

Evidenzbasierte Präventionsprioritäten für Deutschland für Gesundheit und gesundes Altern

Executive Summary

Deutschland trägt eine hohe, größtenteils vermeidbare Krankheitslast durch Tabakkonsum, ungesunde Ernährung und Adipositas, riskanten Alkoholkonsum, körperliche Inaktivität sowie Umweltbelastungen. Das Länderprofil Gesundheit der EU weist für 2019 substanzielle Anteile der Sterblichkeit im Zusammenhang mit Tabak, ernährungsbedingten Risiken, Alkohol, Luftverschmutzung und geringer körperlicher Aktivität aus, zudem bestehen deutliche Bildungsgradienten bei Risikofaktoren. ¹

Die folgenden zehn „To dos“ sind als priorisiertes, umsetzungsorientiertes Präventionspaket konzipiert, mit Fokus auf messbare Wirkung, Kosteneffektivität und Equity. Die Auswahl stützt sich auf WHO „Best Buys“ und technische Pakete, OECD und EU-Analysen, deutsche Public-Health-Schlüsselquellen (RKI, UBA, G, BA, STIKO), sowie hochwertige systematische Reviews und Leitlinien. ²

Top-10 To dos, in priorisierter Reihenfolge

Erstens, Tabak und Nikotin konsequent senken, durch steuerliche, regulatorische und versorgungsbezogene Hebel, weil Steuererhöhungen als wirksamste und kosteneffektivste Einzelmaßnahme gelten und Deutschland im europäischen Vergleich bei Tabakkontrollaktivitäten hinterherhinkt. ³

Zweitens, Alkoholschäden reduzieren, vorrangig über Preis, Marketing, Verfügbarkeit sowie Screening und Kurzinterventionen, da WHO SAFER diese Maßnahmen als wirksam und kosteneffektiv beschreibt und deutsche Daten auf hohe Verbreitung riskanten Konsums sowie strukturelle Regulierungsdefizite hinweisen. ⁴

Drittens, eine gesundheitsförderliche Ernährungsumgebung schaffen, mit Zuckergetränkesteuer, Kinderwerbeschutz, verbindlichen Reformulierungszielen und verpflichtenden Standards in öffentlicher Beschaffung, da Adipositas in Deutschland langfristig steigt und strukturpräventive Maßnahmen bislang unzureichend sind. ⁵

Viertens, Bewegung systematisch erleichtern, durch aktive Mobilität und gesundheitsförderliche Stadt, Verkehrsplanung, da körperliche Aktivität NCDs präventiv adressiert und urbanes Walkability, Wohnen und Verkehr in vielen Health Impact Assessments gesundheitliche und ökonomische Vorteile zeigen. ⁶

Fünftens, eine nationale Hypertonie- und kardiometabolische Risiko-Kontrollstrategie in der Primärversorgung etablieren, da Prävention, Früherkennung und wirksame Behandlung von Hypertonie zu den kosteneffektivsten Gesundheitsinterventionen zählen und große Health Returns zeigen. ⁷

Sechstens, lebenslange Immunisierung strategisch ausbauen, mit Fokus auf ältere Menschen und vulnerable Gruppen, basierend auf STIKO-Empfehlungen 2026 und systematischer Umsetzung, weil Impfungen in relevanten Altersgruppen schwere Krankheitsverläufe verhindern und die STIKO 2026 zentrale Updates, einschließlich RSV- und Meningokokken-Empfehlungen, konsolidiert hat. ⁸

Siebtens, organisierte Krebsfrüherkennung und risikogerechte Einladungs-, und Teilnahmeprozesse verbessern, insbesondere beim Darmkrebsscreening ab 50 Jahren, da Programme potenziell sowohl Inzidenz als auch Mortalität senken und Deutschland über ein organisiertes Programm mit definierten Anspruchsregelungen verfügt, dessen Wirkung über Teilnahmequoten wesentlich determiniert wird. ⁹

Achtens, gesundes Altern funktional sichern, mit flächendeckender evidenzbasierter Sturzprävention und Frailty Management, da körperliches Training die Sturzrate bei zuhause lebenden Älteren signifikant senkt und Stürze ein zentraler Treiber von Pflegebedürftigkeit und Verlust von Autonomie sind. ¹⁰

Neuntens, psychische Gesundheit priorisieren, inklusive wirksamer Suizidprävention, weil psychische Störungen in Deutschland häufig sind und WHO LIVE LIFE vier evidenzbasierte Kerninterventionen plus Implementierungsbausteine beschreibt. ¹¹

Zehntens, saubere Luft und klimabezogenen Gesundheitsschutz umsetzen, mit besonderem Fokus auf Feinstaub, NO₂ sowie Hitze, weil Luftschadstoffe weiterhin über WHO-Richtwerten liegen, Feinstaub in Deutschland beträchtliche verlorene gesunde Lebensjahre verursacht und der Hitzeschutzplan des Bundes konkrete Umsetzungs-, und Monitoringbausteine skizziert. ¹²

Belastung, Zielbild und Priorisierungslogik

Ausgangslage und Zielbild

Deutschland weist eine hohe Krankheitslast durch modifizierbare Risikofaktoren auf. Das EU-Länderprofil hebt Tabakrauch, ernährungsbedingte Risiken und Alkohol als wesentliche Treiber hervor, daneben Luftverschmutzung und geringe körperliche Aktivität, außerdem deutliche soziale Gradienten, insbesondere bei Rauchen und Adipositas. ¹

Parallel zeigen RKI-Trenddaten, dass Adipositas zwischen 2003 und 2023 deutlich gestiegen ist, während der Rückgang des Rauchens zuletzt verlangsamt war, was auf unzureichende bzw. inkonsistente Verhältnisprävention hinweist. ¹³

Priorisierungskriterien in vier nachvollziehbaren Schritten

Erstens, Beitrag zur vermeidbaren Mortalität, Morbidität und zu gesund verbrachten Lebensjahren, mit Fokus auf NCDs und funktionelle Gesundheit im Alter, orientiert an EU, WHO, RKI und UBA. ¹⁴

Zweitens, Evidenzstärke, bevorzugt systematische Reviews, WHO technische Pakete, STIKO, G-BA, sowie robuste Beobachtungs-, und quasi-experimentelle Evidenz für Policy-Interventionen. ¹⁵

Drittens, Kosteneffektivität und fiskalische Eigenschaften, insbesondere „Best Buys“, Preis- und Steuerinstrumente, sowie Programme mit hohem Return on Investment, etwa Hypertonie-Kontrollprogramme. ¹⁶

Viertens, Umsetzbarkeit in der deutschen Governance-Struktur, einschließlich Bund-Länder-Kompetenzen, Sozialgesetzgebung und vorhandener Programme (Präventionsgesetz, STIKO, organisierte Screeningprogramme). ¹⁷

Evidenzbewertung in diesem Bericht

„Hoch“ bedeutet konsistente Evidenz aus systematischen Reviews, Leitlinien und international

etablierten Programmen, häufig WHO/OECD-kompatibel. „Mittel“ bedeutet robuste, aber heterogene Evidenz, oft abhängig von Kontext, Design und Implementationsqualität. „Begrenzt“ bedeutet plausible Rationale, aber noch unsichere Effektgrößen oder begrenzte Generalisierbarkeit.

Priorisierte Vergleichstabelle

Die folgenden Scores sind bewusst pragmatisch, um politische Entscheidungen zu strukturieren. „Impact“ bewertet erwartete Gesundheitsgewinne innerhalb von 5 bis 15 Jahren, „Feasibility“ bewertet rechtlich-administrative Umsetzbarkeit innerhalb von 0 bis 5 Jahren, „Kosten“ bewertet Netto-Mehrkosten der öffentlichen Hand, wobei **5 = kostenneutral oder einnahmesteigernd**, **1 = sehr hohe Mehrkosten**, „Equity“ bewertet erwartete Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten, sofern die Maßnahme equity-gerichtet umgesetzt wird. Die Belastungslogik stützt sich u. a. auf EU-Länderprofil, RKI-Trends und UBA-Lastabschätzungen. ¹⁸

Maßnahme	Primärer Hebelpunkt	Impact (1–5)	Feasibility (1–5)	Kosten (1–5)	Equity (1–5)	Kurzbegründung
Tabak und Nikotin konsequent senken	Steuern, Regulierung, Entwöhnung	5	3	5	5	Steuern sind „single most effective and cost-effective“, starke Equity-Wirkung, Deutschland bei Tabakkontrolle schwach. ¹⁹
Alkoholschäden reduzieren	Preis, Marketing, Verfügbarkeit, SBI	4	3	4	4	SAFER „best buys“, hohe Last, strukturelle Defizite, gute fiskalische Eigenschaften. ²⁰
Ernährungsumgebung und Adipositas	SSB-Steuer, Kinderwerbeschutz, Standards	4	3	4	4	Adipositas steigt, SSB-Steuer senkt Verkäufe, WHO unterstützt, strukturelle Prävention bislang zu schwach. ²¹
Bewegung durch Stadt und Verkehr	Infrastruktur, Regulierung, Planung	4	3	2	4	Breite Gesundheitswirkungen, Co-Benefits, aber Investitionsbedarf, Equity abhängig von Flächenpriorisierung. ²²
Hypertonie und kardiometabolisches Risiko	Primärversorgung, Protokolle, Monitoring	4	4	3	4	„Among the most cost-effective“, ROI ca. 18:1, große vermeidbare Ereignisse. ²³

Maßnahme	Primärer Hebeltyp	Impact (1–5)	Feasibility (1–5)	Kosten (1–5)	Equity (1–5)	Kurzbegründung
Lebenslange Immunisierung	Systemumsetzung STIKO, Erinnerungen, Zugang	4	4	3	4	STIKO 2026 erweitert, starker Schutz bei Älteren, Umsetzungslücken relevant. ²⁴
Krebsfrüherkennung verbessern	Einladung, Navigation, Follow- up-Qualität	3	4	3	4	Organisierte Programme vorhanden, Nutzen hängt von Teilnahme und Follow-up ab, CEAs belegen Kosteneffektivität. ²⁵
Sturzprävention und funktionelles Altern	Training, Assessment, multifaktoriell	3	4	3	4	Training reduziert Stürze, oft kosteneffektiv, hoher Relevanz für Autonomie. ²⁶
Psychische Gesundheit und Suizidprävention	Public Health, Versorgung, Settings	4	3	3	5	Häufige Belastung, WHO LIVE LIFE evidenzbasierte Kernhebel, Equity- Potenzial hoch. ²⁷
Saubere Luft und Hitzeschutz	Umweltrecht, kommunale Umsetzung, Health Sector	5	3	2	5	Hohe DALY-Last durch PM2,5, NO ₂ über WHO- Richtwerten, Hitzeschutzplan vorhanden, große Vulnerabilität Älterer. ²⁸

Top-10 To dos mit Detailanalyse

Tabak und Nikotin konsequent senken

Kurzbeschreibung

Kombinationspaket nach WHO-Logik, mit jährlicher Tabaksteuer- und Mindestpreissteigerung, vollständiger Werbe- und Promotionskontrolle auch digital, Ausweitung rauchfreier Räume einschließlich E-Zigaretten, sowie flächendeckender, durch GKV finanzierter Entwöhnung einschließlich Pharmakotherapie und Beratung. Steuerpolitik gilt als wirksamste und kosteneffektivste Einzelmaßnahme, zudem reagieren Jugend und einkommensschwächere Gruppen besonders stark auf Preissteigerungen. ²⁹

Zielpopulation

Gesamtbevölkerung, mit Schwerpunkt auf Kindern, Jugendlichen, jungen Erwachsenen, Schwangeren,

Niedrig-SES-Gruppen und Hochkonsumierenden. Sozioökonomische Benachteiligung ist zentral, da strukturelle Barrieren in der Entwöhnung Ungleichheiten verschärfen können. ³⁰

Erwartete Gesundheitsoutcomes

Reduktion von Raucherprävalenz, Passivrauch-Exposition, tabakbedingter Krebs-, Herz-Kreislauf- und Atemwegsmorbidität und Mortalität. In Deutschland werden tabakbedingte Todesfälle in aktueller Kommunikation mit etwa 131.000 pro Jahr beziffert, was die Größenordnung des Potenzials markiert. ³¹

Evidenzstärke und Qualität

Hoch. WHO beschreibt Tabaksteuererhöhungen als „single most effective and cost-effective measure“ zur Reduktion des Tabakkonsums. ³²

Zusätzlich zeigen europäische Analysen, dass höhere Tabakkontrollscores mit niedrigerer Rauchprävalenz assoziiert sind, und Deutschland in Rankings niedrige Tabakkontrollwerte aufweist. ³³

Kostenrange und Kosteneffektivität

Netto voraussichtlich **einnahmesteigernd** für den Staat, bei niedrigen Implementierungskosten, WHO betont geringe Umsetzungskosten und relevante Steuereinnahmen. ³²

Für Priorisierungskalküle sind zudem hohe vermeidbare Folgekosten relevant, RKI-basierte Analysen weisen u. a. hohe direkte und gesamtwirtschaftliche Kosten tabakassoziierter Erkrankungen aus. ³⁴

Implementierungsschritte

- Tabaksteuerpfad gesetzlich verankern, jährliche reale Preissteigerungen sicherstellen, Differenzen zwischen Produktkategorien schließen, Indexierung an Inflation und Einkommen, Affordability reduzieren. ³⁵

- Werbe-, Promotions- und Sponsoringlücken schließen, einschließlich konsequenter Durchsetzung des Außenwerbeverbots, und digitale Promotion systematisch kontrollieren, TabakerzG bietet konkrete Anknüpfungspunkte. ³⁶

- Rauchfreie Umgebungen ausweiten, insbesondere an Orten mit Kindern, im Öffentlichen Raum und in der Gastronomie, inklusive E-Zigaretten. ³⁷

- Entwöhnung als Regelleistung ausbauen, Kostenerstattung für evidenzbasierte Entwöhnung und Medikamente, strukturierte Kurzinterventionen in der Primärversorgung, da „fehlende Kostenübernahme“ als Barriere benannt ist. ³⁸

Rechtliche und politische Hebel

FCTC und Artikel 6 Leitlinien zur Steuerpolitik, Tabakerzeugnisgesetz einschließlich § 20a Außenwerbeverbot, Steuerrecht, Nichtraucherschutz über Bundesländer, sowie Präventionsgesetz für settingsbasierte Prävention. ³⁹

Equity-Implicationen

Gesundheitlich progressiv, weil niedrigere Einkommen und Jugendliche preisreagibler sind, wodurch Gesundheitsgewinne überproportional in vulnerablen Gruppen anfallen. Finanzielle Regressivität kann durch zweckgebundene Verwendung von Tabaksteuereinnahmen für Entwöhnung, Prävention in Lebenswelten und soziale Unterstützung abgemildert werden. ⁴⁰

Barrieren und Mitigation

Industrie-Lobbying und Narrativ „illicit trade“. WHO und FCTC-Leitlinien empfehlen u. a. einfache Steuerstrukturen und flankierende Maßnahmen, zur Reduktion von Ausweichreaktionen. Zusätzlich braucht es Vollzugskapazität für digitale Werbung. ⁴¹

Monitoring und Evaluation

Raucherprävalenz nach Alter, Geschlecht, Bildung, Preisindex und Affordability, Steuereinnahmen, Verkaufsdaten, Passivrauch-Exposition, Inanspruchnahme Entwöhnung, Compliance-Checks Werbeverbot, Smoke-free, und Equity-Indikatoren. Für Policy-Wirkung sind quasi-experimentelle Designs sinnvoll, u. a. Interrupted Time Series oder Difference-in-Differences. ⁴²

Zeithorizont

Kurzfristig: Steuerpfad, Entwöhnungsfinanzierung, Vollzugsinitiative digital und POS.

Mittelfristig: umfassende Werbe- und Promotionsschließung, Ausweitung Smoke-free.

Langfristig: „Tobacco endgame“ Ziele, z. B. unter 5 Prozent Prävalenz.

Alkoholschäden reduzieren

Kurzbeschreibung

Politikmix nach WHO SAFER: Preise erhöhen, Verfügbarkeit und Marketing begrenzen, Drink-driving konsequent, Screening und Kurzinterventionen sowie Behandlung ausbauen. ⁴³

Zielpopulation

Gesamtbevölkerung, Schwerpunkt Jugendliche, junge Erwachsene, Viel- und Rauschtrinkende, Menschen mit Abhängigkeit, Schwangere, sowie vulnerable Gruppen in armutsgefährdeten Haushalten.

Erwartete Gesundheitsoutcomes

Rückgang riskanten Konsums, Rauschtrinkens und alkoholbedingter Erkrankungen, inklusive Krebs. In deutschen Atlasdaten werden über 40.000 vorzeitige Todesfälle pro Jahr durch Alkohol geschätzt, außerdem wird ein erheblicher Anteil alkoholbedingter Krebsfälle ausgewiesen. ⁴⁴

Evidenzstärke und Qualität

Hoch. WHO SAFER beschreibt Preis- und Steuerpolitik sowie umfassende Werbebeschränkungen als wirksam und kosteneffektiv, außerdem Evidenz für Wirkung von Werbung auf Konsum bei Jugendlichen wird in DKFZ-Policybriefs zusammengetragen. ⁴⁵

Zusätzlich modelliert der Alkoholatlas, dass ein Preisanstieg um 25 Prozent alle fünf Jahre langfristig substanzielle alkoholbedingte Krebsfälle vermeiden könnte. ⁴⁶

Kostenrange und Kosteneffektivität

Regulatorischer Kern ist **niedrig kostenintensiv** und typischerweise **einnahmesteigernd** über Verbrauchsteuern, WHO betont die Effizienz dieser Instrumente. Versorgungsanteile, z. B. Behandlung und Prävention, erfordern **niedrig bis mittlere** zusätzliche Mittel, häufig mit guten ROIs durch vermiedene Schäden. ⁴⁷

Implementierungsschritte

- Steuerliche Anhebung und Indexierung, mindestens Inflationsausgleich, vorzugsweise realer Preisanstieg, plus Evaluationsmechanismus. ⁴⁷

- Werbe- und Sponsoringrestriktionen, insbesondere digital, da DKFZ Hinweise auf jugendaffine Social-Media-Werbung trotz JMStV zeigt und umfassende gesetzliche Regeln empfiehlt. ⁴⁸

- Einheitliches Mindestalter 18 Jahre für Erwerb und Konsum, inklusive Abschaffung „betreuten Trinkens“, unterstützt durch hohe Zustimmungswerte in DKFZ-Darstellung. ⁴⁹

- Verfügbarkeit regulieren, z. B. nächtliche Verkaufszeiten, kommunale Lizenzierung, Veranstaltungsaufsicht. ⁴⁷

- Standardisiertes Screening und Kurzinterventionen in Hausarztpraxen, Kliniken, Betriebsmedizin, sowie niedrigschwellige Behandlungspfade. ⁴⁷

Rechtliche und politische Hebel

Steuerrecht, Jugendschutzgesetz und Jugendmedienschutz-Staatsvertrag als Kern, ergänzend Präventionsgesetz, kommunale Ordnungsinstrumente, Verkehrssicherheitsrecht. ⁵⁰

Equity-Implicationen

Preis- und Werbepolitik schützt Jugendliche und Hochrisikogruppen, gleichzeitig können Steuern regressiv wirken, daher sollten Einnahmen gezielt in Prävention, Suchtbehandlung, Jugendschutzvollzug und kommunale Angebote reinvestiert werden. ⁵¹

Barrieren und Mitigation

Kulturelle Normalisierung, Branchenwiderstand, föderale Zuständigkeiten beim Vollzug. Gegenmaßnahmen: klare nationale Zielwerte, bundeseinheitliche Mindeststandards, Vollzugsförderprogramme, Monitoring von Marketingpraktiken. ⁵²

Monitoring und Evaluation

Pro-Kopf-Konsum, Rauschtrinken, riskanter Konsum nach GEDA-Definitionen, alkoholbedingte Hospitalisierungen und Todesfälle, jugendliche Expositionsmaße für Marketing, Verkaufszeiten-Compliance, Reichweite von SBI und Behandlung, Verteilung nach SES. ⁵³

Zeithorizont

Kurzfristig: Steuerindexierung, digitale Werberegeln, SBI-Rollout.

Mittelfristig: Mindestalterreform, Verfügbarkeitsregeln.

Langfristig: konsistente Reduktion alkoholbedingter Last, Krebspräventionseffekte.

Ernährungsumgebung und Adipositas systemisch verbessern

Kurzbeschreibung

Mehrstufiges Paket: Zuckergetränksteuer, verbindlicher Kinderwerbeschutz für ungesunde Produkte, verpflichtende Reformulierungsziele für Salz, Zucker und Fett, plus öffentliche Beschaffung mit DGE-Standards in Schulen, Kitas, Kliniken und Pflege. Hintergrund ist der anhaltende Anstieg von Adipositas und die Feststellung, dass bisherige Maßnahmen unzureichend sind. ⁵⁴

Zielpopulation

Gesamtbevölkerung mit Schwerpunkt Kinder und Jugendliche, Haushalte mit niedrigem Einkommen, Menschen mit Adipositasrisiko, sowie Settings: Schule, Kita, Betrieb, Pflege, Krankenhaus.

Erwartete Gesundheitsoutcomes

Reduktion von Zucker- und Salzaufnahme, Verbesserung der Ernährungsqualität, mittelfristig weniger Adipositas und kardiometabolische Risiken, langfristig weniger CVD und ernährungsassoziierte Krebserkrankungen. Das RKI zeigt steigende Adipositasprävalenzen über 20 Jahre. ¹³

Evidenzstärke und Qualität

- Zuckergetränksteuer: Hoch für Preis- und Sales-Effekte, systematische Review und Meta-Analyse zeigt höhere Preise und niedrigere Verkäufe nach implementierten SSB-Steuern. ⁵⁵

- Kinderwerbeschutz: Mittel bis hoch, WHO-Leitlinie empfiehlt Maßnahmen gegen schädliches Food Marketing, da Exposure die Auswahl und Normen beeinflusst. ⁵⁶

- Salzreduktion, Reformulierung, öffentliche Settings: Hoch, WHO nennt vier „best buys“, inklusive Reformulierung und Standards in öffentlichen Einrichtungen, plus Forderung nach staatlicher Führung und Schutz vor Interessenkonflikten. ⁵⁷

- Umsetzung in Deutschland: RKI beschreibt Defizite bei populationsweiten Maßnahmen, u. a. werden

Zuckersteuern und ernährungsbezogene Strukturmaßnahmen als nicht ausreichend verfolgt, Nutri-Score ist freiwillig. ³⁴

Kostenrange und Kosteneffektivität

SSB-Steuer ist typischerweise **einnahmesteigernd**, WHO betont „win-win-win“ inklusive Equity-Potenzial. ⁵⁸

Reformulierung und Standards haben **niedrige bis mittlere** Verwaltungskosten, Industrie trägt Anpassungskosten. Ein großer Teil der Kosten ist langfristig über vermiedene Behandlungskosten plausibel, u. a. weist OECD-Projektion, zitiert im RKI-Kontext, auf hohe langfristige Gesundheitsausgaben im Zusammenhang mit Adipositas hin. ³⁴

Implementierungsschritte

- SSB-Steuer als bundesweite Verbrauchsteuer, idealerweise stufenweise nach Zuckergehalt, mit Evaluationspflicht und zweckgebundener Verwendung für kommunale Prävention und Schulverpflegung. ⁵⁹
- Kinder vor Marketing schützen, gesetzliche Restriktionen für Produkte mit ungünstigem Nährwertprofil, inklusive digitaler Kanäle, unter Bezug auf WHO-Empfehlungen. ⁶⁰
- Reformulierungsziele verbindlich machen, mit Monitoring, das in Deutschland bereits als Ansatzpunkt existiert, z. B. über Produktmonitoring im Kontext der Reduktionsstrategie. ⁶¹
- Öffentliche Beschaffung verbindlich: DGE-Qualitätsstandard als Mindeststandard für Schulverpflegung, flankiert durch Finanzierung und Umsetzungsberatung. ⁶²

Rechtliche und politische Hebel

Steuerrecht, Lebensmittelkennzeichnungs- und Werberecht, Schulrecht und kommunale Vergabe, Präventionsgesetz mit Life-World Settings, sowie EU-Rahmen zu audiovisuellen Medien und Selbstregulierung, die als Mindeststartpunkt durch verbindlichere Standards ergänzt werden sollte. ⁶³

Equity-Implikationen

Hohes Potenzial zur Reduktion ungleicher Ernährungslasten, sofern: Einnahmen aus SSB-Steuer in Schulen in benachteiligten Quartieren investiert werden, gesunde Angebote subventioniert und „Healthy defaults“ in öffentlichen Settings umgesetzt werden. Bildungsgradienten bei Rauchen und Adipositas im EU-Profil stützen die Notwendigkeit. ⁶⁴

Barrieren und Mitigation

Industrieargumente, juristische Auseinandersetzungen, Akzeptanz. WHO-Handbücher betonen die Bedeutung eines klaren Policy-Zyklus, Monitoring und das Antizipieren von Industrie-Taktiken. ⁶⁵

Monitoring und Evaluation

SSB-Preise, Sales, Zuckergehalt und Reformulierung, Salzaufnahme, DGE-Compliance in Einrichtungen, Ernährungsindikatoren in KiGGS/DEGS/GEDA, Adipositasprävalenz und SES-Stratifizierung. ⁶⁶

Zeithorizont

Kurzfristig: Gesetzgebung SSB, Pilotierung in Kommunen, Beschaffung.

Mittelfristig: verbindliche Werberegeln und Reformulierungsziele.

Langfristig: messbare Reduktion Adipositasanstieg, kardiometabolische Folgeeffekte.

Bewegung durch Stadt, Verkehr und Lebenswelten steigern

Kurzbeschreibung

Aktive Mobilität und „gesunde Stadt“ als Standard: sichere Rad- und Fußinfrastruktur, Tempo-30- und

Schulstraßen-Konzepte, attraktive ÖPNV-Kopplung, Grünflächen, sowie verpflichtende Health Impact Assessments bei großen Verkehrs- und Stadtentwicklungsprojekten.

Zielpopulation

Gesamtbevölkerung, besonders Kinder, Jugendliche, ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen, sowie Quartiere mit hoher Deprivation.

Erwartete Gesundheitsoutcomes

Mehr körperliche Aktivität, weniger CVD, Diabetes, bestimmte Krebsarten, bessere psychische Gesundheit und Lebensqualität. WHO betont breite präventive Effekte regelmäßiger Aktivität und zusätzliche Co-Benefits wie sauberere Luft und sichere Straßen. ⁶⁷

Evidenzstärke und Qualität

Mittel bis hoch, Kontextabhängigkeit. Systematische Reviews zu Walkability-basierten Health Impact Assessments berichten überwiegend Gesundheitsgewinne und teilweise ökonomische Gewinne. ⁶⁸

Kostenrange und Kosteneffektivität

Hoch, typischerweise **mehrjährige Infrastrukturinvestitionen** im Bereich mehrerer Milliarden Euro pro Jahr, abhängig von Ambitionsniveau. Kosteneffektivität ist aufgrund multipler Co-Benefits häufig günstig, wird aber stark durch Projektauswahl und Nutzung bestimmt, daher sind Health Impact Assessments und ein Metriken-Framework entscheidend. ⁶⁸

Implementierungsschritte

- Bundes- und Länderprogramme für Rad- und Fußverkehr mit klaren Mindeststandards, z. B. geschützte Radwege, sichere Kreuzungen, Schulwegeplanung.
- Kommunale „Healthy Mobility“-Ziele, gekoppelt an Finanzierung nach sozialer Lage, um ungleiche Investitionsmuster zu vermeiden. ⁶⁹
- Verbindliche Gesundheitsfolgenabschätzung für große Verkehr- und Stadtentwicklungsmaßnahmen, inkl. Monitoring über 5 Jahre. ⁷⁰
- Betriebliche und schulische Bewegungssettings, mit verbindlichen Mindestzeiten und Infrastruktur in Schulen.

Rechtliche und politische Hebel

StVO und kommunale Verkehrsplanung, BauGB und Landesbauordnungen, kommunale Satzungen, Präventionsgesetz für Settings, sowie Förderlogik über Klima- und Verkehrsprogramme. ⁷¹

Equity-Implikationen

Potenzial sehr hoch, wenn infrastrukturelle Verbesserungen zuerst in benachteiligten Quartieren umgesetzt werden. Systematische Reviews warnen, dass sonst Walkability primär in wohlhabenderen Quartieren verbessert wird. ⁷⁰

Barrieren und Mitigation

Flächenkonflikte, lokaler Widerstand, fragmentierte Zuständigkeiten. Lösung: standardisierte Zielbilder, Beteiligung, klare Sicherheits- und Gesundheitsargumentation, sowie eine Finanzierungslogik, die Sozialindikatoren berücksichtigt.

Monitoring und Evaluation

Modal Split, objektive und subjektive Aktivitätsmaße, Verletzungen, Luftqualität entlang Hauptachsen, Lärmindikatoren, Equity-Indikatoren nach Quartieren, sowie Outcome-Maße in GEDA. ⁷²

Zeithorizont

Kurzfristig: schnell wirksame Maßnahmen, Tempo 30, Schulstraßen, Pop-up-Infrastruktur.

Mittelfristig: Netzaufbau und sichere Knoten.

Langfristig: strukturelle Verlagerung hin zu aktiver Mobilität.

Hypertonie- und kardiometabolische Risiko-Kontrolle als nationales Programm

Kurzbeschreibung

Umfassende Strategie zur Früherkennung und Kontrolle von Hypertonie und verwandten Risiken, basierend auf standardisierten Messprozessen, Protokollen, Team-basierter Versorgung, digitalem Register und Qualitätsindikatoren, orientiert am WHO HEARTS-Ansatz.

Zielpopulation

Erwachsene, insbesondere 40+, Menschen mit niedrigem Bildungsniveau, multimorbide ältere Menschen, sowie Risikogruppen mit Diabetes, chronischer Nierenerkrankung und hohem CVD-Risiko. RKI weist Bildungsgradienten in Hypertonieprävalenz hin. ⁷³

Erwartete Gesundheitsoutcomes

Reduktion von Schlaganfällen, Herzinfarkten und Niereninsuffizienz durch bessere Erkennung und Kontrolle. WHO betont, dass Hypertoniekontrolle viele Ereignisse verhindern kann und Programme in der Primärversorgung praktikabel sind. ⁷⁴

Evidenzstärke und Qualität

Hoch. WHO klassifiziert Prävention, Früherkennung und Management als besonders kosteneffektiv, mit geschätztem Nutzen-Kosten-Verhältnis um 18:1. ⁷⁵

HEARTS empfiehlt standardisierte Protokolle und beschreibt Vorteile gegenüber individualisierten Schemata, u. a. für Logistik, Task Sharing und Qualität. ⁷⁶

RKI betont Hypertonie als zentralen veränderbaren Mortalitätsrisikofaktor. ⁷⁷

Kostenrange und Kosteneffektivität

Mittel, grob 0,5 bis 2 Milliarden Euro pro Jahr zusätzlich, abhängig von Intensität, Home-Monitoring, Personal und IT. Kosteneffektivität gilt als sehr hoch, WHO nennt 18:1 ökonomischen Nutzen. ⁷⁵

Implementierungsschritte

- Standardisierte Blutdruckmessung in allen Primärversorgungskontakten, „opportunistic screening“.
- Protokollbasierte Therapiepfade, Team-basierte Versorgung, inklusive Pflegefachpersonen und Apotheken, plus Medikamentenverfügbarkeit. ⁷⁸
- Register und Qualitätsindikatoren, z. B. Anteil kontrollierter BP, Therapieintensivierung bei Nichtkontrolle.
- Verknüpfung mit Salzreduktion, Gewichtsmanagement und Alkoholkonsumreduktion. ⁷⁹

Rechtliche und politische Hebel

SGB V Vergütungs- und Qualitätsinstrumente, G-BA Qualitätsvorgaben, Präventionsgesetz für Risikofaktoren, digitale Gesundheitsinfrastruktur.

Equity-Implikationen

Hoch. Systematische Suche und strukturierte Versorgung können Bildungs- und Einkommensgradienten reduzieren, sofern Zugangshürden, z. B. Terminverfügbarkeit und Zuzahlungen, minimiert werden. ⁸⁰

Barrieren und Mitigation

Hausärztliche Kapazitätsengpässe, Fragmentierung, Datenflüsse. Lösung: Task Sharing, standardisierte Protokolle, digitale Minimaldatensätze und Pay-for-Performance-Komponenten.

Monitoring und Evaluation

Diagnoserate, Awareness, Behandlung, Kontrollrate, Ereignisraten (Schlaganfall, MI), SES-Stratifizierung, Adhärenz-Maße, Verordnungsdaten.

Zeithorizont

Kurzfristig: Protokolle, Messstandards, DS, Pilotregionen.

Mittelfristig: bundesweites Register, Qualitätsfinanzierung.

Langfristig: messbare Reduktion CVD-Ereignisse.

Lebenslange Immunisierung systematisch ausbauen

Kurzbeschreibung

Umsetzung einer lebenslangen Immunisierungsstrategie mit besonderem Fokus auf älteren Menschen, Pflegeeinrichtungen und chronisch Erkrankte, inklusive digitaler Einladungs- und Erinnerungssysteme, Impfangebote in Apotheken und Betrieben, sowie konsequenter Umsetzung der STIKO-Empfehlungen.

Zielpopulation

Alle Altersgruppen, Schwerpunkt Säuglinge, Jugendliche, ältere Menschen, Personen mit Grunderkrankungen, Pflegeheimbewohnende.

Erwartete Gesundheitsoutcomes

Reduktion impfpräventabler Erkrankungen, Hospitalisierung und Mortalität. STIKO 2026 enthält u. a. RSV-Impfung als Standardimpfung ab 75 und als Indikationsimpfung 60–74 mit relevanten Grunderkrankungen oder in Pflegeeinrichtungen, außerdem aktualisierte Empfehlungen u. a. zu Meningokokken und Pneumokokken. ⁸

Evidenzstärke und Qualität

Hoch. STIKO-Empfehlungen basieren auf systematischer Evidenzbewertung im Epidemiologischen Bulletin, und die Anpassungen 2026 sind dokumentiert. ⁸¹

Kostenrange und Kosteneffektivität

Mittel, grob 0,5 bis 2,5 Milliarden Euro pro Jahr, abhängig von neuen Impfstoffen, Zielgruppen und Durchimpfung. Impfungen sind in vielen Settings kosteneffektiv, der wesentliche Hebel ist Implementierung und Coverage, weniger das Vorhandensein der Empfehlung.

Implementierungsschritte

- Vollständige digitale Abbildung aller Impfungen, automatische Erinnerungen anhand STIKO-Kalender, inklusive Nachholimpfungen. ⁸²
- Impfangebote in Apotheken, Betrieben, Pflege, inklusive aufsuchender Teams in Heimen.
- Qualitätsindikatoren für Pflegeeinrichtungen: Influenza, Pneumokokken, COVID-19, RSV, Herpes zoster nach Indikation. ⁸²
- Kommunikationskampagnen, zielgruppenspezifisch, u. a. für HPV und Nachholimpfungen.

Rechtliche und politische Hebel

IfSG, SGB V Leistungskatalog, STIKO und G-BA Regelungen, Präventionsgesetz für Impfprävention in Settings. ⁸³

Equity-Implicationen

Hoch, wenn Hürdenfrei, z. B. mobile Angebote, keine Vorauszahlungsbarrieren und mehrsprachige Einladungen. Besonders relevant bei Personen mit geringer Gesundheitskompetenz.

Barrieren und Mitigation

Impfmüdigkeit, Fragmentierung zwischen Leistungserbringern, fehlende Adult-Coverage-Daten.

Lösung: Impfregister, opt-out-Erinnerungssysteme, systematische Feedbackberichte an Einrichtungen.

Monitoring und Evaluation

Alters- und indikationsspezifische Impfquoten, Ausbrüche, Hospitalisierungen, Impfdurchbrüche, Coverage in Pflegeeinrichtungen, Equity-Differenzen.

Zeithorizont

Kurzfristig: Reminder-Systeme, Pflegeprogramme.

Mittelfristig: Impfregister, flächendeckendes Angebot in Apotheken und Betrieben.

Langfristig: robuste Adult-Impfquote, weniger Ausbrüche und Winterüberlastung.

Organisierte Krebsfrüherkennung und Frühdiagnostik optimieren

Kurzbeschreibung

Teilnahme und Qualität in organisierten Screeningprogrammen erhöhen, insbesondere beim Darmkrebs-Screening ab 50, durch verbesserte Einladungslogik, patientennahe Navigation, risikoadaptierte Information, sowie Sicherstellung des Follow-up.

Zielpopulation

Altersberechtigte Personen, z. B. im Darmkrebscreening ab 50 Jahre in der GKV. ⁸⁴

Übergreifend Frauen in gynäkologischen Programmen und Personen mit familiärem Risiko.

Erwartete Gesundheitsoutcomes

Reduktion von Inzidenz durch Polypenentfernung und Senkung der Mortalität durch frühere Diagnose.

ZfKD beschreibt, dass bei Koloskopie Polypen entfernt werden können, die sich zu Krebs entwickeln könnten. ⁸⁵

Evidenzstärke und Qualität

Hoch. Organisierte Programme sind evidenzbasiert verankert, der G-BA regelt Anspruchsberechtigung und Evaluation, und es existieren sowohl Nutzenbewertungen als auch CEAs, die grundsätzlich günstige Kosteneffektivität zeigen, inklusive deutscher Analysen zu Screeningstrategien. ⁸⁶

Kostenrange und Kosteneffektivität

Mittel, grob 0,2 bis 1,0 Milliarden Euro pro Jahr für Verbesserungen in Einladung, Navigation, Qualitätssicherung, plus potenziell höhere kurzfristige Diagnostik- und Koloskopiekapazitäten. Kosteneffektivität ist in CEAs überwiegend günstig, aber stark abhängig von Adhärenz und Follow-up.

⁸⁷

Implementierungsschritte

- Einladungssysteme verbessern, mehrsprachig, digital, mit einfacher Terminierung, zusätzlich Hausarzt-gestützte aktive Empfehlung. ⁸⁸

- Patient Navigation für sozial benachteiligte Gruppen, z. B. über Krankenkassen, Kommunen, Migrantenorganisationen.

- Follow-up-Qualität: Zeit bis Koloskopie nach positivem Test, Kapazitätsplanung und

Qualitätsindikatoren.

- Nutzung der G-BA-Evaluationsberichte zur iterativen Verbesserung. ⁸⁹

Rechtliche und politische Hebel

G-BA-Richtlinien, GKV-Einladung, Qualitätsvorgaben, sekundäre Datennutzung für Forschung über bestehende Evaluationstrukturen. ⁹⁰

Equity-Implikationen

Hoch, weil Teilnahmehürden oft sozial ungleich verteilt sind. Navigation und barrierearme Einladung kann Ungleichheiten reduzieren, wenn gezielt in benachteiligten Gruppen implementiert.

Barrieren und Mitigation

Kapazitätsengpässe, Angst und Fehllannahmen, Datenschutz. Lösung: transparente Kommunikation, risikoadaptierte Information, sichere Datennutzung und Ausbau der Endoskopiekapazität.

Monitoring und Evaluation

Teilnahmequoten nach SES, Region und Migrationshintergrund, Testpositivität, Follow-up-Zeit, Stadienverteilung, Intervallkarzinome, Mortalitätstrends, Komplikationsraten.

Zeithorizont

Kurzfristig: Einladung, Navigation, Follow-up-Indikatoren.

Mittelfristig: risikoadaptierte Strategien.

Langfristig: messbare Mortalitätsreduktion.

Sturzprävention und funktionelles Altern flächendeckend umsetzen

Kurzbeschreibung

Bundesweite, standardisierte Sturzprävention in der Community, Pflege und ambulanten Versorgung: gezieltes Kraft- und Balancetraining, Risikoscreening, multifaktorielle Interventionen, Medikationsreview, Sehhilfen und Wohnraumanpassung.

Zielpopulation

Ältere Menschen, besonders 70+, Pflegebedürftige, Menschen nach Sturz, multimorbide Patientinnen und Patienten.

Erwartete Gesundheitsoutcomes

Reduktion von Stürzen, Frakturen, Krankenhausaufnahmen, Verlust von Mobilität und Pflegebedürftigkeit. Eine Cochrane-Übersicht berichtet, dass Bewegungsprogramme die Sturzrate bei zuhause lebenden Älteren um etwa 23 Prozent reduzieren. ⁹¹

Evidenzstärke und Qualität

Hoch für Exercise-basierte Interventionen, mittel bis hoch für multifaktorielle Programme abhängig von Setting und Implementierung. Cochrane und internationale Leitlinien unterstützen personenzentrierte, multidomain Interventionen. ⁹²

Kostenrange und Kosteneffektivität

Niedrig bis mittel, grob 0,3 bis 1,2 Milliarden Euro pro Jahr für Programme, Trainerkapazität, Assessments und Wohnraumanpassungen. Systematische Reviews untersuchen günstige Kosteneffektivität von Bewegungs- und multimodalen Interventionen zur Sturzprävention. ⁹³

Implementierungsschritte

- Opportunistisches Sturzrisiko-Screening in Hausarztpraxen und Pflege, standardisierte Tools.
- Kommunale Kurslandschaft stärken, evidenzbasierte Programme, z. B. Kraft-Balance, plus Zugang über Krankenkassen.
- Medikationsreview und Sehcheck als Standard nach Sturz.
- Integration in Pflegekassenprävention, Präventionsgesetz sieht Präventionsauftrag auch in stationärer Pflege vor. ⁹⁴

Rechtliche und politische Hebel

SGB V und XI über Präventionsauftrag, kommunale Infrastrukturförderung, Qualitätsanforderungen in Pflege.

Equity-Implikationen

Sehr hoch, wenn Programme kostenfrei oder niedrigschwellig sind und in benachteiligten Quartieren stattfinden. Sonst droht „Upstreaming“ in besser situierten Gruppen.

Barrieren und Mitigation

Mangel an qualifizierten Trainern, geringe Teilnahme, Transporthürden. Lösung: aufsuchende Angebote, Kooperation mit Sport- und Wohlfahrtsverbänden, Verordnung bzw. Empfehlungssysteme.

Monitoring und Evaluation

Sturzinidenz, Hüftfrakturen, fallbedingte Hospitalisierung, Pflegegrade nach Sturz, Teilnahmequoten, SES-Stratifizierung, Patient Reported Outcomes.

Zeithorizont

Kurzfristig: Screening und Kursausbau.

Mittelfristig: flächendeckende Pfade und Qualitätsindikatoren.

Langfristig: Reduktion frakturbedingter Pflegebedürftigkeit.

Psychische Gesundheit fördern und Suizidprävention operationalisieren

Kurzbeschreibung

Nationales, multisektorales Programm: Suizidprävention nach WHO LIVE LIFE, plus umfassende Förderung psychischer Gesundheit in Schule, Arbeit und Kommune, und bessere Zugänge zu zeitnaher Versorgung.

Zielpopulation

Gesamtbevölkerung, Schwerpunkt Jugendliche, junge Erwachsene, Männer, Menschen mit psychischen Erkrankungen, Personen nach Suizidversuch, sowie Beschäftigte in Hochstressberufen.

Erwartete Gesundheitsoutcomes

Reduktion von Suiziden und Suizidversuchen, Verbesserung von Wohlbefinden, Reduktion von Depression und Angststörungen, weniger Arbeitsausfälle. Das EU-Länderprofil weist relevante Belastung psychischer Störungen aus und benennt Versorgungsprobleme, u. a. Wartezeiten. ⁹⁵

Evidenzstärke und Qualität

Mittel bis hoch, je nach Baustein. WHO LIVE LIFE definiert vier evidenzbasierte Kerninterventionen, u. a. Zugangsbeschränkung zu Suizidmitteln, verantwortliche Medienberichterstattung, Lebenskompetenzförderung bei Jugendlichen sowie frühzeitige Identifikation und Nachverfolgung bei suizidalem Verhalten. ⁹⁶

Deutschland hat mit BMG-unterstützten Berichten zur Suizidprävention aktuelle Grundlagen geschaffen. ⁹⁷

Ökonomische Evidenz: OECD, EU und Reviews weisen auf Skalierbarkeit und wirtschaftliche Nutzen von Präventionsinterventionen, u. a. im Arbeitskontext, hin. ⁹⁸

Kostenrange und Kosteneffektivität

Mittel, grob 1 bis 3 Milliarden Euro pro Jahr, je nach Ausbau Krisendienste, Schulprogramme, Personal, arbeitsbezogene Prävention. Kosteneffektivität ist für mehrere Interventionstypen gut, insbesondere wenn sie breit implementiert werden, OECD betont Übertragbarkeit und Skalierbarkeit von Best Practices. ⁹⁸

Implementierungsschritte

- Nationale LIVE LIFE-Umsetzung: Governance, Indikatoren, Verantwortlichkeiten und Monitoring-Framework. ⁹⁹
- Krisen- und Nachsorgepfade nach Selbstverletzung, inklusive proaktiver Follow-up-Kontakte. ¹⁰⁰
- Schulbasierte Programme zu sozio-emotionalen Kompetenzen, plus digitale Resilienzkompetenz. ¹⁰⁰
- Arbeitswelt: psychosoziale Gefährdungsbeurteilung, evidenzbasierte Programme, Führungskräftequalifikation. ¹⁰¹

Rechtliche und politische Hebel

SGB V und Präventionsgesetz für Settings, Länderkompetenzen für Schule, Arbeitsschutzrecht, Medienregulierung, sowie Bundesstrategie Suizidprävention. ¹⁰²

Equity-Implikationen

Sehr hoch, weil psychische Belastungen, Zugangsbarrieren und Suizidrisiken sozial ungleich verteilt sein können. Maßnahmen müssen besonders in strukturschwachen Regionen und für vulnerable Gruppen zugänglich sein.

Barrieren und Mitigation

Stigmatisierung, Personalmangel, föderale Fragmentierung. Lösung: nationale Mindeststandards, Finanzierungspfade, digitale Ergänzungen, und Monitoring.

Monitoring und Evaluation

Suizidrate, Selbstverletzungs-Hospitalisierungen, Wartezeiten Psychotherapie, Inanspruchnahme Krisendienste, Schulwohlbefinden, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Equity-Stratifizierung.

Zeithorizont

Kurzfristig: Krisen- und Nachsorgepfade, Medienleitlinien, Pilotregionen.

Mittelfristig: flächendeckende Schulprogramme, Workforce-Aufbau.

Langfristig: nachhaltige Reduktion suizidaler Mortalität.

Saubere Luft und Hitzeschutz als Gesundheitsprogramm

Kurzbeschreibung

Gesundheitsschutz durch ambitionierte Luftreinhaltepolitik und Klimaanpassung, insbesondere konsequente Reduktion von PM_{2,5} und NO₂, sowie verbindliche Hitzeschutzmaßnahmen in Kommunen und Einrichtungen.

Zielpopulation

Gesamtbevölkerung, besonders Kinder, Ältere, Asthmatikerinnen und Asthmatiker, Menschen mit CVD, sozial vulnerabel Wohnende in Hitzeinseln, sowie Pflegeeinrichtungen.

Erwartete Gesundheitsoutcomes

Reduktion von Herz- und Lungenerkrankungen, vorzeitiger Mortalität und verlorenen gesunden Lebensjahren. UBA berichtet für 2021 ca. 232.900 verlorene gesunde Lebensjahre durch PM_{2,5}. ¹⁰³
UBA betont, dass NO₂ und Feinstaub gemessen an WHO-Richtwerten weiterhin zu hoch sind. ¹⁰⁴
Für Hitze beschreibt der Hitzeschutzplan konkrete Maßnahmen, inklusive Hitzemonitoring und Verknüpfung von DWD-Warnstufen mit Akutmaßnahmen, sowie erste hitzebedingte Sterbefallabschätzungen 2023. ¹⁰⁵

Evidenzstärke und Qualität

Hoch. WHO Luftqualitätsleitlinien 2021 basieren auf erweiterter Evidenz zu Gesundheitswirkungen. ¹⁰⁶
Gesundheitswirkungen von Hitze sind gut belegt, und Deutschland hat einen Hitzeschutzplan als Umsetzungsrahmen. ¹⁰⁷

Kostenrange und Kosteneffektivität

Hoch, je nach Politikmix: Investitionen in Wärme, Verkehrswende und Industrieemissionsminderung liegen im mehrjährigen Milliardenbereich, häufig in bestehenden Klima- und Infrastrukturhaushalten. Aus Gesundheitsperspektive sind Nutzen groß, vor allem durch vermiedene DALYs und Mortalität. ¹⁰⁸

Implementierungsschritte

- Luftqualität: strengere lokale Emissionsmaßnahmen, Beschränkung stark emittierender Heizformen, konsequente NO₂-Minderung entlang Hauptachsen, Industrieemissionskontrolle. ¹⁰⁴
- Heat Health: verbindliche Hitzeaktionspläne für Pflege, Kliniken und Kommunen, inklusive Interventionskaskade bei DWD-Warnungen, plus digitale Warnsysteme und Hitzefallpläne. ¹⁰⁹
- Hitzemonitoring und Evaluation institutionalisieren, RKI-Auswertungen und Kommunaltools nutzen. ¹¹⁰

Rechtliche und politische Hebel

EU-Luftqualitätsrecht und nationales Umweltrecht, kommunale Satzungen, Gebäuderecht und Förderprogramme, Gesundheitssektorsteuerung über Bund-Länder-Absprachen, Hitzeschutzplan des BMG. ¹¹¹

Equity-Implikationen

Sehr hoch, da Umwelt- und Hitzeexposition sozialräumlich ungleich verteilt sind. Priorität sollten Quartiere mit hoher Hitze- und Schadstofflast haben, inklusive Kühlräume, Trinkwasserbrunnen, aufsuchende Warnung und Schutz in Pflege. ¹¹²

Barrieren und Mitigation

Akzeptanzkonflikte, Investitionsstau, Zuständigkeitsvielfalt. Lösung: Health-in-all-policies, klare Gesundheitskommunikation, sozialer Ausgleich, Monitoring der Exposition.

Monitoring und Evaluation

PM_{2,5}, NO₂, Ozon, bevölkerungsgewichtete Belastung, hitzebedingte Mortalität und Morbidität, Einrichtungsaudits Hitzeschutz, vulnerable Gruppenindikatoren. ¹¹³

Zeithorizont

Kurzfristig: verbindliche Heat-Protokolle, Warnketten.

Mittelfristig: lokale Luftreinhaltepakete und Heizungsumstellung.
Langfristig: nachhaltige Expositionsminderung und klimaresiliente Städte.

Querschnitt, Implementationsarchitektur, Monitoring und Datenlücken

Umsetzung über Governance und Finanzierung

Nationale Präventionskonferenz als Steuerungsplattform schärfen

Das Präventionsgesetz stärkt die Zusammenarbeit der Sozialversicherung, Länder und Kommunen und sieht eine Nationale Präventionskonferenz vor, die gemeinsame Ziele festlegt, mit Schwerpunkt auf Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb und Pflege, zudem sind erhebliche Mittel für gesundheitsfördernde Leistungen vorgesehen. ¹¹⁴

Empfehlung: Die NPK sollte für die zehn To-dos verbindliche nationale Zielwerte, Kenngrößen und jährliche Fortschrittsberichte definieren, inklusive Equity-Zielwerten, und dabei Interessenkonflikte, besonders bei Tabak, Alkohol und Food Marketing, institutionell absichern, wie WHO bei Salz- und Zuckersteuern betont. ¹¹⁵

Implementationsprinzipien, die in Deutschland erfahrungsgemäß Wirkung erzeugen

Erstens, klare gesetzliche Standards statt freiwilliger Selbstverpflichtung, wo starke kommerzielle Gegenanreize bestehen, insbesondere bei Tabak, Alkohol und ungesunder Ernährung. ¹¹⁶

Zweitens, Monitoring von Anfang an, möglichst mit Routinedaten und klaren, wenigen Kernindikatoren, dazu WHO und BMG-Ansätze wie Hitzemonitoring. ¹¹⁷

Drittens, Evaluation als Bestandteil der Policy, RKI empfiehlt für Tabakkontrolle explizit quasi-experimentelle Designs für kausale Analysen. ⁴²

Datenlücken und Forschungsvorschläge

Wesentliche Datenlücken

Erstens, unzureichend standardisierte und zeitnahe Daten zu Adult-Impfquoten, insbesondere außerhalb der Kindheit. ¹¹⁸

Zweitens, Implementations- und Equity-Daten für kommunale Bewegungs- und Ernährungsinterventionen, einschließlich räumlicher Differenzierung bei Walkability und Food Access. ¹¹⁹

Drittens, Deutschland-spezifische, aktuelle Kosten-Nutzen-Modelle für große Strukturmaßnahmen, z. B. SSB-Steuer oder umfassende Alkoholsteuerreformen, sind in der öffentlichen Debatte oft nicht ausreichend transparent veröffentlicht, obwohl WHO Handbücher Policy-Zyklus und Evaluation betonen. ¹²⁰

Forschungs- und Evaluationsagenda

Quasi-experimentelle Evaluationen für Steuer-, Werbe- und Smoke-free-Politiken, mit Difference-in-Differences und Interrupted Time Series, wie im RKI-Kontext vorgeschlagen. ⁴²

Verknüpfung von Expositionsdaten (Luft, Hitze) mit Gesundheitsdaten, zur zeitnahen Public-Health-Steuerung, analog zum Hitzemonitoring-Ansatz. ¹²¹

Verteilungsanalysen, inklusive distributional cost-effectiveness, für große Programme wie Sturzprävention und aktive Mobilität, um Equity nicht nur zu behaupten, sondern zu messen. ¹²²

Anhang mit Mermaid-Diagrammen

flowchart TD

```
A[Schritt: Krankheitslast und Risikofaktoren] --> B[Schritt:
Evidenzbasierte Interventionsliste]
B --> C[Schritt: Bewertung Impact, Evidenz, Kosten, Equity, Feasibility]
C --> D[Schritt: Top-10 Paket mit Synergien]
D --> E[Schritt: Umsetzung über Recht, Finanzierung, Vollzug]
E --> F[Schritt: Monitoring, Evaluation, Nachsteuerung]
```

gantt

```
title Umsetzungsfahrplan der Top-10 Präventionsmaßnahmen
dateFormat YYYY-MM-DD
```

section Kurzfristig

```
Tabaksteuerepfad, Entwöhnungsfinanzierung :a1, 2026-03-01, 365d
Alkoholsteuerindexierung, digitale Werberegeln :a2, 2026-04-01, 365d
SSB-Steuer, Beschaffungsstandards Schule, Kita :a3, 2026-06-01, 365d
Hypertonie-Protokolle, Pilotregister :a4, 2026-03-01, 365d
Heat-Protokolle in Pflege, Kliniken :a5, 2026-04-01, 365d
```

section Mittelfristig

```
Vollzug Werbeverbote, Smoke-free-Ausweitung :b1, 2027-01-01, 730d
Alkohol-Mindestalter, Verfügbarkeit, Marketingpaket :b2, 2027-01-01, 730d
Reformulierungsziele und Monitoring :b3, 2027-01-01, 730d
Aktive Mobilität Netzaufbau :b4, 2027-01-01, 1095d
Impfregister und Adult-Impfprogramme :b5, 2027-01-01, 730d
Darmkrebsscreening Navigation und Follow-up-Qualität :b6, 2027-01-01, 730d
Sturzpräventionspfade bundesweit :b7, 2027-01-01, 730d
Suizidprävention LIVE LIFE Rollout :b8, 2027-01-01, 730d
```

section Langfristig

```
Endgame-Ziele Tabak und Nikotin :c1, 2029-01-01, 3650d
Nachhaltige Luftqualitätsverbesserung :c2, 2029-01-01, 3650d
Adipositasrendre drehen :c3, 2029-01-01, 3650d
CVD-Ereignisse messbar reduzieren :c4, 2029-01-01, 3650d
```

flowchart LR

```
T[Tabak und Nikotin] --> NCD[NCD-Mortalität, CVD, Krebs]
A[Alkoholkonsum] --> NCD
D[Ernährung, Adipositas] --> NCD
P[Bewegung] --> NCD
H[Hypertoniekontrolle] --> NCD

P --> MH[Psychische Gesundheit]
C[Saubere Luft, Hitze] --> NCD
C --> MH
V[Impfungen] --> INF[Infektionslast, Hospitalisierung]
```

S[Screening] --> K[Krebsfrühdagnostik, Inzidenz, Mortalität]
F[Sturzprävention] --> FA[Functional Ability, Pflegebedürftigkeit]
MH --> FA

1 11 14 18 27 64 80 95 https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-12/2023_chp_de_german.pdf
https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-12/2023_chp_de_german.pdf

2 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091078>
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240091078>

3 16 19 29 32 35 40 41 <https://www.who.int/activities/raising-taxes-on-tobacco>
<https://www.who.int/activities/raising-taxes-on-tobacco>

4 20 43 45 47 51 52 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/safer-frameworke539ec4e-d283-43d9-9487-afc6d2a51a50.pdf?sfvrsn=bdac6e1f_1
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/safer-frameworke539ec4e-d283-43d9-9487-afc6d2a51a50.pdf?sfvrsn=bdac6e1f_1

5 13 21 34 54 66 116 https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/12456/JHealthMonit_2025_01_Obesity_smoking.pdf?sequence=1
https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/12456/JHealthMonit_2025_01_Obesity_smoking.pdf?sequence=1

6 22 67 <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514187>
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241514187>

7 23 74 75 <https://www.who.int/news/item/19-09-2023-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it>
<https://www.who.int/news/item/19-09-2023-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it>

8 24 81 82 118 <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/13181/EB-4-2026.pdf?sequence=1>
<https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/13181/EB-4-2026.pdf?sequence=1>

9 25 84 86 <https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/erwachsene/krebsfrueherkennung/darmkrebs-screening/>
<https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/erwachsene/krebsfrueherkennung/darmkrebs-screening/>

10 26 91 92 <https://link.springer.com/article/10.1186/s12966-020-01041-3>
<https://link.springer.com/article/10.1186/s12966-020-01041-3>

12 28 103 108 113 <https://www.umweltbundesamt.de/tags/vorzeitige-todesfaelle>
<https://www.umweltbundesamt.de/tags/vorzeitige-todesfaelle>

15 55 <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2792842>
<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2792842>

17 63 71 83 94 102 114 <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz/>
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz/>

30 33 38 42 https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/12982/JHealthMonit_2025_03_Tabakkontrollmassnahmen.pdf?sequence=1
https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/12982/JHealthMonit_2025_03_Tabakkontrollmassnahmen.pdf?sequence=1

31 <https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/krebs-vorbeugen/krebspraeventionswoche/>
<https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/krebs-vorbeugen/krebspraeventionswoche/>

- 36 https://www.gesetze-im-internet.de/tabakerzg/_20a.html
https://www.gesetze-im-internet.de/tabakerzg/_20a.html
- 37 https://www.dkfz.de/fileadmin/user_upload/Krebspraevention/Download/pdf/Buecher_und_Berichte/2026_TA2025_Tobacco-Control-in-Europe.pdf
https://www.dkfz.de/fileadmin/user_upload/Krebspraevention/Download/pdf/Buecher_und_Berichte/2026_TA2025_Tobacco-Control-in-Europe.pdf
- 39 https://fctc.who.int/docs/librariesprovider12/technical-documents/who-fctc-article-6-guidelines.pdf?download=true&sfvrsn=3bee36c8_50
https://fctc.who.int/docs/librariesprovider12/technical-documents/who-fctc-article-6-guidelines.pdf?download=true&sfvrsn=3bee36c8_50
- 44 46 53 https://www.dkfz.de/fileadmin/user_upload/Krebspraevention/Download/pdf/Buecher_und_Berichte/2022_Alkoholatlas-Deutschland-2022_Auf-einen-Blick.pdf
https://www.dkfz.de/fileadmin/user_upload/Krebspraevention/Download/pdf/Buecher_und_Berichte/2022_Alkoholatlas-Deutschland-2022_Auf-einen-Blick.pdf
- 48 49 50 https://www.dkfz.de/fileadmin/user_upload/Krebspraevention/Download/pdf/PB/PB_2026_Jugendliche-vor-Alkoholwerbung-sch%C3%BCtzen.pdf
https://www.dkfz.de/fileadmin/user_upload/Krebspraevention/Download/pdf/PB/PB_2026_Jugendliche-vor-Alkoholwerbung-sch%C3%BCtzen.pdf
- 56 60 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075412>
https://www.who.int/publications/i/item/9789240075412
- 57 79 115 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sodium-reduction>
https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sodium-reduction
- 58 59 65 120 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240056299>
https://www.who.int/publications/i/item/9789240056299
- 61 <https://www.mri.bund.de/de/themen/reduktion-von-zucker-fett-und-salz/>
https://www.mri.bund.de/de/themen/reduktion-von-zucker-fett-und-salz/
- 62 https://www.dge.de/fileadmin/dok/gemeinschaftsgastronomie/dge-qualitaetsstandards/DGE_Qualitaetsstandard_Schule.pdf
https://www.dge.de/fileadmin/dok/gemeinschaftsgastronomie/dge-qualitaetsstandards/DGE_Qualitaetsstandard_Schule.pdf
- 68 69 70 119 <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-023-15394-4>
https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-023-15394-4
- 72 https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Studien-und-Surveillance/Studien/GEDA/geda_gesamt.html
https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Studien-und-Surveillance/Studien/GEDA/geda_gesamt.html
- 73 https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Journal-of-Health-Monitoring/GBEDownloads/JFactSheets/JoHM_2017_01_gesundheitliche_lage3.html
https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Journal-of-Health-Monitoring/GBEDownloads/JFactSheets/JoHM_2017_01_gesundheitliche_lage3.html
- 76 78 <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NVI-19-8>
https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NVI-19-8
- 77 <https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Nichtuebertragbare-Krankheiten-A-Z/H/Hypertonie/hypertonie-node.html>
https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Nichtuebertragbare-Krankheiten-A-Z/H/Hypertonie/hypertonie-node.html

- 85 https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Darmkrebs/darmkrebs_inhalt.html
https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Darmkrebs/darmkrebs_inhalt.html
- 87 <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0034-1377182.pdf>
<https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0034-1377182.pdf>
- 88 <https://www.kbv.de/praxis/patientenversorgung/praevention/darmkrebsfrueherkennung>
<https://www.kbv.de/praxis/patientenversorgung/praevention/darmkrebsfrueherkennung>
- 89 90 <https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/erwachsene/krebsfrueherkennung/programmbeurteilung/>
<https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/erwachsene/krebsfrueherkennung/programmbeurteilung/>
- 93 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512222002572>
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512222002572>
- 96 100 <https://www.who.int/initiatives/live-life-initiative-for-suicide-prevention>
<https://www.who.int/initiatives/live-life-initiative-for-suicide-prevention>
- 97 <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/suizidpraevention-in-deutschland-abschlussbericht>
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/suizidpraevention-in-deutschland-abschlussbericht>
- 98 <https://www.efpa.eu/publication-oecd-report-mental-health-promotion-and-prevention-best-practices-public-health>
<https://www.efpa.eu/publication-oecd-report-mental-health-promotion-and-prevention-best-practices-public-health>
- 99 https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/content/document/LIVE%20LIFE_an%20implementation%20Guide%20for%20Suicide%20Prevention%20in%20Countries.pdf
https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/content/document/LIVE%20LIFE_an%20implementation%20Guide%20for%20Suicide%20Prevention%20in%20Countries.pdf
- 101 <https://academic.oup.com/eurpub/article/33/4/612/7192365>
<https://academic.oup.com/eurpub/article/33/4/612/7192365>
- 104 111 <https://www.umweltbundesamt.de/themen/luft/wirkungen-von-luftschadstoffen/wirkungen-auf-die-gesundheit>
<https://www.umweltbundesamt.de/themen/luft/wirkungen-von-luftschadstoffen/wirkungen-auf-die-gesundheit>
- 105 107 109 110 112 117 121 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/H/Hitzeschutzplan/BMG_Hitzeschutzplan.pdf
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/H/Hitzeschutzplan/BMG_Hitzeschutzplan.pdf
- 106 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240034228/>
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240034228/>
- 122 <https://academic.oup.com/ageing/article/54/8/afaf212/8221464>
<https://academic.oup.com/ageing/article/54/8/afaf212/8221464>