

23. September 2026

Prävention, die nutzt – Basis einer hochwertigen Gesundheitsversorgung

Hintergrund

Prävention zielt darauf ab, gesundheitliche Risiken zu vermindern und zukünftige Erkrankungen zu vermeiden, behandelbare Krankheiten früh zu erkennen oder Krankheitsrisiken und -folgen zu reduzieren [1]. Prävention basiert auf der Annahme, dass Krankheitsverläufe durch das Wissen um Einflussfaktoren bzw. die Erkennung von Risikofaktoren oder frühen Stadien günstig verändert werden können - auf individueller Ebene oder bevölkerungsbezogen [2]. Evidenzbasierte Prävention beinhaltet Maßnahmen, für die ein tatsächlicher Nutzen für individuelle Personen bzw. für die Bevölkerung wissenschaftlich erwiesen ist [3, 4]. Der Wissenschaftsrat hat 2026 in seinem Positionspapier eine diesbezüglich verbindliche Ausgestaltung von Präventionsstrategien gefordert [5].

Die DEGAM unterstützt dies vollumfänglich: Der Schlüssel für eine gesündere Gesellschaft liegt weit vor der Praxis- und Klinik, und: erfolgreiche und effiziente Prävention braucht Evidenz!

Ausgangssituation

In Deutschland werden in der medizinischen Versorgung viele Maßnahmen unter dem Begriff Prävention beworben und durchgeführt, ohne dass ein gesundheitlicher Nutzen nachgewiesen ist. Dies betrifft insbesondere Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), aber auch Leistungen gesetzlicher Krankenkassen, wie bspw. Laboruntersuchungen ohne Indikation oder Konsequenz, Untersuchungen auf Ablagerungen in den Halsschlagadern oder auf Fettleber, die Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse oder der Eierstöcke bei symptomlosen Personen. Auch das weltweit einmalige regelmäßige Hautkrebsscreening für Alle fällt in diese Kategorie: Zwar werden deutlich mehr verdächtige Hautläsionen gefunden und entfernt; die Sterblichkeit sank jedoch nicht [6, 7]. Andere Länder entschieden sich wegen fehlender Evidenz gegen ein derartiges Screening. Oft wird eine deutliche Lebensverlängerung in Aussicht gestellt, ohne dass hierfür eine belastbare wissenschaftliche Grundlage existiert [8]. Im Gegenteil: zahlreiche unter dem Label „Prävention“ durchgeführte diagnostische und therapeutische Maßnahmen sind nachweislich nicht förderlich oder sogar schädlich: Der Befund eines möglichen Frühstadiums hat in den allermeisten Fällen keinen direkten Krankheitswert. Er schürt aber Unsicherheit und Ängste („Ich könnte Krebs haben“) und hat meist eine Kaskade an weiterer Diagnostik und präventiven Interventionen zur Folge, die ihrerseits mit Komplikationen einhergehen können. Trotz des fehlenden Nutzens verursachen sie nennenswerte Kosten.

Viele Präventionsleistungen werden in Deutschland nicht gezielt an Risikogruppen adressiert, sondern breit ab bestimmten Altersgrenzen angeboten. Das verringert den Nutzen, verursacht hohe Kosten und beansprucht ärztliche Zeit, die in der Versorgung fehlt. Eine strikte Ausrichtung von Präventionsmaßnahmen an wissenschaftlicher Evidenz und Adressierung an Risikogruppen würde zu einer geringeren individuellen Belastung der einzelnen Personen und des Gesundheitssystems führen [9].

Der Schlüssel für eine gesündere Gesellschaft liegt weit vor der Praxis- und Kliniktür

Zentrale und nachweislich nutzbringende Handlungsfelder für eine gesündere Gesellschaft werden in Deutschland bislang kaum adressiert: Ernährung (z.B. Zuckerreduktion), Alkohol- und Tabakkonsum (z.B. Werbe- und Verkaufsbeschränkungen, besserer Nichtraucherschutz) sowie körperliche Aktivität (z.B. Infrastruktur für Bewegungsförderung) [10]. Entscheidend ist die Verschränkung von individueller Verhaltens- und gesellschaftlicher Verhältnisprävention. Lebensumstände und Alltagsbedingungen müssen so gestaltet sein, dass Risiken für alle reduziert werden und gesundes Verhalten erleichtert wird. Die Wirksamkeit dieses gesamtgesellschaftlichen Ansatzes zeigen andere europäische Länder: Im europäischen Public Health Index 2025 [11] liegen Großbritannien, Finnland, Irland, Norwegen und Frankreich auf den ersten Plätzen, Österreich, Deutschland und die Schweiz bilden die Schlusslichter.

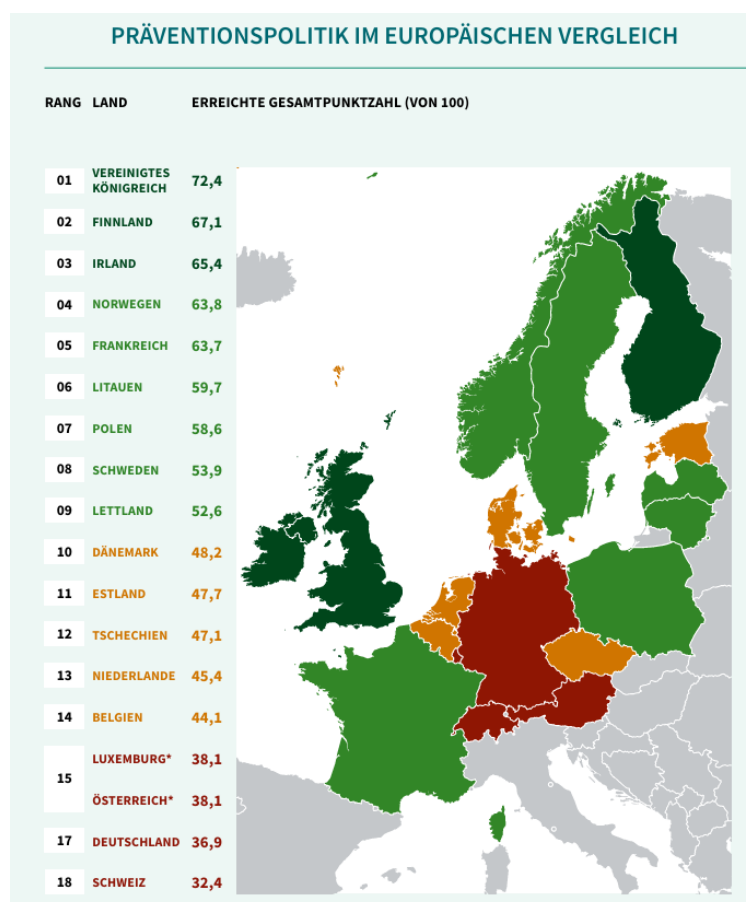


Abb.: Präventionspolitik im europäischen Vergleich, aus: AOK-Bundesverband, Deutsches Krebsforschungszentrum (2025) Public Health Index. Gesundheitsschutz im europäischen Vergleich

Hinsichtlich gesundheitsbezogener Outcomes wie Lebenserwartung und vermeidbare Mortalität erzielt Deutschland trotz sehr hoher Gesundheitsausgaben allenfalls durchschnittliche Ergebnisse [12]. Eine Verbesserung gesundheitsbezogener Outcomes in Deutschland kann nur

gelingen, wenn insbesondere das gesundheitliche und gesundheitsökonomische Potenzial der Verhältnisprävention stärker genutzt wird. Gleichzeitig reicht es nicht aus, allein die Lebensverhältnisse zu adressieren. Auch die Versorgungsstrukturen müssen weiterentwickelt werden.

Die DEGAM fordert:

- Einen Paradigmenwechsel in der Präventionspolitik: Weg von der Maximierung von Screeninguntersuchungen hin zu einer konsequent evidenzbasierten, risikoorientierten und gesellschaftlich verankerten, wirksamen Prävention.
- Prävention ist als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu verstehen. Gesundheit wird maßgeblich durch Bildung, Einkommen, Wohnumfeld, Mobilität, Ernährung und Arbeitsbedingungen beeinflusst. Wirksame Prävention erfordert daher ein verbindliches Health-in-All-Policies-Prinzip. Die gesundheitlichen Auswirkungen politischer Entscheidungen sollen in allen relevanten Politikfeldern systematisch berücksichtigt werden.
- Verhältnisprävention muss als zentrales Handlungsfeld der Gesundheitspolitik weiterentwickelt, gesundheitsförderliche Lebensbedingungen müssen politisch aktiv gestaltet werden. Hierzu gehören insbesondere wirksame Maßnahmen zur Reduktion des Tabak- und Alkoholkonsums, eine gesundheitsfördernde Ernährungspolitik, eine bewegungsförderliche öffentliche Infrastruktur sowie die Verringerung sozial bedingter Gesundheitsungleichheiten.
- Finanzielle, personelle und zeitliche Ressourcen müssen dort eingesetzt werden, wo sie den größten gesundheitlichen Nutzen erzielen. Präventionsleistungen müssen vor Einführung sowie danach regelmäßig und systematisch reevaluiert werden, dabei müssen mögliche Schäden ebenso wie möglicher Nutzen einbezogen werden. Leistungen ohne belegten Nutzen oder mit ungünstigem Nutzen-Schaden-Verhältnis müssen konsequent zurückgefahren und wirksame Präventionsstrategien gestärkt werden.
- Insbesondere Angebote der Verhaltensprävention müssen stärker risikoorientiert ausgerichtet werden. Menschen mit erhöhten Erkrankungsrisiken profitieren häufig deutlich stärker von gezielten Präventionsmaßnahmen als die Allgemeinbevölkerung.
- Die stärkere Förderung von Forschung zur Prävention und deren Implementierung. Präventionsmaßnahmen müssen kontinuierlich wissenschaftlich evaluiert werden, damit knappe Ressourcen auf wirksame Strategien zum größtmöglichen Nutzen konzentriert werden können.

Zitierte Literatur:

1. BMG, Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. 2015, Bundesgesetzblatt: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2015.
2. Karrenberg, U., Prävention: Das Buch des Lebens – Mutationen, Evolution und die Macht der Vorbeugung. 2025, Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
3. Ebell, M.H., et al., *Top 20 POEMs of the Past 20 Years: A Survey of Practice-Changing Research for Family Physicians*. Ann Fam Med, 2018. 16(5): p. 436–439.
4. Krajic, K., C. Dietscher, and J. Pelikan, Soziologie der Krankheitsprävention, in Soziologie von Gesundheit und Krankheit, M. Richter and K. Hurrelmann, Editors. 2023, Springer Fachmedien Wiesbaden: Wiesbaden. p. 479–501.
5. Wissenschaftsrat (2026): Für Prävention und Gesundheitsförderung handeln in Wissenschaft, Versorgung und Gesellschaft | Positionspapier; Köln.
<https://doi.org/10.57674/7rvj-jy21>
6. Gössinger EV, Müller AM, Navarini AA, Sonntag AK. Melanom-Screening. Aktuelle Dermatologie 2025, 51:243 – 249.
7. US Preventive Services Task Force. Screening for Skin Cancer: Recommendation Statement. JAMA 2023;329(15):1290–1295. doi:10.1001/jama.2023.4342. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2803797>
8. Lungen, M., et al., Evidenz der Wirksamkeit internationaler Präventionsmaßnahmen und Auswirkungen auf ein deutsches Präventionsgesetz. Medizinische Klinik, 2009. 104(2): p. 101–107.
9. Nuscheler, R. and K. Schlögl-Flierl, Ein gesundheitsökonomischer Blick auf die Prävention im deutschen Gesundheitssystem. Zeitschrift für medizinische Ethik, 2023. 69(3): p. 368–397.
10. Nößler D, Maibaum T, Scherer M (2025) Prävention außer Kontrolle – warum wir die Falschen behandeln: Und wie TNT das Gesundheitssystem „sprengt“: EvidenzUpdate-Podcast EvidenzUpdate2025;6(158). <https://doi.org/10.69156/pod.001/2025.11.00158>
11. AOK-Bundesverband, Deutsches Krebsforschungszentrum (2025) Public Health Index. Gesundheitsschutz im europäischen Vergleich. https://www.aok.de/pp/fileadmin/bereiche/unternehmenskommunikation/Agenda/Public_Health/PHI_2025_GE-SAMT_RZ_bf_online.pdf
12. OECD (2025), Health at a Glance 2025: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en> – Kapitel „Avoidable mortality (preventable and treatable)“ und „Life expectancy at birth“.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familien- medizin (DEGAM)



Kontakt:

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Schumannstraße 9
10117 Berlin
Tel.: 030-20 966 9800
geschaeftsstelle@degam.de