Prävention als Investition in die Gesundheit

Das deutsche Gesundheitssystem muss effizienter werden. Eine alternde Bevölkerung und die damit einhergehende steigende Last durch Volkskrankheiten stellen es, auch finanziell, vor große Herausforderungen. Gleichzeitig nehmen präventive Maßnahmen, die eine Entlastung bewirken können, immer noch einen zu geringen Stellenwert ein. Diese ungenutzten Potenziale gilt es zu heben, um die individuelle Gesundheit zu fördern, das Gesundheitswesen zu entlasten und die Arbeitskraft einer schrumpfenden Erwerbsbevölkerung zu stärken.

Potenziale der Prävention heben

Das Potenzial der Prävention ist im deutschen Gesundheitssystem noch lange nicht vollständig gehoben. So liegen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Maßnahmen zur Prävention bei gerade mal 8,49 € pro Versicherten und Jahr.[1]

Dabei tragen präventive Maßnahmen nachweislich zur Reduzierung der Krankheitslast und zum Erhalt der Gesundheit bei und reduzieren damit in hohem Umfang Folgekosten für das Gesundheitssystem. So lassen sich mit Hilfe der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention Krankheiten effektiv vorbeugen, Krankheitsfaktoren frühzeitig identifizieren und rechtzeitig leitliniengerechte Gegenmaßnahmen einleiten. Höhere Investitionen und die umfassende Gesundheitsförderung in allen Lebensbereichen helfen dabei, den Herausforderungen des demografischen Wandels zu begegnen, der Zunahme von Volkskrankheiten entgegenzuwirken und die schrumpfende Erwerbsbevölkerung gesundheitlich zu stärken. So hat eine Expertengruppe im Auftrag der Wissenschaftszeitschrift „The Lancet“ 14 beeinflussbare Risikofaktoren für die Entwicklung einer Demenz identifiziert, deren Beseitigung bis zu 45 Prozent der Demenzerkrankungen verhindern könnte.[2] Dies verdeutlicht, dass Ausgaben für Prävention grundsätzlich als Investition in eine effiziente Gesundheitsversorgung, und nicht als Kosten, verstanden werden sollten. Als positive Effekte für die Volkswirtschaft infolge verstärkter Investitionen in die Prävention wurden unter anderem geringere Gesundheitsausgaben sowie eine größere Wirtschaftsleistung identifiziert.[3] Das diese Bemühungen dringend notwendig sind, ist offensichtlich: Im europäischen Vergleich ist Deutschland unter den Spitzenreitern bei den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben, bewegt sich bei der Lebenserwartung gleichzeitig aber nur im Mittelfeld.[4]

In Deutschland gibt es einen klar definierten rechtlichen Rahmen für Prävention. Dieser umfasst neben Impfungen und anderen Maßnahmen der Primärprävention auch solche der Sekundärprävention und der Gesundheitsförderung.

---

[1] Vgl. Finanzentwicklung der GKV veröffentlicht beim Bundesgesundheitsministerium

[2] Vgl. The Lancet report of 2024

[3] Vgl. Untersuchung zum Wert der Prävention für das Wirtschaftswachstum von The European House - Ambrosetti

[4] Vgl. Erhebung Our World in Data

Während empfohlene Immunisierungen eine durch die Krankenkassen zu tragende Leistung sind, sind weitere präventive Maßnahmen in vielen Fällen sogenannte Satzungsleistungen. Für diese Leistungen müssen Versicherte in Vorleistung gehen und können die Kosten anschließend bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse geltend machen. Die Erfahrung zeigt, dass durch dieses Verfahren Präventionsleistungen gerade bei den Menschen am wenigsten ankommen, die davon am meisten profitieren würden.[5] Darüber hinaus fehlen für gesetzliche Krankenkassen die Anreize in Prävention zu investieren. Ein Systemfehler, der initial behoben werden muss.

Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, der Prävention einen höheren Stellenwert im Gesundheitswesen einzuräumen. Es braucht einen ganzheitlichen Ansatz, der die Möglichkeiten der Prävention auf verschiedenen Handlungsfeldern miteinander verknüpft („Health in all Policies“-Ansatz). Dafür ist eine neue, ambitionierte Präventionsstrategie notwendig, die der Absichtserklärung des Koalitionsvertrags Substanz verleiht und das stark veraltete Präventionsgesetz adäquat ergänzt. Diese sollte nicht nur den niedrigschwelligen Zugang zu Präventionsleistungen und den Zugang zu modernen diagnostischen Methoden einbeziehen. Auch im Rahmen der Sekundärprävention sollten medikamentöse Ansätze als wertvolle Ergänzung berücksichtigt werden. Ziel muss es sein, insgesamt ein stärker präventiv ausgerichtetes Gesundheitssystem zu etablieren, das nicht nur jedem Einzelnen hilft, sondern auch die Gesellschaft und die Volkswirtschaft stärken kann.

Was ist zu tun?

- Strukturen im Gesundheitswesen strategisch im Sinne eines „Health in all Policies“-Ansatzes ausrichten
- Priorisierung zentraler Aktivitäten zur Stärkung der Prävention im Rahmen einer konsequenten Präventionsstrategie
- Erleichterung des Zugangs zu Präventionsleistungen durch direkte Erstattung in allen sozioökonomischen Schichten

[5] Vgl. Studie zur Prävalenz von Erkrankungen in verschiedenen Sozioökonomischen Gruppen

Impfungen

Impfungen sind eine der einfachsten und wirksamsten Arten der Primärprävention. Sie bieten bei geringem Aufwand einen umfassenden Schutz vor übertragbaren Krankheiten.

Mittlerweile gibt es vermehrt Anhaltspunkte, dass viele Infektionskrankheiten mit weiteren, sekundären Erkrankungen in Zusammenhang stehen können. Ein bekanntes Beispiel ist die Impfung gegen humane Papillomviren (HPV), die effektiv u.a. vor verschiedenen uro-genitalen Krebsarten schützt. Studien weisen außerdem darauf hin, dass verschiedene Impfungen mit einem reduzierten Risiko für die Entstehung von Alzheimer einhergehen könnten. Für Ü65-jährige ist der Zusammenhang zwischen dem Grippeimpfschutz und einem verminderten Herzinfarktrisiko nachgewiesen. Diese Beispiele veranschaulichen, wie Impfungen nicht nur den einzelnen Menschen vor Erkrankungen im engeren Sinne einer Prävention schützen, sondern auch, wie durch sekundäre Effekte Kosten und personelle Lasten im Gesundheitssystem vermieden werden.

Trotz dieser vielfältigen Mehrwerte des Impfens hat Deutschland keine Spitzenposition mit Blick auf die Impfquoten inne, wie folgende Beispiele zeigen[6]:

- Die Impfquote gegen Masern zum empfohlenen Zeitpunkt liegt bei 77,4%; zur effektiven Verhinderung der Ausbreitung oder gar einer Ausrottung werden >95% angestrebt.
- Die Impfquoten gegen HPV liegen mit 55% bei Mädchen und 34% bei Jungen weit unter den angestrebten 90% bei 15-jährigen Jugendlichen.
- Ü60-jährige lassen sich nur zu 38% gegen Grippe impfen; die angestrebte Impfquote liegt bei 75%.
- Kinder erhalten häufig erst verspätet ihren vollen Impfschutz, so dass sie während der ersten Lebensjahre einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind.

Ein entscheidender Schritt zur Verbesserung der Impfquoten ist, den Zugang zu Impfungen zu vereinfachen. Die bereits möglichen Impfungen in Apotheken sollten zu diesem Zwecke ausgeweitet werden, so dass alle Impfungen mit Totimpfstoffen niedrigschwellig verfügbar sind. Zudem sollten bestehende Hürden bei Arbeits- und Betriebsmedizinern und dem ÖGD abgebaut werden. Dies entlastet Arztpraxen und ermöglicht die effiziente Verteilung von Behandlungskapazitäten.

Ergänzend sollte der eImpfpass kurzfristig etabliert werden. Er bietet die Möglichkeit durch personalisierte Informationen einen digitalen Mehrwert zu schaffen, der die Impfquoten steigert und die Versorgung verbessert.

Neben dem fehlenden Wissen um ihre Verfügbarkeit sind häufig auch regional unterschiedliche Regelungen von Vergütung und Bezugswegen eine Hürde für den Zugang zu neuen Impfungen. Daher ist es wichtig, eine bundesweit einheitliche Regelung zu entwickeln, die eine zeitnahe Verfügbarkeit von Impfungen gewährleistet, die von der STIKO empfohlen werden. Damit neue Impfungen den Versicherten zeitnah und in ausreichender Menge zur Verfügung stehen, ist zudem die Stärkung der impfrelevanten Institutionen, vor allem der STIKO, des RKI und der Nationalen Lenkungsgruppe Impfen (NALI) anzustreben.

Was ist zu tun?

- Vereinfachung des Zugangs durch die Ausweitung des Impfangebots in Apotheken sowie Abbau der Impfhürden bei Arbeits- und Betriebsmediziner und dem ÖGD
- Stärkung von Strukturen und Institutionen für eine schnelle Versorgung mit und zeitnahe Erstattung von Impfungen
- Priorisierte Umsetzung des eImpfpasses mit einem System für personalisierte Impferinnerungen

[6] Vgl. Epidemiologisches Bulletin 50/2024 des RKI und VacMap

Diagnostik

Diagnostika und diagnostische Methoden stehen bei Überlegungen zur Prävention häufig nicht an erster Stelle. Für die Sekundärprävention spielen sie aber eine tragende Rolle. Denn im Frühstadium erkannte Erkrankungen können erfolgsversprechender behandelt werden, wodurch sich die Spätfolgen und damit auch die Kosten reduzieren lassen.

Es besteht eine große Bandbreite an diagnostischen Verfahren, die von der klassischen Anamnese über bildgebende bis zu labordiagnostischen Untersuchungen reichen. Darüber hinaus stehen vermehrt KI-gestützte Systeme zur Verfügung, die die Genauigkeit diagnostischer Methoden erhöhen und die Arbeitsbelastung für Fachpersonal reduzieren können. Die diagnostischen Verfahren werden dabei stetig weiterentwickelt. So wurden die diagnostischen Möglichkeiten für Alzheimer inzwischen deutlich verbessert, woraus sich frühere Ansätze für eine Therapie ergeben.

Ebenso wie in anderen Feldern der Prävention bleibt Deutschland auch in der diagnostischen Früherkennung hinter seinen Möglichkeiten. Im „Länderprofil Krebs 2025“ wird beispielsweise die geringe Verfügbarkeit von Mammografen in Deutschland hervorgehoben, die gerade mal 25% des EU-Durchschnitts ausmachen.

Zurückzuführen ist dies u.a. auf eine nicht kostendeckende Finanzierung der Leistung durch die gesetzlichen Krankenkassen. Die Wartezeiten zur Abklärung auffälliger Tastbefunde an der Brust sind durch die niedrige Zahl an Mammografen stark gestiegen. Solche Finanzierungsproblematiken der Diagnostik finden sich beispielsweise auch bei der Erkennung von Prostatakarzinomen, die eine spezielle Art der Magnetresonanztomografie (mpMRT) erfordert. Einzelne Krankenkassen übernehmen die Leistung im Rahmen von Selektivverträgen, während dem Gros der Versicherten diese leitliniengerechte Diagnostik nur als Selbstzahler zur Verfügung steht. Die aktuelle Erstattungspraxis für Diagnostika und diagnostische Verfahren ist zeitaufwendig und ressourcenintensiv. Es ist nicht unüblich, dass evidenzbasierte und bereits in die Leitlinien aufgenommene Verfahren erst mit einem deutlichen zeitlichen Verzug in die Erstattung gelangen. Eine Überarbeitung der Prozesse und eine stärkere Orientierung an der leitliniengerechten Versorgung scheint daher angemessen.

Es kann als Folge derartiger Erstattungslücken und daraus resultierender Unterversorgung gedeutet werden, dass die Reduktion der potenziell verlorenen Lebensjahre durch Krebs im EU-Vergleich in Deutschland langsam voranschreitet. Während diese seit 2012 im EU-Durchschnitt um 19 % zurückgingen, sanken sie in Deutschland um lediglich 13 %.[7]

Für andere Erkrankungen, wie den Typ-1-Diabetes, bei dem es sich um eine progressive Autoimmunerkrankung handelt, sind bisher keine systematischen Screenings vorgesehen. Dabei stehen Möglichkeiten für ein Screening auf Autoantikörper zur Verfügung, mit dem die Erkrankung im präklinischen Stadium erkannt werden kann. Dadurch kann bei festgestelltem erhöhtem Risiko frühzeitig die Progression der Erkrankung überwacht und eine unkontrollierte Erstmanifestation mit Spätfolgen vermieden werden. Modellvorhaben konnten bereits die Wirksamkeit des Verfahrens belegen.[8]

In der Prävention von Infektionskrankheiten, die wie HIV oder Hepatitis C bisher nicht impfpräventabel sind, ist die Diagnostik von besonderer Bedeutung. So sollten die Bemühungen für ein flächendeckendes Erreichen von Risikogruppen intensiviert werden, um die frühzeitige Versorgung zur Vorbeugung und Prophylaxe zu verbessern.

---

[7] S. vollständiges Länderprofil Krebs 2025 der OECD

[8] Früherkennung von Typ-1-Diabetes

Was ist zu tun?

- Beschleunigung der Erstattungspraxis für leitliniengerechte diagnostische Verfahren und Erstattung von KI-basierter Diagnostik, um dem raschen medizinischen Fortschritt zu genügen
- Leistungsgerechte Vergütung von Diagnostika und bildgebenden Verfahren
- Ausweitung des Einladungsverfahrens für Früherkennungsuntersuchungen für alle GKV-Versicherten sowie Ausweitung der Screenings, wo notwendig

Kardiometabolische Erkrankungen

Unter kardiometabolischen Erkrankungen versteht man eine Gruppe von chronischen Gesundheitsstörungen, die den Kreislauf, das Herz und den Stoffwechsel umfassen. Darunter fallen u.a. erhöhter Blutdruck, Adipositas, Typ-2-Diabetes, Herzinsuffizienz, Schlaganfälle, familiäre Hypercholesterinämie, die Metabolismus-assoziierte Fettlebererkrankung (MAFLD) und die koronare Herzkrankheit.

Während sie früher meist isoliert betrachtet wurden, ist das Bewusstsein für ihr gemeinsames Auftreten und die gegenseitige Einflussnahme in den letzten Jahren gestiegen. Das Risiko, an Typ-2-Diabetes zu erkranken, nimmt bspw. mit einem steigenden BMI zu und ist bereits bei einem BMI von 27 um 100 % erhöht. Ein ähnlicher Zusammenhang gilt für Adipositas und Herzinfarkte oder das Auftreten der metabolisch-assoziierte Fettlebererkrankung (MAFLD), Niereninsuffizienz und sogar Demenzerkrankungen.

In Deutschland stellen kardiometabolische Erkrankungen, im Besonderen die klassischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die häufigste Todesursache dar und verursachen jährlich direkte und indirekte Kosten von über 100 Mrd. Euro.[9][10] Eine der Kostentreiber und Hauptrisikofaktoren ist die Adipositas, wovon in Deutschland fast 70% der Männer und über 50% der Frauen betroffen sind; unter jungen Erwachsenen zwischen 18 und 24 Jahren sind es 25%. Damit liegt Deutschland bereits heute über dem EU-Durchschnitt. Die Wahrscheinlichkeit für eine kardiometabolische Erkrankung steigt mit zunehmendem Alter. Deshalb wird mit dem fortschreitenden demografischen Wandel mit einer steigenden Prävalenz der Erkrankungen gerechnet. Für Herzinfarkte und Schlaganfälle wird bis 2050 ein Anstieg um 75 respektive 62 % erwartet.[11] Neben den erheblichen direkten Kosten, die sich daraus ergeben, werden auch das Gesundheits-, Pflege- und Rentensystem erheblich belastet.

Über die gegenseitige Beeinflussung der Krankheitsbilder hinaus teilen Herz-Kreislauferkrankungen Adipositas und Co. auch eine Reihe an zentralen Risikofaktoren, wie ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, Tabak- und Alkoholkonsum sowie Schlafstörungen, die bereits im Kindesalter und Jugendalter primärpräventiv mit Verhaltens- und Verhältnisprävention gut vorgebeugt werden können. Auch genetische Prädisposition und geschlechterspezifische Risiken spielen eine Rolle. Die frühzeitige Identifikation und Behandlung dieser Risikofaktoren ist entscheidend für die Vermeidung späterer Folgeerkrankungen.

Ein gesunder Lebensstil – insbesondere ausgewogene Ernährung, körperliche Aktivität und gesunder Schlaf – ist essenziell für die Primärprävention. Diese Maßnahmen sollten bereits im Kindes- und Jugendalter beginnen und durch wirksamen Jugendschutz für Tabak- und Alkoholkonsum flankiert werden. Gleichzeitig müssen Vorurteile gegenüber Adipositaserkrankten, abgebaut werden, um Versorgungslücken zu schließen und Folgeerkrankungen wie MAFLD und Typ-2-Diabetes frühzeitig zu erkennen und die leitliniengerechte Behandlung zu ermöglichen.

Für eine bessere und strukturierte Versorgung kardiometabolischer Erkrankungen braucht es zusätzlich den Ausbau wirksamer Sekundärprävention, wie frühe und regelmäßige Screenings (Check-Up Untersuchungen) zur Früherkennung

[9] Vgl. Studie zu Kosten von Übergewicht in Deutschland

[10] Vgl. statistisches Bundesamt

[11] Vgl Eurostat

von Erkrankungen bzw. Vorstufen. Die frühzeitige leitliniengerechte Therapie bietet einen weiteren wichtigen Aspekt der Sekundär- und Tertiärprävention. Um eine leitliniengerechte Versorgung sicherzustellen und Patient:innen individuell und gezielt zu behandeln, sollten die entsprechenden strukturierten Behandlungsprogramme (DMPs) weiter gestärkt und entsprechend der gegenseitigen Beeinflussung der Erkrankungen besser verbunden und ausgebaut werden. Um die Umsetzung in die Versorgung zu beschleunigen, sollten Krankenkassen außerdem gesetzliche verpflichtet werden, die vom G-BA beschlossenen DMP zeitnah umzusetzen, damit die Patient:innen von ihnen profitieren können. Darüber hinaus können gezielte Aufklärungs- und Bildungsmaßnahmen Patient:innen in die Lage versetzen, ihre kardiometabolischen Risiken besser zu verstehen, aktiv an ihrer Therapie mitzuwirken und individuelle Zielwerte zu erreichen. Dabei können digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) einen wertvollen Beitrag zur Krankheitskontrolle und zur Entlastung des Gesundheitssystems leisten. Sie bieten eine niedrigschwellige Möglichkeit, die Verhaltensprävention zu verbessern und erhöhen die Awareness für die eigene Erkrankung.

Diese Maßnahmen, flankiert von einer leitliniengerechten medikamentösen Therapie, tragen dazu bei, die Entstehung von Folgeerkrankungen zu verhindern. Dazu zählen auch Demenzerkrankungen, die durch die chronischen Entzündungsreaktionen infolge kardiometabolischer Erkrankungen befördert werden.

Insbesondere bei der Adipositas wird die Gewichtsreduktion im SGB V allerdings weiterhin lediglich als Maßnahme zur „Erhöhung der Lebensqualität“ bewertet. Aus diesem Grund werden Medikamente zur Gewichtsreduktion von den gesetzlichen Krankenkassen nicht erstattet. Eine Überprüfung dieser Regelung ist angezeigt, um die Behandlung dieser chronischen Erkrankung gewährleisten zu können. Darüber hinaus trägt verbreitete Ansicht, Personen mit Adipositas trügen allein selbst die Verantwortung für ihre Fettleibigkeit, dazu bei, dass Adipositas als Risikofaktor nicht ernst genug genommen wird und bspw. die MAFLD häufig undiagnostiziert bleibt.

Was ist zu tun?

- Förderung eines aktiven Lebensstils bereits im Kindesalter sowie gesunder Ernährung in KiTas und Schulen
- Etablierung früherer und regelmäßiger Check Up Untersuchungen
- Ausweitung von Disease Management Programm ausweiten und Verpflichtung zur schnellen Umsetzung in die flächendeckende Versorgung inklusive einer Überprüfung der Erstattungspraxis für medikamentöse Sekundärprävention
- Stärkere Nutzung von DiGAs für eine bessere Krankheitsawareness und -Kontrolle

Stand 06.2025