

2026

Für Prävention und Gesundheitsförderung handeln in Wissenschaft, Versorgung und Gesellschaft

Positionspapier

IMPRESSUM

Für Prävention und Gesundheitsförderung handeln in Wissenschaft, Versorgung und Gesellschaft |
Positionspapier

Herausgeber

Wissenschaftsrat
Scheidtweilerstraße 4
50933 Köln
www.wissenschaftsrat.de
post@wissenschaftsrat.de

Drucksachennummer: 3003-26

DOI: <https://doi.org/10.57674/7rvj-jy21>

Lizenzhinweis: Diese Publikation wird unter der Lizenz Namensnennung – Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International (CC BY-SA 4.0) veröffentlicht. Den vollständigen Lizenztext finden Sie unter <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/legalcode.de>.



Veröffentlicht

Köln, Februar 2026

INHALT

Vorbemerkung	5
Kurzfassung	9
A. Anlass, Ziele und Schwerpunkte	14
A.I Ausgangspunkt	14
A.II Ziele und Schwerpunkte des Wissenschaftsrats	16
B. Prävention und Gesundheitsförderung stärken – in Wissenschaft, Politik, Versorgung und Gesellschaft	21
B.I Gesundheit politikfelderübergreifend gestalten und Co-Benefits sichtbar machen	22
I.1 Problemlage	22
I.2 Empfehlungen	25
B.II Gesundheitsdaten und Evidenz besser nutzen	28
II.1 Problemlage	28
II.2 Empfehlungen	33
B.III Gesundheitskommunikation und -kompetenz fördern und ihre Governance stärken	36
III.1 Problemlage	36
III.2 Empfehlungen	39
B.IV Prävention und Gesundheitsförderung in der Wissenschaft stärken	41
IV.1 Problemlage	41
IV.2 Empfehlungen mit Fokus auf Forschung	44
IV.3 Empfehlungen mit Fokus auf Studium, Lehre sowie Aus- und Weiterbildung	49
IV.4 Empfehlungen mit Fokus auf Transfer und Translation	50
B.V Prävention und Gesundheitsförderung in der interprofessionellen und intersektoralen Versorgung stärken	52
V.1 Problemlage	52
V.2 Empfehlungen	56
B.VI Systemische Finanzierungs- und Anreizmechanismen verändern und Ressourcen schaffen	58
VI.1 Problemlage	58
VI.2 Empfehlungen	62
C. Unmittelbare Handlungsbereiche für Wissenschaft und Wissenschaftspolitik	65

Anlage	73
D. Prävention und Gesundheitsförderung in Wissenschaft und Politik: Versuch einer Bestandsaufnahme	74
D.I Gesundheit in Deutschland – (Systemische) Herausforderungen	74
D.II Prävention und Gesundheitsförderung – Begriffsklärung	85
D.III Gesundheitspolitische und legislative Rahmenbedingungen für Prävention und Gesundheitsförderung	90
III.1 Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung in der deutschen Gesundheitspolitik	90
III.2 Legislativer Rahmen und gesundheitspolitische Strategien für Prävention und Gesundheitsförderung	93
D.IV Akteure und Schwerpunkte in Wissenschaft und Forschung	105
IV.1 Prävention und Gesundheitsförderung in der hochschulischen Wissenschaft und Forschung	105
IV.2 Prävention und Gesundheitsförderung in der außeruniversitären und Ressortforschung	115
IV.3 Forschungsförderung zu Prävention und Gesundheitsförderung	121
IV.4 Aktivitäten aus der Wirtschaft zu Prävention und Gesundheitsförderung	125
Anhang	127
Mitwirkende	165

Vorbemerkung

Mehr und wirksamere gesundheitliche Prävention ist ein zentraler Schlüssel, um gesellschaftliches und individuelles Wohlbefinden sowie die Leistungsfähigkeit der Bevölkerung zu steigern, die Gesundheitsversorgung langfristig zu sichern und die Wirtschaftskraft zu stärken. Angesichts der demografischen Entwicklung, wachsender Gesundheitsgefahren durch klimatische Veränderungen und des Fachkräftemangels, mit dem sich verschiedene Gesellschaftsbereiche konfrontiert sehen, werden Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung für Politik und das Gesundheitssystem sowie auch für Wissenschaft |¹ und Wirtschaft immer wichtiger. Dies gilt für Deutschland, aber auch auf europäischer (Europäische Union (EU)) und internationaler Ebene (z. B. Weltgesundheitsorganisation (WHO)).

Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz sind Themengebiete, die notwendigerweise eine breite gesellschaftspolitische Dimension umfassen. Dieser Verantwortung ist sich der Wissenschaftsrat bewusst. Eine stärkere Schwerpunktsetzung auf Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung ist ein Anliegen, das insbesondere auch im gesundheitspolitischen Diskurs sowohl auf Bundes- als auch auf Länderebene verfolgt und zuletzt auch verstärkt aufgegriffen wurde. |² Es ist dem Wissenschaftsrat ein zentrales Anliegen in Zusammenhang mit diesen Entwicklungen aufzuzeigen, wie und an welchen Stellen Wissenschaft und Wissenschaftspolitik einen Beitrag für eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung und einen damit einhergehenden gesundheitsorientierten Kulturwandel leisten können. Umfassendere wissenschaftliche Erkenntnisse zu Faktoren, die Gesundheit und Krankheitsvermeidung beeinflussen, sowie deren Vermittlung in die Versorgungspraxis können maßgeblich dazu beitragen, die systemische Umorientierung auf Prävention und

|¹ Der Wissenschaftsrat befasst sich an anderer Stelle spezifisch mit den zukünftigen Rahmenbedingungen für Wissenschaft und das Wissenschaftssystem angesichts mehrfach herausfordernder Zeiten. Vgl. Wissenschaftsrat (2026).

|² Vgl. für die Länderseite z. B. den Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz aus 2025, Gesundheitsministerkonferenz (2025). Für die Bundesseite kann der Vernetzungsprozess für eine Nationale Präventionsinitiative genannt werden, vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2025a). Auch der ExpertInnenrat „Gesundheit und Resilienz“ hat in verschiedenen Stellungnahmen auf Aspekte der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Bezug genommen, vgl. z. B. ExpertInnenrat „Gesundheit und Resilienz“ (2025), ExpertInnenrat „Gesundheit und Resilienz“ (2024a), ExpertInnenrat „Gesundheit und Resilienz“ (2024b), ExpertInnenrat „Gesundheit und Resilienz“ (2024d) und ExpertInnenrat „Gesundheit und Resilienz“ (2024e).

6 Gesundheitsförderung als tragende Säulen des Gesundheitssystems zu unterstützen. Dabei kann Prävention mittel- bis langfristig Ressourcen schonen – kurzfristig erfordert sie Investitionen.

In der Gesundheitsversorgung in Deutschland, wie auch der meisten anderen hochentwickelten Nationen, steht derzeit v. a. die Behandlung von Krankheiten im Fokus. Natürlich sind Fortschritte und Innovationen insbesondere bei der Behandlung von Erkrankungen mit kaum vermeidbaren Risikofaktoren, von Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen sowie bei anderen vulnerablen Gruppen wichtige Ziele, die auch gesamtgesellschaftlich weiterhin von wesentlicher Bedeutung sind. Beim Umgang mit der demografisch begründet steigenden Krankheitslast und einer sich verändernden Gesellschaft stoßen Gesundheitssysteme jedoch in vielen Ländern, insbesondere jedoch auch in Deutschland, an ihre Grenzen. Daher ist eine Beschäftigung mit Fragestellungen, die sich auf Prävention, den Schutz von Gesundheit und Erhalt von Lebensqualität und damit krankheitsübergreifende Aspekte beziehen, nicht nur erstrebenswert, sondern dringend erforderlich. Die Bedeutung dieser Aspekte schlägt sich bisher jedoch weder in der aktuellen deutschen Gesundheitsforschung noch der Versorgung ausreichend nieder. Dies gilt neben der somatischen Gesundheit in besonderer Weise auch für die psychische Gesundheit, deren Relevanz angesichts sich überlagernder gesellschaftlicher Herausforderungen – etwa durch globale Krisen, soziale Ungleichheiten, Klimawandel, digitale Transformation und verdichtete Arbeits- und Lebenswelten – weiter zunimmt und bislang noch nicht angemessen berücksichtigt wird. Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung sind auf individueller Ebene zudem von elementarer Bedeutung für gesellschaftliche Partizipation und Teilhabe, eine autonome Lebensgestaltung und (Selbst-)Wirksamkeitserfahrung.

Prävention und Gesundheitsförderung betreffen unterschiedliche Akteurs- und Interessensgruppen, deren Kooperation und Vernetzung essenziell ist. Eine umfassende Darstellung sämtlicher existierender gesellschaftlicher und politischer Initiativen übersteigt angesichts der Heterogenität und Komplexität eines solchen Vorhabens den Rahmen des Positionspapiers, sodass in erster Linie der Blick auf wissenschaftliche Einrichtungen und Akteure gerichtet wird. Wissenschaftliche Akteure können aus Sicht des Wissenschaftsrats eine wesentliche Rolle spielen, um Krankheitsprävention, Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung als gesellschaftliche Paradigmen zu verankern (z. B. durch Erkenntnisse der Präventionsforschung, Beratung und Begleitung der Maßnahmenimplementierung, Fachkräfteausbildung sowie Entwicklung und Steigerung von Gesundheitskompetenz). Hierüber öffnen sich Anknüpfungspunkte, die wissenschafts- und gesellschaftspolitisch von Bedeutung sind. In diesem Zusammenhang bestehende Handlungs- und Entwicklungsperspektiven sollen tiefergehend betrachtet und aufgezeigt werden, ohne dabei auf spezifische Gesundheitsbereiche oder Krankheitsbilder zu fokussieren.

Mit dem Ende Mai 2024 ausgerichteten Symposium „Prävention neu denken! Brauchen wir eine nationale Initiative für Prävention?“ |³ hat der Wissenschaftsrat eine Vielzahl von Akteuren zusammengeführt und ein Diskussionsforum für einen multiperspektivischen und interdisziplinären wie interprofessionellen Präventionsansatz geschaffen. Dabei wurden auch erste internationale Perspektiven und Entwicklungen aufgegriffen, so z. B. die niederländische Präventionspolitik. In der Folge hat sich der Wissenschaftsrat zum Ziel gesetzt, sich tiefergehend damit zu befassen, was im Wissenschaftssystem und insbesondere in der Hochschulmedizin, den Gesundheitswissenschaften und weiteren Disziplinen dafür getan werden kann, um eine ausgeprägtere interdisziplinäre wie interprofessionelle Präventions- und Gesundheitsorientierung zu erreichen, die auch auf Politik, Wirtschaft und Versorgung in Deutschland rückwirkt. Dazu ist es essenziell, Vernetzungen innerhalb der Wissenschaftsdisziplinen und zwischen Wirtschaft sowie öffentlichem Gesundheitssektor zu stärken, unterstützende wissenschaftspolitische Maßnahmen abzuwägen und sowohl regionale als auch internationale Beispiele und Entwicklungen zu nutzen. Auch geht es darum, den Trend der Silobildung in Wissenschaft und Versorgung zu durchbrechen und Prävention nachhaltig als interdisziplinär und interprofessionell zu adressierendes Themenfeld zu setzen. Das vorliegende Positionspapier möchte hierzu einen Beitrag leisten.

Neben der grundsätzlichen Notwendigkeit einer stärkeren Präventions- und Gesundheitsorientierung in Wissenschaft und Versorgung stehen dabei auch Fragen der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen und einer nachhaltigen und verbindlichen Implementierung im Versorgungsalltag im Fokus. Erfolgreich evaluierte Projekte werden oft nicht systematisch in die Versorgung integriert. Ein deutschlandweit übergreifendes Konzept zur systematischen bedarfsorientierten Entwicklung, Umsetzung und Evaluation von Präventions- und Gesundheitsfördermaßnahmen existiert nicht. Für die weitere Konkretisierung bedarf es auch politischer Unterstützung über verschiedene Ressortfelder hinweg, um möglichst breit getragene Präventionsstrategien und -ziele zu entwickeln und zu verfolgen. Dies nicht zuletzt auch, um Gesundheit und Gesundheitsförderung in einen breiteren verhältnisbezogenen Zusammenhang zu stellen, der neben sozioökonomischen Faktoren u. a. auch bildungs-, umwelt-, gesellschafts- und lebensweltbezogene Entwicklungen und Maßnahmen einschließt. Dies macht politisches Handeln in verschiedenen Bereichen erforderlich. Vor diesem Hintergrund will der Wissenschaftsrat aufzeigen, wie unterschiedliche Wissenschaftsdisziplinen und Forschungsergebnisse in diese Prozesse einbezogen werden und mit der Politik Lösungsvorschläge erarbeiten können.

Die Empfehlungen zeigen in verschiedenen Bereichen, auch unter Berücksichtigung von Beispielen aus anderen Ländern, größere notwendige

| ³ Vgl. Wissenschaftsrat (2024a).

8 Entwicklungslinien für eine stärkere Gesundheitsorientierung auf. Sofern möglich und sinnvoll, werden konkrete Maßnahmen formuliert.

An der Vorbereitung des Positionspapiers haben neben Mitgliedern des Wissenschaftsrats auch externe Sachverständige mitgewirkt. Ihnen ist der Wissenschaftsrat für ihre wertvolle Mitarbeit zu besonderem Dank verpflichtet. Sein Dank gilt außerdem den zahlreichen Expertinnen und Experten, die Gespräche mit dem Ausschuss Medizin geführt, umfangreiche Materialien zur Verfügung gestellt und auf diese Weise den Beratungsprozess unterstützt haben.

Das Positionspapier wurde am 30. Januar 2026 in Berlin vom Wissenschaftsrat verabschiedet.

Kurzfassung

Kernanliegen des Wissenschaftsrats ist es, für eine stärkere **gesellschaftliche Gesundheitsorientierung** einzutreten und einen gesundheitsbezogenen **Kulturwandel** auch aktiv aus der **Wissenschaft und ihren Einrichtungen** heraus zu unterstützen. Zielsetzung ist es, gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die autonome Entscheidungen ermöglichen und gesunde Lebensweisen leicht zugänglich machen – bei gleichzeitiger Wahrung der Balance zwischen individueller Autonomie und kollektiver Verantwortung.

Eine alternde Bevölkerung, Fachkräftemangel, die Zunahme chronischer Erkrankungen und umweltbedingte Gesundheitsrisiken machen eine stärkere Fokussierung auf Prävention und Gesundheitsförderung dringlich. Trotz hoher Gesundheitsausgaben zeigt sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung in Deutschland bislang nicht entsprechend verbessert. Das Gesundheitssystem ist stark auf Therapie und Behandlung ausgerichtet, während präventive Ansätze eine nachgeordnete Rolle spielen. Diese Ansätze können jedoch einen Hebel darstellen, um Lebensqualität und Wohlbefinden zu unterstützen, das Gesundheitssystem zu entlasten und gesellschaftliche wie individuelle Leistungs- und Teilhabefähigkeit zu fördern.

Prävention und Gesundheitsförderung stehen vor dem Paradox, dass trotz viel-schichtigen Wissens eine nachhaltige Umsetzung noch zu wenig gelingt. Ein zentrales Problem ist das „**Wissens-Akzeptanz-Defizit**“. Dieses Defizit ist das Ergebnis einer Reihe von systemischen Hindernissen im Gesundheitssystem selbst und in den die Gesundheit besonders beeinflussenden sektoralen Teilsystemen, insbesondere im Ernährungssektor. Besonders problematisch: Diejenigen, die von Präventionsmaßnahmen am dringendsten profitieren würden, werden am wenigsten erreicht. Diese **Ungleichheit** verschärft gesundheitliche Disparitäten und begünstigt die politische Instrumentalisierung von Gesundheitsfragen. Die **extreme Heterogenität** und **Zersplitterung** der Akteurslandschaft in Deutschland erschweren eine systemische Stärkung der Prävention zusätzlich.

Das Positionspapier zielt darauf ab, – ausgehend vom Blick der wissenschaftlichen Akteure – Schnittstellen aufzuzeigen, an denen **Wissenschaft mit Politik, Gesellschaft, Versorgung und weiteren Bereichen** synergetisch zusammenwirken kann. Wissenschaftliche Akteure können eine wesentliche Rolle einnehmen

– durch Präventionsforschung, Beratung, Fachkräftequalifizierung und Beiträge zur Gesundheitskompetenz.

Health for All Policies: Gesundheit als ressortübergreifende Aufgabe

Krankheitsprävention erstreckt sich weit über Medizin und Gesundheitspolitik hinaus. Aus Sicht des Wissenschaftsrats sollte der Health *in* All Policies-Gedanke in einen **Health *for* All Policies-Ansatz** weiterentwickelt werden: Gesundheit ist dabei nicht nur mitzudenken, sondern als verbindliche Zielgröße für ressortübergreifendes politisches Handeln in allen Politikbereichen (u. a. Bildungs-, Arbeits-, Wissenschaft-, Wirtschafts-, Agrar-, Ernährungs- oder Umweltpolitik) zu verankern, kontextabhängig messbar zu machen und in demokratischen Aushandlungsprozessen um politische Maßnahmen zu berücksichtigen. Eine politikfelderübergreifende Ausrichtung bringt **mehrfachen Nutzen**, da sie auch anderen gesellschaftlichen Zielen dient – von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit über Klimaschutz (u. a. Vermeidung von Gesundheitsrisiken durch Hitzewellen, schlechte Luftqualität oder durch Einflüsse auf Ernährungssysteme) bis zur Fachkräftesicherung. Diese **Co-Benefit-Potenziale** müssen sichtbar werden. Auch öffnen sich hierdurch Perspektiven, die ermöglichen, gesellschaftliche Wohlfahrtsentwicklung im Sinne einer „Economy of Wellbeing“ zu denken.

Für einen gesundheitsorientierten Paradigmenwechsel ist eine **konsistentere und verbindlichere** Ausgestaltung von **Präventionsstrategien** notwendig. In Deutschland wurden sowohl auf verschiedenen politischen Ebenen (Bund, Länder, kommunal) als auch unter Einbindung unterschiedlicher Akteure mehrere strategische Prozesse angestoßen. Anstatt die verschiedenen Akteure und Interessengruppierungen zusammenzuführen, hat sich die ohnehin zersplitterte Akteurslandschaft in Prävention und Gesundheitsförderung eher weiter verfestigt. Im föderalen Kompetenzgefüge ist ein **enges Zusammenwirken zwischen Bund und Ländern** erforderlich. Der Wissenschaftsrat regt an, die Voraussetzungen zu schaffen, die es ermöglichen, auf dem Gebiet der Prävention auf dem Vereinbarungswege zusammenzuwirken und **nationale Gesundheitsziele** in landes- und kommunenbezogene **Teilziele** umzusetzen.

Evidenzbasierung stärken und Datennutzung ermöglichen

Bessere **Datenverfügbarkeit** im Sinne einer **interoperablen, standardisierten und nachnutzbaren Datenbereitstellung** sowie **umfänglichere, langfristige Nutzungsmöglichkeiten** von Gesundheitsdaten sind von höchster Relevanz – für Präventionsforschung und die Entwicklung evidenzbasierter Maßnahmen. Obwohl wichtige Schritte zur Standardisierung und Harmonisierung von Gesundheitsdaten unternommen wurden, sind die **Schnittstellen** zwischen hochschulischen, außeruniversitären und Ressortforschungseinrichtungen noch **ausbaufähig**. Zudem muss darauf geachtet werden, dass die Vorteile und Möglichkeiten der Datennutzung für Forschung nicht durch komplexe

Zugriffsregularien und -bedingungen eingeschränkt werden. Der Wissenschaftsrat bekräftigt sein Plädoyer für eine datenschutzrechtskonforme Erleichterung des Datenzugangs für Forschungszwecke im Interesse des Gemeinwohls, verbunden mit hohen Anforderungen an die Datensicherheit. |⁴ Insbesondere für innovative Forschungsfragestellungen – etwa die Nutzung von Künstlicher Intelligenz in der Diagnostik und Therapie – ist der Zugriff auf **originäre Datensätze** essenziell.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt, aufbauend auf bereits bestehenden Ansätzen, **wissenschaftliche Indikatorensets zu entwickeln**, die den Outcome von Präventionsmaßnahmen messbar machen und das Zusammenspiel verschiedener Risikofaktoren (umweltbezogen, psychosozial, biologisch etc.) systematisch erfassen. Über **wissenschaftliche Experimentierräume** in verschiedenen Lebenswelten (z. B. Arbeit/betriebliches Umfeld, Schulen) könnten neue Maßnahmen in enger Zusammenarbeit von Politik, Wissenschaft, Versorgung und Wirtschaft erprobt werden. Der **Fokus von Studien** sollte dabei stärker auf bislang unterrepräsentierte Bevölkerungsgruppen, wie Kinder und Jugendliche, aber auch spezifische Settings, wie Schulen, Kindergärten oder Kitas, **ausgeweitet** werden und Geschlechterdimensionen berücksichtigen.

Gesundheitskommunikation und -kompetenz strukturell fördern

Für die Umsetzung evidenzbasierter Präventionsmaßnahmen ist eine **strukturelle Förderung von Gesundheitskommunikation und Gesundheitskompetenz** essenziell, die auch **kulturelle und verhaltens- wie verhältnisbezogene** Aspekte und Einflussfaktoren einbezieht. Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung müssen nicht nur bekannt und zugänglich sein, sondern systematisch an unterschiedliche Lebenswelten angepasst, partizipativ ausgestaltet und in ihrer Wirksamkeit optimiert werden. Der **Behavioural and Cultural Insights-Ansatz (BCI)** der WHO bietet hierfür einen geeigneten Rahmen. Der Wissenschaftsrat empfiehlt, verhaltenswissenschaftliche Beratung, Kompetenzaufbau, Forschung und Systemintegration dauerhaft zu verankern. Hierfür ist ein verbessertes Zusammenspiel zwischen hochschulischen Einrichtungen, außeruniversitären und Ressortforschungseinrichtungen sowie Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) notwendig – beispielsweise durch die Einrichtung eines nationalen BCI-Netzwerks mit klaren Mandaten.

Die **Präventionsforschung und ihre Translation** – auch in Zusammenhang mit der Gesundheitskommunikation und -information – ist weder zwischen wissenschaftlichen Einrichtungen (inklusive der Ressortforschung) noch mit Institutionen der öffentlichen Gesundheitsförderung bislang ausreichend vernetzt und koordiniert. Aus Sicht des Wissenschaftsrats sollte diese **institutionelle Leerstelle** geprüft werden.

| ⁴ Vgl. Wissenschaftsrat (2022).

Der Wissenschaftsrat erkennt für Hochschulen, außeruniversitäre Forschungseinrichtungen und die Ressortforschung **vielfältige Ansatzpunkte**, um Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung stärker zu adressieren – sowohl im Hinblick auf **innerwissenschaftliche Potenziale** als auch im Zusammenspiel mit dem **regionalen Versorgungsumfeld** und dem **Öffentlichen Gesundheitsdienst**.

Präventionsforschung muss **interdisziplinär und interprofessionell** angelegt werden. Die Etablierung **interdisziplinärer Präventionszentren** an Hochschulen mit medizinischen, gesundheitswissenschaftlichen und psychologischen Fakultäten einschließlich ihrer Hochschulambulanzen kann ein wichtiger Hebel sein. Diese Zentren sollten verschiedene Disziplinen – von Medizin und Zahnmedizin über Gesundheitswissenschaften und Psychologie bis zu Sozial-, Verhaltens- und Umweltwissenschaften – zusammenführen und als Schnittstellen zu Politik, außeruniversitärer und Ressortforschung, ÖGD und Zivilgesellschaft fungieren. Eine **nationale Koordinierungsstelle** sollte die Vernetzung sämtlicher Akteure und Zentren einer multidisziplinären Präventionsforschung gewährleisten. An universitätsmedizinischen Standorten können Präventionszentren im Sinne der „vierten Säule“ die **regionale Gesundheitsentwicklung** evidenzbasiert begleiten und unterstützen.

Zudem besteht besonders dringender Handlungsbedarf bei der **Stärkung der Implementationsforschung**. Während die Wirksamkeit vieler Präventionsmaßnahmen unter idealen Bedingungen gut belegt ist, fehlt Wissen darüber, wie diese in unterschiedlichen Lebenswelten unter realen Bedingungen umgesetzt werden können. Dazu gehört auch die Entwicklung von Methoden, um nicht wirksame Maßnahmen systematisch zu identifizieren. Stringentere kausale gesundheitsökonomische Bewertungsmethoden müssen entwickelt und programmatische Fördermöglichkeiten für Prävention geschaffen werden.

In besonderem Maße bedeutsam ist die Anwendungsdimension im Sinne der **Translation und des Transfers**. Notwendig sind nicht nur eine **bessere innerwissenschaftliche Vernetzung**, sondern **stärkere Kooperationen** mit Einrichtungen, die praktisch in der Gesundheitsförderung wirken – vordergründig die Einrichtungen des ÖGD. Wesentlich ist die Etablierung eines **multidirektionalen Translations- und Transferprozesses**, der Rückkopplungsmechanismen zwischen „Praxis“ und „Theorie“ zulässt („from bench to bedside and community and from community to bench“). Hierfür muss eine weitere wissenschaftliche Stärkung des ÖGD vorangetrieben werden.

Speziell im Medizinstudium, aber auch in der **hochschulischen Qualifizierung** weiterer gesundheits- und therapiewissenschaftlicher Berufsfelder muss eine präventions- und gesundheitsorientierte Haltung und Handlung neben einer krankheits- und reparaturzentrierten Haltung und Handlung vermittelt

werden. In der **Aus- und Weiterbildung** von Medizinerinnen und Medizinern, Psychologinnen und Psychologen sowie den Berufsgruppen der Gesundheitsfachberufe sollten hierfür gezielte Fortbildungsmodule entwickelt werden, um die Kompetenzen in der Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken und zu erweitern. In sämtlichen Formaten ist eine **Vertiefung von Lehrinhalten** zur **Gesundheitsförderung und -kommunikation** essenziell.

Professionsbezogene Potenziale nutzen

Prävention ist als **Team sport** zu verstehen und als **Chance für Fachkräfte**. Es können neue Berufsbilder und -perspektiven für ärztliche und weitere hochschulisch ausgebildete versorgungs- und Public Health-nahe Bereiche entwickelt werden. Beispiele aus anderen europäischen Ländern zeigen die gesundheitsförderliche Wirkung **systematischer interprofessioneller Zusammenarbeit**. Diese greifen insbesondere dann, wenn interprofessionelle Ansätze als systemischer Bestandteil etabliert werden und nicht projektabhängig sind. Hier gilt es in Deutschland umzusteuern und durch systematische Stärkung von Implementierungsforschung einen differenzierten Überblick über Wirkungs- und Verstetigungsmöglichkeiten zu erhalten. Auch wissenschaftliche Präventionszentren an Hochschulen können zur interprofessionellen Vernetzung beitragen.

Anreize neu gestalten und Ressourcen schaffen

In einem auf „Reparatur“ ausgerichteten System, in dem Ressourcen zunehmend knapp werden, rücken mit Blick auf eine stärkere Förderung von Prävention zwangsläufig Fragen der Mittelverteilung in den Fokus. Dabei gilt es, die Argumentationslogik umzukehren: Prävention lässt sich nur bedingt über kurzfristige Einsparpotenziale rechtfertigen. Um eine ressortübergreifende Gesundheitsorientierung zu fördern, sollten vielmehr die **vielfältigen Mehrwertpotenziale** – individuell und immateriell, sozial wie ökonomisch – stärker hervorgehoben und ein **Investitions- statt eines Einsparungsnarrativs** etabliert werden. Dafür sind konsequente **wissenschaftliche Maßnahmen- und Wirkungsevaluationen** erforderlich.

Zugleich braucht es zusätzliche Anreize, **um setting- und kultursensible Ansätze** zu stärken und so die systemischen Voraussetzungen für mehr Chancengleichheit zu verbessern. Auch **neue Mittelquellen** für die **Präventionsforschung**, beispielsweise über einen öffentlichen Fonds oder eine Stiftung Prävention, sollten in Betracht gezogen werden.

A. Anlass, Ziele und Schwerpunkte

A.1 AUSGANGSPUNKT

Eine älter werdende Bevölkerung, ein sich verstärkt abzeichnender Fachkräftemangel – gerade auch im Gesundheitssystem – sowie die Zunahme von chronischen nichtübertragbaren Erkrankungen, Multimorbidität, aber auch steigende umweltbedingte Gesundheitsgefahren (z. B. durch Hitze oder vektorübertragene Krankheiten) machen eine stärkere Fokussierung auf Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung dringlicher denn je. Allerdings ist Deutschland und sein Gesundheitssystem in der grundsätzlichen Ausrichtung und Schwerpunktsetzung sehr stark auf die **Therapie und Behandlung von Krankheiten** ausgerichtet und deutlich weniger auf den Erhalt von Gesundheit und Prävention. Ausführliche Daten, die diese Annahmen bestätigen, werden in Kapitel D dargelegt. Hier zeigt sich im Wesentlichen, dass die **Kosten** im deutschen Gesundheitssystem im internationalen Vergleich verhältnismäßig hoch sind. Dem gegenüber steht eine **vergleichsweise niedrige Lebenserwartung**. Auch **nichtübertragbare, chronische körperliche wie psychische Erkrankungen** stellen eine wesentliche Belastung der Bevölkerung in Deutschland wie auch in anderen Industrienationen dar. Zudem zeigt sich sozial eine deutlich ungleiche Verteilung von Gesundheit und Krankheitsrisiken. Auch weitere Dimensionen wie z. B. das Geschlecht (biologisch wie sozial), sprachliche Barrieren oder auch belastende Kindheitserfahrungen sowie globale Krisen wie die Klimakrise haben Einfluss auf unterschiedliche Versorgungszugänge, Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustände. In Folge der demografischen Veränderung in der Bevölkerung steigt der Bedarf an Pflege und verstärkt gleichzeitig den dort schon vorherrschenden **Fachkräftemangel** – beides setzt das Gesundheitssystem unter wachsenden Druck. In Folge dieser Entwicklung könnten auch in der Breite der Bevölkerung zunehmend Einschränkungen in der medizinischen, psychotherapeutischen und pflegerischen Versorgung spürbar werden und eine mögliche politische Instrumentalisierung von Gesundheitsfragen wäre begünstigt.

Eine **veränderte gesundheitspolitische Ausrichtung**, die eine aktivierende und personenzentrierte Versorgung adressiert sowie an Prinzipien von **Prävention**

und Gesundheitsförderung (einschließlich der Steigerung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung) ausgerichtet ist, kann ein entscheidender Hebel sein, um diesen Entwicklungen entgegenzuwirken. |⁵ Das Papier möchte Handlungsmöglichkeiten hierfür aufzeigen. Gesundheit ist dabei nicht als ein individueller Zustand in einem statischen Sinne zu verstehen. Sie beschreibt aus Sicht des Wissenschaftsrats vielmehr die Fähigkeit, mit alltäglichen Umständen und Beschwerden selbstregulativ ohne anhaltendes Belastungserleben umzugehen sowie Selbstwirksamkeit und gesellschaftliche Teilhabe zu erfahren. Dabei wird Gesundheit – neben der grundsätzlichen physischen und psychischen Verfasstheit – insbesondere auch durch lebensweltbezogene Merkmale und Einflüsse (u. a. Umwelteinflüsse und sozioökonomische Faktoren) geprägt. Der Wissenschaftsrat sieht es daher für die Befassung mit Fragen des Gesunderhalts durch Prävention (von Primär- bis hin zur Quartärprävention, vgl. Begriffsbestimmung Kapitel D.II) und Gesundheitsschutz als unerlässlich an, **individuelle physische wie psychische Verfasstheit, Verhaltens- und lebensweltliche Verhältnisspekte** zusammenzudenken und nicht isoliert voneinander zu betrachten (vgl. auch Kapitel D.II). Ein solch **erweiterter Gesundheitsbegriff** macht neben individualpräventiven und verhaltensbezogenen Fragestellungen und Interventionen auch disziplin- und professionsübergreifende Strategien zu Aspekten der Verhältnisprävention und deren Interaktion mit Verhalten notwendig.

Die in Kapitel D.I dargestellten Zahlen und Befunde verdeutlichen aus Sicht des Wissenschaftsrats die Notwendigkeit, Prävention und Gesundheitsförderung stärker interdisziplinär und interprofessionell zu betrachten. Prävention, Gesundheitsschutz und -förderung sind zentrale Themen zahlreicher wissenschaftlicher Disziplinen (vgl. Kapitel D.IV). Darüber hinaus beschäftigen sie u. a. den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), Krankenkassen und andere Sozialversicherungsträger, die (Gesundheits-)Wirtschaft sowie die breite Öffentlichkeit (vgl. Kapitel D.III.1). Diese **Vielfalt der Akteure und Bereiche** verdeutlicht zweierlei: zum einen die Heterogenität der Zielgruppen dieses Positionspapiers, zum anderen die außerordentliche Komplexität des Präventionsfeldes – insbesondere bei der Evidenzgenerierung, Implementierung, Evaluation und Steuerung von Maßnahmen. Hierfür bedarf es nach Einschätzung des Wissenschaftsrats auch deutlich mehr Impulse aus Wissenschaft und Forschung, beispielsweise für die Umsetzungsbegleitung und die Erfolgs-/Misserfolgsmessung von Präventionsmaßnahmen.

In zahlreichen Veranstaltungen und Fachgesprächen seit 2024 hat der Wissenschaftsrat wiederholt festgestellt, dass die Akteurslandschaft im Bereich

|⁵ Auch die Bundesärztekammer plädiert in einer Stellungnahme für eine nachhaltige systemische Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung und eine übergreifende wissenschaftliche Public Health Strategie. Im Rahmen der Stellungnahme werden verschiedene Aspekte adressiert, die auch einen Kern des Positionspapiers darstellen – über eine notwendige ressortübergreifende Zusammenarbeit, Stärkung der Verhältnisprävention, Priorisierung von Prävention gegenüber Kuration bis hin zu Aspekten der Datennutzung und Evidenzgenerierung. Vgl. Bundesärztekammer (2025).

Prävention und Gesundheitsförderung deutschlandweit zersplittert ist |⁶ – sowohl in der Versorgung als auch insbesondere im Austausch zwischen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung und der Wissenschaft bzw. auch innerhalb der Wissenschaft.

Vor diesem Hintergrund gilt es zu prüfen, in welchen Bereichen bestehende Initiativen und unterschiedliche Akteure aus Wissenschaft, Politik, Gesellschaft und Wirtschaft so vernetzt werden können, dass ihre Aktivitäten zur Prävention und Gesundheitsförderung synergetisch wirken und einen gegenseitigen Wissens- und Erfahrungsaustausch sowie eine schnellere Umsetzung ermöglichen. Das bedeutet nicht, dass einzelne Akteure nicht weiterhin ihren Fokus und eigenen Blickwinkel haben sollten. Jedoch muss es dazu Überlegungen geben, wie **Austausch- und Vernetzungsmöglichkeiten** stimuliert und teilweise auch intensiviert werden können, um eine bessere Wirksamkeit der einzelnen Maßnahmen zu erzielen, deren Steuerung zu verbessern und möglicherweise auch Einsparungen zu generieren. Entscheidend ist, dass Prävention und Gesundheitsförderung nicht nur im Gesundheits- sondern auch im Wissenschaftssystem und in **anderen Politikbereichen** – etwa Bildung, Arbeit, Soziales, Wirtschaft, Ernährung oder auch Umwelt – stärker aufgegriffen und als ressortübergreifende Zielgröße des politischen Handelns gesetzt werden.

Der Wissenschaftsrat plädiert damit für eine Zukunft, in der **Prävention und Gesundheitsförderung** – auch im Sinne eines Gesundheitsschutzes – **zentrale Säulen des Gesundheitssystems** bilden und in **weiteren Politikbereichen** (Stichwort: *Health for All Policies*) berücksichtigt und mitverantwortet werden. Hierdurch können nicht nur in der Versorgung, sondern auch in weiteren Bereichen (u. a. hinsichtlich Bildungserfolg, Arbeitsfähigkeit, (psychische) Resilienz oder ökologische Entwicklungen) **Co-Benefit-Potenziale** gehoben werden. Das in Kapitel D.I entwickelte Szenario „Prävention und Gesundheitsförderung stehen im Mittelpunkt“ greift diese Vision auf. Der Wissenschaftsrat versucht dieses Szenario mit seinen Empfehlungen mitzugestalten.

A.II ZIELE UND SCHWERPUNKTE DES WISSENSCHAFTSRATS

Der Wissenschaftsrat betont: **Umfangreiches Wissen** zu krankheitsbezogenen Risikofaktoren liegt bereits vor – etwa zu Ernährungsrisiken und Fehlernährung (z. B. die Aufnahme energiedichter hoch verarbeiteter Lebensmittel sowie ein hoher Anteil tierischer Lebensmittel bei gleichzeitig zu geringem Konsum frischer und gering verarbeiteter pflanzlicher Nahrungsmittel wie Vollkorngetreide, Obst, Gemüse, Hülsenfrüchte, Nüsse und Samen) |⁷, Tabak- und Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, psychischen Belastungen oder auch Über- oder

| ⁶ Vgl. hierzu u. a. Wissenschaftsrat (2024a).

| ⁷ Vgl. Bundesärztekammer (11.07.2023).

Untergewicht. Individuelle Programme, z. B. Bonusprogramme der Krankenkassen, mögen punktuell erfolgreich sein. Dennoch bleiben auf die gesamte Gesellschaft bezogene wesentliche Erfolge bisher aus oder werden von anderen Entwicklungen eingeholt (z. B. im Falle von Vaping und Rauchen |⁸). Diese **Umsetzungsdefizite** deuten auf eine unzureichende institutionelle Verankerung hin (wer informiert? Wer macht Vorschläge zur Regulierung?), auf eine fehlende systematische Verteilung niederschwelliger Informationen (z. B. über neue Gesundheitsrisiken) sowie auf eine mangelnde systematische Gestaltung gesunder Konsumumgebungen. Dabei zeigen nicht zuletzt auch Daten der WHO, dass von kommerziellen Treibern nichtübertragbarer chronischer Erkrankungen erhebliche Gesundheitsgefahren ausgehen, gerade auch für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Strengere Regulierungen der hierfür wesentlich verantwortlichen Industriezweige (Alkohol, Tabak, hochverarbeitete Lebensmittel und fossile Brennstoffe) sind dringend erforderlich (vgl. Kapitel D.III.2.a). Information über, Interesse an und Akzeptanz von gesundheitsfördernden Maßnahmen sind aktuell dem Individuum überlassen. Hierdurch bleiben vulnerable Gruppen weiter besonders gefährdet. Auch die Übernahme von innovativen Versorgungskonzepten und -maßnahmen in die Regelversorgung erfolgt zögerlich und nicht systematisch |⁹. Um Veränderungen zu erzielen, gilt es zu überlegen, was von bereits bestehenden bewährten Praktiken – etwa im Bereich der Zahngesundheit (vgl. Kapitel D.I) oder aus anderen Ländern – gelernt und auf weitere Bereiche übertragen werden kann. Es existieren **zahlreiche vielversprechende regionale und thematische Ansätze**, die jedoch in der Breite zu wenig bekannt sind und auch nicht als Rollenvorbilder verbreitet werden. Das Positionspapier zeigt konkrete Beispiele auf. Dabei werden Präventionsmaßnahmen nicht detailliert nach spezifischen Gesundheitsbereichen respektive Krankheitsbildern betrachtet. Es soll hingegen ein Überblick über bestehende Ansätze und Vernetzungspotenziale gegeben werden. Für den Wissenschaftsrat – auch mit Blick auf seinen genuin institutionellen Auftrag – ist es von besonderer Bedeutung herauszuarbeiten, was **Wissenschaft und insbesondere die Gesundheitsforschung** zu einer stärkeren Präventions- und Gesundheitsorientierung beitragen können:

– Im Positionspapier stehen insbesondere **wissenschaftliche Disziplinen und hochschulische Einrichtungen** aus der Hochschulmedizin, den Lebens- und Gesundheitswissenschaften (u. a. Medizin, Public Health, Versorgungsforschung, Psychologie, inklusive Gesundheits- und Präventionspsychologie und -kommunikation sowie die Hebammen- und Pflegewissenschaft und Therapiewissenschaften) im Fokus. Zudem werden ihre **Vernetzungspotenziale** mit anderen Wissenschaftsbereichen, v. a. den **Bildungs-, Sozial- und**

| ⁸ Vgl. Deutsches Ärzteblatt (06.08.2025).

| ⁹ Vgl. Lindemann et al. (2024).

Verhaltenswissenschaften, inklusive wirtschaftswissenschaftlicher Bereiche |¹⁰, betrachtet. Auch Deutschland hat sich der „Resolution Behavioural Sciences for Better Health“ |¹¹ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Nutzung von sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Erkenntnissen angeschlossen, um Gesundheit für alle zu verbessern. |¹² Dies zeigt die Relevanz der Forschung in diesen Bereichen und unterstreicht die Notwendigkeit, Grundlagen- und Anwendungs- sowie Implementierungsforschung im Bereich der gesundheitsbezogenen sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Fächer zu fördern und deren Ergebnisse systematisch zu nutzen.

Der Wissenschaftsrat sieht neben den hochschulischen Einrichtungen auch **Forschungsinstitutionen** als wesentliche Akteure. Dazu zählen die Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung (DZG), außeruniversitäre Forschungseinrichtungen wie insbesondere die gesundheitsbezogenen Helmholtz-Zentren, Institute der Fraunhofer-Gesellschaft sowie Leibniz- und Max-Planck-Institute und Einrichtungen der Ressortforschung des Bundes, insbesondere die nachgeordneten Behörden des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), sowie der ÖGD. **Fachgesellschaften oder Fachgruppen** sind ebenfalls zu berücksichtigen, da sie sich neben Forschung auch mit **fachbezogenen Lehr-, Ausbildungs- und Praxisfragen** beschäftigen.

Darüber hinaus sind auch **Fördermittelgeber** (einschließlich Stiftungen) wichtige Akteure im System. Sie schaffen Anreize, Gesundheitsförderung, Gesundheitsschutz und Prävention mehr und stärker auch in nicht genuin gesundheitsbezogenen wissenschaftlichen Fragestellungen einzubeziehen und interdisziplinär zu bearbeiten. Handlungsmöglichkeiten im Bereich von Förderportfolien und wissenschaftlicher Anreizgestaltung werden ebenfalls beleuchtet.

Bezogen auf **konkrete Umsetzungsfragen** von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung/-schutzes sieht der Wissenschaftsrat auch **Transfer und Translation**, als ganz wesentliche Handlungsfelder an. Ansatzpunkte hierfür sind die **Evidenzbasierung von Maßnahmen und Kommunikation, Kosten-Effektivitätsanalysen** sowie eine in Deutschland noch **ausbaufähige**

|¹⁰ Mit Blick auf Umsetzung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sind nach Ansicht des Wissenschaftsrats insbesondere wissenschaftliche Disziplinen von Bedeutung, die sich mit menschlichem Verhalten sowie sozialen, politischen oder auch wirtschaftlichen Gesellschaftsentwicklungen und systemisch-strukturellen Gegebenheiten auseinandersetzen. Der Wissenschaftsrat sieht hierunter alle Disziplinen verortet, die die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) unter der Gruppe der Sozial- und Verhaltenswissenschaften klassiert. Hierunter fallen u. a. Erziehungswissenschaften, Psychologie, empirische Sozialforschung, Publizistik und Kommunikationswissenschaft, Wirtschaftspolitik und angewandte Volkswirtschaftslehre oder auch Wirtschaftstheorie. Vgl. Deutsche Forschungsgemeinschaft (2025).

|¹¹ Vgl. WHO (30.05.2023).

|¹² Diese sogenannten „Behavioral and Cultural Insights“ (vgl. Begriffsbestimmung in Kapitel D.II) sollen bewirken, dass Barrieren in Person und Umwelt identifiziert und durch kulturell maßgeschneiderte Interventionen abgebaut werden.

Implementierungsforschung. | ¹³ Zusätzlich stellen **Kompetenzvermittlung, Partizipationsförderung und Kommunikation** in alle gesellschaftlichen Bereiche wesentliche Elemente des Transfers dar, die im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung von besonderer Bedeutung sind und ebenfalls im Rahmen des Papiers aufgegriffen werden. Dies gilt sowohl bezogen auf eine individuell-personalisierte Ebene als auch mit dem Blick auf spezielle Bevölkerungsgruppen (u. a. bezüglich Bildung, Sprache, politische Einstellung, kulturellen Hintergrund oder auch Alter) aus einer gesamtgesellschaftlichen Perspektive. Dies alles ist vor dem Hintergrund zu betrachten und zu bewerten, inwiefern das **politische Handeln** auf den verschiedenen Ebenen Bund-Land-Kommune darin unterstützt werden kann, diese Empfehlungen aufzugreifen. Dabei ist darauf zu achten, dass die Anreize für unterschiedliche Akteure in den verschiedenen Systemen konstruktiv ineinandergreifen. Der Wissenschaftsrat sieht darüber hinaus erhebliches **Innovations- und Wertschöpfungspotenzial** in der Forschung zu Prävention und Gesundheitsförderung. Dies betrifft insbesondere Kooperationen zwischen Wissenschaft, Zivilgesellschaft, Industrie und Kommunen, die reziproke Interaktions- und Wissensflüsse ermöglichen (Stichwort: „from bedside to bench and community and from community to bench“) | ¹⁴ sowie die Überführung erfolgreicher Maßnahmen in die Regelversorgung fördern.

Wie wissenschaftliche und wissenschaftspolitische Beiträge Prävention und Gesundheitsförderung stärken können, muss nach Einschätzung des Wissenschaftsrats auch vor dem Hintergrund des systemischen Wirkungskontextes betrachtet und reflektiert werden. Folglich befasst sich das Papier auch mit Fragestellungen, wie ein grundsätzlicher gesundheitsorientierter Kulturwandel gelingen kann und welchen Beitrag Wissenschaft und Wissenschaftspolitik hierfür leisten können. Ein zentrales Anliegen des Positionspapiers ist es daher auch Diskussionsanstöße für einen dahingehenden systemischen Wandel zu geben und damit aktuelle Diskussionslinien der Gesundheitspolitik (Bundes- wie Landesebene) aufzugreifen und zu verstärken: **Prävention und Gesundheitsförderung** sollen als **integrale Bestandteile** von Gesundheitsversorgung und -politik anerkannt und gestaltet werden. Insbesondere im Zusammenspiel mit anderen Politikfeldern in einer Weiterentwicklung des *Health in All Policies*-Gedankens | ¹⁵, also der Idee, dass eine ressort- sowie politikfeldübergreifende Zusammenarbeit verfolgt wird, die Gesundheit als gesamtgesellschaftliche

| ¹³ Vgl. Weishaar et al. (2025), S. 718–727. Implementierungsforschung oder Implementationsforschung (englisch Implementation Science) untersucht, wie evidenzbasierte Interventionen erfolgreich in die Praxis übertragen werden können. Sie befasst sich mit der Kluft zwischen Wissen und Handeln – also der Frage, warum wissenschaftlich bewährte Maßnahmen in der Praxis häufig nicht oder nur teilweise umgesetzt werden.

| ¹⁴ Zielsetzung wäre eine multidirektionale Translation, die Rückkopplungen zwischen „Praktizierenden“ und „Theoretikerinnen und Theoretikern“ erlaubt und hierbei auch explizit Gesundheitshandeln und Erkenntnisse aus der Zivilbevölkerung bzw. kommunalen Ebene einschließt, um aus praktischen Umsetzungserfahrungen neue wissenschaftliche Erkenntnisinteressen abzuleiten.

| ¹⁵ Vgl. hierzu auch Köckler; Greene (2022).

Aufgabe ansieht. | ¹⁶ Dabei ist klar, dass kurzfristige Erfolge nicht zu erwarten sind, was für eine breite, ressortübergreifend getragene Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung einen langfristigen Planungshorizont notwendig macht.

Um **präventions- und gesundheitsorientierte** Maßnahmen breit und nachhaltig zu verankern, müssen verschiedene Politikfelder übergreifend betrachtet werden. Dies betrifft sowohl unterschiedliche Schwerpunkte – wissenschaftliche, wirtschaftliche, soziale, bildungs- und umweltbezogene Aspekte – als auch die Verantwortungsebenen von Kommunen bis hin zu Bund und Ländern (vgl. Kapitel D.III). Insbesondere mit Blick auf **Vermittlungs- und Umsetzungsaspekte** sind zudem auch weitere Akteure wie Einrichtungen des ÖGD, ebenfalls auf Bund-Länder-Ebene sowie auf allen Ebenen auch Patientenvertretungen einzubeziehen. Hierbei gilt es auch Beitrags- und Vernetzungsmöglichkeiten zu Wissenschaft und Wissenschaftspolitik zu reflektieren.

Die praktische Umsetzung von Präventionsmaßnahmen wirft Fragen der **Governance und strategischen Steuerung** zwischen den verschiedenen Interessengruppen und Verantwortungsebenen auf (vgl. Kapitel D.III.1 und D.III.2). Entscheidend für den Erfolg sind **klare, evidenzbasierte, transparente und verbindliche Ziele** und auf deren Erreichung ausgerichtete **Anreiz-, Resonanz- und Monitoringsysteme mit planungsrelevantem Feedback**. Einen Ausgangspunkt bieten geeignete Gesundheitsziele, die einen strategischen Rahmen bilden und deren Teilziele unterschiedliche Handlungsebenen berücksichtigen (national, landesbezogen, kommunal). Einflussebenen, Zielsetzungen und Interaktionsmöglichkeiten mit Wissenschaft und Forschung gilt es auch hier zu reflektieren und zu optimieren, um Präventions- und Gesundheitsstrategien in Deutschland besser zu steuern und auszugestalten.

| ¹⁶ Zur aktuellen systemischen Lücke vgl. auch Hurrelmann et al. (2024), S. 31 f.

B. Prävention und Gesundheitsförderung stärken – in Wissenschaft, Politik, Versorgung und Gesellschaft

Der (Mehr-)Wert von Prävention und Gesundheitsförderung setzt individuell und gesellschaftlich aus Sicht des Wissenschaftsrats auf **verschiedenen miteinander verwobenen Ebenen** an.

Individuelle Gesundheit, ihr Schutz und ein möglichst langer Erhalt ebendieser sind von elementarer Bedeutung im Sinne der gesellschaftlichen **Partizipation**, der **autonomen Lebensgestaltung** und der **(Selbst-)Wirksamkeit** jeder und jedes Einzelnen. Gesundheit und Wohlbefinden sind Grundpfeiler dafür, dass Individuen Teilhabe in der Gesellschaft und in verschiedenen Lebenswelten (u. a. Familie, Arbeit, soziales Miteinander) möglich ist. Ein chancengerechter Gesundheitszugang und die individuelle Überzeugung für sich selbst gesundheitsförderliche Entscheidungen treffen zu wollen, sind hierfür wesentliche Voraussetzungen.

Darüber hinaus eröffnen sich auf **gesamtgesellschaftlicher Ebene** verschiedene Wertigkeitsaspekte, die sich in einem effizienteren Mittel- und Ressourceneinsatz im Gesundheitssystem, in der Steigerung von Produktivität und Arbeitsfähigkeit, aber auch einem eigenen wirtschaftlichen Marktpotenzial zeigen (vgl. Kapitel B.VI). Prävention und Gesundheitsschutz können somit nicht nur zur **individuellen**, sondern auch zur **volkswirtschaftlichen Resilienz** beitragen und sowohl die individuelle als auch die gesellschaftliche Leistungsfähigkeit sichern.

Gesundheit ist sowohl für jede und jeden Einzelnen als auch für die Gesellschaft insgesamt ein zentraler Wert. Ein **gesundheitsorientierter Kulturwandel**, der **darauf abzielt, die Zahl gesunder Lebensjahre zu erhöhen**, sollte daher als selbstverständliches Ziel verstanden werden. Die folgenden Empfehlungen zielen darauf ab einen Beitrag zu leisten und diesen Wandel zu unterstützen. Dies erscheint aus Sicht des Wissenschaftsrats umso dringlicher, da wesentliche

Treiber nichtübertragbarer chronischer Erkrankungen (z. B. Alkohol, Tabak, Zucker) durch politisches Handeln und Regulierung erfolgserzielend kontrolliert werden können. Auch wenn in den letzten Jahren hierzulande u. a. bezogen auf die Tabakkontrolle einige Maßnahmen ergriffen wurden, fällt Deutschland im europäischen Vergleich trotz gegebener Evidenz für eine stärkere Regulierung weit zurück | ¹⁷ (vgl. Kapitel D.III.2.a).

Zugleich weist der Wissenschaftsrat darauf hin, dass (staatliche) Steuerungsmaßnahmen die **individuellen Freiheits- und Entscheidungsrechte** achten und eine **angemessene Balance** wahren müssen (vgl. Kapitel B.I). Dabei gilt es auch abzuwägen, in welchen Bereichen stärkere regulative Eingriffe im Sinne von Verboten oder bestimmten Verhaltensverpflichtungen einen Gesundheitsnutzen erwarten lassen, der eine Regulierung begründet (z. B. Rauchverbote im öffentlichen Raum). | ¹⁸ Bevor regulatorische Eingriffe erfolgen, bedarf es einer umfassenden Reflexion der intendierten und nicht-intendierten Effekte der in Frage stehenden Sachverhalte sowie einer ethischen Abwägung – und zwar differenziert nach situativen Kontexten und den spezifischen Bedürfnissen der jeweiligen Zielgruppen. Erst auf Basis einer solchen systematischen Analyse lassen sich fundierte Entscheidungen treffen, die sowohl der Komplexität der Materie als auch den Anforderungen an Präventionsmaßnahmen gerecht werden.

B.I GESUNDHEIT POLITIKFELDERÜBERGREIFEND GESTALTEN UND CO-BENEFITS SICHTBAR MACHEN

I.1 Problemlage

Krankheitsprävention erstreckt sich weit **über Medizin, Gesundheitsversorgung, -forschung und -politik** hinaus. Bereiche bzw. sektorale Teilsysteme wie z. B. Bewegung/Sport, Bildung, Umwelt, Wirtschaft und Ernährung spielen eine zentrale Rolle in der Präventionsarbeit. Dennoch wird Prävention sowohl politisch als auch fachlich häufig zu eng gefasst: Der Fokus liegt überwiegend auf Sucht-, Alkohol- und Tabakprävention, obgleich auch hier noch deutliche Handlungsbedarfe (z. B. mit Blick auf Werbeverbote) bestehen (vgl. Kapitel D.III.2.a). Andere wichtige Handlungsfelder werden vernachlässigt. Dazu gehören etwa psychische Gesundheit, Lebensraumgestaltung, Mobilität oder soziale Teilhabe. Auch stehen mit Blick auf Personengruppen meist insbesondere ältere Bevölkerungsschichten und weniger Kinder und Jugendliche im Fokus von

| ¹⁷ Vgl. hierzu auch die Ergebnisse des vom AOK-Bundesverband und dem Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) gemeinsam mit einem interdisziplinären Forschungsteam entwickelten Public Health Index (PHI). Vgl. AOK-Bundesverband eGmbH (Hrsg.); Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2025).

| ¹⁸ Mit Blick auf die Tabakpräventionsmaßnahmen der letzten Jahrzehnte, wie z. B. Rauchverbot in öffentlichen Räumen, Erhöhung des Mindestalters für den Tabakkauf und breitere Sensibilisierung für Gesundheitsgefahren zeigen sich Erfolge, obgleich in Deutschland noch weitreichendere Maßnahmen ergriffen werden könnten und die Rauchprävalenz noch über dem EU-Durchschnitt liegt (vgl. Mons (2024), S. 156).

Maßnahmen. Der Wissenschaftsrat sieht hier dringenden Handlungsbedarf auch diese Gruppen zu inkludieren.

Notwendig ist ein **breites politisches Bekenntnis**, das Gesundheit und Gesundheitsförderung zu einem Leitprinzip ressortübergreifenden Handelns macht. Der aktuelle Koalitionsvertrag |¹⁹ bietet bereits einen Anknüpfungspunkt: Er formuliert den Anspruch, ressortbezogenes Silodenken zu überwinden und das Ressortprinzip durch einen „Whole of Government“-Ansatz neu zu interpretieren. Dabei ist es von besonderer Notwendigkeit, Ziel und Nutzen **staatlicher Steuerungsmaßnahmen sorgfältig abzuwägen**. Eingriffe in individuelle Freiheiten und die damit verbundenen ethischen Implikationen erfordern eine sorgfältige Abwägung, bei der auch wissenschaftliche Politikberatung hilfreich sein kann. Eine **ausgewogene Balance** zwischen individueller Autonomie und kollektiver Verantwortung ist unverzichtbar und muss in einem gesamtgesellschaftlichen Prozess entwickelt werden.

Individuelle und kollektive Gesundheit sind eng mit **psychosozialen wie lebensweltlichen Einflüssen** (z. B. Umweltfaktoren oder das soziale Umfeld) verknüpft. Eine stärkere **politisch-systemische Ausrichtung** auf gesundheitsförderliche Maßnahmen und Lebensweltgestaltungen kann mehrfachen Nutzen bringen: Sie kann sowohl die individuelle als auch kollektive Gesundheit fördern und gleichzeitig auch für andere gesamtgesellschaftliche Ziele einen Beitrag leisten, so z. B. im Kontext von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit (auch zur Eindämmung gesellschaftlicher Polarisierungspotenziale), Klimaschutz und Nachhaltigkeit |²⁰, Erhöhung der Selbstwirksamkeitserfahrung der Bevölkerung, aber eben auch für die Fachkräftesicherung. Diese **Co-Benefit-Potenziale** von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung müssen – auch im Sinne des Gesundheitsschutzes – stärker herausgearbeitet und bewusst gemacht werden. Eine bereichsübergreifende Präventions- und Gesundheitspolitik könnte aus Sicht des Wissenschaftsrats gewinnbringende gesellschaftliche Entwicklungsimpulse in und für verschiedene Politikbereiche setzen. Zudem öffnen sich hierdurch für Deutschland Perspektiven für eine weitere Reflexion über Voraussetzungen und Prämissen des gesellschaftlichen Wohlstands im Sinne des bereits in verschiedenen Ländern |²¹ aufgegriffenen Konzepts der „Economy of Wellbeing“ |²². Dies ermöglicht es, gesellschaftliche Wohlstandsentwicklung

| ¹⁹ Vgl. Christlich Demokratische Union Deutschlands/ Christlich-Soziale Union in Bayern; Sozialdemokratische Partei Deutschlands (Hrsg.) (2025), S. 57.

| ²⁰ Der Zusammenhang von Gesundheit und Nachhaltigkeit zeigt sich auch daran, dass Gesundheit in allen 17 Nachhaltigkeitszielen (SDG) der Vereinten Nationen genannt wird. Vgl. Wissenschaftsrat (2024b), S. 13.

| ²¹ Als Beispiel kann auf Finnland verwiesen werden, dass diesen Ansatz ins Zentrum gesundheitspolitischer Entscheidungsprozesse und Maßnahmengestaltung stellt. Vgl. Ministry of Social Affairs (o. D.).

| ²² Vgl. Llana-Nozal; Martin; Murtin (2019), S. 8, 12 ff. Dieses Konzept stellt individuelles Wohlergehen und langfristiges Wirtschaftswachstum in einen positiven Kreislauf, in dem sie sich gegenseitig verstärken. Well-being Economies berücksichtigen neben dem Bruttoinlandsprodukt (BIP) auch weitere Indikatoren wie Gesundheit und Lebenszufriedenheit; Gleichheit und soziale Gerechtigkeit; Umweltschutz und Ressourcenschonung oder auch Gemeinschaftsgefühl und soziale Teilhabe.

nicht nur auf ökonomisches Wachstum zu beziehen, sondern auch Lebensqualität, Gesundheit oder auch ökologische Nachhaltigkeit als wesentliche Maßstäbe für eine prosperierende Gesellschaft anzusetzen. Anknüpfungspunkte bestehen durch das seit 2022 ausgeweitete Reporting des Bundeswirtschaftsministeriums bereits. |²³

Vor diesem Hintergrund bestätigt sich: Prävention und Gesundheitsförderung sind **gesamtgesellschaftliche Aufgaben**, die in ihrem (Mehr-)Wert weit über das Wissenschafts- und Gesundheitssystem hinausgehen. Sie müssen **integrativ in verschiedene Politikbereiche** eingebunden werden – von Bildung über Umwelt und Wirtschaft bis zum Agrar- und Ernährungssektor oder der Stadtentwicklung.

Eine erfolgreiche Präventionspolitik benötigt **klare Zielsetzungen, definierte Zuständigkeiten und konkrete Umsetzungsmöglichkeiten** – auf allen Ebenen: Bund, Länder und Kommunen. In den vergangenen Jahrzehnten wurden dafür bereits Strategieprozesse eingeleitet und ein legislativer Rahmen gestaltet (vgl. Kapitel D.III). Das Ergebnis entspricht noch nicht den ursprünglichen Absichten und Erwartungen. Anstatt die verschiedenen Akteure und Interessengruppierungen zusammenzuführen, hat sich die ohnehin zersplitterte Akteurslandschaft in Prävention und Gesundheitsförderung eher weiter verfestigt. Zwei Beispiele verdeutlichen diese Entwicklung – die **Präventionsgesetzgebung** (vgl. Kapitel D.III.2.a) und der Prozess der **nationalen Gesundheitszielentwicklung** (vgl. Kapitel D.III.2.c). Beide stellen Fortschritte dar und motivieren grundsätzlich zu akteursübergreifendem Handeln in der Prävention. In der derzeitigen Ausgestaltung fördern sie jedoch **zu wenig strategische Zusammenarbeit**. Dies liegt auch in der **Systematik der Gesetzgebungszuständigkeiten** begründet. Der Bund konnte mit dem Präventionsgesetz (PrävG) nur die Sozialversicherungsträger zur Zusammenarbeit verpflichten, nicht jedoch die Länder, Kommunen und andere Akteure außerhalb der Sozialversicherung. Zudem sind sowohl die mit dem PrävG geschaffenen Strukturen wie die Nationale Präventionskonferenz (NPK) als auch der Prozess der Gesundheitszieleentwicklung über den engen Akteurskreis hinaus zu wenig bekannt. Insbesondere ist die **Ein- und Anbindung an wissenschaftliche Akteure** und Initiativen sowie der Wissenschaftsressorts selbst zu wenig ausgeprägt. Hinzu kommt, dass in den Verband- und Netzwerkstrukturen die Zuständigkeiten unklar sind und Funktionen teilweise auch gedoppelt werden. Dies betrifft z. B. das Nebeneinander der NPK, der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) oder auch des Kooperationsverbunds gesundheitsziele.de (vgl. Kapitel D.III.1). Für Außenstehende sind die jeweiligen Zuständigkeiten nicht leicht zu verstehen. Für

| ²³ Seit 2022 enthält der Jahreswirtschaftsbericht des Bundeswirtschaftsministeriums ein Kapitel über Aspekte des Wohlstands und der Nachhaltigkeit, die für die Gesamtbewertung der Wirtschafts- und Finanzpolitik besonders wichtig sind. Vgl. OECD (29.08.2024) und Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (Hrsg.) (2024), S. 121 ff.

die Erarbeitung und Umsetzung der Gesundheitsziele sowie deren Umsetzungsbegleitung ist dies besonders problematisch.

Deutschland steht vor einem **grundlegenden Problem**: Die unterschiedlichen Zuständigkeiten auf der politischen Ebene (Bund, Länder, Kommunen) führen dazu, dass die Verfolgung und das Erreichen eines gemeinsamen Ziels nicht gelingen. Während der Bund allgemein-strategische Weichen stellt (PrävG, SGB, Infektionsschutzgesetz), sind Länder und Kommunen für die konkrete Umsetzung von Präventionsmaßnahmen sowie die Gesundheitsförderung der Bevölkerung verantwortlich. Die gegenwärtige durch das PrävG begründete Zielsteuerung und auch das Monitoring hauptsächlich durch die Sozialversicherungsträger hat dazu geführt, dass nationale Gesundheitsziele in Politik, Wissenschaft und Gesellschaft zu wenig hinsichtlich ihrer Bedeutung be- und anerkannt sind. Ihre konsistente Umsetzung leidet darunter. Zusätzlich verstärkt die föderale Struktur diese Schwierigkeiten: Nationale und landesbezogene Ziele und Strategien laufen parallel zueinander, haben keine politische Verbindlichkeit und schaffen weitere, nur in Teilen aufeinander abgestimmte Strukturen (vgl. Kapitel D.III.2.c).

Die Entwicklung einer **nachhaltig wirksamen Präventionsstrategie** erfordert eine Vielzahl unterschiedlicher Akteure sowie Kooperation auf allen politischen Ebenen (Bund, Länder, Kommunen). Nur so kann eine breite Umsetzung in verschiedenen Gruppen erreicht werden. Dabei müssen unterschiedliche Altersgruppen, soziale Schichten und gesellschaftliche Gruppen (z. B. Personen mit Migrationshintergrund) konsequent einbezogen und gezielt angesprochen werden. Hierfür ist eine geeignete Koordination erforderlich, die gegenwärtig nicht mitgedacht wird. Auch hier sollten Vorschläge aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen zu geeigneten Maßnahmen für unterschiedliche Zielgruppen genutzt werden.

I.2 Empfehlungen

– **Wissenschaft und Wissenschaftspolitik einbinden**: Wissenschaft und Wissenschaftspolitik sind mit Blick auf Prävention und Gesundheitsförderung bislang kaum strukturell eingebunden. Hier sollte nachgesteuert werden. So sollte das **Bundesministerium für Forschung, Technik und Raumfahrt (BMFTR)** an Initiativen und Strategien anderer Ressorts mit Gesundheits-/Präventionsbezug beteiligt werden. Auch auf Landesebene sollten die **Wissenschaftsministerien** in Landesgesundheitskonferenzen eingebunden werden. Kommunal ist es – auch hochschulseitig – zentrale Aufgabe, die **An- und Einbindung an wissenschaftliche Einrichtungen** besser zu gewährleisten, um effektive Gesundheits- und Präventionsnetze auszubilden. Dies könnte über den Einbezug von Präventionszentren erfolgen (vgl. Kapitel B.IV.2).

– **Verhältnis- und Verhaltensprävention zusammendenken**: Verhältnis- und Verhaltensprävention müssen stärker zusammengedacht werden.

Strukturelle Veränderungen müssen aus Sicht des Wissenschaftsrats mit individuellen Verhaltensanalysen und der Bewertung personenbezogener Gesundheitsrisiken verknüpft werden. Nur so wird sich die Gesundheit der Bevölkerung nachhaltig und langfristig verbessern. Hierzu kann die Gesundheitsforschung einen wichtigen Beitrag leisten (vgl. Kapitel B.IV).

- **Health *for* All Policies als Grundsatz setzen:** Für verbindliche und wirksame Gesundheitsorientierung im politischen Handeln ist das Zusammenspiel verschiedener Ressorts unabdingbar. Der Wissenschaftsrat regt dazu an, den Health *in* All Policies-Gedanken im Sinne eines „**Health *for* All Policies**“-Konzepts weiterzuentwickeln und hierdurch zu akzentuieren, dass Gesundheit fester Bestandteil und verbindliche Zielgröße in allen Politikbereichen sein und in der Maßnahmengestaltung demokratisch ausgehandelt werden muss – nicht nur im Gesundheitswesen selbst, sondern auch etwa in Stadtentwicklung, Bildungs-, Arbeits-, Wissenschaft-, Wirtschafts-, Agrar-, Ernährungs- oder Umweltpolitik. |²⁴ Hierzu sollten wissenschaftlich unterlegte Key Performance Indikatoren erarbeitet werden, die Erfolge von Präventionsmaßnahmen systematisch und vergleichbar in verschiedenen Gesellschaftsbereichen erfassen und verfolgen (vgl. Kapitel B.II.2). Als ergänzendes Instrument politischer Steuerung könnte die **Einführung einer Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (GVP)** in allen Politikfeldern überlegt werden – vergleichbar mit Umweltverträglichkeitsprüfungen. Eine solche systematische Bewertung gesundheitlicher Auswirkungen politischer Maßnahmen liefert politikfeldübergreifend wichtige Impulse. Dies soll bei der operativen Umsetzung mit geringstmöglichem bürokratischem Aufwand realisiert werden und Prozesse nicht verlangsamen.
- **Gesundheitsziele und Strategien zusammenführen:** Gesundheitsziele sollten auf eine übergreifende nationale Gesamtstrategie für Prävention und Gesundheitsförderung einzahlen. Dafür sollten sie **kaskadenförmig** angelegt sein und von wenigen übergreifend national visionären Zielen (z. B. Steigerung der durchschnittlichen gesunden Lebensjahre der Bevölkerung) in landes- und kommunenbezogene Teilziele umgesetzt werden, die **nationale und landesweite-/kommunale Strategien** miteinander verzahnen.
- **Entwicklung und Erreichen von Gesundheitszielen systematisch prüfen:** Für alle Gesundheitszielebenen müssten **evidenzbasierte Indikatoren** (vgl. auch Kapitel B.II.2), die die Zielerreichung bzw. den Grad der Zielerreichung oder -verfehlung in verschiedenen Gesellschaftsbereichen kontinuierlich messen, stärker als bislang hinterlegt werden und in einem **systematischen Monitoring und Reporting** Nachsteuerungsbedarfe oder kritische Entwicklungen

| ²⁴ Für die Bereiche Agrar und Ernährung hat der Wissenschaftsrat 2024 ein Zielbild für gesundheitsförderliche und nachhaltige Agrar- und Ernährungssysteme in Gesellschaft, Wissenschaft und Politik formuliert, vgl. Wissenschaftsrat (2024b), S. 12 ff.

aufgezeigt werden. Dies könnte auch an die Gesundheitsberichterstattung des Bundes gekoppelt werden.

- **Gesundheitsziele politisch und gesellschaftlich verbindlich machen:** Konkrete **Gesundheitsziele** können ein strategischer Hebel sein, um verschiedene individuell wie gesellschaftlich relevante Bereiche, in denen eine stärkere Gesundheitsorientierung wünschenswert ist, auszudifferenzieren, spezifische Handlungsfelder und Maßnahmen zu überlegen sowie Verantwortlichkeiten unterschiedlicher Akteure und Ressorts abzuschichten. Sie sollten dafür aber nicht nur Eingeweihten bekannt sein, sondern als **Leitlinie** für ressortübergreifendes politisches Handeln – auch in Interaktion mit verschiedenen Akteuren aus Gesellschaft, Wirtschaft, Wissenschaft oder auch Versorgung – angenommen werden und Verbindlichkeit schaffen.
- **Top-down- und Bottom-up-Ansätze wirksam gestalten:** Für eine wirksame Governance ist ein ausgewogenes **Zusammenspiel** zwischen **Bottom-up-Prozessen auf kommunaler Ebene** und einer **Top-down-Koordination** auf Bund-/Länderebene notwendig. Über Bottom-up-Prozesse müssen lokale Herausforderungen identifiziert und akzeptierte Lösungen entwickelt werden. Gleichzeitig bedarf es einer Top-down-Koordination, um Maßnahmen verbindlich umzusetzen, Zuständigkeiten zu klären und politische Kohärenz sicherzustellen.
- **Bund-Länder-Zusammenarbeit ausweiten:** Für eine nachhaltige und national wirkende Präventionsstrategie ist im föderalen Kompetenzgefüge ein **enges Zusammenwirken von Bund und Ländern** erforderlich. Der Wissenschaftsrat regt an, die **grundgesetzlichen Voraussetzungen** für eine Zusammenarbeit von Bund und Ländern zu schaffen, die es ihnen ermöglicht, auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung auf dem Vereinbarungswege zusammenzuwirken.
- **Präventionsgesetz weiterentwickeln:** Die auch von Seiten der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) |²⁵ geforderte **Weiterentwicklung des PräVG** ist aus Sicht des Wissenschaftsrats zu befürworten. Maßgabe hierfür sollte sein, strukturverändernde Prävention mit rechtlicher Verbindlichkeit, praktikabler Umsetzung mit wissenschaftlicher Begleitung und nachhaltiger Finanzierung in allen gesellschaftlichen Bereichen zu verankern.

| ²⁵ Vgl. Gesundheitsministerkonferenz (2025).

II.1 Problemlage

Strukturelle Voraussetzungen und Rahmenbedingungen

Der Wissenschaftsrat erachtet eine umfassende **Datenvorhaltung und -nutzung** als wesentlich für die Messung, Prüfung und Steuerung des Gesundheitszustands und -verhaltens der Bevölkerung auf individueller wie kollektiver Ebene. In den letzten Jahren wurden mit legislativen Maßnahmen wie dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) oder auch dem Medizinforschungsgesetz wichtige Schritte getan, um die Voraussetzungen, Standards, Harmonisierungsvorgaben und Nutzungsmöglichkeiten von Gesundheitsdaten zu Forschungszwecken wesentlich zu verbessern. Speziell für die Universitätsmedizin wurde durch die Medizininformatik-Initiative (MII) und ihre Datenintegrationszentren (DIZ) sowie das Netzwerk Universitätsmedizin (NUM) eine gemeinsame nationale Forschungsdateninfrastruktur an allen deutschen Universitätskliniken aufgebaut. Über das Forschungsdatenportal Gesundheit (FDPG) der MII können Forschende die Nutzung von Daten und Bioproben der deutschen Universitätskliniken beantragen. Über die NUM-Transferstelle erhalten Forscherinnen und Forscher Zugang zu den Studiendaten des NUM. |²⁶ So wurde eine vielversprechende Kooperationsstruktur zwischen den medizinführenden Hochschulen in Deutschland geschaffen. In der vom Verband der Universitätsklinika Deutschland (VUD), dem Medizinischen Fakultätentag (MFT) und der Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung (TMF) als Koordinatoren der MII sowie dem NUM gemeinsam initiierten Koordinierungsgruppe für Gesundheitsforschungsdateninfrastrukturen (GFDI) arbeiten wesentliche Akteure aus der Forschung und Ministerien zusammen, um die Nutzung von Gesundheitsdaten für die Forschung zu fördern. |²⁷ Neben NUM und MII gehören u. a. die Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung, das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen (NCT), die NAKO Gesundheitsstudie, die Krebsregister, das Robert Koch-Institut (RKI) und sein Zentrum für Künstliche Intelligenz in der Public Health-Forschung (ZKI-PH) und das medizinbezogene Konsortium NFDI4Health der Nationalen Forschungsdateninfrastruktur (NFDI) als wesentliche standortübergreifende Dateninfrastrukturen zu den Mitgliedern. |²⁸ Gleichwohl sind **Schnittstellen und Verbindungen** sowohl innerhalb dieser Netzwerke als auch innerhalb des universitären bis hin zum außeruniversitären Bereich, zur Ressortforschung und zur Nationalen Agentur für Digitale

| ²⁶ Beispielsweise den NAPKON-Kohorten (Nationale Pandemie Kohorten Netz), Sektorenübergreifende Plattform (SÜP), Hochauflösende Plattform (HAP) und Populationsbasierte Plattform (POP).

| ²⁷ Vgl. Medizininformatikinitiative (o. D.).

| ²⁸ NFDI4Health trägt dazu bei, medizinische Forschungsdaten für eine sichere, DSGVO-konforme Nutzung zu standardisieren und harmonisieren, während der RatSWD sozial- und wirtschaftswissenschaftliche Daten zugänglich macht und deren Qualität, Integrität und Datenschutz sicherstellt.

Medizin (gematik) noch ausbaufähig. Eine ausreichende Digitalisierung von Prozessen ist hierfür Voraussetzung.

Gleichzeitig beschränken sich die Datenbestände aufgabenbedingt auf ein mehr oder weniger selektives Bevölkerungsspektrum, beispielsweise auf Patientinnen und Patienten der Universitätsklinika. Insbesondere mit Blick auf präventionsbezogene Forschungsfragestellungen sind jedoch umfassendere Bevölkerungsdaten von Relevanz, die nicht nur Patientinnen und Patienten bzw. erkrankte Personen, sondern auch gesunde Bevölkerungsgruppen einschließen. Das am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) angesiedelte **Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ Gesundheit)** stellt hierfür eine wichtige Ergänzung dar. |²⁹ Dort werden auf bundesgesetzlicher Grundlage (SGB V) im ersten Schritt die Abrechnungsdaten aller 94 Gesetzlichen Krankenkassen zusammengeführt und auf der Basis von Forschungsanträgen in einem sogenannten „trusted research environment“ zur Auswertung bereitgestellt. In einer folgenden Ausbaustufe können im FDZ Gesundheit zusätzlich die Daten der Krebsregister personenbezogen mit den Gesetzlichen Krankenversicherungs-(GKV-)Daten verknüpft werden. Das FDZ ist auch Bestandteil eines einheitlichen nationalen Gesundheitsdatenraums im Zuge der Umsetzung der Verordnung zur Etablierung eines **Europäischen Gesundheitsdatenraums (European Health Data Space, EHDS)**. Ziel des EHDS ist es, ein gemeinsames Datennutzungssystem zwischen den verschiedenen Akteuren aus Wissenschaft, Wirtschaft, ÖGD und auch der Politik europaweit zu errichten. In der strukturellen Ausrichtung sind diese Prozesse äußerst komplex, bieten aus Sicht des Wissenschaftsrats jedoch im Falle einer umsichtigen und effizienten Strukturierung ein großes Potenzial für die Gesundheitsforschung, einschließlich der Präventionsforschung.

Als weitere wesentliche Forschungsinfrastrukturen, die für die Gesundheitsforschung insgesamt, aber auch für die Präventionsforschung von Bedeutung sind, sind **Biobanken** zu nennen. Deren Qualitätssicherung und Standardisierung stellen wesentliche Desiderate für eine umfassende, auch standort- und institutionsübergreifende wissenschaftliche Nutzbarkeit dar. Aus Sicht des Wissenschaftsrats ist es daher zu begrüßen, dass sich die Bundesregierung im Koalitionsvertrag die Errichtung einer nationalen Biobank als Grundlage für Präventions-, Präzisions- und personalisierte Medizin zum Ziel gesetzt hat. |³⁰ Der koordinierte Netzwerk- und Strukturaufbau zwischen NUM und dem German Biobank Node (GBN) sowie das in der Folge aus einem breiten wissenschaftlichen wie industriellen Netzwerk erarbeitete Konzept für eine „Biobank-

| ²⁹ Über das FDZ ist der Zugriff auf pseudonymisierte Abrechnungsdaten aller gesetzlichen Krankversicherungen zu Forschungszwecken für Einrichtungen der Gesundheitsforschung und maßgebliche Bundesorganisationen möglich.

| ³⁰ Vgl. Christlich Demokratische Union Deutschlands/ Christlich-Soziale Union in Bayern; Sozialdemokratische Partei Deutschlands (Hrsg.) (2025), S. 78.

Plattform Deutschland“ sind aus Sicht des Wissenschaftsrats sinnvoll. Gleichzeitig sollten auch Anknüpfungspunkte zu großen Gesundheitsstudien wie z. B. der NAKO Gesundheitsstudie sichergestellt werden.

Der Wissenschaftsrat erachtet eine **bessere Datenstandardisierung und Harmonisierung** auf Basis internationaler Standards als notwendig. Daten müssten nicht nur systematisch erfasst, sondern auch zwischen den relevanten Akteuren genutzt werden können. Die elektronische Patientenakte (ePA) bietet hier erhebliche Potenziale, die gehoben werden müssen. Möglichkeiten und Verbesserungs-/Entwicklungsspielräume der jüngsten Legislativmaßnahmen (z. B. GDNG und das sich in der Verbändeanhörung befindliche Registergesetz) sind wichtige Schritte in die richtige Richtung, genügen aber in der aktuellen Ausgestaltung noch nicht, um die Forschung in Deutschland im internationalen Vergleich auf ein kompetitives Niveau heben zu können. Weitere Anstrengungen werden notwendig sein, um z. B. den Aufwand für datenschutzrechtliche und ethische Prüfungen zu reduzieren und gleichzeitig das Schutzniveau personenbezogener Daten hoch zu halten. Der Wissenschaftsrat bekräftigt sein Plädoyer für eine datenschutzrechtskonforme Erleichterung des Datenzugangs für Forschungszwecke im Interesse des Gemeinwohls, verbunden mit hohen Anforderungen an die Datensicherheit. |³¹

Evidenzgenerierung und Datennutzung für Präventionsforschung

Wie in vielen Bereichen in Deutschland ist auch die **Datenlage zu Gesundheitsfaktoren und effektiven Präventionsmaßnahmen** eher erschwert. Als größtes und weiterhin bestehendes Defizit hat der Wissenschaftsrat im Bereich der Gesundheitsdatennutzung bereits 2022 die mangelnde Verfügbarkeit, Vernetzung und Integration qualitativ guter versorgungsnaher Daten ausgemacht. Dies betrifft eine datenbasierte Vernetzung über verschiedene Akteure und Einrichtungen des Wissenschafts- und Gesundheitssystems sowie über Sektorengrenzen hinweg. |³² Erschwerend für die Prävention kommt der Umstand hinzu, dass grundsätzlich wenige Daten routinemäßig in der Gesamtbevölkerung erhoben werden. Daten bis zur letzten „U-Untersuchung“ werden zwar deutschlandweit erhoben |³³, aber nicht zentral gespeichert. Dadurch sind sie weder für ein bevölkerungsweites Gesundheitsmonitoring noch beispielsweise für den Aufbau eines Fehlbildungsregisters geeignet. |³⁴ Auch die ärztliche Bestimmung von Todesursachen sollte differenzierter und standardisierter erfolgen, um die Analysemöglichkeiten zu erweitern. Die Daten von beispielsweise Check-up-Untersuchungen (u. a. Gesundheits-Check-up 30/35, Daten des Mutterpasses) werden erhoben, aber nicht bundesweit zusammengeführt und können deshalb nicht

| ³¹ Vgl. Wissenschaftsrat (2022).

| ³² Vgl. Wissenschaftsrat (2022), S. 10.

| ³³ Vgl. ExpertInnenrat „Gesundheit und Resilienz“ (2024e).

| ³⁴ Vgl. Bundesärztekammer (2022).

übergreifend analysiert werden. Auch weitere Daten aus bundesweiten Untersuchungen wie den Schuleingangsuntersuchungen müssten besser zugänglich gemacht und genutzt werden können. |³⁵ Ähnliches gilt für die über die ePA ermöglichte digitale Dokumentation von Impfungen, die internationalen Standards entsprechen sollte.

Für die **Forschung** im Bereich der Prävention ist es aus Sicht des Wissenschaftsrats gemäß dem interdisziplinär gefassten Präventionsbegriff zusätzlich entscheidend, dass Gesundheitsdaten auch mit anderen Daten (z. B. Umwelt- oder Sozialdaten) verknüpft werden können. Es muss neben den entsprechenden rechtlichen und technischen Grundlagen (z. B. unique identifier) folglich auch **Interoperabilität** zwischen den Daten von Forschungseinrichtungen, verschiedenen Sektoren der Gesundheitsversorgung und weiteren gesellschaftlichen Bereichen gewährleistet werden. Dies betrifft insbesondere auch Zugänge zu Datenbeständen von privaten Konzernen, die sich aus *Wearables* |³⁶ ergeben. Diese sind mit Blick auf Bewegungs-/Verhaltensdaten und motivationale Fragestellungen auch in anonymisierter oder pseudonymisierter Form von großem Interesse. Auch müssen Verknüpfungen sowie tiefere und detailliertere Auswertungen (z. B. auf der Ebene der 5-stelligen Postleitzahlbezirke) zulässig sein. Dabei sollte verdeutlicht werden, dass diese Daten nicht zum Selbstzweck, sondern als Basis zur Evidenzgenerierung und Stärkung von Prävention und von Präventionsmaßnahmen erhoben werden. Darüber hinaus bieten technologische Entwicklungen im Bereich Künstliche Intelligenz (KI) v. a. mit Blick auf Primärprävention große Potenziale, um drohende Krankheiten zu identifizieren und entsprechend präventive Maßnahmen abzuleiten. |³⁷ Diese Entwicklungen sind insbesondere mit Blick auf personalisierte Präventionsansätze von Bedeutung.

Ausgehend von einem interdisziplinären Präventionsbegriff müssten nach Ansicht des Wissenschaftsrats idealerweise **wissenschaftliche Indikatorensets** entwickelt werden, die den Outcome von Präventionsmaßnahmen auf Verhaltens- wie Verhältnisebene messbar machen und **verschiedene Risikofaktoren** (umweltbezogen, psychosozial, biologisch etc.) in ihrem Zusammenspiel identifizieren. Bestehende Ansätze sollten dabei berücksichtigt werden. |³⁸ Es bedarf auch Überlegungen dazu, welche **Monitoring-Instrumente** installiert werden müssen, um eine valide und standardisierte Datenbasis zu schaffen und über

| ³⁵ Vgl. ebd.

| ³⁶ Wearables sind kleine Computersysteme, die direkt am Körper getragen werden. Durch sie ist es möglich, unter anderem die Herzfrequenz, den Blutdruck, den Blutzuckerspiegel, den Schlaf oder den Kalorienverbrauch zu messen und die Messergebnisse anschließend über Applikationen (Apps) bewerten zu lassen. Am weitesten verbreitet sind Fitness- oder Activity-Tracker. Vgl. Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (27.02.2025).

| ³⁷ Vgl. Mossavarali et al. (2025).

| ³⁸ Exemplarisch kann auf die Präventionsindikatoren einer Arbeitsgruppe der Gesundheitsberichterstattung (UAG Präventionsindikatoren) verwiesen werden. Vgl. Rödiger; Gerlich; Walter (2024). Ein weiteres Beispiel ist das Präventionsindikatorensystem der Länder, mit dem die Länder einen harmonisierten Indikatorenansatz für die Präventionsberichterstattung entwickelt haben. Vgl. Nationale Präventionskonferenz (2023), S. 80.

welche Strukturen eine sektorenübergreifende Nutzung gewährleistet werden kann. |³⁹ Ein Beispiel ist die Krankheitslast-Studie (BURDEN 2020) des RKI aus 2018–2021. |⁴⁰

Für die Implementierung, Begleitung und Evidenzermittlung von Präventionsmaßnahmen und -projekten kann eine **regionale Fokussierung** ein relevanter Bezugs- und Testraum sein, der im Sinne von Modellregionen angelegt werden könnte. Dies kann sowohl die Wirksamkeit und Effektivität von gesundheitsbezogenen Maßnahmen als auch neue Finanzierungsmechanismen umfassen (vgl. Kapitel B.VI).

Als Schwierigkeit für die Implementierung und langfristige Erfolgsmessung von Präventionsmaßnahmen erweist sich gegenwärtig ein **hohes Maß an projektgebundenen Vorhaben**, die mit einer gewissen Kurzfristigkeit einhergehen. Hier muss für mehr Langfristigkeit und konsistente Weiterführungs- bzw. Übermittlungsoptionen von Erkenntnissen Sorge getragen werden.

Damit Prävention zudem **agil und schnell reaktionsfähig** bleibt – etwa bei Hitze, Pandemien oder anderen Krisen – braucht es **Echtzeit-Evidenz** über Präventions- und Risikofaktoren und Verhalten. |⁴¹ Adaptive qualitative Public Health-Sentinel-Kohorten |⁴² und quantitativ angelegte Monitorings liefern kontextsensitive Signale zur Entwicklung eines Lagebildes der Bevölkerung. Diese müssen rechtzeitig vor Krisenzeiten installiert werden. Im Zusammenspiel mit etablierten Instrumenten des Gesundheitsmonitorings (z. B. des RKI oder des Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)) können so Bedarfe abgeleitet, Zielgruppen identifiziert, Barrieren und Treiber von Gesundheitsverhalten

|³⁹ Vgl. Bundesärztekammer (2021).

|⁴⁰ Das RKI führte von 2018 bis 2021 eine nationale Krankheitslast-Studie (BURDEN 2020) durch, in der sowohl national als auch unter Betrachtung regionaler Besonderheiten eine Krankheitslastanalyse der deutschen Bevölkerung erarbeitet wurde, um unter Berücksichtigung von Morbiditäts- und Mortalitätsfaktoren verlorene Lebensjahre in der deutschen Bevölkerung zu ermitteln. Ziel war es, über das Projekt eine datenbasierte Informationsgrundlage für Entscheidungsakteure im Gesundheitswesen zu schaffen, die eine bedarfsgerechte, zweckmäßige und wirtschaftliche Planung zur Präventionsmaßnahmen für bestimmte Krankheitsbilder unterstützt. Zu Ergebnissen der Studie vgl. Wengler et al. (2023). Neben regionalen Daten können die Ergebnisse auch geschlechterspezifisch sowie nach Alterskohorten für verschiedene Krankheitsbilder (z. B. Diabetes mellitus, Krebserkrankungen oder auch Herz-Kreislaufkrankungen) diversifiziert werden. Vgl. Robert Koch-Institut (2021).

|⁴¹ Vgl. Daube; Jenny; Pelull (2025) und Zintel et al. (2025).

|⁴² Der Begriff adaptive qualitative Public Health-Sentinel-Kohorten bezeichnet neue Formen von Bevölkerungsstudien, die in der Public Health-Forschung entwickelt werden, um Gesundheitsentwicklungen in Echtzeit zu beobachten und frühzeitig auf Krisen reagieren zu können. Diese Kohorten werden „adaptiv“ genannt, weil sie sich dynamisch an veränderte Bedingungen anpassen – etwa bei Hitzewellen, Pandemien oder Fluchtbewegungen. Sie basieren auf fortlaufenden, meist appgestützten Datenerhebungen, die situativ erweitert werden können. „Qualitativ“ bezieht sich auf begleitende Fokusgruppen und Befragungen, die Einstellungen, Wahrnehmungen oder soziale Kontexte der Teilnehmenden erfassen. Die Teilnehmenden fungieren als Public Health Sentinels („Gesundheitswächter der Bevölkerung“) und liefern Hinweise auf neue Risiken, Belastungen oder Stimmungsumschwünge im Alltag der Bevölkerung. Ein Beispiel ist die PULS-Studie (Populationsbasierte Umfrage zur Lebenssituation und Sozialen Gesundheit) des Zentrums für Präventivmedizin und Digitale Gesundheit der Universität Heidelberg. Sie zielt darauf, gesellschaftliche und gesundheitliche Lagen in Krisenzeiten kontextsensitiv und nahezu in Echtzeit zu erfassen, auch um politische Entscheidungen und Präventionsmaßnahmen evidenzbasiert und schneller treffen zu können.

II.2 Empfehlungen

- **Datenharmonisierung und Anschlussfähigkeit gewährleisten: Strategiebildung und Harmonisierung** von verschiedenen Datenarten und Datenbeständen sollte auf **bereits etablierten Prozessen und Vorhaben** aufsetzen. Explizit zu begrüßen ist der BMG-seitig verfolgte Prozess zur Etablierung einer Datenstrategie für das BIÖG. Weiterhin muss eine **Anschlussfähigkeit an den geplanten EHDS** gewährleistet sein. Dies ist im aktuellen Registergesetz ausdrücklich angelegt. Hierzu ist es auch notwendig, dass neben dem BMG auch weitere Ressorts wie das BMFTR sowie geeignete GFDI in die Ausgestaltung der EU-Verordnungsumsetzung einbezogen werden.
- **Gesundheitsdatenbestände ausschöpfen:** Es ist aus Sicht des Wissenschaftsrats zu begrüßen, dass über das GDNG und auch im Rahmen der Verordnung des EHDS die Nutzung von Gesundheitsdaten für und in der Forschung ein Zweck für sich ist. Damit diese Vorteile gegenüber institutionsbezogenen Nutzungs- und Zugriffsrechten vollständig zum Tragen kommen können, ist es erforderlich, dass die Zugriffe auf Gesundheitsdaten der Bevölkerung, beispielsweise über das FDZ Gesundheit, für wissenschaftliche Einrichtungen **nicht durch komplexe Zugriffsregularien und -bedingungen** erschwert werden. Insbesondere für innovative Forschungsfragestellungen (z. B. auch die Nutzung von KI, insbesondere auch in der Diagnostik) ist es wichtig, neben Analysemöglichkeiten in Trusted Research Environments auch unmittelbare **Zugriffsmöglichkeiten auf originäre Datensätze** zu gewährleisten. Hier sollte geprüft werden, wie die Nutzung möglichst rechtssicher und gleichzeitig forschungsfreundlich gestaltet werden kann. Ein Verbot mit Erlaubnisvorbehalt führt dazu, dass bei jeder legitimen Nutzungsanfrage zunächst langwierig geprüft werden muss, bevor die Erlaubnis erteilt wird. Hier über andere Lösungsmöglichkeiten nachzudenken, ist sicher hilfreich, insbesondere über ein **Erlaubnisprinzip mit Sanktions-/Verbotsmöglichkeiten**. Darüber hinaus hält der Wissenschaftsrat an seiner Empfehlung eines **nationalen FDPG** fest, das aufbauend auf bestehenden Lösungen und insbesondere mit Blick auf den künftigen EHDS über dezentral verortete Datenbestände v. a. der öffentlichen Hand informiert und Forschende beim Zugang zu diesen Datenbeständen unterstützt. |⁴³
- **Interoperable, standardisierte und nachnutzbare Datenbereitstellung ermöglichen:** Möglichkeiten der **Digitalisierung** für eine präventionsbezogene Datennutzung und -analyse müssen bevölkerungsbezogen besser ausgeschöpft werden. Sämtliche Datenhalter (z. B. Gesundheitsprofessionen,

| ⁴³ Vgl. Wissenschaftsrat (2022), S. 48 f.

Leistungserbringer, aber auch Krankenhausinformationssysteme) müssen verbindlich zu einer **interoperablen, standardisierten und nachnutzbaren Datenbereitstellung** angehalten werden, um die forschungsbezogenen Potenziale digitaler Gesundheitsdaten vollständig ausschöpfen zu können. Skandinavische Länder können u. a. als Vorbilder dienen (Stichwort: unique identifier für Forschungs- und Versorgungsdaten). Auch wäre es aus Sicht des Wissenschaftsrats wünschenswert, dass private Anbieter anonymisierte oder pseudonymisierte Datenbestände, z. B. aus Wearables, zu Forschungszwecken über Datenspenden verfügbar machen. Dies betrifft insbesondere motivationale und verhaltensbezogene Forschungsfragestellungen.

– **Potenziale der ePA heben:** Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass die Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag eine Erweiterung der U-Untersuchungen beabsichtigt. Diese Daten sollten, ähnlich wie die **Daten aus Routinecheckups** (z. B. Gesundheits-Check-Up 30/35, Daten aus dem Mutterpass) unbedingt auch für die **Forschung** nutzbar gemacht werden. Hierzu sind eine Standardisierung und zentrale Dokumentation erforderlich. |⁴⁴ Die ePA sowie das FDZ Gesundheit beim BfArM bieten hier Möglichkeiten, die konsequent genutzt und in ihrer Implementierung beschleunigt werden müssten.

– **Biobanken standardisieren und Probenbestände erweitern:** Zentralisierungsentwicklungen in Richtung einer **nationalen Biobank-Plattform** und damit verbundene Zugriffs- und Kooperationsmöglichkeiten zu Forschungszwecken sind aus Sicht des Wissenschaftsrats zu befürworten. Gleichzeitig gilt es speziell mit Blick auf Bedarfe der Präventionsforschung nicht nur – wie für z. B. Biobanken an Universitätsklinika üblich – Proben von erkrankten Personen zu sammeln, sondern auch **Biobank-Bestände zu Proben von gesunden Menschen** aufzusetzen bzw. zu öffnen. In der NAKO Gesundheitsstudie wurden von etwa 200.000 Teilnehmenden bereits etwa 30 Mio. Biosamples gewonnen. Eine umfassende Charakterisierung dieser Proben ist im Aufbau. |⁴⁵ Die Lifelines-Bevölkerungsstudie aus den Niederlanden (vgl. Kapitel D.III.2.c) und die hier implementierten Biobank-Strukturen, Prozesse und Materialien sind aus Sicht des Wissenschaftsrats vorbildhaft.

– **Antragsprozesse zur Datennutzung einfach, verlässlich und schnell gestalten:** Um für die Präventionsforschung ihr volles Potenzial entfalten zu können, ist es mit Blick auf Gesundheitsstudien, aber auch für krankheitsbezogene Register (z. B. das Krebsregister) oder Biobanken sowie weitere relevante Forschungsinfrastrukturen der Gesundheitsdatengenerierung von zentraler Bedeutung, dass **Antragsprozesse und Verfügbarkeit** von Datenbeständen **einfach, verlässlich und schnell garantiert** werden. Auch hier sind niederländische Pendanten wie die Lifelines-Studie beispielhaft.

| ⁴⁴ Vgl. auch ExpertInnenrat „Gesundheit und Resilienz“ (2024c).

| ⁴⁵ Vgl. u. a. Wichmann et al. (2016).

- **Datenbestände in notwendiger Detailtiefe bereitstellen:** Für Fragestellungen der Präventionsforschung ist oftmals eine **tieferer und detailliertere Auswertung**, z. B. bezogen auf lokale Sportangebote, Ausstattung von Schulen, von Nöten, die teilweise mit datenschutzrechtlichen Vorschriften in Konflikt steht. Hier sollte – sofern es die wissenschaftliche Fragestellung rechtfertigt – mit Augenmaß über den **Umfang der Datenbereitstellung und Analysegranularität** entschieden werden, um Forschungsprozesse nicht einzuschränken. Gleichwohl muss auch hier ein Sanktionsvorbehalt in Fällen wissenschaftlichen Fehlverhaltens ausgesprochen werden.
- **Key Performance Indicators (KPI) festlegen:** Als Grundlage für Steuerung und Evaluation von Präventionsmaßnahmen können evidenzbasierte **KPIs** hilfreich sein, mit denen sich Erfolge von Prävention und Gesundheitsförderung systematisch und vergleichbar auf Bevölkerungsebene in **verschiedenen Gesellschaftsbereichen** erfassen und verfolgen lassen. Beispiele hierfür sind die Senkung der Schlaganfallinzidenz, die Steigerung der Lebenserwartung in bestimmten Bevölkerungsgruppen oder klimaschutzrelevante Kennzahlen im öffentlichen Raum. Diese sollten auch mit politikfelderübergreifenden Gesundheitszielen verknüpft werden und KPIs zur Messung idealerweise ressortübergreifend verhandelt und festgelegt werden (vgl. Kapitel B.I.2). Diese sollten einfach, änderungssensitiv und gut messbar sein.
- **Echtzeit-Evidenz und Frühwarnsysteme aufbauen:** Eine dauerhafte, adaptive **Surveillance Infrastruktur** kann kontextsensitive Signale für Prävention, Krisen- und Klimarisiken liefern und systematisch in politische Entscheidungs- und Programmprozesse eingespeist werden. Bestehende Infrastrukturen (wie das RKI Panel Gesundheit in Deutschland) sollten weiter ausgebaut werden, um Gesundheitsverhalten gezielt zu fördern.
- **Gesundheitsstudien breiter anlegen:** Große Studien wie die NAKO Gesundheitsstudie legen in Deutschland oft den Fokus auf ältere Bevölkerungsgruppen, während junge Menschen und spezifische Settings, wie Schulen oder Kindergärten, bislang unterrepräsentiert sind. Eine **breitere Einbindung** solcher Settings kann aus Sicht des Wissenschaftsrats dabei helfen, Verhaltensänderungen tiefergehend zu begleiten und zu erheben sowie Kompetenzbildung flächendeckend zu fördern. Auch sollten Daten aus diesen Studien mit **Routinedaten**, aber auch weiteren **Datenbeständen** (z. B. Umweltdaten, sozioökonomischen Daten, motivationalen Daten) verknüpft werden können. Die NAKO sollte zudem enger mit dem RKI Panel Gesundheit und ggf. wo sinnvoll auch weiteren Kohorten in Deutschland zusammenarbeiten.
- **Interdisziplinäre Experimentierräume schaffen:** Umwelt-/Klimafaktoren (u. a. Stadtplanung, Lärmentwicklung, Hitzeschutz, Luftschadstoffe etc.), **sozioökonomische Aspekte** (u. a. individuelle finanzielle Situation, Armut, Bildung) aber auch **soziale Bedingungen** (u. a. Lebensverhältnisse, Teilhabeoptionen) wie **motivationale, psychosoziale und geschlechtersensible Faktoren**

spielen für Gesundheit eine zentrale Rolle. Dies erhöht die Komplexität der Befassung mit Prävention erheblich. Wo es hierfür bereits belastbare Daten und Erkenntnisse mit Blick auf Einflüsse der Faktoren auf Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung gibt, gilt es geeignete **Experimentier-räume** aufzusetzen. Diese sollen wissenschaftlich begleitet und in verschiedene Lebenswelten (z. B. Arbeit/betriebliches Umfeld, Schulen |⁴⁶, Kitas) integriert werden, um ein offenes Innovationsumfeld zur Erprobung neuer evidenzbasierter Handlungsansätze und Maßnahmen zwischen verschiedenen Akteuren (u. a. Politik, Wissenschaft, Versorgung, Wirtschaft, Gesellschaft) zu schaffen. Wo Daten, Evidenz und wissenschaftliche Kompetenz für die Maßnahmenentwicklung und -begleitung fehlen, sollten diese erbracht bzw. aufgebaut werden.

- **Kohortenstudien auf Verstetigungspotenziale prüfen:** Mit Blick auf die Nachhaltigkeit und ein systematisches Monitoring von Gesundheitsentwicklung ist eine etappenweise angelegte Projektfinanzierung von Großstudien wie im Falle der NAKO potenziell hinderlich. Der Wissenschaftsrat spricht sich dafür aus, **Verstetigungsoptionen für derartige Kohortenstudien oder dauerhaft nutzbare Teilaspekte** zu prüfen. Neben dem Wissenschaftsressort sollte an den Überlegungen, wo thematisch und zuständigkeitshalber angebracht, auch das Gesundheitsressort beteiligt werden.

B.III GESUNDHEITSKOMMUNIKATION UND -KOMPETENZ FÖRDERN UND IHRE GOVERNANCE STÄRKEN

III.1 Problemlage

Gesundheitskommunikation |⁴⁷ und **Kompetenzbildung** |⁴⁸ wie **-vermittlung** spielen auch unter dem Aspekt der Evidenz- und Qualitätssicherung eine wesentliche Rolle. Dabei müssen die unterschiedlichen Lebenswelten und Handlungsrealitäten verschiedener Zielgruppen (z. B. unterschiedliche Altersgruppen, kulturelle Hintergründe oder auch Bildungslevel) anerkannt, differenziert betrachtet und entsprechend angesprochen werden. Studien zur Gesundheitskompetenz zeigen, dass sich diese innerhalb Deutschlands in den letzten Jahren

| ⁴⁶ Als Beispiel kann das Programm „Mental Health Coaches“ des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMBFSFJ) angeführt werden, das als Modellprogramm seit Herbst 2023 die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern durch den Einsatz von Mental Health Coaches an Schulen stärkt. Das Programm wird wissenschaftlich begleitet und in seiner Wirkung evaluiert. Vgl. Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Gesundheit (23.01.2025).

| ⁴⁷ Gesundheitskommunikation bezeichnet das Forschungs- und Praxisfeld, das Kommunikation über Gesundheit und Krankheit – interpersonell, massenmedial oder digital – beschreibt, erforscht und gestaltet, um Gesundheitsförderung und Prävention zu unterstützen. Vgl. Schäfer; Reifegerste (2025).

| ⁴⁸ Gesundheitskompetenz (auch: Health Literacy) ist das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, verstehen, bewerten und anwenden, um im Alltag in Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung informierte Entscheidungen zu treffen. Vgl. Jordan (2023).

– entgegen vorheriger Trends – leicht verbessert hat. Dies jedoch primär in gut situierten Bevölkerungsgruppen. Schwierigkeiten sind zudem weiterhin auch im Zusammenhang mit einer herausfordernden Informationsumgebung im Bereich Gesundheit zu sehen. |⁴⁹ Es bedarf aus Sicht des Wissenschaftsrats **gesamtgesellschaftlicher, kommunikativer Anstrengungen** verschiedener Akteure aus Politik, Einrichtungen des ÖGDs und der Wissenschaft sowie eines Einbezuges von Patienten- und Betroffenenvertretungen und anderen Expertinnen und Experten, um informierte Gesundheitsentscheidungen zu ermöglichen und die Akzeptanz sowie Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse durch eine zielgruppen- und kontextsensible Gesundheitskommunikation zu fördern.

Für die **Bereitstellung verlässlicher Informationen** ist ein verbessertes Zusammenspiel zwischen hochschulischen Einrichtungen, außeruniversitären und Ressortforschungseinrichtungen sowie die des ÖGDs sinnvoll. Wissenschaftliche Einrichtungen sind wesentlich für die Erkenntnisgewinnung zu Faktoren, die die Entwicklung bestimmter Krankheitsbilder oder Verhinderung von Präventionsverhalten betreffen. Diese Erkenntnisse müssten für eine öffentlichkeitswirksame Übermittlung oder die evidenzbasierte Entwicklung von Interventionen stärker mit Stellen, die regional-kommunal wirken, wie z. B. mit den Gesundheitsämtern oder auch dem BIÖG als bundesweiten Gesundheitskommunikator gekoppelt werden.

Für eine stärkere Präventions- und Gesundheitsorientierung ist entscheidend, dass Angebote nicht nur bekannt, zugänglich und praktisch umsetzbar sind, sondern auch systematisch an unterschiedliche Lebenswelten angepasst, in ihrer Wirksamkeit optimiert, partizipativ, barrierefrei und fair ausgestaltet werden.

Der **Behavioural- and Cultural-Insights-Ansatz (BCI)** der WHO bietet dafür einen geeigneten Rahmen |⁵⁰: Ziel ist es, menschliches Verhalten zu verstehen, um die Gesundheit aller zu fördern. Der Ansatz verbindet Verhaltens- und Kulturwissenschaften, um Gesundheitspolitik, Services und Kommunikation passgenau auszurichten, Ergebnisse zu verbessern und Ungleichheiten zu verringern. Der methodische Kern besteht aus vier Phasen – **Situationsanalyse, Forschung, Interventionsdesign, Implementierung & Evaluation** – die dem

|⁴⁹ Als Beispiel kann die über mehrere Jahre laufende Studie „Gesundheitskompetenz in Deutschland (HLS-GER)“ der Universität Bielefeld angeführt werden, die gezeigt hat, dass sich die Gesundheitskompetenz vom ersten Studienzyklus im Jahr 2014 im Vergleich zum zweiten Zyklus in 2020 zunächst verschlechtert hat. Dabei zeigten sich nicht nur soziale Gradienten in der Gesundheitskompetenzverteilung, sondern auch, dass insbesondere auf die digitale Gesundheitskompetenz bezogen der Umgang mit navigationsrelevanter Information im Sinne der Fähigkeit, sich im Gesundheitssystem zu orientieren und zurechtzufinden, besonders schwerfällt. Vgl. Schaeffer; Berens; Hurrelmann (2023). Die aktuell 2025 veröffentlichten Ergebnisse der HLS-GER-Studie zeigen ein leicht verbessertes Bild, allerdings nur bei Bevölkerungsgruppen, die sozial und finanziell bessergestellt sind. Die Navigation und Orientierung im Gesundheitssystem fallen weiterhin schwer. Vgl. Uni Bielefeld (o. D.).

|⁵⁰ Vgl. Snijders et al. (2025).

Public Health Action Cycle ähneln. |⁵¹ Ergänzt wird der Ansatz durch die Entwicklung von Programmtheorien, die ein systematisches Verständnis der Wirkmechanismen von Interventionen und ihrer Implementierung ermöglichen. |⁵² Diese beschreiben, wie eine Intervention zu ihren Effekten führen soll und unter welchen Bedingungen, und verknüpfen dabei Theory of Change sowie Action und Change Model (zur Beschreibung, wie Interventionen umgesetzt werden und warum sie wirken). Eine solche theoretische Fundierung unterstützt sowohl die Planung als auch die Evaluation komplexer Implementierungsprozesse und Interventionen.

Politisch flankiert wird der BCI-Ansatz durch die globale WHO-Resolution *Behavioural Sciences for Better Health* (WHO76.7, 2023), in der sich die Mitgliedstaaten u. a. auf Mainstreaming verhaltenswissenschaftlicher Ansätze, den Aufbau entsprechender Einheiten und Funktionen sowie den Evidenz-, Kompetenz- und Kapazitätsaufbau verständigt haben. Auf europäischer Ebene konkretisiert die Regionalresolution (EUR/RC72/R1, 2022) dies in einem fünfjährigen Aktionsrahmenwerk mit strategischen Verpflichtungen, nationalen Kontaktstellen und regelmäßigem Reporting. So werden **Zielgruppenorientierung, Wirkungsorientierung und Partizipation** verbindlich operationalisiert – etwa durch Evidenzgewinnung, Co-Design, Pre-Testing und Evaluation vor einer breiten Implementierung und Skalierung.

Gesundheitskommunikation und -kompetenz verstärken sich gegenseitig: Sie übersetzen lokale Erkenntnisse zu fördernden und hemmenden Faktoren gesundheitsbezogenen Verhaltens in verständliche, barrierefreie, kultursensible Botschaften und erleichtern dadurch die Navigation im Versorgungssystem. Wirksam wird dies insbesondere in Kombination mit strukturellen Anpassungen (z. B. vereinfachte Zugänge, Preis- und Werberegulierung, verbesserte Servicepfade). Der BCI-Ansatz betont ausdrücklich die **gemeinsame Verantwortung** von Individuen, Regierungen und Gesundheitssystemen. Für Programme bedeutet das: **Paketlogik statt Einzelmaßnahme**. |⁵³ Kommunikationsbausteine sollen so mit strukturellen Maßnahmen verknüpft und Verhaltens- und Verhältnisprävention gemeinsam geplant und umgesetzt werden.

Aktuelle Evidenz aus Deutschland zeigt beispielsweise, wie Ernährung soziale Ungleichheiten im Verhalten verstetigt. |⁵⁴ Wirksam sind Strategien, die regulative und verhaltensbezogene Instrumente mit zielgruppenspezifischer Kommunikation kombinieren. Maßnahmen zur Verringerung von Ungleichheiten erfordern dafür **disaggregierte Daten**, da zusammengefasste Daten

| ⁵¹ Vgl. Ewert (2025).

| ⁵² Vgl. Skivington et al. (30.09.2021) und Chen et al. (2018).

| ⁵³ Vgl. Snijders et al. (2025), Ewert (2025) und WHO (20.04.2023).

| ⁵⁴ Vgl. Pedrós Barnils et al. (2025).

Ungleichheiten oft verdecken. |⁵⁵ Nur in personenbezogen, hoch aufgelösten Daten lassen sich besonders benachteiligte Subgruppen gezielt identifizieren und angemessen berücksichtigen.

International zeigen **institutionalisierte Modelle** Erfolge wie die *Behavioural Science Unit* bei Public Health Wales. |⁵⁶ Dort sind verhaltenswissenschaftliche Beratung, Kompetenzaufbau, Forschung/Evaluation und Systemintegration dauerhaft miteinander verankert. Ihre Arbeitsweise umfasst: (1) das Erheben, Analysieren und Evaluieren von Motivation und Verhalten, (2) die Beratung von Entscheidungsträgern mit praxisnahen Empfehlungen, (3) das schnelle Feedback zu Materialien, Maßnahmen und Produkten während der Entwicklung und Umsetzung, (4) den systemweiten Kompetenzaufbau für Behavioral Science, (5) Advocacy, Engagement und Sensibilisierung zur Verankerung des Ansatzes sowie (6) die technische und methodische Unterstützung von Umsetzungsteams im Alltag. Ziel ist es, **Effizienz, Effektivität und Gerechtigkeit** der Maßnahmen im Gesundheitssystem zu verbessern. Der Wissenschaftsrat empfiehlt, auch für Deutschland eine entsprechende institutionalisierte Struktur zu übernehmen.

Mit Blick auf die institutionelle **Vernetzung von Präventionsforschung und Translation ihrer Ergebnisse**, auch über Gesundheitskommunikation und -information hinaus, zeigt sich für Deutschland aktuell eine **Leerstelle**: wissenschaftliche Einrichtungen (inklusive der Ressortforschung) sind nicht ausreichend vernetzt mit Institutionen des ÖGD. Es gibt in Deutschland – anders als in anderen Ländern – keine einzelne Einrichtung im Sinne eines nationalen Public Health-Instituts, das die verschiedenen Aktivitäten verknüpft. Die zwei wesentlichen Einrichtungen mit jeweils eigenen Aufgaben- und Verantwortlichkeitszuschnitten sind das RKI und – insbesondere auch mit Aufgaben in der Gesundheitskommunikation – das BIÖG (vormals: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)). Darüber hinaus gibt es weitere Ressortforschungseinrichtungen und Institute, die sich mit Aspekten der Öffentlichen Gesundheit befassen. |⁵⁷

III.2 Empfehlungen

– **Kompetenzen und Verantwortlichkeiten in einer nationalen Koordinierungsstelle vernetzen:** In Deutschland gibt es bislang, anders als in anderen Ländern, keine Institution mit einem entsprechenden Mandat, die Präventionsforschung und ihre Translation über verschiedene wissenschaftliche Einrichtungen hinweg sowie mit Institutionen des ÖGD verknüpft. Aus Sicht des Wissenschaftsrats sollte geprüft werden, wie diese **institutionelle Leerstelle**

| ⁵⁵ Vgl. Snijders et al. (2025).

| ⁵⁶ Vgl. Gould (2025).

| ⁵⁷ Genannt werden können hier u. a. das BfArM, das Paul-Ehrlich-Institut (PEI), das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIW), vgl. Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag (2023).

behooben werden kann, um **Forschung und Translation** sowie **Gesundheitskommunikation und -information** zu Prävention und Gesundheitsförderung im Sinne eines nationalen Public Health-Instituts |⁵⁸ zu **vernetzen und zu koordinieren**. Hierfür könnte eine **externe Evaluation** hilfreich sein.

- _ **Daten und Translation bündeln:** Hochschulen, außeruniversitäre und Resortforschung (v. a. BIÖG, RKI) sowie Länder und ÖGD sollten nach Ansicht des Wissenschaftsrats in einem **nationalen BCI-Netzwerk** mit klaren Mandaten zusammenarbeiten. Einheitliche und interoperable Daten- und Schnittstellenstandards, eine gemeinsame, verständliche Gesundheits- und Verhaltensberichterstattung für Öffentlichkeit und Entscheidungsträger sowie strukturierte Feedback-Loops zwischen lokaler Praxis und nationaler Governance können dadurch verbindlich etabliert werden.
- _ **Lebenswelten evidenzbasiert adressieren:** Unterschiedliche Lebenswelten und Handlungsrealitäten müssen systematisch erhoben und in Co-Design-Prozessen gemeinsam mit den Zielgruppen in Maßnahmen umgesetzt werden. Entlang des Lebensverlaufs sollten **Kinder und Jugendliche** angemessen berücksichtigt werden. Dabei sind insbesondere auch das Spektrum belastender Kindheitserfahrungen, ihre Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit im Erwachsenenalter und die intersektoral präventiv wirkenden Maßnahmen z. B. in Pädagogik sowie Kinder- und Jugendschutz zu beachten. |⁵⁹ Zugleich sollten auch die **gezielte (Sekundär-)Prävention und Gesundheitsförderung für Ältere** sowie besonders für **benachteiligte Subgruppen** gestärkt werden.
- _ **Kommunikation mit Struktur koppeln:** Gesundheitskommunikation muss nach Einschätzung des Wissenschaftsrats konsequent mit strukturellen und umweltbezogenen Anpassungen verbunden werden (z. B. Ernährungsumgebung, Werbung, Preis- und Verfügbarkeitssignale, Servicepfade |⁶⁰). Hierdurch kann dem Ziel Rechnung getragen werden, soziale **Unterschiede** durch die Kombination regulativer, servicebezogener und verhaltensbezogener Instrumente zu reduzieren.
- _ **Paketlogik statt Einzelmaßnahme:** Anreize, zielgruppengerechte Kommunikation und die Stärkung von Gesundheits-, Medien-, Informations- und Datenkompetenzen sollten als integriertes Paket in Verbindung mit strukturellen Hebeln (z. B. Verfügbarkeit, Preis-/Werberegulierung, Servicezugänge)

|⁵⁸ Allgemein dienen nationale Public Health-Institute Ländern als zentrale Stelle, um Aktivitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit unter einem Dach zu organisieren, zu vernetzen und dadurch sowohl Zusammenarbeitmöglichkeiten als auch durch ihre wissenschaftliche Ausrichtung Effizienz und Wirkung von Maßnahmen zu verbessern. Vgl. CDC (03.09.2025).

|⁵⁹ Vgl. Bellis et al. (2023).

|⁶⁰ Servicepfade, im englischsprachigen Kontext häufiger als service pathways oder care pathways bezeichnet, sind strukturierte, aufeinander abgestimmte Routen, die Menschen durch ein Gesundheitssystem navigieren. Sie beschreiben konkrete, physische und organisatorische Wege, auf denen Menschen Zugang zu Gesundheitsleistungen erhalten. Dies umfasst auch digitale Informationswege und -kanäle.

umgesetzt werden. Maßnahmen müssen dafür entlang einer Theory of Change wie z. B. **Capability, Opportunity und Motivation (COM-B)** gestaltet und vor der Implementierung in relevanten Subgruppen getestet werden.

- **Kompetenzentwicklung zu BCI und Transfer sichern:** Der BCI-Ansatz der WHO ermöglicht es, durch die Nutzung von verhaltens- und kulturwissenschaftlichen Erkenntnissen, Gesundheitspolitik, Services und Kommunikation passgenau für verschiedene Zielgruppen auszurichten und soziokulturelle Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Für ÖGD, Versorgung und Praxisakteure sollten **verbindliche Weiterbildungspfade** für die **qualifizierte Berücksichtigung des BCI-Ansatzes** in der praktischen Arbeit sowie die sozial- und kultursensible Ausrichtung von Gesundheitsprogrammen geschaffen werden. Hierfür kann der Tailoring Health Programmes (THP)-Leitfaden der WHO |⁶¹ hilfreich sein.
- **Risikokommunikation als Dialog:** Risikoaufklärung muss **verständlich, niedrigschwellig und dialogisch** erfolgen (z. B. auch unter Einbezug von Patientenvertretungen, Bürgerpanels). Der ÖGD sollte dafür als **Multiplikator** in die Lebenswelten und als Feedback-Kanal agieren, wohingegen wissenschaftliche Einrichtungen Evidenz und Evaluation sichern. Durch Real-Time Monitoring (z. B. Sentinel-Panels/Kohorten, quantitatives und repräsentatives Monitoring) und Pretests von Kommunikationsmaßnahmen können schnelle Anpassungen ermöglicht werden. Dafür ist nach Ansicht des Wissenschaftsrats auch eine konsequente Equity-Perspektive und Transparenz über bestehende Unsicherheiten verbindlich sicherzustellen.
- **Datenvisualisierung verhaltensrelevant ausrichten:** Berichtssysteme und Dashboard-Formate (bundes- und landesweit) sollten **verhaltensbezogene Kennzahlen, Equity-Schnitte** im Sinne geeigneter Kategorisierung und Aufschlüsselung der Berichte nach Subpopulationen und **Evaluations-Feedback** integrieren. Inhalte müssen dabei **nutzergruppenspezifisch** (Öffentlichkeit, Praxis, Politik) aufbereitet und regelmäßig überprüft und aktualisiert werden. Nutzungsmöglichkeiten von generativen KI-Modellen sollten für die Unterstützung von Visualisierungs- und Reporting-Formaten geprüft werden.

B.IV PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN DER WISSENSCHAFT STÄRKEN

IV.1 Problemlage

Für die Gesundheitsforschung ist nach Ansicht des Wissenschaftsrats auch ein tatsächlicher Paradigmenwechsel hin zu einer stärkeren Orientierung auf Fragestellungen zu Prävention und Gesundheitsförderung anstelle von Fragen der

| ⁶¹ Vgl. WHO (20.04.2023).

subspezialisierten „Reparaturmedizin“ zu erreichen. Hierfür ist ein klares **Bekanntnis zu interdisziplinärem Zusammenwirken in Forschung und Lehre** sowie ein **mehrdimensionales Transferverständnis** notwendig.

Die **deutsche Forschungslandschaft** zu Prävention und Gesundheitsförderung (vgl. Kapitel D.IV) zeigt ein differenziertes Bild: Verschiedene Spitzeneinrichtungen – sowohl universitäre als auch außeruniversitäre – widmen sich bereits diesen Themen. Der Fokus liegt dabei v. a. auf der **medizinnahen Forschung**, die **personalisierte oder personalisierbare Parameter** der Krankheitsentwicklung bzw. Gesundheitserhaltung untersucht, beispielsweise in der molekularen und genetischen Forschung. Zu diesen Einrichtungen zählen Forschungseinrichtungen der HGF in der „Task Force on Prevention“ ebenso wie thematische Forschungsverbünde wie die DZG oder auch institutionelle und institutionsübergreifende Einrichtungen der Hochschulmedizin. Ein interdisziplinärer und interprofessionell gefasster Präventionsbegriff spielt für diese Einrichtungen bzw. Verbünde aktuell bisher meist noch eine nachgelagerte Rolle (vgl. auch Kapitel D.IV.1 und D.IV.2).

Mehr oder weniger unverbunden stehen dem gegenüber Forschungsbereiche wie die **Public Health- und Präventionsforschung** und sich zunehmend entwickelnde Real-World-Data-Methodiken, aber auch **Gesundheits-, Sozial- und Verhaltenswissenschaften**, die anstelle von personalisierten Individualparametern von Gesundheit ganzheitliche Aspekte des Status und der Entwicklung der Bevölkerungsgesundheit fokussieren. Ein wichtiger Akteur ist die **Versorgungsforschung**, die Funktion und Qualität der gesundheitsbezogenen Daseinsvorsorge auf der Systemebene, der institutionellen und organisatorischen und der Patientenebene untersucht (vgl. Kapitel D.IV.1) |⁶². Um das volle Potenzial von Prävention und Gesundheitsförderung auszuschöpfen, ist eine **verstärkte Zusammenarbeit** zwischen den Akteuren der auf molekulare Prävention fokussierten Forschung und Forschungsbereichen, die die Gesundheit und Gesundheitsentwicklung der Bevölkerung insgesamt in den Blick nehmen, notwendig. Nur durch den systematischen Austausch von Erkenntnissen und Methoden lassen sich personalisierte Ansätze und bevölkerungsbezogene Perspektiven integrieren. Ziel ist es, effektive, evidenzbasierte Strategien für die Gesundheitsförderung auf individueller und gesellschaftlicher Ebene zu entwickeln und deren Transfer in die Praxis zu unterstützen. Hierfür ist aus Sicht des Wissenschaftsrats das **Zusammenspiel verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen** gefragt. Neben Epidemiologie, Biometrie, Statistik und Versorgungsforschung spielen Psychologie, inklusive Gesundheits-/Präventionspsychologie, Gesundheitswissenschaften (Hebammen- und Pflegewissenschaft und Therapiewissenschaften), Soziologie und andere sozial-, wirtschafts-, verhaltens- und kommunikationswissenschaftliche Disziplinen sowohl bei der Prävention selbst als auch bei der

|⁶² Auch in den Gesundheitswissenschaften (Hebammen- und Pflegewissenschaft und Therapiewissenschaften) werden Fragestellungen der Versorgungsforschung adressiert.

Implementierung und Evaluation von Präventionsprojekten eine wichtige Rolle. Sie helfen dabei, Förderfaktoren und Barrieren bei der individuellen und gesellschaftlichen Umsetzung zu identifizieren. Bislang findet sich nach Einschätzung des Wissenschaftsrats noch **kein hinreichender Konnex** zwischen sozial-, verhaltens- und kommunikationswissenschaftlichen Disziplinen und klinisch-medizinischen Fachdisziplinen in Forschung und Lehre. Ähnliches gilt für Schnittstellen zu den Gesundheitswissenschaften (Hebammen- und Pflegewissenschaft und Therapiewissenschaften) und zur Public Health- und Versorgungsforschung innerhalb der Medizin.

Speziell **Medizin und Gesundheitswissenschaften** (Hebammen- und Pflegewissenschaft und Therapiewissenschaften) müssen sich aus Sicht des Wissenschaftsrats zudem **außermedizinische Einflussfaktoren** (z. B. Umweltfaktoren, Einsamkeit, soziale Faktoren wie Armut etc.) stärker bewusst machen und ihre biopsychosoziale Dimension konsequenter berücksichtigen. Dies erfordert intensive interdisziplinäre Kooperationen, um den Wissenstransfer in Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung zu verbessern. Zudem fehlt es an disziplinübergreifender Expertise für die Vermittlung von Präventionsevidenz in allen medizinischen Disziplinen – bereits ab dem Studium sollte hier die **Kompetenzbildung** gestärkt werden. Auch für den Bereich der **Zahnmedizin**, der insbesondere in der Kariesprophylaxe in den letzten Jahrzehnten als erfolgreich hinsichtlich der flächendeckenden Implementierung und Nutzung von Präventionsmaßnahmen angeführt werden kann, zeigen sich in Bezug auf den Zusammenhang von Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit Parodontitis und Zahnlosigkeit interdisziplinäre Forschungsdesiderate, die ausgeweitet werden müssen. | ⁶³

Neben einer stärkeren Fokussierung auf Prävention und Gesundheitsförderung in Forschung und Lehre muss auch die direkte Umsetzung in konkrete **Anwendungsbereiche** mitgedacht werden. Dafür sind – über eine bessere innerwissenschaftliche Vernetzung hinaus – engere Kooperationen mit Einrichtungen des ÖGDs und der Ressortforschung notwendig. Ziel ist eine **multidirektionale Translation** mit Rückkopplungsmechanismen zwischen Praxis und Theorie („from bench to bedside and community and from community to bench“ | ⁶⁴). Aus praktischen Umsetzungserfahrungen entstehen neue wissenschaftliche Fragestellungen und innovative Ansätze zur Gewinnung von Evidenz.

Für die Erarbeitung von evidenzbasierten Indikatoren und Maßnahmen zur wirksamen Krankheitsprävention sowie deren Anwendung, Messung und Überprüfung ist eine **wissenschaftliche Begleitung** erforderlich. Letztlich muss es darum gehen, eine Evidenzbasierung zu gewährleisten, indem die Wirkung von verschiedenen Präventionsmaßnahmen und -ansätzen systematisch empirisch

| ⁶³ Vgl. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung; Bundeszahnärztekammer (17.03.2025).

| ⁶⁴ Vgl. hierzu auch: Ogilvie et al. (2009).

erfasst wird und hierdurch nachvollzogen werden kann, was erfolgreiche Prävention kennzeichnet. |⁶⁵ Großes, bislang noch nicht ausreichend gehobenes Potenzial liegt nach Einschätzung des Wissenschaftsrats daher im Feld der **Implementierungsforschung**: Während die Überführung von Grundlagenforschung in Leitlinien an vielen Stellen bereits gut funktioniert, fehlen Strategien für die Übertragung in den Versorgungsalltag und das systematische Lernen aus Erfolgen und Misserfolgen („Lernendes Gesundheitssystem“) (vgl. auch Kapitel B.II). Eine **systematische Implementierungsforschung und -begleitung** zur Umsetzung von Präventionsmaßnahmen sollte regelmäßiger Bestandteil der Maßnahmen sein und dabei auch Prozesse umfassen, die De-Implementierungen im Fall von nicht aussichtsreichen Maßnahmen ermöglichen.

Die Aufgaben und das institutionelle Gefüge des ÖGD in Deutschland sind sehr heterogen und müssten rollenbezogen und funktional überprüft werden. Hier sind die durch den Pakt für den ÖGD |⁶⁶ ermöglichte infrastrukturelle, finanzielle und personelle Stärkung und die größere öffentliche Wahrnehmung in der COVID-19 Pandemie eine Chance, wenn es gelingt, die dadurch geschaffenen Verbesserungen nachhaltig zu verankern. Die Stärke des ÖGD liegt in der regionalen und kommunalen Vernetzung und Expertise – hier kann er eine unterstützende Rolle in der Zielgruppenansprache übernehmen. In seiner derzeitigen institutionellen Verfassung ist der ÖGD – insbesondere auf kommunaler Ebene – noch nicht in der Breite anschlussfähig als wissenschaftlicher Kooperations- und Umsetzungspartner. |⁶⁷ Seine grundsätzliche Ausrichtung sollte **wissenschaftsorientierter** werden. Dies muss auch mit einem breiten Kompetenzaufbau in der Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie einer dahingehend verstärkten Transfer- und Translationskultur einhergehen. Die bereits über den Pakt für den ÖGD angestoßenen Schritte, wie etwa die Schaffung von ÖGD-Brückenprofessuren an Hochschulen, sind hierfür hilfreich. Erste Erfolge sind sichtbar, dennoch gilt es weitere Anstrengungen zu unternehmen.

IV.2 Empfehlungen mit Fokus auf Forschung

– **Präventionsbegriff in der Gesundheitsforschung breiter fassen**: Der Wissenschaftsrat begrüßt die sowohl in der hochschulischen, aber auch außeruniversitären Forschung sichtbaren Bestrebungen sich mit Facetten von Krankheitsprävention im Sinne der Präzisionsprävention zu befassen (vgl. Kapitel D.IV). Eine systematische Beschäftigung mit Prävention und die Überlegung dazu, welche Fächer einbezogen werden sollen, haben in **hochschulischen wie**

|⁶⁵ Vgl. auch Bundesärztekammer (2025), S. 44 f.

|⁶⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023).

|⁶⁷ Auch die BÄK sieht den ÖGD und seine Einrichtungen, insbesondere auch das ärztlich-tätige Personal, als entscheidende Akteure für die Stärkung der Bevölkerungsgesundheit an. Als besorgniserregend wird in diesem Zusammenhang die insgesamt rückläufige Zahl an Fachärztinnen und -ärzten wahrgenommen und die Nachwuchsgewinnung in diesem Bereich als zentral angesehen. Vgl. Bundesärztekammer (2025), S. 34.

außeruniversitären Einrichtungen bislang nicht bzw. nur in wenigen Einzelfällen stattgefunden. Der Wissenschaftsrat ermutigt die Einrichtungen dazu, dies nachzuholen. Speziell in **wissenschaftlichen Einrichtungen der Spitzenforschung** sollte der Präventionsbegriff breiter gefasst sowie Anschlussmöglichkeiten für Kooperationen mit dem Bereich der Public Health-Forschung, Versorgungsforschung und weiteren gesundheitswissenschaftlichen Disziplinen geschaffen werden.

- **Public Health-Forschung ausbauen:** Insbesondere der Bereich der **Public Health-Forschung** ist aus Sicht des Wissenschaftsrats ein wesentlicher Treiber der Präventionsforschung. Durch die Einrichtung von weiteren Professuren und Instituten für Public Health an Hochschulen kann das **Wissenschaftsgebiet** in Deutschland konzeptionell und personell gestärkt werden.
- **Interdisziplinäre Forschungszusammenarbeit in Präventionszentren bündeln:** Um wissenschaftliche Kooperationspotenziale für Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung stärker zu nutzen und synergetisch zu bündeln, sollte an **Hochschulen mit medizinischen, gesundheitswissenschaftlichen und psychologischen Fakultäten** (einschließlich ihrer Hochschulambulanzen) die Schaffung von **Präventionszentren** erwogen werden. Der Wissenschaftsrat sieht hierin folgende Potenziale für Forschung und forschungsbaasierte Versorgung:
 - **Interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern:** Präventionszentren können einen **regelmäßigen interdisziplinären wissenschaftlichen Austausch** zu verschiedensten Fragestellungen der Präventionsforschung zwischen einschlägigen Disziplinen (u. a. Medizin, Zahnmedizin, Gesundheitswissenschaften [Hebammen- und Pflegewissenschaft und Therapiewissenschaften], Sportwissenschaft, Psychologie, Sozial- und Verhaltenswissenschaften, soziale Arbeit, Bildungs- und Umweltwissenschaften) ermöglichen und verstärken.
 - **Regionale Forschungsprofile und Schwerpunkte schärfen:** Abhängig vom jeweiligen hochschulischen Profil und außeruniversitären Umfeld bieten sich über Präventionszentren Möglichkeiten, die Präventionsforschung stärker in die Forschungs- und klinischen Schwerpunkte der jeweiligen Standorte einzubinden oder durch eine interdisziplinäre Ausrichtung zu bündeln, beispielsweise durch eine wissenschaftliche Zusammenarbeit unter dem Ansatz „One Health (vgl. Kapitel D.IV.1)“ bis hin zum Konzept der „Planetary Health“ |⁶⁸. Dies hätte zur Folge, dass sich auch in der

| ⁶⁸ „Planetary Health“ ist ein wissenschaftliches Konzept, die Gesundheit von Menschen als abhängig von der Gesundheit der Ökosysteme beschreibt. Ziel ist daher eine tiefergehende Befassung damit, wie verschiedene Ökosysteme miteinander verbunden sind und durch welche Faktoren sie bedroht werden (z. B. Artensterben, Luftverschmutzung). Um diese komplexen Wechselwirkungen und Kippunkte einordnen zu können ist die Zusammenarbeit verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen, von den Gesundheitswissenschaften

Präventionsforschung **regional-profilbezogene Forschungsschwerpunkte** ausbilden könnten, die wiederum auch möglichst für das außeruniversitäre Forschungsumfeld Anknüpfungspunkte vorweisen sollten. Das vom Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) und der Deutschen Krebshilfe initiierte Nationale Krebspräventionszentrum (NCPC) in Heidelberg könnte hierfür als Vorbild dienen; auch die Profilierung der Universität Greifswald (UG) im Bereich One Health in Zusammenspiel mit dem im Aufbau befindlichen Helmholtz-Institut für One Health (HIOH) ist als Beispiel bedeutsam.

– **Impulse für neue Therapieansätze setzen:** Eine stärkere interdisziplinär angelegte Befassung mit Fragestellungen der Präventionsforschung bietet auch **neue Erkenntnismöglichkeiten zu Therapieansätzen und krankheits-, organbezogenen und geschlechtersensiblen Forschungsaspekten**. So könnte in Präventionszentren gezielt untersucht werden, ob bzw. welche positiven Effekte aus der Veränderung eines gesundheitlichen Risikofaktors (z. B. Bewegungsmangel, Übergewicht) für eine Patientin / einen Patienten folgen. Am Beispiel Rauchen |⁶⁹ konnte bereits gezeigt werden, dass ein Unterlassen davon zu jedem Therapiezeitpunkt einen positiven Effekt auf die Behandlung von Erkrankungen der Lunge hat. Dies könnte auch in anderen Bereichen wissenschaftlich untersucht werden.

– **Regionale Entwicklung der Bevölkerungsgesundheit begleiten:** Neue Erkenntnisse zu Therapieansätzen eröffnen insbesondere für Präventionszentren an hochschulmedizinischen Standorten die Möglichkeit, unmittelbar auf die **regionale Versorgungspraxis** einzuwirken. Damit können sie im Sinne der „vierten Säule“ |⁷⁰ die **Gesundheitsentwicklung und -förderung der Bevölkerung evidenzbasiert begleiten** und unterstützen. Entsprechende Anreize sollten sich jedoch auch im Leistungs- und Aufgabenkatalog der Universitätsklinik widerspiegeln. Vor diesem Hintergrund gilt es, die bestehenden Anreiz- und Finanzierungsmechanismen des Gesundheitssystems im Hinblick auf Anreizwirkung für Prävention und Gesundheitsförderung zu überprüfen (vgl. Kapitel B.VI).

– **Koordination und Vernetzung gewährleisten:** Aus funktionierenden wie nicht funktionierenden Präventionsmaßnahmen lassen sich wertvolle Erkenntnisse gewinnen. Diese gilt es zu nutzen, um Best Practices weiterzuentwickeln und wissenschaftlich zu fundieren. Entscheidend ist dabei, alle

über die Sozial-, Natur- und Verhaltenswissenschaften essenziell. Vgl. KLUG Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit (o. D.).

|⁶⁹ Vgl. El-Haddad et al. (2025).

|⁷⁰ Aufbauend auf dem Tätigkeits- und Leistungsspektrum im klassischen Aufgabentrias von Forschung, Lehre und Krankenversorgung sieht der Wissenschaftsrat für die Universitätsmedizin die Möglichkeit, System- und Zukunftsaufgaben (Stichwort „Vierte Säule“) in der (regionalen) Gesundheitsversorgung zu übernehmen und deren strategische Entwicklung mitzugestalten. Als System- und Zukunftsaufgaben der Universitätsmedizin können beispielsweise Maßnahmen der gesundheitssystemischen Koordination, Vernetzung und Steuerung, der Qualitätssicherung oder auch der politischen Beratung und Wissenschaftskommunikation bezeichnet werden. Vgl. Wissenschaftsrat (2021), S. 66.

Akteure der Präventionsforschung – unabhängig von ihrer regionalen Verortung – **systematisch zu vernetzen** und Silostrukturen im Forschungsfeld abzubauen. Dazu zählen Vernetzungen der Hochschulen mit außeruniversitären Einrichtungen sowie Forschungsnetzwerken wie die DZG. Der Wissenschaftsrat empfiehlt, Präventionszentren in Deutschland mit bestehenden Strukturen zu vernetzen (vgl. Kapitel B.III).

- **Anbindung der Präventionszentren an Praxisakteure und Gremien sicherstellen:** Ferner gilt es, auch die Zusammenarbeit zwischen akademischer Theorie und Praxis – etwa mit Einrichtungen des ÖGDs – gezielt zu stärken. Um dies zu erreichen, sollten Präventionszentren in die **Gesundheitskonferenzen der Länder** eingebunden werden, sofern solche bestehen. Zudem bieten sich regelmäßige Netzwerk- und Informationsveranstaltungen an, wie bereits in einzelnen Ländern geplant. |⁷¹
- **Implementierungsforschung strukturell auf- und ausbauen:** In Deutschland ist der Bereich Implementierungsforschung zu wenig ausgeprägt. Eine systematische Implementierungsforschung und -begleitung zur Umsetzung von Präventionsmaßnahmen muss aus Sicht des Wissenschaftsrats ein regelmäßiger Bestandteil bei der Entwicklung, Implementierung und Begleitung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sein. Dies sollte auch Prozesse umfassen, die es ermöglichen, nicht aussichtsreiche Maßnahmen umzugestalten oder auch abzusetzen. Dafür sollte das Forschungsfeld sowohl strukturell als auch personell gestärkt und weiter aufgebaut werden. Dazu gehören der gezielte Ausbau von Lehrstühlen und Forschungsstrukturen im Bereich der Implementierungsforschung sowie die systematische Entwicklung und theoretische Fundierung von Interventionen, einschließlich der Planung von Outcomes, Wirkmechanismen und Kontextbedingungen. Ebenso bedarf es der **Untersuchung fördernder und hemmender Faktoren** der Implementierung sowie von Machbarkeitsprüfungen vor groß angelegten Wirksamkeitsstudien. Zentrale Bedeutung kommt dabei **partizipativen Forschungsansätzen** zu, die alle relevanten Akteursgruppen über Altersgruppen (insbesondere Kinder und Jugendliche), Geschlechter und soziale Lagen hinweg frühzeitig und kontinuierlich in alle Phasen der Forschung einbeziehen, um Bedarfe, Bedürfnisse und Kontexte angemessen zu berücksichtigen.
- **Kausale Methodik der gesundheitsökonomischen Bewertung von Präventionsmaßnahmen entwickeln und Vergleichbarkeit schaffen:** Im Zusammenhang mit Forschungsfragestellungen zur Wirksamkeit von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sollten insbesondere auch ökonomische Aspekte der Kostenentwicklung und -effizienz berücksichtigt werden. Es gilt, stringente **kausale gesundheitsökonomische Methoden** zur Bewertung von

| ⁷¹ Z. B. in Bayern wird laut dem im Herbst 2025 veröffentlichten „Masterplan Prävention“ die Ausrichtung eines jährlichen Präventionstages geplant.

Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu entwickeln. Konkret sollten gesundheitsökonomische Evaluationen auch fester Bestandteil sämtlicher Präventionsprojekte sein, um Effekte nachzuhalten und Evidenzen aufzubauen sowie wirtschaftliche bzw. finanzwirksame Co-Benefits von Präventionsmaßnahmen aufzuzeigen. Die Maßnahmenentwicklung, -implementierung und -begleitung könnte hierfür zukünftig beispielsweise auch **über Länder und verschiedene regionale Settings** hinweg gestaffelt angelegt werden, um Vergleichsmöglichkeiten zu generieren.

- **Wissenschaftlichen Stellenwert der Präventionsforschung stärken:** Um wirksame Ergebnisse in der Präventionsforschung vorweisen zu können, bedarf es eines längeren Zeithorizonts. Dies steht mitunter der Reputationslogik des Wissenschaftssystems entgegen. Um die **Sichtbarkeit und den Stellenwert der Präventionsforschung** zu erhöhen, sollten **Fachgesellschaften** diesem Thema mehr Aufmerksamkeit widmen, beispielsweise über Preise, wissenschaftliche Publikationsreihen und Stellungnahmen oder auch als Schwerpunkt bei Fachkongressen sowie der damit in Zusammenhang stehenden Kommunikations- und Öffentlichkeitsarbeit. Auch in medizinischen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) sollte das Thema stärker Berücksichtigung finden.
- **Förderung der Präventionsforschung stärken:** Mit Blick auf die Forschungsförderung besteht aktuell in Deutschland eine Leerstelle in Bezug auf **programmatische Fördermöglichkeiten** für Präventionsforschung und Forschung zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Entsprechende Programme und Förderrichtlinien sollten dabei auch verschiedene wissenschaftliche Einrichtungen zu Kooperationen mit Einrichtungen des ÖGD incentivieren, um insbesondere auch Maßnahmenimplementierung und eine damit verbundene Wirkungsprüfung zu stärken. Neben **öffentlichen Drittmittelgebern** (Bund, Länder, Förderorganisationen) sind auch **privatwirtschaftlich finanzierte Förderformate** (u. a. auch über Stiftungen) anzuregen, nicht zuletzt auch aufgrund der wirtschaftlich-gesamtgesellschaftlichen Implikationen einer stärkeren Präventions- und Gesundheitsorientierung. Speziell mit Blick auf innovative Versorgungs- und Behandlungskonzepte sollte zudem das **Förderspektrum des Innovationsfonds** auf das Themen- und Handlungsfeld Prävention erweitert werden (vgl. Kapitel B.VI).
- **Wissenschaftliche Ausrichtung und Ressourcen des ÖGD stärken:** Für Wissenschaft und Forschung sind auch die Einrichtungen des ÖGD von großer Bedeutung, deren Vernetzung zur hochschulischen Präventionsforschung ebenso ausbaufähig erscheint wie die **generell stärkere wissenschaftliche Ausrichtung des ÖGD** (insbesondere Landes- und Gesundheitsämter) selbst. Einrichtungen des ÖGD verfügen über spezifische Zugangsmöglichkeiten zu vulnerablen Gruppen, wodurch eine stärker auf Zielgruppen hin ausgerichtete Präventionsforschung möglich ist. Auch die Anwendung von

Forschungsergebnissen in der Praxis wäre durch eine stärkere Einbeziehung des ÖGD gewährleistet (vgl. auch Kapitel B.IV.4). Es ist daher wichtig, **Forschungskapazitäten im ÖGD auszubauen** und mehr Personal für forschungsbezogene Tätigkeiten zu gewinnen. Die im Pakt für den ÖGD angelegten dahingehenden Bestrebungen sowie die diesbezüglichen Forderungen des Beirats des Pakts für den ÖGD |⁷² bestärkt der Wissenschaftsrat ausdrücklich.

IV.3 Empfehlungen mit Fokus auf Studium, Lehre sowie Aus- und Weiterbildung

– **Curricula interdisziplinär gestalten:** Curricula in den medizin- und gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen sollten stärker interdisziplinäre Bezüge zu Fachgebieten der Erziehungswissenschaft, Gesundheitspsychologie, Gesundheitskommunikation, Therapie-, Sport-/Bewegungs- und Ernährungswissenschaften aufweisen. Die einzelnen Medizinischen Fakultäten und Hochschulen sollten entsprechende Optionen prüfen und für die jeweilige Ausrichtung und Schwerpunktsetzung die **Profil- und Forschungsschwerpunkte der Fakultät** sowie das **Lehr- und Qualifizierungsspektrum der gesamten Hochschule** berücksichtigen und nutzen. Gerade mit Blick auf Schnittstellen zwischen Medizin und Gesundheitswissenschaften (Hebammen- und Pflegewissenschaft und Therapiewissenschaften) öffnen sich hierdurch auch neue Optionen, um individuelle Therapieziele für Patientinnen und Patienten arbeitsteilig zu erreichen (vgl. Kapitel B.V) und in der Praxis zu etablieren. Es wäre dadurch möglich, das hierfür notwendige wechselseitige Basiswissen und Bewusstsein für (Be-)Handlungspotenziale in der Gesundheitsförderung innerhalb verschiedener Berufsgruppen bereits vom Studium an bei den zukünftigen Fachkräften zu verankern und hierfür zu sensibilisieren.

– **Präventionsorientierte Haltung im Studium stärken:** Weiterhin sollte die Qualität der bisherigen Verankerung von Präventionsaspekten in studiengangsbezogenen **Lernzielkatalogen** für das Fach Medizin, aber auch für die Studiengänge der Gesundheitsfachberufe und Psychologie geprüft werden. Hierbei sollten weniger messbare Behandlungsaspekte (wie z. B. Rehabilitationsmaßnahmen), sondern v. a. die **Stärkung einer präventionsorientierten Haltung in der Professionsausübung**, auch durch Vertiefung von Lehrinhalten zur Gesundheitsförderung und -kommunikation, im Fokus stehen. Fachbereichsverantwortliche an den Hochschulen, aber auch übergreifende Dekanekonferenzen oder der MFT sollten dies aktiv unterstützen.

| ⁷² Der Beirat zum Pakt des ÖGD hat zudem in seinem dritten Bericht zum Schwerpunktthema „Wissenschaft und Forschung im und für einen zukunftsfähigen ÖGD“ eine stärkere innerwissenschaftliche Aufstellung des ÖGD (z. B. durch Ausbau von größeren Gesundheitsämtern zu Lehr- und Forschungsgesundheitsämtern) sowie eine Intensivierung von Kooperationen mit Hochschulen und außeruniversitären Einrichtungen (z. B. durch Professuren und Brückenprofessuren, übergreifende Ausschreibungen) gefordert. Vgl. Beirat Pakt ÖGD (Hrsg.) (2023).

- _ **Präventionskompetenzen als Baustein in Aus- und Weiterbildung integrieren:** Auch in späteren Aus- bzw. Weiterbildungsschritten von Medizinerinnen und Medizinern oder von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern anderer medizinnaher Disziplinen, Psychologinnen und Psychologen und in Berufsgruppen der Gesundheitsfachberufe sollten **Fortbildungen bzw. Weiterbildungsmodule** entwickelt werden, um die Kompetenz für Präventionsmaßnahmen zu verbreitern (z. B. durch mehr zertifizierte Fortbildungen). Dies schließt ebenfalls Beschäftigungen mit Fragestellungen der Gesundheitsförderung und -kommunikation ein. Hier wären u. a. die Bundes- und Landesärztekammern sowie die Verbände der Gesundheitsfachberufe gefordert, entsprechende Angebote zu erwägen.
- _ **Interdisziplinäre Lehrangebote schaffen:** In Studiengängen zu **therapeutischen oder sozialen Berufen** werden je professionsspezifische Kenntnisse in Präventionsfragen und eigene Ansätze der Gesundheitsförderung vermittelt. Die **Curricula** dieser Studiengänge sollten – je nach Zuordnung – fakultätsintern oder auch -übergreifend Wissen und Lernziele, sofern sinnvoll, für bestimmte Krankheitsbilder mit der Medizin verschränken. Denkbar wäre auch die Organisation von entsprechenden Ringvorlesungen oder ggf. interdisziplinäre und interprofessionelle Lehrteams.
- _ **Hochschulen als Akteur der Gesundheitsförderung:** Insbesondere Studierende, aber auch weitere hochschulangehörige Gruppen sehen sich zunehmend **psychosozialen Belastungen** ausgesetzt. Hochschulen können in ihrer Funktion als Arbeitgeberin, aber auch in Bezug auf die Ausgestaltung von Studium und Lehre Einfluss auf eine **gesundheitsförderliche Arbeits- und Lehr-/Lernkultur** nehmen. Diese Handlungsdimension sollten sich Hochschulen bewusst machen. Bereits bestehende Ansätze sollten verstärkt werden, z. B. eine flexiblere Ausgestaltung von Studiengängen und Lehr- und Lernformaten im Sinne einer besseren Adaptierbarkeit an die unterschiedlichen Bedingungen der Studierenden sowie die Integration von Bewegungsinterventionen in die Lehre. |⁷³

IV.4 Empfehlungen mit Fokus auf Transfer und Translation

- _ **Kooperationen zwischen wissenschaftlichen Einrichtungen und dem ÖGD stärken:** Bestehende Strukturen wie die DZG oder außeruniversitäre und Resortforschungseinrichtungen und Hochschulen sollten als **Kooperationspartner des ÖGD** genutzt und Kontakte ausgebaut werden. Von besonderer Bedeutung ist dies u. a. in der Gesundheitskommunikation, aber auch in der wissenschaftsbasierten Politikberatung (vgl. Kapitel B.III).

| ⁷³ Der Wissenschaftsrat behält sich vor, sich mit diesen Themen u. a. mit Blick auf die (psychosoziale) Situation der Studierenden, an anderer Stelle zu befassen.

- **Multidirektionale Transfer- und Translationswege etablieren:** Studien und Forschungsarbeiten von wissenschaftlichen Einrichtungen müssten stärker darauf ausgelegt werden, direkte Anknüpfungspunkte für den ÖGD zu bieten, um **multidirektionale Transfer- und Translationsaktivitäten** zu ermöglichen. Der ÖGD sollte nicht nur in Primärpräventionsprojekte eingebunden werden, sondern auch eine breitere, **vernetzte Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Akteuren** anstreben und beispielsweise in kontrollierte Interventionsstudien einbezogen werden. Die Rücktranslation von Erkenntnissen aus der Praxisarbeit des ÖGD in die Wissenschaft könnte aus Sicht des Wissenschaftsrats dazu beitragen, neue Forschungsansätze zu entwickeln und die Präventionsforschung langfristig zu stärken sowie die Translation („bench to bedside and community“) wissenschaftlicher Erkenntnisse in Anwendungsbereiche (z. B. von Medizin oder auch Pflege) zu fördern. Hierfür ist die Entwicklung von strukturierten Feedbackprozessen und Kooperationsstrukturen von Nöten. Dies muss auch einen breiten Kompetenzaufbau in der Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie eine dahingehend verstärkte Transfer- und Translationskultur implizieren.
- **ÖGD-Brückenprofessuren ausweiten:** Die mit Bundesmitteln aus dem Pakt ÖGD von den Ländern eingerichteten **ÖGD-Brückenprofessuren** stellen aus Sicht des Wissenschaftsrats einen wichtigen und begrüßenswerten Schritt dar, um den Austausch sowie die Zusammenarbeit zwischen ÖGD und Wissenschaftseinrichtungen zu stärken. Ihre Zahl ist jedoch nicht ausreichend; ein weiterer Ausbau an medizinführenden Universitäten wäre wünschenswert.
- **Vernetzung und Multidirektionalität institutionell fördern:** Einrichtungen wie das bestehende BIÖG könnten eine Chance sein, um **Vernetzung und Multidirektionalität** zu fördern. Struktur und Aufgabenzuschnitt des BIÖG muss dafür gut ausgestaltet und weiterentwickelt werden (vgl. Kapitel B.III).
- **Innovationspotenzial der Health Data Science ausschöpfen:** Der Bereich der **Health Data Science** und hier erfolgende Verarbeitungen und Analysen, auch in Zusammenhang mit Praktiken des maschinellen Lernens, von verschiedenen medizinischen Daten – über klinische Daten, Datenbestände der ePA oder auch motivationale Daten aus Wearables – birgt aus Sicht des Wissenschaftsrats ebenfalls ein **erhebliches Innovationspotenzial** für präventionsbezogene wissenschaftliche Fragestellungen. Präventionsaspekte sollten in Forschungs- und Translationsprojekten im Bereich der Health Data Science Berücksichtigung finden.

V.1 Problemlage

Der Wissenschaftsrat versteht Prävention als eine **Querschnittsaufgabe**, die nur durch das Zusammenwirken verschiedener Akteure erfolgreich angegangen werden kann. Besonders wichtig sind aus Sicht des Wissenschaftsrats **interdisziplinäre und interprofessionelle Vernetzungen**. Sie stärken den nachhaltigen Anwendungsbezug wissenschaftlicher Erkenntnisse und deren Transfer in die Praxis, etwa in Versorgungsmaßnahmen oder in politische, soziale oder bildungsbezogene Interventionen. Für **Lerneffekte aus der Praxis** sind eine systematische Implementierungsbegleitung, die einen Überblick über Erfolge oder auch Nachsteuerungsbedarfe gibt, sowie ein dahingehend interprofessioneller wie interdisziplinärer Austausch essenziell. Die angedachten Präventionszentren (vgl. Kapitel B.IV.2) könnten eine geeignete Struktur darstellen, um dies zu fördern – nicht nur innerwissenschaftlich, sondern auch als zentraler Kontaktpunkt für regionale Akteure, beispielsweise aus dem ÖGD.

Prävention ist zudem auch in der Professionsausübung als **Teamsport** zu verstehen sowie als **Chance für Fachkräfte** anzusehen. |⁷⁴ Es können neue Berufsbilder und -perspektiven für ärztliche, aber auch weitere versorgungs- und Public Health-nahe Bereiche entwickelt werden, die auch alle Gesundheitsfachberufe und weitere Berufe außerhalb des Gesundheitssektors (z. B. im Bereich der sozialen Arbeit oder Bildung) einbinden. |⁷⁵ Die Akademisierung der Therapieberufe und der Pflege bietet erhebliche Chancen, die breit genutzt werden sollten. |⁷⁶

Insbesondere für **akademisch qualifiziertes Gesundheitsfachpersonal** ergeben sich mit Blick auf Aufgaben im Feld Prävention und Gesundheitsförderung Möglichkeiten, eigenständige Berufsfelder zu etablieren, die das Gesundheitssystem durch ihre spezifischen Kompetenzen sinnvoll ergänzen. Ein Beispiel ist das Berufsbild der **Community Health Nurse (CHN)**, die als kommunale Ansprechperson für gesundheitliche und pflegerische Anliegen eine zentrale Rolle einnimmt. Ein Schwerpunkt ihrer Arbeit liegt v. a. auf der Gesundheitsförderung und Prävention. CHNs tragen dazu bei, Vorsorge- und Versorgungslücken frühzeitig zu erkennen und zu schließen. Viele gesundheitliche Probleme haben ihre Ursache weniger in akuten Krankheitsereignissen oder chronischen

|⁷⁴ Dies zeigt sich u. a. am Beispiel der interprofessionell arbeitenden Fachkräfte im Bereich Präventiver Hausbesuche in über 40 Städten, Gemeinden und Kommunen Deutschlands.

|⁷⁵ Vgl. hierzu auch die Stellungnahme des Deutschen Pflegerats aus Herbst 2025. Vgl. Deutscher Pflegerat (2025).

|⁷⁶ Vgl. Wissenschaftsrat (2023c).

Erkrankungen, sondern vielmehr in strukturellen oder präventiven Defiziten, z. B. Medikamentenmanagement. Hier setzen CHNs an, indem sie patientenorientierte Wege entwickeln, Gesundheitskompetenzen stärken und so zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgung beitragen. |⁷⁷

Public Health Nurses in Finnland

Das Berufsbild der Public Health Nurse (PHN) – ähnlich zu dem sich im deutschsprachigen Raum entwickelnden Berufsbild der CHN – existiert in Finnland schon seit über 100 Jahren, wobei es noch bis 1970 „Health Sister“ genannt wurde. |⁷⁸ Zudem ist es in Finnland, auch im Vergleich innerhalb der nordischen Länder, am weitesten ausgeprägt. Dies ist v. a. auch im Einsatzbereich der PHNs zu erkennen. Während PHNs in anderen Ländern oftmals für spezifische Zielgruppen eingerichtet sind, begleiten sie in Finnland die Bevölkerung von der Geburt bis in die Altenpflege. Ihre Arbeitsbereiche erstrecken sich über Mutterschafts- und Kinderkliniken, Arbeitsmedizin, häusliche Pflege, Bildungseinrichtungen, Gesundheitszentren oder andere Organisationen im Gesundheitswesen. |⁷⁹ Diese fächerübergreifende Arbeit spiegelt sich schon in der Ausbildung wider. Studienrelevante Fächer umfassen u. a. Gesundheitsförderung, Familienmedizin, Ergotherapie, Community Health, Kinder- und Jugendmedizin, Geburtskunde sowie praktische Klinikpraktika. |⁸⁰ Die finnische Ausbildung zur PHN bildet Fachkräfte in einem breiten Kompetenzfeld aus und bietet zugleich weit gefächerte Arbeitseinsatzfelder.

In Finnland werden sie auch „Experts in promotion and prevention“ genannt, da ihnen großes Vertrauen entgegengebracht wird. |⁸¹ Seit 1972 ist die Anstellung von PHN in Gesundheitseinrichtungen gesetzlich vorgeschrieben. Beispielsweise begleiten die gleichen PHN Kinder ab Geburt bis hin zum Schulstart oder von Schulstart bis zum Alter von 16 Jahren, um somit individuelle gesundheitsfördernde Betreuung zu bieten. Durch den Einsatz und ihre Nähe zu Patientinnen und Patienten tragen PHNs zur individuellen und allgemeinen Gesundheitsförderung bei. Darüber hinaus hilft die lebensabschnittbezogene Betreuung u. a. dabei, nichtübertragbare Krankheiten zu minimieren sowie Gesundheitskompetenzen zu steigern – und somit das gesamte Gesundheitssystem zu entlasten. |⁸²

| ⁷⁷ Vgl. Kozisnik; Edtmayer; Rappold (2021) und Gasperini et al. (2023).

| ⁷⁸ Vgl. Saastamoinen; Putkuri (2024).

| ⁷⁹ Vgl. Alstveit et al. (2021), S. 272.

| ⁸⁰ Vgl. ebd., S. 274.

| ⁸¹ Vgl. Saastamoinen; Putkuri (2024) und Hussein et al. (2024).

| ⁸² Vgl. Grym; Borgermans (2018).

Darüber hinaus gibt es auch in ärztlichen Berufsfeldern |⁸³ sowie innerhalb und in Verbindung mit weiteren Berufsgruppen aus den medizinnahen (u. a. Psychologie, Therapie, Sport) und den sozialen Bereichen Potenziale, die in Deutschland noch nicht ausreichend gehoben sind. Der im Herbst 2025 vorgelegte Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung (ApoVWG) |⁸⁴ und darin enthaltene Ansätze der expliziten Übertragung von Präventionsaufgaben an Apotheken (z. B. neben Impfungen – mit Ausnahme von Lebendimpfstoffen – auch Beratung und Messung von kardiovaskulären Risikofaktoren) ist ebenfalls als Entwicklung der berufsfelderübergreifenden Zusammenarbeit im Bereich Prävention zu nennen.

Die Rolle der Allgemeinmedizin - Versorgungssystem in den Niederlanden

Die Allgemeinmedizin spielt in den Niederlanden eine zentrale Rolle in der Versorgung. Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sind insbesondere für die Koordination der Versorgung, die interprofessionelle Zusammenarbeit sowie die Identifikation gesundheitlicher Risiken zuständig. Während die Sekundär- und Tertiärprävention klar in ihren Aufgabenbereich fallen, wird die Primärprävention eher dem öffentlichen Gesundheitswesen und der Politik zugeordnet. Ein zentrales Handlungsfeld stellt die frühzeitige Erkennung gesundheitlicher Risiken dar, etwa bei Kindern mit Adipositasrisiko. Problematisch ist jedoch der Mangel an qualifiziertem Personal, das Präventionsangebote flächendeckend umsetzen könnte. Pilotprojekte versuchen, durch sogenannte Lotsinnen und Lotsen eine zielgerichtete Weiterleitung von Patientinnen und Patienten zu realisieren.

Strukturell ist die Allgemeinmedizin in den Niederlanden in verschiedenen Politikfeldern und Regelungssystemen verankert, die über die Gesundheitsversorgung hinausgehen: das Gesundheitsversicherungsgesetz (Zorgverzekeringswet), das Gesetz zur Langzeitpflege (Wet langdurige zorg), das Gesetz zur sozialen Unterstützung (Wet maatschappelijke ondersteuning) sowie das Jugendgesetz (Jeugdwet). |⁸⁵ Diese Rechtsgrundlagen definieren sowohl Zuständigkeiten im Versorgungssystem als auch die Rolle der hausärztlichen Versorgung. Hausärztinnen und Hausärzte fungieren als Gatekeeper für den Zugang zu fachärztlicher oder stationärer Versorgung, was eine tragende Säule des niederländischen Versorgungssystems darstellt. Gleichzeitig besteht insbesondere in ländlichen

|⁸³ Vgl. hierzu auch Bundesärztekammer (2025), S. 44 f. Die BÄK spricht sich u. a. dafür aus, die Ärzteschaft bei ihren bestehenden Aufgaben in z. B. Arbeitsschutz, aber auch in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche besser zu unterstützen und Barrieren abzubauen.

|⁸⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (20.10.2025): Referentenentwurf ApoVWS, URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/apovwg.html>, zuletzt abgerufen am 14.11.2025.

|⁸⁵ Gemeinsam strukturieren diese vier Säulen zusammen mit dem Gesetz über die öffentliche Gesundheit (Wet Publieke Gezondheit) das niederländische Gesundheitssystem. Auch wenn dieses Gesetz nicht zu den vier zentralen gesetzlichen Säulen der Allgemeinmedizin gehört, wird es dennoch als eines der fünf sogenannten "Stelselwetten" (Systemgesetze, die das Gesundheitssystem strukturieren) betrachtet. Vgl. Wessels et al. (2018), S. 79.

Regionen ein erheblicher Mangel an Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern, was die Versorgungskontinuität und die regionale Bindung erschweren.

Primärversorgung und Forschung

Die Verknüpfung von Allgemeinmedizin mit wissenschaftlicher Forschung und Lehre ist in den Niederlanden ein zentraler Baustein einer hochwertigen Primärversorgung. Beispielhaft wird dies in Groningen am Department of Primary and Community Care des University Medical Centre Groningen (UMCG) sichtbar: Durch die enge Verzahnung von Praxis und Wissenschaft werden Forschungsergebnisse direkt in die Patientenversorgung integriert, neue Versorgungsmodelle erprobt und innovative Präventionsprojekte umgesetzt. Ein Beispiel für diese erfolgreiche Vernetzung ist das Netzwerk Vitaal Groningen |⁸⁶, das unterschiedliche Akteure – von Hausärztinnen und Hausärzten über Pflegefachpersonen und Forschende bis hin zu Kommunen und Bürgerinitiativen – zusammenbringt und den Austausch zwischen wissenschaftlicher Forschung, praktischer Versorgung und Präventionsprojekten fördert. Ein anderes Beispiel ist die Aletta Jacobs School of Public Health der Universität Groningen, welche sich als Brücke zwischen Forschenden, Lehrenden, Bürgerinnen und Bürgern sowie Fachkräften in und außerhalb des Gesundheitssystems versteht und einen Fokus auf Citizen Science und verschiedene Formate der Wissenschaftskommunikation legt.

Auch das Konzept der Research Nurses verdeutlicht die enge Verzahnung von Primärversorgung und Wissenschaft: Dabei handelt es sich um Pflegefachpersonen mit erweiterten Forschungskompetenzen, die pflegewissenschaftliche Fragestellungen in Forschungsprojekte einbringen und gemeinsam mit interprofessionellen Teams Studien konzipieren und durchführen. Sie integrieren wissenschaftliche und methodische Erkenntnisse in die klinische Praxis und tragen maßgeblich dazu bei, pflegewissenschaftliche Evidenz systematisch in die alltägliche Versorgung der Primärversorgung zu überführen und weiterzuentwickeln. Die hausärztlichen Praxen reichen dabei von Einzelpraxen bis zu größeren Versorgungseinheiten mit mehreren Ärztinnen und Ärzten sowie multiprofessionellen Teams. Diese Strukturen ermöglichen eine differenzierte Umsetzung innovativer Versorgungs- und Forschungsansätze, von denen sowohl die wissenschaftliche Weiterentwicklung als auch die patientenorientierte Versorgung profitieren.

Mit Blick auf konkrete Versorgungsangebote sind zudem Entwicklungen in Richtung **gestufter Versorgungsansätze** zu nennen. Diese setzen möglichst so

| ⁸⁶ Das Netzwerk Vitaal Groningen ist Teil des zweiten Aufgabenbereiches „Mehr Prävention, Wohlbefinden und Gemeinschaft“ und zielt auf eine gesunde arbeitende Bevölkerung innerhalb Groningen ab, um die Wirtschaft der Region zu fördern. Für die Realisierung der Ziele stehen zwei Arten der Bedarfsdefinierung im Vordergrund: Gebietsbezogene Experimente mit Einbeziehung und Eigenverantwortung der Gemeinde sowie zielgruppenspezifische Experimente auf kommunaler und provinzieller Ebene. Durch die spezifische Bestimmung werden individuelle Maßnahmen erarbeitet. Vgl. Netwerk Gezond Groningen (2023).

früh an, dass bestimmte Symptomatiken bei Patientinnen und Patienten ausbleiben oder in unterschiedlichen aufeinander aufbauenden Behandlungspfaden, die jeweils auf die spezifischen Anforderungen und Bedürfnisse eingehen, abgebildet werden. Exemplarisch illustriert werden kann dies an den Forderungen der *Mental Health Alliance* |⁸⁷, die die psychische Gesundheit, insbesondere bei jungen Menschen, durch eine integrative, präventive Versorgungskette in einen gestuften Versorgungsansatz überführen wollen. Zielsetzung ist verschiedene Ebenen der psychischen Krankheitsprävention zu differenzieren und auf die jeweilige individuelle Situation angepasst zu (be-)handeln. |⁸⁸

V.2 Empfehlungen

– **Niedergelassene Bereiche in Forschung einbinden:** Mit Blick auf niedergelassene ärztliche Berufsgruppen müssten primärversorgende Fachgebiete wie hausärztlich tätige Allgemeinmediziner, Internisten und Pädiater in Deutschland **besser in die Forschung zu und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen eingebunden** und adressiert werden, z. B. durch **funktionale Forschungspraxisnetzwerke**. Die Initiative Deutscher Forschungspraxennetze DEGAM-ForNet |⁸⁹, die allgemeinmedizinische Universitätsstandorte mit Forschungspraxen standort- und netzwerkübergreifend zusammenführt, ist beispielhaft für solche Netzwerkansätze, die große Potenziale für den Bereich der Präventionsforschung haben. Sofern möglich und sinnvoll, sollte dies **auch auf andere nicht-ärztliche Berufsgruppen** erweitert werden, hier insbesondere auf Psychologinnen und Psychologen oder auch aus den Gesundheitswissenschaften (Hebammen- und Pflegewissenschaft und Therapiewissenschaften).

– **Professionsübergreifenden Austausch systematisieren:** Im Sinne einer **arbeitsteiligen Therapiezielentwicklung** und eines ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses sollten verschiedene Berufsgruppen regelhafter in **gemeinsame Fallbesprechungen und Versorgungsstrukturen** eingebunden werden und wechselseitig voneinander lernen. Dies kann mit spezifischer Ausrichtung auf besonders vulnerable Gruppen, z. B. in Form von Gesundheitszentren |⁹⁰, oder

|⁸⁷ Bei der Mental Health Alliance handelt es sich um ein zivilgesellschaftlich getragenes, koordinierendes Netzwerk. Das Netzwerk hat sich zum Ziel gesetzt zur strukturellen Weiterentwicklung des psychischen Gesundheitssystems in Deutschland beizutragen – insbesondere mit Blick auf Prävention, Versorgungsgerechtigkeit und sektorübergreifende Zusammenarbeit. Vgl. Lobbyregister (08.09.2025): Mental Health Alliance, in: Deutscher Bundestag. URL: <https://www.lobbyregister.bundestag.de/suche/R007579/63710>, zuletzt abgerufen am 13.11.2025.

|⁸⁸ Dies umfasst die Ebenen universelle Prävention (für alle Menschen, z. B. Resilienztrainings, Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen), selektive Prävention (für Risikogruppen, z. B. Kinder belasteter Eltern), indizierte Prävention bei ersten Erkrankungsanzeichen (z. B. durch digitale Angebote) und Behandlung und Nachsorge stationär wie ambulant bzw. hybrid. Vgl. Mental Health Alliance (2025).

|⁸⁹ Vgl. Initiative Deutscher Forschungspraxennetze, URL: <https://www.degam-fornet.de/initiative/ueberuns>, zuletzt abgerufen am 07.01.2026.

|⁹⁰ Vgl. z. B. die Gesundheitszentren in Hamburg, URL: <https://www.hamburg.de/politik-und-verwaltung/behoerden/sozialbehoerde/themen/gesundheit/stadtteil-gesundheitszentren>, zuletzt abgerufen am 07.02.2026.

auch gesellschaftsübergreifend (z. B. finnische Familienzentren, Neuvola |⁹¹) positive Gesundheitseffekte haben. Aus Sicht des Wissenschaftsrats würde die stärkere **professionsübergreifende Zusammenarbeit** auch einer stärkeren Gesundheitsorientierung Rechnung tragen und einen dahingehenden Kulturwandel befördern. Auch wissenschaftliche Präventionszentren an Hochschulen können zur Vernetzung beitragen.

- _ **Verstetigung innovativ-interprofessioneller Versorgungsmodelle prüfen:** Beispiele aus anderen europäischen Ländern zeigen die gesundheitsförderliche Wirkung von **systematischer interprofessioneller Zusammenarbeit**. Angeführt werden können z. B. die finnischen Familienzentren (Neuvola) für den Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit. Diese zeigen, dass derartige Maßnahmen insbesondere dann Wirkung entfalten, wenn sie als **systemischer Bestandteil** in einer Gesellschaft etabliert werden und **nicht projektabhängig** sind. Hier gilt es in Deutschland umzusteuern und durch eine **systematische Stärkung von begleitender Implementationsforschung** zu neuen interprofessionellen Ansätzen und Versorgungsmodellen einen zunehmend differenzierten Überblick über Wirkungs- und Verstetigungsmöglichkeiten zu erhalten.
- _ **Lerneffekte aus Innovationsfonds-Projekten systematischer nutzen:** Aus Sicht des Wissenschaftsrats sind für die Erprobung neuer Versorgungsansätze für eine gewisse Zeit befristete Modellvorhaben zu begrüßen, wie sie über den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) möglich sind. Dennoch müssen **Lerneffekte aus Erfolgen und Misserfolgen** von solchen Projekten viel **systematischer genutzt** und auch letztlich zu Verstetigungen von bewährten Strukturen und Ansätzen oder einer Re-Justierung bzw. Auflösung solcher Projekte führen (Stichwort: De-Implementierung) (vgl. auch Kapitel B.II). Initiativen wie die Plattform „Communities that Care“ sind hierfür beispielhaft. |⁹²

| ⁹¹ Familienzentren (Neuvola) sind Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung in Finnland. Der Fokus der Zentren liegt darauf allen Kindern in Finnland einen gesunden Start ins Leben zu ermöglichen. Sie unterstützen, begleiten und beraten Familien ab dem Moment der Schwangerschaft über die gesamten frühkindlichen und kindlichen Entwicklungsphasen bis ins Jugendalter hinweg, unabhängig vom sozioökonomischen Status der Familie. In den Grundzügen besteht das Konzept seit 1922; sowohl die Kinder- als auch Müttersterblichkeit ist in Finnland zurückgegangen (Beispiel: Durchschnitt Kindersterblichkeit 1955: 29,7 Kindstode bei 1000 Lebendgeburten; 2021: 1,8 Kindstode bei 1000 Lebendgeburten). Vgl. De Carvalho (2022).

| ⁹² Vgl. Communities That Care, URL: <https://communities-that-care.de/>

VI.1 Problemlage

Auf gesamtgesellschaftlicher Ebene wird Gesundheit von Rahmenbedingungen und Regulierungen sowie Anreizen aus verschiedenen sektoralen Teilsystemen beeinflusst. Zentral sind Gesundheits- und Sozialsysteme, aber zu nennen sind auch weitere wie z. B. der Agrar- und Ernährungs-, oder auch der Bildungs-, Umwelt- und Verkehrs-/Mobilitätssektor. Im Sinne des Health for All Policies-Gedankens (vgl. Kapitel B.I) bedarf es für eine tatsächliche Gesundheitsorientierung daher verschiedener lebensweltbezogener Anstrengungen (z. B. in der Verkehrspolitik, Städtebau/-planung, Ausstattung von Bildungseinrichtungen). Insbesondere kommerziellen Gesundheitsdeterminanten, die zugleich wesentliche Treiber nichtübertragbarer chronischer Erkrankungen sind, muss regulativ in unterschiedlichen sektoralen Teilsystemen begegnet werden. Hier hat Deutschland noch erheblichen Aufholbedarf (vgl. Kapitel D.III.2.a). Doch auch bei der Anreizgestaltung und Ressourcensteuerung im Gesundheitssystem gibt es Handlungserfordernisse.

Mit Blick auf den **Business-Case Prävention und Gesundheitsförderung** zeigt sich für Deutschland ein strukturelles Problem: Es fehlen bislang ökonomische Anreize und Strukturen, die eine stärkere Ausrichtung auf diese Bereiche fördern. Beispielsweise verfügen Kliniken bislang über kein tragfähiges Geschäftsmodell für präventive Maßnahmen. Daher sollte auch darüber nachgedacht werden, wie entsprechende **Finanzierungsanreize** aussehen könnten und diese sich auch in den entsprechenden Sozialgesetzbüchern, v. a. in SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung), VII (Gesetzliche Unfallversicherung) und XI (Soziale Pflegeversicherung), wiederfinden. Auch Präventionsmaßnahmen im Bereich der Psychotherapie werden nach Einschätzungen der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV) bislang noch nicht in ausreichendem Maß genutzt – sowohl in der individuellen Therapie als auch z. B. der betrieblichen Gesundheitsförderung. |⁹³

Darüber hinaus stellen sich grundlegende Fragen zur **Finanzierung und Lastenverteilung** zwischen den verschiedenen Akteuren. Die gesundheitsförderliche finanzielle Leistungserbringung ist gegenwärtig über das SGB für die Kranken- und Pflegekassen sowie für die gesetzliche Renten- und Unfallversicherung geregelt und verpflichtend. Gleichwohl beteiligen sich die privaten Krankenversicherungen freiwillig mit jährlich 22 Mio. Euro an Maßnahmen zur Prävention

|⁹³ Aus Sicht der DPtV sollte Präventionsmaßnahmen wie beispielsweise Gesundheitsuntersuchungen für niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten kostendeckend und unkompliziert durchführbar sein. Auch ist psychotherapeutische Expertise nach Ansicht der DPtV bislang noch nicht verbindlich in den Gesetzen zu Arbeitssicherheit und im Arbeitsschutz verankert. Vgl. Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e. V. (2025), S. 19.

und Gesundheitsförderung und erfüllen so die gesetzlichen Voraussetzungen zur Mitwirkung in der NPK. Diese Leistungen können nur bedingt zur Gestaltung gesunder Lebenswelten und Lebenssituationen beitragen (z. B. über Ernährungsprogramme, Kita-/Schulangebote zur Bewegungsförderung betriebliche Gesundheitsförderung), auch weil die Sozialversicherungsträger und die private Krankenversicherung auf die Mitwirkung der Träger der Lebenswelten angewiesen sind.

Das Gesundheitssystem ist in seinen wirtschaftlichen Implikationen optimiert für Unterstützung bei Therapiebedarf. Zusätzlich ist die Präventionslandschaft in Deutschland trotz zahlreicher Initiativen stark fragmentiert. Die Zuständigkeiten – und damit verbundene Mittel- und Ressourcenverteilung – sind zwischen Bund, Ländern, Kommunen, Krankenkassen, Berufsverbänden und Ressorts verteilt. Diese Zersplitterung führt nach Einschätzung des Wissenschaftsrats zu einer ineffizienten Mittelverwendung, einer oftmals unklaren Verantwortlichkeit und mangelnder Nachhaltigkeit präventiver Programme. Eine bundesweit aktive, gemeinwohlorientierte **Stiftung für Prävention**, die eine mögliche nationale Einrichtung für öffentliche Gesundheit (vgl. Kapitel B.III) flankieren könnte, könnte als unabhängige, wissenschaftsnahe Koordinationsstelle Forschung, Politik, Wirtschaft und Praxis miteinander verbinden und Mittel bündeln. In diesem Zusammenhang gilt es auch, die Argumentationslogik in der Hinsicht umzukehren, dass die Finanzierung von Prävention nur schwer über unmittelbare Einsparpotenziale gerechtfertigt werden kann. **Finanzierung von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung** sollte stattdessen als **Investitionsmodell** verstanden werden, das auch einen langfristigen gesellschaftlichen Wert generiert. In anderen Ländern, wie beispielsweise in den Niederlanden, finden sich Positionen, die dafür plädieren, Investitionen in Präventionsmaßnahmen nicht besser begründen zu müssen als Investitionen für andere Versorgungsleistungen. Es wird empfohlen, für die wirtschaftliche Bewertung von Investitionen in Prävention dieselben Grundsätze, Methoden und Leitlinien anzuwenden wie für andere Investitionen im Gesundheitswesen, beispielsweise in der kurativen Versorgung. |⁹⁴

Mit Blick auf die Ebenen, in denen sich ein stärkerer Invest in Krankheitsprävention als lohnend erweisen könnte, sind auch aus Sicht des Wissenschaftsrats folgende drei Aspekte hervorzuheben:

– Erstens setzen demografische Entwicklungen und steigende Krankheitslasten insbesondere auch das Gesundheitssystem und die in ihm tätigen Fachkräfte unter Druck (vgl. Kapitel D.I). Eine stärkere Orientierung auf Krankheitsprävention könnte für wichtige Entlastungen sorgen und gleichzeitig den Effekt erzielen, **Mittel und Ressourcen** in und für das Gesundheitssystem **effektiver** einzusetzen. An verschiedenen Beispielen wie dem Bereich der

| ⁹⁴ Vgl. Rotteveel et al. (2025).

Zahngesundheit mit Blick auf die Kariesprophylaxe |⁹⁵ oder auch Demenzprävention |⁹⁶ zeigen sich zudem auch tatsächliche Einsparungseffekte.

– Zweitens trägt die Prävention von Krankheiten zur **Steigerung der Arbeitsfähigkeit** und damit auch der **gesamtgesellschaftlichen Produktivität** |⁹⁷ bei – mit positiven Effekten auf Wirtschaft und Sozialsysteme. |⁹⁸

– Drittens bieten Prävention und Gesundheitsförderung selbst ein **wirtschaftliches Marktpotenzial**, etwa durch gesundheitsbezogene Dienstleistungen, Produkte oder Programme, die sich aus veränderten Verbraucher- und Konsumentenansprüchen heraus auch selbst entwickeln. Durch die Entwicklung gesundheitsförderlicher Produktlinien – etwa zuckerreduzierter Lebensmittel, Ernährungsprogramme oder gesundheitsorientierter Dienstleistungen – sowie durch Kooperationen im Gesundheitswesen ergeben sich zudem zusätzliche Ertragsmöglichkeiten für Unternehmen. Diese tragen bislang mit bestimmten Produkten (z. B. hochverarbeiteten Lebensmittel) zur Prävalenz nichtübertragbarer chronischer Erkrankungen bei (vgl. Kapitel D.III.2.a). |⁹⁹ Auf diese Weise können neue Märkte erschlossen, das Markenimage gestärkt und langfristige Wettbewerbsvorteile erzielt werden.

Die Effekte und Entwicklungen, die sich aus einem stärkeren Invest in Krankheitsprävention ergeben können, sollten engmaschig wissenschaftlich begleitet werden. Die Niederlande gehen mit dem „Investment Model for Prevention“ einen entsprechenden Weg, das als Vorbild dienen könnte.

|⁹⁵ Die Ergebnisse der 6. Deutschen Mundgesundheitsstudie der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) aus 2025 belegt einen deutlichen Rückgang der Karieserfahrung in der Bevölkerung: 78 Prozent der Gruppe der 12-Jährigen sind kariesfrei; bei den jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) hat sich die Anzahl der Personen mit Karieserfahrung seit 1989 halbiert. Ursächlich hierfür ist die breit in der Bevölkerung genutzte Zahnprophylaxe. Der Anteil an den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für vertragszahnärztliche Leistungen in den letzten Jahren hat sich nach Aussage der KZBV zudem um mehr als 30 Prozent gesenkt. Vgl. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung; Bundeszahnärztekammer (17.03.2025).

|⁹⁶ Für Erkenntnisse zu Kosteneinsparungen durch die Eindämmung von Risikofaktoren und einer damit verbundenen Reduktion der Häufigkeit von Demenzfällen vgl. Michalowsky; Kaczynski; Hoffmann (2019) und Blotenberg; Hoffmann; Thyrian (2023). Als Beleg für positive Beeinflussungsmöglichkeiten von Risikofaktoren für Demenz in Deutschland vgl. Claus et al. (2024) und Yau et al. (2025). Zum Themenkomplex der Kosteneffizienz der Demenzprävention vgl. Michalowsky et al. (2024) und vgl. Michalowsky et al. (2019).

|⁹⁷ Vgl. Mierau et al. (2024).

|⁹⁸ Eine im Herbst 2025 veröffentlichte Prognos-Studie geht von rund 360 Euro Bruttowertschöpfung pro gesunden Arbeitstag und erwerbstätiger Person aus. Hierdurch ergibt sich für das Jahr 2023 bei rund 45,9 Mio. Erwerbstätigen und durchschnittlich 15,2 Krankheitstagen Kosten von rund 16,4 Mrd. Euro je durchschnittlichem Krankheitstag. Dies veranschaulicht laut der Studie das immense Potenzial von Prävention und wirkungsvoller gesundheitlicher Versorgung. Vgl. Bundesverband der Deutschen Industrie (03.11.2025). Auch AOK-Bundesverband und DKFZ weisen in ihrem gemeinsam veröffentlichten Public Health Index für verschiedene Krankheitstreiber wie Alkohol und Tabak auf die erheblichen finanziellen Belastungen – für das Gesundheitssystem, aber auch in Bezug auf indirekte Kosten für die Wirtschaft aus. Für das Handlungsfeld Alkohol werden die rund 40 Mrd. Euro indirekte Kosten für die Wirtschaft angenommen, u. a. durch Arbeitsunfähigkeit, Produktionsausfälle oder Frühverrentungen. Weitere 17 Mrd. Euro entfallen direkt auf das Gesundheitssystem. Vgl. AOK-Bundesverband eGbR (Hrsg.); Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2025), S. 39.

|⁹⁹ Vgl. WHO (2025e).

Trotz ambitionierter Zielsetzungen stößt die niederländische Präventionspolitik in der praktischen Umsetzung auf strukturelle Herausforderungen. Dazu zählen das Fehlen einer verbindlichen rechtlichen Verankerung präventiver Ziele sowie die oft unzureichende oder nicht dauerhaft gesicherte Finanzierung präventiver Maßnahmen, was eine langfristige Planung erschwert. Hinzu kommt, dass Prävention häufig erst dann politische Aufmerksamkeit erhält, wenn kurzfristige Ergebnisse sichtbar werden, was einer nachhaltigen Planung entgegensteht.

Ein zentrales Instrument zur Bewältigung dieser Herausforderungen ist die in den Niederlanden vorangetriebene Entwicklung und Konzeption eines Investment Model for Prevention. Dieses Modell versteht präventive Maßnahmen als langfristige Investitionen und macht Nutzen sowie Kosten strategischer Interventionen transparenter und nachvollziehbarer. Die Entwicklung des Modells erfolgt unter enger Einbindung wissenschaftlicher Expertise und wird von einem wissenschaftlichen Beirat (Advisory Committee) begleitet, der eine fachliche Beratung leistet und methodische Einschätzungen und evidenzbasierte Empfehlungen liefert. |¹⁰⁰ Zwar ist eine exakte Nutzenberechnung derzeit noch nicht möglich, dennoch unterstützt das Modell die Darstellung des Zusammenhangs zwischen eingesetztem Input und erzielt Output.

Der Umsetzungsprozess umfasst folgende Schritte:

- _ Definition von Maßnahmen zur Effizienzsteigerung (Advisory Committee)
- _ Entwicklung eines Bewertungsrahmens (Assessment Framework), umgesetzt vom Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)
- _ Finanzielle Entscheidungen durch die nationale Regierung oder andere zuständige Institutionen
- _ Kontinuierliches Monitoring und systematische Evaluation sind entscheidend, um Wirksamkeit und Nachhaltigkeit sicherzustellen.

Deutschland hinkt zudem im europäischen Vergleich bei verschiedenen **Regulierungsansätzen** noch deutlich hinterher. Das zeigt sich etwa bei **spezifischen Steuern auf Zucker oder Alkohol** (vgl. Kapitel D.III.2.a), die gesundheitsschädliches Verhalten und damit verbundene Krankheitslasten reduzieren sollen. Erträge hieraus könnten zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung genutzt werden.

Hinzu kommt, dass auch in einem wohlhabenden Land wie Deutschland die Gesundheits- und Lebenschancen eng mit dem Bildungsstand und der **sozialen wie**

|¹⁰⁰ Die ersten Empfehlungen des wissenschaftlichen Beirats liegen bereits vor. Vgl. Leden van de Adviescommissie passend bewijs voor preventie (2025).

ökonomischen Situierung des Einzelnen zusammenhängen (vgl. auch Kapitel D.I). Derzeit gilt ein sogenanntes „Inverse Care Law“. |¹⁰¹ Diejenigen, die die meiste gesundheitliche Unterstützung benötigen, erhalten am wenigsten davon. Dies zeigt nach Einschätzung des Wissenschaftsrats, dass die bestehenden **Marktmechanismen im Gesundheitssystem** so verändert werden müssen, dass sie gesundheitliche Ungleichheiten beheben oder zumindest abmildern können.

VI.2 Empfehlungen

- **Anreizmechanismen wissenschaftlich prüfen:** Es ist notwendig, sich grundsätzlich wissenschaftlich mit **Anreizen im deutschen Gesundheitssystem und möglichen Effekten** zu befassen, die kontraproduktiv für eine stärkere systemische Gesundheitsorientierung sind. Insbesondere aus gesundheitsökonomischer Perspektive sollte dies wissenschaftlich stärker aufgegriffen werden. Dies schließt auch eine Kosten-Effizienz-Analyse bestehender, oftmals sehr kostspieliger Früherkennungs- und Screening-Programme ein (vgl. Kapitel B.IV.2). Auch in weiteren sektoralen Teilsystemen sollte im Sinne des Health for All Policies-Gedankens eine gesundheitsförderliche Anreizgestaltung verfolgt werden.
- **Mehrwertpotenziale aufzeigen:** Um eine ressortübergreifende Gesundheitsorientierung zu stärken, müssen **Mehrwertpotenziale** (u. a. individuell-immateriell, sozial, ökonomisch) deutlicher sichtbar und ein Investitions- anstelle eines Einsparungsnarrativs gefestigt werden. Hierfür braucht es eine stringente wissenschaftliche Maßnahmen- und Wirkungsevaluation.
- **Kommerzielle Gesundheitsdeterminanten auf den Prüfstand stellen:** Verschiedene Industriezweige tragen mit ihren Produkten und Geschäftsmodellen erheblich zur Entstehung nichtübertragbarer chronischer Erkrankungen bei, z. B. Alkohol, Tabak oder auch hochverarbeitete Lebensmittel (vgl. Kapitel D.III.2.a). Diesen kommerziellen Krankheitstreibern muss mit verschiedenen Regulationsmechanismen entschlossen begegnet werden, z. B. über Verteuerung und stärkere Besteuerung oder auch striktere Werbeverbote. Um systematisch Evidenz zu den gesundheitsförderlichen Effekten derartiger Regulierungsmaßnahmen zu gewinnen, ist eine wissenschaftliche Begleitung erforderlich.
- **Neue Mittel für Präventionsforschung erschließen:** Mit Blick auf ein Zusammenspiel von **Regulierungs- und Finanzierungsansätzen** sollten auch **veränderte Besteuerungsmodelle**, z. B. für Krankheitstreiber wie zuckerhaltige Lebensmittel, Alkohol oder Tabak, sowie die Überführung der zusätzlichen

| ¹⁰¹ Der Begriff „Inverse Care Law“ geht auf den Allgemeinmediziner Julian Tudor Hart zurück, der in den 1970er Jahren die These veröffentlichte, dass benachteiligte Bevölkerungsgruppen mehr Gesundheitsfürsorge benötigen als begünstigte Bevölkerungsgruppen, aber tatsächlich weniger erhalten. Vgl. Haines; Floss (2021).

Mittel in einen **öffentlichen Fonds**, beispielsweise, zur Stärkung von Forschungs- und Implementationsprojekten zur Prävention und Gesundheitsförderung, überlegt werden. Auch hier ist die Forderung der GMK aus Sicht des Wissenschaftsrats zu begrüßen. |¹⁰² Im Zusammenhang mit Überlegungen, nationale Kompetenzen für Prävention und Öffentliche Gesundheit zu bündeln, könnte auch über eine **Stiftung Prävention** nachgedacht werden.

– **Prävention im Versorgungssystem angemessen vergüten:** Speziell bezogen auf die **Leistungsvergütung** sollte geprüft werden, welche präventiven Ansätze tatsächliche Effekte auf eine positive Gesundheitsentwicklung in Bezug auf verschiedene individuell bezogene Ziele haben könnten. Im Falle von Demenzerkrankungen könnte dies z. B. Maßnahmen für eine möglichst lange Selbstständigkeit der Patientin/des Patienten umfassen; im Falle von Gelenkerkrankungen könnten Ansätze zur Gewichtsreduktion bereits erhebliche Entlastungen erzielen. Derartigen Maßnahmen sollte der **Vorzug vor therapeutischen Maßnahmen** gegeben werden, auch im Sinne der quartären Prävention. Eine entsprechende Leistungsvergütung sollte über die Krankenkassen erfolgen.

– **Auf Prähabilitation setzen:** Es sollte wissenschaftlich geprüft werden, in welchem Umfang **Prähabilitationsprogramme** |¹⁰³ Patientinnen und Patienten vor größeren chirurgischen Eingriffen – etwa in der Leber-, Pankreas- oder gastrointestinalen Chirurgie – gezielt auf die körperliche Belastung vorbereiten können. Empfohlen wird die Umsetzung in **multimodalen Programmen**, die körperliches Training zur Steigerung der kardiorespiratorischen Fitness, ernährungsmedizinische und pflegerische Beratung sowie psychologische Unterstützung umfassen. Klinische Daten zeigen, dass durch solche Interventionen die Rate postoperativer Komplikationen signifikant gesenkt werden kann. Um diese Effekte systematisch zu nutzen, sollten Programminhalte standardisiert, geeignete Erfolgsindikatoren definiert und die langfristigen Effekte auf Mortalität, Krankheitsverläufe und Kosteneffizienz untersucht werden.

– **Setting- und kultursensitiv handeln:** Für eine stärkere, auch **systemische Ermöglichung von Chancengleichheit** mit Blick auf Gesundheit müssen nach Einschätzung des Wissenschaftsrats weitere **Anreize für setting- und kultursensitive Ansätze** gesetzt werden (vgl. auch Kapitel B.III). Auch hierzu können verbindliche interprofessionelle Zusammenarbeitsmechanismen gekoppelt mit einer zentralen Koordination und Zuweisung über das im

| ¹⁰² Vgl. Gesundheitsministerkonferenz (2025).

| ¹⁰³ Prähabilitation adressiert zentrale Zielsetzungen des „Quadruple Aim“, das eine gleichzeitige Verbesserung der Patientengesundheit, der Behandlungserfahrung, der Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen sowie der ökonomischen Effizienz vorsieht. Insbesondere der ökonomische Faktor wird durch reduzierte Komplikationsraten und kürzere Krankenhausaufenthalte deutlich, wodurch Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen möglich werden.

Koalitionsvertrag angedachte Primärärztemodell sowie eine stärkere Nutzung von Berufsgruppen wie CHN eine wichtige Unterstützung sein.

C. Unmittelbare Handlungsbereiche für Wissenschaft und Wissenschaftspolitik

Das Positionspapier legt den Fokus für eine strukturelle Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung auf den Blickwinkel aus Wissenschaft und Wissenschaftspolitik.

Nachfolgend finden sich die in den vorgehenden Kapiteln genannten Empfehlungen extrahiert, die unmittelbar **wissenschaftliche und wissenschaftspolitische Anknüpfungspunkte und Handlungsbereiche** betreffen. Dies auch mit dem Ziel zu veranschaulichen, was aus **Wissenschaft und Wissenschaftspolitik** heraus für einen **gesundheitsorientierten Wandel** in Wissenschaft, Versorgung, aber auch Wirtschaft und Gesellschaft schnellstmöglich angegangen werden könnte und sollte.

Die **weiteren** in Kapitel B getroffenen **Analysen und Empfehlungen**, die zum Teil eine weitere **gesellschafts- und gesundheitspolitische Dimension** umfassen, sind aus Sicht des Wissenschaftsrats **ebenso dringlich** und sollten durch jeweilige Akteurs- und Stakeholdergruppen (Politik [Bund, Land, Kommunen], ÖGD, Leistungserbringer etc.) aufgegriffen werden.

Der Wissenschaftsrat behält sich vor, nach zehn Jahren den Umsetzungsstand seiner Empfehlungen im Rahmen einer systematischen Nachverfolgung zu prüfen und gegebenenfalls weitere Empfehlungen auszusprechen. Dabei ist dem Wissenschaftsrat auch daran gelegen, Kontakt- und Interaktionsmöglichkeiten zwischen sämtlichen Interessensgruppen im System zu erleichtern, zur Vernetzung beizutragen und Prävention in Deutschland stark zu machen.

Auszug wissenschaftsbezogener Empfehlungen aus Kapitel B.I

_ Wissenschaft und Wissenschaftspolitik einbinden:

- _ In Initiativen und strategischen Zusammenschlüssen für die nationale wie regionale Koordination von Maßnahmen der Prävention und

Gesundheitsförderung sollten **Wissenschaftsressorts** einbezogen werden; dies betrifft z. B. eine Beteiligung des BMFTR an der Nationalen Präventionsinitiative, aber auch den regelhaften Einbezug der Wissenschaftsministerien der Länder in landeseigene Gesundheitskonferenzen.

- _ In landeseigenen Landesgesundheitskonferenzen sollte auch **eine bessere An- und Einbindung wissenschaftlicher Einrichtungen** stringenter gewährleistet werden, um effektive Gesundheits- und Präventionsnetze auszubilden. Dies könnte über den Einbezug von Präventionszentren erfolgen.
- _ **Verhältnis- und Verhaltensprävention zusammendenken:** Strukturelle Veränderungen sollten mit individuellen Verhaltensanalysen und der Bewertung personalisierter Gesundheitsrisiken verknüpft werden. Nur so wird sich die Gesundheit der Bevölkerung nachhaltig und langfristig verbessern. Dafür müssen **Verhältnis- und Verhaltensprävention auch wissenschaftlich stärker zusammengedacht** werden. Hierzu kann die Gesundheitsforschung einen wichtigen Beitrag leisten.
- _ **Health for All Policies als Grundsatz setzen:** Für verbindliche und wirksame Gesundheitsorientierung im politischen Handeln ist das Zusammenspiel verschiedener Ressorts unabdingbar. Der Wissenschaftsrat regt dazu an, den Health in All Policies-Gedanken im Sinne eines „**Health for All Policies**“-Konzepts weiterzuentwickeln und hierdurch zu akzentuieren, dass Gesundheit fester Bestandteil und verbindliche Zielgröße in allen Politikbereichen sein und in der Maßnahmengestaltung demokratisch ausgehandelt werden muss – nicht nur im Gesundheitswesen selbst, sondern auch in der **Wissenschaftspolitik** und **weiteren Bereichen** (etwa in Stadtentwicklung, Bildungs-, Arbeits-, Wirtschafts-, Agrar-, Ernährungs- oder Umweltpolitik). Hierzu sollten wissenschaftlich unterlegte Key Performance Indikatoren erarbeitet werden, die Erfolge von Präventionsmaßnahmen systematisch und vergleichbar in verschiedenen Gesellschaftsbereichen erfassen und verfolgen (vgl. Kapitel B.II) Als ergänzendes Instrument politischer Steuerung könnte die **Einführung einer GVP** in allen Politikfeldern überlegt werden. Dies soll bei der operativen Umsetzung mit geringstmöglichem bürokratischem Aufwand realisiert werden und Prozesse nicht verlangsamen.

Auszug wissenschaftsbezogener Empfehlungen aus Kapitel B.II

- _ **Gesundheitsdatenbestände ausschöpfen:** Zugriffsmöglichkeiten auf **originäre Datensätze von Gesundheitsdaten** sollten von sämtlichen Datenhaltern zu Forschungszwecken ermöglicht werden. Hier sollte geprüft werden, wie die Nutzung möglichst rechtssicher und zugleich forschungsfreundlich gestaltet werden kann. Ein **Erlaubnisprinzip mit Sanktions-/Verbotsmöglichkeiten** könnte ein sinnvoller Weg sein. Auch eine verbindliche Bereitstellung von interoperablen, standardisierten und nachnutzbaren Daten ist essenziell. Private

Anbieter sollten anonymisierte oder pseudonymisierte Datenbestände z. B. aus Wearables, zu Forschungszwecken über Datenspenden verfügbar machen.

- **Gesundheitsstudien breiter anlegen:** Große Gesundheitsstudien wie z. B. die NAKO sollten, wo immer möglich und sinnvoll, **breitere Settings und Bevölkerungsgruppen** berücksichtigen und mit Routinedaten, aber auch **weiteren Datenbeständen** (z. B. Umweltdaten, sozioökonomischen Daten, motivationalen Daten) verknüpft werden können.
- **Interdisziplinäre Experimentierräume schaffen:** Es sollten **Experimentierräume** geschaffen werden, die wissenschaftlich begleitet werden, in verschiedene **Lebenswelten** (z. B. Arbeit/betriebliches Umfeld, Schulen, Kitas) integriert sind und **verschiedene Aspekte** – Umwelt-/Klimafaktoren, sozioökonomische Aspekte, soziale Bedingungen oder auch psychosoziale und geschlechtersensible Faktoren – berücksichtigen. Diese Räume sollen ein **offenes Innovationsumfeld** zur Erprobung neuer Handlungsansätze und Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung zwischen verschiedenen Akteuren (u. a. Politik, Wissenschaft, Versorgung, Wirtschaft, Gesellschaft) schaffen.

Auszug wissenschaftsbezogener Empfehlungen aus Kapitel B.III

- **Kompetenzen und Verantwortlichkeiten in einer nationalen Koordinierungsstelle vernetzen:** In Deutschland gibt es bislang, anders als in anderen Ländern, keine Institution mit einem entsprechenden Mandat, die Präventionsforschung und ihre Translation über verschiedene wissenschaftliche Einrichtungen hinweg sowie mit Institutionen des ÖGD verknüpft. Aus Sicht des Wissenschaftsrats sollte geprüft werden, wie diese **institutionelle Leerstelle** behoben werden kann, um **Forschung und Translation sowie Gesundheitskommunikation und -information** zu Prävention und Gesundheitsförderung im Sinne eines nationalen Public Health-Instituts | ¹⁰⁴ zu **vernetzen** und zu **koordinieren**. Hierfür könnte eine **externe Evaluation** hilfreich sein.
- **Daten und Translation bündeln:** Hochschulen, außeruniversitäre und Resortforschung (v. a. BIÖG, RKI) sowie Länder und ÖGD sollten in einem nationalen **BCI-Netzwerk** mit klaren Mandaten zusammenarbeiten. Dabei ist es wichtig, **einheitliche Daten- und Schnittstellenstandards**, eine **gemeinsame, verständliche Gesundheits- und Verhaltensberichterstattung** für die Öffentlichkeit und die Entscheidungsträger sowie **strukturierte Feedback-Loops** zwischen lokaler Praxis und nationaler Governance verbindlich zu etablieren.

| ¹⁰⁴ Allgemein dienen nationale Public Health-Institute Ländern als zentrale Stelle, um Aktivitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit unter einem Dach zu organisieren, zu vernetzen und dadurch sowohl Zusammenarbeitsmöglichkeiten als auch durch ihre wissenschaftliche Ausrichtung Effizienz und Wirkung von Maßnahmen zu verbessern. Vgl. CDC (03.09.2025).

- _ **Lebenswelten evidenzbasiert adressieren:** Unterschiedliche Lebenswelten und Handlungsrealitäten müssen **systematisch und lebensverlaufsorientiert** erhoben und in Co-Design-Prozessen gemeinsam mit den Zielgruppen in Maßnahmen übersetzt werden. **Kinder und Jugendliche** sollten angemessen berücksichtigt und insbesondere auch das Spektrum belastender Kindheitserfahrungen, ihre Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit im Erwachsenenalter und die intersektoral präventiv wirkenden Maßnahmen z.B. in Pädagogik sowie Kinder- und Jugendschutz beachtet werden. Zugleich sollten auch die **gezielte (Sekundär-)Prävention und Gesundheitsförderung** für Ältere sowie besonders für benachteiligte Subgruppen gestärkt werden.
- _ **Datenvisualisierung verhaltensrelevant ausrichten:** Berichtssysteme und Dashboard-Formate (bundes- und landesweit) sollten **verhaltensbezogene Kennzahlen, Equity-Schnitte** im Sinne geeigneter Kategorisierung und Aufschlüsselung der Berichte nach Subpopulationen und **Evaluations-Feedback** integrieren. Inhalte müssen nutzergruppenspezifisch (Öffentlichkeit, Praxis, Politik) aufbereitet und regelmäßig iteriert werden. Nutzungsmöglichkeiten von **generativen KI-Modellen** sollten für die Unterstützung von Visualisierungs- und Reporting-Formaten geprüft werden.

Auszug wissenschaftsbezogener aus Kapitel B.IV

- _ **Präventionsbegriff in der Gesundheitsforschung breiter fassen:** Insbesondere in wissenschaftlichen **Einrichtungen der Spitzenforschung** sollte der Präventionsbegriff breiter gefasst sowie Anschlussmöglichkeiten für **Kooperationen** mit dem Bereich der Public Health-Forschung oder auch weiteren gesundheitswissenschaftlichen Disziplinen geschaffen werden. Personalisierte Prävention im Sinne einer **Präzisionsprävention und Aspekte der Verhaltens- und Verhältnisprävention** müssen zusammengedacht werden und stellen einen zukunftsorientierten Forschungsansatz dar.
- _ **Interdisziplinäre Forschungszusammenarbeit in Präventionszentren bündeln:** An den **medizin- und gesundheitsführenden Hochschulen** sollte die Schaffung von **Präventionszentren** erwogen werden, um wissenschaftliche Kooperationspotenziale zu Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung stärker zu nutzen, synergetisch zu bündeln und einen regelhaften interdisziplinären wissenschaftlichen Austausch zu verschiedensten Fragestellungen der Präventionsforschung zwischen einschlägigen Disziplinen zu etablieren. Auch sind hierdurch eine weitere **wissenschaftlich-regionale Profilierung und Schwerpunktsetzung** (z. B. in die Bereiche One Health oder Planetary Health), neue **Erkenntnismöglichkeiten zu Therapieansätzen** und krankheits-/organbezogenen sowie geschlechtersensiblen Forschungsaspekten möglich. Hier ist für eine **überregionale Vernetzung**, die auf bestehenden Strukturen aufbaut, Sorge zu tragen, um einer Silobildung vorzubeugen, Lerneffekte zu ermöglichen und auch das außeruniversitäre Umfeld (u. a. außeruniversitäre und

Ressortforschungseinrichtungen, ÖGD) adäquat einzubinden – sowohl in der Forschung als auch in der Translation. Der Wissenschaftsrat empfiehlt, Präventionszentren in Deutschland mit bestehenden Strukturen zu verknüpfen und zu vernetzen.

- **Implementierungsforschung strukturell auf- und ausbauen:** Der Bereich der Implementierungsforschung ist in Deutschland **strukturell** wie personell zu stärken und weiter auszubauen. Dazu gehören der gezielte Ausbau von Lehrstühlen und Forschungsstrukturen im Bereich der Implementierungsforschung sowie die systematische Entwicklung und theoretische Fundierung von Interventionen, einschließlich der Planung von Outcomes, Wirkmechanismen und Kontextbedingungen. Ebenso bedarf es der **Untersuchung fördernder und hemmender Faktoren** der Implementierung sowie von Machbarkeitsprüfungen vor groß angelegten Wirksamkeitsstudien. Zentrale Bedeutung kommt dabei **partizipativen Forschungsansätzen** zu, die alle relevanten Akteursgruppen über Altersgruppen (insbesondere Kinder und Jugendliche), Geschlechter und soziale Lagen hinweg frühzeitig und kontinuierlich in alle Phasen der Forschung einbeziehen, um Bedarfe, Bedürfnisse und Kontexte angemessen zu berücksichtigen. Im Zusammenhang mit Forschungsfragestellungen zur Wirksamkeit von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen gilt es, stringendere **kausale und gesundheitsökonomische Methoden** zur Bewertung solcher Maßnahmen zu entwickeln, als dies bislang der Fall ist.
- **Präventionsorientierte Haltung im Studium sowie Aus- und Weiterbildung stärken:** Weiterhin sollte die Qualität der bisherigen Verankerung von Präventionsaspekten in studiengangbezogenen **Lernzielkatalogen** für das Fach Medizin, aber auch für die Studiengänge der Gesundheitsfachberufe und Psychologie geprüft werden. Hierbei sollten weniger unmittelbar messbare Behandlungsaspekte (wie z. B. Rehabilitationsmaßnahmen), sondern v. a. die **Stärkung einer präventionsorientierten Haltung in der Professionsausübung** im Fokus stehen. Dies umfasst insbesondere die Vertiefung von Lehrinhalten zur **Gesundheitsförderung sowie zur gesundheitsbezogenen Kommunikation**. Auch in späteren **Aus- bzw. Weiterbildungsschritten** von Medizinerinnen und Medizinern oder von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern anderer medizinnaher Disziplinen, Psychologinnen und Psychologen und Berufsgruppen der Gesundheitsfachberufe sollten Fortbildungen bzw. Weiterbildungsmodule entwickelt werden, um die Kompetenz für Maßnahmen der Prävention zu verbreitern (z. B. durch mehr zertifizierte Fortbildungen). Dies schließt ebenfalls Beschäftigungen mit Fragestellungen der Gesundheitsförderung und -kommunikation ein.
- **Multidirektionale Transfer- und Translationswege etablieren:** Studien und Forschungsarbeiten von wissenschaftlichen Einrichtungen müssten stärker darauf ausgelegt werden, direkte Anknüpfungspunkte für den ÖGD zu bieten, um **multidirektionale Transfer- und Translationsaktivitäten** zu

ermöglichen. Der ÖGD sollte nicht nur in Primärpräventionsprojekte eingebunden werden, sondern auch eine breitere, **vernetzte Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Akteuren** anstreben und beispielsweise in kontrollierte Interventionsstudien einbezogen werden. Die Rücktranslation von Erkenntnissen aus der Praxisarbeit des ÖGD in die Wissenschaft kann dazu beitragen, neue Forschungsansätze zu entwickeln, die Präventionsforschung langfristig zu stärken sowie die Translation („bench to bedside and community“) wissenschaftlicher Erkenntnisse in Anwendungsbereiche (z. B. in der Medizin oder in der Pflege) zu fördern. Hierfür ist die Entwicklung von strukturierten Feedbackprozessen und Kooperationsstrukturen sowie eine stärkere wissenschaftliche Profilierung der Einrichtungen des ÖGD von Nöten. Dies muss auch einen breiten Kompetenzaufbau in der Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie eine dahingehend verstärkte Transfer- und Translationskultur implizieren.

Auszug wissenschaftsbezogener Empfehlungen aus Kapitel B.V

- _ **Niedergelassene Bereiche in Forschung einbinden:** Mit Blick auf niedergelassene ärztliche Berufsgruppen müssten primärversorgende Fachgebiete wie hausärztlich tätige Allgemeinmediziner, Internisten und Pädiater in Deutschland **besser in die Forschung zu und Umsetzung** von Präventionsmaßnahmen eingebunden und adressiert werden, z. B. durch **funktionale Forschungspraxisnetzwerke**. Die Initiative Deutscher Forschungspraxennetze DEGAM-ForNet ist beispielhaft für solche Netzwerkansätze, die große Potenziale für den Bereich der Präventionsforschung haben. Sofern möglich und sinnvoll, sollte dies **auch auf andere nicht-ärztliche Berufsgruppen** erweitert werden, hier insbesondere auf Psychologinnen und Psychologen oder auch aus den Gesundheitswissenschaften (Hebammen- und Pflegewissenschaft und Therapiewissenschaften).
- _ **Verstetigung innovativ-interprofessioneller Versorgungsmodelle prüfen:** Beispiele aus anderen europäischen Ländern zeigen die gesundheitsförderliche Wirkung von **systematischer interprofessioneller Zusammenarbeit**. Angeführt werden können z. B. die finnischen Familienzentren (Neuvola) für den Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit. Diese zeigen, dass solche Maßnahmen insbesondere dann Wirkung entfalten, wenn sie als **systemischer Bestandteil** in einer Gesellschaft etabliert werden und **nicht projektabhängig** sind. Hier gilt es in Deutschland umzusteuern und durch eine systematische Stärkung von **begleitender Implementierungsforschung** zu neuen interprofessionellen Ansätzen und Versorgungsmodellen einen differenzierten Überblick über Wirkungs- und Verstetigungsmöglichkeiten zu erhalten.
- _ **Lerneffekte aus Innovationsfonds-Projekten systematischer nutzen:** Aus Sicht des Wissenschaftsrats sind für die Erprobung neuer Versorgungsansätze für eine gewisse Zeit befristete Modellvorhaben zu begrüßen, wie sie über den

Innovationsfonds des G-BA möglich sind. Dennoch müssen **Lerneffekte aus Erfolgen und Misserfolgen** von solchen Projekten **viel systematischer genutzt werden** und auch letztlich zu Verstetigungen von bewährten Strukturen und Ansätzen oder zu einer Re-Justierung bzw. Auflösung von nicht erfolgreichen Projekten führen (Stichwort: De-Implementierung).

Auszug wissenschaftsbezogener Empfehlungen aus Kapitel B.VI

- _ **Anreizmechanismen wissenschaftlich prüfen:** Es ist notwendig, sich grundsätzlich wissenschaftlich mit **Anreizen im deutschen Gesundheitssystem** und möglichen Effekten zu befassen, die kontraproduktiv für eine stärkere systemische Gesundheitsorientierung sind. Insbesondere aus gesundheitsökonomischer Perspektive sollte dies wissenschaftlich stärker aufgegriffen werden. Dies schließt auch eine Kosten-Effizienz-Analyse bestehender, oftmals sehr kostspieliger Früherkennungs- und Screening-Programme ein. Auch in weiteren sektoralen Teilsystemen sollte im Sinne des Health for All Policies-Gedankens eine gesundheitsförderliche Anreizgestaltung verfolgt werden.
- _ **Mehrwertpotenziale aufzeigen:** Um eine ressortübergreifende Gesundheitsorientierung zu stärken, müssen **Mehrwertpotenziale** (u. a. individuell-immateriell, sozial, ökonomisch) deutlicher sichtbar und ein Investitions- anstelle eines Einsparungsnarrativ gefestigt werden. Hierfür braucht es eine stringente **wissenschaftliche Maßnahmen- und Wirkungsevaluation**.
- _ **Kommerzielle Gesundheitsdeterminanten auf den Prüfstand stellen:** Verschiedene Industriezweige tragen mit ihren Produkten und Geschäftsmodellen erheblich zur Entstehung nichtübertragbarer chronischer Erkrankungen bei, z. B. Alkohol, Tabak oder auch hochverarbeitete Lebensmittel (vgl. Kapitel D.III.2.a). Diesen kommerziellen Krankheitstreibern muss mit verschiedenen Regulationsmechanismen entschlossen begegnet werden, z. B. über Verteuerung und stärkere Besteuerung oder auch striktere Werbeverbote. Um systematisch Evidenz zu den gesundheitsförderlichen Effekten derartiger Regulierungsmaßnahmen zu gewinnen, ist eine wissenschaftliche Begleitung erforderlich.
- _ **Neue Mittelquellen für Präventionsforschung erschließen:** Mit Blick auf ein Zusammenspiel von **Regulierungs- und Finanzierungsansätzen** sollten auch **veränderte Besteuerungsmodelle**, z. B. für Krankheitstreiber wie zuckerhaltige Lebensmittel, Alkohol oder Tabak, sowie die Überführung der zusätzlichen Mittel in einen **öffentlichen Fonds** überlegt werden. Die Mittel des Fonds könnten beispielsweise zur Stärkung von Forschungs- und Implementationsprojekten zu Prävention und Gesundheitsförderung genutzt werden. Im Zusammenhang mit Überlegungen der nationalen Kompetenzbündelung für Prävention und Öffentliche Gesundheit könnte auch über eine Stiftung Prävention nachgedacht werden.

Anlage

D. Prävention und Gesundheitsförderung in Wissenschaft und Politik: Versuch einer Bestandsaufnahme

D.1 GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND – (SYSTEMISCHE) HERAUSFORDERUNGEN

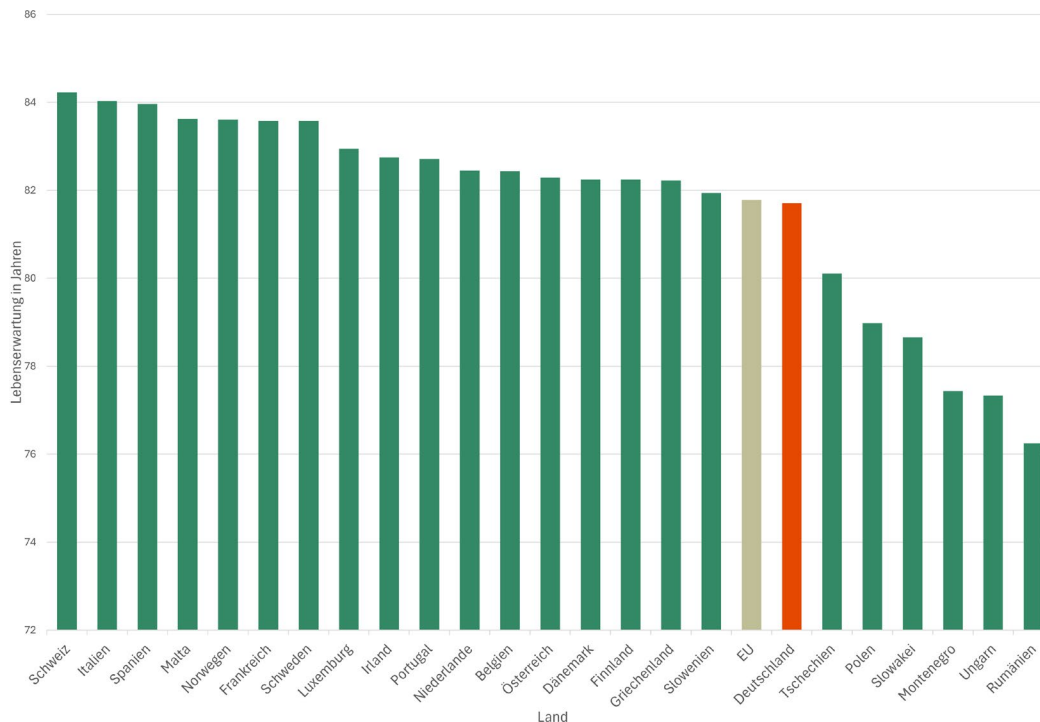
Angesichts einer älter werdenden Bevölkerung, eines sich verstärkt abzeichnenden Fachkräftemangels – gerade auch im Gesundheitssystem – sowie einer Zunahme von chronischen nichtübertragbaren Erkrankungen |¹⁰⁵, Multimorbidität, aber auch steigender umweltbedingter Gesundheitsgefahren (z. B. durch Hitze oder vektorübertragene Krankheiten) sind Veränderungen in Richtung einer stärkeren Fokussierung auf Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung dringlicher denn je. Dies gilt insbesondere für Deutschland, das im EU-Vergleich mit relativ hohen Gesundheitsausgaben über alle Sektoren und Kostenarten hinweg zu wenig Lebensjahre ohne wesentliche gesundheitliche Einschränkungen verbuchen kann. Es liegt mit 68,9 Jahren gesunden Lebensjahren ab Geburt (HALE-Indikator) |¹⁰⁶ nur knapp über dem EU-Durchschnitt von 68,2

| ¹⁰⁵ RKI spricht in seiner Gesundheitsberichterstattung von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten und zählt diese zu den häufigsten und gesundheitsökonomisch bedeutsamsten Gesundheitsproblemen von Industriestaaten. Hierunter fallen insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, chronische Lungenerkrankungen, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, psychische Störungen und Diabetes mellitus. Vgl. Robert Koch-Institut (01.09.2025). Der Wissenschaftsrat schließt sich dieser Terminologie und den mit ihr verknüpften Krankheitsbildern im Weiteren an. Auch im WHO-Ländermonitoring zu nicht übertragbaren Krankheiten finden sich weitere Details zu den jeweils mit den Krankheitsbildern verbundenen Krankheitslasten und Prognosen für Deutschland. Vgl. WHO (2018), S. 94.

| ¹⁰⁶ Der HALE-Indikator der WHO gibt die durchschnittliche verbleibende Anzahl von Jahren, die eine Person in einem bestimmten Alter voraussichtlich bei „voller Gesundheit“ leben kann, unter Berücksichtigung der Jahre, die aufgrund von Krankheit und/oder Verletzung bei nicht voller Gesundheit gelebt wurden, an. Datenbasis sind eine Kombination aus Sterberaten und nationalen Gesundheitsdaten zur Prävalenz von Krankheiten, Verletzungen und Behinderungen. Anders als beispielsweise der Healthy Life Years-Indikator der EU, der vornehmlich auf Befragungen und Selbsteinschätzungen beruht, bezieht HALE sich stark auf verschiedene statistische Daten, ist dadurch aber – auch aufgrund der Unterschiede in der Gesundheitsdatenabfrage und -

Störungen und Suizide zurückzuführen. |¹⁰⁸ Zudem sind in Deutschland jährlich 27,8 % der Erwachsenen von psychischen Erkrankungen betroffen. Psychische Erkrankungen sind nicht nur die zweithäufigste Ursache für Krankheitstage im Beruf |¹⁰⁹, sie sind auch der häufigste Grund für Frühverrentungen.

Abbildung 2: Lebenserwartung im europäischen Vergleich



Quelle: United Nation; Population Division (2024); eigene Darstellung.

Auch wird erwartet, dass die direkten und indirekten Kosten, die dadurch entstehen, in Zukunft noch weiter ansteigen werden. |¹¹⁰ Insbesondere auch die Bevölkerungsgruppe der Kinder und Jugendlichen ist von psychischen

Herausforderungen durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der EU anzugehen. Der Safe Hearts Plan umfasst dabei auch gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Prävention, Erkennung und Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Er enthält eine Leitinitiative zur Schließung von Forschungs- und Innovationslücken, z. B. zum Verständnis der Mechanismen des Ausbruchs und Fortschreitens von Krankheiten, und auch zu den biologischen Mechanismen, die verschiedenen Herz-Kreislauf-Erkrankungen zugrunde liegen. Vgl. European Commission (2025a). Der Plan steht im Kontext weiterer EU-Strategien und Initiativen zur Bekämpfung nicht übertragbarer Krankheiten wie z. B. dem Europe's Beating Cancer-Plan (2021), vgl. European Commission (2025b) oder der „Healthier together – NCDs initiative“, vgl. European Commission (o. D.).

|¹⁰⁸ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (2024), S. 120. Der SVR Gesundheit bezieht sich hierbei auf Erkenntnisse des Projekts BURDEN 2020, das ebenfalls durch das RKI durchgeführt wurde und die Krankheitslast in Deutschland und seinen Regionen über einen Zeitraum von drei Jahren analysiert hat. Vgl. Robert Koch-Institut (2021).

|¹⁰⁹ Der Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse (TK) hat bei den Mitgliedern der TK für das Jahr 2024 10,39 Mio. Arbeitsunfähigkeitsfälle und 117,75 Mio. Fehltageregistriert. Auch hier zeigt sich, dass psychische Störungen den zweiten Platz bei krankheitsbedingten Fehlzeiten belegten. Vgl. Techniker Krankenkasse (2025).

|¹¹⁰ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (2025).

Erkrankungen betroffen und davon belastet. | ¹¹¹ Zwischen 2007 und 2022 haben sich psychische Erkrankungen bei dieser Bevölkerungsgruppe fast verdoppelt, während sich das psychische Wohlbefinden im gleichen Zeitraum halbiert hat. | ¹¹² Auch mit Blick auf die globale Ebene resultieren fast 45 % der Krankheitslasten bei 10 bis 24-Jährigen aus psychischen Störungen. | ¹¹³ Darüber hinaus stellen belastende Kindheitserfahrungen (sogenannte „Adverse Childhood Experiences“ wie z. B. Vernachlässigung, Verlusterfahrungen, Missbrauch und Gewalt) einen wesentlichen Treiber für chronische physische wie psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter dar. | ¹¹⁴

Nach Aussage des RKI beeinflussen nichtübertragbare, chronische körperliche und psychische Erkrankungen | ¹¹⁵ sowie eine Zunahme von hitzebedingten Todesfällen | ¹¹⁶ zudem das Sterbegeschehen in Deutschland wesentlich. Zu ähnlichen Schlüssen kommt auch die WHO – für Deutschland sowie insgesamt für Europa. So geht die WHO davon aus, dass sich in Europa die Zahl der vermeidbaren Todesfälle aufgrund nichtübertragbarer chronischer Krankheiten auf 1,8 Mio. jährlich beziffert. | ¹¹⁷ Die mit den Todesfällen einhergehenden ökonomischen Produktivitätsverluste schätzt die WHO für Europa auf rund 514 Mrd. US-Dollar pro Jahr. | ¹¹⁸ Einen wesentlichen Einfluss auf nichtübertragbare chronische Erkrankungen sowie damit in Zusammenhang stehende Todesfälle in Europa haben nach Einschätzung der WHO auch kommerzielle Determinanten wie Tabak, Alkohol, hochverarbeitete Lebensmittel oder auch fossile Brennstoffe. | ¹¹⁹

Aus aktuellen Zahlen für das Jahr 2024 aus der „Gesundheit in Deutschland“-Studie des RKI | ¹²⁰ geht mit Blick auf chronische nichtübertragbare

| ¹¹¹ Aktuelle Zahlen des RKI zeigen, dass junge Menschen zwischen 18 und 29 Jahren am stärksten von einem niedrigen psychischen Wohlbefinden betroffen sind. Vgl. Robert Koch-Institut (02.07.2025).

| ¹¹² Vgl. McGorry et al. (2024), S. 731–774.

| ¹¹³ Vgl. Patton et al. (2016).

| ¹¹⁴ Bellis et al. (2023), S. 19 ff.

| ¹¹⁵ Suizid ist die häufigste Todesursache in der Altersgruppe der 10- bis 25-Jährigen in Deutschland (vgl. Statistisches Bundesamt (2024)).

| ¹¹⁶ Vgl. Heiden et al. (2025).

| ¹¹⁷ 60 % dieser Todesfälle sind dabei auf vermeidbare Ursachen respektive gesundheitspolitisch durch präventive Maßnahmen beeinflussbare Ursachen wie Tabak- und Alkoholkonsum, Bluthochdruck, ungesunde Ernährung, Adipositas und Bewegungsmangel zurückzuführen. Die übrigen 40 % haben laut WHO behandelbare Ursachen, die bei rechtzeitiger Diagnose und Zugang zu Versorgung mindestens hinausgezögert, wenn nicht auch verhindert werden könnten. Vgl. WHO (2025a).

| ¹¹⁸ Vgl. WHO (2025b), S. 6 f.

| ¹¹⁹ Nach Angaben der WHO stehen rund 7500 tägliche Todesfälle im Zusammenhang mit kommerziellen Determinanten.

| ¹²⁰ Mit der Studie „Gesundheit in Deutschland“ hat das RKI in Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums eine Großstudie gestartet, um einen Überblick über den Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung zu erhalten. Nach Zufallsprinzip hat das RKI rund 47.000 Bürgerinnen und Bürger ab 16 Jahren mit Meldestatus in Deutschland für die Teilnahme an der Studie eingeladen. Verschiedene Themenbereiche enthalten Fragen zur körperlichen und psychischen Gesundheit, dem sozialen Umfeld und Lebensbedingungen, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsrisiken sowie zur gesundheitlichen Versorgung dar. Die Ergebnisse sollen auch in die Gesundheitsberichterstattung des Bundes einfließen. Vgl. Robert Koch-Institut (03.11.2025).

Erkrankungen in Deutschland hervor, dass mehr als die Hälfte der befragten Erwachsenen eine chronische Krankheit oder ein langhaltendes Gesundheitsproblem angeben. Insbesondere die Alterskohorten ab 45 Jahren sind von zunehmenden chronischen nichtübertragbaren Erkrankungen betroffen.

Betrachtet man die unterschiedlichen Bildungshintergründe, zeigt sich zudem, dass Personen aus niedrigen Bildungsgruppen mit einem Anteil von 61,9 % deutlich häufiger chronisch erkrankt sind als Personen der mittleren (51 %) und hohen Bildungsgruppen (46,7 %). | ¹²¹ In einer extremen Ausprägung zeigt sich zudem auch in Deutschland, dass sozioökonomisch benachteiligte Personen (z. B. bezogen auf den Bildungsgrad, beruflichen Status, Einkommenssituation oder auch regionaler Deprivation) eine geringere Lebenserwartung aufweisen. | ¹²² Der sozioökonomische Status in Deutschland kann somit als ein zentraler Einflussfaktor auf Morbidität und Mortalität angesehen werden; auch weltweit ist der sozioökonomische Status entscheidend für den Gesundheitsstatus und die Versorgungssituation (individuell wie auf Länderebene). | ¹²³

Neben erheblichen sozialen und bildungsbezogenen Unterschieden sind für Deutschland zudem auch regionale Unterschiede ersichtlich. In Regionen, die dem bundesweiten demografischen Trend der Bevölkerungsalterung voraus sind, steigen die chronisch nichtübertragbaren Krankheitslasten stärker an, so dass hier Werte über dem Bundesdurchschnitt von 53,7 % betroffener Personen mit einer chronischen Erkrankung oder einem andauernden Gesundheitsproblem in der regionalen Bevölkerung auszuweisen sind. | ¹²⁴

Insgesamt hat sich der Anteil von Personen in der Bevölkerung, die von einer chronischen nichtübertragbaren Erkrankung oder einem langanhaltenden Gesundheitsproblem in Deutschland betroffen sind, seit den ersten diesbezüglichen Erhebungen des RKI in 2014 bis zu den aktuellen Ergebnissen der „Gesundheit in Deutschland“-Studie in 2024 über alle Altersgruppen hinweg erhöht (vgl. Abbildung 3).

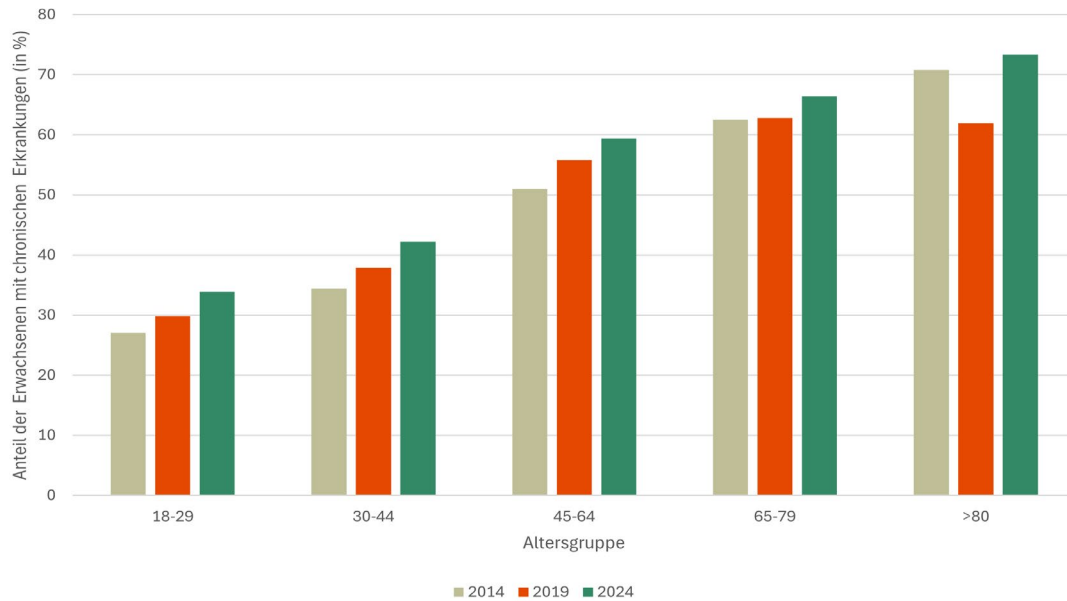
| ¹²¹ Vgl. Robert Koch-Institut (2025a).

| ¹²² Dies zeigen exemplarisch Daten aus den letzten Jahrzehnten, die die regionale Deprivation als Einflussgröße auf die Lebenserwartung von Personen untersuchen, u. a. des RKI. Vgl. Hoebel et al. (2025).

| ¹²³ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (2023), S. 68. Weltweit zeigt sich dies beispielsweise an der Ungleichverteilung der Impfstoffe in der Corona-Pandemie. So verfügten reiche Staaten über einen privilegierten Zugang zu den Impfstoffen, wohingegen ärmere Staaten diese kaum beschaffen konnten. Vgl. ebd., S. 69 f.

| ¹²⁴ Vgl. Robert Koch-Institut (02.07.2025).

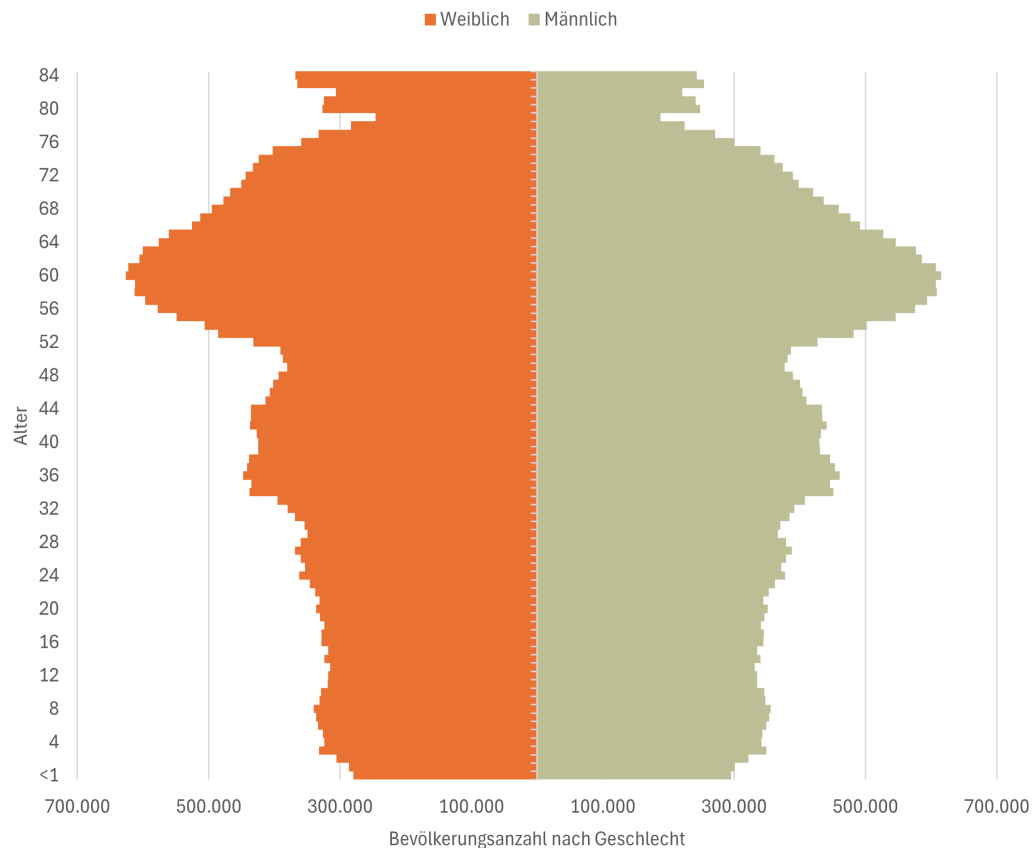
Abbildung 3: Anteil der Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen nach Altersgruppen in 2014, 2019, 2024 (in %), in Deutschland



Quelle: Robert Koch-Institut (2025b): Gesundheitsberichterstattung – Daten zu nichtübertragbaren Erkrankungen (2025); eigene Darstellung.

Betrachtet man die demografische Altersstruktur in Deutschland für das Jahr 2024 (vgl. Abbildung 4) wird deutlich, dass die Bevölkerung in Deutschland stark altert, wobei der Hauptausschlag sowohl bei Frauen als auch Männern in den geburtenstarken Jahrgängen der 1960er Jahre zu sehen ist (Generation der sogenannten „Baby Boomer“). Neben den chronischen Krankheitslasten, die wie die Daten des RKI zeigen, deutlich ab dieser Generation zunehmen, hat diese Altersstruktur auch erhebliche weitere Implikationen für wirtschaftliche und soziale Aspekte wie die Veränderung der Erwerbstätigkeit in der Zukunft. In den nächsten 10 bis 15 Jahren werden die zahlenmäßig stärksten Jahrgänge in den Ruhestand gehen. Gleichzeitig ist das Arbeitskräftepotenzial mit Blick auf die Erwerbsbeteiligung in verschiedenen Altersgruppen bis 64 Jahre bereits stark ausgeschöpft, sodass es sich kaum mehr so ausweiten lassen wird, dass demografische Effekte kompensiert werden könnten. | ¹²⁵

| ¹²⁵ Das Statistische Bundesamt weist aus, dass 2023 bereits gut zwei von drei Personen der 60 bis 64-jährigen erwerbstätig waren. Vgl. Statistisches Bundesamt (2023).

Abbildung 4: Altersstruktur in Deutschland (Stichtag: 31.12.2024)

Quelle: Statistische Bundesamt (2025): Fortschreibung des Bevölkerungsstandes; eigene Darstellung.

Neben sozioökonomischen und altersbezogenen Aspekten sind auch **geschlechterbezogene Aspekte** als wesentliche Einflussfaktoren auf Gesundheit zu nennen. Dies betrifft sowohl Fragen des gesundheitsbezogenen Verhaltens als auch des individuellen Gesundheitszustandes. Dabei werden unter dem Stichwort „geschlechtersensible Medizin“ sowohl das soziokulturelle (gender) als auch das biologische Geschlecht (sex) und Wechselwirkungen zwischen beiden in ihrem Einfluss auf Gesundheits- wie auch Krankheitsentwicklung betrachtet. Es ist eine Tatsache, dass Individuen abhängig von ihrem Geschlecht sowohl unterschiedlich auf präventive Maßnahmen reagieren als auch, dass sich Unterschiede in der Krankheitsentwicklung, -diagnostik und -behandlung zeigen. |¹²⁶ In Deutschland hat sich bislang keine geschlechtersensible Gesundheitsförderungs- und Präventionslandschaft entwickelt. Aktuell gibt es nur sehr wenige Projekte und Ansätze, die geschlechtsspezifische Dimensionen umfassen (z. B. das männergerechte betriebliche Gesundheitsmanagement der Techniker Krankenkasse). |¹²⁷ Auch in der Gesundheitsforschung (u. a. Medizin, aber auch in

| ¹²⁶ Vgl. Wissenschaftsrat (2023b), S. 77. Gängige Beispiele für die unterschiedliche Betroffenheit sind u. a. Herz- oder Krebserkrankungen, allerdings bestehen Bedarfe einer geschlechtersensiblen Betrachtung in sämtlichen Krankheitsbereichen. Exemplarisch kann hier u. a. auf neuere Erkenntnisse mit Blick auf eine geschlechtersensible Behandlung von Dialysepatientinnen und -patienten verwiesen werden (vgl. Lösment; Kuhlmann (2024)).

| ¹²⁷ Vgl. Altgeld; Klärs (2024).

den Gesundheits- und Pflegewissenschaften) ist die Berücksichtigung von Geschlechteraspekten noch ausbaufähig. | ¹²⁸

Mit Blick auf das Gesundheitssystem zeigen sich große Herausforderungen sowohl was die Entwicklung von Fachkräften und Erwerbstätigen angeht als auch hinsichtlich steigender Kosten aufgrund einer größeren Nachfrage und größerem Bedarf an Versorgungsleistungen. Dabei ist das deutsche Gesundheitssystem bemessen am Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) bereits aktuell Spitzenreiter in der EU. So belaufen sich die Gesundheitsausgaben in Deutschland für 2024 auf 12,6 % des BIP (EU-Durchschnitt: 10,37 %). | ¹²⁹ Auch in der Zahl der stationären Krankenhausaufenthalte und Zahl der Krankenhausbetten ist Deutschland im europäischen Vergleich führend. | ¹³⁰ Mittel für Prävention und Gesundheitsschutz in Deutschland machen anteilig rund 7,9 % (2022) | ¹³¹ der gesamten Gesundheitsausgaben aus | ¹³². Im europäischen Vergleich liegt Deutschland auch hier über dem europäischen Schnitt (EU-Schnitt im Jahr 2022: 5,49 %) (vgl. Tabelle A. 3). | ¹³³ Allerdings zeigen die höheren Ausgaben in Deutschland | ¹³⁴ bislang noch keine entsprechenden Effekte im Vergleich des Gesundheitszustandes der Bevölkerung.

All dies unterstützt die These, dass Deutschland und das deutsche Gesundheitssystem in seiner grundsätzlichen Ausrichtung und Schwerpunktsetzung nach wie vor sehr stark auf die Diagnostik und das Behandeln von Krankheiten ausgerichtet ist | ¹³⁵, weniger auf Prävention und den Erhalt von Gesundheit im Sinne der Primärprävention vor Krankheitsentstehung. Eine Ausnahme stellt der Bereich der Zahngesundheit dar, in dem sich erhebliche Erfolge durch eine jahrzehntelange präventions- und Prophylaxe-orientierte Schwerpunktsetzung zeigen; darüber hinaus lassen sich jedoch nur wenige ähnliche Beispiele finden.

Exkurs Zahngesundheit: Kariesrückgang als teilweise Erfolgsgeschichte

Nach Strippel (2024, S. 241–248) kann im Bereich der Zahngesundheit insbesondere der zu konstatierende Kariesrückgang in der Bevölkerung als Erfolgsgeschichte bezeichnet werden. Gleichzeitig illustriert dieses Beispiel auch von welcher Bedeutung gesundheitspolitische Ziele sind, die in einem politikfelderübergreifenden Vorgehen angegangen und in einem Multistakeholder-

| ¹²⁸ Vgl. Wissenschaftsrat (2023b), S. 78 f.

| ¹²⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2022).

| ¹³⁰ Vgl. Karagiannidis; Augurzy; Alscher (2025), S. 26 f.

| ¹³¹ Vgl. Eurostat (2025a).

| ¹³² Der größte Anteil der Gesundheitsausgaben entfiel im Jahr 2022 mit 42,8 % auf die kurative Versorgung. Vgl. Eurostat (2025b).

| ¹³³ Vgl. ebd.

| ¹³⁴ Nach Angaben des RKI sind waren die anteiligen Mittel in Deutschland für Prävention und Gesundheitsschutz von 1992 bis 2020 relativ konstant (1992: 3,7 %; 2020: 3,6 %). Im Zuge der Corona-Pandemie kam es zu einem sprunghaften Anstieg (6,6 %); allerdings ist der Anteil an den Gesundheitsausgaben insgesamt weiterhin als relativ gering einzuschätzen. Vgl. Robert Koch-Institut (2024).

| ¹³⁵ Vgl. Hurrelmann et al. (2024), S. 29.

Prozess gemeinsam mit Wissenschaft, den Versorgungssystem und der Wirtschaft umgesetzt werden. Denn neben Produkteinführungen wie fluoridhaltiger Zahnpasta war auch das Zusammenwirken von Gesundheits-, Bildungs-, Arbeits-, Familien- und auch Agrar- und Sozialpolitik ein entscheidender Erfolgsfaktor. Für Industrieländer wird ein Rückgang der Kariesfälle bei 9-Jährigen über den Zeitraum von 1973–2021 von 96 % konstatiert. Trotz dieses Erfolges schlagen sich jedoch auch im Bereich der Mundgesundheit weiterhin soziale Ungleichheitsfaktoren nieder. So haben jüngere Erwachsene mit niedriger Schulbildung 2,2 mehr Zähne mit Karieserfahrung als solche mit hoher Schulbildung; Fälle schwerer Paradontitis werden für 13,6 % aus der Gruppe mit niedriger Bildung, jedoch nur 4,8 % mit höherer Schulbildung nachgewiesen.

Die erwähnten massiven Anstiege bei den chronischen Erkrankungslasten und bei der Pflegebedürftigkeit gekoppelt mit der demografischen Entwicklung und Altersstruktur werden das Gesundheitssystem absehbar an seine Grenzen bringen. Knapp formuliert wird es nicht zu schaffen sein, die fehlenden Erfolge der Prävention durch Expansion der kurativen Medizin auszugleichen.

Mit Blick auf die Gesundheitsversorgung tritt eine weitere wesentliche Einflussgröße in den Vordergrund: der absehbare Mangel an medizinischem, pflegerischem, therapeutischem und hebammenfachlichem Personal. Im ärztlichen Bereich sind hier u. a. Engpässe in der hausärztlichen Versorgung anzuführen. Noch ausgeprägter ist der Mangel beim Pflegefachpersonal, dessen demografische Struktur in Verbindung mit den steigenden Bedarfen der alternden Gesamtbevölkerung die Herausforderungen zusätzlich verschärft. |¹³⁶ Auch unter Fachpsychotherapeutinnen und -therapeuten zeichnet sich eine Mangelsituation ab.

Der ExpertInnenrat „Gesundheit und Resilienz“ der Bundesregierung geht davon aus, dass in den kommenden zehn Jahren rund 30 Prozent der aktuell aktiven Gesundheitsfachpersonen in den Ruhestand treten werden. Weder Zuwanderung noch flexiblere Verfahren zur Anerkennung ausländischer Abschlüsse werden diese Lücken voraussichtlich vollständig schließen können, zumal oft langwierige Anerkennungsverfahren |¹³⁷, Diskriminierungserfahrungen im Berufsalltag und rechte Tendenzen zusätzlich abschreckend wirken. |¹³⁸ In der Folge droht sowohl quantitativ als auch qualitativ ein massiver Fachkräftemangel.

Zusätzlich sieht der Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege eine verlässliche medizinische und pflegerische Versorgung als eine Grundvoraussetzung für das gesellschaftliche Vertrauen in staatliche Institutionen und Akteure an. In

| ¹³⁶ Vgl. Karagiannidis; Augurzy; Alscher (2025), S. 40 ff.

| ¹³⁷ Vgl. Loss et al. (2020).

| ¹³⁸ Vgl. Yolci et al. (2022).

Folge der Fachkräfteentwicklung könnten auch in der Breite der Bevölkerung Einschränkungen in der medizinischen, psychotherapeutischen und pflegerischen Versorgung spürbar werden, was das Funktionieren der Daseinsvorsorge, den gesellschaftlichen Zusammenhalt und das Vertrauen in staatliche Institutionen in Deutschland erschüttern könnte. |¹³⁹ Auch vor diesem Hintergrund zeigt sich eine gesteigerte Dringlichkeit der systemischen Reflektion und einer entschlossenen Umsteuerung.

Eine veränderte gesundheitspolitische Ausrichtung, die eine aktivierende und patientenzentrierte Versorgung adressiert sowie an Prinzipien von Prävention und Gesundheitsförderung, einschließlich der Steigerung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, ausgerichtet ist, kann ein entscheidender Hebel sein, um den aktuellen Herausforderungen zu begegnen. Verschiedene Modellberechnungen zeigen, dass bereits kleine Veränderungen mit Blick auf eine Steigerung von gesunden Lebensjahren in der Bevölkerung die alterungsbedingten öffentlichen Ausgaben in den kommenden Jahrzehnten sichtbar abmildern könnten. Dies würde nicht nur eine Reduktion der Kostensteigerungen mit Blick auf Gesundheitsausgaben betreffen, sondern würde auch die Arbeitsfähigkeit des Gesundheitssystems mit seinen Fachkräften unterstützen und sich günstig auf weitere Sozialversicherungsbereiche und den Arbeitsmarkt im Ganzen auswirken. |¹⁴⁰

Zukunftsszenarien für Deutschland

Nach Zeeb und Busse (2024) sind **verschiedene Zukunftsszenarien** für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland denkbar. |¹⁴¹ Hierauf basierend hat der Wissenschaftsrat Entwicklungsmöglichkeiten und Handlungsdringlichkeiten für Deutschland reflektiert und diese in zwei adaptierten Szenarien ausgearbeitet.

Szenario 1: Weiter wie bisher bis zur Systemüberlastung

In einem „Weiter wie bisher“-Szenario bleibt die Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland weiterhin auf vielen unverbundenen Ebenen unsystematisch aktiv, aber ohne Gesamtstrategie, zu wenig evidenzbasiert, stark projektorientiert und ohne Durchschlagskraft. Sie ist zudem nach wie vor eng an einem individualmedizinischen (eher sekundär- und tertiärpräventiven) und kurativen Paradigma ausgerichtet. In der Folge sind Ressourcenströme weitgehend unverändert und grundlegende präventive Erfolge bei bedeutenden

| ¹³⁹ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (2024), S. 92.

| ¹⁴⁰ Vgl. Bundesministerium für Finanzen (2024), S. 74 ff. Vgl. auch die Quick Win Interventions und deren Umsetzung in Ländern wie Schweden, Belgien oder Luxemburg der WHO. Vgl. WHO (2025c), S. 14 f.

| ¹⁴¹ Zeeb und Busse (2024, S. 563 f.) beziehen sich auf eine Szenarienanalyse für das US-amerikanische System nach Patrick (2008).

gesundheitlichen Herausforderungen – etwa im Bereich chronischer nichtübertragbarer Krankheiten – bleiben weiterhin aus.

Ein wesentlicher Grund hierfür ist die nach wie vor unzureichende Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis in sämtlichen Dimensionen der Prävention. Das hemmt sowohl die Umsetzung gut evaluierter Maßnahmen als auch eine nachhaltige und gerechte Ausgestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung, insbesondere mit Blick auf faire Zugangsmöglichkeiten. Zudem fehlen weiterhin tragfähige Netzwerke zwischen verschiedenen Akteuren sowie ressortübergreifende, gesundheitsorientierte Politikansätze. Stattdessen erschweren föderale und sektorale Fragmentierung die notwendige integrierte und systemübergreifende Vorgehensweise.

In einer extremen Entwicklung – und beeinflusst durch eine stärker neoliberale Wirtschaftsprägung, verschiedene Rezessionen und Krisendynamiken, das Fortschreiten des Klimawandels sowie aufgrund des demografischen Wandels – kann sich national wie international ein immer größerer Wettstreit um Ressourcen verschärfen. Dies trifft auch Mittelverteilungen zwischen politischen Ressorts. Der systemische Druck, der durch die hohen Krankheitslasten in Folge der überproportionalen Behandlung chronischer Erkrankungen entsteht, kann für Deutschland eine Abkehr vom Solidarsystem und eine zunehmende soziale Ungleichheit bei der Versorgung mit präventiven Leistungen zur Folge haben. Letztere gehören in diesem Extremszenario aufgrund der hohen Leistungsausgaben der Kassen nicht mehr zum Regelangebot, was die Privatisierung von Gesundheitsvorsorge weiter verstärkt. Die Folge ist eine wachsende sozioökonomische Ungleichheit im Gesundheitssystem. Einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen sind Zugänge zur Gesundheitsförderung und Prävention stark erschwert, wenn nicht gar unmöglich. Dies schafft einen weiteren Nährboden für Vertrauensverluste in staatliche Institutionen und die Gesundheitsversorgung.

Szenario 2: Prävention und Gesundheitsförderung stehen im Mittelpunkt

In einem alternativen Szenario werden Prävention und Gesundheitsförderung im Sinne eines Gesundheitsschutzes als zentrale Prinzipien innerhalb der medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Forschung und Lehre sowie der Gesundheitsversorgung gelebt und darüber hinaus in unterschiedlichen Politikbereichen und wissenschaftlichen Disziplinen und Professionen gezielt adressiert. Es ist Konsens, dass Prävention und Gesundheitsförderung auch über die Medizin hinausgehende Einflussfaktoren (u. a. Umweltveränderungen, sozioökonomische Aspekte, Bildungsfragen, Geschlechterdimension) betrifft und dementsprechend sektorübergreifendes Handeln für die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen notwendig ist. Evidenzbasierte Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung werden zügig und systematisch übernommen, auch in das Regelleistungssystem der Gesundheitsversorgung. In diesem Bereich gilt: Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung funktionieren interprofessionell und nicht nur gemäß der Marktmechanismen

der kurativen Medizin. Daher ist essenziell, dass neben Ärztinnen und Ärzten alle weiteren Heil- und Therapieberufsgruppen wie Pflegefachpersonen, CHN, Physio-, Logo- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Hebammen und Entbindungspfleger, Psychologinnen und Psychologen, Apothekerinnen und Apotheker, aber auch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sportwissenschaftlerinnen und Sportwissenschaftler, Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater einbezogen werden. Durch ein an Versorgungszielen orientiertes, koordiniertes Vorgehen lassen sich Gesundheitskosten besser kontrollieren. Zudem werden Spielräume eröffnet, um für besonders vulnerable Gruppen noch gezieltere Maßnahmen zu entwickeln mit dem Ziel, Gesundheitszustand und Lebensqualität über alle Bevölkerungsschichten hinweg zu verbessern. Gleichzeitig entsteht durch sich in diesem Bereich neu entwickelnde Start-Ups und Unternehmen ein Wirtschaftszweig, der moderne technische Möglichkeiten etwa aus der personalisierten Medizin, der Forschung mit digital-gestützten Gesundheitslösungen (z. B. Apps, Wearables oder miniaturisierte Sensorik) oder der Lebensmittelforschung mit einer Verbesserung der Gesundheit des Einzelnen verbindet.

Dies hat zur Folge, dass sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung mittel- bis langfristig kontinuierlich verbessert. Deutschland liegt so im OECD-Vergleich, insbesondere im Hinblick auf die Lebenserwartung und gesunden Lebensjahre, über dem Durchschnitt der EU- bzw. OECD-Länder. Zudem mildert die Steigerung von gesunden Lebensjahren in der Bevölkerung die alterungsbedingten öffentlichen Ausgaben ab. Über eine stärkere Gesundheitsorientierung zeigen sich gesamtgesellschaftlich auch weitere Co-Benefits, u. a. mit Blick auf Bildungserfolg, Arbeitsfähigkeit, gesellschaftliche Teilhabe und (psychische) Resilienz oder auch bei ökologischen Entwicklungen.

Dieses Szenario 2 – Prävention und Gesundheitsförderung stehen im Mittelpunkt – versucht der Wissenschaftsrat mit diesen Empfehlungen mitzugestalten.

D.II PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG – BEGRIFFSKLÄRUNG

Prävention und Gesundheitsförderung sind Aufgaben, die politischen Institutionen, verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen von Medizin, über Sozial- und Verhaltens- bis zu Gesundheitswissenschaften, aber auch der Gesellschaft als Ganzes zufallen.

Der Wissenschaftsrat sieht es dabei als unerlässlich an, **individuelle Verhaltens- und gesellschaftliche Verhältnisaspekte** zusammenzudenken und nicht isoliert voneinander zu betrachten. |¹⁴² Dabei wird ein **Gesundheitsbegriff**

| ¹⁴² Vgl. auch Loss; Saß; Betsch (2025), S. 969–970.

zugrunde gelegt, der nicht nur grundsätzliche physische Konstitution und Verfasstheit, sondern auch psychische sowie lebensweltbezogene Merkmale und Einflussfaktoren umfasst. Das schließt – auch im Sinne des **BCI-Ansatzes** – umweltbezogene, ökonomische, geschlechtersensible und biopsychosoziale Dimensionen von Gesundheit bis hin zu molekular-biologischen Aspekten ein. Ein solcher erweiterter Gesundheitsbegriff macht neben verhaltensbezogenen Fragestellungen und Interventionen auch disziplin- und professionsübergreifende Strategien zu Aspekten der Verhältnisprävention und deren Interaktion mit Verhalten notwendig. Grundsätzlich stellt der Wissenschaftsrat bei seinen Überlegungen die somatische wie psychische menschliche Gesundheit in den Fokus. Gleichwohl erachtet der Wissenschaftsrat integrativere Ansätze, die stärker auf Interaktionsebenen der Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt (Stichwort: One Health, vgl. Kapitel D.IV.1) ausgerichtet sind bis hin zu Konzepten der planetaren Gesundheit |¹⁴³ als ebenfalls von hoher Wichtigkeit und zukunftsweisend – nicht nur für Gesellschaft und Versorgung, sondern auch für interdisziplinäre wissenschaftliche Fragestellungen.

Im allgemeinen Begriffsverständnis |¹⁴⁴ von Krankheitsprävention sind Maßnahmen der **Primär-, Sekundär-, Tertiär- und in neuerer Differenzierung auch der Quartärprävention** zu unterscheiden: Obgleich für Maßnahmen der Primärprävention auf der Bevölkerungsebene der größte mittel- bis langfristige Effekt für Gesundheit anzunehmen ist, spielen auch Fragen danach, wie mit sich früh im Leben manifestierenden, z. B. erblichen Beeinträchtigungen oder mit der Bewältigung bereits bestehender Krankheitsbilder besser umgegangen werden kann, eine wichtige Rolle (Stichwort: Sekundär- und Tertiärprävention). Nicht zuletzt müssen – gerade auch aus dem Blickwinkel der Medizin – in Medikation und Therapie genutzte Maßnahmen stets sorgfältig abgewogen und Fehl- und Übertherapien vermieden werden (Stichwort: Quartärprävention). Neben Aspekten der Primärprävention als Bereich, der aus Sicht des Wissenschaftsrats als grundsätzlicher Startpunkt von besonderer Relevanz ist, sind auch Maßnahmen der Sekundär-, Tertiär-, und Quartärprävention von großer Wichtigkeit sowohl auf individueller als auch auf kollektiver Ebene.

Nachfolgend findet sich eine Zusammenstellung einschlägiger Definitionen zu den Termini der Primär-, Sekundär-, Tertiär- sowie Quartärprävention, Differenzierung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention, von Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz sowie des BCI-Ansatz.

| ¹⁴³ Das Konzept der planetaren Gesundheit sieht die Gesundheit des Menschen als untrennbar mit der Gesundheit der Ökosysteme verbunden an. Vgl. KLUG Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit (o. D.).

| ¹⁴⁴ Das Präventionsverständnis der Sozialversicherungen (u. a. Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung) unterscheidet sich abhängig von ihren jeweiligen systemischen Aufgaben.

Primärprävention | ¹⁴⁵

Primärprävention bezieht sich auf Maßnahmen, die darauf abzielen, das Auftreten von Krankheiten oder Gesundheitsproblemen zu verhindern, bevor diese überhaupt entstehen. Sie konzentriert sich auf die Reduktion von Risikofaktoren und die Förderung eines gesunden Lebensstils, um die Entstehung von Krankheiten zu verhindern. Beispiele für Primärprävention sind Impfungen zur Kontrolle von Krankheitserregern und deren Langzeitfolgen, Programme zur Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität oder zur Reduktion von Tabak- und Alkoholkonsum. Auch Aufklärungskampagnen und Umwelt- und Arbeitsschutzmaßnahmen fallen in diesen Bereich. Ziel ist es, die Entstehung von Krankheiten gar nicht erst zuzulassen. Primärprävention richtet sich vorwiegend an gesunde Menschen oder Bevölkerungsgruppen. Für die Krankenkassen sind entsprechende Leistungen im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in SGB V §20 definiert.

Sekundärprävention | ¹⁴⁶

Sekundärprävention bezieht sich auf Maßnahmen, die darauf abzielen, Krankheiten in einem frühen Stadium zu erkennen, um eine frühzeitige Behandlung zu ermöglichen und die Krankheitsprogression zu verlangsamen oder zu stoppen. Diese Form der Prävention konzentriert sich auf die Früherkennung von Krankheiten bei Menschen, die noch keine Symptome zeigen, aber bereits Vorstufen einer Erkrankung aufweisen. Beispiele sind regelmäßige Screening-Untersuchungen, wie Mammographien zur Früherkennung von Brustkrebs, die organisierten Screening-Programme für Darm- und Cervixkrebs und die urologischen Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Prostatakrebs. Hierzu gehören aber auch Blutdruckmessungen zur Feststellung von Hypertonie und Messungen des Blutzuckers zur Erkennung von Diabetes. Durch frühzeitige Diagnostik sollen Komplikationen und Krankheitsverschlimmerungen vermieden und Behandlungserfolge verbessert werden.

Tertiärprävention | ¹⁴⁷

Tertiärprävention umfasst Maßnahmen, die darauf abzielen, die Auswirkungen einer bereits bestehenden Erkrankung zu minimieren, die Lebensqualität der betroffenen Personen zu verbessern und Komplikationen zu verhindern. Diese Form der Prävention tritt nach dem Ausbruch einer Krankheit in Kraft und konzentriert sich darauf, Folgeerkrankungen oder schwerwiegende Beeinträchtigungen zu vermeiden und einen selbstbestimmten und kompetenten Umgang mit der Krankheit zu unterstützen. Dazu gehören Rehabilitationsprogramme

| ¹⁴⁵ Vgl. Hurrelmann et al. (2024), S. 48.

| ¹⁴⁶ Vgl. ebd.

| ¹⁴⁷ Vgl. Franzkowiak (2025) und Robert Koch-Institut (14.12.2023).

oder eine intensive Nachsorge und Management bei chronischen Erkrankungen. Die umfasst physische wie auch psychische Krankheitsbilder und alle Kombinationen.

Quartärprävention | ¹⁴⁸

Quartärprävention ist – neben der klassischen Trias der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention – eine neuere Ausdifferenzierung, die die Vermeidung von Schäden durch medizinische und (psycho-)therapeutische Maßnahmen, beispielsweise Fehl- oder Überbehandlung beschreibt (z. B. durch übermäßige Diagnostik, insbesondere Bildgebung, Labormedizin und technische Untersuchungen ohne therapeutische Konsequenz; Wiederholung von bereits durchgeführten Untersuchungen oder auch invasive, z. B. operative Therapie vor Ausschöpfung konservativer Maßnahmen sowie das Weiterlaufenlassen von Medikation ohne regelmäßige Überprüfung auf weiterbestehende Indikation). Im Zweifel sollte der Ausschluss abwendbar gefährlicher Verläufe (AGV) im Vordergrund stehen, um potenziellen Schaden zu verhindern und „nutzlose Medizin“ (low value care) zu vermeiden (z. B. bedarf die Fortsetzung einer Maximaltherapie bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen einer vorherigen Aufklärung, Abwägung und gemeinsamen Entscheidungsfindung mit der Patientin/dem Patienten). Eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung sowie eine regelmäßige kritische Überprüfung aller getroffenen Maßnahmen und auch eine gewisse Zurückhaltung gegenüber einer Maximalmedikation oder -therapie stehen im Vordergrund. In der Pflege bedeutet Quartärprävention, standardisierte Routinen kritisch zu hinterfragen, die keinen individuellen Nutzen bringen oder Belastungen verursachen können, wie z. B. unnötige Fixierungen, routinemäßige Dauerkatheterisierung oder starre Umlagerungsintervalle. Auch in therapeutischen Kontexten, etwa in der Physio-, Ergo- oder Psychotherapie, gilt es, Überversorgung zu vermeiden, beispielsweise durch nicht indizierte Dauertherapien oder Maßnahmen ohne nachgewiesenen Zusatznutzen.

Gemeinsam ist Medizin, wie auch Pflege- und Therapiebereichen das Ziel, Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftige vor Überversorgung und Schäden zu schützen, Lebensqualität zu sichern und eine bedarfsgerechte, personenzentrierte Versorgung zu fördern.

Definition von Verhaltens- und Verhältnisprävention

Verhaltensprävention | ¹⁴⁹

Verhaltensprävention bezieht sich auf Maßnahmen, die darauf abzielen, das Verhalten von Individuen oder Gruppen zu verändern, um das Risiko für gesundheitliche Probleme zu verringern. Sie konzentriert sich auf die Förderung individueller Verhaltensweisen, die gesundheitsförderlich sind und das Risiko

| ¹⁴⁸ Vgl. Klimm; Peters-Klimm (2019).

| ¹⁴⁹ Vgl. Franzkowiak (2025), Geene; Köckler; Trojan (2022) und Robert Koch-Institut (14.12.2023).

für Krankheiten senken. Dazu gehören Initiativen (u. a. der Krankenkassen), die darauf abzielen, ungesunde Verhaltensweisen wie Rauchen, übermäßigen Alkoholkonsum, körperlicher Inaktivität und ungesunde Ernährung zu reduzieren und gesunde Alternativen wie körperliche Aktivität und gesunde Ernährung zu fördern.

Verhältnisprävention | ¹⁵⁰

Verhältnisprävention bezieht sich auf Maßnahmen, die darauf abzielen, die sozialen, ökonomischen und ökologischen Bedingungen zu verbessern, die sich negativ auf die Gesundheitsverhalten auswirken. Sie konzentriert sich auf die Veränderung der äußeren Rahmenbedingungen und Strukturen, die das Gesundheitsverhalten und die Lebensqualität von Individuen und Bevölkerungsgruppen prägen. Dazu gehören Maßnahmen wie die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, die Schaffung von gesunden Lebensumfeldern, die Förderung des Zugangs zu gesunden Lebensmitteln oder die Verbesserung der Luftqualität. Verhältnisprävention berücksichtigt die soziale und strukturelle Dimension der Gesundheit und richtet sich oft an die Gesellschaft als Ganzes.

Gesundheitsförderung | ¹⁵¹

Der Begriff Gesundheitsförderung wurde erstmals in der Ottawa Charta (vgl. Kapitel D.IV.1) der WHO von 1986 als Prozess definiert, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre eigene Gesundheit ermöglicht und sie zur Stärkung der eigenen Gesundheit befähigt. Dabei folgt das Konzept der Gesundheitsförderung einem salutogenetischen Ansatz, der sich an Gesundheit und Wohlbefinden und den hierfür benötigten Ressourcen und Kompetenzen orientiert und sich auf Entstehung und Erhalt von Gesundheit konzentriert.

Gesundheitsschutz | ¹⁵²

Der Gesundheitsschutz umfasst alle gesetzlich verankerten Maßnahmen, die darauf abzielen, Gefahren für Leben und Gesundheit von Menschen abzuwenden. Er ist im Gegensatz zur Gesundheitsförderung in der Regel verpflichtend. Ziel ist es, gesundheitliche Risiken zu vermeiden und bestehende Gefährdungen zu beseitigen. Zentrale Prinzipien des Gesundheitsschutzes sind das Vorsorge-, Verursacher- und Kooperationsprinzip, die das staatliche Handeln strukturieren. Gesundheitsschutz findet in vielen Lebensbereichen Anwendung, etwa im Arbeits- und Infektionsschutz, im Katastrophen- und Verbraucherschutz sowie in der Überwachung von Lebensmitteln, Arzneimitteln und Umweltfaktoren. In Deutschland ergibt sich die staatliche Verantwortung für den Gesundheitsschutz aus dem Grundgesetz (Art. 2 Abs. 2 GG).

| ¹⁵⁰ Vgl. ebd.

| ¹⁵¹ Vgl. Niederberger; Finne (2021), S. 6 f. und Kaba-Schönstein (2018).

| ¹⁵² Vgl. Kuhn; Böhm (2024).

Der BCI-Ansatz beschreibt Erkenntnisse, die auf empirischer Evidenz aus ganz unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen beruhen, beispielsweise Psychologie, Soziologie, Ethnologie, Ökonomie, Kommunikations-, Sport-, Ernährungs- oder Politikwissenschaften. Diese Erkenntnisse zeigen wie Menschen in ihrem Alltag gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen und welche, auch motivationalen, Faktoren ihr gesundheitsrelevantes Verhalten beeinflussen. Dabei werden sowohl kontextuelle als auch individuelle Barrieren bzw. fördernde Faktoren identifiziert und zusammengestellt. Basierend auf dieser Evidenz sollen möglichst passgenaue und bedarfsgerechte, wirksame Interventionen entwickelt werden, die das Ziel verfolgen, bessere Gesundheit auf Bevölkerungsebene und gesundheitliche Chancengleichheit zu erreichen. Neben der Evaluation der entwickelten gesundheitsbezogenen Maßnahmen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit stellen die partizipative Einbindung der Adressatinnen und Adressaten wie auch von möglichen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in die Entwicklung von Maßnahmen Kernelemente dar.

D.III GESUNDHEITSPOLITISCHE UND LEGISLATIVE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Die strategischen wie auch legislativen Rahmbedingungen für Prävention und Gesundheitsförderung hängen gegenwärtig insbesondere von der gesundheitspolitischen Gestaltung auf Bundes-, aber auch auf Landes- und kommunaler Ebene ab.

Überlegungen zu einer präventionsorientierten Umgestaltung im Versorgungsalltag betreffen die Hochschulmedizin unmittelbar, weil sie als hochspezialisierte Akteur im Gesundheits- und Versorgungssystem eine Sonderrolle einnimmt und durch ihre Forschungs- und Ausbildungsleistung ganz wesentlich zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung, aber auch der Gesundheitsforschung beiträgt. | ¹⁵⁴ Gleichzeitig haben gesundheitspolitische ebenso wie legislative systemische Ausgestaltungen und veränderte Schwerpunktsetzungen immer auch eine Rückwirkung auf hochschulmedizinische Einrichtungen sowie weitere wissenschaftliche Einrichtungen der Gesundheitsforschung.

III.1 Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung in der deutschen Gesundheitspolitik

Das deutsche Gesundheitssystem kann man als System einer komplexen Vielfachsteuerung bezeichnen, das auf dem Zusammenwirken von staatlich-

| ¹⁵³ Vgl. Loss et al. (2025).

| ¹⁵⁴ Vgl. Wissenschaftsrat (2021), S. 19.

politischen Regularien und der Delegation von (exekutiven) Kompetenzen auf verschiedene Akteure des Systems (u. a. Verbände, Ärzteschaft, Leistungserbringer und -erstatte) basiert. |¹⁵⁵ Bund und Länder setzen dabei im Wesentlichen die rechtlichen Rahmenbedingungen für das Gesundheitssystem und beschränken sich ansonsten auf einzelne Aufgaben (z. B. die Krankenhausplanung oder auch den ÖGD mit Einrichtungen der Gesundheitsverwaltung auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene). Die operative (Detail-)Steuerung von Versorgungsprozessen und -strukturen, einschließlich wesentlicher Fragen der Vergütung, obliegt der Gemeinsamen Selbstverwaltung innerhalb des Systems, die sich aus Verbänden, Kostenträgern und Leistungserbringern zusammensetzt. |¹⁵⁶

Speziell für das Feld der Prävention und Gesundheitsförderung kommen noch weitere Akteure und Interessengruppen hinzu. Neben staatlichen Einrichtungen sind auch öffentlich-rechtliche Körperschaften und freie Träger zu nennen, die jeweils auf Bundes-, Landes- und/oder kommunaler Ebene agieren. Beteiligte Einrichtungen sind sowohl im Gesundheitssektor selbst (z. B. Gesundheitsämter), als auch in anderen gesellschaftlichen Bereichen (z. B. Arbeitsschutz, Umweltschutz, Lebensmittelsicherheit) zu verorten. Speziell mit Blick auf die kommunale Ebene sind Maßnahmen mit dem Ziel, gesunde Lebensbedingungen für Bürgerinnen und Bürger zu schaffen und Zugang zu gesundheitsfördernden Angeboten zu ermöglichen Teile der Daseinsvorsorge. Die gesetzlichen Krankenkassen können Kommunen hierbei unterstützen und entsprechende Maßnahmen fördern. |¹⁵⁷ Darüber hinaus spielen die Länder, Sozialversicherungsträger wie auch (privat) wirtschaftliche Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber in Deutschland beim Arbeits-, Unfall-, und Gesundheitsschutz, Prävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung eine bedeutsame Rolle.

In fast allen Ländern gibt es mit „Gesundheitskonferenzen“ Koordinationsstrukturen für eine gemeinsame Trägerschaft von Maßnahmen in der Gesundheitsförderung und Prävention. In vielen Ländern sind solche Gesundheitskonferenzen bereits seit den 2000er Jahren etabliert. Es handelt sich bei ihnen um Partnerschaften zwischen verschiedenen Einrichtungen und Akteuren des Gesundheitswesens auf lokaler und kommunaler Ebene, die durch die jeweiligen Konferenzen ein institutionalisiertes Informations-, Netzwerk- und Austauschforum erhalten. |¹⁵⁸ In manche Landesgesundheitskonferenzen ist auch die Hochschulmedizin involviert, so z. B. in Baden-Württemberg. |¹⁵⁹ Der Austausch ist vorwiegend informell und themenbezogen. Eine Beteiligung der Hochschulmedizinen an den Landesgesundheitskonferenzen ist bisher allerdings weder systematisch noch strukturiert ausgebaut. Hier besteht mit Blick

| ¹⁵⁵ Vgl. Gerlinger; Rosenbrock (2024), S. 21 f.

| ¹⁵⁶ Vgl. Wissenschaftsrat (2021), S. 31.

| ¹⁵⁷ Vgl. GKV-Bündnis für Gesundheit (2025).

| ¹⁵⁸ Vgl. Holleder; Trojan (2025).

| ¹⁵⁹ Vgl. u. a. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg (o. D.).

auf die Translation und Implementation präventiver und gesundheitsförderlicher Interventionen auf der Bevölkerungsebene noch ein erhebliches Potenzial.

Neben den landesweiten Gesundheitskonferenzen gibt es in einigen Ländern auch kommunale Gesundheitskonferenzen, die in bestimmten Regionen mit spezifischen Steuerungs- und Handlungsbedarfen für die lokale Gesundheit und Gesundheitsversorgung Verbesserungsimpulse setzen wollen. Sie stehen damit teilweise auch in Zusammenhang mit Ansätzen für Modell-/Gesundheitsregionen. Beispiele finden sich u. a. in Bayern, Nordrhein-Westfalen oder auch Niedersachsen. | ¹⁶⁰

Der ÖGD nimmt unter den handelnden Akteuren in und für Prävention und Gesundheitsförderung zudem eine besondere Funktion auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene ein. | ¹⁶¹ Insgesamt verfolgt der ÖGD in seiner Arbeit einen bevölkerungsmedizinischen Ansatz, der komplementär zu individualmedizinischen Versorgungsansätzen der Ärzteschaften und teilweise auch subsidiär zu diesen agiert. Letzteres dann, wenn besondere Bedarfe dies erforderlich machen, z. B. zur Sicherstellung eines flächendeckenden Impf- oder Beratungsangebots. Neben Aufgaben im Bereich des Gesundheitsschutzes und -managements fallen dem ÖGD auch Aufgaben in der allgemeinen Gesundheitsförderung, gesundheitlichen Aufklärung und Information zu. Der ÖGD ist insbesondere in seiner Funktion als kommunal-regionaler Multiplikator und durch seine Kenntnis der jeweiligen Gesundheitssituation vor Ort von Bedeutung. | ¹⁶² In jüngerer Zeit gibt es verstärkte Bestrebungen, den ÖGD auch wissenschaftlich stärker aufzustellen, u. a. durch Brücken-Professuren (z. B. in Baden-Württemberg, Bayern, Sachsen, Hessen und Nordrhein-Westfalen) und die Förderung akademischer Multiprofessionalität. Beispiele sind die geschaffenen akademischen Positionen im Rahmen des Paktes für den ÖGD | ¹⁶³ und die Ermöglichung der Absolvierung des Praktischen Jahres (PJ) im Rahmen des Medizinstudiums in Einrichtungen des ÖGD. | ¹⁶⁴

| ¹⁶⁰ Vgl. Holleder; Trojan (2025). In Bayern wurden die zunächst in Form von Modellprojekten erprobten drei regionalen Gesundheitskonferenzen (Stadt und Landkreis Bamberg; Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen, Südostbayern) durch das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) evaluiert. Sie wurden als Erfolg mit Blick auf Verbesserungen in der Koordination, Kooperation und dem Austausch verschiedener regional-kommunaler Gesundheitsakteure gewertet. Daraufhin wurde der Ausbau der regionalen Reichweite sowie Überführung in eine Gesundheitsregion beschlossen. Vgl. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.) (2015).

| ¹⁶¹ Die unterste und auch bürgernächste Ebene sind die Gesundheitsämter bzw. Referate der Landkreise und Städte. In einer nächsthöheren Ebene finden sich in größeren Ländern Gesundheitsabteilungen in Bezirksverwaltungen der Bezirksregierungen, die oftmals auch eine Fachaufsicht über kommunale Einrichtungen übernehmen. Darüber stehen die Landesgesundheitsministerien, die teilweise auch durch Landesgesundheitsämter oder -oberbehörden unterstützt werden. Mit Blick auf die Bundesebene nehmen die Einrichtungen der Ressortforschung, insbesondere des BMG, ebenfalls Aufgaben des ÖGD wahr und sind diesem zuzuordnen. Hurrelmann et al. (2024), S.398 f.

| ¹⁶² Vgl. ebd., S. 402–406.

| ¹⁶³ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (12.11.2024).

| ¹⁶⁴ Vgl. Beirat Pakt ÖGD (Hrsg.) (2023), S. 24 f.

In einer Stellungnahme aus 2024 |¹⁶⁵ konstatiert der „Beirat zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“, dass eine regionale Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung aus einem Guss nicht allein im Gesundheitssystem geleistet werden kann. Vielmehr ist ein koordiniertes Zusammenwirken von Akteurinnen und Akteuren im Bereich der Öffentlichen Gesundheit, im Sozial-, Arbeits-, Planungs-, Verkehrs- und Sicherheitsbereich erforderlich.

III.2 Legislativer Rahmen und gesundheitspolitische Strategien für Prävention und Gesundheitsförderung

In ihrer grundsätzlichen Ausrichtung fokussiert die deutsche Gesundheitspolitik gegenwärtig nach wie vor stark auf Versorgungsaspekte von Krankheiten (einschließlich Maßnahmen der Früherkennung und der Rehabilitation). Prävention, insbesondere auch Fragen der Primärprävention und Gesundheitsförderung sowie die damit verbundenen Maßnahmen zur Veränderung von individuellem Verhalten und Kontextbedingungen im Sinne von (sozialen) Lebenswelten, spielt eine nachgeordnete Rolle. |¹⁶⁶ Dies mag auch damit begründet sein, dass mit dem 2015 verabschiedeten „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG)“ zwar legislativ ein wichtiger Schritt zu einem verbindlicheren und abgestimmten Präventionshandeln zwischen den Leistungserbringern im Gesundheitssystem erreicht wurde, jedoch Prozesse der Strategiebildung, Zielsetzung und Steuerung zu wesentlichen Teilen den Leistungsträgern anheimfallen. So wurden beispielsweise die Sozialversicherungsträger verpflichtet, sich mit ihren spezifischen Präventionsaufträgen und -leistungen in der NPK (vgl. Kapitel D.III.2.b) besser abzustimmen, um Zusammenarbeit, Qualität und Wirksamkeit ihrer Leistungserbringung zu verbessern. Auch die Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele in Deutschland liegt primär in Zuständigkeit der Leistungsträger (vgl. Kapitel D.III.2.c).

Insgesamt hat die politische Gestaltung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen in Deutschland weiterhin einen schwierigen Stand. Dies illustriert der bisweilen schwierige Entwicklungsweg hin zum PrävG |¹⁶⁷, aber auch die bislang wenig ausgeprägte Policy-Gestaltung in Bereichen wie z. B. Ernährung (vgl. Kapitel D.III.2.a). Dabei spielt eine große Rolle, dass die Zuständigkeit für Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere nichtübertragbarer Krankheiten bei den Ländern liegt (vgl. Art. 74 Abs. 19 GG). Der Bund kann im Wesentlichen von seiner konkurrierenden Kompetenz zur Regelung der Sozialversicherungsträger Gebrauch machen (vgl. Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG).

| ¹⁶⁵ Vgl. Beirat Pakt ÖGD (Hrsg.) (2024).

| ¹⁶⁶ Vgl. Gerlinger; Rosenbrock (2024), S. 61 f.

| ¹⁶⁷ Vgl. Meierjürgen; Becker; Warnke (2016).

Deshalb hat der Bund im (Bundes-)PrävG auch Krankenkassen und Sozialversicherungsträger adressiert.

Darüber hinaus gibt es auf internationaler Ebene Entscheidungen, die mittelbar auch den Bereich der (Bevölkerungs-)Gesundheit betreffen, wie z. B. im Bereich des Klimaschutzes. So hat der Internationale Gerichtshof (IGH) in einer kürzlich veröffentlichten Stellungnahme zum Klimaschutz | ¹⁶⁸ geäußert, dass eine saubere, gesunde und nachhaltige Umwelt ein Menschenrecht ist und sich hieraus eine völkerrechtliche Verpflichtung der Staaten ergibt, erhebliche Umweltschäden zu verhindern. Insbesondere westliche Industrieländer wie Deutschland werden zum Handeln aufgefordert.

III.2.a Präventionsgesetzgebung und gesundheitsförderliche Policy-Gestaltung in Deutschland

Mit der Verabschiedung des PrävG „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ mit Wirkung v. a. auf Sozialgesetzbuch V (SGB V, v. a. §§20–26) | ¹⁶⁹ konnte im Jahr 2015 ein sichtbarer Schritt für Prävention und Gesundheitsförderung gemacht werden. | ¹⁷⁰ Das PrävG adressiert erstmals Regelungsaspekte der Gesundheitsförderung nach Lebenswelten (u. a. im privat-individuellen Lebensbereich, aber beispielsweise auch in Betrieben und Pflegeeinrichtungen) und stellt somit den Ausgangspunkt dar, auch verhältnisbezogene Aspekte aufzugreifen. Das Gesetz verpflichtet die Sozialversicherungsträger zu strukturellen und strategischen Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten. Hierunter fällt u. a. die über das PrävG eingerichtete NPK, die eine verbindliche Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und den weiteren Sozialversicherungsträgern sowie die Ausarbeitung und Umsetzung einer gemeinsamen Präventionsstrategie umfasst (vgl. Kapitel D.III.2.b). Zur konkret gesundheitsförderlichen finanziellen Leistungserbringung sind nur die Kranken- und Pflegekassen sowie die gesetzliche Renten- und Unfallversicherung verpflichtet, nicht die privaten. Letztere beteiligen sich jedoch freiwillig mit jährlich 22 Mio. Euro an Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung. Obgleich dies Kommunikationskanäle geöffnet hat, verbleiben die Auswahl und Steuerung der Maßnahmen im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Leistungsträger. Einige Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung erscheinen eher als Mittel im Wettbewerb der Krankenkassen

| ¹⁶⁸ Vgl. International Court of Justice (2025).

| ¹⁶⁹ SGB V umfasst Vorschriften zur Regelung der gesetzlichen Krankenversicherung. Beim PrävG handelt es sich zudem um kein eigenständiges Gesetz, sondern um ein Artikelgesetz, da mit ihm Änderungen in bestehenden Gesetzbüchern vorgenommen werden. Vgl. Wanek; Schreiner-Kürten (2021), S. 8.

| ¹⁷⁰ Der Prozess bis zur Verabschiedung des PrävG war äußerst schwierig und erstreckte sich ausgehend von Grundideen in den 1980er Jahren und einer konkreten Absichtserklärung im Koalitionsvertrag der rot-grünen Bundesregierung aus 2002 bis ins Jahr 2015 über drei Legislaturen und verschiedene Entwürfe, die teilweise am Bundesrat, aber auch bereits innerhalb der unterschiedlichen Regierungskoalitionen scheiterten. Die wesentlichen Entwicklungsschritte des PrävG können detaillierter aus der Tabelle in Gerlinger und Rosenbrock (2024), S. 89 f. entnommen werden.

um Versicherte ausgestaltet zu sein. In ihrem GKV-Bündnis für Gesundheit fördern die Krankenkassen gemeinsam und wettbewerbsneutral insbesondere die Kommunen bei der Umsetzung gesundheitsförderlicher Projekte für vulnerable Zielgruppen. Verhältnispräventive Veränderungen – etwa in der Verkehrspolitik oder Stadtplanung – liegen außerhalb des Aufgabenspektrums der Krankenkassen und können deshalb in aller Regel nicht aus dem PräVG finanziert werden.

Kritiker betonen, dass die wesentliche Aufgabenübertragung auf die Sozialversicherungsträger, insbesondere die GKV einem ganzheitlichen, systemischen Ansatz für Prävention und Gesundheitsförderung nicht gerecht wird. |¹⁷¹ Wichtige Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention bleiben unterrepräsentiert – beispielsweise die Wissenschaft, kommunale Träger, zivilgesellschaftliche Organisationen und der ÖGD. |¹⁷² Die im PräVG dargelegte Beauftragung der GKV zu Maßnahmengestaltung und Unterstützung der Lebenswelten ergänzt und unterstützt die Verantwortung der Länder, Kommunen oder auch Betriebe für die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebens-, Lern- und Arbeitsbedingungen. Ein Problem liegt jedoch auch hier in der Zersplitterung der Akteurslandschaft und den unterschiedlichen Zuständigkeiten, die nur sehr schwer und mit großem Aufwand zu koordinieren sind.

Die Verabschiedung des PräVG als solches sowie die in ihm expliziten Vorgaben zu einer übergreifenden Zusammenarbeit verschiedener Akteure in der NPK waren wichtige Schritte in der deutschen Gesundheitspolitik. |¹⁷³ Genau zehn Jahre nach Verabschiedung des Gesetzes werden im öffentlichen Diskurs jedoch die Stimmen lauter, die eine Reformierung des Gesetzes fordern. |¹⁷⁴ So hat die GMK im Sommer 2025 einen Beschluss veröffentlicht, der die Bundesregierung zu einer Weiterentwicklung des Gesetzes auffordert, um Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe stärker zu verankern. |¹⁷⁵ Gleichzeitig ist festzustellen, dass die Länder, obwohl die Gesetzgebungskompetenz für die Gesundheitsförderung bei ihnen liegt, keine zum Präventionsgesetz korrespondierenden Regelungen auf Länderebene verabschiedet haben. Einige Länder haben ausgehend von den Vorgaben des PräVG jedoch eigene länderbezogene Strategien erarbeitet (vgl. D.III.2.b).

Jenseits des PräVG bieten verschiedene verbraucherbezogene Bereiche weitere Handlungsfelder für eine gesundheitsförderlichere Gestaltung durch legislative Regulierungen. Dazu zählen beispielsweise eine veränderte Besteuerung – auch des im- und expliziten Werbeverhaltens – nachweislich gesundheitsschädlicher

| ¹⁷¹ Vgl. hierzu auch den Gastbeitrag von Geene (30.06.2025) zum 10-jährigen Bestehen des PräVG.

| ¹⁷² Vgl. Gerlinger; Rosenbrock (2024), S. 93 ff.

| ¹⁷³ Vgl. Wanek; Schreiner-Kürten (2021), S. 10 f.

| ¹⁷⁴ Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherungen (2025) und Geene (30.06.2025).

| ¹⁷⁵ Vgl. Gesundheitsministerkonferenz (2025).

Konsumgüter wie Alkohol, Tabak und stark gezuckerter Nahrungsmittel. Diese sind nicht zuletzt alles wichtige Treiber chronischer nichtübertragbarer Erkrankungen. Eine Verteuerung und stärkere Besteuerung dieser Produkte führt die WHO unter jenen Maßnahmen auf, die bereits nach einem Jahr messbare Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung zeigen. | ¹⁷⁶

Zwar wurden in Deutschland insbesondere mit Blick auf Tabakkontrolle und Reduktion des Tabakkonsums einige Maßnahmen ergriffen, doch bleiben diese Bemühungen weit hinter den tatsächlichen Möglichkeiten zurück. Illustriert werden kann dies u. a. an dem langwierigen Prozess der Werbeeinschränkungen für Tabakprodukte, die erst seit 2020 sukzessive angegangen werden. | ¹⁷⁷ Dies zeigt sich nicht zuletzt auch daran, dass Deutschland im Global Tobacco Index auf Rang 67 von 90 Ländern (Stand: 2023) und somit deutlich im hinteren Drittel rangiert. | ¹⁷⁸

Auch in weiteren Bereichen, wie beispielsweise der Besteuerung und Verteuerung ungesunder Lebensmittel (z. B. Fast Food, zuckerhaltigere Softdrinks) fällt Deutschland im europäischen Vergleich weit hinter Ländern wie Irland | ¹⁷⁹ oder Großbritannien | ¹⁸⁰ zurück. Dies lässt sich auch an der 2025 aktualisierten Übersicht des sogenannten Nanny-State-Index des Institute of Economic Affairs (IEA), einem marktliberalen britischen Think Tank, belegen. Dieser bewertet europäische Länder danach, wie sehr Lebensgewohnheiten der Bevölkerung durch regulative Eingriffe, z. B. Besteuerung von Alkohol, Tabak und bestimmten Lebensmitteln, eingeschränkt werden. Aus dem aktuellen Ranking für das Jahr 2025 geht hervor, dass Deutschland zum vierten Mal in Folge die liberalste Marktpolitik und die geringsten regulativen Einschränkungen für Alkohol, Zigaretten/E-Zigaretten und Lebensmittel/Softdrinks im Vergleich mit 28 weiteren Ländern in Europa (inklusive Türkei) vorzuweisen hat (vgl. Tabelle A. 4). | ¹⁸¹ Dabei zeigen auch Daten der WHO | ¹⁸², dass insbesondere von den kommerziellen Treibern nichtübertragbarer chronischer Erkrankungen erhebliche Gesundheitsgefahren, gerade auch für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, ausgehen und strengere Regulierungen der vier hierfür wesentlich verantwortlichen Industriezweige (Alkohol, Tabak, hochverarbeitete Lebensmittel und

| ¹⁷⁶ Vgl. WHO (2025d).

| ¹⁷⁷ Vgl. Gerlinger; Rosenbrock (2024), S. 123 ff.

| ¹⁷⁸ Der Global Tobacco Index gibt Auskunft darüber, wie stark kommerzielle Interessen der Tabakindustrie auf die Gesundheitspolitikgestaltung in Ländern rückwirken. Der aktuellste Bericht liegt für 2023 vor. Vgl. Assunta (2023).

| ¹⁷⁹ Vgl. Revenue. Irish Tax and Customs (14.05.2025).

| ¹⁸⁰ Großbritannien hat eine nivellierte Besteuerung auf Soft Drinks abhängig vom Grad des beigefügten Zuckergehalts seit 2018 eingeführt. Vgl. Sasse; Metcalfe (14.11.2022).

| ¹⁸¹ So gibt es in Deutschland bislang u. a. keine Zuckersteuer, keine Auslageverbote für Zigaretten/E-Zigaretten im Einzelhandel und keine gesetzliche Sperrstunde für Bars. Die Steuern auf Bier, Alkohol und Zigaretten gehören zu den niedrigsten in Europa. Nur drei der sechzehn Ländern haben ein umfassendes Rauchverbot. Vgl. Nanny State Index '25 (o. D.).

| ¹⁸² Vgl. World Health Organization. Regional Office for Europe (2024).

fossile Brennstoffe) zum Schutz der öffentlichen Gesundheit aus Sicht der WHO dringend erforderlich sind. Auch die Ergebnisse des im Herbst 2025 erstmalig vom AOK-Bundesverband und dem DKFZ veröffentlichten Public Health Index (PHI) verdeutlichen den großen regulativen Nachholbedarf Deutschlands. | ¹⁸³

III.2.b Nationale Präventionskonferenz und nationale Präventionsstrategie

Ein wesentliches gesundheitspolitisches Instrument des PräVG ist die Einrichtung der **NPK**. Bei der NPK handelt es sich um eine Arbeitsgemeinschaft der Spitzenorganisationen aller Sozialversicherungen (Kranken-, Renten-, Unfall- und soziale Pflegeversicherung), die stimmberechtigt sind und wechselnd den Vorsitz der NPK übernehmen. | ¹⁸⁴ Seit 2017 ist auch der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) als stimmberechtigtes Mitglied eingebunden, der sich freiwillig finanziell an der Finanzierung der Lebensweltenprävention beteiligt. Bund und Länder sowie weitere zivilgesellschaftliche Akteure, kommunale Spitzenverbände, Sozialpartner sowie Patientenvertretungen sind als **beratende Mitglieder** in die NPK einbezogen. Der Bund wird dabei durch vier Ressorts (Gesundheit; Arbeit und Soziales; Landwirtschaft, Ernährung und Heimat sowie Bildung und Familie) repräsentiert, die Länder sind über die GMK sowie den Länderausschuss Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) vertreten. Organisatorisch wird die NPK durch eine am BIÖG angesiedelte Geschäftsstelle in ihren Aufgaben unterstützt. | ¹⁸⁵

Die NPK ist gemäß §20e SGB V dafür verantwortlich, eine **nationale Präventionsstrategie** zu erarbeiten, um Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland weiterzuentwickeln und Bundesrahmenempfehlungen (BRE) zu formulieren sowie hieraus folgende Entwicklungen in Form eines alle vier Jahre vorzulegenden **Präventionsberichts** | ¹⁸⁶ zu dokumentieren. Die BRE enthalten übergeordnete strategische Ziele und sich daraus ableitende Handlungsfelder, die alle Lebensaltersspannen umfassen und mit der Idee angelegt wurden, sämtliche lebensweltbezogenen Präventions- und Gesundheitsschutzaspekte abdecken zu können. | ¹⁸⁷ Bei den BRE handelt es sich um selbstverpflichtende Handlungsleitlinien, die die Träger der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, der sozialen Pflegeversicherung und die PKV dazu anleiten,

| ¹⁸³ AOK und DKFZ haben gemeinsam mit einem interdisziplinären Forschungsteam regulative Maßnahmen 18 europäischer Länder in den Handlungsfeldern Tabak, Alkohol, Ernährung und Bewegung miteinander verglichen. Insbesondere die Länder des deutschsprachigen Raums fallen hier in allen Bereichen – oftmals sehr deutlich – im europäischen Vergleich zurück. Für weitere Details vgl. AOK-Bundesverband eGmbH (Hrsg.); Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2025).

| ¹⁸⁴ Vgl. Sozialgesetzbuch V, § 20e, URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/

| ¹⁸⁵ Vgl. Nationale Präventionskonferenz (o. D.).

| ¹⁸⁶ Bislang sind zwei Berichte erschienen, 2019 und 2023. Vgl. Nationale Präventionskonferenz (2019) und Nationale Präventionskonferenz (2023).

| ¹⁸⁷ Vgl. Nationale Präventionskonferenz (2018).

Beiträge in den jeweiligen Bereichen zu leisten. Die drei übergeordneten Ziele lauten:

- _ Gesund aufwachsen
- _ Gesund leben und arbeiten
- _ Gesund im Alter

Die Umsetzung der Präventionsstrategie und die Konkretisierung der Ziele liegen auf Länderebene und werden in **Landesrahmenvereinbarungen (LVR)** festgehalten, die durch die Landesverbände der Kranken- und Ersatzkassen, auch für die Pflegekassen, mit den Trägern der Gesetzlichen Rentenversicherung, den Landesverbänden der Gesetzlichen Unfallversicherung und den Ländern geschlossen werden (vgl. § 20f SGB V). Die BRE und gesetzten übergeordneten Ziele und Handlungsbereiche dienen als Orientierung, die jedoch durch eigene landesbezogene Schwerpunkte regional ergänzt werden können. |¹⁸⁸ Alle 16 Länder haben landesseitige Rahmenvereinbarungen mit den Sozialversicherungsträgern geschlossen. |¹⁸⁹ Zum Monitoring der Ziele wurde zudem auf nationaler Ebene ein Präventionsindikatorensystem entwickelt |¹⁹⁰, welches die Basis für die Präventionsberichte der NPK darstellt. Einige Länder haben ausgehend von den Vorgaben des PräVG eigene länderbezogene Strategien für Prävention und Gesundheitsförderung erarbeitet oder strategische Programme bzw. Aktionsbündnisse aufgelegt, die Ziele und Maßnahmen der LVR unterstützen und umsetzen wollen. |¹⁹¹

Die NPK richtet einmal jährlich ein Präventionsforum zum Informations- und Erfahrungsaustausch im Bereich Präventions- und Gesundheitsförderung mit verschiedenen Organisationen und Verbänden aus. Zielsetzung des Forums ist es, die eingeladenen Gruppen in die Weiterentwicklung der nationalen Präventionsstrategie einzubeziehen und hieraus auch Impulse für die Weiterentwicklung der BRE abzuleiten. Mit der Durchführung dieses Fach- und Austauschforums beauftragt die NPK die BVPG.

Neben den BRE und ihren übergeordneten Zielen bestehen in Deutschland auch sogenannte **Nationale Gesundheitsziele** (vgl. Kapitel D.III.2.c). Diese sind im Erarbeitungs- und Verantwortungsprozess jedoch losgelöst von der NPK zu sehen

| ¹⁸⁸ Vgl. Nationale Präventionskonferenz (2018).

| ¹⁸⁹ Dies umfasst Landes- und Regionalverbände von Krankenkassen (in der Regel AOK, BKK; IKK; Knappschaft, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau sowie Ersatz- und Pflegekassen), den Verband der Ersatzkassen, Träger der Rentenversicherung (regional und Bund sowie Knappschaft Bahn und See) sowie Träger der Unfallversicherung (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung und Sozialversicherung Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau). Eine Übersicht über alle LRV findet sich hier: Nationale Präventionskonferenz (o. D.).

| ¹⁹⁰ Vgl. Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren (Hrsg.) (2021).

| ¹⁹¹ So z. B. in Hamburg: Das Land Hamburg hat bereits 2008 einen „Pakt für Prävention“ geschlossen, der in Ergänzung zur LVR in Folge des nationalen PräVG als strategischer Rahmen für die Erarbeitung und Umsetzung verschiedener Maßnahmen in unterschiedlichen Handlungsfeldern dient. Vgl. Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheit e. V. (o. D.).

und zudem kategorial, in ihrer Historie, der Einbindung von Stakeholdern, mit Blick auf ihre Bedeutung für die unterschiedlichen Akteure im System und in Bezug auf ihre erreichte Abdeckung anders gelagert.

Darüber hinaus räumt §20g des SGB V die Möglichkeit für Leistungsträger und die entsprechenden Verbände ein, für die Erreichung der unter den Rahmenempfehlungen festgehaltenen Ziele und damit verbundene Maßnahmen **Modellvorhaben** zu entwickeln. Diese Modellvorhaben sind dabei auch wissenschaftlich zu begleiten und in der Regel auf fünf Jahre angelegt. |¹⁹² Exemplarisch kann hier das Kooperationsprojekt „Gesund arbeiten in Thüringen“ |¹⁹³ der BARMER und Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin (DGAUM) unter Schirmherrschaft des Thüringer Gesundheitsministeriums genannt werden. Das Modellvorhaben lief im Zeitraum von 2017–2021 und hatte zum Ziel, die Gesundheitsförderung und Prävention im betrieblichen Umfeld in Thüringen zu verbessern. Die DGAUM hat die wissenschaftliche Begleitung und Evaluierung des Projektes übernommen. Ein wesentliches Ergebnis des Projekts stellt ein modularer Baukasten mit Leitfäden und Checklisten für die überbetriebliche Vernetzung von Kleinst-, Kleinen und Mittlere Unternehmen (KKMU) dar, das auch bundesweit als Hilfestellung für KKMU dienen soll. Der Abschlussbericht liegt seit 2025 vor. |¹⁹⁴

Im Jahr 2024 hat das BMG mit der **Nationalen Präventions-Initiative (NPI)** einen Prozess angestoßen, um die bisherigen Strategieansätze, u. a. auch mit den Mitgliedern der NPK, weiterzuentwickeln und das Zusammenwirken der verschiedenen Akteure zu prüfen sowie Vernetzungspotenziale auszubauen. |¹⁹⁵

Darüber hinaus gibt es auch auf Ebene der Länder eigene Bewegungen mit Blick auf bereitere Präventionsstrategien und -bündnisse. In **Baden-Württemberg** wurde im Herbst 2025 die Einrichtung einer **Präventionsallianz** |¹⁹⁶ bekannt gegeben, die eine stärker präventionsorientierte Ausrichtung der Landesgesundheitspolitik erreichen will. Hierzu sollen auch Akteure aus Wissenschaft und Forschung sowie der Wirtschaft explizit einbezogen werden, um Innovationen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken sowie eine bessere Evidenzbasierung und letztlich auch Effektivität gesundheitsförderlicher Maßnahmen sowie Steigerung der Gesundheitskompetenz (v. a. auch von vulnerablen Gruppen) zu gewährleisten. Das **Land Bayern** hat fast zeitgleich die Veröffentlichung eines **Masterplan Prävention Bayern** |¹⁹⁷ bekanntgegeben, der das Ziel verfolgt, Prävention und Gesundheitsförderung strukturell und langfristig im Land zu verankern. Hierfür wird strategisch zwischen strukturellen und

| ¹⁹² Vgl. Sozialgesetzbuch V, § 20g, Abs. 2, URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5/

| ¹⁹³ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin; BARMER (2017).

| ¹⁹⁴ Vgl. Drexler et al. (2025).

| ¹⁹⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2025a).

| ¹⁹⁶ Vgl. Baden-Württemberg Staatsministerium (24.09.2025).

| ¹⁹⁷ Vgl. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention (2025).

gesundheitlichen Zielen unterschieden. Die strukturellen Ziele stellen den systemischen Rahmen dar, der landesseitig verantwortet wird und in Richtung einer stärkeren Präventions- und Gesundheitsorientierung gestaltet werden soll (z. B. durch einen Ausbau der Präventionsberichterstattung, landesweiten Präventionstag, Einrichtung von Präventionskonferenzen und landesweite Übersicht über Angebote). Die gesundheitlichen Ziele umfassen individuelle Gesundheitsaspekte, wie die Verbesserung des Gesundheitswissens, die Stärkung der psychischen Gesundheit, die Reduktion von Übergewicht und Adipositas sowie die Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit. Zur Erreichung dieser Ziele soll mit verschiedenen Akteuren und Partnern (u. a. auch aus der Hochschulmedizin) zusammengearbeitet werden. Der Masterplan ist als ganzheitliche Lebensphasenstrategie angelegt. In beiden Ländern wird explizit auch eine strukturelle ressortübergreifende Zusammenarbeit angestrebt.

III.2.c Nationale Gesundheitsziele in Deutschland (Bundes- und Länderebene)

Gesundheitsziele sind ein Instrument, das es verschiedenen gesellschaftlichen Akteuren ermöglicht, sich unterschiedliche Zielstellungen im Themenfeld Gesundheit zu vergegenwärtigen, Handlungsoptionen abzuwägen und eine gewisse Verbindlichkeit bei der Zielerreichung zu gewährleisten. Grundsätzlich können diese Ziele auf definierte Bereiche oder auch bestimmte Gruppen ausgerichtet sein oder auch strukturelle Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens adressieren. |¹⁹⁸ International gehen Überlegungen zu Gesundheitszielen als Steuerungsinstrument auf Beschlüsse der WHO zurück, die seit den 1970er Jahren die Entwicklung von globalen Gesundheitszielen als Handlungskonzept für die internationale Gemeinschaft vorangetrieben hat. |¹⁹⁹

Ausgehend von diesen internationalen Entwicklungen hat die Ausgestaltung von Gesundheitszielen auf nationaler Ebene verschiedene länderbezogene Ansätze, auch in Deutschland, bewirkt. Vor diesem Hintergrund hat das BMG in den 2000er Jahren in Zusammenarbeit mit den Ländern die Ausarbeitung nationaler Gesundheitsziele für Deutschland wesentlich vorangetrieben und 2007 den Kooperationsverbund gesundheitsziele.de |²⁰⁰ ins Leben gerufen, der aktuell über 140 verschiedene gesundheitspolitische Akteure und Verbände aus dem

|¹⁹⁸ Vgl. Gerlich; Schwarz; Walter (2023).

|¹⁹⁹ Ausgehend von der WHO-Deklaration von Alma-Ata (bis 2003: Alma Ata) im Jahr 1978 legte die WHO ein erstes weltweites Gesundheitszielprogramm „Health for All“ vor, das über die Jahre hinweg verschiedentlich aktualisiert und weiterentwickelt wurde. Für Europa wurde 2012 das europäische Rahmengesundheitskonzept „Health 2020“ durch das europäische Regionalbüro der WHO und 53 Mitgliedsstaaten der europäischen Region beschlossen, das auch in die Implementierung der 2030 Agenda for Sustainable Development eingeflossen ist. Vgl. ebd.

|²⁰⁰ Gesundheitsziele.de ist ein Folge-Verbund, der als BMG-gefördertes Projekt aus dem ursprünglichen GVG-Ausschuss „Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen“ entstand und 2006 in eine Trägerschaft verschiedener Organisationen des Gesundheitswesens und der Sozialversicherung überführt wurde. Vgl. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (o. D. a).

Sozial- und Gesundheitswesen zusammenbringt. |²⁰¹ Dieser Verbund hat für Deutschland zum aktuellen Zeitpunkt (Stand 2025) in iterativen Prozessen zehn nationale Gesundheitsziele entwickelt:

- _ Ziel 1: Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln (*Nationales Gesundheitsziel seit 2003*)
- _ Ziel 2: Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen (*Nationales Gesundheitsziel seit 2003, aktualisiert 2010 und 2014*)
- _ Ziel 3: Tabakkonsum reduzieren (*Nationales Gesundheitsziel seit 2003, aktualisiert 2015*)
- _ Ziel 4: Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung (*Nationales Gesundheitsziel seit 2003, aktualisiert 2010*)
- _ Ziel 5: Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken (*Nationales Gesundheitsziel seit 2003, aktualisiert 2011*)
- _ Ziel 6: Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln (*Nationales Gesundheitsziel seit 2006*)
- _ Ziel 7: Gesund älter werden (*Nationales Gesundheitsziel seit 2012*)
- _ Ziel 8: Alkoholkonsum reduzieren (*Nationales Gesundheitsziel seit 2015*)
- _ Ziel 9: Gesundheit rund um die Geburt (*Nationales Gesundheitsziel seit 2017*)
- _ Ziel 10: Patientensicherheit (*Nationales Gesundheitsziel seit 2022*)

Anspruch an diese Ziele ist es, sie möglichst pluralistisch und dem Health in All Policies-Gedanken Rechnung tragend anzulegen. Entsprechend dieses Ansatzes werden zielspezifisch konkrete Maßnahmen vorgeschlagen, die z. B. Formate zu Förderungen der gesellschaftlichen Teilhabe (Unterziel 1 von Gesundheitsziel 7), des lebenslangen Lernens oder des Ausbaus, der Fortführung und Etablierung flexibler Altersteilzeit-Modelle (Unterziel 2 von Gesundheitsziel 7) umfassen. Als Adressaten werden relevante Akteure aus verschiedenen Politikbereichen auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene sowie aus Wissenschaft, Zivilgesellschaft und Privatwirtschaft genannt. Die Selektion, Festlegung und Prüfung der Gesundheitsziele folgt einem mehrstufigen, wissenschaftlichen Auswahl- und Evaluationsprozess, den der Evaluationsbeirat des gesundheitsziele.de-Verbundes verantwortet. |²⁰²

| ²⁰¹ Mitglieder des Kooperationsverbundes sind verschiedene Ressorts des Bundes (u. a. BMG, Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWE), Bundesministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Heimat (BMLEH)), der Länder und Kommunen sowie Bundesbehörden, inklusive Einrichtungen der Ressortforschung, Fachverbände, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen, Gewerkschaften, Wohlfahrtsverbänden, Industrie und Wissenschaft. Getragen wird der Verbund u. a. von der GVG, 12 Ländern (nicht beteiligt: Berlin, Hamburg, Sachsen und Schleswig-Holstein), ärztlichen Verbänden und Vereinigungen, dem PKV-Verband, Kassen bzw. Kassenverbänden und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. (Vgl. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (o. D. b)).

| ²⁰² Vgl. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (2018).

Über die Jahre hinweg wurden unterschiedliche Maßnahmen und teilweise auch Evaluationsprozesse zur Zielerreichung aufgelegt. Ein systematisches Monitoring und eine Evaluation der Gesundheitsziele finden bisher aber nur in begrenztem Rahmen statt; auch die Kommunikation dazu ist fragmentarisch. Zwar hat der Evaluationsbeirat Evaluationskonzepte zur Bewertung der Ziele, Teilziele und Maßnahmen erarbeitet, allerdings wurde dies bisher nur für drei Ziele durchgeführt. |²⁰³ Zur Evaluation wird auf bestehende Daten (z. B. des RKI) zurückgegriffen. Ein regelmäßiges Monitoring der Ziele anhand von klar definierten Indikatoren erfolgt nicht. Die Ziele wurden über die Jahre zum Teil aktualisiert und im Zuge dessen wurde auch die jeweils aktuelle Gesundheitslage zum entsprechenden Ziel einbezogen. Die konkreten Prozesse sind jedoch nur schwer verständlich. Auch ist ihre An- und Einbindung in eine nationale Gesamtstrategie wenig bis kaum gewährleistet und eine Verbindlichkeit der Zielerreichung nicht nachgehalten.

Die ersten acht der bestehenden nationalen Gesundheitsziele wurden in das 2015 erlassene PräVG |²⁰⁴ aufgenommen. Dies hat u. a. zur Folge, dass bei der Festlegung einheitlicher Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen zur Primärprävention und Gesundheitsförderung durch den GKV-Spitzenverband die für diese Leistungen relevanten Inhalte der Gesundheitsziele Berücksichtigung finden müssen. |²⁰⁵ Auch manche Länder haben eigene Gesundheitsziele |²⁰⁶ erarbeitet.

Exkurs: Gesundheitsziele und Präventionspolitik in den Niederlanden – ein Blick über die Grenze

Die Niederlande gelten als eines der europäischen Länder mit einer besonders systematisch ausgerichteten Präventionspolitik. Gesundheit wird hier nicht nur als individuelle Angelegenheit, sondern als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden. Die Strategie zielt darauf ab, Prävention und Gesundheitsförderung eng mit Forschung, Politik und Praxis zu verknüpfen und gesundheitliche Chancengleichheit in der Bevölkerung zu stärken. Dabei spielen gesetzliche Rahmenbedingungen, institutionelle Strukturen und innovative Programme eine zentrale

|²⁰³ Für die Ziele „Tabakkonsum reduzieren“, „Depressive Erkrankungen“ und „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ sind Evaluationskonzepte erarbeitet und für das Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ evaluiert worden. Dies ist in enger Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssurvey/Monitoring des RKI und BIÖG erfolgt. Das BMG veröffentlicht die von ihm und seinen beiden Fachbehörden RKI und BIÖG erarbeiteten Ergebnisse von gesundheitsziele.de in seinen Publikationen. Vgl. Hess (2012), S. 19.

|²⁰⁴ Vgl. PräVG, URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/praevg.html>

|²⁰⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2024).

|²⁰⁶ Exemplarisch kann auch hier Baden-Württemberg genannt werden. Die Gesundheitsziele in Baden-Württemberg lauten: 1. Diabetes mellitus Typ 2 Risiko senken und Folgen reduzieren; 2. Gesund aufwachsen; 3. Depressive Erkrankungen und Folgen der Chronifizierung vermindern; 4. Gesund und aktiv älter werden; 5. Reduzierung des Konsums legaler Suchtmittel; 6. Brustkrebs früher erkennen und bekämpfen; 7. Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken; 8. Gesundheit von Arbeitslosen. Vgl. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg (o. D.).

Rolle, ebenso wie die Nutzung umfangreicher Gesundheitsdaten und die Einbindung regionaler Netzwerke. Trotz dieser vielversprechenden Ansätze bestehen auch Herausforderungen, wie etwa die Sicherstellung flächendeckender Versorgung, die langfristige Finanzierung präventiver Maßnahmen und die nachhaltige Umsetzung von Strategien – Aspekte, die auch für die deutsche Präventionspolitik von Bedeutung sind.

Nationale Ziele und strategische Programme

Ein Beispiel für eine umfassende Präventionsstrategie ist das 2018 initiierte Nationale Präventionsabkommen |²⁰⁷ in den Niederlanden. An diesem multilateralen Abkommen sind Regierung, Wirtschaft, Kommunen, zivilgesellschaftliche Organisationen sowie wissenschaftliche Einrichtungen beteiligt, darunter das RIVM, verschiedene niederländische Universitäten, das Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) und der Wissenschaftliche Rat für Regierungspolitik (WRR). Diese Institutionen unterstützen das Abkommen durch Forschung, Datenanalyse und die Entwicklung evidenzbasierter Maßnahmen.

Das Abkommen setzt konkrete Ziele zur Reduktion von Tabakkonsum, Übergewicht und Alkoholmissbrauch und fördert weitere Programme für gesunde Ernährung und mehr Bewegung, besonders im schulischen Umfeld. Spezifische Maßnahmen richten sich gezielt an vulnerable Gruppen, etwa durch Brustkrebsvorsorge für Frauen mit Migrationsgeschichte oder niedrigschwellige Gesundheitsangebote für Menschen in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen. Begleitende Evaluierungen des RVIM haben jedoch ergeben, dass die Ziele, die im Abkommen festgehalten sind, noch nicht erreicht wurden und noch mehr getan werden muss.

Ergänzend verfolgt die niederländische Agenda „Health in All Policies“ Gesundheit als Querschnittsaufgabe. Sie setzt auf einen ressortübergreifenden Ansatz mit vier zentralen Handlungsfeldern:

- _ Soziale Sicherheit und Erwerbsbeteiligung
- _ Gesunde Kindheit und Jugend
- _ Gesundheitsförderliche Umweltbedingungen
- _ Transformation des Gesundheitssystems zu mehr Teilhabe und Selbstbestimmung

Ziel ist, gesundheitliche Belange systematisch in verschiedenen Politikfeldern zu verankern und über die traditionelle Versorgungsperspektive hinauszugehen. Damit ergänzt „Health in All Policies“ das National Prevention Agreement

| ²⁰⁷ Vgl. Ministry of Health, Welfare and Sport (2019).

um eine strukturelle, intersektorale Dimension, die langfristig gesundheitliche Chancengleichheit fördern soll.

Wissenschaft, Evidenzbasierung und regionale Netzwerke

Die Umsetzung der niederländischen Präventionsstrategie beruht maßgeblich auf der engen Verzahnung von Forschung, Politik, Wirtschaft und Gesundheitsversorgung. Wissenschaftliche Expertise wird mit kommunalen Strukturen und zivilgesellschaftlichem Engagement verbunden, um Forschungsergebnisse in lokal angepasste Präventionsmaßnahmen zu überführen.

Eine wichtige Grundlage bildet dabei die kontinuierliche Bereitstellung von Gesundheits- und Sozialdaten, die eine evidenzbasierte Politikgestaltung ermöglicht. Von besonderer Bedeutung ist die Lifelines-Studie |²⁰⁸, eine bevölkerungsbasierte Kohorte mit über 167.000 Teilnehmenden aus dem Norden der Niederlande. Seit 2006 werden hier in regelmäßigen Abständen medizinische, soziale und psychologische Daten und Biomaterialien über drei Generationen hinweg erhoben und in einer hochwertigen Datenbank aufbereitet. Diese ermöglicht es Forschenden, auf umfassende Informationen zu Lebensgewohnheiten, Gesundheitsparametern und soziodemografischen Merkmalen zurückzugreifen. Gleichzeitig trägt Lifelines dazu bei, auch ländliche Bevölkerungsgruppen systematisch einzubeziehen, und unterstützt die Entwicklung sogenannter Learning Health Systems, in denen Forschung und Praxis kontinuierlich in Verbindung stehen.

Im Rahmen der niederländischen Präventionsstrategie dienen regionale Initiativen als praxisnahe Umsetzungsplattformen. Die Ems-Dollart-Region fungiert beispielsweise als grenzüberschreitendes Reallabor, in dem das Cross-Border Institute of Healthcare Systems and Prevention (CBI) partizipativ bedarfsgerechte Versorgungskonzepte entwickelt und erprobt. Diese Ansätze tragen dazu bei, Forschungsergebnisse direkt in die regionale Versorgung zu überführen und gleichzeitig dauerhafte Strukturen für Bildung, Wissenstransfer und Gesundheitsmanagement aufzubauen.

Parallel setzt das Netzwerk GezondGroningen |²⁰⁹ den „Health in All Policies“-Ansatz auf regionaler Ebene um. Dabei werden gesundheitliche Belange systematisch mit den Bereichen Bildung, Wirtschaft und Zivilgesellschaft verknüpft, um präventive Maßnahmen wirksam zu gestalten, gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern und soziale Teilhabe zu stärken.

| ²⁰⁸ Vgl. Lifelines (2025), URL: <https://www.lifelines.nl/>

| ²⁰⁹ Das Netzwerk Gezond Groningen fördert die Zusammenarbeit des medizinischen und sozialen Bereichs, um die Gesundheit Grönings Bevölkerung zu verbessern. Mit Hilfe von regionalen und stadtspezifischen Plänen werden Vorhaben zu gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen im Bereich der mentalen Gesundheit, Bewegungsförderung und allgemeiner Gesundheit umgesetzt. Vgl. Gezond Groningen (2025), URL: <https://gezondgroningen.nl/netwerk/>

Der Erfolg dieser Netzwerke hängt entscheidend von einer verlässlichen Finanzierung und der kontinuierlichen Evaluation ihrer Wirksamkeit ab. Nur so können Strategien angepasst, innovative Ansätze dauerhaft verankert und die Präventionsstrategie insgesamt effektiv umgesetzt werde.

Fazit und Implikationen für die deutsche Präventionspolitik

Die niederländische Präventionspolitik verfolgt das Ziel einer integrierten, ressortübergreifenden Gesundheitsförderung, steht dabei jedoch vor mehreren Herausforderungen: begrenzte politische Aufmerksamkeit für Prävention insbesondere angesichts volatiler politischer Mehrheitsverhältnisse, komplexe Zuständigkeitsstrukturen, unzureichende Partizipation und Unsicherheiten bei der langfristigen Finanzierung. Besonders deutlich wird, wie schwierig es ist, ambitionierte Zielsetzungen in konkrete, verbindliche Umsetzungsverpflichtungen zu überführen.

Gleichzeitig liefert der niederländische Ansatz wichtige Impulse – etwa durch die stärkere Verknüpfung von Forschung und Praxis, die institutionalisierte Integration von Health in All Policies oder auch die gezielte Förderung benachteiligter Gruppen. Diese Elemente könnten dazu beitragen, Prävention nachhaltiger zu gestalten, gesellschaftliche Akzeptanz zu erhöhen und die Umsetzung verbindlicher Maßnahmen langfristig zu sichern. Anstatt allein auf Verbote zu setzen, ist es wichtig, den Nutzen von Prävention sichtbar zu machen und Akzeptanz für gesundheitsförderliche Maßnahmen zu erzeugen, möglichst ohne Abwehrreaktionen auszulösen.

D.IV AKTEURE UND SCHWERPUNKTE IN WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG

IV.1 Prävention und Gesundheitsförderung in der hochschulischen Wissenschaft und Forschung

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Gesundheitsförderung und Prävention erfolgt überwiegend in größeren Fächergruppen der **medizinisch-naturwissenschaftlichen** Disziplinen wie Medizin, Public Health, Versorgungsforschung, Gesundheitswissenschaften (Hebammen- und Pflegewissenschaft und Therapiewissenschaften), Psychiatrie, Ernährungs- und Sportwissenschaften sowie in **bildungs-, sozial- und verhaltenswissenschaftlichen** Fächern wie Erziehungswissenschaften, Psychologie, (Gesundheits-)Kommunikation, Bereiche der Wirtschaftswissenschaften oder auch Soziologie. Krankheitsprävention ist jedoch kein modernes Konzept, sondern tief im Ursprung der Heilkunst verwurzelt und lässt sich für die Medizin bis zu Hippokrates als Aufgabe und Betätigungsfeld zurückverfolgen. Andere gesundheitswissenschaftliche Disziplinen, wie beispielsweise die Pflegewissenschaft oder auch weitere Gesundheits-/Therapiewissenschaften, haben eigene historische Wurzeln, die auch auf die Medizin rückwirkten.

Als ein Beispiel für Entwicklungen in der Medizingeschichte, die einen klaren gesundheitsförderlichen und präventiven Effekt hatten und im Zusammenhang mit Erkenntnissen aus anderen Gesundheitsprofessionen standen, gilt das Aufkommen von **Hygiene und Desinfektionsmaßnahmen** im 19. Jahrhundert. Der österreichische Arzt Ignaz Semmelweis erbrachte 1847 den Nachweis, dass Händewaschen in der Geburtshilfe zu einem drastischen Rückgang der Müttersterblichkeit führt. Semmelweis war zu dieser Erkenntnis gelangt, indem er sich systematisch mit den unterschiedlichen Mortalitätsraten einer von Ärzten und einer von Hebammen betreuten Geburtsstation im selben Krankenhaus befasste. Er erkannte den entscheidenden Unterschied in der Tatsache, dass die Ärzte sich nach Obduktionen nicht die Hände wuschen und somit Infektionen an die Gebärenden übertrugen. |²¹⁰ Diese Erkenntnis wurde dann auch durch die neu entstehende Bakteriologie, und die Entdeckungen von Robert Koch und Louis Pasteur, untermauert. Heutzutage ist Hygiene eine Präventionsmaßnahme, die nicht nur in der Geburtshilfe, sondern in allen medizinischen Einrichtungen zur Standardpraxis geworden ist. |²¹¹

Auch wenn Prävention kein neues Gebiet für Medizin und Medizinforschung, sondern vielmehr einen Kernbaustein darstellt, wird sie in Deutschland jedenfalls derzeit neben der kurativen Medizin wenig eigenständig wahrgenommen und protegiert oder von dieser sogar überlagert. |²¹² Diese biomedizinische Ausrichtung hat mehrere historische Wurzeln: die gesundheitssystemischen Veränderungen nach 1945 mit dem Auf- und Ausbau des ambulanten und stationären Sektors sowie die medizinischen Fortschritte in der Pharmakologie und weiteren Fachgebieten wie z. B. Molekularbiologie, Diagnostik und Therapie. |²¹³ Gleichzeitig schwächen diese Entwicklungen den ÖGD und seine Einrichtungen erheblich. Auch die Perversion der Gesundheitskontrolle der Bevölkerung im Dritten Reich trägt zu der heute in den Nachkriegsjahrzehnten eher stiefmütterlichen Behandlung des ÖGD bei. Dies begünstigt den Trend hin zu einer fast ausschließlichen Verlagerung von Fragen von Gesundheit in den Bereich der kurativen Medizin. |²¹⁴

Einschränkend muss hier bemerkt werden, dass die Entwicklung innerhalb Deutschlands zwischen BRD und DDR unterschiedlich verlief. So wurde in der

|²¹⁰ Vgl. Goddemeier (2011).

|²¹¹ Vgl. Porter (2006a).

|²¹² Unterschiedliche Ansätze zwischen Public Health und biomedizinischer Forschung lassen sich u. a. bis an die Anfänge der Mikrobiologie zurückverfolgen. Ein Beispiel sind die Unterschiedlichen Schwerpunkte von Koch und Virchow: Robert Koch, Mitbegründer der Bakteriologie, fokussierte auf die bakteriellen Ursachen von Krankheiten während Rudolf Virchow, Vertreter der Sozialmedizin, die Bedeutung sozialer und umweltbedingter Faktoren unterstrich. Vgl. Porter (2006b).

|²¹³ Vgl. auch Ruckstuhl (2021), S. 36.

|²¹⁴ Vgl. Kießling (2023), S. 47 f. und vgl. Gerlinger; Rosenbrock (2024), S. 37.

DDR durchaus eine stärker präventiv orientierte Medizin etabliert. |²¹⁵ In der BRD wurde Prävention hingegen einer therapeutisch orientierten Medizin nachgeordnet. |²¹⁶ Hier gab es erst in den 1970er Jahren Gegenbewegungen, die sich für einen stärkeren Fokus auf den Zusammenhang von Lebensbedingungen und Gesundheit aussprachen und eine Abkehr von einem reinen biomedizinisch-kurativen Fokus forderten. Der zunehmende Anstieg chronisch-degenerativer und auch psychischer Erkrankungen verdeutlichte zudem die Grenzen der kurativen Medizin.

International setzte sich die Erkenntnis durch, dass Gesundheit nicht nur biomedizinisch zu definieren ist, sondern biopsychosozial und als Balance zwischen individuellen Ressourcen und gesundheitlichen und sozialen Anforderungen anzusehen ist. |²¹⁷ Die Ottawa-Charta der WHO von 1986 markiert einen entscheidenden Wendepunkt: Sie legte den Grundstein für den Ausbau von Prävention sowie einer damit in Zusammenhang stehenden Befassung mit Fragen der Gesundheitsförderung als eigenem Gebiet und Fachrichtung. |²¹⁸

Die **Ottawa-Charta** |²¹⁹ ist der erste Beschluss der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO, die 1986 im kanadischen Ottawa stattfand. Ziel der Konferenz war es, Handlungsstrategien für das übergeordnete Ziel „Gesundheit für alle“ zu entwerfen. In der Charta, welche von 38 Ländern unterzeichnet wurde, sind folgende Handlungsfelder festgelegt: „Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik“ (Gesundheitsförderung in die Politik aufnehmen und Verantwortliche für Umsetzung benennen), „Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen“ (Umweltbedingungen in die Bilanz mit aufnehmen und den wechselwirkenden Einfluss zwischen humaner Gesundheit und Lebenswelt bestimmen), „Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen“ (Regionale Aktivitäten in der Gemeinschaft und der Selbsthilfe fördern), „Persönliche Kompetenzen entwickeln“ (Gesundheitskompetenzen stärken und Lehre der Gesundheitsförderung verbreiten) und „Gesundheitsdienste neu orientieren“ (Gesundheitsversorgung neu aufsetzen, sodass Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle einnimmt). Diese Handlungsfelder sollen mit den drei Handlungsstrategien „Interessen vertreten“ (Stabile Politik und Umwelt schaffen, um Grundvoraussetzungen zu sichern), „Befähigen und Ermöglichen“ (Chancengleichheit sichern) sowie „Vermitteln und Vernetzen“ (Netzwerke schaffen, die alle Industrien und Menschen in allen Lebensbereichen zusammenbringen) umgesetzt werden. Nach der ersten Konferenz 1986 gab es fortlaufend

|²¹⁵ Exemplarisch kann hier auf das breite Angebot an Vorsorge- und Reihenuntersuchungen sowie von Beratungsstellen verwiesen werden, die v. a. die Schwangerenbetreuung, Mütterberatung, aber auch Früherkennungsuntersuchungen (z. B. von Kindern) oder auch Impfprogramme und Beratungs- und Aufklärungsarbeit zu gesunder Lebensweise und Ernährung umfassten. Vgl. u. a. Böttcher (14.03.2022).

|²¹⁶ Vgl. Schleiermacher (2005).

|²¹⁷ Vgl. Gerlinger; Rosenbrock (2024), S. 38 und Engel (1977).

|²¹⁸ Vgl. Ruckstuhl (2021), S. 38 ff.

|²¹⁹ Vgl. WHO (1986) und Kaba-Schönstein (2018).

weitere Konferenzen, durch welche neue Handlungsbereiche und Spezifizierungen aufgenommen wurden. Seit der 8. Konferenz, die 2013 in Helsinki stattfand, rückte das Konzept „Health in All Policies“ in den Vordergrund.

Für **akademische Forschung und Qualifizierung** allgemein kann konstatiert werden, dass Prävention und Gesundheitsförderung in verschiedenen Fachrichtungen eine Rolle spielen und sich – auch aus interdisziplinären Ansätzen – neue Fachgebiete entwickelt haben. Hierdurch haben sich auch wissenschaftliche Schwerpunkte weiterentwickelt, da neben Fragestellungen mit Fokus auf Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung des Individuums verstärkt auch wissenschaftliche Befassungen mit der Gesundheit der gesamten Bevölkerung aufkamen. Dies zeigt sich seit den 1990er Jahren u. a. an dem Aufbau der **Public Health-Forschung** in Deutschland. |²²⁰ Der Bereich Public Health ist dabei – auch im europäischen Vergleich – überwiegend ein Teilbereich innerhalb medizinischer Fakultäten, was bisweilen auch die Weiterung von gesundheitsbezogenen Fragestellungen auf andere als biomedizinische und klinische Gesundheitsbefassungen verlangsamt hat. Die USA kann hier als Gegenbeispiel genannt werden, da hier der Bereich Public Health üblicherweise als eigenständige Fakultät verankert ist. |²²¹

Der Akzent der Public Health-Forschung liegt – im Unterschied zu den Gesundheitswissenschaften – auf der konzeptionellen und systemischen Befassung mit der öffentlichen Gesundheit, wohingegen die **Gesundheitswissenschaften** durch eine stärker interdisziplinäre Ausrichtung und Methodik sowie die Zusammenarbeit mit Praxispartnerinnen und -partnern zu alltagsnahen Problemen gekennzeichnet sind. |²²² In diesem Zuge sind auch die Hebammen- und Pflegewissenschaft und Therapiewissenschaften zu eigenständigen Forschungsfeldern geworden, die jeweils spezifische Beiträge leisten: Die Pflegewissenschaft bringt präventive Ansätze in allen Lebensphasen ein, u. a. von Patientenedukation und Gesundheitskompetenzförderung über Früherkennung von Risiken bis hin zu Infektions-, Sturz- und Dekubitusprävention sowie gemeindenahen Konzepten im Sinne des Community Health Nursing. Therapiewissenschaften wie Physio-, Ergo- und Logopädie eröffnen präventive Perspektiven auf u. a. Bewegung, Sprachentwicklung, ergonomisches Arbeiten und funktionale Teilhabe im Alltag. Die Hebammenwissenschaft schließlich fokussiert auf Prävention und Gesundheitsförderung von der Schwangerschaft bis in die frühe Kindheit und

|²²⁰ Vgl. Kuhn (2013), S. 26 und Ruckstuhl (2021), S. 45. Die Public Health-Forschung befasst sich in erster Linie mit der Frage danach, wie die Gesundheit der Bevölkerung oder von bestimmten Bevölkerungsgruppen bestmöglich gestärkt werden kann. Dabei betrachtet sie Gesundheit in einem ganzheitlichen Verständnis, in dem sie sich sowohl mit der Förderung von körperlicher wie psychischer Gesundheit, Prävention von Krankheiten, dem Gesundheitsverhalten, dem Einfluss von Lebensumständen und -umwelten oder auch systemischen Voraussetzungen der Gesundheitsversorgung (einschließlich der Versorgungssituation im Krankheitsfall) befasst. Vgl. Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (15.07.2020).

|²²¹ Vgl. Paccaud; Nocera (2011), S. 69.

|²²² Vgl. Nowak; Kolip; Razum (2022).

stärkt damit die Gesundheitsentwicklung von Familien. Gemeinsam erweitern diese Fachdisziplinen den Blick auf Prävention und Versorgung entscheidend, indem sie patienten- und lebensweltnahe Perspektiven in die wissenschaftliche Auseinandersetzung einbringen.

Ebenfalls einen anderen Akzent legt die **Versorgungsforschung**, die sich wissenschaftlich mit den Akteuren, Strukturen, Qualität, Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung befasst und die sich in den letzten Jahren eigenständig entwickelt hat. |²²³ Anders als die Public Health-Forschung stehen bei ihr insbesondere die Planung, Organisation, Regulierung und Evaluation der medizinischen Versorgung in Bezug auf betroffene Patientengruppen und weniger die Gesundheitsentwicklung des Bevölkerungskollektivs im Fokus. |²²⁴ Die Versorgungsforschung sieht sich explizit als Teil von Public Health. |²²⁵

Die Gesundheitswissenschaften (Hebammen- und Pflegewissenschaft sowie Therapiewissenschaften) wie auch die Public Health- und Versorgungsforschung haben sich mittlerweile als eigenständige Disziplinen an deutschen Hochschulen und in der Wissenschaft etabliert. |²²⁶ Dies zeigt sich nicht zuletzt an wissenschaftlichen Dach- und Fachverbänden |²²⁷, die in den Disziplinen bestehen, sowie an der wachsenden Zahl an Fakultäten, Instituten und Studiengängen in Deutschland. |²²⁸ Mit diesen Entwicklungen und insbesondere der Ausweitung auf soziale und nicht nur medizinische, pflegerische und therapeutische Interventionen haben sich die Themen Krankheitsvorbeugung und Gesundheitsförderung folglich über den engeren Bereich der Medizin hinaus wissenschaftlich ausdifferenziert. |²²⁹

Exkurs: Wissenschaftsbasierte Prävention in Deutschland – Impulse aus Greifswald für eine integrierte Public-Health-Strategie

Die Präventionslandschaft in Greifswald und Vorpommern ist geprägt von den besonderen demografischen und strukturellen Gegebenheiten einer ländlich geprägten Region mit niedriger Bevölkerungsdichte. Mecklenburg-Vorpommern weist eine dynamisch alternde Bevölkerung, eine hohe Krankheitslast und eine gegenüber dem Bundesdurchschnitt geringere Lebenserwartung auf. Zentrale Gesundheitsindikatoren wie Diabetesprävalenz und psychische Morbidität

| ²²³ Vgl. Hoffmann et al. (2025).

| ²²⁴ Vgl. hierzu u. a. Deutsche Forschungsgemeinschaft (2010).

| ²²⁵ Vgl. Hoffmann et al. (2025).

| ²²⁶ Vgl. Gerlinger (2024), S. 7–14.

| ²²⁷ Genannt werden können hier v. a. das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) die Deutsche Gesellschaft für Public Health e. V. (DGPH) und die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e. V. (DGSMP). Der Wissenschaftsrat sieht die Organisation in Fachgesellschaften als eines der wesentlichen Merkmale für die Etablierung und Differenzierung von wissenschaftlichen Disziplinen, vgl. Wissenschaftsrat (2020), S. 13 ff. und Wissenschaftsrat (2025).

| ²²⁸ Vgl. Nowak; Kolip; Razum (2022).

| ²²⁹ Vgl. Gerlinger (2024), S. 11.

stagnieren oder zeigen in Teilen negative Trends – insbesondere in sozial benachteiligten und ländlich geprägten Regionen. Die Erreichbarkeit medizinischer Versorgungsangebote wird durch Wiederbesetzungsprobleme bei Hausarzt- und Facharztpraxen erschwert. Fachkräftemangel gefährdet die ambulante und stationäre pflegerische Versorgung und den Bestand einiger Versorgungseinrichtungen in ländlichen Regionen. Gleichzeitig hat Gesundheit einen hohen Stellenwert in der Landespolitik und wird zunehmend als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden. Dabei liegt der Fokus sowohl auf der medizinischen Versorgung als auch auf kommunalen und zivilgesellschaftlichen Initiativen. Community Medicine, Versorgungsforschung und Prävention sind Forschungs- und Lehrschwerpunkte der Universität und der Universitätsmedizin Greifswald (UMG).

Kernfragen betreffen die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung, die nachhaltige Umsetzung evidenzbasierter Strategien und die langfristige Finanzierung präventiver Maßnahmen.

Prävention als Schwerpunkt in Wissenschaft und Forschung

Der Community Health-Ansatz bildet den zentralen strategischen Rahmen für die Weiterentwicklung präventiver Versorgung. Dieser Ansatz betrachtet Gesundheit nicht isoliert als medizinisches und pflegerisches Problem, sondern im Kontext sozialer, ökologischer und individueller Faktoren. Ziel ist es, evidenzbasierte Präventionsstrategien direkt in die Lebenswelten von Menschen zu übertragen und so die Gesundheit auf Bevölkerungsebene zu fördern. Dabei werden wissenschaftliche Erkenntnisse eng mit kommunaler Praxis, partizipativen Formaten und interdisziplinärer Forschung verzahnt, um Maßnahmen passgenau und wirksam umzusetzen.

Gesundheit als Querschnittsaufgabe in Forschung und Hochschulpolitik

In Greifswald wird Gesundheit nicht allein als medizinisches Fachthema betrachtet, sondern als fakultätsübergreifende Querschnittsaufgabe in Wissenschaft, Lehre und kommunaler Praxis verstanden. Themen wie psychische Gesundheit, gesundes Altern, Umwelteinflüsse und soziale Teilhabe werden transdisziplinär bearbeitet – in innovativen Versorgungsinterventionen durch Pflegefachpersonen in der Gemeinde im Sinne von AGnES (Arztentlastende, gemeindenähe, e-Health gestützte systemische Intervention) und dem Dementia Care Management, in telemedizinischen Netzwerken und sektorübergreifenden regionalen Krankenakten. Programme wie Health AI Pomerania |²³⁰ oder

| ²³⁰ Das durch die UMG geleitete Projekt untersucht den Einsatz von KI in der Medizin. Bspw. kann die eingesetzte KI EVE (Evolutionary Model of Variant Effect) Genmutationen in orthologen Genen von 140.000 Tieren definieren. Vgl. Universität Greifswald (17.07.2024).

T!Raum One Health |²³¹, sind gemeinsame Initiativen der Universität und der UMG. Letztere wird in enger Zusammenarbeit mit dem HIOH umgesetzt, das von einem breiten Bündnis getragen wird: Neben der UG und der UMG gehören hierzu das Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung (HZI), das Friedrich-Loeffler-Institut (FLI) mit zahlreichen weiteren Akteuren aus Forschung, Wirtschaft, Politik und Zivilgesellschaft. Diese Initiativen verbinden Technologien wie KI, -Omics und digitale Gesundheitsdaten mit partizipativen Formaten und kommunaler Umsetzungspraxis. Durch die enge Verzahnung von Forschung, Lehre und Praxis wird Prävention in Greifswald nicht nur theoretisch untersucht, sondern gemeinsam mit den regionalen und lokalen Akteurinnen und Akteuren aktiv in die Gesundheitsversorgung, präventive Programme und Maßnahmen implementiert. Greifswald dient damit als Modellregion, wie wissenschaftliche Institutionen Gesundheit als Querschnittsaufgabe begreifen und wirksame Prävention und Gesundheitsforschung praktisch fördern können.

Neue Rollen von Forschung, Lehre und Wissenstransfer

Die Universität und die UMG verbindet dabei Lehre, Forschung und gesellschaftliche Verantwortung in einem integrierten Modell: Studierende werden früh in regionale Gesundheitsprojekte eingebunden, viele Forschungsansätze sind stark anwendungsorientiert und partizipativ ausgerichtet. Durch die bereits langjährig bestehenden Kooperationen mit Schulen, Sozialträgern und kommunalen Einrichtungen können Interventions- und Beobachtungsstudien effektiv und praxisnah aufgesetzt werden, und ein Transfer in beiden Richtungen erfolgen. Universität und Universitätsmedizin sehen sich bewusst als soziale Akteure in der Region.

Vorpommern fungiert zudem als Reallabor, in dem neue präventive Konzepte – auch im Sinne einer Implementierungsbegleitung – wissenschaftlich entwickelt, praktisch erprobt und systematisch evaluiert werden. Besondere Bedeutung kommt dabei der Community Medicine zu, deren Ziel es ist, Forschung, Versorgung und Gesundheitsförderung systematisch, unter Einbindung lokaler Akteure und Berücksichtigung regionaler Besonderheiten zu verknüpfen. Schwerpunkte liegen auf der Entwicklung regionaler Netzwerke sowie einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit. Ein konkretes Beispiel ist das Modell der Tandempraxen in Mecklenburg-Vorpommern, bei dem Kinderärztinnen und -ärzte regelmäßig Sprechstunden in Hausarztpraxen anbieten. Ergänzt wird dieser Ansatz durch telemedizinische Konsile, beispielsweise in der Kinderchirurgie oder bei Epilepsie, um eine fachärztliche Versorgung auch in strukturschwachen Regionen sicherzustellen.

| ²³¹ Durch die Etablierung von T!Raum One-Health-Region Vorpommern soll sich ganz Vorpommern durch einen Paradigmenwechsel zu einer One-Health-Region entwickeln. Die Zusammenarbeit von Wissenschaft, Wirtschaft und Politik verfolgt das Ziel die Gesundheit in der Region zu verbessern. Hierbei inkludiert ist die Förderung der Gesundheit von Menschen, Tier und Umwelt. Vgl. Onehealth Region, ULR: <https://onehealth-region.de/>

Besonderes Augenmerk gilt der funktionalen Partizipation von Kindern und Jugendlichen – etwa durch Beiräte oder Beteiligungsformate im Kita- und schulischen Umfeld. In vielen Projekten werden auch nicht-medizinische Berufsgruppen wie Lehrpersonen oder Sozialarbeitende systematisch in multiprofessionelle Präventionsstrukturen eingebunden.

Greifswald steht beispielhaft für ein Modell, in dem Prävention als zentrale Aufgabe universitärer Forschung verstanden wird – nicht nur in der Theoriebildung, sondern im aktiven Zusammenspiel mit Versorgung, Bildung, Politik und Zivilgesellschaft. Trotz der konzeptionellen Stärke dieser Ansätze bleibt die Wirkung auf Bevölkerungsebene bislang begrenzt. Zentrale Gesundheitsindikatoren wie Lebenserwartung, Sterblichkeit, Diabetesprävalenz und psychische Morbidität stagnieren oder zeigen teilweise ungünstige Entwicklungen – insbesondere in sozial benachteiligten und ländlich geprägten Regionen Mecklenburg-Vorpommerns. Dies könnte auch darauf hinweisen, dass Prävention nur dann wirksam sein kann, wenn sie dauerhaft, systematisch und strukturell in einem „lernenden Gesundheitssystem“ verankert ist.

Erfahrungen aus anderen Ländern, beispielsweise Finnlands Nordkarelien-Projekt |²³² der 1970er Jahre, zeigen, dass sich gesundheitspolitische Maßnahmen oft erst nach Jahrzehnten in messbaren Gesundheitsindikatoren niederschlagen. Dort führten langfristige Programme zur Reduktion von Rauchen, Förderung gesunder Ernährung und Verbesserung der Herz-Kreislauf-Gesundheit zu einer signifikanten Senkung der Sterblichkeit und einer Zunahme der Lebenserwartung. Geduld und langfristige Kontinuität sind daher essenziell, damit wissenschaftlich fundierte Präventionsstrategien auf Bevölkerungsebene wirken.

Die Limitationen des auf Kuration ausgerichteten Versorgungssystems werden gegenwärtig immer stärker sichtbar. Deshalb wird zunehmend auch aus der Community der Medizin und Medizinforschung eine Neuausrichtung auf Fragestellungen von Prävention und Gesundheitsförderung gefordert. Wissenschaftlich spiegelt sich dieser Wandel sowohl in der universitären als auch in Maßnahmen und Initiativen der außeruniversitären Forschung – so z. B. dem NCPC des DKFZ und der Deutschen Krebshilfe – und anderen Netzwerken wider (vgl. Kapitel D.IV.2). An medizinführenden staatlichen Universitäten in Deutschland entstehen – in unterschiedlichen Realisierungsstufen – neue Strukturen:

| ²³² Das Nordkarelien-Projekt wurde 1972 als Maßnahme gegen die hohe Sterblichkeitsrate von Männern in der finnischen Region Nordkarelien gestartet. 700 von 100.000 Männern starben an Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufgrund zu hohen Konsums von Salz, tierischen Fetten sowie der geringen Anzahl an Früchten und Gemüse in der Ernährung. Mithilfe von Kooperationen mit NGOs, Kommunen und Bildungseinrichtungen in der Region konnten folgende drei Ziele erreicht werden: 1. Senkung von Cholesterin durch fettarme Ernährung, 2. Senkung des Blutdrucks durch weniger Natrium-Salzzufuhr, 3. Entwöhnung von Tabak-Rauchenden. Schnell zeigten sich Verbesserungen der Mortalitätsrate. 2010 wurden nur noch 100 von 100.000 Todesfällen verzeichnet. Vgl. Puska; Jäin (2020).

interdisziplinäre und -professionelle Forschungszentren |²³³, spezialisierte Forschungsbauten |²³⁴ oder auch Verbundprojekte wie das 2025 im Rahmen der Exzellenzstrategie neu zur Förderung ausgewählte Exzellenzcluster ImmunoPreCept der Charité Universitätsmedizin Berlin. |²³⁵ Speziell im Kontext von präzisionsmedizinischen und translationalen Fragestellungen ist auch das Berlin Institute of Health der Charité |²³⁶ anzuführen. Im weiteren Kontext der Translation sind auch Studien wie beispielsweise die HANSE-Lunge-Studie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) und der LungenClinic Grosshansdorf im Bereich der Lungenkrebsvorsorge mit Schwerpunkt auf individuelle Früherkennung und Untersuchung der Herz-Lungen-Gesundheit zu nennen. |²³⁷ Ein weiteres Beispiel ist die MARTHA-Studie an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) und dem Helmholtz Zentrum München, die sich mit der Identifikation von Risikofaktoren der Asthma-Entwicklung im Kindesalter befasst. |²³⁸ Diese Entwicklungen zeigen: In der Hochschulmedizin gewinnen neben Fragestellungen von Kuration und Krankheitserkennung und -behandlung auch Fragen der Gesundheit selbst, ihres Schutzes und ihrer Förderung einschließlich deren Erfolgsindikatoren zunehmend an Bedeutung. Allerdings liegt in den genannten universitären Zentren ein deutlicher Schwerpunkt auf der Anwendung moderner biomedizinischer Methoden (z. B. Omics, KI) und von personalisierten Ansätzen.

Fragen von Gesundheit und damit verbunden auch der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung spielen auch in **vielen weiteren wissenschaftlichen Disziplinen** eine Rolle. Zu erwähnen sind hier sicherlich Psychologie, Gesundheits-/Präventionspsychologie und Psychotherapie |²³⁹, Sport-, Ernährungs- und Rehabilitationswissenschaften, aber auch Gesundheitswissenschaften (Hebammen- und Pflegewissenschaft und Therapiewissenschaften) sowie sozial- und verhaltenswissenschaftliche Disziplinen wie Kommunikationswissenschaften

| ²³³ Exemplarisch seien hier das Friede Springer Cardiovascular Prevention Center an der Charité Berlin, das Center for Health and Society (chs) an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf oder auch das Center for Health and Medical Prevention (CHaMP) an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg genannt.

| ²³⁴ Exemplarisch kann hier der geplante Forschungsbau William B. Kannel Centre for Community Medicine an der UMG und aktuell das Berlin Centre for the Biology of Health der Charité und FU Berlin angeführt werden, der auf Untersuchungen dazu, was den Menschen gesund hält, verschiedene wissenschaftliche Disziplinen bündelt (vgl. Charité Universitätsmedizin Berlin (21.04.2023)). Der Wissenschaftsrat hat die Förderung dieser Vorhaben 2021 bzw. 2023 empfohlen (vgl. Wissenschaftsrat (2023a), S. 53 f.). Im Rahmen der Förderung von Forschungsbauten an Hochschulen einschließlich Großgeräten auf Basis von Art. 91b GG befasst sich der Wissenschaftsrat gemäß Ausführungsvereinbarung zum GWK-Abkommen regelmäßig mit Anträgen der Länder zur Förderung von Forschungsbauten.

| ²³⁵ Vgl. Charité Universitätsmedizin Berlin (22.05.2025).

| ²³⁶ Vgl. Berlin Institute of Health, URL: <https://www.bihealth.org/>

| ²³⁷ Vgl. HANSE-Studie, URL: <https://www.hanse-lungencheck.de/>

| ²³⁸ Vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (o. D.).

| ²³⁹ Exemplarisch kann hier das Projekt Wald|Gesund der UG genannt werden. Das Projekt verfolgt das Ziel niedrigschwellige waldtherapeutische Angebote zur Gesundheitsförderung für verschiedene Patientinnen- und Patientengruppen und die älter werdende Allgemeinbevölkerung zu entwickeln und die kurz- und langfristige Wirkung des Projekts hinsichtlich psychosozialer und physiologischer Parameter sowie verhaltensbasierter Risikofaktoren zu evaluieren. Vgl. Universität Greifswald (2025).

oder Soziologie. Letzteres zeigt sich in Deutschland insbesondere auch daran, dass Fragestellungen von gesundheitlicher Ungleichheit seit den 2000er Jahren zunehmend wissenschaftlich adressiert und bearbeitet werden und sich hiermit auch sozialwissenschaftlichen bis hin zu sozialökonomischen Themenfeldern öffnen. |²⁴⁰ Auch im Bereich der Agrar-, Lebensmittel-, Ernährungs- und Umweltwissenschaften sowie Bildung und Erziehung werden Fragen von Gesundheit immer wichtiger. |²⁴¹ An interdisziplinär angelegten Forschungsfeldern wie dem Bereich „One Health“ zeigt sich dies exemplarisch.

Der **One-Health-Ansatz** betrachtet Gesundheit aus einer holistischen Perspektive und basiert auf dem Verständnis, dass die Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt eng miteinander verbunden und wechselseitig voneinander abhängig ist. Durch eine interdisziplinäre Analyse der komplexen Zusammenhänge sowie der Ursachen für Krankheitsausbrüche, zielt der Ansatz auf das nachhaltige Management von Gesundheitsrisiken und auf die Förderung von Gesundheit. |²⁴² Die Gesundheit von Menschen, Tieren und Ökosystemen soll nachhaltig ins Gleichgewicht gebracht und optimiert werden. Der Ansatz deckt das gesamte Spektrum von Prävention, Gesundheitsförderung bis hin zur Erkennung, Vorsorge, Reaktion und Bewältigung von Gesundheitskrisen ab. Der Ansatz berücksichtigt zudem den kollektiven Bedarf an gesunden Lebensmitteln, Wasser, Energie und Luft, umfasst Maßnahmen gegen den Klimawandel und will einen Beitrag zur nachhaltigen Entwicklung leisten. |²⁴³

Der Ansatz ist im Kern interdisziplinär angelegt und baut auf die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen wie Humanmedizin, Veterinärmedizin, Umweltwissenschaften und Sozialwissenschaften. Er mobilisiert nicht nur verschiedene Sektoren und Disziplinen, sondern auch Gemeinschaften in unterschiedlichen Lebensräumen und auf unterschiedlichen Ebenen der Gesellschaft von der lokalen bis hin zur globalen Ebene. |²⁴⁴ Entwickelt wurde der Ansatz im Kontext der internationalen Zusammenarbeit und wurde maßgeblich von vier internationalen Organisationen, der WHO, der Weltorganisation für Tiergesundheit (WOAH), der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO) und dem Umweltprogramm der Vereinten Nationen (UNEP), weiterentwickelt. Verstärkte Aufmerksamkeit erhielt

| ²⁴⁰ Vgl. Gerlinger (2024), S. 12.

| ²⁴¹ Vgl. Der Wissenschaftsrat sieht die Agrar-, Lebensmittel- und Ernährungswissenschaften durch ihre enge Verknüpfung zur Medizin als von besonderer Bedeutung für Beiträge zur Krankheitsprävention. Vgl. Wissenschaftsrat (2024b), S. 73.

| ²⁴² Vgl. FAO; UNEP WHO; WOAH (2023), S. 4.

| ²⁴³ Vgl. One Health High-Level Expert Panel et al. (2022). Weiterführende Informationen zum Panel finden sich hier: WHO One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP), URL: <https://www.who.int/groups/one-health-high-level-expert-panel>, zuletzt abgerufen am 18.09.2025.

| ²⁴⁴ Vgl. ebd.

IV.2 Prävention und Gesundheitsförderung in der außeruniversitären und Ressortforschung

In der außeruniversitären Forschung sowie verschiedenen Ressortforschungseinrichtungen des Bundes spielt die wissenschaftliche Befassung mit Prävention eine wichtige bzw. zunehmend wichtigere Rolle. Um einen ersten Überblick über den institutionellen Stellenwert, Forschungs- und Translationsaktivitäten sowie Herausforderungen im Bereich Prävention zu erhalten, hat der Wissenschaftsrat ausgewählte Einrichtungen um Einschätzungen dazu gebeten. | ²⁴⁶ Die wesentlichen Erkenntnisse aus dieser Befragung finden sich nachfolgend zusammengefasst.

IV.2.a Deutsche Zentren der Gesundheitsforschung

Die DZG ordnen der Prävention in ihren Instituten einen **hohen Stellenwert** für die durch sie untersuchten großen Volkskrankheiten zu. Eine besondere Rolle nimmt dabei das zukünftige Deutsche Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit (DZKJ) ein, das sich gezielt auf die Prävention, Diagnostik und Therapie von Krankheiten in der Bevölkerungsgruppe der Kinder und Jugendlichen fokussiert, ohne sich dabei auf ein spezifisches Krankheitsbild oder eine Volkskrankheit zu beschränken (Community Medicine). Mit Blick auf präventionsbezogene wissenschaftliche Aktivitäten werden über die DZG hinweg grundlegende molekulare Mechanismen und verschiedene Einflussfaktoren (z. B. genetische Prädispositionen, Umweltbelastungen) für die Entstehung der jeweils fokussierten Volkskrankheiten erforscht. Diese Fragestellungen werden in klinischen Studien der DZG aufgegriffen und teilweise auch durch technologische Ansätze flankiert, um Erkenntnisse mit Blick auf personalisierte Präventionsansätze zu fördern und ein breiteres Verständnis von Krankheitsursachen weit vor Symptombeginn zu erhalten. Wesentliche Zielsetzung der DZG ist dabei auf Basis der Forschungserkenntnisse sowohl Beiträge zu neuen diagnostischen und therapeutischen Ansätzen in der Versorgungspraxis zu leisten als auch, z. B. durch Impfstoffentwicklung zur Krankheitsprophylaxe beizutragen. Ferner streben die DZG an, die breite Bevölkerung über verschiedene Informationskanäle zu den durch sie untersuchten Krankheitsbildern zu informieren und zum Wissenszuwachs über die Krankheiten beizutragen.

Mit Blick auf **translationale Erfolge** im Bereich der Prävention wird von Seiten der DZG in erster Linie auf die krankheitsbezogene Therapeutika- oder

| ²⁴⁵ Vgl. FAO; UNEP WHO; WOA (2023), S. 1.

| ²⁴⁶ Neben außeruniversitären und Ressortforschungseinrichtungen wurden auch die DZG und Einrichtungen des ÖGD adressiert.

Diagnostikentwicklung in den verschiedenen durch die DZG beforschten Krankheitsbilder verwiesen. Beispiele sind u. a. Beiträge zur Medikamenten- und Impfstoffentwicklung, Beiträge zur Weiterentwicklung von Versorgungsleitlinien oder auch verschiedener Vorsorge- und Screeningprogramme.

Obgleich alle DZG der Krankheitsprävention einen hohen Stellenwert zuschreiben, sehen sie übergreifend verschiedene **Schwierigkeiten für die wissenschaftliche Befassung** mit Prävention, und insbesondere auch in der nachhaltigen Umsetzung und Anwendung im Versorgungsalltag und darüber hinaus. Als ursächlich hierfür sehen sie sowohl individuelle (z. B. fehlendes Gesundheitswissen, mangelnde Bereitschaft der Patientinnen und Patienten hinsichtlich Verhaltensänderungen) als auch systemisch-strukturelle Hemmnisse (z. B. leichte und übermäßige Verfügbarkeit und Sichtbarkeit von ungesunden Lebensmitteln in Supermärkten und im Öffentlichen Raum). Als systemisch-strukturell herausfordernd werden u. a. regulatorische (z. B. bürokratische Hürden bei der Entwicklung und Zulassung neuer Präventionsansätze, z. B. bezogen auf tierexperimentelle Arbeiten) wie wirtschaftliche Hürden (z. B. hohe Kosten bei gleichzeitig geringen finanziellen Anreizen in der Impfstoffentwicklung und geringere Gewinnaussichten im Vergleich zu Therapeutika) genannt, aber auch fehlende politische Unterstützung bis in die kommunale Ebene.

Die Verfügbarkeit und Validität von Gesundheitsdaten werden als wesentlich für präventionsbezogene Forschung angesehen, insbesondere auch im Zusammenhang mit dem Bereich der personalisierten Prävention. Föderale Zuständigkeiten und Datenschutzregelungen erschweren jedoch die Sammlung und Nutzung hochwertiger Gesundheitsdaten. Nach Einschätzung der DZG wird der Einfluss von Prävention ohne repräsentative Daten auf allgemeine Empfehlungen begrenzt bleiben. Um maßgeschneiderte Ansätze für unterschiedliche Risikogruppen schaffen zu können, ist ein umfassender Zugang zu validen Daten erforderlich.

Weiterhin erschwerend wirkt sich aus Sicht mehrerer DZG aus, dass Gesundheitsrisiken teilweise falsch eingeschätzt oder gänzlich geleugnet (Stichwort: Impfskepsis) werden. Dies illustriert u. a. das Beispiel Adipositas, von dem allgemein angenommen wird, dass es sich lediglich um eine Folge eines ungesunden Lebensstils handelt, der durch individuelle Willenskraft gesteuert werden kann. Dabei spielen genetische, neurophysiologische und umweltbedingte Faktoren eine erhebliche Rolle. Eine auf individuelles Verhalten verkürzte Sichtweise kann nach Ansicht einiger DZG die Entwicklung effektiver, ursachenorientierter und patientenzentrierter Präventionsstrategien verhindern.

IV.2.b Prävention und Gesundheitsförderung an außeruniversitären Forschungseinrichtungen

Unter den außeruniversitären Forschungseinrichtungen der HGF, **Leibniz-Gemeinschaft (WGL)**, aber auch der **Fraunhofer-Gesellschaft (FhG)** und der **Max-**

Planck-Gesellschaft (MPG) finden sich Institutionen, die Bezüge zu den Themenfeldern Prävention und Gesundheitsförderung aufweisen.

Unter den Einrichtungen der HGF sind hierbei in erster Linie die Zentren des Helmholtz Health-Verbundes zu nennen. |²⁴⁷ Die Helmholtz Health-Einrichtungen sind auch an der NAKO Gesundheitsstudie beteiligt.

Die **NAKO Gesundheitsstudie** ist die größte Langzeitstudie zur Erforschung von Volkskrankheiten in Deutschland. |²⁴⁸ Der Verein NAKO e. V. führt die Studie mit seinen insgesamt 26 Mitgliedsinstitutionen durch und wird durch das BMFTR, die HGF und beteiligte Länder finanziert. In 18 Studienzentren wurden zu Beginn der Studie im Jahr 2013 insgesamt über 205.000 Menschen zufällig ausgewählt, medizinisch untersucht und nach ihren Lebensgewohnheiten befragt. Es folgten wiederholte Befragungen und Untersuchungen. Die Untersuchung ist in allen Studienzentren standardisiert und wird eng qualitätsgesichert. Von Teilnehmenden der NAKO wurden bereits über 27 Mio. Bioproben gesammelt und stehen für die Forschung zur Verfügung. Ziel der NAKO ist es, Ursachen und Risikofaktoren von Volkskrankheiten zu erkennen. Aufgabe ist es unter anderem, eine Evidenzbasis für zukünftige Ansätze der Prävention zu schaffen.

Im April 2025 hat die HGF überdies bekannt gegeben, eine Task Force Präventionsforschung einzurichten, an der alle Einrichtungen des Helmholtz Health-Verbundes mitwirken und auch die NAKO Gesundheitsstudie einbezogen wird. Diese Task Force soll nach Aussage der HGF einrichtungsübergreifend Forschung zur Prävention von verschiedenen Krankheitsbildern bündeln. Im Fokus stehen dabei chronische und Infektionserkrankungen. Auch eine systematische Vernetzung und Nutzung von Gesundheitsdaten ist ein Ziel der Task Force. Erkenntnisse aus der verstärkten Präventionsforschung sollen auch Empfehlungen für Präventionsstrategien und politisches Handeln ermöglichen. Den Vorsitz über die Taskforce teilen sich Helmholtz Munich und das DKFZ. |²⁴⁹ Darüber hinaus hat die Helmholtz-Gemeinschaft mit dem NCPC |²⁵⁰ eine national sichtbare Struktur zur Forschung, Aus-/Weiterbildung, Öffentlichkeitsarbeit und Politikberatung für den Bereich der Krebsprävention geschaffen. In der Forschung der Helmholtz Health-Einrichtungen spielt der Einsatz von Technologie

| ²⁴⁷ Helmholtz-Health deckt den Forschungsbereich Gesundheit der Helmholtz-Gemeinschaft ab. Folgende Zentren sind diesem zugeordnet: Das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ), das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), das Max Delbrück Center für Molekulare Medizin, Helmholtz Munich, das Helmholtz-Zentrum Dresden-Rossendorf und das HZI. Vgl. Helmholtz Health (o. D.).

| ²⁴⁸ Vgl. NAKO Gesundheitsstudie, URL: <https://nako.de/>

| ²⁴⁹ Vgl. Helmholtz Health Prevention Task Force (2025).

| ²⁵⁰ Das NCPC wurde 2019 in Heidelberg durch das DKFZ und die Deutsche Krebshilfe gegründet. Das NCPC ist ein interdisziplinäres Zentrum, welches Forschung, Aus- und Weiterbildung, Öffentlichkeitsarbeit und Politikberatung vereint. Das übergeordnete Ziel ist es der gesamten Bevölkerung personalisierte Präventionsberatung und, mit Hilfe von Präventionsambulanzen, die Teilnahme an Studien zu ermöglichen. Vgl. Nationales Krebspräventionszentrum (o. D.).

und KI eine wichtige Rolle, um u. a. Biomarker und molekulare Mechanismen für bestimmte Krankheitsrisiken identifizieren zu können.

Für die Einrichtungen der WGL ist mit Blick auf Forschung zu Prävention das Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS) als wesentliche Einrichtung zu nennen. Aber auch in anderen Instituten wie beispielsweise dem Deutsches Zentrum für Diabetesforschung (DZD), dem Leibniz-Institut für Resilienzforschung (LIR), dem Bernhard Nocht Institut für Tropenmedizin (BNITM) oder auch dem Deutschen Institut für Ernährungsforschung (DIfE) spielt Prävention eine Rolle.

Unter den weiteren außeruniversitären Einrichtungen finden sich auch bei den Instituten der FhG und der MPG Schnittstellen zu Themen der Prävention und Gesundheitsforschung. Dabei strebt die FhG gemäß ihrer translations- und transferorientierten Ausrichtung danach, innovative Lösungen für eine bezahlbare Gesundheit zu entwickeln. Hier ist insbesondere das Fraunhofer-Institut für Translationale Medizin (ITMP) als exemplarisch für die innovationsorientierte Gesundheitsforschung der FhG zu nennen. Unter den Einrichtungen der MPG befasst sich beispielsweise das MPI für Demografieforschung mit Fragen der Gesundheitsentwicklung der Bevölkerung.

Mit Blick auf **Transfer- und Translationserfolge**, die für Krankheitsprävention zuträglich sind, haben einige der durch den Wissenschaftsrat befragten Einrichtungen – ähnlich wie die DZG – auf Entwicklungen zu innovativer Therapie und Diagnostik (z. B. im Bereich der Früherkennung, Leitlinien-Entwicklung) verwiesen. Darüber hinaus fallen auch technologische Innovationen, u. a. zu Monitoring- und Informationszwecken (z. B. Apps, Informationsportale) oder auch Beratungs- und Workshopangebote in das Portfolio der außeruniversitären Einrichtungen.

In Bezug auf **Hemmnisse und Hürden im Bereich Prävention** wurden von Seiten der in der Gesundheitsforschung aktiven Einrichtungen gegenüber dem Wissenschaftsrat ebenfalls strukturelle wie individuelle Herausforderungen und Hürden benannt. Strukturell wurden – ähnlich wie durch die DZG – fehlende Zugänge zu medizinischen Daten oder auch Biomaterial für molekular-technologische Analysen oder auch KI-Trainings angesprochen. Zudem werden die unzureichende Vergütung oder auch fehlende Forschungsförderangebote sowie der schwierige Nachweis der Kosteneffizienz von Präventionsmaßnahmen als Hemmnis angesehen. Auch hohe Kosten bei hochtechnologische Verfahren wurden als Problem benannt.

Weiterhin ist es aus Sicht verschiedener außeruniversitärer Forschungseinrichtungen hinderlich, dass dem Bereich Prävention gesellschaftlich wie politisch kein hoher Stellenwert eingeräumt wird und hier anders priorisiert werden müsste, z. B. durch regulative Maßnahmen wie andere Besteuerungen auf Zucker oder auch weitere Anreize für gesundheitsförderliches Verhalten. Auch die

„Reparaturorientierung“ im Gesundheitswesen sowie fehlende Zielgruppenspezifität in der Gesundheitskommunikation und -kompetenzbildung wurden als hinderlich beschrieben.

Über diese Aspekte hinaus merkten einige außeruniversitäre Forschungseinrichtungen an, dass innerhalb der Gesundheitsforschung ein Mangel an interdisziplinärer Kooperation zu konstatieren ist, der wiederum für eine ganzheitliche Bearbeitung von Präventionsfragen entscheidend ist. Biomedizinische Grundlagenforschung und Public Health-Forschung müssten dafür enger zusammenarbeiten, auch um Forschungsergebnisse aus den Laboren in konkrete, anwendbare Strategien für die Bevölkerung über- und umsetzen zu können (bench to bedside and community) und umgekehrt (bedside to bench and community). Eine isolierte Fokussierung auf bestimmte Risikofaktoren, ohne die Wechselwirkungen zwischen genetischen, sozialen und umweltbedingten Faktoren zu berücksichtigen, ist hierfür nach Meinung einzelner außeruniversitärer Einrichtungen nicht zuträglich. Vor diesem Hintergrund stellen sich aus Sicht einiger Einrichtungen der außeruniversitären Forschung auch Fragen der zentralen Strukturbildung in Deutschland (Stichwort: Präventionszentrum), die auch die Ein- und Anbindung der Ressortforschungseinrichtungen an die übrigen wissenschaftlichen Akteure berücksichtigt. Ebenfalls müsse das Themengebiet an Attraktivität für Forscherinnen und Forscher in frühen Karrierephasen gewinnen. Lange Studienzeiträume und die Schwierigkeit, schnelle Erfolge zu zeigen, wirken abschreckend und stehen auch der Reputationslogik des Wissenschaftssystems entgegen. Zudem lassen sich langfristige ökonomische Effekte nur schwer in zeitlich befristeten Förderprojekten untersuchen.

IV.2.c Prävention und Gesundheitsförderung in Ressortforschungseinrichtungen des Bundes

Die **Ressortforschungseinrichtungen des Bundes**, die im Wesentlichen Aufgaben und Schwerpunkte im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung haben, liegen im Zuständigkeitsbereich des BMG. Aber auch in anderen Ressorts spielen Fragen von Prävention und Gesundheitsförderung eine Rolle. Hierunter fallen u. a. die Ressorts Arbeit, Umwelt, Landwirtschaft und Ernährung und Familie.

Mit Blick auf die nachgelagerten Behörden des BMG umfasst dies als wesentliche Einrichtungen das BIÖG (vormals: BZgA |²⁵¹) sowie das RKI. Weiterhin in den Zuständigkeitsbereich des BMG fallen das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) sowie das BfArM. |²⁵² Das BIÖG, RKI und auch das PEI mit ihren Aufgabenportfolios sind gleichzeitig auch Teil des ÖGDs in Deutschland auf Ebene des Bundes. In dieser Funktion bestehen enge Interaktionen mit den öffentlichen

| ²⁵¹ Vgl. Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (09.05.2022).

| ²⁵² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2025b).

Gesundheitseinrichtungen auf Landes- und kommunaler Ebene. Insbesondere BIÖG und RKI haben in ihren Arbeitsfeldern explizit Schwerpunkte in präventionsrelevanten Bereichen.

Der Wissenschaftsrat hat die Ressortforschungseinrichtungen des BMG ebenfalls zu ihren institutionellen Befassungen mit Prävention und Gesunderhalt befragt. Darüber hinaus wurden auch aus weiteren Ressorts (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) und Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR)) Antworten übermittelt.

Das **RKI** misst der Prävention nach eigener Aussage einen hohen Stellenwert bei, und versteht sich als zentrale Einrichtung des Bundes auf dem Gebiet der anwendungs- und maßnahmenorientierten biomedizinischen Forschung (das „Nationale Public Health Institut“ |²⁵³). So verantwortet das **RKI** die Gesundheitsberichterstattung des Bundes und nimmt mit seinem eigenen Monitoring auch den Gesundheitszustand und gesundheitsbezogenes Handeln der Bevölkerung in den Blick. Über die Überwachung der gesundheitlichen Lage hinaus zählen auch die Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten sowie die Anfertigung epidemiologischer Analysen zu wesentlichen Kernaufgaben des RKI. Das RKI berät Ministerien, insbesondere das BMG, sowie Fachkreise und die Öffentlichkeit. Es erfüllt eine zentrale „Antennenfunktion“ im Sinne eines Frühwarnsystems durch Infektionsüberwachung (Surveillance) und führt Gesundheitsstudien zu nicht übertragbaren Erkrankungen bei Erwachsenen und Kindern durch. Dabei analysiert es gesundheitliche Trends, berechnet die Krankheitslast und untersucht Risikofaktoren wie Armut sowie soziale Ungleichheiten. Auch identifiziert das RKI Wissens- und Versorgungslücken und stellt der Politik, dem ÖGD und anderen Akteuren Informationen und Daten für Präventionsmaßnahmen und Forschung bereit.

Das 2024 aus der BZgA herausentwickelte **BIÖG** versteht sich selbst als zentrale Institution für Gesundheitskompetenz in Deutschland. Als Bundesbehörde im Geschäftsbereich des BMG ist es nach eigenen Angaben verantwortlich für die Planung und Umsetzung wissenschaftlich fundierter Präventionsstrategien. Ziel ist es, Gesundheitsrisiken zu minimieren und gesundheitsfördernde Lebensweisen zu unterstützen. Dies geschieht durch gezielte Informationskampagnen und Programme, die auf die Förderung von Gesundheitskompetenz und eigenverantwortlichem Handeln abzielen. Auch arbeitet das BIÖG mit verschiedenen nationalen und internationalen Partnern zusammen, um Gesundheitsförderung auf allen Ebenen (Bund, Länder, Kommunen) zu gewährleisten. Die präventiven Maßnahmen sind nach eigener Aussage auf eine breite Zielgruppe ausgerichtet, und verfolgen einen ganzheitlichen Ansatz, der sowohl individuelle als auch strukturelle (Verhältnis-)Änderungen im Sinne der Gesundheit umfasst.

| ²⁵³ Vgl. Robert Koch-Institut (2016).

Das PEI sieht seine Funktion in der Präventionsforschung v. a. auf die Zulassung, Erforschung, Qualitätssicherung und Wirksamkeitsprüfung von Impfstoffen (Prävention von schweren Infektionskrankheiten) fokussiert.

Mit Blick auf **Translations- und Transferaktivitäten** wurden von Seiten der Ressortforschungseinrichtungen des BMG in erster Linie Informations- und Beratungsangebote angeführt, daneben Monitoring und Berichterstattungstätigkeiten, die in evidenzbasierte politische Maßnahmengestaltung einfließen.

In Bezug auf **Herausforderungen und Hemmnisse im Bereich Prävention** wurden ähnliche Aspekte, die auch von anderen Forschungseinrichtungen genannt wurden, als hinderlich eingeschätzt. Im Wesentlichen betrifft dies mit Blick auf Forschungsaspekte Schwierigkeiten in der Datenverfügbarkeit und Evidenzgenerierung, insbesondere auch mit Blick auf bevölkerungsbezogene Maßnahmen sowie Wirksamkeitsstudien. Auch die befragten Ressortforschungseinrichtungen sehen interdisziplinäre wissenschaftliche Ansätze als wichtig an, konstatieren aber, dass diese noch nicht in der Breite verfolgt werden. Mit Blick auf konkrete Umsetzungshürden werden fehlende Zielgruppenorientierung, Fehl- und Falschinformationen über gesundheitliche Themen sowie schwierige nachhaltige Finanzierung von Präventionsprojekten – bei gleichzeitig hoher Drittmittelabhängigkeit der Einrichtung – als Hemmnisse benannt.

Überdies als kritisch erweisen sich Verantwortlichkeitszerstückelungen über verschiedene Ressorts und innerhalb des föderalen Systems. Nach Einschätzung verschiedener Ressortforschungseinrichtungen müssen neben dem Gesundheitsressort auch weitere Ressorts Verantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung auf Bevölkerungsebene übernehmen. Gleichermassen müsste auch eine sektorübergreifende Zusammenarbeit zur Prävention und Gesundheitsförderung verstärkt und Komplexitäten der Kooperation (z. B. zwischen den verschiedenen Sozialversicherungsträgern) reduziert werden. Dies nicht zuletzt auch, um Veränderungen in den Lebensverhältnissen und strukturellen Rahmenbedingungen zu erreichen und – auch wissenschaftlich – nicht nur auf das individuelle gesundheitsförderliche Verhalten zu fokussieren.

IV.3 Forschungsförderung zu Prävention und Gesundheitsförderung

Eine systematische Förderung von Forschung zu Prävention und Gesundheitsförderung wird in Deutschland derzeit nicht betrieben. Eine nationale **programmatische Forschungsförderung** in der Gesundheitsforschung fällt in erster Linie in Zuständigkeiten des Wissenschafts- und des Gesundheitsressorts auf Bundesebene. Seit 2004 fördert das BMFTR (ehemals: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)) Präventionsforschung kontinuierlich in einem eigenen Förderschwerpunkt. |²⁵⁴ Dieser ist darauf ausgerichtet, Transfer durch

|²⁵⁴ Vgl. Ruckstuhl (2021), S. 44 und Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (03.06.2025).

Zusammenarbeit von Forschung und Praxis zu stärken sowie die Evidenzbasierung und Implementationsforschung zu fördern. Die Fördermaßnahmen adressieren verschiedene Bevölkerungsgruppen und Themen, stärken Verhältnisprävention in Lebenswelten und berücksichtigen insbesondere sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten. Ein besonderer Schwerpunkt lag u. a. auf der Ernährungsforschung. Darüber hinaus wurden nachhaltige Kooperationsstrukturen zwischen verschiedenen Forschungsinstituten und -disziplinen sowie zwischen Forschung und Praxis geschaffen und etabliert. Ein weiterer wichtiger Effekt dieses Förderschwerpunkts liegt in der kontinuierlich zunehmenden internationalen Sichtbarkeit der deutschen Präventionsforschung. Mit der Förderung des Lausitzer Zentrums für Digital Public Health (LauZeDiPH) werden in einer Modellregion Bedürfnisse der Bevölkerung und die Bevölkerungsgesundheit durch umfassend gesammelte Daten kontinuierlich beobachtet und bewertet. Auf der Basis dieser Daten sollen passgenaue Public Health-Interventionen entwickelt werden |²⁵⁵. Von 2004–2024 wurde der Förderschwerpunkt Präventionsforschung des BMFTR mit insgesamt ca. 191 Mio. Euro gefördert. Darüber hinaus (Stichtag: 1. Dezember 2024) fördert das BMFTR nach eigener Aussage in verschiedenen Fördermaßnahmen Projekte im Themenbereich Gesundheitsförderung und Prävention, auch wenn diese Förderangebote nicht explizit auf diesen Themenbereich ausgerichtet sind (vgl. Tabelle A. 5). Im Rahmen der Europäischen Partnerschaft „Fostering a European Research Area for Health“ (ERA4Health) fördert das BMFTR Forschungsvorhaben zusammen mit internationalen Partnern. Ziel der Partnerschaft ist es, die Aktivitäten von Förderorganisationen im europäischen Forschungsraum für Gesundheit und mehr Wohlbefinden flexibel und wirksam zu koordinieren. Im Rahmen dieser Partnerschaft wird transnationale Verbundforschung in Europa durch eine gemeinsame Programmplanung gefördert, die prioritären Felder der öffentlichen Gesundheit in Europa adressiert. Mit Blick auf krankheitsspezifische Forschung zur Prävention verweist das BMFTR neben der Auf- und Ausbauförderung für das künftige DZKJ und das künftige Deutsche Zentrum für Psychische Gesundheit (DZPG) auch auf die bestehenden DZG sowie Institute der außeruniversitären Forschung, insbesondere das Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS und die HGF, z. B. mit dem Krebspräventionszentrum. Allein mit den Aktivitäten der DZG, der HGF aus dem Forschungsbereich Gesundheit sowie des BIPS fördern das BMFTR und die beteiligten Länder auch mit institutionellen Mitteln im nennenswerten Umfang Forschung zu präventionsrelevanten Fragestellungen. In der Nationalen Dekade gegen Krebs setzt das BMFTR gemeinsam mit seinen Partnern einen Schwerpunkt auf Prävention. Außerdem richtet das BMFTR im Jahr 2026 mit verschiedenen Partnern das Wissenschaftsjahr zum Thema „Medizin der Zukunft“ aus. Die Medizin der Zukunft wird hierbei u. a. explizit als „präventiv“ beschrieben, was eines der

| ²⁵⁵ Vgl. Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (19.07.2023).

vier Kernthemenfelder des Wissenschaftsjahrs darstellt. Dies umfasst auch Überlegungen zu einer digital-gestützten Prävention, auch im Zusammenhang mit niedrigschwellig zugänglichen, zielgruppenadaptierten Gesundheitstechnologien. |²⁵⁶

Vom **BMG** wird nach eigener Aussage mit einzelnen thematischen Förderrichtlinien zur Einreichung von Vorhabenbeschreibungen aufgerufen. Offene Förderbekanntmachungen des BMG im Forschungsbereich zu dem Thema Krankheitsprävention gibt es gegenwärtig nicht (Stichtag: 1. Dezember 2024). Im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ fördert das BMG allerdings Forschungsaktivitäten zu verschiedenen Schwerpunkten |²⁵⁷ (vgl. Tabelle A. 6). Zudem hat das BMG in seiner Neuausrichtung des Nationalen Krebsplans 2024 die Krebsprävention als einen Schwerpunkt gesetzt. |²⁵⁸

Mit Blick auf bundesweit geförderte Projekte im Bereich **der themenoffenen Grundlagenforschung** stellt die **Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG)** die wesentliche Förderorganisation für Deutschland dar. Eine Analyse der durch die DFG geförderten Projekte (Stichtag: 1. Dezember 2024) in Teilbereichen der Fachgebiete Medizin sowie Sozial- und Verhaltenswissenschaften ergab insgesamt 393 Projekte (insgesamt in diesen Fachgebieten zum 1. Dezember 2024 gefördert: 7682 Projekte) mit Bezug zum Thema Krankheitsprävention. |²⁵⁹ Die so identifizierten Projekte mit Bezug zur Prävention werden überwiegend in den Programmen der Einzelförderung gefördert (286 Projekte), davon 240 Projekte als Sachbeihilfen. Als Teilprojekte in Koordinierten Programmen werden insgesamt 105 Projekte gefördert, davon 62 in Forschungsgruppen und 29 in Sonderforschungsbereichen. Im Bereich der Infrastrukturförderung werden zwei Projekte gefördert. Die meisten der geförderten Projekte mit Präventionsbezug sind in den Fächern des Fachkollegiums Medizin (279), der Neurowissenschaften (68) und des Fachkollegiums Psychologie (35) zu finden.

| ²⁵⁶ Vgl. Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt e. V. (2025).

| ²⁵⁷ Zu den Schwerpunkten zählen u. a. die Stärkung der Suizidprävention, Bewegung und Bewegungsförderung oder auch die Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Öffentlichem Gesundheitsdienst und Public Health Forschung. Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2025c).

| ²⁵⁸ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (26.02.2025).

| ²⁵⁹ Die Zuordnung von Projekten zum Thema "Krankheitsprävention" erfolgte durch eine Stichwortsuche (z. B. Prävention, präventiv, Vorsorge, Früherkennung, Gesundheitsförderung etc.) anhand der Projekttitel, -abstracts und -schlagworte, deren Ergebnisse anschließend einer manuellen inhaltlichen Validierung unterzogen wurden. Diese Suche identifizierte Projekte mit einem ggf. auch sehr weit gefassten Bezug zum Thema Prävention. Die darauf basierende Auswertung stützt sich auf Daten, die im Prozess der Antragsbearbeitung bei der DFG entstehen und Aktualisierungen unterliegen. Die Dynamik von Änderungen an Anträgen oder laufenden Projekten kann dazu führen, dass die berichteten Werte kleineren Schwankungen unterliegen und daher nicht in jedem Fall mit früheren Angaben oder Darstellungen korrespondieren. Auch die hier verwendete Suchwortlogik kann im Zeitverlauf angepasst und verfeinert werden, was künftige Nachklassifizierungen zur Folge haben kann.

In der **deutschen Stiftungslandschaft** spielen Prävention und Gesundheitsförderung bislang noch keine herausgehobene Rolle. Bislang finden sich hier keine strukturell-programmatischen Förderansätze oder Schwerpunkte.

Auf **europäischer Ebene** gewinnen Gesundheit und Gesundheitsförderung in den vergangenen Jahrzehnten immer stärker an Bedeutung. Dies liegt auch darin begründet, dass die EU in ihrer Wirtschafts- und Wettbewerbsorientierung die Gesundheit der Bevölkerung als fundamentale Säule für Wohlstand und Wirtschaftswachstum bezeichnet und somit Prävention und Gesundheitsförderung im Sinne einer Sozialinvestitionsstrategie adressiert. Zentrale Argumente – ähnlich wie auch im deutschen Diskurs – sind dabei die Gefahren einer Zunahme chronischer Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit, welche zu einem deutlichen Anstieg der Ausgaben für Versorgung führen könnten sowie die Gefährdung für das Wirtschaftswachstum bei gleichzeitig demografisch bedingtem Sinken der erwerbstätigen Personen. |²⁶⁰

Auch vor diesem Hintergrund wurden auf europäischer Ebene seit den 1990er Jahren verschiedene Gesundheitsaktionsprogramme aufgelegt, um sowohl Aspekte der Krankheitsverhütung, aber auch der verbesserten Versorgung und Gesundheitsinformation anzugehen. Das bislang letzte und aktuell laufende **Aktionsprogramm EU4Health** (2021–2027) fokussiert – stark geprägt von den Erfahrungen aus der Corona-Pandemie von 2020 – auf eine Verbesserung der Koordination bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten durch die Mitgliedstaaten der EU. |²⁶¹ Kernziele des Programms sind: die Verbesserung und Förderung der Gesundheit in der Union; die Bekämpfung grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren, die Umsetzung der Arzneimittelstrategie für Europa sowie die Stärkung von Resilienz der nationalen Gesundheitssysteme. EU4Health ist in erster Linie ein Instrument zur Umsetzung von EU-gesundheitspolitischen Zielen und umfasst in der aktuellen Laufzeit ein Budget von 4,4 Mrd. Euro, das v. a. über Grants und Auftragsvergaben vergeben wird. |²⁶²

Neben dem EU4Health-Programm finden sich – insbesondere mit Blick auf Forschung und Innovation – wesentliche Fördermöglichkeiten für Gesundheitsforschung in den **Forschungsrahmenprogrammen** der EU (v. a. Säule 2/Cluster Health). Interventionsbereiche umfassen dabei u. a. Forschung zu Gesundheit im gesamten Lebensverlauf, zu ökologischen und sozialen Gesundheitsfaktoren oder auch zu seltenen und nicht-übertragbaren sowie zu Infektionskrankheiten. |²⁶³ Auch im Vorschlag der EU-Kommission (Juli 2025) für das kommende Forschungsrahmenprogramm (2028–2034) ist das Thema Health unter Säule 2

| ²⁶⁰ Vgl. hierzu auch ausführlich: Gerlinger; Rosenbrock (2024), S. 535–558 speziell zu Prävention und öffentlicher Gesundheit.

| ²⁶¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2021).

| ²⁶² Vgl. ebd.

| ²⁶³ Vgl. Europäische Kommission (2024).

vorgesehen, allerdings anders als bislang nicht mehr als eigenständiges Cluster, sondern gekoppelt an die Bereiche Biotech, Agrar und Bioökonomie. |²⁶⁴

In dem im Dezember 2025 durch die EU-Kommission veröffentlichten **Safe Hearts Plan** wird speziell für den Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine Roadmap für Forschung und Innovation vorgeschlagen, über die die Umsetzung von Forschungsergebnissen und Innovation beschleunigt werden soll. |²⁶⁵

IV.4 Aktivitäten aus der Wirtschaft zu Prävention und Gesundheitsförderung

Neben staatlichen Akteuren gibt es zu Prävention und Gesundheitsförderung auch viele **privatwirtschaftliche Forschungsaktivitäten**. Prominentestes Beispiel für privatwirtschaftliche Investitionen in Forschung zu Produkten der Prävention und Gesundheitsförderung ist die **Impfstoffentwicklung**. Darüber hinaus gibt es jedoch einen sehr großen Markt, der stark auf den Erhalt von Gesundheit und Fitness zielt, jedoch nur begrenzt auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert oder mit der Wissenschaft in Kooperation steht. Dieser **Life-style-Markt**, welcher Bücher, Zeitschriften und Blogs zu Gesundem Leben sowie digitale Anwendungen (Apps), Fitnesstracker und Smartwatches, aber auch Selbsttests und Nahrungsergänzungsmittel umfasst, gilt als ein milliarden-schwerer Wachstumsmarkt. |²⁶⁶ Gesundheitsbewusste Konsumentinnen und Konsumenten werden zudem über Angebote von Lebensmittelherstellern, die Getränke, Snacks und Fertiggerichte mit reduziertem Zuckergehalt anbieten oder Produkte als Superfoods vermarkten, angesprochen. |²⁶⁷

Im **digitalen Bereich** ergeben sich viele Möglichkeiten durch Produkte und Dienstleistungen aus der Privatwirtschaft, die Versorgungs- und Präventionsangebote zu erweitern und in den Lebensalltag der Bevölkerung zu tragen. In diesem Bereich wurden durch die **Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung** (DiGAV) Anreize für Firmen geschaffen, Apps zu entwickeln, welche den Standards eines Medizinprodukts entsprechen und wissenschaftlich nachweislich einen positiven Versorgungseffekt haben und zu Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten beitragen. |²⁶⁸ Es gibt verschiedene Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs), die auch einen stärkeren Präventionsbezug haben, wie solche zur Behandlung von Stress, Sucht, Adipositas oder Schlafstörungen. |²⁶⁹ Allerdings war die Marktwirkung dieser Intervention bisher gering, da die Anforderungen an die Apps nur von einer verhältnismäßig kleinen Anzahl an digitalen Unternehmen erfüllt werden konnten. |²⁷⁰ Eine

|²⁶⁴ Vgl. European Commission (2025c).

|²⁶⁵ Vgl. European Commission (2025a), S. 26 ff.

|²⁶⁶ Vgl. Ludwig (09.04.2025).

|²⁶⁷ Vgl. Zentgraf (13.07.2022).

|²⁶⁸ Vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2025).

|²⁶⁹ Vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2024a, 2024b, 2024c, 2024d, 2024e, 2024f).

|²⁷⁰ Vgl. Janßen; Reif; Schubert (2025).

weitere Marktlücke besteht mit Blick auf **medizinische Wearables**. Die FhG forscht hierzu an mehreren Instituten. |²⁷¹

Zudem gibt es **Kooperationsprojekte** zwischen der **Wissenschaft und der Wirtschaft**, wie das durch das EU Horizon Europe geförderte Projekt Newlife. Im Projekt geht es um die Entwicklung von Smart Textiles zur Vorsorge und Überwachung während der Schwangerschaft und bei Neugeborenen. Das Projekt ist eine aktuell laufende Kooperation zwischen Phillips Electronics Nederlands, weiteren Unternehmen, Fraunhofer-Instituten und Universitäten. |²⁷²

| ²⁷¹ Z. B. Fraunhofer-Institut für Elektronische Mikrosysteme und Festkörper-Technologien EMFT (vgl. Fraunhofer (28.08.2025)) oder Fraunhofer-Institut für Integrierte Schaltungen IIS mit Angeboten in der mobilen Sensordatenanalyse (vgl. Fraunhofer (15.09.2025)) oder smart textiles (vgl. Fraunhofer (23.10.2025)).

| ²⁷² Vgl. Newlife Project, URL: <https://www.newlife-kdt.eu/>

Anhang

Abkürzungsverzeichnis	137
Literaturverzeichnis	139
Abbildungsverzeichnis	162
Tabellenverzeichnis	163
Mitwirkende	165

Tabelle A. 1: Healthy life expectancy bei Geburt im EU-Vergleich

Land	Gesunde Lebensjahre
Luxemburg	71,2
Schweden	71,1
Spanien	71,1
Malta	70,7
Zypern	70,7
Italien	70,6
Dänemark	70,1
Frankreich	70,1
Irland	70,0
Niederlande	70,0
Finnland	69,9
Belgien	69,8
Österreich	69,8
Portugal	69,5
Slowenien	69,4
Deutschland	68,9
Griechenland	68,6
EU	68,19
Kroatien	66,8
Estland	66,7
Tschechien	66,7
Polen	65,5
Slowakei	64,9
Ungarn	64,8
Litauen	64,2
Lettland	63,8
Rumänien	63,8
Bulgarien	62,4

Quelle: WHO: Healthy life expectancy (HALE) at birth (2021); eigene Darstellung.

Tabelle A. 2: Lebenserwartung im europäischen Vergleich

Land	Lebenserwartung in Jahren
Schweiz	84,2
Italien	84,0
Spanien	84,0
Malta	83,6
Norwegen	83,6
Frankreich	83,6
Schweden	82,6
Luxemburg	82,9
Irland	82,7
Portugal	82,7
Niederlande	82,4
Belgien	82,4
Österreich	82,3
Dänemark	82,2
Finnland	82,2
Griechenland	82,2
Slowenien	81,9
EU	81,8
Deutschland	81,7
Tschechien	80,1
Polen	79,0
Slowakei	78,7
Montenegro	77,4
Ungarn	77,3
Rumänien	76,2

Quelle: United Nation: Population Division (2024); eigene Darstellung.

Tabelle A. 3: Präventive Gesundheitsausgaben im EU-Vergleich (2023)

Land	Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben (in %)	Ausgaben pro Einw. (in Euro)
Deutschland	7,85	457,7
Österreich	7,44	410,6
Niederlande	5,70	311,5
Dänemark	4,98	304,2
Luxemburg	4,56	300,3
Finnland	6,38	297,6
Irland	4,66	279,5
Schweden	3,61	203,3
EU	5,49	202,2
Frankreich	4,04	186,0
Italien	6,04	180,0
Belgien	2,50	127,6
Slowenien	4,73	122,6
Tschechien	5,21	118,6
Estland	5,66	106,1
Spanien	3,79	104,2
Litauen	4,69	80,8
Portugal	3,24	78,9
Griechenland	4,51	75,8
Zypern	2,54	68,5
Kroatien	5,29	67,7
Lettland	2,80	43,7
Malta	1,18	36,9
Ungarn	2,90	33,9
Slowakei	2,04	31,9
Bulgarien	3,09	30,6
Rumänien	2,84	24,3
Polen	1,90	21,6

Quelle: Eurostat: Preventive health care expenditures statistics (2025); eigene Darstellung.

Tabelle A. 4: Nanny State Index 2025

Einfluss	Land	Alkohol	E-Zigaretten	Essen/ nicht-alkoholische Getränke	Rauchen
Großer Einfluss	Türkei	21.7	13.8	1.7	10
	Litauen	18.8	10.9	3	10.1
	Finnland	15.2	8.9	1.6	12.1
	Ungarn	4.5	9.8	9.6	13.5
	Irland	17.7	2.2	4.5	12.5
	Lettland	10.5	9.2	4.1	10.4
	UK	7	2.3	7.4	15
	Polen	9.1	5.2	7.7	8.5
	Estland	12	7.2	0	9.4
	Schweden	15.8	4.6	1	6.4
Moderater Einfluss	Frankreich	8.3	2.9	3.2	12.3
	Niederlande	5	8.8	0	12
	Slowenien	7.4	7.3	1.3	9.7
	Kroatien	7.1	4.6	2	9.6
	Rumänien	5.3	5.1	0	12.2
	Griechenland	4.6	6.1	0	10.7
	Slowakei	3.5	5	3.6	9
	Belgien	1.8	7.1	1.2	10.4
	Portugal	5.2	5.1	2.4	7.7
Wenig Einfluss	Zypern	4.7	6.5	0	7.9
	Dänemark	1.9	5.7	2.7	8.8
	Bulgarien	4.1	3.3	0	10.2
	Österreich	6	4.8	0	6.6
	Malta	5.8	3.3	0	7.9
	Spanien	4	3.3	1	7.6
	Tschechien	2.7	3.2	0	8.6
	Italien	3	2	0.7	7
	Luxemburg	3.7	4	0	4.7
	Deutschland	2.4	4.1	0	5.2

Quelle: Snowden (2025). Nanny State Index '25. European Policy Information Center.

Anmerkung: Der Nanny State Index vergibt europäischen Ländern Ränge nach der staatlichen Beeinflussung des Konsums. Je höher der Index, desto höher der staatliche Einfluss auf die Konsumfreiheit. Die Rangliste beinhaltet vier Kategorien: Alkohol (Gewichtung: 33,3%); E-Zigaretten (Gewichtung: 16,7%); Essen und nicht-alkoholische Getränke (Gewichtung: 33,3%); Rauchen (Gewichtung: 16,7%). Faktoren, die den Einfluss in die Freiheit des Konsums und somit das Ergebnis beeinflussen sind: Erhöhung von Preisen (z. B.: durch Besteuerung); gesellschaftliche Stigmatisierung der Verbraucher; Einschränkung der Auswahlmöglichkeiten (z. B.: Verbot von Menthol-Zigaretten); Unannehmlichkeiten für die Verbraucher (z. B.: eingeschränkte Öffnungszeiten oder rauchfreie/ alkoholfreie Zonen); Einschränkung der Informationen (z. B.: Werbeverbote); Verringerung der Produktqualität. Vgl. Nanny State Index, URL: <https://nannystateindex.org/>

Tabelle A. 5: Fördermaßnahmen mit Präventionsbezug des BMFTR (Stichtag: 01.12.2024)

Titel Fördermaßnahme	Laufzeit	Fördersumme	Anzahl geförderter Projekte
Richtlinie zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit durch gesunde Ernährung und Bewegung im Rahmen der Europäischen Partnerschaft (ERA4Health)	04/24– 04/27	1,8 Mio. Euro	5 transnationale Verbünde mit jeweils einem dt. Verbundpartner
Richtlinie zur Förderung von Interventionsstudien für gesunde und nachhaltige Lebensbedingungen und Lebensweisen	02/25– 02/28	8,3 Mio. Euro	6 Verbundvorhaben
Richtlinie zur Förderung von trans- und interdisziplinären Forschungsverbünden zum Thema „Pandemieprävention und -reaktion im Rahmen eines One-Health-Ansatzes“	Plan: 11/25– 10/30	Insgesamt 25 Mio. Euro	Plan: 7 Verbünde Noch nicht bewilligt
Richtlinie zur Förderung von wissenschaftlichen „Nachwuchsgruppen Globaler Wandel: Klima, Umwelt und Gesundheit“ im Rahmen der BMBF-Strategie „Forschung für Nachhaltigkeit“ (FONA)	2022– 2027	Bis zu 3,4 Mio. Euro	1 Verbund, 1 Einzelvorhaben
Richtlinie zur Förderung eines systemmedizinischen Forschungsnetzes zur Früherkennung und Prävention von Leberkrebs (LiSyM-Krebs) im Rahmen der Nationalen Dekade gegen Krebs, Phase 2 Bundesanzeiger vom 07.01.2020	2024– 2027	18,6 Mio. Euro	29 Vorhaben (4 Verbünde)
Richtlinie zur Förderung von Verbundforschungsprojekten zu risikoadaptierter Krebsfrüherkennung - Nationale Dekade gegen Krebs -, Bundesanzeiger vom 13.02.2023	2024– 2027	bis zu 10,0 Mio. Euro	13 Vorhaben (4 Verbünde)
Richtlinie zur Förderung von Forschungsverbünden zur Prävention von Darmkrebs in jüngeren und künftigen Generationen - Nationale Dekade gegen Krebs -, Bundesanzeiger vom 10.09.2020	2022– 2026	bis zu 13,9 Mio. Euro	22 Vorhaben (4 Verbünde)
Richtlinie zur Förderung von Forschungsverbünden zur wissensgenerierenden Vernetzung von Forschung und Versorgung in Modellregionen – Nationale Dekade gegen Krebs –, Bundesanzeiger vom 23.01.2023	2024– 2027	bis zu 8,9 Mio. Euro	12 Vorhaben (4 Verbünde)
Richtlinie zur Förderung von Forschungsverbünden zu molekularen Ursachen und Tertiärprävention von Langzeit- und Spätfolgen bei Langzeitüberlebenden von Krebserkrankungen – Nationale Dekade gegen Krebs –, Bundesanzeiger vom 28.08.2024	2026– 2029	rd. 10 Mio. Euro	5
Richtlinie zur Förderung von Projekten zum Thema Interaktive Technologien für die kardio-onkologische Nachsorge - Nationale Dekade gegen Krebs -, vom 13.11.2024	2025– 2029	rd. 10 Mio. Euro	5 Verbünde mit insgesamt 27 Vorhaben

LauZeDiPH – Lausitzer Zentrum für Digital Public Health – für die Gesundheit und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in der Lausitz*	05/23– 12/32	4.233.521,48 Euro	Zentrum mit 3 Standorten
Auf- und Ausbauförderung künftiges Deutsches Zentrum für Psychische Gesundheit (DZPG)*	2023– 2030	149,5 Mio. Euro	33
NAKO Gesundheitsstudie	2013 – min. 2028	Bis zu 383 Mio. Euro, finanziert durch Bund, beteiligte Länder und HGF	Verbundprojekt (26 universitäre und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen)
Aufbauförderung künftiges Deutsches Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit (DZKJ)*	2024– 2027	48 Mio. Euro	30

* Hierbei sind jeweils die gesamten Maßnahmen erfasst – eine Darstellung auf der Ebene einzelner Teilprojekte, die sich spezifisch auf Prävention fokussieren, ist nicht möglich.

Quelle: Die abgebildeten Informationen berufen sich auf eigene Aussagen des BMFTR auf Nachfrage des Wissenschaftsrats; eigene Darstellung.

Tabelle A. 6: Laufende Forschungsprojekte des BMGs im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention (Stichtag: 01.12.2024)

Projekttitle	Laufzeit	Projektleitung	Zielsetzung/ Beschreibung
Taktilographie Evidenz Analyse Mamma: Prospektive Studie zur Taktilographie als Baustein zur Verbesserung der Frauengesundheit (TEAM)	09/24 – 12/26	PD Dr. Hannah Woopen, Charité	Hauptzielsetzung der Studie TEAM ist die wissenschaftliche Untersuchung der diagnostischen Verlässlichkeit der taktilen Brustuntersuchung durch sehbehinderte MTUs. Drei Leitvorhaben sind die diagnostische Zuverlässigkeit, Gesundheitskompetenz und Teilnahme am Mammographie-Screening zu fördern. Hintergrund ist die hohe Anzahl von erkrankten Frauen an Brustkrebs und die damit verbundene hohe Sterblichkeitsrate durch vernachlässigte Vorsorge und Frühuntersuchungen.
SuiLearning – Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines E-Learning Programms “Grundkurs Suizidprävention im Gesundheitswesen“	12/24 – 05/28	Prof. Dr. Reinhard Lindner, Deutsche Akademie für Suizidprävention e. V. (DASP)	Das Ziel des Verbundes ist die Entwicklung, Evaluation und Implementierung eines online-basierten E-Learning Programms „Grundkurs Suizidprävention im Gesundheitswesen“ für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Dazu zählen Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Sozialarbeitende, Apothekerinnen und Apotheker, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Logopädin und Logopäden, Seelsorgende, Beraterinnen und Berater, Psychologinnen und Psychologen und weitere Berufe.

Projekttitel	Laufzeit	Projektleitung	Zielsetzung/ Beschreibung
Vernetzung von Kommunen, kommunalen Einrichtungen und Landkreisen zum Hitzeschutz (Hitzeservice.interaktiv)	03/24 – 03/26	Dr. Jürgen Ritterhoff, ecoLogo GmbH & Co. KG, Agentur für Ökologie und Kommunikation	Das übergeordnete Ziel des Projektes „Hitzeservice.interaktiv“ ist, kommunale Bedarfe bzgl. Hitzeschutz der Bevölkerung zu erforschen. Ein großer Aspekt beruht dabei auf der Vernetzung von Kommunen untereinander. Kommunen haben so die Möglichkeit sich auszutauschen und voneinander zu lernen. Dabei werden unterschiedliche Formate zur Vernetzung angeboten und sowohl Kommunen unterschiedlicher Größe sowie Landkreise angesprochen.
Anfragen nach Suizidassistenten älterer Menschen in der stationären und ambulanten Langzeitpflege – pflegeprofessioneller Umgang und Suizidprävention (Attention)	09/24 – 08/27	Prof. Annette Riedel, Prof. Thomas Heidenreich, Hochschule Esslingen	Aufbauend auf den Ergebnissen einer systematischen Literaturrecherche und Erkenntnissen aus Gruppenbefragungen mit Pflegefachpersonen in der stationären und ambulanten Langzeitpflege werden je zwei Praxis- und Ethik-Leitlinien entwickelt, abgestimmt und implementiert.
Verhaltensdaten für wirksame Hitzekommunikation (HEATCOM)	11/23 – 12/26	Dr. Mirjam Jenny, Universität Erfurt	Ziel des Projekts HEATCOM ist es, die bestehenden Forschungslücken hinsichtlich hitzeangepassten Verhaltens systematisch zu schließen und eine theoretische Weiterentwicklung zu fördern. Dabei sollen die Faktoren identifiziert werden, die das Verhalten bestimmter Zielgruppen in Hitzesituationen beeinflussen, um Verhaltensänderungen zu ermöglichen.
Modellprojekte für Aktionswochen für Seelische Gesundheit und deren Evaluation (MASE2024)	03/24 – 08/26	Prof. Dr. Arno Deister, Aktionsbündnis Seelische Gesundheit (ABSG) vertreten durch Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)	Das übergeordnete Ziel des Verbundprojekts MASE2024 ist die wissenschaftliche Untersuchung der Wirksamkeit der AWSG. Hierzu sollen alle Veranstaltungen der AWSG in den Jahren 2024 und 2025 in zwei Modellregionen (Leipzig und Hamburg) erfasst und ausgewertet, eine evidenzbasierte Strategie zur Stigmafreien Berichterstattung entwickelt und implementiert sowie Antistigma-Interventionen für unterschiedliche Zielgruppen erarbeitet werden.
CANJUSop - CAN Stop Gruppentraining gegen problematischen Cannabiskonsum in der Jugendhilfe	07/23 – 03/26	Prof. Dr. med. Rainer Thomasius, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin Deutsches Zentrum für Suchtfragen des	Hauptziel des Projektes ist es, in einem wissenschaftlich begleiteten und beteiligungsorientierten Verfahren das Gruppentraining „CAN Stop“ gegen problematischen Cannabiskonsum auf die stationäre Jugendhilfe zu übertragen.

Projekttitel	Laufzeit	Projektleitung	Zielsetzung/ Beschreibung
		Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)	
Interventionsstudie zur Steigerung der HPV-Impfquote in Deutschland (InveSt HPV)	01/23 – 06/26	Dr. Anja Takla, MPH M.Sc., Robert Koch-Institut	Das Projekt soll zwei Ansatzpunkte zur Steigerung der HPV-Impfquoten in der Praxis testen und wissenschaftlich begleiten. In Modul 1 des Projekts geht es um sogenannte Recall-Systeme, die dabei helfen können, den zeitgerechten Arztkontakt zu unterstützen.
Syphilis-Testung, Resistenzbestimmung von Mycoplasma genitalium sowie LGV-Subtypisierung im Rahmen der MSM-Screening Study 2.0 (MSM)	01/22 – 06/26	Dr. Klaus Jansen, Robert Koch-Institut	Übergeordnetes Ziel ist die Messung von Prävalenz von urogenitalen, pharyngealen und rektalen Infektionen mit Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, Neisseria gonorrhoeae und Treponema pallidum in der Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). Unter anderem sollen Risikofaktoren für den Erwerb von STI analysiert werden und Angebote zur Prävention, Diagnostik und Behandlung von STI bei MSM evidenzbasiert implementiert bzw. angepasst werden.
Gestaltung, Programmierung und Testung eines KI-basierten Chatbots für Suchtfragen (Sucht-GPT) ²⁷³	10/24 – 09/26	Fabian Leuschner, delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH	Mit dieser Fördermaßnahme beabsichtigt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Förderung eines Projektes, mit dem der Einsatz von KI im Bereich der Suchtprävention entwickelt, erprobt und evaluiert wird. Das Projekt soll Chancen und Nutzen, aber auch Risiken des Einsatzes von KI im Bereich der Suchtprävention aufzeigen. Ziel ist es Menschen eine niederschwellige Möglichkeit zur individuellen Informationsbeschaffung zu bieten.

Quelle: Die abgebildeten Informationen berufen sich auf eigene Aussagen des BMG auf Nachfrage des Wissenschaftsrats; eigene Darstellung.

| ²⁷³ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2025).

BCI	Behavioural and Cultural Insights
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BIÖG	Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BIPS	Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFTR	Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BRE	Bundesrahmenempfehlung
BVPG	Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung
BZGA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CHN	Community Health Nurses
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DGAUM	Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
DZG	Deutsche Zentren der Gesundheitsforschung
DZKJ	Deutsches Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit
EHDS	Europäischer Gesundheitsdatenraum
ePA	elektronische Patientenakte
EU	Europäische Union
FDZ	Forschungsdatenzentrum
FhG	Fraunhofer-Gesellschaft
GDNG	Gesundheitsdatennutzungsgesetz
GFDI	Gesundheitsforschungsdateninfrastrukturen
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GVP	Gesundheitsverträglichkeitsprüfung

HGF	Helmholtz-Gemeinschaft
HIOH	Helmholtz Institut for One Health
KI	Künstliche Intelligenz
KKMU	Kleinst, Kleinen und Mittlere Unternehmen
KPI	Key Performance Indicator
LVR	Landesrahmenvereinbarung
MFT	Medizinischer Fakultätentag
MII	Medizininformatik-Initiative
MPG	Max-Planck-Gesellschaft
MPI	Max-Planck-Institut
NCPC	Nationales Krebspräventionszentrum
NPK	Nationale Präventionskonferenz
NUM	Netzwerk Universitätsmedizin
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PEI	Paul-Ehrlich-Institut
PHN	Public Health Nurses
PKV	Private Krankenversorgung
PrävG	Präventionsgesetz
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
UG	Universität Greifswald
UMG	Universitätsmedizin Greifswald
WGL	Leibniz-Gemeinschaft
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Alstveit, M.; Lahti, S.; Jonsdottir, S.; Egeland, N.; Sorensen, S.; Eklund, A. (2021): Public health nurse education in the Nordic Countries, in: Public Health Nursing, 39. DOI: <https://doi.org/10.1111/phn.13029>

Altgeld, T.; Klärs, G. (2024): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. DOI: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i022-2.0>

AOK-Bundesverband eGbR (Hrsg.); Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2025): Public Health Index. Gesundheitsschutz im europäischen Vergleich. URL: <https://www.aok.de/pp/public-health/index/> , zuletzt abgerufen am 19.12.2025.

Assunta M. (2023): Global Tobacco Industry Interference Index 2023. Global Center for Good Governance in Tobacco Control (GGTC); Bangkok. URL: <https://exposetobacco.org/wp-content/uploads/GlobalTIIIndex2023.pdf>, zuletzt abgerufen am 11.12.2025.

Baden-Württemberg Staatsministerium (24.09.2025): Gesundheitsvorsorge und Gesundheitskompetenz im Land verbessern, in: Forum Gesundheitsstandort. URL: <https://stm.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/gesundheitsvorsorge-und-gesundheitskompetenz-im-land-verbessern>, zuletzt abgerufen am 14.10.2025.

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.) (2015): Modellprojekt Regionale Gesundheitskonferenzen in Bayern; Erlangen. URL: https://www.lgl.bayern.de/publikationen/doc/modellprojekt_gesundheitskonferenzen_evaluation.pdf, zuletzt abgerufen am 11.12.2025.

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention (Hrsg.) (2025): Masterplan Prävention Bayern; München. URL: <https://www.stmgp.bayern.de/vorsorge/>, zuletzt aufgerufen am 14.10.2025.

Beirat Pakt ÖGD (Hrsg.) (2023): Multiprofessionalität ausbauen und fördern – für einen zukunftsfähigen ÖGD. Strukturelle und zukunftsorientierte Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes; Berlin. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/O/OEGD/230515_BMG_4_Bericht_Berat_Pakt_OeGD_bf.pdf, zuletzt abgerufen am 08.08.2025.

Beirat Pakt ÖGD (Hrsg.) (2024): Der ÖGD der Zukunft. 2. Stellungnahme des Beirates Pakt ÖGD. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/O/OEGD/241206_Berat_POEGD_RG2_Stellungnahme_bf.pdf, zuletzt abgerufen am 14.10.2025.

Bellis, M.; Wood, S.; Hughes, K.; Quigg, Z.; Butler, N.; Brown, C.; Passmore, J. (2023): Tackling Adverse Childhood Experiences (ACEs). State of the Art and Options for Action. Public Health Wales NHS Trust. URL: <https://www.ljmu.ac.uk/-/media/phi-reports/pdf/2023-01-state-of-the-art-report-eng.pdf>, zuletzt abgerufen am 18.11.2025.

Blotenberg, I.; Hoffmann, W.; Thyrian, J.; (2023): Dementia in German: Epidemiology and Prevention Potential, in: Deutsches Ärzteblatt, 129. DOI: <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0100>

Böttcher, S. (14.03.2022): Gesundheit und Gesundheitsversorgung in der DDR, in: Bundeszentrale für politische Bildung. URL: <https://www.bpb.de/themen/deutsche-einheit/lange-wege-der-deutschen-einheit/505032/gesundheit-und-gesundheitsversorgung-in-der-ddr/>, zuletzt abgerufen am 15.09.2025.

Bundesärztekammer (2021): Versorgung in dünn besiedelten Regionen Teil 1: Problemendarstellung und Monitoring, in: Deutsches Ärzteblatt. DOI: https://doi.org/10.3238/baek_sn_duenn_besiedelt_teil1_2021

Bundesärztekammer (2022): Stellungnahme “Erhebung von Fehlbildungen bei Neugeborenen“, in: Deutsches Ärzteblatt. DOI: https://doi.org/10.3238/arztebl.2022.Stellungnahme_Fehlbildungen2022

Bundesärztekammer (11.07.2023): Ernährung und Prävention, in: Bundesärztekammer. URL: <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/public-health/ernaehrung-und-praevention>, zuletzt abgerufen am 10.11.2025.

Bundesärztekammer (2025): Medizinisch-wissenschaftliche Bestandsaufnahme zu Public Health; Berlin. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/wissenschaftlicher-beirat/Veroeffentlichungen/WB-Stellungnahme_Public_Health_20_11_2025.pdf, zuletzt abgerufen am 19.12.2025.

Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (27.02.2025): Wearbles: So nutzen Sie Fitnesstracker, -armbänder & Co. Sicher, in: BSI. URL: https://www.bsi.bund.de/DE/Themen/Verbraucherinnen-und-Verbraucher/Informationen-und-Empfehlungen/Internet-der-Dinge-Smart-leben/Smart-Home/Wearables/wearables_node.html, zuletzt abgerufen am 12.11.2025.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (o. D.): DRKS00014781, in: DRKS – Deutsches Register Klinischer Studien. URL: <https://drks.de/search/de/trial/DRKS00014781>, zuletzt abgerufen am 21.11.2025.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2024a): HelloBetter Schlafen. DiGA-Verzeichnis. URL: <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/01772>, zuletzt abgerufen am 15.09.2025.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2024b): HelloBetter Stress und Burnout. DiGA-Verzeichnis. URL: <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/00965>, zuletzt abgerufen am 15.09.2025.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2024c): NichtraucherHelden-App. DiGA-Verzeichnis. URL: <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/01085>, zuletzt abgerufen am 15.09.2025.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2024d): Smoke Free – Rauchen aufhören. DiGA-Verzeichnis. URL: <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/01909>, zuletzt abgerufen am 15.09.2025.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2024e): Oviva Direkt für Adipositas. DiGA-Verzeichnis. URL: <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/00872>, zuletzt abgerufen am 15.09.2025.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2024f): Zanadio. DiGA-Verzeichnis. URL: <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/00294>, zuletzt abgerufen am 15.09.2025.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2025): Wissenswertes zu DiGA. URL: https://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Aufgaben/DiGA-und-DiPA/DiGA/Wissenswertes/_node.html, zuletzt abgerufen am 15.09.2025.

Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (09.05.2022): Forschung. URL: <https://www.bioeg.de/forschung/>, zuletzt abgerufen am 23.09.2025.

Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Gesundheit (23.01.2025): Schulprogramm „Mental Health Coaches“. URL: <https://www.bmbfsfj.bund.de/bmbfsfj/aktuelles/alle-meldungen/schulprogramm-mental-health-coaches-ueberzeugt-mit-erfolg-254750>, zuletzt aufgerufen am 12.11.2025.

Bundesministerium für Finanzen (2024): Sechster Tragfähigkeitsbericht der öffentlichen Finanzen. URL: https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Downloads/Broschueren_Bestellservice/tragfaehigkeitsbericht-2024.pdf?__blob=publicationFile&v=8, zuletzt abgerufen am 11.07.2025.

Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (15.07.2020): Public Health. URL: <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/public-health-9442.php>, zuletzt abgerufen am 11.07.2025.

Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (19.07.2023): LauZeDiPH – Lausitzer Zentrum für Digital Public Health – für die Gesundheit und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in der Lausitz. URL: <https://www.gesundheitsforschung-bmfr.de/de/lauzediph-lausitzer-zentrum-fur-digital-public-health-fur-die-gesundheit-und-16723.php>, zuletzt abgerufen am 15.09.2025.

Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (03.06.2025): Forschung Fördern, Themenbereiche. URL: <https://www.gesundheitsforschung-bmfr.de/de/public-health-10596.php>, zuletzt abgerufen am 15.09.2025.

Bundesministerium für Gesundheit (2021): EU4Health – Aktionsprogramm der Europäischen Union im Bereich Gesundheit. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/internationale-gesundheitspolitik/europa/eu4health.html>, zuletzt abgerufen am 15.09.2025.

Bundesministerium für Gesundheit (2023): Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/pakt-fuer-den-oegd.html>, zuletzt abgerufen am 05.01.2026.

Bundesministerium für Gesundheit (2024): Gesundheitsziele. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsziele.html>, zuletzt abgerufen am 28.04.2025.

Bundesministerium für Gesundheit (2025a): Nationale Präventionsinitiative. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/nationale-praeventions-initiative.html>, zuletzt abgerufen am 01.08.2025.

Bundesministerium für Gesundheit (2025b): Bundeseinrichtungen mit Forschungs- und Entwicklungsaufgaben im Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung/bundeseinrichtungen-mit-fue-aufgaben.html>, zuletzt abgerufen am 10.07.2025.

Bundesministerium für Gesundheit (2025c): Gesundheitsförderung und Prävention. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung/handlungsfelder/gesundheitsfoerderung-und-praevention.html>, zuletzt abgerufen am 27.06.2025.

Bundesministerium für Gesundheit (26.02.2025): Neuausrichtung des Nationalen Krebsplans. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan/der-nationale-krebsplan-stellt-sich-vor/?l=0>, zuletzt abgerufen am 13.11.2025.

Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (Hrsg.) (2024): Jahreswirtschaftsbericht 2024. Wettbewerbsfähigkeit nachhaltig stärken; Berlin. URL: <https://www.bundeswirtschaftsministerium.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/jahreswirtschaftsbericht-2024.html>, zuletzt abgerufen am 12.11.2025.

Bundesverband der Deutschen Industrie (03.11.2025): Effizienzpotenziale von Innovationen für das Gesundheitswesen. URL: <https://bdi.eu/themenfelder/gesundheitswirtschaft#/publikation/news/effizienzpotenziale-von-innovationen-fuer-das-gesundheitswesen>, zuletzt abgerufen am 13.11.2025.

CDC (03.09.2025): National Public Health Institutes (NPHIs). URL: <https://www.cdc.gov/global-health-protection/php/programs-and-institutes/national-public-health-institutes.html>, zuletzt abgerufen am 21.11.2025

Charité Universitätsmedizin Berlin (21.04.2023): Der gesunde Mensch: Berlin Centre for the Biology of Health. URL: https://www.charite.de/service/pressemitteilung/artikel/detail/der_gesunde_mensch_berlin_centre_for_the_biology_of_health, zuletzt abgerufen am 10.07.2025.

Charité Universitätsmedizin Berlin (22.05.2025): Erfolgreich in der Exzellenzstrategie: Zwei Exzellenzcluster unter Charité-Leitung. URL: https://www.charite.de/service/pressemitteilung/artikel/detail/erfolgreich_in_der_exzellenzstrategie_zwei_exzellenzcluster_unter_charite_leitung, zuletzt abgerufen am 10.07.2025.

Chen, H.; Pan, H.; Morosanu, L.; Turner, N. (2018): Using logic models and the action model/ chance model schema in planning the learning community program: A comparative case study, in: Canadian Journal of Program Evaluation, 33 (1). DOI: <https://doi.org/10.3138/cjpe.42116>

Christlich Demokratische Union/ Christlich-Soziale Union in Bayern; Sozialdemokratische Partei Deutschlands (Hrsg.) (2025): Verantwortung für Deutschland. Koalitionsvertrag 2025-2029 zwischen der CDU/CSU und SPD; Berlin. URL: <https://www.koalitionsvertrag2025.de/>, zuletzt abgerufen am 22.07.2025.

Claus, M.; Lupp, M.; Zülke, A.; Blotenberg, I.; Cardona, M.; Döhring, J.; Escalles, C.; Kosilek, R.; Oey, A.; Zöllinger, I.; Brettschneider, C.; Czock, D.; Frese, T.; Gensichen, J.; Hoffmann, W.; Kaduszkiewicz, H.; König, H.; Wiese, B.; Thyrian, J.; Riedel-Heller, S. (2024): Potential for reducing dementia risk: association of the CAIDE score with additional lifestyle components from the LIBRA score in a population at high risk of dementia, in: Aging & Mental Health, 29 (3). DOI: <https://doi.org/10.1080/13607863.2024.2394591>

Daube, D.; Jenny, M.; Pelull, S. (2025): Verhaltensdaten zu klimagesundem Verhalten nutzbar machen: Methoden, Potenziale und Perspektiven, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 68. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-025-04106-5>

De Carvalho, E. (2022): Schon 100 Jahre lang verhelfen Finnlands „Neuvola“-Zentren Familien zu einem gesunden Start. URL: <https://finland.fi/de/leben-amp-gesellschaft/schon-100-jahre-lang-verhelfen-finnlands-neuvola-zentren-familien-zu-einem-gesunden-start/>, zuletzt abgerufen am 22.09.2025.

Deutsche Forschungsgemeinschaft (2010): Versorgungsforschung in Deutschland. Stand – Perspektiven – Förderung. URL: <https://www.dfg.de/resource/blob/169894/stellungnahme-versorgungsforschung.pdf>, zuletzt abgerufen am 28.07.2025.

Deutsche Forschungsgemeinschaft (2025): Gruppe Geistes- und Sozialwissenschaften 2: Sozial- und Verhaltenswissenschaften. URL: <https://www.dfg.de/de/ueber-uns/geschaeftsstelle/organisations-einheiten/gruppe-geistes-und-sozialwissenschaften>

sozialwissenschaften-2-sozial-und-verhaltenswissenschaften, zuletzt abgerufen am 25.07.2025.

Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin; BARMER (2017): Gesund arbeiten in Thüringen: Konzeption zu einem Modellvorhaben nach § 20g SGB V. URL: https://dgaum.de/wp-content/uploads/2025/11/DGAUM_Konzeption_Modellvorhaben_GAIT_09.01.2017.pdf, zuletzt abgerufen am 21.11.2025.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (2025): Valide Antworten auf zahlreiche Fragen. URL: <https://www.dgppn.de/schwerpunkte/zahlenundfakten.html>, zuletzt abgerufen am 16.12.2025.

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e. V. (Hrsg.) (2025): Psychische Gesundheit geht uns alle an. URL: https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Broschuere/2025_Politische_Forderungen.pdf, zuletzt abgerufen am 14.11.2025.

Deutscher Pflegerat (2025): Förderung von Gesundheitskompetenz als Aufgabe der professionellen Pflege; Berlin. URL: https://deutscher-pflegerat.de/download/2026-10-27_policy_paper_gesundheitskompetenz_final.pdf, zuletzt abgerufen am 19.12.2025.

Deutsches Ärzteblatt (06.08.2025): Vapen könnte Fortschritte im Kampf gegen Jugendrauchen untergraben, in: Deutsches Ärzteblatt. URL: <https://www.aerzteblatt.de/news/vapen-konnte-fortschritte-im-kampf-gegen-jugendrauchen-untergraben-349bfd80-183c-44a5-9156-5308aed26c68>, zuletzt abgerufen am 15.09.2025.

Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt e. V. (2025): Richtlinie zur Förderung von Wissenschaftskommunikationsprojekten im Wissenschaftsjahr 2026 – Medizin der Zukunft. URL: <https://projekttraeger.dlr.de/de/foerderung/foerderangebote-und-programme/wissenschaftsjahr-2026-medizin-der-zukunft>, zuletzt abgerufen am 28.07.2025.

Drexler, H.; Letzel, S.; Kraus, T.; Nesseler, T.; Fischmann, W.; Kegel, P. (2025): Gesund arbeiten in Thüringen. Abschlussbericht April 2025. URL: https://dgaum.de/wp-content/uploads/2025/11/20250731_GAIT_Abschlussbericht_Transferprojekt_2022-2025.pdf, zuletzt abgerufen am 21.11.2025.

El-Haddad, N.; Li, N.; Delaney, G.; Kang, H.; Vinod, S.; Barr, M.; Tabuchi, T.; Kidd, M.; Sitas, F. (2025): It is never too late to stop smoking. Applying working estimates of smoking cessation on five-year overall survival gains after a cancer diagnosis, in: *Cancer Epidemiology*, 96. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.canep.2025.102775>

Engel, G. (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, in: *Science*, 196 (4286). DOI: <https://doi.org/10.1126/science.847460>

Europäische Kommission (2024): Cluster 1: Health. URL: https://research-and-innovation.ec.europa.eu/funding/funding-opportunities/funding-programmes-and-open-calls/horizon-europe/cluster-1-health_en, zuletzt abgerufen am 10.07.2025.

European Commission (o. D.): Healthier together – EU non-communicable diseases initiative. URL: https://health.ec.europa.eu/document/download/dfb60cde-21a5-426d-8616-e394a326abc2_en?filename=ncd_com-2025-1024_act_en.pdf, zuletzt abgerufen am 19.12.2025.

European Commission (2025a): Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. On an EU cardiovascular health plan: the Safe Hearts Plan; Strasbourg. URL: https://health.ec.europa.eu/document/download/dfb60cde-21a5-426d-8616-e394a326abc2_en?filename=ncd_com-2025-1024_act_en.pdf, zuletzt abgerufen am 19.12.2025.

European Commission (2025b): A cancer plan for Europe. URL: https://commission.europa.eu/topics/public-health/european-health-union/cancer-plan-europe_en, zuletzt abgerufen am 19.12.2025.

European Commission (2025c): Regulation of the European Parliament and of the Council establishing Horizon Europe, the Framework Programme for Research and Innovation, for the period 2028-2034 laying down its rules for participation and dissemination, and repealing Regulation (EU) 2021/695. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=COM:2025:543:FIN>, zuletzt abgerufen am 22.12.2025.

Eurostat (2025a): Healthcare expenditure - preventive healthcare expenditure statistics (2022). Online data code: hlth_sha11_hchp. URL: https://doi.org/10.2908/HLTH_SHA11_HCHP

Eurostat (2025b): Healthcare expenditure by function (2022). Online data code: hlth_sha11_hc. DOI: https://doi.org/10.2908/HLTH_SHA11_HC

Ewert, B. (2025): Öffentliche Gesundheit multidisziplinär fördern: Integration von Behavioral and Cultural Insights in den Public Health Action Cycle, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 68. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-025-04102-9>

ExpertInnenrat „Gesundheit und Resilienz“ (2024a): 2. Stellungnahme. Resilienz, Innovation und Teilhabe. URL: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/992814/2299664/547bb80c349fd4a46b74d17928eba02d/2024-07-18-expertinnenrat-stellungnahme-2-data.pdf?download=1>, zuletzt abgerufen am 21.11.2025.

ExpertInnenrat „Gesundheit und Resilienz“ (2024b): 3. Stellungnahme. Gesundheit: Ganzheitlich denken, vernetzt handeln. URL:

<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975196/2310120/b1bde757a2f2e4392ddd3b2144b7cf29/2024-09-20-expertinnenrat-stellungnahme-3-data.pdf?download=1>, zuletzt abgerufen am 30.01.2026.

ExpertInnenrat „Gesundheit und Resilienz“ (2024c): 4. Stellungnahme. Stärkung der Resilienz des Versorgungssystems durch Präventionsmedizin. Bundeskanzleramt der Bundesrepublik Deutschland. URL: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975196/2310122/2cfce892119fc7be6b23e53b6a5398a7/2024-09-20-expertinnenrat-stellungnahme-4-data.pdf?download=1>, zuletzt abgerufen am 02.01.2026.

ExpertInnenrat „Gesundheit und Resilienz“ (2024d): 6. Stellungnahme. Krankheitsprävention bei Kindern und Jugendlichen: Lebensbezogene Ansätze zur Vorbeugung. URL: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975196/2321738/bd3883f6ad004eabe5b30974efb4de5a/2024-11-25-6-stellungnahme-expertinnenrat-data.pdf?download=1>, zuletzt abgerufen am 21.11.2025.

ExpertInnenrat „Gesundheit und Resilienz“ (2024e): 8. Stellungnahme. Wirksame Prävention braucht verlässliche Gesundheitsdaten. Bundeskanzleramt der Bundesrepublik Deutschland. URL: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975196/2328276/eb0cc108f025c922305b20ad36dafd86/2024-12-23-8-stellungnahme-expertinnenrat-gesundheit-resilienz-data.pdf?download=1>, zuletzt abgerufen am 21.11.2025.

ExpertInnenrat „Gesundheit und Resilienz“ (2025): 10. Stellungnahme. Prävention und Gesundheitsförderung durch Entstigmatisierung. URL: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975196/2332310/d9c4dddc092fd9908b4e3adad7ef07f6/2025-01-28-10-stellungnahme-expertinnenrat-data.pdf?download=1>, zuletzt abgerufen am 21.11.2025.

FAO; UNEP WHO; WOA (2023): One Health and the United Nations Sustainable Development Cooperation Framework. Guidance for United Nations country teams; Rome. DOI: <https://doi.org/10.4060/cc5067en>

Franzkowiak, P. (2025): Prävention und Krankheitsprävention, in: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. DOI: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i091-3.0>

Fraunhofer (28.08.2025): Fraunhofer EMFT Mikrosystemtechnik und Sensorik. URL: <https://www.emft.fraunhofer.de/de/ueber-fraunhofer-emft.html>, zuletzt abgerufen am 19.09.2025.

Fraunhofer (15.09.2025): Mobile Sensordatenanalyse. URL: <https://www.iis.fraunhofer.de/de/ff/sse/health/medical-sensors-and-analytics/analyse-multimodaler-daten/Auswertung-mobile-Sensordaten.html>, zuletzt abgerufen am 19.09.2025.

Fraunhofer (23.10.2025): CardioTEXTIL. URL: <https://www.iis.fraunhofer.de/de/ff/sse/health/medical-sensors-and-analytics/prod/cardiotextil.html>, zuletzt abgerufen am 19.09.2025.

Gasperini, G.; Renzi, E.; Longobucco, Y.; Cianciulli, A.; Rosso, A.; Marzuillo, C.; De Vito, C.; Villari, P.; Massimi, A. (2023): State of the Art on Family and Community Health Nursing International Theories, Models and Frameworks: A Scoping Review, in: Healthcare, 11. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare11182578>

Geene, R. (30.06.2025): 10 Jahre Präventionsgesetz – Bestandsaufnahme und Perspektiven, in: BVPG. URL: <https://bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=newbv&snr=14322>, zuletzt abgerufen am 29.07.2025.

Geene, R.; Köckler, H.; Trojan, A. (2022): Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. DOI: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i032-2.0>

Gerlich, M. G.; Schwarz, F. W.; Walter, U. (2023): Gesundheitsziele, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. DOI: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i062-3.0>

Gerlinger, T. (2024): Institutionenwandel in der Präventionspolitik, in: Gesundheit + Gesellschaft Wissenschaft 2024, 24 (2). URL: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/2024/wido_ggw0224_gerlinger.pdf, zuletzt abgerufen am 11.12.2025.

Gerlinger, T.; Rosenbrock, R. (2024): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern. DOI: <https://doi.org/10.1024/85968-000>

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (o. D. a): Nationale Gesundheitsziele. URL: <https://gvg.org/de/topic/7.nationale-gesundheitsziele.html>, zuletzt abgerufen am 28.04.2025.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (o. D. b): Mitglieder und Träger des Kooperationsverbundes. URL: <https://gvg.org/de/topic/94.mitglieder-und-tr%C3%A4ger-des-kooperationsverbundes.html>, zuletzt abgerufen am 28.04.2025.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (2018): Eckpunkte zur Ausarbeitung von Gesundheitszielen. URL: https://gvg.org/wp-content/uploads/2022/03/180123_gz-Eckpunkte_zur_Ausarbeitung_von_GZ_final.pdf, zuletzt abgerufen am 08.08.2025.

Gesundheitsministerkonferenz (2025): Beschlüsse der GMK 11.06.2025–12.06.2025. URL: <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=1697&jahr=2025>, zuletzt abgerufen am 10.07.2025.

GKV-Bündnis für Gesundheit (2025): Kommunales Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit: Gesundheitsförderung und Prävention für vulnerable Zielgruppen. Förderbekanntmachung. URL: https://www.gkv-buendnis.de/media/dokumente/neues_foerderprogramm/Foerderbekanntmachung.pdf, zuletzt abgerufen am 16.12.2025.

Goddemeier, C. (2011): Ignaz Philipp Semmelweis: Retter der Mütter, in: Deutsches Ärzteblatt, 108 (20). URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/pdf/48d5e998-fbf1-4207-a71e-2e84d3ceb0f8>, zuletzt abgerufen am 16.12.2025.

Gould, A. (2025): Mission, activities, and ways of working at the Behavioural Science Unit of Public Health Wales, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 68. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-025-04100-x>

Grym, K.; Borgermans, L. (2018): Public health nurses in Finland: a life-course approach to the prevention of noncommunicable diseases: good practice brief. World Health Organization. Regional Office for Europe. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/345904>, zuletzt abgerufen am 11.12.2025.

Haines, A; Floss, M. (2021): 50 years of the inverse care law, in: The Lancet, 397 (10276). DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00304-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00304-4)

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheit e. V. (o. D.): 10 Jahre Pakt für Prävention. URL: <https://www.hag-gesundheit.de/spezielle-seiten/zeitstrahl>, zuletzt abgerufen am 08.07.2025.

Heiden, M.; Zacher, B.; Diercke, M.; Bremer, V. (2025): Wochenbericht zur hitzebedingten Mortalität KW 35/2025. DOI: <https://doi.org/10.25646/13415>

Helmholtz Health (o. D.): Helmholtz Health. URL: <https://www.helmholtz.de/forschung/forschungsbereiche/gesundheit/#c113959>, zuletzt abgerufen am 27.06.2025.

Helmholtz Health Prevention Task Force (2025): The Helmholtz Health task force to strengthen prevention research and its translation globally, in: Nature Medicine, 31. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-025-03590-1>

Hess, R. (2012): Ein sinnvoller Prozess mit strukturellen Hürden, in: Gesundheit + Gesellschaft Wissenschaft, 12 (2). URL: https://www.wido.de/fileadmin/Daten/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/wido_ggwaufs2_0412.pdf, zuletzt abgerufen am: 11.12.2025.

Hoebel, J.; Michalski, N.; Baumert, J.; Nowossadeck, E.; Tetzlaff, F. (2025): Die Lebenserwartungslücke: Sozioökonomische Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Deutschlands Regionen. DOI: <https://doi.org/10.25646/13003>

Hoffmann, W. et al. (2025): Positionspapier des Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung e. V.: Was ist Versorgungsforschung?, in: Das Gesundheitswesen. DOI: <https://doi.org/10.1055/a-2592-5998>

Hollederer, A.; Trojan, A. (2025): Gesundheitskonferenzen, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. DOI: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i067-3.0>

Hurrelmann, K.; Richter, M.; Klotz, T.; Stock, S. (2024): Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, in: Hurrelmann, K.; Richter, M.; Stock, S. (Hrsg.), Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung; Bern. DOI: <https://doi.org/10.1024/86350-000>

Hussein, I.; Mohamud, H.; Hussein, A.; Luomala, O.; Kontio, M.; Edelstein, M.; Nohynek, H. (2024): „If the nurse tells me this is a good thing, I trust her completely“ – Exploring health system enablers of MMR vaccine uptake in the Finnish Somali community: A mixed method study, in: Vaccine, 42. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2024.06.054>

International Court of Justice (2025): Obligations of States in respect of Climate Change. Summary of the Advisory Opinion of 23 July 2025, Nr. 4. URL: <https://www.icj-cij.org/sites/default/files/case-related/187/187-20250723-sum-01-00-en.pdf>, zuletzt abgerufen am 21.11.2025.

Janßen, R.; Reif, S.; Schubert, S. (2025): Discussion Paper. Market Entry of Digital Health Providers after the Introduction of a New Reimbursement Pathway. ZEW – Leibniz-Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung. URL: <https://www.econstor.eu/handle/10419/321863>, zuletzt abgerufen am 21.11.2025.

Jordan, S. (2023): Gesundheitskompetenz/Health Literacy, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. DOI: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i065-3.0>

Kaba-Schönstein, L. (2018): Gesundheitsförderung 1: Grundlagen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. DOI: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i033-1.0>

Karagiannidis C; Augurzky, B.; Alscher, M. D. (2025): Die Gesundheit der Zukunft. Wie wir das System wieder fit machen; Stuttgart.

Kassenärztliche Bundesvereinigung; Bundeszahnärztekammer (17.03.2025): Zahnärztliche Prävention wirkt!. Gemeinsame Presseinformation; Berlin. URL:

https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/dms6/st/250317_PM_DMS_6.pdf, zuletzt abgerufen am 21.11.2025.

Kießling, A. (2023): Das Recht der öffentlichen Gesundheit. Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung als Aufgaben des Staates; Tübingen: Mohr Siebeck. DOI: <https://doi.org/10.1628/978-3-16-161689-1>

Klimm, H.; Peters-Klimm, F. (2019): Quartäre Prävention. Essentials - Intensivkurs zur Weiterbildung, in: Allgemeinmedizin. DOI: <https://doi.org/10.1055/b-006-161665>

KLUG Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit (o. D.): Planetary Health. URL: <https://www.klimawandel-gesundheit.de/planetary-health/>, zuletzt abgerufen am 14.10.2025.

Köckler, H.; Geene, R. (2022): Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP), in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. DOI: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i157-1.0>

Kozisnik, P.; Edtmayer, A.; Rappold, E. (2021): Aufgaben- und Rollenprofil Community Nurse, in: Gesundheit Österreich GmbH. URL: <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/3797>, zuletzt abgerufen am 10.11.2025.

Kuhn, J. (2013): Prävention in Deutschland – eine Sisyphegeschichte, in: Gesundheit + Gesellschaft Wissenschaft, 3. URL: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Projekte/GGW/wido_ggw_0313_kuhn.pdf, zuletzt abgerufen am 11.12.2025.

Kuhn, J.; Böhm, A. (2024): Gesundheitsschutz, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. DOI: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i059-3.0>

Leden van de Adviescommissie passend bewijs voor preventie (2025): Passend bewijs voor preventie. URL: <https://open.overheid.nl/documenten/551ff7b5-c686-4956-9c0e-a36dca3f4f3c/file>, zuletzt abgerufen am 13.11.2025.

Lindemann, C.; Schunk, M.; Keßler, L.; Bierbaum, T.; Bukow, G.; Eichinger, M.; Farin, E.; Geraedts, M.; Härter, M.; Heytens, H.; Meusch, A.; Schoffer, O.; van den Berg, N.; Vollmar, H.; Kutzleben, M.; Hoffmann, W.; Schmitt, J. (2024): Verbessert der Innovationsfonds die Versorgung? Eine kritische Bestandsaufnahme zum Stand der Implementierung erfolgreicher Innovationsfondsprojekte in die Versorgungspraxis, in: Gesundheitswesen. DOI: <https://doi.org/10.1055/a-2270-3537>

Llena-Nozal, A.; Martin, N.; Murtin, F. (2019): The economy of well-being: Creating opportunities for people's well-being and economic growth. OECD Statistics Working Papers 2019/02. DOI: <https://dx.doi.org/10.1787/498e9bc7-en>

Lösment, A.; Kuhlmann, M. (2024): Geschlechtsspezifische Aspekte bei Dialysepatient:innen, in: Die Nephrologie, 19. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11560-023-00697-9>

Loss, J.; Aldoughle, Y.; Sauter, A.; von Sommoggy, J. (2020): 'Wait and wait, that is the only thing they can say': a qualitative study exploring experiences of immigrated Syrian doctors applying for medical license in Germany, in: BMC Health Services Research, 20 (342). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05209-2>

Loss, J.; Betsch, C.; Ellermann, C.; Ewert, B.; Grill, E.; Jenny, M.; Jordan, S.; Kubiak, T.; Mata, J.; Rebitschek, F.; Rehfuess, E.; Sniehotta, F. (2025): Grundzüge des Ansatzes der „Behavioural and Cultural Insights (BCI)“ für Nutzung in Public Health – Ein Konsenspapier des Netzwerks „Behavioural Science Connect“, in: Gesundheitswesen, 87 (04). DOI: <https://doi.org/10.1055/a-2528-8276>

Loss, J.; Saß, A.; Betsch, C. (2025): Verhalten verstehen, um Gesundheit für alle zu ermöglichen: Der Ansatz „Behavioural and Cultural Insights“, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 68. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-025-04112-7>

Ludwig, S. (09.04.2025): Studie: Der deutsche Fitnessmarkt 2025, in: Deloitte. URL: <https://www.deloitte.com/de/de/Industries/consumer/research/deutscher-fitnessmarkt-studie.html>, zuletzt abgerufen am 15.09.2025.

McGorry, P. et al. (2024): The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health, in: The Lancet Psychiatry Commissions, 11 (9). DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00163-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00163-9)

Medizininformatikinitiative (o. D.): Koordinierungsgruppe Gesundheitsforschungsdateninfrastruktur (GFDI). URL: <https://www.medizininformatik-initiative.de/de/zusammenarbeit/koordinierungsgruppe-gesundheitsforschungsdateninfrastruktur-gfdi>, zuletzt abgerufen am 06.10.2025.

Meierjürgen, R.; Becker, S.; Warnke, A. (2016): Die Entwicklung der Präventionsgesetzgebung in Deutschland, in: Prävention und Gesundheitsförderung, 11; Berlin. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11553-016-0556-z>

Mental Health Alliance (2025): Psychische Gesundheit - JETZT. Grundsatzdokument. URL: https://www.lobbyregister.bundestag.de/media/5c/25/612397/Mental-Health-Alliance_Grundsatzdokument_2025.pdf, zuletzt abgerufen am 13.11.2025.

Michalowsky, B.; Blotenberg, I.; Platen, M.; Teipel, S.; Kilimann, I.; Portacolone, E.; Bohlken, J.; Rädke, A.; Buchholz, M.; Scharf, A.; Muehlichen, F.; Xie, F.;

Thyrian, J.; Hoffmann, W. (2024): Clinical Outcomes and Cost-Effectiveness of Collaborative Dementia Care: A Secondary Analysis of a Cluster Randomized Clinical Trial, in: JAMA Network Open, 7 (7). DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.19282>

Michalowsky, B.; Kaczynski, A.; Hoffmann, W. (2019): Ökonomische und gesellschaftliche Herausforderungen der Demenz in Deutschland – Eine Metaanalyse [The economic and social burden of dementia diseases in Germany-A meta-analysis], in: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 62 (8). DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02985-z>

Michalowsky, B.; Xie, F.; Eichler, T.; Hertel, J.; Kaczynski, A.; Kilimann, I.; Teipel, S.; Wucherer, D.; Zwingmann, I.; Thyrian, J.; Hoffmann, W. (2019): Cost-effectiveness of a collaborative dementia care management-Results of a cluster-randomized controlled trial, in: Alzheimers Dement, 15 (10). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2019.05.008>

Mierau, J.; van der Pol, S.; Sandu, A.; Jansen, D. (2024): Performance assessment to improve public health systems, in: Bulletin of the World Health Organisation, 102. DOI: <https://doi.org/10.2471/BLT.24.291543>

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg (o. D.): Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg. Bericht der Projektgruppe Gesundheitsziele. URL: <https://www.gesundheitsdialog-bw.de/zukunftsplan-gesundheit/grundlagen/gesundheitsstrategie>, zuletzt abgerufen am 10.07.2025.

Ministry of Health, Welfare and Sport (2019): The national Prevention Agreement. A healthier Netherlands. URL: <https://www.government.nl/documents/reports/2019/06/30/the-national-prevention-agreement>, zuletzt abgerufen am 22.12.2025.

Ministry of Social Affairs (o. D.): Strategy of the Ministry of Social Affairs and Health Group, in: STM. URL: <https://stm.fi/en/strategy>, zuletzt abgerufen am 12.11.2025

Mons, U. (2024): Prävention von Krebserkrankungen, in: Hurrelmann, K.; Richter, M.; Stock, S. (Hrsg.), Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung; Bern. DOI: <https://doi.org/10.1024/86350-000>

Mossavarali, S.; Vaezi, A.; Gholami, Z.; Molaei, A.; Yekaninejad, M.; Asselbergs, F.; Shafinee, A. (2025): Determinants of artificial intelligence electrocardiogram-derived age and its association with cardiovascular events and mortality: a systematic review and meta-analysis, in: Nature Partner Journal Digital Medicine, 8 (1). DOI: <https://doi.org/10.1038/s41746-025-01727-7>

Nanny State Index '25 (o. D.): Germany. URL: <https://nannystateindex.org/germany/>, zuletzt abgerufen am 28.07.2025.

Nationale Krebsforschungszentrum (o. D.): Nationales Krebspräventionszentrum. URL: <https://www.dkfz.de/forschung/translationale-zentren/ncpc>, zuletzt abgerufen am 23.09.2025.

Nationale Präventionskonferenz (o. D.): Mitglieder. URL: <https://www.npk-info.de/die-npk/mitglieder>, zuletzt abgerufen am 11.07.2025.

Nationale Präventionskonferenz (2018): Bundesrahmenempfehlungen nach §20d, Abs. 3 SGB V. URL: <https://www.npk-info.de/praeventionsstrategie/bundesrahmenempfehlungen>, zuletzt abgerufen am 10.07.2025.

Nationale Präventionskonferenz (2019): Erster Präventionsbericht. URL: https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/2_praeventionsbericht/NPK-Praeventionsbericht_Barrierefrei.pdf, zuletzt abgerufen am 10.07.2025.

Nationale Präventionskonferenz (2023): Zweiter Präventionsbericht. URL: <https://www.npk-info.de/praeventionsstrategie/praeventionsbericht/zweiter-praeventionsbericht-der-npk>, zuletzt abgerufen am 10.07.2025.

Netwerk Gezond Groningen (2023): Regionalplan Groningen. URL: <https://gezondgroningen.nl/wp-content/uploads/2023/12/Regioplan-Gezond-Groningen.pdf>, zuletzt abgerufen am 02.09.2025.

Niederberger, M.; Finne, E. (2021): Forschungsmethoden in der Gesundheitsförderung und Prävention. Eine Einführung, in: Niederberger/Finne (Hrsg): Forschungsmethoden in der Gesundheitsförderung und Prävention. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31434-7>

Nowak, A. C.; Kolip, P.; Razum, O. (2022): Gesundheitswissenschaften / Public Health. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. DOI: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i061-2.0>

OECD (29.08.2024): Well-being measurement efforts in Germany, in: OECD. URL: https://www.oecd.org/en/publications/well-being-knowledge-exchange-platform-kep_93d45d63-en/well-being-measurement-efforts-in-germany_4dc4947a-en.html, zuletzt abgerufen am 12.11.2025.

OECD; European Union (2024): Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing; Paris. DOI: <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>

Ogilvie, D., Craig, P., Griffin, S. Macintyre, S.; Wareham, N. (2009): A translational framework for public health research, in: BMC Public Health, 9. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-116>

One Health High-Level Expert Panel; Adisasmito, W.; Almuhaire, S.; Behraves, C.; Bilivogui, P. et al. (2022): One Health: A new definition for a

sustainable and healthy future, in: PLOS Pathogens, 18 (6). DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1010537>

Paccaud, F.; Nocera, S. (2011): Public Health Education in Europe: Old and New Challenges, in: Public Health Reviews, 33. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF03391621>

Patrick, K. (2008): The future of health promotion and disease prevention in clinical practice, in: S. H. Woolf, S. Jonas & E. Kaplan-Liss (Eds.), Health promotion and disease prevention in clinical practice.

Patton, G.; Sawyer, S.; Santelli, J.; Ross, D.; Afifi, R et al. (2016): Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing, in: The Lancet Commissions, 387. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5832967/>, zuletzt abgerufen am 02.01.2026.

Pedrós Barnils, N.; Alazza, N.; Emmer, C.; Callies, C.; Mata, J.; Schüz, B. (2025): Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten verstehen und verändern: Ernährung als Schnittstelle zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 68. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-025-04099-1>

Porter, R. (2006a): Hospitals and surgery, in: Porter, R. (Hrsg.): The Cambridge History of Medicine. Cambridge. Cambridge University Press, S. 176-210.

Porter, R. (2006b): Medical Science, in: Porter, R. (Hrsg.): The Cambridge History of Medicine. Cambridge. Cambridge University Press, S. 136-175.

Puska, P.; Jaini, P. (2020): The North Karelia Project: Prevention of Cardiovascular Disease in Finland Through Population-Based Lifestyle Interventions, in: American Journal of Lifestyle Medicine, 14 (5). DOI: <https://doi.org/10.1177/1559827620910981>

Revenue. Irish Tax and Customs (14.05.2025): Sugar Sweetened Drinks Tax (SSDT). URL: <https://www.revenue.ie/en/companies-and-charities/excise-and-licences/sugar-sweetened-drinks-tax/rate-of-tax.aspx>, zuletzt abgerufen am 28.07.2025.

Röding, D.; Gerlich, M; Walter, U. (2024): Gesundheitsindikatoren, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. DOI: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i055-3.0>

Robert Koch-Institut (2016): 125 Years of Robert Koch Institute. The Public Health Institute. DOI: <https://doi.org/10.17886/rkipubl-2016-005>

Robert Koch-Institut (2021): Burden of Disease. URL: <https://www.daly.rki.de/>, zuletzt abgerufen am 14.07.2025.

Robert Koch-Institut (14.12.2023): Prävention. URL: <https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Praevention/praevention-node.html>, zuletzt abgerufen am 24.04.2025.

Robert Koch-Institut (2024): Präventionsausgaben. URL: https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Rahmenbedingungen/PolitischeRahmenbedingungen/GesetzlicheGrundlagen/Praeventionsausgaben/praeventionsausgaben_node.html?darstellung=0&kennzahl=1&zeit=2022&geschlecht=0&standardisierung=0#_by6bqnmvt, zuletzt abgerufen am 18.09.2025.

Robert Koch-Institut (01.09.2025): Chronische Krankheiten. URL: <https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Nichtuebertragbare-Krankheiten-A-Z/C/Chronische-Erkrankungen/chronische-erkrankungen-node.html>, zuletzt abgerufen am 24.07.2025.

Robert Koch-Institut (02.07.2025): Psychisches Wohlbefinden (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. URL: https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/SubjektiveGesundheit/Wohlbefinden/PsychischesWohlbefinden/PsychischesWohlbefinden_node.html?darstellung=0&kennzahl=1&zeit=2024&geschlecht=0&standardisierung=0, zuletzt abgerufen am 14.07.2025.

Robert Koch-Institut (03.11.2025): Erste Ergebnisse aus dem Panel „Gesundheit in Deutschland“. URL: <https://www.rki.de/DE/Themen/Forschung-und-Forschungsdaten/Sentinels-Surveillance-Panel/Panel/panel-gesundheit-in-deutschland-node.html>, zuletzt abgerufen am 11.07.2025.

Robert Koch-Institut (2025a): Chronisches Kranksein (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. URL: https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/Krankheitsfolgen/Funktionseinschraenkungen/ChronischesKranksein/chronischesKranksein_node.html?darstellung=0&kennzahl=1&zeit=21&geschlecht=0&standardisierung=0, zuletzt abgerufen am 10.07.2025.

Robert Koch-Institut (2025b): Gesundheitsberichterstattung - Daten zu nicht-übertragbaren Erkrankungen [Data set]. Zenodo. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.17153533>

Rotteveel, A.; Knies, S.; de Wit, A.; Polder, J.; Wouterse, B. (2025): Valuing prevention: lessons and recommendations from a Dutch expert committee, in: Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research. DOI: <https://doi.org/10.1080/14737167.2025.2504946>

Ruckstuhl, B. (2021): Geschichte, Konzept und Relevanz von Gesundheitsförderung und Prävention, in: Niederberger, M.; Finne, E. (Hrsg.), Forschungsmethoden in der Gesundheitsförderung und Prävention. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31434-7>

Saastamoinen, J.; Putkuri, T. (2024): Experts in promotion and prevention – The 100th Anniversary of Finnish public health nurse education, in: *European Journal of Public Health*, 34. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.1852>

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (2023): Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. Gutachten 2023. URL: <https://www.svr-gesundheit.de/publikationen/gutachten-2023/>, zuletzt abgerufen am 10.07.2025.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (2024): Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. Gutachten 2024. DOI: <https://doi.org/10.4126/FRL01-006473488>

Sasse, T.; Metcalfe, S. (14.11.2022): Sugar Tax. URL: <https://www.institutefor-government.org.uk/explainer/sugar-tax>, zuletzt abgerufen am 28.07.2025.

Schäfer, M.; Reifegerste, D. (2025): Gesundheitskommunikation, in: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. DOI: <https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-i056-2.0>

Schaeffer, D.; Berens, E.; Hurrelmann, K. (2023): Sachbericht. Gesundheitskompetenz in Deutschland – Wiederholungsbefragung des HLS-GER (HLR-GER2). URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/20230515Sachbericht_HLS-GER2.pdf, zuletzt abgerufen am 12.11.2025

Schleiermacher, S. (2005): Prävention und Prophylaxe in BRD und DDR. Eine gesundheitspolitische Leitidee im Kontext verschiedener politischer Systeme, in: Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention. URL: https://www.dgsmp.de/100-jahre/CD_DGSMP/PdfFiles/Texte/s_Sch.pdf, zuletzt abgerufen am 16.12.2025.

Skivington, K.; Matthews, L.; Simpson, S.; Craig, P.; Baird, J.; Blazeby, J. et al. (30.09.2021): A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance, in: *BMJ*. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>

Snijders, V.; Bach Habersaat, K.; Böhm, Fischer, E.; Thomas, F.; Leask, J.; Scherzer, M.; Mazhnaia, A.; Fietje, N. (2025): An approach to capturing the cultural contexts of health behaviours, in: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 68. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-025-04105-6>

Statistisches Bundesamt (2022): Laufende Gesundheitsausgaben in der EU 27. URL: <https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/Bevoelkerung-Arbeit-Soziales/>

Gesundheit/_Grafik/_Interaktiv/gesundheitsausgaben.html, zuletzt abgerufen am 23.09.2025.

Statistisches Bundesamt (2023): Demografischer Wandel, hier: Bevölkerung nach Altersgruppen und Erwerbsbeteiligung 2023. URL: https://www.destatis.de/DE/Im-Fokus/Fachkraefte/Demografie/_inhalt.html, zuletzt abgerufen am 10.07.2025.

Statistisches Bundesamt (2024): Todesfälle durch Suizid nach Alter und Geschlecht, Jahre 1980-2023 (Pressemitteilung Nr. N046). URL: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/09/PD24_N046_23211.html, zuletzt abgerufen am 15.09.2025.

Statistische Bundesamt (2025): Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. URL: <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/12411/table/12411-0007>, zuletzt abgerufen am 19.12.2025.

Strippel, H. (2024): Prävention von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, in: Hurrelmann, K.; Richter, M.; Stock, S. (Hrsg.), Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung; Bern. DOI: <https://doi.org/10.1024/86350-000>

Techniker Krankenkasse (2025): Gesundheitsbericht 2025 – Arbeitsunfähigkeit. URL: <https://www.tk.de/resource/blob/2194002/828793b4b4a5953abece5e4874ce79b9/gesundheitsreport-au-2025-data.pdf>, zuletzt abgerufen am 21.11.2025.

United Nations, Population Division (2024): Life expectancy at birth for both sexes combined (years). URL: <https://data.un.org/Data.aspx?d=PopDiv&f=variableID%3A68>, zuletzt abgerufen am 19.12.2025.

Uni Bielefeld (o. D.): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland (HLS-GER 3). URL: <https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/erziehungswissenschaft/izgk/forschung/hls-ger-3-1/>, zuletzt abgerufen am 29.12.2025.

Universität Greifswald (17.07.2024): Health AI Pomerania. URL: <https://aifor-life.uni-greifswald.de/health-ai-pomerania/>, zuletzt abgerufen am 29.07.2025.

Universität Greifswald (2025): Wald|Gesund. URL: <https://www.uni-greifswald.de/forschung/nachrichten-aus-der-forschung/detail/n/praevention-und-gesundheitsfoerderung-projekt-waldgesund-sucht-probandinnen-wie-wald-wirkt-242435/>, zuletzt abgerufen am 30.01.2026.

Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren (Hrsg.) (2021): Diskussionspapier | Entwicklung eines Indikatorensystems für die Präventionsberichterstattung der Länder.

Verband der Privaten Krankenversicherungen (2025): Positionspapier | Für eine wirksame Präventionsstrategie bleibt nicht mehr viel Zeit. URL: https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/Publikationen/2025_Positionspapier_Pr%C3%A4vention.pdf, zuletzt abgerufen am 11.07.2025.

Wanek, V.; Schreiner-Kürten, K. (2021): Präventionsgesetzgebung, in: Tiemann, M.; Mohokum, M. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit, in: Springer; Berlin, Heidelberg. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-62426-5>

Weishaar, H.; Kuehne, A.; Bozorgmehr, K.; Zeeb, H. (2025): Stand, Einordnung und Potenzial der Implementierungswissenschaft: eine Bestandsaufnahme für Public Health in Deutschland, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 68. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-025-04077-7>

Wengler, A.; Porst, M.; Anton, A.; Leddin, J.; von der Lippe, E.; Ziese, T.; Rommel, A.; Plaß, D.; Gruhl, H.; Schüssel, K.; Breitzkreuz, J.; Brückner, G.; Schröder, H. (2023): Ergebnisbericht BURDEN 2020 – Die Krankheitslast in Deutschland und seinen Regionen. Grundlagen einer umfassenden Planung im Gesundheitswesen. Robert Koch-Institut (RKI), Umweltbundesamt (UBA), Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). URL: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/395/2023-03-01_BURDEN-2020_Ergebnisbericht.pdf, zuletzt abgerufen am 21.11.2025.

Wessels, K.; van Driesten, G.; Kraaijeveld, K.; Lomans, R. (2018): Zó werkt de zorg in Nederland (Inkijkexemplaar). De ArgumentenFabriek. URL: <https://www.zowerktdezorg.nl/wp-content/uploads/2021/12/zwdz-editie-2018-inkijkexemplaar-36-blz.pdf>, zuletzt abgerufen am 21.11.2025.

WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/349654>, zuletzt abgerufen am 10.07.2025.

WHO (2018): Noncommunicable Diseases. Country Profiles 2018. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/ncd-country-profiles-2018>, zuletzt abgerufen am 11.07.2025.

WHO (20.04.2023): A guide to tailoring health programmes: using behavioural and cultural insights to tailor health policies, services and communications to the needs and circumstances of people and communities; Copenhagen. WHO Regional Office for Europe. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WHO (30.05.2023): Behavioural sciences for better health (WHA76.7) [Resolution]. World Health Assembly. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA76/A76_R7-en.pdf, zuletzt abgerufen am 21.11.2025.

WHO (2024): Healthy life expectancy (HALE) at birth (2021). URL: <https://data.who.int/indicators/i/48D9B0C/C64284D>, zuletzt abgerufen am 19.12.2025.

WHO (2025a): New data: noncommunicable diseases cause 1.8 million avoidable deaths and cost US\$ 514 billion every year, reveals new WHO/Europe report. URL: <https://www.who.int/europe/news/item/27-06-2025-new-data-->

noncommunicable-diseases-cause-1-8-million-avoidable-deaths-and-cost-us-514-billion-USD-every-year--reveals-new-who-europe-report, zuletzt abgerufen am 11.07.2025.

WHO (2025b): Avoidable mortality, risk factors and policies for tackling non-communicable diseases – leveraging data for impact: monitoring commitments in the WHO European Region ahead of the Fourth United Nations High-Level Meeting. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/381744/WHO-EURO-2025-12445-52219-80271-eng.pdf?sequence=2>, zuletzt abgerufen am 11.07.2025.

WHO (2025c): Avoidable mortality, risk factors and policies for tackling noncommunicable diseases – leveraging data for impact: monitoring commitments in the WHO European Region ahead of the Fourth United Nations High-Level Meeting. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/381744/WHO-EURO-2025-12445-52219-80271-eng.pdf?sequence=2>, zuletzt abgerufen am 11.07.2025.

WHO (2025d): NCD Quick Buys. 25 Interventions delivering public health impact in five years or less. URL: <https://www.who.int/europe/publications/m/item/ncd-quick-buys-25-interventions-five-years-or-less>, zuletzt abgerufen am 08.08.2025.

WHO (2025e): Saving lives, spending less: the global investment case for non-communicable diseases; Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Wichmann, H.; Hörlein, A.; Ahrens, W.; Nauck, M.: (2016): Die Biobank der Nationalen Kohorte als Ressource der epidemiologischen Forschung [The biobank of the German National Cohort as a resource for epidemiologic research], in: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 59(3). DOI: <https://doi.org/1007/s00103-015-2305-4>

Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag (2023): Public Health Institute in ausgewählten Ländern: Struktur, Organisation, Verantwortlichkeiten (WD 9 - 3000 - 011/23). URL: <https://www.bundestag.de/resource/blob/942732/WD-9-011-23-pdf.pdf>, zuletzt abgerufen am 21.11.2025.

Wissenschaftsrat (2020): Wissenschaft im Spannungsfeld von Disziplinarität und Interdisziplinarität | Positionspapier; Köln. URL: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/2020/8694-20.html>

Wissenschaftsrat (2021): Empfehlungen zur künftigen Rolle der Universitätsmedizin zwischen Wissenschafts- und Gesundheitssystem; Köln. URL: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/2021/9192-21.html>

Wissenschaftsrat (2022): Digitalisierung und Datennutzung für Gesundheitsforschung und Versorgung – Positionen und Empfehlungen; Köln. DOI: <https://doi.org/10.57674/bxkz-8407>

Wissenschaftsrat (2023a): Empfehlungen zur Förderung von Forschungsbauten (Förderphase 2024); Köln. DOI: <https://doi.org/10.57674/xezv-1813>

Wissenschaftsrat (2023b): Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Geschlechterforschung in Deutschland; Köln. DOI: <https://doi.org/10.57674/9z3k-1y81>

Wissenschaftsrat (2023c): Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe | Wissenschaftliche Potenziale für die Gesundheitsversorgung erkennen und nutzen; Köln. DOI: <https://doi.org/10.57674/6exf-am35>

Wissenschaftsrat (2024a): Veranstaltungsbericht zum Symposium: Prävention neu denken! Brauchen wir eine nationale Initiative für Prävention? in Berlin; Köln. DOI: <https://doi.org/10.57674/fpa6-b050>

Wissenschaftsrat (2024b): Perspektiven der Agrar-, Lebensmittel- und Ernährungswissenschaften; Köln. DOI: <https://doi.org/10.57674/txjy-7n56>

Wissenschaftsrat (2025): Empfehlungen zur fachlichen Entwicklung der Medizin mit einem Fokus auf vorklinische und klinisch-theoretische Fächer; Köln. DOI: <https://doi.org/10.57674/3nyr-ht28>

Wissenschaftsrat (2026): Wissenschaft in Deutschland – Stand heute und Perspektiven bis 2040; Köln. DOI: <https://doi.org/10.57674/npvj-9804>

World Health Organization; Regional Office for Europe (2024): Commercial Determinants of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region. World Health Organization. Regional Office for Europe. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/376957>, zuletzt abgerufen am 13.11.2025.

Yau, W.; Kirn, D.; Rabin, J. et al. (2025): Physical activity as a modifiable risk factor in preclinical Alzheimer's disease, in: Nature Medicine. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-025-03955-6>

Yolci, A.; Schenk, L.; Sonntag, P.; Peppler, L.; Schouler-Ocak, M.; Schneider, A. (2022): Observed and personally experienced discrimination: findings of a cross-sectional survey of physicians and nursing staff, in: Human Resources for Health, 20 (83). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00779-0>

Zeeb, H.; Busse, H. (2024): Prävention und Gesundheitsförderung – Aussichten für die Zukunft, in: Hurrelmann, K.; Richter, M.; Stock, S. (Hrsg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung; Bern. DOI: <https://doi.org/10.1024/85590-000>

Zentgraf, H. (13.07.2022): Trend-Phänomen Superfood, in: Bundeszentrum für Ernährung. URL: <https://www.bzfe.de/presse/pressemeldungen-archiv-2024-und-frueher/trend-phaenomen-superfoods>, zuletzt abgerufen am 15.09.2025.

Zintel, S.; Hennig, H.; Jones, C.; Araújo-Soares, V.; Andreas, M.; Hoffmann, K.; Kramer, B.; Mergarten, B.; Schneider, S.; Sniehotta, F.; Kaiser, A. (2025): Bürger:innen als Frühwarnsysteme (Public Health Sentinels) in der öffentlichen

Gesundheit: Fokusgruppen zur Teilnahme an einer adaptiven und kontextsensitiven Echtzeitkohortenstudie in Krisenzeiten, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 68. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-025-04108-3>

Abbildung 1: Healthy life expectancy (HALE) bei Geburt im EU-Vergleich	75
Abbildung 2: Lebenserwartung im europäischen Vergleich	76
Abbildung 3: Anteil der Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen nach Altersgruppen in 2014, 2019, 2024 (in %), in Deutschland	79
Abbildung 4: Altersstruktur in Deutschland (Stichtag: 31.12.2024)	80

Tabelle A. 1: Healthy life expectancy bei Geburt im EU-Vergleich	128
Tabelle A. 2: Lebenserwartung im europäischen Vergleich	129
Tabelle A. 3: Präventive Gesundheitsausgaben im EU-Vergleich (2023)	130
Tabelle A. 4: Nanny State Index 2025	131
Tabelle A. 5: Fördermaßnahmen mit Präventionsbezug des BMFTR (Stichtag: 01.12.2024)	132
Tabelle A. 6: Laufende Forschungsprojekte des BMGs im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention (Stichtag: 01.12.2024)	133

Mitwirkende

Im Folgenden werden die an den Beratungen im Wissenschaftsrat und im Ausschuss Medizin beteiligten Personen sowie die beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle aufgelistet.

Die von Arbeitsgruppen und Ausschüssen erarbeiteten Entwürfe werden bei den einstufigen Verfahren in den Kommissionen des Wissenschaftsrats diskutiert und können ggf. auch verändert werden. Im Ergebnis ist damit der Wissenschaftsrat Autor der veröffentlichten Empfehlungen, Stellungnahmen und Positionspapiere.

Vorsitzender

Professor Dr. Wolfgang Wick
Universitätsklinikum Heidelberg | Deutsches Krebsforschungszentrum
Heidelberg (DKFZ)

Generalsekretärin

Esther Seng
Geschäftsstelle des Wissenschaftsrats

Wissenschaftliche Kommission des Wissenschaftsrats

Professorin Dr. Jutta Allmendinger
Humboldt-Universität zu Berlin | Freie Universität Berlin

Professorin Dr. Julia C. Arlinghaus
Universität St. Gallen
Vorsitzende der Wissenschaftlichen Kommission

Professorin Dr. Liane G. Benning
Freie Universität Berlin | Deutsches GeoForschungsZentrum (GFZ) Potsdam

Dr. Ulrich A. K. Betz
Merck KGaA

Professor Dr. Folkmar Bornemann
Technische Universität München

Professorin Dr. Eva-Lotta Brakemeier
Universität Greifswald

Professorin Dr. Alena Michaela Buyx
Technische Universität München

Professorin Dr. Petra Dersch
Universität Münster

Professorin Dr. Nina Dethloff
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Professor Dr. Jakob Edler
Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung ISI |
Manchester Institute of Innovation Research

Professor Dr. Christian Facchi
Technische Hochschule Ingolstadt

Professorin Dr. Christine Falk
Medizinische Hochschule Hannover

Professorin Dr. Uta Gaidys
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Professor Dr. Michael Hallek
Universität zu Köln

Dr.-Ing. Frank Heinrich
Ehem. CEO Schott AG

Professor Dr. Frank Kalter
Universität Mannheim | Deutsches Zentrum für Integrations-
und Migrationsforschung (DeZIM) e. V.

Dr. Stefan Kampmann
Unternehmensberater, Knetzgau

Professor Dr. Wolfgang Lehner
Technische Universität Dresden

Professorin Dr. Anne Lequy
Hochschule Magdeburg-Stendal

Andrea Martin
IBM DACH

Professorin Dr. Gabriele Metzler
Leibniz-Zentrum für Zeithistorische Forschung Potsdam |
Humboldt-Universität zu Berlin

Professorin Dr. Friederike Pannewick
Philipps-Universität Marburg

Professorin Dr. Ursula Rao
Max-Planck-Institut für Ethnologische Forschung, Halle

Professorin Dr. Gabriele Sadowski
Technische Universität Dortmund

Professor Dr. Ferdi Schüth
Max-Planck-Institut für Kohlenforschung, Mülheim/Ruhr
Stellvertretender Vorsitzender der Wissenschaftlichen Kommission

Dr. Harald Schwager
Mitglied im Aufsichtsrat der K+S Aktiengesellschaft

Professorin Dr. Christine Silberhorn
Universität Paderborn

Professor Dr. Thomas S. Spengler
Technische Universität Braunschweig

Professorin Dr. Birgit Spinath
Universität Heidelberg

Professor Dr. Klement Tockner
Goethe-Universität Frankfurt am Main | Senckenberg Gesellschaft für Natur-
forschung Frankfurt

Professor Dr. Wolfgang Wick
Universitätsklinikum Heidelberg | Deutsches Krebsforschungszentrum
Heidelberg (DKFZ)
Vorsitzender des Wissenschaftsrats

Professor Dr. Oliver Zielinski
Helmholtz-Zentrum Hereon, Geesthacht | Universität Rostock

Verwaltungskommission (Stand: Januar 2026)

Von der Bundesregierung entsandte Mitglieder

Dr. Rolf-Dieter Jungk
Staatssekretär im Bundesministerium für Forschung, Technologie
und Raumfahrt
Vorsitzender der Verwaltungskommission

Dr. Marcus Pleyer
Staatssekretär im Bundesministerium für Forschung, Technologie
und Raumfahrt

N. N.
Bundesministerium der Finanzen

N. N.
Bundesministerium des Innern

Professor Dr. Dr. Markus Schick
Staatssekretär im Bundesministerium für Landwirtschaft, Ernährung
und Heimat

Gitta Connemann
Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Wirtschaft und
Energie

Baden-Württemberg

Petra Olschowski
Ministerin für Wissenschaft, Forschung und Kunst

Bayern

Markus Blume
Staatsminister für Wissenschaft und Kunst
Stellvertretender Vorsitzender der Verwaltungskommission

Berlin

Dr. Ina Czyborra
Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege

Brandenburg

Dr. Manja Schüle
Ministerin für Wissenschaft, Forschung und Kultur

Bremen

Dr. Henrike Müller
Senatorin für Umwelt, Klima und Wissenschaft

Hamburg

Dr. Andreas Dressel
Präses der Behörde für Finanzen und Bezirke

Hessen

Timon Gremmels
Minister für Wissenschaft und Forschung, Kunst und Kultur

Mecklenburg-Vorpommern

Bettina Martin
Ministerin für Wissenschaft, Kultur, Bundes- und Europaangelegenheiten

Niedersachsen

Falko Mohrs
Minister für Wissenschaft und Kultur
Vorsitzender der Verwaltungskommission

Ina Brandes

Ministerin für Kultur und Wissenschaft

Rheinland-Pfalz

Clemens Hoch

Minister für Wissenschaft und Gesundheit

Saarland

Jakob von Weizsäcker

Minister der Finanzen und für Wissenschaft

Sachsen

Sebastian Gemkow

Staatsminister für Wissenschaft im Staatsministerium für Wissenschaft,
Kultur und Tourismus

Sachsen-Anhalt

Professor Dr. Armin Willingmann

Minister für Wissenschaft, Energie, Klimaschutz und Umwelt

Schleswig-Holstein

Dr. Dorit Stenke

Ministerin für Allgemeine und Berufliche Bildung, Wissenschaft,
Forschung und Kultur

Thüringen

Christian Tischner

Minister für Bildung, Wissenschaft und Kultur

Professor Dr. Wolfgang Wick
Universitätsklinikum Heidelberg | Deutsches Krebsforschungszentrum
Heidelberg (DKFZ)
Vorsitzender des Ausschusses
Vorsitzender des Wissenschaftsrats

Ministerialrätin Katrin Benninghoff
Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt

Professorin Dr. Cornelia Betsch
Universität Erfurt | Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin

Dr. Ulrich A. K. Betz
Merck KGaA
Mitglied der Wissenschaftlichen Kommission

Dr. rer. medic. Stefanie Bohley
Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V.

Professorin Dr. Eva-Lotta Brakemeier
Universität Greifswald
Mitglied der Wissenschaftlichen Kommission

Dr. rer. medic. Natascha-Elisabeth Denninger, B.Sc., MScN
Universitätsklinikum Heidelberg

Professorin Dr. Petra Dersch
Universität Münster
Mitglied der Wissenschaftlichen Kommission

Professorin Dr. Christine Falk
Medizinische Hochschule Hannover
Mitglied der Wissenschaftlichen Kommission

Professorin Dr. Uta Gaidys
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Mitglied der Wissenschaftlichen Kommission

Professor Dr. Christian Gerloff
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Ministerialdirigent Professor Dr. Joachim Goebel
Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes Nordrhein-Westfalen

Dr. Rolf Greve
Behörde für Wissenschaft, Forschung, Gleichstellung und Bezirke, Hamburg

Professor Dr. Michael Hallek

Universitätsklinikum Köln

Mitglied der Wissenschaftlichen Kommission

Dr. Laura Hanske

Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt

Professor Dr. Peter Henningsen

Technische Universität München

Dr. David Herr

Bundesministerium für Gesundheit

Dr. Petra Hintze

Deutsche Forschungsgemeinschaft

Professor Dr. Wolfgang Hoffmann

Universitätsmedizin Greifswald

Professorin Dr. med. Rosa Klotz

Universitätsklinikum Heidelberg

Professorin Dr. Mechthild Krause

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Dr. Michael Lehmann

Ministerium für Wissenschaft, Energie, Klimaschutz und Umwelt des Landes

Sachsen-Anhalt

Sandra Magens

Universität zu Lübeck

Professor Dr. Jochen (J. O.) Mierau

Universität Groningen, Groningen, Niederlande

Dr. Eckard Picht

Deutsche Forschungsgemeinschaft

Professorin Dr. Sabine Oertelt-Prigione

Radboud University | Medizinische Fakultät OWL, Universität Bielefeld

Dr. Ida Retter

VolkswagenStiftung

Ministerialdirigent Thomas Romes

Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt

Anja Simon

Universitätsklinikum Heidelberg

Dr. Ute Teichert

Professorin Dr. Sylvia Thun

173

Berliner Institut für Gesundheitsforschung (BIH) an der Charité Berlin

Woldemar Venohr

Ministerium für Wissenschaft, Kultur, Bundes- und Europaangelegenheiten

Mecklenburg-Vorpommern

Marie-Therese Danzeisen (Sachbearbeiterin)

Dr. Julia Fürwitt-Born (Stellvertretende Abteilungsleiterin)

Dr. Irina Peek (Referentin)

Hannah Schiff (Sachbearbeiterin)

Dr. Beatrix Schwörer (Abteilungsleiterin)

Sandra Ueckert (Teamassistentin)

Dr. Annika Witte (Referentin)