

Gesundheitsförderung 5: Deutschland

Lotte Kaba-Schönstein¹

Alf Trojan²

Michael Hahn³

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].

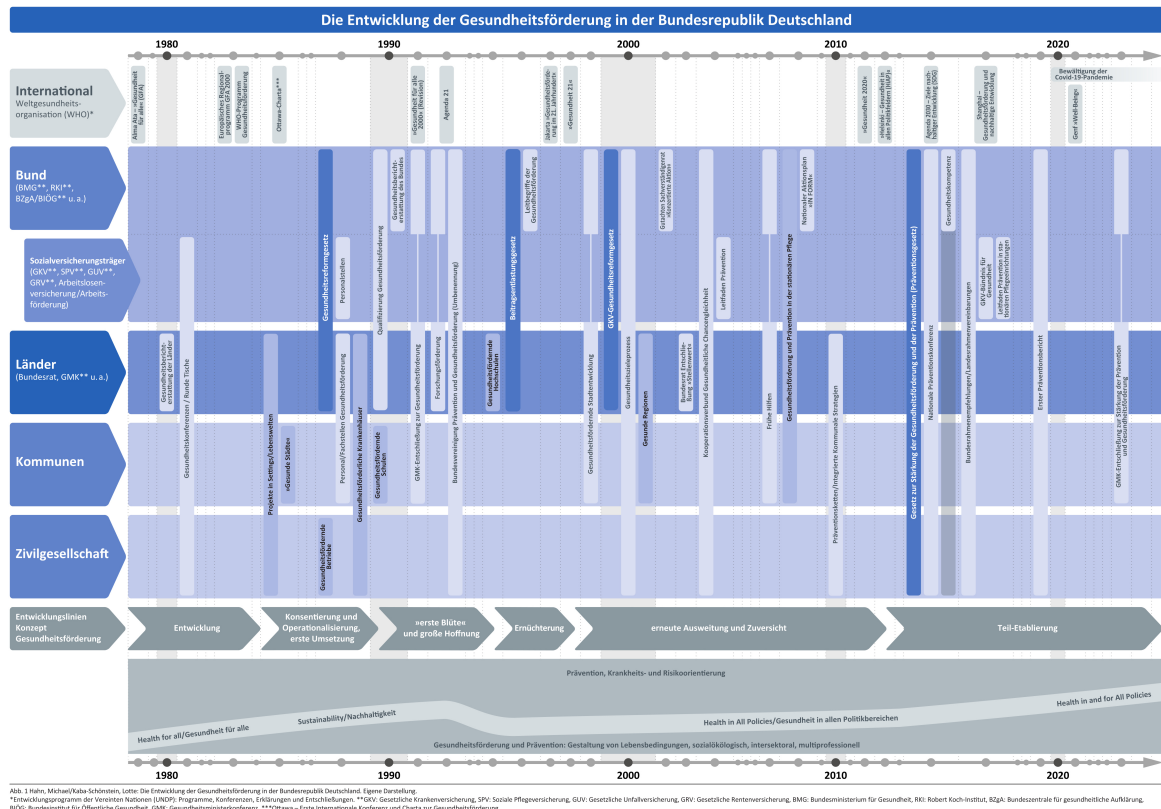


Abb. 1: Die Entwicklung der Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland. Eigene Darstellung.

Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP): Programme, Konferenzen, Erklärungen und Entschlüsse. **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 schloß 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 GKV 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 Leitfadent 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 (BIOG)

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 Sexuaufklärung, 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 das 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 Entschlüsse, 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-Entscheidung 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-Entscheidung 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 Entschlüssen 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-Entschlüsse 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 sozialsituationbezogene 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 Verstärkung 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-Entscheidung 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 sozillagenbezogenen 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 Entschlüssen 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 Entschlüssen 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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-weg-e-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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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://dserv.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](https://doi.org/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](https://doi.org/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, Maffei 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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_Praevention_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](https://doi.org/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://gvvg.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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-I081-4.0)
98. Holleder A, Trojan A. Gesundheitskonferenzen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I067-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I067-3.0)
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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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 eingegangenen Antworten der Bundesregierung. Drucksache 21/3928, S. 98; 2026 [accessed 2026 Apr 10]. Available from: <https://ds.server.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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I087-3.0)
129. Altgeld T, Bittlingmayer UH, Isler 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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-new-born-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](https://doi.org/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_Praevention_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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I098-3.0)
 145. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Otto C, Adedjei 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 COPSYS-Studie. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2021 Dec;64(12):1512–21. DOI:[10.1007/s00103-021-03291-3](https://doi.org/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. Rönau-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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I047-2.0)
 158. Altgeld T, Latteck AD. 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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_Praevention_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, Rödning 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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/>