



the
health
circle

Die Zukunft der Prävention in Deutschland

Vermeiden, vorsorgen, stärken



innait

Editorial	4
1 Einleitung	6
2 Die unterschiedlichen Dimensionen von Prävention	10
Begriffsdefinitionen	11
Medizinische Aspekte	12
Ökonomische Aspekte	18
Politische Aspekte	21
Verhaltenswissenschaftliche Aspekte	25
<i>Interview mit Marie-Luise Dierks (Medizinische Hochschule Hannover)</i>	28
<i>Interview mit Tobias Effertz (Universität Hamburg)</i>	30
3 Der Status quo der gesundheitlichen Prävention in Deutschland	32
Relevante Akteure	33
Präventionsprogramme	34
Betriebliche Prävention	37
Gesetzgeberische Rahmenbedingungen	37
<i>Interview mit Susanne Moebus (Universitätsklinik Essen)</i>	39
<i>Interview mit Wolfgang Greiner (Universität Bielefeld)</i>	40
4 Fortschritte im Bereich der Früherkennung und Prävention	42
Neue medizinische Erkenntnisse	43
Neue technologische Möglichkeiten	45
<i>Interview mit Ralf Smeets (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)</i>	48
<i>Interview mit Stephan Kranz (Dpv-Analytics)</i>	50
5 Handlungsempfehlungen	52

Editorial

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

ist Ihnen einmal aufgefallen, was die Redewendungen „Morgenstund‘ hat Gold im Mund“, „Wer zuerst kommt, mahlt zuerst“ und „Der frühe Vogel fängt den Wurm“ gemein haben? Richtig, die Dinge möglichst früh anzugehen, steht beim Volksmund hoch im Kurs. Ihm zufolge sind die Chancen auf Erfolg dann besonders groß.

In der Realität handeln wir jedoch häufig anders und schieben unangenehme Dinge oft auf. Das gilt leider auch beim Thema Gesundheit: Das deutsche Gesundheitswesen reagiert in der Regel spät, schließlich gehen die Menschen oft erst in die Arztpraxis, wenn es ihnen schlecht geht. Dabei könnten viele Behandlungen vermieden werden, würden wir früher aktiv werden. Gesundheit beginnt eben nicht erst mit einer Diagnose oder Therapie – sondern mit ihrem Erhalt.

Verstehen Sie mich nicht falsch: Unbestreitbar zählt das Gesundheitssystem in Deutschland zu den besten der Welt. Denn wer hierzulande krank wird und medizinische Hilfe benötigt, dem wird geholfen. Die Leistungskataloge sowohl der gesetzlichen Krankenkassen als auch der privaten Krankenversicherungen sind umfangreich. Das System lässt auch jene nicht fallen, denen es schwerfällt, in die Sozialsysteme einzuzahlen. Und nicht zuletzt die Covid-19-Pandemie, bei der Engpässe auf den Intensivstationen weitgehend ausgeblieben sind, hat gezeigt: Wir können Gesundheit.

Dennoch ist diese Perspektive vor allem eine der Rückschau. Und sie blickt auf gewaltige Kosten. Denn viele medizinische Ausgaben für Personalkosten, Pharmazeutika, Operationen, Krankbetten und mehr könnten eingespart werden, bliebe der

Krankheitsfall dank guter Vorarbeit aus. Der Fokus dieses Reports liegt deshalb völlig zurecht auf dem wichtigen Thema der Prävention. Er zeigt auf, wie Prävention, Vorsorge und Früherkennung in Deutschland heute und morgen aussehen und welche Hebel es in Politik und Wirtschaft zur weiteren Verbesserung in Bewegung zu setzen gilt.

Der Weg zu mehr und besserer Prävention und Früherkennung liegt mir nicht nur persönlich, sondern auch als Vorstandsvorsitzender einer privaten Krankenversicherung am Herzen. Die HanseMerkur ist seit ihrer Gründung vor fast 150 Jahren Wegweiser und Enabler für die im jeweiligen Zeitalter bestmögliche medizinische Versorgung und Vorsorge. Unser vordringlichstes Ziel bleibt es, Gesundheit zu erhalten, statt uns darauf zu beschränken, Krankheiten zu managen.

Und noch nie waren die Handlungsmöglichkeiten vielfältiger als heute. Als privatwirtschaftliches Unternehmen sind uns Agilität und Innovationskraft besonders wichtig, hier haben wir besondere Stärken. Sie befähigen uns – häufig in Kooperation mit Health-Start-ups – neue Methoden frühzeitig in den Markt zu bringen.

Eine davon ist beispielsweise die Schlaganfallvorsorge mittels eines Mini-EKG, das Vorhofflimmern zuverlässig erkennt. Die aufgezeichneten EKG-Daten werden mittels Machine Learning bzw. Künstlicher Intelligenz ausgewertet und von erfahrenen Kardiologen validiert. Auch in der Krebsfrüherkennung arbeitet die HanseMerkur mit führenden Biotechunternehmen zusammen, um ihren Kunden Zugang zu den fortschrittlichsten Verfahren zu ermöglichen.

Lassen Sie uns die Dinge daher nicht nur sprichwörtlich, sondern wortwörtlich früh angehen. Ich wünsche Ihnen eine inspirierende Lektüre.

Herzlichst,
Ihr Eberhard Sautter



Eberhard Sautter

Vorstandsvorsitzender HanseMerkur

Kapitel 1

Einleitung

In der Medizin gilt eine einfache Regel: Je eher eine Erkrankung entdeckt wird, desto leichter und umfassender lässt sie sich meistens heilen. Im Erfolgsfall gelingt dies so gut, dass die Betroffenen gänzlich genesen und weder Lebensjahre noch Lebensqualität einbüßen. Noch besser wäre es allerdings, wenn die entsprechende Erkrankung gar nicht erst ausbrechen würde. Schließlich gäbe es dann gar keine Krankheitslast. Eine erfolgreich bekämpfte Krankheit ist gut, eine erfolgreich verhinderte ist besser.

Aus diesem Grund ist die Stoßrichtung der medizinischen Forschung und Versorgung mehrdimensional: Einerseits sollen bestehende Erkrankungen möglichst erfolgreich bekämpft werden. Darüber hinaus sollen drohende oder neue Erkrankungen möglichst frühzeitig entdeckt werden. Außerdem soll verhindert werden, dass Krankheiten überhaupt ausbrechen. Auch deshalb sind Erkenntnisse wichtig, wie sich grundsätzlich eine gute Gesundheit erhalten lässt.

Der medizinische Fortschritt nimmt also sowohl die Kuration als auch die Prävention in den Blick. Zusammen stellen sie die zentralen Aufgaben des Gesundheitswesens dar. Beide gehen Hand in Hand und bedingen sich gegenseitig.

Der Begriff Prävention ist dabei sehr breit zu verstehen. Zum einen geht es darum, die Menschen zu einem gesünderen Lebenswandel zu bewegen. Von Vorteil ist dies grundsätzlich, aber im Besonderen im Hinblick auf die sogenannten vermeidbaren Krankheiten. Bei diesen wird ein ungesunder Lebensstil zu den Hauptursachen gezählt – also zu wenig Bewegung, eine falsche Ernährung oder der Konsum von Suchtmitteln wie Alkohol oder Tabak. Beispiele sind hier die Zuckerkrankheit Diabetes mellitus Typ II oder auch Krebserkrankungen an Leber oder Lunge.

Zum anderen geht es aber auch um die Früherkennung von sogenannten behandelbaren Erkrankungen. Deren Auftreten hängt nicht oder weit weniger vom Lebensstil ab. Vielmehr zeichnen sich die Krankheiten dadurch aus, dass sie eingedämmt werden können, wenn man sie früh erkennt und früh behandelt. Dies gilt, weil die technologischen Voraussetzungen für eine Früherkennung inzwischen gegeben sind, weil erfolgversprechende Behandlungsmethoden bekannt sind und weil Bevölkerungsgruppen mit Risikofaktoren klar identifiziert werden können. Beispiele hier sind Brust- oder Darmkrebserkrankungen.

Unter diesen beiden Krankheitsbildern leiden allein in Deutschland Millionen von Menschen. Gleichzeitig ist die Kuration dieser Krankheiten für einen Großteil der Kosten verantwortlich, die im Gesundheitswesen entstehen.

Vor dem Hintergrund, dass die Schäden enorm und die Krankheiten gleichzeitig verhinderbar oder zumindest beherrschbar sind, ist die Quintessenz schlicht: Der Prävention sollte im Gesundheitswesen eine große Bedeutung zukommen – und sie sollte ausreichend finanziert sein. Schließlich kann mit begrenzten Mühen und Mitteln eine hohe Wirkung erzielt werden – in Form von vielen zusätzlichen beschwerdefreien Lebensjahren, deutlichen Kosteneinsparungen und mehr wirtschaftlicher Prosperität.

Doch auch wenn die genannte These schlicht und unumstritten ist, sind die Folgen daraus nicht trivial: Sich selbst oder andere zu einem gesünderen Leben zu animieren, ist alles andere als einfach. Ähnliches gilt für den regelmäßigen Gang zur Vorsorge. Niemand denkt gerne über mögliche Erkrankungen nach, die noch nicht da sind. Und dennoch: Programme für Prävention und Vorsorge sind zwar mitunter mühsam, können aber durchaus erfolgreich sein.

Der vorliegende Report widmet sich der aktuellen Situation der Präventionsarbeit in Deutschland – und ihrem Potenzial für die Zukunft. Dabei werden Handlungsempfehlungen abgeleitet, wie Prävention, Vorsorge und Früherkennung im Gesundheitswesen gestärkt – und dadurch individuelle und gesamtgesellschaftliche Vorteile erzielt werden können.

Der Report ist dabei wie folgt aufgebaut: In Kapitel 2 werden zunächst die Konzepte Prävention, Früherkennung und Vorsorge sowie die unterschiedlichen Dimensionen der Präventionsarbeit vorgestellt. Anschließend werden nacheinander die medizinischen, ökonomischen und politischen Aspekte der Prävention diskutiert. Auch verhaltenswissenschaftliche Erkenntnisse darüber, wie der Weg zu einem gesünderen Lebenswandel gelingen kann, finden hier Widerhall.

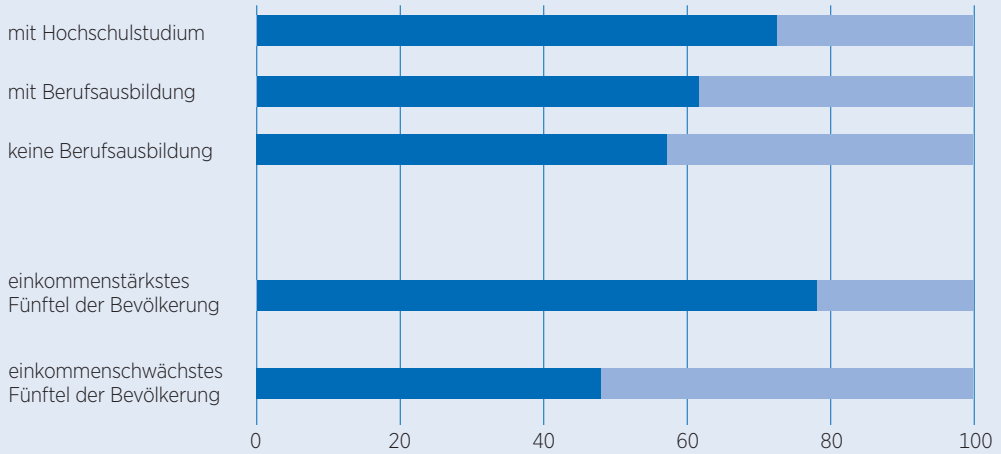
Kapitel 3 erläutert den Status quo der Präventionsarbeit in Deutschland und stellt die Aufgaben und Aktivitäten der relevanten Akteure vor – von den Praxen und Kliniken über die Versicherungen bis hin zu den Arbeitgebern und dem Staat. In Kapitel 4 wird nachgezeichnet, welches enorme Potenzial der technologische und medizinische Fortschritt im Hinblick auf die Prävention im Gesundheitsbereich bieten kann – beispielsweise, weil neue Verfahren drohende Krebserkrankungen besser aufdecken können oder weil alltagstaugliche Medizintechnik die Überwachung von Vitalwerten vereinfacht. Auch Erkenntnisse zur mentalen Gesundheit und Prävention werden hier vorgestellt.

Das abschließende Kapitel 5 leitet Handlungsempfehlungen für die Stärkung von Prävention und Vorsorge her. Hierbei geht es auch darum, wie das Thema im Sinne des „Health in all policies“-Ansatzes zur Querschnittsaufgabe verschiedener Politikfelder gemacht werden kann. Schließlich hat sich in den vergangenen Jahrzehnten die Erkenntnis durchgesetzt, dass nicht nur das individuelle Verhalten, sondern auch die Verhältnisse – wie beispielsweise die soziale und ökologische Umgebung – darüber entscheiden, ob jemand ein gesundes Leben leben kann.

Gesundheitszustand

Anteil der Menschen*, die ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut bezeichnen, in Prozent

* Über-15-Jährige in Deutschland, in 2019
Quelle: EU-SILC



Kapitel 2

Die unterschiedlichen Dimensionen von Prävention

Begriffsdefinitionen

Bei der Prävention geht es darum, Krankheiten und Unfälle zu vermeiden oder zu mindestens unwahrscheinlicher zu machen. Bei bereits entstandenen Schädigungen zielt die Präventionsarbeit darauf ab, diese zumindest zu begrenzen oder ihre Auswirkungen zu verzögern. Maßnahmen und Handlungen, die diesen Zwecken dienen, lassen sich allesamt unter dem Begriff Prävention subsumieren. Präventionsarbeit kann ferner bei den einzelnen Menschen ansetzen, aber genauso bei Gruppen oder bei der gesamten Gesellschaft. Entsprechende Beeinflussungen können medizinisch sein, jedoch auch pädagogisch, psychologisch sowie sozial- oder auch umweltpolitisch.

Je nach Zeitpunkt der Intervention werden drei Formen der Prävention unterschieden. Bei der Primärprävention geht es im Wesentlichen darum, die Gesundheit zu erhalten und Erkrankungen ganz allgemein vorzubeugen. Diese Form der Prävention zielt beispielsweise auf die körperliche Fitness, auf eine gesunde

Ernährung sowie auf Stressbewältigung und mentale Gesundheit ab. Auch Maßnahmen gegen Unfälle zählen dazu, ebenso Impfungen. Die Primärprävention richtet sich also an gesunde Menschen und setzt vor einer Erkrankung an – bzw. vor konkreten Hinweisen auf eine tatsächliche Erkrankung.

Die sogenannte Sekundärprävention dagegen setzt in zeitlicher Nähe einer Erkrankung an. Sie zielt auf Personen, bei denen individuelle Risikofaktoren vorliegen, die die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung deutlich erhöhen. Bei Erkrankungen, die frühzeitig und relativ sicher diagnostiziert werden können und auch behandelbar sind, bieten sich Früherkennungsuntersuchungen an. Dies gilt umso mehr, wenn es sich um Erkrankungen handelt, die häufig vorkommen. Als Beispiele können hier Krebserkrankungen an Darm und Brust genannt werden.

Die Tertiärprävention zielt darauf ab, bei Patientinnen und Patienten, die bereits erkrankt sind, zumindest schwere Verläufe, Komplikationen oder Folgeschä-

den zu vermeiden – oder zu verhindern, dass ihre Erkrankung chronisch wird. Bei vielen Krankheitsbildern geht es dann beispielsweise darum, die medikamentöse Einstellung zu optimieren und den Alltag so zu gestalten, dass er gesundheitsförderlich ist. Im Falle von Diabetes mellitus Typ II beispielsweise ist ein weitgehend beschwerdefreies Leben mit der Krankheit möglich, wenn die Betreuung engmaschig ist und die Betroffenen auf Sport und Ernährung achten. Andernfalls aber drohen weitere Probleme – beispielsweise, dass Amputationen notwendig werden oder dass es zu Schlaganfällen und Herzinfarkten kommt. Auch das möglichst schnelle Behandeln von Erkrankungen und Notfällen gehört zum Bereich der Tertiärprävention. Die Fähigkeit, in Notfällen schnell die nötigen Maßnahmen einleiten zu können, ist ein entscheidendes Merkmal für die Leistungsfähigkeit eines gesundheitlichen Versorgungssystems.

Durch den Bedeutungszuwachs der Prävention ist in den zurückliegenden Jahren ein weiteres Problemfeld in den Blick gerutscht – nämlich das der medizinischen Überversorgung bzw. Übermedikalisierung. Gefahren bestehen beispielsweise, wenn mehrere Arzneimittel verschrieben werden, diese aber negative Wechselwirkungen haben. Oder wenn sich Menschen subjektiv krank fühlen und deshalb therapiert werden, obwohl sie objektiv gesehen gesund sind. Große Belastungen können auch aus falsch-positiven Früherkennungsuntersuchungen resultieren – entweder, weil fälschlicherweise Therapien begonnen werden oder weil die Betroffenen in einer Phase der Unsicherheit psychischen Belastungen ausgesetzt waren. Im Falle der Vorsorgemammografien für ältere Frauen wurde dieses Problem zuletzt häufig diskutiert.

Bisher wurden Wege der Prävention skizziert, die bei den individuellen Risikofaktoren der Menschen ansetzen – also entweder bei ihren Prädispositionen oder bei ihrem Verhalten. Doch auch soziale Faktoren und Umwelteinflüsse spielen

eine Rolle. Ihnen wird inzwischen ebenfalls eine herausragende Bedeutung beigemessen. Dabei wird – in Abgrenzung von der Verhaltensprävention – oft von Verhältnisprävention gesprochen. Idealerweise zielt die Prävention in diesem Bereich somit auch auf lebens- und arbeitsweltbezogene Faktoren. Schließlich können diese eine große Wirkung auf den Gesundheitszustand eines Menschen haben, ohne dass dieser selbst Einfluss darauf nehmen kann – zumindest, solange er nicht den Beruf und den Wohnort wechselt. Die Schaffung von grünen Quartieren, Naherholungsgebieten und Sportanlagen kann somit ebenso zur gesundheitlichen Prävention gezählt werden wie Maßnahmen des Arbeits- und des Lärmschutzes.

Medizinische Aspekte

Ein zentrales Ziel der medizinischen Forschung ist es, die Ursachen von Erkrankungen zu identifizieren. Wird die Erkrankung durch bestimmte Verhaltensweisen wahrscheinlicher? Oder durch genetische Prädispositionen? Oder durch negative Umwelteinflüsse? Sind die Ursachen erst einmal bekannt, kann in einem zweiten Schritt untersucht werden, ob sich diese Risikofaktoren beeinflussen lassen. Werden auch hierfür Wege gefunden, so kann eine Krankheit als verhinderbar bezeichnet werden – zumindest, wenn die identifizierten Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit der Erkrankung tatsächlich maßgeblich erhöhen.

Ein weiteres Ziel der medizinischen Forschung liegt darin, sinnvolle Therapien zu entwickeln, die eine bestimmte Krankheit kurieren oder zumindest aufhalten können. Bei vielen Erkrankungen hängt der Erfolg der Behandlung darüber hinaus davon ab, zu welchem Zeitpunkt sie diagnostiziert werden. In diesen Fällen wird versucht, die Techniken und Prozesse der Früherkennung zu verbessern.

Wenn Krankheiten so gut erforscht sind, dass es Mittel und Wege gibt, sie früh zu erkennen und erfolgreich zu therapieren, werden sie als behandelbar bezeichnet.

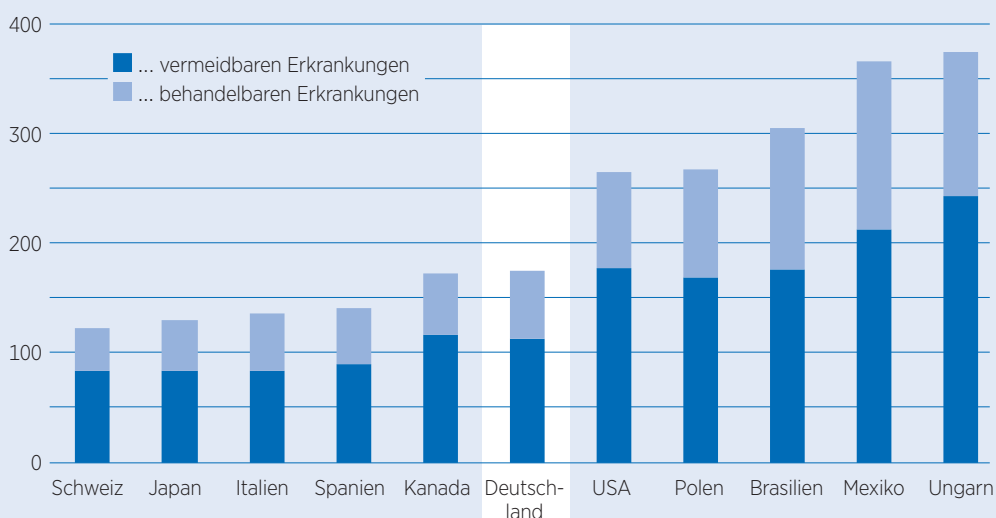
Die medizinische Forschung versucht also, Erkenntnisse zu sammeln, um dem Katalog der vermeidbaren oder behandelbaren Krankheiten weitere hinzuzufügen zu können. Gleichzeitig zielt die medizinische Versorgung darauf ab, dass möglichst wenig Menschen an vermeidbaren und behandelbaren Krankheiten leiden müssen bzw. an ihnen sterben. Dazu muss dafür gesorgt werden, dass die Erkenntnisse der medizinischen Forschung ihren Weg in die Versorgung finden – und dass die Versorgung die nötigen Kapazitäten aufbauen kann.

Die Effektivität nationaler Gesundheitssysteme wird deshalb auch daran gemessen, wie viele Menschen an behandelbaren oder verhinderbaren Erkrankungen sterben. In den entsprechenden Statistiken werden deshalb Todesfälle von Menschen unter 75 Jahren betrachtet – also solche, die als vorzeitig bezeichnet werden können. Die statistische Kennzahl hier sind Todesfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner. In Deutschland lag diese Quote laut Eurostat im Jahr 2019 bei 113 (vermeidbare Krankheiten) bzw. bei 62 (behandelbare Krankheiten) – und damit nur leicht unter dem Durchschnitt der Europäischen Union.

verhinderbare Todesfälle

Unter-75-Jährige: Todesfälle pro 100.000 Menschen aufgrund von ...

2019 oder jüngstes verfügbares Jahr
Quelle: OECD



In absoluten Zahlen ausgedrückt bedeutet dies, dass im Jahr 2019 – dem letzten Jahr, dessen Daten nicht durch die Coronapandemie verzerrt sind – rund 115.000 Unter-75-Jährige an vermeidbaren und 62.000 an behandelbaren Erkrankungen verstorben sind. Damit sind zwei Drittel der Todesfälle in dieser Altersgruppe auf diese Krankheitskategorien zurückzuführen. Zwar muss natürlich darauf hingewiesen werden, dass darunter viele individuelle Fälle sind, bei denen die Erkrankung nicht wirklich hätte vermieden oder behandelt werden können. Die Statistiken überzeichnen somit stets das Ausmaß der Eigenverantwortung. Dennoch bleiben die Zahlen erschreckend hoch.

Auch in der Detailbetrachtung wird deutlich, wie viel Leid eigentlich verhindert werden könnte. Bei Krebserkrankungen beispielsweise wird der Anteil der Fälle, die allein durch Verhaltensänderungen hätten vermieden werden können, auf rund 40 Prozent geschätzt. Dem Tabakkonsum wird dabei die schädlichste Wirkung attestiert. Insgesamt ist auffällig, dass die Zahl der Todesfälle, die auf vermeidbare Leiden zurückzuführen sind, bei den Männern mehr als doppelt so hoch ist wie bei den Frauen.

Insgesamt sind es gerade die besonders häufigen Todesursachen, die zu den Kategorien „vermeidbar“ und „behandelbar“ gezählt werden können. Zu den vermeidbaren Erkrankungen werden die koronare Herzkrankheit gezählt (36.000 Todesfälle bei den Unter-75-Jährigen im Jahr 2019), Lungenkrebs (31.000), COPD (11.000), Leberzirrhose (7.000), Schlaganfall (6.000) und Diabetes mellitus (5.000). Bei diesen Leiden geht es beim Verhindern nicht um komplexe Präventionsprogramme, sondern vor allem um Verhaltensänderungen: Mehr Bewegung, gesündere Ernährung, weniger Rauchen und Alkohol. Die Zahlen machen deutlich, warum die Präventionsarbeit solch einen Fokus auf diese rudimentären Verhaltensänderungen

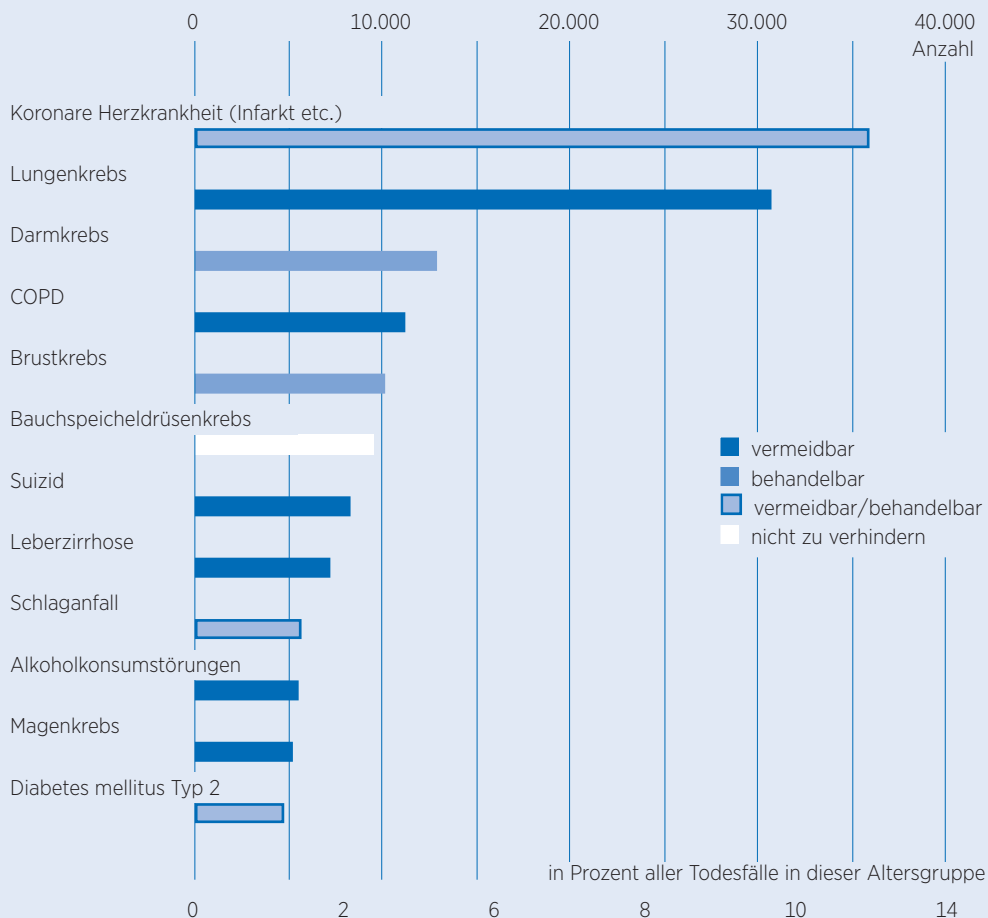
legt. Wenn es gelingt, die Bevölkerung in den genannten Bereichen zu nennenswerten Verhaltensänderungen zu bewegen, könnte dies enorm positive Auswirkungen auf die Krankheitslast haben, die eine Gesellschaft zu schultern hat.

Eine Todesursache, die in den Statistiken als vermeidbar eingestuft wird, ist der Suizid, der bei den Unter-75-Jährigen im Jahr 2019 für rund 8.000 Todesfälle steht. Hier ist Präventionsarbeit notwendig, die auf die mentale Gesundheit abzielt. Der Stellenwert dieses Problemfeldes wurde lange heruntergespielt, inzwischen aber ist es politischer Konsens, dass Handlungsbedarf besteht. Daten der Krankenkassen zeigen, dass die Zahl der Arbeitstage, die Erwerbstätige aufgrund von psychischen Leiden verpassen, in den zurückliegenden Jahren massiv gestiegen ist. Laut DAK hat sich die Quote der jährlichen Fehltage pro 100 Versicherte seit dem Jahr 2000 weit mehr als verdoppelt. Der statistische Anstieg mag auch darin begründet sein, dass entsprechende Krankheiten heute nicht mehr so stark tabuisiert werden – und Erkrankte sie deshalb seltener verheimlichen. Doch das dürfte allenfalls für einen Teil des Anstiegs verantwortlich sein.

Zu den eigentlich gut behandelbaren Erkrankungen, die besonders viele Todesfälle bei den Unter-75-Jährigen verursachen, gehören der Darm- (13.000 Todesfälle) und der Brustkrebs (10.000). Vor diesem Hintergrund ist es wenig wunderbarlich, dass extra für diese beiden Krebsarten groß angelegte Früherkennungsprogramme gestartet wurden. Zu beachten ist, dass die koronare Herzkrankheit sowie Schlaganfall und Diabetes mellitus nicht nur zur Kategorie der vermeidbaren, sondern ebenso zur Kategorie der behandelbaren Erkrankungen gezählt werden. Die entsprechenden Todesfälle werden in der Statistik schlichtweg hälftig auf beide Kategorien aufgeteilt. Unter den zehn häufigsten Todesursachen für Unter-75-Jährige findet sich mit dem Bauchspeicheldrüsenkrebs

Unter-75-Jährige in Deutschland: Todesfälle nach Ursachen (2019)

Quelle: WHO



(10.000 Todesfälle) nur eine Krankheit, die nicht bzw. noch nicht als vermeidbar und behandelbar gilt.

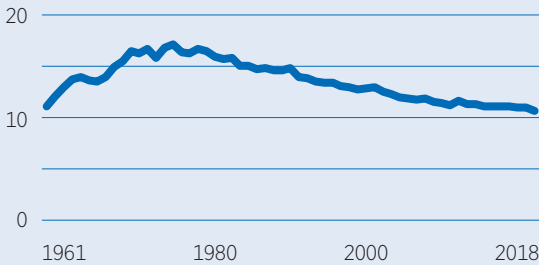
Um zu beziffern, wie groß die Krankheitslast ist, die verschiedene Erkrankungen für die Gesellschaft bedeuten, reicht die Betrachtung der Todesfälle allerdings nicht aus. Viele Leiden haben keine oder allenfalls mittelbar tödliche Folgen, schränken die Lebensqualität und oft auch die Arbeitsfähigkeit aber dennoch deutlich ein – und das mitunter über viele Jahre hinweg. Als Beispiel können hier beispielsweise chronische Rücken- oder

Kopfschmerzen genannt werden, aber auch psychische Leiden wie depressive Verstimmungen. Hier mit Hilfe der Präventionsarbeit für sinkende Fallzahlen zu sorgen, um die Krankheitslast – und gleichzeitig auch deren wirtschaftliche Schäden – zu lindern, ist daher ebenfalls mehr als gerechtfertigt.

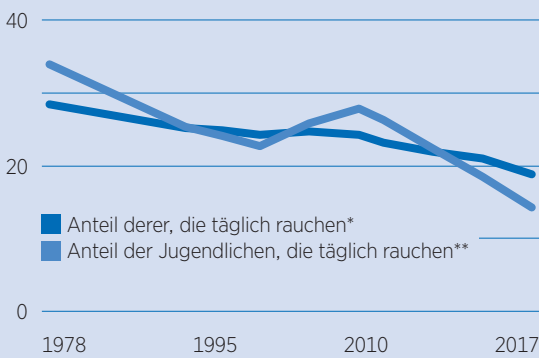
Die Krankheitslast einzelner Leiden statistisch zu messen, ist nicht trivial, aber möglich. Meist wird dazu das Konzept der „verlorenen gesunden Lebensjahre“ angewandt, das oft mit DALYs abgekürzt wird, was für „disease-adjusted

Alkohol

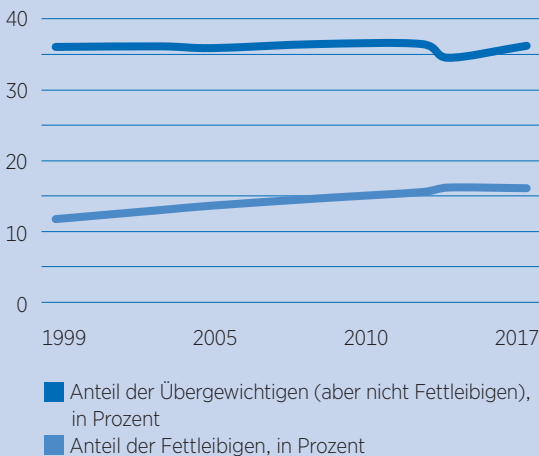
Alkoholkonsum pro Kopf*, in Litern



Tabak



Adipositas



* 15 Jahre und älter ** 15- bis 24-Jährige

Quelle für alle Grafiken: OECD

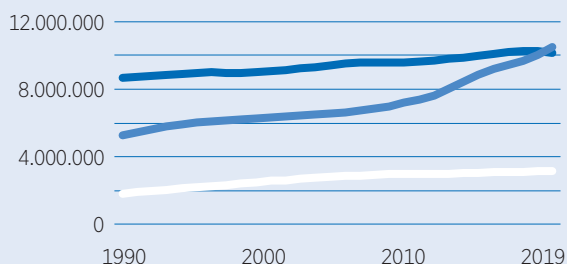
life years“ steht. Dabei wird zunächst addiert, wie viele Lebensjahre der Bevölkerung durch vorzeitige Todesfälle verloren gehen, die auf die jeweilige Krankheit zurückzuführen sind. Hinzugezählt werden dann jene Lebensjahre, die aufgrund eben jener Krankheit nur noch mit gesundheitlichen Einschränkungen bzw. mit Behinderungen verlebt werden können. Diese werden mit einem Faktor für das Ausmaß der Einschränkungen bzw. mit Behinderungen gewichtet. Die Krankheitslast eines Leidens ist somit umso höher, je gravierender bzw. tödlicher es ist, je jünger die Erkrankten sind und je mehr davon betroffen sind.

Da hier verschiedene Kriterien zugrunde gelegt werden, wirkt die Rangliste jener Leiden mit der höchsten Krankheitslast der unter 75-Jährigen sehr überraschend: So stehen die Schmerzen im unteren Rücken und die Migräne auf den Rängen eins und fünf. Dazwischen steht auf Rang drei der Lungenkrebs.

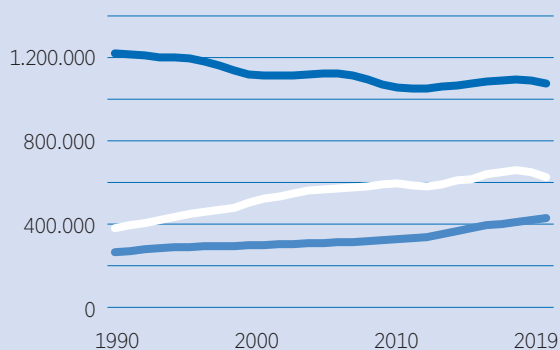
Insgesamt fällt auf, dass sich in der Liste der Beschwerden mit den höchsten Krankheitslasten noch mehr Leiden finden, die als vermeidbar klassifiziert werden, als auf der Liste der häufigsten Todesursachen. Dies unterstreicht den Stellenwert der Primärprävention umso mehr. Gerade körperliche Probleme, die auf mangelnde Bewegung zurückzuführen sind, stehen oftmals oben auf der Liste.

Bei einigen Verhaltensweisen, die als besonders gesundheitsschädlich gelten, sind in Deutschland Fortschritte festzustellen: Der Alkoholkonsum pro Kopf ist heute um mehr als ein Drittel geringer als Mitte der 1970er Jahre. Der Anteil derjenigen, die täglich Tabak rauchen, ist seither von knapp 30 auf unter 20 Prozent gesunken. Und während die Jugendlichen damals überdurchschnittlich starke

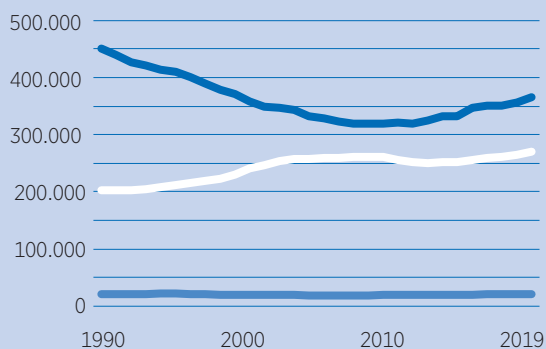
Bestehende Fälle



Neue Fälle



Todesfälle



■ Herz-Kreislauf-Erkrankungen
 ■ Diabetes (mellitus Typ 2)
 ■ Krebs

Quelle für alle Grafiken: WHO

Raucherinnen und Raucher waren, so ist es heute umgekehrt, denn bei ihnen ist der Anteil der Rauchenden nun geringer als bei den Erwachsenen.

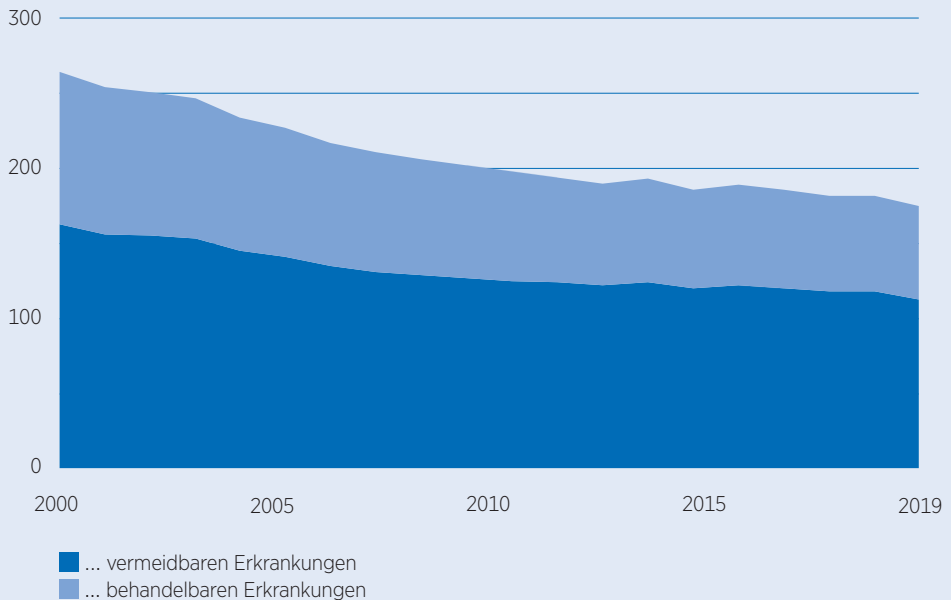
Doch es sind auch Rückschritte zu verzeichnen: So steigt der Anteil der Adipösen – also jener Menschen, die einen Body-Mass-Index (BMI) von mehr als 30 aufweisen. Gleichzeitig stagniert der Anteil der leicht Übergewichtigen, die einen BMI zwischen 25 und 30 haben. Zusammen kommen beide Kategorien inzwischen auf einen Anteil von mehr als 50 Prozent. Und auch der Anteil derer, die exzessiv Alkohol zu sich nehmen, sinkt nicht – und liegt deutlich oberhalb des europäischen Schnitts.

Ein gemischtes Bild zeigt sich ebenso bei den häufigen Krankheiten. Während die jährliche Zahl der Menschen, bei denen eine Krebserkrankung oder Diabetes mellitus diagnostiziert wird, heute um rund ein Drittel höher liegt als vor drei Jahrzehnten, sinkt die Zahl der neu festgestellten Fälle von Herz-Kreislauf-Krankheiten.

Immerhin finden sich in den Gesundheitsstatistiken Anzeichen dafür, dass der medizinische Fortschritt vorankommt, die medizinische Versorgung qualitativ hochwertiger wird und die Präventionsarbeit Wirkung zeigt. So fordern vermeidbare und behandelbare Erkrankungen heute weniger Todesopfer als in der Vergangenheit: Gab es zur Jahrtausendwende laut OECD in der Gruppe der Unter-75-Jährigen noch 264 Todesfälle pro 100.000 Menschen, die auf Erkrankungen dieser beiden Kategorien zurückzuführen waren, so sind es heute nur noch 175. Dieser Wert ist allerdings noch immer sehr hoch, woraus sich die Forderung ableitet, die Präventionsarbeit weiter zu intensivieren.

Unter-75-Jährige in Deutschland: Todesfälle pro 100.000 Menschen aufgrund von ...

Quelle: OECD



Ökonomische Aspekte

Den Menschen ein möglichst langes und beschwerdefreies Leben zu ermöglichen, ist zweifelsohne ein gesellschaftliches und politisches Ziel an sich, das keiner ökonomischen Rechtfertigung bedarf. Dennoch hat das Thema Prävention natürlich auch eine wirtschaftliche Dimension. Wenn vermeidbare und behandelbare Krankheiten Leben verkürzen oder zumindest die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit senken, dann schädigt dies auch den Produktionsfaktor Arbeit, was wiederum die Produktivität und somit den Wohlstand schrumpfen lässt. Arbeitskräfte fallen aus, Wissen geht verloren und muss erst teuer wieder aufgebaut werden. In der Wissenschaft

wird hier meist von indirekten Kosten gesprochen. Hinzu kommen die Kosten für die Behandlung der entsprechenden Erkrankungen. Diese werden direkte Kosten genannt. Letztlich müssen sie von den gesunden Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern getragen werden.

Die direkten Kosten, die dem Gesundheitssystem Jahr für Jahr für die Behandlung von Leiden entstehen, die eigentlich hätten verhindert werden können, sind enorm. Schätzungen zufolge entfallen 70 Prozent der Ausgaben im Gesundheitssystem auf die Therapie sogenannter Zivilisationskrankheiten – also beispielsweise Diabetes mellitus oder Herz-Kreislauf-Beschwerden. Auch Rückenleiden und andere Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems gehö-

ren zu den häufigsten und kostenträchtigsten Erkrankungen in Deutschland. Neben dem medizinischen Fortschritt und der zunehmenden Alterung der Bevölkerung gelten die genannten Erkrankungen als zentrale Kostentreiber des Gesundheitssystems.

Die ökonomischen Schäden, die die entsprechenden Krankheiten verursachen, sind also immens. Daraus folgt aber auch, dass der ökonomische Nutzen, den eine Vermeidung dieser Erkrankungen mit sich bringen würde, ebenso groß wäre. Daraus wiederum lässt sich die Vermutung ableiten, dass zusätzliche Investitionen in die Präventionsarbeit eine nennenswerte Rendite abwerfen könnten – dass also die daraus resultierenden finanziellen Einsparungen die dafür notwendigen Zusatzausgaben mehr als aufwiegen würden. Politisch betrachtet würde dies bedeuten, dass die Ausgaben für Präventionsarbeit gesteigert werden sollten – mit der Erwartung, dass sich diese Zusatzinvestitionen bald durch zusätzliche Einsparungen amortisieren.

Für einzelne Maßnahmen sind positive Auswirkungen inzwischen wissenschaftlich dokumentiert, wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2018 in einer Metastudie belegen konnte: Beispielsweise zeigte ein Feldexperiment aus Großbritannien, dass es durchaus messbare Effekte hat, wenn Ärztinnen und Ärzte mit allen Patientinnen und Patienten, die ihre Praxen besuchen, ein kurzes Gespräch über die Bedeutung von täglicher Bewegung führen. Zwar ist ein solches Vorgehen – in Gänze betrachtet – sehr zeitintensiv und verursacht daher Kosten. Diese werden aber auf rund 2.000 Pfund Sterling pro vermiedenem DALY beziffert – und damit auf etwa ein Zehntel des Wertes, der einem DALY sonst beigemessen wird. Somit sind entsprechende Informationsgespräche nicht nur medizinisch erfolgreich, sondern obendrein auch ökonomisch.

Ähnlich positive Renditen konnten für ein kommunales britisches Screening-Programm festgestellt werden, bei dem Frauen ab 70 auf Knochenfrakturen an der Hüfte untersucht werden. Auch hier entstanden durch die Maßnahmen hohe zusätzliche Kosten. Doch weil tatsächlich viele bisher unbemerkte Brüche festgestellt und daraufhin behoben werden konnten, konnten viele DALYs vermieden werden, wie eine Studie der englischen Public-Health Behörde zeigte – und das zu einem vertretbaren Preis. An dieser Stelle könnten viele weitere evaluierte Präventionsmaßnahmen mit positiver finanzieller Rendite genannt werden – seien es nun Informations- und Aufklärungsprogramme, zusätzliche Sport- und Fitnessangebote oder zusätzliche Früherkennungsroutinen.

Doch nicht nur im Einzelfall, sondern auch im Gesamtsystem wird gemeinhin angenommen, dass sich höhere Ausgaben für die Prävention amortisieren. Entsprechende Modellrechnungen basieren allerdings auf einer Vielzahl von Annahmen und sind somit zwangsläufig mit Unsicherheiten behaftet. Die Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes zeigt, dass in Deutschland inzwischen tatsächlich deutlich mehr für die Bereiche Prävention und Früherkennung ausgegeben wird als bisher.

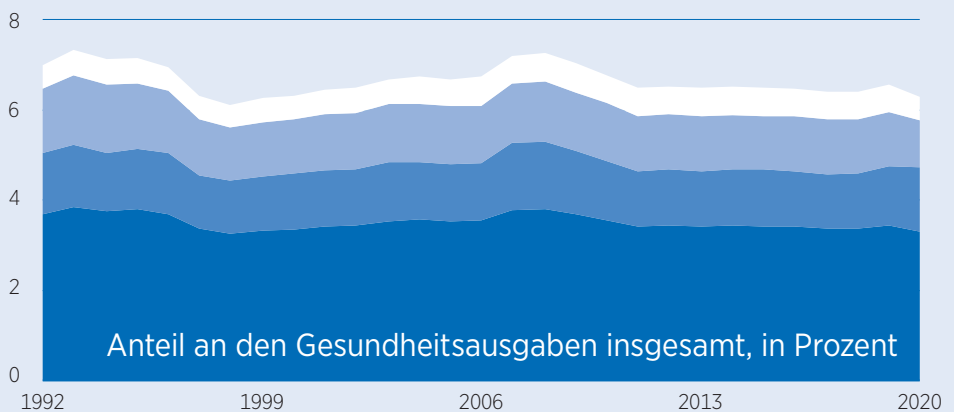
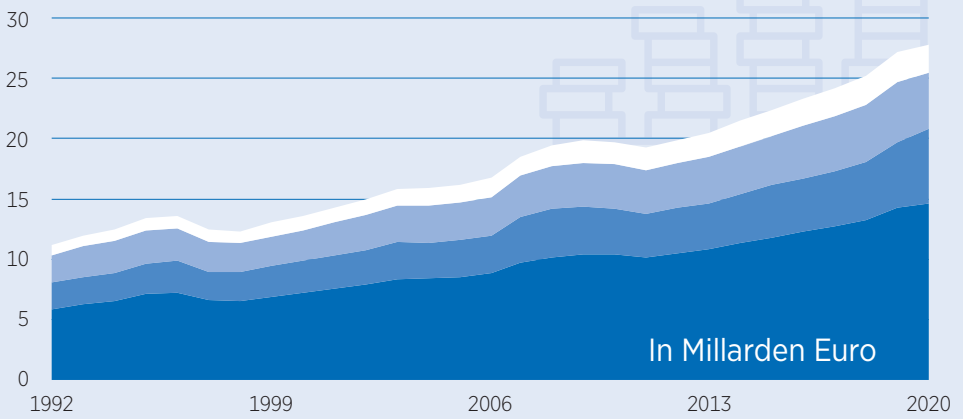
Die wachsenden Milliardenbeträge dürfen aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass es zu überdurchschnittlichen Ausgabensteigerungen in diesem Bereich bisher nicht gekommen ist. So liegt der Anteil der Gesundheitsausgaben, die für Präventionsarbeit ausgegeben werden, seit Jahren zwischen drei und vier Prozent. Ähnlich konstant sind die prozentualen Ausgaben für Früherkennungsprogramme, die in den zurückliegenden Jahren stets gut ein halbes Prozent ausmachten. Auch bei der Gesundheitsförderung und dem allgemeinen Gesundheitsschutz, der vor allem die Arbeit der Gesundheitsämter um-

fasst, ließ sich bis zum Jahr 2020 keine nennenswerte Bewegung feststellen. Die These, dass das Gesundheitswesen weiterhin vor allem auf die Kuration setzt und die Prävention ein Nischendasein führt, kann also bestätigt werden.

Neben zusätzlichen Ausgaben für Angebote und Maßnahmen gibt es weitere Möglichkeiten, den Bereich Prä-

vention mit finanzpolitischen Mitteln zu stärken. So kann beispielsweise mit Hilfe von Steuern in die Anreizstruktur eingegriffen werden. Dabei wird versucht, die Beliebtheit von ungesunden Produkten zu verringern, indem man sie teurer macht. In Deutschland werden beispielsweise Tabak und Alkohol besteuert. Die Tabaksteuern sind hierzulande durchaus nennenswert, ob-

Ausgaben für Prävention



■ Prävention / Gesundheitsschutz ■ Allgemeiner Gesundheitsschutz
■ Gesundheitsförderung ■ Früherkennung von Krankheiten

Quelle für alle Grafiken: Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes

gleich viele andere Industrieländer – wie etwa Australien, Norwegen oder Großbritannien – noch deutlich höhere Steuern verlangen. Die Alkoholsteuern in Deutschland sind dagegen verhältnismäßig niedrig. Eine Zuckersteuer, wie es sie inzwischen in Frankreich, Großbritannien und Teilen Nordamerikas gibt, wurde in Deutschland bisher abgelehnt.

Ein Argument für eine Besteuerung ist, dass auf diese Weise gleichzeitig Einnahmen generiert werden können, die für die anderweitige Bekämpfung des adressierten Verhaltens genutzt werden können – so etwa für Aufklärungskampagnen. Im Detail kann der Analyserahmen genutzt werden, der für die sogenannte Pigou-Steuer entwickelt wurde, die auf den britischen Ökonomen Arthur Cecil Pigou zurückgeht: Dabei werden die Steuersätze und -mechanismen so gewählt, dass die Steuereinnahmen den durch das adressierte Verhalten entstandenen Schaden ausgleichen. Allerdings hängt hier zweifelsohne viel von der Definition und der Messmethode ab: Bei der Tabakbesteuerung beispielsweise würde sich die Frage stellen, ob damit nur die Ausgaben des Gesundheitssystems aufgewogen werden sollen oder auch die Arbeits- und Produktivitätsausfälle derer, die in Folge einer Lungenkrebserkrankung nicht mehr arbeiten können. So oder so wären die derzeit gültigen Steuersätze in Deutschland deutlich zu niedrig.

Dass heute weniger Menschen in Deutschland regelmäßig rauchen, wird dennoch auf die regelmäßigen Erhöhungen der Tabaksteuer zurückgeführt, außerdem auf das Rauchverbot in Restaurants, Zügen oder am Arbeitsplatz. Positive Effekte durch Steuererhöhungen wurden in anderen Ländern auch bei der Besteuerung von zuckerhaltigen und anderen kalorienreichen Produkten wissenschaftliche festgestellt, so etwa in Ländern wie Mexiko oder Großbritannien.

Eine andere Möglichkeit, finanziell zu intervenieren, ist es, gesundheitsbewusstes Verhalten explizit finanziell zu fördern. Beispielsweise wurde in Deutschland wiederholt gefordert, die Umsatzsteuer für Obst und Gemüse auf den nach europäischem Recht kleinstmöglichen Satz zu senken. Genau wie bei Steuererhöhungen verschiebt sich dadurch das relative Verhältnis der Kosten zugunsten der gesunden Produkte.

Politische Aspekte

Dass den Menschen ein Leben frei von Krankheiten zu wünschen ist, ist sicherlich politischer Konsens – ebenso, dass Präventionsmaßnahmen sinnvoll sind. Umstritten ist allerdings, inwieweit die Gemeinschaft bzw. die Politik intervenieren sollten, um die Menschen zu einem gesünderen Lebenswandel zu bewegen. Die einzelnen Positionen bewegen sich dabei meist zwischen zwei Extremen: Auf der einen Seite steht die liberale bzw. libertäre Ansicht, dass die Erhaltung der eigenen Gesundheit allein im Verantwortungsbereich der einzelnen Personen liegt und dass Einmischungen aus diesem Grund zu unterbleiben haben. Dem gegenüber steht die Position, dass die Gesellschaft in der Verantwortung steht, gesundheitsschädliche Lebensweisen zu unterbinden – weil es den Individuen nur eingeschränkt möglich ist, aus eigenem Antrieb ein gesundes Leben zu führen.

In der Politik vertreten zweifelsohne nur die wenigsten eine dieser beiden Extrempositionen. Die meisten bewegen sich mit ihren Präferenzen zwischen den beiden Polen. Dasselbe gilt für die politischen Systeme als Ganzes. In jedem Land stellen die Regularien quasi einen Mix dar: Manche Handlungen sind unreguliert, andere werden bekämpft. Dabei werden unterschiedliche Maßnah-

men angewandt. So gibt es juristische Normen, Umwelt-, Aufklärungs- und Bildungsprogramme, medizinische und sportliche Angebote, Kampagnen sowie Initiativen, die eher auf die allgemeinen Lebensverhältnisse abzielen und sich beispielsweise für eine bessere soziale und ökologische Infrastruktur einsetzen.

Das weitreichendste Instrument, das der Politik zur Verfügung steht, ist das Verbot, zumal dann, wenn es mit einer strafrechtlichen Verfolgung einhergeht. In Deutschland wird auf diese Weise beispielsweise der Konsum von Drogen bekämpft. Dabei ist allerdings anzumerken, dass die Bundesregierung plant, zumindest den Konsum von Cannabisprodukten künftig zu legalisieren. Zu beachten ist in jedem Fall, dass ein Verbot noch nicht zwangsläufig dazu führt, dass etwas tatsächlich unterbleibt. Gerade beim Cannabiskonsum gibt es Hinweise, dass dieser im Zuge einer Entkriminalisierung sogar zurückgehen könnte. Insofern stellt sich bei Verboten immer die Frage, ob damit in erster Linie eine Weltanschauung signalisiert werden soll – oder ob es wirklich um die tatsächliche Erreichung der intendierten Ziele geht.

Eine weniger harte Intervention von Seiten der Gemeinschaft bzw. des Staates ist der Versuch, schädliches Verhalten unattraktiv zu machen – etwa, indem man es verteuert. Dazu wird meist der Weg der Besteuerung gewählt, wie bereits in Abschnitt 2.c dargestellt wurde.

Darüber hinaus bestehen weitere Interventionsmöglichkeiten, die allesamt sanfter sind, auch weil sie die Freiwilligkeit erhalten, indem sie das adressierte Verhalten weder verbieten noch teurer machen. Hierzu zählen etwa Aufklärungskampagnen oder der Gesundheitsunterricht in Schulen und Kindergärten. Zu nennen sind hier auch Werbeverbote, wie es sie in Deutschland derzeit beispielsweise für Tabak, aber noch nicht für zuckerhaltige Produkte gibt. Auch

Warnhinweise und abschreckende Fotos, wie sie in Deutschland inzwischen für Zigarettenpackungen verpflichtend sind, fallen in diese Kategorie.

Eine weitere Möglichkeit der Einflussnahme ist es, die Verbraucherinnen und Verbraucher mit besseren Informationen zu versorgen – sodass diese in die Lage versetzt werden, bewusstere Entscheidungen zu treffen. Im Fall von Lebensmittelpackungen beispielsweise sind die aufgedruckten Zutatenlisten und Nährwertangaben für Laien oft schwer verständlich. Zum einen sind sie in Fachsprache formuliert. Zum anderen fehlen oft Vergleichswerte, um die Werte abschließend bewerten zu können.

Um hier Abhilfe zu schaffen, nutzen Teile der Lebensmittelindustrie auch in Deutschland inzwischen den sogenannten Nutriscore. Dieser bewertet die Nahrungsmittel je nach Schädlichkeit auf einer schlichten Skala von A bis E. Hohe Anteile von Fett, Zucker und Salz führen zu einer schlechten Bewertung. Ob ein Unternehmen den Nutriscore seiner Produkte angibt oder nicht, kann es allerdings selbst entscheiden.

Zweifelsohne sind die Darstellungen des Scorewertes sehr übersichtlich und verständlich. Andererseits werden sie des Öfteren als unterkomplex kritisiert, da sie die Mehrdimensionalität der Ernährung nicht abzubilden vermögen. Dass Cola light die Bewertung B bekommt, vitaminreicher Orangensaft jedoch nur C, wirkt beispielsweise seltsam. Es ist aber der Tatsache geschuldet, dass eine eindimensionale Skala zwangsläufig Probleme damit hat, Lebensmittel mit vielen guten, aber auch einigen schlechten Inhaltsstoffen mit Lebensmitteln zu vergleichen, die weder gute noch schlechte Inhaltsstoffe haben.

Inwieweit die Gemeinschaft bzw. der Staat das Recht – oder sogar die Pflicht – hat, gesundheitsbewusstere Lebens-

weisen mit den oben diskutierten Mitteln herbeizuführen, wird in Wissenschaft und Politik oft kontrovers diskutiert. Besondere Aufmerksamkeit bekam im Jahr 2008 die Forderung der US-Wissenschaftler Richard Thaler und Cass Sunstein, von Seiten des Staates auf das Paradigma des sogenannten „sanften“ oder „libertären“ Paternalismus zu setzen. Dieses unter dem Begriff „Nudging“, also „Schubsen“, bekannt gewordene Konzept sieht vor, die kognitiven Mechanismen der Menschen gezielt zu nutzen, um sie unbewusst dazu zu bewegen, sich wie gewünscht zu verhalten.

Wenn Kantinen beispielsweise gesunde Lebensmittel auf der Theke nach vorne und in Griffhöhe anordnen, ungesunde aber weiter unten und hinten, kann beispielsweise von Nudging gesprochen werden. Dabei wird ausgenutzt, dass die Kundinnen und Kunden dazu neigen, Produkte zu greifen, an die sie schnell herankommen. Der Ansatz verbindet somit Einmischung mit Freiwilligkeit: Es wird ein gewünschtes Verhalten definiert und nach Möglichkeit herbeigeführt, es wird aber kein expliziter Zwang angewendet.

Kritisiert wird das Nudging-Konzept dafür, dass es bewusst auf Manipulation setzt. Statt die Kundinnen und Kunden mit besseren Informationen in die Lage zu versetzen, Entscheidungen bewusst und fundiert zu treffen, werden ihre geistigen und habituellen Unzulänglichkeiten gezielt ausgenutzt – und unbewusste Entscheidungen herbeigeführt. Dem kann entgegen werden, dass es für die Gesundheit eindeutig förderlich ist, wenn man sich wie gewünscht „schubsen“ lässt.

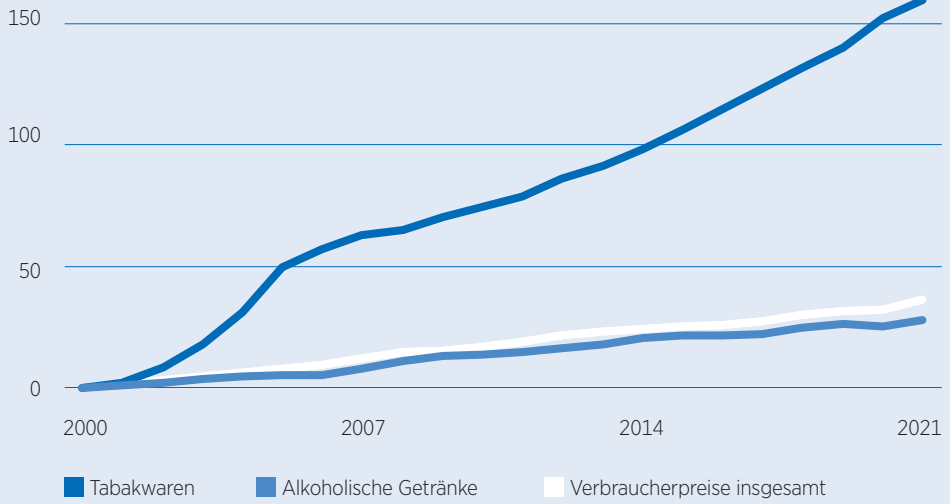
Diskutiert wird nicht nur, ob die Gemeinschaft bzw. der Staat auf die Menschen einwirken darf, sondern auch, in welchen Bereichen dies geschehen sollte. Viele sehen eine öffentliche Verantwortung nicht nur in Bezug auf das Verhalten der Menschen, sondern auch in Bezug auf die Verhältnisse. Dieser Gedanke steht

in der Tradition der Sozialmedizin, die bis in die Anfänge der Industrialisierung zurückreicht. Vertreterinnen und Vertreter dieser Denkschule stellten fest, dass es einen starken Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheitszustand gibt – und dass es für sozial schlechter gestellte Menschen somit deutlich schwieriger zu sein scheint, gesund zu leben. Der genannte Zusammenhang lässt sich auch heute noch klar erkennen.

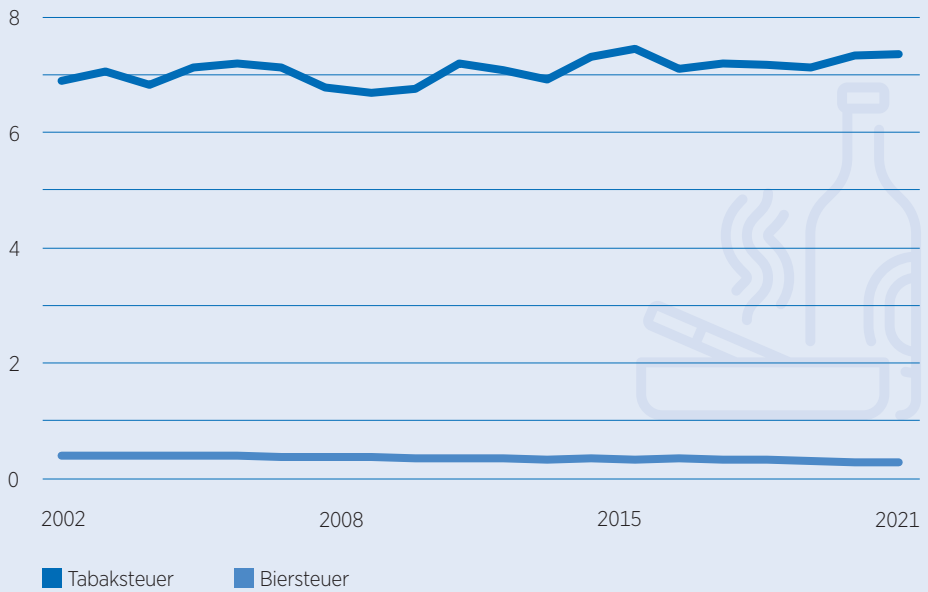
Daraus abgeleitet wird die Forderung, Armut mit Hilfe der Sozialpolitik zu bekämpfen. Gleichzeitig wird gefordert, allen Menschen ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld zu schaffen, damit auch ärmeren Menschen ein gesundes



Entwicklung der Verbraucherpreise seit 2000, in Prozent



Steuereinnahmen, in Mrd. Euro



Quellen für alle Grafiken: Statistisches Bundesamt, BMF, eigene Berechnungen

Leben ermöglicht werden kann. Der entsprechende Denkansatz wird heute meist „Public Health“ genannt. Oft wird darüber hinaus der „Health in all policies“-Ansatz erwähnt, der postuliert, dass es in allen Politikfeldern eine Verantwortung in Bezug auf die Gesundheit der Menschen gibt. Demnach hat beispielsweise die Stadtentwicklungspolitik die Verantwortung, Parks und Grünflächen in allen Bereichen einer Stadt zu etablieren, damit alle Menschen gleichermaßen die Möglichkeit haben, sich in Wohnortnähe sportlich betätigen zu können.

Das deutsche Sozialstaatsmodell wird in der Wissenschaft oft als konservativ definiert – in Abgrenzung vom liberalen Modell der Vereinigten Staaten und dem sozialdemokratischen Modell der nordischen Staaten. Dieser Kategorisierung folgend wird einerseits die Verantwortung für ein gutes Leben eher bei den einzelnen Menschen bzw. Familien gesehen und weniger beim Staat. Andererseits werden Statusunterschiede nicht aktiv bekämpft, sondern nach Möglichkeit erhalten. Vergleicht man die deutsche Politik im Hinblick auf Maßnahmen zur Förderung eines gesunden Lebens mit der anderer Länder, so scheint diese Kategorisierung tatsächlich gerechtfertigt. So wird anderswo deutlich stärker interveniert, um die Menschen zu einem gesünderen Lebenswandel zu animieren. Gleichzeitig wird in Deutschland bei der Prävention noch immer vor allem auf das individuelle Verhalten abgezielt und weniger auf die Verhältnisse.

Verhaltenswissenschaftliche Aspekte

Wenn die Vorteile eines gesunden, suchtfreien Lebens so sehr auf der Hand liegen, wie in den vorherigen Kapiteln skizziert, so ist es verwunderlich, warum nicht deutlich mehr Menschen dementsprechend leben. Die Gründe dafür sind

vielfältig. Zu nennen ist hier zunächst, dass das menschliche Handeln eben meist nicht – oder nicht allein – auf kognitiv-rationalen Gedankengängen basiert, sondern oft emotional und impuls-gesteuert ist. Eine Tätigkeit sachlich für richtig zu halten, sie aber dennoch nicht ausführen zu wollen, ist somit typisch für den Menschen. Insgesamt unterliegt das menschliche Denken einigen typischen Unzulänglichkeiten, die die Menschen davon abhalten, sich vernünftig zu verhalten. Zu nennen ist zunächst die wirkmächtige Präferenz, etwas sofort zu bekommen und nicht erst später. Der Genuss von Fast Food heute wird dann positiver bewertet als die Aussicht auf ein länger beschwerdefreies Leben im Alter. Spaß, Wohlbefinden oder Befriedigung soll es sofort geben, nicht erst später.

Hinzu kommt, dass Menschen dazu neigen, Gefahren kleinzureden, die ihnen unheimlich sind. Wirkzusammenhänge werden ebenfalls gerne negiert, auch unterbewusst. Ferner wirken Assoziationen oft anders als beabsichtigt: Die Information, dass Alkohol stark schadet, kann mitunter dazu führen, dass man dann erst beginnt, darüber nachzudenken, wie schön es doch wäre, mal wieder etwas zu trinken. Bei Warnhinweisen in Textform konnte dies wissenschaftlich festgestellt werden, weswegen sie inzwischen oftmals durch Bilder oder andere audiovisuelle Reize unterstrichen werden.

Oft sind es auch kulturell etablierte Konventionen und Normen, die die Menschen davon abhalten, sich gesundheitsförderlich zu verhalten. Dies gilt im Besonderen bei Heranwachsenden. Bestimmte Sichtweisen halten sich hartnäckig – so beispielsweise, dass es von Stärke zeugt, viel Alkohol trinken zu können oder dass Rauchen „cool“ ist. Entsprechende Verhaltensweisen, die aus der Tradition, aus Gruppendruck oder aus dem Abgrenzungswunsch gegenüber den Erwachsenen herrühren, sind deutlich schwerer abzulegen. Denn hier reicht es bei der Aufklärungsarbeit nicht aus, inhaltlich-

sachlich zu überzeugen. Vielmehr müssen junge Menschen in die Lage versetzt werden, den Mut aufzubringen, mit diesen Normen zu brechen. Eine weitere Möglichkeit ist der Versuch, diese Normen langfristig zu verändern – oder sie zumindest aktiv in Zweifel zu ziehen, etwa mit Hilfe großer Kampagnen.

Wer aufklären und sensibilisieren will, der weiß, dass reine Abschreckung meist keinen positiven Effekt hat oder sogar Widerwillen auslöst, also das Gegenteil vom eigentlich Intendierten. In Fernsehspots oder auf Plakaten versuchen es die entsprechenden Organisationen daher nicht mehr mit bloßen Appellen, sondern setzen darauf, die sozialen Aspekte der entsprechenden Situationen realistisch darzustellen. Doch der Weg ist weit: Das Bedürfnis junger Menschen, zu einer Gruppe zu gehören, ist groß – und der Preis, den zu zahlen sie dafür bereit sind, ebenso. Umso wichtiger ist es, dass entsprechende Vorbilder vorhanden sind – bzw. von Seiten der Aufklärenden bewusst geschaffen werden.

Ähnlich wie beim Nudging versuchen viele Präventionsangebote, die unterbewussten Bedürfnisse und Entscheidungsweisen des Menschen gezielt zu nutzen – nur eben in diesem Fall für das Richtige: Fitness-Apps protokollieren sportliche Aktivitäten und machen bereits kleinste Fortschritte sichtbar. Der digitale Austausch mit anderen Nutzerinnen und Nutzern erlaubt es ferner, eine Bezugsgruppe mit gemeinsamen Normen zu bilden. Der Gruppendruck wird in diesem Falle positiv genutzt. In der Suchtprävention setzen viele Programme außerdem darauf, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Vorteile jedes Fortschritts sofort sichtbar zu machen. Beim Rauchen beispielsweise zielt man dabei gerne auf die Kostenersparnis ab.

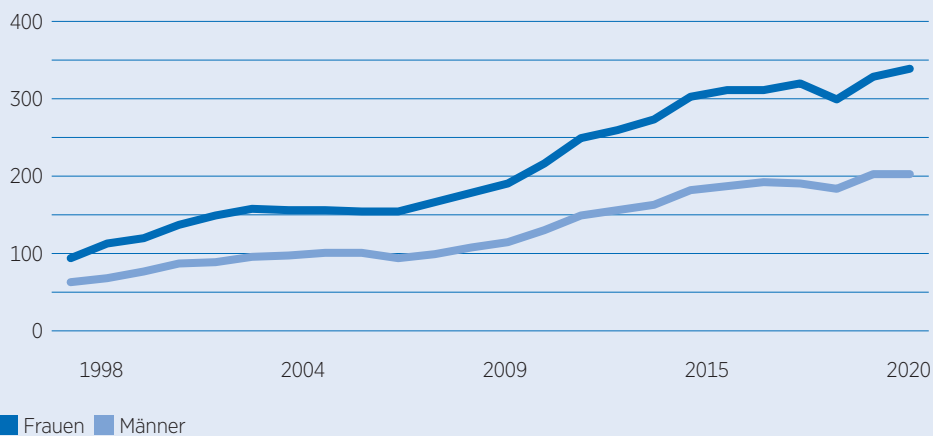
Ein weiteres Feld, das bei der Prävention von Relevanz ist, stellen Wissen und Bildung dar. Die großen Leitsätze des gesunden Lebens sind sicherlich nahezu

allen Menschen klar – dass Bewegung wichtig ist, Zuckerkhaltiges ungesund, Tabak schädlich und Alkohol gefährlich. Doch im Detail ist nicht alles so eindeutig. Umfragen zeigen, dass viele Menschen in Deutschland das Gefühl haben, zu wenig über Gesundheit im Allgemeinen und über Prävention im Speziellen zu wissen.

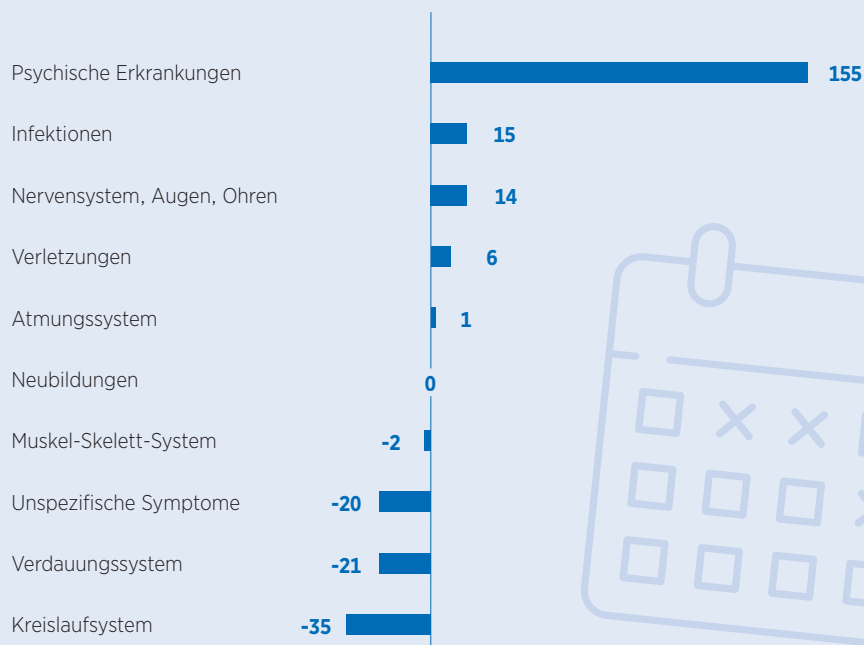
Dieses Phänomen korreliert mit dem sozioökonomischen Status: Menschen mit einem verhältnismäßig geringen Gehalt besitzen deutlich häufiger eine geringe Gesundheitskompetenz, ähnliches gilt für die Gruppe derer, die über keine berufliche oder akademische Ausbildung verfügen. Gleichzeitig zeigt sich ein Zusammenhang mit dem Verhalten: Menschen mit hoher Gesundheitskompetenz bewegen sich mehr und ernähren sich gesünder, etwa weil sie öfter Obst und Gemüse essen.

Die Analysen verdeutlichen, dass es weiterhin angebracht ist, Wissen über gesundheitsbewusste Lebensweisen zu vermitteln. Dabei geht es auch um ein Ordnen und Kuratieren des verfügbaren Wissens. Durch den Siegeszug des Internets sind Informationen über die Medizin, über Therapien und Verhaltenstipps im Überfluss verfügbar, ohne Einordnung und Ordnung. Für viele Menschen ist es dabei kaum möglich, wissenschaftlich fundierte Einschätzungen zu identifizieren und von Falschdarstellungen zu trennen. Gerade die Coronapandemie hat dies eindrucksvoll gezeigt. Die Herausforderungen, vor denen die Gesundheitspolitik in diesem Zusammenhang steht, sind enorm. Oft wird alles auch durch juristische Vorgaben weiter erschwert. So ist der Anteil der Menschen, die Beipackzettel nicht in Gänze verstehen können, sehr hoch – was angesichts der Fachsprache darin auch nicht verwunderlich ist. Hier für mehr Lebensnähe zu sorgen, wäre sicherlich von Vorteil.

Psychische Erkrankungen: Zahl der Fehltage bei der Arbeit pro 100 Versicherte*



Zahl der Fehltage bei der Arbeit pro 100 Versicherte*: Veränderung zwischen 2000 und 2020, nach Krankheitsfeldern



* DAK-Versicherte
Quelle für alle Grafiken: DAK



Marie-Luise Dierks

Prof. Dr. Marie-Luise Dierks ist für den Forschungsschwerpunkt Patientenorientierung und Gesundheitsbildung an der Medizinischen Hochschule Hannover verantwortlich und leitet die Patientenuniversität.

Frau Dierks, Millionen von Menschen in Deutschland leiden an Krankheiten, die auf schlechte Ernährung, mangelnde Bewegung und Suchtmittel zurückzuführen sind. Brauchen wir bessere Informationskampagnen, die auf die entsprechenden Gefahren hinweisen?

Das Problem ist weniger, dass die Menschen nicht wissen, was ein gesundes Leben ausmacht oder dass sie die Zusammenhänge nicht verstehen. Das Problem ist eher die Umsetzung dieses Wissens in den Alltag. Man kann hier durchaus von einem Dilemma auf mehreren Ebenen sprechen: Da ist zum einen die zeitliche Perspektive relevant. Wir setzen ja in der Prävention darauf, aktuelles, nicht gesundheitsförderliches Verhalten mit Blick auf eine gesunde oder gesündere Zukunft zu ändern. Menschen sehen also oftmals die positiven Wirkungen gesundheitsbewussten Verhaltens nicht sofort, sondern erst zu einem in der Regel unbestimmten, zukünftigen Zeitpunkt. Zudem sind bestimmte Verhaltensweisen über viele Jahre eingeübt und liebgewonnen worden, eine Änderung ist schwierig. Wir alle kennen die guten Vorsätze zum neuen Jahr, die spätestens im Februar vergessen sind. Dies ist einer der Gründe, warum inzwischen die Vermittlung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen in Kitas und Schulen einen hohen Stellenwert erlangt hat. So hat sich beispielsweise die Zahngesundheit der Bevölkerung nicht zuletzt auf-

grund der Gruppenangebote in diesen Einrichtungen deutlich verbessert. Und ein weiterer Punkt: Solange noch keine Krankheiten oder Einschränkungen vorliegen, greift oftmals der optimistische Trugschluss – mich wird es schon nicht treffen – und die Menschen verharren im gewohnten Verhalten. Hinzu kommt, dass die Umwelt und vor allem die modernen Lebensbedingungen nicht dazu beitragen, Menschen in gesundheitsförderlichem Verhalten zu unterstützen. Deshalb geht es uns im Public-Health-Bereich auch darum, nicht den einzelnen Personen ungünstiges oder falsches Verhalten vorzuwerfen, sondern darum, Gesundheit und Gesundheitsförderung so gut es geht in den Alltag der Menschen zu integrieren, in ihr direktes Lebensumfeld.

Wie kann das gelingen?

Unterschieden werden hier zwei Strategien: Zum einen die verhaltensbezogenen Aktivitäten, die auf das individuelle Verhalten der Menschen und den Versuch, dieses zu verändern, ausgerichtet sind. Vieles davon kann und soll dort angeboten werden, wo Menschen leben und arbeiten – im Betrieb, in der Schule oder in der Gemeinde. Fast noch wichtiger ist allerdings eine Strategie, die die Verhältnisse – also die Lebens-, Arbeits- und Lernbedingungen –



generell in den Blick nimmt und diese so gestaltet, dass sie die Gesundheit der Menschen unterstützen und fördern. Ein auf die Verhältnisse konzentriertes Konzept bedeutet weit mehr als die Integration spezieller Gesundheitsangebote zu Bewegung, zur Stressbewältigung oder zur Ernährung. Es zielt vielmehr auf gesundheitsförderliche Strukturen und Prozesse in Betrieben, in Schulen oder Senioreneinrichtungen – unter Berücksichtigung der Bedürfnisse aller dort lebenden und arbeitenden Personen.

Sie befassen sich nicht nur mit allgemeiner Gesundheitsvorsorge, sondern auch mit dem Thema Tertiärprävention, also der Gesundheitsförderung für Menschen, die bereits krank sind. Welche Angebote funktionieren in diesem Bereich gut?

Die Bereitschaft, sich auf gesundheitsförderliche Maßnahmen einzulassen, steigt natürlich mit der Wahrnehmung der eigenen Verwundbarkeit. Das reicht von der Teilnahme an Schulungen über Bewegungs- und Ernährungsprogramme bis hin zu Kursen, in denen die praktische Integration der Erkrankung in den Alltag eingeübt wird. Viele Menschen profitieren von solchen Angeboten, nicht zuletzt, weil sie aktiv mit ihrer Krankheit umgehen wollen und

müssen. In unserer Patientenuniversität an der MHH bieten wir beispielsweise Kurse zum Selbstmanagement bei chronischer Krankheit an, in denen Menschen gemeinsam mit anderen Betroffenen lernen, sich selbst Ziele zu setzen, sich Handlungspläne zu machen, die Kraft der Gedanken zu nutzen oder gute Entscheidungen zu treffen. Im Ergebnis ist das Vertrauen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in die eigenen Fähigkeiten nach dem Kurs deutlich gestärkt. Dann können sie sich aktiv um ihre Gesundheit kümmern – eine Fähigkeit, die im Übrigen auch nicht nur für bereits Erkrankte, sondern auch für gesunde Menschen förderlich ist.

Tobias Effertz

Dr. Tobias Effertz forscht an der Universität Hamburg über die Ökonomie von Prävention und Gesundheitsförderung.

Herr Effertz, Sie haben in Ihren Arbeiten versucht zu schätzen, wie hoch die gesamtgesellschaftlichen Schäden sind, die durch sogenannte Volkskrankheiten entstehen. Wie geht man dabei vor?

Nehmen wir als Beispiel die Krankheiten, die in Folge von Tabakkonsum, Alkoholabhängigkeit oder Adipositas auftreten. Als erstes lassen sich hier all die Kosten zusammenrechnen, die im Gesundheitssystem entstehen für die Behandlung dieser vom Konsum verursachten Erkrankungen – für die Praxisbesuche, für Klinikaufenthalte oder für die Pflege. Dazu kommen dann die indirekten Kosten, die entstehen, weil die Betroffenen nicht mehr – oder nicht mehr mit voller Kraft – arbeiten können. Hier beziffern wir den Schaden als Differenz zum Arbeitseinkommen, das ohne Erkrankung erzielt worden wäre. Zumindest bei Erkrankungen, die auf exzessives Rauchen oder Trinken zurückgehen, sind diese indirekten Kosten sogar deutlich höher als die direkten. Die Vernichtung an Ressourcen ist also enorm. Selbst wenn man berücksichtigt, dass die Erkrankten oftmals früher sterben und dann keine direkten Kosten mehr erzeugen, muss man sagen: Für die

Volkswirtschaft und die Sozialversicherungen sind diese Erkrankungen im Saldo immer ein Verlust – zumindest in Deutschland. Dies gilt umso mehr, wenn man in einem dritten Schritt versucht, den Schaden in Form von menschlichem Leid zu beziffern. Diese sogenannten intangiblen Kosten kann man näherungsweise abschätzen, indem man zum Beispiel von Gerichten verhängte Schmerzensgelder für ähnlich gelagerte Gesundheitseinbußen als Bewertungsmaßstab heranzieht.

Kann die Ökonomie Hinweise liefern, wie Präventionsangebote ausgestaltet werden sollten?

Was tatsächlich sehr gut funktioniert, sind handfeste Geldanreize. Einen theoretischen Rahmen bietet beispielsweise das Konzept der Pigou-Steuer. Demnach erhöht man die Steuern so, dass die Einnahmen die entstehenden Schäden aufwiegen können. Bei Zigaretten müsste man die Steuer pro Packung noch einmal um drei Euro erhöhen, wenn man die Kosten des Rauchens internalisieren wollte.



Und damit hätte man auch nur die direkten Kosten abgedeckt. Die Erfahrung zeigt jedenfalls, dass merkliche Steuererhöhungen den Konsum tatsächlich sinken lassen. Doch bisher geht Deutschland diesen Weg nicht: Alkohol ist hierzulande sehr günstig. Bei Tabak ist das Preisniveau im Mittelfeld der Industrieländer. Und Zucker besteuern wir noch gar nicht. Bei Lebensmitteln würde sich eine Anpassung der Mehrwertsteuer anbieten: Für gesunde Lebensmittel wird der Steuersatz massiv abgesenkt, für ungesunde angehoben – auf den Höchstsatz.

Oft werden solche Maßnahmen – wie das Erzwingen von wünschenswertem Verhalten mit Hilfe von Steuererhöhungen – als bevormundend kritisiert. Wären Aufklärungskampagnen nicht dezenter?

Informationskampagnen sind schön und gut, aber sie sind teuer, nutzen sich ab und sind nicht besonders effektiv. Und es ist nun einmal so, dass Verhältnisprävention besser funktioniert als Ver-

haltensprävention. Wenn wir nur an die Menschen appellieren, sich gesünder zu ernähren, ist die Wirkung äußerst begrenzt. Besser wäre es, ihr Lebens- und Arbeitsumfeld so zu gestalten, dass es einem gesunden Leben förderlich ist. Heute sind gefährliche Güter aber allgegenwärtig im Alltag. Gerade für Kinder gibt es wenige Schutzräume. Denken Sie etwa daran, wie massiv im Kinderfernsehen für zuckerhaltige Lebensmittel geworben wird. Das ist gefährlich. Schließlich wissen wir ja, dass die Grundlage für Fettleibigkeit im Kindesalter gelegt wird.

Kapitel 3

Der Status quo der gesundheitlichen Prävention in Deutschland

Relevante Akteure

Die Präventionsarbeit in Deutschland ist ein Bereich, an dem zahlreiche verschiedene Akteure beteiligt sind. Zu nennen sind hier zunächst die Leistungserbringenden, also etwa die ärztlichen Praxen, in denen Beratungsgespräche und Vorsorgeuntersuchungen stattfinden, sowie die Krankenkassen, Krankenversicherungen und anderen Sozialversicherungen, die entsprechende Leistungen bezahlen sowie koordinieren und auch selbst Präventionsmaßnahmen anbieten. Definiert werden die Pflichtaufgaben und -leistungen zunächst durch die Gesetzgebung des Bundes, im Detail aber eher durch die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Im Fall der privaten Krankenversicherungen spielen auch individuelle Vertragsgestaltungen eine große Rolle.

Da der Bereich der Präventionsarbeit aber zunehmend weiter definiert wird, sind weitere Akteure hinzuzufügen: Dazu zählen etwa Organisationen, die Gesundheitskurse anbieten, oder auch jene

Stellen und Behörden, die Informationskampagnen entwickeln – wie etwa die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Weil im Fokus der Präventionsarbeit nicht mehr nur das Individuum mit seinem Gesundheitszustand und seinem Verhalten steht, sondern zunehmend auch die alltägliche Umgebung, können die Arbeitgeber, Schulen, Heime, Vereine, Wohlfahrtseinrichtungen sowie verschiedene zivilgesellschaftliche Organisationen ebenfalls als relevante Akteure genannt werden. Ihnen kommt eine wichtige Rolle zu, wenn es um die Schaffung einer gesundheitlichen Chancengleichheit geht.

Die Vielfalt der Beteiligten macht deutlich, dass Prävention, Früherkennung und Vorsorge Querschnittsaufgaben für verschiedene Bereiche des gesellschaftlichen und politischen Lebens darstellen. Ob es gelingt, mehr Menschen zu einem gesünderen Leben zu bewegen bzw. ihnen ein solches zu ermöglichen, hängt

maßgeblich davon ab, ob die Akteure auf sinnvolle Art und Weise miteinander kooperieren – und ob ihnen dafür die nötigen Mittel zur Verfügung stehen.

Präventionsprogramme

Ein zentrales Mittel, mit dem der Staat und die Einrichtungen des Gesundheitswesens die Präventionsarbeit gestalten, sind groß angelegte Programme zur Vermeidung bzw. Früherkennung besonders häufig auftretender Krankheiten. Hierzu zählen beispielsweise zahnärztliche und andere medizinische Untersuchungen und Bildungsangebote in Kindergärten und Schulen, aber auch die Definition eines Katalogs von Standardimpfungen oder die U-Untersuchungen für Kinder durch die kinderärztlichen Praxen. Bei Erwachsenen stehen allgemeine Gesundheits-Checkups sowie verschiedene groß angelegte Früherkennungsprogramme für Krebserkrankungen im Vordergrund. Der Anspruch der Menschen in Deutschland auf eine Bezahlung von Präventionsangeboten durch die gesetzlichen Krankenkassen wird im Sozialgesetzbuch geregelt. Bei den privaten Krankenversicherungen gibt es vertraglich vorgesehene Leistungen, die sich je nach Vertrag unterscheiden können.

Um die Teilnahme an Prävention und Vorsorge anzureizen, können die Kassen all jenen Boni anbieten, die daran teilnehmen. Gefördert werden beispielsweise Sportkurse, Früherkennungsuntersuchungen, Anti-Stress-Trainings, aber auch Vereinsmitgliedschaften und Impfungen. Dabei ist es möglich, Boni in Form von Prämien zu vergüten – wie zum Beispiel die Gebührenübernahme für zusätzliche Kurse oder medizinische Dienstleistungen – oder in Form von Geldleistungen. Bei einzelnen Kassen können fleißige Sammlerinnen und Sammler

dabei auf 20 Euro und mehr pro Monat kommen. Dies zeigt, dass die Boni zwar durchaus nennenswert, trotzdem aber begrenzt sind. Ohnehin wird nur ein begrenzter Anteil der Versicherten die Disziplin aufbringen, all die bürokratischen Formalitäten zu erfüllen, die für einen Bonus notwendig sind.

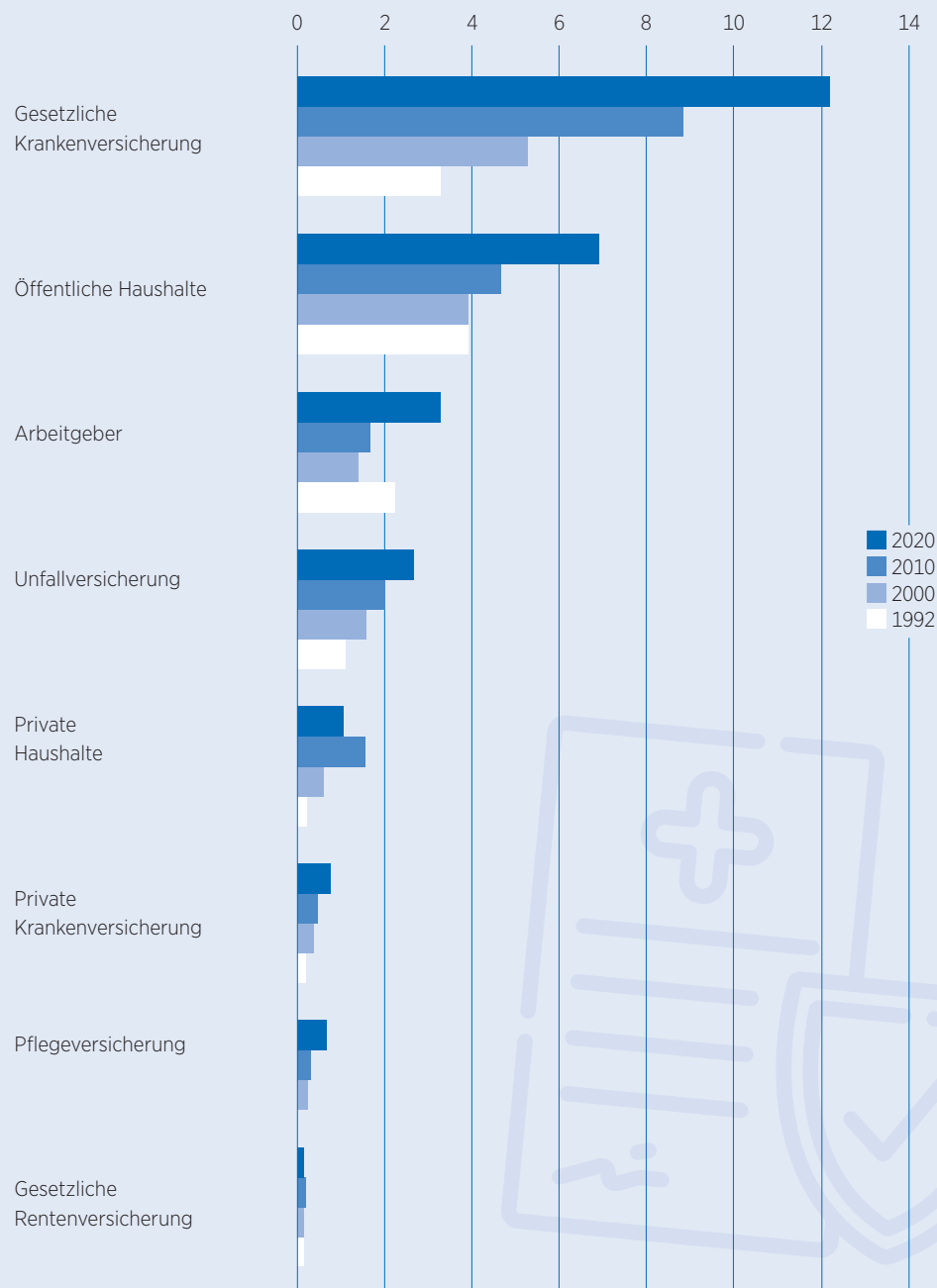
Dennoch versuchen die Kassen, sich durch die Ausgestaltung ihrer Bonusprogramme voneinander zu unterscheiden – und somit zusätzliche Mitglieder anzuwerben. Auch das Anbieten eigener Kurse und Apps soll hierbei helfen. In die Kritik geraten sind die Bonusprogramme allerdings, weil sie im Verdacht stehen, eher von den ohnehin eher fiten Mitgliedern genutzt zu werden, so dass es zu Mitnahmeeffekten kommt und kein zusätzlicher positiver Effekt festzustellen ist.

Wie bei vielem anderen sind die privaten Krankenversicherungen auch im Bereich der Präventionsarbeit freier, was die Gestaltung ihrer Angebote angeht – etwa im Hinblick auf Bonus- und Prämienprogramme sowie eigene Kurse oder Digitalangebote. Ein beliebter Anreiz der Teilnahme ist es beispielsweise, Rechnungen für Vorsorgeuntersuchungen oder ähnliches nicht auf die Beitragsrückerstattung anzurechnen, die diejenigen bekommen, die ein Jahr lang keine weiteren Rechnungen einreichen.

Für einige Krankheiten sind in Deutschland groß angelegte Früherkennungsprogramme eingerichtet worden, zu denen die Menschen explizit aufgerufen und oft sogar schriftlich eingeladen werden. Ob ein solches Programm begonnen wird, hängt davon ab, ob die betreffende Erkrankung häufig vorkommt und ob die nutzbaren Verfahren sinnvoll sind – weil die Krankheiten wirklich früh erkannt werden können, weil sie behandelbar sind und weil die Diagnosen selten falsch-positiv oder falsch-negativ sind.

Ausgaben für Prävention, Früherkennung, Gesundheitsschutz und -förderung, in Mrd. Euro

Quelle: Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes



Bei den allgemeinen Gesundheits-Checkups, an denen die Versicherten ab dem 35. Lebensjahr regelmäßig – und vorher einmal – teilnehmen können, wird vor allem nach Anzeichen für jene Krankheiten gesucht, die im Regelfall auf ein ungesundes Leben zurückzuführen sind – so etwa Herz-Kreislauf-Beschwerden, Nierenleiden oder Diabetes mellitus. Zusätzlich existieren Früherkennungsprogramme für einzelne Krebsarten, etwa für Haut- und Darmkrebs sowie für Krebserkrankungen an den Genitalien. Bei Männern kommt die Früherkennung für Prostatakrebs hinzu, bei Frauen die für Brustkrebs. Die meisten Früherkennungsprogramme richten sich an ältere Menschen. Darüber hinaus gibt es weitere Früherkennungsuntersuchungen, die von den Krankenkassen finanziert werden müssen. Dazu zählen die Früherkennung von Aneurysmen der Bauchschlagader oder auch Blutanalysen, die frühere Hepatitis-Infektionen auffinden sollen.

Die Leistungen der privaten Krankenversicherungen orientieren sich am Katalog der gesetzlichen Krankenkassen, je nach Tarif bekommen Versicherte aber oft weitere Untersuchungen finanziert. Hierzu zählen beispielsweise Früherkennungen für den Grünen Star in der augenärztlichen Praxis oder komplexere Untersuchungen im Rahmen der allgemeinen Gesundheits-Checkups.

Die großen Früherkennungsprogramme sind – was die Zahl der Teilnehmenden angeht – unterschiedlich erfolgreich, wie der Präventionsindex der Universität Bielefeld zeigt. Zwar fehlt es bisher an zentral erfassten Daten über die Teilnahmequoten, doch existieren für manche Programme zumindest Einzelauswertungen auf Umfragebasis. Während die Quoten bei den Mammografien für ältere Frauen bei rund drei Viertel liegen, liegen sie beim Darmkrebs deutlich unter 50 Prozent, vor allem bei Männern.



Auch an den Gesundheitscheckups, etwa zur Erkennung von Herz-Kreislauf-Beschwerden, nimmt demnach nur ein Drittel der Berechtigten teil. Deutlich besser sind die Teilnahmequoten für Kinderprogramme: Zu den U-Untersuchungen für Neugeborene und Kleinkinder gehen praktisch alle Kinder. Und auch die Impfquoten sind meist hoch und bewegen sich im Bereich von 80 Prozent und mehr. Dennoch werden hier meist die nationalen Ziele verfehlt. Zu erwähnen ist an dieser Stelle, dass die Impfungen einer der wenigen Bereiche sind, für die überhaupt Ziele festgelegt werden – hier in Form des Nationalen Impfplans.

Betriebliche Prävention

In der Präventionsforschung gilt es als zentrale Erkenntnis, dass Angebote für die Gesundheitsförderung vor allem im alltäglichen Umfeld der Menschen greifen sollten. Als dementsprechend wichtig wird es erachtet, auch am Arbeitsplatz ein gesundes Umfeld zu schaffen und gesundheitliche Bildungs- und Kursprogramme stattfinden zu lassen. Ist man erfolgreich, profitieren alle: Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind gesünder, die Kosten für das Gesundheitssystem sinken – und die Betriebe haben weniger Ausfälle in der Belegschaft, die sie sonst durch die Schulung neuer Fachkräfte erst teuer aufstocken müssten.

Zu den Pflichten der Arbeitgeber in diesem Bereich gehört die Einhaltung der Vorgaben des Arbeitsschutzes, die durchaus auch zur Präventionsarbeit gezählt werden können. So sind Prozesse und Gegebenheiten am Arbeitsplatz so zu gestalten, dass Unfälle und langfristige Schäden vermieden werden. Dazu gehören ergonomische Büroeinrichtungen ebenso wie Routinen für den Notfall,

regelmäßige Sicherheitsunterweisungen und Schutzmaßnahmen zur Abwendung von Gefährdungen.

Ein weitergehendes Engagement der Arbeitgeber für die Gesundheit der Belegschaft ist freiwillig, aber gleichzeitig politisch gewünscht, weswegen dies auch von staatlicher Seite angereizt wird. So profitieren Betriebe, die für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Präventionsangebote – etwa in Form von Gesundheitskursen am Arbeitsplatz – schaffen, von steuerlichen Vorteilen. Tatsächlich bleiben Ausgaben bis zu 600 Euro pro Kopf und Jahr steuerfrei. Darüber hinaus haben die Krankenkassen und die Träger der Unfallversicherungen Beratungs- und Kooperationsangebote entwickelt, die sich besonders an kleine Unternehmen richten.

Tatsächlich lässt sich bei den Ausgaben, die die Arbeitgeber in Deutschland für Prävention und Gesundheitsförderung tätigen, im zurückliegenden Jahrzehnt eine starke Steigerung feststellen. So sind die entsprechenden Ausgaben zwischen 2010 und 2019, dem letzten Jahr vor Ausbruch der Coronapandemie, um rund zwei Drittel auf rund drei Milliarden Euro pro Jahr gestiegen. Viele Unternehmen schließen inzwischen auch Zusatzversicherungen für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ab. Dies sind die sogenannten betrieblichen Krankenversicherungen.

Gesetzgeberische Rahmenbedingungen

Eine Stärkung der Präventionsarbeit wurde in den zurückliegenden Jahren auch durch gesetzgeberische Maßnahmen vorangetrieben. So hat das Präventionsgesetz von 2015 neue Gremien und Strukturen geschaffen, die die Kooperation aller Beteiligten in diesem Bereich

stärken sollen. Ferner wurden den Krankenkassen im Zuge dessen Vorgaben für eine Steigerung der Ausgaben für Präventionsmaßnahmen gemacht, die sich inzwischen auf knapp acht Euro pro Mitglied und Jahr belaufen müssen.

Interessant ist vor diesem Hintergrund, dass das Gesetz nicht nur Leistungen vorsieht, die auf das Verhalten des Individuums abzielen, sondern auch solche, die die Lebenswelten der Menschen betreffen, also die Strukturen ihres alltäglichen Umfelds. In diesem Zusammenhang wird berücksichtigt, dass der Weg zu einem gesunden Lebenswandel für manche sozial oder anderweitig benachteiligten Menschen weiter ist als für andere. Es lässt sich also festhalten, dass der ganzheitlichere Ansatz zur Betrachtung der Prävention, der sich in der Wissenschaft zunehmend etabliert, inzwischen auch Einfluss auf die Regulatorik im Land hat. So werden im Präventionsgesetz explizite Ausgaben vorgeschrieben, die die Kassen diesem Bereich zugutekommen lassen müssen – auch wenn diese noch nicht allzu hoch sind.

Auf inhaltlicher Seite hat die Politik mit dem Präventionsgesetz ebenfalls Verantwortung übernommen – und Ziele sowie Schwerpunkte für die Präventionsarbeit im Land definiert. Dazu gehört auch die mentale Gesundheit. Depressionen sollen demnach möglichst früh erkannt und

nachhaltig behandelt werden. Zwar gibt es keine groß angelegten Präventionsprogramme für die Früherkennung von Depressionen, wie es sie für Haut- oder Darmkrebs gibt. Dennoch wurden die Angebote für Beratungen, Untersuchungen und Hilfsangebote in den zurückliegenden Jahren ausgeweitet.

Insgesamt lässt sich konstatieren, dass die gesamtgesellschaftlichen Ausgaben für Prävention, Gesundheitsarbeit und Früherkennung in den zurückliegenden Jahren deutlich gesteigert werden konnten, wie die Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes zeigt. Da die Gesamtausgaben für das Gesundheitssystem allerdings ebenso stark gestiegen sind, verharrt der prozentuale Anteil dieser Posten an den Gesamtausgaben auf niedrigem Niveau, wie in Kapitel 2 dargestellt wird.

Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass hier nicht alle staatlichen und privaten Ausgaben, die theoretisch der Verhältnisprävention zugeordnet werden können, erfassbar sind – auch weil dafür viele unterschiedliche Politikfelder Berücksichtigung finden müssten. Wenn eine Kommune neue Parks und Sportplätze anlegen lässt, tut sie damit zweifelsohne etwas für die Krankheitsprävention. Doch trennscharf abgrenzen und monetär erfassen lassen sich solche Maßnahmen nicht.

Susanne Moebus

Prof. Dr. Susanne Moebus ist Leiterin des Instituts für Urban Public Health am Universitätsklinikum Essen.



Frau Moebus, Präventionsmaßnahmen sind meist als Appelle konzipiert. Man soll doch bitteschön endlich gesünder leben. Reicht das aus?

Es gibt ja dieses schöne Beispiel mit den evidenzbasierten Tipps aus England für ein gesundes Leben. In der einen Liste stehen Dinge wie „bewege dich ausreichend“, „ernähre dich gesund“ oder „rauche nicht“. In der anderen Liste steht „sei nicht arm“, „mache keine schlecht bezahlten Jobs“ oder „lebe nicht in einem schlechten Wohnumfeld“. Die zweite Liste lässt einen stutzen und bringt einen zum Nachdenken. Es wird klar, dass es nun einmal Faktoren gibt, die ein gesundes Leben sehr erschweren. Menschen, die arm sind, die nicht lange zur Schule gegangen sind, unter schlechten Wohn- und Umweltbedingungen leben, haben deutlich geringere Gesundheitschancen. Nicht nur ich finde, dass wir uns bei der Prävention zu lange zu sehr auf das Individuum, also auf das Verhalten der Einzelnen konzentriert – und die strukturellen Bedingungen, sprich die Verhältnisse, außer Acht gelassen haben. Verhältnisprävention in den Fokus zu nehmen heißt natürlich, dass die Armut an sich bekämpft werden muss – unter anderem mit Hilfe der Sozialpolitik. Wichtig ist aber auch, umweltbezogene Ungleichheiten zu identifizieren und zu beseitigen. Das ist dann eine Aufgabe für andere Politik- und Praxisfelder – wie etwa die Stadtentwicklung.

Was können denn Stadtplanerinnen und Stadtplaner tun, um ein gesünderes Umfeld für die Menschen zu schaffen?

Wichtig ist zum Beispiel, dass man dafür sorgt, dass wir alltägliche Wege wieder gut und gerne ohne Auto zurücklegen können. Ein Großteil der Menschen hat es bis zur Arbeit weniger als zehn Kilometer weit. Das geht ohne Auto – wenn es gute, schöne und sichere Wege dafür gibt. Das ist klimaschonend und oben-dreingut für unsere Fitness. Besuche im Fitnessstudio

braucht es dann viel weniger. Aber es geht nicht nur um gute Geh- und Radwege. Wir wollen öffentliche Räume schaffen, wo sich Menschen gerne treffen und aufhalten. Plätze, Parks, Bänke, Treppen – was auch immer. Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass viele verschiedene Dinge nötig sind für ein gesundes Leben: Bildung, Kultur, soziale Netzwerke, ein niedrigschwelliger Zugang zu Ressourcen aller Art. Das ist eine Aufgabe für alle Politikbereiche!

Ist dieses Denken schon angekommen bei denjenigen, die die Entscheidungen treffen?

Es tut sich viel, das muss man sagen. Wir brauchen aber dringend mehr interdisziplinäres Arbeiten. Stadtentwicklung, Raumplanung, Architektur, Akustikforschung, Medizin – wir sollten uns viel stärker austauschen. Leider sprechen sich viele Erkenntnisse der einen Disziplin noch nicht bis zur anderen herum. Bei urbanen Neubauprojekten zum Beispiel wird selten darauf geachtet, dass sie angebunden werden an die Strukturen der Nachbarschaft, die schon vorher da waren – dabei wäre das so wichtig. Oder nehmen Sie die Akustik: Heute wird in der Architektur viel mit Glasfronten gebaut, dabei verursachen sie eine unangenehme Akustik. Sie reflektieren den Lärm, statt ihn zu zerstreuen. Begrünte Fassaden wären ein gutes Beispiel für eine bessere Akustik und ein besseres Klima bei Hitze. Ein anderes Beispiel ist der Lärmschutz: Häuser in der Nähe von vielbefahrenen Straßen werden oft durch Lärmschutzwände oder -fenster vor dem Krach geschützt. Doch das senkt einfach nur den Lärmpegel und fühlt sich trotzdem künstlich und nicht gerade angenehm an. Oft wäre es besser, einen Grünstreifen zu pflanzen, der den Autolärm zerstreut und ihm natürliche Geräusche entgegengesetzt. Oder noch besser: der Lärm der Autos wird reduziert. Sie sehen, wir können sehr viel voneinander lernen, aber es gelingt uns oft noch nicht.

Wolfgang Greiner

Prof. Dr. Wolfgang Greiner ist Inhaber des Lehrstuhls für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement an der Universität Bielefeld. Außerdem ist er Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

Herr Greiner, Sie haben einen Index entwickelt, der misst, inwieweit die Präventionsarbeit in Deutschland die anvisierten Ziele erreicht. Was sind die Ergebnisse?

Ein Kernergebnis, das uns selbst überrascht hat, ist, dass wir vielfach gar nicht genau wissen, wo wir in der Präventionsarbeit stehen. Ziel des Indexes ist es, den Stand der Präventionsarbeit in Deutschland messbar zu machen. Dazu haben wir bestimmte Anforderungen formuliert: Der Index soll möglichst alle relevanten Präventionsmaßnahmen und -felder abbilden, möglichst aktuell und anhand von quantifizierbaren Kennzahlen. Er bildet neben Kerndaten – zum Beispiel dem Anteil der Prävention an den Gesundheitsausgaben – auch konkrete Präventionsmaßnahmen sowie die Krankheitslast in verschiedenen präventablen Erkrankungen ab. Wir greifen dabei jeweils auf öffentlich zugängliche Daten zur Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, zum Beispiel aus Erhebungen des Robert Koch-Institutes, zurück. Diesen Daten haben wir dann Zielerreichungswerte gegenübergestellt – also zum Beispiel eine national gewünschte Impfquote. Unsere Arbeit hat gezeigt, dass es zwar sehr ausführliche Übersichten über Präventionsmaßnahmen gibt, welche durch die Sozialversicherungsträger finanziert oder

unterstützt werden. Was aber fehlt, ist eine Bestandsaufnahme über das bislang Erreichte. Sicher, Impfquoten sind verfügbar und auch die Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen wird regelmäßig erhoben und ausgewertet. In anderen Bereichen wissen wir aber sehr wenig, weil es schlicht keine Daten gibt. Oft fehlt es auch an klar formulierten Zielwerten. Bei Krebsvorsorgeuntersuchungen beispielsweise gibt es keine öffentlich formulierte Zielsetzung, wie sich die Inanspruchnahme in den kommenden Jahren optimalerweise entwickeln sollte. Dies macht natürlich eine Bewertung des Status quo schwierig.

Ganz allgemein gefragt: Ist der Stellenwert, den Prävention und Vorsorge im deutschen Gesundheitswesen haben, ausreichend?

Der Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung betont an verschiedenen Stellen die Bedeutung der Präventionsarbeit in Deutschland. Das Präventionsgesetz soll weiterentwickelt werden. Auch ein nationaler Präventionsplan sowie konkrete Maßnahmenpakete für bestimmte Erkrankungsbilder sind vorgesehen. Dies wird sicherlich auch mit der Frage nach der Budgetie-



rung von Präventionsleistungen einhergehen. Ich bin zudem davon überzeugt, dass die Coronapandemie unser Gesundheitswesen in verschiedener Hinsicht nachhaltig verändern wird. Besonders offenkundig ist der Wert der Prävention geworden. Dies gilt nicht nur für Präventionsmaßnahmen wie Impfungen, sondern auch für solche, die uns dabei helfen können, vulnerable oder für bestimmte Gesundheitsrisiken besonders gefährdete Gruppen gezielt zu schützen. Die Pandemie hat auch offengelegt, dass eine konsequente Digitalisierung und Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen dazu beitragen kann, die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Dies gilt insbesondere auch für die Prävention.

Prävention ist dann sinnvoll, wenn eine Erkrankung häufig, gut zu diagnostizieren und behandelbar ist. Gibt es vor diesem Hintergrund Krankheitsbilder, die stärker ins Visier genommen werden sollten?

Der Präventionsindex soll dabei helfen zu identifizieren, bei welchen Krankheiten wir das Potenzial, sie zu vermeiden, bislang nicht ausschöpfen. Langfristig

bietet er uns deshalb auch die Möglichkeit, Entwicklungen nachzuvollziehen und transparent zu machen, in welchen Bereichen wir uns verbessern. Eine Bewertung, in welchen Erkrankungen bislang zu viel oder zu wenig in Prävention investiert wird, möchte ich auf Basis dieser Arbeiten nicht abgeben. Es ist jedoch nicht unwahrscheinlich, dass vor dem Hintergrund der Coronapandemie präventable Infektionskrankungen zukünftig mehr Aufmerksamkeit bekommen könnten. Ob sich dies dann aber auch in eine breitere Wahrnehmung von Präventionsangeboten in der Bevölkerung übersetzt, sich also auch die für gesundheitsförderliches Verhalten nur schwer erreichbaren Gruppen ansprechen lassen, ist noch nicht ausgemacht. Nur wenn Präventionsmaßnahmen auch die Menschen erreichen, die am meisten von ihnen profitieren, entfalten sie ihre individuellen und gesamtgesellschaftlichen Effekte und tragen zu einer besseren Gesundheit der Bevölkerung bei.

Kapitel 4

Fortschritte im Bereich der Früherkennung und Prävention

Neue medizinische Erkenntnisse

Der medizinische Fortschritt – sei es nun im pharmazeutischen oder im anderweitig therapeutischen Bereich – zielt darauf ab, bestehende Krankheiten wirksam zu bekämpfen oder sogar ihr Ausbrechen zu verhindern. Insofern ist Prävention eigentlich kein Unterbereich der Medizin, sondern ihr Kern.

In den zurückliegenden Jahren hat die Medizin in vielen Feldern enorme Fortschritte machen können, so beispielsweise bei der Bio- und Gentechnologie oder bei der personalisierten Medizin. Viele moderne Präparate werden – abhängig von den jeweiligen Biomarkerkonstellationen – auf kleine Gruppen von Betroffenen zugeschnitten oder sogar für einzelne Menschen individuell hergestellt. Viele dieser Arzneien sind deut-

lich bekömmlicher als herkömmliche Therapeutika. Im Bereich der Onkologie wird die breitflächige und eher ungenaue Behandlung mit Bestrahlungen oder Chemotherapien zunehmend durch spezialisierte, zielgenaue Therapien abgelöst. Dies ist unter anderem durch eine genetische Untersuchung des Tumorgewebes möglich, deren Ergebnis dann Hinweise liefern kann, wie genau die folgende Therapie ausgestaltet sein sollte.

Für die Bereiche Prävention und Früherkennung ist es wichtig, möglichst viel über die Entstehung von Krankheiten zu wissen. Bei einigen Erkrankungen ist längst klar, dass sie – meistens – auf einen ungesunden Lebenswandel zurückzuführen sind. Hierzu zählen beispielsweise Diabetes mellitus Typ II oder Lungenkrebs. Bei anderen Krebsarten blieben die Ursachen allerdings lange unklar, sodass auch keine vorbeugenden

Maßnahmen entwickelt werden konnten. Dies hat sich in einigen Bereichen geändert, beispielsweise weil bakterielle oder virale Infektionen als Ursache identifiziert werden konnten. So macht das Magenbakterium *Helicobacter pylori* eine Magenkrebskrankung wahrscheinlicher, während Hepatitisviren Leberkrebs fördern und die Papillomaviren einen Tumorbefall der Gebärmutter auslösen können. Bei Kehlkopf- und Lymphdrüsenkrebs steht das Epstein-Barr-Virus im Verdacht, eine Erkrankung herbeizuführen.

Wenn es – wie in den genannten Fällen – gelingt, Faktoren zu identifizieren, die die Krankheiten begünstigen, folgt im nächsten Schritt der Versuch, diese gezielt zu bekämpfen. Auch wenn Impfungen direkt gegen Krebs nicht möglich sind, können immerhin Impfungen gegen die den Krebs begünstigenden Infektionen entwickelt werden.

Ohnehin gelten Impfungen – neben der Bewahrung einer grundsätzlich guten Gesundheit – zu den Hauptansätzen der Primärprävention, da sie sich meist an die gesamte Bevölkerung richten und nicht nur an einzelne vulnerable Gruppen. In diesem Sinne sind auch die Coro-

naimpfungen der zurückliegenden Monate zum Bereich der Primärprävention zu zählen. Auch für die Bekämpfung von Papillomaviren sind Impfstoffe längst verfügbar und verbreitet, gleiches gilt für Vakzine gegen Hepatitis. Impfstoffe gegen einige andere krebserregende Viren und Bakterien befinden sich immerhin bereits in der Entwicklung.

Darüber hinaus spielt der medizinische Fortschritt natürlich auch bei der Sekundär- und Tertiärprävention eine Rolle: Manche Krebsarten – wie etwa Darm- oder Brustkrebs – lassen sich zwar bisher nicht wirksam verhindern, können allerdings sehr gut behandelt werden, wenn sie frühzeitig erkannt werden. Hier arbeitet die medizinische Forschung daran, die Häufigkeit von Diagnosefehlern zu verringern – etwa durch präzisere Diagnoseverfahren. Auf der einen Seite wird versucht, weniger bestehende Erkrankungen zu übersehen, auf der anderen Seite soll es zu weniger irrtümlichen Diagnosen kommen. Schließlich bedeuten solche Fehler eine große mentale Belastung, ferner können unnötigerweise begonnene Therapien gesundheitliche Schäden verursachen.

Ein weiterer Ansatz ist es, die Ansprache jener Personengruppen zu optimieren, bei denen bestimmte Erkrankungen aufgrund ihrer Merkmale oder Prädispositionen besonders wahrscheinlich sind. Wenn es gelingt, diese für groß angelegte Früherkennungsprogramme zu gewinnen, kann die Zahl der Krebstoten mitunter massiv gesenkt werden. Bisher setzt man bei den Auswahlkriterien meist noch auf grobe Kategorien – wie das Alter oder das Geschlecht. Dies könnte sich mittelfristig ändern.

Die Tertiärprävention – also der Versuch, die Verschlimmerung einer bestehenden Erkrankung zu verhindern – gehört zu den Kernbereichen der medizinischen Forschung. Bei weit verbreiteten chronischen Krankheiten wird versucht, den Betroffenen wenigstens ein gutes Leben



mit der Krankheit zu ermöglichen. Und auch wenn die Zahl derer, die an chronischen Krankheiten leiden, die auf einen ungesunden Lebensstil zurückzuführen sind, in den zurückliegenden Jahren stark zugenommen hat, konnten Forschung und Praxis dennoch dafür sorgen, die Lebenserwartung der Betroffenen zu erhöhen. Dadurch rückt das dauerhafte Management der Krankheiten in den Fokus. Hierbei werden die Betroffenen selbst mehr und mehr eingebunden. Ihre Rolle ist nicht mehr passiv, sondern aktiv. Sie protokollieren und beobachten ihre Vitalwerte, kümmern sich um die eigene Fitness und um ihre Medikation. Viele holen in gewisser Weise ihre Versäumnisse aus jungen Jahren nach. Während sie lange Jahre wenig auf ihre Gesundheit geachtet haben, tun sie es jetzt.

Neue technologische Möglichkeiten

Im Bereich der Medizintechnik war der technologische Fortschritt in den zurückliegenden Jahren rasant. Die Geräte, mit denen gemessen, fotografiert und behandelt wird, sind inzwischen deutlich leistungsfähiger geworden. Sie sind oftmals kleiner als früher und daher überall einsetzbar. Sie sind einfacher in der Bedienung und damit vielfach auch von Laien nutzbar. Sie sind günstiger in Anschaffung und Betrieb, messen genauer und häufiger – und sie sind oftmals bereits in der Lage, selbst Diagnosen zu errechnen oder auch Notrufe abzusetzen. In der Regel lassen sich die Geräte auch mit dem Internet verbinden, was das Diagnostizieren und Monitoren aus der Ferne möglich macht.

Die Beispiele für das, was inzwischen möglich ist, sind beeindruckend: Intelligente, digitale Pflaster messen und optimieren den Fortgang der Wundheilung. Winzige Langzeit-EKG-Geräte, die im Alltag kaum noch stören, messen die Ak-

tivitäten des Herzens und werten die Daten in Echtzeit aus. Moderne Blutzuckermessgeräte brauchen keine Blutstropfen mehr, sondern vermessen die Moleküle unter der Haut per Infrarotlicht – und dies nicht nur einmal am Tag, sondern pausenlos. Aber auch die medizinischen Großgeräte, die nur vom Fachpersonal bedient werden können, sind präziser geworden – so etwa Geräte für bildgebende Verfahren, die Aufnahmen von Körperregionen auf Tumore oder andere Veränderungen absuchen. Oftmals sind die genutzten Softwareanwendungen bereits so leistungsfähig, dass sie die Ärztinnen und Ärzte selbst auf kritische Stellen hinweisen können.

Viele der Innovationen im Medizintechnikbereich stärken die Präventionsarbeit, zumindest in Bezug auf die Sekundär- und Tertiärprävention. Früherkennungsprogramme für vulnerable Gruppen können mit Hilfe der neuen technologischen Möglichkeiten ausgeweitet und treffsicherer gemacht werden. Gleichzeitig können solche Geräte dabei helfen, bestehende Erkrankungen im Zaum zu halten. Dies gilt besonders für chronische Krankheiten, die ein kontinuierliches Im-Blick-Behalten einzelner Vitalwerte erfordern, beispielsweise bei Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Viele Geräte sind inzwischen sehr einfach zu bedienen, sodass die Betroffenen dies zunehmend selbst übernehmen können.

Doch auch die Primärprävention – bei der es darum geht, die Wahrscheinlichkeit von Erkrankungen durch einen möglichst gesunden Lebenswandel zu fördern – profitiert von den technologischen Fortschritten. Hier sind allerdings eher die sogenannten Wearables aus dem Fitnessbereich anzuführen – beispielsweise die digitalen Fitnessarmbänder, die beim Sport und im Alltag Schritte zählen, den Puls messen oder den Kalorienverbrauch berechnen. Gemeinsam mit dazugehörigen Smartphone-Apps erlauben sie es, Fortschritte festzuhalten oder Rückstände deutlich zu machen.

Bereits die bloße Protokollierung von sportlicher Betätigung kann hier viel bewirken. Das Gleiche gilt für die Erinnerungsfunktionen der Apps, die beim Anspornen und Motivieren helfen sollen.

Viele Apps – etwa für Fitnessprogramme, Ernährungstagebücher oder die Entwöhnung vom Rauchen – sind kostenlos. Komplexere Anwendungen aus dem E-Health-Bereich sind mitunter teuer, allerdings werden die Kosten für einige Apps in Deutschland bereits von den Krankenkassen übernommen. Dies betrifft die sogenannten digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs), die als Medizinprodukte eingestuft und deshalb streng überprüft werden. Gerade im Bereich der mentalen Gesundheit, etwa bei der Therapiebegleitung für Panikstörungen oder depressive Verstimmungen, werden diese Apps vermehrt eingesetzt. Die Gesundheitspolitik erhofft sich, dass die neuen E-Health-Angebote als niedrigschwelliger Zugang zu gesundheitlicher Versorgung bzw. Prävention gesehen werden – und deshalb breiten Anklang finden.

Insgesamt ist ein Zusammenwachsen verschiedener Marktsegmente zu beobachten: Zum einen wird Medizintechnik im Alltag nutzbar, zum anderen lassen sich Geräte aus dem Fitnessbereich zunehmend für medizinische Zwecke verwenden. Das Gleiche gilt auch für die Unterhaltungs- bzw. Kommunikationstechnologie, schließlich verfügen auch Smartphones und Smart Watches längst über Funktionen, mit denen sich Vitalwerte aufzeichnen lassen.

Tatsächlich ist ein regelrechter Innovationswettbewerb entstanden, was die Nutzung der eingebauten Sensoren angeht. Zwar sind viele Smartphone-Sensoren eher grob in ihren Messungen. Doch die Verquickung von Daten sowie die Kenntnis bestimmter Zusammenhänge erlau-

ben oftmals Rückschlüsse auf bestimmte Parameter der Körperfunktionen. So ist es für eine Smartphone-Software keine große Herausforderung, aus der Analyse der Erschütterungen und Bedienungsroutinen Erkenntnisse über Schlaf, Sport, Körperhaltung und Konzentration abzuleiten.

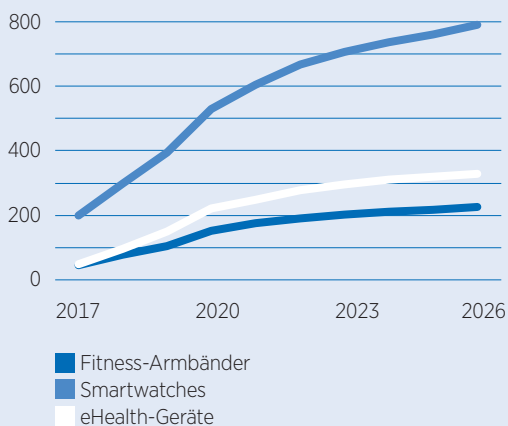
Überhaupt spielt die moderne Datenanalyse, die ausgefeilte Algorithmen oder sogar künstliche Intelligenz nutzt, eine große Rolle in der modernen Medizintechnik. So existieren bereits Apps, die aus der bloßen Analyse der Sprache Hinweise auf eine aufkommende Demenz oder Schizophrenie ableiten können. Auch sind die in Smartphones eingebauten Kameras inzwischen so leistungsfähig, dass sich Fotos von Hautflecken für dermatologische Auswertungen eignen.

Darüber hinaus kann die moderne Datenanalyse dabei helfen, die für einzelne Krankheiten besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen zu identifizieren – und beispielsweise zu Früherkennungsprogrammen einzuladen. Bisher werden hier nur grobe Kriterien wie das Alter und das Geschlecht genutzt. Es ist allerdings denkbar, deutlich mehr Variablen einfließen zu lassen. Allerdings setzen die Regularien des Datenschutzes hier enge Grenzen, die es zu respektieren gilt.

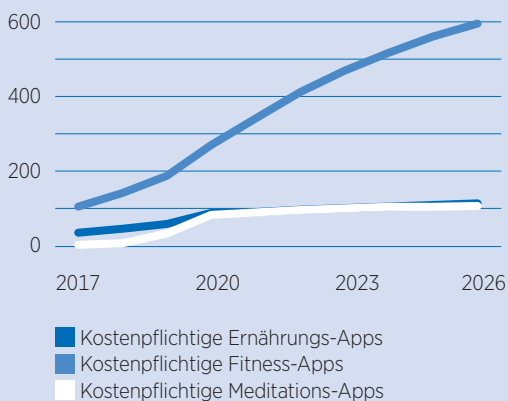
Ohnehin entstehen durch die Fülle an persönlichen Daten, die durch die modernen Geräte erhoben werden, und durch die Verbindung der Geräte mit dem Internet vielfältige Herausforderungen im Bereich der Ethik, des Datenschutzes und der Cybersicherheit. In den Vereinigten Staaten gibt es bereits Versicherungen, bei denen die Höhe des Beitrags von den mit Hilfe von Fitnesstrackern erhobenen Vitalwerten abhängt. Was auf den ersten Blick fair erscheint – weil Menschen, die dem Gesundheitssystem durch ein ge-

Digitale Gesundheit: Umsatz-Prognose für Deutschland, in Mio. Euro

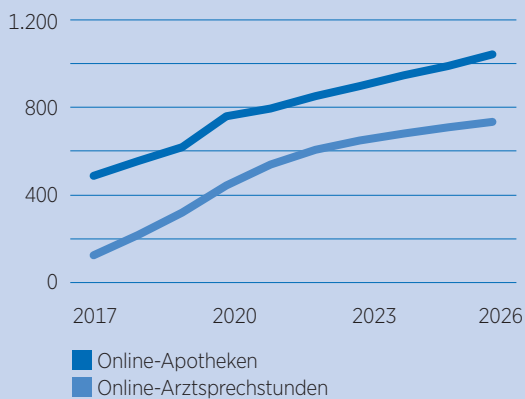
Geräte



Apps



Online



Quelle für alle Grafiken: Statista-Outlook 2022

sundes Leben Kosten ersparen, weniger zahlen müssen –, ist auf den zweiten Blick problematisch. Denn einerseits benachteiligt es Menschen mit Vorerkrankungen – und andererseits jene, die Informationen über ihren Gesundheitszustand aus Datenschutzgründen nirgends hochladen möchten.

Tatsächlich gibt es gute Gründe dafür, dass die Nutzung von vernetzter Medizintechnik freiwillig bleibt – und nicht alles, was mit Hilfe der Daten technisch möglich ist, auch in der Praxis umgesetzt wird. Für Verbesserungen der Verfahren und Prozesse bleibt auch ohne großflächige Lockerungen der Datenschutzregulierungen genug Potenzial übrig.

Nicht zuletzt entstehen durch den Trend zur zunehmenden Selbstvermessung auch Herausforderungen im Bereich der sogenannten Quartärprävention – also bei der Vermeidung von Überversorgungen. So kann es mental belastend sein, ständig über – möglicherweise nicht vollends optimale – Vitalwerte informiert zu sein. Hinzu kommt, dass die einfache Bedienbarkeit von Smart Devices, Fitness-Wearables und Smartphone-Funktionen dazu führt, dass sich Menschen zunehmend selbst therapieren – und keine Ärztinnen und Ärzte mehr konsultieren. Auch die Fülle von ungeprüften und oftmals fehlerhaften Informationen im Internet kann zu Fehlentscheidungen führen. Vor diesem Hintergrund erscheint es wichtig, parallel zum technologischen Fortschritt auch die digitale Gesundheitskompetenz der Menschen zu stärken.

Ralf Smeets

Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets ist stellvertretender Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Herr Professor Smeets, Sie beteiligen sich an der Erforschung von Bluttests, die Krebserkrankungen schon frühzeitig erkennen können. Wie funktioniert das?

Für einige Krebsarten gibt es schon lange gute Möglichkeiten der Früherkennung. Aber diese Arten decken nicht einmal die Hälfte aller Krebsneuerkrankungen ab. Für alle anderen Fälle fehlt bisher noch ein geeigneter Ansatz zur Früherkennung. Bluttests – so hoffen wir – können diese Lücke schließen. Dabei wird das Blut auf verschiedene Hinweise untersucht, die auf Krebs hindeuten könnten – zum Beispiel Biomarker für eine vermehrte Zellteilung. Wenn der Test ausschlägt, wissen wir zunächst nur, dass etwas nicht stimmt. Im nächsten Schritt müssen wir die Stellen suchen, wo sich bösartige Tumore in das Gewebe gefressen haben – oder wo das Gewebe zumindest schon Vorzeichen einer bösartigen Entartung zeigt. Dazu verwenden wir computer- oder kernspintomografische Untersuchungen. In einer großen Studie konnten wir zeigen, dass die Kombination des Bluttests PanTum Detect® mit bildgebenden Verfahren eine sinnvolle Ergänzung für die Krebsfrüherkennung darstellt. Wir hatten mehr als 5.000 Probandinnen und Probanden, bei denen im Vorfeld der Studie kein Ver-

dacht auf Krebs bestand. Bei mehr als 120 von ihnen konnten wir mit unserem Verfahren trotzdem eine Erkrankung feststellen – in einem frühen Stadium.

Was genau ist der Vorteil, wenn Krebserkrankungen schon früh entdeckt werden?

Schauen Sie, in unserer Klinik werden oft die unterschiedlichsten Tumore operiert. Uns allen wäre es viel lieber, wir müssten diese Operationen nicht machen – weil die Krebserkrankungen erst gar nicht entstanden sind oder weil sie zumindest so früh erkannt wurden, dass man sie mit weniger belastenden Methoden therapieren konnte. Denn genau darum geht es: Bei den meisten Krebsarten sind die Heilungschancen umso höher, je früher sie entdeckt werden. Hinzu kommt, dass die Therapie meist umso weniger belastend für die Betroffenen ist, je früher man sie einleiten kann. Dann reichen oft kleinere Eingriffe oder geringer dosierte Bestrahlungen. Gute Früherkennungsprogramme können die Lebenserwartung erhöhen, das haben Studien gezeigt. Deswegen brauchen wir mehr Früherkennungsprogramme.



Aber wenn die Menschen andauernd Vorsorgeuntersuchungen machen müssen, kann sie das auch sehr unter Stress setzen...

Ja, einige Fachgesellschaften kritisieren den Einsatz von Bluttests, weil falsch-positive Tests eine Belastung für die Betroffenen sein können. Und tatsächlich gab es bei unserer Studie auch eine geringe Zahl von Fällen – nämlich neun von etwa 5.000 –, bei denen ein Test ausgeschlagen hat, obwohl kein Tumor gefunden wurde. Natürlich ist es nicht schön für die Menschen, wenn sie unnötigerweise Angst erleiden müssen. Uns muss aber bewusst sein: Eine hundertprozentige Sicherheit gibt es bei fast keinem Test in der Medizin. Eine Blutuntersuchung im Labor kann falsche Ergebnisse liefern, eine Darmspiegelung auch. Durch die zeitnahe Bildgebung nach einem positiven Testergebnis war der Zeitraum der Unsicherheit bei unserer Studie jedoch minimal. Eine andere Kritik kann ich sogar nachvollziehen, nämlich die Warnung davor, dass ein Bluttest isoliert angeboten werden könnte – für den Hausgebrauch sozusagen, ohne Nachfolgebehandlung in der Praxis im Fall eines positiven Tests. Aus diesem Grund sagen wir ganz klar: Der Bluttest sollte immer im Paket mit der bildgebenden Folgeuntersuchung gemacht werden, sodass

im Anschluss wirklich eine Untersuchung im Computer- oder Kernspintomografen sichergestellt ist, falls der Test ausgeschlagen hat. Ein Bluttest auf Krebs ist etwas Anderes als ein Coronatest, den man zu Hause machen kann. Insgesamt hoffen wir, dass ein leistungsfähiges Früherkennungsprogramm geschaffen werden kann, das viele Leben rettet.

Stephan Kranz

Dr. Stephan Kranz ist Nuklearmediziner und geschäftsführender Gesellschafter von Dpv-Analytics.

Herr Kranz, Sie und Ihre Kollegen haben ein Mini-EKG-Gerät entwickelt, das man sich einfach auf die Brust kleben kann. Was ist der Vorteil daran – außer dass es kleiner ist?

Die geringe Größe ist tatsächlich sehr wichtig. Das Gerät stört im Alltag kaum, man kann sogar damit duschen. Bei klassischen EKG-Geräten ist die Gefahr groß, dass es zu Messfehlern kommt, weil man an die Kabel stößt und etwas verrutscht. Das passiert bei unserem Gerät nicht. Ein weiterer Vorteil ist die lange Messdauer: Vorhofflimmern und Rhythmusstörungen entdeckt man umso zuverlässiger, je länger ein EKG-Gerät angeschlossen bleibt. Klassische Geräte werden meist nach einem Tag wieder entfernt, unseres erst nach drei Tagen. Hinzu kommen weitere Vorteile: Normalerweise besitzt eine Kardiologie-Praxis nur einige wenige Geräte, die dann reihum bei Patientinnen und Patienten eingesetzt werden. Bei uns dagegen gibt es kein Kapazitätsproblem: Die Praxen leihen die Geräte nur und bezahlen uns pro Anwendung, wie bei einem Handyvertrag. Das bedeutet, dass sie auch sehr viele Geräte gleichzeitig einsetzen können. Ein weiterer Punkt: Weil auch die Auswertung der Daten sehr schnell geht, würde sich die

Technologie sogar für großangelegte Präventions- und Vorsorgeprogramme eignen. In Deutschland gibt es schätzungsweise 500.000 Menschen mit Vorhofflimmern, die davon gar nichts wissen. Wenn es uns gelingen würde, diese Menschen zu finden und medikamentös zu behandeln, könnten einige Tausend Schlaganfälle pro Jahr verhindert werden.

Wodurch entsteht der Zeitvorteil? Durch die Analysesoftware?

Genau. Bei uns werden die Daten, die das EKG-Gerät aufgezeichnet hat, von einer Software analysiert, die dann direkt auch Diagnosen vorschlägt. Dabei setzen wir künstliche Intelligenz ein. Die Diagnosetechnik wird also mit jeder zusätzlichen Anwendung besser. Die Software zeigt den Ärztinnen und Ärzten die markanten Stellen in den EKG-Kurven. Diese wiederum können die vorgeschlagene Diagnose dann bestätigen oder abwandeln. Am Ende hat also immer ein Mensch das letzte Wort. Der Zeitgewinn ist trotzdem enorm: Bei unserem System braucht man für eine Diagnose oft nur eine Minute. Bei klassischen EKG-



Geräten sind dafür 15 bis 30 Minuten notwendig. Diese Geräte haben zwar auch schon eine Softwareunterstützung, doch diese ist weniger leistungsfähig.

Es scheint, als habe sich der Fortschritt in der Medizintechnik stark beschleunigt. Zu welchen Veränderungen führt dies in Bezug auf Versorgung und Vorsorge?

Es stimmt, es tut sich viel. Heute sind viele Geräte deutlich kleiner und leistungsfähiger als früher – und auch viele Verfahren sind heute weniger umständlich. Menschen, die an Diabetes leiden, brauchen sich beispielsweise nicht mehr täglich zu piksen, um den Blutzuckerwert zu bestimmen. Stattdessen kann man ihnen heute ein kleines Gerät unter die Haut setzen, das diesen Wert permanent misst und an ein Handy sendet. Für andere Krankheiten gibt es ähnliche technologische Fortschritte. Die Vorteile sind vielfältig: Medizinische Werte können viel engmaschiger überwacht werden, wodurch Probleme früher entdeckt werden können. Gleichzeitig messen viele Geräte genauer. Hinzu kommt, dass die gemessenen Daten

online übertragen werden können. Das spart viele Wege ein. Bisher mussten Herzpatientinnen und -patienten einmal im Monat oder sogar öfter in die Praxis fahren und sich untersuchen lassen. Viele dieser Besuche sind heute nicht mehr nötig. Die Messungen können die Menschen zuhause selbst machen – und für den Kontakt mit den Ärztinnen und Ärzten gibt es Videokonferenzen. Hierdurch lässt sich viel Zeit sparen – und viel Geld, denn rund 15 Prozent der Gesundheitsausgaben in Deutschland entfallen auf Transportkosten.

Kapitel 5

Handlungs- empfehlungen

Dass Prävention, Vorsorge und Früherkennung wichtige Elemente von Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung sind, ist unstrittig. Bisher allerdings wurde diesen Ansätzen in Deutschland nicht die Bedeutung beigemessen, die sie verdienen – und die sinnvoll wäre. Wenn es gelingt, die Menschen zu einem gesünderen Leben zu bewegen und wenn die Strukturen der Prävention im Gesundheitswesen leistungsfähig sind, dann können Krankheiten verhindert oder zumindest geheilt bzw. gebremst werden. Dadurch werden Leben verlängert, Krankheitslasten verringert, Arbeits- und Produktivitätsausfälle verhindert, die Finanzen des Gesundheitssystem entlastet, und die wirtschaftliche Dynamik wird beschleunigt. So trivial die Vorteile einer umfassenden Präventionsarbeit sind, so wenig trivial ist die Umsetzung. Dass ein gesunder Lebenswandel viele Vorteile hat, ist praktisch allen Menschen bewusst, dennoch leben viele nicht nach dieser Maßgabe.

Eine Strategie zur Stärkung der Prävention in Deutschland muss daher an unterschiedlichen Stellen ansetzen. Grundsätzlich erscheint es sinnvoll, wenn die Merkmale eines gesunden Lebens zum festen Bestandteil des alltäglichen Lebens würden – und ungesunde Dinge aus diesem Alltag zurückgedrängt würden. Dass das Rauchen im Restaurant nicht mehr normal ist und auch Tabak-

werbung aus dem Fernsehen und von den Plakatwänden verschwunden ist, hat sicherlich Wirkung gezeigt. Vor diesem Hintergrund ist es denkbar, einen ähnlichen Weg auch bei alkoholischen Getränken und zuckerhaltigen Lebensmitteln zu gehen. Auch höhere Steuersätze sind zu prüfen. Das Gegenargument, dass Bier, Wein und gutes Essen nun einmal zur Kultur und Brauchtumpflege im Land gehören, ist berechtigt. Deshalb ist stets ein behutsames Abwägen notwendig. Dennoch bieten sich noch genügend Möglichkeiten, die Alltäglichkeit dieser gesundheitsschädlichen Produkte zu reduzieren, ohne sie gänzlich verdrängen zu müssen.

Das Zurückdrängen von gesundheitsschädlichen Dingen aus dem Alltag bewirkt aber noch keine Hinwendung zu einem explizit gesundheitsförderlichen Verhalten – wie etwa zu regelmäßigem Sporttreiben oder zu einer belastbaren Stressregulation. Doch auch hierzu passende Angebote ließen sich durchaus stärker in den Alltag integrieren. So sollten entsprechende Kurs-, Schulungs- und Aufklärungsangebote möglichst dort stattfinden, wo sich die Menschen ohnehin regelmäßig aufhalten. Für Kinder sind dies die Schulen, für Erwachsene die Arbeitsplätze und ihre alltägliche Umgebung – und für manche älteren Menschen die Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen.

Beispielsweise könnte der Gesundheitsunterricht für Kinder, der bisher vor allem aus der Kariesprophylaxe besteht, ausgebaut werden. Und Unternehmen und Behörden könnten dazu bewegt werden, stärker als bisher Kursangebote – etwa für die allgemeine oder mentale Fitness – am Arbeitsplatz zu ermöglichen oder ärztliche Dienstleistungen anzubieten. Auch stadtteilbezogene Gesundheitsarbeit kann viel bewirken, schließlich holt auch diese die Menschen in ihrem alltäglichen Leben ab. Dies gilt umso mehr für Menschen, die nicht in den Genuss von Präventionsangeboten am Arbeitsplatz kommen können – etwa, weil sie keine Arbeit haben oder im Homeoffice tätig sind.

An dieser Stelle allerdings sollte darauf hingewiesen werden, dass viele Arbeitgeber ihre entsprechenden Programme in den zurückliegenden Jahren bereits stark ausgebaut haben. Insgesamt gibt es gute Gründe dafür, dass die betriebliche Gesundheitsförderung für die Unternehmen freiwillig ist. Es erscheint aber durchaus angebracht, die bisherige Förderung entsprechender Angebote durch den Staat – etwa durch Steuerfreiheit für einzelne Leistungen – weiter auszubauen, um die betriebliche Gesundheitsförderung zu stärken.

Auch in der gesundheitlichen Versorgung wächst die Bedeutung der Prävention. Die Ausgaben aber, die im Gesundheitswesen zurzeit auf den Bereich Prävention entfallen, sind noch immer sehr gering und entsprechen nicht seiner Bedeutung. Eine weitere Stärkung der Präventionsarbeit erscheint daher mehr als angebracht. Dadurch würden die Gesamtausgaben des Gesundheitssystems zwar zunächst ansteigen. Doch es besteht die berechtigte Hoffnung, dass es langfristig zu Einsparungen kommen kann, weil die Ausgaben für die Kuration sinken, da weniger Menschen krank werden. Dass den Krankenkassen im Sozialgesetzbuch genaue Mindestbeträge vorgegeben werden, die sie im Schnitt für

Prävention und Früherkennung auszugeben haben, ist zwar eine strenge Maßnahme seitens der Politik. Auf der anderen Seite ergibt sich dadurch aber auch ein Hebel, um zusätzliche Mittel für die Präventionsarbeit zu erzwingen.

Für die meisten Menschen stellen ärztliche Praxen in erster Linie Anlaufstellen für den Krankheitsfall dar. Für Kliniken gilt dies sogar noch mehr. Dass die Einrichtungen auch bei der Verhinderung von Erkrankungen einiges leisten können, ist als Gedanke noch nicht allzu sehr verbreitet. Ein entsprechender Mindshift, also ein Wandel des Grundverständnisses, wäre daher sehr zu wünschen. Er sollte mit klar sichtbaren Veränderungen einhergehen: So könnten Praxen beispielsweise dazu angehalten werden, spezielle Sprechstunden für die Prävention anzubieten, die explizit für allgemeine Beratungsgespräche da sind und nicht für die Behandlung akuter Leiden. Neben den Praxen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte könnten auch weitere Einrichtungen für diese Art der Präventionsarbeit herangezogen oder neu geschaffen werden – so beispielsweise die Infrastruktur des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder auch die Gesundheits- bzw. Pflegeberatungen.

Hilfreich für die Präventionsarbeit wäre auch eine Stärkung der Früherkennungsuntersuchungen. Den allgemeinen Gesundheitscheckups beispielsweise könnte im Alltag der allgemeinmedizinischen Praxen mehr Raum gegeben werden. Auf diese Weise könnten möglicherweise mehr Menschen animiert werden, daran teilzunehmen. Bisher werden diese Checkups meist neben dem normalen – vor allem auf die Kuration ausgerichteten – Praxisbetrieb ausgeführt, was ihren Stellenwert mitunter schmälert.

In anderen fachärztlichen Disziplinen ist die Bedeutung der Früherkennung bereits deutlich größer. Die breite Teilnahme an den Vorsorgeprogrammen für

Brust-, Darm- oder Prostatakrebs zeigt, dass es durchaus möglich ist, Programme zu schaffen, die als selbstverständlich angesehen werden und weiten Teilen der Bevölkerung bekannt sind. Nach diesem Vorbild könnten auch breitflächige Früherkennungsprogramme für weitere Erkrankungen geschaffen werden. Um die Bekanntheit zu erhöhen, sollten alle Programme nach Möglichkeit unter eine gemeinsame Struktur gestellt werden – mit entsprechendem Wiedererkennungswert für die Menschen im Land. Auch sollten nationale Ziele für die Teilnahmequoten festgelegt und veröffentlicht werden, um eine größere Aufmerksamkeit zu schaffen. So fand die Entwicklung der Impfquoten während der Coronapandemie stets große öffentliche Beachtung.

Zu bedenken ist allerdings, dass sich nicht jede Krankheit für groß angelegte Früherkennungsprogramme eignet. Diese sind nur zu rechtfertigen, wenn die Krankheit häufig vorkommt, wenn sie durch die Früherkennung wirklich besser behandelbar ist und wenn die Vorsorgeuntersuchung mit hoher Wahrscheinlichkeit zutreffende Ergebnisse liefert.

Grundsätzlich erscheint es angebracht, die neuen Möglichkeiten, die durch den technologischen Fortschritt und die Digitalisierung entstehen, stärker für die Prävention zu nutzen. Die moderne Medizintechnik ist oft genauer, leichter zu bedienen, kleiner und preiswerter. Der Aufwand, der betrieben werden muss, um medizinische Werte regelmäßig zu erheben und zu begutachten, ist somit deutlich gesunken. Diese Entwicklung sollte genutzt werden, um Prävention und Früherkennung in Deutschland zu stärken. Auch die Möglichkeiten der modernen Kommunikationstechnik können dabei eingesetzt werden. Schließlich verfügen viele Mobiltelefone und Digitaluhren über Messfunktionen, die ein gutes Abbild der Vitalfunktionen liefern können. Diese Geräte – und die von ihnen

generierten Daten – stärker als bisher in den Alltag der medizinischen Versorgung und der Prävention einzubinden, wäre sicherlich angebracht.

Doch nicht nur die Hardware sollte umfassender genutzt werden. Das Gleiche gilt auch für die Software. Viele Fitness- und Ernährungskurse sind heute bereits als App verfügbar, ebenso Therapietagebücher mit Erinnerungsfunktion. Doch längst existieren auch komplexere Anwendungen, so beispielsweise im Bereich der mentalen Gesundheit. Apps für die Bewältigung bzw. therapeutische Begleitung von depressiven Verstimmungen, Panikstörungen oder Stress können inzwischen von den Ärztinnen und Ärzten verschrieben und von den Krankenversicherungen und -kassen bezahlt werden.

Dass die digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) inzwischen in die Leistungskataloge aufgenommen wurden, ist eine deutsche Besonderheit. Weil so ein Markt geschaffen und eine Monetarisierung ermöglicht wurde, ist zu erwarten, dass hierzulande viele weitere App-Innovationen entstehen werden. Zwar befindet sich das Segment der Gesundheits-Apps noch immer in der Erprobungsphase, sodass über die Wirksamkeit noch nicht immer abschließend geurteilt werden kann. Doch gerade ein solches Austesten in geordneten und sicheren Verfahren ist wichtig, um masentaugliche Verfahren identifizieren zu können. Dies gilt nicht nur für Apps, sondern praktisch für alle technologischen Neuerungen im Gesundheitsbereich.

Bei der stärkeren Einbindung von moderner Hard- und Software geht es um alle Stufen der Prävention: So können die Geräte und Applikationen in der Primärprävention eingesetzt werden – etwa um Fortschritte in Bezug auf die eigene Fitness zu messen oder um sich selbst an geplante Aktivitäten oder Therapie-schritte zu erinnern. In der Sekundärprä-

vention können Menschen, die aufgrund ihrer Merkmale besonders gefährdet sind, an bestimmten Leiden zu erkranken, bei der Früherkennung unterstützt werden. Ähnliches gilt für die Tertiärprävention: Wer bereits krank ist, dem kann mit moderner Technologie dabei geholfen werden, die Auswirkungen der Krankheit zu begrenzen, Therapiepläne zu befolgen und mögliche Verschlechterungen früher zu erkennen. All diese neuen Möglichkeiten sollten möglichst flächendeckend zum Einsatz kommen.

Auch die Big-Data-Analyse kann die Präventionsarbeit in Deutschland unterstützen. Zum einen werden Algorithmen und Anwendungen mit künstlicher Intelligenz immer leistungsfähiger, je mehr Menschen ihre Vitaldaten mit Smart Devices, Mobiltelefonen oder Wearables aufzeichnen und einspeisen. Zum anderen kann die Datenanalyse beim Identifizieren potenziell gefährdeter Bevölkerungsgruppen im Rahmen der Sekundärprävention helfen.

An dieser Stelle wäre es auch denkbar, den Krankenversicherungen und -kassen eine aktivere Rolle zuzugestehen. Schließlich verfügen diese über zusätzliche Kommunikationskanäle zu den Versicherten. Diese könnten stärker als bisher für die Präventionsarbeit genutzt werden. Ferner laufen bei den Versicherungen und Kassen – in Form von Abrechnungsdaten – viele relevante Informationen zusammen, die bei der Identifikation von vulnerablen Gruppen hilfreich sein können. Diese Daten werden heute schon oft für Forschungszwecke ausgewertet und könnten somit auch stärker für die Präventionsarbeit genutzt werden. Hierbei wäre eine stärkere Unterstützung von Seiten der Politik wünschenswert, auch um eine datenschutzkonforme und auch anderweitig rechtssichere Nutzung zu ermöglichen.

Bei der Nutzung von modernen Technologien – etwa Geräten, Apps und Auswertungsverfahren – sollten allerdings stets die strengen Grundlagen des Datenschutzes berücksichtigt werden. Ferner sollten alle Menschen weiterhin das Recht haben, ihre eigenen Daten nicht zur Verfügung zu stellen sowie Geräte und Apps nicht zu benutzen. Eine vollständige Digitalisierung der Präventionsarbeit ist somit nicht zu befürworten, schließlich würde dadurch ein impliziter Nutzungszwang geschaffen.

Fortschritte bringen kann hier die elektronische Patientenakte (ePA), die hierzulande nach und nach eingeführt wird. Mit ihr hat sich Deutschland zwar inzwischen auf den Weg gemacht, die Gesundheitsdaten der Menschen konsequent digital zu bearbeiten und zu erfassen. Gleichzeitig aber macht es das neue Verfahren auch einfacher, die Ablehnung dieser digitalen Datennutzung zu dokumentieren und durchzusetzen. Umfragen deuten darauf hin, dass der Großteil der Menschen bereit sein wird, Angebote wie die ePA zu nutzen und ihre Daten für Forschungszwecke zur Verfügung zu stellen. Voraussetzung ist jedoch, dass dadurch tatsächlich ein Mehrwert entsteht – und dass die Daten wirklich sicher sind und nur entsprechend der vereinbarten Nutzung verwertet werden.

Wenn die Prävention nachhaltig gestärkt werden soll, sollte sie künftig nicht mehr allein als gesundheitspolitisches Thema, sondern vielmehr als Querschnittsaufgabe für verschiedene Politikfelder verstanden werden. Dies gilt umso mehr, wenn – im Sinne des Public-Health-Ansatzes – stärker auf gesundheitsfördernde Verhältnisse und nicht nur auf das Verhalten der einzelnen Menschen abgezielt werden soll. Dieser Denkschule folgend müssten weitere Politikfelder Verantwortung dafür über-

nehmen, dass allen Menschen ein gesundes Leben ermöglicht wird. Da der Weg dorthin für Menschen mit wenig Geld und wenig Bildung gemeinhin als deutlich schwerer erachtet wird, rechtfertigt dies eine grundsätzlich beherztere Sozialpolitik. Auch in den Politikfeldern Stadtentwicklung, Raumplanung, Standortentwicklung und Umweltschutz sollte die Ermöglichung eines gesunden Lebens für alle stets als zusätzliches Ziel im Vordergrund stehen.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass der Bereich Prävention gesamtgesellschaftlich deutlich gestärkt werden sollte. Schließlich sind die sich daraus ergebenden Renditen durchweg positiv: Die Krankheitslast der Bevölkerung sinkt, die Zahl der vorzeitigen Todesfälle ebenfalls, am Arbeitsmarkt kommt es zu weniger Ausfällen von Arbeitskräften – und auch die Volkswirtschaft profitiert.



Das **Handelsblatt Research Institute (HRI)** ist ein unabhängiges Forschungsinstitut unter dem Dach der Handelsblatt Media Group. Es erstellt wissenschaftliche Studien im Auftrag von Kunden wie Unternehmen, Finanzinvestoren, Verbänden, Stiftungen und staatlichen Stellen. Dabei verbindet es die wissenschaftliche Kompetenz des 20-köpfigen Teams aus Ökonom:innen, Sozial- und Naturwissenschaftler:innen, Informationswissenschaftler:innen sowie Historiker:innen mit journalistischer Kompetenz in der Aufbereitung der Ergebnisse. Es arbeitet mit einem Netzwerk von Partner:innen und Spezialist:innen zusammen. Daneben bietet das Handelsblatt Research Institute Desk-Research, Wettbewerbsanalysen und Marktforschung an.

Konzept, Analyse und Gestaltung

Handelsblatt Research Institute
Toulouser Allee 27
40211 Düsseldorf
www.handelsblatt-research.com

Text: Dr. Hans Christian Müller
Layout: Christina Wiesen, Kristine Reimann
Bilder: freepik.com, flaticon.com

