

COMPETENCE CENTER GESUNDHEIT

Gesundheitsförderung und Prävention

CCG RINGVORLESUNG - SOMMERSEMESTER 2025

Keine Ruhmesgeschichte:

Prävention und Gesundheitsförderung im Gesundheitssystem in Deutschland

Dr. Andreas Meusch

Dozent für Gesundheitspolitik an der HAW Hamburg



Gliederung

1. Was bisher geschah
2. Zustandsbeschreibung
3. Schlussfolgerungen
4. Regelungen im Koalitionsvertrag zu Prävention
5. Accelerating Prevention Gap
6. Wie geht es weiter?
7. Literatur



1. Was bisher geschah

Was bisher geschah / 1

23. April 2025

"Die Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes"

- Dr. med. Matthias Gruhl, Staatsrat a.D.
- Prof. Dr. Dagmar Starke, Kommissarische Leiterin der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen

[⬇ Download](#)
[Präsentation](#)
[Prof'in Dagmar](#)
[Starke](#)

[⬇ Download](#)
[Präsentation Dr.](#)
[Matthias Gruhl](#)

30. April 2025

"Perspektiven für Gesundheitsförderung und Prävention"

- Monika Püschl, Referatsleitung Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsberatung, Sozialbehörde - Amt für Gesundheit
- Thomas Altgeld, Geschäftsführung Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V.
- Dirk Engelmann, Leiter Politik, Techniker Krankenkasse (TK)

[⬇ Download](#)
[Präsentation Dirk](#)
[Engelmann](#)

Was bisher geschah / 2

Take home messages:

- Deutschland bleibt sowohl beim Thema Prävention wie beim ÖGD hinter den Möglichkeiten und Notwendigkeiten zurück.
- Die Lebenserwartung bleibt hinter vergleichbaren Staaten zurück.
- „Also wir sind bei allem, was Verhältnisprävention anbelangt, europaweit immer an letzter, vorletzter oder vorvorletzter Stelle, und das muss man erst mal hinkriegen.“ (Thomas Altgeld)
- keine Perspektive für die Realisierung eines umfassenden Ansatzes für Prävention (Health in all Policies, Public Health)
- Die schlechte Performance des deutschen Gesundheitssystems ist auch auf Vernachlässigung der Prävention zurückzuführen.
- Das Präventionsgesetz war kein „Gamechanger“.
- ÖGD dezentral ausgerichtet, Aufgaben variieren regional
- Bei Prävention ist die Abgrenzung Aufgaben Gesellschaft / Staat / Krankenkassen strittig.
- Wird Digitalisierung der „Gamechanger“?

A wooden balance scale is shown against a light blue background. The scale's beam is tilted upwards from left to right. Three wooden spheres of increasing size are stacked on the beam: a small sphere at the top left, a medium sphere in the middle, and a large sphere at the bottom right. The scale is supported by a wooden cone at the bottom center. The text "2. Zustandsbeschreibung" is overlaid in the center of the image.

2. Zustandsbeschreibung

Präventionskonzept im SGB V / 1

Grundsatz: § 1 SGB V

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten.

Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.

Die **Krankenkassen** haben den Versicherten dabei durch **Aufklärung, Beratung und Leistungen** zu helfen und unter Berücksichtigung von geschlechts-, alters- und behinderungsspezifischen Besonderheiten auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.

Präventionskonzept im SGB V / 2

Grundsatz

- Die Krankenkassen sind verpflichtet, Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) anzubieten.
- Ziel ist es, insbesondere sozial bedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheiten der Gesundheitschancen zu verringern und kind- und jugendspezifische Belange zu berücksichtigen.

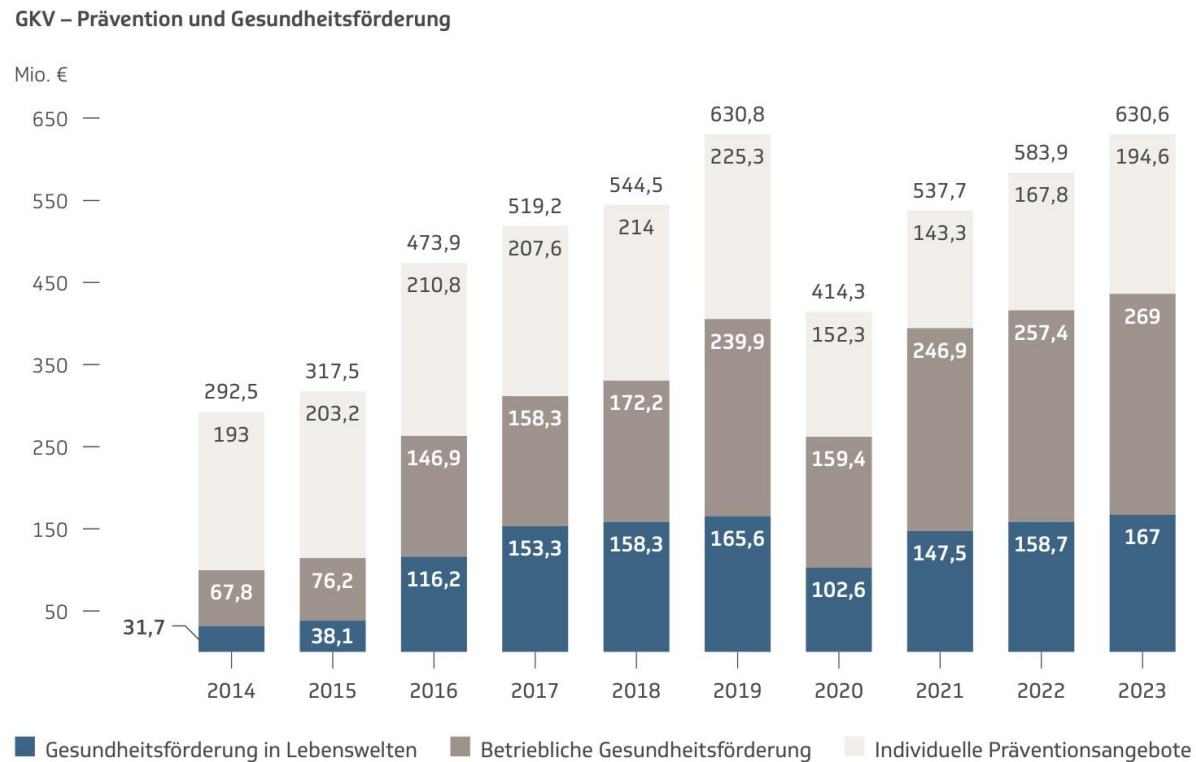
Leistungsarten

- Individuelle Verhaltensprävention (z.B. Kurse zu Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung)
- Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten (Setting- bzw. Lebensweltansatz, z.B. Kitas, Schulen, Betriebe, Pflegeeinrichtungen)
- Betriebliche Gesundheitsförderung

Präventionskonzept im Präventionsgesetz

3. **Chancengleichheit und Zielgruppenorientierung**: Die Maßnahmen sollen gezielt zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen und vulnerable Gruppen besonders berücksichtigen.
4. **Koordination und nationale Strategie**: Die Nationale Präventionskonferenz koordiniert gemeinsame Ziele, Handlungsfelder und Zielgruppen und organisiert die Zusammenarbeit aller relevanten Akteure (Sozialversicherungsträger, Länder, Kommunen, Arbeitgeber, Arbeitnehmervertretungen) organisiert.
5. **Evidenzbasierung und Qualitätssicherung**: Die Handlungsfelder und Kriterien für Präventionsleistungen werden unter Einbeziehung unabhängigen wissenschaftlichen Sachverständs festgelegt. Es gibt verbindliche Qualitätsstandards und Zertifizierungsverfahren für Angebote.

Ausgaben der GKV für Prävention



Quelle: Eigene Darstellung nach Medizinischer Dienst Bund, Präventionsberichte

Weitere Träger der Prävention

1. Gesetzliche Rentenversicherung (DRV)

Leistungen zur Prävention: Die Deutsche Rentenversicherung bietet mit Programmen wie „RV Fit“ medizinische Präventionsleistungen an, die darauf abzielen, die Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten zu erhalten. Diese richten sich an Beschäftigte mit ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die die Ausübung der Arbeit gefährden könnten. Ziel ist es, durch frühzeitige Interventionen Krankheiten und Rehabilitationsbedarf vorzubeugen und die Beschäftigungsfähigkeit zu sichern.

Rechtsgrundlage: § 14 SGB VI („Prävention vor Reha vor Rente“). Die Leistungen umfassen u.a. Programme zu Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung.

2. Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

Leistungen zur Prävention: Die gesetzliche Unfallversicherung ist verpflichtet, durch umfassende Präventionsmaßnahmen Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten. Dazu zählen Aus- und Weiterbildung, Beratung, Überwachung, Forschung sowie betriebliche und technische Maßnahmen.

Rechtsgrundlage: Sozialgesetzbuch VII (SGB VII). Der Präventionsauftrag steht hier im Vordergrund und umfasst auch die Überwachung der Einhaltung von Arbeitsschutzvorschriften.

3. Pflegeversicherung

Leistungen zur Prävention: Die Pflegekassen fördern gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen, um die Gesundheit und Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen möglichst lange zu erhalten (§ 5 Abs. 2 SGB XI).

Weitere Träger: Bundesagentur für Arbeit

Die Bundesagentur für Arbeit (BA) zahlt grundsätzlich keine klassischen Präventionsleistungen im Sinne von medizinischer oder arbeitsmedizinischer Prävention. Allerdings gibt es Ausnahmen und ergänzende Angebote:

- **Gesundheitsförderung für Arbeitslose:** Im Rahmen von Modellprojekten und Kooperationen – etwa mit dem GKV-Bündnis für Gesundheit – bietet die BA arbeitslosen Menschen kostenlose gesundheitsfördernde Kurse an, z.B. zu Ernährung, Bewegung oder Stressbewältigung. **Diese Angebote dienen der Unterstützung der Arbeitsmarktintegration, werden aber in der Regel von den Krankenkassen finanziert, nicht von der BA selbst.**
- **Beratung und Unterstützung:** Bei gesundheitlichen Problemen oder Einschränkungen unterstützt das Jobcenter (gemeinsam mit der BA) durch Beratung und Vermittlung zu weiteren Hilfen, etwa bei psychischen oder physischen Erkrankungen. Auch hier handelt es sich nicht um direkte Präventionsleistungen, sondern um **begleitende Maßnahmen zur Förderung der Arbeitsfähigkeit.**
- **Weiterbildungsförderung:** Die BA fördert Weiterbildungen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung (z.B. für Gesundheitscoaches oder Fachwirte für Prävention), übernimmt aber keine Kosten für medizinische Präventionsmaßnahmen selbst.

Defizite der Präventionsangebote / 1

- **Fragmentierung der Zuständigkeiten:** In Deutschland sind Aufgaben im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung auf viele Sektoren (Sozialversicherungen, ÖGD, Jugendhilfe, Bildung) und föderale Ebenen verteilt. Das führt zu wenig Kooperation und erschwert eine integrierte, flächendeckende Umsetzung von Präventionsmaßnahmen.
- **Geringe Reichweite und Teilnahme:** Deutschland könnte mehr Menschen mit Präventionsangeboten erreichen und die Teilnahme durch niedrigere Zugangshürden, stärkere Anreize oder auch verpflichtende Elemente erhöhen.
- **Fehlende Skalierung innovativer Ansätze:** Innovative Präventionslösungen werden in Deutschland selten landesweit ausgerollt, sondern bleiben oft auf einzelne Kommunen oder Projekte beschränkt.
- **Finanzielle und personelle Ausstattung:** Besonders weniger wohlhabende Kommunen haben Schwierigkeiten, Präventionsaufgaben ausreichend zu finanzieren und umzusetzen.

Beinborn et al. 2020

Defizite der Präventionsangebote / 2

„Präventive Politik- und Interventionsansätze können nur komplementär wirken und nicht **grundlegend defizitäre Rahmenbedingungen lokaler Lebensverhältnisse und Bildungseinrichtungen** kompensieren, wie sie sich zunehmend in Kitas und Schulen in armutssegregierten Sozialräumen darstellen.

Forschungsergebnisse offenbaren gravierende lokale Unterschiede in den Bildungs- und Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen, **denen effektiv nur durch eine politikfeldübergreifende Agenda begegnet werden kann.**“

https://www.gkv-buendnis.de/media/pdf/publikationen/Bericht_Erreichbarkeit_Kita_Schule_barrierefrei.pdf, S. 10



Und was ist das Ergebnis?

Folgen / 1

Die Lebenserwartung in Deutschland ist 2024 erstmals unter den Durchschnitt der Staaten der Europäischen Union (EU) gesunken, während wir gleichzeitig die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit haben.

https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html

Folgen / 2

„Deutschland weist weiterhin eine **vergleichsweise niedrige Lebenserwartung** auf, was in erster Linie auf eine **erhöhte kardiovaskuläre Sterblichkeit** zurückzuführen ist. Zudem liegt der Anteil der Personen ab 16 Jahren, die ihren **Gesundheitszustand als sehr gut oder gut** einschätzen, **unter dem EU-Durchschnitt**.

Die „Burden of Disease-Studie“ des Institute of Health Metrics zeigt, dass die sechs wichtigsten Risikofaktoren für Sterblichkeit und Behinderung in Deutschland **erhöhter Blutdruck, Rauchen, Adipositas, erhöhte Blutzuckerwerte, ungesunde Ernährung und übermäßiger Alkoholkonsum** sind; **Luftverschmutzung** rangiert an zehnter Stelle.

In diesem Zusammenhang weist Deutschland **eine der höchsten Prävalenzen wichtiger Risikofaktoren** für nichtübertragbare Krankheiten in der EU auf, insbesondere was häufigen **Alkoholkonsum** in Form von Rauschtrinken, den Anteil der Menschen, die mindestens einmal täglich **zuckerhaltige Erfrischungsgetränke** konsumieren, und den Anteil **täglicher Zigarettenraucher** betrifft. Die **gesundheitliche Ungleichheit**, gemessen etwa an sozioökonomischen Unterschieden bei der Gesamt- und ursachenspezifischen Sterblichkeit oder beim Übergewicht und der Adipositas bei Kindern, **ist in den letzten 10–15 Jahren gestiegen** und wurde durch die COVID-19-Pandemie noch verschärft. Diese Beobachtungen weisen auf Defizite im Bereich der öffentlichen Gesundheit hin.

https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html

Zeeb, Hajo et al: Public health in Germany: structures, dynamics, and ways forward; The Lancet Public Health,

Volume 10, Issue 4, e333 - e342; [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(25\)00033-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(25)00033-7/fulltext)



3. Schlussfolgerungen

Schlussfolgerungen / 1

Trotz großer Kosten und einer Vielzahl von gesetzlichen Maßnahmen ist der deutsche Weg der Prävention nicht sehr erfolgreich.

Der deutsche Sonderweg verzichtet auf staatliche Maßnahmen, die in anderen Ländern bereits erfolgreich implementiert wurden (van der Vliet et al. 2020). Er verursacht „Kosten“ in der Lebenserwartung der Menschen sowie für das Gesundheitswesen und die Volkswirtschaft.

Schlussfolgerungen / 2

- Im Kampf gegen Lungenkrebs sind Maßnahmen zur **Reduktion des Rauchens** durch staatliche Maßnahmen wie **Werbeverbote oder Rauchverbote** in öffentlichen Räumen erfolgreicher als verbesserte Behandlungen oder Verhaltensprävention (Stiftung Gesundheitswissen 2022).
- **Rauchen, Bluthochdruck, starkes Übergewicht, Diabetes und erhöhte Cholesterinwerte**: Dieses Quintett ist für jeden zweiten Herz-Kreislauf-Todesfall und damit für einen erheblichen Teil der über 100.000 vermeidbaren Todesfälle in Deutschland verantwortlich (EU-Kommission 2023).

Der Erfolg **verhältnispräventiver Maßnahmen wie Steuern auf ungesundes Fast-Food** oder eine zehnpromzentige **Preiserhöhung von Produkten mit hohem Zuckergehalt** war für die WHO im Vergleich zu Maßnahmen der Individualprävention (van der Vliet 2020; Emmert-Fees et al. 2023) so überzeugend, dass sie zur Vermeidung von Adipositas empfahl, **die Politik solle weniger auf Individualprävention setzen und stattdessen die „structural drivers of obesity“ adressieren (WHO 2022).**

Der alternative Politikansatz: Health in all policies

- Der Ansatz „Health in All Policies“ (HiAP) verfolgt das Ziel, Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe in allen Politikfeldern und auf allen politischen Ebenen zu verankern. „HiAP bedeutet eine strategische Zusammenarbeit aller Politikebenen und -felder (whole of government) sowie eine Zusammenarbeit aller Sektoren, also staatlich, gesellschaftlich und privat (whole of society)“. (Dr. Katharina Böhm)
- Gesundheitliche Auswirkungen werden bei politischen Entscheidungen systematisch berücksichtigt, um Synergien zu nutzen und schädliche Effekte zu vermeiden. Zentrale Prinzipien:
 - Chancengleichheit,
 - sektorübergreifendes Verständnis,
 - Vernetzung,
 - Nachhaltigkeit,
 - Empowerment und Salutogenese



Thesen zum deutschen Sonderweg in der Prävention

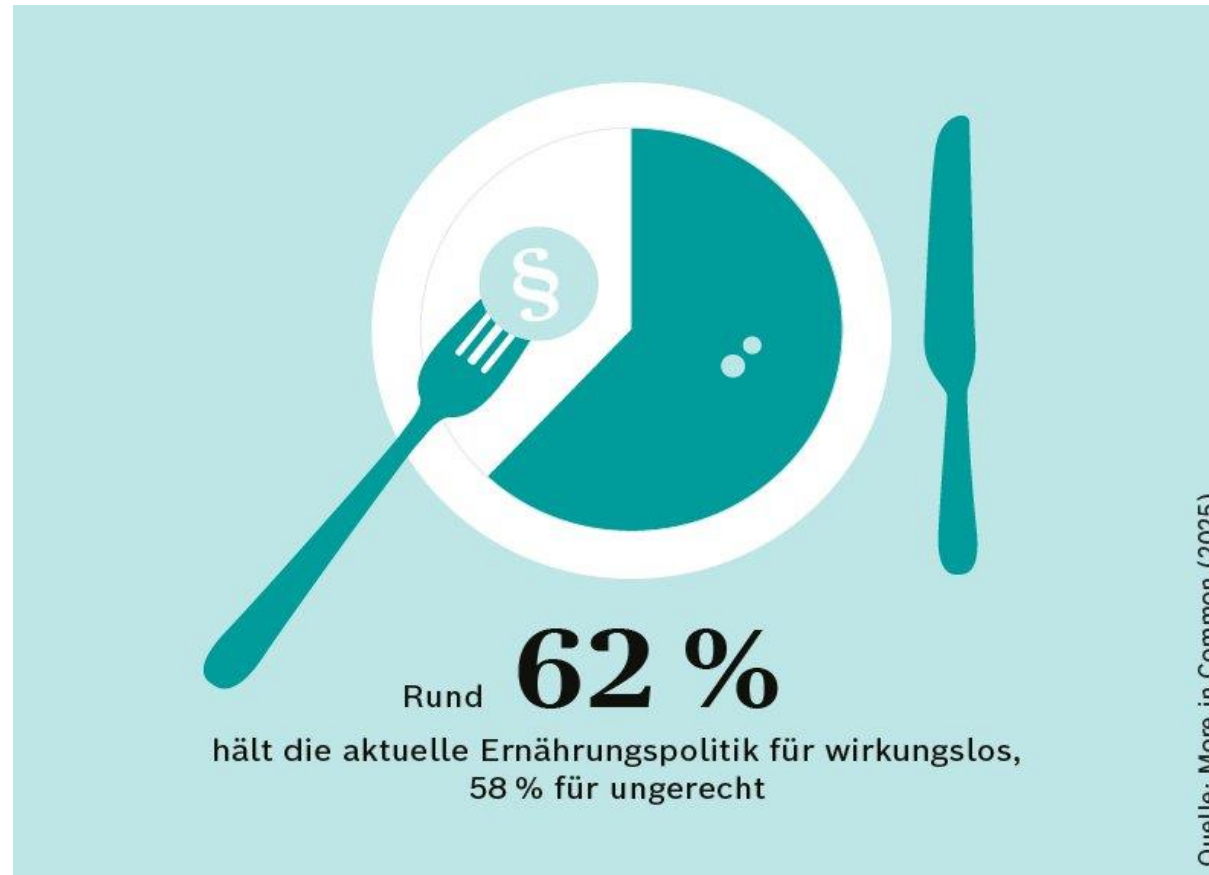
Thesen zum deutschen Sonderweg in der Prävention

1. Die Bevölkerung will keinen Kurswechsel.
2. In der Präventionspolitik spiegeln sich noch immer Grundpositionen der Vergangenheit.
3. Die Pfadabhängigkeit der deutschen Gesundheitspolitik spiegelt sich in der Präventionspolitik.
4. *Die Finanzknappheit in den Kommunen verstärkt diese Pfadabhängigkeit.*
5. *Die Verantwortung des Staates für die Daseinsvorsorge und die Schaffung von Rahmenbedingungen ist verblasst gegenüber der Zuordnung der Verantwortung zum einzelnen oder der Krankenkasse.*

A wooden balance scale is shown, tilted to the right. It has three spheres of increasing size from top to bottom. The top sphere is the smallest, the middle one is medium, and the bottom one is the largest. The scale is made of light-colored wood. The background is a soft blue gradient with a bright light source on the left, creating a lens flare effect.

Die Bevölkerung will keinen Kurswechsel

Was will die Bevölkerung: Thema Ernährung



<https://www.bosch-stiftung.de/de/storys/ernaehrung-studie>

Einstellungssache: Ernährung

Die Haltung zu Veränderungen ist widersprüchlich.

„Das heißt nicht, dass Menschen ihre Ernährung für reine Privatsache halten. Im Gegenteil: 64 Prozent der Befragten sehen in Sachen Ernährung in Deutschland deutlichen Handlungsbedarf. Gleichzeitig nehmen 58 Prozent die aktuelle Ernährungspolitik als ungerecht wahr. Sie wünschen sich eine verantwortungsvolle Politik, die Rahmenbedingungen für eine sinnvolle Ernährung schafft.

Am besten soll sie **Preisanstiege (38 Prozent)**, **Lebensmittelverschwendung (36 Prozent)** und **ungesunde Produkte für Kinder (36 Prozent) verhindern**. Doch erneut folgt auf die Erkenntnis ein Widerspruch: **Obwohl sie nach einer politischen Veränderung verlangt, misstraut die Mehrheit der Befragten der Politik und ist vorsichtig, ihr Zugriffsrechte zuzugestehen – gerade in einem so persönlichen Bereich des eigenen Lebens.“**

<https://www.bosch-stiftung.de/de/storys/ernaehrung-studie>

Einstellungssache: Ernährung

„Nach dem Vegetarier ein Schlachter: Der CSU-Bundestagsabgeordnete Alois Rainer soll Nachfolger des Grünen Cem Özdemir als Agrarminister werden. ‚Jetzt gibt es wieder Leberkäs statt Tofutümelei‘, kündigte CSU-Chef Markus Söder am Montag an.“

<https://taz.de/!6085044/>

Der künftige Agrarminister Alois Rainer (60, CSU) plant eine Kehrtwende in der Fleisch-Politik!

Mit ihm werde es keine höheren Steuern auf Fleisch geben, so Rainer zu BILD: „Im Koalitionsvertrag wurde vereinbart, dass keine Steuererhöhungen durchgeführt werden. Daran werde ich mich als zukünftiger Minister halten.“

Der künftige Agrarminister geht damit auf Gegenkurs zu Noch-Amtsinhaber Cem Özdemir (59). Der Grünen-Politiker hatte zuletzt eine Extra-Steuer auf Fleisch von 10 Cent pro Kilo gefordert.

A wooden balance scale is shown against a blue background with a light flare on the left. The scale has three spheres of increasing size on the pans. The top pan is tilted upwards, the middle pan is tilted downwards, and the bottom pan is level. The spheres are stacked vertically, with the smallest at the top, the medium in the middle, and the largest at the bottom.

In der Präventionspolitik spiegeln sich noch immer Grundpositionen der Vergangenheit

Grundpositionen zur Prävention: Subsidiarität

- **Vorrang der Selbstverantwortung:** Präventionsaufgaben sollen zunächst von Individuen, Familien, Nachbarschaften, lokalen Gemeinschaften oder Kommunen übernommen werden, sofern diese dazu in der Lage sind. Erst wenn diese Ebenen überfordert sind oder die Ziele nicht eigenständig erreichen können, soll der Staat unterstützend eingreifen.
- **Assistenz statt Übernahme:** Höhere Ebenen greifen **unterstützend** ein („subsidium“), wenn die untergeordneten Ebenen Hilfe benötigen, ohne deren Autonomie unnötig einzuschränken. Die Unterstützung soll gezielt und begrenzt sein, um die Eigenverantwortung und Gestaltungskraft des einzelnen und der Familie zu stärken.
- **Koordination und Gemeinwohl:** Die verschiedenen Ebenen müssen ihre Aktivitäten **koordinieren**, um gemeinsame Gesundheitsziele zu erreichen. Dabei ist die Beteiligung aller relevanten Akteure wichtig, um Synergien zu nutzen und Doppelstrukturen zu vermeiden.
- **Staatliche Verantwortung als letztes Mittel:** Der Staat oder übergeordnete Institutionen greifen nur dann regulierend oder steuernd ein, wenn die lokalen oder regionalen Strukturen die Präventionsziele nicht ausreichend erreichen können oder wenn überregionale Herausforderungen (z.B. Pandemien) eine koordinierte Antwort erfordern.

Grundpositionen zur Prävention: der liberale Ansatz

- Stärkung der **Eigenverantwortung** der Bürgerinnen und Bürger für ihre Gesundheit. Freiwilligkeit statt Zwang. Präventive Maßnahmen sollen in erster Linie auf freiwilliger Basis erfolgen und die individuelle Entscheidungsfreiheit respektieren.
- Der Staat schafft **Rahmenbedingungen** und informiert evidenzbasiert, überlässt aber die konkrete Umsetzung und Teilnahme weitgehend dem Einzelnen.
- **Subsidiarität**: Entscheidungen über Präventionsmaßnahmen sollen vom Individuum getroffen werden. Akteure wie Kommunen, lokale Gesundheitsdienste, Krankenkassen und zivilgesellschaftliche Akteure erhalten Gestaltungsspielräume, um passgenaue Angebote zu entwickeln.
- Der **Staat** greift nur dann regulierend ein, wenn lokale oder individuelle Maßnahmen nicht ausreichen, um grundlegende Gesundheitsziele zu erreichen.

Grundsatzpositionen zur Prävention: der wohlfahrtsstaatliche Ansatz

- Prävention soll nicht nur individuelle Verantwortung sein, sondern **solidarisch organisiert** werden. Das bedeutet, dass der Staat und die Gesellschaft gemeinsam dafür sorgen, dass alle Menschen Zugang zu präventiven Maßnahmen haben.
- **Bekämpfung sozialer Ungleichheit**: Gesundheit darf nicht vom sozialen Status abhängen. Präventionsangebote müssen gezielt auch benachteiligte Gruppen erreichen, um gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen. Dazu gehören verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen in Kitas und Schulen sowie niedrigschwellige, teils digitale Beratungsangebote, insbesondere auch für psychische Gesundheit.
- Stärkung der öffentlichen Verantwortung: **Prävention ist als vierte Säule im Gesundheitssystem** fest zu verankern – neben Heilung, Pflege und Rehabilitation. Dafür sollen klare Präventionsziele definiert, deren Erreichung kontrolliert und die Zusammenarbeit zwischen Institutionen verbessert werden.
- **Regulierung gesundheitsschädlicher Produkte**: Regulierung von Produkten, die der Gesundheit schaden können, etwa durch Werbebeschränkungen, Altersgrenzen oder Abgaben auf zuckerhaltige Getränke, Alkohol und E-Zigaretten.



Die Pfadabhängigkeit der deutschen Gesundheitspolitik spiegelt sich in der Präventionspolitik

Pfadabhängigkeit der deutschen Sozialpolitik

- Die ursprünglichen Lösungen und Institutionen, die im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert zur Bewältigung spezifischer sozialer Herausforderungen geschaffen wurden (z.B. die Einführung der Sozialversicherung), prägen bis heute die Struktur und Logik der Sozialpolitik.
- Neue Probleme werden meist mit den bestehenden Instrumenten und Denkweisen angegangen, auch wenn andere Ansätze möglicherweise effizienter wären.
- Die Anpassungsfähigkeit des Systems ist dadurch begrenzt, und Reformen stoßen häufig auf hohe Widerstände und Transaktionskosten.
- Selbstverstärkung des Pfades, weil die Akteure mit ihm vertraut sind, Koordinierungsbedarfe deshalb als gering eingeschätzt werden.

https://www.monitor-versorgungsforschung.de/wp-content/uploads/2023/01/MVF03-22_Pfadabhaengigkeit.pdf

A wooden balance scale is shown in a state of equilibrium. It features a central wooden cone base supporting a horizontal beam. Three smooth, light-colored wooden spheres are placed on the beam: one at the top center, one on the left side, and one on the right side. The background is a soft gradient of light blue and white, with a subtle sunburst effect on the left side.

4. Regelungen im Koalitionsvertrag zum Thema Prävention

Regelungen zur Prävention im Koalitionsvertrag / 1

Psychische Gesundheit und Prävention

- Die Prävention psychischer Erkrankungen soll gestärkt werden. Dazu werden alle nötigen Instrumente des Arbeitsschutzes auf ihre Wirksamkeit geprüft, insbesondere im Hinblick auf psychische Belastungen am Arbeitsplatz.
- Die psychische Gesundheit erhält einen neuen Stellenwert: Von der Prävention und Früherkennung über die Versorgung bis hin zum Bevölkerungsschutz wird eine umfassende Strategie verfolgt, insbesondere für Kinder, Jugendliche und Menschen im ländlichen Raum.

Arbeitsschutz und Prävention

Es wird ein hoher Standard im Arbeitsschutz angestrebt, mit besonderem Fokus auf Prävention psychischer Erkrankungen und auf gute Arbeitsbedingungen für körperlich stark belastete Berufsgruppen.

Bürokratieabbau

Unnötige Mehrfachprüfungen sollen vermieden und der Datenaustausch verbessert werden, um die Effizienz auch im Bereich der präventiven Gesundheitsförderung zu erhöhen.

Regelungen zur Prävention im Koalitionsvertrag / 2

Digitalisierung und Prävention

- Die Digitalisierung des Gesundheitswesens wird als Schlüssel für die Zukunft gesehen. Ein verbesserter Datenaustausch und der Ausbau der elektronischen Patientenakte sollen auch die präventive Gesundheitsförderung unterstützen.
- Digitale Lösungen sollen gezielt in Prävention und Behandlung integriert werden, um die Versorgung zu verbessern.

Prävention in der frühkindlichen Bildung und im Kinderschutz

- Es wird eine verpflichtende Diagnostik des Sprach- und Entwicklungsstands für alle Vierjährigen eingeführt, um frühzeitig Förderbedarfe zu erkennen und Prävention zu stärken.
- Die Ausweitung der Frühen Hilfen auf Kinder bis zum Schuleintrittsalter ist vorgesehen.

Pflege

Anreize für eigenverantwortliche Vorsorge, insbesondere in der Pflege, werden gesetzt.

Anerkennung

Die Bedeutung gemeinnütziger Organisationen und zivilgesellschaftlicher Akteure für Prävention und Gesundheitsförderung wird anerkannt.

Bewertung der Regelungen zur Prävention im Koalitionsvertrag

„Die Erkenntnisse sind bekannt, für eine politische Reaktion finden sich im Koalitionsvertrag keine Anzeichen. Deutschland sollte es sich nicht länger leisten, Milliarden in die **Medikalisierung** der Gesellschaft zu stecken und die Bedingungen für Erkrankungen unangetastet zu lassen.“

Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing ist Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin an der Universität Tübingen. Prof. Dr. med. Martin Scherer ist Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

A wooden balance scale is shown against a blue background with a bright light source on the left. The scale has a horizontal beam supported by a central wooden cone. On the left side of the beam, three wooden spheres of increasing size are stacked vertically. The top sphere is the largest, the middle is medium, and the bottom is the smallest. The right side of the beam is empty. The text "5. Accelerating Prevention Gap" is overlaid in the center of the image.

5. Accelerating Prevention Gap

Theoretische Grundlage: digital divide

“Die Theorie der Digitalen Spaltung besagt, dass der Zugang zu und die Befähigung zur Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien innerhalb einer Grundgesamtheit nicht gleichmäßig verteilt und maßgeblich von sozioökonomischen Faktoren als auch von der volkswirtschaftlichen Potenz einer Nation abhängig sind.”

Marr, M.; Zillien, N. (2010): Digitale Spaltung. In: Wolfgang Schweiger, W.; Beck, K. (Hg.): Handbuch Online-Kommunikation. 257–282. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 257

Theoretische Grundlage: Vermeidung kognitiver Dissonanz

Menschen empfinden es als unangenehm, wenn sie widersprüchliche Kognitionen haben – also Gedanken, Einstellungen, Überzeugungen oder Verhaltensweisen, die nicht miteinander vereinbar sind.

Entsteht Dissonanz, empfinden sie eine innere Spannung oder Unruhe und sind motiviert, diese aufzulösen.

Bsp.: Rauchen:

„Ich rauche gern“ vs. „Rauchen ist ungesund“

Copingstrategie:

- Risiko herunterspielen: „Alkohol und Nikotin rafft die halbe Menschheit hin, ohne Alkohol und Rauch, stirbt die andere Hälfte auch.“



Was folgte daraus für die Nutzung von digitalen Assistenten in der Prävention?

- Menschen, die sich gesund ernähren, sich viel bewegen, wenig oder keinen Alkohol trinken erhalten durch den digitalen Assistenten positive Rückmeldungen, was das gesunde Verhalten verstetigt und verstärkt.
- Menschen, die sich ungesund ernähren, sie wenig bewegen und/oder zu viel Alkohol trinken, erhalten negative Rückmeldungen: kognitive Dissonanz.

Welche Optionen haben Menschen der zweiten Gruppe, kognitive Dissonanz zu verringern?

- 1.) Das Verhalten im Sinne der Empfehlung des digitalen Assistenten verändern.
- 2.) Den digitalen Assistenten löschen.

Hypothese: Die zweite Option wird häufiger genutzt.

Folge: Die digitalen Assistenten verstärken den „digitale divide“, die zentrifugale Entwicklung führt zum accelerating prevention gap.

Disclaimer

- Die Prognose eines Accelerating Prevention Gaps durch digitale Assistenten ist kein Plädoyer gegen deren Nutzung. Sie werden kommen, weil sie für viele Menschen Verbesserungen bringen und die nicht-europäischen Tech-Unternehmen sehr viel Geld hier investieren. Sie werden sicher einige Probleme lösen, aber eben auch vorhandene Probleme verstärken.
- Im Gegenteil ist diese Prognose als Plädoyer zu sehen, die unverzichtbare Digitalisierung bewusst zu gestalten.



6. Wie geht es weiter?

Wie geht es weiter? / 1

28. Mai 2025

"Gesundheitsförderung und Prävention im Setting, für vulnerable Gruppen und im Quartier"

- Dr. Kirsten Kappert-Gonther MdB, Amtierende Vorsitzende des Bundestagsausschusses für Gesundheit; Präsidentin der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
- Prof. Dr. Susanne Busch, Wissenschaftliche Leitung des CCG

11. Juni 2025

"Wearables&Co: Wie die digitale Transformation Prävention und Gesundheitsförderung verändert"

- Dr. Claudia Lampert, Senior Researcher Mediensozialisation & Gesundheitskommunikation, Leibniz-Institut für Medienforschung, Hans-Bredow-Institut (HBI), Hamburg
- Dr. Stefan Ebener, Machine Learning Specialist bei Google Cloud, Dozent für Wirtschaftsinformatik

Wie geht es weiter? / 2

25. Juni 2025

"Suizidalität und Sucht: Schutzfaktoren stärken und Risikofaktoren minimieren"

- Prof. Heino Stöver, Professur für sozialwissenschaftliche Suchtforschung, Frankfurt University of Applied Sciences
- Prof. Dr. Ute Lewitzka, Professorin für Suizidprävention, Universität Frankfurt

09. Juli 2025

"Gesundheitsförderung durch Gesundheitliche Bildung und Aufklärung"

- Prof. Dr. med. Heidrun Thaiss, Ehemalige Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Dr. Gabriele Seidel, Geschäftsführende Leitung der Patientenuniversität und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Arbeitsschwerpunkt Patientenorientierung und Gesundheitsbildung an der Medizinischen Hochschule Hannover



7. Literatur

Literaturhinweise

Beinborn, N.; Ulrich, N.; Grohs, S. (2020): Making Prevention Work. Case Study Netherlands; https://www.uni-speyer.de/fileadmin/Lehrstuehle/Grohs/Case_Study_Netherlands.pdf

Böhm, K. Et al.(Hrsg.) (2020): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland

GKV-Bündnis Gesundheit (2020): Gesundheitsförderung und Prävention bei vulnerablen Zielgruppen in Kitas und Schulen. Strategien zur Erhöhung der Reichweite – Ein Scoping Review. Ergebnisbericht; https://www.gkv-buendnis.de/media/pdf/publikationen/Bericht_Erreichbarkeit_Kita_Schule_barrierefrei.pdf

Hafen, Martin: Die Geschichte von Prävention und Gesundheitsförderung – Teil 1: frühe Konzepte; https://www.fen.ch/texte/mh_sm_01-2.pdf

Krause L, Seeling S, Heidemann, C. Selbstwahrgenommene Mundgesundheit von Personen mit und ohne Diabetes mellitus: Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. J Health Monit. 2025;10(2):e13071. doi: 10.25646/13071

Lengwiler, Martin, Jeanette Madarász: Präventionsgeschichte als Kulturgeschichte der Gesundheitspolitik; <https://edoc.unibas.ch/16759/1/Präventionsgeschichte%20als%20Kulturgeschichte.pdf>

Meusch, Andreas: Keine Ruhmesgeschichte: Prävention und Gesundheitsförderung im Gesundheitssystem in Deutschland, in Recht und Politik im Gesundheitswesen, 1/2025

Robert-Koch-Institut (RKI): KIGGS. Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen; https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Studien-und-Surveillance/Studien/KiGGS/kiggs_start_inhalt.html

RKI: GEDA; https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/JoHM/2021/JoHM_Inhalt_21_03.html

Wirsing, U.; Scherer, M. (2025): Weichen für eine nachhaltige Gesundheitspolitik stellen, in: Tagesspiegel background Gesundheit vom 6.5. 2025

Zeeb, Hajo et al: Public health in Germany: structures, dynamics, and ways forward; The Lancet Public Health, Volume 10, Issue 4, e333 - e342; [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(25\)00033-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(25)00033-7/fulltext)