

HOHE AUSGABEN, ABER GERINGE PERFORMANCE:

EINE ANALYSE DER URSACHEN UND MÖGLICHE PERSPEKTIVEN

Prof. Dr. Hajo Zeeb, MSc CHHM

Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS
und

Universität Bremen, FB 11 Human- und Gesundheitswissenschaften

Berlin, März 2026

Interessenskonflikte: keine

Hinweis: Vorsitzender der
Deutschen Gesellschaft für Public Health



WR

AUFGABENFELDER

PUBLIKATIONEN

Symposium „Prävention neu denken! Brauchen wir nationale Initiative für Prävention?“ | Programm (2 Mai 2024)

WR

WISSENSCHAFTSRAT

2026

Für Prävention und
Gesundheitsförderung
handeln in Wissenschaft,
Versorgung und
Gesellschaft

- Ausgangspunkt: Diskrepanz zwischen Gesundheitsausgaben und Lebenserwartung
 - Ausgaben im OECD-Vergleich
 - Lebenserwartung unteres Mittelfeld
 - Kardiovaskuläre Mortalität hoch, kaum Veränderung NCD-Krankheitslast
 - Hohe Belastung mit vermeidbaren Risikofaktoren
 - Überlegungen zu mgl. Erklärungen für diese Lage

Health Policy

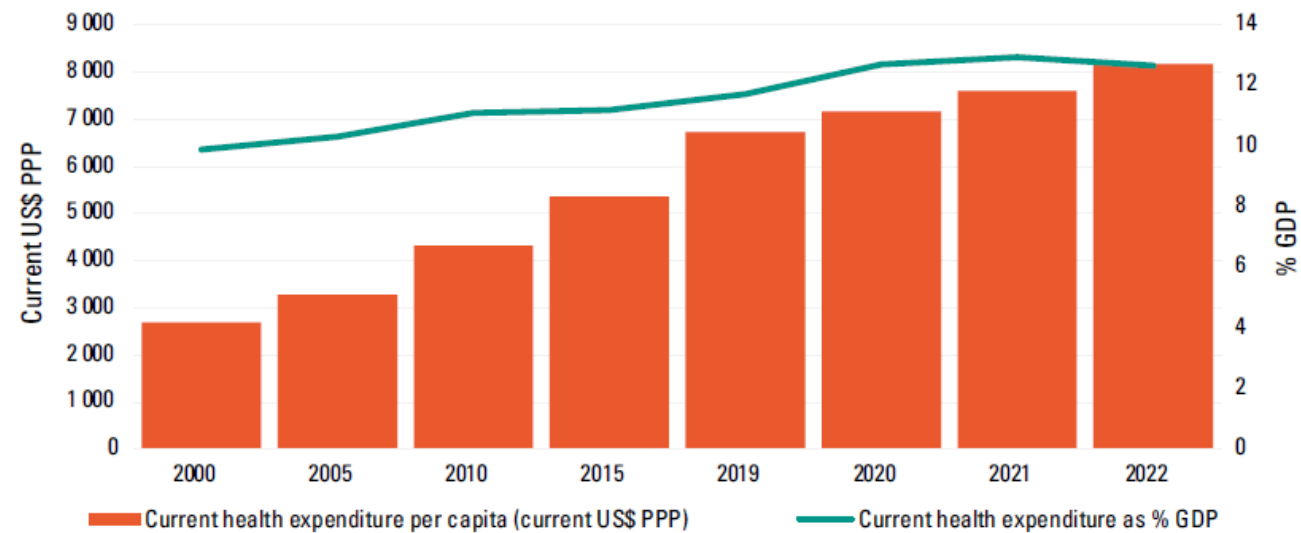
Public health in Germany: structures, dynamics, and ways forward

Hajo Zeeb, Julika Loss, Dagmar Starke, Thomas Altgeld, Susanne Moebus, Karin Geffert, Ansgar Gerhardus



- 95 gesetzliche Krankenversicherungen (2024)
- 52 PKV
- Gut 14% des Einkommens
- Hohe Ausgaben

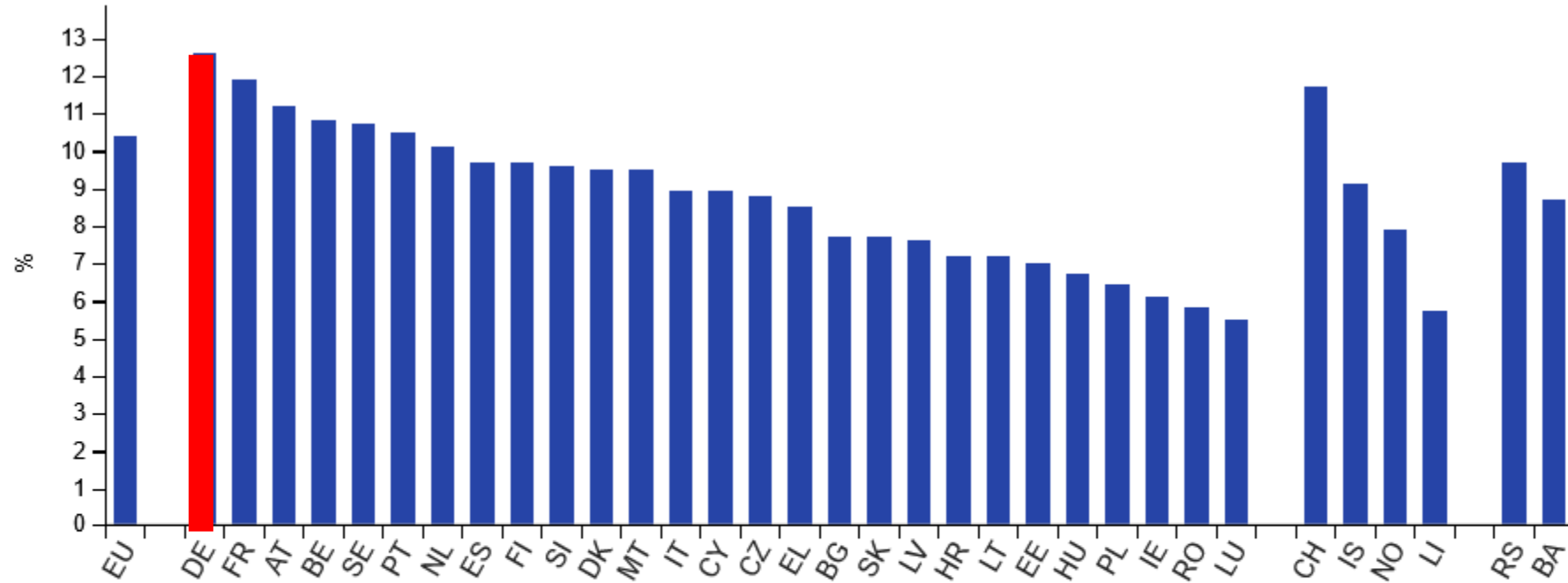
Fig. 1 Trends in health expenditure, 2000–2022 (selected years)



Notes: GDP: gross domestic product; PPP: purchasing power parity.

Source: WHO, 2024.

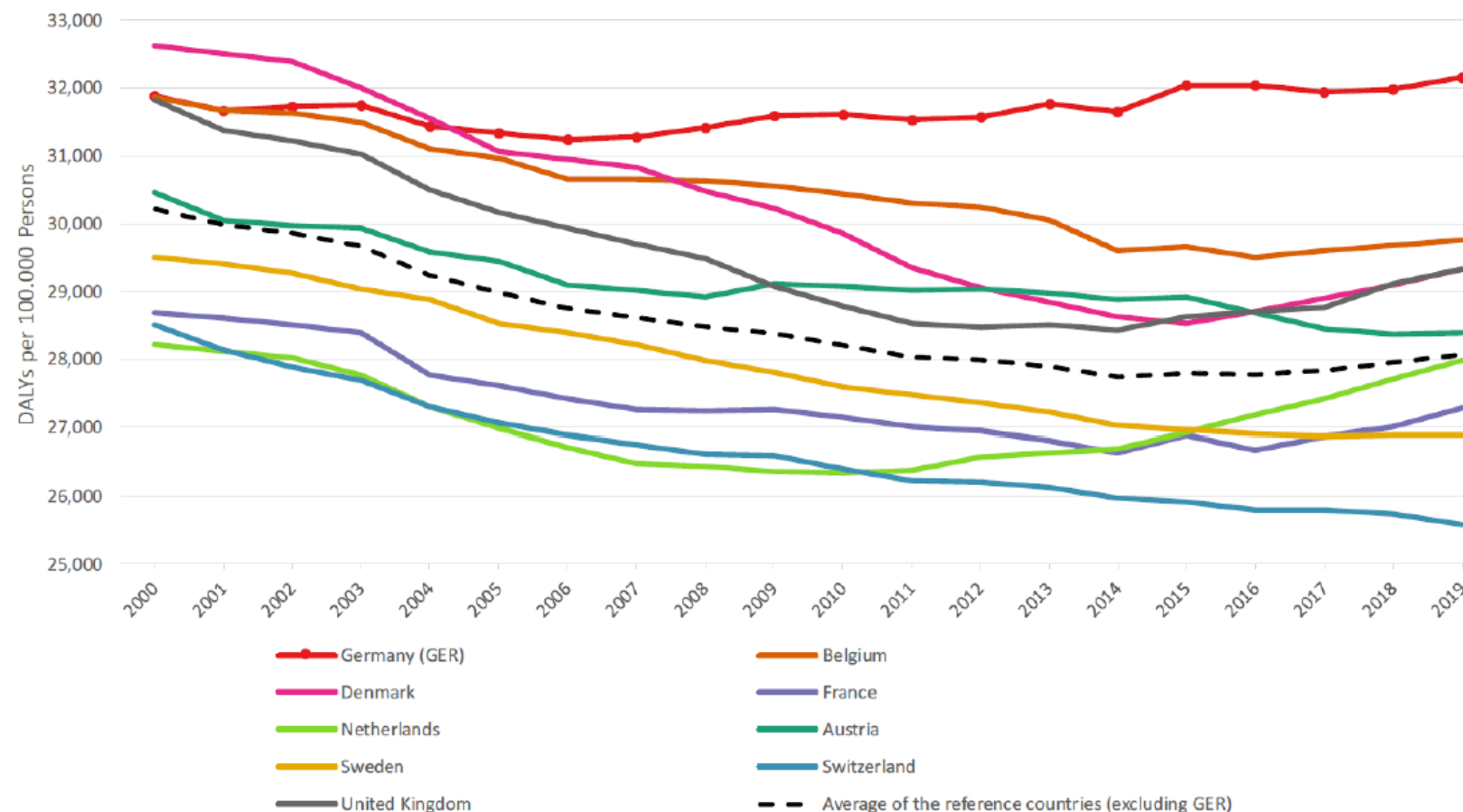
Ausgaben im europäischen Vergleich



EU, Poland, Finland, Norway and Serbia: provisional.

Source: Eurostat (online data code: hlth_sha11_hf)

Fig 1 Time trends in DALYs per 100,000 persons in Germany and European countries for comparison



DALY – misst
Sterblichkeit und
gelebte Jahre
mit
eingeschränkter
Qualität

Kernaussage –
in anderen Ländern
deutliche
Krankheitslastverringern
- aber nicht in D

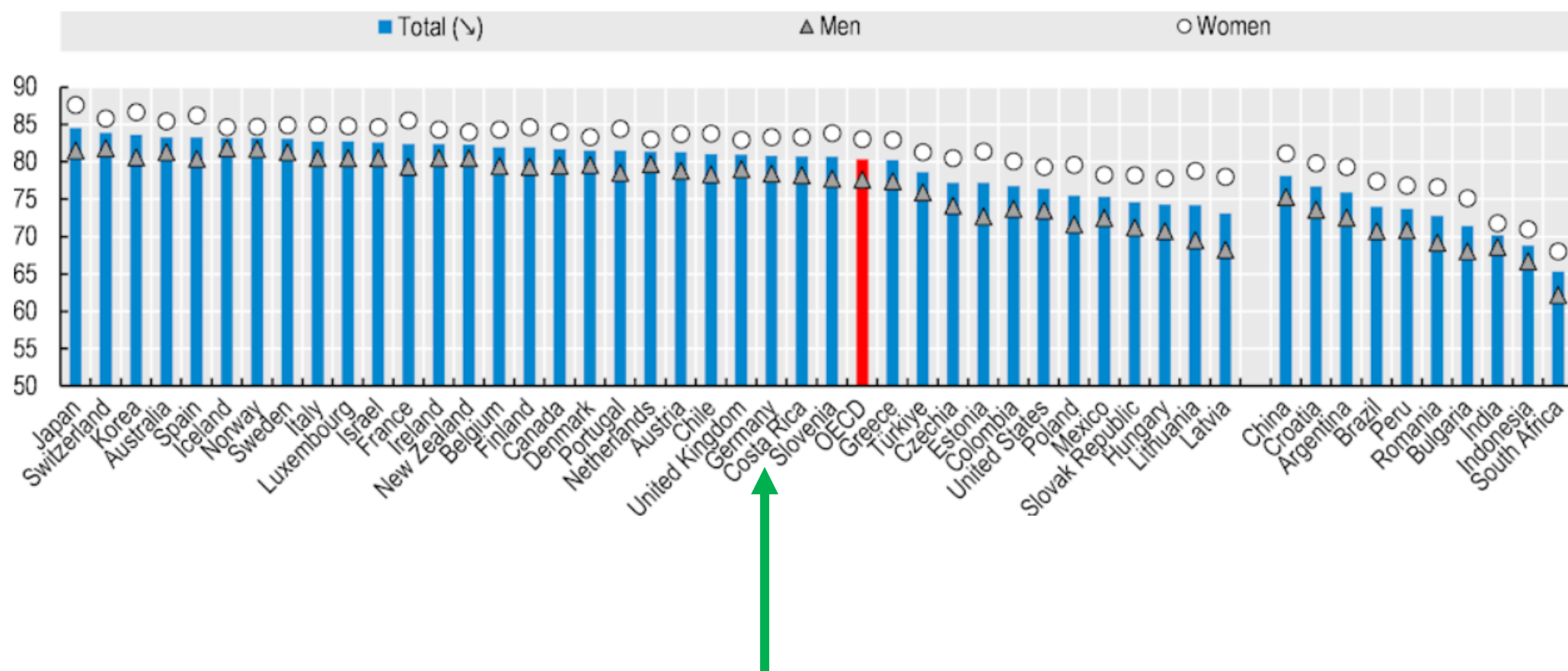
© courtesy of Busse R et al. 2024. Piloting a systematic measurement of the performance and efficiency of the German health care system (Health System Performance Assessment - HSPA). Data are based on Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) 2021

Figure 7.1. Women continue to live over 5 years more than men on average across OECD countries

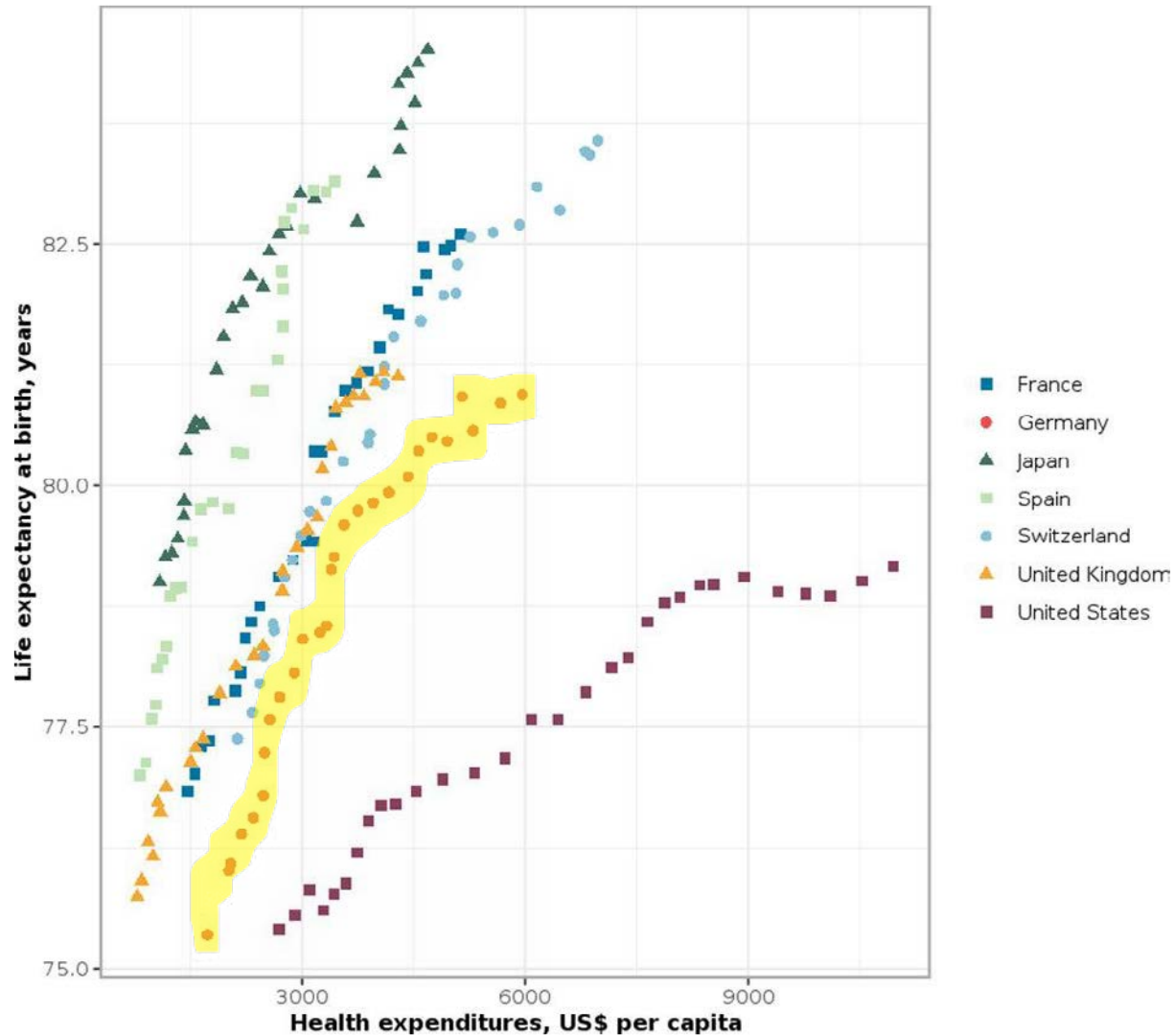
Life expectancy at birth, by gender, in years, in 2021 (or nearest year)

OECD Society
at a glance
2024

Report on
social
indicators



Gesundheitsausgaben - Lebenserwartung



Wachstum der
Gesundheitsausgaben:
Deutschland vorn

Lebenserwartung: hier
nicht in Spitzengruppe

USA !

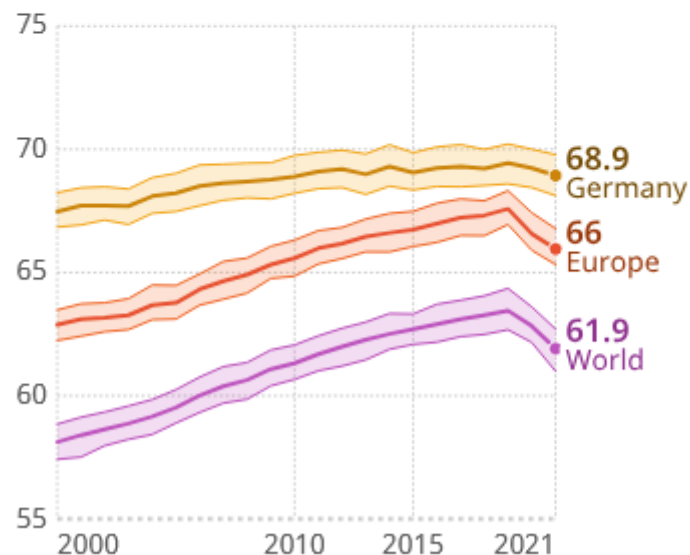
In Germany, **healthy life expectancy at birth (years)** has improved by Δ 1.46 years from 67.5 [66.8 - 68.2] years in 2000 to 68.9 [68.1 - 69.8] years in 2021.

In France, **healthy life expectancy at birth (years)** has improved by Δ 2.11 years from 68 [67.2 - 68.9] years in 2000 to 70.1 [69.2 - 70.9] years in 2021.

In Austria, **healthy life expectancy at birth (years)** has improved by Δ 2.16 years from 67.6 [67 - 68.2] years in 2000 to 69.8 [69.1 - 70.5] years in 2021.

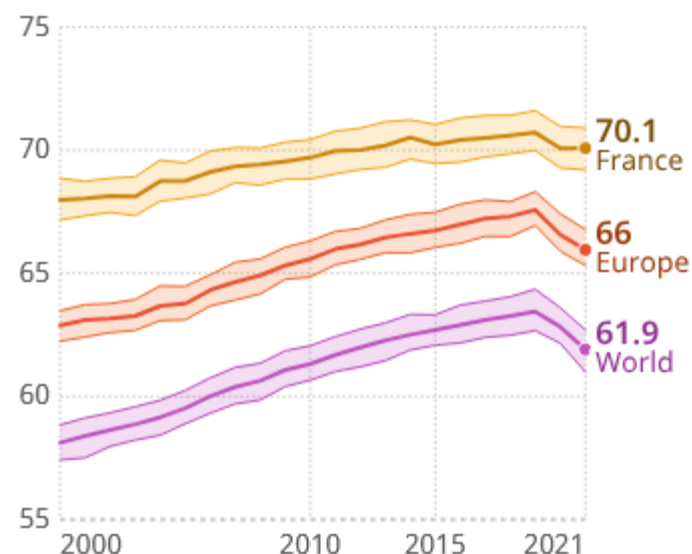
Germany

2000 – 2021



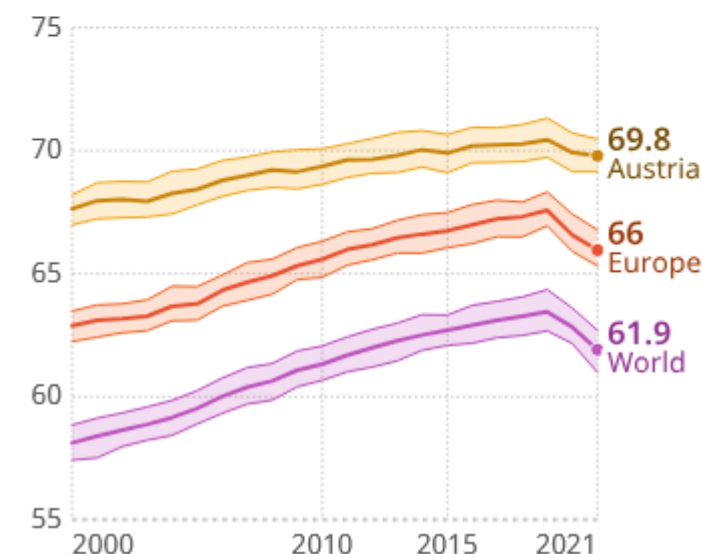
France

2000 – 2021



Austria

2000 – 2021



Fokus auf: Prävention und Gesundheitsförderung

- **Primärprävention:** Risikofaktoren verringern
- **Sekundärprävention:** Screening, frühes Erkennen von Erkrankungen, um Konsequenzen zu vermindern
- **Tertiärprävention:** Folgen von Erkrankungen mindern, neues Auftreten minimieren
- **Quartärprävention:** Verhindern von Risiken und Schäden durch unnötige oder falsche medizinische Maßnahmen

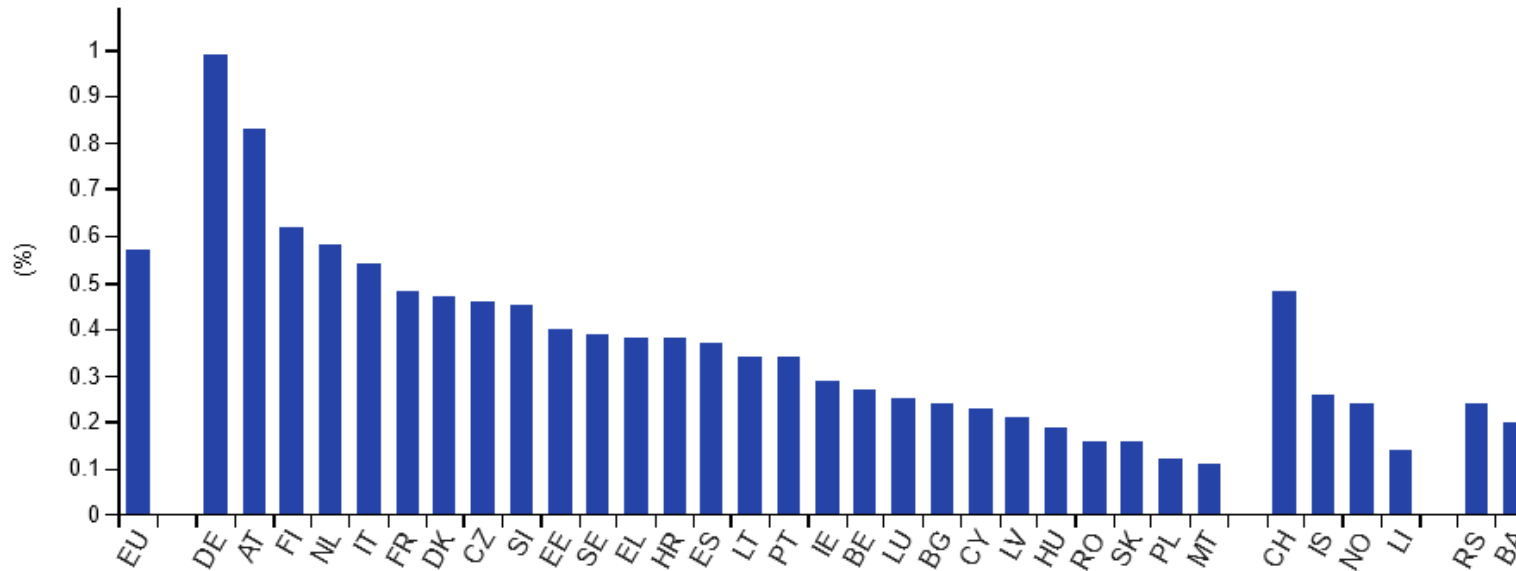
- **Gesundheitsförderung:** auf Settings, Stärkung von Ressourcen ausgerichtet
 - Insbesondere im deutschsprachigen Raum nicht mit Prävention gleichgesetzt

- **Verhaltens – Verhältnisprävention:** eher gemeinsam als getrennt denken

Ausgaben für Prävention – präventive Gesundheitsversorgung

Current expenditure on preventive healthcare relative to GDP, 2022

<> Ausgaben insgesamt



306
Milliar
den

- 1) Letztes Corona-Jahr
- 2) enthält auch Rehabilitationskosten, Impfungen usw,

EU, Poland, Finland, Norway and Serbia: provisional.

Source: Eurostat (online data code: hlth_sha11_hchp)



Publikation der
Bundesärztekammer, 28.11.2025

- Prävention ist eine zentrale ärztliche Aufgabe
 - s. Bundesärzteordnung §1
- Prävention und Gesundheitsförderung in Aus- und Weiterbildung:
 - kann sich das medizinische Selbstverständnis und die öffentliche Erwartung ändern (Ärzt:innen als „agents of change“ für gutes und gesundes Leben)?
- Vertrauen: wichtige Ressource
- Besondere Rolle von Primärärzt:innen
 - Kooperation stärken
 - Mit ÖGD
 - Mit anderen lokalen Akteuren
- Ärzteschaft als Kernteil des multiprofessionellen, Multi-Akteure Systems
- Rolle des ÖGD für Prävention ausbauen
 - Pakt ÖGD
 - Forschungsk Kooperationen
- Neue Ansätze
 - Social prescribing
 - Präventionsketten mitgestalten
 - [DIGA] – digitale Unterstützung der Prävention
 -
- Möglichst strategisch, nicht in Einzelaktionen verlieren

- Krankenkassen: mehr Geld für Prävention (gemessen pro Kopf)
- Neu: Settings können gefördert werden (ein wachsender Anteil aller P.-Ausgaben !)
- Instrumente: Landesrahmenvereinbarungen, Präventionsforum, Präventionskonferenz, Präventionsberichte

- Keine bundesweite Strategie für Prävention/Public Health; Finanzierung zu einseitig
- Zu wenig Orientierung an Lebenslagen in Kommunen, zu wenig Teilhabe
- Messbare Veränderungen bleiben bisher aus (außer bei den Ausgaben)
 - Achtung – langfristige Wirkungsperspektive von Prävention
- Insbesondere keine Antwort auf demografischen Wandel, Anforderungen der Digitalisierung

- **Überarbeitung geplant: aktuelle Legislaturperiode !?**

- Alltagstauglich und niedrigschwellig, deutlich stärkerer Bestandteil im Gesundheitssystem
- Ärzteschaft (Allgemeinmed., Pädiatrie, Betriebsmed., viele andere) mit wachsender Rolle
 - Aus- und Weiterbildung, Netzwerke entscheidend
- Digitale Prävention (insbesondere: Primärprävention) bietet viele neue Möglichkeiten
 - Erlaubt präzisere Angebote, Feedback unter Beibehaltung eines Populationsansatzes
 - Große Herausforderung: Evaluation der Implementation, Wirksamkeit >> Forschung
 - Rolle von KI, ethische/soziale Implikationen

Digitale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland Ergebnisse des HLS-GER 3

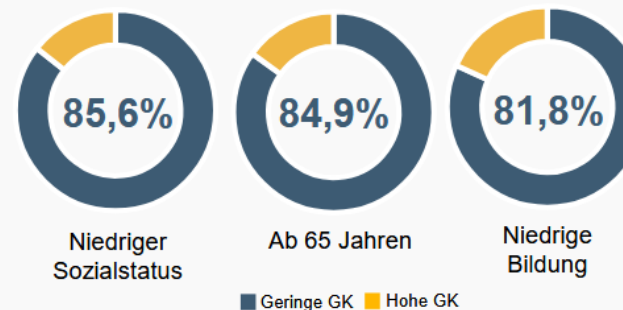


Die Digitale Gesundheitskompetenz (DGK) hat sich um 4,7 Prozentpunkte verbessert – noch mehr als die allgemeine Gesundheitskompetenz. Doch ist der Anteil geringer DGK weiterhin sehr hoch: **71,1%** der Bevölkerung weisen im HLS-GER 3 eine geringe DGK auf, zuvor waren es **75,8%**.

- 59,5% verfügen über eine **inadäquate** DGK
- 11,6% verfügen über eine **problematische** DGK
- 11,8% verfügen über eine **ausreichende** DGK
- 17,1% verfügen über eine **exzellente** DGK

Anteil geringer DGK in einzelnen Bevölkerungsgruppen

Menschen mit **niedrigem Sozialstatus**, **ab 65 Jahren** und **niedrigem Bildungsniveau** gehören zu den Gruppen mit dem höchsten Anteil geringer DGK.



- Neue Screeningprogramme: sehr wahrscheinlich risikoadaptiert
 - Z.B. Lunge, Prostata

- Präventive Gesundheitspolitik: **zielgerichtet, mutig, unbequem, evidenzbasiert**
 - Gesellschaftliche Realitäten wie Ungleichheit, Mis- und Desinformation berücksichtigen
 - Evidenzbasierte Regulative: Zuckersteuer, WHO-Tabakkontrollpolitik, Alkoholbeschränkungen, Ernährung, z.B. Nutriscore

- Benötigt: klare Zwischenergebnisse für Diskurs von Forschung–Politik–Bürger:innen

- Entscheidende Grundlage: Gesundheit ist ein Menschenrecht
 - Daraus erwachsen Verpflichtungen, zur bestmöglichen Einlösung dieses Rechts für alle beizutragen
 - Prävention und Gesundheitsförderung zentral
- Wesentliche Instrumente (u.a. in Australien erprobt)
 - Interministeriale Gremien, gemeinsame Budgets
 - Sektorübergreifende Informations – und Evaluationssysteme
 - Gemeinsame Entwicklung des Fachkräfteangebots
 - Bürgerbeteiligung
 - Prozessanalysen und Health Impact Assessment
 - Gesetzliche Grundlagen
- Gesundheitsziele als gemeinsame Orientierungsanker

HiAP: primär **kein Ansatz**
für mehr Effizienz
Aber:
für viel breitere und
angemessene Betrachtung
von Gesundheit

**Damit durchaus auch
chancenreich in Bezug auf
effizienten Ressourceneinsatz**

Am Ende: Veränderungswille und Kooperation

www.leibniz-bips.de

Kontakt

Hajo Zeeb

Leibniz-Institut für Präventionsforschung und
Epidemiologie – BIPS
Achterstraße 30
28359 Bremen

zeeb@leibniz-bips.de

