

Policy Paper

Adressat:innen: Politik

Gemeinsames Positionspapier zum Forschungs- und Handlungsbedarf in der (Primär-)Prävention und Gesundheitsförderung anlässlich des [Gesundes-Herz-Gesetz - GHG]

Autor*innen:

Frau Barbara Bitzer¹, Prof. Dr. Jens Bucksch², Prof. Dr. Nico Dragano³, Prof. Dr. Ingo Froböse⁴, Prof.in Dr. Christine Joisten⁴, Prof. Dr. Holger Pfaff⁵, Prof. Dr. Andrea Schaller⁶, Prof.in Dr. Dagmar Starke⁷

- 1 Deutsche Diabetes Gesellschaft
- 2 Pädagogische Hochschule Heidelberg
- 3 Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- 4 Deutsche Sporthochschule Köln
- 5 Universität zu Köln
- 6 Universität der Bundeswehr München
- 7 Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen

Vorbemerkung

Der Gesetzentwurf zur Stärkung der Herzgesundheit (Gesundes-Herz-Gesetz – GHG) wird mit der Begründung vorgelegt, dass die Zahl der kardiometabolischen Erkrankungen in Deutschland zu hoch ist und eine konsequentere Prävention als bisher erforderlich ist.

Dies ist zweifellos richtig und wird von uns geteilt. Allerdings sind die dargestellten Maßnahmen alleinig nicht zielführend und können sich unter bestimmten Umständen als kontraproduktiv erweisen. Der Gesetzesentwurf berücksichtigt die multifaktoriellen Risikofaktoren und Begleiterkrankungen für das Entstehen von kardiometabolischen Erkrankungen nicht ausreichend. Vielmehr möchte der Gesetzgeber damit sehr konkrete Versorgungsangebote und -strukturen vorgeben, die einem linearen pathogenetischen Gesundheits-/Krankheitsverständnis folgen.

Wir, als Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, nehmen den Gesetzesvorschlag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum Anlass, deutlich zu machen, welcher Forschungs- und Handlungsbedarf tatsächlich geboten ist, um die Prävention und Gesundheitsförderung zu verbessern und die Krankheitslast von nicht übertragbaren Krankheiten (NCDs) in Deutschland zu reduzieren.

Aktuelle Situation in Deutschland

Die bisherige Bilanz in Deutschland ist ernüchternd:

Deutschland erzielt trotz hoher Ausgaben im Gesundheitssystem im internationalen Vergleich nur durchschnittliche Ergebnisse bezüglich der Lebenserwartung der Bevölkerung und der Anzahl gesunder Lebensjahre. Viele westeuropäische Länder weisen mit geringeren Ausgaben eine höhere Lebenserwartung auf (OECD, 2023).

NCDs sind zudem stärker sozial ungleich verteilt als viele andere Erkrankungen. Menschen mit niedrigem Einkommen, geringer Bildung und unsicherer beruflicher Position sind deutlich häufiger betroffen als privilegiere Menschen.

Prävention und Gesundheitsförderung sind mithin die geeignetsten Maßnahmen, um den Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit entgegenzusteuern.

Vor allem die Verhältnisprävention bietet ein großes Potenzial zur Verringerung von NCDs, jedoch wird diesem in der Politik zu wenig Beachtung geschenkt. Zentrale Themen, wie z.B. die Unterstützung der Prävention und Gesundheitsförderung durch die öffentliche Gesundheit (ÖGD), werden aber seit 20 Jahren konsequent vernachlässigt. Das muss sich ändern.

Dafür bedarf es eines kulturellen und gesamtgesellschaftlichen Aufbruchs statt einer Medikalisierung und Individualisierung des Problems.

Statements von Forschungs- und Handlungsbedarfen aus der Wissenschaft zu (Primär-)Prävention und Gesundheitsförderung

Einführung

Prävention und Gesundheitsförderung setzen vor Eintritt einer Erkrankung an. Dadurch führen sie zu einer besseren Lebensqualität der Menschen, indem sie einerseits die Verhältnisse so ändern, dass die Gesundheit gefördert und geschützt wird. Zugleich unterstützen sie andererseits eine informationsbasierte, selbstbestimmte Entscheidung in all jenen Bereichen des Lebens, in denen Menschen mit ihrem Verhalten Einfluss auf die eigene Gesundheit nehmen können.

Im Gegensatz zu medikamentösen Ansätzen in der Prävention adressieren beispielsweise die entsprechenden Bewegungsangebote in der Prävention die multifaktoriellen Risikofaktoren und Begleiterkrankungen für das Entstehen von NCDs. Bewegungsangeboten im ambulanten Versorgungskontext wird das Potential zugeschrieben, die Anzahl künftig auftretender Fälle von NCDs und insbesondere kardiometabolischen Erkrankungen, effektiv zu senken (Santos et al. 2023, Gottschalk et al. 2024).

Es ist bei weitem nicht zu erkennen, dass diese Potentiale in Deutschland ausgeschöpft werden. Anstelle der Finanzierung von Screenings und/oder medikamentösen Ansätzen aus Präventionsgeldern fordern wir die Stärkung der Forschung und eine stringente Umsetzung.

Forschungsbedarf

Wir brauchen in Deutschland mehr Forschung zur Stärkung der Leistungsfähigkeit und Nachhaltigkeit der Prävention und Gesundheitsförderung

α) Ausbau der Forschung

Dazu gehört der Aufbau einer stabilen strukturierten und langfristig angelegten Präventionsforschung durch den Bund im Sinne eines „Präventionsforschungsgesetzes“. Dabei soll es um die interdisziplinäre Entwicklung und den Aufbau von Maßnahmen und Qualitätsmaßstäben gehen, um die Prävention effizient und effektiv weiterzuentwickeln. Populationsgesundheit, Minimierung „sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit“ und Nachhaltigkeit sollten im Vordergrund stehen.

In Anlehnung an das Throughput-Modell der Versorgungsforschung (Schrappe, Pfaff 2016) müssen insbesondere Fragen nach der Wechselwirkung zwischen Bewegungsangebot und Versorgungsstrukturen und -prozessen (Throughput), dem Versorgungsbedarf, der Inanspruchnahme und der Qualifizierung von Gesundheits- bzw. Bewegungsdienstleister (Input), sowie der Wirkung in Bezug auf relevante

Zielparameter der Bewegungsversorgung (Outcome) (vgl. Gabrys et al. 2024) untersucht werden.

b) Maßnahmen zur Verbesserung der Evidenzgenerierung

Nur wenige Studien erfüllen die hohen Ansprüche an interne und externe Validität, was ihre Übertragbarkeit und Anwendbarkeit einschränken. Ein Grund für diesen Stand der Evaluation ist, dass es in Deutschland an einer systematischen Evaluationskultur mangelt und Evidenzgenerierung in der Regel zu schleppend verläuft.

Der bisherige Ansatz der Qualitätssicherung in der individuellen Prävention über die Zentrale Prüfstelle Prävention ist unzureichend. Neben der Anbieterqualifikation und der Konzeptqualität gilt es insbesondere die Ergebnisqualität der Angebote systematisch und transparent zu evaluieren. Vorbild könnte die externe Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation sein, z.B. eine Orientierung am QS-Reha Verfahren.

Forschungspolitische Forderungen

Aus diesem Grund schlagen wir folgende spezifische forschungspolitische Maßnahmen vor (in Anlehnung an Pfaff, Pfaff & Schubin, 2024):

1. Intensive Förderung der Forschung. Als Richtgröße zur Förderung der Forschung und Entwicklung in der Prävention schlagen wir entsprechend des derzeitigen F&E-Aufwand am Bruttoinlandsprodukt (BIP) vor. Dies bedeutet, dass ungefähr 3% der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in die Forschung und Entwicklung von Präventionsmaßnahmen und -programmen investiert werden müssten.
2. Förderung von Präventionsinnovationen z.B. analog zum Innovationsfonds
3. Ausbau der Forschungsinfrastruktur. Beispielsweise sollen an Medizinischen Fakultäten, die bereits Professuren oder Institute mit einem Fokus auf Prävention (z.B. Public Health) haben, diese Einheiten ausgebaut und an Fakultäten ohne solche Einheiten, neue geschaffen werden.
4. Ausbau und Förderung der Verbundforschung
5. Vereinfachung des Evidenzverfahrens durch z.B. beschleunigte Vorabveröffentlichungen und Rapid-Reviews sowie standardisierte Präventionsmodule.
6. Schaffung von Rahmenbedingungen, die systematisch eine Evaluationskultur schaffen, in der Experimente mit Interventions- und Kontrollgruppen zur Norm werden.
7. Festlegung von Standards bzgl. der Qualitätssicherung, Evaluation und Dokumentation von Programmen, um den Wissenstransfer zu optimieren

8. Die Entwicklung und Implementierung eines externen Qualitätssicherungssystems für bewegungsbezogene Angebote der Individualprävention

Handlungsbedarf

Wir brauchen in Deutschland konsequentes Handeln und Umsetzen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung

a) Primärpräventionsmaßnahmen müssen konsequent an der Population ausgerichtet sein

Alle Bürgerinnen und Bürger haben in Deutschland den gleichen Anspruch auf ein gesundes Leben. Gerade die Gesundheitsförderung und Maßnahmen der Primärprävention bieten diese Chance. Ein besonderes Augenmerk muss auf Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status gelegt werden, da mit einer sozialen Benachteiligung nicht selten auch eine gesundheitliche Benachteiligung einhergeht – auch und gerade bei Herzkrankheiten.

Einer grundlegenden Benachteiligung kann nur mit einem strukturellen Vorgehen begegnet werden. Die Ursachen, die zur gesundheitlichen Ungleichheit führen, sind nicht nur in unterschiedlichen Verhaltensweisen begründet. Die gesamte Lebenswelt von Menschen mit geringen Ressourcen ist in unserer Gesellschaft ungesünder und erschwert eine gesunde Lebensweise. Sozialschichtspezifisches Verhalten wird zudem bereits früh im Lebenslauf geprägt und kann nicht durch die Einnahme von Medikamenten verändert werden. Insofern ist zu fordern, dass die zugrundeliegenden sozialen Ungleichheiten reduziert werden, um über diesen Weg auch positive Effekte auf NCDs zu erzielen.

Forschung zum Thema gesundheitliche Chancengleichheit sowie zu den Auswirkungen von sozialen Determinanten auf NCDs wie Herz-Kreislauf-Krankheiten gibt es bereits seit Langem und in umfangreichem Maße. Die große zu klärende Forschungslücke zur sozialen Ungleichheit ist das „Doing“ – es herrscht politisch ein massives Umsetzungsproblem, das es zu bewältigen gilt.

b) Prävention und Gesundheitsförderung müssen ressortübergreifend als Querschnittsaufgaben vorangetrieben werden.

Die vorangegangenen Forderungen können nur zielführend umgesetzt werden und gelingen, wenn eine ressortübergreifende Zusammenarbeit zu den Themen der Prävention und Gesundheitsförderung stattfindet. Die Prävention und Gesundheitsförderung sind als politisch ressortübergreifendes und die Verhältnisprävention in den Mittelpunkt stellendes Handlungsprinzip entsprechend

dem Grundsatz „Health-in-and-for-All-Policies (HiAP)-Ansatz“ zu verstehen (Köckler & Geene, 2022; Greer et al. 2022). Dazu müssen sowohl auf Bundes- als auf Landesebene alle neuen Gesetzesvorhaben und Regelungen auf diesen Aspekt hin analysiert werden und neue Wege der Zusammenarbeit sektoren- und ressortübergreifend geschaffen werden. Der HiAP-Ansatz muss endlich von allen Bereichen wie Bildung, Umwelt, Verkehr, Wirtschaft gelebt werden. Prävention und Gesundheitsförderung sind eine Querschnittsaufgabe.

Dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) kommt dabei eine wichtige Rolle zu, weil er als größter Public Health-Akteur vor Ort zu vielen gestaltbaren Lebenswelten durch seine Aufgaben bewährte Zugänge hat. Es bedarf einer Ausgestaltung und Erweiterung des in § 20a SGB V angelegten Zusammenwirkens der Krankenkassen mit dem ÖGD und eines entsprechenden Auf- und Ausbaus kommunaler Strukturen. Die konstruktive und enge Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen ist ein wichtiger Erfolgsfaktor für ein gesünderes Leben in der Kommune.

Handlungspolitische Forderungen

Die folgenden spezifischen Maßnahmen sind dazu umzusetzen:

1. Einrichtung einer langfristigen und nachhaltigen Strategie auf Bundesebene, um Prävention und Gesundheitsförderung weiterzuentwickeln
2. Prävention als Querschnittsthema in Kommunen, Städten und Kreisen bei allen Entscheidungsprozessen einbeziehen (z.B. unter Beteiligung des ÖGD)
3. Kommunen werden zu den lokalen und zentralen Anlaufstellen für Information und Beratung zu Präventionsangeboten
4. Verbindliche Festschreibung entsprechender personeller und damit auch finanzieller Ressourcen auf lokaler Ebene
5. Interministerielle Koordination der Prävention und Gesundheitsförderung auf Länderebene
6. Erfüllung des gesetzlichen Anspruchs „Prävention vor Rehabilitation“ zur Vermeidung chronischer Erkrankungen (z.B. über Sportvereine)
7. Längerfristige finanzielle und personelle Sicherstellung des ÖGD (Masterplan ÖGD)

Abschließendes Fazit

Prävention und Gesundheitsförderung auf Höhe der Zeit

Zeitgemäße Prävention und Gesundheitsförderung müssen populationsorientiert, nachhaltig und umsetzungsstark sein, damit die bestehende Gesundheitslücke hinsichtlich gesunder Lebensjahre und Lebensjahre insgesamt aufgelöst wird.

Wir sollten nicht unter unseren Möglichkeiten bleiben.

Das volle Potential kann nur dann ausgeschöpft werden, wenn die Politik den HiAP-Ansatz auf den verschiedenen Ebenen ressortübergreifend umsetzt und alle Akteure mit einbezogen werden.

Gesundheitliche Chancengleichheit und -gerechtigkeit dürfen dabei nicht zu leeren Phrasen verkommen, sondern müssen auf der Grundlage vorliegender Evidenz mit verhältnispräventiven Ansätzen konsequent und nachhaltig verfolgt werden. Es herrscht kein grundsätzliches Erkenntnisproblem oder fehlende Evidenz, sondern in einem hohen Maße ein Umsetzungsproblem.

Auf die Verhältnisse kommt es an. Wichtig ist ein strukturiertes Maßnahmenbündel an Prävention, um auch die multifaktoriellen Risikofaktoren von chronischen Erkrankungen entsprechend einzubeziehen. Dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) kommt hier eine zentrale Rolle zu.

Aufbruch geboten

Daten zu dem Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung sind erschreckend und weisen eindeutig darauf hin, dass sie sich in den kommenden Jahren weiter verschlechtern werden. Es bedarf eines politisch stimmigen Gesamtkonzepts, welches die Umsetzung der Prävention und Gesundheitsförderung als Querschnittsthemen verankert.

Eine deutliche Erhöhung der finanziellen Mittel für (Primär)Prävention und Gesundheitsförderung sind erforderlich, um die zukünftigen sozialen und sozioökonomischen Herausforderungen zu bewältigen.

Literatur

- Fiuzza-Luces C, Garatachea N, Berger NA, et al. Exercise is the real polypill. *Physiology* (Bethesda) 2013; 28: 330–358. doi:10.1152/physiol.00019.2013
- Gabrys L, Schaller A, Peters S, et al. DNVF Memorandum – Ziele und Methoden bewegungsbezogener Versorgungsforschung. *Das Gesundheitswesen* 2024. doi:10.1055/a-2340-1669
- Gottschalk S, König H-H, Weber A, et al. Costs associated with insufficient physical activity in Germany: cross-sectional results from the baseline examination of the German national cohort (NAKO). *Eur J Health Econ* 2024. doi:10.1007/s10198-024-01697-9
- Greer, S. L., Falkenbach, M., Siciliani, L., McKee, M., Wismar, M., & Figueras, J. (2022). From health in all policies to health for all policies. *The lancet public health*, 7(8), e718-e720.
- Joisten, C., & Starke, D. (2023). Prävention von Bewegungsmangel-assoziierten Erkrankungen: Sachstand und Desiderate. *Zeitschrift für medizinische Ethik*, 69(3), 398-424.
- Köckler, H., & Geene, R. (2022). Gesundheit in allen Politikfeldern/Health in all policies (HiAP). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)(Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, o. S. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i157-1.0>.
- OECD (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
- Pfaff, H., Pfaff, M. & Schubin, K. (2024). Wege aus der BGF-Wirkungskrise. *G+G Wissenschaft*, 24(2), 15–22.
- Santos AC, Willumsen J, Meheus F, et al. The cost of inaction on physical inactivity to public health-care systems: a population-attributable fraction analysis. *Lancet Glob Health* 2023; 11: e32-e39. doi:10.1016/S2214-109X(22)00464-8
- Schrapppe M, Pfaff H. Versorgungsforschung vor neuen Herausforderungen: Konsequenzen für Definition und Konzept. *Das Gesundheitswesen*, 2016. 78(11): p. 689-694.
- Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen. (2023). Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 4. Dezember 2023