



Titel **Prävention**

Vorbeugen statt heilen

Angesichts großer Herausforderungen im Gesundheitswesen bietet die Prävention die Chance, der Krankheitslast in der Bevölkerung entgegenzuwirken und damit direkt und indirekt Kosten einzusparen. Allerdings wird hierfür eine durchdachte politische Strategie benötigt.

Das deutsche Gesundheitswesen steht in den 2020er-Jahren vor großen Herausforderungen. Denn durch den demografischen Wandel wird sich die Zahl der Ärztinnen und Ärzte reduzieren, die Zahl der Patientinnen und Patienten wird sich jedoch deutlich erhöhen. Dazu werden nicht nur geriatrische Patienten zählen, sondern auch jüngere Menschen mit lebensstilbedingten Erkrankungen wie Adipositas und Diabetes mellitus Typ 2, deren Zahl derzeit weiter zunimmt.

Weltweit bilden diese nichtübertragbaren Krankheiten (non-communicable diseases; NCD) eine große Krankheitslast. Der Weltgesundheitsorganisation zufolge sterben jährlich 41 Millionen Menschen aufgrund von NCD – das sind etwa 74 Prozent aller Todesfälle. In Deutschland sind es laut Robert Koch-Institut sogar mehr als 90

Prozent. In der Theorie vereint die Prävention das Potenzial in sich, diese enorme Krankheitslast zu reduzieren, dadurch das Personal im Gesundheitswesen zu entlasten und die Ausgaben zu verringern.

Enormes Potenzial

„Wir wissen, dass 50 Prozent der Krebserkrankungen durch Prävention verhindert werden könnten“, sagt die Epidemiologin Univ.-Prof. Dr. rer. nat. et med. habil. Stefanie Klug von der Technischen Universität München (TUM) dem *Deutschen Ärzteblatt (DÄ)*. „Bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen wird das Potenzial sogar auf 70 Prozent geschätzt.“ Die Prävention der Entstehung von Krankheiten müsse das Ziel aller Beteiligten sein, betont Klug, die zu Prävention von chronischen Krankheiten forschet. Wenn man die Risikofaktoren kenne, könne man an die Primär- und Sekun-

därprävention herangehen (*Kasten „Wichtige Begriffe“*). „Die Experten sind sich einig, dass es in den hochentwickelten Ländern etwa gar kein Zervixkarzinom mehr geben sollte“, sagt Klug. „Auch andere Tumorerkrankungen wie Lungen-, Darm- und Brustkrebs könnten durch primäre Prävention deutlich verringert werden.“

Gleichzeitig kann Prävention die Kosten senken. „Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die globalen direkten und indirekten Kosten für nichtübertragbare Krankheiten auf rund zehn Prozent des globalen Bruttoinlandsprodukts belaufen“, erklärt der Professor für Public Health und Prävention, Prof. Dr. Michael Laxy, von der TUM dem *DÄ* (1). „Für Deutschland haben wir zum Beispiel gezeigt, dass die jährlichen medizinischen Versorgungskosten von Personen mit Typ-2-Diabetes etwa 2 500 Euro höher liegen

Foto: fotostock

als die von gleichaltrigen Personen des gleichen Geschlechts ohne Typ-2-Diabetes (2).“ Hochgerechnet auf Deutschland entspreche das in etwa jährlichen Versorgungskosten von rund 15 Milliarden Euro. Zudem gehe die Forschung davon aus, dass die indirekten gesellschaftlichen Kosten von Typ-2-Diabetes durch Produktivitätsverluste durch Krankheitstage oder Frühverrentung ähnlich hoch seien, so Laxy (3).

Stellenwert ist zu niedrig

Dass die Prävention ein enormes Potenzial besitzt, ist seit Langem bekannt. Dennoch passiert wenig, um es zu heben. „Nach wie vor ist die gesundheitliche Versorgung vor allem kurativ ausgerichtet“, kritisiert der Vorsitzende des Ausschusses „Gesundheitskompetenz, Prävention und Bevölkerungsmedizin“ der Bundesärztekammer (BÄK), Rudolf Henke, gegenüber dem *DÄ*. „Unser Gesundheitswesen hat seine größten Stärken bei den akuten Krankheiten und Verletzungen. Prävention und Gesundheitsförderung haben nicht den Stellenwert, den sie haben müssten.“

Das zeigt sich auch in den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). So hat die GKV im Jahr 2021 rund 538 Millionen Euro für Primärprävention, etwa zur Förderung von Sportkursen, ausgegeben und konnte damit circa 8,5 Millionen Menschen erreichen. Hinzu kommen weitere Ausgaben, die ebenfalls zu den Präventionsausgaben gezählt werden: 2,2 Milliarden Euro für Schutzimpfungen, 2,67 Milliarden Euro für Früherkennungsmaßnahmen und 3,49 Milliarden Euro für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen. Insgesamt sind das nicht mehr als 3,4 Prozent der gesamten GKV-Ausgaben von 263,4 Milliarden Euro.

Mit dem Präventionsgesetz war die damalige Bundesregierung im Jahr 2015 angetreten, um die Gesundheitsförderung in Deutschland zu stärken. Dabei wurde die Nationale Präventionskonferenz ins Leben gerufen, in der die Sozialversicherungsträger gemeinsam eine nationale Präventionsstrategie aufgesetzt haben. Diese beinhaltet

bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen zur Prävention in Lebenswelten und Betrieben. Zudem wurden mit dem Gesetz die jährlich verfügbaren Präventionsmittel der Krankenkassen festgelegt. „Alles in allem hat sich durch das Präventionsgesetz einiges getan“, urteilt Henke. „Aber leider ist das bei Weitem noch nicht genug.“

Die Techniker Krankenkasse (TK) ist mit den Auswirkungen des Gesetzes zufrieden. „Die kassenübergreifende Zusammenarbeit mit den anderen Sozialversicherungsträgern zu den gesamtgesellschaftlichen Aufgaben hat sich wesentlich verbessert“, sagt die Leiterin des TK-Gesundheitsmanagements, Dr. med. Sabine Voermans, dem *DÄ*. Wichtig seien auch die Mindestausgaben für die Krankenkassen, da diese ein hohes jährliches Engagement der Kassen sicherten.

Die gesetzlichen Krankenkassen bieten ihren Versicherten heute zahlreiche Präventionskurse an: zur Ernährung, zur Bewegung, zur Stressreduktion oder zur Suchtvermeidung. Voraussetzung dafür ist, dass die Kurse durch die Zentrale Prüfstelle

Prävention zertifiziert wurden. Welche dieser Angebote werden von den Versicherten besonders gut angenommen? „Bei den klassischen Präventionskursen sind bereits seit Jahren besonders gut Bewegungs- und Entspannungskurse wie zum Beispiel Yoga oder Nordic Walking nachgefragt“, sagt Voermans. „Es sind überwiegend Frauen, die dieses Angebot in Anspruch nehmen.“ In den Betrieben liege der Hauptschwerpunkt bei Maßnahmen zur Stressreduktion. Kitas und Schulen interessierten sich vor allem für Angebote, die die psychosoziale Gesundheit der Kinder, das Klassenklima und das soziale Miteinander fördern.

Durch Studien belegt

Die Angebote der Krankenkassen basieren auf Vorgaben, die im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbands zusammengefasst sind. Darin ist anhand von Studien belegt, dass die jeweiligen Präventionsangebote wirken (4). Zum Beispiel sind Studien enthalten, „die belegen, dass ausgewogene Bewegung oder Ernährung den verschiedensten Erkrankungen vorbeugen kann“, erklärt Voermans. „Für die Verhältnisprävention gibt es vergleichbare Untersuchungen, in denen zum Beispiel eine erhöhte Zufriedenheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden nachgewiesen wird, wenn sich Strukturen wie das Führungs- und/oder Kommunikationsverhalten in der Organisation positiv verändern.“

Ein großer Teil der Prävention findet darüber hinaus in den Arztpraxen statt – insbesondere bei Pädiatern und Allgemeinmediziner: „Von U-Untersuchungen oder Impfungen über Beratungen zu Früherkennungsuntersuchungen oder Aortenaneurysma-Screenings bis hin zu Kontrollen im Rahmen der Disease-Management-Programme sowie Beratungsleistungen zu Patientenverfügungen und Pflegebedürftigkeit“, wie Dr. med. Wolfgang Schneider-Rathert, Sprecher der Sektion Prävention der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM), gegenüber dem *DÄ* aufzählt.

Eine weitere Fachrichtung, die sich mit der Prävention befasst, ist

Wichtige Begriffe

- **Primärprävention:** Alle Maßnahmen vor Krankheitsbeginn, beispielsweise Bewegungsprogramme, gesunde Ernährung, Impfungen.
- **Sekundärprävention:** Im Frühstadium einer Erkrankung, zum Beispiel Früherkennungsmaßnahmen, Screenings.
- **Tertiärprävention:** Bei einer Krankheitsmanifestation, beispielsweise Patientenschulungen.
- **Verhältnisprävention:** Gehört zur Primärprävention und berücksichtigt unter anderem die Lebens- und Arbeitsverhältnisse. Dazu zählen beispielsweise die Wohnumgebung und auch andere Faktoren, welche die Gesundheit beeinflussen können, etwa die Preise von gesunden Lebensmitteln oder das Vorhandensein von Fahrradstraßen.
- **Verhaltensprävention:** Bezieht sich unmittelbar auf den einzelnen Menschen und dessen individuelles Gesundheitsverhalten. Hierunter fallen beispielsweise Maßnahmen, welche die eigene Gesundheitskompetenz stärken und über Risiken aufklären. Ziel dabei ist, Risikofaktoren durch Fehl- oder Mangelernährung, Bewegungsmangel, Rauchen und übermäßigen Alkoholkonsum zu reduzieren.

die Arbeitsmedizin. „Die Arbeitswelt ist mit über 45 Millionen Erwerbstätigen das größte Präventionssetting überhaupt“, sagt der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin (DGAUM), Prof. Dr. med. Thomas Kraus, dem DÄ. „Im Setting Arbeitsplatz werden durch Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner Beschäftigte und ihr soziales Umfeld erreicht, die Präventionsangebote bisher nicht in Anspruch genommen haben.“

Gute Arbeitsbedingungen

Welches sind die effektivsten präventiven Maßnahmen in der Arbeitsmedizin? „Am effektivsten ist eine Kombination aus Verhältnis- und Verhaltensprävention“, sagt Kraus. „Das bedeutet einerseits, gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen zu schaffen, zum Beispiel technische Maßnahmen zur Lärmvermeidung oder eine ergonomische Gestaltung des Arbeitsplatzes.“ Andererseits bedeute es, Beschäftigte zu beraten zu Risikofaktoren, zum Erhalt der Gesundheit und zur Beschäftigungsfähigkeit: zum Beispiel durch die Verwendung einer persönlichen Schutzausrüstung und durch Früherkennung psychischer Beanspruchung.

Manches ist innerhalb des Gesundheitswesens also auf eine gute Gesundheitsförderung ausgelegt – manches aber noch nicht. „Im GKV-System werden zwar viele Anreize gesetzt, Prävention zu betreiben“, betont Schneider-Rathert von der DEGAM. „Gleichzeitig wird uns durch die hohe Frequenz an Arztbesuchen Zeit für Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention genommen“, kritisiert Schneider-Rathert. Von der Politik wünscht er sich deshalb mehr Zeit im Praxisalltag für die Prävention. „Der Zeitbedarf für Prävention konkurriert in Zeiten des Hausarzt- und MFA-Mangels mit anderen hausärztlichen Aufgaben“, sagt er. „Aus hausärztlicher Sicht sind deshalb zwei Punkte besonders wichtig, um die Primär- und Sekundärprävention zu stärken: zum einen die Entlastung von Bürokratie und von Aufgaben, die keine fachärztliche Expertise brauchen – und zum an-

deren eine evidenzbasierte Überprüfung aller aktuellen Präventionsleistungen im EBM.“

Auch die Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) wünschen sich, dass Ärztinnen und Ärzte im Alltag mehr Zeit für die Prävention haben. „Wir fordern von der Politik, das ärztliche Präventionsgespräch weiter zu stärken und zu einem integralen Teil der Patientenversorgung werden zu lassen“, sagt Henke von der BÄK. Und KBV-Sprecher Roland Stahl erklärt: „Ärztinnen und Ärzte können ihren Patienten Anstöße zur Verhaltensänderung liefern – zum Beispiel im Bereich der Ernährung, der Bewegung oder dem Konsum von Zigaretten und Alkohol. Zum Beispiel können sie ihren Patientinnen und Patienten Präventionsleis-

tungen per Formular empfehlen, um verhaltensbezogene Risikofaktoren für bestimmte Erkrankungen zu senken.“ Mit dieser Empfehlung könnten die Patienten die entsprechende Leistung dann bei ihrer Krankenkasse beantragen. Zudem könnten Ärztinnen und Ärzte ihre Patienten über die Sinnhaftigkeit von Früherkennungsuntersuchungen informieren. Denn leider würden Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach wie vor zu wenig genutzt. „Dazu fehlt im Praxisalltag aber oft die Zeit“, kritisiert Stahl. Der Gesetzgeber könne Initiativen ergreifen, um den Rahmen der Prävention zu stärken.

Besserer Austausch

Kraus von der DGAUM wünscht sich eine Verbesserung der ärztlichen Versorgung an den Schnittstellen zwischen medizinischer Prävention, Kuration und Rehabilitation. „Wenn ein besserer Austausch zwischen Betriebsärzten und externen Haus- und Fachärzten sowie Psychotherapeuten gelingen würde, könnten Betriebsärztinnen und -ärzte aus gewonnenen Erkenntnissen entsprechende Maßnahmen am Arbeitsplatz ableiten, die der gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung und somit der Prävention dienen“, sagt er. „Voraussetzung ist natürlich immer, dass die Zustimmung des Beschäftigten vorliegt.“ Dabei sei die Anbindung von Betriebsmedizinern an die Telematikinfrastruktur wichtig. Ein ganzheitlicher Ansatz könne hier die Versorgung der Bevölkerung insgesamt verbessern.

Einen wichtigen Beitrag zur Prävention leisten auch Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). „Beispiele für das Engagement sind die Schuleingangsuntersuchungen, Betreuungen im sozialmedizinischen Dienst, Impfungen, Beratungen und insbesondere die Betreuung von Personen, die in der Arztpraxis keinen Platz finden – zum Beispiel von psychisch Kranken“, erklärt der Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) dem DÄ. Allerdings könne der ÖGD noch mehr leisten. So hält der Verband eine begleitende Betreuung mit

Ein präventiver Lebensstil

Folgende Tipps reduzieren deutlich das individuelle Risiko, an NCD wie Krebs, Diabetes oder Herz-Kreislauf-Krankheiten zu erkranken:

- **Nicht rauchen**
- **Gesunde Ernährung:** sollte salzreduziert sein (nicht mehr als sechs Gramm Salz pro Tag) und im Durchschnitt für Erwachsene 2 500 Kilokalorien umfassen. Zudem sollten vor allem gesunde Lebensmittel wie Früchte, Gemüse oder Nüsse verzehrt werden. Vor allem Produkte mit zusätzlichem Zucker oder rotem Fleisch sollten gemieden werden (Empfehlung der Eat-Lancet-Commission zur Planetary Health Diet).
- **Reduktion von Stress**
- **Ausreichender Schlaf:** Ein Schlafpensum von sieben bis acht Stunden sollte nicht unterschritten werden.
- **Ausreichende Bewegung:** Die WHO empfiehlt mindestens 150 bis 300 Minuten körperliche Aktivität mittlerer Intensität oder mindestens 75 bis 150 Minuten hoher Intensität pro Woche. Einen zusätzlichen Gesundheitsnutzen verspricht sich die WHO von muskelkräftigem Sport an zwei oder mehr Tagen pro Woche. Außerdem sollten sitzende Aktivitäten möglichst begrenzt und mit leichten Aktivitäten ersetzt werden.
- **Ausreichende Flüssigkeitszufuhr:** Die European Food Safety Agency rät zu einer Gesamtwasseraufnahme von 2,5 Litern für Männer und zwei Litern für Frauen, wobei 20 Prozent mit der festen Nahrung aufgenommen werden.
- **Vermeidung der Exposition zu Giften, insbesondere Alkohol**
- **Vermeidung von Sonneneexposition:** ausreichender Sonnenschutz, insbesondere bei kleinen Kindern.

Untersuchungen und Beratungen von Schulkindern und Eltern nach dem vierten und im neunten Schuljahr für sinnvoll – und nicht nur wie bislang vor der Einschulung.

Präventionsforscherin Klug von der TUM fordert für die Zukunft Änderungen bei den Screenings, um deren präventives Potenzial zu erhöhen. Sie spricht sich dafür aus, mit den Einladungsschreiben direkt einen Terminvorschlag zu einer Früherkennungsuntersuchung zu versenden. So werde es heute schon beim Mammografiescreening gehandhabt. „Da bekommen Frauen regelmäßig alle zwei Jahre einen Termin“, sagt Klug. „Das könnte man beim Zervixkarzinom oder beim Darmkrebscreening mit den dort nötigen jeweiligen unterschiedlichen Einladungsintervallen auch so machen.“

Die Forscherin berichtet von den Erfahrungen anderer Länder: „In den Niederlanden oder Großbritannien werden Nichtteilnehmer, die nicht oder lange nicht beim Screening waren, separat angeschrieben. Dabei wird ihnen die Option gegeben, einen HPV-Abstrich zu Hause zu machen.“ Wenn der Abstrich positiv ausfalle, folge ein Besuch beim Gynäkologen und eine Zytologie. „Bei solchen Möglichkeiten sind wir aber sehr schwerfällig in Deutschland“, bemängelt Klug. Zudem schlägt sie vor, Einladungen zu Screenings per E-Mail oder WhatsApp zu verschicken.

Klug befürwortet zudem populationsbezogene Maßnahmen, wie in England, Australien oder den Niederlanden üblich. „Hier fallen Nichtteilnehmer nicht so einfach durch die Maschen, weil die Menschen einem Hausarzt zugeteilt werden“, sagt sie. Der Grundgedanke sei, dass allen Menschen die gleiche Gesundheitsleistung angeboten werde. „Auch Migranten oder Personen, die sonst nie zum Arzt gehen, fallen hier bei Vorsorgeuntersuchungen nicht hinten runter. Deshalb sind die Teilnehmeraten bei Vorsorgeangeboten in diesen Ländern auch deutlich höher“, betont Klug.

Hoffnung liegt darüber hinaus auf präventiven Maßnahmen, die durch Forschungsarbeit erst noch möglich

gemacht werden. Ein Beispiel ist die vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) geförderte Initiative genomDE. „Genomanalysen sollen auch für bisher ungeklärte Tumorrisikosyndrome wie auch für seltene Erkrankungen angeboten werden“, erklärt Univ.-Prof. Dr. med. Rita Schmutzler, Koordinatorin von genomDE und Direktorin des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs am Universitätsklinikum Köln, gegenüber dem DÄ. Die Aufdeckung neuer genetischer Ursachen sei ein Hebel für das Angebot risikoadaptierter präventiver Maßnahmen sowie die Suche nach zielgerichteten präventiven Medikamenten. In



Foto: Technische Universität München

„Es bräuchte verbindliche Terminvorschläge zu Screenings und Möglichkeiten, sich zu Hause zu testen.“

Stefanie Klug, Präventionsforscherin

den vergangenen Jahren seien bereits viele neue Krankheitsgene entdeckt worden, deren Nachweis es nun erlaube, Risikopersonen deutlich besser zu identifizieren und gezielte Präventionsmaßnahmen anzubieten, so Schmutzler. Eine große Chance stelle dabei auch der mögliche Ausschluss einer solchen Mutation bei Angehörigen dar, die somit entlastet werden könnten.

„Eine neue und wichtige Chance genomweiter Untersuchungen ist die Möglichkeit der Aufdeckung komplexer genetischer Ursachen, also des Zusammenspiels mehrerer



Foto: Nina Stiller

„Durch die hohe Frequenz an Arztbesuchen wird uns Zeit für die Prävention genommen.“

Wolfgang Schneider-Rathert, DEGAM

genetischer Ursachen, und, basierend auf der Erfassung phänotypischer Besonderheiten, deren mögliche Interaktion mit nichtgenetischen Risikofaktoren“, erklärt Schmutzler. Sie geht davon aus, dass diese Mechanismen die Tumorentstehung deutlich häufiger vorantreiben als die bisher bekannten monogenen Ursachen. „Damit wird

eine ganz neue Ära der Risikoprädiktion und zielgerichteten Prävention möglich“, sagt die Genetikerin.

Zahlreiche Maßnahmen zur Aufwertung der Prävention liegen insofern innerhalb des Gesundheitswesens. Einen noch größeren Hebel zur Stärkung der Gesundheitsförderung befindet sich jedoch außerhalb des Systems. „Wenn Präventionsangebote gut gemacht sind, könnten sie das Gesundheitssystem extrem verbessern und entlasten“, erklärt Präventionsexperte Thomas Altgeld, Diplom-Psychologe und Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen, dem DÄ. „Was wir aber erleben, ist, dass sie nicht gut gemacht sind und vor allem diejenigen erreichen, die es am wenigsten brauchen. Wir nennen das das Präventionsdilemma, bei dem insbesondere gut gebildete Bevölkerungsschichten mit hohem Gesundheitsbewusstsein, also vor allem Akademikerinnen, angesprochen werden.“ Für Altgeld sind die heutigen Präventionsangebote zu kleinteilig, die Kampagnen nicht flächendeckend genug.

Der von der Bundesregierung vorgesehene Nationale Präventionsplan kranke daran, dass er sich an einzelnen Indikationen ausrichtete. Wenn die Politik wieder in Krankheitsbildern denke, könne man den Präventionsplan vergessen, meint Altgeld. Denn alles, was etwa präventiv für Diabetes mellitus Typ 2 gelte, könne man mit Primärprävention – also mit Lebenskompetenzförderung in Schulen und Kitas – adressieren. Er fordert deshalb eine übergreifende Politikstrategie, die zum Beispiel auch das Werbeverbot von Glücksspielen beinhaltet (*Drei Fragen an ...*).

Ein frühes Ansetzen, um die Gesundheitskompetenz zu stärken, fordert auch die Bundesärztekammer. „Die Grundlage für ein gesundes Leben wird in der Kindheit gelegt“, betont Henke. „Vor diesem Hintergrund hat sich der 126. Deutsche Ärztetag 2022 in Bremen für die Förderung der Gesundheitskompetenz durch Einführung eines Schulfachs ‚Gesundheit und Nachhaltigkeit‘ in allen Schulformen aus-

gesprachen.“ Auch eine Mehrheit der Jugendlichen und jungen Erwachsenen wünsche sich, dass Gesundheit als eigenes Fach in der Schule unterrichtet werde.

„Das Fundament einer effektiven Prävention ist die Gesundheitskompetenz“, sagt Prof. Dr. phil. Doris Schaeffer von der Universität Bielefeld, die seit vielen Jahren zum Thema Gesundheitskompetenz forscht. „Wenn ich nicht verstehe, mit welchen Mitteln ich meine Gesundheit langfristig fördern und erhalten kann, kann ich mich auch nicht entsprechend verhalten.“ Im Gesundheitswesen brauche man darüber hinaus die navigationale Kompetenz, um unter den zahlreichen und vielfältigen Angeboten die richtigen herauszusuchen und die persönlich passenden zu identifizieren. Nicht weniger wichtig sei die digitale Kompetenz, die die Menschen aufgrund des aktu-

ellen Wandels zur digitalen Informationsgesellschaft auch im Gesundheitswesen benötigten. „Denn sehr viele Gesundheitsinformationen, auch zur Gesundheitsförderung und Prävention, sind mittlerweile digital zu finden“, betont Schaeffer.

Probleme mit der Gesundheitskompetenz haben der Wissenschaftlerin zufolge insbesondere Menschen mit einer niedrigen Bildung, Menschen mit niedrigem Sozialstatus und alte Menschen. „Erreichen können wir diese vulnerablen Gruppen vor allem mit zielgruppenspezifischen Maßnahmen, aber auch durch groß angelegte Informationskampagnen“, erklärt Schaeffer. „Das hat sich in der COVID-19-Pandemie gezeigt. Sechs Monate nach deren Beginn haben wir die Gesundheitskompetenz der Deutschen erneut untersucht.“ Dabei habe sich gezeigt, dass in diesem

kurzen Zeitraum die Gesundheitskompetenz ein wenig und die digitale Kompetenz deutlich gestiegen sind – insbesondere bei Menschen mit einer niedrigen Bildung. „Das ist bemerkenswert“, sagt Schaeffer. „Eine der Ursachen dürfte darin liegen, dass mit dem Ausbruch der Pandemie das Thema Gesundheit in den Medien außerordentlich präsent war.“ Und jedes Individuum habe sich wegen der existenziellen Bedrohung, die das Virus für sein Leben bedeutete, mit Gesundheitsfragen auseinandersetzen müssen.

„Wir sollten jetzt versuchen zu vermitteln, dass ein ungesunder Lebensstil auch außerhalb von Krisenzeiten existenzielle Folgen für das eigene Leben haben kann“, fordert Schaeffer. „Wir benötigen deshalb saubere Gesundheitsinformationen, die den Menschen systematisch über gezielte, groß angelegte Kampagnen und zielgruppenspezifische, lebensweltorientierte Maßnahmen vermittelt werden – zum Beispiel zur Prävention von Adipositas. Die gezielten Kampagnen der BZgA zur Prävention von HIV waren seinerzeit doch sehr erfolgreich. Zielgruppenspezifische Maßnahmen in den Lebenswelten von Menschen sind es auch, wie während der Pandemie beispielsweise aus den Impfkampagnen in Bremen erneut gelernt werden konnte.“

Gesundheitsökonom Laxy von der TUM forscht dazu, welche präventiven Maßnahmen das beste Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen. Grundsätzlich seien verhältnispräventive Maßnahmen kosteneffektiver als nichtklinische verhaltenspräventive Maßnahmen, betont er. Letztere seien allerdings immer noch kosteneffektiver als verhaltenspräventive klinische Interventionen (5). Zudem könnten durch verhältnispräventive Maßnahmen größere Gesundheitseffekte auf der Bevölkerungsebene erzielt und bei gezieltem Einsatz eher eine Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit herbeigeführt werden als durch verhaltenspräventive Maßnahmen (6). „Dennoch liegt der Fokus der deutschen – und der internationalen – Gesundheitspolitik nach wie vor stark auf verhaltenspräventiven Maßnahmen (7)“, so Laxy.

Präventionsangebote für Migrantinnen und Migranten

In Deutschland haben mehr als 22 Millionen Menschen einen Migrationshintergrund. Im Vergleich zur restlichen Bevölkerung sind sie überdurchschnittlich von Armut bedroht, was sich auf ihre gesundheitliche Situation auswirkt. In dem Projekt „Bewusst – Gesund – Aktiv: Gesundheitsförderung für Migrant/-innen im Quartier“ wurden über einen Zeitraum von vier Jahren Präventionsangebote entwickelt und etabliert. Zu den eingeführten Maßnahmen zählen Informationsveranstaltungen zu Sportangeboten oder zum Gesundheitssystem sowie Ernährungskurse und Stresstrainings.

Das Projekt wurde von gesetzlichen Krankenkassen finanziert und vom Paritätischen Gesamtverband und dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf umgesetzt. „Diskriminierung und Zugangsbarrieren führen heute bei Migrantinnen und Migranten zu Unter- und Fehlversorgung und damit langfristig zu unerkannten Krankheitsverläufen beziehungsweise deren Chronifizierung sowie zu höheren Behandlungskosten“, erklärt Lisa Marcella Schmidt dem DÄ, die beim Paritätischen Gesamtverband die Abteilung „Gesundheit, Teilhabe, Pflege“ leitet. „Eine bedarfsorientierte und diversitätssensible Umstrukturierung des Gesundheitswesens könnte insofern einen wichtigen Beitrag zur Senkung von Krankheitslast und Behandlungskosten leisten.“

Das Projekt habe gezeigt, dass das Interesse von Migrantinnen und Migranten an Präventionsmaßnahmen sehr hoch sei, so Schmidt. Aufgrund einer Vielzahl an Barrieren hätten sie aber einen erschwerten Zugang zu gesundheitsbezogenen Angeboten. Wichtig sei vor allem eine Verbesserung der Sprachmittlung. „Sprachliche Verständigung ist eine Grundvoraussetzung für den Zugang zu sozialen Leistungen und somit für gesellschaftliche und gesundheitliche Teilhabe“, betont Schmidt. „Insofern ist die Sicherstellung der sprachlichen Verständigung durch die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für Sprachmittlung bei Beantragung und Ausführung von Sozial- und Gesundheitsleistungen erforderlich.“ Zudem sei deutlich geworden, dass Organisationen von Migranten maßgeblich zur Verbesserung von gesundheitsbezogenen Teilhabechancen beitragen könnten, da diese über Zugänge zu Gruppen verfügten, die über die Regelstrukturen oft nicht erreicht würden. „Um relevante Informationen effektiv an Migrantinnen und Migranten weiterleiten zu können, sollten typische Erstanlaufstellen mit mehrsprachigem Informationsmaterial versorgt werden“, fordert Schmidt. „Dazu gehören zum Beispiel Hausarztpraxen, sozialpädiatrische Zentren und Beratungsstellen der Pflege.“ Basierend auf den gewonnenen Erkenntnissen startete im Oktober 2022 das Nachfolgeprojekt „Gemeinsam für ein gesundes Leben“, das bis 2024 laufen wird.

Er befürwortet stattdessen verhältnispräventive Maßnahmen wie etwa verpflichtende gesetzliche Regelungen zur Reformulierung von Lebensmitteln, um etwa den Salz- oder Zuckergehalt zu reduzieren. „In Deutschland liegt der Salzkonsum bei acht bis zehn Gramm pro Tag. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung empfiehlt aber nicht mehr als maximal sechs Gramm“, sagt Laxy. „Eine Modellierungsstudie aus England zeigt, dass bei der Einhaltung der Salz-Reformulierungsziele der UK Food Standard Agency pro Pfund, den Industrie und Verwaltung in Reformulierung investieren über die nächsten zehn Jahre 1,44 Pfund im englischen Gesundheitssystem gespart werden könnten (8).“ In vielen Ländern, inklusive Deutschland, liege auch der Zuckerkonsum über der von der WHO empfohlenen Höchstmenge und ein nicht unbeträchtlicher Anteil des Zuckerkonsums erfolge über zuckergesüßte Getränke. Modellierungsstudien zeigten, dass die Besteuerung von zuckergesüßten Getränken zu großen Kosteneinsparungen im Gesundheitssystem führen könnten, erläutert Laxy. Im amerikanischen Gesundheitssystem

könnten damit über die nächsten zehn Jahre etwa 15 bis 30 Milliarden Dollar an Versorgungskosten eingespart werden (9). In Großbritannien gibt es seit 2018 eine nach Zuckergehalt gestaffelte Herstellerabgabe auf zuckergesüßte Getränke, die ähnlich wie eine Steuer wirkt. Studien zeigen, dass durch diese Maßnahmen die Zuckermenge, die über zuckergesüßte Getränke aufgenommen wird, deutlich zurückging (10). Mit der Verringerung des Zuckerkonsums ist zu erwarten, dass beispielsweise die Diabetesinzidenz sinke, erklärt Laxy. Auch Minimalpreise für Alkoholika mit hohem Alkoholgehalt oder restriktive Werbeverbote für Tabakprodukte führten Studien zufolge dazu, dass der Konsum dieser Produkte sinke.

Noch keinen Zeitplan

Die Bundesregierung bekennt sich in ihrem Koalitionsvertrag zur Stärkung der Primär- und Sekundärprävention und will das Präventionsgesetz weiterentwickeln. Dabei sollen Krankenkassen zugunsten von Prävention und Gesundheitsförderung darin beschränkt werden, Beitragsmittel für Werbemaßnahmen zu ver-

wenden. Darüber hinaus soll es einen Nationalen Präventionsplan mit Maßnahmenpaketen zu einzelnen Themen, darunter Alterszahngesundheits, Diabetes mellitus Typ 2 oder Einsamkeit, geben. Nachgefragt beim BMG heißt es, der Präventionsplan sei in Vorbereitung, ein Zeitplan könne aber noch nicht genannt werden. Auch bezüglich der Fortentwicklung des Präventionsgesetzes wartet das BMG zunächst den Bericht der Nationalen Präventionskonferenz ab, der im Juli erwartet wird.

Ob die Politik dieses Mal es schafft, die Potenziale der Prävention zu heben, um den in den 2020er-Jahren anstehenden Problemen zu begegnen, bleibt abzuwarten. Rudolf Henke von der Bundesärztekammer erinnert daran, dass es noch nicht lange zurückliegt, als Deutschland eine große Handlungskraft bewiesen hat: „In der Coronapandemie haben wir gesehen, wie umfassend unsere Gesellschaft präventive Herausforderungen annehmen und ihnen begegnen kann.“

Charlotte Kurz, Falk Osterloh

Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit/0723
oder über QR-Code.



3 FRAGEN AN ...

Thomas Altgeld, Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen (LVG & AFS)



Was sind hierzulande die drängendsten Gesundheitsprobleme?

Die vielen Alkohol- und Tabakabhängigen und -toten sind beispielsweise ein sehr drängendes Problem. Solange es Politiker aber schick finden, sich auf dem Oktoberfest mit einem Liter Bier fotografieren zu lassen und sich dabei als volksnah zu zelebrieren, wird sich in diesem Land nichts ändern. Zudem gibt es auch Bierbot-schafter, die in der Regierung sitzen, aktuell der Landwirtschaftsminister Cem Özdemir.

Was wären hier wichtigste Gegenmaßnahmen?

Wir bräuchten eine systematische Besteuerung von Alkohol. Wir haben

ein Sammelsurium von Alkoholsteuern, auf Wein wird aber beispielsweise keine Alkoholsteuer erhoben. Wir haben die Biersteuer, eine Alkopop-steuer oder die Schaumweinsteuer von 1902, die zur Finanzierung der kaiserlichen Kriegsflotte eingeführt worden ist. Man müsste das wie die skandinavischen Länder machen: Je mehr Alkohol drin ist, desto höher ist die Steuer. Wir haben bei Zigaretten gesehen, was mit Besteuerung möglich ist. Weitere Stellschrauben wären wirksame Werbe- und Zugangsbeschränkungen. Alkohol ist zu jeder Tages- und Nachtzeit verfügbar. In Skandinavien aber, wo es stärkere Zugangsbeschränkungen für Alkohol gibt, sind die Quoten in den Sucht-

kliniken deutlich niedriger als in Deutschland.

Wie sieht die beste politische Präventionsmaßnahme aus?

Die größte Verhältnisprävention leisten sich gerade Italien und Frankreich mit einer Kitapflicht ab dem dritten Lebensjahr. Sie führten diese ein, weil sie gemerkt haben, dass sich Parallelgesellschaften sozialisieren, die viele gesellschaftlich relevante Probleme produzieren. In diesem frühen Stadium kann man aber Entwicklungsverzögerungen oder sensorische Auffälligkeiten bemerken und etwa sehen, ob es die Sprache so schlecht spricht, weil es schlecht hört. Auch ein gelingendes Sozialverhalten kann leichter gelernt werden.

Foto: LVG & AFS, Mils, et V.

Zusatzmaterial Heft 7/2023, zu:

Prävention

Vorbeugen statt heilen

Angesichts großer Herausforderungen im Gesundheitswesen bietet Prävention die Chance, der Krankheitslast in der Bevölkerung entgegenzuwirken und damit direkt und indirekt Kosten einzusparen. Allerdings wird hierfür eine durchdachte politische Strategie benötigt.

Literatur

1. Bloom, et al.: abrufbar unter: https://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf (last accessed on 2011).
2. Kähm, et al.: abrufbar unter: <https://online.library.wiley.com/doi/full/10.1111/dme.14213> (last accessed on 2020).
3. Ulrich, et al.: abrufbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5129071/> (last accessed on 2016).
4. GKV-Spitzenverband, Leitfaden Prävention: abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp (last accessed on 2022).
5. Chokshi, Farley: abrufbar unter: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp1206268> (last accessed on 2012).
6. Adams, et al.: abrufbar unter: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001990> (last accessed on 2016).
7. Philipsborn, et al.: abrufbar unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0038-1675252> (last accessed on 2018).
8. Briggs, et al.: abrufbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6631881/> (last accessed on 2019).
9. Lee, et al.: abrufbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7423682/> (last accessed on 2020).
10. Pell et al.: abrufbar unter: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n254> (last accessed on 2021).