



„Gesundheit muss zur ab ten Chefsache erklärt wer

Im Interview (v. li.): Prof. Dr. Dennis A. Ostwald (Gründer und CEO des WifOR- Instituts) und Dipl.-Kfm. Christoph Glaetzer (Chief Global Value and Access Officer, Johnson & Johnson Innovative Medicine)

„Was häufig fehlt, ist die gemeinsame Betrachtung des Gesamtproblems – über Silos hinweg“ (Ostwald). „Wir müssen damit beginnen, den kompletten „Patient Care Pathway“ zu berücksichtigen und Krankheiten in einem möglichst frühen Stadium zu erkennen und den Krankheitsverlauf gezielt zu beeinflussen” (Glaetzer). Im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung” begründen Prof. Dr. Dennis A. Ostwald (Gründer und CEO des WifOR-Instituts) und Dipl.-Kfm. Christoph Glaetzer (Chief Global Value and Access Officer, Johnson & Johnson Innovative Medicine) mithilfe einer neuen Evidenzebene einen weiteren Blick auf das Thema Gesundheit: weg vom Problem, hin zum Teil einer Lösung.

>> Es ist sicher unbestritten, dass Deutschland erhebliche fiskalische und demografische Probleme hat und wichtige Wendepunkte in diesen Bereichen nicht verpassen darf. Auf einer kürzlich stattgefundenen Veranstaltung der privaten Krankenversicherung prognostizierten Expert:innen sogar eine Katastrophe, sollte sich bei Rente, Sozialausgaben, Gesundheit und Pflege nicht grundsätzlich etwas ändern. Die hier sichtbaren Finanzierungslücken werden allenthalben mit althergebrachten Strategien der Kostendämpfung beantwortet. Ist das für Sie, der Gesundheit als strategische und langfristige Investition betrachtet, wie Ihr aktuelles Whitepaper „Healthy Returns: A Catalyst for Economic Growth and Resilience“ (1) zeigt, überhaupt der richtige Ansatz? Wenn Sie unserem Finanzminister eine Kennzahl vorlegen dürften, um ihn davon zu überzeugen, dass Kürzungen volkswirtschaftlich Selbstmord sind – welche wäre das?

Ostwald: Zunächst geht es bei strategischen Gesundheitsinvestitionen nicht darum, Einsparungen grundsätzlich abzulehnen. Deutschland hat mit 11,7 Prozent (*) des Bruttoinlandsproduktes bereits die höchsten Gesundheitsausgaben in der EU. Entscheidend ist vielmehr, die Mittel wirksam einzusetzen und zu verstehen, warum unsere Sozialsysteme gravierende Probleme haben: Der demografische Wandel führt zu steigenden Ausgaben, während eine schrumpfende Erwerbsbevölkerung und schwaches Wachstum vor allem die Einnahmenseite belasten. Vor diesem Hintergrund greift eine reine Kostendämpfung zu kurz. Stattdessen müssen wir Wachstum erzeugen. Voraussetzung dafür ist, dass möglichst viele Menschen gesund bleiben und am Arbeitsleben teilnehmen können. Gesundheit ist damit kein Kostenfaktor, sondern eine wichtige Grundlage für wirtschaftliche Stabilität und Wachstum.

„In öffentlichen Debatten werden die Gesundheitswirtschaft und die Branche vor allem als Kostenfaktor und damit als Teil des Problems diskutiert – statt als Teil der Lösung.“
Prof. Dr. Dennis A. Ostwald

Was wäre für Sie als Ökonom die wichtigste Kennzahl?

Ostwald: Aus finanzpolitischer Sicht wäre es sinnvoll, den Blick auf die Branchen zu richten, die stabil zur Wertschöpfung beitragen. Die Gesundheitsbranche macht mehr als 12 Prozent des deutschen Wohlstandes aus. Im Jahr 2024 beschäftigte sie 7,7 Millionen sozialversicherungspflichtige Menschen, generierte knapp 10 Prozent der deutschen Exportquote und leistete rund 500 Milliarden zum BIP. Damit ist die Gesundheitswirtschaft ein wahrer Champion-Sektor, der aus Pharma-, MedTech- und Biotech-Unternehmen besteht. Wir behandeln sie jedoch nicht wie einen Champion! In öffentlichen Debatten werden die Gesundheitswirtschaft und die Branche vor allem als Kostenfaktor und damit als Teil des Problems diskutiert – statt als Teil der Lösung. Der Gesundheitssektor verbindet hohe Wertschöpfung mit Exportstärke und leistet zugleich einen wichtigen Beitrag zu den öffentlichen Einnahmen. Dazu kommt, dass Investitionen in die deutsche Gesundheitswirtschaft typischerweise dazu führen, dass ein großer Teil der Wertschöpfung hierzulande erbracht wird, da die Wertschöpfungsketten vergleichsweise kurz sind. Das heißt: Es gibt Multiplikatoreffekte, die wiederum weitere Steuereinnahmen erzeugen.

Alles sicher richtig, aber wie „verkaufen“ Sie das dem Finanzminister?

Ostwald: Kurz gesagt: Es geht nicht nur um die Ausgaben, sondern ebenso um die Einnahmenseite. Die Politik legt den Schwerpunkt ihrer Analyse meist darauf, dass Deutschland etwa 12 Prozent des BIP für Gesundheit ausgibt, rechnet aber nicht dagegen, dass die Gesundheitswirtschaft einen rund 12-prozentigen BIP-Beitrag leistet. Rein ökonomisch betrachtet, „bezahlt“ sich die Gesundheitswirtschaft also selbst und schafft damit auch noch bessere Gesundheit. Investitionen in Gesundheit stabilisieren unseren Wohlstand also vor allem in Krisenzeiten enorm. Genau diese entscheidende Kennzahl muss ein Finanzminister verstehen und im Blick haben.

Auf welches Echo stoßen Sie mit dieser Argumentation bei den Fachleuten im Finanzministerium?

Ostwald: In Deutschland hat sich diese Sichtweise bislang nur begrenzt durchgesetzt. Umso bemerkenswerter war das Statement von Bundeskanzler Friedrich Merz in einem seiner ersten Interviews nach Amtsantritt, in dem er den Gesundheitssektor nicht mehr nur als Kostenlast, sondern ausdrücklich als Chance für Wertschöpfung und wirtschaftliche Stabilität beschrieben hat. Das zeigt, dass gesundheitsökonomische Argumente zunehmend in der politischen Debatte ankommen. Entscheidend wird nun sein, diese Sichtweise mit belastbarer Evidenz und einer klaren makroökonomischen Argumentation weiter zu untermauern, insbesondere gegenüber dem Finanzministerium.

Glaetzer: Das vom WifOR-Institut erarbeitete Whitepaper „Healthy Returns: A Catalyst for Economic Growth and Resilience“ liefert diese Evidenz und Argumente für den aus unserer Sicht notwendigen Perspektivwechsel auf Gesundheit. Bisher haben wir uns immer nur auf den Wert von Gesundheit in Bezug auf die individuelle Patient:in fokussiert. Der unmittelbare gesundheitliche Nutzen einer Therapie für die Patient:in ist der Wert und wird entsprechend bepreist. Dass moderne Therapiemöglichkeiten darüber hinaus auch Teilhabe, Lernen und Arbeiten ermöglichen – also alles, was ein Gemeinwesen zukunftsfähig macht, bleibt bei dieser Wertbetrachtung außen vor. Das Whitepaper zeigt, dass gezielte Investitionen in Prävention, Therapie und Heilung sich dreifach auszahlen: Sie schützen bzw. stärken unsere Gesundheit, stärken die Resilienz von Sozialsystemen und die

* Eurostat (2023). Healthcare expenditure statistics - overview. Online verfügbar unter: https://t1p.de/pzf3z

Wirtschaft. Je gesünder die Menschen, desto gezielter können öffentliche und private Ressourcen in Fortschritt, Innovationen und Chancen investiert werden, anstatt in die Bewältigung vermeidbarer Krankheiten. Gesundheit ist eine Investition, die sich auszahlt. Kein bloßer Kostenfaktor. Das müssen wir vermitteln.

Die Kosten für den gesundheitlichen Nutzen der Patient:innen – in diesem Fall des Mitarbeitenden – trägt die Krankenkasse bzw. der Versicherte mit seinen Beiträgen. Den Nutzen der erhaltenen Wirtschaftskraft haben das Unternehmen und die Gesellschaft, die Steuern erhält der Finanzminister. Wird dieses System jemals als Ganzes betrachtet?

Ostwald: Das gelingt nur, wenn Gesundheit auf höchster politischer Ebene verankert wird. Ich hoffe, dass uns das gelingt. In Deutschland ist diese ganzheitliche Sicht bislang noch wenig ausgeprägt. Andere Länder sind hier weiter: In Ägypten etwa ist der Gesundheitsminister gleichzeitig stellvertretender Regierungschef. Das zeigt, welche Bedeutung er im Vergleich zu den anderen Ministern hat. Vor diesem Hintergrund hat mich der ägyptische Gesundheitsminister im Jahr 2025 eingeladen. Bei dieser Gelegenheit wurde mir die nationale Gesundheitsstrategie vorgestellt, die ich als sehr strukturiert und zielorientiert wahrgenommen habe.

Können Sie das näher erläutern?

Ostwald: Im Jahr 2025 wurde eine Konferenz mit über fünftausend Teilnehmenden durchgeführt, auf der das Gesundheitsministerium ein umfassendes Indikatoren- und Monitoringsystem vorgestellt hat. Dieses basiert auf Kennzahlen, die über ein Ampelsystem den aktuellen Stand und den jeweiligen Zielerreichungsgrad abbilden. Ziel ist es, konkrete gesundheitliche Verbesserungen messbar zu machen, etwa eine Reduktion der Krankheitslast bis 2030 um einen festgelegten Prozentsatz. Im Gespräch mit dem Gesundheitsminister habe ich angeregt, diese Zielgrößen konsequent um makroökonomische Bewertungen zu ergänzen. Wird beispielsweise die Krankheitslast von Diabetes um 10 Prozentpunkte reduziert, lässt sich daraus ein konkreter wirtschaftlicher Beitrag ableiten. So kann transparent dargestellt werden, welche Investitionen getätigt wurden und welche Effekte daraus entstehen: Es wurden X Euro in diese Strategie investiert und im ersten Jahr ist Y herausgekommen. Wenn wir unsere Ziele bis 2030 erreichen, kommt Z heraus. Diese Vorgehensweise wird nun jährlich fortgeführt. Eine vergleichbare Wirkungsorientierung wünsche ich mir auch für Deutschland.

Sehen Sie solche Gedanken bei den Wirtschaftsweisen oder Wirtschaftsinstituten, die die Politik beraten? Gibt es auch auf Expertenebene ein gewisses Verständnis für einen solchen Ansatz?

Ostwald: Hierzulande gibt es eine Vielzahl an Expertinnen und Experten, die in ihren jeweiligen Fachgebieten überzeugende Lösungen erarbeiten. Was jedoch häufig fehlt, ist die gemeinsame Betrachtung des Gesamtproblems – über Silos hinweg. Genau darüber möchte ich mit den Volkswirten des Sachverständigenrats Wirtschaft sprechen. Mich interessiert vor allem, warum ein Perspektivwechsel bislang kaum stattfindet. Denn eines ist offensichtlich: Wir stehen vor strukturellen Problemen auf unserem Wachstumspfad. Wachstum basiert auf Kapital, technologischem Fortschritt und Arbeit – und ist damit untrennbar mit der Leistungsfähigkeit der Erwerbsbevölkerung verbunden. Wir werden die aktuellen Herausforderungen nicht bewältigen, wenn wir das Gesundheitssystem nicht effizienter gestalten und stärker an messbaren gesundheitlichen Ergebnissen orientieren. Strategische Investitionen sind dabei kein Selbstzweck, sondern ein notwendiger Bestandteil.

Was kann ein Pharmaunternehmen da tun?

Glaetzer: Forschende Pharmaunternehmen wie Johnson & Johnson Innovative Medicine sind bereits sehr outcomeorientiert. Wir investieren weltweit in die Erforschung und Entwicklung neuer Medikamente und Therapieansätze, die einen bestehenden medizinischen Bedarf decken. Der Outcome, den wir generieren, ist mehr Lebenszeit, eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität, im besten Fall Heilung. Für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems hin zu einem effizienten und outcomegetriebenen System braucht es jedoch einen klaren politischen Willen und eine langfristige Gesundheitsstrategie. Und genau die sehe ich bislang nicht. Das Whitepaper des WifOR-Institutes liefert die Evidenz und Argumente für die Entwicklung einer Gesundheitsstrategie, die Gesundheit in den Vordergrund stellt anstatt das Management von Krankheit und die alle wichtigen Bereiche zusammenführt. Wir sehen es in vielen Ländern: Nur wenn es gelingt, die Gesundheitsministerin, den Finanzminister, die Wirtschafts- und die Forschungsministerin zusammenzubringen, damit sie ein gemeinsames Ziel formulieren und sich darauf verständigen, wird man den nötigen Einfluss erzeugen können. Solange jeder für sich seine eigene Suppe kocht und dabei nicht ans gesamte Menü denkt, also eben nicht mit den anderen Ressorts zusammenarbeitet, wird es nicht gelingen, das enorme Potenzial von Gesundheit für die Menschen, die Gesellschaft und den Wirtschaftsstandort zu nutzen.

„Das Whitepaper des WifOR-Institutes liefert die Evidenz und Argumente für die Entwicklung einer Gesundheitsstrategie, die Gesundheit in den Vordergrund stellt anstatt das Management von Krankheit."
Dipl.-Kfm. Christoph Glaetzer

Also: Gemeinsame Strategie, gemeinsames Arbeiten und raus aus diesem Silo-Denken, um endlich vorwärtszukommen.

Glaetzer: Aus der globalen Perspektive ist das die klare Empfehlung. In Deutschland ist das momentan allerdings noch anders. Zwar wollen nahezu alle Akteure das Land wieder zur „Apotheke der Welt" machen, zum global führenden Biotechnologie- und Pharmastandort. Gleichzeitig werden die Hindernisse, die diesem Ziel klar entgegenstehen, nicht angegangen bzw. sogar noch verstärkt. Ich denke etwa an die ausstehende Modernisierung des AMNOG, die nach wie vor geltenden AMNOG-Preisleitplanken oder pauschale Rabatte zulasten von forschenden Unternehmen. Das passt überhaupt nicht zusammen.

Ostwald: Aus diesem Grund muss Gesundheit zur absoluten Chefsache mit einer klaren Vision erklärt werden. Wo wollen wir 2040 ste-

hen? Anschließend müssen alle Expertinnen und Experten zusammengebracht und gefragt werden: Wie erreichen wir das Ziel am effizientesten?

Gibt es in Deutschland Ihrer Meinung nach überhaupt jemanden, der eine derartige Strategie verfolgt? Oder hoffen Sie nur auf den Bundeskanzler?

Glaetzer: Aktuell erkenne ich keine Strategie, um ehrlich zu sein. Zwar steht im aktuellen Koalitionsvertrag, dass die Regierungsparteien Deutschland wieder zu einem global führenden Biotechnologie- und Pharmastandort machen wollen. Das ist jedoch noch keine Strategie, sondern eher eine Absichtserklärung. Unabhängig davon sehe ich in Deutschland viele gute Ansätze und Initiativen, etwa die Pharmastrategie und den Pharmadialog. All diese Maßnahmen und Aktivitäten müssen synchronisiert und aufeinander abgestimmt und ihre Ergebnisse bei der Formulierung einer langfristigen Gesundheitsagenda berücksichtigt werden. Was fehlt, ist die von Prof. Ostwald angesprochene Zielformulierung, an der alle Akteure und Interessengruppen aus den Bereichen Gesundheit, Finanzen und Wirtschaft beteiligt werden müssen.

Wer müsste denn den ersten Schritt machen?

Glaetzer: Der erste Schritt muss von der Regierung selbst kommen, denn nur sie hat die Macht und die Befugnis, alle Ressorts und Akteure an einen Tisch zu bringen. Sie muss auch den Prozess der Zieldefinition und die Umsetzung initiieren und konsequent steuern: dazu gehört, dass sie festlegt, welchen Beitrag die einzelnen Ministerien leisten müssen, damit das gemeinsam verabschiedete Ziel erreicht wird. Ohne einen strukturierten und verbindlichen Prozess sehe ich das Risiko, dass zwar ein Ziel definiert wird, die einzelnen Akteure aber wie bisher relativ unabgestimmt und unkoordiniert agieren.

Wie kommen wir zu einer konzertierten Aktion?

Glaetzer: Indem wir überlegt und strukturiert vorgehen – ohne Hektik, angesichts der realen Herausforderungen jedoch so schnell wie möglich. Die bereits angesprochene Zieldefinition ist der erste Schritt: Was wollen wir erreichen? Im nächsten Schritt müssen wir überlegen, wie wir dieses Ziel erreichen können. Zieldefinition vor Taktik vor Exekution.



Prof. Dr. Dennis A. Ostwald

ist Gründer und CEO des WifOR-Instituts. Mit seinem Team forscht er zur Bedeutung von Gesundheitsinvestitionen, der Standardisierung der Impact-Messung und datenbasierten Lösungen für Herausforderungen auf dem Arbeitsmarkt.

Seine Mission ist es, valide und vergleichbare Daten bereitzustellen, die faktenbasierte Entscheidungen in den Bereichen Gesundheit, Nachhaltigkeit und Arbeitsmarkt ermöglichen. Als Experte für Makroökonomie ist Prof. Ostwald ein gefragter Redner bei Institutionen wie der UN-Generalversammlung, dem World Health Summit und dem EU-Parlament. Nach seiner Promotion an der Technischen Universität Darmstadt ist er heute in der Lehre für Wirtschaftsforschung und internationales Management an der Steinbeis School of International Business and Entrepreneurship (SIBE) tätig.

Dieses Vorgehen macht nicht nur für Unternehmen Sinn, sondern auch für die Erarbeitung einer Gesundheitsstrategie für Deutschland.

Ostwald: Wir müssen auch die einzelnen politischen Logiken und Verantwortlichkeiten berücksichtigen. In Ägypten lauteten zentrale Fragen zu Beginn: Was nützt eine Gesundheitsstrategie dem Finanzminister? Warum sollte er sich damit befassen?

Die Antwort ist relativ klar: Um Finanzminister und Finanzministerinnen – in Ägypten wie auch in anderen Ländern – zu überzeugen, muss sich nachweisen lassen, dass gezielte Investitionen in Gesundheit langfristig zu höherem Wirtschaftswachstum, stabileren Einnahmen und geringeren Folgekosten führen. Wenn dieser Zusammenhang belegbar ist, entsteht aus Sicht des Finanzministers ein klarer Mehrwert. Wird diese Strategie zudem über belastbare Kennzahlen in eine makroökonomische Logik übersetzt, wird sie auch für internationale Ratingagenturen relevant. Erkennen diese, dass die Gesundheitsstrategie die wirtschaftliche Perspektive eines Landes langfristig messbar verbessert, wirkt sich dies positiv auf das Länderrating aus. Ein besseres Rating erleichtert die Refinanzierung bestehender Schulden zu günstigeren Konditionen. Genau darin liegt aus meiner Sicht die Dividende kluger Gesundheitsinvestitionen.

Herr Glaetzer, Sie sind Chief Global Value and Access Officer von Johnson & Johnson Innovative Medicine. Wenn Sie Deutschland mit anderen wichtigen Märkten wie den USA, Japan oder China vergleichen: Gibt es international ein Vorbild, wo dieser Return on Investment von Gesundheit als Ziel verwendet wird? Und was machen diese Systeme anders als zum Beispiel das AMNOG oder das Gesundheitsministerium bei uns?

Glaetzer: Es ist immer schwierig, Gesundheitssysteme zu vergleichen, da alle Länder, ihre jeweiligen Gesundheitssysteme und deren Refinanzierungen unterschiedlich sind. Ich möchte die Frage daher aus einem anderen Blickwinkel beantworten: Wie messen wir Erfolg? Welche Kriterien legen wir zugrunde, um zu sagen, dass ein System erfolgreich ist? Wir haben gerade darüber gesprochen, wie sich der wirtschaftliche Erfolg bemessen lässt, wenn man den volkswirtschaftlichen Impact von Gesundheit berücksichtigt. Eine andere Frage lautet: Haben die Patient:innen

frühen Zugang zu einer breiten Palette von Arzneimitteln?

Daran schließt sich für mich die entscheidende Frage an: In welchem Ausmaß verbessern diese Arzneimittel und Therapiemöglichkeiten jeweils das Ergebnis für die Patient:innen? Um die ökonomische Dimension beurteilen und diskutieren zu können, müssen wir den gesundheitsbezogenen Outcome bei den Patient:innen erfassen.

Wie steht Deutschland im Vergleich da?

Glaetzer: Wenn wir den Zugang zu Arzneimitteln in Bezug auf Geschwindigkeit und Breite der Verfügbarkeit betrachten, steht Deutschland im europäischen Vergleich nicht schlecht da. In England dagegen, wo der Zugang zu vielen neuen Therapiemöglichkeiten nicht mehr gegeben ist, bzw. Patient:innen signifikant länger darauf warten müssen, sehen wir in einigen Indikationsbereichen mittlerweile eine schlechtere, sogar rückläufige Überlebensrate im Vergleich zu anderen Ländern – auch im Vergleich zu Deutschland. Das ist der aktuelle Zustand.

Noch steht Deutschland also nicht schlecht da. Ich gebe aber zu bedenken, dass bestimmte gesundheitspolitische Entscheidungen, die Deutschland in der Vergangenheit getroffen bzw. bis heute nicht korrigiert hat, dieses Bild zum Negativen ändern können. Die Auswirkungen einer Entscheidung zeigen sich oft Jahre später.

Was bedeutet das?

Glaetzer: Angesichts der aktuellen Debatte über neue Eingriffe in die Preisgestaltung für innovative Medikamente im Rahmen des AMNOG oder einen höheren Herstellerrabatt sehe ich das Risiko, dass Deutschland perspektivisch in eine ähnliche Situation geraten könnte wie England. Das wäre dann eine Situation, in der der Zugang zu neuen Therapiemöglichkeiten gar nicht mehr oder sehr viel später gegeben ist als in anderen Ländern.

Einige der jetzt diskutierten oder schon umgesetzten Regelungen, etwa zu den Kombinationsrabatten, lassen völlig außer Acht, wie pharmazeutische Forschung – und medizinischer Fortschritt – funktionieren. Ein weiteres Beispiel sind die Regelungen zum Umgang mit RWE. Hier ist Deutschland definitiv nicht mehr auf dem neuesten Stand der Wissenschaft. Derartige Regelungen und Einschnitte können in der Summe dazu führen, dass Patient:innen in Deutschland perspektivisch keinen oder einen sehr verzögerten Zugang zu mitunter lebensrettenden Therapiemöglichkeiten haben. Das muss verhindert werden!



Dipl.-Kfm. Christoph Glaetzer

Als Chief Global Value and Access Officer verantwortet Christoph Glaetzer bei Johnson & Johnson weltweit die Bereiche Gesundheitsökonomie, Preisgestaltung, Patient-Reported Outcomes (PRO), Real-World Evidence (RWE) und Access Policy. Er vertritt Johnson & Johnson in internationalen Verbänden wie dem PhRMA (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America) und EFPIA (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations) sowie dem Global Health Council, wo er sich für die Verbesserung der globalen Gesundheitsversorgung durch innovative Marktzugangs- und Preisgestaltungskonzepte einsetzt. Der studierte Gesundheitsökonom und gelernte Krankenpfleger hat in Europa, Nordamerika und Asien gelebt und gearbeitet und verfügt über mehr als 25 Jahre Erfahrung in der Entwicklung und Umsetzung von Strategien für den Marktzugang und die Vermarktung von Arzneimitteln.

Ostwald: Der Zeitpunkt, zu dem eine politische Entscheidung getroffen wird, und der Zeitpunkt, zu dem der Impact dieser Entscheidung sichtbar wird, sind selten deckungsgleich. Dieser grundlegende Zusammenhang wird in politischen Debatten oft ausgeblendet. Hinzu kommt, dass Maßnahmen zur Bewältigung vermeintlich kurzfristiger, kleiner Probleme häufig langfristige Konsequenzen haben können. In Deutschland ist die Auseinandersetzung mit langfristigen Wirkungen regulatorischer Entscheidungen bislang noch schwach ausgeprägt, da der Fokus meistens auf kurzfristigen Bewertungszeiträumen liegt. Ich denke hier etwa an die Einjahres- oder auch Quartalsperspektive der Krankenkassen. Entscheidungen, die sich an solchen Maßstäben orientieren, führen zwangsläufig zu kurzfristigen Reaktionen und bleiben außerhalb einer konsistenten strategischen Ausrichtung.

Spüren Sie ein Echo auf solche Gedanken in Deutschland?

Glaetzer: In bestimmten Bereichen bewerte ich das Verständnis für zeitliche Dimensionen und Zusammenhänge hierzulande ehrlich gesagt als begrenzt. Wir müssen uns immer bewusst machen, dass die medizinischen Innovationen, die heute verfügbar sind, vor etwa 15 Jahren auf den Weg gebracht wurden.

Da war noch Frau Merkel Kanzlerin!

Glaetzer: Stimmt. Und es waren ganz andere Minister und Ministerinnen in der Regierung. Ganz so lange arbeiten wir noch nicht mit dem WifOR zusammen, auch wenn wir schon vor einigen Jahren damit begonnen haben, über den kurz-, mittel- und langfristigen Wert von Gesundheit für Patient:innen, Gesellschaft und Wirtschaft zu sprechen und darüber, was notwendig ist, um das Potenzial von Gesundheit strategisch zu nutzen. Das jetzt vorliegende Whitepaper liefert den datengestützten Unterbau und die Argumente für die richtigen Weichenstellungen: für Patient:innen, für die Gesellschaft und für die Wirtschaft – und das in einer kurzfristigen, mittelfristigen und langfristigen Dimension.

Wie können Ökonomie, Medizinforschung und Politik zusammenkommen?

Glaetzer: Wir müssen den einzelnen Akteuren dabei helfen, die Sprache des jeweils anderen zu sprechen und seine Perspektive zu verstehen. Wenn es gelingt, die einzelnen Ressorts zusammenzubringen, sodass sie ein gemeinsames Ziel definieren und Indikatoren entwickeln können – wie Herr Prof. Ostwald es in Ägypten erlebt hat – können wir vom kurzfristigen Reaktions- in einen strategisch geplanten Aktionsmodus übergehen. Das wäre ein enormer Schritt.

„Bis zu einer langfristigen, umfassenden Strategie ist es noch ein weiter Weg. Zunächst gilt es zu überlegen: Was ist unser Ziel, was wollen wir erreichen? Was müssen wir ändern, damit wir dieses Ziel erreichen können? Was hindert uns daran?“
Prof. Dr. Dennis A. Ostwald

Ostwald: Es ist aber auch wichtig, die Kosten von Nicht-Aktion zu benennen. Wenn wir die demografische Entwicklung fortschreiben und die Krankheitslast in Deutschland im Jahr 2030 sowie die damit verbundenen Kosten nach verschiedenen Indikationen berechnen, können wir ziemlich genau modellieren, welche Auswirkungen das auf unser BIP im Jahr 2035 haben wird. Da kommen erhebliche Belastungen auf uns zu.

Die geringste Krankheitslast ist die, die gar keine Chance hat zu entstehen.

Glaetzer: Wir müssen endlich damit beginnen, den kompletten „Patient Care Pathway“ zu berücksichtigen. Das Ziel sollte sein, Krankheiten in einem möglichst frühen Stadium zu diagnostizieren und den Krankheitsverlauf gezielt zu beeinflussen, idealerweise vollständig zu verändern. Wenn eine Erkrankung dennoch ausbricht, muss jede Patient:in frühzeitig Zugang zu modernen Therapiekonzepten und einem perfekt abgestimmten „Care Continuum“ erhalten. Kurz gesagt: „Prevent what you can, treat what you can't.“ Wenn wir uns daran halten, werden wir das beste Ergebnis für die Betroffenen bei gleichzeitiger Kostensenkung erreichen. Darüber, wie das zu managen und vor allem zu bepreisen ist, müssen wir diskutieren.

Könnten Sie ein Land benennen, in dem das besser funktioniert als in Deutschland?

Glaetzer: Das Konzept der „Care Pathways“ ist in einigen Ländern bereits weiter entwickelt. Die Frage der Finanzierung muss dabei immer länderspezifisch gelöst werden. Entscheidend ist auch hier, dass wir alle relevanten Akteure zusammenbringen, also alle am Care-Prozess beteiligten Leistungserbringer, vom niedergelassenen und stationären Bereich bis hin zur pflegerischen Nachbetreuung. Hier gibt es allenthalben Überschneidungen der verschiedenen Budgets. Auch das muss man lösen.

Was wäre denn ein erster Anfang, ein möglicher erster Schritt?

Ostwald: Nehmen wir zum Beispiel Diabetes: Eine Bietergemeinschaft könnte sich zusammenschließen und mit den maßgeblichen Kassen einer Region einen Selektivvertrag vereinbaren. Darin ließe sich festgelegen, dass die Krankheitslast in der Zielpopulation bis zum Jahr 2030 um etwa zehn Prozent reduziert werden soll – verbunden mit einer entsprechenden Verringerung der Folgekosten. Damit sind wir beim „Value of Health“: Die Patient:innen profitieren von einer besseren Gesundheit, die Bietergemeinschaft von einer verlässlichen Vergütung und die Krankenkassen von geringeren Ausgaben. Um dies zu erreichen, müssen wir den ökonomischen Beitrag des Konzepts bemessen und genau definieren: Welche Schäden werden verhindert? Welche Maßnahmen werden finanziert? Welche Folgeschäden können wir in der Zukunft vermeiden oder minimieren? Das würde übrigens bereits im Rahmen des derzeitigen Sozialgesetzbuchs funktionieren, nur macht es keiner, weil es noch unüblich ist, solche Komplexleistungen auszuschreiben.

Glaetzer: Es ist doch ganz normal, dass ein Mensch heute Geld investiert, um später eine höhere Rendite zu erwirtschaften. Investitionen in Gesundheit folgen demselben Prinzip: Man investiert heute, um Ausgaben in der Zukunft zu verhindern.

Krankenkassen dürfen so nicht rechnen, weil sie Kosten immer pro Jahr betrachten müssen.

Ostwald: Bis zu einer langfristigen, umfassenden Strategie ist es noch ein weiter Weg. Zunächst gilt es zu überlegen: Was ist unser Ziel, was wollen wir erreichen? Was müssen wir ändern, damit wir dieses Ziel erreichen können? Was hindert uns daran? Zu allererst muss die gesetzliche Regelung abgeschafft werden, die besagt, dass immer nur bis zum nächsten Jahr geplant werden darf. Zweitens müssen wir zu „Health in all Policies“ kommen. Und schließlich brauchen wir eine stimmige Gesundheitsstrategie. All das ist, das muss man klar dazu sagen, nicht teurer als das bisherige System. Es geht nicht um zusätzliche Milliarden, sondern darum, die vorhandenen Mittel zielgerichteter und wirksamer einzusetzen.

Kommen wir zum wahren Preis von Gesundheit. Ihre Daten zeigen, dass zum Beispiel bei Demenz die Hälfte der Kosten in der informellen Pflege entstehen, aber gar nicht mitgerechnet werden. Rechnen wir uns als Volkswirtschaft reich, indem wir so viel unbezahlte Arbeit im Gesundheitssystem nicht beachten?

Ostwald: Das ist wie beim Bruttoinlandsprodukt. Auch hier werden unentgeltliche oder nicht-marktliche Aktivitäten wie beispielsweise informelle Pflege oder ehrenamtliche Tätigkeiten nicht berücksichtigt. Das hat Auswirkungen, da sich die soziale Wirkung nur schwer erfassen lässt. Wenn unentgeltliche Arbeit nicht berücksichtigt wird, wird deren Wert zwangsweise unterschätzt.

Wie lässt sich sozialer Impact berechnen?

Ostwald: Hier gibt es zwei wesentliche Komponenten. Zum einen können die volkswirtschaftlichen Folgen von Krankheit über Arbeits-, Einkommens- und Produktivitätsausfälle quantifiziert werden – sprich der Wertschöpfungsverlust, der entsteht, wenn Menschen nicht oder nur eingeschränkt arbeiten können. Das zeigt jedoch nur einen Teil der Wahrheit. Die zweite, mindestens ebenso wichtige Komponente sind die Effekte der informellen Care-Arbeit, also die Auswirkungen

der unentgeltlich geleisteten Care-Arbeit für die Leistenden selbst. Dahinter steht der Begriff der „zweiten Patient:innen". Auch hier entstehen Verdienst-, Arbeits- und Produktivitätsausfälle, die erhebliche Auswirkungen auf das Wachstum und die wirtschaftliche Entwicklung haben – heute wie in Zukunft. Auf dieser Grundlage lässt sich der tatsächliche gesellschaftliche Wert von Prävention und wirksamer Versorgung erfassen: nicht nur, weil sie Erkrankungen bei Patient:innen verhindert, beziehungsweise den Krankheitsverlauf gezielt verkürzt, sondern auch, weil sie die Belastung von pflegenden Angehörigen reduziert. Diese erweiterte Perspektive hat unmittelbare gesamtwirtschaftliche Relevanz. Das verstehen wir unter dem Begriff „Broader Value". Genau darum geht es auch in der internationalen Debatte, etwa bei der International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR): Wie lassen sich solche zusätzlichen Wertdimensionen systematisch in bestehende HTA-Verfahren integrieren? Langfristig ist eine überzeugende makroökonomische Argumentation nur möglich, wenn gleichzeitig klar definiert wird, wie sich die HTA-Bewertung weiterentwickeln muss.

Während sich die Debatte in Deutschland vor allem um Preismechanismen dreht, scheint sie sich international auch in Richtung einer Flexibilisierung der Evidenz zu bewegen. Ein Stichwort ist hier die Einbeziehung von Real-World Evidence. Beobachten Sie den Trend, dass Patient:innen in Gesundheitssystemen, die eher bereit sind, Real-World Evidence stärker zu akzeptieren, schneller Zugang zu Innovationen erhalten?

Glaetzer: Definitiv. In puncto Akzeptanz von Real-World Evidence hinkt Deutschland im internationalen Vergleich tatsächlich hinterher, obwohl vor allem drei Gründe für eine umfassende Akzeptanz von RWE sprechen.

Welche wären das?

Glaetzer: In aller Kürze: confirm, complement and contextualize: RWE kann in klinischen Studien erworbene Daten und Erkenntnisse nicht nur bestätigen (confirm), sondern auch ergänzen (complement). Bestimmte Daten lassen sich in klinischen Studien einfach nicht generieren. Das ist fast immer dann der Fall, wenn wir neue Methoden und Therapieansätze sowie langfristige Ergebnisse erforschen wollen, deren Vorteile für die Patient:innen erst in 15 Jahren oder in noch weiterer Zukunft auftreten. Das kann man in klinischen Studien nicht abbilden. Es wäre auch höchst unethisch, die Hälfte der Patient:innen über einen so langen Zeitraum mit einem Placebo zu behandeln, obwohl bewiesen ist, dass eine Therapie erfolgreich ist. Hier kann RWE die notwendige Evidenz ergänzen. Zusätzlich kann RWE die in klinischen Studien erhobenen Daten und Erkenntnisse in den jeweiligen lokalen Kontext einordnen (contextualize). Das ist beispielsweise deshalb relevant, weil in vielen Nutzenbewertungsverfahren immer auch Vergleichsdaten zu vielen möglichen Alternativtherapien gefordert werden, selbst wenn einige dieser Therapien gar nicht mehr dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen. Das führt oft dazu, dass es heißt, es sei keine Evidenz geliefert worden. Dabei geht es häufig um Therapien, gegen die man ursprünglich gar keine Evidenz liefern sollte! Das hindert Deutschland definitiv daran, mittel- und langfristig an Innovation teilzuhaben. Das Konzept der „Indirect Treatment Comparison" ist ein wichtiges Thema, bei dem Deutschland den Schritt nach vorne machen muss, um wieder am wissenschaftlichen Fortschritt teilzuhaben.

Wir hatten vorletzten Dezember eine Tagung über Patient-reported Outcomes. Sollten PROs auch stärkeres Gewicht bekommen?

Glaetzer: Absolut. Hier würde ich Deutschland als positives Beispiel nennen, weil Patient-reported Outcomes im AMNOG-Verfahren gezielt erfragt werden. Das ermöglicht uns, zu zeigen, welches messbare Ergebnis eine Therapie bei den damit behandelten Patient:innen erreicht, in welchem Maße ihre Gesundheit und Lebensqualität verbessert werden.

In einigen Indikationen sind Patient-reported Outcomes sogar Teil der „Primary Endpoints". Das ist immer dann der Fall, wenn der Effekt einer Therapie direkt von den Patient:innen wahrgenommen und berichtet wird. In anderen Indikationen ist das vielleicht nur der „sekundäre Effekt", obwohl es immer um die Lebensqualität der jeweiligen Patient:innen geht.

Insgesamt geht es immer um den Nutzen für die Patient:innen. In Ihren Analysen und Publikationen wie zuletzt dem im Dezember 2025 veröffentlichten Whitepaper „Healthy Returns: A Catalyst for Economic Growth and Resilience" zeigen Sie regelmäßig den Mehrwert von Gesundheit – und von Investitionen in Gesundheit für die Gesellschaft insgesamt – auf.

Ostwald: Die Evidenz zeigt, dass gezielte Investitionen in Gesundheit einen positiven Impact auf eine Gesellschaft haben. Um diesen Impact messen zu können, haben wir den Social Impact entwickelt und publiziert (2). Die gedanklichen Ursprünge gehen auf einen persönlichen Austausch mit der damaligen Bundeskanzlerin in einer früheren Phase der deutschen Gesundheitswirtschaftspolitik zurück. Dabei sprachen wir über die gesellschaftliche Bedeutung von Investitionen in Gesundheit und darüber, wie sich die Auswirkungen konkreter gesundheitspolitischer Maßnahmen über das Gesundheitssystem hinaus bewerten lassen. Dieser Austausch war für uns ein wichtiger Impuls, die Bewertung einzelner Maßnahmen um zusätzliche Dimensionen zu erweitern – etwa um Aspekte von Produktivität, gesellschaftlicher Teilhabe und nicht-marktlichen Tätigkeiten, aus dem schließlich der Social-Impact-Ansatz hervorging.

Herr Prof. Ostwald, Herr Glaetzer, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski, die Bearbeitung erfolgte durch MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Literatur:

1: https://t1p.de/7rmg5
2: The Lancet Oncology, 2024

Zitationshinweis

Ostwald, D., Glaetzer, C., Roski, R., Stegmaier, P.: „Gesundheit muss zur absoluten Chefsache erklärt werden", in „Monitor Versorgungsforschung" (01/26), S. 32–38. http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2793