



Gesundheitsförderung auf Bevölkerungsebene

Peter von Philipsborn und Karin Geffert

Zusammenfassung

Das Schaffen gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen hat in der Vergangenheit wesentlich zur Verlängerung der Lebenserwartung und dem Rückgang der Krankheitslast beigetragen. Das Potential, durch Gesundheitsförderung auf Bevölkerungsebene Krankheit, Behinderung und vorzeitigen Tod zu vermeiden, und zur Erhöhung der gesundheitlichen Lebensqualität beizutragen, ist auch heute noch bei weiten nicht ausgeschöpft. Im vorliegenden Kapitel werden zentrale Konzepte und Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung vorgestellt, und politische Dimensionen und prioritäre Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Deutschland diskutiert. Dies umfasst für die Gesundheitsförderung zentrale Konzepte wie die Patho- und Salutogenese, Gesundheitsressourcen und Risikofaktoren, das Konzept der Befähigung (engl. *empowerment*), der proportionale Universalismus, und die Prinzipien öffentlicher Fürsorge und individueller Autonomie. Es werden verschiedene Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung auf Bevölkerungsebene vorgestellt, von dem sozioökologischen Modell, dem Mehrebenenansatz der Public Health, über dem Ansatz von Gesundheit in allen Politikbereichen (engl. *health in all policies*) bis hin zu dem Konzept der planetaren Gesundheit. Zum Abschluss werden Möglichkeiten vorgestellt, wie Public-Health-Fachkräfte zur Umsetzung von Gesundheitsförderung auf Bevölkerungsebene beitragen können.

P. von Philipsborn (✉) · K. Geffert
Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland
E-Mail: pphilipsborn@ibe.med.uni-muenchen.de

K. Geffert
E-Mail: kgeffert@ibe.med.uni-muenchen.de

Schlüsselwörter

Gesundheitsförderung • Prävention • Politische Determinanten von Gesundheit

1 Einleitung

Seit dem Jahr 1800 hat sich die Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland und weltweit mehr als verdoppelt – von 29 auf 71 Jahre im weltweiten Durchschnitt und von 38 auf 81 Jahre in Deutschland (Gapminder 2019; Roser 2019). Hauptverantwortlich für diese bemerkenswerte Entwicklung waren Verbesserungen in den Lebensbedingungen der Bevölkerung. Eine besonders wichtige Rolle spielten der Ausbau von Wasser- und Sanitärversorgung, die Verbesserung der Ernährung und der Wohn- und Arbeitsbedingungen (Deaton 2013; Harris 2004; McKeown 1988). Eine ebenfalls wichtige, aber nach Einschätzung der meisten Fachleute kleinere Rolle spielten Fortschritte bei der Behandlung auftretender Krankheiten und der Krankheitsprävention mit Impfstoffen und Medikamenten (Deaton 2013; Harris 2004; McKeown 1988).

Das Wissen um die Bedeutung von gesundheitsfördernden Lebensbedingungen für ein langes, gesundes Leben spiegelt sich auch in der internationalen Politik wider. Die 2015 von den Vereinten Nationen verabschiedeten nachhaltigen Entwicklungsziele (engl. *sustainable development goals*, SDGs) beinhalten zahlreiche Ziele, die zu einem gesunden, nachhaltigen Leben der Menschen auf unserem Planeten beitragen sollen. Hierzu zählen unter anderen die Ziele „Gesundheit und Wohlergehen“, „Sauberes Wasser und Sanitäreinrichtungen“, „Bezahlbare und saubere Energien“ und „Nachhaltige Städte und Gemeinden“.

Tatsächlich bestehen auch heute noch viele Möglichkeiten, durch das Schaffen gesünderer Lebensbedingungen Krankheit und vorzeitigen Tod zu vermeiden. Es wird geschätzt, dass sich rund ein Drittel der Krankheitslast in Deutschland und weltweit auf vermeidbare umwelt-, verhaltens- und berufsbezogene Risikofaktoren zurückführen lässt (IHME 2019). Hierzu zählen Risikofaktoren wie Fehl- und Überernährung, mangelnde körperliche Bewegung, schädlicher Alkohol- und Tabakkonsum sowie Lärmbelastung und Luftverschmutzung (IHME 2019). Gesundheitsförderung ist jedoch nicht auf die Reduzierung solcher Risikofaktoren beschränkt, sondern umfasst auch das Schaffen positiver Bedingungen für die volle Entfaltung psychischer und physischer Gesundheit (Antonovsky 1987).

Grundsätzlich können Maßnahmen der Gesundheitsförderung auf verschiedenen Ebenen ansetzen: auf der Ebene des einzelnen Individuums (wie zum Beispiel Ernährungsberatung oder Unterstützung bei der Tabakentwöhnung), auf der Ebene von einzelnen Settings bzw. Lebenswelten (wie zum Beispiel in einzelnen Betrieben durchgeführte Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements) oder auf der Ebene der Bevölkerung als Ganzes bzw. größerer Bevölkerungsteile (wie zum Beispiel die Einführung der Gurtpflicht, des Rauchverbots in Gastronomiebetrieben oder festgelegter Grenzwerte für industrielle Transfettsäuren in Lebensmitteln innerhalb der EU). Maßnahmen auf Bevölkerungsebene wird die größte Effektivität und Kosteneffizienz zugeschrieben: Sie sind Schwerpunkt des folgenden Kapitels.

Das Kapitel ist wie folgt aufgebaut: Zunächst werden Grundkonzepte der Gesundheitsförderung eingeführt; anschließend werden verschiedene Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung auf Bevölkerungsebene vorgestellt und das Verhältnis von Gesundheitsförderung und Politik diskutiert, bevor mit einem Fazit geschlossen wird.

2 Grundkonzepte der Gesundheitsförderung

2.1 Gesundheitsförderung und Prävention

Die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention werden in Wissenschaft, Politik und Praxis nicht einheitlich verwendet. Häufig werden die Begriffe überlappend für die Förderung gesunder Lebensbedingungen und Lebensweisen und die Verhinderung von Krankheit und vorzeitigem Tod verwendet. Das europäische Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verwendet in seiner Typologie von Public-Health-Grundfunktionen die folgende Unterscheidung, der auch in diesem Kapitel gefolgt werden soll: Demnach bezeichnet Gesundheitsförderung (engl. *health promotion*) die Förderung gesunder Lebensbedingungen und Lebensweisen primär durch Aktivitäten außerhalb des Gesundheitssystems (WHO 2015). Prävention (engl. *prevention*) hingegen umfasst hauptsächlich Aktivitäten innerhalb des Gesundheitssystems zur Vorbeugung spezifischer Krankheiten oder Krankheitsfolgen. Zur Prävention gehört insbesondere die Primärprävention (Verhinderung des Neuauftretens von Krankheiten unter Gesunden), die Sekundärprävention (das Verhindern des Fortschreitens von Krankheiten durch Früherkennung und spezifische Therapien), die Tertiärprävention bzw. Rehabilitation (der Erhalt oder das Wiederherstellen der gesellschaftlichen Teilhabe

von Erkrankten), und die Quartärprävention (der Schutz vor den negativen gesundheitlichen Folgen medizinischer Fehl- und Überversorgung) (WHO 2015).

Des Weiteren kann zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention unterschieden werden. Verhaltensprävention setzt am Individuum und den individuellen Kenntnissen, Fähigkeiten, Motivationen, Präferenzen und Werten an. Verhältnisprävention setzt hingegen an den Verhältnissen, das heißt den äußeren Kontext- bzw. Umgebungsbedingungen von Menschen an. Auch hier zeigt sich die überlappende Verwendung der Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung: Insbesondere Maßnahmen der Verhältnisprävention (wie zum Beispiel Rauchverbote in der Gastronomie), aber auch verschiedene Maßnahmen der Verhaltensprävention (wie zum Beispiel öffentliche Aufklärungskampagnen zu HIV und AIDS) fallen auch unter die oben genannte Definition von Gesundheitsförderung.

2.2 Patho- und salutogenetische Ansätze

Das breite Spektrum der Gesundheitsförderung kann auf unterschiedliche Arten unterteilt werden. Eine Möglichkeit ist die Unterscheidung zwischen patho- und salutogenetischen Ansätzen. Als *Pathogenese* (von altgriechisch *páthos*, Leiden, und *genesis*, Entstehung) bezeichnet man die Entstehung und Entwicklung von Krankheiten. Als *Pathomechanismus* bezeichnet man die Wirkmechanismen, über die bestimmte Risikofaktoren zur Entstehung von Krankheiten führen. Pathogenetische Ansätze der Gesundheitsförderung sind entsprechend darauf fokussiert, schädigende Einflüsse auf die Gesundheit zu minimieren bzw. die Kausalkette zwischen potentiell schädigenden Einflüssen und der Entstehung von Krankheiten zu durchbrechen.

Der Begriff der *Salutogenese* (von lateinisch *salus*, Gesundheit, und altgriechisch *genesis*, Entstehung) wurde von dem amerikanisch-israelischen Soziologen Aaron Antonovsky geprägt (Antonovsky 1987). Anders als der Begriff der Pathogenese stellt der Begriff der Salutogenese nicht Faktoren und Mechanismen in den Mittelpunkt, die krank machen, sondern solche, die Gesundheit schützen, erhalten und zur Entfaltung bringen. Salutogenetische Ansätze der Gesundheitsförderung sind entsprechend darauf fokussiert, solche gesundheitliche Resilienz- und Protektivfaktoren auf individueller und gesellschaftlicher Ebene zu fördern und zu schützen. Diese Faktoren werden auch als *Gesundheitsressourcen* bezeichnet (Bengel und Lyssenko 2016). Relevante gesundheitliche Protektiv- bzw. Resilienz-faktoren sind zum Beispiel soziale Kontakte und soziale Unterstützung; als sinnvoll, befriedigend und erfüllend erlebte Arbeit; Hobbies; Engagement für

und Einbindung in eine Gemeinschaft; Sport und körperliche Bewegung; Kontakt zur Natur; und die Aussicht auf eine positive, lebenswerte Zukunft (Bengel und Lyssenko 2016) (Hari 2018) (Layard 2011).

Antonovsky selbst stellte einen Schutzfaktor menschlicher Gesundheit in den Mittelpunkt seiner Arbeit: Das sogenannte *Kohärenzgefühl* (engl. *sense of coherence*), ein umfassendes, dauerhaftes und tief verwurzeltes Gefühl der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und der Sinnhaftigkeit der Welt und des Lebens. Nach Antonovsky sind hierbei drei Faktoren von besonderer Bedeutung:

- Die Fähigkeit, das eigene Leben und die Welt verstehen zu können – das Gefühl der *Verstehbarkeit*.
- Das Gefühl, das eigene Leben und die Welt um einen herum gestalten und auftretende Herausforderungen meistern zu können – das Gefühl der *Handhabbarkeit* bzw. *Bewältigbarkeit*.
- Das Erleben der Welt und des eigenen Lebens als bedeutsam und sinnhaft – das Gefühl der *Sinnhaftigkeit*.

Nach Antonovsky ist dieses Gefühl der zentrale Protektiv- bzw. Resilienzfaktor, der Menschen auch unter widrigen Bedingungen gesund erhalten kann (Antonovsky 1987).

2.3 Befähigung (Empowerment)

Ein wichtiger Ansatz für die Stärkung des Kohärenzgefühls und weiterer Gesundheitsressourcen ist die Befähigung (engl. *empowerment*) von Menschen zu einer größeren Selbstbestimmung über Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen (WHO 1986). Geprägt wurde der Begriff der Befähigung bzw. des Empowerments von der Ottawa-Charta der WHO, einer 1986 von der internationalen Staatengemeinschaft verabschiedeten Erklärung, die bis heute eine wichtige Grundlage für Gesundheitsförderung darstellt (siehe Kasten 1).

Kasten 1: Die Ottawa-Charta

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung wurde am 21. November 1986 auf der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO in Ottawa, Kanada verabschiedet. Gemäß der Charta zielt Gesundheitsförderung „auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an

Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986). Die Charta dient als Aktionsprogramm zur Erreichung des Zieles „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“. Es handelt sich also um ein historisches Dokument, das aber auch heute noch nicht an Aktualität verloren hat. Die Charta benennt drei Strategien der Gesundheitsförderung:

- Eine Anwaltschaft (engl. *advocacy*), das heißt ein öffentliches Eintreten für gesundheitsförderliche Lebensbedingungen und Lebensweisen.
- Die Befähigung von Menschen, Kontrolle über die Faktoren auszuüben, die ihre Gesundheit beeinflussen.
- Das Vermitteln und Vernetzen von Akteuren innerhalb und außerhalb des Gesundheitssektors.

Darüber hinaus benennt die Ottawa-Charta fünf Handlungsfelder der Gesundheitsförderung: Das Entwickeln einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik; das Schaffen von gesundheitsförderlichen Lebenswelten; die Unterstützung von gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen auf lokaler Ebene; die Entwicklung von persönlichen Kompetenzen durch die Befähigung von Individuen; und die Neuausrichtung von Gesundheitsdiensten auf Prävention und Gesundheitsförderung. Der Text stellt auch heute noch eine wichtige konzeptionelle Grundlage für Gesundheitsförderung auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene dar (siehe Internetressourcen am Ende des Kapitels).

2.4 Krankheitslast und Risikofaktoren

Während salutogenetische Ansätze auf Gesundheitsressourcen fokussieren, nehmen pathogenetische Ansätze *Risikofaktoren* und die von diesen verursachte *Krankheitslast* in den Blick. Eine Möglichkeit, die Krankheitslast (engl. *burden of disease*) zu quantifizieren, sind die sogenannten *disability-adjusted life years* (DALYs). DALYs sind ein zusammengesetztes Maß für die Gesamtsumme gesunder Lebenszeit, die durch Krankheit, Behinderung und vorzeitigen Tod verloren geht. Die umfassendste Quelle für Daten zur Krankheitslast ist die

Global Burden of Disease Study (GBDS), einer internationalen Forschungsoperation von mehr als 2500 WissenschaftlerInnen aus 133 Ländern (Murray und Lopez 2017). In der GBDS wurden je über 300 verschiedene Krankheiten und Risikofaktoren untersucht, und mittels epidemiologischer Daten ihre Inzidenz und Prävalenz sowie die Auswirkungen auf Morbidität und Mortalität berechnet. Die GBDS erfasst metabolische Risikofaktoren (wie z. B. ein erhöhter Blutzuckerspiegel), verhaltensbezogene Risikofaktoren (wie z. B. Rauchen) sowie umweltbezogene Risikofaktoren (wie z. B. Exposition gegenüber Straßenlärm). Nicht erfasst sind sozioökonomische Risikofaktoren (wie z. B. Armut, Arbeits- oder Obdachlosigkeit) und politische bzw. systemische Faktoren, die das Risiko für Krankheit und vorzeitigen Tod beeinflussen können (wie z. B. Diskriminierung, Einkommensungleichheit, oder das Fehlen eines leistungsfähigen Gesundheitssystems). Allgemein gilt, dass in der GBDS vor allem Risikofaktoren erfasst sind, die am unteren Ende der Kausalkette zwischen Ursachen und Krankheiten stehen (sog. *downstream*-Faktoren), und systemische bzw. *upstream*-Faktoren nicht abgebildet werden. Daten zur Krankheitslast können daher vor allem helfen, die Relevanz unterschiedlicher verhaltens- und umweltbezogener sowie metabolischer Risikofaktoren abzuschätzen. So zeigt Abb. 1 zum Beispiel, dass auf die drei Risikofaktoren Tabak, Bluthochdruck und Fehlernährung jeweils rund 10 % der Krankheitslast in Deutschland entfallen, was ihre Bedeutung für die öffentliche Gesundheit unterstreicht. In Deutschland berichtet zudem die *Gesundheitsberichterstattung* des Bundes und der Länder regelmäßig über den Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung, und zwar anhand von verschiedenen Indikatoren wie z. B. Krankheiten, Gesundheitsverhalten und Risikofaktoren (siehe Internetressourcen am Ende des Kapitels).

2.5 Gesundheitliche Ungleichheiten und der proportionale Universalismus

In Deutschland bestehen wie in den meisten Ländern der Welt ausgeprägte soziale Unterschiede im Gesundheitsstatus: Menschen mit höherem Einkommen und einem höheren formalen Bildungsstand leben länger und sind weniger stark von Krankheiten betroffen als sozial weniger privilegierte Menschen. So beträgt die Differenz in der Lebenserwartung zwischen Menschen mit niedrigem Einkommen (<60 % des Durchschnittseinkommens) und Menschen mit hohem Einkommen (>150 % des Durchschnittseinkommens) in Deutschland bei Männern 8,6 Jahre und bei Frauen 4,4 Jahre (Lampert, Hoebel und Kroll 2019). Neben

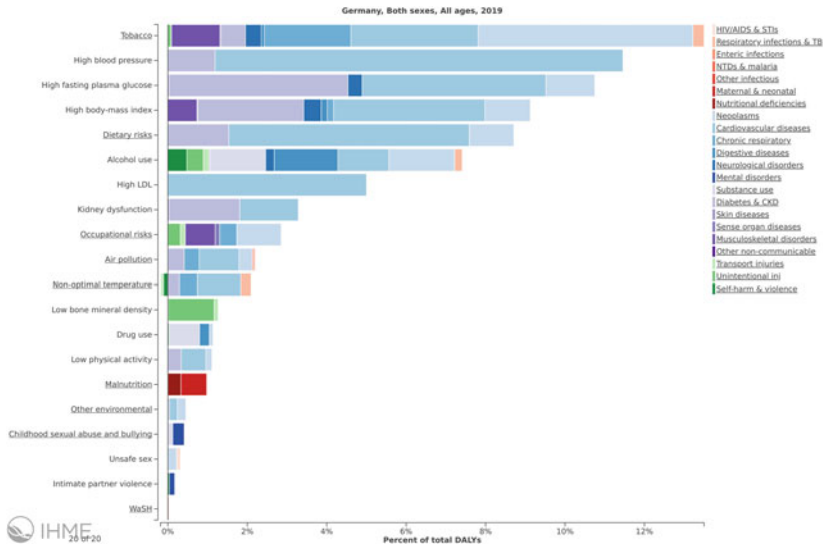


Abb. 1 Verhaltens- und umweltbezogene sowie metabolische Risikofaktoren und ihre attributable Krankheitslast in Deutschland. Bild- und Datenquelle: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

Einkommen und Bildungsstand korrelieren noch zahlreiche weitere sozioökonomische und soziokulturelle Faktoren mit Gesundheit und Krankheit, wie zum Beispiel Bildungsstand, Wohnort, Beruf, Beschäftigungs- und Aufenthaltsstatus und Familienstand (WHO 2008).

Maßnahmen der Gesundheitsförderung können solche gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen sozialen Gruppen sowohl verstärken als auch verringern. Allgemein gilt, dass von Maßnahmen der Verhaltensprävention insbesondere Personen profitieren, die ein hohes Gesundheitsbewusstsein besitzen und über die nötigen Ressourcen verfügen, um Verhaltensänderungen in ihrem Alltag umzusetzen (Adams et al. 2016). Deshalb profitieren von solchen Maßnahmen sozial Privilegierte oft mehr als sozial Benachteiligte, was gesundheitliche Ungleichheiten verschärfen kann. Von Maßnahmen der Verhältnisprävention, die oft keine aktiven, bewussten Verhaltensänderungen der Zielgruppe erfordern, profitieren hingegen oft sozial Benachteiligte im besonderen Maße (Adams et al. 2016).

Der Begriff des *proportionalen Universalismus* bezeichnet dabei die Idee, dass Gesundheitsförderung allen zu Gute kommen sollte (Universalismus), wobei die

am stärksten Benachteiligten besonders profitieren sollten (WHO 2008). Ist dieses Kriterium erfüllt, kann Gesundheitsförderung einerseits dazu beitragen, dass die Bevölkerung als Ganzes im Durchschnitt gesünder wird, und dass zugleich gesundheitliche Ungleichheiten zwischen sozialen Gruppen abgebaut werden. Geprägt wurde der Begriff des proportionalen Universalismus von dem britischen Epidemiologen und Mediziner Michael Marmot (WHO 2008).

2.6 Öffentliche Fürsorge und individuelle Autonomie in der Gesundheitsförderung

Bei Gesundheitsförderungsmaßnahmen gilt es oft, das Prinzip der *öffentlichen Fürsorge* gegen die *Autonomie des Einzelnen* abzuwägen. So wurde zum Beispiel die Einführung der Gurtpflicht beim Autofahren mit der Fürsorge der Gemeinschaft für das Leben und die körperliche Unversehrtheit von Autoinsassen im Falle eines Unfalls begründet. Andererseits stellt die Gurtpflicht auch einen Eingriff in die grundgesetzlich geschützte individuelle Handlungsfreiheit dar. Eine Möglichkeit, die von Gesundheitsförderungsmaßnahmen ausgehende Einschränkung der individuellen Handlungsfreiheit abzuschätzen ist die vom *Nuffield Council on Bioethics* entwickelte Interventions-Leiter (siehe Abb. 2) (Nuffield Council on Bioethics 2007). Diese unterscheidet acht Stufen zunehmender Freiheitseinschränkung, die vom Nichtstun (Stufe 1) bis zum vollständigen Aufheben der Entscheidungsfreiheit (Stufe 8) reichen.

In Deutschland ist die individuelle Handlungsfreiheit von Art. 2.1 des Grundgesetzes – dem Recht auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit – sowie weiteren spezifischen Grundrechten geschützt, wie zum Beispiel der Meinungsfreiheit (Art. 5) und der Freiheit der Berufsausübung (Art. 12). Ein Eingriff in individuelle Freiheitsrechte erfordert daher stets eine Rechtfertigung. Insbesondere muss der Eingriff die folgenden Kriterien erfüllen: Er muss geeignet sein, ein verfassungsgemäßes Ziel zu erreichen (wie zum Beispiel den Schutz von Leben und Gesundheit); der Eingriff muss erforderlich sein, d. h. es darf kein anderes, weniger stark grundrechte-einschränkendes Mittel geben das Ziel zu erreichen; und der Eingriff muss verhältnismäßig sein, d. h. er muss in einem angemessenen Verhältnis zu dem zu erreichenden Ziel stehen. Bei der Auslegung dieser Kriterien wird dem Gesetzgeber in der Regel ein großer Interpretationsspielraum zugestanden.

Die Interventionsleiter des Nuffield Councils fokussiert auf die Freiheit, im eigenen Handlungsspielraum nicht durch staatliche Eingriffe eingeschränkt zu werden. Dies wird als *negatives Freiheitsverständnis* bezeichnet, da sich diese Freiheit aus der Abwesenheit staatlicher Eingriffe ergibt. Freiheit kann jedoch

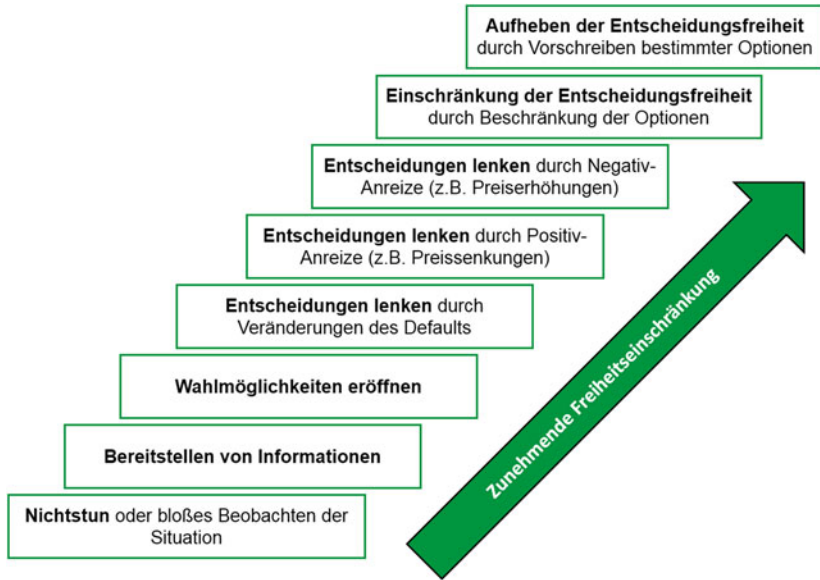


Abb. 2 Die Interventions-Leiter des Nuffield Council on Bioethics. (Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von Nuffield Council on Bioethics 2007)

auch als reale Handlungsfähigkeit verstanden werden, d. h. als die Möglichkeit, bestimmte Handlungen tatsächlich ausüben zu können. Dies wird als *positives Freiheitsverständnis* bezeichnet, da sich diese Freiheit aus der Anwesenheit tatsächlicher Handlungsmöglichkeiten ergibt (Sen 2001).

In manchen Fällen greifen Maßnahmen der Gesundheitsförderung in die negative Freiheit bestimmter Personengruppen ein, um die positive Freiheit derselben oder anderer Personengruppen zu schützen. So greift ein staatliches Rauchverbot in Gastronomiebetrieben in die Freiheit von Rauchern ein, ohne Beschränkung durch staatliche Vorschriften in Kneipen rauchen zu dürfen (Eingriff in die negative Freiheit). Andererseits eröffnet ein Rauchverbot Rauchern und Nichtraucherern die reale Handlungsmöglichkeit, ohne Gesundheitsgefährdung durch Passivrauch ausgehen zu können, und schützt zudem das Recht von Gastronomie-MitarbeiterInnen auf einen rauchfreien Arbeitsplatz (Förderung und Schutz positiver Freiheiten).

Zu bedenken ist zudem, dass die Auswirkungen auf die Handlungsfreiheit für unterschiedliche Personengruppen unterschiedlich ausfallen können, und es

gute Gründe geben kann, diese unterschiedlich zu bewerten. So ist zum Beispiel in Norwegen und Schweden an Kinder gerichtete Werbung verboten, was die Handlungsfreiheit u. a. von Süßwaren- und Süßgetränkherstellern einschränkt, ihre Waren gegenüber Kindern zu bewerben (WHO 2007). Andererseits lässt sich argumentieren, dass der Schutz vor Manipulation durch Werbung Voraussetzung für die freie Entwicklung und Entfaltung der Persönlichkeit von Kindern ist, und dass dieses Recht höher wiegt als das Recht von Unternehmen, ihre Waren uneingeschränkt auch gegenüber Kindern bewerben zu dürfen.

2.7 Nudging und der liberale Paternalismus

Zu den traditionellen Instrumenten der Gesundheitsförderung zählen insbesondere die Informationsbereitstellung (z. B. Warnhinweise auf Zigarettenspackungen, Aufklärungskampagnen zu HIV), das Setzen ökonomischer Anreize (z. B. über die Tabak- und Alkoholsteuer, finanzielle Zuschüsse zu Sportkursen), Gebote und Verbote (z. B. die Gurtpflicht, Rauchverbote, Vorschriften des Arbeitsschutzes und der Lebensmittelsicherheit) sowie staatliche Investitionen (z. B. der Bau von Fahrradwegen, öffentlichen Schwimmbädern oder Lärmschutzmauern). Daneben hat in den letzten Jahren ein weiterer Ansatz zunehmend Beachtung gefunden: das sogenannte *Nudging*. Als *Nudges* (engl. für Stupser) bezeichnet man Merkmale einer Umgebung, die menschliches Verhalten vorhersehbar beeinflussen, ohne Handlungsoptionen vorzuschreiben oder auszuschließen oder relevante wirtschaftliche Anreize zu setzen (Krisam et al. 2017). Nudging-Intervention setzen häufig an der sog. *Entscheidungsarchitektur* (engl. *choice architecture*) an. Zur Entscheidungsarchitektur zählen all jene materiellen und immateriellen Aspekte einer Umgebung, welche im Moment und am Ort einer Entscheidung Einfluss auf diese nehmen. Hierzu zählt unter anderen die Platzierung bzw. Positionierung von Objekten: So konnte z. B. gezeigt werden, dass in Kantinen eine besser sichtbare und leichter zugängliche Platzierung gesunder Lebensmittel dazu führen kann, dass diese mehr konsumiert werden (Krisam et al. 2017). Ein weiterer Aspekt der Entscheidungsarchitektur ist der sog. *Default*, d. h. die Standardoption, die eintritt, sofern keine aktive Entscheidung gegen die Standardoption oder für eine Alternative getroffen wird. So wurde zum Beispiel in einer Studie in einer Fastfood-Kette das in den Kindermenüs standardmäßig enthaltene Süßgetränk durch gesündere Getränke ersetzt; die Kunden hatten weiterhin die Möglichkeit, das Kindermenü mit einem Süßgetränk zu bestellen, mussten aber aktiv danach fragen. Diese Änderung des Defaults führte zu einem deutlichen Rückgang des Süßgetränkeabsatzes (Peters et al. 2016).

Der Ansatz des Nudging versucht so, das Prinzip der öffentlichen Fürsorge mit dem Schutz der individuellen Handlungsfreiheit zu verbinden: Durch Nudges werden keine Handlungen vorgeschrieben oder unmöglich gemacht, vielmehr soll die veränderte Entscheidungsarchitektur ein Anstupser für bessere bzw. gesündere Entscheidungen sein. Der Wirtschaftswissenschaftler Richard Thaler und der Jurist Cass Sunstein prägten daher den Begriff des *liberalen Paternalismus* für die Anwendung von Nudging-Maßnahmen (Thaler und Sunstein 2009).

3 Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung auf Bevölkerungsebene

3.1 Das sozioökologische Modell und der Mehrebenenansatz

Sowohl patho- also auch salutogenetische Ansätze der Gesundheitsförderung setzen an Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit an. Eine Möglichkeit, diese Einflussfaktoren graphisch darzustellen, ist das sogenannte *sozioökologische Modell*. Dieses unterscheidet Faktoren auf verschiedenen Ebenen, darunter der individuellen und der zwischenmenschlichen Ebene, der Ebene der Lebenswelten bzw. Settings sowie der Ebene der politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (siehe Abb. 3) (Centers for Disease Control and Prevention 2015).

Die gesellschaftlichen Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit werden auch als soziale Determinanten von Gesundheit (engl. *social determinants of health*) bezeichnet. Darüber hinaus können auch politische und kommerzielle Determinanten von Gesundheit unterschieden werden (siehe Kasten 2). Die sozialen, politischen und kommerziellen Determinanten von Gesundheit sind wichtige Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung auf Bevölkerungsebene.

Kasten 2: Gesundheitsförderung und die sozialen, politischen und kommerziellen Determinanten von Gesundheit

Der Begriff der sozialen Determinanten von Gesundheit wurde von der *Commission on Social Determinants of Health* geprägt, einer von der WHO einberufenen Fachkommission (WHO 2008). In ihrem 2008 veröffentlichten Bericht unterschied die Kommission 10 gesellschaftliche



Abb. 3 Das sozioökologische Modell menschlichen Gesundheitsverhaltens. (Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von Centers for Disease Control and Prevention 2015)

Einflussfaktoren, die Einfluss auf Gesundheit, Krankheit und Lebenserwartung nehmen und hauptverantwortlich für gesundheitliche Ungleichheiten zwischen sozialen Gruppen sind: Frühkindliche Förderung und Bildung; die physische Infrastruktur von Städten und Gemeinden; Arbeit und Beruf; soziale Absicherung; Gesundheitsversorgung; gesundheitsrelevante Rahmensetzungen in sonstigen Politikbereichen; das Steuer- und Abgabensystem; Markteinflüsse; Geschlechtergerechtigkeit; politische Mitsprache- und

Mitgestaltungsmöglichkeiten; und globale Zusammenarbeit (engl. *global governance*) (WHO 2008)

In der Folge wurde darüber hinaus der Begriff der *politischen Determinanten von Gesundheit* für politische Rahmensetzungen geprägt, die Einfluss auf Gesundheit nehmen – wie zum Beispiel die öffentliche Finanzierung von Gesundheitsleistungen oder die Regulierung der Tabak- und Alkoholindustrie (Mackenbach 2014). Für den Einfluss von solchen Industrien und ihren Praktiken auf die Gesundheit wiederum wird der Begriff der *kommerziellen Determinanten von Gesundheit* verwendet (Kickbusch et al. 2016)

Entsprechend des sog. *Mehrebenen-Ansatzes* sind Maßnahmen der Gesundheitsförderung dann besonders vielversprechend, wenn sie an mehreren Ebenen gleichzeitig ansetzen. Medizinische und verhaltenspräventive Maßnahmen setzen in der Regel an der individuellen Ebene an, während Maßnahmen der Verhältnisprävention an der Setting- und Systemebene ansetzen (siehe Abb. 4). Dabei gilt, dass Maßnahmen, die an höheren Ebenen ansetzen in der Regel politisch schwieriger umzusetzen und wissenschaftlich zu evaluieren sind, ihnen aber auch eine höhere potentielle Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit auf Bevölkerungsebene zugeschrieben wird (Swinburn et al. 2011).

3.2 Gesundheitsförderliche Gesamtpolitik und Gesundheit in allen Politikbereichen

Gesundheitsförderung sollte idealerweise nicht nur auf verschiedenen Ebenen, sondern auch in unterschiedlichen Politikbereichen ansetzen. Dies ist die Grundidee des Ansatzes von *Gesundheit in allen Politikbereichen* (engl. *health in all policies, HiAP*) bzw. der *gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik* der WHO (WHO 2013). Dem Ansatz liegt die Erkenntnis zu Grunde, dass Gesundheit nicht nur vom Gesundheitssystem und der Gesundheitspolitik im engeren Sinne beeinflusst wird, sondern auch von Maßnahmen in zahlreichen weiteren politischen und gesellschaftlichen Handlungsfeldern. So beeinflusst z. B. die Verkehrspolitik das Ausmaß körperlicher Bewegung im Alltag, die Landwirtschaftspolitik beeinflusst die Kosten und die Verfügbarkeit verschiedener Lebensmittel und damit die Ernährung; und die Sozialpolitik nimmt Einfluss auf die gesundheitlichen Auswirkungen von Armut und Arbeitslosigkeit. Das Ziel des Ansatzes von

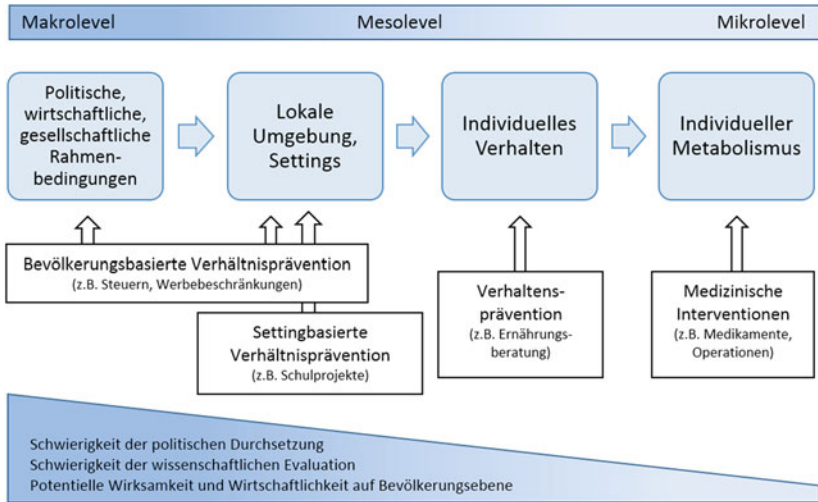


Abb. 4 Der Mehrebenenansatz der öffentlichen Gesundheit. (Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von Swinburn et al. 2011)

Gesundheit in allen Politikbereichen ist es, dass Gesundheit als Querschnittsthema in allen Politikbereichen mitbedacht wird. In der Praxis wird dieser Grundsatz leider nicht immer umgesetzt. So weist zum Beispiel das Präventionsgesetz von 2015 die Verantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung vorrangig den Krankenkassen zu, die nur begrenzte Möglichkeiten haben, in andere Politikbereiche hineinzuwirken. Die unzureichende Umsetzung des Ansatzes hat verschiedene Ursachen, wie zum Beispiel fehlende Erfahrung mit ressortübergreifender Zusammenarbeit, das ausbaufähige politische Engagement der Public-Health-Fachgemeinschaft sowie Lobbyinteressen, die gesundheitlichen Anliegen entgegenstehen. Dennoch gibt es auch in Deutschland bereits Beispiele für die Umsetzung von Gesundheit in allen Politikbereichen (Geene et al. 2019).

3.3 Der Setting-Ansatz: Gesundheitsförderung in Lebenswelten

Eine wichtige Grundlage von Gesundheitsförderung ist die Berücksichtigung verschiedener Lebenswelten (engl. *settings*). So beschreibt zum Beispiel die

eingangs erwähnte Ottawa-Charta Lebenswelten als eines von fünf Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung. Als Lebenswelt bzw. Setting werden Systeme bezeichnet, in denen Menschen Alltagsaktivitäten nachgehen, wie beispielsweise Kindertagesstätten, Schulen oder Betriebe. Nach dem Setting-Ansatz sollen die Lebensbedingungen in den Lebenswelten gesundheitsgerecht gestaltet und die aktive Mitgestaltung sowohl der Individuen, als auch der Gemeinschaft gefördert werden (Rosenbrock und Hartung 2015). Da die meisten Lebenswelten außerhalb des Gesundheitssystems angesiedelt sind, erfordert dies in der Regel Handeln nach dem Grundsatz von Gesundheit in allen Politikbereichen.

3.4 Die Hochrisiko- und Bevölkerungsstrategie und das Präventionsparadox

Maßnahmen der Gesundheitsförderung können auf die Bevölkerung als Ganzes bzw. größere Teile der Allgemeinbevölkerung abzielen (sog. *Bevölkerungsstrategie*), oder auf bestimmte Hochrisikogruppen fokussiert sein (sog. *Hochrisikostrategie*). Der britische Arzt und Epidemiologe Geoffrey Rose hat beobachtet, dass bei Bevölkerungsstrategien der Nutzen für jeden Einzelnen in der Regel relativ gering, der Nutzen für die Bevölkerung als Ganzes auf Grund der großen Zahl an Nutznießern jedoch oft groß ist (Rose 1992). Bei der Hochrisikostrategie verhält es sich genau umgekehrt: Hier ist der Nutzen für den Einzelnen groß, der Nutzen für die Bevölkerung als Ganzes aufgrund der kleinen Zahl an Nutznießern ist jedoch meist gering. Diesen Zusammenhang bezeichnet man als *Präventionsparadox* (siehe Tab. 1).

Zum Teil entsprechen diese beiden Strategien den unterschiedlichen Perspektiven, die in der öffentlichen Gesundheit und in der Medizin eingenommen werden. Während in der öffentlichen Gesundheit die Gesundheit der Bevölkerung als Ganzes im Mittelpunkt steht, ist die Medizin meist auf die Behandlung einzelner PatientInnen fokussiert. Trotzdem kann es auch in der öffentlichen Gesundheit angemessen sein, Hochrisikostrategien zu verfolgen. Dies gilt zum Beispiel dann, wenn es sich um relativ große Hochrisikogruppen handelt (wie z. B. bei der Gruppe aller Personen, bei denen Bluthochdruck oder Diabetes besteht, und die deshalb ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben). Des Weiteren kann eine Hochrisikostrategie dann sinnvoll sein, wenn es darum geht, gesellschaftlich marginalisierte Gruppen zu erreichen und gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen.

Tab. 1 Bevölkerungs- und Hochrisikostrategie im Vergleich

	Bevölkerungsstrategie	Hochrisikostrategie
Zielgruppe	Gesamtbevölkerung	Hochrisikogruppen
Beispiel	Eine Stunde Schulsport pro Woche zusätzlich	Intensives Lebensstilinterventionsprogramm für Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2
Intensität der Intervention	Gering	Hoch
Zahl der Nutznießer	Hoch	Niedrig
Nutzen für den Einzelnen	Gering	Groß
Nutzen für die Bevölkerung als Ganzes	Groß	Gering

3.5 Gesundheitsförderung und planetare Gesundheit

Die Gesundheit des Menschen wird nicht nur von sozialen, politischen und wirtschaftlichen Faktoren beeinflusst, sondern ist auch von den ökologischen Lebensgrundlagen der Menschheit abhängig. Um die Idee, dass die Gesundheit des Menschen von der Integrität der natürlichen Umwelt des Planeten Erde abhängig ist, griffig auszudrücken, wurde 2014 von einer Gruppe von Public-Health-Fachleuten und Medizinerinnen der Begriff der *planetaren Gesundheit* (engl. *planetary health*) geprägt (Horton et al. 2014). Dabei wird betont, dass menschliche Aktivitäten zu lokalen, regionalen und globalen Umweltveränderungen führen, welche sich negativ auf die menschliche Gesundheit auswirken. Umweltschutz kann in diesem Sinne auch Gesundheitsschutz sein. Zudem wird auf den *gesundheitlichen Begleitnutzen* (engl. *co-benefits*) von vielen Umwelt- und Klimaschutzmaßnahmen hingewiesen (siehe Tab. 2).

Neben solchen gesundheitlichen Begleitnutzen gibt es noch weitere Bezüge zwischen Umweltpolitik und Gesundheitsförderung auf Bevölkerungsebene: Beide erfordern in der Regel öffentliches Handeln und damit politisches und zivilgesellschaftliches Engagement. Allianzen zwischen Gesundheitsfachkräften und zivilgesellschaftlichen Organisationen aus den Bereichen Gesundheit und Umwelt können daher bei der Umsetzung entsprechender Maßnahmen eine wichtige Rolle spielen.

Tab.2 Beispiele für gesundheitliche Begleitnutzen von Klima- und Umweltschutzmaßnahmen

Handlungsbereich	Ökologische Relevanz	Mögliche Maßnahmen	Gesundheitlicher Begleitnutzen
Verkehrssektor	Verantwortlich für 1/4 der Treibhausgasemissionen in Europa und einen Großteil der Feinstaub- und Stickoxidbelastung (Litman 2013) (European Environment Agency 2016)	Förderung des Fahrrad- und Fußgängerverkehrs durch Bau von Radwegen, Fahrradabstellmöglichkeiten und fahrad-/fußgänger-freundliche Ampelschaltungen; Rückbau von Straßen, Parkraumbewirtschaftung; Förderung des ÖPNVs und des Zugverkehrs	Mehr körperliche Bewegung im Alltag; weniger Belastung durch Lärm und Luftverschmutzung; Förderung der physischen und psychischen Gesundheit durch mehr innerstädtische Grünflächen
Lebensmittelproduktion inkl. Landwirtschaft	Verantwortlich für 1/4 der globalen Treibhausgasemissionen, hauptverantwortlich für Biodiversitätsverlust, Entwaldung und Landdegradierung (Willett et al. 2019)	Neuausrichtung des Agrar-Subventionssystem an Gesundheit, Umwelt- und Tierschutz und bäuerlicher Existenzsicherung; Förderung der Verwendung saisonaler, regionaler Produkte	Reduzierung von Fehl- und Überernährung; Schaffung von attraktiven Naherholungsräumen

4 Gesundheitsförderung und Politik

4.1 Die politische Natur von Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung auf Bevölkerungsebene erfordert in der Regel politisches Handeln auf lokaler, regionaler, nationaler oder internationaler Ebene (von Philipsborn et al. 2018). Als Grundregel gilt, dass politisches Handeln stets *kontrovers* ist, also von verschiedenen Personen und Personengruppen unterschiedlich bewertet wird. Ursache für solche Kontroversen können Differenzen verschiedener Art sein, darunter Divergenzen in Werten und Weltanschauungen; Lebensmodellen und Lebensstilen; ökonomischen und sonstigen Interessen; sowie individuellen Vorlieben für bestimmte Lebens- und Verhaltensweisen.

In demokratischen, pluralistischen Gesellschaften ist Politik gekennzeichnet von einer großen Vielfalt und einem kontinuierlichen, dynamischen Wettstreit der Anliegen, Ideen und Interessen. Dabei finden insbesondere Anliegen Gehör, die sich gut organisieren und mobilisieren lassen, z. B. als Verband, Verein oder Bürgerinitiative, da solche Organisationen über mehr Möglichkeiten der professionellen Öffentlichkeits-, Kampagnen- und Lobbyarbeit verfügen als einzelne Bürger. Gemäß der sog. *Logik des kollektiven Handelns* hängt die Organisier- und Mobilisierbarkeit von Anliegen von einer Reihe von Faktoren ab (Olson 1965). Als besonders gut organisierbar und mobilisierbar gelten Anliegen, die wenige Akteure in konzentrierter Form kurzfristig und vorhersehbar betreffen, und die sich auf die Abwendung eines drohenden ökonomischen Verlusts beziehen. Als relativ schwierig organisier- und mobilisierbar gelten Anliegen, die viele Akteure in diffuser und wenig konzentrierter Form langfristig und nur bedingt vorhersehbar betreffen, und die sich auf nicht-ökonomische Interessen und potentielle Gewinne bzw. Nutzen beziehen (siehe Tab. 3) (Olson 1965) (von Philipsborn et al. 2020).

Der Nutzen von Maßnahmen der Gesundheitsförderung tritt oft langfristig und breit gestreut auf, und ist meist für den Einzelnen nur bedingt vorhersehbar und auf einen potentiellen nicht-finanziellen Nutzen bezogen. Daher befinden sich Befürworter von Gesundheitsförderung auf Bevölkerungsebene oft in einer ungünstigen politischen Ausgangslage.

Tab. 3 Die Logik des kollektiven Handelns

Merkmale von gut organisier- und mobilisierbaren Interessen	Merkmale von schlecht organisier- und mobilisierbaren Interessen
Konzentriert	Diffus
Kurzfristig	Langfristig
Vorhersehbar	Mit Unsicherheiten behaftet
Ökonomisch / finanziell	Nicht-ökonomisch / ideell
Auf drohenden Verlust bzw. Schaden bezogen	Auf potentielle Gewinne bzw. Nutzen bezogen

4.2 Gesundheitsförderung und politische Anwaltschaft

Der Umstand, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung in der Regel politischer Natur sind, hat zur Folge, dass ihre Umsetzung politische Meinungsbildungs-, Aushandlungs- und Entscheidungsfindungsprozesse voraussetzt. Public-Health-Fachkräfte können sich mit ihrem spezifischen Sachverstand in solche politischen Prozesse einbringen und dabei verschiedene Funktionen erfüllen: sie können Fachleute in Verwaltung und Politik bei der Entwicklung erfolgsversprechender Lösungsansätze unterstützen; öffentliche und politische Aufmerksamkeit auf vernachlässigte Themen lenken und so Problembewusstsein schaffen; mit Argumenten, Daten und Analysen zur Versachlichung politischer Debatten beitragen; erfolgsversprechende Lösungsansätze in öffentliche Debatten einbringen; und ein Gegengewicht zu irreführenden Aussagen von anderen Interessengruppen bilden (von Philipsborn et al. 2017). Gemäß der *Global Charter der World Federation of Public Health Associations* ist eine solche *politische Anwaltschaft* (engl. *advocacy*) für die Gesundheit der Bevölkerung eine der Kernaufgaben von Public-Health-Fachkräften (Lomazzi 2016). Ähnlich benennt auch die Ottawa-Charta der WHO die gesellschaftliche und politische Anwaltschaft als eine von drei grundlegenden Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung (siehe Kasten 1) (WHO 1986).

Public-Health-Fachkräfte haben verschiedene Möglichkeiten, konstruktiv in Gesellschaft und Politik hineinzuwirken. Eine Möglichkeit ist die Koproduktion von Evidenz durch WissenschaftlerInnen und AnwenderInnen bzw. die integrierte Wissenstranslation. Diese Konzepte werden im Kapitel zu Evidenzbasierter Public Health eingeführt und mit einem Beispiel illustriert. Ein weiterer, stärker an die

Öffentlichkeit gerichteter Ansatz ist die *politische Kampagnenarbeit*. In demokratischen politischen Systemen ist die wahrgenommene Unterstützung durch die Bevölkerung oft ein entscheidendes Kriterium für den Erfolg politischer Initiativen. Dies gilt insbesondere für Maßnahmen, denen starke Lobbyinteressen entgegenstehen. Bei solchen Maßnahmen kann politische Aufklärungs- und Kampagnenarbeit und eine politische Mobilisierung von Teilen der Öffentlichkeit nötig sein, um PolitikerInnen Anreize und die Möglichkeit zu geben, zu handeln (Akselrod et al. 2019).

4.3 Prioritäre Maßnahmen der Gesundheitsförderung auf Bevölkerungsebene in Deutschland

Verschiedene Initiativen haben prioritäre Maßnahmen der Gesundheitsförderung auf Bevölkerungsebene in Deutschland identifiziert. Hierzu zählen u. a. die *Nationalen Gesundheitsziele*, die von einem Verbund von Akteuren aus Politik in Bund, Ländern und Kommunen, Selbstverwaltungsorganisationen des Gesundheitswesens, Fachgesellschaften und Patientenorganisationen in einem konsensuellen Verfahren entwickelt wurden, und neben der Gesundheitsförderung und Prävention auch die Krankenversorgung abdecken (siehe Internetressourcen).

Speziell für den Bereich der bevölkerungsbasierten Verhältnisprävention nicht-übertragbarer Krankheiten hat die Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) – ein Zusammenschluss von 21 wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Forschungseinrichtungen – auf Grundlage des Forschungsstandes und entsprechender Empfehlungen der WHO für Deutschland prioritäre Maßnahmen der Primärprävention identifiziert (siehe Tab. 4) (Schaller et al. 2016). Diese Maßnahmen beziehen sich auf die vier Risikofaktoren Tabak, Alkohol, Ernährung und körperliche Inaktivität, die zusammengekommen für einen Großteil der vermeidbaren Krankheitslast durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, metabolische Erkrankungen (Diabetes mellitus Typ 2 und Adipositas), Krebserkrankungen und chronische Atemwegserkrankungen verantwortlich sind. Der wichtige Bereich der psychischen Erkrankungen wird von diesen Maßnahmenkatalog hingegen aktuell noch nicht abgedeckt.

Tab. 4 Kernforderungen der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK)

Tabak
Erhöhung der Tabaksteuer um jährlich 10 %, einheitliche Besteuerung aller Tabakprodukte
Umfassendes Werbeverbot für alle Tabakprodukte und alle Werbeformen inkl. Sponsoring
Rauchverbot in Autos, wenn Kinder anwesend sind
Verbot von Tabakverkaufsautomaten
Alkohol
Erhöhung der Alkoholsteuern und Erhebung nach Alkoholgehalt
Einheitliche Altersgrenze von 18 Jahren für alle alkoholischen Getränke
Ernährung
Gesundheitsfördernde Mehrwertsteuerreform (höhere Besteuerung ungesunder, und niedrigere Besteuerung gesunder Lebensmittel und Getränke)
Verbindliche Umsetzung der Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) für die Schul- und Kitaverpflegung
Verbot von an Kinder gerichteter Werbung für ungesunde Lebensmittel und Getränke
Verbraucherfreundliche Nährwertkennzeichnung mit Farbcodierung auf der Vorderseite der Verpackung
Körperliche Aktivität
Täglich mind. 1 h körperliche Bewegung in Kita und Schule
Qualifizierung von LehrerInnen und ErzieherInnen zur Bewegungsförderung

5 Fazit

Maßnahmen der Gesundheitsförderung auf Bevölkerungsebene haben in der Vergangenheit wesentlich zur Verlängerung der Lebenserwartung, zum Rückgang der Krankheitslast und zur Verbesserung der gesundheitlichen Lebensqualität beigetragen. Ihr Potential, zu diesen Zielen beizutragen, ist auch heute noch bei weiten nicht ausgeschöpft. Gesundheitsförderung zielt darauf ab, Gesundheitsressourcen zu stärken, und Risikofaktoren zu minimieren, und kann so zur Vermeidung von Krankheit und zur Entfaltung menschlicher Gesundheit beitragen. Grundsätzlich kann Gesundheitsförderung auf der Ebene einzelner Individuen und sozialer Gruppen, auf der Ebene einzelner Lebenswelten oder auf Ebene der Bevölkerung als Ganzes ansetzen. Maßnahmen, die auf Bevölkerungsebene ansetzen, haben das größte Potential, die durchschnittliche Gesundheit der Bevölkerung als Ganzes zu verbessern. Dabei sollten benachteiligte Gruppen besonders berücksichtig

werden, um soziale und gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen. Gesundheitsförderung auf Bevölkerungsebene setzt an den sozialen, politischen und kommerziellen Determinanten von Gesundheit an und erfordert oft politisches Handeln in anderen Politikbereichen als der Gesundheitspolitik im engeren Sinne. Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf Bevölkerungsebene sind das Ergebnis gesellschaftlicher und politischer Meinungsbildungs-, Aushandlungs- und Entscheidungsfindungsprozesse. Public-Health-Fachkräfte können sich in ihrer Rolle als Anwälte für die Gesundheit aller in solche Prozesse einbringen, und so zur Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen beitragen.

Internetressourcen

- Die Ottawa-Charta der WHO: www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986
- Daten zur Krankheitslast der *Global Burden of Disease Study*: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
- Strategiepapier der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK): www.dank-allianz.de/positionen.html
- Nationale Gesundheitsziele: <https://gesundheitsziele.de>
- Leitbegriffe der Gesundheitsförderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis
- Gesundheitsmonitoring des RKI: www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring
- Bevölkerungsweites Monitoring adipositasrelevanter Einflussfaktoren des RKI: www.rki.de/adimon
- Bundeszentrum für Ernährung: www.bzfe.de
- Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung: www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/b/bewegungsempfehlungen.html

Literatur

Adams, J., Mytton, O., White, M., & Monsivais, P. (2016). Why Are Some Population Interventions for Diet and Obesity More Equitable and Effective Than Others? The Role of Individual Agency. *PLoS Med*, 13(4).

- Akselrod, S., Bloomfield, A., Marmot, M., Moran, A. E., Nishtar, S., & Placella, E. (2019). Mobilising society to implement solutions for non-communicable diseases. *BMJ*, *365*, I360. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.I360>
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling The Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Bengel, J., & Lyssenko, L. (2016). Resilienz und Schutzfaktoren. Retrieved from www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/allgemeine-grundbegriffe/resilienz-und-schutzfaktoren/
- Centers for Disease Control and Prevention. (2015). Social ecological model. Retrieved from <https://www.cdc.gov/cancer/crccp/sem.htm>
- Deaton, A. (2013). *The Great Escape: health, wealth and the origins of inequality*: Princeton University Press.
- European Environment Agency. (2016, November 8, 2019). Transport and public health. Retrieved from www.eea.europa.eu/signals/signals-2016/articles/transport-and-public-health
- Gapminder. (2019, October 10, 2019). Gapminder Foundation. Gapminder Data Tool. Retrieved from www.gapminder.org/tools/
- Geene, R., Gerhardus, A., Grossmann, B., Kuhn, J., Kurth, B.-M., Moebus, S., ... Matusall, S. (2019). Health in All Policies – Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland. Retrieved from <https://zukunftsforum-public-health.de/health-in-all-policies/>
- Hari, J. (2018). *Lost Connections. Uncovering the real causes of depression – and the unexpected solutions*. London: Bloomsbury.
- Harris, B. (2004). Public Health, Nutrition, and the Decline of Mortality: The McKeown Thesis Revisited. *Social History of Medicine*, *17*(3), 379–407. doi:<https://doi.org/10.1093/shm/17.3.379>
- Horton, R., Beaglehole, R., Bonita, R., Raeburn, J., McKee, M., & Wall, S. (2014). From public to planetary health: a manifesto. *The Lancet*, *383*(9920), 847. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60409-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60409-8)
- IHME. (2019, October 10, 2019). Instiute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results Tool. Retrieved from <https://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
- Kickbusch, I., Allen, L., & Franz, C. (2016). The commercial determinants of health. *The Lancet Global Health*, *4*(12), e895–e896. doi:[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30217-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30217-0)
- Krisam, M., von Philipsborn, P., & Meder, B. (2017). Nudging in der Primärprävention: Eine Übersicht und Perspektiven für Deutschland. [The Use of Nudging for Primary Prevention: A Review and Perspectives for Germany]. *Das Gesundheitswesen*, *79*(2), 117–123. doi:<https://doi.org/10.1055/s-0042-121598>
- Lampert, T., Hoebel, J., & Kroll, L. E. (2019). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends. *Journal of Health Monitoring*, *4*(1).
- Layard, R. (2011). *Happiness: Lessons from a new science*. London: Penguin Books.
- Litman, T. (2013). Transportation and Public Health. *Annual Review of Public Health*, *34*(1), 217–233. doi:<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114502>

- Lomazzi, M. (2016). A Global Charter for the Public's Health – the public health system: role, functions, competencies and education requirements. *European Journal of Public Health*, 26(2), 210–212.
- Mackenbach, J. P. (2014). Political determinants of health. *European Journal of Public Health*, 24(1), 2–2. doi:<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt183>
- McKeown, T. (1988). *The Origins of Human Disease*. Oxford: Blackwell.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (2017). Measuring global health: motivation and evolution of the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 390(10100), 1460–1464. doi:[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32367-X](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32367-X)
- Nuffield Council on Bioethics. (2007). Public health: ethical issues. Retrieved from <https://nuffieldbioethics.org/publications/public-health>
- Olson, M. (1965). *The Logic of Collective Action*. Boston: Harvard University Press.
- Peters, J., Beck, J., Lande, J., Zhaoxing, P., Cardel, M., Ayoob, K., & Hill, J. (2016). Using healthy defaults in Walt Disney World restaurants to improve nutritional choices. *J Assoc Consum Res*, 1(1), 92–103.
- Rose, G. (1992). *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Rosenbrock, R., & Hartung, S. (2015). Settingansatz / Lebensweltansatz. Retrieved from www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz/
- Roser, M. (2019). University of Oxford Global Change Data Lab. Our World in Data: Life Expectancy. Retrieved from <https://ourworldindata.org/life-expectancy>
- Schaller, K., Effertz, T., Gerlach, S., Grabfelder, M., & Müller, M. J. (2016). Schaller K, Effertz T, Gerlach S, Grabfelder M, Müller MJ. Prävention nichtübertragbarer Krankheiten – eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Grundsatzpapier der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK). Retrieved from www.dank-allianz.de/files/content/dokumente/DANK-Grundsatzpapier_ES.pdf
- Sen, A. (2001). *Development as Freedom*. Oxford: Oxford University Press.
- Swinburn, B. A., Sacks, G., Hall, K. D., McPherson, K., Finegood, D. T., Moodie, M. L., & Gortmaker, S. L. (2011). The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *The Lancet*, 378(9793), 804–814.
- Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. (2009). *Nudge. Improving decisions about health, wealth and happiness*.
- von Philipsborn, Drees, S., Geffert, K., Krisam, M., Nohl-Deryk, P., & Stratil, J. (2018). Prävention und Gesundheitsförderung im Koalitionsvertrag: Eine qualitative Analyse. [Disease Prevention and Health Promotion in Germany: A Qualitative Analysis of the Federal Government's Coalition Agreement]. *Das Gesundheitswesen*, 80, e54–e61. doi:<https://doi.org/10.1055/a-0657-3695>
- von Philipsborn, Garlichs, D., Wildner, M., & Loss, J. (2020). Politische Umsetzung von Verhältnisprävention auf Bevölkerungsebene: Herausforderungen und Erfolgsfaktoren. *Das Gesundheitswesen, in Druck*.
- von Philipsborn, Stratil, J., Schwetmann, L., Laxy, M., Rehfuess, E. A., & Hauner, H. (2017). Nichtübertragbare Krankheiten: Der Stellenwert der Prävention in der Politik. *Deutsches Ärzteblatt*, 114(38), A1700–1702.
- WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Retrieved from www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986

- WHO (2007). Marketing Food to Children: Changes in the Global Regulatory Environment 2004–2006. Retrieved from www.who.int/dietphysicalactivity/regulatory_environment_CHawkes07.pdf
- WHO (2008). Closing the gap in a generation. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Retrieved from www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf
- WHO (2013). The Helsinki Statement on Health in All Policies. Retrieved from https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf
- WHO (2015). Self-assessment tool for the evaluation of essential public health operations in the WHO European Region. Retrieved from www.euro.who.int/en/publications/abstracts/self-assessment-tool-for-the-evaluation-of-essential-public-health-operations-in-the-who-european-region-2015
- Willett, W., Rockström, J., Loken, B., Springmann, M., Lang, T., Vermeulen, S., ... Murray, C. J. L. (2019). Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *The Lancet*, 393(10170), 447–492. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31788-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31788-4)