



Mehr Prävention wagen

In Berlin diskutierten Vertreter aus Wissenschaft, Politik und Selbstverwaltung auf Einladung der AOK Strategien gegen die hohe Krankheitslast durch nichtübertragbare Erkrankungen.

Von Frank Brunner

Hintergrund des 1. Deutschen Präventionstages des AOK-Bundesverbandes sind steigende Gesundheitsausgaben, demografischer Wandel und ein schwaches Abschneiden der Bundesrepublik im europäischen Public-Health-Index. AOK-Vorständin Dr. Carola Reimann forderte deshalb eine gesundheitspolitische Gesamtstrategie: „Wenn wir das Thema politisch priorisieren und jetzt eine echte Präventionswende einleiten, gibt es die Chance auf mehr gesunde Lebensjahre, weniger Behandlungskosten und ein stabileres Gesundheitssystem.“

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sieht ungenutzte Potenziale. WHO-Europa-Direktor Dr. Gundo Aurel Weiler verwies darauf, dass jedes Jahr rund eine Million Menschen in Europa vorzeitig sterben, obwohl viele dieser Todesfälle durch Prävention vermeidbar wären. Zentral seien fünf Risikofaktoren: Alkohol, Tabak, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und Luftverschmutzung. Rund 80 Prozent der vorzeitigen Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen hingen unmittelbar mit solchen Faktoren zusammen. Eine

konsequenter Präventionspolitik könne hierzulande beispielsweise jährlich rund 63.000 Krebserkrankungen vermeiden und Einsparungen von etwa elf Milliarden Euro im Gesundheitssystem ermöglichen.

Der Gesundheitsökonom Prof. Michael Laxy (Technische Universität München) unterstrich die ökonomische Dimension. Nichtübertragbare Krankheiten verursachten sowohl hohe direkte Behandlungskosten als auch indirekte Kosten durch Arbeitsausfälle, Frühverrentung oder Pflegebedarf. Gleichzeitig zeige die Evidenz, dass strukturelle Maßnahmen – etwa Steuern auf Tabak, Alkohol oder stark zuckerhaltige Produkte sowie Werbebeschränkungen – häufig kosteneffizienter seien als reine Verhaltensprogramme. Solche Maßnahmen hätten zwar pro Person oft nur moderate Effekte, erreichten aber große Bevölkerungsgruppen und könnten damit erhebliche gesundheitliche Gewinne erzielen. Prof. Martin Scherer (Universitätsmedizin Hamburg-Eppendorf) warnte zugleich vor einer übermäßigen Medikalisierung von Prävention. Früherkennung und medikamentöse Risiko-

1. Deutscher Präventionsgipfel

AOK  AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse

Wie lässt sich eine nachhaltige Präventionsstrategie erarbeiten? Darüber diskutierten auf dem 1. Präventionsgipfel (v.l.) Sabine Dittmar (SPD), Simone Borchardt (CDU), Dr. Tanja Busse, Dr. Kirsten Kappert-Gonther (Bündnis 90/Grüne) und AOK-Vorständin Dr. Carola Reimann.



behandlung seien wichtig, dürften jedoch nicht mit Prävention gleichgesetzt werden. „Die großen Hebel liegen vor der Praxis- und Kliniktür“, sagte der Allgemeinmediziner. Maßnahmen im Gesundheitswesen allein könnten die gesellschaftlichen Ursachen von Risikofaktoren nicht lösen.

POLITISCHE PERSPEKTIVE

Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) betonte in ihrer Eröffnungsrede die Bedeutung von Prävention für die langfristige Stabilität des Gesundheitssystems. Viele der häufigsten Krankheiten – etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder bestimmte Krebsarten – würden maßgeblich durch vermeidbare Risikofaktoren beeinflusst. Prävention könne Leid verhindern, Ressourcen schonen und die Folgen des demografischen Wandels abmildern. Gleichzeitig kündigte sie an, eine nationale Präventionsstrategie entwickeln zu wollen, um die bislang zersplitterten Aktivitäten besser zu bündeln. In der anschließenden Podiumsdiskussion zeigten sich parteiübergreifend große Schnittmengen – aber auch unterschiedliche politische Akzente. Simone Borchardt (CDU) sprach sich für eine stärkere Ausrichtung des Systems auf Gesunderhaltung aus. Das derzeitige Gesundheitswesen sei stark auf Behandlung ausgerichtet. „Wir müssen das System wieder vom Kopf auf die Füße stellen“, sagte sie mit Blick auf Prävention und Gesundheitskompetenz. Sabine Dittmar (SPD) verwies dagegen auf politische Versäumnisse der Vergangenheit. Viele Maßnahmen – etwa Reduktionsstrategien für Zucker oder Ernährungsempfehlungen – seien zu lange auf freiwilliger Basis umgesetzt worden. Für wirksame Prävention brauche es „regulatorische und verpflichtende Elemente“. Die Grünen-Politikerin Kirsten Kappert-Gonther machte vor allem wirtschaftliche Interessen für das bisher zögerliche Vorgehen verantwortlich. „Die

Zuckerlobby ist enorm stark, die Alkohollobby ist enorm stark, die Tabaklobby ist enorm stark“, sagte sie. Gleichzeitig plädierte sie für konkrete Schritte wie höhere Verbrauchsteuern, Werbebeschränkungen und eine geringere Verfügbarkeit gesundheitsschädlicher Produkte. AOK-Vorständin Reimann betonte zum Abschluss: Prävention dürfe nicht allein auf individuelles Verhalten abzielen. „Langsam setzt sich auch hierzulande die Einsicht durch, dass Prävention nicht nur eine Frage des Lebensstils ist.“ Entscheidend seien Rahmenbedingungen, die das gesunde Verhalten im Alltag erleichtern.



Zum Public-Health-Index gelangen Sie über www.aok.de/pp/public-health/index/ oder einfach QR-Code scannen.



DIE PRAXIS-SERIE

Lesen Sie am 2. April:

Die AOK Sachsen-Anhalt und das Klinikum Magdeburg bieten ein gemeinsames Versorgungsprogramm für Langzeit-Rückenschmerz-Patienten an. Im eigens eingerichteten Rückenzentrum werden sie mit einem ganzheitlichen Ansatz behandelt.

Kontakt: Haben Sie Fragen an die AOK oder Themenwünsche für diese Seite? Dann schreiben Sie uns per E-Mail an: prodialog@bv.aok.de.



Mehr Geld im System bedeutet noch nicht mehr Gesundheit

Deutschland gibt viel Geld für Gesundheit aus – erzielt im internationalen Vergleich aber nur durchschnittliche Ergebnisse. Woraus das resultiert und welche Rolle Prävention spielen sollte, erläutert der Epidemiologe und Public-Health-Experte Professor Hajo Zeeb.

Das Interview führte Frank Brunner

Herr Professor Zeeb, Deutschland gehört bei den Gesundheitsausgaben weltweit zur Spitze. Gleichzeitig liegt die Lebenserwartung nur im Mittelfeld. Wie passt das zusammen?

Zunächst zeigt es, dass Ausgaben und Gesundheit nicht linear miteinander verbunden sind. Mehr Geld im System bedeutet nicht automatisch, dass am Ende mehr Gesundheit herauskommt. Entscheidend ist, wofür das Geld eingesetzt wird. In Deutschland fließt ein großer Teil der Mittel in die Behandlung von Krankheiten – insbesondere in die Versorgung chronischer Erkrankungen und in die letzten Lebensjahre, in denen die Kosten besonders hoch sind. Wenn man stärker auf Krankheitsvermeidung und Prävention setzen würde, könnte man an anderer Stelle Kosten vermeiden und gleichzeitig die Gesundheit verbessern.

Heißt das, wir investieren zu wenig in Prävention?

Ganz so einfach ist es nicht. Im europäischen Vergleich geben wir relativ viel für Prävention aus. Aber man muss genau hinschauen, was in diesen Zahlen enthalten ist. Manche Ausgaben werden statistisch als Prävention verbucht, gehören aber eher in den rehabilitativen Bereich. Außerdem ist der Anteil insgesamt immer noch sehr klein.

Wo müsste das Geld stattdessen eingesetzt werden?

Zum einen könnte man ineffiziente Strukturen reduzieren. Ein Beispiel sind Informationsverluste im Gesundheitssystem. Wegen mangelnder Digitalisierung werden Daten oft mehrfach erhoben – Untersuchungen doppelt gemacht, Befunde mehrfach dokumentiert. Das kostet Zeit und Geld. Gleich-



Prof. Hajo Zeeb ist Leiter der Abteilung Prävention und Evaluation am Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS und Professor für Epidemiologie an der Universität Bremen.

zeitig sollte stärker in präventive Strukturen investiert werden, etwa in Fachkräfte, die sich gezielt um Gesundheitsförderung kümmern. Ärztinnen und Ärzte können diese Aufgaben nicht vollständig übernehmen, weil sie bereits stark belastet sind.

Welche Rolle könnten finanzielle Anreize oder Steuern spielen, etwa eine Zuckersteuer?

Für solche Maßnahmen gibt es durchaus gute Evidenz. In Ländern wie Großbritannien hat eine Zuckerabgabe dazu geführt, dass Hersteller den Zuckergehalt in Getränken reduziert haben, um höhere Preise zu vermeiden. Das spüren Verbraucher oft gar nicht, aber der gesundheitliche Effekt ist real. Ein klassisches Beispiel ist der Rückgang von Karies bei Kindern. Steuern sind also weniger Verbote als vielmehr Instrumente, die das Verhalten von Herstellern und Konsumenten beeinflussen.

Bei solchen Maßnahmen wird oft eingewandt, dass sie sozial ungerecht seien, weil sie Menschen mit geringem Einkommen stärker treffen. Wie sehen Sie das?

Das ist tatsächlich ein wichtiger Punkt. Man muss immer darauf achten, dass gesundheitspolitische Maßnahmen soziale Ungleichheiten nicht noch verstärken. Gerade beim Tabak sehen wir, dass Rauchen sozial ungleich verteilt ist und in bestimmten Bevölkerungsgruppen häufiger vorkommt. Deshalb kann eine höhere Tabaksteuer zunächst Gruppen stärker treffen, die ohnehin belastet sind. Gleichzeitig darf man aber nicht vergessen, dass die Tabakindustrie diese Gruppen auch gezielt anspricht und. Präventionspolitik muss daher immer mit Blick auf Gerechtigkeit gestaltet werden und überlegen, wie man gerade diejenigen erreicht, die gesundheitlich besonders gefährdet sind.

Andere Länder scheinen erfolgreicher zu sein. Was machen sie anders?

Ein Beispiel ist Israel. Dort ist das Gesundheitssystem sehr stark digitalisiert. Daten werden schnell zusammengeführt, sodass Patientinnen und Patienten nicht mehr mit Befunden von Arzt zu Arzt gehen müssen. Dadurch lassen sich Doppeluntersuchungen vermeiden. Außerdem sind die Informationsflüsse deutlich besser organisiert. In Deutschland ist die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung noch sehr ausgeprägt, und beim Übergang zwischen beiden Systemen gehen häufig Informationen verloren.

Viele Menschen äußern Bedenken, wenn Gesundheitsdaten stärker vernetzt werden. Wie berechtigt sind diese Sorgen?

Datenschutz ist selbstverständlich ein zentrales Thema. Gesundheitsdaten sind besonders sensibel, deshalb müssen sie entsprechend geschützt werden. Gleichzeitig brauchen wir Strukturen, die es ermöglichen, Daten sinnvoll zu nutzen – etwa für bessere Versorgung oder Forschung. In Europa entstehen derzeit gemeinsame Gesundheitsdatenräume, bei denen hohe Datenschutzstandards und starke Pseudonymisierung eine wichtige Rolle spielen. Es geht also darum, Nutzen und Schutz in ein vernünftiges Gleichgewicht zu bringen.

Hausärzte gelten als zentrale Akteure der Prävention. Welche Rolle könnten sie künftig spielen?

Sie spielen bereits eine wichtige Rolle, etwa bei Impfungen oder bei Beratung zu Lebensstilfragen. Allerdings stoßen sie aufgrund ihrer Arbeitsbelastung schnell an Grenzen. Deshalb sollten sie nicht alles selbst übernehmen, sondern eher als „Change Agents“ im System wirken: also Impulse geben, Patientinnen und Patienten an geeignete Angebote weiterleiten und Präventionsnetzwerke nutzen. Dafür braucht es aber entsprechende Strukturen – etwa Programme zur Rauchentwöhnung oder Bewegungsförderung, auf die Ärzte gezielt verweisen können.

Müsste sich dafür auch die medizinische Ausbildung verändern?

Ja, Prävention spielt im Medizinstudium traditionell keine besonders große Rolle. Das hat sich zwar etwas verbessert, aber hier gibt es noch erheblichen Nachholbedarf. Und das betrifft nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern auch andere Gesundheitsberufe. Gerade im Pflegebereich arbeitet eine enorme Zahl von Fachkräften. Wenn Prävention dort stärker integriert würde, könnte das eine große Wirkung entfalten.

Sie haben kritisiert, dass Deutschland keine umfassende Public-Health-Strategie hat. Wie könnte eine solche Strategie aussehen?

Eine Public-Health-Strategie müsste deutlich über das Gesundheitssystem hinausgehen. Gesundheit wird nicht nur in Arztpraxen oder Krankenhäusern entschieden, sondern auch durch Verkehrspolitik, Ernährungssysteme, Stadtplanung oder Bildung. Man spricht hier von „Health in All Policies“. Eine Strategie müsste also verschiedene Politikbereiche zusammenbringen und klare Ziele formulieren, an denen sich Maßnahmen messen lassen. Wichtig wäre auch eine starke politische Verankerung, damit sie tatsächlich umgesetzt wird. Das Zukunftsforum Public Health hat übrigens schon Eckpunkte einer solchen Strategie vorgelegt, auf die aufgebaut werden kann.

Kritiker argumentieren oft, solche Maßnahmen schränken die individuelle Freiheit ein. Wie sehen Sie das?

Dieses Argument taucht häufig auf, aber es greift zu kurz. Wir leben ohnehin nicht in einem neutralen Umfeld. Industrie, Werbung und Marktmechanismen beeinflussen unser Verhalten ständig. Präventionspolitik würde nur eine Gegenbalance schaffen, um gesundheitliche Interessen stärker zu berücksichtigen.

Wenn Sie eine gesundheitspolitische Maßnahme sofort umsetzen könnten – welche wäre das?

Ich würde als Erstes die WHO-Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle vollständig umsetzen. Tabak ist einer der größten vermeidbaren Risikofaktoren für Krankheit und Tod. Die Maßnahmen sind seit Jahren bekannt – von höheren Preisen über Werbeverbote bis hin zu strengeren Verkaufsregeln. Viele Länder setzen diese Instrumente konsequenter um als Deutschland. Hier fehlt bislang vor allem der politische Wille.

Vielen Dank für das Gespräch.