

„Nicht Innovation treibt di ten, sondern zu spätes Ha

Im Interview (v.li.): Tessa Wolf, AstraZeneca Deutschland, Dr. Katie Young, London School of Economics and Political Science (LSE), und Dr. Miriam Blümel, TU Berlin.

Wie früh handelt das deutsche Gesundheitssystem bei nicht übertragbaren Erkrankungen? Die Systemanalyse „Acting early on NCDs in Germany" der Partnership for Health System Sustainability and Resilience (PHSSR) folgt dieser Frage entlang der gesamten Versorgungskette. Die Analyse für Deutschland hat die TU Berlin geleitet, den Forschungsrahmen die London School of Economics. Der Bericht nennt 152,8 vermeidbare Krankenhauseinweisungen pro 100.000 Einwohner bei Herzinsuffizienz und benennt Datenlücken bei Versorgungsqualität und Leitlinienadhärenz. Im Gespräch: Ko-Autorin Dr. Miriam Blümel, Dr. Katie Young (LSE) und Tessa Wolf von AstraZeneca, einem der Gründungspartner der PHSSR.

>> Der Report „Acting early on NCDs in Germany“ stellt „frühzeitiges Handeln“ als Leitprinzip für den Umgang mit nicht übertragbaren Erkrankungen in den Mittelpunkt. Wie definieren Sie dieses Konzept im deutschen Versorgungskontext konkret, und an welchen messbaren Indikatoren würde sich in den kommenden Jahren zeigen, dass Deutschland hier Fortschritte macht?

Dr. Miriam Blümel: Unter frühzeitigem Handeln verstehen wir nicht nur die Vermeidung von Erkrankungen durch Primärprävention. Es geht um die gesamte Versorgungskette: von der Reduktion von Risikofaktoren über Früherkennung und rechtzeitige Diagnose bis hin zu einer leitliniengerechten Behandlung und kontinuierlichen Betreuung chronisch kranker Menschen. Ziel ist es, Erkrankungen möglichst zu verhindern oder zumindest ihr Fortschreiten und damit verbundene Komplikationen zu vermeiden.

Ob Deutschland dabei Fortschritte macht, müsste sich an verschiedenen Indikatoren zeigen: etwa an einer sinkenden vermeidbaren und behandelbaren Sterblichkeit, weniger vermeidbaren Krankenhausaufnahmen bei chronischen Erkrankungen, einer höheren und sozial ausgewogeneren Teilnahme an Früherkennungsprogrammen sowie einer besseren Umsetzung evidenzbasierter Leitlinien. Allerdings zeigt unser Bericht auch, dass Deutschland gerade bei der Messung von Versorgungsqualität und Leitlinienadhärenz noch erhebliche Datenlücken hat. Um Fortschritte bewerten zu können, müssen wir deshalb auch die Datengrundlagen verbessern.

Der Report betont an vielen Stellen die Bedeutung von Prävention, Screening und besserer Koordination. Gleichzeitig wird im Vorwort auch die Rolle eines verlässlichen Zugangs zu Innovationen hervorgehoben. Wie gehören diese beiden Perspektiven aus Ihrer Sicht zusammen?

e Kos-
ndeln“

Tessa Wolf: Aus meiner Sicht sind das zwei Seiten derselben Medaille. Frühzeitiges Handeln bei nicht übertragbaren Erkrankungen heißt: Risiken früher erkennen, Diagnosen früher stellen, Progression früher verhindern und daran setzen präventive Strukturen und innovative Therapien gleichermaßen an. Der Report zeigt die Lücke unmissverständlich: 152,8 vermeidbare Krankenhauseinweisungen pro 100.000 Einwohner bei Herzinsuffizienz, 110,5 bei COPD, 98,6 bei Diabetes. Das ist kein Ausdruck fehlender Medizin, sondern eines Systems, das zu spät eingreift. Prävention und Screening bringen Patientinnen und Patienten überhaupt erst in den Blick, der Zugang zu Innovationen entscheidet dann, ob aus einer frühen Diagnose auch eine wirksame Frühintervention wird. Bei COPD senkt eine leitliniengerechte Frühversorgung die Krankenhausaufenthalte innerhalb von zwölf Monaten um rund 50 Prozent. Beides gehört zusammen!

Der Report argumentiert, dass frühes Handeln bei NCDs nicht nur gesundheitlich, sondern auch ökonomisch sinnvoll sein kann. Für welche der betrachteten Krankheitsbereiche ist dieser Zusammenhang besonders gut belegt, und wo ist die Evidenzlage noch begrenzt oder stärker modellbasiert?

Dr. Miriam Blümel: Grundsätzlich kann frühes Handeln sowohl gesundheitliche als auch ökonomische Vorteile haben. Allerdings bedeutet das nicht, dass jede Präventionsmaßnahme automatisch Kosten spart. Wir müssen unterscheiden zwischen Maßnahmen, die gesundheitliche Ergebnisse verbessern und dabei kosteneffektiv sind, und solchen, die tatsächlich zu geringeren Gesamtausgaben führen.

Besonders gut nachvollziehbar ist der Zusammenhang bei chronischen Erkrankungen, bei denen Komplikationen und fortgeschrittene Krankheitsstadien mit einer hohen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen verbunden sind. Dazu gehören beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes. Eine frühzeitige, leitliniengerechte Versorgung kann hier helfen, vermeidbare Krankenhausaufenthalte und Folgeerkrankungen zu reduzieren. Auch bei chronischen Nierenerkrankungen ist das Potenzial erheblich, insbesondere wenn eine Progression bis zur Dialyse verzögert werden kann. Die längerfristigen ökonomischen und ökologischen Effekte beruhen hier allerdings teilweise auf Modellierungen.

Unser Bericht ist keine eigene Kosten-Nutzen-Analyse einzelner Interventionen. Er zeigt vielmehr, an welchen Stellen das deutsche Gesundheitssystem früher und besser handeln könnte. Welche Einsparungen sich daraus ergeben, muss jeweils interventionsspezifisch untersucht werden.

Der Report arbeitet mit Kennzahlen wie vermeidbaren Hospitalisierungen, Screening-Teilnahme oder dem geringen Anteil präventionsbezogener Ausgaben. Nach welchen Kriterien wurden diese Indikatoren ausgewählt, und wo sehen Sie Grenzen der Datenlage oder Aspekte, die ergänzend berücksichtigt werden müssten?

Dr. Miriam Blümel: Ausgangspunkt für die Auswahl der Indikatoren war das PHSSR-Framework, das sieben Bereiche der Gesundheitssystembewertung umfasst. Wir haben geprüft, welche Indikatoren für Deutschland verfügbar sind, wie aussagekräftig und international vergleichbar sie sind und inwieweit sie Rückschlüsse auf Prävention, Früherkennung und die Versorgung chronischer Erkrankungen ermöglichen.

Dabei betrachten wir bewusst unterschiedliche Ebenen. Die Ausgaben für Prävention beschreiben beispielsweise zunächst den Ressourceneinsatz, die Teilnahme an Früherkennungsprogrammen einen Versorgungsprozess und vermeidbare Krankenhausaufnahmen einen möglichen Hinweis auf Defizite in der ambulanten Versorgung. Keiner dieser Indikatoren allein kann die Leistungsfähigkeit des Systems ausreichend abbilden.

Eine wichtige Erkenntnis des Berichts ist deshalb auch, wo uns geeignete Daten fehlen. Deutschland verfügt über zahlreiche Datenquellen, aber wir wissen beispielsweise noch zu wenig über die tatsächliche Umsetzung von Leitlinien außerhalb strukturierter Behandlungsprogramme, über die Koordination entlang der Versorgungskette oder über soziale Unterschiede beim Zugang zur Versorgung. Hier brauchen wir eine bessere Verknüpfung und Nutzung vorhandener Daten sowie gezielte Ergänzungen, um Fortschritte beim frühen Handeln zuverlässig bewerten zu können.

AstraZeneca ist einer der Gründungspartner der PHSSR, zugleich

ist der Report wissenschaftlich von unabhängigen Institutionen verantwortet. Wie ist diese Zusammenarbeit organisiert, damit Unabhängigkeit, Transparenz und eine klare Trennung von Analyse und Unternehmensinteressen gewährleistet sind?

Um Fortschritte bewerten zu können, müssen wir deshalb auch die Datengrundlagen verbessern.

Dr. Miriam Blümel

Dr. Katie Young: Die PHSSR (Partnership for Health System Sustainability and Resilience) wurde 2020 als Partnerschaft zwischen der LSE, dem Weltwirtschaftsforum und AstraZeneca ins Leben gerufen. Seitdem wurde die Partnerschaft um weitere Organisationen erweitert, darunter Philips, die WHO-Foundation, CAPRI, IQVIA und Marsh. Die Partner bringen unterschiedliche Perspektiven und Fachkenntnisse in das Programm ein, wobei AstraZeneca und Philips einen wesentlichen Teil der Finanzierung übernehmen. Die strategische Steuerung liegt beim PHSSR Steering Committee, in dem Vertreterinnen und Vertreter aus der gesamten Partnerschaft – sowohl aus Wissenschaft als auch aus Industrie – zusammenkommen.

Unabhängigkeit und Transparenz sind grundlegend für die Arbeit der PHSSR. Die Forschung wird von akademischen Teams geleitet. Die LSE hat den gemeinsamen Forschungsrahmen entwickelt und koordiniert die Methodik, sodass länderübergreifend derselbe Ansatz angewendet wird. Für die aktuelle Arbeit zum frühzeitigen Handeln bei nicht übertragbaren Krankheiten (NCDs) wurde dieser Rahmen auf Basis einer Literaturrecherche und einer Validierung durch Expertinnen und Experten entwickelt und anschließend von Forschungsteams in acht Ländern adaptiert und angewendet. Die TU Berlin hat die Analyse für Deutschland geleitet. Die Partner und das PHSSR Steering Committee prüfen und kommentieren die Entwürfe, und wir binden eine externe akademische Gutachterin bzw. einen externen akademischen Gutachter ein, um eine unabhängige Prüfung sicherzustellen. Die akademischen Autorinnen und Autoren entscheiden jedoch selbst, wie sie mit diesem Feedback umgehen, und tragen die Verantwortung für die endgültige Analyse und die Empfehlungen. Die Berichte legen zudem die Methoden, Datenquellen und Literaturangaben offen, sodass die den Ergebnissen zugrunde liegende Evidenz nachvollziehbar und überprüfbar ist. Alle PHSSR-Berichte sind öffentlich zugänglich unter www.PHSSR.org.



Dr. Katie Young

ist Direktorin der Health System Resilience Unit bei LSE Health an der London School of Economics and Political Science (LSE). Sie verantwortet die Forschung für die Partnership for Health System Sustainability and Resilience (PHSSR) innerhalb von LSE Health. Ihre Arbeit konzentriert sich auf die Stärkung von Gesundheitssystemen und den Aufbau ihrer Resilienz. Sie stellt sicher, dass die PHSSR-Forschung die Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken von Gesundheitssystemen identifiziert und dass jeder Bericht relevante, praxisnahe Empfehlungen für politische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger liefert.

Wenn Gesundheitssysteme unter Finanzdruck stehen, müssen Prävention, Primärversorgung und der Zugang zu neuen Therapien oft parallel gestärkt werden. Wie würden Sie das Verhältnis dieser drei Handlungsfelder beschreiben – eher als Konkurrenz um knappe Mittel oder als komplementäre Investitionen?

Dr. Katie Young: Ich sehe Prävention, Primärversorgung und Behandlung als Bestandteile ein und desselben Versorgungspfads. Prävention reduziert das Risiko, die Primärversorgung hilft dabei, Menschen frühzeitig zu identifizieren, und unterstützt das langfristige Krankheitsmanagement, und wirksame Therapien können nach der Diagnosestellung das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamen und Komplikationen verringern. Der eigentliche Nutzen entsteht dann, wenn jeder dieser Bausteine entlang des Versorgungspfads ineinandergreift und den frühen Phasen der Versorgung mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Einiges davon erfordert Investitionen im Vorfeld, und die Erträge können sich erst nach längerer Zeit einstellen – über Jahre bis Jahrzehnte. Das ökonomische Argument besteht darin, begrenzte Ressourcen früher und wirkungsvoller einzusetzen und so langfristig vermeidbare Komplikationen sowie Krankenhausaufenthalte zu reduzieren. In Deutschland entfällt auf Gesundheitsförderung und Früherkennung nach wie vor nur ein vergleichsweise geringer Anteil der Gesundheitsausgaben – unser Bericht plädiert daher für eine ausgewogenere Verteilung entlang des gesamten Versorgungspfads.

Wie können innovative Arzneimittel helfen, Kosten im System zu sparen?

Tessa Wolf: Nicht Innovation treibt die Kosten, sondern zu spätes Handeln. Die im Report dokumentierten vermeidbaren Krankenhauseinweisungen sind teurer als jede Therapie, die Progression frühzeitig verhindert hätte.

Innovative Arzneimittel wirken an drei Stellen: Sie verhindern Krankenhausaufenthalte – bei COPD um rund 50 Prozent in zwölf Monaten –, sie stoppen Folgeerkrankungen an Herz, Niere und Gefäßen, deren Behandlung ein Vielfaches kostet, und sie erhalten Erwerbsfähigkeit und Teilhabe. Wer Arzneimittelausgaben isoliert betrachtet, sieht nur eine Seite der Bilanz. Deshalb ist es problematisch, wenn das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz über erhöhte Herstellerabschläge, verlängerte Preismoratorien und eine verschärfte AMNOG-Regulierung den Zugang zu früh wirksamen Therapien erschwert oder verzögert: Das stabilisiert Beiträge kurzfristig und verschiebt Kosten in die Zukunft.

Innovation ist kein Sparposten, sondern ein Hebel für Systemeffizienz.

Das ist kein Ausdruck fehlender Medizin, sondern eines Systems, das zu spät eingreift.

Tessa Wolf

Der Report empfiehlt unter anderem stärkere Investitionen in Prävention, Primärversorgung und Koordination. Welche Finanzierungs- oder Umschichtungsansätze halten Sie im deutschen System für realistisch, damit diese Empfehlungen nicht auf der Ebene des Wunschbilds bleiben?

Dr. Miriam Blümel: Deutschland gehört international zu den Ländern mit den höchsten Gesundheitsausgaben. Deshalb geht es aus meiner Sicht nicht in erster Linie darum, insgesamt mehr Geld auszugeben, sondern die vorhandenen Mittel besser einzusetzen und die finanziellen Anreize zu verändern. Unser Vergütungssystem ist nach wie vor stark auf die Behandlung von Erkrankungen und die Erbringung einzelner Leistungen ausgerichtet. Prävention, Koordination und kontinuierliche Betreuung werden dagegen vergleichsweise wenig belohnt.

Ein Ansatz wäre, die Finanzierung von Prävention langfristiger und verbindlicher zu gestalten und die Mittel von Krankenkassen, Bund, Ländern und Kommunen besser aufeinander abzustimmen. Gleichzeitig sollten wir Vergütungsmodelle stärken, die nicht allein die Zahl der erbrachten Leistungen honorieren, sondern auch Koordination und Versorgungsqualität berücksichtigen. Dafür bieten beispielsweise Selektivverträge und bestehende strukturierte Versorgungsprogramme Ansatzpunkte.

Allerdings werden sich solche Veränderungen nicht allein durch kurzfristige Umschichtungen finanzieren lassen. Prävention verursacht zunächst Kosten, während gesundheitliche und mögliche finanzielle Erträge häufig erst später entstehen. Gerade deshalb brauchen wir längerfristige Finanzierungsperspektiven und eine systematische Evaluation der Maßnahmen.

Ein zentrales Thema des Reports ist die Fragmentierung zwischen Bund, Ländern, Kommunen und Selbstverwaltung. Welche Form von Koordination wäre aus Ihrer Sicht nötig, damit eine zusätzliche Plattform tatsächlich Steuerungswirkung entfalten kann?

Dr. Katie Young: Damit eine Plattform das System tatsächlich steuern kann, müssen die Organisationen, die Politik, Finanzierung und Leistungserbringung verantworten, Teil davon sein und auf dieselben Ziele hinarbeiten. In Deutschland bedeutet das, Bund, Kommunen, Krankenkassen, Selbstverwaltungsorgane, Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und Patientenvertretungen zusammenzubringen. Erforderlich wären zudem ein klares Mandat sowie eine überschaubare Anzahl messbarer Prioritäten für Prävention und die Versorgung nicht übertragbarer Krankheiten (NCDs).

Deutschland verfügt bereits über Strukturen, die dies unterstützen können – darunter die Nationale Präventionskonferenz und der Prozess der nationalen Gesundheitsziele. Der Fokus sollte darauf liegen, der Koordination mehr Autorität, klarere Verantwortlichkeiten und eine stärkere Verknüpfung mit der Finanzierung zu verleihen. Der Nationale Krebsplan ist ein gutes Beispiel dafür, wie sektorenübergreifende Koordination zu konkreten Veränderungen in Früherkennung und Versorgung führen kann.



Dr. Miriam Blümel

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Department of Health Care Management der Technischen Universität Berlin, geleitet von Prof. Reinhard Busse, und Ko-Autorin der vorliegenden Systemanalyse „Acting early on NCDs“. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen in der vergleichenden Analyse von Gesundheitssystemen, insbesondere auf Health System Performance Assessment (HSPA). Weitere Schwerpunkte sind die GKV mit ihren Strukturprinzipien Solidarität, Selbstverwaltung und Wettbewerb, die Rolle evidenzbasierter Entscheidungsfindung in der Gesundheitspolitik sowie internationale Vergleiche zu Themen wie Krankenhausvergütung (DRG-Systeme) und Versorgungssteuerung.

Der Report sieht die Primärversorgung als wichtigen Hebel für Risikostratifizierung, Früherkennung und Langzeitmanagement. Wie realistisch ist diese Rolle angesichts des bestehenden Zeit- und Personaldrucks in der hausärztlichen Versorgung – und was müsste sich ändern, damit sie tragfähig wird?

Dr. Miriam Blümel: Unter den derzeitigen Bedingungen wäre es kaum realistisch, Hausärztinnen und Hausärzten einfach zusätzliche Aufgaben zu übertragen. Die hausärztliche Versorgung steht bereits unter erheblichem Zeit- und Personaldruck, und gerade in ländlichen Regionen wird es zunehmend schwieriger, freiwerdende Praxissitze nachzubesetzen.

Wenn die Primärversorgung künftig eine stärkere Rolle bei Prävention, Risikostratifizierung und der langfristigen Betreuung chronisch kranker Menschen übernehmen soll, müssen wir deshalb auch ihre Organisation verändern. Dazu gehören eine stärkere teamorientierte Versorgung, die Übernahme geeigneter Aufgaben durch qualifizierte nichtärztliche Gesundheitsberufe und weniger administrative Belastung. Auch digitale Anwendungen können unterstützen, wenn sie tatsächlich in die Versorgungsabläufe integriert sind.

Gleichzeitig müssen sich diese Aufgaben in der Vergütung widerspiegeln. Beratung, Prävention und Koordination brauchen Zeit, die im heutigen System nicht immer ausreichend berücksichtigt wird. Eine stärkere Primärversorgung bedeutet also nicht einfach mehr Arbeit für Hausärztinnen und

Online First zu Monitor Versorgungsforschung 01/27 / Articles are licensed under CC BY 4.0 by default or under CC BY-NC-ND 4.0.

Hausärzte, sondern eine andere Verteilung und Organisation der Aufgaben.

Das Zeitfenster ist jetzt – die Umsetzung muss in der Versorgung ankommen.

Tessa Wolf

Mehrere Empfehlungen im Report betreffen die bessere Nutzung von Gesundheitsdaten und die Weiterentwicklung der ePA. Welche Grundsätze sollten aus Ihrer Sicht gelten, damit Datennutzung, Forschung, Versorgung und Datenschutz in einem ausgewogenen Verhältnis stehen?

Tessa Wolf: Datennutzung ist einer der wirksamsten Hebel für frühzeitiges Handeln: von Risikostratifizierung über Qualitätssicherung bis zur Versorgungsforschung. Und der Report zeigt deutlich: Deutschland steht hier trotz erheblicher Investitionen nicht dort, wo es stehen könnte.

Vier Grundsätze sollten meiner Meinung nach gelten: erkennbarer Nutzen für Patientinnen und Patienten, Interoperabilität, ein Datenschutzniveau, das Vertrauen schafft statt Nutzung verhindert, und die Weiterentwicklung der ePA vom Dokumentations- zum Versorgungswerkzeug. Gesundheitsdatennutzungsgesetz und European Health Data Space geben den Rahmen, jetzt muss die Umsetzung folgen. Datenschutz und Datennutzung sind kein Nullsummenspiel; entscheidend ist, dass Menschen den Nutzen im eigenen Versorgungsalltag spüren.

Zu den Empfehlungen des Reports gehören auch strukturelle Maßnahmen wie höhere Alkohol- und Tabaksteuern, bessere Ernährungspolitik und Werbebeschränkungen. Welche Rolle können aus Ihrer Sicht Akteure wie PHSSR dabei überhaupt spielen – gerade bei Themen, die weit über das Gesundheitssystem hinausreichen?

Tessa Wolf: Sie haben recht – all die genannten Maßnahmen liegen außerhalb der Steuerungsreichweite eines Gesundheitssystems und erst recht eines Unternehmens. Genau deshalb ist eine Plattform wie PHSSR wertvoll: Sie liefert die wissenschaftliche Evidenzbasis, auf der Politik entscheiden kann.

Ein Beispiel aus unserer eigenen Arbeit: Wir haben bei den Rechtswissenschaftlern Prof. Stefan Huster und Prof. Sebastian Unger von der Ruhr-Universität Bochum ein Gutachten zur verfassungsrechtlichen Zulässigkeit einer zweckgebundenen Zuckersteuer in Auftrag gegeben. Das Ergebnis: Eine solche Lenkungssteuer ist rechtlich zulässig, auch europarechtlich unproblematisch, und ihre Einnahmen könnten gezielt für Prävention und GKV-Entlastung gebunden werden. Wir treffen damit keine politische Entscheidung – aber wir tragen dazu bei, dass eine sachliche, evidenz- und rechtsbasierte Debatte überhaupt geführt werden kann. Genau das ist die Rolle, in der wir uns als Partner sehen: Evidenz bereitstellen und Debatten ermöglichen, die zur Umsetzung befähigen.



Tessa Wolf

ist Head of Corporate Affairs bei AstraZeneca Deutschland. In dieser Funktion verantwortet sie strategische Themen an der Schnittstelle zwischen dem Unternehmen, der Gesundheitspolitik und den Akteuren des deutschen Gesundheitssystems. Sie repräsentiert AstraZeneca in dessen Rolle als globaler Partner der Partnership for Health System Sustainability and Resilience (PHSSR) und ordnet die vorliegende Analyse in die aktuelle gesundheitspolitische Debatte in Deutschland ein.

Wo sehen Sie im deutschen System kurzfristig die größten „Quick Wins" für früheres Handeln bei NCDs – also Maßnahmen, die innerhalb von zwei bis drei Jahren realistisch Wirkung entfalten könnten?

Dr. Miriam Blümel: Wir bewegen uns im Themenfeld Prävention, da wäre ich mit dem Begriff „Quick Wins" etwas vorsichtig, denn viele gesundheitliche Effekte werden erst über längere Zeiträume sichtbar. Dennoch gibt es Maßnahmen, die sich vergleichsweise kurzfristig umsetzen lassen.

Ein Ansatz wäre, bestehende Früherkennungsangebote gezielter an diejenigen Bevölkerungsgruppen heranzutragen, die bisher nur unzureichend erreicht werden. Dabei geht es nicht einfach um mehr Screening, sondern um eine bessere und sozial ausgewogenere Nutzung evidenzbasierter Programme.

Zweitens sollten wir die bereits vorhandenen Möglichkeiten zur besseren Nutzung von Gesundheitsdaten und der elektronischen Patientenakte konsequenter einsetzen, insbesondere für die Koordination und Nachverfolgung von Behandlungen.

Drittens könnten wir bestehende Möglichkeiten zur Delegation von Aufgaben in der Primärversorgung stärker nutzen. Dadurch ließen sich hausärztliche Teams entlasten und mehr Kapazitäten für Prävention und kontinuierliche Betreuung schaffen.

Für alle drei Bereiche gilt: Entscheidend ist, dass wir die Umsetzung und ihre Auswirkungen auf die Versorgung auch messen.

Welche internationalen Erfahrungen waren für die Empfehlungen an Deutschland besonders prägend – und was lässt sich aus anderen Ländern gerade nicht ohne Weiteres auf das deutsche System übertragen?

Dr. Katie Young: Drei Bereiche waren besonders aufschlussreich. Länder wie Dänemark und die Niederlande zeigen, wie eine gestärkte Primärversorgung und teambasierte Versorgungsmodelle aussehen können. Das Vereinigte Königreich liefert Erkenntnisse zu struktureller Prävention – etwa durch Maßnahmen wie die Soft Drinks Industry Levy (Abgabe auf zuckerhaltige Getränke) –, während Dänemark, Finnland und Estland verdeutlichen, wie besser vernetzte Gesundheitsdaten Kontinuität in der Versorgung und frühzeitiges Handeln unterstützen können.

Entscheidend ist, diese Erfahrungen an das deutsche System anzupassen. Deutsch-

land verfügt über ein stark dezentralisiertes Sozialversicherungsmodell, eine ausgeprägte Selbstverwaltung und eine weitreichende freie Arztwahl – jeder Ansatz muss daher in diesen institutionellen Kontext passen. Die Niederlande sind ein besonders geeigneter Vergleichsmaßstab, da sie eine soziale Krankenversicherung mit konkurrierenden Krankenkassen und einer starken Rolle der Primärversorgung verbinden.

Welche Rolle können aktuelle politische Entwicklungen wie die Debatte um Prävention in Deutschland oder der EU Safe Hearts Plan dabei spielen, Prävention und frühes Handeln im Gesundheitssystem stärker zu verankern – und wie würden Patient:innen konkret davon profitieren?

Tessa Wolf: Wir erleben eine seltene Konstellation: Auf europäischer Ebene entsteht mit dem EU Cardiovascular Health Plan – dem Safe Hearts Plan – erstmals ein umfassender Rahmen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Parallel wird in Deutschland die Präventionsdebatte mit neuer Intensität geführt. Beides kann sich verstärken, wenn es zusammengedacht wird. Für Patientinnen und Patienten heißt das konkret: frühere Diagnosen durch systematische Risikochecks in der Primärversorgung, weniger vermeidbare Krankenhausaufenthalte, bessere Lebensqualität durch rechtzeitige Therapie und mehr gesunde Lebensjahre, weil Progression verhindert statt später kompensiert wird. Die PHSSR-Systemanalyse liefert die Evidenz, der EU-Plan den Rahmen, die nationale Debatte die Gelegenheit. Das Zeitfenster ist jetzt – die Umsetzung muss in der Versorgung ankommen.

Vielen Dank für das Gespräch, Frau Dr. Blümel, Frau Dr. Young und Frau Wolf. <<

Das Interview führten MVF-Herausgeber Reinhold Roski und MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Zitationshinweis

Blümel, M., Young, K., Wolf, T., Roski, R., Stegmaier, P.: „Nicht Innovation treibt die Kosten, sondern zu spätes Handeln“, Online First zu „Monitor Versorgungsforschung“ (01/27), http://doi.org/10.24945/MVF.01.27.1866-0533.2921

Online First zu Monitor Versorgungsforschung 01/27 / Articles are licensed under CC BY 4.0 by default or under CC BY-NC-ND 4.0.