHE dynamische Netzwerke ab, woraus sich aber kein expliziter zeitlicher Ablauf oder Rückkopplungen modellieren lassen. Die von IHE beschriebenen bidirektionale Effekte entwerfen keine salutogenetische Pfadlogik, wie dies durch SEHM geleistet wird (siehe unten).

Auch hat HEC klare Grenzen: Es ist kein Kausalmodell. Lebenslaufprozesse lassen sich mit dem rein extrinsisch orientierten Raster nicht erfassen, weil intraindividuelle Faktoren wie Genetik, Epigenetik oder Coping unberücksichtigt bleiben. Um diese Dynamik abzubilden, braucht es einen prozessualen Rahmen, der die vier HEC-Kategorien um die individuelle Ebene ergänzt und salutogenetische Pfade sichtbar macht.

Das Salutogenic Environmental Health Model (SEHM)

Seit mehr als vier Jahrzehnten erklärt das Salutogenese-Modell Aaron Antonovskys [42], warum Menschen trotz Belastung gesund bleiben. Es beschrieb zudem die neue Logik eines Gesundheitskontinuums anstelle der Krankheits-Dichotomie. Bis heute erscheint die Umwelt im Salutogenese-Modell allerdings ausschließlich als Risikofaktor; mittlerweile gut beschriebene Widerstandsressourcen wie Stadtnatur oder gebaute Aufenthaltsqualität bleiben außen vor.

Mit dem Salutogenic Environmental Health Model (SEHM) – dem umweltbezogenen Salutogene-Modell – schließen Pleyer et al. [38] erstmals diese konzeptionelle Lücke (siehe Abb. 2). Das SEHM verknüpft Antonovskys salutogenetisches Grundmodell mit dem strukturierten Taxonomie-Gerüst der Health-Oriented Environmental Categories (HEC) und entwickelt das kausale IHE-Netzwerk weiter zu einer neuen fünften Umweltkategorie: das Individuum.

In Abbildung 2 ist zu sehen, wie das gelingt: Das linke Feld in Rot zeigt die pathogenen Stressoren, während das mittlere Grau-Band neutrale Kontextbedingungen und die neutralen Verarbeitungsprozesse abbildet. Die grünen Bereiche weisen die salutogenen Ressourcen und positiven Verarbeitungsergebnisse aus (erfolgreiches Management, Balance, Kohärenzgefühl, positive Lebenserfahrung, Gesundheitskontinuum). Zusammen wird so das Ressourcen-Stressor-Kontinuum ausgeformt. Gelb hervorgehoben ist das einzelne Individuum als dynamischer Akteur, der zwischen diesen Pfaden vermittelt. Die Bandbreite der Bewältigungs- und Gesundheitsdynamik (Ungleichgewicht oder Balance, Stress oder positive Lebenserfahrung etc.) bilden weitere SEHM-Komponenten.

Das Ressourcen-Stressor-Kontinuum wird durch die einzelnen HEC-Umwelt-Kategorien (natürlich, gebaut-materiell, sozio-kulturell, psychosozial, Individuum) stratifiziert, wodurch eine klare umweltbezogene Zuordnung von handhabbaren und messbaren Unterkategorien ermöglicht wird. Sie konkretisieren für Forschung und Praxis beispielhaft, welche Arten von Stressoren (rot), Kontextbedingungen (grau) und Ressourcen (grün) im Modell pro Ebene berücksichtigt werden können. Zudem erlauben sie es, Messgrößen (Indikatoren) klar zu definieren und Datenquellen zuzuordnen.

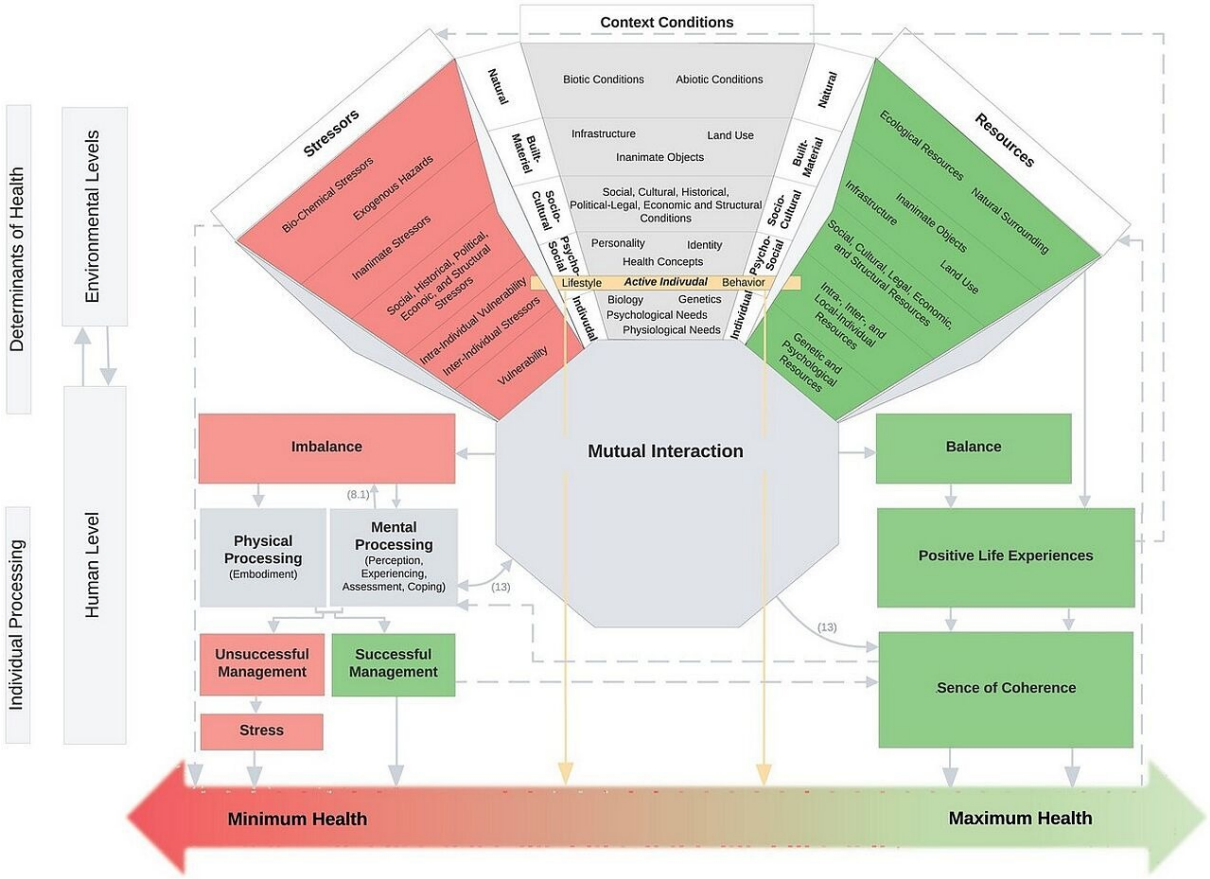


Abb. 2: Umweltbezogenes Salutogenesemodell (SEHM, [38]) mit 12 Kernkomponenten und seinen Unterkomponenten innerhalb des Ressourcen-Stress-Kontinuums (Stressoren, Kontextbedingungen, Ressourcen); Farbgebung: schädliche Komponenten in rot; gesundheitsfördernde Komponenten in grün; neutrale Komponenten in grau; aktive Person in gelb.

Durch die Deklaration des Individuums als vollwertige Umweltdimension können sowohl äußere Veränderungen (z. B. Begrünung, Lärmschutz) als auch innere Anpassungen (z. B. Resilienz-Training, Selbstwirksamkeit) im selben Kausalstrom modelliert werden. Durch seine bidirektionale Logik macht das SEHM deutlich, dass jede Ebene auf die nächstinnere wirkt und Rückkopplungen empfängt. Top-down: Verkehrslärm (gebaut) erzeugt physiologischen Stress (Individuum). Bottom-up: Bürgerschaftliches Engagement (psychosozial) kann politische Regeln (sozio-kulturell) verändern und langfristig Grünflächenausbau (natürliche Umwelt) fördern.

Durch das Individuum als gleichrangige Umweltdimension wird das SEHM prozessfähig und schließt die Lücke zwischen statischer Beschreibung von Gesundheitsdeterminanten oder Umwelt-Taxonomien und salutogenetischem Dynamikmodell. So lassen sich sowohl kurzfristige Effekte (z. B. Stresssenkung durch Parkbesuche) als auch langfristige Veränderungen (z. B. Governance-Reformen durch Bürgerengagement) in einem einheitlichen Rahmen darstellen. Zum Beispiel können Interventionen über mehrere Ebenen hinweg geplant und Wechselwirkungen auf Individuen-Ebene vorhergesagt werden. Auch können verschiedene Indikatoren in Form eines salutogenetischen Pfads strikt ebenenbezogen zugeordnet und ausgewertet werden:

- Gebaut-materielle Umwelt: m² Grünfassaden (Input) → Oberflächentemperatur Δ –3 °C (Output) → Hitzestressindex (Outcome) → Morbiditätstrend (Impact).
- Psychosoziale Umwelt: Zahl geschulter Nachbarschaftslotsen (Input) → erreichte Haushalte (Output) → wahrgenommene soziale Unterstützung (Outcome) → Kohärenzscore-Zuwachs (Impact).

In der Gesamtschau folgt die SEHM-Architektur drei Prinzipien: Hierarchische Ebenen, bidirektionale Interaktion und prozessuale Pfadlogik. Jeder Schritt des klassischen Salutogenese-Pfads (Stressor -> Ressource -> Coping -> Gesundheitskontinuum) lässt sich einer Umweltebene zuordnen und als Ressource, Risikofaktor oder umweltneutral prozessual abbilden.

Umwelt als salutogene Ressource

Das Salutogenese-Modells Antonovskys ist seit seiner Veröffentlichung Gegenstand von Forschung und wird von Faltermaier [43] (Salutogenese) als erster Entwurf verstanden, der erweitert und ergänzt werden muss, um Gesundheit noch besser zu erklären. Als salutogenes Schlüsselkonzept gilt das Kohärenzgefühl, das sich im Laufe des Lebens auf der Basis von Ressourcen entwickelt und aussagt, ob das eigene Leben als verstehbar, bewältigbar und sinnhaft erlebt wird. Als wesentliches Potenzial zur Bewältigung von Stressoren werden allgemeine individuelle und soziale Widerstandsressourcen angesehen. Die Umwelt hingegen wird im Salutogenese-Modell [43] (Salutogenese) primär als Risikofaktor und nur rudimentär als Ressource berücksichtigt. Welchen konkreten Beitrag die Umwelt in Form von Umweltressourcen als salutogene Gesundheitsdeterminanten zu einem guten Kohärenzgefühl leisten und wie dies im Salutogenese-Modell zu verankern wäre, war lange Zeit kaum Gegenstand von Forschung.

Nach über 20 Jahren umweltbezogener Gesundheitsforschung ist es evident, dass Naturwahrnehmung und Naturkontakt unsere körperliche wie mentale Gesundheit signifikant positiv beeinflussen. Neue Studien identifizierenspezifische salutogene Umweltfaktoren und modellieren ihre Wirkpfade auf das Kohärenzgefühl [7]. Ein nur zehnminütiger Aufenthalt in städtischen Grünflächen senkt bereits den Cortisolspiegel um durchschnittlich 15 % [32]. In Shinrin-Yoku-Feldexperimenten werden Blutdruck- und Herzfrequenz-Senkungen um bis zu 6 % gemessen [44]. Mehrtägige Waldbade-Interventionen steigern die Anzahl natürlicher Killerzellen um durchschnittlich 35 % sowie deren Aktivität um bis zu 50 % [45]. Doch auch ein kurzer Waldbesuch von nur 20 Minuten reduziert negative Emotionen, verstärkt den positiven Affekt und senkt den Cortisolspiegel effektiver als der parallele Aufenthalt in einer rein städtischen Umgebung [46]. Besonders bemerkenswert ist, dass Steiniger et al. [47] erstmals mit Echtzeit-Gehirnscans nachgewiesen haben, dass die Wahrnehmung von Natur direkt auf unser Schmerzempfinden und die Schmerzverarbeitung wirkt, indem sie körperbezogene Schmerzsignale reduziert. Aber nicht nur natürliche Umwelten, sondern auch durch gezielte architektonische und städtebauliche Interventionen wurden salutogene Effekte nachgewiesen [4]. Empirische Evaluierungen architektonischer Interventionen zur Förderung der Gesundheit sind bislang noch verhältnismäßig selten.

In der Umweltpsychologie wird seit Langem betont, dass physische Umweltbedingungen maßgeblich zum menschlichen Wohlbefinden beitragen [48], [49]. Sie untersucht den Menschen systematisch in Beziehung zu seiner realen, physischen Umwelt [50], [51], [52]. Damit wird dem Umstand großes Gewicht beigemessen, dass die Physis, die Sinne und die Psyche des Menschen sich im Kontext mit der natürlichen Umwelt evolviert haben und der Mensch vice versa die Fähigkeit entwickelt hat, seine Umwelt bewusst zu gestalten. Gebhard [50] beschreibt diesen Vorgang entwicklungspsychologisch: Kinder entwickeln ihre Sinne und ihre mentalen wie körperlichen Fähigkeiten vor allem in der Interaktion und durch ein „sich in Beziehung setzen“ mit der natürlichen und gebaut-materiellen Umwelt.

Die Qualität, Nutzungsvielfalt, Ästhetik, Atmosphäre, Sicherheit etc. der physischen Umweltverhältnisse spielen für die persönlichen Entfaltungsmöglichkeiten und die Entwicklung des Kohärenzsinns eine bedeutsame Rolle. Auf diese Weise entwickeln sie Selbstvertrauen, Selbstwert, Körpergefühl, Orientierungssinn und Eigenwahrnehmung. Insbesondere die Aspekte des inneren Abstands zum Alltäglichen und die Wahrnehmung sich verändernder Umweltreize – etwa Blätterspiel im Wind oder Glitzern auf Wasserflächen – spielen für die Erholung gerichteter Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit eine Schlüsselrolle [53], [54].

Die Wohn- und Architekturpsychologie beschäftigt sich wiederum mit dem Einfluss von Stadtarchitektur auf die Gesundheit, woraus das PAKARA-Modell hervorging [55]. In den USA wurde der Begriff „evidenzbasiertes Health-Care Design“ (oder Evidence-Based Design, EBD) geprägt. Er entstammt interdisziplinärer Forschung an der Schnittstelle von Architektur- und Innenraumgestaltung, Umweltpsychologie, Facility Management und Public Health-Ansätzen. Kernelement ist, bauliche und gestalterische Entscheidungen nicht (nur) intuitiv, sondern auf der Basis empirischer Wirkuntersuchungen zu treffen. Eine Pionierinstitution für Evidence-Based Design im Krankenhausbereich ist das Center for Health Design (USA). Im Bereich „Green Care“ werden multidisziplinär naturtherapeutische Ansätze erforscht, die nicht nur bei ihren Zielgruppen gesundheitliche, pädagogische oder soziale Verbesserungen bewirken sollen, sondern die auch zu Landschafts- und Stadtgestaltung salutogen eingesetzt werden können.

Der Umstand, dass sich immer mehr Fachdisziplinen in Forschung und Praxis mit der Charakterisierung von salutogenen Umweltfaktoren, Umwelteigenschaften und -wirkungen beschäftigen, beschreibt prägnant den gesamtgesellschaftlicher Bedeutungszuwachs umweltbezogener Gesundheitsförderung.

Die Umwelt im Setting- bzw. Lebensweltansatz

Gesundheitsförderliche Maßnahmen bzw. Handlungen sowie die Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt müssen dazu geeignet sein, jedem Individuum einen persönlichen Entwicklungs- und Reifungsprozess zu ermöglichen [43] (Salutogenese). Aus diesem sozialpsychologischen Verständnis der Gesundheitsförderung [12] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen) heraus entwickelte sich der Lebensweltansatz bzw. das salutogene Setting. Es wird als populationsbasiertes Sozialsystem abgegrenzt, in dem zwischenmenschliche Interaktionen und soziostrukturelle Bedingungen wechselseitig Gesundheit prägen [56] (Settingsansatz/Lebensweltansatz). Dabei wird zwischen den zwischenmenschlichen Interaktionen bzw. Verhaltensmustern als Gesundheitsförderung innerhalb des Settings (siehe Tab. 1 „psychosoziale Umwelt“) und den soziostrukturellen Bedingungen als Rahmenbedingungen eines gesundheitsförderlichen Settings differenziert (siehe Tab. 1 „sozio-kulturelle Umwelt“). So wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass Gesundheitsprobleme einer Bevölkerungsgruppe das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen ökonomischer, sozialer und organisatorischer Umwelt sowie persönlicher Lebensweise sind.

Nach § 20a Abs. 1 SGB V umfassen gesundheitsförderliche Settings Wohn-, Lern-, Versorgungs-, Freizeit- und Sportsysteme, wobei die Kommune als übergeordnetes Setting alle Teilwelten integriert [57] (Gesundheitsförderung 5: Deutschland). In der Praxis bleibt jedoch die natürliche und gebaut-materielle Umwelt häufig unberücksichtigt, da Krankenkassen und ÖGD Gesundheitsförderung vorrangig über Verhaltensprogramme realisieren und keine umweltgestalterischen Aufgaben übernehmen. Letztere sind den Umweltbehörden vorbehalten. Vor dem Hintergrund jedoch, dass der Lebensweltansatz salutogene Umweltfaktoren auf Populationsebene einbeziehen muss, erscheint diese gesetzliche Fokussierung zu eng. Insbesondere bei der Betrachtung von Lebensstilen auf Populationsebene, in denen Gruppen typische Muster von Verhalten und Ressourcen aus ihrem sozialen, kulturellen, ökonomischen und ökologischen Umfeld entwickeln, müsste das Setting alle Umweltdimensionen systemisch integrieren (siehe oben HEC; [37], Lebensweisen/Lebensstile [58]).

Insofern ist das salutogene Setting ein Ort, an dem die natürlichen, gebaut-materiellen und sozio-kulturellen Umweltelemente und die (psycho-)sozialen Arrangements (siehe Health-Oriented Environmental Categories) Gesundheit im kollektiven Sinne gemeinsam fördern [37] und an dem eine Politik, die Gesundheit wertschätzt, auf allen gesellschaftlichen Ebenen wirksam wird [59].

Eine umweltbezogene Gestaltung geht weit über Risikomanagement hinaus: Sie identifiziert und priorisiert salutogene Elemente − z. B. urbane Baumkronen, Geh- und Radnetz, Community-Gärten, partizipative Nachbarschaftsforen – und qualifiziert Stadtquartiere als gesundheitsfördernde Settings. Ein anschauliches Beispiel liefern Peschardt et al. (2014, [60]): In Kopenhagen führten Pocket-Parks in dicht bebauten Quartieren zu einer Steigerung von selbstberichteter Erholung und informellen Nachbarschaftskontakten.

Dieser Ansatz wird an der Schnittstelle von Umweltstressoren und individuellen Stressreaktionen deutlich, wie es das Exposure-disease-stress-model (Abb. 3) beschreibt [61]: Wenn psychosozialer Stress durch zu dichte Bebauung zum Vulnerabilitätsfaktor wird und Umweltrisiken mit sozialen Bedingungen verknüpft, können akute wie chronische Veränderungen von Körperfunktionen (z. B. Immun- oder endokrines System) entstehen.

Das SEHM erweitert diese pathogene Prozessbeschreibung der Umweltverarbeitung um den gegenläufigen salutogenen Wirkpfad (Stressor → Ressource → Coping → Gesundheitskontinuum). Würden wie im Kopenhagener Quartier also gezielt Stadtgrün- und Stadtblauelemente etabliert, ließen sich deren salutogene Effekte auf das individuelle Kohärenzgefühl und das gemeinschaftliche Empowerment unmittelbar in einem gemeinsamen Prozessmodell abbilden.

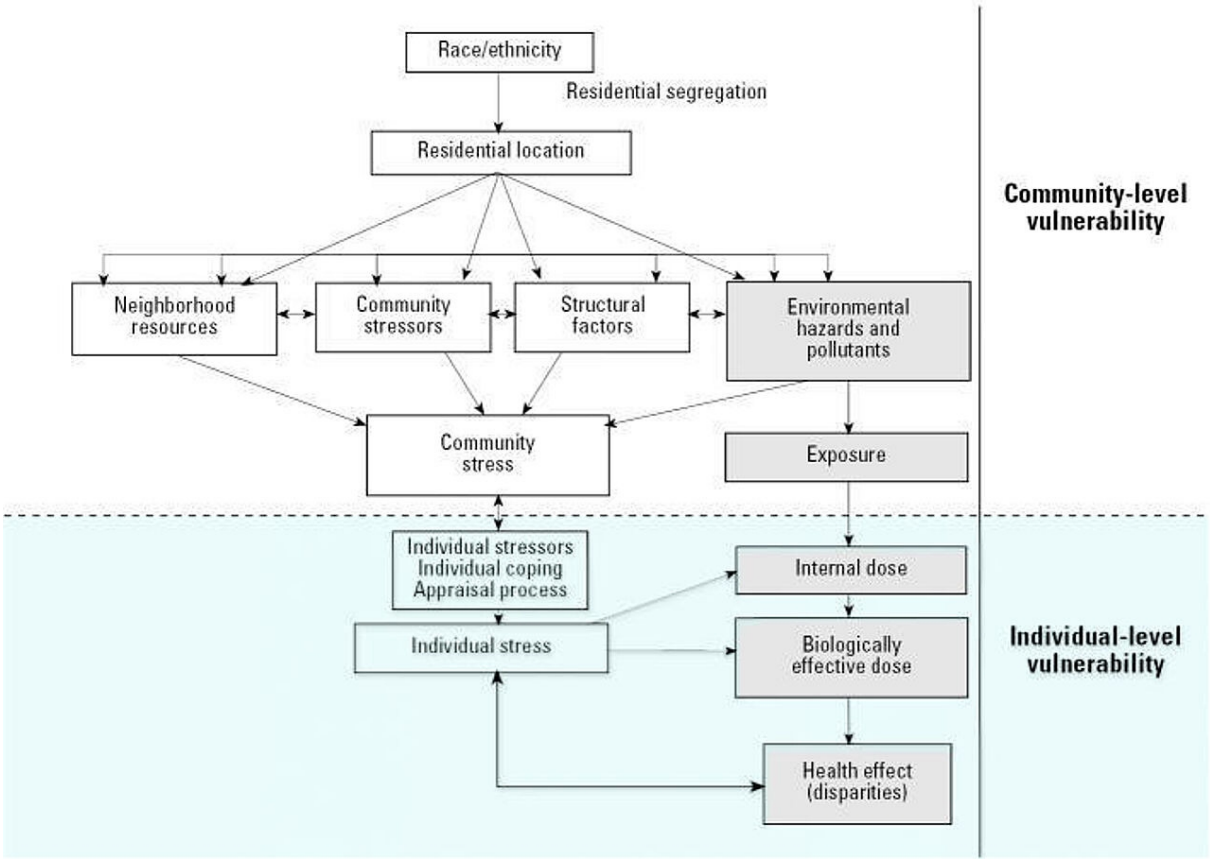


Abb. 3: Exposure-disease-stress-model for environmental health disparities [61]

Ausblick

Trotz der großen Fortschritte der vergangenen 20 Jahre, wird umweltbezogene Gesundheitsförderung noch nicht als ein proaktiv einsetzbares Instrument zur salutogenen Lebensweltgestaltung wahrgenommen und genutzt. Vielmehr wird sich prioritär auf das präventionsorientierte Zurückdrängen von Umweltrisiken im Sinne der Daseinsvorsorge und der Bereitstellung resilienter Ökosysteme konzentriert. Dabei konstruiert der Mensch den Großteil seiner Lebensumwelt tagtäglich selbst und nimmt entscheidenden Einfluss auf seine physische und soziale Umwelt. So wäre es nur folgerichtig, es zu einer Kernaufgabe zu machen, bereits bei der Planung gesundheitsförderliche Umweltelemente auf allen Ebenen und in allen Sektoren einer Gesellschaft in die Konstruktion unserer Lebensumwelt einfließen zu lassen.

Mit der Anerkennung der Umwelt als aktive Widerstandsressource steht Public Health am Beginn einer neuen Ära. Doch mehrere zentrale Herausforderungen bleiben:

- Der Zugang zu Grün- und Blauräumen ist in vielen Städten sozial ungleich verteilt, wodurch vulnerable Gruppen deutlich geringere salutogene Effekte erfahren. Künftige Forschung und Praxis müssen daher Strategien entwickeln, um Equity sicherzustellen und partizipative Planungsprozesse zu etablieren, die sozial benachteiligte Quartiere priorisieren.
- Die Klimakrise führt zu immer stärker ausgeprägten Hitzeinseln, die salutogene Grüninfrastrukturen herausfordern. Interdisziplinäre Ansätze sind gefragt, um physische und digitale Umweltebenen in integrativen Prozessmodellen abzubilden.
- Nachhaltige, salutogene Umweltgestaltung erfordert eine enge Zusammenarbeit von Stadtplanung, Umwelt-, Sozial- und Gesundheitsbehörden. Konzepte wie Health in All Policies müssen um den Fokus auf salutogene Umweltressourcen erweitert werden, um Policy Coherence sicherzustellen und intersektorale Verantwortlichkeiten klar zu definieren [62].
- Die Mehrheit der Evidenz stammt aus OECD-Ländern und temperierten Klimazonen. Für Low- and Middle-Income Countries (LMIC) fehlen valide Daten zu salutogenen Umweltwirkungen unter anderen ökologischen und sozio-kulturellen Bedingungen. Hier besteht Bedarf an transnationalen Kohortenstudien und lokal angepassten HEC/SEHM-Indikatorensätzen.

- Um HEC und SEHM in Forschung und Interventionen operationalisieren zu können, bedarf es praxisnaher Indikatoren und Monitoring-Frameworks, die Input-, Output-, Outcome- und Impact-Maße über alle fünf Ebenen konsistent abbilden. Die Entwicklung und Validierung solcher Dashboard-Tools bleibt eine offene Aufgabe für die nächsten Jahre.

Literatur:

- Peschardt KK, Stigsdotter UK, Schipperijn J. Identifying features of pocket parks that may be related to health promoting use. Landsc Res. 2016;41(1):79–94. DOI:10.1080/01426397.2014.894006
- Rauthmann JF. Capturing interactions, correlations, fits, and transactions: A Person-Environment Relations Model. In: Rauthmann JF, editor. The Handbook of Personality Dynamics and Processes. Elsevier; 2021. p. 427–522.

References

1. Darcy PM, Armitt H, Hurd A, Paton LW, White PCL, Coventry PA. Green social prescribing: A before and after evaluation of a novel community-based intervention for adults experiencing mental health problems. Health Soc Care Community. 2025 Jan;2025(1):2016261. DOI:10.1155/hsc/2016261
2. Meinköhn M, Kessler CS, Kandil FI, Kuballa L, Schweininger S, Scheidt C, Paul A, Haller H, Cramer H, Joachim S, Kotte D, Michalsen A, Jeitler M. Effects of forest therapy on participant-reported outcomes: A randomized controlled dose-comparison trial among the general population in Germany. J Integr Complement Med. 2025;31(9):826–43. DOI:10.1089/jicm.2024.0744
3. Ebbini GW. Transforming health: The WELL Building Standard's role in sustainable development. Cell Rep Sustain. 2024 May;1(5):100100. DOI:10.1016/j.crsus.2024.100100
4. Ulrich RS, Zimring C, Zhu X, DuBose J, Seo HB, Choi YS, Quan X, Joseph A. A review of the research literature on evidence-based healthcare design. HERD. 2008;1(3):61–125. DOI:10.1177/193758670800100306
5. Robert Koch-Institut (RKI). Auswirkungen des Klimawandels auf nicht-übertragbare Erkrankungen und die psychische Gesundheit - Teil 2 des Sachstandsberichts Klimawandel und Gesundheit 2023. J Health Monit. 2023;8(S4).
6. Winklmayer C, Matthies-Wiesler F, Muthers S, Buchien S, Kuch B, An Der Heiden M, Mücke HG. Heat in Germany: Health risks and preventive measures. J Health Monit. 2023 Sep 6;8(Supp 4):3–32. DOI:10.25646/11651
7. WHO Regional Office for Europe. Nature-based solutions and health. Bonn; 2025. Available from: https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-12214-51986-79744
8. United Nations Department of Economic and Social Affairs (UN DESA). Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development. 2015;
9. United Nations Department of Economic and Social Affairs (UN DESA). The sustainable development goals report 2023: Special edition. Towards a Rescue Plan for People and Planet. 2023. [accessed 2025 Jul 14]. Available from: https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2023.pdf
10. Kickbusch I. Policy Innovation for Health. Kickbusch I, editor. New York: Springer; 2009.
11. World Health Organization (WHO). Ottawa Charter for Health Promotion. 1986. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/59557/Ottawa_Charter_G.pdf
12. WHO Regional Office for Europe. Geneva Charter for well-being. 2021. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-promotion/geneva-charter-4-march-2022.pdf?sfvrsn=f55dec7_21&download=true
13. World Health Organization (WHO). WHO global strategy on health, environment and climate change: the transformation needed to improve lives and wellbeing sustainably through healthy environments. Geneva; 2020.
14. Bircher J, Kuruvilla S. Defining health by addressing individual, social, and environmental determinants: new opportunities for health care and public health. J Public Health Policy. 2014 Aug;35(3):363–86. DOI:10.1057/jphp.2014.19
15. World Health Organization (WHO). Social determinants of health: Factsheet. 2024 [accessed 2025 Jul 14]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-h

ealth
16. WHO Regionalbüro für Europa. Umwelt und Gesundheit: Europäische Charta mit Kommentar. Vol. ;35. Kopenhagen; 1989 [accessed 2025 Dec 5]. (Europäische Schriftenreihe; 35). Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341424/9789289071260-ger.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. WHO Regional Office for Europe. Accelerating action for healthier people, a thriving planet, a sustainable future. Declaration of the seventh ministerial conference on environment and health: Budabest Declaration. Bonn; 2023.
18. WHO Regionalbüro für Europa. Sorge um Europas Zukunft. Gesundheit und Umwelt in der Europäischen Region. Zusammenfassung. Kopenhagen; 1994. (Europäische Schriftenreihe; 53). Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328288/9789289073172-ger.pdf?sequence=3&isAllowed=y
19. WHO Regionalbüro für Europa. Aktionsplan Umwelt und Gesundheit für Europa. Kopenhagen; 1994.
20. Ministerium für Umwelt (MULNV NRW) L Natur und Verbraucherschutz NRW. Masterplan Umwelt und Gesundheit NRW. Anhang III: Handlungsinstrumente für mehr Umweltgerechtigkeit – Empfehlungen. 2016. [accessed 2025 Jul 14]. Available from: https://www.umweltportal.nrw.de/documents/20121/119269/Anhang_III_MPUG_Handlungsempfehlungen_Umweltgerechtigkeit.pdf/d60818d4-4946-3d61-51a6-b32d8ee0f15b?t=1729875732833
21. Kuhn J, Böhm A. Gesundheitsschutz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I059-3.0
22. 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
23. 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
24. European Commission. Green infrastructure. Promoting the use of green infrastructure in all EU policies, to help restore nature and boost biodiversity. 2025 [accessed 2025 Jul 14]. Available from: https://environment.ec.europa.eu/topics/nature-and-biodiversity/green-infrastructure_en
25. Fehr R. Urban Health / StadtGesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I082-3.0
26. Fehr R. Ökologische und humanökologische Perspektive. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I082-3.0
27. Bunge C, Böhme C. Umweltgerechtigkeit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I136-4.0
28. Claßen T, Bunz M. Einfluss von Naturräumen auf die Gesundheit – Evidenzlage und Konsequenzen für Wissenschaft und Praxis. Bundesgesundheitsblatt. 2018 Jun;61(6):720–8. DOI:10.1007/s00103-018-2744-9
29. Fehr R, Hornberg C, editors. Stadt der Zukunft – Gesund und nachhaltig: : Brückenbau zwischen Disziplinen und Sektoren. München: oekom verlag; 2018. (Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region).
30. Kowarik I, Bartz R, Brenck M, Hansjürgens B. Ökosystemleistungen in der Stadt: Gesundheit schützen und Lebensqualität erhöhen: Kurzbericht für Entscheidungträger. Naturkapital Deutschland – TEEB DE, editor. Berlin, Leipzig: Technische Universität Berlin, Helmholtz-Zentrum für Umweltforschung – UFZ.; 2017.
31. Soga M, Gaston KJ. Health benefits of viewing nature through windows: A meta-analysis. Bioscience. 2025 Aug;75(8):628–36. DOI:10.1093/biosci/biaf089
32. WHO Regional Office for Europe. Assessing the value of urban green and blue spaces for health and well-being. Bonn; 2023.
33. Liebig-Gonglach M, Pauli A, Hornberg C. Zur Bedeutung von Umweltqualitäten und sozialen Verhältnissen als Gesundheitsfaktoren. In: Kriwy P, Jungbauer-Gans M, editors. Handbuch Gesundheitssoziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2020. p. 603–23.

34. Europäische Kommission Grüne Infrastruktur (GI) – Aufwertung des europäischen Naturkapitals. Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. 2013.
35. Barton H, Grant M. A health map for the local human habitat. J R Soc Promot Health. 2006 Nov;126(6):252–3. DOI:10.1177/1466424006070466
36. Malsch AKF, Killin A, Kaiser MI. Health-oriented environmental categories, individual health environments, and the concept of environment in public health. Health Care Anal. 2024 Jun;32(2):141–64. DOI:10.1007/s10728-023-00477-5
37. Pleyer JA, Pesliak LD, McCall T. Salutogenic Environmental Health Model: proposing an integrative and interdisciplinary lens on the genesis of health. Front Public Health. 2024 Oct 17;12:1445181. DOI:10.3389/fpubh.2024.1445181
38. Redvers N, Wright K, Hartmann-Boyce J, Tonkin-Crine S. Planetary health for health systems: A scoping review and content analysis of frameworks. PLOS Glob Public Health. 2025 Jun 17;5(6):e0004710. DOI:10.1371/journal.pgph.0004710
39. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health: Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Institute for Future Studies; 2007. [accessed 2025 Jul 14]. (Arbetsrapport; 14). Available from: https://www.iffs.se/media/1326/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf
40. Schulz A, Northridge ME. Social determinants of health: Implications for environmental health promotion. Health Educ Behav. 2004;31(4):455–71. DOI:10.1177/1090198104265598
41. Antonovsky A. Health, stress, and coping. New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco: Jossey-Bass; 1979. (The Jossey-Bass social and behavioral science series). Available from: https://raggeduniversity.co.uk/wp-content/uploads/2025/02/Health-Stress-and-Coping-Aaron-Antonovsky-compressed.pdf
42. 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-I136-4.0
43. Park BJ, Tsunetsugu Y, Kasetani T, Kagawa T, Miyazaki Y. The physiological effects of Shinrin-yoku (taking in the forest atmosphere or forest bathing): evidence from field experiments in 24 forests across Japan. Environ Health Prev Med. 2010 Jan;15(1):18–26. DOI:10.1007/s12199-009-0086-9
44. Li Q, Morimoto K, Nakadai A, Inagaki H, Katsumata M, Shimizu T, Hirata Y, Hirata K, Suzuki H, Miyazaki Y, Kagawa T, Koyama Y, Ohira T, Takayama N, Krensky AM, Kawada T. Forest bathing enhances human natural killer activity and expression of anti-cancer proteins. Int J Immunopathol Pharmacol. 2007 Apr;20(2 Suppl 2):3–8. DOI:10.1177/03946320070200S202
45. Haluza D, Kersten P, Lazic T, Steinparzer M, Godbold D. Unlocking the power of nature: Insights from a 20-minute forest visit on well-being. Forests. 2025 May 8;16(5):792. DOI:10.3390/f16050792
46. Steiniger M, Richter K, Hoffmann U. Real-time neural correlates of pain modulation by natural scenes: An fMRI study. NeuroImage. 2025;250:119350. DOI:10.1016/j.neuroimage.2024.119350
47. Flade A, Dieckmann F, Sack M, Röhrbein R. Architektur – psychologisch betrachtet. Bern: Huber; 2008. (Psychologie Sachbuch).
48. Koppen G, Vollmer TC. Architektur als zweiter Körper: Eine Entwurfslehre für den evidenzbasierten Gesundheitsbau. Gebr. Mann Verlag; 2022.
49. Gebhard U. Kind und Natur: Die Bedeutung der Natur für die psychische Entwicklung. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2020.
50. Graumann CF, Kruse L. Umweltpsychologie – Ort, Gegenstand, Herkünfte, Trends. In: Lautermann ED, Linneweber V, editors. Grundlagen, Paradigmen und Methoden der Umweltpsychologie. Hogrefe; 2008. p. 3–50. (Enzyklopädie der Psychologie; 1).
51. Hellbrück J, Schlittmeier S. Allgemeine Psychologie und Umwelt. In: Lautermann ED, Linneweber V, editors. Grundlagen, Paradigmen und Methoden der Umweltpsychologie. Hogrefe; 2008. p. 69–93. (Enzyklopädie der Psychologie; 1).
52. Kaplan R, Kaplan S. The experience of nature: a psychological perspective. Cambridge: Cambridge Univ. Press; 1989.
53. Kaplan S. The restorative benefits of nature: Toward an integrative framework. J Environ Psychol. 1995 Sep;15(3):169–82. DOI:10.1016/0272-4944(95)90001-2
54. Vollmer TC, Koppen G, Kohler K. Wie Stadtarchitektur die Gesundheit beeinflusst: Das PAKARA-Modell. Bundesgesundheitsblatt. 2020;63(8):972–8. DOI:10.1007/s00103-020-03188-7

55. 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
56. 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
57. Röding D. Lebensweisen / Lebensstile. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I073-2.0
58. Mittelmark MB, Bull T, Bouwman L. Emerging ideas relevant to the salutogenic model of health. In: Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, Espnes GA, editors. The Handbook of Salutogenesis. Cham: Springer International Publishing; 2017. p. 45–56.
59. Peschardt KK, Schipperijn J, Stigsdotter UK. Use of small public urban green spaces (SPUGS). Urban For Urban Green. 2012;11:235–44. DOI:10.1016/j.ufug.2012.04.002
60. Gee GC, Payne-Sturges DC. Environmental health disparities: A framework integrating psychosocial and environmental concepts. Environ Health Perspect. 2004 Dec;112(17):1645–53. DOI:10.1289/ehp.7074
61. World Health Organization (WHO). Health in All Policies: Helsinki Statement. Framework for country action. 2014. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241506908

Korrespondenz: Dr., Dipl.-Biol. Annette K.F. Malsch, salNas institut, Naturbezogene Gesundheitsförderung und transformative Bildung, Dorfstr. 47, 88138 Hergensweiler, Deutschland, E-mail: a.malsch@salnas-institut.com

Zitierhinweis: Malsch AK. Umweltbezogene Gesundheitsförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i150-1.0

Copyright: © 2026 Annette K.F. Malsch
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/

Umweltgerechtigkeit

Christiane Bunge[1]
Christa Böhme[2]
[1] Deutschland
[2] Bereich Stadtentwicklung, Recht und Soziales, Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin, Deutschland

Abstract

Umweltgerechtigkeit zielt darauf ab, eine Konzentration gesundheitsrelevanter Umweltbelastungen wie Lärm oder Schadstoffe in der Luft in sozial benachteiligten Quartieren und Wohnlagen zu vermeiden oder abzubauen. Ebenso geht es darum, den Bewohnerinnen und Bewohnern den Zugang zu gesundheitsbezogenen Umweltressourcen wie z. B. Grün- und Freiflächen zu ermöglichen. Das Thema Umweltgerechtigkeit ragt in viele Politik- und Interventionsfelder hinein und hat Anknüpfungspunkte zu verschiedenen Strategien und Konzepten: von der nachhaltigen Stadtentwicklung über kommunale Klimaschutzkonzepte sowie Gesunde und „Soziale Stadt“ bis hin zur soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention.

Keywords: Umweltgerechtigkeit, Gesundheit, soziale Benachteiligung, Kommune

Einleitung

Umweltgerechtigkeit behandelt Fragen der sozialen und sozialräumlichen Verteilung von gesundheitsrelevanten Umweltbelastungen (u. a. Lärm, Luftbelastungen) und gesundheitsfördernden Umweltressourcen (u. a. Grünflächen, Parks) [1] (Ökologische und humanökologische Perspektive). Forschung und Praxis zu Umweltgerechtigkeit führen die Themen Umwelt, Gesundheit und soziale Lage zusammen und schließen an den Public Health-Diskurs [2] (Gesundheitswissenschaften/Public Health) zu gesundheitlicher Ungleichheit an [3] (Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit).

Die Wurzeln des deutschen Begriffs Umweltgerechtigkeit liegen in den USA. „Environmental justice“ wurde in den frühen 1980er Jahren in den USA zunächst im Rahmen von lokalen Protestbewegungen – allen voran afro-amerikanische Bürgerrechtsgruppen – gegen den Bau von Mülldeponien und andere die Umwelt belastende Industrieansiedlungen geprägt. Etwa seit Anfang der 2000er Jahre gewann die Übersetzung Umweltgerechtigkeit dann auch in Deutschland zunehmend an Bedeutung.

Definition

Umweltgerechtigkeit integriert ein „Verständnis von Umwelt als Risiko über die Nutzungschancen von Umwelt als Ressource bis hin zur gerechten beziehungsweise ungerechten Verteilung der Vor- und Nachteile, die aus der Umweltnutzung hervorgehen“ ([4], S. 23). Häufig wird anstatt von Umweltgerechtigkeit auch von Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit oder umweltbezogener Gerechtigkeit gesprochen.

Im deutschsprachigen Raum wird Umweltgerechtigkeit als ein normatives Leitbild verstanden. Zentrales Anliegen ist es, dort umweltbezogene gesundheitliche Beeinträchtigungen zu vermeiden oder zu beseitigen, wo sich Benachteiligungen mit Blick auf Umweltqualität sowie gesundheitliche und soziale Lage räumlich konzentrieren und überlagern. Auch gilt es, bestmögliche umweltbezogene Gesundheitschancen für alle herzustellen. Auf Basis des Sozialstaatsprinzips und des Gleichheitsgrundsatzes werden damit die klassischen Ziele des gesundheitsbezogenen Umweltschutzes im Sinne der Vermeidung oder Beseitigung von Umweltbelastungen mit dem Ziel eines sozial gerechten Zugangs zu einer möglichst gesunden Lebensumwelt verbunden [5] (Nachhaltige Gesundheitsförderung).

Dimensionen von Umweltgerechtigkeit

Drei Dimensionen von Umweltgerechtigkeit können nach Maschewsky [6] unterschieden werden:

- Verteilungsgerechtigkeit: gerechte bzw. faire Verteilung von (nicht vermeidbaren) Umweltbelastungen, aber auch von Umweltressourcen;
- Zugangsgerechtigkeit: gleichberechtigter Zugang zu Umweltressourcen;
- Verfahrensgerechtigkeit: gleiche Möglichkeiten der (aktiven) Beteiligung an Informations-, Planungs-, Anhörungs- und Entscheidungsprozessen für alle unmittelbar von umweltbezogenen Interventionen betroffenen Bürgerinnen und Bürgern.

Wichtig zu beachten ist, dass sich Umweltgerechtigkeit inhaltlich von „umweltgerecht“ unterscheidet. Letzteres wird im Sinne von „umweltverträglich“ verwendet und beschreibt das Verhältnis zwischen menschlichen Handlungs- und Produktionsweisen und der Umwelt. Der Begriff „umweltgerecht“ trifft insofern Aussagen über die vom Menschen ausgelösten Wirkungen auf die Umweltmedien (Wasser, Boden, Luft/Klima).

Modelle zum Zusammenhang von Umwelt, Gesundheit und sozialer Lage

Zahlreiche theoretische Modelle fokussieren auf die Bedeutung der Umwelt für den Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit und betrachten dabei sowohl materielle als auch psychosoziale Faktoren aus der natürlichen und der gebauten Umwelt [7] (Determinanten der Gesundheit). Danach lässt sich die Beeinflussung der Gesundheit durch die soziale Lage zum einen durch soziale Unterschiede in Hinblick auf das Ausgesetztsein gegenüber Umweltbelastungen und zum anderen in Hinblick auf den Zugang zu Umweltressourcen (Expositionsvariation) erklären. Zum anderen werden soziale Unterschiede bei der Anfälligkeit (Vulnerabilität) hinsichtlich der Wirkung von belastenden Umweltexpositionen (Effektmodifikation) in den Blick genommen.

Aufbauend auf verschiedenen sozial- und umweltepidemiologischen Erklärungsansätzen haben Bolte, Bunge, Hornberg, Köckler & Mielck [4] ein weiteres Modell zur Beschreibung des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage, Umweltqualität und Gesundheit entwickelt (Abb. 1).

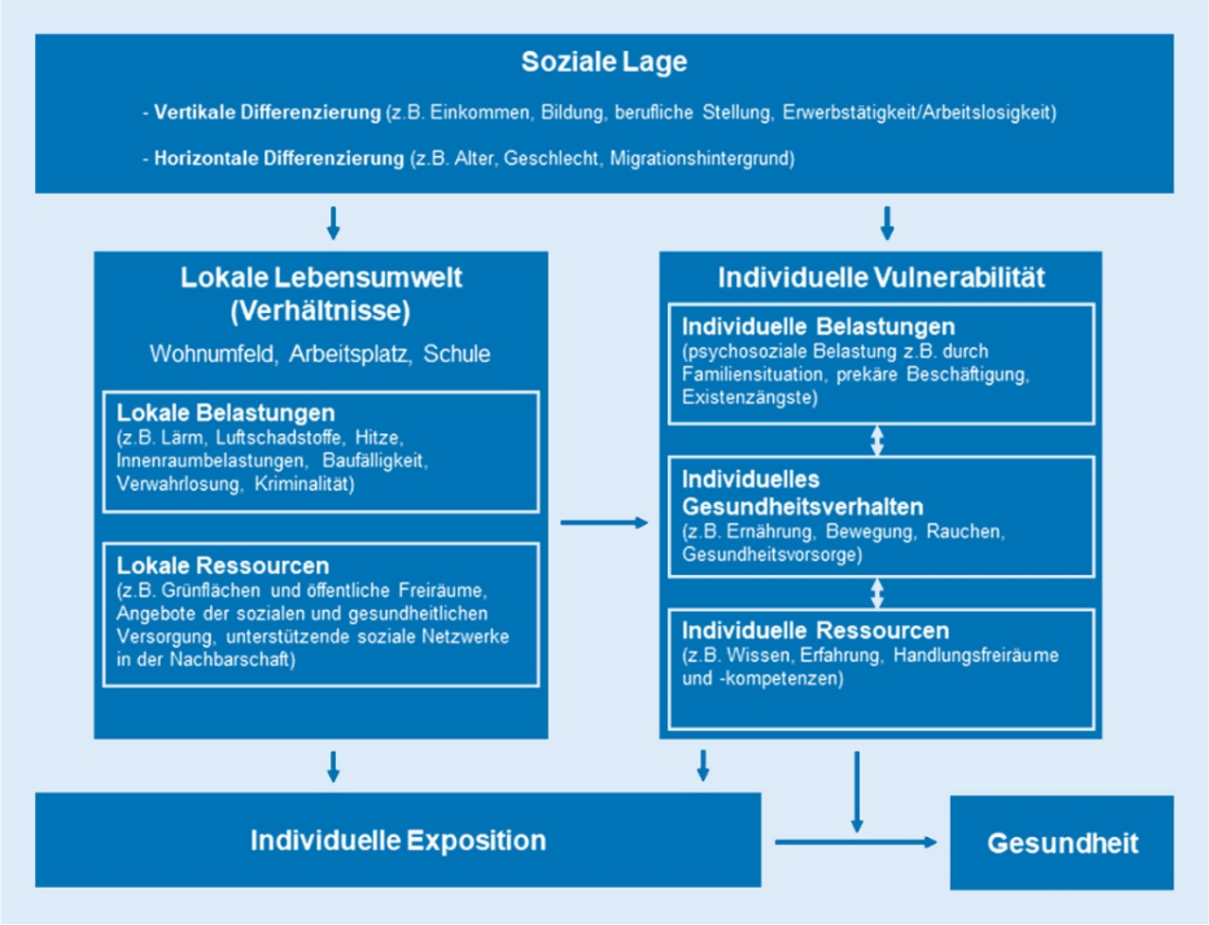


Abb. 1: Modell zur Beschreibung des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage, Umwelt und Gesundheit (Quelle: [4], S. 26; Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Hogrefe Verlags, vormals Hans Huber)

Dieses Modell stellt die Auswirkungen der sozialen Lage auf die Gesundheit als ein komplexes Zusammenwirken sowohl lokaler, regional-spezifischer Belastungen und Ressourcen als auch individueller Belastungen und Ressourcen dar [3] (Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit). Danach hat die individuelle soziale Lage mit ihrer vertikalen (u. a. Einkommen, Bildung) und horizontalen Differenzierung (u. a. Geschlecht, Alter, Migrationsgeschichte) Einfluss auf die Lebensumwelt und die damit verbundene Exposition gegenüber gesundheitlich relevanten Belastungen (etwa Lärm oder Kriminalität) und ebenso auf den Zugang zu Ressourcen wie öffentliche Grünflächen oder soziale Netzwerke in der Nachbarschaft.

Wie die soziale Lage beeinflussen auch die Belastungen und Ressourcen der lokalen Lebensumwelt die individuelle Exposition und die individuelle Vulnerabilität gegenüber gesundheitsrelevanten Umweltfaktoren. Zu den individuellen Vulnerabilitätsfaktoren zählen psychosoziale Belastungen (u. a. prekäre Arbeitssituation), Ressourcen (u. a. Wissen, Erfahrungen) und das davon beeinflusste individuelle Gesundheitsverhalten. Darüber hinaus spielen die im Modell nicht dargestellten physiologischen Faktoren (u. a. genetische Disposition, Stoffwechsel) eine Rolle. Eine Exposition kann trotz gleicher Intensität zu unterschiedlichen gesundheitlichen Wirkungen führen. Verantwortlich hierfür ist die individuelle Vulnerabilität, die den sogenannten Expositionseffekt modifizieren kann.

Empirische Befunde

Eine erste umfassende Übersicht über empirische Befunde zu sozialen Unterschieden bei den Expositionen gegenüber Umweltschadstoffen in Deutschland lieferten im Jahr 1998 Heinrich, Mielck, Schäfer & Mey [8]. In der Gesamtschau zeigte sich, dass die Wohnbedingungen von Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status mit Blick auf die Umweltqualität schlechter waren als die von Menschen mit einem höheren sozioökonomischen Status.

Empirische Befunde aktueller, vor allem sozial- und umweltepidemiologischer Untersuchungen in Deutschland (u. a. [9], [10]) belegen ebenfalls die Bedeutung von Bildung, Einkommen und weiteren soziodemographischen Faktoren wie Alter und Migrationshintergrund für die Gesundheit. Sie haben Einfluss sowohl auf die Qualität der Wohnbedingungen als auch auf Art und Umfang der Umweltexpositionen (z. B. im Wohnumfeld), außerdem auf die damit verbundenen Gesundheitschancen und Erkrankungsrisiken.

Der Zusammenhang zwischen niedrigem Sozialstatus und höheren Umweltbelastungen bildet sich auch räumlich ab. In sozial benachteiligten Stadtquartieren sind Gesundheitsbelastungen durch Umweltprobleme oft besonders hoch. Diese Gebiete sind u. a. durch Lärm, Luftschadstoffe und soziale Problemlagen häufig mehrfach belastet. Zudem sind sie meist auch schlechter mit Grünflächen versorgt (siehe u. a. Modellprojekt „Umweltgerechtigkeit im Land Berlin“) [11] (Urban Health/Stadtgesundheit).

Umsetzung des Ansatzes Umweltgerechtigkeit auf kommunaler Ebene

Um möglichst gleichwertige Umwelt- und Lebensbedingungen für alle sozialen Bevölkerungsgruppen herzustellen, sollten zunächst die Teilräume einer Kommune identifiziert werden, in denen sich umweltbedingte gesundheitliche und soziale Benachteiligungen konzentrieren. Hierfür ist es erforderlich, raumbezogene Daten zu Umweltqualität, gesundheitlicher Lage und sozialen Faktoren zu verknüpfen und kleinräumig abzubilden. Auf dieser Basis können die Verantwortlichen auf kommunaler Ebene Räume und Gebiete identifizieren, in denen die Bevölkerung vielfältigen umweltbedingten Gesundheitsbelastungen ausgesetzt ist. Integrierte Berichterstattungs- und Monitoringsysteme erweisen sich hier als wichtige Steuerungsinstrumente und Grundlage für fachpolitische Entscheidungen und ressortübergreifende Maßnahmen [12] (Gesundheitsberichterstattung).

In Berlin wurde bundesweit erstmalig ein integriertes Stadtbeobachtungssystem („Umweltgerechtigkeitsmonitoring“) entwickelt und implementiert [13]. Das Instrument beruht auf der Auswertung und Aggregation von Daten aus dem Umweltatlas [14], der Luftreinhalte- und Lärmminderungsplanung sowie dem Monitoring Soziale Stadtentwicklung [15]. Raumbezogene Daten zur Lärm- und Luftbelastung (Feinstaub, Stickstoffdioxide), zur bioklimatischen Belastung, Grünflächenversorgung und Sozialstruktur werden miteinander räumlich überlagert und in Karten dargestellt. In der Gesamtschau gibt das Instrument Auskunft über die sozialräumliche Verteilung gesundheitsrelevanter Umweltbelastungen und -ressourcen.

Um Umweltgerechtigkeit als Perspektive systematisch in kommunalen Verwaltungen zu verankern,

sollten bereits etablierte Koordinations- und Kooperationsstrukturen sowie vorhandene Instrumente genutzt werden. Vor allem die integrierte Stadtentwicklungsplanung bietet sich für dieses „Andockmodell“ als Trägerstruktur an. Zunehmend wird Umweltgerechtigkeit daher auch als explizites Ziel der Stadtentwicklung festgeschrieben.

Dies zeigt sich insbesondere im Städtebauförderprogramm „Sozialer Zusammenhalt“ (ehemals „Soziale Stadt“) [16] (Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung), das Gebiete mit komplexen Problemlagen und erhöhten Integrationsanforderungen in den Blick nimmt. Investitionen in Maßnahmen zur Verbesserung der Wohnverhältnisse, des Wohnumfeldes und zur Umsetzung von Grün- und Freiräumen gehören seit vielen Jahren zum Förderkatalog dieses Programms. Um der Reduzierung umweltbedingter Mehrfachbelastungen im Städtebauförderprogramm „Sozialer Zusammenhalt“ noch mehr Gewicht zu verleihen, wurde Umweltgerechtigkeit 2016 explizit in die Verwaltungsvereinbarung zur Städtebauförderung aufgenommen.

Maßnahmen zur „Erhöhung von Umweltgerechtigkeit“ können so über das Programm „Sozialer Zusammenhalt“ gezielt gefördert werden. Bundesweit sind im Rahmen dieses Förderprogramms bereits vielfältige Ansätze entwickelt und erprobt worden, die u. a. Maßnahmen zum Umwelt-, Natur- und Klimaschutz sowie zur Anpassung an den Klimawandel mit Strategien aktivierender Gesundheitsförderung verbinden (vgl. [17], [18]).

Umweltressourcen und ihre Weiterentwicklung

Der Ansatz Umweltgerechtigkeit nimmt nicht nur gesundheitsrelevante Belastungen in den Blick, es geht auch um Umweltressourcen und deren Weiterentwicklung. Eine wichtige Umweltressource stellen Grün- und Freiräume dar. Sie wirken als klimaökologische Ausgleichsräume, Lärmminderungsräume und Schadstoffsenken. Der Bevölkerung in den Städten dienen sie als Erlebnis-, Begegnungs-, Bewegungs- und Erholungsorte. Wohnortnahe Grünräume in dicht besiedelten Stadtgebieten können zur Prävention von Übergewicht beitragen und zugleich die motorischen Fertigkeiten verbessern. Darüber hinaus fördern urbane Grünräume nachweislich die kognitive und emotionale Entwicklung in den ersten Lebensjahren. Voraussetzung hierfür ist, dass die Grün- und Freiflächen allen Bevölkerungsgruppen in gleichem Maße zugänglich, nutzbar und von hochwertiger Qualität sind.

Die frühzeitige Einbeziehung aller potenziell von grün- und freiraumbezogenen (Um-)Gestaltungsmaßnahmen betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner bereits in der Planungsphase ist ein entscheidendes Kriterium für Umweltgerechtigkeit. Allerdings ist und bleibt die Beteiligung aller Bevölkerungsgruppen [19] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger) immer wieder eine große Herausforderung. Benachteiligte Bevölkerungsgruppen werden mit den bislang im Verwaltungshandeln etablierten Beteiligungsformen vor allem aufgrund der gewählten Beteiligungssettings (klassische Informationsveranstaltungen mit Frontalcharakter), kultureller oder Sprachbarrieren kaum oder gar nicht erreicht.

Gleichwohl gibt es zahlreiche gute Beispiele für aktive Bürgerbeteiligung, in denen es im Rahmen umfangreicher generations- und gendersensibler Beteiligungsverfahren auf kommunaler Ebene gelungen ist, auch beteiligungsferne Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Entwicklungs- und Umgestaltungsprozesse aktiv einzubeziehen.

Ein gutes Beispiel findet sich im Quartier Bülowstraße im Berliner Bezirk Tempelhof-Schöneberg − ein Fördergebiet des Programms „Sozialer Zusammenhalt“ (ehemals „Soziale Stadt“) ([20], S. 8). In dem mit Grün- und Spielflächen unterversorgten Gebiet wurde in einem umfassenden Beteiligungsverfahren mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen eine wohnungsnahe Spiel- und Aufenthaltsfläche geplant und umgesetzt. Auf dem ehemaligen Parkplatz entstand ein „robuster Park“, der keine umfangreiche und kontinuierliche Pflege erfordert und von unterschiedlichen Zielgruppen genutzt werden kann. Der „Schluchtwaldpark“ besteht u. a. aus einer Spielfläche für Kleinkinder, einem Skater-Areal, einem Basketballfeld und einer Liegefläche. Die Bepflanzung wurde überwiegend von den Anwohnerinnen und Anwohnern übernommen. In die Pflege und den Betrieb des Parks ist ein Projekt des Drogennotdienstes eingebunden, das die Wiedereingliederung von Substituierten in den Arbeitsmarkt zum Ziel hat.

Umweltgerechtigkeit als Beitrag zur Gesundheitsförderung

Umweltgerechtigkeit ist ein Querschnittsthema, das vor allem die Bereiche Umwelt, Gesundheit/Gesundheitsförderung, Soziales, Verkehr und Stadtentwicklung/Stadt- und Raumplanung betrifft und miteinander verbindet. Das Thema Umweltgerechtigkeit ragt damit in viele Politik- und Interventionsfelder hinein und hat Anknüpfungspunkte zu verschiedenen Strategien und Konzepten: von

der nachhaltigen Stadtentwicklung über kommunale Klimaschutzkonzepte sowie „Gesunde und Soziale Stadt“ bis hin zur soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention. Umweltgerechtigkeit ist damit eingebettet in das Health-in-All-Policies (HiAP)-Konzept [21] (Gesundheit in allen Politikfeldern/Health in All Policies (HiAP)), das die Bedeutung der politischen Entscheidungsfindung in den verschiedenen Politikfeldern hervorhebt, die die Gesundheit beeinflussen [22] (Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa).

Umweltgerechtigkeit leistet einen wichtigen Beitrag für gesundheitliche Chancengleichheit [23] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung/Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit), indem möglichst gleichwertige Umwelt- und Lebensbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen hergestellt werden sollen. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit zu erzielen, verlangt auf der konzeptionellen Ebene zwischen einer Verbesserung der Lebensweise(n) im Sinne der Verhaltensprävention und einer Verbesserung der Lebensbedingungen im Sinne der Verhältnisprävention zu differenzieren. Beide Aspekte sind eng miteinander verbunden und beeinflussen sich gegenseitig (siehe auch Abb. 1) [24] (Prävention und Krankheitsprävention).

Zudem setzt Umweltgerechtigkeit voraus, dass alle unmittelbar von umweltbezogenen Interventionen betroffenen Bürgerinnen und Bürger gleiche Möglichkeiten der Partizipation an Informations-, Planungs-, Anhörungs- und Entscheidungsprozessen haben (Verfahrensgerechtigkeit). Schließlich ist Umweltgerechtigkeit aufgrund der Vielfalt einzubeziehender Politikbereiche und Akteurinnen und Akteure ein hochkomplexer Prozess, der einer kontinuierlichen und professionellen Koordinierung bedarf.

Der lebensweltorientierte Setting-Ansatz [25] (Settingansatz/Lebensweltansatz) der Gesundheitsförderung, dessen Grundstein in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO 1986) gelegt wurde, umfasst alle erforderlichen Elemente von Umweltgerechtigkeit (Verhaltens- und Verhältnisprävention, Partizipation und Koordinierung) und erscheint daher ein geeigneter Zugang zur praktischen Umsetzung von Umweltgerechtigkeit zu sein.

Ausblick

In Deutschland trägt die soziale Ungleichverteilung von Umweltbelastungen und Umweltressourcen nachweislich dazu bei, dass sozial schlechter gestellte Menschen einen schlechteren Gesundheitszustand haben und ihre Lebenserwartung geringer ist als die von sozial besser Gestellten. Um bestmögliche umweltbezogene Gesundheitschancen für alle Bevölkerungsgruppen zu erreichen, ist es dringend erforderlich, das Politik- und Handlungsfeld Umweltgerechtigkeit weiterzuentwickeln. Hierzu sollten die ressortübergreifenden Kooperationen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene verstärkt und integrierte Handlungsstrategien weiterentwickelt und systematisch umgesetzt werden.

Als ein handlungsorientiertes Leitbild bietet Umweltgerechtigkeit eine neue Perspektive, um soziale Ungleichheiten bei Umwelt und Gesundheit zu verstehen und ihnen entgegenzuwirken. Durch die Verknüpfung verschiedener Interventionsfelder − vor allem Umweltschutz und Stadtentwicklung/-planung mit Strategien aktivierender Gesundheitsförderung − wirkt Umweltgerechtigkeit im Sinne von Health-in-All-Policies. Umweltgerechtigkeit kann zukünftig noch stärker dazu beitragen, dass der eher programmatische Health in All Policies-Ansatz in der Praxis zum Tragen kommt und zu einem Health Equity in All Policies-Ansatz erweitert wird [23] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit).

Internetadressen:

- Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen. Umweltgerechtigkeit im Städtebauförderungsprogramm Sozialer Zusammenhalt. Available from: https://www.staedtebaufoerderung.info/DE/Forschung/SozialerZusammenhalt/Umweltgerechtigkeit
- Deutsche Umwelthilfe e.V. Umweltgerechtigkeit. Available from: https://www.duh.de/umweltgerechtigkeit
- Deutsches Institut für Urbanistik. Toolbox Umweltgerechtigkeit. Available from: https://toolbox-umweltgerechtigkeit.de
- Umweltbundesamt (UBA). Umweltgerechtigkeit – Umwelt, Gesundheit und soziale Lage. Available from: https://www.uba.de/umweltgerechtigkeit
- Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen (SenSBW) Land Berlin. Umweltatlas Berlin. Available from: https://www.berlin.de/umweltatlas

Weiterführende Quellen:

- Böhme C, Preuß T, Bunzel A, Reimann B, Seidel-Schulze A, Landua D. Umweltgerechtigkeit im städtischen Raum − Entwicklung von Strategien und Maßnahmen zur Minderung sozial ungleich verteilter Umweltbelastungen. Dessau-Roßlau; Hrsg; 2015.
- Böhme C, Bunge C, Preuß T. Umweltgerechtigkeit in der Stadt − zur integrierten Betrachtung von Umwelt, Gesundheit, Sozialem und Stadtentwicklung in der kommunalen Praxis. Umweltpsychologie. 2016;20(2):137–57.
- Laußmann D, Haftenberger M, Lampert T, Scheidt-Nave C. Soziale Ungleichheit von Lärmbelästigung und Straßenverkehrsbelastung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt − Gesundheitsforschung − Gesundheitsschutz. 2013;56(5).

Literatur:

- Bolte G, Bunge C, Hornberg C, Köckler H. Umweltgerechtigkeit als Ansatz zur Verringerung sozialer Ungleichheiten bei Umwelt und Gesundheit. Bundesgesundheitsblatt. 2018;61(6):674–83. DOI:10.1007/s00103-018-2739-6
- Bunge C, Katzschner A. Umwelt, Gesundheit und soziale Lage: Studien zur sozialen Ungleichheit gesundheitsrelevanter Umweltbelastungen in Deutschland. Dessau-Roßlau; 2009. [accessed 2024 Feb 13]. (Umweltbundesamt (UBA), editor. Umwelt & Gesundheit, 02/2009). Available from: https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/4031/dokumente/umwelt_und_gesundl
- Bunge C, Steinkühler N, Hornberg C. Sozialmedizinische Aspekte in der Umweltmedizin. In: Gostomzyk JG, editor. Angewandte Sozialmedizin. Handbuch für Weiterbildung und Praxis 31 Ergänzungslieferung. Landsberg: ecomed; 2017.

References

1. Fehr R. Ökologische und humanökologische Perspektive. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I082-3.0
2. 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
3. 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
4. Bolte G, Bunge C, Hornberg C, Köckler H, Mielck A, editors. Umweltgerechtigkeit: Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. Bern: Verlag Hans Huber; 2012. (Programmbereich Gesundheit).
5. 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
6. Maschewsky W. Umweltgerechtigkeit als Thema für Public Health-Ethik. Bundesgesundheitsblatt. 2008;51(2):200–10. DOI:https://doi.org/10.1007/s00103-008-0447-3" target="_blank">https://doi.org/10.1007/s00103-008-0447-3
7. 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
8. Heinrich J, Mielck A, Schäfer I, Mey W. Soziale Ungleichheit und umweltbedingte Erkrankungen in Deutschland: empirische Ergebnisse und Handlungsansätze. Landsberg: ecomed; 1998. (Fortschritte in der Umweltmedizin).
9. Umweltbundesamt (UBA). Deutsche Umweltstudie zur Gesundheit, GerES. 2024 [accessed 2024 Feb 15]. Available from: https://www.umweltbundesamt.de/themen/gesundheit/belastung-des-menschen

-ermitteln/deutsche-umweltstudie-zur-gesundheit-geres

10. Robert Koch-Institut (RKI). DEGS. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). 2023 [accessed 2024 Feb 15]. Available from: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_node.html.
11. Fehr R. Urban Health / StadtGesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/bioeg:q4-i124-3.0
12. Ziese T, Saß AC. Gesundheitsberichterstattung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I028-2.0
13. Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen (SenSBW) Land Berlin. Monitoring Soziale Stadtentwicklung. [accessed 2024 Feb 15]. Available from: https://www.berlin.de/sen/sbw/stadtdaten/stadtwissen/monitoring-soziale-stadtentwicklung
14. Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen (SenSBW) Land Berlin. Umweltatlas. [accessed 2024 Feb 15]. Available from: https://www.stadtentwicklung.berlin.de/umwelt/umweltatlas
15. Senatsverwaltung für für Mobilität, Verkehr, Klimaschutz und Umwelt (SenUMVK) Land Berlin. Umweltgerechtigkeit. [accessed 2024 Feb 15]. Available from: https://www.berlin.de/sen/uvk/umwelt/nachhaltigkeit/umweltgerechtigkeit
16. Böhme C, Köckler H, Quilling E. Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I151-1.0
17. Böhme C, Franke T, Gröschel L. Umweltgerechtigkeit im Städtebauförderungsprogramm „Sozialer Zusammenhalt“. Endbericht. Deutsches Institut für Urbanistik (difu); 2023. [accessed 2024 Feb 13]. Available from: https://www.staedtebaufoerderung.info/SharedDocs/downloads/DE/Forschung/SozialerZusammenhalt/Umweltgerechtigkeit_Endbericht.pdf?__blob=publicationFile&v=2
18. Bundesinstitut Für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) -, Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (BMUV), editors. Umweltgerechtigkeit in der Sozialen Stadt − Gute Praxis an der Schnittstelle von Umwelt, Gesundheit und sozialer Lage. Berlin; 2016 [accessed 2024 Feb 13]. Available from: https://www.staedtebaufoerderung.info/SharedDocs/downloads/DE/Praxis/ArbeitshilfenundLeitfaeden/SozialerZusammenhalt/umweltgerechtigkeit.pdf?__blob=publicationFile&v=1
19. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
20. Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg von Berlin, Abt. Stadtentwicklung und Bauen, Arbeitsgemeinschaft für Sozialplanung und angewandte Stadtforschung e. V. (AG SPAS), Team Quartiersmanagement, editors. Schöneberger Norden. 1999-2020. Berlin; 2020 [accessed 2024 Feb 15]. Available from: https://www.schoeneberger-norden.de/fileadmin/user_upload/2020/Neuigkeiten/201008_Brosch_QM_Sch%C3%B6No_1999-2020_ENDFASSUNG_web.pdf
21. Köckler H, Geene R. Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I157-1.0
22. 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
23. 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
24. 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
25. 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

Korrespondenz: Dipl.-Soz. Christiane Bunge, Deutschland, E-mail: christiane.bunge@uba.de

Zitierhinweis: Bunge C, Böhme C. Umweltgerechtigkeit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i136-1.0

Copyright: © 2026 Christiane Bunge 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/

Urban Health / StadtGesundheit

Rainer Fehr[1]

[1] Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe 7: Umwelt und Gesundheit, Universität Bielefeld, Bielefeld, Germany

Abstract

Basierend auf einer integrativen (human-)ökologischen Perspektive strebt der Ansatz StadtGesundheit danach, Public Health in Theorie und Praxis konkret für die Gesundheit städtischer Bevölkerungen anzuwenden. Hier geht es sowohl um Erkenntnisse unter dem Leitprinzip Blickfelderweiterung als auch um Handlung, insbesondere im Sinne eines Brückenbaus. In Bezug auf Transdisziplinarität lassen sich hier neue zivilgesellschaftliche Arbeitsformen entwickeln. Der Beitrag erläutert die Entstehungszusammenhänge, Anwendungsfelder, Kernaufgaben und Perspektiven.

Keywords: StadtGesundheit, Urban Health, Gesunde Stadt, Stadtplanung, Umwelt und Gesundheit, Nachhaltigkeit, Transdisziplinarität, Gouvernance, Fallstudien

Einleitung

Urban Health / StadtGesundheit bezeichnet die Anwendung von Public Health-Theorie und -Praxis für die Gesundheit städtischer Bevölkerungen [1] (Gesundheitswissenschaften / Public Health). Hierzu gehören v. a. folgende Teilthemen:

- Gesundheitszustand und (vermeidbare) Krankheitslast urbaner Bevölkerungen
- Gesundheitsdeterminanten aus der physischen und sozialen Lebens(um)welt in der Stadt: Chancen und Risiken
- Auswirkungen fehlender Gesundheit einschließlich Gestaltungs- und Versorgungsbedarfen
- Urbaner Gesundheitsschutz [2] und urbane Gesundheitsförderung [3] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen)
- Krankheitsprävention, -behandlung und -Nachsorge
- Städtische Steuerungsprozesse (governance) und ihre Auswirkungen auf Gesundheit.

Die Fokussierung auf StadtGesundheit entspringt nicht etwa der Auffassung, dass Gesundheit auf dem Lande ein weniger wichtiges Thema ist. Vielmehr geht es darum, anhand von vertrauten Einheiten wie Stadt und Stadtteil die vielfältigen räumlichen Bezüge von Gesundheit und Krankheit (vgl. [4]) ins Blickfeld zu nehmen; insofern ist Rural health / Gesundheit im ländlichen Raum [5] ein natürliches Pendant zu Urban Health. Im Sinne einer integrativen ökologischen und humanökologischen Perspektive [6] (Ökologische und humanökologische Perspektive) auf Gesundheit und Krankheit geht es programmatisch auch darum, dem komplexen und fragilen Verhältnis zwischen Mensch und städtischer Umwelt gerecht zu werden und dabei sowohl soziale Ziele [7] als auch ökologische Nachhaltigkeit [8] (Nachhaltige Gesundheitsförderung) zu integrieren.

Konzeptionelle Grundlagen

Zu den konzeptionellen Grundlagen gehört u. a. das Prinzip gesundheitsfördernde Gesamtpolitik [9] (Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in all Policies (HIAP)) [10], [11]. StadtGesundheit steht in Einklang mit weiteren zentralen Prinzipien der Gesundheitsförderung wie z. B. Gesundheitsbezogener Gemeinwesenarbeit [12] (Sozialraum- und Gemeindeorientierung in der Gesundheitsförderung), lokaler Vernetzung und Anknüpfen an Ressourcen in der Lebenswelt sowie mit der kommunalen Perspektive [13] (Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung). Mit sozialräumlicher Orientierung nimmt auch Urban Health die Gesundheits- und weiteren kommunalen Ämter sowie wirtschaftliche und zivilgesellschaftliche Institutionen in den Blick und bemüht sich um die Entdeckung und Nutzung vorhandener Ressourcen in Hinblick auf gesundheitliche Ziele.

Ausdrücklich anknüpfend an internationale (z. B. [14], [15], [16]) und hiesige (z. B. [17]) Entwicklungen zu Urban Health ist StadtGesundheit ausgerichtet auf Blickfelderweiterung und Integration multipler Teilthemen und bildet somit einen sinnvollen Gegenpol zur stetig fortschreitenden Ausdifferenzierung.

Ergänzend zur Gesundheitsförderung nimmt Urban Health auch Krankheiten und die medizinische Versorgungslandschaft in den Blick. Analog zu Public Health insgesamt kommt auch hier der (Stadt-)Epidemiologie eine Schlüsselrolle zu [18], [19], [20]. Ein wichtiges Ziel von StadtGesundheit liegt auch in der strategischen Verbindung von Stadtplanung und Gesundheit [21], [22].

Die urbane Dichte, Komplexität und Dynamik beinhalten nicht nur eine Vielzahl unterschiedlicher Einflüsse auf menschliche Gesundheit und Krankheit (Ressourcen, Belastungen), sie modulieren auch die Folgewirkungen von (fehlender) Gesundheit wie z. B. spezifische Versorgungsbedarfe und Zugangserfordernisse. Bei aller Vielfalt von Themen und Wechselwirkungen lässt sich doch versuchen, einen ganzheitlichen Blick auf StadtGesundheit zu werfen. Zu berücksichtigen sind dabei medizinische Versorgung, Gesundheitsschutz, Prävention und Gesundheitsförderung durch den Gesundheitssektor sowie die weiteren (über den Gesundheitssektor hinausgehenden) gesellschaftlichen Gesundheitsbezüge [23] (Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy). Dies belegen integrativ angelegte Fallstudien (z. B. Fehr & Augustin, 2022; Köckler et al., 2024).

Der umfassende Blick auf StadtGesundheit kann die Orientierung von Akteurinnen und Akteuren über bestehende Strukturen und laufende Prozesse verbessern; er kann kritische Analysen und Vergleiche z. B. zum Zusammenspiel der Komponenten unterstützen, ggf. Priorisierungen ermöglichen und in der städtischen Zivilgesellschaft das Thema Gesundheit solide verankern.

Für StadtGesundheit als Denkansatz lautet das Leitprinzip Blickfelderweiterung; für den entsprechenden Handlungsansatz steht das Leitprinzip Brückenbau im Mittelpunkt, insbesondere der Brückenbau zwischen wissenschaftlichen Disziplinen und (stadt-)gesellschaftlichen Sektoren [24].

Entstehungszusammenhänge

Über die gemeinsamen Wurzeln von Stadtplanung und Public Health hinaus lassen sich mehrere Entstehungszusammenhänge unterscheiden:

- Das Konzept StadtGesundheit erkennt die wachsende Bedeutung urbaner Lebenswelten an. Städte sind im 21. Jahrhundert zur weltweit dominanten Siedlungsform geworden. Als ausgewählte Kennzeichen des Stadtlebens seien genannt:
  - Hohe Bevölkerungs- und Nutzungsdichte mit der Folge kurzer Wege und guter Erreichbarkeit z. B. von Kontaktpersonen und Einrichtungen
  - Heterogenität städtischer Populationen samt Herkunft, Lebensstilen und -lagen, insbesondere auch kulturelle und soziale Diversität
  - Komplexität urbaner Ströme von Energie, Materie und Informationen sowie urbaner Versorgungs-, Entsorgungs- und Verkehrssysteme, bei raschem Wandel u. a. in physischer (z. B. Klimawandel), technologischer (z. B. Digitalisierung), ökonomischer (einschließlich Krisen) und sozialer Hinsicht (einschließlich wachsender Spaltung und sozialer Verdrängung).

- StadtGesundheit befasst sich u. a. mit gesundheitlich bedeutsamen städtischen Besonderheiten. Exemplarisch erwähnt seien:
  - Aus der hohen Dichte resultierende Einbindungs- und Zugangschancen, bei gleichzeitig gesteigerten Expositions- und Verbreitungschancen für Krankheitserreger, physikalischer und chemischer Noxen sowie Rauschmittel
  - Spezielle Anforderungen an die Kommunikation mit heterogenen urbanen Populationen; ebenso Anpassung weitergehender Maßnahmen an ethnische und kulturelle Gegebenheiten
  - Angesichts komplexer urbaner Systeme sowie des multiplen urbanen Wandels besteht ein gesteigerter Bedarf an Umsicht und Vorausschau bezüglich physischer und mentaler Gesundheit.
- Urbane Umwelt unterliegt – teils formal geplant, teils als Zusammenspiel unterschiedlicher Einflüsse – einer steten Entwicklung. Stadt- und Umlandplanung sowie städtische und metropolregionale Entwicklungsprozesse bieten Ansatzpunkte und Gestaltungschancen für Schutz und Förderung der Gesundheit urbaner (Teil-)Populationen [25], [26]. Städtische und regionale Steuerungsprozesse u. a. zur Stadtplanung, -entwicklung und -sanierung sowie Metropolentwicklung betreffen das gesamte Spektrum von Politik-Sektoren (samt Teilen der Zivilgesellschaft, Wirtschaftsbranchen, Ministerien und Ämtern), die Hierarchie administrativer Ebenen von lokal bis global sowie eine Vielzahl von Strategien und Werkzeugen, darunter auch dynamische urbane Systemmodelle, mit deren Hilfe sich z. B. Ansätze zur Energie- oder

Verkehrswende und deren Auswirkungen auf Gesundheit untersuchen lassen. Inhaltlich geht es u. a. um Positionsbestimmung durch städtische Gesundheitsberichterstattung [27] über Sachstand und Trends sowie um Zielauswahl und „Kurshalten“, z. B. durch städtische Leitbilder, Szenarienbildung, übergreifende Planungen und spezifische Fachplanungen (auch für Gesundheit). Auch hier ist umsichtige Vorausschau z. B. durch frühzeitiges Erkennen von „Kollisionskursen“ (Nutzungskonflikten) eine zentrale Steuerungsaufgabe, wobei Folgenabschätzungen [28] (Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA)), Performance-Analysen und Evaluationen hilfreich sind. Die Relevanz von StadtGesundheit liegt u. a. darin, die Rolle des Themas Gesundheit bei städtischer Planung und Entwicklung im gesamten gesundheitspolitischen Aktionszyklus [29] (Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus) zu stärken. Als wichtiges Einzelthema sei städtische Nachhaltigkeit genannt. Die Doppelrolle von Städten als Verursacher und Betroffene von globalen Umweltveränderungen steht außer Frage. Hier werden Wachstumsgrenzen spürbar und hier entstehen Impulse sozial-ökologischer Transformation. Nach jahrzehntelangen, u. a. auf die Brundtland-Kommission [30] und die Rio-Konferenz [31] zurückgehenden Vorarbeiten hat das Thema viele Städte erreicht. Angesichts enger inhaltlicher Verbindungen bietet es sich an, die Ziele Nachhaltigkeit und Gesundheit in enger Koordination zu verfolgen.

- Der Begriff StadtGesundheit ist in hohem Maße anschaulich und eingängig. Das Konzept wird sowohl in Fachkreisen als auch in der allgemeinen Öffentlichkeit meist schnell und richtig verstanden. Instruktiv-anschauliche Vergleiche generell bekannter sozialräumlicher Einheiten wie Stadtteile, Städte und Metropolregionen sowie Vergleiche im Rahmen von Städtepartnerschaften bieten sich an. Zusätzliche Möglichkeiten der Visualisierung von StadtGesundheit bieten die in großer Zahl und Vielfalt existierenden analogen (physisch modellierten) und digitalen (computer-modellierten) Stadtmodelle, die bisher oft auf Gebäude, Verkehrswege und Vegetation beschränkt sind. Hier könnten und sollten Menschen „einziehen“; urbane gesundheitliche Ressourcen und Belastungen sowie deren Auswirkungen auf Wohlbefinden, Morbidität und Mortalität könnten dargestellt werden. Ansätze hierzu bestehen u. a. für Lärm- und Luftbelastung, ließen sich aber viel umfassender für Gesundheitsthemen nutzen. Stadträume laden auch dazu ein, für unterschiedliche Zwecke von Ausbildung, Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern sowie Fachplanung bis hin zur Öffentlichkeitsarbeit benutzt zu werden, wobei das Spektrum von kleinen Begehungen bis hin zu umfangreichen Exkursionen reicht.

Anwendungsfelder und Kernaufgaben

Im internationalen Raum ist Urban Health ein etabliertes Themen- und Arbeitsfeld. In der Weltgesundheitsorganisation (WHO) existiert seit 1987 das Healthy Cities-Netzwerk. Für die WHO Commission on Social Determinants of Health erstellte das Knowledge Network on Urban Settings im Jahr 2007 den Bericht „Our cities, our health, our future” [32]. Neben der International Society for Urban Health (ISUH) behandeln auch andere Fachgesellschaften das Thema, z. B. die European Public Health Association (EUPHA) in ihrer Sektion Urban Health. Innerhalb des auch auf Entscheidungsträger ausgerichteten Global Health Hub existiert eine Global Urban Health Hub Community. Zur InterAcademyPartnership als Zusammenschluss von (nationalen) Akademien weltweit gehört eine IAP Urban Health Working Group. Noch im Aufbau befindet sich eine Global Urban Systemic Health Partnership.

In Deutschland war das Thema Stadt(entwicklung) und Gesundheit über längere Zeit hinweg wenig sichtbar. Ausnahmen bildeten das Gesunde Städte-Netzwerk sowie Ansätze der Gemeindeorientierung und gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit. In den letzten Jahren wurden die Stärken dieses Ansatzes neu entdeckt, was sich u. a. im Arbeitskreis Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen der Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL) spiegelte.

Im Rahmen einer mehrjährigen Förderinitiative beim Deutschen Stiftungszentrum unterstützt die Fritz und Hildegard Berg-Stiftung seit 2011 das Forschungsprogramm „Stadt der Zukunft – Gesunde, nachhaltige Metropolen“ mit mehreren Juniorforschungsgruppen, einer Serie von Fachtagungen und einem Sonderprojekt zum „disziplinären und sektoralen Brückenbau“ [33]. Wie sich zeigte, befassen sich inzwischen verschiedene Institutionen in Deutschland mit dem Thema StadtGesundheit (darunter Universitäten, öffentliche Einrichtungen, Institute, Fachgesellschaften, Verbände und Vereinigungen).

Im Rahmen des genannten Forschungsprogramms (www.stadt-und-gesundheit.de; www.urban-health.de) geht es u. a. um die Themen Stadtgrün und Stadtblau [34], [35], [36], soziale Ungleichheit [37] und (generationengerechte) Stadtgestaltung [38], [22]. Ferner ist aus der Einheit Urbane Epidemiologie

am Profilschwerpunkt Urbane Systeme der Universität Duisburg-Essen inzwischen das Institute for Urban Public Health (InUPH) entstanden, das sich z. B. mit der akustischen Qualität urbaner Umgebungen befasst [39].

Drei Kernaufgaben von StadtGesundheit lassen sich benennen:

- Bewusste Wahrnehmung städtischer Gruppen mit unterschiedlichem gesundheitsbezogenem Unterstützungsbedarf (u. a. Wohnungslose, Flüchtlinge, Pendler und Pendlerinnen sowie Stadtbesucher und -besucherinnen) mit ihren Lebensphasen, (gesundheitsbezogenen) Lebenslagen und -ereignissen, die allesamt durch die urbane Umwelt mitgeprägt werden [40] (Lebenslagen und Lebensphasen)
- Analyse städtischer Lebens(um)welten [41] (Settingansatz / Lebensweltansatz) mit jeweils physischer (mehr oder weniger natürlicher/anthropogen umgestalteter) und sozialer Dimension
- Urbane Steuerung (governance) mit der Dreigliederung Steuerung medizinischer Versorgung, Steuerung von Gesundheitsschutz, Prävention und Gesundheitsförderung im Gesundheitssektor sowie Steuerung von Strukturen und Prozessen außerhalb des Gesundheitssektors mit Auswirkungen auf Gesundheit.

StadtGesundheit erfordert ein konsequentes Zusammenspiel unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen und Stadtsektoren. Für StadtGesundheit bedeutsame Themen außerhalb des Gesundheitssektors sind:

- Stadtplanung, Fachplanungen
- Demographie einschließlich Verschiebungen der Altersstruktur, Zu- und Abwanderung
- Wohnungswesen
- Bildung und Erziehung in Kindergärten, Schulen, Bildungseinrichtungen
- Städtische Wirtschaft, Arbeitswelt
- Ver- und Entsorgung, einschließlich (Ab-)Wasser und Energie
- Verkehrswesen einschließlich des Öffentlichen Personennahverkehrs
- Soziale Arbeit in der Stadt, Obdachlosen- und Flüchtlingshilfe, Frauenhäuser
- Grundrechte, (Umwelt-, Gesundheits-)Gerechtigkeit, Segregation, Verdrängung
- Rechtsordnung, Rechtsprechung, Vollzug, Bewährungshilfe
- Städtisches Polizei- und Ordnungswesen
- Feuer-, Unfall-, Verbraucherschutz
- Freizeit und Erholung
- Urbane Flora (Wild-, Nutz-, Zierpflanzen) und Fauna (Wild-, Haus-, Nutztiere, Vektoren)
- Ökosysteme und Biodiversität
- Städtische Raumnutzung, Grün- und Blauflächen, Altlasten, Nutzungskonflikte
- Urbane Meteorologie inkl. Extremwitterung, Klimawandel, -schutz, -anpassung
- Städtischer Umweltschutz, Luft-, Wasser-, Bodenverunreinigungen, Lärm, Strahlung.

Konzepte von Transdisziplinarität lassen sich nicht nur auf Forschungsarbeiten zur StadtGesundheit [42], sondern auch auf zivilgesellschaftliche Diskussionsprozesse anwenden. So bildete sich im Rahmen einer Hamburger Initiative für nachhaltige StadtGesundheit u. a. eine Themengruppe bei der Patriotischen Gesellschaft von 1765 – Hamburgische Gesellschaft zur Beförderung der Künste und nützlichen Gewerbe. Diese seit 2019 ehrenamtlich arbeitende Gruppe entwickelte beispielsweise eine Poster-Serie unter dem Motto Verkehrspolitik ist auch Gesundheitspolitik; sie organisiert außerdem Workshops und Exkursionen [11], [43].

Resümee und Ausblick

Zu den traditionellen Problemen des Themen- und Arbeitsfeldes StadtGesundheit gehört die notorisch schwache Stellung des Themas Gesundheit in der Konkurrenz mit anderen Politikbereichen und die immer noch verbreitete Reduktion des Handelns auf Aspekte der medizinischen Versorgung und des persönlichen Verhaltens. Gleichwohl ist das Konzept geeignet, der Gesundheitsförderung und Prävention durch Gesundheitsdienste wie auch durch intersektorale, ressortübergreifende Maßnahmen stärkere Geltung zu verschaffen. Unverkennbar besteht ein Bedarf, die Wahrnehmung von StadtGesundheit in Fachkreisen und Öffentlichkeit z. B. durch geeignete Fallstudien zu fördern und strategische Kooperationen unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure einschließlich des öffentlichen Gesundheitsdienstes weiterzuentwickeln. Für die Rezeption über engere Fachkreise hinaus sind Darstellungen wertvoll, welche wesentliche Erkenntnisse fundiert, aber auch anschaulich darstellen (z. B. [44]).

Schon jetzt dürfte der integrative Ansatz von StadtGesundheit hilfreich sein, um aktuelle städtische Herausforderungen besser in ihrer systemischen Verflochtenheit zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren. Detaillierte Empfehlungen und Forderungen betreffen u. a. eine integrierte Berichterstattung, ressortübergreifendes Verwaltungshandeln sowie Expertise-Netzwerke [45].

Beim International Urban Health Summit im April 2025 in Hannover wurden folgende thematische Prioritäten für StadtGesundheit − jeweils mit Konkretisierungen − benannt: Governance; neue Ansätze in Forschung, Lehre und Praxis; Engagement auf lokaler Ebene; Raumbezug; und Umgang mit Gaps bezüglich Datenzugang, KI-Anwendungen, Evaluationen, Ausbildung und Kommunikation ([46], S. 15−17).

Inwieweit es gelingen wird, systemtheoretische Urban Health-Ansätze [47] praktisch nutzbar zu machen und dabei auch den sozialen und ökologischen Zielen von StadtGesundheit gerecht zu werden, muss sich noch erweisen.

Internetadressen:

- Akademie für Raumentwicklung in der Leibnitz-Gemeinschaft (ARL). Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen. Neuer Arbeitskreis der ARL. 2014. Available from: https://www.arl-net.de/de/blog/planung-f%C3%BCr-gesundheitsf%C3%B6rdernde-stadtregionen
- Stadt und Gesundheit – Urban Health. Available from: https://www.stadt-und-gesundheit.de
- Global Health Hub. Available from: https://www.globalhealthhub.de
- Global Urban Systemic Health Partnership. Available from: https://www.urbansystemichealthpartnership.org
- Urban Health digiSpace. Available from: https://www.urbanhealth-digispace.de
- Institut für Urban Public Health (InUPH). Available from: https://inuph.uk-essen.de
- iap Science Health Policy – the interacademy partnership. Available from: https://www.interacademies.org
- International Society for Urban Health. Available from: https://www.isuh.org
- World Health Organisation (WHO). Urban health. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/urban-health
- World Health Organisation (WHO). Urban health capacity assessment and response. Resource kit. Available from: https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/urban-health/urban-health-capacity-assessment-and-response

Weiterführende Literatur:

- Baumgart S, Köckler H, Ritzinger A, Rüdiger A, editors. Planung für gesundheitsfördernde Städte. Hannover: Akademie für Raumforschung und Landesplanung, Leibniz-Forum für Raumwissenschaften; 2018. (Forschungsberichte der ARL; 8).
- Corburn J. Cities for life. How communities can recover from trauma and rebuild for health. Washington, D. C: Island Press; 2021.
- Fehr R, Hornberg C, editors. Stadt der Zukunft – Gesund und nachhaltig. Brückenbau zwischen Disziplinen und Sektoren. München: oekom verlag; 2018. (Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region; 1). DOI:10.14512/9783962385064
- Fehr R, Augustin J. Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg II. Neue Ziele, Wege, Initiativen. München: oekom Verlag; 2022. (Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region; 5). DOI:10.14512/9783962389512
- Galea S, Ettman CK, Vlahov D, editors. Urban Health. Oxford: Oxford University Press; 2019.

References

1. 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
2. Kuhn J, Böhm A. Gesundheitsschutz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I059-3.0
3. 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

4. Augustin J, Koller D. Geografie der Gesundheit. Die räumliche Dimension von Epidemiologie und Versorgung. Bern: Hogrefe; 2017. DOI:10.1024/85525-000
5. Rind E, Reime B, Weidmann C. Rural health / Gesundheit im ländlichen Raum. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I133-2.0
6. Fehr R. Ökologische und humanökologische Perspektive. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-I082-3.0
7. Hornberg C, Pauli A, Fehr R. Urbanes Leben und Gesundheit. In: Fehr R, Hornberg C, editors. Stadt der Zukunft – Gesund und nachhaltig. Brückenbau zwischen Disziplinen und Sektoren. München: oekom; 2018 Oct 4. p. 77–96. (Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region). DOI:10.14512/9783962385064
8. 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
9. Köckler H, Geene R. Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I157-1.0
10. Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H. Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer VS; 2020. DOI:10.1007/978-3-658-30504-8
11. Trojan A, Fehr R. Nachhaltige StadtGesundheit: konzeptionelle Grundlagen und aktuelle Initiativen. Bundesgesundheitsblatt. 2020;63:953–61. DOI:10.1007/s00103-020-03187-8
12. Quilling E, Kaczmarczyk D, Schäfer P, Trojan A, Süß W. Sozialraum- und Gemeindeorientierung in 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-I021-3.0
13. Böhme C, Köckler H, Quilling E. Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I151-1.0
14. Duhl L, editor. The urban condition. People and policy in the metropolis. New York: Basic Books; 1963.
15. Galea S, Vlahov D, editors. Handbook of urban health: populations, methods, and practice. New York: Springer; 2005.
16. Galea S, Ettman CK, Vlahov D, editors. Urban health. Oxford: Oxford University Press; 2019.
17. Vogler P, Kühn E, editors. Medizin und Städtebau. Ein Handbuch für gesundheitlichen Städtebau. Urban & Schwarzenberg; 1957.
18. Fehr R, Annuß R, Terschüren C. Urban Health in North Rhine-Westphalia. In: Krämer A, Khan MHH, Kraas F, editors. Health in megacities and urban areas. Heidelberg: Physica Verlag; 2011. p. 101–16. (Contributions Statistics). DOI:10.1007/978-3-7908-2733-0_7
19. Bolte G. Epidemiologische Methoden und Erkenntnisse als eine Grundlage für Stadtplanung und gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. In: Baumgart S, Köckler H, Ritzinger A, Rüdiger A, editors. Planung für gesundheitsfördernde Städte. Hannover: Akademie für Raumforschung und Landesplanung, Leibniz-Forum für Raumwissenschaften; 2018. p. 118–34. (Forschungsberichte der ARL; 8).
20. Bolte G, Moebus S, Fehr R. Stadtepidemiologie als integrativer Ansatz für eine nachhaltige, gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. Gesundheitswesen. 2023;85(5):287–95. DOI:10.1055/a-2156-4305
21. Böhme C, Kliemke C, Reimann B, Süß W, editors. Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern: Hogrefe; 2012.
22. Köckler H, Knieling J, Fehr R. Stadtplanung, urbane Initiativen und Gesundheit. Gesundheitswesen. 2023;85(5):311–8. DOI:10.1055/a-2144-5404
23. 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

24. Fehr R, Hornberg C. Nachhaltige StadtGesundheit als Denk- und Handlungsansatz. Gesundheitswesen. 2023;85(5):278–86. DOI:10.1055/a-2144-5306
25. Baumgart S, Rüdiger A. Gesundheit in der Stadtplanung. Instrumente, Verfahren, Methoden. München: oekom; 2022. (Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region; 4).
26. Augustin J, Kis A, Fehr R. Stadt und Gesundheit – ein Übersichtsbeitrag. In: Pohlan J, Othengrafen F, Güntner S, Nuissl H, Schmidt-Lauber B, editors. Jahrbuch StadtRegion 2023 /2024. Stadt, Raum und Gesundheit. Wiesbaden: Springer VS; 2024. p. 3–29.
27. Ziese T, Saß AC. Gesundheitsberichterstattung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I028-2.0
28. Linden S, Töppich J. Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I064-2.0
29. Hartung S, Rosenbrock R. Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I099-2.0
30. World Commission on Environment and Development (WCED). Our common future. New York: Oxford University Press; 1987.
31. United Nations (UN). Report of the United Nations conference on environment and development. Rio de Janeiro, 3–14 June 1992. Vol. 1. New York; 1993 [accessed 2025 Oct 6]. (Resolutions Adopted by the Conference.). Available from: https://www.un.org/esa/dsd/agenda21/Agenda%2021.pdf
32. Kjellstrom T, Mercado S, Sattherthwaite D, Mcgranahan G, Friel S, Havemann K, Barten F, Bartram J, Becker D, Burns C, Burris S, Caiaffa WT, Campbell A, Campbell T, Campbell-Lendrum D, Carlisle R, Corvalan C, David AM, Jimenez J, Dixon J, Kai H, Phua K, Donati KE, Freudenberg N, Galea S, Gore F, Ha W, Hancock T, Hardoy A, Herzog A, Howden-Chapman P, Kiyu A, Lee A, Leitmann J, Lin V, Molina H, Mitlin D, Mugisha F, Mulholland C, Nabeshima K, Ompad D, Omwega AM, Ooi L, Patel S, Pridmore P, Proietti F, Rehfuess E, Sapag J, Sheuya S, Stern R, Thomas L, Vlahov D, Wood L, Yusuf S. Our cities, our health, our future: Acting on social determinants for health equity in urban settings. Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Knowledge Network on Urban Settings. Kobe, Japan: WHO Kobe Centre; 2007. [accessed 2025 Oct 6]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/urban-settings-knowledge-network-final-report-2007.pdf
33. Zerbe S, Hornberg C, Macher M, Fehr R. Forschungsförderprogramm „Stadt der Zukunft – gesunde und nachhaltige Metropolen“. Gesundheitswesen. 2023;85(5):270–7. DOI:10.1055/a-2144-5404
34. Claßen T, Baumeister H, Heiler-Birk A, Matros J, Pollmann T, Völker S, Kistemann T, Krämer A, Lohrberg F, Hornberg C. Stadtgrün und Stadtblau in der gesunden Kommune. Die Forschungsgruppe „StadtLandschaft und Gesundheit“. In: Fehr R, Hornberg C, editors. Stadt der Zukunft – Gesund und nachhaltig. Brückenbau zwischen Disziplinen und Sektoren. München: oekom; 2018 Oct 4. p. 237–63. DOI:10.14512/9783962385064
35. Säumel I, Butenschön S. Healthy Living: Strategie und Planungsinstrument für gesundheitsförderndes Wohnumfeldgrün in der Stadt der Zukunft. In: Fehr R, Hornberg C, editors. Stadt der Zukunft – Gesund und nachhaltig. Brückenbau zwischen Disziplinen und Sektoren. München: oekom; 2018 Oct 4. p. 321–33. (Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region). DOI:10.14512/9783962385064
36. Kistemann T, Zerbe S, Säumel I, Fehr R. Stadtgrün und Stadtblau im Klimawandel. Gesundheitswesen. 2023;85(5):296–303. DOI:10.1055/a-2144-5404
37. Köckler H, Baumgart S, Blättner, B, Bolte G, Flacke J, Hemetek U, Rüdiger A, Schüle SA, Shrestha R, Sieber R, Waegerle L. Stadt als gesunder Lebensort unabhängig von sozialer Ungleichheit. Die Forschungsgruppe Salus. In: Fehr R, Hornberg C, editors. Stadt der Zukunft – Gesund und nachhaltig. Brückenbau zwischen Disziplinen und Sektoren. München: oekom; 2018

Oct 4. p. 265–89. (Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region). DOI:10.14512/9783962385064

38. Conrad K, Oswald F, Penger S, Reyer M, Schlicht W, Siedentop S, Wislowsky D. Urbane Mobilität und gesundes Altern – Personen- und Umweltmerkmale einer generationsgerechten Stadtgestaltung. Zur Arbeit der Forschungsgruppe autonomMOBIL. In: Fehr R, Hornberg C, editors. Stadt der Zukunft – Gesund und nachhaltig. Brückenbau zwischen Disziplinen und Sektoren. München: oekom; 2018 Oct 4. p. 291–319. (Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region). DOI:10.14512/9783962385064
39. Möbus S, Gruehn D, Poppen J, Sutcliffe R, Haselhoff T, Lawrence B. Akustische Qualität und StadtGesundheit – Mehr als nur Lärm und Stille. Bundesgesundheitsblatt. 2020;63:997–1003. DOI:10.1007/s00103-020-03184-x
40. 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
41. 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
42. Kirst M, Schaefer-McDaniel N, Hwang S, O'Campo P, editors. Converging disciplines. A transdisciplinary research approach to urban health problems. New York: Springer; 2010. DOI:10.1007/978-1-4419-6330-7
43. Müller-Bagehl S, Fehr R, Trojan A. Arbeitskreis Nachhaltige StadtGesundheit: Eine gesunde Stadt für alle. In: Patriotische Gesellschaft von 1765, editor. Demokratie in Hamburg – Geschichte und aktuelle Initiativen. 2024. p. 77−78. (Jahrbuch 2023 / 2024). Available from: https://www.patriotische-gesellschaft.de/publikationen/demokratie-hamburg-geschichte-und-aktuelle-initiativen
44. Adli M. Stress and the City: warum Städte uns krank machen. Und warum sie trotzdem gut für uns sind. München: C. Bertelsmann; 2017.
45. Baumgart S, Böhme C, Claßen T, Dilger U. Planung für gesundheitsfördernde Städte – ein Ausblick. In: Baumgart S, Köckler H, Ritzinger A, Rüdiger A, editors. Planung für gesundheitsfördernde Städte. Hannover: Akademie für Raumforschung und Landesplanung, Leibniz-Forum für Raumwissenschaften; 2018. p. 422–8. (Forschungsberichte der ARL; 8).
46. Boufford JI, Fears R. Report International Urban Health Summit / IUHS. 9 – 11 April 2025 Herrenhausen Palace, Hanover, Germany. Hannover; 2025. [accessed 2025 Oct 6]. Available from: https://urbanhealth.bbaw.de/fileadmin/Webdateien/Dateien/Report_International_Urban_Health_Summit_final.pdf
47. Gatzweiler FW, Zhu YG, Diez Roux AV, Capon A, Donnelly C, Salem G, Ayad HM, Speizer I, Nath I, Boufford JI, Hanaki K, Rietveld LC, Ritchie P, Jayasinghe S, Parnell S, Zhang Y. Advancing Health and Wellbeing in the Changing Urban Environment. Singapore: Springer; 2017. (Urban Health and Wellbeing). DOI:10.1007/978-981-10-3364-3

Korrespondenz: Prof. Dr., MPH, Ph.D Rainer Fehr, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe 7: Umwelt und Gesundheit, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, Deutschland, E-mail: rainer.fehr@uni-bielefeld.de

Zitierhinweis: Fehr R. Urban Health / StadtGesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i124-1.0

Copyright: © 2026 Rainer Fehr
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/

Verwirklichungschancen / Capabilities

Thomas Altgeld[1]
Uwe H. Bittlingmayer[2]
Zeynep Islertas[3]

[1] Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e.V., Hannover, Germany

[2] Professor für Allgemeine Soziologie mit Schwerpunkt Bildungsforschung, Dekan der Fakultät für Bildungswissenschaften, Institut für Soziologe, Pädagogische Hochschule Freiburg, Freiburg, Germany

[3] Institut für Soziologie, PH Freiburg, Freiburg, Germany

Abstract

Der Capabilities-Ansatz ist eine gesundheitsrelevante Theorie sozialer Gerechtigkeit, die sich mit den Möglichkeiten von Menschen beschäftigt, einen eigenständigen Lebensentwurf zu entwickeln und zu verwirklichen. Der Beitrag skizziert die Relevanz und die aktuelle Thematisierung des Ansatzes im deutschen Public Health-Diskurs.

Keywords: Capability, Gesundheit, Gerechtigkeit, Verwirklichungschancen, Befähigung

Einleitung

Verwirklichungschancen ist im Bereich von Public Health die aktuell populärste deutsche Übertragung des englischen Begriffs „Capabilities“. Der so genannte Capabilities-Ansatz, hier als Verwirklichungschancen-Ansatz bezeichnet (andere Übersetzungen sind etwa Fähigkeiten-Ansatz, Opportunitäten-Ansatz oder der Befähigungs-Ansatz) wurde in den 1980er und 1990er Jahren vom Ökonomie-Nobelpreisträger Amartya Sen und der Philosophin Martha Nussbaum entwickelt und bezeichnet zunächst eine allgemeine Theorie sozialer Gerechtigkeit.

Sen ([1], S. 29) beschreibt als Kern des Capabilities-Ansatzes „die Möglichkeiten oder umfassenden Fähigkeiten (»Capabilities«) von Menschen, ein Leben führen zu können, für das sie sich mit guten Gründen entscheiden konnten, und das die Grundlagen der Selbstachtung nicht in Frage stellt.“ Es geht also vor allem darum, positiv zu bestimmen, was Menschen an realen Freiheiten und Handlungsressourcen brauchen, um einen autonomen Lebensentwurf begründet entwickeln zu können. Außerdem geht es darum, wie sie dazu befähigt werden können, ihren Lebensentwurf umzusetzen. Der Aspekt der Befähigung und die Orientierung an vorhandenen Freiheiten sind der Ausgangspunkt für die deutsche Übersetzung des Capabilities-Ansatzes als Befähigungsgerechtigkeit.

Die enge konzeptionelle Klammer von Ökonomie, Sozialphilosophie und Wohlfahrtsstaatlichkeit sowie ihre Verbindung zu einer Theorie komplexer sozialer Gleichheit im Verwirklichungschancen-Ansatz macht ihn besonders anschlussfähig für praxis- und interventionsbezogene Wissenschaften wie Public Health oder Soziale Arbeit und Sozialpädagogik. Auch für die Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung ist er als relevanter theoretischer Bezugsrahmen etabliert [2], [3], [4], [5], [6], [7].

Die Schnittstellen zwischen dem Verwirklichungschancen-Ansatz und der Theorie der Gesundheitsförderung sind zum Teil direkt, weil Sen das World Institute for Development of Economic Research (WIDER) mitbegründete, das Bestandteil der United Nations University (UNU) in Helsinki war. Er führte in den 1980er Jahren mehrere Projekte durch, in denen die 1986 verabschiedete Ottawa-Charta breit diskutiert wurde und Eingang in konkrete Gerechtigkeitsformulierungen des Verwirklichungschancen-Ansatzes fand.

Die Bedeutung von Gesundheit wird von Sen deutlich herausgestellt: „Gesundheit ist unter anderem eine Quelle des Wohlergehens (und hilft Schmerzen zu vermeiden). Es gibt viele Aspekte von Freiheit und Fairness in der Verteilung von Ressourcen (oder primären Gütern), die eng verbunden sind mit Gesundheit. Gesund zu sein kann zu unserer Fähigkeit beitragen, Dinge zu tun. Tatsächlich ist Gesundheit ganz allgemein mit der Erweiterung von Verwirklichungschancen verbunden, indem sie unsere vorhandenen Verwirklichungschancen vergrößert, Dinge zu tun, von denen wir annehmen, dass wir Gründe haben, sie zu tun.“ ([8], S. viii, eigene Übersetzung).

Verwirklichungschancen, Gerechtigkeit, gutes und gesundes Leben

Der Ansatz der Verwirklichungschancen wurde in enger Auseinandersetzung mit der Theorie der Gerechtigkeit des US-amerikanischen Philosophen John Rawls entwickelt, der die Freiheitsrechte des Subjekts − auch gegen den Staat − zum Ausgangspunkt nimmt. Rawls verbindet seinen freiheitstheoretischen Ansatz mit moralphilosophisch begründeten Forderungen nach Umverteilung der gesellschaftlichen Ressourcen an Menschen, die – aus welchen Gründen auch immer − zu wenig Handlungsressourcen zur Verfügung haben, um eine angemessene Vorstellung des guten Lebens umsetzen zu können.

Sen und Nussbaum fokussieren dabei insbesondere das Zusammenspiel von Ressourcen, Verwirklichungschancen und sozialen Ungleichheiten (wenn auch in der Regel sehr abstrakt und philosophisch). Aus ihrer Sicht stellen Ressourcen erstens – vor allem Geld − keinen Selbstzweck dar. Das bedeutet, dass es nicht darum geht, viel Geld zu besitzen, sondern dass Geld nur *Mittel zum Zweck* der individuellen Bedürfnisbefriedigung ist. Erst die tatsächliche individuelle Bedürfnisbefriedigung führt zu einem Zustand, der zu Recht als *realisierte Freiheit* bezeichnet werden kann.

Zweitens wird dem Ansatz der Verwirklichungschancen zufolge die bloße Gleichverteilung von Ressourcen der Unterschiedlichkeit von Menschen nicht gerecht. Wenn alle Menschen dasselbe an Ressourcen oder Geld zur Verfügung haben, bedeutet das nicht, dass auch alle das gleiche Maß an Bedürfnisbefriedigung und realisierter Freiheit besitzen. Es gibt Menschen, die zur Erfüllung etwa ihres Bedürfnisses auf Mobilität mehr Ressourcen benötigen, etwa weil sie auf einen Rollstuhl angewiesen sind. Eine bloße Gleichverteilung an Ressourcen würde solche Unterschiede ignorieren und damit möglicherweise zu weiteren Ungerechtigkeiten führen. [1]

Ressourcen liefern nach diesem Ansatz die Bedingung der Möglichkeit, ein gutes Leben führen zu können, für das sich die Individuen frei und aus guten Gründen entscheiden. Nussbaum geht gegenüber Sen einen für Public Health bedeutsamen Schritt weiter, indem sie eine Liste mit Verwirklichungschancen entwickelt hat, die eine Art Blaupause für Varianten eines guten Lebens darstellt, aber keine Idee des guten Lebens ausformuliert. Sie geht davon aus, dass Menschen notwendig auf ein Fundament von bestimmten Dingen zurückgreifen müssen, wenn sie eine eigenständige Idee des guten Lebens für sich selbst konzipieren und realisieren bzw. die Bedingungen der Möglichkeiten für das gesamte Spektrum an Realfreiheiten abstecken wollen. Diese Dinge fasst Nussbaum in zehn Fähigkeiten zusammen (Liste der zentralen Verwirklichungschancen [Central Capabilities] nach Nussbaum ([9], S. 112−114):

- **Leben:** Die Fähigkeit, ein menschliches Leben normaler Dauer bis zum Ende zu leben; nicht frühzeitig zu sterben und nicht zu sterben, bevor dieses Leben so eingeschränkt ist, dass es nicht mehr lebenswert ist.
- **Körperliche Gesundheit:** Die Fähigkeit, bei guter Gesundheit zu sein, wozu auch die reproduktive Gesundheit, eine angemessene Ernährung und eine angemessene Unterkunft gehören.
- **Körperliche Integrität:** Die Fähigkeit, sich frei von einem Ort zum anderen zu bewegen; vor gewaltsamen Übergriffen sicher zu sein, sexuelle Übergriffe und häusliche Gewalt eingeschlossen; Gelegenheit zur sexuellen Befriedigung und zur freien Entscheidung im Bereich der Fortpflanzung.
- **Sinne, Vorstellungskraft und Denken:** Die Fähigkeit, die Sinne zu benutzen, sich etwas vorzustellen, zu denken und zu schlussfolgern − und dies alles auf jene „wahrhaft menschliche“ Weise, die von einer angemessenen Erziehung und Ausbildung geprägt und kultiviert wird, die Lese- und Schreibfähigkeit sowie basale mathematische und wissenschaftliche Kenntnisse einschließt, aber keineswegs auf sie beschränkt ist. Die Fähigkeit, im Zusammenhang mit dem Erleben und Herstellen von selbstgewählten religiösen, literarischen musikalischen und anderen Werken und Ereignissen die Vorstellungskraft und das Denkvermögen zu erproben. Die Fähigkeit, sich seines Verstandes auf Weisen zu bedienen, die durch die Garantie der politischen und künstlerischen Meinungsfreiheit und die Freiheit der Religionsausübung geschützt werden. Die Fähigkeit, Erfahrungen zu machen und unnötigen Schmerz zu vermeiden.
- **Gefühle:** Die Fähigkeit, Bindungen zu Dingen und Personen außerhalb unserer selbst aufzubauen; die Fähigkeit, auf Liebe und Sorge mit Zuneigung zu reagieren und auf die Abwesenheit dieser Wesen mit Trauer; ganz allgemein zu lieben, zu trauern, Sehnsucht, Dankbarkeit und berechtigten Zorn zu fühlen. Die Fähigkeit, an der eigenen emotionalen Entwicklung nicht durch Furcht und Ängste gehindert zu werden. (Diese Fähigkeit zu unterstützen, heißt auch, jene Arten der menschlichen Gemeinschaft zu fördern, die erwiesenermaßen für diese

Entwicklung entscheidend sind.)

- **Praktische Vernunft:** Die Fähigkeit, selbst eine persönliche Auffassung des Guten zu bilden und über die eigene Lebensplanung auf kritische Weise nachzudenken (hierzu gehört der Schutz der Gewissens- und Religionsfreiheit).
- **Zugehörigkeit:** (A) Die Fähigkeit, mit anderen und für andere zu leben, andere Menschen anzuerkennen und Interesse an ihnen zu zeigen, sich auf verschiedene Formen der sozialen Interaktion einzulassen; sich in die Lage eines anderen hineinzuversetzen. Der Schutz dieser Fähigkeit erfordert den Schutz jener Institutionen, die diese Formen der Zugehörigkeit konstituieren und fördern, sowie der Versammlungs- und Redefreiheit. (B) Über die sozialen Grundlagen der Selbstachtung und der Nichtdemütigung zu verfügen; die Fähigkeit, als Wesen mit Würde behandelt zu werden, dessen Wert dem anderer gleich ist. Hierzu gehören Maßnahmen gegen die Diskriminierung auf der Grundlage ethnischer Zugehörigkeit, Geschlecht, sexueller Orientierung, Kaste, Religion und nationaler Herkunft.
- **Andere Spezies:** Die Fähigkeit, in Anteilnahme für und in Beziehung zu Tieren, Pflanzen und zur Welt der Natur zu leben.
- **Spiel:** Die Fähigkeit zu lachen, zu spielen und erholsame Tätigkeiten zu genießen.
- **Kontrolle über die eigene Umwelt:** (A) Politisch: Die Fähigkeit, wirksam an den politischen Entscheidungen teilzunehmen, die das eigene Leben betreffen; ein Recht auf politische Partizipation, auf Schutz der freien Rede und auf politische Vereinigungen zu haben. (B) Inhaltlich: Die Fähigkeit, Eigentum (an Land und an beweglichen Gütern) zu besitzen und Eigentumsrechte auf der gleichen Grundlage wie andere zu haben, eine Beschäftigung auf der gleichen Grundlage wie andere zu suchen; vor ungerechtfertigter Durchsuchung und Festnahme geschützt zu sein. Die Fähigkeit, als Mensch zu arbeiten, die praktische Vernunft am Arbeitsplatz ausüben zu können und in sinnvolle Beziehungen der wechselseitigen Anerkennung mit anderen Arbeitern treten zu können.

Nussbaum möchte damit explizit nicht Menschen bestimmte Ideen des guten Lebens vorschreiben oder nahelegen, sondern die Bedingungen der Möglichkeiten für das gesamte Spektrum an Realfreiheiten abstecken, das Menschen aus guten Gründen erreichen möchten. Die Liste veranschaulicht auch die inhaltlichen Überschneidungen zur Ottawa-Charta, etwa bei der Betonung der Zugehörigkeit zu sozialen Gemeinschaften oder der Kontrolle über die eigene Lebenswelt. Darüber hinaus sind die unmittelbaren Bezüge zu Gesundheit wie Lebensdauer, körperliche Gesundheit, Verfügbarkeit über Life Skills und die indirekten Bezüge wie Partizipation oder Sozialität klar ersichtlich [10], [11], [12] (Gesundheitsförderung 1: Grundlagen, Gesundheitsförderung 2, Entwicklung vor Ottawa 1986, Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa).

Gesundheit und Subjekt

Wenn basierend auf dem Capabilities-Ansatz der Frage nach dem Zusammenhang zwischen Gesundheit und Subjekt nachgegangen wird, wird deutlich, wie weit dieses Modell von der Idee der Bevormundung entfernt ist. Nach diesem Ansatz ist es Aufgabe der gesellschaftlichen Institutionen, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass sich die Individuen für die Realisierung der in der Liste enthaltenen Verwirklichungschancen entscheiden können. Hier wird eine ähnliche Zielrichtung deutlich wie bei dem Empowerment-Ansatz [13] (Empowerment / Befähigung), dessen zentrale Strategien die Förderung der Partizipationsfähigkeit [14] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger) und der Strukturbildung [15] (Capacity Building / Kapazitätsentwicklung) eine vergleichbare Verschränkung von Entscheidungsfähigkeiten von Individuen und unterstützenden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen beinhalten.

Außerdem besteht von Seiten der Gesellschaft zu keiner Zeit ein Anspruch darauf, dass sich Individuen für das eine oder andere entscheiden müssten. In Hinblick auf Gesundheit bedeutet das, dass die gesellschaftlichen Verhältnisse so organisiert werden, dass sich ein Höchstmaß an Gesundheit für jeden einzelnen realisieren lässt. Ob dann Individuen sich auch dafür entscheiden, gesundheitsförderlich zu leben, bleibt ihnen überlassen.

Durch die Formulierung der Entscheidungsfreiheit und das Ziel, ein begründetes gutes Leben führen zu können, zeigt der Capabilities-Ansatz auch eine Schnittstelle zum Konzept der Salutogenese [16]. Hier werden unter dem Begriff Kohärenzgefühl die Handhabbarkeit, Verstehbarkeit und Sinnhaftigkeit subsumiert. Außerdem wird ein Bezug zur nachvollziehbaren bzw. begründeten Entscheidungsfindung eines Individuums sowie seiner Gesundheit hergestellt.

Chancen und Grenzen des Capabilities-Ansatzes

Als eine bedeutende Chance des Ansatzes ist zu betrachten, dass die Komplexität der Fragen zu gesundheitlichen Ungleichheiten, politischen Programmatiken und gesundheitsfördernden Handlungsansätzen mit der Fokussierung verschiedener Lebensentwürfe dargestellt werden kann [17], [2], ausführlich [18].

Eine besondere Herausforderung und Schwierigkeit liegt in der empirischen Operationalisierung und Konkretisierung der Verwirklichungschancen, da sie einen allgemeinen Optionsraum darstellen und es besonders schwer herauszufinden ist, ob sich die Chancen insgesamt für ein Individuum vergrößert haben. Denn prinzipiell gilt, dass dem Verwirklichungschancen-Ansatz zufolge auch bei gleichem beobachtbaren Verhalten eine Vergrößerung des Optionsraums vorhanden sein kann, das Subjekt es aber mit guten Gründen ablehnt, von dieser neu wahrgenommenen Option Gebrauch zu machen. Für vertiefende Ausführungen zu den Möglichkeiten und Herausforderungen der Messbarkeit der Verwirklichungschancen siehe Arndt, Dann, Kleimann, Strotmann & Volkert [19], Sahrai & Bittlingmayer [20], Schmale [21] und Volkmann [22].

Eine zweite Schwierigkeit liegt in der Aneignung des Ansatzes von sehr unterschiedlichen Seiten. Durch die Betonung des Subjekts und seiner Entscheidungsfreiheit − die als Schutz vor staatlichen Zumutungen dient, eine bestimmte Form des guten Lebens den Bürgern und Bürgerinnen vorzuschreiben − liegt das Argument nahe, dass die Situation von ressourcenschwachen Personen ihnen selbst angelastet werden kann. Sie haben in dieser neoliberalen Lesart im großen Optionsraum schlicht die falschen Entscheidungen getroffen.

Ein letzter Punkt betrifft die konkreten Umsetzungschancen des Ansatzes für die Public Health-Praxis. Public Health-Praktikerinnen und -Praktiker handeln dem Capabilities-Ansatz zufolge mit Notwendigkeit in einem Spannungsverhältnis: Sie haben die Absicht, die Gesundheit von Personen zu stärken, ihre Autonomie und zugleich ihre durch Sozialisation erworbenen − möglicherweise gesundheitsabträglichen − Gewohnheiten, Bedürfnisse und individuellen Vorstellungen vom guten Leben (adaptive Präferenzen) zu respektieren. Hier besteht die Gefahr, Personen durch bloße Überredung oder sogar Zwang zum gewünschten Verhalten zu bewegen (Paternalismus) (siehe Abbildung 1).

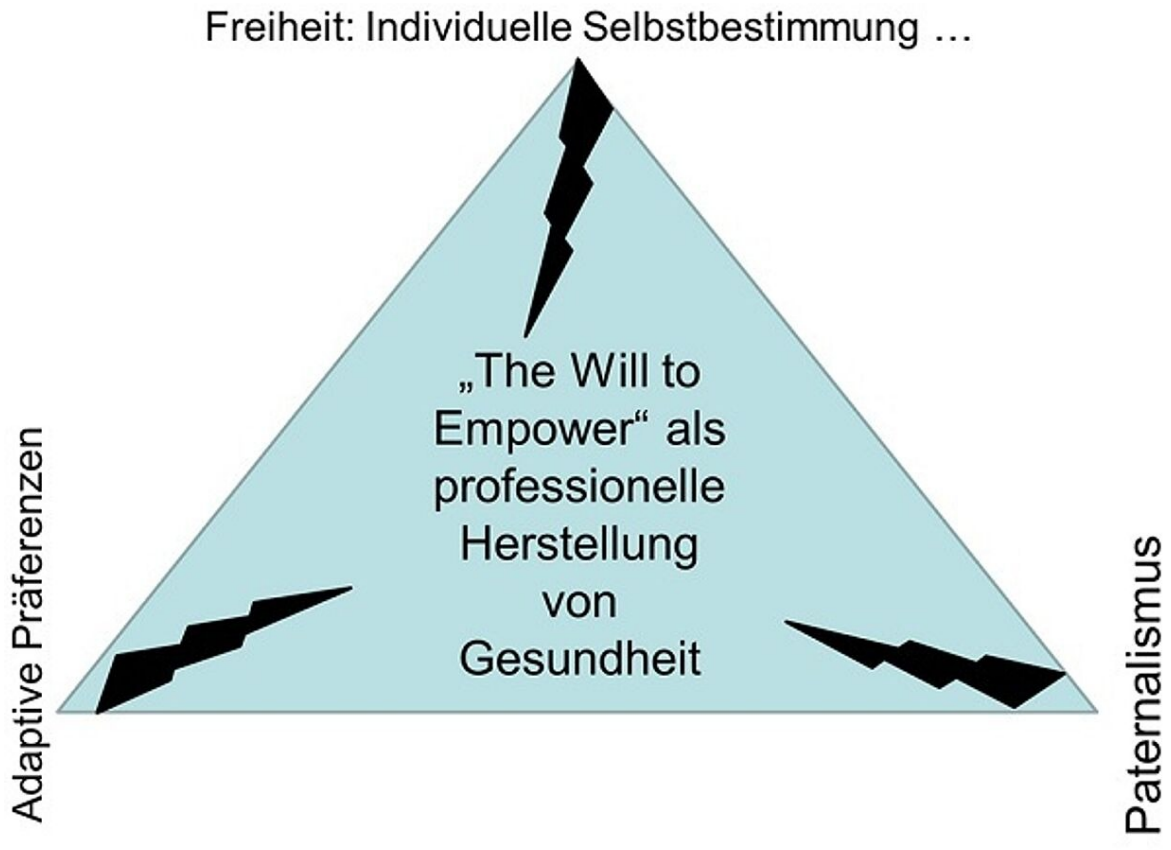


Abbildung 1: Das Spannungsverhältnis der Public Health-Praxis (eigene Darstellung)

Der Capabilities -Ansatz in Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung

Seit einigen Jahren wird der Verwirklichungschancen-Ansatz in Deutschland auch in den Gesundheitswissenschaften rezipiert. Vergleichsweise früh wurde hier auf die großen Potenziale des Ansatzes für den Public Health-Sektor hingewiesen, etwa in einem Beitrag von Abel und Schori [3] oder z. B. durchgängig seit 2010 im Rahmen der Kongresse „Armut und Gesundheit“. Verwirklichungschancen stellen hier eine zentrale Argumentationslinie für eine wesentlich gerechtere Sozial- und Gesundheitspolitik dar. Vor allem mit Blick auf die gewollte Partizipation von Menschen würde eine auf Verwirklichungschancen ausgerichtete Sozialpolitik erst die Voraussetzungen schaffen, um Formen der Partizipation auch von ressourcenschwächeren Mitgliedern der Gesellschaft zu ermöglichen.

Der 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung [23] hat erstmals den Verwirklichungschancen-Ansatz als theoretische Klammer für die engere Verknüpfung von Gesundheitsförderung und Jugendhilfestrukturen verwendet. Die Empfehlungen des Berichts laufen auf eine engere Verzahnung des Gesundheits-, Bildungs- und Jugendhilfesektors hinaus. Sie nehmen die Wechselbeziehungen zwischen Gesundheit und Bildung ernst und definieren sie vor dem Hintergrund der Verwirklichungschancen neu. Selbstbestimmtes Handeln wird hier an die strukturellen Bedingungen für die Ermöglichung von Selbstbestimmung gebunden. Allerdings ist die Kinder- und Jugendberichtserstattung des Bundes wieder vom Verwirklichungschancen-Ansatz abgerückt, gerade wegen der genannten Herausforderungen bei der Operationalisierung der Freiheits- und Ungleichheitsdimensionen.

Eine weitere Rezeptionslinie bestimmt den Verwirklichungschancen-Ansatz als Erweiterung bisheriger theoretischer und konzeptioneller Modelle. In der theoriebezogenen Auseinandersetzung mit den Arbeiten von Sen und Nussbaum wird der Ansatz in der Regel ergänzend zu bestehenden Theorieangeboten innerhalb der Gesundheitswissenschaften diskutiert. So soll der Verwirklichungschancen-Ansatz zum Beispiel ein besseres Verständnis für die Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten ermöglichen, weil er weniger auf die Erklärung der Reproduktion gesellschaftlicher Ungleichheiten angelegt ist [2]. In anderen Arbeiten wird der Capabilities-Ansatz als adäquate theoretische Rahmung des Empowerment-Ansatzes verstanden, weil sich auf seiner Grundlage schwierige normative Fragestellungen einer Praxiswissenschaft wie Public Health komplexer und gehaltvoller formulieren lassen [18], [20].

Innerhalb des deutschen Public Health-Diskurses wird der Capabilities-Ansatz durch die Darstellung gesundheitsbezogener Relevanz in verschiedenen Kontexten behandelt oder im Zusammenhang der Gesundheit diverser Zielgruppen thematisiert:

- Versorgungsforschung [24]
- Verkehr und Gesundheit [25]
- Resilienz im Arbeitskontext [26]
- Nachhaltigkeit in der Medizin [6]
- Operationalisierung der Handlungsmöglichkeiten und Gesundheit von Seniorinnen und Senioren [5], [27]
- Wohlbefinden und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen [28]

Die systematische Rezeption und die Umsetzung des Capabilities-Ansatzes in die Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung weist aber noch deutliche Lücken auf, sodass sich über vereinzelte theoretische Verortungen hinaus bislang noch keine erfolgreichen Modelle guter Praxis finden lassen. Grundsätzlich besteht darüber hinaus bei der Implementation des Capabilities-Ansatzes in Public Health stets die Gefahr, dass der Erklärungsanspruch dieser allgemeinen Gerechtigkeitstheorie überdehnt wird, etwa indem er in eine Handlungstheorie transformiert wird, die dann an die Gesundheitsförderung angepasst wird.

Dass der Verwirklichungschancen-Ansatz insgesamt ein fruchtbarer Bezugspunkt ist, mit dem zuallererst das für Public Health konstitutive Spannungsverhältnis zwischen Autonomie, adaptiven Präferenzen und Paternalismus präzise dargestellt werden kann, sollte deutlich geworden sein. Auf diese Weise liefert der Capabilities-Ansatz einen belastbaren Rahmen für die Fragen nach den normativen Bezugspunkten innerhalb von Public Health.

Internetadressen:

- Kongress Armut und Gesundheit. Available from: https://www.armut-und-gesundheit.de

References

1. Sen A. Ökonomie für den Menschen: Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft. München: Hanser; 2000.
2. Abel T, Frohlich KL. Capitals and capabilities: Linking structure and agency to reduce health inequalities. Soc Sci Med. 2012;74(2):236–44.
3. Abel T, Schori D. Der Capability-Ansatz in der Gesundheitsförderung: Ansatzpunkte für eine Neuausrichtung der Ungleichheitsforschung. ÖZS. 2009;34(2):48–64.
4. Bittlingmayer UH, Schumacher F, Yüksel G. Gesundheit als Brücke zwischen Gesellschaftskritik und Gerechtigkeitstheorie. Plädoyer für eine Neuauflage des interdisziplinären Materialismus aus dem Geist von Public Health. In: Schmidt-Semisch H, Schorb F, editors. Sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung. Public Health. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2021. p. 493–511.
5. Boyer L, Sauter A, Loss J. Messung von Handlungsmöglichkeiten (capabilities) zur Führung eines aktiven Lebensstil − Entwicklung und Erprobung eines Messinstruments für Senior/innen. Das Gesundheitswesen. Das Soziale in Medizin und Gesellschaft − Aktuelle Megatrends fordern uns heraus. 56. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). Thieme; 2021.
6. Bozzaro C, Rupp J, Stolpe M, Schulenburg H. Das gute Leben heute und morgen: Antibiotikaresistente Keime als Nachhaltigkeitsproblem in der Medizin. Ethik Med. 2023;35(1):111–23.
7. Till M, Abu-Omar K, Gelius P. Der Capability-Ansatz in der Bewegungsförderung. Präv Gesundheitsf. 2023;18(1):111–8.
8. Sen A. Foreword. In: Ruger JP, editor. Health and social justice. Oxford: Oxford University Press; 2010. p. viii.
9. Nussbaum MC. Die Grenzen der Gerechtigkeit. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 2010.
10. 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
11. 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
12. 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
13. Brandes S, Stark W. Empowerment/Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i10-3.0
14. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:DOI: 10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
15. Nickel S, Trojan A. Capacity Building / Kapazitätsentwicklung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i007-3.0
16. 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
17. Ruger JP. Health and social justice. Oxford: Oxford University Press; 2010.
18. Bittlingmayer UH, Ziegler H. Public Health und das gute Leben: Der Capability-Approach als normatives Fundament interventionsbezogener Gesundheitswissenschaften? WZB Discussion Paper. 2012;SP I 2012-301.
19. Arndt C, Dann S, Kleimann R, Strotmann H, Volkert J. Das Konzept der Verwirklichungschancen

(A. Sen) − Empirische Operationalisierung im Rahmen der Armuts- und Reichtumsmessung: Machbarkeitsstudie; Endbericht an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Köln: Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e. V. (IAW); 2006.

20. Sahrai E, Bittlingmayer UH. Empowerment and the Capabilities Approach in Public Health – some remarks from the perspective of a scientific evaluation research. In: Otto HU, Ziegler H, editors. Critical Social Policy and the Capability Approach. Opladen: Barbara Budrich; 2014. p. 143–66.
21. Schmale I. Lebenslage-Ansatz und Capability-Approach: Instrumente zur Messung und Bewertung der Lebenssituation von Individuen und sozialen Gruppen. In: Mülheims L, Hummel K, Peters-Lange S, Toepler E, Schuhmann I, editors. Handbuch Sozialversicherungswissenschaft. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2015. p. 221–31.
22. Volkmann A. Gleichwertige Lebensverhältnisse zwischen Daseinsvorsorge und räumlichen Verwirklichungschancen. 2018 [accessed 2025 Aug 28]. Available from: https://eldorado.tu-dortmund.de/handle/2003/38381
23. Bundesministerium für Familie (BMFSFJ) S Frauen und Jugend Und, Jugend. 13. Kinder- und Jugendbericht: Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. 2009. [accessed 2024 Jun 23]. Available from: https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93144/f5f2144cfc504efbc6574af8a1f30455/13-kinder-jugendbericht-data.pdf
24. Remmers H. Ethische Aspekte der Verteilungsgerechtigkeit gesundheitlicher Versorgungsleistungen. In: Bittlingmayer UH, Sahrai D, Schnabel PE, editors. Normativität und Public Health. Wiesbaden: VS; 2009. p. 111–33.
25. Frahsa A. Verkehr und Gesundheit –– Walkability. In: Schwedes O, editor. Verkehr und Gesundheit – Walkability. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2018. p. 395–414.
26. Blum C, Gutwald R. Gute Arbeit, resiliente Arbeiter? Psychische Belastungen im Arbeitskontext aus Sicht des Capability-Ansatzes. In: Karidi M, Schneider M, Gutwald R, editors. Resilienz. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2018. p. 159–76.
27. Kümpers S. Partizipation hilfebedürftiger und benachteiligter Älterer. Die Perspektive der ‘Grundbefähigungen’ nach Martha Nussbaum. In: Rosenbrock R, Hartung S, editors. Handbuch Partizipation und Gesundheit. Göttingen: Hogrefe; 2012. p. 192–211.
28. Sting S. Einflüsse von Armut und Benachteiligung auf das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen. In: Sedmak C, Babic B, Bauer R, Posch C, editors. Der Capability-Approach in sozialwissenschaftlichen Kontexten. Wiesbaden: VS; 2011. p. 139–50.

Korrespondenz: Dipl.-Psych. Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e.V., Schillerstr. 32, 30159 Hannover, Deutschland, E-mail: thomas.altgeld@gesundheit-nds-hb.de

Zitierhinweis: Altgeld T, Bittlingmayer UH, Islertas Z. Verwirklichungschancen / Capabilities. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i126-1.0

Copyright: © 2026 Thomas Altgeld 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/

Wirkungsorientierung in Gesundheitsförderung und Prävention

Wiebke Humrich[1]
Holger Kilian[2]
Antje Richter-Kornweitz[3]
Petra Kolip[4]

[1] Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Hannover, Deutschland

[2] Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V., Potsdam, Deutschland

[3] Gesundheitsförderung | Armutsprävention, Deutschland

[4] Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

Abstract

Eine wirkungsorientierte Arbeitsweise unterstützt Projekte und Programme, ihre Interventionen auf die Erreichung spezifizierter Wirkungen hin auszurichten. Als Ausgangspunkt beschreibt eine Wirkungslogik den Weg von Maßnahmen zu (angestrebten) Wirkungen. In der Praxis hat sich die Arbeit mit einer Wirkungstreppe etabliert, die u. a. Output (erbrachte Leistungen) und Outcome (angestrebte Veränderungen) unterscheidet. Veränderungen können bei Strukturen (Outcome 1) oder direkt bei der Zielgruppe (Outcome 2) liegen.

Keywords: Wirkung, Wirkungsmodelle, Veränderungsmodelle, Wirkungslogik, Qualität

Einleitung

Das Konzept der Wirkungsorientierung hat das Ziel, Interventionen der soziallagenorientierten Gesundheitsförderung systematisch auf die Erreichung konkreter Wirkungen hin auszurichten und diese zu belegen. Ausgangspunkt ist die Frage, welche Veränderungen bei der Zielgruppe und/oder in einem Setting erreicht werden sollen. Mit einer Auswahl von Interventionen geht dann im wirkungsorientierten Arbeiten die Begründung einher, warum und auf welche Weise die Maßnahmen der Zielerreichung dienen. Dies wird mit einem Modell dargestellt, das die Wirkungslogik verdeutlicht.

Damit hat das Konzept deutliche Schnittstellen zu Ansätzen der Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement [1] und Evaluation [2], zu Erklärungs- und Veränderungsmodelle 1: Einstellungs- und Verhaltensänderung [3], Projekte/Projektmanagement und Good Practice / Best Practice in der Gesundheitsförderung [4].

Während Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement [1] die Umsetzung fachlicher Kriterien und Standards und damit das Wie einer Intervention in den Mittelpunkt stellt, zielt die zentrale Frage der Wirkungsorientierung darauf, warum bestimmte Aktivitäten ausgewählt und umgesetzt werden. Die Antwort wird mit der Wirkungslogik formuliert. Sie beschreibt das angestrebte Ziel und erläutert, welchen konkreten (direkten oder vermittelten) Beitrag die geplanten Aktivitäten zur Zielerreichung leisten.

Diese Beiträge können auf unterschiedlichen Ebenen liegen, z. B. im Aufbau von Kooperationsstrukturen, der Vermittlung von Wissen und Kompetenzen oder der Verstärkung von Impulsen, die von anderen Akteurinnen und Akteuren kommen. Entscheidend im Rahmen einer wirkungsorientierten Arbeitsweise ist, dass die Aktivitäten nie Selbstzweck sind, sondern immer einen möglichst mess- oder benennbaren Beitrag zur Zielerreichung leisten.

Nutzen der Wirkungsorientierung

Wirkungsorientierung trägt zur Verbesserung der Praxis bei, weil sie die Bedeutung des Wirkungskontextes betont und Akteure und Akteurinnen ermuntert, diesen Wirkungskontext genauer in

den Blick zu nehmen. Maßgebende Faktoren sind dabei das Verständnis der Herausforderungen und Bedarfe, das Verständnis der Lebenslagen der Adressatinnen und Adressaten, das sorgfältige Entwickeln von Zielen, das Einbetten in eine umfassende Wirkungslogik, eine fortwährende Reflexion und die Kooperation mit anderen Professionen sowie die Partizipation der Adressatinnen und Adressaten ([5], S. 7).

Wirkungsorientierung folgt der Idee des Logischen Modells [3] (Erklärungs- und Veränderungsmodelle 1: Einstellungs- und Verhaltensänderung): Ausgehend von einer gründlichen Problembeschreibung unterstützt es die Zielformulierung, indem der Blick von Anfang an und kontinuierlich auf die angestrebten Veränderungen (Wirkungen) und die dorthin führenden angenommenen Kausalketten (Wirkungslogik) gerichtet ist. Die Methoden zur Planung und Umsetzung der Aktivitäten gibt die wirkungsorientierte Perspektive nicht vor. Wirkungsorientierung lässt sich deshalb gut in bestehende Praxisansätze integrieren.

Abhängig von den verfügbaren Ressourcen sowie dem praktischen und wissenschaftlichen Kenntnisstand im jeweiligen Handlungsfeld unterstützt die wirkungsorientierte Perspektive Praktikerinnen und Praktiker dabei, ihre Arbeit kontinuierlich im Hinblick auf die angestrebten Veränderungen / Wirkungen zu reflektieren. Dies wirkt der Gefahr entgegen, sich in der konkreten Arbeit allein an Kriterien zu orientieren, die zwar „gute Qualität“ anzeigen, aber keine Aussage über die angestrebten Wirkungen machen.

Beispiel: Eine Fachveranstaltung ist gut besucht und wird von den Teilnehmenden sehr gut bewertet. Sie leistet aber nur dann einen wirksamen Beitrag zum Erfolg, wenn die Teilnehmenden anschließend ihr Handeln im gewünschten Sinne ändern und/oder andere erwünschte Veränderungen durch die Veranstaltung angestoßen werden.

Als praxisorientiertes logisches Modell ist für die Wirkungsorientierung eine einfache, klare und im Projektalltag gut umsetzbare Aufbereitung des Ansatzes wichtig. Die verbreiteten Konzepte von Univation [6] und das Ergebnismodell des Schweizer Qualitätssystem quint-essenz.ch [7] sind Beispiele hierfür. Gut etabliert hat sich das seit Mitte der 2010er Jahre durch PHINEO [8] herausgegebene „Kursbuch Wirkung“, das mit seiner übersichtlichen Struktur der „Wirkungstreppe“ dazu beigetragen hat, den Ansatz zu verbreiten. Dabei ist die „Treppe“ als eine Metapher für unterschiedliche Wirkungsebenen in aufsteigender Komplexität und Praxisrelevanz zu verstehen.

Die Wirkungsebenen nach PHINEO

Das Modell nach PHINEO [8] unterscheidet folgende Wirkungsebenen:

- Input: Ressourcen, die in ein Vorhaben gehen.
- Output: Leistungen, die mit den Ressourcen erbracht werden.
- Outcome: Wirkungen, die mit den Leistungen erzielt werden.
- Impact: gesellschaftliche Veränderungen, die im Zusammenspiel mit anderen Akteurinnen und Akteuren erreicht werden.

Input und Rahmenbedingungen: Die Analyse der Rahmenbedingungen sowie der direkt und indirekt für die Intervention verfügbaren Ressourcen (z. B. personelle, finanzielle, räumliche, zeitliche Ressourcen) stehen am Anfang jedes wirkungsorientierten Ansatzes. Diese Ressourcen stecken die Möglichkeiten für Veränderungen durch die geplante Intervention ab.

Output: Die konkreten Aktivitäten (was man konkret für unterschiedliche Zielgruppen tut) einer gesundheitsfördernden Intervention werden im Rahmen einer wirkungsorientierten Arbeitsweise als Output bezeichnet. Idealerweise wird dieser Output (z. B. eine Fachveranstaltung, ein Netzwerktreffen oder eine Broschüre) nach allen „Regeln der Kunst“ erbracht, also unter Berücksichtigung der fachlichen Qualitätsstandards wie Zielgruppenorientierung, Niedrigschwelligkeit oder Partizipation.

Als Kriterien zur Überprüfung des Erfolgs werden oft einfach zu ermittelnde quantitative Messgrößen verwendet, z. B. die Anzahl der Teilnehmenden bei einer Veranstaltung, die Anzahl der aktiv einbezogenen Vertreterinnen und Vertreter einer Zielgruppe oder die Auflage und Abrufzahlen einer Veröffentlichung. Auch Zufriedenheitsabfragen sind auf dieser Ebene angesiedelt.

Diese Informationen sind wichtig, um belegen zu können, dass Aktivitäten wie geplant stattgefunden haben und fachliche Qualitätsstandards berücksichtigt wurden. Aus Perspektive der Wirkungsorientierung sind diese Informationen zwar notwendige, aber keine hinreichenden Angaben darüber, ob die Intervention tatsächlich etwas bewirkt hat.

Outcome: Der Outcome bezieht sich auf die Wirkungen, die in unterschiedlichen Bereichen erzielt werden. Am Beispiel einer gut besuchten Fachveranstaltung können es z. B. in aufsteigender Relevanz diese Wirkungen sein:

- *Einstellungen und Wissen der Teilnehmenden ändern sich:* Die Fachveranstaltung hat Informationen und Kenntnisse vermittelt und dazu beigetragen, dass z. B. ein bislang noch nicht beachtetes Thema nun einen höheren Stellenwert bei den Teilnehmenden hat. Eine andere Wirkung der Veranstaltung kann sein, dass Kontakte vermittelt und die Transparenz des jeweiligen Handlungsfeldes verbessert wurde.
- *Handlungen der Teilnehmenden ändern sich:* Die Teilnehmenden wenden die auf der Fachveranstaltung gewonnenen Erkenntnisse im Rahmen ihrer Arbeit an. Sie können neue Themen in ihre Aktivitäten aufnehmen, neue Methoden anwenden oder Kooperationen mit Akteurinnen und Akteuren eingehen, die sie im Rahmen der Veranstaltung kennengelernt haben.
- *Lebensbedingungen der Teilnehmenden ändern sich:* Wenn Lebensbedingungen für die Teilnehmenden der Fachveranstaltung als Arbeitsbedingungen übersetzt werden, kann ein konkretes Ergebnis sein, dass sie durch die gewonnenen Erkenntnisse und Kontakte mehr Transparenz und Handlungssicherheit in ihrem Arbeitsfeld gewinnen. Dadurch sind sie in der Lage, auch größere und anspruchsvollere Aktivitäten anzugehen oder die bereits realisierten in größerer fachlicher Tiefe umzusetzen.

Eine Herausforderung wirkungsorientierter Arbeitsweise besteht darin, aussagekräftige Indikatoren für diese angestrebten Outcome-Ziele zu bestimmen, zu erheben, auszuwerten und schließlich in eine wirkungsorientierte Berichterstattung einzubinden. Eine solche Spezifizierung von Indikatoren ist die Grundlage für die Evaluation [2], denn nur dann lässt sich die Zielerreichung in Bezug auf Output und Outcome überprüfen.

Impact: Als Impact werden erwünschte Veränderungen auf gesellschaftlicher Ebene bezeichnet. Dies kann ein Ausschnitt aus der „Gesamtgesellschaft“ sein, z. B. die Bevölkerung in einem Stadtteil oder einer ländlichen Region. Da gesellschaftliche Veränderungen von zahlreichen Einflussfaktoren bestimmt werden, lässt sich in der Regel kein direkter Beitrag einer konkreten Intervention bestimmen. Über die Wirkungslogik der Intervention sollte aber plausibel sein, *wie* diese einen Beitrag zum Impact leistet.

Herausforderungen einer wirkungsorientierten Arbeitsweise

Qualität und Wirkung in Gesundheitsförderung und Prävention [1] (Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement) haben durch Gesetzgebungen in der jüngeren Vergangenheit mehr Aufmerksamkeit erfahren. Neben dem Präventionsgesetz (2015) [9] sind die Vorgaben des Bundesteilhabegesetz (Art. 25 Abs. 2 BTHG) aus dem Jahr 2017 zu nennen. Einen Aufmerksamkeitszuwachs gibt es auch in der Suchtprävention und in weiteren Bereichen der Sozialen Arbeit [10], [11], [12], auch wenn kontroverse Diskussionen sowie unterschiedliche Begriffe und Begriffsinterpretationen noch ein unklares Bild zeichnen.

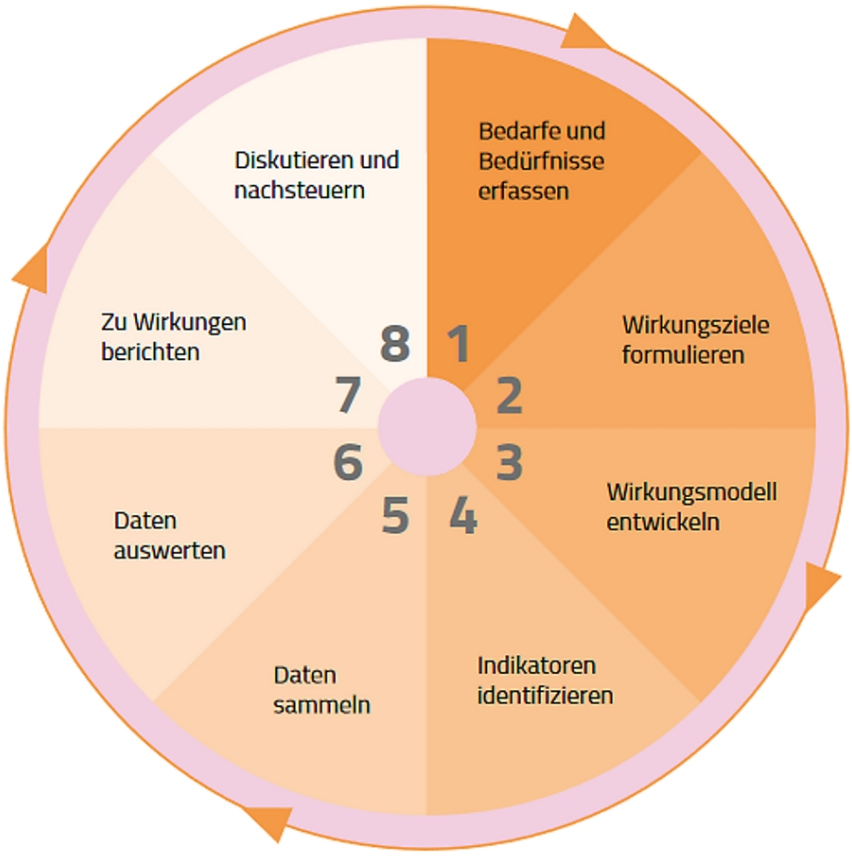
Doch es besteht weitgehende Einigkeit, dass der Prozess der Wirkungsbetrachtung und -abschätzung anspruchsvoll ist. Lineare Wirkungszusammenhänge lassen sich selten in kommunalen Settings [13] (Settingansatz/Lebensweltansatz) herstellen. Die Wirkungen vernetzter, sektorenübergreifender Arbeiten lassen sich selten zweifelsfrei isolieren bzw. müssen mit mehreren, aufeinander bezogenen Wirkungstreppen abgebildet werden ([14], S. 6, 10, 276), [5].

Die Herausforderungen wirkungsorientierten Arbeitens stellen sich gleichwohl in vielen Settings. Sie sind besonders prägnant in dem komplexen Setting Kommune. Um sich dort einer wirkungsorientierten Arbeitsweise anzunähern, geht es zunächst darum, zu einem gemeinsamen Verständnis mit Blick auf die Wirkungslogik und den Bezugsrahmen zu kommen. Diese Herangehensweise impliziert beispielsweise, in der kommunalen Verwaltung über verschiedene Fachbereiche und Hierarchieebenen hinweg eine „offene“ Haltung für das Thema Wirkung und ein gemeinsames prozesshaftes Verständnis [15] (Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus) zu entwickeln. Zu unterschiedlichen Zeitpunkten und im Austausch mit den für den Prozess relevanten Personen stellen sich u. a, die beiden folgenden Fragen:

- Welche Wirkungen sollen auf unterschiedlichen Ebenen [16], [13] (Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren; Settingansatz/Lebensweltansatz) mit unserer gesundheitsförderlichen Intervention angestrebt werden und warum?
- Wie wollen wir die Wirkungen überprüfen?

Diese Fragen können unterschiedlich beantwortet werden. Das Phasenmodell für wirkungsorientierte

Steuerung (Abb. 1) bietet einen Orientierungsrahmen für die Einführung einer wirkungsorientierten Arbeitsweise und unterteilt den Prozess in acht Phasen.



Phasenmodell für wirkungsorientierte Steuerung (Quelle: [17], S. 6)

Maßgeblich für eine wirkungsorientierte Arbeitsweise sind demnach ein gemeinsames Verständnis zu Bedarfen und Bedürfnissen (Phasen 1) und konkreten (Wirkungs-)Zielen, die auf der Basis der Kontextanalyse formuliert werden und die u. a. ein Verständnis zur Lebenslage der Zielgruppe und zur jeweiligen Lebenswelt ermöglicht (Phase 2).

Die Kontextanalyse ist der Erstellung und Befüllung des Wirkungsmodells vorangestellt. Die definierten (Wirkungs-)Ziele werden danach in das Modell eingebettet, das die Wirkungslogik widerspiegelt (Phase 3).

Zu den formulierten Zielen werden im Anschluss Indikatoren gebildet, sodass eine Sammlung und Auswertung von Daten möglich ist, um die Zielerreichung zu überprüfen (Phasen 4 bis 6).

In der Phase 7 wird über die Wirkungen berichtet. Hier unterstützt der Social-Reporting-Standard (SRS), die Wirkungskette der Interventionen zu dokumentieren und zu kommunizieren [18].

Phase 8 bietet den Raum, die erreichten Wirkungen zu diskutieren und nachzusteuern. Es schließt sich dann ein neuer Durchgang des Phasenmodells an [19], [8].

Ohne eine fundierte Bestandsaufnahme ist eine (partizipative) Zielentwicklung schwierig. Gemeinsame Absprachen zu Beginn, was im Sinne einer wirkungsorientierten Vorgehensweise gewollt, vom Förderer als nötig erachtet und mit den vorhandenen Ressourcen umsetzbar ist, sind für eine erfolgreiche Einführung, Umsetzung und Verankerung von Wirkungsorientierung in Gesundheitsförderung und Prävention zentral [20], [21], [5], [8].

Je komplexer die Intervention ist, desto methodisch aufwendiger und kostenintensiver können Wirkungsnachweise werden, die ohne erhebliche zusätzliche Ressourcen (z. B. Personal, Finanzen oder

über eine externe Evaluation [2]) kaum in den Projektalltag integrierbar sind. Darüber hinaus ist es in kommunalen Settings häufig herausfordernd, zur Beschreibung einer umfassenden Ausgangslage an kleinräumige Daten zu gelangen und Personen mit ausreichend Erfahrungen in der disziplin- und professionsübergreifenden Datenanalyse zu finden.

Zusammenfassend betrachtet bietet Wirkungsorientierung für das Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention und speziell für kommunale Settings einen Ansatz für die Praxis, um sich mit komplexen Wirkungszusammenhängen und beabsichtigten Wirkungen zu beschäftigen. Eine prozessorientierte Annäherung und die Entwicklung einer gemeinsamen Haltung zu dem Thema ist gerade mit Blick auf die Komplexität der Interventionen und der Arbeit in unterschiedlichen (ressortübergreifenden) Netzwerken und Kooperationen wichtig.

Doch schon in der Konzeptionsphase von Interventionen kann im Dialog beispielsweise mit den Fördermittelgebenden die Basis für eine wirkungsorientierte Arbeitsweise im Projektkontext gelegt werden.

Wirkungsorientierung in der Praxis: Kommunale Präventionsketten

Am Beispiel kommunaler Präventionsketten [22] (Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention) lässt sich gut aufzeigen, wie eine wirkungsorientierte Vorgehensweise in komplexen Interventionen angestoßen, umgesetzt und im kommunalen Kontext verankert werden kann. Präventionsketten sollen spezifische Wirkungen entfalten, die in den Strukturen der Kommunen sichtbar werden, aber auch direkt bei den Kindern und Familien ankommen.

Um die Komplexität der Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge zu reduzieren, sollten deswegen leicht überprüfbare Teilziele (Fortschritte) betrachtet werden, die zu den beabsichtigten Wirkungen hinführen. Ist ein solcher Fortschritt erreicht, erhöht sich auch die Wahrscheinlichkeit des beabsichtigten Wirkungseintritts.

Ein Wirkungsnachweis für die gesamte Präventionskette ist erst über das Zusammenwirken vieler einzelner Fortschritte abzuleiten [23], [21]. Dieser „collective Impact“ entsteht durch eine ressortübergreifende Zusammenarbeit von Akteurinnen und Akteuren aus den Sektoren Zivilgesellschaft, Kommunalverwaltung und ggfs. Wirtschaft. Denn nur so lassen sich komplexe Probleme lösen und gesellschaftliche Veränderungen herbeiführen [24].

Wirkungsorientierung im Programm „Präventionsketten Niedersachsen“

Eine wirkungsorientierte Arbeitsweise bildete die Basis für den Auf- und Ausbau von Präventionsketten in 22 niedersächsischen Kommunen im stiftungsgeförderten Programm „Präventionsketten Niedersachsen: Gesund aufwachsen für alle Kinder!“ (2016 bis 2022). In Anlehnung an das Modell von PHINEO (2021) wurden für Präventionsketten drei Stufen (siehe Abb. 2: 4. bis 6. Stufe) auf der Outcome-Ebene 1 (Strukturelle Wirkungen) ergänzt, um der Komplexität der Präventionsketten-Arbeit gerecht zu werden. Denn Präventionsketten beabsichtigen, Wirkungen in den Strukturen (Outcome 1) und bei den Zielgruppen (Outcome 2) zu erzielen.

Das um Outcome 2 erweiterte, nun zehnstufige Wirkungsmodell für Präventionsketten (Abb. 2), bildete die Grundlage zur systematischen Planung und Steuerung des Präventionsketten-Prozesses sowohl auf struktureller Ebene wie auf Ebene der Zielgruppen**.**



Wirkungsmodell für Präventionsketten (Quelle: Humrich, Petras & Richter-Kornweitz. In: ([17], S. 4)

Zur Unterstützung der wirkungsorientierten Vorgehensweise in den Kommunen wurden jeweils bedarfsorientierte Workshops zur Ziel- und Indikatorenentwicklung durchgeführt. Ein vorab skizziertes Impact-Ziel bildete die Grundlage für den Workshop mit verwaltungsin- und externen Fachkräften sowie mit Vertreterinnen und Vertreter der Leitungsebenen. Die detaillierter entwickelten (Wirkungs-)Ziele und Indikatoren wurden den einzelnen Stufen zugeordnet. Im Anschluss fanden kommunale Beratungen zur Verankerung der wirkungsorientierten Arbeitsweise über die Programmlaufzeit hinaus statt.

Beispiel: Die Zusammensetzung der Teilnehmenden an den Workshops erfordert sorgfältige Planung und genaue Absprachen, um die notwendigen Fachkräfte einzubinden. In den niedersächsischen Modellkommunen ging es dabei u. a. darum zu ermitteln, welche Fachbereiche und -disziplinen das Vorhaben betrifft. Letztendlich spiegelte die Zusammensetzung die Hierarchieebenen der kommunalen Verwaltung, von freien Trägern und von weiteren Institutionen. Die sich daraus ergebende Vielfalt der Fachkräfte und Aufgabenbereiche ermöglichte ein detailliertes Bild des Bedarfs vor Ort. Die klare Kommunikation des Vorhabens spielte eine wesentliche Rolle für den Erfolg. Zu den Ergebnissen gehörte u. a. die neu entstehende, enge und kontinuierliche Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Jugendhilfebereich bei Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention, ebenso wie neue Kooperationen mit Einrichtungen zur Sprachförderung oder die dauerhafte Einbindung von Fach- und Leitungskräften aus dem Bildungsbereich (Kita und Schule). Bewährt haben sich die neuen Formen der Zusammenarbeit auch in der Pandemie. So kam es zur raschen Entwicklung vieler neuer bzw. optimierter bedarfsorientierter Unterstützungsangebote für Kinder und Eltern im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention.

Praxiserfahrungen: Förderliche Faktoren zur Verankerung einer wirkungsorientierten Arbeitsweise

Neben ausreichenden Zeit- und Personalressourcen (durch eine Koordination) braucht es die Bereitschaft der Leitungsebene(n) und der kommunalen Akteurinnen und Akteure in der Verwaltung sowie der Fachkräfte vor Ort (in Kitas, Familienzentren, Mehrgenerationenhäusern, Beratungsstellen), sich an diesem Prozess zu beteiligen. Eine kontinuierliche Prozessbegleitung ist förderlich und sollte sich neben der Beratung die transparente Gestaltung des Prozesses zum Ziel setzen.

Über allem sollte stehen, die dauerhafte Verankerung der wirkungsorientierten Arbeitsweise zu fördern und die Schritte entsprechend zu planen. Denn: Es ist weniger wichtig, sich akribisch am Modell abzuarbeiten und gleich im ersten Schritt SMARTE (Wirkungs-) Ziele zu entwickeln (Spezifisch, Messbar, Attraktiv, Realistisch und Terminiert), als im Dialog ein gemeinsames Verständnis bezüglich der beabsichtigten Wirkungen zu erarbeiten. Nur so können sich die Akteurinnen und Akteure über den

Programmverlauf kritisch mit den definierten (Wirkungs-)Zielen und Indikatoren sowie den beabsichtigten Wirkungen auseinandersetzen und die geplanten Vorhaben regelmäßig überprüfen und weiterentwickeln [21], [17].

Ausblick

Bei der Wirkungsorientierung handelt sich um ein komplexes und dynamisches Feld, in dem unterschiedliche Begrifflichkeiten verwendet und, je nach Kontext, verschiedene Wirkungslogiken herangezogen werden. Auch wenn sich theoretische Debatten mehren, gibt es bisher nur vereinzelt praktische Beispiele aus Gesundheitsförderung und Prävention, wie eine wirkungsorientierte Arbeitsweise eingeführt und nachhaltig verankert werden kann. Hier bedarf es zukünftig weiterer Erprobung.

Ein Dialog mit verschiedenen Fördermittelgebenden ist notwendig, um den Ansatz der Wirkungsorientierung mehr geförderte Projekte zugrunde zu legen und so stärker in eine praktische Umsetzung zu kommen.

In diesem dynamischen Feld sind Wohlfahrtsverbände, Stiftungen, Landesvereinigungen für Gesundheit und Hochschulen bereits auf dem Weg, auf dem sie thematische Weiterbildungen (mit unterschiedlichen Arbeitshilfen) entwickeln und anbieten oder spezifische Kompetenzzentren „Wirkungsorientierung“ für einzelne Arbeits- und Handlungsfelder aufbauen (z. B. Paritätische Akademie, Kompetenzzentrum Wirkungsorientierung in der Sozialen Arbeit, Kompetenzzentrum Gesundheitsförderung und Prävention). Um diese Materialien und Erkenntnisse in der Gesundheitsförderung und Prävention nutzen zu können, sollten sie in den Austausch gebracht werden.

Um eine wirkungsorientierte Arbeitsweise vor Ort anzustoßen und auch kontinuierlich fortzuführen, bedarf es neben diesen konzeptionellen Arbeiten auch personeller und finanzieller Ressourcen, die in der Planung und Finanzierung berücksichtigt werden müssen.

References

1. 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
2. Haack G, Haß W. Evaluation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i016-3.0
3. Finne E, Paul H. Erklärungs- und Veränderungsmodelle 1: Einstellungs- und Verhaltensänderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i012-3.0
4. Elkeles T, Kilian H, Von Rüden U, Ackermann G. Good Practice / Best Practice in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i141-2.0
5. Meissner M. Wirkungsorientierung in der Präventionskette Gelsenkirchen. Ein Leitfaden für die Praxis. Gelsenkirchen; 2021. [accessed 2024 Feb 22]. Available from: https://www.gelsenkirchen.de/de/familie/netzwerke/jedem_kind_seine_chance_/_doc/leitfaden_wirkungsorientierung_2021_web.pdf
6. Beywl W, Niestroj M. Das A-B-C der wirkungsorientierten Evaluation. Glossar – Deutsch / Englisch. 2 edn. Köln: Univation Institut für Evaluation GmbH Dr. Beywl and Associates;
7. Spencer B, Broesskamp-Stone U, Ruckstuhl B, Ackermann G, Spoerri A, Cloetta B. Modelling the results of health promotion activities in Switzerland: development of the Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention. Health Promot Int. 2008 Mar 1;23(1):86–97. DOI:10.1093/heapro/dam038
8. Kurz B, Kubek D. Kursbuch Wirkung. Das Praxishandbuch für alle, die Gutes noch besser tun wollen. 6 edn. Berlin: Phineo gAG; 2021 [accessed 2024 Feb 22]. Available from: https://www.phineo.org/uploads/Downloads/PHINEO_KURSBUCH_WIRKUNG.pdf
9. 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

10. Bühler A. Wirkungsorientierte Qualitätsentwicklung in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit am Beispiel Suchtprävention. In: Liel K, Rademaker AL, editors. Gesundheitsförderung und Prävention – Quo vadis Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim: Beltz Juventa; 2020. p. 170–81.
11. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. Eckpunkte zu Wirkung und Wirksamkeit in der Eingliederungshilfe (DV26/10), verabschiedet vom Präsidium am 07.12.2022. 2022. [accessed 2024 Feb 22]. Available from: https://www.deutscher-verein.de/de/uploads/empfehlungen-stellungnahmen/2022/dv-26-20_eckpunkte-wirksamkeit-in-der-eingliederungshilfe.pdf
12. Löbler F, Loukas K, Schneider D, Schneider S. Wirkungsorientierung in der Sozialen Arbeit. 2023 [accessed 2024 Feb 22]; Available from: https//www.konturen.de/fachbeitraege/wirkungsorientierung-in-der-sozialen-arbeit-2
13. 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
14. Deutscher Bundestag. Bericht zum Stand und zu den Ergebnissen der Maßnahmen nach Artikel 25 Absatz 2 bis 4 des Bundesteilhabegesetztes. Drucksache 20/5150. 2022. [accessed 2024 Feb 22]. Available from: https://dserver.bundestag.de/btd/20/051/2005150.pdf
15. Hartung S, Rosenbrock R. Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i099-2.0
16. Blümel S, Lehmann F, Hartung S. Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i128-2.0
17. Brandes S, Humrich W, Richter-Kornweitz A. Wirkungen sichtbar machen. Eine Einführung in die Arbeit mit Wirkungsmodellen. 2 edn. Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.; 2022 [accessed 2024 Feb 22]. (Praxis Präventionsketten; 5). Available from: https://www.praeventionsketten-nds.de/fileadmin/media/downloads/praxis-praeventionskette/Praxisblatt_5_Wirkungen_planen_und_sichtbar_machen_web_2._Auflage.pdf.
18. Social Reporting Initiative e.V. SRS – Social Reporting Standard. Leitfaden zur Wirkungsorientierten Berichterstattung. Mülheim a. d. Ruhr; 2014. [accessed 2024 Feb 22]. Available from: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Phineo_SRS_Leitfaden_2014.pdf
19. Richter-Kornweitz A, Schluck S, Petras K, Humrich W, Kruse C. Präventionsketten konkret! Ein kompetenzorientiertes Handbuch zur Koordination von integrierten kommunalen Strategien. Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.; 2022 [accessed 2024 Feb 22]. Available from: www.praeventionsketten-nds.de/fileadmin/media/downloads/Handbuch/Handbuch_Pra%CC%88ventionsketten_konkret.pdf
20. Kolip P. Praxishandbuch Qualitätsentwicklung und Evaluation in der Gesundheitsförderung. Weinheim: Beltz Juventa; 2019.
21. Kilian H. Wirkungsorientierung. Themenblatt Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. 2018 [accessed 2024 Feb 22];1. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Newsletter/18-03-15_Themenblatt_1-2018-web.pdf
22. 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
23. Landschaftsverband Rheinland u. a. (LVR). Präventionsketten wirken! Eine Argumentationshilfe nicht nur für kommunale Entscheider*innen. 2023. [accessed 2024 Feb 22]. Available from: https://www.lvr.de/media/wwwlvrde/jugend/jugendmter/koordinationsstellekinderarmut/dokumente_80/Impulspapier_Prventionsketten_wirken_Versand_13.03.2023_LVR_neu.pdf
24. Kania J, Kramer M. Collective impact. Stanf Soc Innov Rev. 2011 [accessed 2024 Feb 22];9(1):36–41. Available from: https://ssir.org/articles/entry/collective_impact

Korrespondenz: Wiebke Humrich, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover, Deutschland, E-mail: wiebke.humrich@gesundheit-nds.de

Zitierhinweis: Humrich W, Kilian H, Richter-Kornweitz A, Kolip P. Wirkungsorientierung in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i161-1.0

Copyright: © 2026 Wiebke Humrich 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/

Wohlbefinden / Well-Being

Bernd Röhrle[1]
[1] Reutlingen, Deutschland

Abstract

Die Weltgesundheitsorganisation stellt einen engen Bezug zwischen Wohlbefinden und Gesundheit her. Hier wird der Frage nachgegangen, auf welche Weise beide definitorisch und empirisch verknüpft sind und welche Prozesse Wohlbefinden bedingen. Außerdem wird erläutert, welche an Personen gebundenen und kontextuellen Merkmale darauf Einfluss nehmen und wie Wohlbefinden zu einer gesundheitsrelevanten Kategorie wird. Antworten auf diese Frage sind auch die Grundlage für Interventionen zur Stärkung des Wohlbefindens.

Keywords: Wohlbefinden, Gesundheit, Persönlichkeit, Kontexte, Interventionen

Einleitung

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat [1] in ihrer Verfassung festgelegt, dass unter Gesundheit [2] ein „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ zu verstehen sei. Dieses Gesundheitsverständnis ist zum Inbegriff einer salutogenetischen Perspektive [3] (Salutogenese) geworden. Ein wesentliches Problem dieser Gesundheitsdefinition besteht jedoch darin, dass Wohlbefinden nicht zugleich Teil und Bedingung von Gesundheit sein kann [4].

Die notwendige Unabhängigkeit des Begriffs des Wohlbefindens vom Begriff der Gesundheit wird dadurch bestimmt, dass er im interdisziplinären Sinne auch unabhängig vom Gesundheitsbegriff vorkommt. So erkennt man in ihm eine ökonomische Größe, ein sozial- und gesellschaftspolitisches Instrument, einen Bestandteil der Arbeitswissenschaften, eine edukative Zielkategorie und eine Perspektive für ökologische, historische und philosophische Betrachtungen [5], [6], [7].

Definition und Typisierungen

Wenn man sich mit dem Begriff des Wohlbefindens beschäftigt, muss man sich mit einem vieldeutigen Konzept auseinandersetzen, das unterschiedliche disziplinäre und definitorische Hintergründe besitzt. Die folgende Systematik einiger Grundtypen und Varianten soll einen Überblick verschaffen (vgl. [8], [9], [10], [11], [4]).

Grundtypen des Wohlbefindens: Das eudaimonische Wohlbefinden meint die Verwirklichung eines guten (sinnvollen, die menschlichen Potenziale ausschöpfenden) Lebens [12]. Daraus entstand ein psychologisches Konstrukt, das Momente der Selbstakzeptanz und der Entwicklung der eigenen Persönlichkeit umfasst. Es schließt auch die Beziehungen zu anderen mit ein und betont die Fähigkeit zur Autonomie, zur Bewältigung alltäglicher Probleme und zur zielorientierten, sinnhaften Gestaltung des eigenen [13].

Unter hedonischen Formen des Wohlbefindens versteht man das Prinzip der Unlustvermeidung und der Annäherung an lustvoll empfundene Zustände. Das hedonische Wohlbefinden umfasst das affektive Erleben, das Genießen und die Lebenszufriedenheit. Das hedonische Wohlbefinden bezeichnen Diener, Scollon und Lucas [14] auch als subjektives Wohlbefinden. Es bezieht sich auf Urteile, inwieweit Bedürfnissen, Wertmaßstäben und Einstellungen hinreichend entsprochen wurde.

Von diesen beiden philosophisch begründeten und auch psychologisch rezipierten Konzepten des Wohlbefindens ausgehend, gesellen sich andere hinzu, die Bestandteil der Grundtypen sind und sich nach folgenden formalen Aspekten unterscheiden lassen:

- Der Begriff des „*positiven Affekts*“ meint eine Art diffuse, nicht genauer bestimmbare Stimmung (Harmon-Jones & Harmon-Jones 2021).
- *Glück* als positiver Zustand ist definiert als Freude, Zufriedenheit und Wohlbefinden. Es wird als ein aktives, zielführendes, reflektiertes Erleben empfunden. Es macht das Leben lebenswert,

sinnvoll und ist holistisch.

- *Lebenszufriedenheit* ist bei Diener, Suh, Lucas und Smith [15] Bestandteil des hedonischen Wohlbefindens. Es ist ein stabiles Muster eines vergleichenden und akzeptierenden Urteils über das eigene Leben oder bestimmte Ausschnitte davon.
- *Lebensqualität* ist ein Konzept, das individuelle, aber auch gesellschaftliche Bedeutung hat. Im individuellen Sinne ist es definitorisch von anderen Arten nur schwer abzugrenzen [16]. Vielfach wird es mit der subjektiven Wahrnehmung der Lebenssituation in Bezug auf Einkommen, Gesundheit, Bildung, Freizeit, Bindungen, Glaube, Sicherheit und Freiheit in Verbindung gebracht. Die WHO [17], S. 1.405 definiert Lebensqualität „als die Wahrnehmung der Lebenssituation des Einzelnen im Kontext der Kultur und der Wertesysteme, in denen er lebt, und in Bezug auf seine Ziele, Erwartungen, Normen und Anliegen."
- Der Begriff des *Flourishing* beschreibt eine Art des gelingenden Lebens. Es geht hier um die Einheit des eudaimonischen und hedonischen Wohlbefindens [18]. Der Begriff umfasst positiv getönte Lebenserfahrungen, das Erleben der eigenen Stärken, Kreativität, Güte, Wachstumsmöglichkeiten und Widerstandsfähigkeit.

Wohlbefinden und Gesundheit: Modelle und Bedingungen

So komplex die Definitionen des Wohlbefindens sind, so vielfältig sind auch die Modelle und Theorien des Wohlbefindens [19]. Psychologische Modelle beschäftigen sich mehr mit Fragen zur individuellen Steuerung des hedonischen, eudaimonischen Wohlbefindens und seiner Abhängigkeit von dispositionellen und kontextuellen Merkmalen [10]. Bei diesen Modellen sind solche bekannt geworden, welche die Beziehungen zwischen den Bedingungen und dem Wohlbefinden aufklären wollen, etwa gesundheitsbezogene Modelle der Lebensqualität, Bestands- und Fortentwicklungsmodelle, Selbstbestimmungsmodelle und kognitiv-emotionale Modelle.

- Ein gesundheitsbezogenes Modell der Lebensqualität verknüpft individuelle und kontextuelle Einflüsse, die für biologische, symptomatische, funktional bedeutsame, perzeptuelle und allgemeine Formen der Lebensbewertung und damit für das Wohlbefinden insgesamt notwendig sind [20].
- Modelle zum Erhalt und die Fortentwicklung des Wohlbefindens zeigen auf, wie durch persönliche und kontextuelle Faktoren vorteilhafte Voraussetzungen geschaffen werden können, um unterschiedliche Formen des Wohlbefindens möglich zu machen [21].
- Das Selbstbestimmungsmodell des Wohlbefindens nach Ryan und Deci [22] führt Wohlbefinden auf die Befriedigung von drei basalen Bedürfnissen zurück: Autonomie, Kompetenzerfahrung und soziale Bezogenheit. Handeln und Erleben des Wohlbefindens ist das Ergebnis entsprechender Zieldefinitionen und motivationaler Lagen und des Handelns, aber auch der Interpretation und Attribution entsprechender Ereignisse.
- Das Informationsverabeitungsmodell: Seit einigen Jahren entwickelt sich aus Sicht der kognitiven Psychologie ein Informationsverarbeitungsmodell des Wohlbefindens [23]. Hier findet sich eine zusammenfassende Darstellung dieses Ansatzes (vgl. Abbildung 1). Darstellungen der Befundlage sind bei Röhrle [7] und teilweise in verschiedenen Arbeit bei Robinson und Eid [24] oder Sirgy [25] dargestellt. Dieses Modell geht davon aus, dass zahlreiche Prozesse bei der Entstehung von Wohlbefinden beteiligt sind (Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Erwartungen, Zielauswahl, Erinnerungs-, Urteils- bzw. Entscheidungs-, Handlungs- und Attributionsprozesse). Sie alle können mit gesundheitsrelevanten Verhalten, Motivationen und Ergebnissen in Zusammenhang gebracht werden.

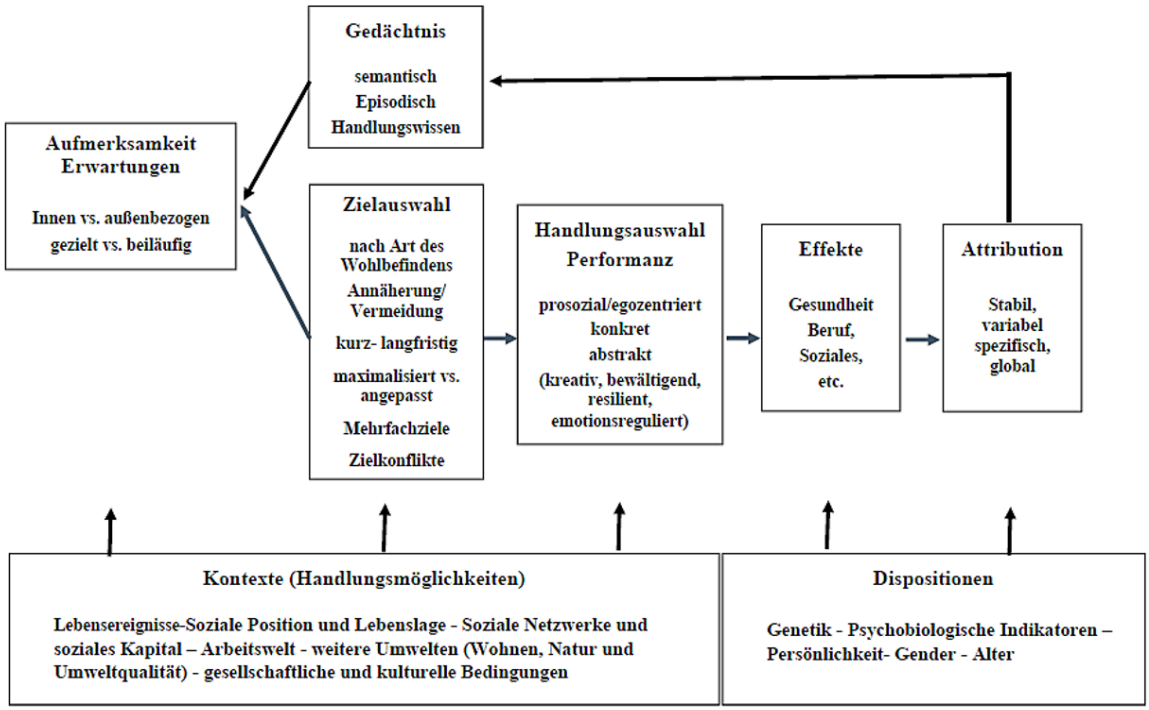


Abb. 1: Informationsverarbeitungsmodell des Wohlbefindens [7]

Individuelle und kontextuelle Bedingungen

Zu den Einflussfaktoren des Wohlbefindens gehören vor allem:

- Genetik
- Psychobiologische Indikatoren
- Dispositionelle Merkmale
- Gender
- Alter
- Informationsverarbeitung und Verhalten
- Lebensereignisse
- Soziale Position und Lebenslage
- Soziale Netzwerke und soziales Kapital
- Arbeitswelt
- Weitere Umwelten (Wohnen, Natur und Umweltqualität)
- Soziales Kapital
- Gesellschaftliche und kulturelle Bedingungen

Genetische Einflüsse: Zwillingsstudien deuten auf bedeutsame Anteile der Genetik auf das Wohlbefinden hin. Eine Meta-Analyse berichtet über einen Anteil von 32 % bis 36 % an Erklärungskraft [26].

Psychobiologische Indikatoren haben insgesamt einen vergleichsweise geringen Einfluss auf das Wohlbefinden. Entsprechende Zusammenhänge wurden für Dopamin oder Endorphine und Oxytocin aufgezeigt. Auch eine gewisse Reagibilität des Immun- und autonomen bzw. zentralen Nervensystems, der HPA-Achse, der Herzratentätigkeit, der neurologischen Aktivität der Amygdala und der des Verstärkerzentrums (mesolymbisches System, Nucleus Accumbens) konnte nachgewiesen werden [27], [6].

Dispositionelle Merkmale: Zu den dispositionellen Merkmalen im Sinne von Persönlichkeitseigenschaften, die für das Wohlbefinden als bedeutsam galten, wurde insbesondere die Bedeutung des Fünf-Faktoren-Modells (Big Five) analysiert. Eine erste Meta-Analyse zu diesen Eigenschaften von De Neve und Cooper (1998) wiesen mäßige Zusammenhänge der Big Five zum

subjektiven Wohlbefinden nach. Eine neuere Meta-Analyse von Anglim, Horwood, Smillie, Marrero und Wood [28] hat das sogenannte Hexacomodell für das subjektive Wohlbefinden untersucht. Die Ergebnisse dieser Meta-Analyse berichten über leicht stärkere Zusammenhänge.

Neben Persönlichkeitseigenschaften wurden weitere *dispositionelle Merkmale* untersucht: Emotionale Intelligenz, psychisches Wachstum, Selbstverwirklichung, Authentizität, die Fähigkeit mit Stressoren durch kognitive Neubewertungen zu bewältigen, Weisheit, Naturverbundenheit sowie gemeinschaftliche Einbettungsvorstellungen wie der Sense of Community.

Genderspezifische Einflüsse: Schon in einer frühen Meta-Analyse zeigte sich, dass das weibliche Geschlecht vergleichsweise etwas glücklicher war [29]. Dieses Ergebnis wurde in weltweiten und europaspezifischen Studien erneut nachgewiesen [6]. Inkonsistente Ergebnisse wurden auf unterschiedliche Arten des Wohlbefindens, aber auch auf zahlreiche Arten von Nebenbedingungen (Bindung, Attraktivität, ökonomische Benachteiligung, Veröffentlichungsbereitschaft) zurückgeführt.

Zum Wohlbefinden verschiedener ***Altersgruppen*** liegen unterschiedliche Ergebnisse vor. Die Lebenszufriedenheit und das Glücksempfinden bei Kindern und Jugendlichen hing stark von Rahmenbedingungen ab wie der Gesundheit, Persönlichkeitsmerkmalen, Beschäftigungsstatus, inneren Werten, Zielorientierung, Selbstwirksamkeit, Hoffnung, sozialer Unterstützung bzw. Familienqualität, elterlichem Erziehungsstil, Lebensqualität der Nachbarschaft und Grad der Enkulturation. Zur Frage der Stabilität bzw. Veränderung von Wohlbefinden im lebenslangen Prozess liegen keine konsistenten Antworten vor. Berichtet wird von einem Rückgang des Wohlbefindens, von einem u-förmigen Verlauf und von einer Entwicklung in Abhängigkeit der Art des Wohlbefindens (z. B. nehmen Glücksgefühle nach dem fünfzigsten Lebensjahr ab).

Prüft man den ***Einfluss kontextueller Merkmale*** auf das Wohlbefinden, findet man zahlreiche Einflussfaktoren proximaler und distaler Art: Stressoren, Lebensereignisse, tägliche Ärgernisse, Krisen, soziale Netzwerke, Qualität am Arbeitsplatz bis hin zu gesamtgesellschaftlichen Lebensbedingungen.

Stressoren verschiedener Art haben sich in einer Meta-Analyse von Riepenhausen et al. [30] für mentale und physische Formen des Wohlbefindens im unteren Effektbereich bewegt. Dies gilt auch für Belastungen am Arbeitsplatz für Migrantinnen und Migranten.

Lebensereignisse: Die meta-analytische Untersuchung von Lebensereignissen hat einen vergleichsweise deutlicheren Einfluss auf das Wohlbefinden [31]. Es wird berichtet, dass sich die Lebenszufriedenheit bei Heirat oder auch beim Wiedergewinn eines Jobs oder beim Zugewinn einer Wohnung wenig Effekte für das Wohlbefinden haben, die nach einer Geburt dagegen in einem mittleren Ausmaß. Die Effekte aller (potenziell) negativen Lebensereignisse wie Scheidung, Verwitwung, Arbeitslosigkeit und Berentung rangierten im niedrigen bis mittleren, in einigen Fällen aber auch in einem hohen Bereich [32].

Wohl wissend, dass tägliche Vorkommnisse (*daily hassles und uplifts*) meist mehr erklären als Lebensereignisse, hat man auch den Zusammenhang zum Wohlbefinden untersucht (zuerst [33]).

Zu erwarten ist, dass gravierende und breite Bevölkerungsschichten erreichende Krisen wie z. B. eine Pandemie oder der Klimawandel das Wohlbefinden in besonderem Maße beeinflussen. In Übersichtsarbeiten erwies sich die Covid-19 Pandemie nicht nur für die Gesundheit bedeutsam, sondern sie ging auch mit sehr hohen negativen Effektstärken für das subjektive Wohlbefinden der Allgemeinbevölkerung einher; das von älteren Menschen und des medizinischen Hilfspersonals in besonderem Maße [34]. Die Klimakrise ist mit zahlreichen Katastrophen wie Unwetter, Überschwemmungen, Dürren usw. verbunden [6]. So ließ sich auch ein geringer, aber bedeutsamer negativer Zusammenhang zwischen Klimaangst und Wohlbefinden nachweisen.

Soziale Netzwerke und soziales Kapital wirken sowohl direkt als auch indirekt auf das Wohlbefinden ein. Die Qualität sozialer Kontakte in sozialen Netzwerken, mit der Nachbarschaft, Freundschaften, Familien und partnerschaftlichen Beziehungen ist dabei für das Wohlbefinden bedeutsamer als deren Quantität. Der mögliche Einfluss von sozialen Netzwerken auf das Wohlbefinden wird auf die unmittelbare Befriedigung von Bedürfnissen (z. B. nach Affiliation) zurückgeführt. Indirekte Zusammenhänge, bedingt durch soziale Unterstützung oder andere Merkmale sozialer Netzwerke, sind das Ergebnis von Puffereffekten, die den Einfluss von Stressoren mindern helfen [35].

Aktuelle Forschungsergebnisse zeigen auf, dass Aktivitäten in ***virtuellen sozialen Netzen*** kaum einen Einfluss auf das Wohlbefinden ausüben [36]. Die Frage eines möglichen Zusammenhangs zur

Gesundheit beantwortet bislang eine Studie an Studierenden [37]. Sie berichtet über einen unbedeutenden Einfluss der Internetnutzung auf die psychische Gesundheit.

Untersucht man die Welt der ***Arbeit und Ausbildung*** als Quelle oder Bremse des Wohlbefindens, sind die Ergebnisse relativ eindeutig. Zunächst zeigen sich z. B. im „World Happiness Report“ 2017 deutliche Unterschiede in der Lebenszufriedenheit und Affektqualität zwischen Beschäftigten und arbeitslosen Menschen (vgl. [5]). Die Ergebnisse zeigen auch, dass Wohlbefinden nachweislich von Merkmalen am Arbeitsplatz abhängt. Bei den Beschäftigten konnte auch auf meta-analytischer Basis nachgewiesen werden, dass Bedingungen am Arbeitsplatz (Belohnungswert, Kommunikation, Führungsqualität, Arbeitsplatzsicherheit- und Stabilität etc.) in einem deutlichen Bezug zum Wohlbefinden stehen [5]. Diese Faktoren tragen zur Steigerung der Kreativität bei und sie mindern das Ausmaß an Stellenwechsel. Ein hoher Grad an Lebenszufriedenheit an der Arbeitsstelle steht in Zusammenhang mit reduzierter Mortalität, weniger Schlafbeschwerden, geringeren Burnout-Raten und besseren Arbeitsleistungen.

Auch für den ***edukativen Bereich*** liegen zahlreiche Studien zum Einfluss kontextueller Bedingungen auf das Wohlbefinden vor. Viele meta-analytische Studien bestätigen dabei die Aussage, wonach mit einem eher geringen Zusammenhang zwischen Ausbildungserfolgen und subjektivem Wohlbefinden zu rechnen ist. Nachgewiesen ist, dass das eudaimonische Wohlbefinden von Lehrerinnen und Lehrern von der Interaktion zwischen Lehrerinnen bzw. Lehrern und Schülerinnen bzw. Schülern und dem Wohlbefinden der Schülerinnen und Schüler vergleichsweise deutlicher abhing.

Erkannt wurde, dass die Lebenssituation und damit die des Wohlbefindens durch *weitere Umweltaspekte (**Wohnen, Natur und Umweltqualität**)* beeinflusst sein kann. Im Zuge einer ökologischen oder auch geografischen Sicht entstanden Studien, welche die Effekte von Wohnen bzw. Wohnqualität, Bewegungszwang, Nähe zur Natur, Umweltverschmutzung und Zugang zu Ressourcen untersucht haben. Im Ergebnis zeigte sich, dass keine Stadt-Landunterschiede des Wohnens in Bezug auf das Wohlbefinden nachgewiesen werden konnten. Dagegen spielt die Wohnqualität (u. a. auch die Besitzverhältnisse eine wesentliche Rolle; [6]). Auch der Zugang zu anderen Ressourcen erwies sich als entscheidend. Negative Beispiele finden sich im Bereich der Umweltverschmutzung, bessere wiederum bei der Untersuchung eines Lebens im Grünen.

Das Konzept des ***sozialen Kapitals*** ist als soziale Determinante des Wohlbefindens konzeptuell etwas breiter angelegt, meint es doch nicht nur allein den Zugang zu sozialen Netzen, sondern auch zu Organisationen, Vertrauen in Politik und Gesellschaft. Dieses Konzept meint Ressourcenzugang, kollektives Vertrauen, soziale Integration, persönliche Verwirklichungs- und Entwicklungskapazitäten und ist in Relation zum Wohlbefinden erstaunlich selten untersucht worden. Eine Übersichtsarbeit von Nyqvist, Forsman, Giuntoli und Cattan [38] zeigt auf, dass Lebenszufriedenheit, Lebensqualität und Glück davon beeinflusst werden. Neuere, groß angelegte Studien belegen, dass zwischen ökonomischer Situation oder sozialem Kapital ein signifikanter Bezug zur Lebensqualität besteht.

Gesellschaftliche Bedingungen: Nach der Betrachtung intermediärer Instanzen für das Wohlbefinden und Gesundheit, steht die Frage aus, welche makrosozialen Merkmale im Sinne des Gemeinschaftlichen Bedeutung für das Wohlbefinden einnehmen können.

Im Vordergrund vieler möglicher gesellschaftlicher Betrachtungsweisen von Bedingungen des Wohlbefindens stehen folgende Fragen im Vordergrund:

- Hängt das Wohlbefinden vom Zustand einer Gesellschaft ab?
- Ist Einkommen und ökonomische Ungleichheit bedeutsam für verschiedene Formen des Wohlbefindens und damit auch für die Gesundheit?
- Welche subjektiven gesellschaftlich bedeutsamen Bilder und Arten des sozialen Handelns sind für das Wohlbefinden relevant?
- Spielen weitere gesellschaftliche Strukturierungsphänomene wie soziale Diskrimination oder auch kulturelle Strömungen dabei eine Rolle?

Zur *Qualität einer Gesellschaft:* Verschiedene Berichte verdeutlichen, dass das, was man als eine gesellschaftliche Lebensatmosphäre bezeichnen kann, einen erheblichen Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden besitzt [39], [6]. Dazu gehört die Qualität und Stabilität von Regierungen, insbesondere in Hinsicht auf friedensstiftende, legislativ bedeutsame und regulative Maßnahmen, kollektive und persönliche Versorgungssicherheit, Korruptionskontrolle, Halten von Wahlversprechen und Gewaltfreiheit.

Zum Zusammenhang von ***Einkommen und Wohlbefinden*** liegen zahlreiche Studien vor [40]. Eine Meta-Analyse von Eger und Maridal [9] zeigt auf, dass man von einem wenigstens mittelhohen

Zusammenhang zur Lebenszufriedenheit ausgehen kann (etwas weniger in Bezug auf das Glücksempfinden). Für Länder der OECD [41] gilt, dass die Zusammenhänge zwischen Lebenszufriedenheit, affektiver Ausgeglichenheit, Glücksempfinden bzw. Lebensqualität und dem Einkommen, der sozialen Gerechtigkeit, Wohnverhältnissen, Arbeitsplatzsicherheit, Unterstützungspotentialen, Bindung und Gesundheit besonders hoch sind.

Das ***Trennende in Gesellschaften:*** Mit der Frage nach der Bedeutung des Einkommens ist unmittelbar die Frage verknüpft, wie sich dieses in einer Gesellschaft verteilt. Die damit gestellte Frage nach der Einkommensgerechtigkeit ist zugleich auch eine soziale.

Bei der Untersuchung nach der Einkommensgerechtigkeit hat sich herausgestellt, dass die Ergebnisse zu den Folgen von Einkommensungleichgewichten für das Wohlbefinden nicht unbedingt in die erwartete Richtung gehen. Eine Meta-Analyse bestätigt den unbedeutenden Zusammenhang zwischen Einkommensungleichheit und Wohlbefinden [42]. Es gibt Hinweise, wonach langfristige Untersuchungen oder die Berücksichtigung von vermittelnden psychischen Prozessen (die subjektive Wahrnehmung von Ungleichheit) zu anderen Ergebnissen führen können.

Eine andere Art der Ungleichbehandlung findet sich in der Ausgrenzung von Personen und Menschengruppen. Dieser gesellschaftliche Mechanismus kann erhebliche selbst- und fremdgesetzte Konsequenzen für das Wohlbefinden und die Gesundheit haben.

Im Hinblick auf ***Migration*** sind die besten Voraussetzungen geschaffen, um Divergenzen zwischen kultureller Prägung und neuen Kontexten nachzuweisen, die für das Wohlbefinden abträglich sein können. Es zeigt sich aber bei diesem Transformationsprozess, dass nicht der Heimatverlust und die Belastungen in der Fremde für das Wohlbefinden entscheidend ist, sondern dass ganz andere Faktoren das Wohlbefinden mindern. Eine Meta-Analyse von Bak-Klimek, Karatzias, Elliott und Maclean [43] konnte über den Zusammenhang von Bedingungen des Wohlbefindens von Migranten und Migrantinnen berichten, dass er vom Einkommen, dispositionellen Faktoren (z. B. Selbstwert) und in besonderem Maß von kontextuellen Bedingungen (erlebte sozialen Unterstützung) abhängt (vgl. [44]).

Zusammenspiel der Prädiktoren des Wohlbefindens: Die Hinweise haben gezeigt, dass die Vorhersagekraft mancher der genannten Bedingungen des Wohlbefindens nicht gleich potent ist, sondern von zusätzlichen Bedingungen und Vermittlern abhängt. Es deutet sich an, dass subjektive Merkmale für das Wohlbefinden meist bedeutsamer sind als objektive. Besonderes Gewicht haben sozial-interaktiv relevante (z. B. [5]). Lyumbomirsky [45] geht davon aus, dass der Anteil der Person und seine Aktivitäten, deutlich mehr Varianz aufweisen als kontextuelle Faktoren. Entscheidend aber sei das Zusammentreffen beider Seiten (Set-Point des Glücks). Letztlich aber wissen wir zu wenig über das Zusammenspiel von personengebundenen und kontextuellen Bedingungen. Bislang fehlt es an Modellen, welche die verschiedenen Prädiktoren des Wohlbefindens in einen engeren psychologischen, sozialen und psychophysiologischen Zusammenhang bringen [46].

Zum Zusammenhang von Wohlbefinden und Gesundheit

*Z*ahlreiche Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen beantworten die Frage, wie stark die Verbindung zwischen psychischen bzw. physischen Erkrankungen bzw. Lebenserwartung und Wohlbefinden ist [47], [4]. Die Ergebnisse beruhen dabei auf Modellannahmen, wie dieser Bezug zu erklären ist. Versucht man diese Modelle zu typisieren, lassen sich einige grundlegende Konzepte ausmachen. Alle Modelle teilen die Annahme, dass das Geschehen, das sich im Verhältnis von Wohlbefinden und Gesundheit abbildet, von einer Vielzahl von psychophysiologischen, neurologischen und psychologischen Prozessen begleitet wird [27], [48].

Einfache Modellannahmen sind in Diathese-Stressmodellen gefasst. Sie beschreiben, wie verschiedene Formen des Wohlbefindens, vermittelt über vorteilhaftes Gesundheitsverhalten und günstige psychobiologische Prozesse, vor Krankheit schützen können. Zugleich wird aufgezeigt, wie Stressoren das Wohlbefinden beeinträchtigen und direkt oder indirekt die Entstehung von Krankheiten, Morbidität und Mortalität begünstigen können [4].

Vor dem Hintergrund der Gesundheitsdefinition der WHO hinterlassen die Forschungen zu diesem Model jedoch ein ernüchterndes Bild. Bezogen auf eine Vielzahl von Meta-Analysen sind die Effektstärken eher gering (Hazard Ratios oder Relativ Risks zwischen .66 und .96). Die Stärke des Zusammenhangs ist unbedeutender als erwartet. Es drängt sich der Eindruck auf, dass ein einfacher Zusammenhang nicht

der Realität entspricht bzw. die Bedeutung des Wohlbefindens überhöht wird. Dieses Ergebnis kann nur durch das gewichtige Argument der Mortalität nachträglich Eindruck machen. Möglicherweise eröffnet die Befundlage auch einen Weg zu mehr vermittelnden Erklärungsmechanismen [49], [48], [4].

Viele neuere Forschungsarbeiten gehen von wesentlich komplexeren Modellen aus. Sie suchen nach einer Vielzahl von vermittelnden und moderierenden Variablen. Sie berücksichtigen dabei den möglichen Einfluss einer Vielzahl der angesprochenen Bedingungen des Wohlbefindens. Diese komplexeren Modelle unterscheiden zunächst uni- oder bidirektionale Wirkrichtungen, oder sie gehen von sequenziellen Wirkrichtungen aus. In der Regel werden entsprechende Ergebnisse in Strukturgleichungs- oder Mediationsmodellen überprüft. Zugleich halten diese Arbeiten die Frage offen, ob es immer eine Verbindung zwischen Wohlbefinden und Gesundheit geben muss und wenn ja, in welcher Weise sie verknüpft sind. Die Studienlage dazu ist vergleichsweise klein.

Viele ***Maßnahmen im präventiven Bereich*** werden mit zum Teil deutlichen Effekten angeboten. Spezielle Untersuchungen zur Wirksamkeit von Methoden zur Steigerung positiver Aktivitäten, zu mehr Achtsamkeit und Dankbarkeit berichten über schwache bis starke Effekte. Dies gilt auch für Interventionen bei allgemeinem Stress, spezifischen kritischen Lebensereignissen wie die Berentung, Migration oder Pflege kranker Angehöriger. Klassisch-präventive Vorgehensweisen wie das Training körperlicher Fitness erweisen sich für das Ausmaß an positiven Affekten bei jüngeren und älteren Menschen als teilweise wirksam. Anhand weniger Studien erweisen sich jedoch psychosoziale Interventionen bei Älteren als hoch effektiv bei der Stärkung des Wohlbefindens. Meta-analytische Befunde zur Wirksamkeit positiv-psychologischer Interventionen, z. B. Verzeihensinterventionen, erreichen insgesamt niedrige Werte, vor allem bei konzeptnahen Merkmalen der Wirksamkeit. Die positiven Effekte haben bei Jugendlichen möglicherweise mehr mit der Zugehörigkeit zu Vereinen oder Clubs zu tun.

Settingorientierte Maßnahmen zur Stärkung des Wohlbefindens sind im Wesentlichen auf Interventionen am Arbeitsplatz oder im Ausbildungsbereich beschränkt [50] (Betriebliche Gesundheitsförderung). Übersichtsarbeiten berichten trotz früher erbrachter bescheidener meta-analytischer Ergebnisse, dass Verbesserung des Arbeitsplatzes, positiv-psychologische Maßnahmen oder webbasierte psychosoziale Hilfen das psychische Wohlbefinden, die Absentismusrate und die Produktivität bessern helfen. Meta-analytische Ergebnisse zu individuenzentrierten Maßnahmen am Arbeitsplatz (u. a. Achtsamkeitstraining, körperliche Übungen) und Arbeitsplatzgestaltung berichten über schwache bis mittelstarke Effektgrößen bei Wohlbefinden.

Fazit und Ausblick

Wohlbefinden im Zusammenhang mit dem Thema Gesundheit zu untersuchen und zu fördern, hat viel Hoffnung aufkommen lassen. Doch die Zusammenhänge zwischen den Bedingungen und Folgen des Wohlbefindens sind komplex. Nur selten werden Untersuchungen konzipiert, die umfassend alle oder wenigstens viele der beteiligten Komponenten prüfen. Das gilt gleichermaßen für individuelle, kollektive und gesellschaftliche Maßnahmen, Wohlbefinden zu pflegen. Selbst wenn sich die Ergebnisse durch komplexer angelegte Studien verbessern lassen, bleiben am Ende Gefahren, wenn man sich einseitig auf die Kategorie Wohlbefinden festlegt. Wohlbefinden sollte nicht vorwiegend in der Interaktion mit dem Pathogenen gesehen und nicht nur auf Personen reduziert, sondern auch als kontextuelles Merkmal begriffen werden.

Gesundheitspolitische Strategien zur Förderung von „Gesundheit und Wohlbefinden“ versuchen, sich an einer Gesundheit der Bevölkerung zu orientieren, die mehr soziale Determinanten und nachhaltige Entwicklungsziele im Auge hat, um so auch den Gefahren eines individualisierenden Reduktionismus von Wohlbefinden vorzubeugen. Sie nutzen das vielfältige Potential des Konzepts des Wohlbefindens, um es mit verschiedenen Politikbereichen zu verknüpfen und dem übergeordneten Ziel der sozialen und Gesundheitlichen Chancengleichheit [51] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit) zu dienen.

Auch die globalen Vorstellungen zur nachhaltigen Entwicklung nehmen in der Agenda 2030 und den „Sustainable Development Goals“ (SDG; [52]) und auch die Bundesregierung [53] darauf Bezug [54], [55] (Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa, Global Health / Globale Gesundheit). Weltweit werden entsprechende Bemühungen erkennbar, insbesondere in Ländern wie USA, Kanada, Australien, aber auch in Ländern der Europäischen Union.

Der Europäische Gesundheitsbericht (2021) will das Konzept des Wohlbefindens deutlich revitalisieren und sich mehr auf die psychische Gesundheit konzentrieren. Trotz der bislang schwachen

Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Krankheit und Wohlbefinden will man dafür eintreten, dass die Lebensbedingungen und auch das Gesundheitssystem zu einem Garanten des gesellschaftlichen Wohlbefindens werden.

Diese Sicht beeinflusst u. a. europäische Aktionsprogramme zur Öffentlichen Gesundheit, wie das vom Statistischen Amt der Europäischen Union (Eurostat) und die von Netzwerken wie dem EuroHealthNet. Der gewünschte Paradigmenwechsel ist in einigen europäischen Ländern wie z. B. in England oder den Niederlanden schon deutlich angekommen. Sie alle verknüpfen das Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit mit der Förderung von Wohlbefinden [56] (Gesundheitsförderung 4: Europäische Union).

In Deutschland wird das Wohlbefinden vor allem im Bericht der Bundesregierung zur Lebensqualität (2016) angesprochen. Es taucht auch als Thema im Bereich der Förderung der kindlichen Entwicklung, der Kindergesundheit und des Kindeswohls auf; hier auch als „Aufwachsen in »Wohlergehen«“ [57] (Präventionsketten − Integrierte kommunale Gesundheitsstrategien) und in Verbindung mit Förderung der Resilienz [58] (Resilienz und Schutzfaktoren). Dadurch wird insgesamt ein Paradigmenwechsel weg von einer engen und eindimensionalen Auffassung von (physischer) „Gesundheit“ zu einem mehrdimensionalen Konzept hin entwickelt, bei dem eine Vielzahl von biopsychosozialen Prozessen auf der individuellen Ebene und auch ein komplexes Gefüge von gesellschaftlichen Lebensbedingungen, Institutionen und sozialen Netzwerken beteiligt sind.

Bleibt zu hoffen, dass die differenzierte Revitalisierung von Wohlbefinden auch zu einer nachhaltigen gesellschaftlichen Wende führt, bei der Gesundheit und Wohlbefinden wichtige Säulen eines menschenwürdigen Lebens werden.

Literatur:

- OECD. OECD guidelines on measuring subjective well-being. OECD Publishing; 2013.

References

1. World Healt Organisation (WHO). Constitution of the World Health Organization. New York; 1946. [accessed 2023 May 16]. Available from: https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1.
2. Franzkowiak P, Hurrelmann K. Gesundheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i023-2.0
3. 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
4. Trudel-Fitzgerald C, Kubzansky LD, VanderWeele TJ. A Review of Psychological Well-Being and Mortality Risk: Are All Dimensions of Psychological Well-Being Equal? In: Lee MT, Kubzansky LD, VanderWeele TJ, editors. Measuring Well-Being. New York: Oxford University Press; 2021 May 14. p. 136–87.
5. Clark AE, Flèche S, Layard R, Powdthavee N, Ward G. The origins of happiness: The science of wellbeing over the life course. Princeton: Princeton University Press; 2018.
6. Layard R, De Neve JE. Wellbeing. Science and policy. Cambridge: Cambridge University Press; 2023.
7. Röhrle B. Wohlbefinden. Modelle, Bedingungen und Interventionen. Manuskript. 2023. Available from: https://gnmh.thiel-solutions.de
8. Di Martino S, Eiroa-Orosa S, Arcidiacono FJ. Community psychology’s contributions on happiness and well-being: Including the role of context, social justice, and values in our understanding of the good life. In: Brown NJL, Lomas T, Eiroa-Orosa FJ, editors. The Routledge International Handbook of Critical Positive Psychology. London, UK: Routledge; 2017. p. 99–118.
9. Eger RJ, Maridal JH. A statistical meta-analysis of the Well-Being literature. Int J Wellbeing. 2015;5(2):45–74. DOI:10.5502/ijw.v5i2.4
10. Frank R. Den störungsgorientierten Blick erweitern. In: Frank R, Flückiger C, editors. Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie. Heidelberg: Springer; 2022. p. 3–24.

11. Fredrickson BL. The eudaimonics of positive emotions. In: Vittersø J, editor. Handbook of eudaimonic well-being. New York: Springer; 2016. p. 183–9.
12. Vittersø J, editor. Handbook of Eudaimonic Well-Being. Cham: Springer International Publishing; 2016. (International Handbooks of Quality-of-Life).
13. Ryff CD, Boylan JM, Kirsch JA. Eudaimonic and hedonic well-being. An integrative perspective with linkages to sociodemographic factors and health. In: Lee MT, Kubzansky LD, Vanderweele T, editors. Measuring Well-Being. 2021.
14. Diener ED, Scollon CN, Lucas RE. The evolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. In: Diener E, editor. Assessing well-being: The collected works of Ed Diener. London, UK: Springer; 2009. p. 67–100. (Socila Indicators Research Series; 39).
15. Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith H. Subjective well-being: Three decades of progress. Psychol Bull. 1999;125(2):276–302.
16. De Wit M, Hajos T. Quality of life. In: Gellman MD, Turner JR, editors. Encyclopedia of behavioral medicine. New York: Springer; 2013. p. 1.602-1.603.
17. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Social Science & Medicine. 1995 Nov;41(10):1403–9. DOI:10.1016/0277-9536(95)00112-K
18. Pancheva MG, Ryff CD, Lucchini M. An integrated look at well-being: Topological clustering of combinations and correlates of hedonia and eudaimonia. J Happiness Stud. 2021;22(5):2.275-2.297. DOI:10.1007/s10902-020-00325-6
19. Brey P. Well-being in philosophy, psychology, and economics. In: Brey P, Briggle A, Spence E, editors. The good life in a technological age. New York: Routledge; 2012. p. 15–34.
20. Duangchan C, Matthews AK. Application of Ferrans et al.'s conceptual model of health-related quality of life: A systematic review. Res Nurs Health. 2021;44(3):490–512.
21. Jakubiak BK, Feeney BC. Affectionate Touch to Promote Relational, Psychological, and Physical Well-Being in Adulthood: A Theoretical Model and Review of the Research. Pers Soc Psychol Rev. 2017 Aug;21(3):228–52. DOI:10.1177/1088868316650307
22. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation development and wellness. New York: Guilford Press; 2017.
23. Robinson MD, Compton RJ. The happy mind in action. The cognitive basis of subjective well-being. In: Eid M, Larsen RJ, editors. The science of subjective well-being. New York: Guilford; 2008. p. 220–38.
24. Robinson M, Eid M, editors. The happy mind: Cognitive contributions to well-being. Cham: Springer; 2017.
25. Sirgy MJ. The Psychology of Quality of Life: Wellbeing and Positive Mental Health. Vol. ;83. Cham: Springer International Publishing; 2021. (Social Indicators Research Series; 83).
26. Bartels M, Nes RB, Armitage JM, Van De Wijer MP, De Vries LP, Haworth CMA. Exploring the biological basis for happiness. In: Helliwell JF, Layard R, Sachs JD, De Neve JE, Aknin LB, Wang S, editors. World happiness report 2022. New York: Sustainable Development Solutions Network; 2022. p. 107–26.
27. Kenett YN, Chatterjee A. The neuroscience of Well-Being: A general framework and its relation to humanistic flourishing. In: Tay L, Pawelski JO, editors. The Oxford handbook of the positive humanities. New York: Oxford University Press; 2021. (Oxford library of psychology).
28. Anglim J, Horwood S, Smillie LD, Marrero RJ, Wood JK. Predicting psychological and subjective well-being from personality: A meta-analysis. Psychol Bull. 2020;146(4):279–323. DOI:10.1037/bul0000226
29. Pinquart M, Sörensen S. Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: A meta-analysis. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2001;56(4):195–213. DOI:10.1093/geronb/56.4.p195
30. Riepenhausen A, Wackerhagen C, Reppmann CZ, Deter HC, Kalisch R, Veer IM, Walter H. Positive cognitive reappraisal in stress resilience, mental health, and well-being: A comprehensive systematic review. Emot Rev. 2022;14(4):310–31. DOI:10.1177/17540739221114642
31. Luhmann M, Hofmann W, Eid M, Lucas RE. Subjective well-being and adaptation to life events: A meta-analysis. J Pers Soc Psychol. 2012;102(3):592–615. DOI:10.1037/a0025948
32. Lyubomirsky S, King L, Diener E. The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? Psychol Bull. 2005;131:803–55. DOI:10.1037/0033-2909.131.6.803

33. Landreville P, Vézina J. A comparison between daily hassles and major life events as correlates of well-being in older adults. Can J Aging. 1992;11(2):137–49. DOI:10.1017/S0714980800011685
34. Esposito C, Di Napoli I, Agueli B, Marino L, Procentese F, Arcidiacono C. Well-being and the COVID-19 pandemic: A community psychology systematic review. Eur Psychol. 2021;26(4):285–97. DOI:10.1027/1016-9040/a000468
35. Röhrle B. Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Weinheim: Beltz; 1994.
36. Casanova G, Zaccaria D, Rolandi E, Guaita A. The effect of information and communication technology and social networking site use on older people's well-being in relation to loneliness: Review of experimental studies. J Med Internet Res. 2021;23(3):e23588. DOI:10.2196/23588
37. Aliverdi F, Farajidana H, Tourzani ZM, Salehi L, Qorbani M, Mohamadi F, Mahmoodi Z. Social networks and internet emotional relationships on mental health and quality of life in students: Structural equation modelling. BMC Psychiatry. 2022;22(1):451. DOI:10.1186/s12888-022-04097-6
38. Nyqvist F, Forsman AK, Giuntoli G, Cattan M. Social capital as a resource for mental well-being in older people: A systematic review. Aging Ment Health. 2013;17(4):394–410. DOI:10.1080/13607863.2012.742490
39. Besley T, Marshall J, Persson T. Well-being and state effectiveness. In: Helliwell JF, Layard R, Sachs JD, De Neve JE, Aknin LB, Wang S, editors. World happiness report 2023. New YorK: Sustainible Development Solution Network; 2023. p. 77–103.
40. Akaeda N. Contextual social trust and well-being inequality: From the perspectives of education and income. J Happiness Stud. 2020 Dec;21(8):2957–79. DOI:10.1007/s10902-019-00209-4
41. OECD. How's life?: Measuring well-being. OECD Publishing; 2011. (How's life?).
42. Ngamaba KH, Panagioti M, Armitage CJ. Income inequality and subjective well-being: a systematic review and meta-analysis. Qual Life Res. 2018 Mar;27(3):577–96. DOI:10.1007/s11136-017-1719-x
43. Bak-Klimek A, Karatzias T, Elliott L, Maclean R. The determinants of well-being among international economic immigrants: A systematic literature review and meta-analysis. Applied Research Quality Life. 2015;10(1):161–88. DOI:10.1007/s11482-013-9297-8
44. Akdede SH, Giovanis E. The impact of migration flows on well-being of elderly natives and migrants: Evidence from the survey of health, ageing and retirement in Europe. Soc Indic Res. 2022;160:935–67. DOI:10.1007/s11205-020-02503-8
45. Lyubomirsky S. The how of happiness: A scientific approach to getting the life you want. New York: Penguin Press; 2007.
46. Doom JR. Mapping future directions to test biopsychosocial pathways to health and well-being. Soc Sci Med. 1982;258:113083.
47. Singh S, Kshtriya S, Valk R. Health, hope, and harmony: A systematic review of the determinants of happiness across cultures and countries. Int J Environ Res Public Health. 2023;20:3306. DOI:10.3390/ijerph20043306
48. Steptoe A. Happiness and Health. Annu Rev Public Health. 2019;40:339–59. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-040218-044150
49. Pressman SD, Jenkins BN, Moskowitz JT. Positive Affect and Health: What Do We Know and Where Next Should We Go? Annu Rev Psychol. 2019 Jan 4;70(1):627–50. DOI:10.1146/annurev-psych-010418-102955
50. Hartung S, Faller G. Betriebliche 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-i042-3.0
51. 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
52. Vereinte Nationen. Ziele für nachhaltige Entwicklung − Bericht 2022. 2022. [accessed 2023 May 16]. Available from: https://www.un.org/Depts/german/millennium/SDG-2022-DEU.pdf
53. Die Bundesregierung. Deutsche Nachhaltigkeits-Strategie. Weiterentwicklung 2021. Berlin; 2021. [accessed 2023 May 16]. Available from: https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/nachhaltigkeitspolitik/nachhaltigkeitsziele-erklaert-232174
54. 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

55. Gräser S. Global Health / Globale Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i063-3.0
56. 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
57. 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
58. Rönnau-Böse M, Fröhlich-Gildhoff K, Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i101-2.0

Korrespondenz: Prof. Dr. Bernd Röhrle Diplompsychologe, Verdistr. 8, 72768 Reutlingen, Deutschland, E-mail: roehrle.bernd@t-online.de

Zitierhinweis: Röhrle B. Wohlbefinden / Well-Being. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i134-1.0

Copyright: © 2026 Bernd Röhrle
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/

Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Stephan Blümel[1]
Frank Lehmann[2,3]
Susanne Hartung[4]

[1] Referat Forschungskoordination, -kooperation und Wissenstransfer Q4, Ehemals Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Deutschland

[2] Beratender Arbeitskreis Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“, Köln, Deutschland

[3] Bis 01.10.2021 Leitender Mitarbeiter der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

[4] Fachbereich Gesundheit Pflege Management, Professur für Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, Hochschule Neubrandenburg, Neubrandenburg, Deutschland

Abstract

Damit Gesundheitsförderung effektiv wirken kann, müssen ihre Maßnahmen zielgruppengerecht formuliert und implementiert werden. Eine Zielgruppe wird nicht ausschließlich durch ein jeweiliges Risiko definiert, sondern anhand einer Reihe sozio-ökonomischer Merkmale bestimmt. Sie soll auf die Entwicklung von Zielen, Inhalten und Umsetzungsstrategien Einfluss nehmen können, wobei ihnen im Idealfall von der Projektleitung Entscheidungsmacht übertragen wird (Partizipation). Dadurch soll sich ihre Rolle und Selbstdefinition von Ausführenden vorgegebener Maßnahmen hin zu aktiv Gestaltenden entwickeln. So lassen sich Maßnahmen glaubwürdig in spezifischen Lebenswelten verankern. Entsprechend sorgfältig müssen auch Mittlerinnen und Mittler ausgewählt werden, die im Setting als kompetent und glaubwürdig gelten. Ihre Aufgabe ist der Transfer und die Verbreitung gesundheitsfördernder Maßnahmen in einer Zielgruppe, wobei sie als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren die Botschaft des Absenders bzw. der Absenderin lediglich weitergeben, während sie als Mediatorinnen und Mediatoren zwischen Absender- und Empfängerseite vermitteln.

Keywords: Zielgruppe, Partizipation, Multiplikatorin, Multiplikator, Mediator, Mediatorin, Mittlerin, Mittler

Definition Zielgruppe

Ursprünglich aus der Kommunikationswissenschaft stammend, definiert der Begriff Zielgruppe eine Gruppe von Menschen, an die sich Marketing- und Aufklärungsmaßnahmen richten. Ziel dieses Ansatzes in der Gesundheitsförderung und Prävention ist es, ausgewählte Bevölkerungsgruppen mit gemeinsamen Merkmalen oder in ähnlichen Lebensphasen und Lebenswelten (wie Alter, soziale Lage, Arbeitsplatz, Schule, erhöhtes Risiko) gezielter mit spezifischen Angeboten und Botschaften unter Einbindung verschiedener Trägerorganisationen bzw. Akteurinnen und Akteure zu erreichen [1], [2].

Der Begriff Zielgruppe wird jedoch in der Fachöffentlichkeit kritisiert, da er die gewünschte Partizipation der Adressatinnen und Adressaten von Gesundheitsbotschaften nicht berücksichtige. Es werde auf eine Gruppe gezielt, und weniger gemeinsam ein Ziel entwickelt [3]. Dies sollte im Folgenden für alle Erläuterungen berücksichtigt werden: Viele der Anforderungen einer erfolgreichen Gesundheitsförderung sollten mit den Zielgruppen auf Augenhöhe ermittelt und erreicht werden. In diesem Sinne sind sie Ansprechpersonen und/oder Kooperationspartnerinnen und -partner. Altgeld [4] hat daher den Begriff „Zielgruppe“ in seinem Stufenmodell der Gesundheitsförderung in Settings durch „Dialoggruppe“ ersetzt. In Dialoggruppen steht das dialogische Prinzip, d. h. die „gemeinsame Problemdefinition im Vordergrund statt dem Übermitteln von Botschaften oder Abspulen von Programmen“ ([4], S. 18).

Auch aufgrund empirischer Ergebnisse (u. a. [5]) kann davon ausgegangen werden, dass Projekte wirkungsvoller und nachhaltiger sind, wenn die angesprochenen Menschen aktiv in den Veränderungsprozess einbezogen werden. Partizipation, als eines der Kriterien guter Praxis des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit [6] bedeutet, dass die Menschen, die von den Maßnahmen der Gesundheitsförderung profitieren sollen, von Planungsbeginn über die Umsetzung bis hin zur Bewertung der Maßnahme beteiligt werden. Dabei haben die partizipierenden Menschen Einfluss auf die Entscheidungen in möglichst allen Phasen der gemeinsamen Entwicklung und Gestaltung der Maßnahmen [7].

Definition Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren können Personen oder Institutionen sein, die gesundheitsförderliche Fachinformationen, Strategien und Kompetenzen innerhalb einer Gruppe oder Gemeinschaft vermitteln und fördern. Sie haben eine wichtige Transferfunktion, indem sie die Reichweite von Wissen und Erfahrungen erhöhen, Maßnahmen in der Praxis etablieren und die Nachhaltigkeit von Veränderungen unterstützen. Mit entsprechender Qualifizierung können sie beispielsweise Beratungen und Veranstaltungen durchführen und auch Gruppen anleiten.

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren können sowohl Professionelle (z. B. Lehrkräfte, ärztliches und sozialarbeiterisches Personal) als auch Peers sein. Die letztgenannten finden als akzeptierte und glaubwürdige Zielgruppenmitglieder mitunter besser Zugang zu Gruppen als Professionelle [8], [9]. Hierzu gehören auch Personen, die aufgrund beispielsweise ihres Migrationshintergrundes, ihrer Situation als Beeinträchtigte, ihres Geschlechtes, ihrer sexuellen Orientierung oder anderen Eigenschaften einen guten Zugang zu Zielgruppen haben.

Die Begriffe Zielgruppe und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren werden in der Praxis häufig nicht so klar wie in den vorgestellten Definitionen unterschieden. Der Begriff Zielgruppe wird häufig weiter gefasst verwendet: Zielgruppen können nicht nur diejenigen sein, bei denen Akteurinnen und Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung Veränderungen von gesundheitlichen Einstellungen und Verhalten anstreben (z. B. bei Schülerinnen und Schüler) oder deren Arbeits- und Lebensbedingungen verbessert werden sollen, sondern auch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Dies können beispielsweise Lehrende sein, an die sich Arbeitshilfen mit Sachinformationen und Vorschlägen für die Unterrichtsgestaltung richten.

Merkmale von Zielgruppen

Zur Identifizierung von Zielgruppen werden vielfältige Merkmale herangezogen (Tab. 1).

Zielgruppenmerkmale	**Zielgruppen**
Geschlecht/sexuelle Orientierung und Identität	Männer, Frauen, LGBTI* etc.
Alter	Kinder, Jugendliche, alte Menschen etc.
Lebenssituation und Lebenslage [10] (Lebenslagen und Lebensphasen) / soziale Lage	Arbeitslose, Alleinstehende, Alleinerziehende, Migrantinnen und Migranten, sozial benachteiligte Gruppen etc.
Lebensstile	Konsum-, Spaß-, Gesundheitsorientierte etc.
Konsum-/Verhaltensgewohnheiten	Raucherinnen und Raucher, Fast-Food-Konsumierende, Alkoholkonsumierende, Suchtmittelkonsumierende etc.
Formen des Beteiligtseins	Betroffene, Angehörige, Freunde, Bekannte etc.
Regionale und Standortmerkmale	Mitarbeitende eines Betriebes, Bewohnerinnen und Bewohner eines Landkreises, einer Stadt, eines Landes, Gebietes mit besonderem Entwicklungsbedarf [11] (Kommunale Gesundheitsförderung) etc.

Bestimmte Interessen und Wünsche	Gesundheitsbewusste Menschen; Menschen, die abnehmen möchten; Menschen, die Anerkennung, Schönheit etc. suchen; Menschen, die sich in bestimmten Phasen der Verhaltensänderung befinden, z. B. ihr Verhalten innerhalb der nächsten 30 Tage ändern möchten [12] (Erklärungs- und Veränderungsmodelle 2: Theoriebasierte Interventionsplanung)
Bestimmte Gesundheitsrisiken	Übergewichtige, weitere Risikofaktorenträgerinnen und Risikofaktorenträger
Bestimmte Tätigkeiten und Funktionen	Hausfrauen/Hausmänner, Lehrende, Lernende, Erziehende, Eltern, ärztliches Personal, Patientinnen und Patienten etc.

Tab. 1: Merkmale für die Zielgruppenbildung (Beispiele) (Quelle: [13]*, S. 243 ergänzt)*
** LGBTQI* ist eine aus dem englischen Sprachraum übernommene Abkürzung für Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer and Intersexual (lesbisch, schwul, bisexuell, transgender, queer und intersexuell).*

Die Wirksamkeit einer Maßnahme hängt mit davon ab, wie genau und wie umfassend eine Zielgruppe definiert wird. Je differenzierter sie beschrieben ist, umso effektiver können Zielgruppenansprache und Zielgruppenarbeit erfolgen. Dies ist allerdings mit einem höheren Aufwand verbunden: Wenn beispielsweise Konsumentengruppen differenziert nach Suchtmitteln adressiert werden sollen, erfordert dies mehr Ressourcen als bei einer weniger differenzierten Zielgruppenansprache.

Bei der Definierung von Zielgruppen kommt es darauf an, die richtige Balance zwischen Differenziertheit und Allgemeinheit herzustellen. Differenziert werden muss auch nach der Art der Maßnahme: Durch Massenmedien lässt sich in erster Linie Aufmerksamkeit für ein bestimmtes Problem bei vielen Menschen generieren. Sollen bestimmte Verhaltensänderungen erreich werden, sind die individuelle Beratung bzw. Ansprache von Einzelnen mit Berücksichtigung ihrer speziellen Situation, ihren Erfahrungen und Eigenschaften am effektivsten. Soll vor allem Breitenwirksamkeit oder Einfluss auf die öffentliche Meinung erzielt werden, können mit Mitteln der Massenkommunikation viele Personengruppen angesprochen werden.

Möchte man das Optimum an beidem erreichen (möglichst viel Veränderung bei möglichst vielen Personen und geringen Kosten), muss ein gut abgestimmter und möglichst vorher erprobter Methodenmix eingesetzt werden, bei dessen Entwicklung das Partizipationsprinzip zentral ist. Beispielsweise kann es wichtig sein, Kindern und Jugendlichen zur Förderung ihrer Rechte die Beteiligung an Projekten, Vorhaben und Leistungen in verschiedenen Stufen zu ermöglichen, die von Mitsprache und Mitwirkung über Mitbestimmung bis hin zur Selbstbestimmung reichen ([14], S. 8). Für schulische Lehr- und Lernprozesse bedeutet das zum Beispiel: „Die Schülerinnen und Schüler wirken aktiv an der methodischen und inhaltlichen Gestaltung des Unterrichts und der außerunterrichtlichen Angebote mit. Sie werden bei der Notengebung einbezogen. Schülerprojekte, deren eigenverantwortliche Gestaltung, aktives Engagement und Initiativen werden weitreichend angeregt und gefördert.“ ([14], S. 21).

Anspruch auf Beteiligung/Partizipation

Mit dem Präventionsgesetz (§ 20 SGB V) [15] wurde der Anspruch auf Beteiligung der Zielgruppe(n) im Prozess der Gesundheitsförderung in den verschiedenen Lebenswelten sozialrechtlich verankert.

Wird Beteiligung als Partizipation im Prozess der Gesundheitsförderung ernstgenommen, zeigt sich allerdings die Problematik des Zielgruppenbegriffs: Wer Zielgruppe einer Maßnahme ist, wird meist aufgrund von Daten der Gesundheits- und Sozialberichterstattung festgelegt. Wird der Partizipationsgedanke [16] (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger) im Verlauf der Vorbereitung, Durchführung und Bewertung einer Maßnahme in der Form von Entscheidungsteilhabe umgesetzt, kann der von den Akteurinnen und Akteuren der Prävention und Gesundheitsförderung ursprünglich definierte Zielgruppenbegriff mitunter den Anspruch an die Beteiligung der Menschen beeinträchtigen, die von den Maßnahmen profitieren sollen.

D. h. der Begriff Zielgruppe kann zwar für die Identifikation einer Gruppe geeignet sein, aber möglicherweise nicht mehr für die Zusammenarbeit auf Augenhöhe passen. Beispielsweise können die von den in der Gesundheitsförderung tätigen Personen identifizierten Probleme (z. B. Rauchen, Fehlernährung) für Geflüchtete nicht im Vordergrund stehen, solange existentielle Probleme (wie ungesicherter Aufenthaltsstatus, fehlende Arbeitserlaubnis, Asylunterkunft) vordringlich sind. Wenn sich nun Gesundheitsförderinnen und -förderer während der Zusammenarbeit auf die Perspektive der Asylbewerbenden einlassen und diese zunächst bei der Bewältigung ihrer existentiellen Probleme unterstützen, verändert sich sowohl ihre ursprüngliche Rolle (z. B. von Verhaltenstrainerinnen und -trainern zu Vermittelnden von Rechtsberatung) wie die ihrer Zielgruppe (z. B. Rauchentwöhnungsbedürftige zu Bürgerinnen und Bürgern, die ihre Rechte vertreten).

Beispiele gelingender partizipativer Gesundheitsförderung zeigen, dass der Zielgruppenbegriff wie auch die Partizipation eine zeitliche Dimension haben, da der Zielgruppenbegriff sich parallel zu mehr Partizipation über die Zeit des Prozesses verändert [17]. Vor allem in der Umsetzungsphase wird der Begriff der Zielgruppe idealerweise von der Zielgruppe selbst infrage gestellt und ersetzt, z. B. durch „Stadtteilmütter“ statt „Frauen mit Migrationshintergrund“. „Die Änderung der Begrifflichkeit und damit die Wandlung von der Fremd- zu einer Selbstbeschreibung ist als Zeichen für eine gelingende partizipative Zusammenarbeit zu deuten.“ ([17], S. 742).

Mehrebenenkampagnen

Um bevölkerungsweite Präventionswirkungen zu erzielen, wird eine kontextbezogene Mehrebenenkampagne [18] (Gesundheitskommunikation) empfohlen, bei der Maßnahmen für drei unterschiedliche Interventionsebenen (Person, Setting/Sozialer Nahraum, Gesellschaft) konzipiert werden. Der hierfür notwendige hoch komplexe und aufwendige Medien- und Maßnahmenmix geht weit über das Verständnis einer medialen Kampagne hinaus, indem er die kontextuellen Rahmenbedingungen für Gesundheitsverhalten im Sinne des Settingansatz/Lebensweltansatz [19] berücksichtigt.

Dieser Ansatz enthält daher u. a. die Ansprache der gesamten Bevölkerung, um gesamtgesellschaftlich ein günstiges Klima für das Erreichen des präventiven Ziels zu schaffen (Bevölkerungsstrategie), kombiniert mit der Ansprache von Teilgruppen, um durch intensive, meist personalkommunikative Maßnahmen jene Zielgruppen mit besonderem Präventions- oder Gesundheitsförderungsbedarf (Hochrisikogruppenstrategie) zu erreichen. Hinzu kommen Health in all Policies-Maßnahmen [20] (Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy) auf der Bundes-, Länder- und kommunalen Ebene, um die sozialen Determinanten auf die Gesundheit zu beeinflussen.

Im Hinblick auf die Planung, Durchführung und Evaluation zielgruppenorientierter Arbeit in der Gesundheitsförderung kann eine weitere Differenzierung wichtig sein nach

- Zielgruppen (Bei wem werden Veränderungen angestrebt? [z. B. Kita-Kinder]),
- Adressatinnen und Adressaten (Wer muss dafür angesprochen werden? [z. B. Eltern und Erzieherinnen bzw. Erzieher]) und
- Empfängerinnen und Empfänger (Wer wird mit einer Maßnahme tatsächlich erreicht? [z. B. Mütter mit einem bestimmten Bildungshintergrund]).

Die drei Gruppen können, müssen aber nicht identisch sein.

Mögliche Defizite der zielgruppenorientierten Arbeit

In der Gesundheitsförderung wird zielgruppenorientiertes Arbeiten heute erwartet. Dennoch können in der Praxis Defizite auftreten: Eine fehlende Zielgruppenorientierung kann zu einer pauschalen und undifferenzierten Ansprache der Gesamtbevölkerung führen. Es kann auch passieren, dass eine Zielgruppe anhand eines einzigen Risikofaktors [21] (Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell) identifiziert und somit potenziell stigmatisiert wird. Das gilt für alleinige Herkunftsmerkmale wie beispielsweise den Migrationshintergrund [22] (Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund), wenn andere ebenfalls bedeutsame Determinanten (wie Bildung, soziale Lage und Milieus, Gender, Alter etc.) nicht berücksichtigt werden. [23].

Dabei entsteht das Risiko, scheinbar homogene Bevölkerungsgruppen als „unkooperativ“, „fatalistisch“, „misstrauisch“ gegenüber Institutionen und Handelnden in der Gesundheitsförderung etc. und damit als „schwer erreichbar“ zu diskriminieren. Letztlich ist es jedoch so, dass „die Erreichbarkeit von der angewandten Zugangsmethodik, dem Setting sowie von den Kommunikations- und

Zugangskompetenzen der Wissenschaftler bzw. Wissenschaftlerinnen und der Gesundheitsfachkräfte abhängt. Dabei gilt es (…) verstärkt, eigene Zugangsbarrieren zu berücksichtigen und strukturelle Faktoren im Hinblick auf die Erreichbarkeit zu verändern.“ ([24], S. 22).

Die Rolle der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

In der Gesundheitsförderung tätige Institutionen (insbesondere überregional aktive wie z. B. die BZgA) und Fachkräfte können meist aufgrund begrenzter personeller und finanzieller Ressourcen sowie Zugangsmöglichkeiten Zielgruppen nur in begrenztem Umfang direkt erreichen. Sie sind in der Regel auf die Zusammenarbeit mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren angewiesen, die mediale mit personalkommunikativen Aufklärungsmaßnahmen unterstützen (z. B. Gruppengespräche oder individuelle Beratungen).

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren können Personen aus Berufsgruppen und Institutionen des Gesundheitswesens sein, oder der Sozialarbeit, Pädagogik sowie Angehörige der Zielgruppen (Meinungsführende und Schlüsselpersonen, „Innovatorinnen und Innovatoren“ im Sinne der Erklärungs- und Veränderungsmodelle 3: Persuasion, Diffusion, Marketing und Medienanwaltschaft [25]. Sie haben eine wichtige Transferfunktion zur Unterstützung und Verstärkung von Absichten und Zielen der Prävention und Gesundheitsförderung:

- Bei der Kommunikation durch Massenmedien werden sie eingesetzt, um die Verbreitung und Glaubwürdigkeit von Botschaften bei Zielgruppen zu erhöhen (Journalistinnen und Journalisten, Populärwissenschaftlerinnen und Populärwissenschaftler, Intellektuelle etc.).

- Wie in Abb. 1 dargestellt, vermitteln sie in der personalen Kommunikation Kenntnisse und Einstellungen (Multiplikatorengruppe 1), worauf ihr Aufgabenbereich jedoch nicht begrenzt bleiben muss: Sie können darüber hinaus beschrieben werden als vortrainierte Personen, die ihr Wissen und Können weitergeben, oder auch als Personen mit neu erworbenem gesundheitsförderlichem Verhalten, die ihrerseits als Vorbild wirken und so das erwünschte Gesundheitsverhalten weitertragen [26] (Multiplikatorengruppe 2). Hierzu zählen insbesondere Peers [27] (Peer Education).

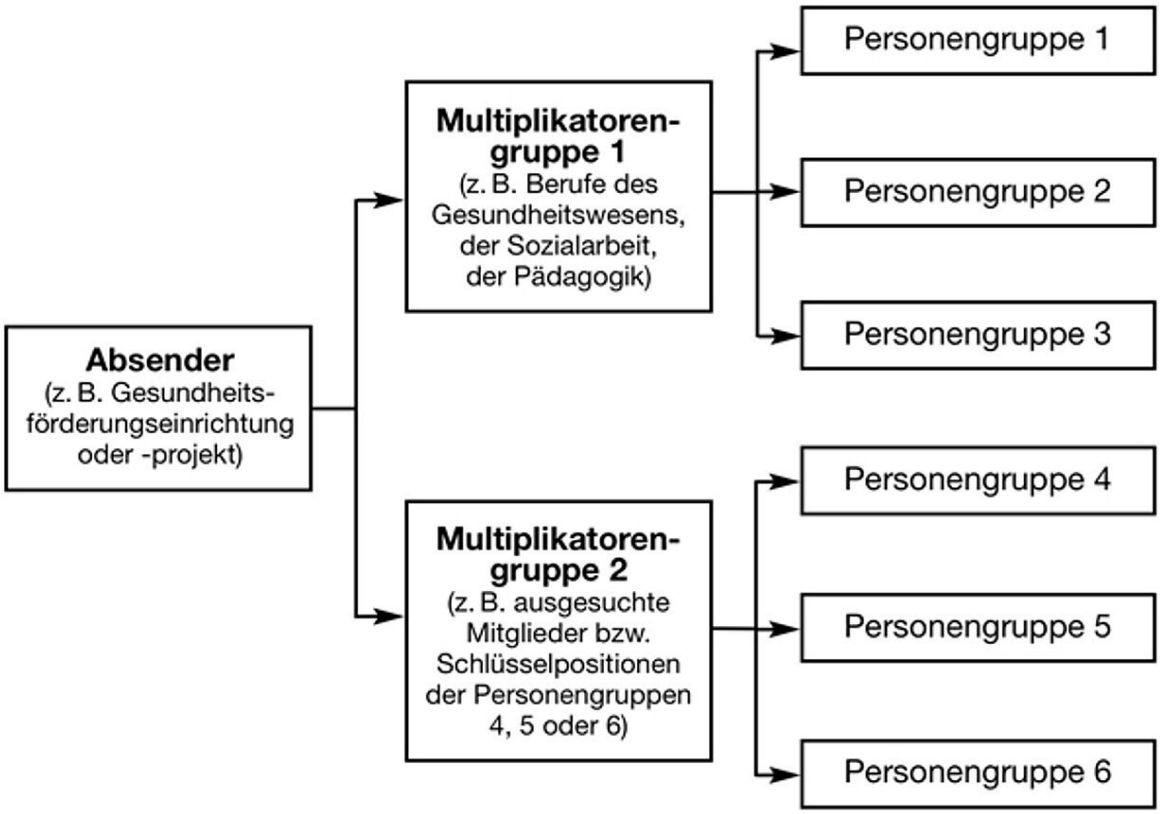


Abb. 1: Multiplikatoren vervielfältigen Botschaften (Quelle: [28], S. 154)

Folgende Voraussetzungen müssen bei Multiplikatorinnen und Multiplikatoren vorliegen, damit sie Botschaften zielgruppengerecht, d. h. lebensweisen- und alltagsnah weitergeben können:

- Ein hohes Maß an Übereinstimmung zwischen ihnen und dem Absender bzw. der Absenderin der Botschaft (Gesundheitsförderungseinrichtung wie z. B. die BZgA),
- Glaubwürdigkeit und Akzeptanz bei den Zielgruppenmitgliedern sowie
- Ausreichende Kompetenzen in Fragen der Gesundheit und zielgruppenspezifischen Gesundheitsförderung [29] (Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung).

Daher sind Qualifizierung, begleitende Betreuung und regelmäßiger Austausch notwendig.

Zum Teil werden synonym zum Multiplikatorenbegriff auch Begriffe wie Mediatorinnen und Mediatoren, Drehpunktpersonen oder Schlüsselpersonen verwandt, wobei durch diese Begriffsverwendung auch ein Hinweis auf die jeweilige Rolle gegeben wird. Nach Haisch, Weitkunat & Wildner [26] sind Mediatoren und Mediatorinnen Vermittelnde und Verbreiter von gesundheitsförderlichem Wissen und Verhalten. Wir schlagen die folgende Sprachregelung vor:

- Verwendung des Multiplikatorenbegriffs für ein einseitiges Kommunikations- und Marketingkonzept.
- Verwendung des Mediatorenbegriffs, wenn der Mittler bzw. die Mittlerin nicht nur die Ansichten, Interessen, Bedürfnisse und Wünsche der Absender berücksichtigt, sondern zur Empfängerseite eine vermittelnde Funktion übernimmt.

Drehpunktpersonen haben wie Mediatoren und Mediatorinnen eine vermittelnde Funktion. Sie arbeiten als Scharniere an der Schnittstelle zwischen verschiedenen Milieus bzw. Beteiligtengruppen [30] (z. B. Streetwork / Aufsuchende soziale Arbeit), etwa zwischen Migrantinnen und Migranten und Behörden oder zwischen Jugendlichen und Erwachsenen. Im Vergleich zu Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Mediatorinnen und Mediatoren sowie Drehpunktpersonen sind Schlüsselpersonen wichtige Akteurinnen und Akteure in sozialen Kontexten, z. B. Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger in einer Einrichtung oder einem Betrieb.

Ein Multiplikatorenkonzept ist ein Kriterium guter Praxis, u. a. in der Gesundheitsförderung bei soziale

Benachteiligung [31] (Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit) [9]. Beispielsweise werden Menschen durch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren mit dem gleichen Migrationshintergrund wirksamer angesprochen. Ein weiteres Beispiel sind Programme für die Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen [32] und Gesundheitsförderung und Schule [33]. Sie gelten dann als vorbildlich, wenn sie Konzepte zur Einbeziehung von Erziehenden und Lehrenden berücksichtigen.

Internetadressen:

- Wegweiser Gesundheitsförderung. Available from: https://www.wegweiser.bzga.de

References

1. Quint-Essenz – Gesundheitsförderung Schweiz. Grundlagen. Bestimmen der Zielgruppen des Projektes. 2010 [accessed 2024 Feb 14]. Available from: https://quint-essenz.ch/de/topics/1100
2. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Gesundheitsförderung und Prävention. 2023 [accessed 2024 Feb 14]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung/handlungsfelder/gesundheitsfoerderung-und-praevention
3. Mielck A. Wer möchte schon gern „Zielgruppe“ sein? LVG & AFS Hannover Newsletter, editor. Impulse. 2014;84:2–3.
4. Altgeld T. Vielfalt gestalten. Das Diversity Management-Konzept in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Diversität in Medien der gesundheitlichen Aufklärung. 2020. p. 10–20. (Gesundheitsförderung konkret; 24). Available from: https://shop.bzga.de/pdf/60649231.pdf
5. Funk SC, Schaefer I, Kolip P. Was fördert die Verstetigung von Strukturen und Angeboten der Gesundheitsförderung? Gesundheitswesen. 2019 Jan;81(1):38–42. DOI:10.1055/s-0042-116437
6. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Kriterium ‘Partizipation’. Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. 2021 [accessed 2024 Feb 14];29–33. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei_01.pdf
7. Hartung S, Wihofszky P. Partizipation und Gesundheitskompetenz. In: Rathmann K, Dadaczynski K, Okan O, Messer M, editors. Gesundheitskompetenz. Berlin, Heidelberg: Springer; 2022. p. 736–46. (Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit).
8. Fonds Gesundes Österreich. Multiplikator/innen. 2024 [accessed 2024 Feb 14]. Available from: https://fgoe.org/glossar/multiplikator_innen
9. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Kriterium ‘Multiplikatorenkonzept’. Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung,. 2021 [accessed 2024 Feb 14]; Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei_01.pdf
10. 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
11. Quilling E, Leimann J, Tollmann P. Kommunale 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-i043-1.0
12. Paul H, Finne E. Erklärungs- und Veränderungsmodelle 2: Theoriebasierte Interventionsplanung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i13-3.0
13. Lehmann M, Sabo P. Zielgruppe. 4 edn. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo; 2003. p. 243–4.
14. Bundesministerium für Familie (BMFSJ) S Frauen und Jugend Referat Öffentlichkeitsarbeit. Qualitätsstandards für Beteiligung von Kindern und Jugendlichen. Berlin. 2015 [accessed 2024 Feb 14]. Available from: https://www.bmfsfj.de/resource/blob/94118/c49d4097174e67464b56a5365bc8602f/kindergerechtes-deutschland-broschuere-qualitaetsstandards-data.pdf
15. 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

16. Wright MT. Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-I084-2.0
17. Hartung S. Partizipation von Zielgruppen in der Prävention und Gesundheitsförderung. 7 edn. In: Razum O, Kolip P, editors. Weinheim: Belz; 2020. p. 736–46.
18. Schäfer M, Reifegerste D. Gesundheitskommunikation. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i056-2.0
19. 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
20. 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
21. Sperlich S, Franzkowiak P. Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i102-3.0
22. Borde T, Blümel S. Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i047-2.0
23. Hallenberg G. Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in Deutschland – vhw-Migrantenmilieu-Survey. In: vhw Bundesverband für Wohnen und Stadtentwicklung, editor. 2018 [accessed 2024 Feb 14]. (vhw-Schriftenreihe; 10). Available from: https://www.vhw.de/fileadmin/user_upload/08_publikationen/vhw-schriftenreihe-tagungsband/PDFs/vhw_Schriftenreihe_Nr._10_Migrantenmilieu-Survey_2018.pdf
24. Borde T. Migration und Gesundheitsförderung – Hard to reach? Neue Zugangswege für „schwer erreichbare“ Gruppen erschließen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Migration und Gesundheitsförderung. 2024 Feb 14. p. 18–31. (Gesundheitsförderung konkret; 12). Available from: https://shop.bzga.de/pdf/60649120.pdf
25. Reifegerste D, Franzkowiak P, Seibt AC. Erklärungs- und Veränderungsmodelle 3: Persuasion, Diffusion, Marketing und Medienanwaltschaft. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i014-3.0
26. Haisch J, Weitkunat R, Wildner M, editors. Wörterbuch Public Health. Bern: Huber; 1999.
27. Keller R. Peer Education. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i088-2.0
28. Lehmann M, Sabo P. Multiplikatoren. 4 edn. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo; 2003. p. 154–6.
29. Spura A. Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:10.17623/BIOEG:Q4-i024-2.0
30. Gusy B. Streetwork / Aufsuchende soziale Arbeit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i117-3.0
31. 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
32. 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

33. Paulus P, Dadaczynski K. Gesundheitsförderung und Schule. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i051-3.0

Zitierhinweis: Blümel S, Lehmann F, Hartung S. Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: 10.5680/BIOEG:LB-i128-1.0

Copyright: © 2026 Stephan Blümel 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/

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

A

Ackermann, Günter

Qualität & Evaluation
mail@guenterackermann.ch

Alayli, Adrienne

Stellv. Leitung Fachbereich Versorgungsforschung im Kindes- und Jugendalter, Klinik für allgemeine Pädiatrie, Neonatologie und Kinderkardiologie, Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Universitätsklinikum Düsseldorf und Centre for Health & Society
adrienne.alayli@med.uni-duesseldorf.de

Altgeld, Thomas

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e.V.
thomas.altgeld@gesundheit-nds-hb.de

Anderle, Laura

Lehrstuhl für Public Health und Versorgungsforschung, Ludwig-Maximilians-Universität München
anderle.laura@web.de

B

Backes, Jörg

Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)
joerg.backes@nzfh.de

Bär, Gesine

Professur für partizipative Ansätze in Sozial- und Gesundheitswissenschaften, Alice Salomon Hochschule Berlin
baer@ash-berlin.eu

Bauer, Jana

Abteilung 2 Umwelt & Hygiene, Sekretariat Gesunde Städte-Netzwerk, Gesundheitsamt Frankfurt
jana.bauer@stadt-frankfurt.de

Baumgarten, Kerstin

Fachbereich Soziale Arbeit, Gesundheit und Medien, Hochschule Magdeburg-Stendal
kerstin.baumgarten@h2.de

Beerlage, Irmtraud

Irmtraud.Beerlage@h2.de

Benzian, Habib

College of Dentistry, WHO Collaborating Centre Quality Improvement & Evidence-Based Dentistry, Epidemiology & Health Promotion, New York University
habib.benzian@nyu.edu

Biehl, Verena

Departement Gesundheit, Institut für Public Health, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften
verena.biehl@zhaw.ch

Binneböse, Marius

Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Magdeburg, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
marius.binneboese@med.ovgu.de

Bittlingmayer, Uwe H.

Professor für Allgemeine Soziologie mit Schwerpunkt Bildungsforschung, Dekan der Fakultät für Bildungswissenschaften, Institut für Soziologe, Pädagogische Hochschule Freiburg
uwe.bittlingmayer@ph-freiburg.de

Blümel, Stephan

Referat Forschungskoordination, -kooperation und Wissenstransfer Q4, Ehemals Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Böhm, Andreas

Immanuel Klinik Rüdersdorf, Universitätsklinikum, Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane
andreas.boehm@mhb-fontane.de

Böhm, Katharina

Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.
katharina.boehm@hage.de

Böhme, Christa

Bereich Stadtentwicklung, Recht und Soziales, Deutsches Institut für Urbanistik
boehme@difu.de

Bolte, Gabriele

Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abteilung Sozialepidemiologie, Universität Bremen
gabriele.bolte@uni-bremen.de

Borde, Theda

Alice Salomon Hochschule Berlin
borde@ash-berlin.eu

Brähler-Dieling, Niklas

Department für Angewandte Gesundheitswissenschaften, Hochschule Bochum
nbraehler-dieling@hs-gesundheit.de

Brandes, Sven

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
sven.brandes@gesundheit-nds.de

Breuer, Johannes

Referat T3 Sexuelle Gesundheit, Prävention von HIV und anderen STI – Schwerpunkt Schutz vor Konversionsbehandlungen, Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)
johannes.breuer@bioeg.de

Bunge, Christiane

christiane.bunge@uba.de

C

Christ, Anette

Abteilung 2 Umwelt & Hygiene, Sekretariat Gesunde Städte-Netzwerk, Gesundheitsamt Frankfurt
anette.christ@stadt-frankfurt.de

D

Dadaczynski, Kevin

Professor für Gesundheitserziehung im Sport, Universität Potsdam
kevin.dadaczynski@uni-potsdam.de

De Bock, Freia

Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Leiterin des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft; Lehrstuhlinhaberin und Professorin für Medizinische Soziologie; Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde, Charité – Universitätsmedizin Berlin
freia.debock@charite.de

Dieterich, Anja

Professur für Gesundheitswissenschaften mit dem Schwerpunkt Gestaltung von Versorgungsprozessen, Fachbereich II - Gesundheit, Erziehung und Bildung, Alice Salomon Hochschule Berlin
dieterich@ash-berlin.eu

Dietrich, Martin

Referatsleiter Referat 513 - Innovationsfonds, Zukunftsregion digitale Gesundheit, Bundesministerium für Gesundheit
Martin.Dietrich@bmg.bund.de

Dietscher, Christina

Sektion VI – Humanmedizinrecht und Gesundheitstelematik, Leiterin, Abteilung A/1 – Nicht übertragbare Erkrankungen, psychische Gesundheit und Altersmedizin, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
christina.dietscher@sozialministerium.at

E

Eichinger, Michael
eichinger@uni-mainz.de

Ernst, Gundula
Medizinische Psychologie, Medizinische Hochschule Hannover
ernst.gundula@mh-hannover.de

F

Faller, Gudrun

Department of Community Health, Hochschule für Gesundheit Bochum
gudrun.faller@hs-gesundheit.de

Faltermaier, Toni

Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften, Europa-Universität Flensburg
faltermaier@uni-flensburg.de

Fangerau, Heiner

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
heiner.fangerau@uni-duesseldorf.de

Fehr, Rainer

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe 7: Umwelt und Gesundheit, Universität Bielefeld
rainer.fehr@uni-bielefeld.de

Finne, Emily

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universitätskilinikum Schleswig-Holstein/Universität zu Lübeck
emily.finne@uksh.de

Franke, Alexa

Alexa.Franke@gmx.de

Franzkowiak, Peter

Fachbereich Sozialwissenschaften, Hochschule Koblenz
franzkowiak@hs-koblenz.de

Fröhlich-Gildhoff, Klaus

Leitung ZfKJ - Zentrum für Kinder- und Jugendforschung, Evangelische Hochschule Freiburg
froehlich-gildhoff@eh-freiburg.de

Frommer, Jörg

Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Magdeburg, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
joerg.frommer@med.ovgu.de

G

Geene, Raimund

Berlin School of Public Health
raimund.geene@ash-berlin.de

Geigl, Christoph

Institut für Epidemiologie und Präventivmedizin, Universität Regensburg
christoph.geigl@gmx.de

Gerhardus, Ansgar

Abteilung 1: Versorgungsforschung - Department for Health Services Research,Institut für Public Health und Pflegeforschung, FB11, Universität Bremen
ansgar.gerhardus@uni-bremen.de

Gerlich, Miriam G.

Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)
miriam.gerlich@bioeg.de

Gerlinger, Thomas

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe 1: Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie, Universität Bielefeld
thomas.gerlinger@uni-bielefeld.de

Geyer, Siegfried

Medizinische Soziologie, Medizinische Hochschule Hannover
geyer.siegfried@mh-hannover.de

Göpel, Eberhard

eberhard.goepel@hochges.de

Gräser, Silke

Internationale Beraterin Public Health
Silke.graeser@uni-oldenburg.de

Guenther, Lars

Institut für Kommunikationswissenschaft und Medienforschung (IfKW), Ludwig-Maximilians-Universität München
lars.guenther@ifkw.lmu.de

Güzel-Freudenstein, Gamze

Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Hochschule Fulda, University of Applied Sciences
gamze.guezel-freudenstein@gw.hs-fulda.de

Gusy, Burkhard

FB Erwiss. & Psych., Freie Universität Berlin
burkhard.gusy@fu-berlin.de

H

Haack, Gina

Referat T 5 Organ- und Gewebespende, Blut- und Plasmaspende, Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)
gina.haack@bioeg.de

Hahn, Michael

Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)
michael.hahn@bioeg.de

Hartmann, Thomas

thomas.hartmann@h2.de

Hartung, Susanne

Fachbereich Gesundheit Pflege Management, Professur für Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, Hochschule Neubrandenburg
hartung@hs-nb.de

Haß, Wolfgang

Referat Q 3 Evaluation, Methoden und Forschungsdaten, Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)
wolfgang.hass@bioeg.de

Herrmann, Alina

Institut für Global Health, Universitätsklinikum Heideberg und Med. Fakultät Universität Heidelberg
alina.herrmann@uni-heidelberg.de

Hildebrandt, Helmut

Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH, Vorstand der OptiMedis AG
vorstand@optimedis.de

Hollederer, Alfons

Fachbereich 01 Humanwissenschaften, Institut für Sozialwesen, Professur Theorie und Empirie des Gesundheitswesens, Universität Kassel
alfons.hollederer@uni-kassel.de

Holst, Jens

Medizin mit Schwerpunkt Global Health, Studiengangsleitung Internationale Gesundheitswissenschaften, Hochschule Fulda
jens.holst@pg.hs-fulda.de

Holz, Gerda

Ehem. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. im Ruhestand
gerdaholz@t-online.de

Horn, Annett

Fachbereich Gesundheit Public Health Nursing, FH Münster
annett.horn@fh-muenster.de

Humrich, Wiebke

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
wiebke.humrich@gesundheit-nds.de

Hurrelmann, Klaus

Hertie School of Governance
hurrelmann@hertie-school.org

I

Islertas, Zeynep

Institut für Soziologie, PH Freiburg
zeynep.islertas@ph-freiburg.de

J

Janßen, Christian

Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften, Hochschule München | Munich University of Applied Sciences
christian.janssen@hm.edu

Jordan, Susanne

Fachgebiet Gesundheitsverhalten (FG 27), Stv. Fachgebietsleitung FG 27, Robert Koch-Institut
JordanS@rki.de

Jungmann, Tanja

Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
tanja.jungmann@uol.de

Junne, Florian

Medizinische Fakultät, Universitätsklinikum Magdeburg, Klinikdirektor, Otto-von-Guericke-Universität
florian.junne@med.ovgu.de

K

Kaba-Schönstein, Lotte

Hochschule Esslingen
lotte.kaba-schoenstein@hs-esslingen.de

Kaczmarczyk, Dörte

Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Hochschule Bochum
doerte.kaczmarczyk@hs-bochum.de

Kaman, Anne

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, Forschungssektion "Child Public Health", Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
a.kaman@uke.de

Keller, Roger

Prorektorat Forschung und Entwicklung, Pädagogische Hochschule Zürich
roger.keller@phzh.ch

Kilian, Holger

Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.
kilian@gesundheitbb.de

Klärs, Gabriele

Hochschule Bielefeld (HSBI)
gabriele.klaers@hsbi.de

Klemperer, David

Köckler, Heike

Professorin für Sozialraum und Gesundheit, Hochschule für Technik, Wirtschaft, Gesundheit Bochum
heike.koeckler@hs-bochum.de

König, Hans-Helmut

Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
h.koenig@uke.uni-hamburg.de

Kofahl, Christopher

Department of Medical Sociology, University Medical Center Hamburg-Eppendorf
kofahl@uke.de

Kolip, Petra

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld
petra.kolip@uni-bielefeld.de

Kossow, Annelene

Gesundheitsamt Köln
annelene.kossow@stadt-koeln.de

Kracke, Eva

Verband der Volkshochschulen von Rheinland-Pfalz e.V.
kracke@vhs-rlp.de

Krudewig, Cara

Department of Health and Sport Sciences TUM Health Literacy Unit WHO Collaborating Centre for Health Literacy, Technical University of Munich, TUM School of Medicine and Health
cara.krudewig@tum.de

Kruse, Christina

christina.kruse@gesundheit-nds-hb.de

Kuchler, Maja

Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Hochschule Bochum, University of Applied Sciences
maja.kuchler@hs-bochum.de

Kuhn, Joseph

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
joseph.kuhn@lgl.bayern.de

L

Latteck, Änne-Dörte

Professorin für Pflegewissenschaft, FB 6 - Gesundheit, Fachhochschule Bielefeld
aenne-doerte.latteck@fh-bielefeld.de

Lehmann, Frank

Beratender Arbeitskreis Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“
frank.lehmann@ekir.de

Leimann, Janna

Department für Gesundheitswissenschaften, Hochschule für Gesundheit
Janna.Leimann@hs-bochum.de

Leitzmann, Michael

Institut für Epidemiologie und Präventivmedizin, Universität Regensburg
michael.leitzmann@ukr.de

Listl, Stefan

Chair for Quality and Safety of Oral Health Care, Radboud University Medical Center
stefan.listl@radboudumc.nl

Lobnig, Hubert

Lemon Consulting; Bertha von Suttner Privatuniversität, St. Pölten
lobnig@lemon.at

Ludwigs, Stefan

Lütke Lanfer, Hanna

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 4 Prävention und Gesundheitsförderung, Universität Bielefeld
hanna.luetkelanfer@uni-bielefeld.de

M

Malsch, Annette K.F.

Naturbezogene Gesundheitsförderung und transformative Bildung, salNas institut
a.malsch@salnas-institut.com

Messer, Melanie

Universitätsklinikum Würzburg, Institut für Pflegewissenschaft, Professur für Pflegewissenschaft, Universität Würzburg
messer_m@ukw.de

Metzler, Birgit

Kompetenzzentrum Gesundheitsförderung und Gesundheitssystem, Gesundheit Österreich GmbH
birgit.metzler@goeg.at

Miksch, Antje

Fachbereich Inklusive Bildung und Gesundheit, Evangelische Hochschule Darmstadt
antje.miksch@eh-darmstadt.de

N

Nickel, Stefan
nickel@uke.de

Nöcker, Guido
Referat Qualifizierung, Fortbildung, ehemals Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Nowak, Anna Christina
Fakultät für Gesundheitswissenschaften AG 3, Epidemiologie und International Public Health, Universität Bielefeld
anowak@uni-bielefeld.de

Nowik, Daniel
Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
d.nowik@pknds.de

O

Okan, Orkan

Department of Health and Sport Sciences TUM Health Literacy Unit WHO Collaborating Centre for Health Literacy, Technical University of Munich, TUM School of Medicine and Health
orkan.okan@tum.de

P

Patzelt, Christiane

Centre for Individualised Infection Medicine - CiiM | Zentrum für Personalisierte Medizin (ZPM) Infektiologie, Medizinische Hochschule Hannover
patzelt.christiane@mh-hannover.de

Paul, Hannah

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 4 Prävention und Gesundheitsförderung, Universität Bielefeld
hannah.gohres@uni-bielefeld.de

Paul, Mechthild

Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)
mechthild.paul@bioeg.de

Paulus, Peter

Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften, Leuphana Universität Lüneburg
peter.paulus@leuphana.de

Pelikan †, Jürgen M.

PhD Director WHO-CC Health Promotion in Hospitals and Health Care Gesundheit Österreich GmbH, Professor em. (University of Vienna)

Perleth, Matthias

Abteilung Fachberatung Medizin, Gemeinsamer Bundesausschuss
matthias.perleth@g-ba.de

Piesch, Roswitha

Referat T3 Sexuelle Gesundheit, Prävention von HIV und anderen STI – Schwerpunkt Schutz vor Konversionsbehandlungen, Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)
liebesleben@bioeg.de

Plaumann, Martina

Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)
martina.plaumann@bioeg.de

Plunger, Petra

Gesundheit Österreich GmbH
petra.plunger@goeg.at

Q

Quilling, Eike

Fachbereich für Gesundheitswissenschaften, Professorin für Gesundheitspädagogik und -kommunikation, Hochschule Bochum
eike.quilling@hs-bochum.de

R

Rangnow, Pia

Department für Gesundheitswissenschaften, Hochschule für Gesundheit

Rauschmayr, Sophie

Technical University of Munich, TUM School of Medicine and Health
sophie.rauschmayr@tum.de

Ravens-Sieberer, Ulrike

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, Forschungssektion Child Public Health, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
ravens-sieberer@uke.de

Razum, Oliver

oliver.razum@uni-bielefeld.de

Rehfuess, Eva Annette

Leitung des Lehrstuhls für Public Health und Versorgungsforschung, Ludwigs-Maximilians-Universität München
rehfuess@ibe.med.uni-muenchen.de

Reibling, Nadine

Professorin für Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit, Hochschule Fulda
nadine.reibling@gw.hs-fulda.de

Reifegerste, Doreen

Professorin für Gesundheitskommunikation, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe 4: Prävention und Gesundheitsförderung, Universität Bielefeld
doreen.reifegerste@uni-bielefeld.de

Reime, Birgit

Fakultät Gesundheit Sicherheit Gesellschaft, Angewandte Gesundheitswissenschaften, Hochschule Furtwangen
rebi@hs-furtwangen.de

Reisig, Veronika

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
veronika.reisig@lgl.bayern.de

Richter, Matthias

Institute of Medical Sociology (IMS), Martin Luther University Halle-Wittenberg
m.richter@medizin.uni-halle.de

Richter-Kornweitz, Antje

Gesundheitsförderung | Armutsprävention

Rind, Esther

Universitätsklinikum Tübingen
esther.rind@med.uni-tuebingen.de

Robra, Bernt-Peter

Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke Universität
bernt-peter.robra@med.ovgu.de

Röding, Dominik

Medizinische Hochschule Hannover
Roeding.Dominik@mh-hannover.de

Röhrle, Bernd

Rönnau-Böse, Maike

Zentrum für Kinder- und Jugendforschung, Evangelische Hochschule Freiburg
roennau-boese@eh-freiburg.de

Rohrauer-Näf, Gerlinde

Fonds Gesundes Österreich | Gesundheit Österreich GmbH
gerlinde.Rohrauer@goeg.at

Rosenbrock, Rolf

Ruhrmann, Georg

Institut für Kommunikationswissenschaft, Friedrich Schiller Universität Jena
georg.ruhrmann@uni-jena.de

S

Saß, Anke

Robert Koch-Institut
SassA@rki.de

Schäfer, Markus

markus.schaefer@macromedia.de

Schäfer, Philipp

Hochschule für Gesundheit
philipp.schaefer@hs-gesundheit.de

Schaeffer, Doris

Fakultät für Gesundheitswissenschaften
doris.schaeffer@uni-bielefeld.de

Scharmanski, Sara

Referat S3 - Aufgabenkoordinierung; Nationale und internationale Zusammenarbeit; Forschung und Fortbildung, Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)
sara.scharmanski@nzfh.de

Scherenberg, Viviane

Dekanin Fachbereich Public Health und Umweltgesundheit, APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft GmbH
viviane.scherenberg@apollon-hochschule.de

Schwartz †, Friedrich Wilhelm

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover - OE 5410
info@ayurveda-ifg.de

Seibt, Annette C.

seibt@scides.de

Sinning, Heidi

Leiterin ISP – Institut für Stadtforschung, Planung und Kommunikation der Fachhochschule Erfurt – University of Applied Sciences, Fachhochschule Erfurt
sinning@fh-erfurt.de

Sommer, Deborah

Programmabteilung | Fachteam Gesundheit & Umwelt, Hamburger Volkshochschule
d.sommer@vhs-hamburg.de

Sonnefeld, Christoph

Referat T3 Sexuelle Gesundheit, Prävention von HIV und anderen STI – Schwerpunkt Schutz vor Konversionsbehandlungen, Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)
christoph.sonnefeld@bioeg.de

Sperlich, Stefanie

Medizinische Soziologie, Medizinische Hochschule Hannover
sperlich.stefanie@mh-hannover.de

Spura, Anke

Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)
anke.spura@bioeg.de

Stark, Wolfgang

wolfgang.stark@uni-due.de

Sterdt, Elena

Hochschule Magdeburg-Stendal
Elena.Sterdt@h2.de

Süß, Waldemar

T

Tollmann, Patricia

Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Hochschule Bochum
Patricia.Tollmann@hs-bochum.de

Trojan, Alf

Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
trojan@uke.uni-hamburg.de

V

von dem Knesebeck, Olaf

Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
o.knesebeck@uke.de

von Lengerke, Thomas

Forschungs- und Lehreinheit Medizinische Psychologie, Medizinische Hochschule Hannover
lengerke.thomas@mh-hannover.de

von Rüden, Ursula

Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)
ursula.von-rueden@bioeg.de

Vonneilich, Nico

Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
n.vonneilich@uke.uni-hamburg.de

W

Waldherr, Karin

Ferdinand Porsche FernFH
karin.waldherr@fernfh.ac.at

Walter, Ulla

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
Walter.Ulla@MH-Hannover.de

Weber, Winja

Krebsinformationsdienst, Deutsches Krebsforschungszentrum
winja.weber@dkfz-heidelberg.de

Weichold, Karina

Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften, Institut für Psychologie Arbeitsbereich, Jugendforschung, Friedrich-Schiller-Universität Jena
karina.weichold@uni-jena.de

Weidmann, Christian

Fakultät Gesundheit Sicherheit Gesellschaft, Angewandte Gesundheitswissenschaften, Hochschule Furtwangen
christian.weidmann@hs-furtwangen.de

Westenhöfer, Joachim

Department Gesundheitswissenschaften der Fakultät Life Sciences (bis Sommersemester 2023), Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg
joachim@westenhoefer.de

Wettstein, Felix

felix.wettstein@bluewin.ch

Wildner, Manfred

Landesinstitut für Gesundheit
Manfred.Wildner@lgl.bayern.de

Wolter, Hans

Im Ruhestand

Z

Ziese, Thomas

Robert Koch-Institut
ZieseT@rki.de

Zimmermann, Thomas

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
t.zimmermann@uke.de

Zumbrunn, Andrea

Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW | Hochschule für Soziale Arbeit
andrea.zumbrunn@fhnw.ch

Wissenschaftliche Redaktionsgruppe

B

Braukmann, Fabienne
Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)

H

Hahn, Michael
Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)

P

Plaumann, Martina
Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)

R

Reibling, Nadine
Professorin für Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit, Hochschule Fulda

Reifegerste, Doreen
Professorin für Gesundheitskommunikation, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe 4: Prävention und Gesundheitsförderung, Universität Bielefeld

S

Spura, Anke
Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)