

**BERLINER ERKLÄRUNG**



# **GESUNDHEITS- VORSORGE DER ZUKUNFT**

**WAS JETZT ZU TUN WÄRE**



# **GESUNDHEITS- VORSORGE DER ZUKUNFT**

**WAS JETZT ZU TUN WÄRE**



**PROF. REINHARD BUSSE**

*TU Berlin, Wissenschaftlicher  
Schirmherr der Initiative*

# **GESUNDHEIT „WEITER“ DENKEN**

Mit dieser „Berliner Erklärung“ zeigen wir in zehn pointierten Thesen, worauf die Gesundheitsvorsorge in Zukunft gerichtet sein soll. Die zentrale Botschaft: „Vorsorge“ muss im Gesundheitssystem einen wichtigeren Anteil einnehmen, etwa bei konsequenter Datennutzung zur Vermeidung von Medikationsfehlern oder einer „Quartärprävention“ unnötiger medizinischer Leistungen.

Die zweite Botschaft: „Vorsorge“ geht weit über das Gesundheitssystem hinaus und muss viele Bereiche wie Bildung, Arbeit, Verkehr oder Umwelt einschließen. Auch dort wird über Gesundheit und über Gesundheitschancen entschieden. Wir brauchen eine „Health in All Policies“. Das Präventionsgesetz von 2015 greift mit dem Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung zu kurz.

Die Coronavirus-Pandemie hat eindrucksvoll gezeigt, dass ohne Gesundheit andere gesellschaftliche Werte gefährdet sind. In der Pandemie ist Gesundheit in den Mittelpunkt politischer Entscheidungen gerückt, auf Basis rapide wachsender Evidenz und der Notwendigkeit, schnell und agil zu handeln. Dieser Politikansatz kann ein Lehrstück für die Gesundheitsvorsorge der Zukunft sein.

In diesem Sinne hoffen wir, dass die Thesen überzeugen, in künftige Gesundheitspolitik einfließen – und zu einer besseren Bevölkerungsgesundheit und Vermeidung von Erkrankungen beitragen.









### **DIE UNTERZEICHNER**

**PROF. (FH) DR. MATHIAS BELLINGHAUSEN**

*Vorstandsvorsitzender der Gesellschaft für Prävention e.V. /  
Prodekan der Fakultät Sportmanagement an der HAM*

**DR. BRITTA BIENDARA**

*Kooperationsmanagerin, AXA Krankenversicherung AG*

**JOCHEN BURKHARDT**

*Leiter Stabsstelle Entwicklung und Steuerung,  
Universitätsklinikum Freiburg*

**PROF. DR. REINHARD BUSSE, MPH, FFPH**

*Management im Gesundheitswesen, TU Berlin*

**MARTIN FENSCH**

*Leiter Corporate Affairs und Mitglied der Geschäftsführung,  
Pfizer Deutschland GmbH*

**ERHARD HACKLER, RA**

*Geschäftsführender Vorstand  
Bundesverband für Gesundheitsinformation und  
Verbraucherschutz – Info Gesundheit e.V.*

**DR. MORRIS HOSSEINI**

*Senior Partner, Roland Berger*

**DR. MED. ELLIS E. HUBER**

*Vorsitzender Berufsverband der Präventologen e.V.,  
Vorstandsmitglied PARITÄT Berlin*

**SIGRID KÖNIG**

*Vorständin des BKK Landesverbands Bayern*

**DR. MED. MATHIAS KRISAM**

*Geschäftsführer, läuft GmbH*

**MALAIKA LAUK**

*CEO, Lauk Ventures GmbH*



**DR. MED. BERTRAM OTTILLINGER**

*CEO, vicron GmbH*

**DR. MED. UWE POPERT**

*Facharzt für Allgemeinmedizin, Kassel*

**DR. DIRK RADICKE, MBA**

*Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie,  
Gesundheitsökonom*

**DR. GEORG RALLE**

*Generalsekretär, Netzwerk gegen Darmkrebs e.V.*

**DR. TONIO SCHÖNFELDER**

*Leiter Versorgungsforschung, WIG2 Institut*

**JÖRG SPIELMANN**

*Leiter Patientenbegleitung Onkologie,  
AXA Krankenversicherung AG*

**PROF. DR. MED. ELISABETH STEINHAGEN-THIESSEN**

*Seniorprofessorin, Charité - Universitätsmedizin Berlin*

**DIJANA THELMANN**

*Head of Business Development & Strategic Partnerships,  
Selfapy GmbH*

**WOLFGANG VAN DEN BERGH**

*Director News & Politics, Chefredakteur „Ärzte Zeitung“,  
Springer Medizin Verlag GmbH*

**PROF. DR. MED. KLAUS WAHLE**

*Hausarzt und ehem. STIKO-Mitglied*

**DR. STEFAN WALLER**

*Internist, Kardiologe, e-health, „Dr. Heart“*

**CARSTEN WITTE**

*1. Vorstand Jung und Krebs e.V., Freiburg*

WIE LAUFEN BEI  
- PILOT IN DIE  
- ANDERE WEG  
- BOTTOM UP

THINK TANK  
- WIE LAUFEN BEI  
- PILOT IN DIE  
- ANDERE WEG  
- BOTTOM UP

ADMINI-  
ZESSE  
FORMANE  
- Rahmen => wie  
- die Spur)



HIERGEBÜRE TRIGGER  
ÜBERGEBEITENDE  
PERSONS  
KONZENTRATION ZUR  
PROGRAMMIERUNG  
PROGRAMMIERUNG

MILE  
- APPAR  
=> FE  
BSP. KARZ  
ERW

Handwritten notes on a white sheet of paper, including a white marker and some illegible text.

... REICH  
WIE GESUND  
RUNG & ZEL  
ERRIEREN ALS  
PORT PROJEKT

... ANZIELLEN  
FÜR ARZTE  
PRIMÄRVERSORG  
SICH VERBESSERT  
= D GRUNDSATZLICH  
RUNG

... DATEN  
... FEHLER  
... WISS. FRAGEN  
... TEUER

... QUALITÄT  
FÜR ALLE  
LICH EN &



... 8 MORE  
... LASTIGE MED  
... ANREIZE  
... VASKULÄRE  
... ANUNGEN

Viele  
Bsp: Thera Pea  
berker / Ernähm

5  
... SPEICHER-EVENTS OF  
... on Pass...



### ENTSTEHUNG UND AUFBAU

Rund 40 Experten haben in drei interdisziplinären Zukunftswerkstätten eine Vision für eine wirkungsvollere Gesundheitsvorsorge entwickelt. Dabei haben sie Faktoren auf drei Ebenen identifiziert und priorisiert:

**LEITPRINZIPIEN:** Übergreifende Hebel, an denen angesetzt werden sollte.

**MASSNAHMEN:** Konkrete Ideen und Initiativen, die auf eine bessere Gesundheitsvorsorge einzahlen („Dafür sollten wir ...“)

**RAHMENBEDINGUNGEN:** Unterstützende Faktoren in unserem Umfeld, die weiter ausgebaut sowie hemmende Faktoren, die beseitigt werden sollten („Für eine [These] braucht es ...“)

Die Berliner Erklärung stellt auf den folgenden Seiten die zehn Leitprinzipien, Maßnahmen und Rahmenbedingungen vor, die von den Experten als am wichtigsten bewertet wurden. Zu jedem Leitprinzip hat unser wissenschaftlicher Schirmherr Professor Reinhard Busse die Faktoren, die thematisch zusammenpassen, gruppiert und mit Beispielen sowie Empirie illustriert.

**DIE GESUNDHEITSVORSORGE DER ZUKUNFT ...**

---







*... denkt über  
Sozialgesetz-  
bücher hinaus  
und ist in jedem  
Politikbereich  
etabliert.*

---

**DAFÜR SOLLTEN WIR** ein Gesundheitskabinett etablieren: Die Gesundheitsvorsorge muss Thema in allen Bundesministerien sein – als eigenes Referat oder als Stabsstelle. Ähnlich wie bei der Umwelt muss sie u.a. auch systematisch in die Verkehrs- und Wirtschaftspolitik einfließen, zum Beispiel über einen Kabinettsausschuss Gesundheit.

**FÜR EINE HEALTH-IN-ALL-POLICIES BRAUCHT ES** ein positives Umfeld, um Veränderungen schaffen und tradierte Strukturen aufbrechen zu können, und Finanzierungssysteme, die auf Prävention statt auf Behandlung von Erkrankungen setzen.

**WIR KÖNNEN EMPIRISCH ZEIGEN**, wie in der Corona-Pandemie „Health in All Policies“ zum Politikstandard und von Politikern in Bund und Ländern gelebt wurde: Das „Corona-Kabinett“ auf Bundesebene<sup>1</sup> könnte, erweitert um das Umwelt-, das Verkehrs- und das Landwirtschaftsministerium, als Gesundheitskabinett verstetigt werden.

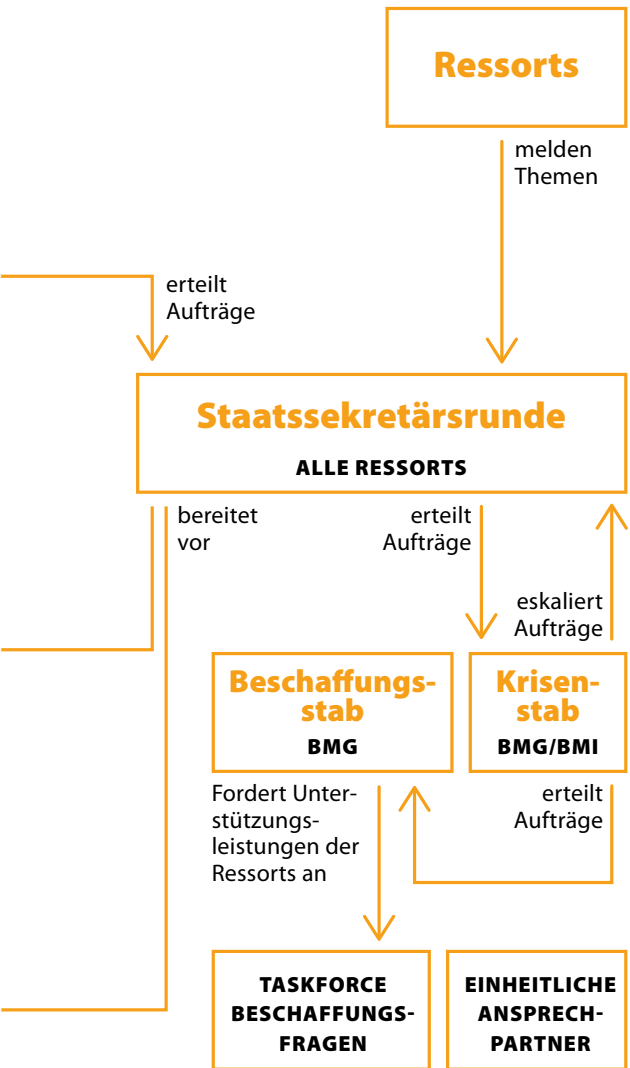
**QUELLEN UND LITERATUR:**

1) Bundesgesundheitsministerium. (2020). Regierungshandeln in Zeiten von Covid19. Abgerufen 8. August 2020, von <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/regierungshandeln-covid19-1740548>

## **AUS DER PANDEMIE LERNEN**

Wie Health-in-All-Policies  
während Corona funktioniert hat.





... *ist agil.*

---

**DAFÜR SOLLTEN WIR** einen Präventions-Think-Tank gründen; Nur gemeinsam können wir das bisherige Silodenken auflösen und ein lernendes System werden, das sektorenübergreifend an einer ganzheitlichen Strategie arbeitet. Dafür müssen wir interdisziplinäre Vordenker zusammenbringen, die die Prävention in Deutschland kontinuierlich weiterentwickeln.

**FÜR AGILITÄT BRAUCHT ES** ein positiveres Umfeld, um Veränderungen schaffen und tradierte Strukturen aufbrechen zu können.

**WIR KÖNNEN EMPIRISCH ZEIGEN**, dass typische, schmal orientierte Präventionsprogramme die kardiovaskuläre Mortalität im Schnitt nicht senken. Vielmehr sind breit orientierte Programme, die an mindestens sechs Faktoren ansetzen, effektiv.<sup>1</sup>

**QUELLEN UND LITERATUR:**

1) van Halewijn et al. Int J Cardiology 2017; 232: 294-303

## **EFFEKTE KARDIOVASKULÄRER PRÄVENTION**

Einfluss auf die Gesamtsterblichkeit  
(relative Risikoreduktion bzw. -erhöhung) durch  
Präventionsansätze, die sechs oder mehr  
Risikofaktoren fokussieren oder weniger als  
sechs Risikofaktoren.

Quelle: Eigene Darstellung nach van Halewijn G, et al.  
Lessons from contemporary trials of cardiovascular prevention  
and rehabilitation: A systematic review and meta-analysis.  
Int J Cardiol. 2017;232:294-303.



---

**+8%**

Gesamtsterblichkeit  
(95 CI -6% bis +24%)  
bei Programmen mit Fokus  
auf <6 Risikofaktoren



---

**-37%**

Gesamtsterblichkeit  
(95 CI -57% bis -7%)  
bei Programmen mit Fokus  
auf  $\geq 6$  Risikofaktoren



*... ist eine  
lebenslange  
Erziehungs-  
und Bildungs-  
aufgabe.*

---

**DAFÜR SOLLTEN WIR** eine nationale Kommunikationsstrategie für gesundheitsbewusstes Verhalten verfolgen: Gut evaluierte und funktionierende regionale Aufklärungskampagnen können national ausgerollt werden. Wir müssen alle Bürger in Deutschland gesundheitskompetenter machen und sie mit verhaltenswissenschaftlichen Methoden besser dazu befähigen, für ihre Gesundheit zu sorgen. Dabei wird die besondere Rolle der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ausdrücklich betont.

**FÜR GESUNDHEITSBILDUNG BRAUCHT ES** Gesundheitskompetenz, die schon in Schulen und Kindergärten stärker vermittelt wird, und Nachmittagsbetreuung in Schulen und Kindergärten.

**WIR KÖNNEN EMPIRISCH ZEIGEN** dass die Gesundheitskompetenz (Health Literacy) nur bei sieben Prozent der Bürger exzellent und bei 38 Prozent ausreichend ist – bei 45 Prozent hingegen gilt sie als problematisch und bei zehn Prozent als inadäquat. Letzteres ist bei niedrigerem Sozialstatus, höherem Alter und Migrationshintergrund um das 5,3-, 1,8- bzw. 1,9-Fache erhöht.<sup>1</sup>

**QUELLEN UND LITERATUR:**

1) Schaeffer et al. Dt Ärztebl Int 2017; 114: 53-60

**DIE GESUNDHEITSVORSORGE DER ZUKUNFT ...**

---





*... überwindet  
soziale  
Ungleichheiten.*

---

**DAFÜR SOLLTEN WIR** Angebote auf vulnerable Gruppen zuschneiden; Prävention mit der Gießkanne erreicht Menschen, die sich ohnehin gesundheitsbewusst verhalten. Benötigt werden passgenaue Angebote für sozial benachteiligte oder ältere Menschen. Pilotprojekte mit der Expertise von Sozialarbeitern können ein Beginn sein und bei Erfolg in die Regelversorgung übernommen werden.

**ZUM ÜBERWINDEN VON UNGLEICHHEIT BRAUCHT ES** existierende Präventionsberater, deren Rolle gestärkt und deren Einsatz ausgeweitet wird, sowie weniger Hürden für Präventionsangebote, etwa durch die Einbindung weiterer nicht-ärztlicher Berufe.

**WIR KÖNNEN EMPIRISCH ZEIGEN,** dass Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus dreimal so häufig übergewichtig sind wie aus Familien mit höherem Sozialstatus. Ein wesentlicher Faktor ist der regelmäßige Konsum zuckerhaltiger Getränke: bei Kindern aus niedrigen Sozialschichten ist er vier- bis fünfmal häufiger.<sup>1</sup>

**QUELLEN UND LITERATUR:**

1) KiGGS Welle 2 (2014-2017): 25,5% vs. 7,7% bzw. 35,5% vs. 8,8% / 25,2% vs. 5,0%; Schienkiewitz et al. bzw. Mensink et al. Journal of Health Monitoring 2018; 3(1)

## **JE ÄRMER, DESTO DICKER**

Adipositasprävalenz  
nach sozialökonomischem Status

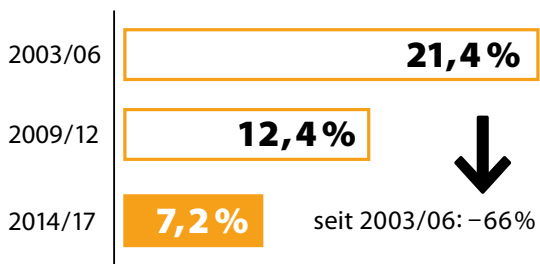
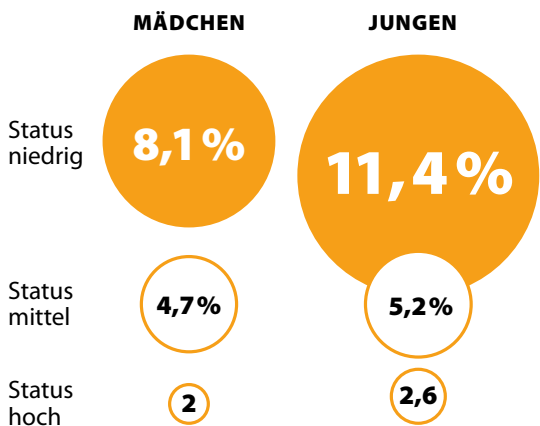
Quelle: KiGGS 2, J Health Mon 2018; 3: 1

## **KINDER UND JUGENDLICHE RAUCHEN SELTENER**

Anteil der Kinder und Jugendlichen,  
die gelegentlich oder regelmäßig rauchen

Quelle: KiGGS 2, J Health Mon 2018; 3: 1





*... denkt über  
einzelne Settings  
hinaus.*

---

**DAFÜR SOLLTEN WIR** eine gesundheitsfördernde Stadt- und Raumplanung zum Standard machen; Gesundheit sollte in unserem täglichen Leben im Mittelpunkt stehen – bei Umwelt, Verkehr und Infrastruktur. Radwege, Grünflächen und Möglichkeiten zur Bewegung sollten daher priorisiert werden.

**FÜR EIN DENKEN ÜBER SETTINGS HINAUS BRAUCHT ES** ein positives Umfeld, um Veränderungen schaffen und tradierte Strukturen aufbrechen zu können.

**WEIL WIR EMPIRISCH ZEIGEN KÖNNEN**, dass Personen, die mit dem Rad statt mit dem Auto zur Arbeit fahren, in Großbritannien eine um 20 Prozent geringere Gesamtsterblichkeit haben – und zwar über alle sozio-ökonomischen Gruppen hinweg.<sup>1</sup>

**QUELLEN UND LITERATUR:**

1) Patterson et al. The Lancet Planetary Health 2020; 4(5): E-186-194

## **BESSER MIT DEM RAD ZUR ARBEIT**

Risikoreduktion (adjustiert) verschiedener  
Ereignisse bei Pendlern, die bevorzugt  
mit dem Fahrrad zur Arbeit fahren  
(Kohortenstudie aus England und Wales)

Quelle: Lancet Planet Health. 2020 May; 4(5): e186-e19

**-20%**

**GESAMTSTERBLICHKEIT**

(95CI: -11% bis -27%)

**-24%**

**Kardiovaskuläre Mortalität**

(95CI: -7% bis -39%)

**-11%** **Krebsneuerkrankungen**

(95CI: -3% bis -18%)

**-16%**

**Krebssterblichkeit**

(95CI: -2% bis -27%)

... vermeidet  
*Unterversorgung.*

---

**DAFÜR SOLLTEN WIR** bestehende Präventionsangebote proaktiver anbieten und die Menschen besser motivieren, die für sie sinnvollen Angebote auch zu nutzen. Denn neben individuellem Gesundheitsnutzen und Kostenersparnis durch vermiedene Krankheit schützt Prävention oft nicht nur den Einzelnen, sondern auch die Gesellschaft. Impfungen und Hygienemaßnahmen müssten bei Gesundheitsberufen selbstverständlich sein.

**FÜR WENIGER UNTERVERSORGUNG BRAUCHT ES** existierende Präventionsberater, deren Rolle gestärkt und deren Einsatz ausgeweitet wird, sowie weniger Hürden für Präventionsangebote, etwa durch die Einbindung weiterer nicht-ärztlicher Berufe.

**WIR KÖNNEN EMPIRISCH ZEIGEN**, dass die Influenza-Impfrate bei Gesundheitsberufen deutlich niedriger ist als die empfohlenen 75 Prozent: sie betrug 2010/11 nur 26 Prozent, gegenüber 50 Prozent bei den über 60-Jährigen der Allgemeinbevölkerung und 41 Prozent bei chronisch Kranken.<sup>1</sup> Zugleich wissen wir etwa vom Krebscreening, dass Erinnerungsschreiben nach einer Einladung die Teilnehmeraten um ein Drittel erhöhen.<sup>2</sup> Und rund jeder zweite Bürger würde elektronische Erinnerungsservices nutzen, die an Vorsorgetermine erinnern.<sup>3</sup>

**QUELLEN UND LITERATUR:**

- 1) Böhmer. Promotionsschrift an Charité 2013
- 2) Camilloni et al. BMC Public Health 2013; 13: 464
- 3) Repr. Civey-Umfrage im Auftrag von Pfizer, Juni 2020

## **IMPFZIELE VERFEHLT**

Influenza-Impfquoten in Deutschland (Werte in Prozent, gerundet) bei verschiedenen Risiko- und Berufsgruppen (KV-Impfsurveillance, Zi-Versorgungsatlas, OKaPII-Studie) im Verhältnis zur von der Weltgesundheitsversammlung und der EU empfohlenen Impfquote von 75 Prozent.

Quelle: Eigene Darstellung nach NaLi 2019  
([https://www.nali-impfen.de/fileadmin/pdf/Poster\\_Influenza\\_Impfquoten\\_BVOEGD\\_2019.pdf](https://www.nali-impfen.de/fileadmin/pdf/Poster_Influenza_Impfquoten_BVOEGD_2019.pdf))  
sowie WHA56.19 und EUR-Lex 32009H1019



**EMPFEHLUNG WHA UND EU**

**75%**

Über-60-Jährige (bundesweit) **35%**

Über-60-Jährige (Ost) **51%**

Über-60-Jährige (West) **30%**

Schwangere **11%**

Krankenhausärzte **61%**

Pflegepersonal **33%**

*... vermeidet  
Überversorgung.*

---

**DAFÜR SOLLTEN WIR** Prävention zur Priorität in der Primärversorgung machen: Ärzte benötigen mehr Zeit, um mit ihren Patienten über Vorsorge zu sprechen. Darüber hinaus müssen wir Rahmenbedingungen schaffen, damit Ärzte vorhandene Angebote proaktiver anbieten.

**ZUR VERMEIDUNG VON ÜBERVERSORGUNG BRAUCHT ES** Finanzierungssysteme, die auf Prävention statt auf die Behandlung von Erkrankungen ausgerichtet sind, und Bonusmodelle für die Prävention, zum Beispiel im Rahmen eines Primärarztmodells.

**WIR KÖNNEN EMPIRISCH ZEIGEN**, dass Deutschland absoluter Spitzenreiter in der OECD beispielweise bei der Zahl der Koronarangiografien ist (2018: 409 Eingriffe je 100.000 Einwohner)<sup>1</sup>, die mittlere 30-Tages-Mortalität hierzulande dennoch deutlich über dem Schnitt der OECD-32 liegt (im Mittel 8,5 Todesfälle je 100 Myokardinfarktpatienten ab 45 Jahren).<sup>2</sup> Gleichzeitig spricht die Evidenzlage bei Brustschmerzen von einer geringen Vortestwahrscheinlichkeit für eine KHK.<sup>3</sup>

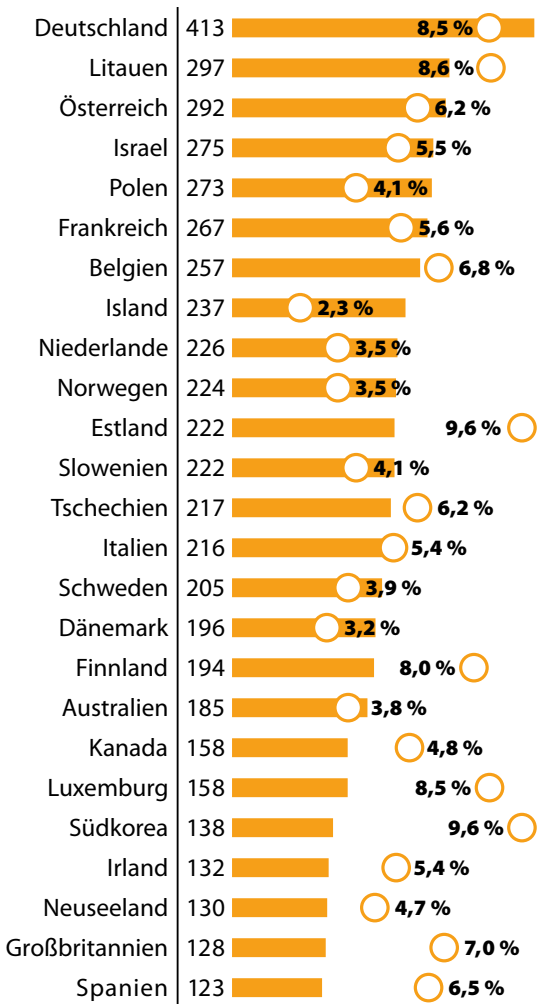
**QUELLEN UND LITERATUR:**

- 1) OECD.Stat: Health Care Utilisation: Surgical procedures. <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30167>
- 2) OECD: „Mortality following acute myocardial infarction (AMI)“, in Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.
- 3) DEGAM: Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden. S2e-Leitlinie. AWMF-Register-Nr. 053-045.

## **ÜBERVERSORGUNG RETTET NICHT MEHR LEBEN**

Zahl der Eingriffe perkutaner transluminaler Koronarangioplastie (PTCA) je 100.000 Einwohner in verschiedenen OECD-Staaten im Jahr 2017 sowie die 30-Tages-Mortalität nach einem akuten Myokardinfarkt in Prozent. (Werte gerundet)

Quelle: Eigene Darstellung nach OECD.Stat: Health Care Utilisation: Surgical procedures und OECD: "Mortality following acute myocardial infarction (AMI)", in Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.



Anzahl PTCA-Eingriffe:  30-Tages-Mortalität: 

*... verbindet  
ärztliche und  
nicht-ärztliche  
Kompetenz.*

---

**DAFÜR SOLLTEN WIR** Menschen in nichtärztlichen Berufen zu Präventionsexperten machen; Medizinische Fachangestellte, Pflegekräfte, Apotheker und andere Fachberufe könnten einen größeren Beitrag in der Prävention leisten. Dafür müssen wir sie aber für das Erbringen von Vorsorgeleistungen qualifizieren, ihnen dafür Zeit einräumen und sie dafür vergüten.

**FÜR EINE INTERPROFESSIONELLE GESUNDHEITSVORSORGE BRAUCHT ES** eine bessere Finanzierung der Ausbildung von Gesundheitsberufen, eine multiprofessionelle, interdisziplinäre Versorgungskultur und das Auflösen intersektoraler Interessenskonflikte, um gemeinsame Lösungen zu ermöglichen.

**WIR KÖNNEN EMPIRISCH ZEIGEN**, wie spezifisch weiterqualifiziertes Pflegepersonal Präventionsaufgaben übernehmen kann, etwa in Großbritannien, Irland, Italien, Polen, Slowenien und Ungarn.<sup>1</sup> Auf Grundlage überzeugender Studien wird international eine Rolle für Apotheker beim Impfen diskutiert<sup>2</sup> und hierzulande demnächst in ersten Modellprojekten erprobt.

**QUELLEN UND LITERATUR:**

- 1) Maier/Aiken/Busse. OECD Health Working Paper No. 98, 2017
- 2) Isenor et al. Vaccine 2016; 34: 5708-23

**DIE GESUNDHEITSVORSORGE DER ZUKUNFT ...**

---







*... nutzt alle  
zur Verfügung  
stehenden  
Datenquellen.*

---

**DAFÜR SOLLTEN WIR** Versorgungsdaten für die Entwicklung zielgerichteter Präventions- und Versorgungsangebote nutzbar machen; Grundlage für gezielte Vorsorgemodelle ist eine bessere Datenerfassung und -auswertung. Ebenso werden Daten der elektronischen Patientenakte (ePA) für Vorsorge-Konzepte genutzt, um Versorgungslücken und Chancen für bessere Prävention zielgerichtet zu identifizieren.

**ZUR AUSWERTUNG VON VERSORGUNGSDATEN BRAUCHT ES** ein dezentrales Datennetz, das für die Wissenschaft nutzbar ist, und einen Datenschutz, der im Sinne der Gesundheit optimiert wird.

**WIR KÖNNEN EMPIRISCH ZEIGEN** in einem systematischen Review, dass elektronische Gesundheitsakten die Leitlinienadhärenz um ein Drittel verbessern, die Rate von Medikationsfehlern halbieren und unerwünschte Arzneimittelereignisse um ein Drittel senken.<sup>1</sup> In Dänemark wird E-Health als wesentlicher Beitrag zur Qualitätsverbesserung erachtet.<sup>2</sup>

**QUELLEN UND LITERATUR:**

1) Campanella et al. Eur J Public Health 2016; 26: 60-4

2) Keutel, S. (2018, 11. November). E-health in Denmark. Abgerufen 8. August 2020, von <https://healthcare-in-europe.com/en/news/e-health-in-denmark.html>

**DIE GESUNDHEITSVORSORGE DER ZUKUNFT ...**

---





*... setzt auf  
Anreize.*

---

**DAFÜR SOLLTEN WIR** gesundheitsbewusstes Verhalten finanziell stärker lenken: Vorsorge muss einfach sein, auch finanziell, sie darf also nicht das eigene Portemonnaie belasten. Gesundheitsfördernde Produkte und Aktivitäten sollten vom Staat steuerlich begünstigt, schädliche hingegen verteuert werden. Krankenkassen erhalten mehr Flexibilität bei der Auflage von Bonusprogrammen.

**FÜR ANREIZE BRAUCHT ES** Finanzierungssysteme, die auf Prävention statt auf die Behandlung von Erkrankungen ausgerichtet sind, sowie Bonusmodelle für die Prävention, zum Beispiel im Rahmen eines Primärarztmodells.

**WIR KÖNNEN EMPIRISCH ZEIGEN** mit mehr und mehr Evidenz, dass „flussaufwärts“ gelegene Prävention wie Steuern auf Alkohol oder Tabak effektiver als „flussabwärts“ gelegene Maßnahmen wie Aufklärung sind – und zugleich kosten-effektiver.<sup>1</sup> In Kanada wurden zeitweilig Steuern etwa auf Fahrräder ermäßigt bzw. erlassen.<sup>2</sup>

**QUELLEN UND LITERATUR:**

- 1) Capewell & Capewell. J Public Health 2018; 40: 350-8
- 2) von Tigerstrom et al. Am J Public Health 2011; 101: e10-e16

## **STEUERN SIND DER BESTE HEBEL**

Bei der Tabakprävention verhelfen Steuern, Werbeverbote und Rauchverbote an öffentlichen Plätzen am ehesten zum Rauchstopp. (Effektivität der Tabakkontrolle anhand der Tobacco Control Scale, TCS).

Quelle: J Public Health 2018; 40: 350-8



## MASSNAHMEN ZUR TABAKKONTROLLE

## TCS-PUNKTE

Wenige  
Beratungsstellen

1

Telefon-Hotlines

2

Erstattung  
Nikotinersatztherapie

3

Landesweite  
Beratungsangebote

6

Teilweise  
Werbeverbote

8

Warnhinweise  
auf Packungen

10

Rauchverbot an  
Arbeitsplätzen

10

Vollständiges  
Werbeverbot

13

Informations-  
kampagnen

15

Rauchverbot an  
öffentlichen Plätzen

22

Tabakpreiserhöhung

30



**MARTIN FENSCH**

*Senior Director Corporate  
Affairs & Diversified Products,  
Managing Director,  
Pfizer Deutschland GmbH*

# PRÄVENTION HAT PRIORITÄT

Viele Erkrankungen lassen sich durch wirkungsvolle Prävention vorbeugen. Das hilft dem Einzelnen und entlastet unser Gesundheitssystem. Krankheiten zu vermeiden, bewegt uns bei Pfizer, etwa bei der Entwicklung innovativer Impfstoffe oder von Arzneien zur Raucherentwöhnung und Schlaganfallvorsorge.

In vielen Bereichen wissen wir, wie wir Vorsorge besser organisieren könnten. Trotzdem passiert zu wenig. Der demographische Wandel ist die Herausforderung. Aber auch die Corona-Pandemie hat uns den Stellenwert von Vorsorge in Erinnerung gerufen: in Form von Hygiene oder Impfungen. Prävention muss eine höhere Priorität erhalten, einfacher werden und die Menschen erreichen.

Gemeinsam mit Springer Medizin und zahlreichen Experten haben wir erarbeitet, welche Hebel es umzulegen gilt, um die Gesundheitsvorsorge zukunftsfester zu machen. Die „Berliner Erklärung“ fasst die dringendsten Themen zusammen.

Prävention geht nur gemeinsam mit vielen Disziplinen. Bedanken möchte ich mich deshalb bei den vielen Mitstreiterinnen und Mitstreitern: Ihre Blickwinkel und Ideen haben erst ermöglicht, die Facetten der Prävention auszuleuchten und Empfehlungen zu definieren, wie es besser gehen kann. Lassen Sie uns gemeinsam daran arbeiten, dass diese „Berliner Erklärung“ Wirklichkeit wird.

*Ihr Martin Fensch*



**WOLFGANG VAN DEN BERGH**

*Director News & Politics,  
Chefredakteur „Ärzte Zeitung“,  
Springer Medizin Verlag*

### DEN DIALOG FORTSETZEN

Mit dem Präventionsgesetz 2015 wollte der Gesetzgeber nach vielen vergeblichen Versuchen den Knoten für eine bessere Vorsorge durchschlagen. Jahre später stellen wir fest, dass es offenbar nicht so einfach ist, Prävention in allen Lebenswelten zu etablieren.

Das hat Springer Medizin als Wissenschaftsverlag veranlasst, sich Gedanken zu machen, wie Gesundheitsförderung größer gedacht und in allen Politikfeldern etabliert werden kann. Wir wollen konkrete Impulse für Verbesserungen geben. Für uns ist das schlicht ein journalistischer „Versorgungsauftrag“.

Rauskommen aus den Silos, Vorsorge als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu sehen, war einer der Beweggründe, die Initiative gemeinsam mit Pfizer im Juni 2019 zu starten. Von vorne herein war es unser Anliegen, möglichst viele gesellschaftliche Gruppen in die Meinungsbildung einzubeziehen. Stets im Fokus: Was ist wichtig, was fehlt, welche konkreten Handlungsoptionen haben wir?

Ich hoffe sehr, dass wir mit der „Berliner Erklärung“ einen Dialog starten können, um das Präventionsgesetz dort zu ergänzen, wo es notwendig und wichtig wäre. Nicht zuletzt die Erfahrungen aus der Covid-19-Pandemie haben uns eindrucksvoll gezeigt, mit welcher einfachen Maßnahmen (A.H.A.) einer Erkrankung vorgebeugt werden kann.

*Ihr Wolfgang van den Bergh*



### *Bildnachweise*

- Titel:** Familie  
© Wavebreakmedia / Getty Images / iStock.com
- S. 3:** Prof. Reinhard Busse  
© MIG/Techn. Uni Berlin
- S. 4/5:** Zukunftswerkstatt Gesundheitsvorsorge  
© Stephanie Pilick / Springer Medizin
- S. 10/11:** Zukunftswerkstatt Gesundheitsvorsorge  
© Stephanie Pilick / Springer Medizin
- S. 14/15:** Junge mit Apfel  
© ruslanshug / stock.adobe.com
- S. 26/27:** Tauchende Kinder  
© yanlev / stock.adobe.com
- S. 46/47:** High Line Park, Manhattan, New York  
© picture alliance / robertharding
- S. 50/51:** Radfahrende Familie  
© New Africa / stock.adobe.com
- S. 56:** Martin Fensch  
© Pfizer Deutschland GmbH
- S. 58:** Wolfgang van den Bergh  
© Michaela Illian / Springer Medizin

### *Herausgeber und Verlag*

Springer Medizin Verlag GmbH,  
Am Forsthaus Gravenbruch 5-7, 63263 Neu-Isenburg  
Amtsgericht Berlin-Charlottenburg, HRB 167094 B

### *Redaktion*

Denis Nößler, Julian Rosenkranz,  
Wolfgang van den Bergh, Monika Zureck

### *Grafische Gestaltung*

Till Schlünz

### *Druck*

F&W, Druck- und Mediencenter GmbH  
Holzhauser Feld 2, 83361 Kienberg

© Springer Medizin Verlag GmbH  
Berlin, September 2020

*In Kooperation und mit  
freundlicher Unterstützung von*

Pfizer Deutschland GmbH,  
Linkstraße 10, 10785 Berlin







## **DIE MASSNAHMEN KURZGEFASST**

- 1\_** Gesundheitskabinett etablieren.
- 2\_** Präventions-Think-Tank gründen.
- 3\_** Nationale Kommunikationsstrategie.
- 4\_** Angebote für vulnerable Gruppen.
- 5\_** Gesundheitsfördernde Stadt-/Raumplanung.
- 6\_** Bestehendes proaktiv anbieten.
- 7\_** Priorität in der Primärversorgung.
- 8\_** Nicht-ärztliche Berufe als Präventionsexperten.
- 9\_** Versorgungsdaten nutzen.
- 10\_** Gesundes Verhalten finanziell lenken.





