

Positionspapier der Deutschen Akademie für Präventivmedizin e.V.

Deutschland belohnt Krankheit statt Gesundheit

Die Bedeutung der Prävention für die nachhaltige Finanzierung unseres Gesundheitswesens

Die Deutsche Akademie für Präventivmedizin e.V. (DAPM) fordert eine Neuausrichtung der Gesundheitspolitik und insbesondere der ökonomischen Anreize im Gesundheitswesen: Prävention muss sich endlich lohnen.

70–80 % der Gesundheitsausgaben entfallen auf chronische Erkrankungen, die zu einem Großteil vermeidbar wären. Hunderttausende Herzinfarkte, Schlaganfälle, Diabetes- und Demenzfälle könnten jedes Jahr verhindert werden.

Deutschland gibt mehr Geld für Gesundheit aus als nahezu alle anderen Industrienationen. Bei der Lebenserwartung und dem Gesundheitsstatus der Bevölkerung liegen wir dagegen nur im Mittelfeld.

Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Demenz und Pflegebedürftigkeit nehmen stetig weiter zu – und unser Gesundheitswesen schaut tatenlos zu. Steigende Krankenkassenbeiträge sind nicht zuletzt die Folge unzureichender Prävention.

Die DAPM sieht die Ursache in jahrzehntelang gewachsenen Fehlanreizen: Krankheit zahlt sich finanziell aus, Prävention wird dagegen nicht belohnt.

Kontakt:

Für Rückfragen und ein Interview steht Ihnen der Präsident der DAPM,

Dr. med. Johannes Scholl (Facharzt für Innere Medizin, Ernährungsmedizin, Sportmedizin)

unter scholl@akaprev.de gerne zur Verfügung.

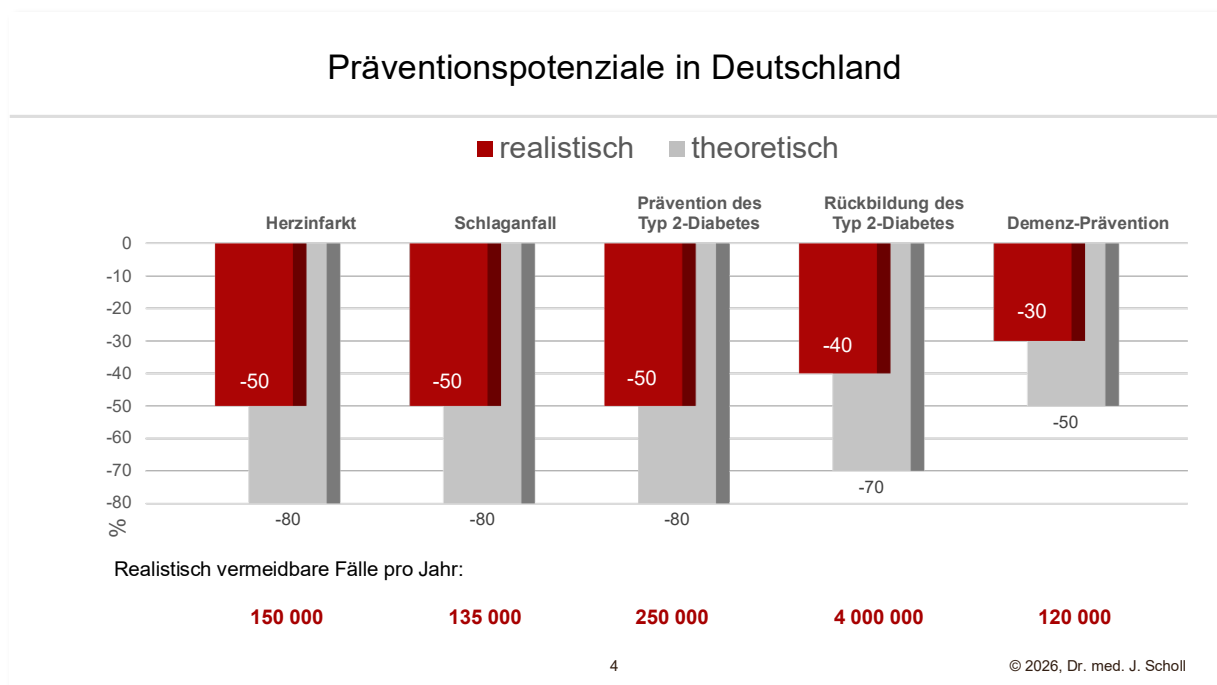
DAPM e.V., Europastr. 10, 65385 Rüdesheim

www.akaprev.de, office@akaprev.de

eingetragen ins Vereinsregister beim Amtsgericht Wiesbaden unter der Nr. VR5996

Die DAPM fordert:

- Gesundheitsförderung und Prävention als nationale Priorität („Health in All Policies“)
- Konsequente Tabakpolitik:
 - Mindestens 20 Euro pro Schachtel Zigaretten
 - Konsequentes Verbot der Werbung für Tabakprodukte und E-Zigaretten
- Krankenkassen und Leistungserbringer für erfolgreiche Prävention belohnen:
 - Präventionsindikatoren in den Morbi-RSA integrieren
- Hausarztpraxen zu Zentren der Risikofrüherkennung und Prävention ausbauen
 - Qualitätsorientierte Vergütung in der Primärversorgung
- Prävention am Arbeitsplatz massiv ausbauen – hier erreicht Prävention die Jüngeren
- Nationale Programme gegen Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes und Demenz
- Ernährungsempfehlungen an der Gesundheitsrealität der Bevölkerung orientieren
- Den wissenschaftlich veralteten Nutri-Score weiterentwickeln



Begründung unserer Forderungen

Warum sich Prävention in Deutschland noch immer zu wenig lohnt

Prävention auf Bevölkerungsebene braucht eine langfristige Perspektive. Heute getroffene Maßnahmen werden sich unter Umständen erst in Jahren bis Jahrzehnten auswirken - nichtsdestotrotz sind Gesundheitsförderung und Prävention wirksam und sinnvoll. In der Gesundheitspolitik müssen die Weichen grundsätzlich in Richtung Prävention gestellt werden. Dies erfordert eine „Health-in-all-Policies“-Strategie.

Die Erbringung von Präventionsleistungen muss sich für Leistungserbringer und Krankenkassen auf Basis überprüfbarer Kennzahlen lohnen. Durch die Einführung von Präventionsindikatoren im Morbi-RSA könnte man Anreize zu mehr Prävention schaffen. Beispiele: Senkung der Raucherquote, Senkung des Anteils unkontrollierter Hypertoniker, Senkung der Diabetesinzidenz, LDL-Zielwerterreichung bei Hochrisikopatienten.

Im Hausarztsektor muss gute Qualität in der Prävention belohnt werden. Hausärztesollten Boni erhalten für LDL-Screening, Lp(a)-Bestimmung, Diabetesrisikostratifizierung, Hypertoniekontrolle und erfolgreiche Tabakentwöhnung - nicht für die Durchführung an sich, sondern für die Zielerreichung.

Die systematische Erfassung von familiären Vorbelastungen und Risikofaktoren inklusive einer frühzeitigen Intervention muss zum Standard der hausärztlichen Versorgung werden.

Bei der Einführung neuer Screeningverfahren oder Therapien sollte ein gesundheitsökonomischer Vergleich mit Maßnahmen zur Prävention angestellt werden. Beispielsweise wäre die organisierte und bezahlte Tabakentwöhnung 6-7 x kosteneffizienter zur Prävention von Todesfällen am Lungenkrebs als das jüngst eingeführte CT-Screening bei langjährigen Rauchenden.

Die Ausbildung von Studierenden der Humanmedizin und die Ausbildung insbesondere für den hausärztlichen Sektor sollte einen größeren Schwerpunkt auf das Thema Präventivmedizin legen.

Die Rolle der Arbeitsmedizin und Betriebsmedizin am Arbeitsplatz in der Einführung wirksamer Präventionsmaßnahmen in den Unternehmen sollte massiv gefördert werden.

Die Schwerpunkte präventiver Maßnahmen sollten dort gesetzt werden, wo hohe Ausgaben für chronische Erkrankungen einer klaren Wirksamkeit präventiver Maßnahmen gegenüberstehen: Bei Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes, Demenz und Pflegebedürftigkeit.

Deutschland versagt in der Tabakpolitik – wir fordern 20 Euro pro Schachtel

Deutschland unternimmt im internationalen Vergleich viel zu wenig gegen den Tabakkonsum: Im europäischen Tabak-Control-Ranking 2024 liegt Deutschland unter 37 Ländern auf dem 25. Platz. Durch die neu eingeführte Finanzierung der Nikotinersatztherapie zwecks Tabakentwöhnung haben wir uns immerhin um 9 Plätze verbessert. Doch noch immer sind in Deutschland Zigaretten viel zu billig. Die Tabak-Werbung ist nicht ausreichend eingeschränkt.

Eine drastische Steigerung der Zigarettenpreise auf 20 Euro pro Schachtel würde sich unmittelbar in einer sinkenden Prävalenz von Rauchenden in der Bevölkerung auswirken, speziell in vulnerablen Gruppen (Jugendliche, Menschen mit niedrigem Einkommen). Dies wurde in dem EU-Project PPACT

DAPM e.V., Europastr. 10, 65385 Rüdesheim

www.akaprev.de, office@akaprev.de

eingetragen ins Vereinsregister beim Amtsgericht Wiesbaden unter der Nr. VR5996

gezeigt und ist durch die konkreten Fallbeispiele u.a. aus Australien, Neuseeland und U.K. bewiesen, in denen die Prävalenz der Rauchenden im Vergleich zu Deutschland bei weniger als der Hälfte liegt. Flankiert werden muss die Steigerung der Tabakpreise durch eine harte Kontrolle bzw. durch die Unterbindung des illegalen Zigarettenhandels.

Obwohl der Verkauf von E-Zigaretten an Jugendliche seit 2016 verboten ist, geben ca. 25% der Jugendlichen im Alter von 14-17 Jahren an, zu „vape“n. Jeder Fünfte von ihnen steigt später auf Zigaretten um. Mit einem Verbot von Einweg-E-Zigaretten und einem Werbeverbot für E-Zigaretten muss die Politik gegensteuern.

Verpasste Chancen: Hochrisikofamilien werden nicht erkannt

Kommt es in Familien zu einem frühzeitigen Herzinfarkt oder Schlaganfall vor dem 50. Lebensjahr, erfolgt in Deutschland kein systematisches Screening der Angehörigen.

Dabei ist gerade dann die Wahrscheinlichkeit für eine genetisch bedingte Erhöhung von Cholesterinwerten bzw. des dem LDL-Cholesterin ähnlichen Risikofaktors Lipoprotein(a) stark erhöht. Von letzterem sind 20 % (!) der deutschen Allgemeinbevölkerung betroffen, doch wird dieser Wert bisher kaum beachtet. Diese Menschen benötigen eine frühzeitige Optimierung aller Herz-Kreislauf-Risikofaktoren, erfahren jedoch bisher nichts darüber.

Andere Länder sind uns hier voraus: In den Niederlanden prüft man systematisch in Familien mit frühzeitigen Herzinfarkt oder Schlaganfällen die Blutwerte der nächsten Angehörigen. Dies ermöglicht eine frühzeitige Prävention bei den Betroffenen einer genetisch-bedingten Erhöhung des LDL-Cholesterins bzw. des Lipoprotein(a).

Kardiovaskuläre Prävention denkt zu kurzfristig

Mit der medikamentösen Intervention zur Cholesterinsenkung ist man in Deutschland weiterhin zu zögerlich. Der Gemeinsame Bundesausschuss GBA hat zwar die Risikoschwelle für die Verordnungsfähigkeit von Statinen (Cholesterinsenker) von 20 % auf 10 % gesenkt, den Betrachtungszeitraum dafür jedoch weiterhin bei 10 Jahren belassen.

Diese Regelung ist unsinnig und wurde in internationalen Leitlinien längst verlassen: Man muss das Lebenszeit-Risiko der Menschen betrachten, wenn man über die Notwendigkeit einer Intervention zur Senkung eines Risikofaktors entscheiden will.

Die alleinige Fokussierung auf das 10-Jahres-Risiko benachteiligt Menschen, die aufgrund ihres Risikoprofils (und einer möglichen genetischen Veranlagung) ein hohes Lebenszeitrisiko hätten. Man lässt bei Ihnen jahrzehntelang einen Risikofaktor unbehandelt, dessen frühzeitige Senkung einen viel größeren Benefit bringen würde als eine spätere Intervention bei hohem 10-Jahres-Risiko.

Sinnvoll wäre beispielsweise der frühzeitige Beginn einer niedrigdosierten und damit gut verträglichen Statin-Therapie bei Menschen mit hohem Lebenszeitrisiko (> 30% mit 80 Jahren).

Bluthochdruck – der Killer Nr. 1

Bezogen auf das *Population Attributable Risk*, also die einem einzelnen Risikofaktor zuschreibbaren Erkrankungen, ist der Bluthochdruck in Deutschland „der Killer Nr. 1“. Sehr viele Menschen haben einen Bluthochdruck – und die Mehrheit ist unzureichend behandelt.

Bluthochdruck begünstigt Arteriosklerose, Herzinfarkt, Schlaganfall, eine Herzinsuffizienz durch Versteifung des Herzmuskels (HFpEF = Heart Failure with preserved Ejection Fraction), Demenz und letztlich auch Pflegebedürftigkeit.

Die neuen Leitlinien von 2024 empfehlen, Blutdruckzielwerte von 120/70 mmHg anzustreben, weil dies nach evidenz-basierten Kriterien das Risiko für die genannten Erkrankungen reduziert. Die Umsetzung dieser Erkenntnisse ist in Deutschland bisher mangelhaft.

Millionen Diabetesfälle wären vermeidbar

Übergewicht und Adipositas nehmen in den letzten Jahren gerade bei jüngeren Menschen zu. Damit steigt auch das Risiko für einen gestörten Zuckerstoffwechsel und langfristig für einen Typ 2-Diabetes. In Deutschland leiden knapp 10 Mio. Erwachsene an Typ 2-Diabetes – jedes Jahr kommen mehr als 500.000 neue Fälle hinzu.

Das Manifestationsalter ist gesunken – auf 51 Jahre für Männer und 55 Jahre für Frauen. Der Typ 2-Diabetes ist schon lange kein „Alterszucker“ mehr. Wer mit 50 Jahren an Diabetes erkrankt, verliert durchschnittlich 6-7 gesunde Lebensjahre.

Diabetes ist ein führender Risikofaktor für vorzeitige arteriosklerotische Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall, für die chronische Niereninsuffizienz (Nierenversagen), aber auch für Krebs und Demenz.

Von 100 Menschen mit Prädiabetes entwickeln in den kommenden 10 Jahren mindestens 35 einen manifesten Typ-2-Diabetes. Dabei könnten 80 % dieser Fälle durch eine Lebensstiländerung verhindert werden. Doch auf einen Prädiabetes wird nicht gescreent, das Risiko wird nicht erkannt, und Betroffene bekommen keine gezielten Informationen über die Möglichkeiten der Diabetesprävention.

Menschen mit neu diagnostiziertem Typ 2-Diabetes werden in Disease-Management-Programme eingeschleust, anstatt ihnen zu erklären, wie sie ihre Krankheit ohne Medikamente in den Griff bekommen und zurückbilden könnten.

Dass eine Diabetesremission nach aktuellen Studien in mehr als der Hälfte der neu manifestierten Diabetesfälle möglich wäre, wird von der Deutschen Diabetes Gesellschaft DDG bisher nicht zum Anlass genommen, ein Programm oder eine Leitlinie dafür zu erstellen.

Statt die Menschen proaktiv über die Möglichkeiten aufzuklären, den Diabetes wieder loszuwerden, setzt das System auf die Verwaltung der Erkrankung und eine dauerhafte und kostspielige, medikamentöse Behandlung.

Ernährungsempfehlungen vorbei an der Realität

Seit Anfang der 80er Jahre hatten Fachgesellschaften wie die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) und die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) sowohl der Allgemeinbevölkerung als auch Menschen mit Diabetes empfohlen, sich fettarm zu ernähren. Das war nachweislich falsch!

Vielmehr wurde die Epidemie von Übergewicht und Diabetes dadurch erst recht gefördert, denn die langjährige Verharmlosung von Zucker führte nachweislich zu mehr Adipositas, Insulinresistenz und schließlich Typ 2-Diabetes.

Ein Umbrella-Review (systematisches Review aller verfügbaren Metaanalysen zum Thema) des Deutschen Diabetes Zentrums Düsseldorf hat 2023 noch einmal bestätigt, dass die Reduktion der Kohlenhydratzufuhr mit höchstem Evidenzgrad vorteilhaft für Menschen mit Typ 2-Diabetes ist.

Doch ein auf falschen Grundannahmen beruhender Nutri-Score führt die Verbraucher:innen weiterhin in die Irre. In einen verbesserten Nutri-Score müsste unbedingt die „Blutzuckerwirksamkeit von Lebensmitteln“ und nicht nur der „Zuckergehalt“ eingehen.

Wichtig zu wissen: „Stärke ist auch Zucker“. Brot, Reis, Cornflakes und andere stark blutzuckerwirksame Lebensmittel bekommen derzeit vom Nutri-Score ein Grünes „A“. Dies ist irreführend und fördert Adipositas und Diabetes.

Bis heute gibt es von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung DGE keine Ernährungsempfehlungen, die den tatsächlichen Gesundheitszustand der Bevölkerung berücksichtigen würden. Pauschale Ernährungsempfehlungen an „die gesunde Allgemeinbevölkerung“ sind aus Sicht der DAPM unsinnig in Zeiten, in denen die weit überwiegende Mehrheit der Bevölkerung eben nicht mehr schlank und nicht mehr stoffwechselgesund ist.

Stattdessen bräuchten wir zielgruppenspezifische Ernährungsempfehlungen zur Prävention und Therapie von Adipositas und Diabetes, für Kinder in der Wachstumsphase, für Senioren und für Menschen mit chronischen Erkrankungen. Empfehlungen sollten außerdem kulturell adaptiert sein, um eine entsprechende Akzeptanz zu finden.

Demenz und Pflegebedürftigkeit: ungenutztes Potenzial zur Prävention

Im deutschen Gesundheitswesen wird bisher fast nichts unternommen, um Demenz und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Jährlich erkranken in Deutschland mehr als 300.000 Menschen an einer Demenz. Etwa 800 000 Menschen werden pro Jahr in die vollstationäre Pflege aufgenommen. Knapp 5 Millionen Menschen werden zu Hause gepflegt.

Demenz hat zwar eine starke genetische Komponente, jedoch steigern ein ungesunder Lebensstil und vermeidbare bzw. behandelbare Risikofaktoren das Demenzrisiko um bis zu 50 % über das genetische Risiko hinaus. Insbesondere Rauchen, Bluthochdruck, Cholesterinerhöhung und (Prä-)Diabetes sind dafür verantwortlich. Realistisch betrachtet könnten wir 100 000 Demenz-Fälle pro Jahr vermeiden.

Mangelnde körperliche Aktivität und ein Muskelabbau (Sarkopenie) sind neben der unzureichenden, präventiven Behandlung von Herz-Kreislauf-Risikofaktoren die führenden Treiber für Pflegebedürftigkeit. Die Vermeidung des „Endpunktes einer Pflegebedürftigkeit“ bzw. zumindest deren Verzögerung ist durch frühzeitige präventive Interventionen möglich.

Fazit für die gesundheitspolitische Diskussion:

Bisher ist das deutsche Gesundheitswesen im Hinblick auf chronische, nicht-übertragbare Erkrankungen ein „Krankheitsverwaltungswesen“.

Die fehlende Motivation zur Prävention hat neben der historischen Entwicklung unseres Gesundheitswesens v.a. ökonomische Gründe. An den Krankheiten wird gut verdient – Prävention würde in den aktuellen Vergütungsstrukturen für viele Mitwirkende im Gesundheitswesen zu finanziellen Einbußen führen.

Nur über veränderte ökonomische Rahmenbedingungen, die Gesundheitsförderung und Prävention belohnen, kann die Gesundheitspolitik langfristig die Finanzierbarkeit unseres Gesundheitswesens und des medizinischen Fortschritts gewährleisten.

Die Fakten sind bekannt: Evidenz-basierte Präventivmedizin ist wirksam, langfristig kosteneffizient – und sie ist aus ärztlicher Sicht sinnvoll. Deutschland wird die Finanzierung seines Gesundheitswesens langfristig nur sichern können, wenn die Vermeidung chronischer Erkrankungen denselben Stellenwert erhält wie deren Behandlung.

Gesundheitsförderung und Prävention sind mehr als ein weiterer „Ausgabenblock“ – sie sind eine notwendige und lohnende Investition in Gesundheit, Lebensqualität und wirtschaftliche Stabilität.



Rüdesheim, Juni 2026

Dr. med. Johannes Scholl
1. Vorsitzender der DAPM

Quellenangaben:

1. <https://www.tobaccocontrolscale.org/> accessed 17.06.2026
2. <https://cordis.europa.eu/project/id/223323/reporting>
3. Kronenberg F et al., Lipoprotein(a) in atherosclerotic cardiovascular disease and aortic stenosis: a European Atherosclerosis Society consensus statement. Eur Heart J 2022 Oct 14;43(39):3925-3946. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac361>
4. Reitzle L et al., Inzidenz von Typ-1- und Typ-2-Diabetes vor und während der COVID-19-Pandemie in Deutschland: Analyse von Routinedaten der Jahre 2015 bis 2021. Journal of Health Monitoring 2023; 8(S5). <https://doi.org/10.25646/11703>
5. Emerging Risk Factors Collaboration. Life expectancy associated with different ages at diagnosis of type 2 diabetes in high-income countries: 23 million person-years of observation. Lancet Diabetes Endocrinol 2023; 11: 731-42. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(23\)00223-1](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(23)00223-1)
6. Scholl Johannes, Snowdon Bettina. Diabetes zurück auf Null: Die Erkrankung stoppen und gesund werden. TRIAS; 1. Edition (5. Oktober 2022). www.diabetesaufnull.de
7. Morris DH et al., Progression rates from HbA1c 6.0–6.4% and other prediabetes definitions to type 2 diabetes: a meta-analysis. Diabetologia (2013) 56:1489–1493. <https://doi.org/10.1007/s00125-013-2902-4>
8. Scholl JG, Kurz PU, P358, Successful diabetes prevention - the Prevention First longitudinal study (PFLS) European Journal of Preventive Cardiology (May 2018) 25 (Supplement 1), 66. <https://doi.org/10.13140/rg.2.2.10081.40804>
9. Magkos, F., Sørensen, T.I.A., Raubenheimer, D. et al. On the pathogenesis of obesity: causal models and missing pieces of the puzzle. Nat Metab (2024). <https://doi.org/10.1038/s42255-024-01106-8>
10. Szczerba Edyta et al., Diet in the management of type 2 diabetes: umbrella review of systematic reviews with meta-analyses of randomized controlled trials. BMJMED 2023; 2: e000664. <https://doi.org/10.1136/bmjmed-2023-000664>
11. Ludwig David S., Hu Frank B., Lichtenstein Alice H., Willett Walter C., Low-fat diet Redux at WHO. The American Journal of Clinical Nutrition 2023; 118(5): 849-851. <https://doi.org/10.1016/j.ajcnut.2023.09.006> .
12. Livingston G et al., Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. Lancet 2024; 404: 572–628. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)
13. Weinhold I et al., Economic impact of disease prevention in a morbidity-based financing system: does prevention pay off for a statutory health insurance fund in Germany? European Journal of Health Economics 2019; 20: 1181–1193. <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01086-7>
14. Berndt B et al., Analyse zu Präventionsanreizen im reformierten Risikostrukturausgleich - Abschlussbericht der WIG2 GmbH. Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung. Leipzig 2025