

Forschung zur Gesundheitsförderung

Dominik Röding¹

Ulla Walter²

¹ Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Germany

² Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Hannover, Germany

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/ejournal/s/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](https://doi.org/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, Rübiger 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.17623/BZGA:2021-KON-DE-1_0)

24. De Bock F, Dietrich M, Rehfuss 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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/>