impuls.
THINK TANK HERZ-KREISLAUF



Auf dem Weg zur Herz-Kreislauf-Agenda 2026+

Politische Handlungsempfehlung

40 Jahre Ottawa-Charta – Prävention gestern | heute | morgen



Über den ImPuls. Think Tank Herz-Kreislauf e.V.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen müssen konsequenter in das Zentrum der Diskussion gestellt werden – wissenschaftlich, gesellschaftlich und politisch. Der ImPuls. Think Tank Herz-Kreislauf führt ausgewiesene Experten aus Wissenschaft, Ärzteschaft, Patientenorganisationen, Verbänden, Gesundheitswirtschaft und Politik zusammen. Ihr Ziel ist die wirksame Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch einen integrierten Ansatz aufeinander abgestimmter Angebote und Interventionen. Der ImPuls. Think Tank will die Potenziale von Forschung, präventiver Versorgung und Gesundheitsförderung nutzen und wirksam zur Geltung bringen.

Inhaltsverzeichnis

Präambel 4
- Gesundheit neu denken – jetzt handeln! 4
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Fokus 4
- Prävention als Schlüssel 4

Auf dem Weg zur Herz-Kreislauf-Agenda 2026+ 5

Einleitung 5

Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe in allen Politikfeldern verankern 10
1. Prävention: Von der Krankheitsorientierung zur „Prevention First“-Politik 10
2. Gesundheitsfolgenabschätzung: Determinanten von Gesundheit systematisch mitdenken 12
3. Fiskalische Lenkung: Gesundheitsschädlichen Konsum verteuern, Prävention finanzieren 13
4. Lebens- und Genussmittelregulierung: Von freiwilliger Selbstverpflichtung zum verbindlichen Rahmen 14

4a. Verantwortungsvolles Marketing: Verbindliche Werbeschranken für ungesunde Lebensmittel, Alkohol und Tabak, insbesondere zum Schutz von Kindern 14
4b. Gesündere Rezepturen: Verbindliche Höchstwerte für Zucker, Salz und gesättigte Fette 14

Zwischenfazit: Prävention ist Politik, nicht Kür – Gesundheit braucht Verbindlichkeit statt guten Willens 15

Gesundheitsförderliche Lebenswelten etablieren 16
5. Setting-übergreifende Verzahnung: Vom „Setting-Ansatz“ zur „Health-in-All-Settings“-Strategie 16
6. Gesundes Arbeiten: Vom „BGM“ zur „Corporate Health Responsibility“ (CHR) 18
7. Kommunale Gesundheitsförderung: Von der Projektförderung zur verlässlichen Finanzierung 20

Zwischenfazit: Gesundheit braucht Verbindung statt Silos 21

Persönliche Gesundheitskompetenz zeitgemäß weiterentwickeln 22
8. Strukturelle Verankerung: Von Einzelmaßnahmen zu verbindlichen Strukturen 22
9. Zugang und Teilhabe: Gesundheitskompetenz diversitätsgerecht stärken 23
10. Digitale Gesundheitskompetenz: Vom Zusatzangebot zur Schlüsselkompetenz 25

Zwischenfazit: Gesundheitskompetenz ist keine individuelle Bringschuld, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe – und die braucht einen klaren politischen Rahmen 28

Fazit: Die Krise des Gesundheitssystems ist ein politischer Arbeitsauftrag – der Gesellschaftsvertrag wartet auf seine Einlösung 29

Quellen 30

Unsere bisherigen Handlungsempfehlungen 34

Die Mitglieder des ImPuls. Think Tank Herz-Kreislauf e.V. 36

Präambel

Gesundheit neu denken – jetzt handeln!

Gesundheit ist weit mehr als die bloße Abwesenheit von Krankheit. Bereits die Ottawa-Charta von 1986 versteht Gesundheit als positives Konzept und als wichtige gesellschaftliche Investition. Gesundheit ist damit ein umfassendes menschliches, gesellschaftliches und politisches Gut, das durch Förderung, Teilhabe und gerechte Rahmenbedingungen gestärkt werden muss.

In Zeiten zunehmender Krisen – vom demografischen Wandel über den Klimawandel bis hin zu geopolitischen Spannungen und sozialen Verwerfungen – wird Gesundheit zu einem entscheidenden Resilienzfaktor für Individuen wie für Gesellschaften. Sie sichert nicht nur Lebensqualität, sondern stärkt auch soziale Kohäsion, wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und das Vertrauen in demokratische Strukturen. Dies erfordert einen konsequenten Health in All Policies-Ansatz, der ressort- und sektorübergreifend verankert wird.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Fokus

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in Deutschland die häufigste Todesursache und verursachen zugleich die höchsten Krankheitskosten. Im Jahr 2025 starben 334.100 Menschen an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, rund ein Drittel aller Sterbefälle. Die häufigsten Einzelursachen waren die chronische ischämische Herzkrankheit (68.098 Sterbefälle), der akute Herzinfarkt (39.535) und die Herzinsuffizienz (36.995) (Statistisches Bundesamt, 2026). Mit 64,6 Milliarden Euro beziehungsweise 13,1 Prozent der gesamten Krankheitskosten sind Krankheiten des Kreislaufsystems zudem die kostenintensivste Krankheitsgruppe im deutschen Gesundheitssystem (Statistisches Bundesamt, 2025; Datenjahr 2023). Dabei ist wissenschaftlich belegt, dass Prävention – durch Lebensstiländerungen und den Einsatz wirksamer Medikamente – die Krankheitslast und die Sterblichkeit erheblich senken kann (Visseren et al., 2021).

Prävention als Schlüssel

Der ImPuls. Think Tank Herz-Kreislauf e.V. fordert deshalb dringend gezielte und wirksame Maßnahmen zur Verbesserung der kardiovaskulären Prävention. Entscheidend ist dabei der Paradigmenwechsel von einem „entweder – oder“ hin zu einem „sowohl – als auch“: Es braucht eine integrierte und ganzheitliche Strategie, die sowohl individuelle als auch strukturelle Faktoren berücksichtigt (Verhaltens- und Verhältnisprävention). Erfolgreiche Primär- und Sekundärprävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen gelingt nur, wenn auch die zugrunde liegenden Risikofaktoren wie Adipositas, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und Diabetes systematisch adressiert werden.

Die vorliegenden Handlungsempfehlungen – ebenso wie die Empfehlungen der vergangenen Jahre – bieten hierfür konkrete Ansatzpunkte und Leitplanken für Politik, Wissenschaft und Gesellschaft.

Auf dem Weg zur Herz-Kreislauf-Agenda 2026+

Mit der achten Ausgabe seiner Handlungsempfehlungen nimmt der ImPuls. Think Tank Herz-Kreislauf e.V. die Ottawa-Charta in den Fokus, mit einem Schwerpunkt auf „Prävention gestern | heute | morgen“.

Der ImPuls. Think Tank setzt sich für Prävention und Versorgung ein, die Menschen vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) schützen und Betroffene wirksam unterstützen. Er agiert als Plattform, um dringend notwendige Veränderungen anzustoßen. Die aktuellen Präventions- und Versorgungsangebote sowie deren Steuerungs- und Regulierungsmechanismen gilt es zu überprüfen, um die durch HKE bedingten Todesfälle zu reduzieren und die damit verbundenen Gesundheitskosten zu senken.

Ziel ist es, Rahmenbedingungen zu schaffen, die die gesunde Entscheidung zur leichteren Entscheidung machen: in der Politik, in den Lebenswelten und im Alltag der Menschen.

Einleitung

1986 verabschiedete die erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa eine Charta, die bis heute nichts von ihrer politischen Bedeutung und Aktualität verloren hat: Gesundheit, so ihre zentrale These, ist kein individuelles Schicksal und keine rein medizinische Angelegenheit, sondern eine gesellschaftliche Verantwortung aller Politikbereiche[1] – und damit Voraussetzung für das Menschenrecht auf Gesundheit.

> „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“ – Ottawa-Charta, 1986

Gesundheit hängt damit von politischen Entscheidungen ab, nicht allein von persönlichem Verhalten oder ärztlicher Versorgung. Befähigung statt Behandlung, das Anerkennen sozialer und ökonomischer Determinanten als Pflicht und nicht als Kür: Mit diesen Prinzipien entwarf die **Ottawa-Charta nichts Geringeres als einen Gesellschaftsvertrag für Gesundheit.**

Vierzig Jahre später bestätigt die Evidenz diese Vision eindrücklich – und macht zugleich sichtbar, wie brüchig ihre Umsetzung geblieben ist. Die WHO-Kommission zu den sozialen Determinanten von Gesundheit hat bereits 2008 belegt, dass soziale Gerechtigkeit im Kern eine Frage von Leben und Tod ist: Wer unter welchen Bedingungen lebt, arbeitet und lernt, bestimmt maßgeblich über Erkrankungs- und vorzeitige Sterberisiken.[2]
Auch beim Verhältnis zwischen kurativer Medizin und den gesellschaftlichen Bedingungen von Gesundheit zeigt sich ein deutliches Ungleichgewicht zugunsten Letzterer – wie groß dieser Anteil im Einzelnen zu beziffern ist, wird in der Forschung unterschiedlich diskutiert.[3] Der WHO-Bericht zur gesundheitlichen Chancengleichheit in Europa (2019) macht zudem sichtbar, wie groß die Unterschiede innerhalb der Region weiterhin sind: Zwischen den am besten und am schlechtesten gestellten Gruppen und Gebieten klafft eine erhebliche Lücke in der Lebenserwartung.[4]

Gerade die Herz-Kreislauf-Prävention macht diesen Befund besonders greifbar: Die WHO benennt Tabak-, Alkohol- und Lebensmittelindustrie ausdrücklich als kommerzielle Determinanten, deren Produkt-, Preis- und Marketingentscheidungen zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Typ-2-Diabetes und bestimmten Krebsarten beitragen.[5] Und doch bleibt ihre wirksame Regulierung politisch umkämpft. **Der Gesellschaftsvertrag von Ottawa ist damit nicht eingelöst, sondern in vielen Bereichen erodiert: durch wachsende Ungleichheit, durch das Silodenken zwischen Ressorts, durch die Marktmacht weniger Konzerne – und durch neue Bedrohungen, die 1986 noch nicht absehbar waren: den ungezügelten Einsatz künstlicher Intelligenz, die Klimakrise als Gesundheitskrise und eine globale Governance, die zunehmend an Handlungsfähigkeit verliert.**[6]

Genau hier setzen die diesjährigen Handlungsempfehlungen des ImPuls. Think Tank Herz-Kreislauf e.V. an. Der 40. Jahrestag der Ottawa-Charta ist für uns kein Anlass zum Rückblick allein, **sondern eine Aufforderung, den Gesellschaftsvertrag für Gesundheit neu zu verhandeln – konkret, überprüfbar und mit Blick auf die Bedingungen, unter denen Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland heute entstehen und verhindert werden könnten.**
Wir konzentrieren uns dabei auf drei der fünf Handlungsfelder der Charta, in denen wir den dringendsten politischen Handlungsbedarf sehen. Wir fragen nicht nur, was die Charta einst versprochen hat, sondern was es jetzt braucht:

- eine **gesundheitsförderliche Gesamtpolitik,** die **Determinanten von Gesundheit** ernst nimmt und reguliert;
- **gesundheitsförderliche Lebenswelten,** die über Zuständigkeitsgrenzen hinweg **verlässlich finanziert** sind und **zeitgemäß weiterentwickelt** werden;
- und eine **Gesundheitskompetenz,** die von **Strukturen** getragen wird, statt zur individuellen Bringschuld zu werden.

Prävention gestern hieß: eine Vision formulieren.
Prävention heute heißt: ihre Lücken benennen.
Prävention morgen verlangt: die Vision zeitgemäß einzulösen und die dafür notwendigen Strukturen politisch durchzusetzen.

Die folgenden Handlungsempfehlungen sind unser Beitrag dazu.

Politische Handlungsempfehlungen 40 Jahre Ottawa-Charta – Prävention gestern | heute | morgen

Vor 40 Jahren hat die Ottawa-Charta beschrieben, was Gesundheitsförderung braucht. Die Analyse ist bis heute richtig, umgesetzt ist sie nur in Teilen. Unsere zehn Handlungsempfehlungen zeigen, was jetzt geschehen muss, damit aus dem Leitbild von 1986 endlich politische Praxis wird.

Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe in allen Politikfeldern verankern

1986: „Gesundheit muss auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden."

Heute: Gesundheit gilt noch immer vor allem als Aufgabe des Gesundheitssystems. Dabei entscheiden Finanz-, Wirtschafts-, Sozial- und Ernährungspolitik maßgeblich darüber, wie gesund Menschen leben können.

1. **Prävention: Von der Krankheitsorientierung zur "Prevention First"-Politik**
   Wirtschaftlicher Wohlstand, demokratische Stabilität und die Finanzierbarkeit unserer sozialen Sicherungssysteme sind nur zu halten, wenn Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung priorisiert werden.

2. **Gesundheitsfolgenabschätzung: Determinanten von Gesundheit systematisch mitdenken**
   Jede politische Entscheidung hat gesundheitliche Folgen – die Fragen müssen gestellt und die Antworten bei Entscheidungen berücksichtigt werden.

3. **Fiskalische Lenkung: Gesundheitsschädlichen Konsum verteuern, Prävention finanzieren**
   Wer mit nachweislich gesundheitsschädlichen Produkten Gewinne erzielt, muss sich an der Finanzierung ihrer Folgen beteiligen.

4. **Lebens- und Genussmittelregulierung: Von freiwilliger Selbstverpflichtung zum verbindlichen Rahmen**
   Die Präventionsoffensive des Bundes will Rahmenbedingungen schaffen, die einen gesunden Lebensstil ermöglichen. Wirksam wird dieses Ziel erst durch verbindliche Standards.

   a. **Verantwortungsvolles Marketing: Verbindliche Werbeschranken für ungesunde Lebensmittel, Alkohol und Tabak, insbesondere zum Schutz von Kindern**
   Gesundes Verhalten lässt sich nur fördern, wenn Werbung nicht gezielt ungesunden Konsum anreizt.

b. **Gesündere Rezepturen: Verbindliche Höchstwerte für Zucker, Salz und gesättigte Fette**
Selbst gesteckte Ziele der Wirtschaft reichen nicht aus. Die wissenschaftsbasierten Reduktionsziele des Max Rubner-Instituts müssen verbindlich werden, mit produktgruppenspezifischen Höchstwerten und klaren Zeitplänen, damit die gesunde Wahl zur Standardwahl wird.

Gesundheitsförderliche Lebenswelten etablieren

1986: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben."

Heute: Gesundheitsförderung in Lebenswelten scheitert zu oft an befristeten Projekten und getrennten Zuständigkeiten. Menschen wechseln die Lebenswelt, die Angebote gehen nicht mit.

5. Setting-übergreifende Verzahnung: Vom „Setting-Ansatz" zur „Health-in-All-Settings"-Strategie
Gesundheit entsteht nicht in einzelnen Settings, sondern entlang der Lebenswege und in den unterschiedlichen Lebenswelten von Menschen.

6. Gesundes Arbeiten: Vom „BGM" zur „Corporate Health Responsibility" (CHR)
Gesundheit als strategische Verantwortung des Unternehmens – verankert in Governance, Führung, Arbeitsgestaltung und betrieblichen Entscheidungsprozessen.

7. Kommunale Gesundheitsförderung: Von der Projektförderung zur verlässlichen Finanzierung
Gesundheitsförderung braucht nachhaltige Strukturen, kontinuierliche Handlungskulturen und finanzielle Sicherheiten für die kommunalen Gebietskörperschaften.

Persönliche Gesundheitskompetenz zeitgemäß weiterentwickeln

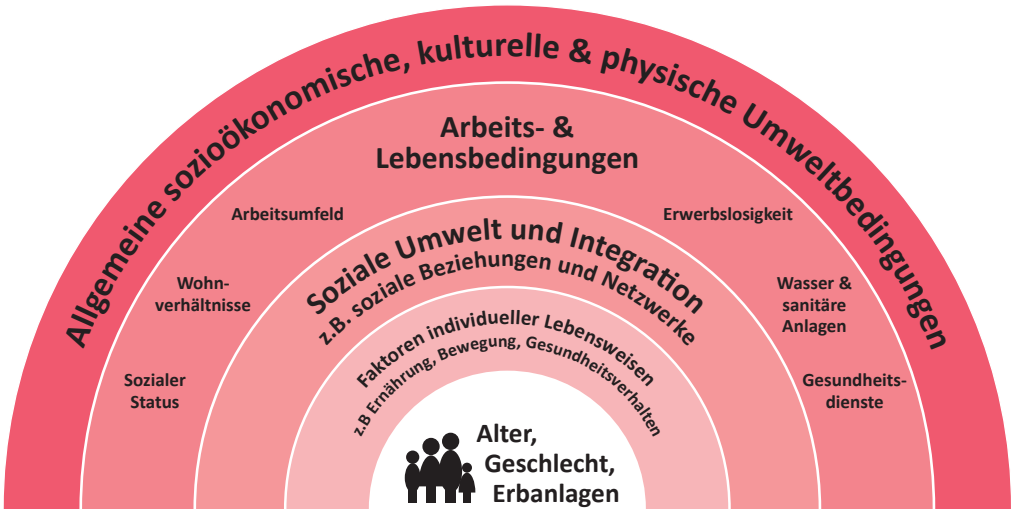
1986: „Dieser Lernprozess muss sowohl in Schulen wie auch zu Hause, am Arbeitsplatz und innerhalb der Gemeinde erleichtert werden."

Heute: Gesundheitskompetenz wird noch zu oft als individuelle Aufgabe behandelt. Sie braucht Strukturen, die sie tragen, und muss mit der digitalen Welt Schritt halten.

8. Strukturelle Verankerung: Von Einzelmaßnahmen zu verbindlichen Strukturen
Persönliche Gesundheitskompetenz muss durch verbindliche, nachhaltige gesundheitsförderliche Strukturen systematisch in Bildung, Arbeitswelt und Kommunen verankert und gesetzlich abgesichert werden.

9. Zugang und Teilhabe: Gesundheitskompetenz diversitätsgerecht stärken
Gesundheitskompetenz muss durch gezielte, dauerhaft angelegte und diversitätsgerechte Maßnahmen für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen gestärkt und der Zugang zu Präventionsangeboten durch den konsequenten Abbau bestehender Barrieren verbessert werden.

10. Digitale Gesundheitskompetenz: Vom Zusatzangebot zur Schlüsselkompetenz
Digitale Gesundheitskompetenz muss als zentrale Schlüsselkompetenz des 21. Jahrhunderts systematisch gefördert und strukturell verankert werden, um allen Menschen eine informierte, selbstbestimmte Nutzung digitaler Angebote in Prävention und Versorgung zu ermöglichen.



Die Zeit zu handeln ist jetzt!

Schon die Ottawa-Charta wusste: Gesundheit entsteht nicht an einem Ort, sondern im Zusammenspiel von Politik, Lebenswelten und persönlicher Befähigung. Sie benannte bereits 1986 die Instrumente dafür: „Gesetzesinitiativen, steuerliche Maßnahmen und organisatorisch strukturelle Veränderungen“. Genau hier setzen unsere zehn Handlungsempfehlungen an.

Eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik muss Gesundheit in allen Politikfeldern mitdenken, von der Sozial- und Einkommenspolitik bis zur Stadt- und Baupolitik. Sie muss benennen, wer an gesundheitsschädlichem Konsum verdient, und die kommerziellen Determinanten dahinter regulieren: von der Werbung über Produktstandards bis zur Finanzierung von Prävention. Gesundheitsförderliche Lebenswelten müssen die Schnittstellen zwischen Betrieb, Bildung und Kommune schließen, statt Menschen zwischen getrennten Zuständigkeiten hin- und herzureichen. Und persönliche Gesundheitskompetenz braucht Strukturen, die sie systematisch, diversitätsgerecht und digital tragen, statt sie zur individuellen Bringschuld zu machen.

Erst im Zusammenspiel dieser drei Ebenen wird aus der Vision von 1986 eine Antwort auf die Gesundheitsherausforderungen von heute und morgen. Die Analyse ist 40 Jahre alt, die Instrumente sind bekannt. Jetzt kommt es auf die Umsetzung an.

Wie viel Prozent macht Genetik, Umwelt oder Lebensstil wirklich aus? Details zu den Determinanten der Gesundheit genauer erkunden

Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe in allen Politikfeldern verankern

1. Prävention: Von der Krankheitsorientierung zur „Prevention First“-Politik

Wirtschaftlicher Wohlstand, demokratische Stabilität und die Finanzierbarkeit unserer sozialen Sicherungssysteme sind nur zu halten, wenn Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung priorisiert werden.

Prävention muss als strategisches Investitions- und Steuerungsprinzip verstanden werden: Politische Entscheidungen, Finanzierung und Versorgungsstrukturen sollten systematisch danach ausgerichtet werden, vermeidbare Erkrankungen zu verhindern, gesundheitliche Risiken frühzeitig zu reduzieren und Gesundheitsressourcen zu stärken. Auch die Präventionsoffensive des Bundes zielt auf einen Mentalitätswechsel hin zu einer Gesundheitsförderung, die ansetzt, bevor Krankheit entsteht (vgl. BMG, 2026b).

- **Prävention als verbindliches Investitionsprinzip etablieren:** Bund, Länder und Sozialversicherungsträger sollten Präventionsausgaben inklusive der Früherkennung von Krankheiten als langfristige Gesundheitsinvestitionen behandeln und verbindliche, planbare Präventionsbudgets gegenüber kurzfristigen Konsolidierungsmaßnahmen absichern. In Aussicht steht eine Senkung der Kosten bei möglicher Verbesserung der Lebensqualität.

- **Evidenzbasierte Prävention systematisch priorisieren:** Deutschland sollte einen verbindlichen nationalen Katalog evidenzbasierter Präventionsmaßnahmen mit definierten Prioritäten, Zielgrößen und Umsetzungsverantwortlichkeiten etablieren (in Anlehnung an die WHO Best Buys und Quick Buys).

- **Prevention Scaling Fund einrichten:** Erfolgreiche Präventionsansätze sollten nach wissenschaftlicher Evaluation einen regelhaften Transferpfad von der Modellförderung in die dauerhafte Finanzierung erhalten.

- **Prävention an Outcomes statt ausschließlich an Aktivitäten messen:** Die Erfolgsmessung von Prävention sollte stärker von Reichweiten- und Maßnahmenkennzahlen auf gesundheitliche Outcomes und den Abbau gesundheitlicher Ungleichheit ausgerichtet werden.

Finnland: „North Karelia Project“ Vorreiter bei der Senkung der Herz-Kreislauf-Sterblichkeit

Ausgangspunkt des international vielbeachteten North-Karelia-Projekts in Finnland waren Anfang der 1970er-Jahre außerordentlich hohe kardiovaskuläre Erkrankungsraten. Die Strategie konzentrierte sich auf die Reduktion zentraler Risikofaktoren wie Rauchen, Bluthochdruck und Ernährung und band Gesundheitsversorgung, Kommunen, Schulen sowie die Lebensmittelwirtschaft ein. Über Jahrzehnte gingen kardiovaskuläre Risikofaktoren und Mortalität deutlich zurück – entscheidend war die langfristige Kombination aus Prävention, strukturellen Veränderungen und Versorgung (vgl. Puska & Jaini, 2020).

WHO: „Best Buys“ und „Quick Buys“

Mit ihren „Best Buys“ benennt die WHO besonders kosteneffektive Interventionen zur Prävention nichtübertragbarer Erkrankungen, etwa gegen Tabak- und Alkoholkonsum, Bewegungsmangel und ungesunde Ernährung (vgl. WHO, 2024). Ergänzend nennt WHO Europe „Quick Buys“, deren Wirkung bereits innerhalb eines politischen Zyklus von rund fünf Jahren messbar ist (vgl. WHO Europe, 2025). Für Deutschland ließe sich daraus ein nationaler Prioritätenrahmen ableiten, der Präventionspolitik stärker an nachgewiesener Wirksamkeit ausrichtet als an etablierten Programmen.

Island: Das isländische Präventionsmodell

Das Icelandic Prevention Model entstand angesichts hohen Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsums unter Jugendlichen und setzt an den sozialen Bedingungen des Aufwachsens an – statt an reinen Informationskampagnen. Regelmäßige lokale Befragungen zu Risiko- und Schutzfaktoren fließen zeitnah in konkrete Maßnahmen ein – ein kontinuierlicher Kreislauf aus Datenerhebung, Intervention und Wirkungsmessung (vgl. Kristjansson et al., 2020). Parallel dazu ging der berichtete Substanzkonsum isländischer Jugendlicher deutlich zurück, auch wenn sich dem Studiendesign keine vollständige Kausalität zuschreiben lässt (vgl. Sigfúsdóttir et al., 2009).

Umsetzungsidee: Vom erfolgreichen Modell in die Fläche

Eine zentrale Schwäche der deutschen Präventionslandschaft ist der fehlende Übergang von zeitlich befristeten Modellprojekten zu dauerhaften Strukturen. Der Innovationsfonds des G-BA bietet dafür bereits einen Mechanismus zur Bewertung und Überführung erfolgreicher Ansätze (vgl. Innovationsausschuss beim G-BA, 2026); ein „Prevention Scaling Fund“ könnte diesen Transferpfad gezielt für Prävention öffnen. Vorbild für die nötige langfristige Investitionslogik ist der Krankenhaus-Transformationsfonds, der über zehn Jahre bis zu 50 Milliarden Euro für den Strukturumbau bereitstellt (vgl. BMG, 2026a) – übertragen werden sollte dabei nicht die Mittelhöhe, sondern das Prinzip planbarer, zweckgebundener Investition.

2. Gesundheitsfolgenabschätzung: Determinanten von Gesundheit systematisch mitdenken

Jede politische Entscheidung hat gesundheitliche Folgen – die Fragen müssen gestellt und die Antworten bei Entscheidungen berücksichtigt werden.

Wirtschafts-, Agrar- und Handelspolitik hat erhebliche, oft unbeabsichtigte Auswirkungen auf die Herz-Kreislauf-Gesundheit: von Subventionen für bestimmte Agrarrohstoffe bis zu Handelsabkommen, die hochverarbeiteten Produkten den Marktzugang erleichtern. Diese Wirkungen werden bislang selten systematisch erfasst und noch seltener bei politischen Entscheidungen berücksichtigt.

- **Verpflichtende Gesundheitsfolgenabschätzung einführen:** für wirtschafts- und handelspolitische Vorhaben mit relevanten Auswirkungen auf Ernährung, Bewegung oder Suchtmittelkonsum, analog zu etablierten Umwelt- und Nachhaltigkeitsprüfungen.

- **Mit Gesundheits- und Sozialreformen beginnen („Prevention Impact Assessment"):** Als erster Schritt sollten Gesundheits- und Sozialreformen systematisch darauf geprüft werden, wie sie sich auf Prävention, Gesundheitsförderung und gesundheitliche Ungleichheit auswirken.

Südaustralien: Health Lens Analysis

Südaustralien hat „Health in All Policies" seit dem von der WHO mitgetragenen Adelaide Statement (vgl. WHO & Government of South Australia, 2010) als Whole-of-Government-Ansatz verankert – mitentwickelt unter Mitwirkung von Ilona Kickbusch während ihrer Zeit als „Adelaide Thinker in Residence". Zentrales Instrument ist die Health Lens Analysis (HLA), eine strukturierte Gesundheitsfolgenabschätzung: In gemeinsamen Workshops prüfen Gesundheitsexpertinnen und -experten zusammen mit Regierungsressorts – etwa aus den Bereichen Wasserwirtschaft, digitale Technologien oder Migration – die gesundheitlichen Auswirkungen geplanter Gesetze und Strategien. Der Ansatz wurde inzwischen gesetzlich flankiert und hat zu dauerhaften ressortübergreifenden Kooperationen geführt; eine wissenschaftliche Begleitevaluation zeigt allerdings auch, dass der Abbau gesundheitlicher Ungleichheit als langfristiges Ziel durch ökonomische Zwänge oft in den Hintergrund geriet (vgl. van Eyk et al., 2017).

3. Fiskalische Lenkung: Gesundheitsschädlichen Konsum verteuern, Prävention finanzieren

Wer mit nachweislich gesundheitsschädlichen Produkten Gewinne erzielt, muss sich an der Finanzierung ihrer Folgen beteiligen.

Steuern auf zuckerhaltige Getränke, Alkohol und Tabak gehören international zu den am besten belegten Instrumenten der Verhaltenslenkung – sie senken nachweislich den Konsum, insbesondere bei Kindern, Jugendlichen und einkommensschwächeren Haushalten, die auf Preissignale besonders sensibel reagieren. In Deutschland fehlt bislang eine kohärente fiskalische Lenkungsstrategie für gesundheitsschädliche Produkte – und ebenso eine institutionelle Antwort darauf, wohin die Erträge fließen sollten.

Die FinanzKommission Gesundheit hat dazu im März 2026 konkrete Vorschläge vorgelegt: eine höhere Tabaksteuer, eine höhere Alkoholsteuer auf Spirituosen und eine gestaffelte Steuer auf zuckergesüßte Erfrischungsgetränke. Alle drei ordnet sie der Kategorie A zu, also Maßnahmen ohne erwartbare Auswirkungen auf Qualität, Zugang oder Verteilungsgerechtigkeit der Versorgung. Die Mehreinnahmen beziffert sie bis 2030 auf zusammen rund 5,5 Milliarden Euro jährlich und will sie der GKV zuführen (vgl. FinanzKommission Gesundheit, 2026).

- **Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit umsetzen:** Tabak- und Spirituosensteuer erhöhen und eine Zuckersteuer nach dem gestaffelten britischen Modell einführen.

- **Mehreinnahmen gezielt in Prävention investieren:** Anders als von der Kommission vorgesehen, sollten die Erträge nicht allgemein in die GKV fließen, sondern zweckgebunden in Prävention.

Großbritannien: Die Zuckersteuer

Der „Soft Drinks Industry Levy“ (2018) besteuert zuckerhaltige Getränke gestaffelt nach Zuckergehalt. Die Wirkung zeigte sich vor allem in der Reformulierung: Viele Hersteller senkten den Zuckergehalt ihrer Produkte, um die Abgabe zu vermeiden, noch bevor die Steuer in Kraft trat (vgl. Public Health England, 2020). Ein Teil der Einnahmen floss zweckgebunden in Schulsport- und Frühstücksprogramme für Kinder.

Umsetzungsidee: Bundesstiftung für Prävention und Gesundheit (BSPG)

Die Initiative für eine Bundesstiftung für Prävention und Gesundheit sieht eine ressortübergreifende, öffentlich-private Plattform vor. Sie soll Bund, Länder, Kommunen, Wissenschaft, Wirtschaft und Zivilgesellschaft vernetzen und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe institutionell verankern, ergänzend zum Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG). Verbunden mit einer zweckgebundenen fiskalischen Lenkung könnte die BSPG der Ort werden, an den Erträge aus Steuern auf gesundheitsschädliche Produkte fließen und von dem aus sie koordiniert in Präventionsprojekte, -forschung und -kampagnen reinvestiert werden.

4. Lebens- und Genussmittelregulierung: Von freiwilliger Selbstverpflichtung zum verbindlichen Rahmen

Die Präventionsoffensive des Bundes will Rahmenbedingungen schaffen, die einen gesunden Lebensstil ermöglichen. Wirksam wird dieses Ziel erst durch verbindliche Standards.

Produkt-, Preis- und Marketingentscheidungen der Tabak-, Alkohol- und Lebensmittelindustrie tragen nachweislich zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Typ-2-Diabetes und weiteren nichtübertragbaren Erkrankungen bei (vgl. WHO, 2023). Freiwillige Selbstverpflichtungen haben sich dabei wiederholt als unzureichend erwiesen.

4a. Verantwortungsvolles Marketing: Verbindliche Werbeschranken für ungesunde Lebensmittel, Alkohol und Tabak, insbesondere zum Schutz von Kindern

Gesundes Verhalten lässt sich nur fördern, wenn Werbung nicht gezielt ungesunden Konsum anreizt.

Kinder und Jugendliche sind für Marketing besonders empfänglich, und ihre Ernährungs- und Konsumgewohnheiten verfestigen sich langfristig.

Der ImPuls. Think Tank fordert

- **Verbindliche Werbebeschränkungen:** für Tabak, Alkohol sowie stark zucker-, salz- und fetthaltige Lebensmittel. Im Fokus stehen Kinder und Jugendliche sowie digitale Kanäle, in denen Werbung zunehmend personalisiert und schwerer erkennbar ist.

Großbritannien: Werbebeschränkungen für ungesunde Lebensmittel
In Großbritannien ist Fernsehwerbung für Lebensmittel und Getränke mit hohem Fett-, Salz- oder Zuckergehalt (HFSS) vor 21 Uhr untersagt – der sogenannten „Watershed"-Grenze, die im britischen Rundfunkrecht traditionell den Übergang zu für Kinder ungeeigneten Inhalten markiert. Ergänzend gilt ein umfassendes Verbot bezahlter Online-Werbung für diese Produkte, unabhängig von der Uhrzeit. Die Wirtschaft setzt die Regeln seit dem 1. Oktober 2025 freiwillig um, gesetzlich verbindlich gelten sie seit dem 5. Januar 2026. Grundlage ist der Health and Care Act 2022 (vgl. DHSC, 2025).

4b. Gesündere Rezepturen: Verbindliche Höchstwerte für Zucker, Salz und gesättigte Fette

Selbst gesteckte Ziele der Wirtschaft reichen nicht aus. Die wissenschaftsbasierten Reduktionsziele des Max Rubner-Instituts müssen verbindlich werden, mit produktgruppenspezifischen Höchstwerten und klaren Zeitplänen, damit die gesunde Wahl zur Standardwahl wird.

Zucker-, Salz- und Fettgehalt verarbeiteter Lebensmittel sind zentrale, gut belegte Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Ihre Reduktion gehört zu den kosteneffektivsten Präventionsmaßnahmen überhaupt (vgl. WHO „Best Buys", 2024). Deutschland setzt mit der Nationalen Reduktions- und Innovationsstrategie bislang auf freiwillige Vereinbarungen mit der Wirtschaft, deren Ziele die Wirtschaft selbst gesteckt hat.

Das Max Rubner-Institut hat 2025 den Abschlussbericht zu wissenschaftsbasierten Reduktionszielen vorgelegt, konkrete Zielwerte allerdings nur für einzelne Produktgruppen wie Salz in Brot (vgl. MRI, 2025). Eine Gesamtbewertung der Strategie ist für Ende 2026 geplant (vgl. BMLEH, 2026). Für industrielle Transfette gilt in der EU bereits seit 2021 ein verbindlicher Grenzwert (Verordnung (EU) 2019/649): ein Beleg dafür, dass Verbindlichkeit funktioniert.

Der ImPuls. Think Tank fordert

- **Verbindliche Höchstwerte:** produktgruppenspezifisch für Zucker, Salz und gesättigte Fette, mit festen Umsetzungsfristen.

- **Verpflichtende Kennzeichnung:** eine leicht verständliche Kennzeichnung auf der Vorderseite der Verpackung, die auf einen Blick zeigt, was ein Produkt enthält.

Chile: Warnkennzeichnung und Werbebeschränkungen (Ley de Etiquetado)
Seit 2016 verpflichtet Chiles „Ley de Etiquetado de Alimentos“ Hersteller zu schwarzen Warnhinweisen auf der Vorderseite von Lebensmitteln mit hohem Gehalt an Zucker, Salz, gesättigten Fetten oder Kalorien; die Grenzwerte wurden in mehreren Stufen bis 2019 verschärft. Das Gesetz verbietet zugleich an Kinder gerichtete Werbung für diese Produkte sowie ihren Verkauf in Schulen. Die Wirkung ist wissenschaftlich gut belegt: Der Anteil kennzeichnungspflichtiger Produkte im Handel sank durch Rezepturänderungen der Industrie von 71 Prozent (2015/16) auf 53 Prozent (2020; vgl. Rebolledo et al., 2025). Eine im Lancet veröffentlichte Studie mit über 321.000 Kindern zeigt zudem, dass Kinder, die unter diesem Gesetz aufgewachsen sind, ein nachweisbar geringeres Risiko für Übergewicht und Adipositas aufweisen (vgl. Paraje et al., 2026).

Zwischenfazit: Prävention ist Politik, nicht Kür – Gesundheit braucht Verbindlichkeit statt guten Willen

Diese Forderungen eint ein gemeinsamer Perspektivwechsel: weg von der Erwartung, dass sich Gesundheit über freiwillige Selbstverpflichtungen der Wirtschaft oder nachträgliche Korrekturen einstellt, hin zu einer Gesamtpolitik, die Gesundheitsförderung von vornherein mitdenkt und verbindlich absichert. Ob Präventionsbudget, Gesundheitsfolgenabschätzung, fiskalische Lenkung, Werberegulierung oder Produktstandards: Immer geht es darum, die Determinanten von Gesundheit sichtbar zu machen und politisch zu steuern, statt sie dem Markt zu überlassen. Erst wenn Prävention als Investitionsprinzip in Haushalten, Folgenabschätzungen und Finanzierungsstrukturen verankert ist, wird aus dem Anspruch einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik gelebte Praxis.

Gesundheitsförderliche Lebenswelten etablieren

5. Setting-übergreifende Verzahnung: Vom „Setting-Ansatz“ zur „Health-in-All-Settings“-Strategie

Gesundheit entsteht nicht in einzelnen Settings, sondern entlang der Lebenswege und in den unterschiedlichen Lebenswelten von Menschen.

Gesundheitsförderung ist in Deutschland stark nach einzelnen Lebenswelten organisiert – etwa Betrieb, Kita/Schule, Kommune oder Gesundheitseinrichtung. Menschen wechseln jedoch kontinuierlich zwischen diesen Lebenswelten. Deshalb sollten nicht nur die einzelnen Settings gesundheitsförderlich gestaltet, sondern ihre Schnittstellen systematisch verbunden werden.

Der ImPuls. Think Tank fordert:

- **Setting-übergreifende Gesundheitsstrategien verbindlich etablieren:** Förderprogramme und gesundheitspolitische Strategien sollten nicht nur einzelne Settings adressieren, sondern Anreize für gemeinsame Gesundheitsziele von Kommune, Bildung, Arbeitswelt, Pflege und Gesundheitsversorgung schaffen. Das entspricht dem WHO-Ansatz von „whole-of-government and whole-of-society“.

- **Gesundheitseinrichtungen stärker in ihrer Region öffnen:** Gesundheitseinrichtungen verfügen über Wissen, Fachpersonal und Infrastruktur, die stärker für Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in ihrem Umfeld genutzt werden könnten. Schon die Ottawa-Charta forderte ein Versorgungssystem, das „weit über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht“ und Verbindungen zu anderen gesellschaftlichen Bereichen herstellt.

- **Übergänge zwischen Lebenswelten als eigenes Handlungsfeld definieren:** Präventionspolitik sollte neben gesundheitsförderlichen Settings auch gesundheitsförderliche Übergänge („Healthy Transitions“) systematisch adressieren und die Kontinuität von Gesundheitsförderung über Lebensphasen und Zuständigkeiten hinweg sichern. Neben „Gesunder Schule“, „Gesundem Betrieb“ oder „Gesundem Krankenhaus“ geht es dann um die Übergänge dazwischen: Schule → Ausbildung → Betrieb, Krankenhaus → Reha → Arbeitsplatz oder Betrieb → Ruhestand.

- **Gemeinsame Gesundheitsziele und -daten auf regionaler Ebene etablieren:** Bund und Länder sollten einen einheitlichen Rahmen für regionale Gesundheitsindikatoren schaffen. Auf dieser Grundlage können sich Kommunen und Akteure verschiedener Settings auf wenige gemeinsame, bedarfsorientierte Gesundheitsziele verständigen, Maßnahmen koordinieren und anhand aggregierter Daten prüfen, wo besonderer Handlungsbedarf besteht.

- **Setting-übergreifende Finanzierung ermöglichen:** Gesundheitsförderung über mehrere Settings hinweg braucht Finanzierungsmodelle, die sich an gemeinsamen Gesundheitszielen orientieren statt an institutionellen Zuständigkeiten. Wenn Kommune, Schule, Betrieb und Gesundheitseinrichtung gemeinsam ein Gesundheitsproblem bearbeiten, sollte nicht jeder Akteur ein separates Förderprogramm benötigen.



Niedersachsen: Präventionsketten – Gesund aufwachsen für alle Kinder!
Zwischen 2016 und 2024 wurden 22 niedersächsische Kommunen beim Aufbau integrierter, ressortübergreifender Strategien zwischen Bildung, Sozialem, Gesundheit und Jugend begleitet (vgl. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V., 2024). Seit 2025 wird der Ansatz mit einem Nachfolgeprogramm bis 2029 strukturell verstetigt, das 16 Kommunen mit Personalmitteln für Koordinierungsstellen und einem Innovationsfonds unterstützt (vgl. LVG & AFS, 2025). Das Prinzip ließe sich über die bisherige Kinder- und Jugendorientierung hinaus auf weitere Lebensübergänge übertragen – etwa Schule–Ausbildung–Beruf oder Krankenhaus–Reha–Arbeitsplatz.



Umsetzungsidee: Ein regionaler Ansatz im Salzlandkreis
Das Projekt „ABER mit Herz – Gesunder Salzlandkreis“ zeigt, wie ein solcher Ansatz auf ein einzelnes Gesundheitsthema bezogen aussehen kann: Gefördert über § 20a SGB V, zielt es darauf, die Herzgesundheit der Bevölkerung über alle Alters- und Lebensphasen hinweg zu stärken – von Kitas und Schulen bis zu älteren Menschen, mit Multiplikatorenschulungen sowie Maßnahmen zu Bewegung und Ernährung (vgl. LVPR, 2024).



Hamburg: INVEST Billstedt/Horn – Gesundheitsversorgung stärker mit dem Sozialraum verbinden
Das Innovationsfondsprojekt INVEST Billstedt/Horn verband in zwei sozial benachteiligten Hamburger Stadtteilen Gesundheitskioske als niedrigschwellige Anlaufstellen mit einem multiprofessionellen Gesundheitsnetzwerk (vgl. Innovationsausschuss beim G-BA, 2022). Die Begleitevaluation zeigte einen Rückgang vermeidbarer Krankenhausfälle um knapp 19 % bei gestiegener ambulanter Inanspruchnahme, wenn auch bei kurzem Evaluationszeitraum (vgl. Hamburg Center for Health Economics, 2021); der Innovationsausschuss empfahl die Prüfung einer Überführung in die Regelversorgung. Entscheidend ist weniger der Gesundheitskiosk selbst als das Vernetzungsprinzip zwischen Versorgung und Sozialraum.



Zum Weiterlesen: Digitale Gesundheitsregionen
Wie sich Versorgung und Region dauerhaft verbinden lassen, beschreibt das Praxishandbuch „Digitale Gesundheitsregionen“. Anhand konkreter Projekte zeigt es, wie regionale und digitale Versorgungsnetzwerke organisiert, finanziert und gesteuert werden können, mit besonderem Blick auf ländlich-periphere Regionen, Gesundheitskioske und Primärversorgungszentren. Für eine Health-in-All-Settings-Strategie liefert es Erfahrungen dazu, wie Gesundheitseinrichtungen zu Knotenpunkten regionaler Netzwerke werden können (vgl. Timm & Walther, 2024).

Datenlage: Gemeinsame Daten als Grundlage setting-übergreifenden Handelns
Eine bundesweite Analyse von 53 kommunalen Gesundheitsberichten zeigt: Zwar enthielten 55 % Daten aus mehreren Themenfeldern, eine explizite intersektorale Zusammenarbeit war aber nur in 17 % erkennbar (vgl. Kellermann & Szagun, 2023) – die Autoren bewerten den Integrationsgrad aus Sicht von Health in All Policies insgesamt als zu gering, sehen aber im Öffentlichen Gesundheitsdienst und der kommunalen Gesundheitsberichterstattung eine zentrale Rolle. Nötig ist daher eine integrierte regionale Gesundheitsberichterstattung als gemeinsame Planungsgrundlage, auf deren Basis Kommunen, Versorgung, Bildung, Arbeitswelt und Sozialbereich gemeinsame Gesundheitsziele definieren und ihre Entwicklung über Zeit beobachten könnten.

6. Gesundes Arbeiten: Vom „BGM“ zur „Corporate Health Responsibility“ (CHR)

Gesundheit als strategische Verantwortung des Unternehmens – verankert in Governance, Führung, Arbeitsgestaltung und betrieblichen Entscheidungsprozessen.

Nach der Ottawa-Charta soll Arbeit „eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein“. Betriebliche Gesundheit darf deshalb nicht als isolierte Aufgabe des BGM oder der Personalabteilung verstanden werden, sondern gehört als strategisches Ziel zu guter Unternehmensführung. Corporate Health Responsibility erweitert das klassische BGM: Im Mittelpunkt stehen nicht einzelne Gesundheitsangebote, sondern die Frage, wie sich Unternehmensentscheidungen, Arbeitsbedingungen, Führung und Organisationsstrukturen auf die Gesundheit der Beschäftigten auswirken.

Betriebliche Gesundheit wird in Deutschland über verschiedene gesetzliche und freiwillige Strukturen adressiert: Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM). Sie erfüllen unterschiedliche Funktionen und haben teils eigene Rechtsgrundlagen, Zuständigkeiten und Finanzierungswege. CHR soll diese Instrumente nicht ersetzen, sondern unter gemeinsamen Gesundheits- und Arbeitsfähigkeitszielen verbinden. Das entspricht dem Ziel der Präventionsoffensive des Bundes, Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz besser aufeinander abzustimmen, und dem Grundsatz „Prävention vor Reha vor Rente“ aus dem Koalitionsvertrag.

Der ImPuls. Think Tank fordert:

- **Gesundheit verbindlich in der Unternehmens-Governance verankern:** Unternehmen sollten Gesundheit als strategisches Ziel auf Leitungsebene verankern und gesundheitliche Auswirkungen bei wesentlichen unternehmerischen Entscheidungen systematisch berücksichtigen.

- **Einheitliche Corporate-Health-Kennzahlen etablieren:** Ein standardisiertes Kennzahlensystem sollte neben Fehlzeiten und Arbeitsunfällen auch Arbeitsfähigkeit, psychosoziale Belastungen, Führung, Beteiligung und gesundheitsförderliche Organisationsstrukturen erfassen und an bestehende ESG-Berichtsstrukturen anschließen.

- **Förderung an gesundheitsförderliche Strukturen statt Einzelmaßnahmen koppeln:** Steuerliche Vorteile und öffentliche Förderungen sollten stärker davon abhängen, wie systematisch Gesundheit in Arbeitsgestaltung, Führung und Organisationsentwicklung integriert ist – beispielsweise auf Grundlage eines CHR-Reifegradmodells.

- **Betriebliche Gesundheit als integriertes System stärken:** Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz, BGM/BGF, BEM, Personalentwicklung und Return-to-Work sollten unter gemeinsamen Gesundheits- und Arbeitsfähigkeitszielen zusammengeführt und strukturell sowie finanziell unterstützt werden.

- **„Health by Design" als Prinzip moderner Arbeitsgestaltung etablieren:** Bei der Einführung neuer Technologien, KI-Anwendungen, Arbeitsprozessen, Schichtmodellen oder Restrukturierungen sollten gesundheitliche Auswirkungen bereits in der Planungsphase bewertet und Beschäftigte systematisch beteiligt werden.



WHO: Healthy-Workplace-Modell

Das Healthy-Workplace-Modell der WHO betrachtet neben der physischen Arbeitsumgebung ausdrücklich auch die psychosoziale Arbeitsumgebung, persönliche Gesundheitsressourcen sowie die Einbindung eines Unternehmens in sein gesellschaftliches Umfeld. Führung und Beschäftigtenbeteiligung sind wesentliche Voraussetzungen für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz wird damit nicht auf individuelle Verhaltensänderungen reduziert, sondern mit den organisatorischen Bedingungen verbunden, unter denen Menschen arbeiten (vgl. WHO, 2010).



Arbeitsmedizin als Schnittstelle zwischen Betrieb, Prävention und Gesundheitsversorgung

Betriebsärztinnen und Betriebsärzte verbinden gesundheitliche Fragestellungen mit konkreter Kenntnis der Arbeitsbedingungen, beraten zu Arbeitsschutz und Gefährdungsbeurteilung und können frühzeitig auf Präventions-, Versorgungs- oder Rehabilitationsangebote hinweisen – auch bei Erwerbstätigen ohne manifeste Erkrankung (vgl. BAuA, 2026). Über diesen besonderen Zugang zur Lebenswelt Arbeit lassen sich Verhaltens- und Verhältnisprävention stärker miteinander verbinden.



Umsetzungsidee: Regionale Gesundheitsstrukturen als Shared Service für kleine und mittlere Unternehmen

Da kleinere Betriebe selten eigene arbeitsmedizinische oder BGM-Strukturen vorhalten können, könnte ein regionales Shared-Service-Modell ansetzen, das Kompetenzen aus Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz, Prävention, BGM und Return-to-Work bündelt. Anschlussfähige Strukturen gibt es bereits: Der aufsuchende Firmenservice der Deutschen Rentenversicherung erreicht gezielt KMU und verbindet Beratung zu Prävention, Reha, BEM und BGM mit einer Lotsenfunktion zu weiteren Sozialversicherungsträgern (vgl. Deutsche Rentenversicherung, 2026).

7. Kommunale Gesundheitsförderung: Von der Projektförderung zur verlässlichen Finanzierung

Gesundheitsförderung braucht nachhaltige Strukturen, kontinuierliche Handlungskulturen und finanzielle Sicherheiten für die kommunalen Gebietskörperschaften.

Die Kommune ist die Lebenswelt, in der alle anderen zusammenlaufen: Kita, Schule, Betrieb, Pflege und Versorgung liegen vor Ort. Die Ottawa-Charta nannte deshalb schon 1986 eine „angemessene finanzielle Unterstützung" als notwendige Voraussetzung für Gesundheitsförderung in der Gemeinde. In der Praxis ist kommunale Gesundheitsförderung jedoch vielerorts eine freiwillige Aufgabe und hängt an befristeten Projektmitteln, etwa der Krankenkassen nach § 20a SGB V oder aus Landes- und Bundesprogrammen. Endet die Förderung, fallen oft auch Koordinierung, Netzwerke und Erfahrungswissen weg. Finanzschwache Kommunen, in denen der Bedarf häufig am größten ist, können diese Lücken am wenigsten schließen. Mit dem Ende des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst 2026 stellt sich die Frage der dauerhaften Finanzierung zusätzlich.

Der ImPuls. Think Tank fordert:

- **Dauerhafte kommunale Koordinierung sichern:** Jede Kommune sollte eine dauerhaft finanzierte Koordinierungsstelle für Gesundheitsförderung erhalten, gemeinsam getragen von Land, Krankenkassen und Kommune. Koordinierung ist die Voraussetzung dafür, dass Angebote verschiedener Settings zusammenwirken.

- **Strukturförderung statt Projektförderung:** Förderprogramme sollten nicht nur zeitlich befristete Maßnahmen finanzieren, sondern den Aufbau und Erhalt tragfähiger Strukturen. Mittel aus Präventionsgesetz, Landes- und Bundesprogrammen sollten dazu in regionalen Budgets gebündelt werden können.

- **Gesundheitsförderung verbindlich absichern:** Bund und Länder sollten prüfen, wie kommunale Gesundheitsförderung von einer freiwilligen zu einer verbindlich finanzierten Aufgabe werden kann, verbunden mit einer ausreichenden Finanzausstattung der Kommunen und einer Weiterentwicklung der Präventionsregelungen in §§ 20 ff. SGB V, insbesondere § 20a.

- **Den Öffentlichen Gesundheitsdienst als Motor stärken:** Die mit dem Pakt für den ÖGD aufgebauten Strukturen sollten verstetigt und für Gesundheitsförderung, Gesundheitsberichterstattung und die Steuerung kommunaler Präventionsnetze genutzt werden.

- **Mittel nach Bedarf verteilen:** Förderung sollte sich an gesundheitlichen und sozialen Bedarfen orientieren, damit gerade Kommunen mit hoher Krankheitslast und geringer Finanzkraft profitieren.

Wie Verstetigung gelingen kann, zeigt das Nachfolgeprogramm der Präventionsketten Niedersachsen: Es finanziert gezielt Personal für kommunale Koordinierungsstellen, statt einzelne Maßnahmen zu fördern.

Zwischenfazit: Gesundheit braucht Verbindung statt Silos

Ob zwischen Kommune, Schule und Betrieb oder zwischen Arbeitsschutz, BGM und Rehabilitation: Gesundheitsförderung scheitert in Deutschland selten an fehlenden Angeboten, sondern an den Schnittstellen dazwischen. Die Präventionsketten Niedersachsen, „ABER mit Herz“ und INVEST Billstedt/Horn zeigen, dass sich Ressortgrenzen überwinden lassen, wenn Strukturen, Finanzierung und Verantwortung dafür verbindlich verankert werden, statt von Projekt zu Projekt neu ausgehandelt zu werden. Dasselbe gilt für den Betrieb: Corporate Health Responsibility macht aus einzelnen Gesundheitsangeboten erst dann eine gesundheitsförderliche Lebenswelt, wenn sie in Governance, Führung und Arbeitsgestaltung eingebettet ist. Für kleine und mittlere Unternehmen zeigt der Firmenservice der Deutschen Rentenversicherung, wie eine gemeinsame Anlaufstelle aussehen kann. Und die Kommune kann diese Verbindung nur leisten, wenn sie dafür dauerhaft ausgestattet ist. Lebenswelten fördern Gesundheit nur dann, wenn sie als Teil eines Systems gedacht werden, nicht als Summe ihrer Einzelteile.



Persönliche Gesundheitskompetenz zeitgemäß weiterentwickeln

Deutschland wird die wachsende Last chronischer Erkrankungen und ihrer Risikofaktoren – des „tödlichen Quintetts“ – nur bewältigen, wenn die Politik die Förderung persönlicher Gesundheitskompetenz systematisch, zielgruppengerecht und digital neu aufstellt und verbindlich verankert.

40 Jahre nach der Ottawa-Charta ist deren Leitgedanke aktueller denn je: „Enable, Mediate, Advocate“ – Menschen befähigen, Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen. Gesundheitsförderung zielt darauf, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“. Befähigung, Teilhabe und Chancengleichheit, heute unter dem Begriff Gesundheitskompetenz diskutiert, sind damit zentrale Grundlagen wirksamer Prävention. Daraus folgt: Gesundheitsinformationen dürfen nicht eindimensional vermittelt werden, sondern müssen diversitätsgerecht und zielgruppenspezifisch gestaltet sein.

Zugleich findet Gesundheitsförderung heute in hohem Maße digital statt. Information, Prävention, Früherkennung, Therapieentscheidungen und Selbstmanagement laufen zunehmend über digitale Kanäle, Anwendungen und vernetzte Technologien. Der Zugang zu Gesundheitsleistungen, von der elektronischen Patientenakte über Telemedizin bis zu digitalen Gesundheitsanwendungen, setzt damit immer stärker digitale Kompetenzen voraus.

Die Realität zeigt jedoch: Gesundheitskompetenz ist ungleich verteilt, strukturell unzureichend gefördert und bislang nicht konsequent Teil politischer Steuerung. Nach dem zweiten Health Literacy Survey Germany hat mehr als die Hälfte der Bevölkerung eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz (vgl. Schaeffer et al., 2021). Auch die Präventionsoffensive des Bundes nennt eine höhere Gesundheitskompetenz als eines ihrer fünf Ziele. Angesichts zunehmender chronischer Erkrankungen braucht es eine konsequente Weiterentwicklung der Ottawa-Charta, die persönliche Kompetenzen in den Mittelpunkt einer modernen Präventionspolitik stellt.

8. Strukturelle Verankerung: Von Einzelmaßnahmen zu verbindlichen Strukturen

Persönliche Gesundheitskompetenz muss durch verbindliche, nachhaltige gesundheitsförderliche Strukturen systematisch in Bildung, Arbeitswelt und Kommunen verankert und gesetzlich abgesichert werden.

Persönliche Gesundheitskompetenzen entstehen nicht zufällig – sie müssen konsequent über die gesamte Lebensspanne und in allen Lebenswelten systematisch aufgebaut werden. Einzelmaßnahmen greifen zu kurz; entscheidend ist die Kontinuität über verschiedene Lebensphasen und Lebenswelten hinweg.

- **Bildung:** Es braucht eine durchgehende Bildungskette: in der Kita spielerisch und altersgerecht, in der Schule fächerübergreifend, in Ausbildung und Hochschule mit Themen wie Stressbewältigung und Selbstmanagement.

- **Arbeitswelt:** Betriebliche Gesundheitsförderung sollte strukturiert ausgebaut, Führungskräfte gezielt geschult und digitale Werkzeuge in den Arbeitsalltag integriert werden.

- **Kommune:** Lokale Netzwerke, Stadtteilzentren und Früherkennungsangebote sollten gezielt für den Aufbau von Gesundheitskompetenz genutzt werden.

- **Übergreifend:** Setting-Ansätze sollten auf Beteiligung setzen, dauerhafte Strukturen statt kurzlebiger Projekte schaffen und digitale Gesundheitskompetenz als Querschnittsthema verankern.

Der ImPuls. Think Tank fordert:

- Gesundheitsbildung verpflichtend verankern: als festen Bestandteil in allen Bildungseinrichtungen, von der Kita bis zur Hochschule.

- Gesundheitskompetenz in der Arbeitswelt stärken: als festen Bestandteil der Betrieblichen Gesundheitsförderung und der Führungskräfteentwicklung, eingebettet in eine Corporate Health Responsibility (siehe Handlungsempfehlung 6).

- Gesundheitskompetenz als kommunale Aufgabe verankern: als Auftrag der dauerhaft finanzierten kommunalen Koordinierungsstellen (siehe Handlungsempfehlung 7).

- Früherkennung mit Aufklärung verbinden: Früherkennungsprogramme entlang der gesamten Lebensspanne erweitern und systematisch mit Aufklärung und Begleitung verknüpfen.

Bayern: Fr1da – Systematischer Aufbau von Gesundheitskompetenz
Wie systematisch aufgebaute Gesundheitskompetenz schon vor Krankheitsbeginn wirken kann, zeigt das Screeningprogramm Fr1da: Familien erhalten bereits vor dem Auftreten von Symptomen eines Typ-1-Diabetes Aufklärung und Begleitung – mit messbar selteneren lebensbedrohlichen Erstdiagnosen (vgl. Ziegler et al., 2020). Um das volle Potenzial dieser Früherkennung zu nutzen, ist eine flächendeckende Implementierung notwendig, z. B. als Teil der U-Untersuchungen.

9. Zugang und Teilhabe: Gesundheitskompetenz diversitätsgerecht stärken

Gesundheitskompetenz muss durch gezielte, dauerhaft angelegte und diversitätsgerechte Maßnahmen für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen gestärkt und der Zugang zu Präventionsangeboten durch den konsequenten Abbau bestehender Barrieren verbessert werden.

Gesundheitskompetenz entscheidet darüber, ob Menschen Informationen verstehen, Risiken einschätzen, Angebote nutzen und gesundheitsförderliche Entscheidungen treffen können. Sie ist nicht gleichmäßig verteilt, sondern variiert nach Alter, Bildung, sozialer Lage, kulturellem Hintergrund, digitaler Erfahrung und Lebenssituation. Die Ottawa-Charta forderte deshalb, „bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern".

Gesundheitsinformationen gibt es heute in großer Fülle, sie wirken aber oft nicht. Das Problem ist weniger ein Mangel an Information als fehlende Orientierung: Welche Inhalte sind für die eigene Lebenssituation relevant? Wie lassen sie sich einordnen? Welcher nächste Schritt ist sinnvoll? Zielgruppenspezifische Aufklärung setzt genau hier an. Sie reduziert Komplexität und übersetzt Gesundheitswissen in alltagstaugliche Impulse, die Prävention unterstützen und Selbstwirksamkeit fördern.

Das betrifft nicht nur vulnerable Gruppen. Kinder und Jugendliche brauchen altersgerechte, spielerische und digitale Formate, Erwerbstätige lebensnahe und alltagstaugliche Angebote, ältere Menschen angepasste Kommunikationsformen. Gesundheits- und Digitalkompetenz sind dabei gleichermaßen zu berücksichtigen. Ein „One size fits all"-Ansatz wird pluralen Lebenswelten nicht gerecht und kann bestehende Ungleichheiten sogar verstärken.

Zentral ist daher eine Gesundheitskommunikation, die

- alters- , lebensphasen- und lebensweltgerecht gestaltet ist,
- unterschiedliche Sprachen, kulturelle Kontexte und Mediennutzung berücksichtigt,
- auf verständliche Sprache, visuelle Elemente und alltagsnahe Formate setzt,
- Menschen aktiv zur Anwendung des Wissens befähigt,
- gemeinsam mit Betroffenen partizipativ erarbeitet wird.

Wichtige Erfolgsfaktoren sind geeignete Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie passende Settings, etwa Bildungseinrichtungen, Betriebe, Vereine, Communities oder digitale Räume. Partizipative Ansätze wie Co-Design, Peer-Formate und kontinuierliche Feedback-Schleifen gehen über reine Wissensvermittlung hinaus: Menschen gestalten Angebote mit, erkennen eigene Handlungsspielräume und erleben Prävention als gestaltbar. Digitale und KI-gestützte Anwendungen können das unterstützen, indem sie Informationen personalisieren und niedrigschwellige Zugänge schaffen. Voraussetzung ist eine barrierefreie, verständliche und ethisch verantwortungsvolle Gestaltung, damit digitale Lösungen Teilhabe fördern, statt neue Ausschlüsse zu erzeugen.

Der ImPuls. Think Tank fordert:

- **Standards für Gesundheitskommunikation:** verbindliche Standards für verständliche, barrierefreie und kultursensible Gesundheitskommunikation in öffentlich geförderten Programmen.

- **Multiplikatoren und Partizipation fördern:** die strukturelle Förderung von Multiplikatoren-Netzwerken und partizipativen Formaten zur Stärkung der Selbstwirksamkeit.

- **Wirksamkeit messen:** eine systematische Evaluation der Wirksamkeit von Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen.

- **Kontinuität statt Projektitis:** den Übergang von befristeten Einzelprojekten zu dauerhaft angelegten Strukturen.

So lässt sich Gesundheitskompetenz über alle Altersgruppen und Lebenslagen hinweg wirksam aufbauen und Prävention langfristig stärken.

„Was hab‘ ich?“: Verständliche Gesundheitskommunikation
Das gemeinnützige Angebot „Was hab‘ ich?“ übersetzt medizinische Befunde und Arztbriefe in verständliche Sprache und unterstützt Patientinnen und Patienten dabei, komplexe Gesundheitsinformationen besser zu verstehen und einzuordnen. Durch die verständliche Aufbereitung medizinischer Inhalte werden Orientierung, Gesundheitswissen und die Fähigkeit gestärkt, aktiv an Präventions- und Behandlungsentscheidungen mitzuwirken und Gesundheitsinformationen im Alltag anzuwenden.

„MiMi“: Diversitätsgerechte Gesundheitskompetenz
Das bundesweite Projekt „MiMi – Mit Migranten für Migranten“ qualifiziert Menschen mit Migrationshintergrund zu Gesundheitsmediatorinnen, die Gesundheitswissen kultursensibel und mehrsprachig in ihren Communities vermitteln. Neben der Informationsweitergabe stehen partizipative Ansätze, Peer-Unterstützung und Formate zur Stärkung der Selbstwirksamkeit im Mittelpunkt.

10. Digitale Gesundheitskompetenz: Vom Zusatzangebot zur Schlüsselkompetenz

Digitale Gesundheitskompetenz muss als zentrale Schlüsselkompetenz des 21. Jahrhunderts systematisch gefördert und strukturell verankert werden, um allen Menschen eine informierte, selbstbestimmte Nutzung digitaler Angebote in Prävention und Versorgung zu ermöglichen.

Digitale Gesundheitskompetenz ist ein fester Bestandteil persönlicher Gesundheitskompetenz. Politik und Gesundheitswesen müssen Rahmenbedingungen schaffen, die Menschen, insbesondere mit chronischen Erkrankungen, befähigen, digitale Angebote sicher, informiert und selbstbestimmt für Prävention, Versorgung und Selbstmanagement zu nutzen.

Gerade bei Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Adipositas entscheidet sie zunehmend darüber, ob Menschen präventive Angebote nutzen, Warnsignale früh erkennen und ihre Erkrankung aktiv managen können. Besonders betroffen sind Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz, hohem Alter, Behinderung, Sprachbarrieren oder eingeschränktem Zugang zu digitalen Technologien.

Fehlt digitale Gesundheitskompetenz oder strukturelle Unterstützung, wirken digitale Angebote nicht als Ressource, sondern als zusätzliche Barriere, mit direkten Folgen für Prävention, Versorgungsgerechtigkeit und Teilhabe. Digitale Gesundheitskompetenz darf deshalb nie zur Voraussetzung für eine gute Versorgung werden.

Digitale Gesundheitskompetenz befähigt Menschen,

- digitale Gesundheitsinformationen zu verstehen und zu bewerten, etwa Risikoinformationen zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Präventionsangebote bei Adipositas,
- Qualität, Nutzen und Evidenz digitaler Anwendungen einzuschätzen und verlässliche von irreführenden Angeboten zu unterscheiden,
- KI-generierte Inhalte, algorithmische Empfehlungen und Gesundheitsinformationen in sozialen Medien wie TikTok kritisch zu bewerten und Evidenz von Falschinformation zu unterscheiden,
- digitale Lösungen im Alltag anzuwenden, etwa Telemedizin, Präventions-Apps, Screening-Angebote oder sensorbasierte Technologien,
- Daten aus Wearables und Sensoren sinnvoll zu interpretieren und für Gesundheitsentscheidungen zu nutzen,
- sowie Datenschutzrisiken, kommerzielle Interessen und die Nutzung persönlicher Gesundheitsdaten nachzuvollziehen und zu bewerten.

Wearables und Biofeedback-Technologien wie kontinuierliche Glukosemesssysteme (CGM) oder Smartwatches zeigen das Potenzial digitaler Lösungen besonders deutlich. Sie machen körperliche Prozesse sichtbar, fördern das Verständnis für den eigenen Gesundheitszustand und unterstützen Verhaltensänderungen im Alltag. Wirksam werden sie aber nur mit verständlichen Informationen und kompetenter Begleitung. Ohne Schulung, ohne Einordnung der Daten oder bei technisch bedingten Fehlalarmen können sie auch Stress, Verunsicherung oder Überforderung auslösen.

Digitale Gesundheitskompetenz ist Ausdruck von Selbstbefähigung, aber keine rein individuelle Verantwortung. Im Sinne der Ottawa-Charta ist sie eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und muss auch in Lebenswelten gestärkt werden, etwa in Schulen, Kommunen oder der Erwachsenenbildung. Zugleich müssen digitale Angebote selbstverständlich, inklusiv und evidenzgesichert sein. Politik, Selbstverwaltung und Hersteller tragen gemeinsam Verantwortung dafür, dass digitale Innovationen zur Gesundheitsförderung beitragen und keine neuen Barrieren schaffen. Vertrauen, Transparenz und Datenschutz sind Voraussetzungen für Akzeptanz und Teilhabe.

Der ImPuls. Think Tank fordert:

- **Qualitäts- und Transparenzstandards:** klare Standards für digitale Gesundheitsangebote, etwa zu Lesbarkeit, Barrierefreiheit und Evidenzkennzeichnung.
- **Verständliche Pflichtinformationen:** verständliche Angaben zu Evidenzlage, Datenschutz, Finanzierung und algorithmischer Funktionsweise digitaler Anwendungen.
- **Verankerung im Lebensverlauf:** digitale Gesundheitskompetenz systematisch von der frühen Bildung bis zur Erwachsenenbildung verankern, unterstützt durch bundesweite Förderprogramme.
- **Regelhafte Finanzierung von Begleitung:** Beratung, Schulung und digitale Begleitung im Versorgungssystem regelhaft finanzieren.
- **Niedrigschwellige Angebote vor Ort:** kommunale und niedrigschwellige Unterstützungsangebote zur Förderung digitaler Gesundheitskompetenz.

- **Integration in die Versorgung:** digitale Kompetenzförderung in Präventionsprogramme, Disease-Management-Programme und in die Regelversorgung integrieren, etwa durch digitale Onboarding-Module, Telecoaching oder strukturierte Begleitung beim Einsatz von Wearables und Sensoren.

- **Gesundheitsberufe qualifizieren:** digitale Gesundheitskompetenz verbindlich in Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe berücksichtigen.

Digitale Gesundheitskompetenz ist kein Zusatz, sondern eine zeitgemäße Weiterentwicklung des Ottawa-Charta-Ansatzes. Sie entscheidet darüber, ob digitale Innovationen ihr präventives Potenzial entfalten oder bestehende Ungleichheiten vertiefen. Wer das tödliche Quintett wirksam adressieren will, muss digitale Gesundheitskompetenz als Schlüsselressource für Selbstmanagement, Prävention und Teilhabe konsequent stärken.

CGM: Digitale Gesundheitskompetenz durch Biofeedback
Kontinuierliche Glukosemesssysteme (CGM) zeigen exemplarisch, wie digitale Technologien Gesundheitskompetenz fördern können: Sie machen Zusammenhänge zwischen Ernährung, Bewegung und Stoffwechsel unmittelbar sichtbar und stärken so Wissen und Selbstmanagement bei Diabetes.



Zwischenfazit: Gesundheitskompetenz ist keine individuelle Bringschuld, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe – und die braucht einen klaren politischen Rahmen

Systematisch aufgebaut, diversitätsgerecht gestaltet und digital abgesichert – nur wenn alle drei Dimensionen zusammenwirken, wird aus Gesundheitskompetenz mehr als eine individuelle Bringschuld. Fr1da, „Was hab‘ ich?“, „MiMi“ und digitale Biofeedback-Anwendungen zeigen: Wirksame Gesundheitskompetenz entsteht dort, wo Strukturen sie tragen – in Bildung, Kommune, Arbeitswelt und im Umgang mit digitalen Angeboten. Wer angesichts des „tödlichen Quintetts“ auf Eigenverantwortung setzt, ohne diese Strukturen zu schaffen, verlagert die Last dorthin, wo sie am wenigsten getragen werden kann: auf den Einzelnen. Genau das war nie die Absicht der Ottawa-Charta – und darf es auch 40 Jahre später nicht sein.



Fazit: Die Krise des Gesundheitssystems ist ein politischer Arbeitsauftrag – der Gesellschaftsvertrag wartet auf seine Einlösung

Vierzig Jahre nach Ottawa zeigt sich: Die Vision war nie das Problem – ihre Umsetzung ist es. Unsere zehn Handlungsempfehlungen übersetzen den Gesellschaftsvertrag von 1986 in die Bedingungen von heute, in drei Handlungsfeldern, die ihre volle Wirkung erst im Zusammenspiel entfalten.

Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe in allen Politikfeldern zu verankern heißt, Prävention zum Investitionsprinzip zu machen, die gesundheitlichen Folgen politischer Vorhaben systematisch zu prüfen und gesundheitsschädlichen Konsum über Steuern, Werbeschranken und verbindliche Rezepturvorgaben zu lenken. **Gesundheitsförderliche Lebenswelten zu etablieren** heißt, Kita, Schule, Betrieb, Kommune und Versorgung entlang der Lebenswege zu verbinden und kommunale Gesundheitsförderung verlässlich zu finanzieren, statt sie von Projekt zu Projekt neu auszuhandeln. Persönliche **Gesundheitskompetenz zeitgemäß weiterzuentwickeln** heißt, sie in Bildung, Arbeitswelt und Kommune strukturell zu verankern, diversitätsgerecht zu stärken und digital zu fördern – erst dann wird „Enable, Mediate, Advocate“ eingelöst.

Was diese drei Felder eint, ist eine gemeinsame Abkehr: **von Freiwilligkeit zu Verbindlichkeit, von Zuständigkeit zu Verantwortung, von individueller Bringschuld zu gesamtgesellschaftlicher Aufgabe.** Die Instrumente dafür liegen auf dem Tisch. Beispiele aus Finnland, Island, Großbritannien, Chile und Südaustralien zeigen, dass sie wirken, wenn Politik langfristig denkt, über Ressortgrenzen hinweg handelt und Erfolge messbar macht.

Wie viel dabei auf dem Spiel steht, zeigen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Sie sind in Deutschland die häufigste Todesursache: 2024 starben daran 339.212 Menschen, rund ein Drittel aller Verstorbenen. Mit 64,6 Milliarden Euro verursachen sie zugleich die höchsten Krankheitskosten. Ein großer Teil dieser Last ließe sich vermeiden. Prävention ist deshalb keine Ausgabe, die man sich in guten Zeiten leistet, sondern eine der wirksamsten Antworten auf den Finanzdruck in der GKV und den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen.

Das Zeitfenster dafür ist jetzt offen. Mit der Präventionsoffensive des Bundes und den bereits erfolgten und noch erwarteten Vorschlägen der FinanzKommission Gesundheit liegen Ansätze auf dem Tisch, die Gesundheitsförderung und Finanzierung zusammendenken. Zugleich endet 2026 der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst – eine riskante Entscheidung im Sinne der Gesundheit der Bevölkerung. Die anstehenden Weichenstellungen entscheiden darüber, ob Prävention weiter von befristeten Projekten abhängt oder endlich eine verlässliche Struktur erhält.

Prävention gestern war eine Vision. Prävention heute ist eine Rechnung, die noch offensteht. Prävention morgen muss sich daran messen lassen, ob Politik bereit ist, verbindlich zu handeln und nachhaltig zu investieren. Der ImPuls. Think Tank Herz-Kreislauf e.V. legt mit diesen Handlungsempfehlungen seinen Beitrag dazu vor und erwartet, dass die Politik ihn bei den anstehenden Vorhaben aufgreift – von der Umsetzung der Präventionsoffensive bis zu anstehenden Strukturreformen. **Wir stehen bereit, diesen Weg mitzugestalten.**



Quellen

Präambel

Statistisches Bundesamt (2026): Häufigste Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen 2025. Tabelle, Stand 09.10.2026. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/sterbefaelle-herz-kreislauf-erkrankungen-insgesamt.html

Statistisches Bundesamt (2025b): Kreislauferkrankungen sowie psychische und Verhaltensstörungen verursachen zusammen 26,0 % der Krankheitskosten im Jahr 2023. Pressemitteilung Nr. 293 vom 08.08.2025. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/08/PD25_293_236.html

Visseren, F. L. J./Mach, F./Smulders, Y. M. et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal 42(34), S. 3227–3337. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484

Einleitung (Anmerkungen)

1. Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung, Ottawa, 21. November 1986. Deutsche Fassung: WHO-Regionalbüro für Europa (autorisierte Übersetzung Hildebrandt/Kickbusch). Englisches Original: https://www.who.int/publications/i/item/WH-1987

2. Commission on Social Determinants of Health (2008): Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Genf: WHO. https://www.who.int/publications/i/item/9789241563703

3. Kickbusch, I. (2026): Gesundheitsförderung als Gesellschaftsvertrag – 40 Jahre Ottawa-Charta. Vortrag, Hannover.

4. WHO Regional Office for Europe (2019): Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report. Kopenhagen: WHO Europe. https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289054256

5. WHO (2023): Commercial determinants of health. Fact Sheet vom 21.03.2023. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/commercial-determinants-of-health

6. Kickbusch, I. (2026), siehe Anm. 3.

Handlungsempfehlungen

Zitate aus der Ottawa-Charta im gesamten Text nach der deutschen Fassung des WHO-Regionalbüros für Europa (siehe Anm. 1).

BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2026): Arbeitsmedizinische Vorsorge. Dortmund: BAuA. https://www.baua.de/DE/Themen/Praevention/Arbeitsmedizinische-Praevention/Arbeitsmedizinische-Vorsorge

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2026a): Nina Warken: „Die Krankenhauslandschaft muss sich verändern – und sie wird sich verändern“. Pressemitteilung vom 06.03.2026 (Krankenhausreformanpassungsgesetz, Transformationsfonds). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundestag-beschliesst-krankenhausreformanpassungsgesetz-pm-06-03-2026

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2026b): Präventionsoffensive startet: Gesundheit fördern, bevor Krankheit entsteht. Pressemitteilung vom 16.07.2026. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/praeventionsoffensive-startet-gesundheit-pm-16-07-2026

BMLEH – Bundesministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Heimat (2026): Nationale Reduktions- und Innovationsstrategie für Zucker, Fette und Salz in Fertigprodukten. Stand 13.07.2026. https://www.bmleh.de/DE/themen/ernaehrung/gesunde-ernaehrung/reduktionsstrategie/reduktionsstrategie-zucker-salz-fette.html

CDU, CSU und SPD (2025): Verantwortung für Deutschland. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 21. Legislaturperiode. Berlin. https://www.cdu.de/app/uploads/2025/04/KoaV-2025-Gesamt-final-0424.pdf

Deutsche Rentenversicherung (2026): Firmenservice. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Arbeitgeber-und-Steuerberater/Firmenservice_NEU/firmenservice_NEU_node.html

DHSC – Department of Health and Social Care (2025): Restricting advertising of less healthy food or drink on TV and online: products in scope. London: DHSC. https://www.gov.uk/government/publications/restricting-advertising-of-less-healthy-food-or-drink-on-tv-and-online-products-in-scope

Europäische Kommission (2019): Verordnung (EU) 2019/649 vom 24. April 2019 zur Änderung des Anhangs III der Verordnung (EG) Nr. 1925/2006 betreffend andere Trans-Fettsäuren als solche, die auf natürliche Weise in Fett tierischen Ursprungs vorkommen. ABl. L 110 vom 25.04.2019, S. 17. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:32019R0649

FinanzKommission Gesundheit (2026): Erster Bericht. Berlin, 30.03.2026. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf

Hamburg Center for Health Economics (2021): Evaluationsbericht INVEST Billstedt/Horn – Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen (Wild, E.-M./Schreyögg, J./Golubinski, V./Ress, V./Schmidt, H.). Hamburg: Universität Hamburg. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/140/2022-02-16_INVEST_Billstedt.Horn_Evaluationsbericht.pdf

Innovationsausschuss beim G-BA (2022): Beschluss gemäß § 92b Abs. 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt INVEST Billstedt/Horn (01NVF16025) vom 16.02.2022. https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/invest-billstedt-horn.73

Innovationsausschuss beim G-BA (2026): Der Innovationsfonds: Stand der Dinge. Berlin. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/48/2026-01-06_Der-Innovationsfonds_Stand-der-Dinge.pdf

Kellermann, L./Szagun, B. (2023): Health in All Policies in der kommunalen Gesundheitsberichterstattung im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Das Gesundheitswesen 85(4), S. 403–410. https://doi.org/10.1055/a-1709-1162

Kristjansson, A. L./Mann, M. J./Sigfusson, J./Thorisdottir, I. E./Allegrante, J. P./Sigfusdottir, I. D. (2020): Development and Guiding Principles of the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use. Health Promotion Practice 21(1), S. 62–69. https://doi.org/10.1177/1524839919849032

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V. (LVG & AFS) (2024): Strukturelle Armutsprävention in Kommunen beim Auf- und Ausbau von Präventionsketten. Wie Strategieentwicklung und Strukturbildung tatsächlich bei Kindern und Familien ankommt (Kruse, C./Humrich, W.). Hannover. https://www.praeventionsketten-nds.de/fileadmin/media/downloads/2024_StrukturelleArmutspr%C3%A4ventionKommunen.pdf

LVG & AFS (2025): Präventionsketten Niedersachsen. Gesund aufwachsen für alle Kinder (2025–2029). Projektseite. https://www.gesundheit-nds-hb.de/projekte/praeventionsketten-niedersachsen-2025/

LVPR – Landesverband für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen Sachsen-Anhalt/Thüringen e. V. (2024): ABER mit Herz – gesunder Salzlandkreis. Die Zukunft ist herzgesund! Pressemitteilung vom 04.11.2024. https://www.lvpr.info/images/Presse_ABER_mit_Herz_SK.2.pdf

MRI – Max Rubner-Institut (2025): Abschlussbericht Stakeholderprozess zur Erarbeitung wissenschaftsbasierter Reduktionsziele. Karlsruhe: MRI. https://www.mri.bund.de/fileadmin/MRI/Pressemitteilungen/PM20250701-Produktmonitoring-Stakeholder/Stakeholderprozess_Abschlussbericht-2025_bfrei.pdf

Paraje, G./Valdés, N./Vega Macaya, A./Corvalán, C./Popkin, B. (2026): The impact of Chile's multipronged food labelling and advertising law on early childhood excess weight: a cohort difference-in-differences study. The Lancet 407(10548), S. 2630–2640. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(26)00651-3

Public Health England (2020): Sugar reduction: report on progress between 2015 and 2019. London: PHE. https://www.gov.uk/government/publications/sugar-reduction-report-on-progress-between-2015-and-2019

Puska, P./Jaini, P. (2020): The North Karelia Project: Prevention of Cardiovascular Disease in Finland Through Population-Based Lifestyle Interventions. American Journal of Lifestyle Medicine 14(5), S. 495–499. https://doi.org/10.1177/1559827620910981

Rebolledo, N./Ferrer-Rosende, P./Reyes, M./Smith Taillie, L./Corvalán, C. (2025): Changes in the critical nutrient content of packaged foods and beverages after the full implementation of the Chilean Food Labelling and Advertising Law: a repeated cross-sectional study. BMC Medicine 23, 46. https://doi.org/10.1186/s12916-025-03878-6

Schaeffer, D./Berens, E.-M./Gille, S./Griese, L./Klinger, J./de Sombre, S./Vogt, D./Hurrelmann, K. (2021): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona-Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld. https://doi.org/10.4119/unibi/2950305

Sigfúsdóttir, I. D./Thorlindsson, T./Kristjánsson, Á. L./Roe, K. M./Allegrante, J. P. (2009): Substance use prevention for adolescents: the Icelandic Model. Health Promotion International 24(1), S. 16–25. https://doi.org/10.1093/heapro/dan038

Timm, L./Walther, P. (Hrsg.) (2024): Digitale Gesundheitsregionen. Praxishandbuch für regionale und nachhaltige Versorgungsnetzwerke. Heidelberg: medhochzwei. ISBN 978-3-86216-997-9.

van Eyk, H./Harris, E./Baum, F./Delany-Crowe, T./Lawless, A./MacDougall, C. (2017): Health in All Policies in South Australia – Did It Promote and Enact an Equity Perspective? International Journal of Environmental Research and Public Health 14(11), 1288. https://doi.org/10.3390/ijerph14111288

WHO – Weltgesundheitsorganisation (2010): WHO Healthy Workplace Framework and Model: Background and Supporting Literature and Practices (Burton, J.). Genf: WHO. https://www.who.int/publications/i/item/who-healthy-workplace-framework-and-model

WHO – Weltgesundheitsorganisation (2023): Commercial determinants of health. Fact Sheet vom 21.03.2023 (siehe Anm. 5).

WHO – Weltgesundheitsorganisation (2024): Tackling NCDs: best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. 2. Auflage. Genf: WHO. https://www.who.int/publications/i/item/9789240091078

WHO & Government of South Australia (2010): Adelaide Statement on Health in All Policies: moving towards a shared governance for health and well-being. Genf/Adelaide: WHO. https://iris.who.int/handle/10665/44365

WHO Europe – WHO-Regionalbüro für Europa (2025): NCD quick buys – 25 interventions delivering public health impact in five years or less. Advocacy Brief vom 26.06.2025. Kopenhagen: WHO Europe. https://www.who.int/europe/publications/m/item/ncd-quick-buys-25-interventions-five-years-or-less

Ziegler, A.-G./Kick, K./Bonifacio, E. et al. (2020): Yield of a Public Health Screening of Children for Islet Autoantibodies in Bavaria, Germany. JAMA 323(4), S. 339–351. https://doi.org/10.1001/jama.2019.21565

Praxisbeispiele und weiterführende Links (QR-Codes)

Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM): Prävention und gesundheitliche Vorsorge. https://dgaum.de/themen/praevention/

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe: CGM (Continuous Glucose Monitoring). Lexikon. https://www.diabetesde.org/lexikon/cgm-continuous-glucose-monitoring

Ethno-Medizinisches Zentrum e. V.: MiMi – Gesundheit mit Migranten für Migranten. https://www.mimi-gegen-gewalt.de/das-projekt/ueber-mimi-gesundheitsfoerderung/

Fr1da – Früherkennung von Typ-1-Diabetes bei Kindern. https://www.typ1diabetes-frueherkennung.de

Institute for Government: Sugar tax (Explainer). https://www.instituteforgovernment.org.uk/explainer/sugar-tax

iX-Institut: Bundesstiftung für Prävention und Gesundheit. https://www.ix-institut.de/projekte/bundesstiftung-praevention-und-gesundheit/

Marca Chile: Ley de Etiquetado de Alimentos – el modelo chileno que inspiró a América Latina. https://www.marcachile.cl/en/ley-de-etiquetado-de-alimentos-el-modelo-chileno-que-inspiro-a-america-latina/

Planet Youth: The Icelandic Prevention Model. https://planetyouth.org/the-icelandic-prevention-model/

Präventionsketten Niedersachsen. https://www.praeventionsketten-nds.de

„Was hab' ich?" gemeinnützige GmbH: Medizinische Befunde verständlich übersetzen. https://washabich.de

Alle Internetquellen zuletzt abgerufen am 01.10.2026.

Titelbild KI-generiert

Unsere bisherigen Handlungsempfehlungen

Familie (2020)



Arbeit (2019)



Bildung (2021)



Gesunde Kommune (2023)



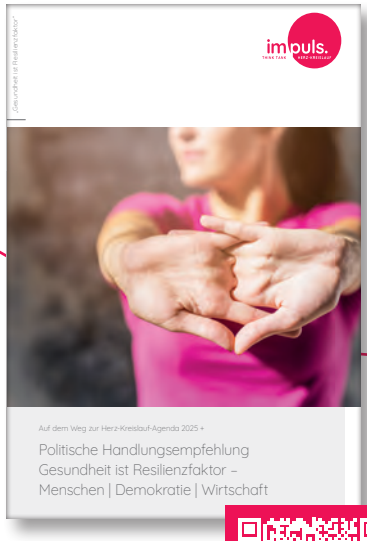
„Prävention neu denken – Ernährung, Bewegung und Psyche im Fokus“ (2024)



Kommune (2022)



Gesundheit ist Resilienzfaktor – Menschen | Demokratie | Wirtschaft (2025)



Die Mitglieder des Im Puls. Think Tank Herz-Kreislauf e.V.

Abbott GmbH

AdipositasHilfe Deutschland e. V.

Assmann-Stiftung für Prävention

AstraZeneca GmbH

Atlantis Health GmbH

Bahn-BKK

Berufsverband der Präventologen e.V.

Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG

Büro für Gesundheit und Prävention

Daiichi Sankyo Deutschland GmbH

Dr. Mark Dankhoff

Deutsche Gesellschaft für Chronisch Kranke e.V.

Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V. (DGIV)

Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen e.V. (DNGfK)

Deutsche Schlaganfall Begleitung (DSB) gGmbH

Doctolib GmbH

Daniel Fischer

Gesunder Werra-Meißner-Kreis GmbH

Gut zum Herz e.V.

Herz-Hirn-Allianz

Herzschwäche Deutschland e.V.

Honic

Initiative Herzklappe e.V.

InnoNet Health Economy e.V.

Institut für Gender-Gesundheit e.V.

Dr. Albrecht Kloepfer

Dr. Martina Kloepfer

Landesverband für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen der Bundesländer Sachsen-Anhalt und Thüringen e.V. (LVPR SA/TH)

Prof. Dr. med. Alexander Leber

mkk – meine krankenkasse

noah labs UG

Novartis Pharma GmbH

Novo Nordisk Pharma GmbH

PAN International – Physician Association for Nutrition e.V.

Parkinson Stiftung

Pfizer Deutschland GmbH

Preventicus GmbH

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH

Udo Schauder

Michel Schröder

Prof. Dr. med. Elisabeth Steinhagen-Thiessen

Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

Karin Strempel

Delia Strunz

Verband der Diätassistenten e.V. (VDD)

Verband für Physiotherapie (VPT)

Dr. Berndt von Stritzky

Viversus gAG

Lars-Hendrik Wassenarr

Wifor Institute

WZO – Westdeutsches Zentrum für Organtransplantation (Universitätsmedizin Essen)

Kontakt: **Im Puls. Think Tank Herz-Kreislauf e.V.**

c/o iX-Politik
Wartburgstr. 11
D-10823 Berlin

Fon + 49 30 784 4X 92
eMail: info@herzkreislauf-impuls.de
www.herzkreislauf-impuls.de