



Große Lücken im Gesundheitsschutz

Deutschland setzt zentrale Maßnahmen zur Krankheitsvermeidung kaum um und liegt im europäischen Vergleich deutlich zurück – mit spürbaren Folgen für die Versorgung.

Von Frank Brunner

Deutschland verfehlt bei der Umsetzung wissenschaftlich empfohlener Präventionsmaßnahmen die meisten Standards. Das zeigt der Public Health Index (PHI) 2025, den AOK-Bundesverband und Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) in diesem Jahr erstmals vorgestellt haben. Trotz hoher Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben bleibt der gesundheitliche Ertrag hinter dem anderer Staaten zurück.

Der PHI vergleicht Tabak-, Alkohol-, Ernährungs- und Bewegungspolitik. Er zeigt außerdem, dass chronische Erkrankungen im Land bereits heute stark verbreitet sind: Etwa die Hälfte der über 65-Jährigen leidet an mindestens zwei nicht-übertragbaren Erkrankungen – ein Wert, der deutlich über dem EU-Durchschnitt liegt.

TREIBER SIND VOR ALLEM ADIPOSITAS UND DIABETES

AOK-Bundesverbandschefin Dr. Carola Reimann sprach von einem „höchst unzureichenden“ Befund. Besonders bedenklich sei die Entwicklung jüngerer Erwachsener, die mehr Jahre

mit beeinträchtigter Gesundheit verbringen als die Generation davor. Treiber seien vor allem Adipositas und Diabetes, also Erkrankungen, die schon heute das Versorgungsgeschehen prägen.

Sie betonte: „Prävention ist nicht nur Privatsache oder eine Frage der Eigenverantwortung, sondern muss politisch umfassend betrachtet werden.“ Der Public Health Index im Einzelnen:

■ **Tabak:** Bewertungsgrundlage ist die Tabakkontrollskala mit den besonders stark gewichteten Indikatoren Zigarettenpreis und rauchfreie Umgebung. Deutschland erreicht hier nur wenige Punkte: Der Steueranteil am Zigarettenpreis liegt mit 64,5 Prozent unter der von der WHO empfohlenen Marke von 75 Prozent, und es bestehen zahlreiche Ausnahmen von rauchfreien Räumen, insbesondere in der Gastronomie und an öffentlichen Orten wie Bahnhöfen. Werbung am Verkaufsort ist umfassend zulässig, neutrale Verpackungen sind nicht vorgeschrieben.



Präventive Bewegungsprogramme sollten schon in jungen Jahren ansetzen. Aber auch hier hinkt Deutschland hinterher.

- **Alkohol:** Dafür nutzt der PHI die modifizierte Bridging-the-Gap-Skala (BtG-M-Skala) mit sieben Bereichen von Verfügbarkeit über Altersgrenzen und Werbung bis zur Besteuerung. Auffällig sind die nahezu permanente Verfügbarkeit alkoholischer Getränke hierzulande, niedrige Steuern im EU-Vergleich sowie vergleichsweise großzügige Werbemöglichkeiten. In der Summe zählt die Bundesrepublik auch in dieser Kategorie zu den Schlusslichtern.
- **Ernährung:** Hier werden sechs Maßnahmen bewertet – darunter Steuern auf zuckerhaltige Getränke und stark zucker-, fett- oder salzreiche Produkte, eine gut verständliche, verbindliche Nährwertkennzeichnung auf der Vorderseite, verbindliche Werbebeschränkungen zum Schutz von Kindern sowie verbindliche Standards für Schulverpflegung. Von diesen Maßnahmen hat Deutschland nach PHI-Analyse keine einzige flächendeckend umgesetzt und erreicht damit null von sechs möglichen Punkten.
- **Bewegung:** Die neu entwickelte Skala zur Bewegungspolitik umfasst vier Bereiche – aktive Gesellschaften, aktive Umgebungen, aktive Menschen und aktive Systeme – mit insgesamt 38 Indikatoren, etwa zu Rad- und Fußverkehrsplänen, Schulsport, Bewegungsangeboten in Lebenswelten sowie Öffentlichkeitskampagnen. Die Datengrundlage beruht auf Angaben der nationalen Regierungen im WHO-Bericht zur körperlichen Aktivität. Der PHI verortet Deutschland hier im Mittelfeld.

KONSEQUENZEN FÜR DIE VERSORGUNG

AOK-Präventionsexperte Oliver Huizinga hob hervor, dass Deutschland gerade jene Maßnahmen nicht umsetzt, „die nachweislich am stärksten wirken“ – etwa Preisregulierung, Einschränkungen der Verfügbarkeit und Werbung oder verbindliche Standards für gesundheitsförderliche Ernährungs-

umgebungen. DKFZ-Vorstand Michael Baumann betonte die Bedeutung der Ergebnisse für die Krebsprävention: „Wirksame Gesundheitsprävention kann viel menschliches Leid verhindern und gleichzeitig enorme volkswirtschaftliche Kosten einsparen.“ Rund 40 Prozent aller Krebserkrankungen seien lebensstilbedingt. Der PHI beschreibt außerdem, dass die demografische Alterung in den kommenden Jahren zu deutlichen Ausgabensteigerungen im Gesundheits- und Pflegebereich führen wird. Zudem warnen die Autoren, dass das bisherige präventionspolitische Zögern Lebensjahre und Lebensqualität kostet und die Finanzierung des Gesundheitssystems belastet. Der nächste Public Health Index erscheint 2027.



DER PUBLIC HEALTH INDEX 2025

Der Public Health Index (PHI) misst erstmals, wie europäische Länder wissenschaftlich empfohlene Maßnahmen zur Förderung gesunder Lebensweisen umsetzen. Im Mittelpunkt stehen die Handlungsfelder Tabak, Alkohol, Ernährung und Bewegung. Der Index vergleicht dafür die Präventionspolitiken von 18 Ländern aus Zentral- und Nord-europa.



Der Public Health Index 2025 steht zum kostenfreien Download bereit unter: <https://www.aok.de/pp/public-health/index/>
Oder einfach QR-Code scannen.



„Wer raucht, ist oft nicht frei in seiner Entscheidung“

Ute Mons, Leiterin der Stabsstelle Krebsprävention am Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ), erklärt, wie Ärztinnen und Ärzte gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen ansprechen können und welche politischen Rahmenbedingungen entscheidend sind, um mehr Menschen zu erreichen.

Das Interview führte Frank Brunner

Frau Prof. Mons, welche Rolle spielen Hausärzte in der Tabakprävention?

Sie sind für Patienten Vertrauenspersonen. Viele Menschen, die mit dem Rauchen aufhören wollen, wissen zunächst gar nicht, wie sie anfangen sollen. Deshalb ist es wichtig, dass Hausärzte über Entwöhnungsmöglichkeiten informiert sind – etwa über Angebote der Suchtberatung vor Ort, Entwöhnungskurse oder digitale Gesundheitsanwendungen der Krankenkassen.

Wie gelingt es Medizinern, diese Motivation im Alltag zu stärken – insbesondere durch die ärztliche Kurzberatung?

Sie ist ein wirksames Instrument. Manche Ärzte denken: „Das bringt doch nichts. Die Patienten halten sich sowieso nicht an Ratschläge.“ Aber aus der Forschung wissen wir, dass solche Hinweise Wirkung zeigen – manchmal erst nach

längerer Zeit. Für Menschen, die nikotinabhängig sind, ist die Entscheidung, aufzuhören, ein Prozess. Deshalb ist es wichtig, dranzubleiben und sachlich zu motivieren. Viele unterschätzen zudem, welchen Unterschied allein eine kurze, wertschätzende Ansprache machen kann. Gerade Menschen, die schon lange rauchen oder mehrfach gescheitert sind, brauchen oft wiederholte Ermutigung, um den nächsten Versuch zu wagen.

Sie sprechen nicht nur über individuelles Verhalten, sondern auch über gesellschaftliche Rahmenbedingungen. In einem früheren Interview sagten Sie, Rauchen sei für die Gesellschaft „ein ziemliches Minusgeschäft“, weil die Folgekosten die Steuereinnahmen deutlich überstiegen. Warum sollten ökonomische Argumente in der Präventionsdebatte eine Rolle spielen?



Prof. Ute Mons ist Leiterin der Stabsstelle Krebsprävention am Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) und Mitautorin des Public Health Index 2025.

Weil der Tabakkonsum enorme Kosten verursacht – im Gesundheitssystem und für die Gesamtwirtschaft. Etwa zwei Drittel der volkswirtschaftlichen Kosten entstehen durch krankheitsbedingte Arbeitsausfälle und vorzeitige Todesfälle. Gleichzeitig erwirtschaften Tabakkonzerne Gewinne, während die Folgekosten von der Allgemeinheit getragen werden. Ökonomische Argumente helfen außerdem, Präventionspolitik parteiübergreifend anschlussfähig zu machen. Wer Gesundheit nicht als Kernwert, sondern als Kostenfaktor betrach-

tet, erkennt spätestens bei nüchternen Zahlen den Handlungsbedarf.

Sie warnen immer wieder vor starkem Einfluss der Tabakindustrie. Wie zeigt sich der konkret?

In Deutschland gibt es Parteispenden und -sponsoring durch die Tabakindustrie, Treffen mit politischen Akteuren und ein sehr großes Lobbybudget. Wir wissen aus Rückmeldungen, dass dabei auch über aktuelle Gesetzgebungsprozesse gesprochen wird. Deutschland ist international sehr zögerlich bei Tabakpräventionsmaßnahmen – ein Grund dafür ist sicher diese Einflussnahme. Besorgniserregend ist zudem, dass viele dieser Kontakte außerhalb öffentlicher Anhörungen stattfinden, also nicht dokumentiert werden.

Wie ließe sich dieser Einfluss begrenzen?

Das internationale Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakkonsums (FCTC) sieht vor, gesundheitspolitische Entscheidungen vor Einflussnahme der Tabakindustrie zu schützen. Treffen sollten auf das verfassungsrechtlich Notwendige beschränkt und transparent sein. Andere Länder wie Frankreich verbieten Spenden durch kommerzielle Akteure bereits vollständig. Langfristig braucht es eine Kultur, in der der Schutz der öffentlichen Gesundheit Vorrang vor kommerziellen Interessen hat – etwas, das in Deutschland erst noch verankert werden muss.

In einer Mitteilung des DKFZ heißt es: „Drei Maßnahmen könnten eine Million Krebsfälle vermeiden.“ Gemeint sind: Steuererhöhungen, ein umfassendes Tabakwerbeverbot und neutrale Zigarettenverpackungen. Welche Maßnahme ließe sich am schnellsten umsetzen und wäre am effektivsten?

Tabaksteuererhöhungen – sie wirken unmittelbar. Eine Preiserhöhung um zehn Prozent senkt den Konsum im Durchschnitt um etwa fünf Prozent. Viele reduzieren dann ihren Konsum oder nutzen Preissprünge als Anlass, ganz aufzuhören.

Wie berechnet das DKFZ in seiner Modellrechnung die Zahl von einer Million vermeidbaren Krebsfällen?

Unsere Modellrechnung basiert darauf, dass wir sehr genau wissen, wie stark Rauchen bestimmte Krebsrisiken erhöht – beim Lungenkrebs um den Faktor 20 bis 30. Wenn wir zugleich kennen, wie viele Menschen rauchen, können wir berechnen, welcher Anteil der Krebsfälle darauf zurückzuführen ist. Beim Lungenkrebs sind es rund 80 bis 90 Prozent.

Welche Einflussgrößen fließen in die Berechnung ein?

Wir berücksichtigen wissenschaftlich gut belegte Effekte von Tabakkontrollmaßnahmen: Wie stark sinkt die Raucherquote bei Steuererhöhungen? Wie beeinflussen Werbeverbote und neutrale Verpackungen das Einstiegsverhalten junger Menschen? Diese Effekte werden auf die Gesamtbevölkerung übertragen – inklusive zeitlicher Verzögerungen, denn das Risiko sinkt nach einem Rauchstopp nicht sofort. Wir modellieren außerdem demografische Entwicklungen wie Alterung und Bevölkerungsentwicklung.

Wenn man all diese Faktoren zusammenführt, lässt sich abschätzen, wie viele Krebsfälle bis 2050 verhindert werden könnten.

Trotz ökonomischer Faktoren und einer längeren Lebenserwartung – warum gibt es dennoch Widerstände gegen Regulierungen?

Einerseits parteipolitische Grundhaltungen, andererseits die Sorge vor unpopulären Maßnahmen. Studien zeigen aber, dass viele Menschen Präventionsmaßnahmen unterstützen – nur sind ihre Stimmen oft weniger laut als die der Gegner. Gleichzeitig trägt die Tabakindustrie aktiv dazu bei, den Eindruck zu erwecken, Regulierung werde in der Bevölkerung abgelehnt, obwohl das empirisch nicht stimmt.

Neben politischen Widerständen gibt es auch gesellschaftliche Vorbehalte – etwa das Argument der Eigenverantwortung. Wie begegnen Sie dem?

Jeder darf selbst entscheiden, ob er raucht. Nur ist das in vielen Fällen keine völlig freie Entscheidung, weil eine Abhängigkeit vorliegt. Genau diese individuelle Freiheit wird durch die Tabakindustrie eingeschränkt. Mir geht es nicht darum, das Verhalten der Menschen zu regulieren, sondern die Möglichkeiten der Industrie zu beschneiden, Menschen krank und abhängig zu machen.

Wie können Präventionsangebote besser Menschen erreichen, die besonders hohe Gesundheitsrisiken haben – etwa Personen in belastenden sozialen Lebenslagen?

Das ist eine der größten Herausforderungen der Prävention. Wir sehen seit Jahren, dass Angebote vor allem diejenigen erreichen, die ohnehin gesundheitsaffiner sind – also Menschen mit höherem Bildungsstand oder stabiler sozialer Situation.

Jene, die die größten gesundheitlichen Risiken und gleichzeitig die größten Hürden haben, sprechen wir dagegen viel zu wenig an.

Woraus resultiert das?

Dafür gibt es mehrere Gründe: Wer in prekären Lebenslagen lebt, hat oft andere dringende Probleme als die Frage, wie er oder sie gesünder leben könnte. Prävention kann dann schnell wie ein zusätzlicher Anspruch wirken, den man kaum bewältigen kann. Deshalb genügt reine Aufklärung nicht. Wir müssen verstehen, wie die Lebensrealitäten aussehen, und Angebote so gestalten, dass sie wirklich erreichbar sind – niederschwellig, kostenfrei, flexibel und alltagsnah.

Was müsste bis 2027 passieren, damit Deutschland im nächsten Public Health Index besser abschneidet?

Eine klare Strategie, die Gesundheit in den Mittelpunkt stellt: höhere Tabak- und Alkoholsteuern, stärkere Regulierung, neue Ansätze etwa bei Softdrinks. Deutschland könnte sich schnell verbessern, wenn es entschlossen handelt.

Frau Prof. Mons, vielen Dank für das Gespräch!