

20.09.2024

4. Stellungnahme des ExpertInnenrats „Gesundheit und Resilienz“

„Warum behandeln wir Menschen und schicken sie an die Orte und zu den Zuständen zurück, die sie krank gemacht haben?“ Marmot 2015

Im europäischen Vergleich liegt Deutschland bei der vermeidbaren Sterblichkeit nur im Mittelfeld. So galten im Jahr 2021 insgesamt 203.000 Todesfälle als vermeidbar, davon 65.000 durch Behandlung, aber mit 138.000 Todesfällen etwa doppelt so viele durch Prävention. Eine Fokussierung auf Prävention und Gesundheitsförderung ist daher entscheidend, um die vermeidbare Sterblichkeit zu senken. Neben der unzureichenden Etablierung von Prävention in Deutschland, konzentrieren sich bisherige Strategien eher auf individuelles Verhalten, während strukturelle Faktoren wie Armut und schlechte Bildung vernachlässigt werden. Solche sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen erschweren es, einen gesunden Lebensstil zu führen und mindern die Wirksamkeit verhaltensbezogener Prävention. Daher sind Strategien und Maßnahmen erforderlich, die alle Lebensbedingungen berücksichtigen. Ein umfassendes Gesundheitsverständnis, das individuelle und gesellschaftliche Verantwortung einbezieht, ist notwendig. Die Stellungnahmen „Stärkung der Resilienz des Versorgungssystems durch Präventionsmedizin“ und „Gesundheit: Ganzheitlich denken, vernetzt handeln“ unterbreiten Empfehlungen für diesen Weg.

Stärkung der Resilienz des Versorgungssystems durch Präventionsmedizin

Prävention und Gesundheitsförderung erfordern sowohl individuelle verhaltensbezogene Risiken zu mindern (Verhaltensprävention), als auch Umwelt- und Lebensbedingungen der Menschen (Verhältnisprävention) zu verbessern. Das Zusammenwirken von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen erhöht die Resilienz und Selbstwirksamkeit des Einzelnen, aber auch die des Versorgungssystems und anderer gesellschaftlicher Bereiche, für die Gesundheit relevant ist. Diese Stellungnahme beschäftigt sich primär mit der Verhaltensprävention.

Präventionsmedizin umfasst alle medizinischen Maßnahmen, die das Auftreten von Krankheit, Behinderung und vorzeitigem Tod verhindern oder deren Eintrittswahrscheinlichkeit reduzieren sollen. Sie zielt darauf ab, Gesundheit, Lebensqualität- und Lebenserwartung in Gesundheit zu erhöhen. Ihre Strategien richten sich primär an den Einzelnen.

Vor dem Hintergrund der Herausforderungen an das Gesundheitssystem (demographischer und epidemiologischer Wandel, steigende Versorgungskosten, wachsende gesundheitliche Ungleichheit bei Krankheitslast und Mortalität, zunehmender Fachkräftemangel) sollte das Potential individueller medizinischer Präventionsstrategien zur Verbesserung der Gesundheit, der Resilienz und des Wohlbefindens bestmöglich ausgeschöpft werden. Denn Präventionsmedizin und Gesundheitsförderung können zur Lösung der aktuellen Herausforderungen im Versorgungssystem beitragen:

- Durch evidenzbasierte Programme für medizinische Prävention und Gesundheitsförderung können bei Patienten¹ aller Altersgruppen, sozialen und kulturellen Milieus gesundheitliche Risiken vermindert, die gesundheitliche Situation verbessert und die Gesundheitskompetenz gestärkt werden. Dazu sollen das Impfen, die Früherkennung und gesundheitsförderliches Verhalten gestärkt und der

¹ Verwendung des Terminus „Patient“: hiermit sind nicht ausschließlich „Kranke“ im engeren Sinne gemeint, sondern alle Personen, die sich an Akteure

des Gesundheitssystems wenden.

Gesundheit nicht zuträgliches Verhalten reduziert werden.

- Präventionsangebote sollen individualisiert² auf die Bedarfe und Präferenzen der einzelnen Patienten zugeschnitten werden. Durch benutzerfreundliche Feedbacksysteme soll die Motivation und ein dauerhaftes Engagement gefördert werden.
- Präventionsmedizin und Gesundheitsförderung können Morbidität und Versorgungsbedarf verringern, die Lebensqualität erhöhen und damit individuelles Leid minimieren.
- Präventionsmedizin und Gesundheitsförderung können das Personal im Versorgungssystem entlasten und senken auf lange Sicht die Kosten im Gesundheitswesen. Hieraus ergibt sich ein Potential für gesundheitsökonomische Anreizsysteme.
- Die physische und psychische Resilienz und Selbstwirksamkeit von Patienten kann sich durch die Befähigung zur Übernahme von mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit – im Zusammenwirken mit verhältnispräventiven Maßnahmen – verbessern.
- Mündigkeit und aktive Beteiligung der Patienten schaffen die Voraussetzung für eine partizipative Entscheidungsfindung auf allen Ebenen des Versorgungssystems.

Präventionsmedizin eröffnet Menschen die Möglichkeit, aktiv zum Erhalt ihrer Gesundheit und Verbesserung ihrer Lebensqualität beizutragen. Für einige Ansätze, beispielsweise Erhöhung der körperlichen Aktivität, Verzicht auf Rauchen und übermäßigen Alkoholkonsum ist bekannt, dass sie sich positiv auf verschiedene gesundheitliche Bereiche gleichzeitig auswirken (Co-Benefit). Diese Stellungnahme zeigt an konkreten Beispielen das Potential präventivmedizinischer Strategien auf, um Krankheiten zu verhindern und Gesundheit, Resilienz und Selbstwirksamkeit zu stärken. Sie zeigt, wie wichtig es ist, die Erfolge der medizinischen Prävention kontinuierlich zu messen und Maßnahmen evidenzbasiert weiterzuentwickeln. Der Mehrwert medizinischer Prävention entsteht erst zeitverzögert. Daher ist ein Erfolg oft schwer auf einzelne Maßnahmen rückführbar. Bei den hierfür angemessenen Methoden besteht noch Forschungsbedarf.

² In der Präventionsmedizin steht der individuelle Patient im Vordergrund, der das Gesundheitssystem im Anspruch nimmt. Da es um eine umfassende Adressierung des Präventionsbedarfs geht, sind die speziellen Bedarfe von Risikogruppen inkludiert. Der

Begriff „individualisiert“ bezieht sich sowohl auf den Präventionsbedarf als auch auf die konkreten Präventionsmaßnahmen/-Programme eines Patienten.

I. Aktuelle Herausforderungen des Gesundheitssystems

1. Herausforderung Demographischer Wandel und Multimorbidität

Der demographische und epidemiologische Wandel wird in naher Zukunft die Krankheitslast und die Versorgungsbedarfe deutlich erhöhen. In der Folge steigt die Bedeutung der Präventionsmedizin.

Das Durchschnittsalter der deutschen Bevölkerung ist gestiegen. Jede zweite Person in Deutschland ist heute älter als 45, jede fünfte Person älter als 66 Jahre. Die Zahl der Menschen im Alter ab 67 Jahren stieg zwischen 1990 und 2018 um 54 Prozent von 10,4 Millionen auf 15,9 Millionen. In den nächsten 20 Jahren wird ein weiterer Anstieg auf mindestens 20,9 Millionen prognostiziert. Bis 2037 wird die Altersgruppe der 67- bis 79-Jährigen von gut 10 Millionen (2021) auf über 14 Millionen steil ansteigen. Der stärkste Zuwachs ist in der Gruppe der Menschen ab 80 Jahren zu verzeichnen. Nach der Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamtes steigt bis 2050 die Zahl der mindestens 80-Jährigen auf 8,9 bis 10,5 Millionen. Gleichzeitig wird die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter abnehmen – ohne Nettozuwanderung bis 2035 um 9 Millionen gegenüber 2018.

Mit höherem Lebensalter steigt das Risiko für häufige, aber auch einige der seltenen

Krankheiten. Aus dem demographischen Wandel in Deutschland folgt deshalb ein Wandel der Morbidität: Über die nächsten 20 bis 30 Jahre werden ohne mehr Prävention immer mehr Menschen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs, Depressionen und Demenz erkranken, auch die Häufigkeit (nosokomialer) Infektionen steigt. Gleichzeitig wächst der Anteil der Bevölkerung, der an mehreren Erkrankungen gleichzeitig leidet. Hinzu kommen viele Menschen, deren Erkrankungen chronisch werden. Durch diese altersbedingte Multimorbidität wird die medizinische und pflegerische Versorgung aufwändiger und für das Solidarsystem teurer. Dem steigenden Bedarf an qualifiziertem Personal steht ein zunehmender Fachkräftemangel gegenüber.

2. Gesundheitliche Risiken im Kindes- und Jugendalter

Noch immer sind die Durchimpfungsraten für mehrere, von der STIKO empfohlene Impfungen unzureichend. Die Häufigkeit von gesundheitlichen Risiken im Kindes- und Jugendalter steigt, die Resilienz ist zu gering und wird nicht effektiv genug gefördert. In der Folge nehmen chronische Erkrankungen auch im Erwachsenenalter zu.

Zwischen 8 und 13 Prozent aller Kinder sind übergewichtig, 2,8 bis 6 Prozent sind adipös. Laut KiGGS Welle 2 (2014–2017) sind bei den 11- bis 13-Jährigen bereits 20 Prozent übergewichtig und 6 bis 8 Prozent adipös. In niedrigeren sozialen Statusgruppen ist der Anteil der hiervorn betroffenen Kinder

deutlich höher. Nur 26 Prozent der Heranwachsenden erreichen die WHO-Bewegungsempfehlung von mindestens 60 Minuten körperlicher Aktivität pro Tag - mit zunehmendem Alter sinkt dieser Anteil. Von den 14 bis 17-jährigen Mädchen sind über 20 Prozent an weniger als zwei Tagen pro Woche mindestens 60 Minuten körperlich aktiv. Eine Ursache hierfür ist der steigende Konsum digitaler Medien und Angebote. Übergewicht und Bewegungsmangel gehören zu den wichtigsten Risikofaktoren für Diabetes Typ 2. Der Bewegungsmangel hat in der Pandemie bei Kindern und Jugendlichen noch zugenommen.

Viele Kinder und Jugendliche leiden unter psychischen Störungen. Nach den ambulanten Diagnosedaten der gesetzlichen Krankenkassen im BKK Dachverband aus 2021 bestand in der Gruppe der 10 bis 14-Jährigen bei 29,1 Prozent der männlichen Jugendlichen und 21,9 Prozent der weiblichen Jugendlichen eine entsprechende Diagnose. Bei den 15 bis 19-jährigen männlichen Jugendlichen betrug der Anteil 19,6 Prozent, bei weiblichen Jugendlichen 26,2 Prozent. Dabei dominieren bei den männlichen Jugendlichen v.a. Störungen des Sozialverhaltens und der Entwicklung, bei den weiblichen Jugendlichen Depressionen und Belastungs-/Angststörungen bzw. Anpassungsstörungen. Sowohl die Studienlage als auch die Daten der BKK zeigen, dass der Anteil der Betroffenen in den letzten Jahren auf diesem hohen Niveau verbleibt, was auch auf die anhaltenden und hinzukommenden Krisen zurückgeführt werden kann.

Zum Zeitpunkt der Einschulung sind noch immer für mehrere der von der STIKO

empfohlenden Impfungen die Durchimpfungsraten zu niedrig. In vielen Regionen sind dadurch Ausbrüche von Infektionskrankheiten möglich, die zu schwerwiegenden Komplikationen führen können, obwohl wirksame Impfungen zur Verfügung stehen.

3. Arbeitsausfall durch Krankschreibungen

Der Krankenstand ist auf einem historischen Höchststand. Die höchsten Krankenstände werden aktuell bei Beschäftigten im Gesundheitswesen beobachtet. Die notwendige Kompensation für ausfallendes Personal belastet die aktiven Arbeitskräfte.

Im Jahr 2022 war der Krankenstand bei den Beschäftigten in Deutschland nach einem leichten Rückgang im Vorjahr von 4,0 Prozent auf durchschnittlich 5,5 Prozent angestiegen (westliche Bundesländer mit Berlin 5,3 Prozent, östliche Bundesländer 6,6 Prozent). 2023 lag der Krankenstand mit insgesamt 5,5 Prozent im zweiten Jahr in Folge auf einem Höchststand.

In 2022 und 2023 fielen im Durchschnitt rechnerisch jeweils 20 Fehltage pro Kopf an. Ausschlaggebend waren vor allem Atemwegserkrankungen. In 2022 waren 2,8 Prozent der Beschäftigten von langfristiger Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsunfähigkeit von mehr als sechs Wochen) betroffen. Diese Gruppe verursachte insgesamt 37,4 Prozent der Arbeitsunfähigkeitstage. Die Langzeitarbeitsunfähigkeiten stiegen mit dem Alter an. Bei den über 60-Jährigen entfielen in

2022 etwa 60 Prozent der Arbeitsunfähigkeitstage auf Langzeitarbeitsunfähigkeit. Im Vergleich verschiedener Berufsgruppen hatten Beschäftigte in der Altenpflege den höchsten Krankenstand (7,4 Prozent) gefolgt von KiTa-Beschäftigten (7,0 Prozent).

Unter den Ursachen für Arbeitsunfähigkeitstage gab es in 2023 einen merklichen Anstieg bei den psychischen Erkrankungen mit einem Plus von 7,4 Prozent gegenüber 2022.

4. Arbeitsausfall durch Erwerbsminderung und Berufsunfähigkeit

Der Arbeitsmarkt wird zunehmend durch Erwerbsminderung und Berufsunfähigkeit belastet. Der Fachkräftemangel wird dadurch verstärkt. Parallel steigt die Inanspruchnahme der sozialen Sicherungssysteme.

Am 31.12.2022 bezogen 1,79 Millionen Arbeitnehmer eine Erwerbsminderungsrente. 20-30 Prozent der Arbeitnehmer in Deutschland werden vor Erreichen des regulären Rentenalters vorübergehend oder dauerhaft erwerbs- oder berufsunfähig. Die drei wichtigsten Gründe sind psychische Erkrankungen (30 Prozent), Erkrankungen des Skelett- und Bewegungsapparates (20 Prozent)

und Krebserkrankungen (17 Prozent).

Die Wahrscheinlichkeit einer Berufsunfähigkeit bevor das Rentenalter erreicht wird, ist bei jüngeren Altersgruppen deutlich erhöht. Während heute 50-jährige Frauen mit einer Wahrscheinlichkeit von 29 Prozent und Männer mit 34 Prozent vor dem Renteneintritt berufsunfähig werden, sind die prognostizierten Wahrscheinlichkeiten bei den 20-Jährigen ungefähr 1,25-mal so hoch (20-jährige Frauen: 38 Prozent, 20-jährige Männer: 43 Prozent).

5. Strukturelle Probleme im Versorgungssystem

Seit Jahren steigen in der Gesetzlichen Krankenversicherung die Ausgaben schneller als die (Beitrags-)Einnahmen. Die Ausgabensteigerung betrifft alle Sektoren. Bei Betrachtung der gesundheitsbezogenen Ergebnisse liegt Deutschland dagegen hinter anderen Staaten. Daher ist eine grundlegende Neuausrichtung des Gesundheitssystems notwendig. **Unter anderen könnten eine Vergütung ärztlicher Präventionsgespräche³ und Anreize für Patienten wie Bonungsregelungen (Incentivierungen) den Stellenwert der Präventionsmedizin stärken und die gesundheitsökonomischen Potenziale von Prävention nutzbar machen. Ärzte und therapeutische Berufe müssen gleichermaßen als wichtiger und**

Arztes zusätzlich vergütet werden.

³ Ärztliche Präventionsgespräche werden hier als individuelle Erweiterung der Behandlung verstanden und sollen als zusätzliche Präventionsleistungen des

kompetenter Akteur in der Präventionsmedizin kooperieren.

Im europäischen Vergleich werden in Deutschland überdurchschnittlich viele vollstationäre Behandlungen durchgeführt. Deutschland hat im Vergleich zu Nachbarländern eine um rund 50 Prozent höhere Bettenkapazität und eine rund 50 Prozent über dem Durchschnitt liegende Quote von vollstationären Behandlungen. Die starke sektorale Trennung führt dazu, dass viele Eingriffe, die ambulant durchführbar wären (zum Beispiel kleinere Operationen oder onkologische Behandlungen), dennoch stationär stattfinden. Die hohe Anzahl an stationären Behandlungen bei gleichzeitig bestehenden strukturellen Defiziten ist mit dem aktuellen Personalbestand der Krankenhäuser zunehmend schwerer zu bewältigen. Krankenhäuser berichten über Kapazitätsengpässe auf den Normalstationen. Häufig können weder Notfälle noch elektiv eingewiesene Patienten aufgenommen werden. Viele Notaufnahmen werden dadurch in ihrer Funktionsfähigkeit beeinträchtigt und immer wieder temporär von der Versorgung abgemeldet.

Ursache für die vergleichsweise schlechten Ergebnisse des deutschen Gesundheitssystems im Verhältnis zu den hohen Ausgaben sind unter anderem die kurzfristige Ausrichtung der Gesundheitspolitik, die sektorale Selbstverwaltung und ökonomische Fehlanreize. Kurative Maßnahmen, die auf die Heilung einer Erkrankung ausgerichtet sind, werden häufig priorisiert, während Gesundheitsförderung und Prävention eine nachrangige Bedeutung haben. Durch deren konsequente

Förderung könnten im Gesundheitssystem erhebliche Kosten eingespart werden. Hieraus ergibt sich ein Potential für gesundheitsökonomische Anreizsysteme auf der Ebene der Leistungserbringer, beispielsweise eine Vergütung ärztlicher Präventionsgespräche. Auch auf der Patientenebene sind Incentivierungen, beispielsweise im Rahmen von individuellen Zielvereinbarungen und durch Bonusregelungen möglich.

II. Evidenz für die Wirksamkeit von medizinischer Prävention und Gesundheitsförderung

Die Wirksamkeit von Präventionsmedizin und Gesundheitsförderung ist für Erkrankungen wie Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Demenz, psychische Erkrankungen und (nosokomiale) Infektionen wissenschaftlich belegt. Durch Individualisierung, Incentivierung und Feedback-Systeme kann die Akzeptanz bei den Patienten verbessert werden. Ziel ist es, einen möglichst großen Anteil des Präventionsbedarfes in allen Bevölkerungsgruppen zu adressieren. Um auch die für individuelle Prävention weniger zugänglichen Bevölkerungsgruppen zu erreichen, müssen diese individuellen Maßnahmen durch bevölkerungswirksame Verhältnisprävention ergänzt werden.

Zahlreiche Interventionsstudien belegen, dass durch Vermeidung und Verminderung von Risikofaktoren in jedem Lebensalter Häufigkeit

und Schweregrad chronischer Erkrankungen verringert werden können. So gehen bis zu 40 Prozent aller Neuerkrankungen an Krebs auf Risikofaktoren zurück, die durch Präventionsmedizin grundsätzlich positiv beeinflusst werden können. In jüngerer Zeit konnte das auch für neurodegenerative Demenzerkrankungen wie Alzheimer gezeigt werden. Eine Verminderung der Häufigkeit der 11 wichtigsten Risikofaktoren in der Bevölkerung um jeweils 15 Prozent würde in Deutschland bis 2033 etwa 138.000 neue Demenzfälle vermeiden.

Drängender Bedarf an Prävention besteht bei psychischen Erkrankungen. Mindestens 50 Prozent der bekannten psychiatrischen Störungen beginnen vor dem 14. Lebensjahr, was die Bedeutung der Prävention, der Früherkennung und der Frühintervention unterstreicht.

Es wird geschätzt dass das in 1974 eingeführte Impfprogramm der WHO (EPI) in den letzten 50 Jahren 154 Millionen Todesfälle, davon 146 Millionen bei Kindern unter fünf Jahren verhindert hat. Um diesen Erfolg auch in die Zukunft zu führen, sind eine hohe Impfquote, Impfsakzeptanz und adaptive evidenzbasierte Impfstrategien auch weiterhin entscheidend.

Infektionspräventive, hygienische Maßnahmen können bis zu 50 Prozent, perspektivisch sogar bis zu 70 Prozent der nosokomialen Infektionen mit allen negativen Folgen vermeiden und so Kosten und Personalbedarf reduzieren. Hierfür braucht es passende Schulungen, Training, konsequente Umsetzung und Kontrolle. Effektive Infektionsprävention und -überwachung, Aus-

bruchsvorbereitung, Früherkennung und Management erfordern eine Infrastruktur und ausreichend qualifiziertes pflegerisches und ärztliches Personal (Hygienefachpersonal).

In weiten Teilen der Bevölkerung besteht eine erhebliche Skepsis und eine geringe Akzeptanz gegenüber unspezifischen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention. Interventionsstudien zeigen, dass die Akzeptanz steigt, wenn die Maßnahmen individualisiert auf die Präventionsbedarfe des einzelnen Patienten zugeschnitten werden und dessen persönliche Gesundheitsziele und Präferenzen berücksichtigen. Auch sensor- und biomarkerbasierte Feedbacksysteme können Motivation und Adhärenz verbessern.

III. Kommunikation

Schlüssel für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung ist eine zielgruppengerechte Kommunikationsstrategie und ihre Evaluation. Dazu empfehlen wir die Einrichtung eines Runden Tisches Prävention mit ExpertInnen und Betroffenen aus allen beteiligten gesellschaftlichen Bereichen.

Maßnahmen der medizinischen Prävention und Gesundheitsförderung, die auf Veränderungen von Einstellungen, Vorstellungen und sozialen Normen zielen, um dadurch das Gesundheitsverhalten oder die Entscheidungsfindung im Krankheitsfall zu beeinflussen, erfordern Wissen und geeignete motivierende Impulse (z.B. zur Risikowahrnehmung oder Stärkung der Selbstwirksamkeit). Dies stellt kommunikative

Herausforderungen dar. Dabei sollten die Kommunikationsziele evidenzbasiert sein. Interventionen zur Prävention und Gesundheitsförderung - vom Einsatz Digitaler Gesundheitsanwendungen oder Gesundheits-Apps auf Individualebene bis zur bevölkerungsweiten Informationskampagne zu spezifischen Gesundheitsthemen, Erkrankungen, Risikogruppen oder Krisensituationen - haben stets eine kommunikative Dimension. Sie können nur durch zielgruppengerechte Kommunikation wirken. Zielgruppenspezifische Kommunikationswege und -mittel, sind die an ExpertInnen, MultiplikatorInnen, spezifische Risikogruppen bis hin zur breiten Bevölkerung zu richten. Beispiele sind ein niedrigschwelliges und zielgruppenorientiertes Einladungsmanagement und die Incentivierung für Früherkennungsuntersuchungen. Die Anbieter von Gesundheitsinformationen und die Initiatoren von Interventionen müssen Inhalte und Angebote stets mit AdressatInnen entwickeln und diese an den Bedarfen, Interessen, Kompetenzen, und den Informations- und Kommunikationspräferenzen der Adressaten ausrichten. Gegenwärtig denken ExpertInnen oft noch in ihrer „bubble“. Für eine bessere Kommunikation ist es jedoch sinnvoll, verschiedene Bereiche an einen Tisch zu bringen (Runder Tisch Prävention) bzw. partizipativ zu erarbeiten. Damit gehört die Kommunikationsstrategie untrennbar zur Präventionsstrategie. Strategie und Umsetzung der Präventionskommunikation müssen qualitätsgesichert sein, d.h. prozessbegleitend evaluiert werden.

IV. Erforschung und Quantifizierung der Effekte präventionsmedizinischer Maßnahmen

Präventionsmedizin benötigt verlässliche Evidenz. National und international kann diese Evidenz aus qualitativen bevölkerungsbezogenen Kohorten, epidemischen Panels, Interventionsstudien, qualitativen wie auch partizipativen Studien in Mixed-Methods-Designs und eine Verknüpfung von unterschiedlichen Datenquellen generiert werden. Das Monitoring der Präventionsmedizin sowohl für Aktivität als auch für Wirksamkeit sollte künftig auf Basis von Sekundärdaten (Abrechnungsdaten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, medizinische Register) realisiert werden.

Zur Quantifizierung der spezifischen Effekte von medizinischen Präventionsmaßnahmen, deren Umsetzung und Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen besteht noch erheblicher Forschungsbedarf. Für die Entwicklung und Umsetzung evidenzbasierter, individueller Interventionen muss der Einfluss unter anderem von Alter, Geschlecht, Komorbiditäten, Medikation, Bildungs- und sozioökonomischem Status, Versicherungsstatus, kulturellem Hintergrund, Sprachkompetenz, regionalen Faktoren, speziellen Settings auf die einzelnen Krankheitsrisiken systematisch untersucht werden. Analog gilt dies für die kommunikativen Rahmenbedingungen z. B. des Gesundheitsinformationsverhaltens und

der Gesundheitskompetenz.

Hierzu sind große bevölkerungsbezogene Kohortenstudien erforderlich, die eine lange Nachverfolgungszeit realisieren können. Deutschlandweit ist das insbesondere die NAKO Gesundheitsstudie, in der 205.000 Teilnehmer in 18 Studienzentren alle 5 Jahre untersucht und in einem aufwändigen Verfahren nachverfolgt werden. Zu den führenden regionalen Studien zählen z.B. die SHIP-Kohorten der Universitätsmedizin Greifswald, die KORA-Studien, die Heinz-Nixdorf-Recall-Studie in Essen, die Gutenberg-Studie in Mainz, die Hamburg City Health und die Rheinland-Studie am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen in Bonn.

Zur Untersuchung der Effektivität und Effizienz präventiver Maßnahmen sind komplexe, kontrollierte Interventionsstudien erforderlich. Studienansätze zum Nachweis der Wirksamkeit präventiver und gesundheitsfördernder Einzelmaßnahmen im Gesundheitssystem müssen sektorenübergreifend angelegt werden und neben den bekannten auch potentiell neue schützende Faktoren berücksichtigen. Im Infektionsbereich ist dies zusätzlich zu der etablierten standardisierten Infektions- und Erreger-Surveillance (NRZ Hygiene) umzusetzen. Für eine Evaluierung von Präventionsmaßnahmen in Bezug auf epidemische und saisonale Infektionen auf Bevölkerungsebene sind spezifische Bevölkerungskohorten notwendig. In diesen epidemischen Panels ist insbesondere der schnelle Beginn und die kontinuierliche Bereitstellung der für infektionsdynamische Modellierungen nutzbaren Daten wichtig. Beispiele für die Entwicklung hin zu einem

solchen epidemischen Panel sind die **Fehler! Linkreferenz ungültig.** (Bundesweite Bevölkerungsstudie für Infektionskrankheiten), die kontinuierliche und adaptive Erhebungen für unterschiedliche Infektionskrankheiten ermöglicht und das Panel **Fehler! Linkreferenz ungültig.** In diesem Bereich ebenso wie im Bereich von Geburts- und Kinderkohorten und der engen Verknüpfung von beiden mit Daten aus dem öffentlichen und klinischem Gesundheitssystem bestehen in Deutschland noch deutliche Lücken. Diese wurden in der COVID-19 Pandemie deutlich, zeigt sich aber auch in dem fehlenden aber notwendigen Monitoring von Präventionsstrategien (z. B. bezüglich der in den nächsten Jahren zu erwartenden RSV-Präventionsstrategie). Aktuell bestehen sowohl im Bereich der klassischen Kohorten, als auch im Bereich neuerer Kohorten Bestrebungen, diese Lücken zu füllen. Das wird durch die Etablierung eines neuen Modellierungnetzwerkes für schwere Infektionskrankheiten (www.monid.net) in Deutschland maßgeblich unterstützt.

V. Chancen einer konsequenten medizinischen Präventionsstrategie

Eine konsequente Umsetzung von Präventionsmedizin und Gesundheitsförderung kann die Krankheitslast und Kosten für das Versorgungssystem senken und Unternehmen durch Senkung des Krankenstandes entlasten. Sie hat das Potenzial, die

Inzidenz und Prävalenz von Volkskrankheiten und infektionsmedizinische Folgen zu verringern und die (Multi-)Morbidity der Bevölkerung in allen Altersgruppen positiv zu beeinflussen.

Präventionsmedizin und Gesundheitsförderung können den Versorgungsbedarf der Bevölkerung reduzieren. Zudem können Therapien dadurch wirksamer eingesetzt werden. Ein größerer Teil der von Erwerbsminderung betroffenen Beschäftigten als bisher könnte wieder arbeitsfähig werden. Durch Präventionsmedizin gewinnen Menschen mit schweren Erkrankungen und Multimorbidität Alltagskompetenzen zurück und steigern dadurch ihre Selbständigkeit und Unabhängigkeit. Dadurch werden ärztliche Versorgung, professionelle und informelle Pflege entlastet und die Resilienz des medizinischen und sozialen Versorgungssystems gestärkt.

Zustimmung im ExpertInnenrat: 22/22