

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 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.

Potentiale der Prävention heben

Vermeidbare Todesfälle, Impfquoten und die Lebenserwartung ab Geburt sind drei Dinge in denen Deutschland hinter seinen Nachbarn zurückbleibt – und die das unausgeschöpfte Potential der Prävention aufzeigen.

Dabei tragen präventive Maßnahmen nachweislich zur Reduzierung der Krankheitslast und zum Erhalt der Gesundheit bei und können auf diese Weise in hohem Umfang Folgekosten für das Gesundheitssystem reduzieren.

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.

Eine Expertengruppe im Auftrag der Wissenschaftszeitschrift „The Lancet“ konnte 14 beeinflussbare Risikofaktoren für die Entwicklung einer Demenz identifiziert, deren Beseitigung bis zu 45

Prozent der Demenzerkrankungen verhindern könnte.¹

Derartige Studien verdeutlichen: Ausgaben für Prävention sind eine Investition in eine effiziente Gesundheitsversorgung, und nicht primär ein Kostenfaktor. Sie senken nicht nur nachweislich die Gesundheitsausgaben, sondern wirken sich darüber hinaus auch positiv auf die Wirtschaftsleistung aus.² Jeder vermiedene Krankheitstag bringt 360 Euro zusätzliche Bruttowertschöpfung, ein vermiedenes Erwerbsunfähigkeitsjahr entlastet die Gesellschaft mit rund 98.500 Euro zusätzlicher Bruttowertschöpfung.³

Um bessere Präventionsergebnisse zu erzielen, sollten gezielt Webfehler des Systems behoben werden:

- Prävention ist eine ganzheitliche – von Primär- bis Tertiärprävention – und eine ressortübergreifende Aufgabe. Verschiedene Handlungsfelder müssen einen gemeinsamen **Health in All Policies** Ansatz verfolgen.
- Das deutsche Gesundheitssystem bietet kaum Anreize, um in Prävention zu investieren. Für

¹ The Lancet report of 2024

² Untersuchung zum Wert der Prävention für das Wirtschaftswachstum

³ Effizienzpotenziale von Innovationen für das Gesundheitswesen

die Kassen stellt der Risiko-Strukturausgleich sicher, dass Ausgleichszahlungen für besonders kranke Versicherte geleistet werden. Die Prävention von Krankheiten oder **die Verbesserung des Gesundheitszustands werden dagegen nicht incentiviert. Die extrabudgetäre Vergütung kann auf ärztlicher Seite incentivieren.** Allerdings stehen die Neuerungen im BStabG, extrabudgetäre Vergütung zu erschweren, dem Ziel einer stärkeren Prävention entgegen.

- **Präventionsziele festzulegen** und mit dem tatsächlichen Fortschritt abzugleichen, hilft die konkreten Probleme zu identifizieren.
- **Präventionsleistungen – von der Verhältnisprävention bis zur medikamentösen Sekundärprävention – müssen so niedrigschwellig wie möglich in der Regelversorgung angeboten werden.** Satzungsleistungen – die meist erst nach Vorauszahlung erstattet werden – sind zu vermeiden. Insbesondere vulnerable Gruppen werden sonst nicht erreicht.⁴

Dafür ist eine grundlegende Neuausrichtung des Gesundheitssystems und eine Überarbeitung des **Präventionsgesetzes** notwendig, die der Absichtserklärung des Koalitionsvertrags – die wichtige Rolle der Prävention in allen Lebensbereichen anzuerkennen – Substanz verleiht.

Im neuen Präventionsgesetz sollte die risikoadjustierte Früherkennung genauso zentral verankert werden wie frühzeitige medikamentöse Intervention als wertvoller Teil der Sekundärprävention. Nur so lassen sich chronische Krankheitskaskaden frühzeitig stoppen, irreversible Gesundheitsschäden verhindern und das System von einem teuren, spät ansetzenden „Reparaturbetrieb“ hin zu echter Resilienz transformieren. Darüber hinaus muss das neue Präventionsgesetz die datengestützte Früherkennung unterstützen sowie bestehende Möglichkeiten ergänzen und praxistauglich umsetzen – etwa mit Blick auf § 25b SGB V. Diese Regelung erlaubt es Krankenkassen, in bestimmten Fällen die bei ihnen gespeicherten

Versichertendaten auszuwerten und die Versicherten auf bestehende Risiken oder nicht adäquat behandelte Gesundheitsprobleme aufmerksam zu machen.

Die Transformation des Gesundheitssystems und die Entwicklung der Prävention, als dessen tragende Säule, muss jetzt angegangen werden – digital, sektorenübergreifend und niedrigschwellig. Damit die Sozialsysteme den Herausforderungen von Morgen standhalten können.

Impfungen

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

Neben diesem offensichtlichen Nutzen mehrten sich die wissenschaftlichen Hinweise, dass Impfungen auch weitere, nicht-infektiöse, Erkrankungen verhindern können.

Ein bekanntes Beispiel ist die Impfung gegen humane Papillomaviren (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.

Die EU betont in ihrem Safe Hearts Plan daher auch die Relevanz von Impfungen zur Vermeidung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) und will die Impfquoten EU-weit heben. Dafür sollen mobile Impfteams und das Impfen in Apotheken gefördert werden.

Deutschland hat im europäischen Vergleich bisher keine Spitzenposition mit Blick auf Impfquoten inne, wie folgende Beispiele zeigen⁵:

- Die Impfquote gegen Masern zum empfohlenen Zeitpunkt liegt bei 78%; zur effektiven

⁴ Studie zur Prävalenz von Erkrankungen in verschiedenen Sozioökonomischen Gruppen

⁵ Epidemiologisches Bulletin 50/2025 des RKI und VacMap

Verhinderung der Ausbreitung oder gar einer Ausrottung werden >95% angestrebt.

- Die Impfquoten gegen HPV liegen mit 55% bei Mädchen und 36% bei Jungen weit unter den angestrebten 90% bei 15-jährigen Jugendlichen.
- Ü60-jährige lassen sich nur zu 34% 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. Das verabschiedete Apotheken Versorgungsweiterentwicklungs-gesetz (ApoVWG) ermöglicht Apotheken, Impfungen mit Totimpfstoffen anzubieten – ein wichtiger Schritt für einen besseren Zugang. Dagegen stellen die kürzlich im BStabG beschlossenen Maßnahmen, wie der zusätzliche Herstellerabschlag auf Impfstoffe und das hinzugekommene Preis-moratorium ein Hemmnis für die Versorgung dar, dass der Steigerung der Impfquoten entgegenste-hen wird.

Ergänzend sollten bestehende Hürden bei Arbeits- und Betriebsmedizinerinnen und dem ÖGD abgebaut werden und ihr Anschluss an die Telematik Infrastruktur erfolgen. Dies entlastet Arztpraxen und ermöglicht die effiziente Verteilung von Behandlungskapazitäten.

In der ePA, als digitaler Anker der Versorgung, sollte kurzfristig der eImpfpass etabliert werden. Die im GeDIG angestrebte Lösung der Impfübersicht ist kein angemessener Ersatz. Die ebenfalls vorgesehene Erinnerungsfunktionen ist ein wichtiger Schritt, doch weiterhin nicht hinreichend, um die Impfquoten nachhaltig zu steigern.

Regulatorisch sollte außerdem eine bundesweit einheitliche Regelung gefunden werden, die eine unmittelbare Erstattung der durch die STIKO empfohlenen Impfungen über die

Krankenkassen ermöglicht. Außerdem sollten die impfrelevanten Institutionen gestärkt werden; vor allem die STIKO, das RKI und der Nationalen Lenkungsgruppe Impfen (NALI).

Was ist zu tun?

- Priorisierte Umsetzung des e-Impfpasses mit einem System für automatisierte Impferinnerungen
- Abbau der Impfhürden bei Arbeits- und Betriebsmedizinerinnen, dem ÖGD und Einbeziehung von Krankenhäusern und Pflegeheimen in Impfgeschehen
- Stärkung von Strukturen und Institutionen für eine schnelle Versorgung mit und zeitnahe Erstattung von Impfungen

Kardiometabolische Erkrankungen: Von Gesundheitsförderung bis zur medikamentösen Prävention

National, EU-weit und weltweit gilt: Herzkreislauf Erkrankungen (HKE) sind die Haupttodesursache.

Werden Stoffwechselerkrankungen – die sowohl Risikofaktoren als auch Folgeerkrankungen von HKE sind – mitbetrachtet spricht man von kardio-metabolischen Erkrankungen. Sie bilden eine Gruppe von chronischen Gesundheitsstörungen, die den Kreislauf, das Herz und den Stoffwechsel umfassen. Darunter fallen u.a. Diabetes, Niereninsuffizienz und Lebererkrankungen. In Deutschland verursachen sie jährlich direkte und indirekte Kosten von über 100 Mrd. Euro für das Gesundheits-, Pflege- und Rentensystem sowie wirtschaftliche Einbußen durch die eingeschränkte Produktivität und Erwerbsfähigkeit.⁶

⁶ Vgl. Studie zu [Kosten von Übergewicht in Deutschland](#) und [statistisches Bundesamt](#)

Während sie früher meist isoliert betrachtet wurden, ist das Bewusstsein für das gemeinsame Auftreten dieser multifaktoriellen Erkrankungen 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.

Die Wahrscheinlichkeit an einer kardiometabolischen Krankheit zu erkranken, 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.⁷

Diese Entwicklungen werden in der bestehenden Versorgung nicht ausreichend berücksichtigt. Von den diagnostizierten Personen mit Lipidstoffwechselstörungen erhalten lediglich 50% lipidsenkende Therapie. In der Folge entsteht auch in der Zielerreichung ein eklatantes Defizit; unter den Personen mit sehr hohem kardiovaskulärem Risiko erreichen lediglich 20% den LDL-C Zielwert.⁸

Bestehende Disease-Management Programme scheitern an fehlenden Einigungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Das DMP Adipositas wurde bereits im November 2023 durch den G-BA verabschiedet, aber bis heute nicht umgesetzt worden.

Daher benötigt das deutsche Gesundheitssystem wirksame Prävention für nicht-Übertragbare Erkrankungen:

Ein gesunder Lebensstil – insbesondere ausgewogene Ernährung, körperliche Aktivität und gesunder Schlaf – ist essenziell für die Primärprävention von kardiometabolischen Erkrankungen. Diese Maßnahmen sollten bereits im Kindes- und Jugendalter beginnen und durch

wirksamen Jugendschutz für Tabak- und Alkoholkonsum flankiert werden.

Die vorgesehenen CheckUp-Untersuchungen müssen gestärkt werden. Denn: Mangelnde Teilnehmerquoten stellen ein erhebliches Problem. **Niedrigschwellige Erinnerungs- und Einladungssysteme (z. B. als Erinnerungsfunktion in der ePA) können hier die Teilnahme deutlich erhöhen.**

Die medikamentöse Sekundärprävention benötigt verbindliche Versorgungspfade, um leitlinientreue Therapien zu unterstützen. **Die bereits definierten Behandlungspfade der Disease Management Programme (DMP) sollten endlich genutzt und ihre Umsetzung in die Versorgung verbindlich vorgegeben werden.** Ergänzend helfen Digitale Monitoring Systeme – wie im EU Safe Hearts Plan empfohlen. Sie erlauben schnelle Intervention, wenn die Daten eine notwendige Therapieeskalation anzeigen.

Schließlich muss der „Life-Style Paragraph“ (§34 SGB V) überarbeitet werden. Nur so kann eine „individuelle, multimodale und interdisziplinäre Versorgung von Menschen mit Adipositas [...] zu Lasten der Krankenkassen ermöglicht [werden]“, wie sie bereits 2020 in der damals erarbeiteten Diabetesstrategie von der Bundesregierung gefordert wurde.⁹

Was ist zu tun?

- Förderung eines aktiven Lebensstils sowie gesunder Ernährung in KiTas und Schulen
- Erinnerungssysteme in der ePA für Screening und Vorsorge einführen
- Die mit DMP definierten Versorgungspfade verpflichtend und zeitnah in die flächendeckende Versorgung überführen
- Überprüfung der Erstattungspraxis für medikamentöse Sekundärprävention

⁷ Eurostat

⁸ Lipid Liga

⁹ Diabetesstrategie

Diagnostische Vorsorgeuntersuchungen

Diagnostika und diagnostische Methoden stehen bei Überlegungen zur Prävention häufig nicht im Fokus. 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 für das Gesundheitssystem 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. Die enge Verzahnung von Diagnostik und Therapie ist dabei elementar.

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 ausmacht. Die Wartezeiten zur Abklärung auffälliger Tastbefunde an der Brust sind dadurch stark gestiegen.

Der Ländervergleich Krebs stellt für Deutschland fest, dass sich die Kenngröße der potenziell verlorenen Lebensjahre durch Krebs langsamer reduzieren als im EU-Durchschnitt. Während sie seit 2012 im EU-Durchschnitt um 19 % zurückgingen, sank sie in Deutschland um lediglich 13 %.¹⁰

Der aktuelle Weg in die Regelversorgung für Diagnostika und diagnostische Verfahren ist zeitaufwendig und ressourcenintensiv. Es ist nicht ungewöhnlich, dass evidenzbasierte und bereits in die Leitlinien aufgenommene Verfahren erst mit einem

deutlichen zeitlichen Verzug in die Erstattung gelangen.

Um sicherzustellen, dass neue medizinische Erkenntnisse zu Screenings und zur Früherkennung, aber auch zu Änderungen der Behandlungspfade unmittelbar in die Versorgung kommen, **sollte der G-BA ein Verfahren zur regelmäßigen Aktualisierung entwickeln, dass eine zeitnahe Übernahme in die Regelversorgung vorsieht.**

Ein wichtiges Handlungsfeld sind die gesetzlich verankerten CheckUp-Untersuchungen. Die Inhalte sind vielfach veraltet und berücksichtigen individuelle Risiken wie genetische Disposition, Vorerkrankungen oder Lebensstil nur begrenzt. Ein Beispiel: der primäre Risikofaktor für kardiovaskuläre Ereignisse – LDL-C – wird im CheckUp nicht erhoben.

Die EU-Kommission empfiehlt im 2025 erschienenen Safe Hearts Plan CheckUp-Untersuchungen jährlich vorzunehmen, um Herz-Kreislaufkrankungen (HKE) frühstmöglich zu diagnostizieren. Grundsätzlich sollten bei HKE / metabolischen Erkrankungen die Möglichkeiten der Früherkennung – etwa bei Nieren- und Leberschäden – frühzeitig genutzt werden. **Die Frequenz der CheckUp-Untersuchungen sollte daher auf einmal jährlich erhöht und die erhobenen Laborparameter regelmäßig dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand angepasst werden.**

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.

¹⁰ Länderprofil Krebs 2025 der OECD

Dadurch kann bei festgestelltem erhöhtem Risiko frühzeitig die Progression der Erkrankung überwacht, eine unkontrollierte Erstmanifestation mit Spätfolgen vermieden und mit einer innovativen Therapie der Beginn der Erkrankung verzögert werden. Modellvorhaben konnten bereits die Wirksamkeit des Screeningverfahrens belegen.¹¹ **Die Früherkennung des Typ-1-Diabetes und anderer erbliche Stoffwechselerkrankungen sollte daher in die bestehenden U-Untersuchungen aufgenommen werden.**

Neben der klassischen Diagnostik nehmen digitale Möglichkeiten einen wachsenden Stellenwert in der Prävention ein. Erkrankungen und individuelle Gesundheitsrisiken können immer besser mit Hilfe von künstlicher Intelligenz und Algorithmen vorausgesagt werden. **Dafür müssen Daten strukturiert erhoben werden und ePA und Register über die geplante einheitliche Forschungskennziffer verknüpfbar sein.**

Fazit

Der demografische Wandel, steigende Krankheitslasten und eine sinkende Erwerbsbevölkerung erhöhen den Druck auf die Funktionalität und die Finanzierbarkeit des deutschen Gesundheitssystems enorm. Dabei steigt das Bewusstsein dafür, dass es umfassender Reformen bedarf, um die Probleme in den Griff zu bekommen. Insbesondere die stärkere Fokussierung auf Prävention – weg von einem rein kurativen Ansatz – verlangt mehr Aufmerksamkeit.

Die Chancen müssen jetzt genutzt werden. Es braucht einen ganzheitlichen Präventionsansatz: Von gesundheitsförderlichen Lebensverhältnissen, über die Impfprävention und eine bessere Diagnostik bis zur frühzeitigen und umfassenden medikamentösen Therapie.

Stand 07/2026

Was ist zu tun?

- Beschleunigung der Erstattungspraxis für leitliniengerechte diagnostische Verfahren und laufende Aktualisierung, um medizinischen Fortschritt schnell in die Versorgung zu bringen
- Ausweitung von CheckUp-Untersuchungen auf eine jährliche Untersuchung – gemäß der Empfehlung der EU-Kommission
- Überprüfung der im CheckUp 35 erhobenen Laborparameter
- Erweiterung der U-Untersuchungen auf die Erkennung von Typ-1 Diabetes und anderer erblicher Stoffwechselerkrankungen
- Strukturierte Datenerhebung in der ePA

¹¹ Früherkennung von Typ-1-Diabetes