

Future of Health 7

Das Gesundheitssystem der Zukunft

Roland
Berger

Future of Health 7

Das Gesundheitssystem der Zukunft

Die diesjährige siebte Future-of-Health-Studie setzt einen anderen Schwerpunkt als frühere Ausgaben. Anstatt sich auf ein einzelnes, branchenspezifisches Thema zu konzentrieren und Experten zu befragen, richtete sich der Fokus auf die Nutzer der Gesundheitssysteme – mehr als 5.000 Personen in 25 Ländern. Im Mittelpunkt stand die Frage, was Bürger wirklich von ihren Gesundheitssystemen erwarten und inwieweit die bestehenden Systeme diese Bedürfnisse erfüllen.

Die Ergebnisse zeigen über Ländergrenzen hinweg eine bemerkenswerte Übereinstimmung bei grundlegenden Erwartungen: Gerechtigkeit, starke Koordination der Versorgung, effektiver Einsatz digitaler Technologien, Investitionen in öffentliche Gesundheit und Prävention, effiziente Ressourcennutzung sowie klare Governance-Strukturen. Unterhalb dieses gemeinsamen Dachs zeigen sich jedoch erhebliche Unterschiede bei der praktischen Umsetzung – etwa bei zentralisierter oder dezentraler Steuerung oder beim schnellen versus vorsichtigen Einsatz von Innovationen. Eine Reform, die erfolgreich sein soll, muss also auf den jeweiligen sozialen und kulturellen Kontext zugeschnitten sein.

Das Fazit des Berichts ist eindeutig. Gesundheitsreformen müssen diejenigen Faktoren implementieren, die sich in leistungsstarken Systemen bewährt haben: echte Chancengleichheit beim Zugang, kontinuierliche und personenbezogene Koordination, datengetriebene Digitalisierung, präventionsorientierte öffentliche Gesundheitsstrategien, effiziente Ressourcennutzung, agile und transparente Governance sowie tiefgreifende Innovation. Gleichzeitig werden sich zukünftige Systeme daran messen lassen müssen, in welchem Maß sie gemeinsame Werte mit lokalen Realitäten in Einklang bringen, Innovation empathisch gestalten und Reformen an den Erwartungen der Bürger* ausrichten. Entscheidungsträger, Leistungserbringer und Industrieakteure, die diese Erwartungen ernst nehmen, haben gute Chancen, belastbare, vertrauenswürdige und leistungsstarke Gesundheitssysteme für die kommenden Jahrzehnte zu gestalten.

* Wir haben uns entschieden, in diesem Text auf durchgehendes Gendern zu verzichten, um die Lesbarkeit zu erhöhen. Selbstverständlich beziehen sich alle Personenbezeichnungen auf Menschen jeden Geschlechts.

Inhalt

S. 4	1/ Ein Plädoyer für eine neue Perspektive Warum Gesundheitssysteme neu gedacht werden müssen
S. 9	2/ Streben nach Exzellenz Was führende Gesundheitssysteme anstreben und wie sie dorthin gelangen
S. 23	3/ Gesellschaftliche Präferenzen Globale Perspektiven zu Gerechtigkeit, Zugang und Wahlmöglichkeiten
S. 42	4/ Strategien für die Zukunft Von Systemzielen und gesellschaftlichen Präferenzen zur Umsetzung

Ein Plädoyer für eine neue Perspektive

Warum Gesundheitssysteme neu gedacht werden müssen



Die grundlegenden Annahmen, auf denen heutige Gesundheitssysteme beruhen, stehen zunehmend im Widerspruch zur demografischen, wirtschaftlichen und technologischen Realität des 21. Jahrhunderts. Weltweit zeigen Gesundheitssysteme Anzeichen von Überlastung – nicht nur aufgrund kurzfristiger Schocks wie Pandemien, sondern auch durch tiefere strukturelle Diskrepanzen zwischen ihrem historischen Aufbau und den sich abzeichnenden Mustern von Krankheiten, Alterung und Innovation.

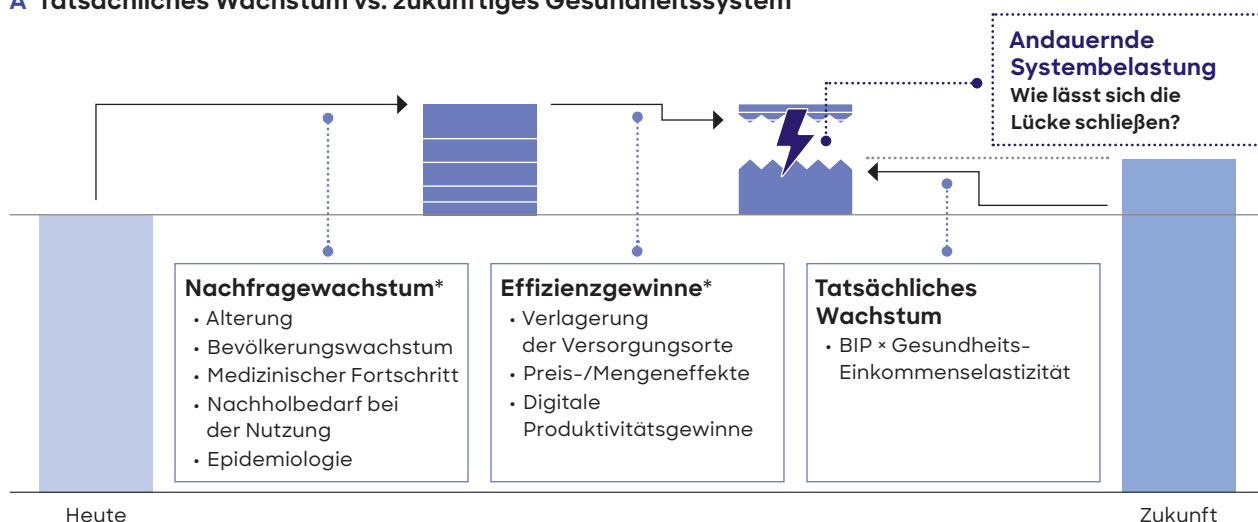
Die Kluft zwischen alten Strukturen und aktuellen Entwicklungen macht deutlich: Es bedarf einer neuen Perspektive auf die Frage, wie Systeme gestaltet, finanziert und gesteuert werden. ► **A**

Wenn wir auf die Gesundheitssysteme der Zukunft blicken, zeigt sich, dass demografische und epidemiologische Faktoren die Krankheitslast der Bevölkerung verändern

und technologische Fortschritte das Ausgabenwachstum weiter antreiben werden. Gleichzeitig muss der Regulierungsrahmen so gestaltet sein, dass Innovation gefördert wird, ohne Sicherheit und Qualität zu gefährden, und die Systeme flexibel auf die sich wandelnden Bedürfnisse und Präferenzen ihrer Bevölkerung reagieren.

Die Erdbevölkerung durchläuft derzeit einen beispiellosen demografischen Umbruch. Bis 2030 wird bereits jeder Sechste über 60 Jahre alt sein; bis 2050 wird die Gesamtzahl auf 2,1 Milliarden Menschen ansteigen – eine Verdoppelung gegenüber heute.¹ Dieser Wandel geht einher mit einem parallelen Anstieg nicht übertragbarer Krankheiten, verursacht durch Umwelt-, Lebensstil- und genetische Faktoren, die mittlerweile für fast drei Viertel aller Todesfälle weltweit verantwortlich sind.² Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Demenz treten nicht

A Tatsächliches Wachstum vs. zukünftiges Gesundheitssystem



* Die Balkenstärke spiegelt den relativen Beitrag jedes Faktors in der angegebenen Reihenfolge wider

Quelle: Institute for Health Medics and Evaluation (IHME), OECD

nur immer häufiger auf, sondern sorgen insbesondere in alternden Gesellschaften für immer mehr Komplexität und Kosten. Diese Entwicklungen verstärken die Asymmetrien zwischen Versorgungsnachfrage und Arbeitskräfteangebot. Die Weltgesundheitsorganisation rechnet bis 2030 mit einem globalen Defizit von 11 Millionen Beschäftigten im Gesundheitswesen.³

In vielen Regionen steigen die Gesundheitsausgaben schneller als das Wirtschaftswachstum. So lag die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben in den USA zwischen 2010 und 2022 bei 4,7 Prozent, während die Inflation im gleichen Zeitraum 2,5 Prozent betrug.⁴ Treiber sind die alternde Bevölkerung, chronische Krankheiten und medizinischer Fortschritt, was einerseits Chancen eröffnet, andererseits aber auch finanzielle Belastungen verschärft. Damit wächst die Kluft zwischen steigenden Erwartungen und den fiskalischen Grenzen der Systeme.

Ein zu niedriges Pro-Kopf-Budget gefährdet Qualität, Zugang und Widerstandsfähigkeit; ein übermäßiges Ausgabenwachstum wiederum droht, andere staatliche Prioritäten zu verdrängen. Entscheidend ist nicht allein die Ausgabenhöhe, sondern deren Ausrichtung auf medizinische Bedürfnisse und langfristige Nachhaltigkeit. Selbst in wohlhabenden Ländern sind einkommensbedingte Ungleichheiten zu beobachten. So zeigen OECD-Daten, dass einkommensschwache Bevölkerungsgruppen deutlich seltener präventive Leistungen in Anspruch nehmen – was einen Kreislauf aus später Diagnostik, schlechteren medizinischen Ergebnissen und höheren Folgekosten nach sich zieht.⁵ ► **B**

Innovation verändert die Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung grundlegend: von KI und Zell- und Gentherapien über die Einführung von GLP-1-Agonisten bis hin zu Ansätzen wie der Netzwerkbiologie, die den Fokus von organbezogenen auf biochemische Prozesse verlagert. Viele Systeme sind jedoch weder strukturell noch digital darauf vorbereitet, diese Fortschritte im großen Maßstab

zu nutzen. Alte IT-Systeme, fragmentierte Versorgungsmodelle, regulatorische Zersplitterung, hohe Preise und wirtschaftliche Vorsicht bremsen die Umsetzung, während ethische und Governance-Herausforderungen – etwa bei KI-Diagnostik und Datenaustausch – schneller zunehmen, als Institutionen reagieren können.

KI und neue Therapien gelten nicht nur als potenzielle Kostensenker, sondern auch als risikoreiche Investitionen. Insbesondere bei KI-Anwendungen behindern unklare Beschaffungs-, Bewertungs- und Erstattungsrahmen die breite Implementierung.

Gesundheitsverantwortliche fordern deshalb tiefgreifende Reformen. Ein europäisches Regierungsstatement brachte es auf den Punkt: "Wir brauchen einen radikalen Wechsel von einem silohaften Reaktionssystem zu vernetzten Diensten, die antizipieren und verhindern."⁷ Auch die WHO fordert eine "radikale Neuausrichtung" hin zu Primärversorgung und Prävention.⁸

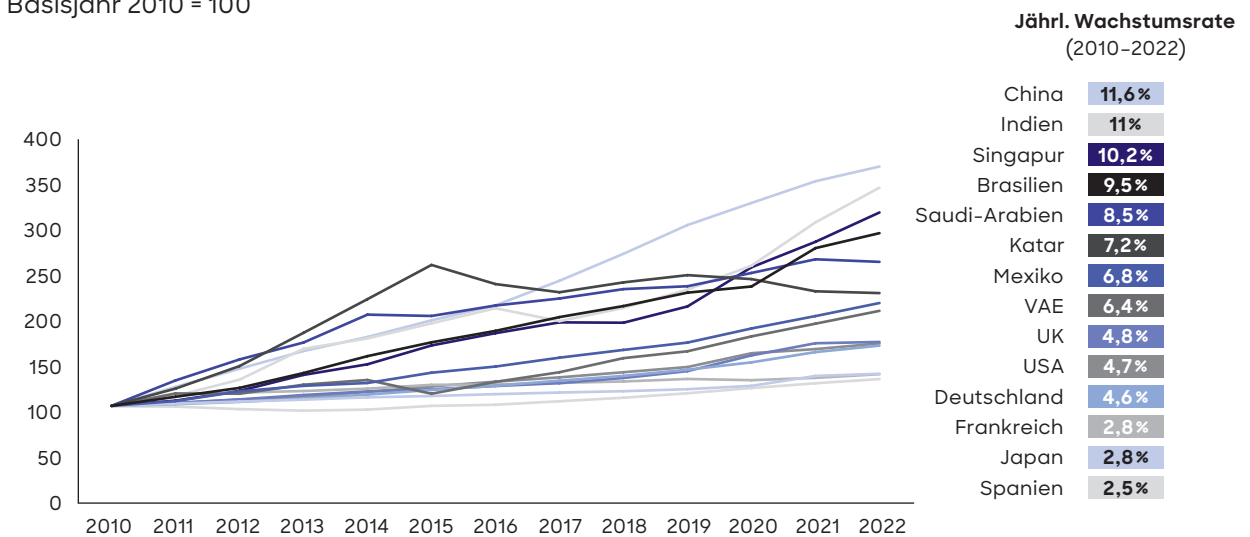
Unsere groß angelegte internationale Umfrage macht unmissverständlich deutlich: Reformen sind überfällig. Befragt wurden 5.207 Personen aus 25 Ländern,⁹ gleichmäßig verteilt nach Alter, Bildung, Beschäftigung, Einkommensniveau und Geschlecht, einschließlich großer und kleiner Volkswirtschaften sowie entwickelter und aufstrebender Märkte auf allen Kontinenten.¹⁰

In den meisten Ländern bezeichneten mehr als 80 Prozent der Befragten Gesundheit als "sehr wichtig". Bei der Priorisierung von Lebensaspekten belegte Gesundheit weltweit sogar den ersten Rang. Dieses Ergebnis galt konsistent über alle demografischen Schlüsselgruppen hinweg – selbst in Ländern unter akuter wirtschaftlicher oder politischer Belastung wie Nigeria oder der Ukraine.

Die Befunde spiegeln nicht nur den hohen intrinsischen Wert wider, den Menschen der Gesundheit beimessen, sondern auch die zentrale Rolle, die sie von ihren Gesundheitssystemen in puncto Sicherung ihrer Lebensqualität erwarten. ► **C**

B Wachstum der Gesundheitsausgaben pro Kopf in ausgewählten Ländern

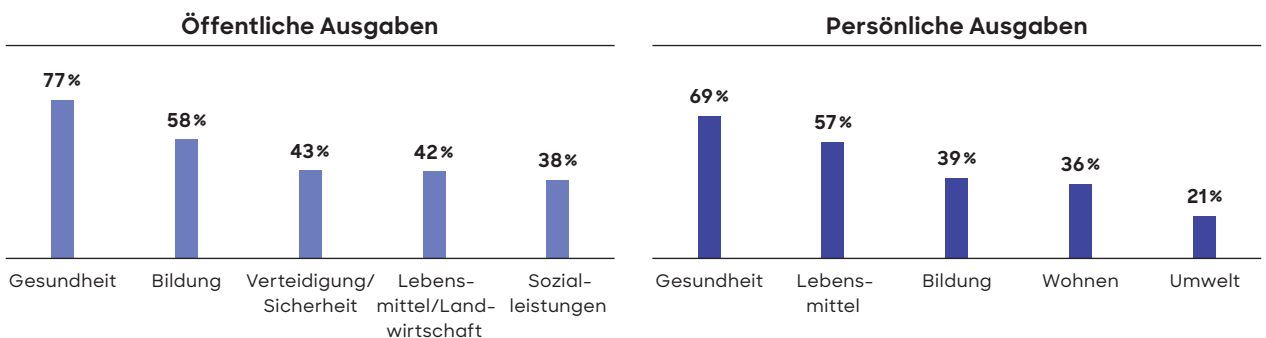
Basisjahr 2010 = 100



Quelle: WHO⁶

C Prioritäten bei der Finanzierung – Die Bedeutung von Gesundheit

In welchen Bereichen sollten Gesellschaften/Regierungen/Sie selbst den Schwerpunkt der Ausgaben setzen?

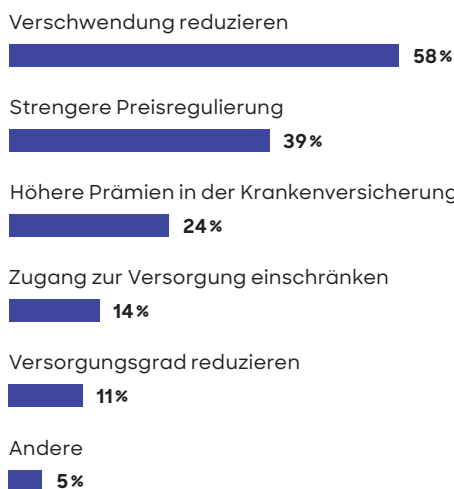


Quelle: Roland Berger FoH-Umfrage 2025

In der Frage, wie ein universelles, qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem langfristig finanziert werden kann, sprachen sich die Teilnehmer zunächst für Effizienzmaßnahmen – den Abbau unnötiger Ausgaben – und zweitens für strengere Preisregulierungen aus. Ein kleinerer Teil akzeptierte die Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge, was auf eine bedingte Offenheit gegenüber einer Kostenbeteiligung hinweist. Eingriffe wie eine Einschränkung des Zugangs zu Leistungen oder eine Reduzierung des Versorgungsumfangs stießen auf die geringste Zustimmung. Offenbar gelten diese Maßnahmen als ethisch oder praktisch inakzeptabel. ► **D**

D Finanzierung der universellen Versorgung

Wenn die Gesundheitsausgaben steigen (z.B. durch medizinische Innovation oder demografische Faktoren), welche Gegenmaßnahmen würden Sie befürworten?



Quelle: Roland Berger FoH-Umfrage 2025

In vielen Ländern wird bereits über umfassende Reformen diskutiert. Als Reaktion auf steigende Kosten und veränderte Bedarfe hat Deutschland eine grundlegende Umstrukturierung der Krankenhausversorgung eingeleitet.¹¹ Im Nahen Osten begreifen Saudi-Arabien, die Vereinigten Arabischen Emirate und Katar die Gesundheitsversorgung als strategische Priorität und investieren im Rahmen nationaler Strategien in umfassende Transformationsprogramme.¹² Trotz geografisch und wirtschaftlich sehr unterschiedlicher Rahmenbedingungen wird der dringende Reformbedarf breit als gesellschaftliche Notwendigkeit und politisch unvermeidbar anerkannt.

ANSATZ UND UMFANG DIESER STUDIE

Anstatt sich auf strukturelle Typologien zu stützen, verfolgt dieser Bericht einen zielbasierten Benchmarking-Ansatz zur Bewertung und Verbesserung der Leistung von Gesundheitssystemen. Hintergrund: Strukturelle Vergleiche erfassen oft nicht, welche Faktoren für ein gutes Ergebnis ausschlaggebend sind. Denn wie die Erfahrung zeigt, können Systeme mit ähnlicher institutioneller Ausstattung zu sehr unterschiedlichen Outcomes führen – und umgekehrt. Strukturen sind geschichtlich, politisch und von Abhängigkeiten geprägt. Unsere Methodik konzentriert sich daher auf die Ziele, die Gesundheitssysteme verfolgen, und darauf, wie effektiv sie dies tun.

In Kapitel 2 formulieren wir Ziele für leistungsstarke Systeme und analysieren, welche Strategien führende Gesundheitssysteme verfolgen und wie sie diese umsetzen. Kapitel 3 untersucht gesellschaftliche Präferenzen und beleuchtet, was Bürger in verschiedenen Ländern an ihrem Gesundheitssystem am meisten schätzen. Kapitel 4 skizziert schließlich strategische Wege und überträgt diese Erkenntnisse in Empfehlungen für politische Entscheidungsträger und Akteure der Wirtschaft. Dieser ergebnis- und zielorientierte Ansatz ermöglicht einen fundierteren Lernprozess zwischen Systemen und unterstützt pragmatische Reformen.

Streben nach Exzellenz

Was führende Gesundheitssysteme anstreben
und wie sie dorthin gelangen



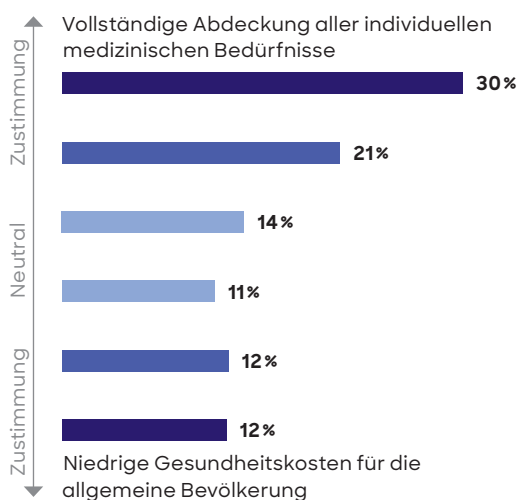
Die erklärten Ziele von Gesundheitssystemen in Mittel- und Hochlohnländern sind weitgehend ähnlich: exzellente Gesundheitsergebnisse erzielen, Risikofaktoren reduzieren und Prävention stärken.¹³ Wie diese Ergebnisse jedoch definiert und gemessen werden, variiert stark. Einige Länder nutzen die Anzahl der gesunden Lebensjahre als Maßstab, andere setzen konkrete Lebenserwartungsziele, wieder andere beziehen sich allgemein auf eine Verbesserung des Gesundheitsstatus. Über reine Outcome-Maßnahmen hinaus betonen manche Systeme explizit Effizienz und Zugang als strategische Ziele. Großbritannien¹⁴ etwa zählt kürzere Wartezeiten zu seinen Systemzielen, während Schweden¹⁵ Kosteneffizienz und Bezahlbarkeit in den Mittelpunkt seiner Gesundheitsstrategie stellt.

In großen Teilen des Westens, einschließlich Europas, wird Qualität eng mit Gerechtigkeit als zentralem Gesundheitsziel verknüpft. Verpflichtungen zu gleichberechtigtem Zugang, universeller Abdeckung und bedarfsorientierter Versorgung spiegeln die Logik solidarischer Finanzierung wider. Dieser Fokus auf universellen Zugang beschränkt sich jedoch nicht auf Industrieländer: Auch Nigeria¹⁶ und Indien¹⁷ nennen ihn als zentrales Ziel.

Die breite Priorisierung von Gerechtigkeit reflektiert einen gemeinsamen gesellschaftlichen Wert. In unserer globalen Umfrage unterstützte eine klare Mehrheit universelle Gesundheitsleistungen und deren solidarische Finanzierung, selbst wenn dies höhere Kosten bedeuten würde. Jüngere Befragte und Personen aus niedrigen bis mittleren Einkommensgruppen favorisierten besonders ausgeprägte soziale Sicherheitsnetze; ältere und wohlhabendere Bevölkerungsschichten legten dagegen mehr Gewicht auf Systemeffizienz und Nachhaltigkeit. ► **E**

E Universelle Gesundheitsversorgung als oberstes Ziel

Soll das Gesundheitssystem jedem alle verfügbaren Behandlungen bieten oder Nachhaltigkeit wahren, indem die Gesamtkosten begrenzt werden?

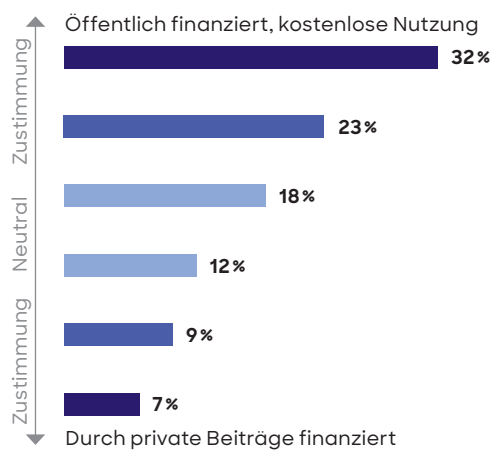


Quelle: Roland Berger FoH-Umfrage 2025

Trotz unterschiedlicher Systemdesigns und Ressourcen zeigt sich eine bemerkenswerte Konvergenz bei den Zielen: Fairness, Zugang und Qualität. Die Herausforderung für politische Entscheidungsträger besteht also darin, ein Gleichgewicht zwischen Gerechtigkeit und Effizienz sowie zwischen Solidarität und individueller Wahl herzustellen – auf eine Weise, die langfristig sowohl gesellschaftlich legitim als auch finanziell tragfähig ist.

Die zentrale Frage lautet: Wie soll dies finanziert werden? Unsere Umfrage zeigt eine deutliche Präferenz für öffentliche Finanzierung – unterstützt von mehr als 70 Prozent der Befragten in allen Ländern. Dieser Konsens erstreckt sich über Kontinente, von Brasilien und Deutschland bis nach Indien und in die VAE. Selbst in den Vereinigten Staaten, wo private Modelle dominieren, tendierte die Mehrheit zu öffentlichen Optionen. Über Kulturen hinweg wird Gesundheit also weitgehend nicht als Konsumgut, sondern als etwas verstanden, das einem Menschenrecht ähnelt und daher mit einer kollektiven gesellschaftlichen Verantwortung verbunden ist. ► **F**

F Mehrheit bevorzugt öffentlich finanzierte Gesundheitssysteme
Soll das System kollektiv über öffentliche Mittel finanziert werden oder stärker auf persönliche Beiträge und nutzerbasierte Finanzierung setzen?



Quelle: Roland Berger FoH-Umfrage 2025

VORAUSSETZUNGEN FÜR EXZELLENTLE LEISTUNGEN

Was ist nötig, um diese Ziele zu erreichen? Vergleichsstudien weisen auf sieben Merkmale hin, die gute Gesundheitssysteme konsequent auszeichnen: Gerechtigkeit, Koordination, Digitalisierung, öffentliche Gesundheit, Ressourcen, Governance und Innovation. In den folgenden Abschnitten wird zunächst dargestellt, welche Länder in internationalen Rankings als leistungsstark bewertet werden. Danach erläutern wir, welche spezifischen Eigenschaften diese Länder auszeichnen. Abschließend überprüfen wir diese Ergebnisse durch einen Blick auf die Kehrseite – also auf das, was weniger erfolgreichen Systemen fehlt und wie sie sich von den Spitzenreitern unterscheiden.

Internationale Rankings von Gesundheitssystemen unterscheiden sich in ihrer Methodik, doch regelmäßig finden sich dieselben Länder an der Spitze: typischerweise die skandinavischen Staaten, Australien, Südkorea, Japan und die Schweiz; häufig auch Singapur, Israel, die Niederlande und Italien; mitunter Spanien. Trotz methodischer Unter-

schiede zeichnen sich drei zentrale Kriterien für diese Bewertung ab: positive Gesundheitsergebnisse, gerechter Zugang und effizienter Ressourceneinsatz. Spitzenreiter überzeugen nicht in nur einem Bereich, sondern in der Kombination aller.

Die Wissenschaft bewertet Systeme wie folgt: Gesundheitsergebnisse werden anhand von Indikatoren wie Lebenserwartung bei Geburt, gesunde Lebenserwartung oder vermeidbare bzw. behandelbare Mortalität gemessen. Gerechtigkeit ("Equity") wird oft über die Abdeckung essenzieller Leistungen und deren Bezahlbarkeit bewertet – teils mit Fokus auf universelle Versorgung, teils auf Kosten- und Zugangshürden.¹⁸ Effizienz vergleicht die Ergebnisse im Verhältnis zu den Ausgaben und identifiziert Systeme, die mit weniger Ressourcen starke Resultate erzielen. Auch wenn Rankings unterschiedliche Schwerpunkte setzen, zeigen sie durchgehend: Die besten Systeme verbinden eine gesunde Bevölkerung, gleichberechtigten Zugang und effiziente Ressourcennutzung. ► [G](#)

**Die besten Gesundheitssysteme
zeichnen sich nicht durch einen
einzelnen Bereich aus, sondern
durch eine leistungsstarke
Kombination aus guten Ergebnissen,
gerechtem Zugang und effizienter
Ressourcennutzung.**



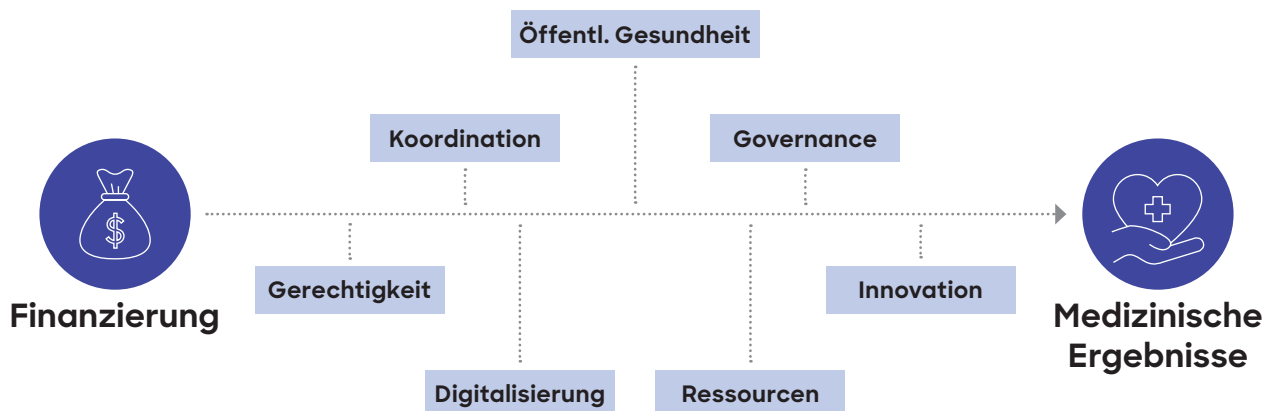
G Merkmale leistungstarker Gesundheitssysteme

Dimension	Medizinische Ergebnisse					Zugang	Effizienz
Metrik	Sterblichkeit bei vermeidbaren Ursachen	Sterblichkeit bei behandelbaren Ursachen	Zugang zur med. Versorgung und Qualitätsindex	Lebenserwartung bei Geburt	Gesundheitsbezogene Lebenserwartung	WHO/UHC-Indikator für Gesundheitsabdeckung	Bloomberg Health-Efficiency Index
Quelle	IHME	OECD	OECD	WHO	OECD	WHO	Bloomberg
Jahr der Veröffentlichung	2018	2021	2021	2021	2022	2021	2020
1	Island	Israel	Schweiz	Singapur	Japan	Kanada	Singapur
2	Norwegen	Japan	Luxemburg	Japan	Australien	Island	Hongkong
3	Niederlande	Italien	Südkorea	Südkorea	Schweden	Südkorea	Taiwan
4	Luxemburg	Island	Australien	Island	Italien	Singapur	Südkorea
5	Australien	Schweiz	Niederlande	Luxemburg	Südkorea	UK	Israel
6	Finnland	Schweden	Japan	Norwegen	Norwegen	Deutschland	Irland
7	Schweiz	Australien	Island	Schweiz	Island	Portugal	Australien
8	Schweden	Südkorea	Spanien	Schweden	Belgien	Norwegen	Neuseeland
9	Italien	Luxemburg	Norwegen	Spanien	Niederlande	Australien	Thailand
10	Andorra	Norwegen	Frankreich	Israel	Dänemark	Schweiz	Japan

Quelle: OECD, Europäische Kommission, WHO, Statista, lucidityinsights.com

Auf Basis dieser Erkenntnisse lassen sich sieben wesentliche Merkmale identifizieren, die für erfolgreiche Gesundheitssysteme unverzichtbar sind: Gerechtigkeit, Koordination, Digitalisierung, öffentliche Gesundheit, Ressourcen, Governance und Innovation. Sechs dieser Faktoren ergeben sich aus der Analyse jener Merkmale, die leistungsstarke Länder in vergleichenden Studien von Gesundheitssystemen und deren Ergebnissen gemeinsam haben.¹⁹ Innovation haben wir als siebtes Merkmal hinzugefügt, weil es die anderen Bereiche ergänzt und Exzellenz langfristig sicherstellt. Im Folgenden werden diese Faktoren einzeln beleuchtet und jene Länder hervorgehoben, die sie beispielhaft umsetzen. ► [H](#)

H Sieben Erfolgsfaktoren leistungsstarker Gesundheitssysteme



Quelle: Roland Berger

Gerechtigkeit ("Equity")

Gerechtigkeit bildet das Fundament leistungsstarker Gesundheitssysteme. Gerechte Systeme sichern universellen Zugang zu essenziellen Gesundheitsleistungen, ohne die Menschen einem finanziellen Risiko auszusetzen. Selbst wenn die Versorgungsstrukturen regional organisiert sind, gibt es in der Regel ein starkes nationales Rahmenwerk, das die Gesundheitsversorgung steuert. In Deutschland etwa lag der Anteil der privaten Zuzahlungen an den Gesamtausgaben 2022 bei weniger als 12 Prozent – Ausdruck einer Weichenstellung, die das Ziel verfolgt, die Belastung tragbar zu halten.²⁰

Finanzieller Schutz wird durch klug gestaltete Finanzierungsmechanismen gewährleistet: sei es durch steuerbasierte Systeme, Sozialversicherungen oder streng regulierte private Versicherungen. Der britische National Health Service (NHS) etwa eliminiert nahezu jede Form von Kostenbeteiligung am Behandlungsort und beseitigt damit eine zentrale Hürde für rechtzeitige Versorgung.²¹ Das deutsche Sozialversicherungssystem deckelt die jährlichen Zuzahlungen für Medikamente als Prozentsatz des Einkommens und schützt damit einkommensschwache Haushalte vor überproportionaler Belastung. Auch in Spanien ermöglicht die breit angelegte, steuerfinanzierte Abdeckung den Zugang zu Leistungen, ohne dass Patienten unerschwingliche Rechnungen fürchten müssen.²²

Allen erfolgreichen Systemen ist gemeinsam, dass sie sich nicht mit einer rein "theoretischen" Versicherung begnügen: Sie sind so ausgelegt, dass Menschen dann medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, wenn sie diese benötigen – unabhängig von Einkommen oder Herkunft. Finanzielle Schutzmechanismen sind bewusst gestaltet und zentral koordiniert, wodurch das Prinzip der universellen Abdeckung zur praktischen Realität wird.

Koordination

In erfolgreichen Gesundheitssystemen irren Patienten nicht ziellos durch fragmentierte Angebote – sie werden gezielt und konsistent gesteuert. Koordination sorgt dafür, dass Versorgung kontinuierlich, effizient und patientenzentriert erfolgt, und vermeidet Doppeluntersuchungen, Verzögerungen oder Fehlbehandlungen. Die konkrete Umsetzung variiert zwar, doch Spitzenreiter verankern Koordination grundsätzlich durch klar definierte Behandlungspfade,²³ eine starke Rolle der Primärversorgung, gemeinsame digitale Werkzeuge und multidisziplinäre Teams.²⁴ Die Integration umfasst alle Ebenen der Versorgung – Krankenhaus, Primärmedizin, kommunale und soziale Dienste – und macht Koordination zu einem durchgängigen Gestaltungsprinzip des Systems.

Land	Maßnahme	Ansatz	Werkzeuge
Australien 	Primäre Gesundheitsnetzwerke	Stärkung der Primärversorgung als zentraler Knotenpunkt	• Überweisungswege von Hausärzten: klar definierte Prozesse, die Patienten gezielt aus der Grundversorgung zu Fachärzten oder Kliniken steuern. Ziel sind ein schneller Zugang, weniger Doppeluntersuchungen und eine lückenlose Versorgung über alle Ebenen des Gesundheitssystems hinweg • Pläne zum Management chronischer Krankheiten: standardisierte Rahmenwerke für die Behandlung langfristiger Leiden wie Diabetes, Asthma oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Sie ermöglichen es Hausärzten, multidisziplinäre Betreuung zu koordinieren, den Krankheitsverlauf eng zu verfolgen und Patienten mit weiteren Fachkräften sowie Unterstützungsangeboten im Umfeld zu vernetzen
Schweden 	Nationale Gesundheits- und medizinische Leistungsvereinbarungen	National verhandelte Vereinbarungen zur verbindlichen Koordination	• Gemeinsame Planung von "Versorgungsketten": Regionale und kommunale Behörden analysieren Patientenpfade über Gesundheits- und Sozialdienste hinweg, identifizieren Bruchstellen und entwickeln koordinierte Versorgungsprozesse, die verbindlich vereinbart und finanziell hinterlegt werden • Gemeinsame elektronische Patientenakten: Behandler in Krankenhäusern, Kommunen und der Primärversorgung greifen auf identische Patientendaten zu und aktualisieren sie fortlaufend. Das reduziert Datensilos, vermeidet Verzögerungen und schafft die Grundlage für integrierte Entscheidungen
Norwegen 	Reform der Versorgungskoordination (Samhandlingsreformen, 2012)	Rechtliche Vorgaben zur Versorgungskontinuität	• Verpflichtende Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Kommunen mit Nachsorgepflichten: Sie verpflichten Kliniken und lokale Behörden rechtlich zur Zusammenarbeit bei der Entlassung von Patienten, schreiben den Kommunen verbindliche Nachsorgeleistungen vor und regeln Verantwortlichkeiten, um vermeidbare Wiedereinweisungen und Versorgungslücken zu verhindern

Quelle: Australien – <https://www.health.gov.au>, <https://thephn.com.au>, <https://www.servicesaustralia.gov.au>;

Schweden – <https://www.commonwealthfund.org>, "Determinants of integrated health care development: chains of care in Sweden" von

Bengt Ahgren und Runo Axelsson, <https://www.ehalsomyndigheten.se>; Norwegen – <https://eurohealthobservatory.who.int>,

<https://www.regjeringen.no>

Land	Maßnahme	Ansatz	Werkzeuge
Dänemark 	Gesundheitsvereinbarungen (Sundhedsaftaler)	Verbindliche regional-kommunale Vereinbarungen	• Rechtsverbindliche Gesundheitsvereinbarungen zur Versorgungskontinuität: zwischen Regionen und Kommunen abgeschlossene Verträge, die Rollen, Verantwortlichkeiten und gemeinsame Prioritäten für die Integration von Gesundheits- und Sozialdiensten klar festlegen • Multidisziplinäre Gesundheitszentren als Integrationsknotenpunkte: Hausärzte, Fachärzte, Pflegekräfte und kommunale Dienste arbeiten unter einem Dach zusammen. Das erleichtert Patienten die Orientierung im System und ermöglicht Fachkräften eine direkte, reibungslose Zusammenarbeit
Japan 	Gemeindenahе integrierte Versorgungssysteme	Gemeindenahе integrierte Versorgungssysteme	• Lokale Care-Manager als Koordinatoren: Sie verbinden unterschiedliche Versorgungsformen und stellen sicher, dass ältere Menschen und chronisch Kranke direkten Zugang zu medizinischen Leistungen, Langzeitpflege, Prävention und sozialen Diensten erhalten. Zugleich fungieren sie als zentrale Ansprechpartner für Familien • Integrierte Nachbarschaftszentren: multidisziplinäre Einrichtungen direkt in Wohnvierteln, in denen Ärzte, Pflegeanbieter, Sozialarbeiter und Ehrenamtliche gemeinsam arbeiten. Ziel ist eine umfassende Unterstützung, die sich eng an den Bedürfnissen der Bewohner orientiert
Singapur 	Regionale Gesundheitssysteme	Zentrale Koordination, regionale Versorgung	• Spezialisierte Agentur für integrierte Versorgung: Sie fungiert als Taktgeber des Systems, vernetzt Krankenhäuser, Primärversorgung und gemeindenahе Anbieter und betreibt zugleich Programme für Übergangsphasen sowie das Management der Langzeitpflege

Quelle: Dänemark – "Health care agreements as a tool for coordinating health and social services" von Andreas Rudkjøbing et al., "Inter-Sectoral Collaboration in Municipal Health Centres: A Multi-Site Qualitative Study of Supporting Organizational Elements and Individual Drivers" von Marius Brostrøm Kousgaard et al.; Japan – "Implementation process and challenges for the community-based integrated care system in Japan" von Takako Tsutsui, <https://www.mhlw.go.jp>; Singapur – "Implementation of Integrated Care in Singapore: A Complex Adaptive System Perspective" von Milawaty Nurjono et al., <https://www.aic.sg>

Digitalisierung

Leistungsstarke Gesundheitssysteme zeichnen sich zunehmend nicht nur durch die erbrachte Versorgung, sondern auch durch die digitale Infrastruktur aus, die diese ermöglicht. Digitalisierung fungiert als verbindende Ebene zwischen Leistungserbringern, Patienten und Kostenträgern. Zudem ermöglicht sie effizientere, sicherere und besser koordinierte Systeme. Kern dieser Bemühungen sind interoperable elektronische Patientenakten (ePAs), die einen Echtzeitzugriff auf Patientendaten über alle Versorgungsebenen hinweg erlauben. Solche Systeme minimieren Doppeluntersuchungen, erkennen Risiken frühzeitig und verbessern klinische Entscheidungen. Dänemarks einheitliche nationale Patientenakte bündelt Daten von Krankenhäusern, Hausärzten und kommunalen Diensten.²⁵ In Estland liegen über 99 Prozent der Gesundheitsdaten digital vor und sind Patienten über ein nationales E-Portal zugänglich.²⁶

Finnlands nationale digitale Plattform Kanta präsentiert datengetriebene Versorgung in der Praxis: Alle Leistungserbringer greifen auf eine zentrale Patientenakte zu, während KI-gestützte Triage-Tools Patienten je nach klinischer Logik zu Selbstversorgung, Telekonsultationen oder persönlichen Terminen leiten. Ärzte können longitudinale Daten, Rezepte, Laborwerte und Bildgebung an einem Ort einsehen – für fundierte Entscheidungen und sofortige Dokumentations-Updates.²⁷ Der britische NHS nutzt zentralisierte Systeme, um Abrechnung und Reporting zu automatisieren und den Verwaltungsaufwand deutlich zu reduzieren. Israels Krankenkassen setzen Echtzeitdaten und Predictive Analytics ein, um Patienten mit hohem Hospitalisierungsrisiko frühzeitig zu identifizieren und Interventionen einzuleiten.²⁸

Digitale Tools erweitern die Versorgung auch über klinische Einrichtungen hinaus. In Singapur unterstützen Regional Health Systems über die Agency for Integrated Care digitale Dashboards und Care Coordinators, um

Patienten über Krankenhäuser, Community Clinics und häusliche Pflege hinweg zu verfolgen. Programme wie das Singapore Programme for Integrated Care for the Elderly (SPICE) kombinieren Home Monitoring, Telemedizin und multidisziplinäres Fallmanagement für gebrechliche ältere Patienten.²⁹ Schweden und die Niederlande haben Fernüberwachung in nationale Strategien für das Management chronischer Erkrankungen integriert, reduzieren Krankenhausaufenthalte und stärken präventive Versorgung.³⁰

Digitalisierung umfasst dabei nicht nur Hardware und Software, sondern auch die Einbettung in klinische Abläufe und Governance-Strukturen. Leistungsstarke Systeme investieren in nutzerfreundliche Plattformen, Schulung von Ärzten und gemeinsame digitale Standards. Die digitale Infrastruktur wird so zum strategischen Enabler. Sie reduziert Ineffizienzen, fördert klinische Erkenntnisse und schafft die Voraussetzungen für eine integrierte, qualitativ hochwertige Versorgung, die skalierbar ist, ohne Qualität oder Zugang zu beeinträchtigen.

Öffentliche Gesundheit

Ein weiteres Merkmal leistungsstarker Systeme ist das proaktive Investment in öffentliche Gesundheit und Prävention. Statt Krankheiten erst zu behandeln, wenn sie aufgetreten sind, adressieren diese Systeme die Ursachen, verbessern die Bevölkerungsgesundheit und reduzieren künftige Kosten sowie die Belastung klinischer Einrichtungen. Entscheidend ist, dass Prävention in nationale Strategien und den Alltag integriert wird. In Finnland ist Gesundheitsförderung Teil des Schulcurriculums, der Stadtplanung und der Arbeitsplatzrichtlinien. Norwegen und Schweden setzen auf öffentliche Kampagnen und stellen Gemeinden Mittel für Raucherentwöhnung, Ernährung und Bewegungsprogramme zur Verfügung. In den nordischen Ländern ist Prävention durch Bildung, Community Outreach und enge Verbindungen zur Primärversorgung fest veran-

kert, unterstützt durch breites öffentliches Vertrauen.³¹

In Ostasien setzen Länder auf zentralisierte und datengetriebene Strategien. Das Centre for Health Protection in Hongkong überwacht Infektionskrankheiten, während die Bevölkerung freien oder kostengünstigen Zugang zu Screenings und Impfungen genießt. Singapurs nationale Diabetesstrategie "War on Diabetes" kombiniert Echtzeit-Risikotracking, strukturierte Screeningprogramme und personalisiertes Health Coaching.³² Zielgerichtete Initiativen wie Community Wellness Hubs oder Arbeitgeber-Fitnessprogramme helfen, den Ausbruch von Erkrankungen zu verzögern, und halten langfristige Gesundheitskosten im Rahmen.

Manche Länder setzen auf Regulierung, um Verhalten über fiskalische und rechtliche Hebel zu beeinflussen: UK und Mexiko führten Zuckersteuern ein,³³ Frankreich verpflichtet zur Nutri-Score-Kennzeichnung,³⁴ Australien untersagt Tabakwerbung und verlangt neutrale Verpackungen – alles Maßnahmen, die gesündere Normen etablieren.

Prävention ist auch in klinische Modelle eingebettet: In Neuseeland werden Hausärzte für das Erreichen von Impf- und Herz-Kreislauf-Risikozielen honoriert;³⁵ Japans Community-based Integrated Care unterstützt regelmäßige Check-ups und Hausbesuche bei älteren Menschen;³⁶ Australien vergütet präventive Konsultationen und incentiviert Hausärzte für Gesundheitschecks bei Risikopatienten.³⁷ Der Tenor ist eindeutig: Erfolgreiche Systeme verankern Gesundheitsförderung als Kernpfeiler, reduzieren vermeidbare Erkrankungen, verlängern gesunde Lebensjahre und richten Ressourcen gezielt aus.

Ressourcen

Effiziente Nutzung von Personal und Infrastruktur ist ein entscheidendes Merkmal starker Systeme. Erfolg hängt nicht von der bloßen Menge der Ressourcen ab, sondern auch davon, wie diese eingesetzt werden. Spitzenreiter erzielen gute Ergebnisse durch Optimierung der Arbeitsproduktivität, Versorgungsmodelle und Infrastruktur – nicht durch die schiere Zahl von Ärzten oder Betten.

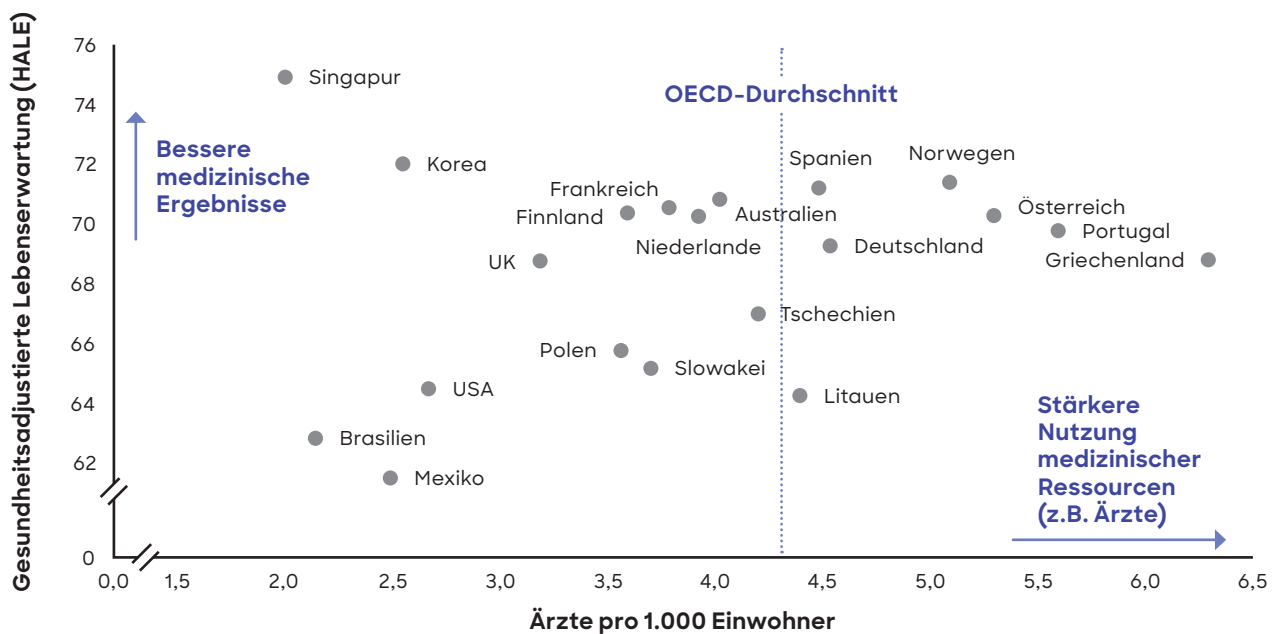
Hongkong und Singapur veranschaulichen dies: Hongkong verfügt über nur zwei Ärzte pro 1.000 Einwohner – ein Wert, der deutlich unter dem OECD-Durchschnitt von 3,7 liegt. Dennoch erzielt das Land durch optimierte Triage, Aufgabenverlagerung und enge Integration der Versorgungsebenen exzellente Ergebnisse. Die Hospital Authority, die 90 Prozent der sekundären und tertiären Versorgung steuert, arbeitet mit standardisierten klinischen Pfaden, zentralem Terminmanagement und Teammodellen, was zu durchschnittlichen Krankenhausaufenthalten von nur 5,6 Tagen führt (OECD-Durchschnitt: 7,4).³⁸

Singapur erreicht mit nur 2,4 Krankenhausbetten pro 1.000 Personen (OECD 4,3) ähnliche Ergebnisse. Drei Regional Health Systems bündeln Krankenhäuser, Primärversorgung und Community Services unter einheitlichem Management.³⁹ Care Coordinators und Advanced Practice Nurses managen chronisch kranke Patienten in der Community und reduzieren unnötige Facharztbesuche oder Notaufnahmen. Telemedizin und digitale Triage-Tools steigern die Effizienz, halten Wiedereinweisungen niedrig und die Patientenzufriedenheit hoch. ►

Mehrere europäische Systeme zeigen, wie sich die Effizienz der Gesundheitsversorgung durch Governance- und Zahlungsreformen verbessern lässt. Die Niederlande (3,7 Ärzte und 3,2 Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner) sichern Effizienz über die verpflichtende Anmeldung bei Hausärzten, die Patienten in koordinierte Versorgungspakete für chronische Erkrankungen leiten und so vermeidbare Krankenhausaufnahmen reduzieren.⁴⁰ Finn-

I Gesundheitsadjustierte Lebenserwartung (HALE) vs. Ärzte pro 1.000 Einwohner

Vergleich in ausgewählten Ländern



Wie sich zeigt, ist eine stärkere Nutzung von Ressourcen (z.B. Ärzten) teilweise mit besseren Gesundheitsergebnissen verbunden. Die große Varianz in den ausgewählten Ländern deutet jedoch auch darauf hin, dass nicht nur die Menge der Ressourcen, sondern auch deren Einsatzweise die Gesundheitsergebnisse beeinflusst.

Anmerkung: HALE data for Hong Kong not published

Quelle: OECD Health at a Glance 2023 Country Notes, WHO

land integriert Gesundheits- und Sozialversorgung unter 21 regionalen Behörden und setzt Ressourcen ganzheitlich ein. Mit 3,6 Ärzten pro 1.000 Einwohner erreicht das Land durch gemeinsam gesteuerte Versorgungswege und Community-Teams exzellente Kontinuität in der Versorgung älterer Patienten.⁴¹ Die resilientesten Systeme kombinieren strategische Personalplanung mit schlanken, integrierten Versorgungsmodellen.

Governance

Governance bestimmt, wie Verantwortung verteilt, Versorgung geregelt und Mittel verwaltet werden. Ein einheitliches "perfektes Modell" gibt es nicht, doch die erfolgreichsten Systeme richten Governance gezielt an nationalen Gesundheitszielen aus und passen sie an politische sowie institutionelle Rahmenbedingungen an.

Viele besonders erfolgreiche Systeme nutzen zentrale Rahmenwerke, die klare Aufsicht, gerechten Zugang und effiziente Verwaltung gewährleisten. Schweden setzt nationale Prioritäten, während die Regionen die Versorgung an lokale Bedürfnisse anpassen können. Der britische NHS kombiniert zentrale Planung und Finanzierung mit lokaler Autonomie der Anbieter und stellt so konsistente Versorgung und starke öffentliche Gesundheitsinterventionen sicher.⁴² Die Niederlande hingegen überzeugen mit einem streng regulierten Mehrzahlensystem: Das Modell der "managed competition" sichert universelle Abdeckung über private Versicherer unter strikter Regulierung und Risikoadjustierung, wodurch Wahlfreiheit, Gerechtigkeit und Kostenkontrolle in Balance gehalten werden.

Spitzenreiter zeigen zudem eine hohe Governance-Agilität – also die Fähigkeit, bei öffentlichen Gesundheitskrisen schnell und kohärent zu reagieren. Singapur und Neuseeland demonstrierten dies während der COVID-19-Pandemie durch klare Führungsstrukturen, integrierte Überwachung und entschlossene politische Koordination.⁴³

Erfolgreiche Systeme zeichnen sich durch drei Merkmale aus: klare Rollen, abgestimmte Anreize und transparente Aufsicht. Starke Governance schafft die Grundlage, auf der andere Hebel – Finanzierung, Koordination, Digitalisierung und Personal – effektiv und kohärent wirken können.

Innovation

Innovation umfasst sowohl neue Medikamente und Technologien als auch die Neugestaltung der Versorgungsprozesse. Ein zentrales Beispiel ist das Learning Health System (LHS), das kontinuierliches Lernen in den klinischen Alltag integriert, indem klinische Daten in Erkenntnisse und diese in verbesserte Patientenversorgung übersetzt werden.

Auch wenn einige Rankings dies nicht abbilden, betonen führende Experten immer wieder, dass die Fähigkeit, medizinische Fortschritte zu generieren, zu übernehmen und zu verbreiten sowie kontinuierliche Verbesserungen umzusetzen – etwa durch Anpassung von Patientenpfaden oder neue Effizienztools – für langfristigen Erfolg unerlässlich ist.⁴⁴

Ein praktisches Beispiel liefert die Chirurgie: Enhanced-Recovery-After-Surgery(ERAS)-Programme zeigen, wie Implementierungsmuster die Systemleistung beeinflussen. Länder wie Schweden, Kanada und die Schweiz haben ERAS-Protokolle breit implementiert, unterstützt durch nationale Leitlinien und Audits.⁴⁵ Das Ergebnis: kürzere Krankenhausaufenthalte, geringere Komplikationsraten und niedrigere Kosten.⁴⁶ Frankreich hingegen erreicht trotz starker Infrastruktur deutlich niedrigere Implementierungsraten, bedingt durch Ausbildungslücken und institutionelle Trägheit. Systeme, die ihre Versorgungswege kontinuierlich optimieren und bewährte Verfahren national verankern, sind besser positioniert, um langfristig Spitzenleistungen zu sichern, während diejenigen, die bewährte Prozessinnovationen nur zögerlich integrieren, Gefahr laufen, zurückzufallen.

Auch im Bereich Pharma verfolgen Länder unterschiedliche Strategien. Die USA, die Schweiz und Japan sind führend in biomedizinischer Innovation, doch der Zugang variiert: Die Schweiz überzeugt sowohl bei der Entwicklung als auch bei gerechter Verbreitung, während die USA trotz starker F&E oft Diffusionslücken aufweisen.⁴⁷ Fazit: Die bedarfsgerechte Einführung wirksamer Behandlungen und Prozesse kann wissenschaftlichen Fortschritt in greifbare Vorteile für die Bevölkerung verwandeln, Mortalität senken und Lebensqualität verbessern. Solche Innovation entsteht an der Schnittstelle mehrerer Disziplinen, darunter biomedizinische Fortschritte, verbesserte Verfahren und chirurgische Techniken, digital optimierte Arbeitsabläufe sowie KI-gestützte Anwendungen.

FEHLER WENIGER ERFOLGREICHER SYSTEME

Ein Blick auf die Kehrseite zeigt, was in Ländern fehlt, die nicht zu den Spitzenreitern zählen. Deutschland beispielsweise leidet unter unzureichender Digitalisierung und begrenzter Koordination.⁴⁸ Der Zugang zu Haus- und Fachärzten ist breit, aber schlecht gesteuert, sodass viele leichte Fälle das System verstopfen. Die Gerechtigkeit ist ausgeprägt, die Governance jedoch fragmentiert zwischen Bund, Ländern und Selbstverwaltung. Prävention bleibt im Vergleich zu Best-Practice-Systemen bescheiden.

● Eine bedarfsgerechte Einführung
● neuer Behandlungen, Verfahren
und KI-Tools kann die Sterblichkeit
direkt senken und die Lebensqualität
in allen Gesundheitssystemen
verbessern.

Die USA verdeutlichen die Risiken extremer Fragmentierung: Ohne zentrale Steuerung, mit geringer Koordination und breiten Zugangsunterschieden ist die Gerechtigkeit minimal ausgeprägt, trotz weltführender medizinischer Innovation.⁴⁹

Länder auf der Arabischen Halbinsel investieren stark in Modernisierung, Versicherungsprogramme und digitale Infrastruktur. Fehlende kohärente Governance bleibt jedoch ein Schwachpunkt: Zahlreiche regulatorische, finanzielle und versorgungsrelevante Akteure agieren isoliert, ohne strategische Abstimmung oder gemeinsame Ergebnisse. Nur mit einer integrierten Steuerung, die Reformen orchestriert, Anreize ausrichtet und Verantwortlichkeit sicherstellt, wird hoher Ressourceneinsatz transformative Ergebnisse erzielen können.

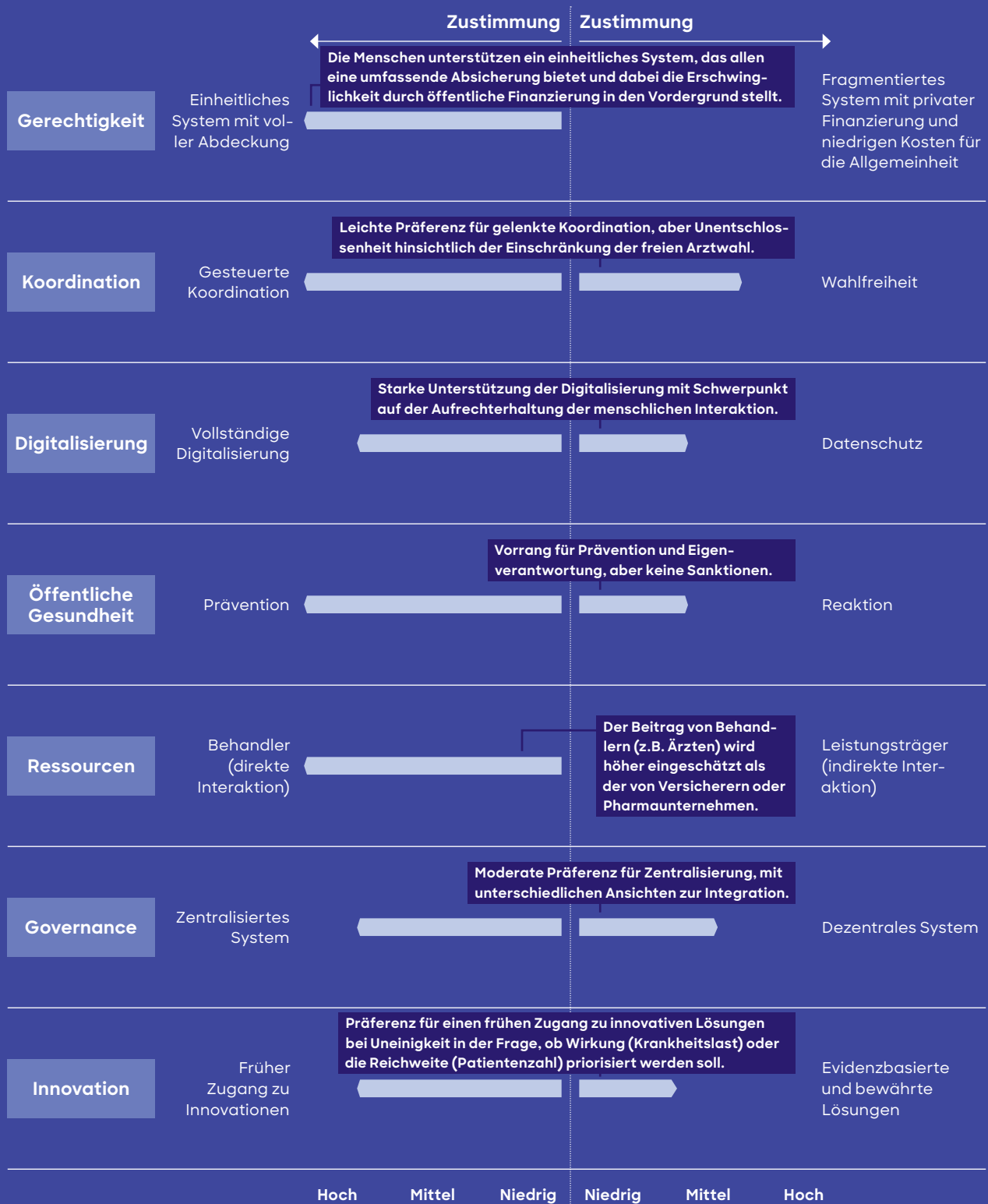
Gesellschaftliche Präferenzen

Globale Perspektiven zu Gerechtigkeit,
Zugang und Wahlfreiheit



J Gesellschaftliche Präferenzen in Bezug auf die sieben Hebel

Zusammenfassung ausgewählter Fragen



Nun wenden wir uns der persönlichsten und prägendsten Dimension der Gesundheitsversorgung zu: dem, was sich die Menschen tatsächlich wünschen. Um dies zu untersuchen, haben wir eine Reihe von Fragen gestellt, die darauf abzielten, die Präferenzen der Bevölkerung in 25 Ländern zu erfassen. Dieses Kapitel beleuchtet globale Einstellungen zu zentralen Aspekten der Gesundheitsversorgung. Die Ergebnisse zeigen eine breite Übereinstimmung in Bezug auf Kernwerte, offensibaren aber auch bedeutende kulturelle und kontextuelle Unterschiede. Wir diskutieren diese Befunde im Kontext der in Kapitel 2 identifizierten Attribute, die für erfolgreiche Gesundheitssysteme essenziell sind. ► J

Gerechtigkeit

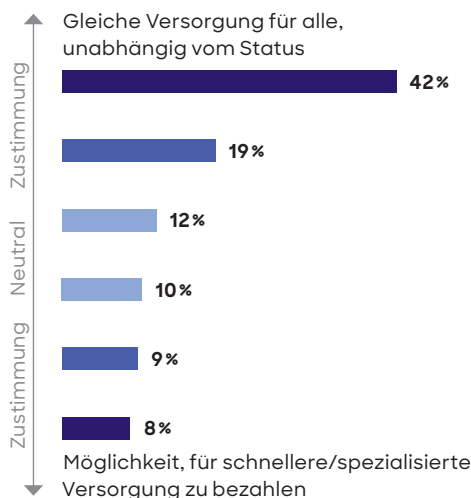
In der grundlegendsten Frage zur gesundheitlichen Gerechtigkeit – also ob die Versorgung für alle gleich sein oder Prioritäten für Zusatzzahlungen erlauben sollte – sprach sich eine deutliche relative Mehrheit von 61 Prozent für gleiche Behandlung unabhängig von den finanziellen Möglichkeiten aus. Die Unterstützung war unter einkommensschwächeren Gruppen am höchsten und nahm mit ansteigendem Alter zu, was auf einen klaren Zusammenhang mit ökonomischem Eigeninteresse hinweist. ► K

Als wir die Befragten zwischen gleichem Zugang und schneller Versorgung wählen ließen, tendierten sie erneut zur Fairness. Eine Mehrheit von 57 Prozent erklärte, sie würde längere Wartezeiten akzeptieren, wenn dadurch eine gleichberechtigte Behandlung aller gewährleistet wäre – bei einkommensschwächeren Gruppen lag die Zustimmung rund zehn Prozentpunkte höher. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, dass Systeme Gerechtigkeit mit Reaktionsfähigkeit in Einklang bringen müssen, insbesondere bei zeitkritischer Versorgung. ► L

Gesundheitliche Gerechtigkeit ist also für Menschen in allen Gesellschaften von herausragender Bedeutung. Die Bevölkerung wünscht sich Inklusion und Fairness im Gesundheitswesen – ein Grund, warum führende Systeme Gerechtigkeit ins Zentrum ihres Designs stellen.

K Gerechtigkeit vs. persönlichen Vorteil

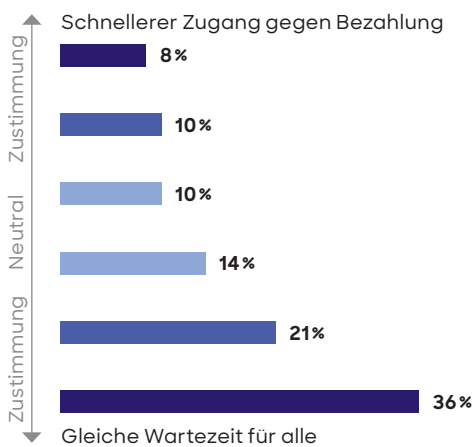
Ist es wichtiger, dass alle dieselbe Gesundheitsversorgung erhalten, unabhängig von der Zahlungsfähigkeit, oder dass zahlungsbereite Personen Zugang zur bestmöglichen Versorgung haben?



Quelle: Roland Berger FoH-Umfrage 2025

L Fairness vs. Geschwindigkeit des Zugangs

Soll gleicher Zugang Priorität haben, selbst wenn dies mit längeren Wartezeiten verbunden ist (außer in Notfällen), oder soll schnellere Versorgung für zahlungsbereite Patienten verfügbar sein?



Quelle: Roland Berger FoH-Umfrage 2025

Koordination

Während Gerechtigkeit quer durch Gesellschaften als gemeinsamer Wert erkennbar ist, offenbaren Fragen zur Organisation der Versorgung größere Unterschiede. Dies betrifft sowohl die Struktur der Versorgung als auch die Steuerung von Forschung und Innovation.

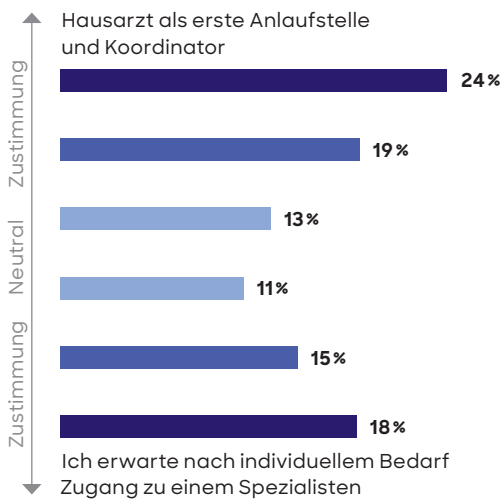
Bei der Organisation der Versorgung waren die Meinungen geteilt: Rund 43 Prozent der Befragten (die beiden Säulen links außen) befürworteten eine starke Steuerung durch Hausärzte, während etwa ein Drittel (die beiden Säulen rechts außen) dies ablehnte und den direkten Zugang zu Fachärzten nach eigenem Ermessen bevorzugte. In Kulturen, in denen Patienten Autonomie besonders wichtig ist und der freie Zugang zu Fachärzten mit höherer Versorgungsqualität gleichgesetzt wird, kann die Einführung von Gatekeeping ohne vertrauensbildende Maßnahmen im Vorfeld also Widerstand hervorrufen. ► M

Sehr unterschiedlich fielen die Meinungen auch in der Frage aus, ob der Zugang nach objektivem medizinischem Bedarf priorisiert oder allen gleichermaßen gewährt werden sollte. Befragte in den Golfstaaten tendierten dazu, nach medizinischer Dringlichkeit zu triagieren, während Teilnehmer aus China, Singapur, Nigeria und Südafrika eher für gleichen Zugang für alle plädierten. Westliche Länder zeigten größere Ambivalenz. Diese Unterschiede verdeutlichen, wie kulturelle Vorstellungen von Fairness die Einstellungen zur Priorisierung prägen: Was in einer Gesellschaft als "gerecht" empfunden wird, kann in einer anderen als "voreingenommen" wahrgenommen werden. ► N

Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass Gesellschaften eine bewusst strukturierte Gesundheitsversorgung Ad-hoc-Lösungen vorziehen. Koordination wird dabei als zentral angesehen – wie diese umgesetzt werden sollte, variiert jedoch stark.

M Primärversorgung vs. freie Facharztwahl

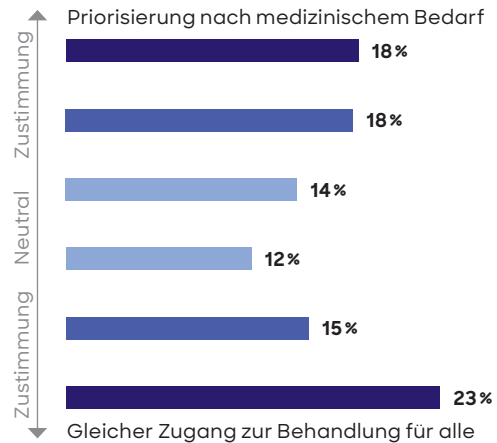
Soll Ihr erster Ansprechpartner im Gesundheitssystem (außer in Notfällen) ein Hausarzt sein oder sollten Sie direkten Zugang zu einem Facharzt haben?



Quelle: Roland Berger FoH-Umfrage 2025

N Triagierung medizinischer Leistungen

Soll der Zugang zu medizinischen Leistungen nach objektivem Bedarf priorisiert werden oder allen gleichermaßen offenstehen?



Quelle: Roland Berger FoH-Umfrage 2025

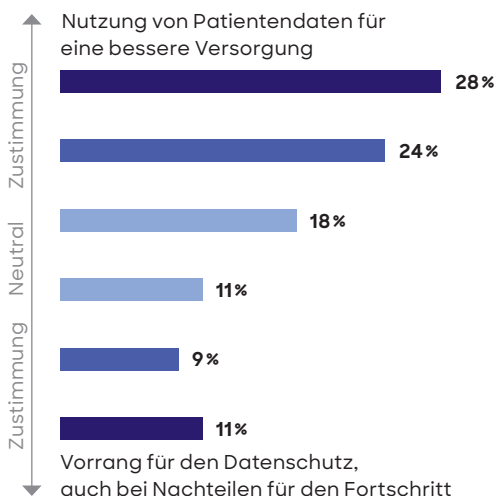
Digitalisierung

Wie unsere Analyse führender Gesundheitssysteme deutlich zeigte, ist Digitalisierung einer der wichtigsten Hebel für Erfolg. Um den gesellschaftlichen Rückhalt zu überprüfen, fragten wir, ob Menschen Datensicherheit oder die Nutzung von Patientendaten zur Verbesserung der Versorgung priorisieren. Mehr als die Hälfte der Befragten (52 Prozent) sprach sich für die Nutzung von Daten zu For-

schungs- und Versorgungszwecken aus, während nur 20 Prozent Datenschutz auch auf Kosten von Fortschritt priorisierten. Selbst in Deutschland – oft als starker Verfechter der Privatsphäre angesehen – unterstützten 49 Prozent die Nutzung von Daten. Die Öffentlichkeit erscheint pragmatisch, sofern Transparenz, ethische Aufsicht und nachweisbarer Nutzen für die Allgemeinheit gewährleistet sind. ► [O](#), [P](#)

[O](#) Nutzung von Patientendaten vs. Datenschutz

Sollen Patientendaten zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung der Forschung verwendet werden oder soll der persönliche Datenschutz Vorrang haben?

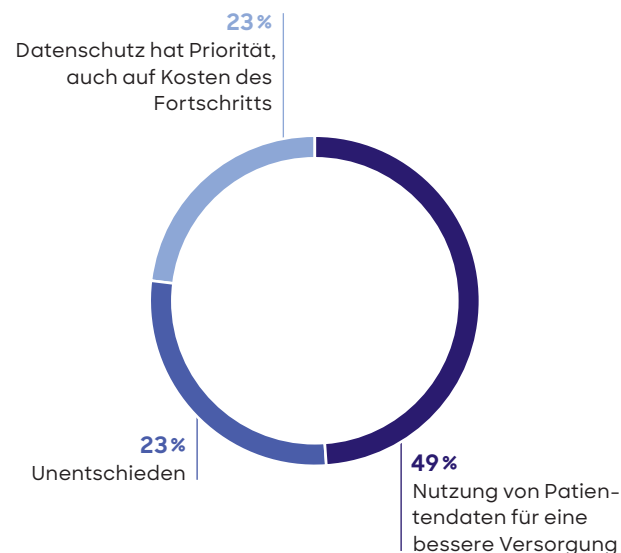


Quelle: Roland Berger FoH-Umfrage 2025

[P](#) Nutzung von Patientendaten vs.

Datenschutz – Ein Blick auf Deutschland

Sollen Patientendaten zur Verbesserung der Versorgung und zur Unterstützung der Forschung genutzt werden oder soll der persönliche Datenschutz Vorrang haben?



Quelle: Roland Berger FoH-Umfrage 2025

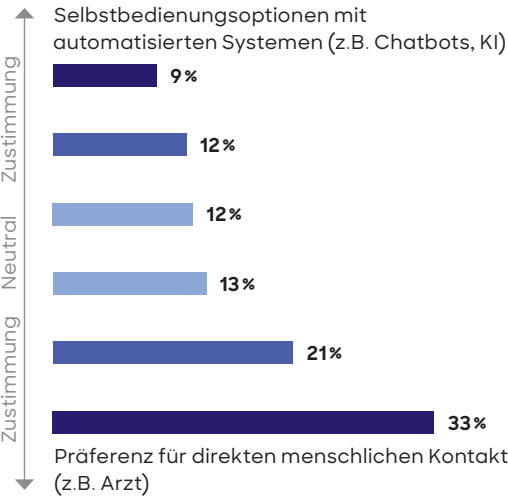
Geht man bei der Digitalisierung einen Schritt weiter zur Frage, wer die Versorgung erbringt – der Mensch oder digitale/automatisierte Modelle –, werden die Präferenzen deutlich: In allen Ländern bevorzugt die Mehrheit den persönlichen Kontakt. Gesellschaften sehen KI derzeit noch nicht als Ersatz für Ärzte oder Pflegekräfte, was die Ergebnisse des Berichts [Future of Health 6 – The AI \(r\)evolution in health](#) bestätigt, der KI eher als Evolution denn als Revolution beschrieb.

Dabei variiert die Offenheit gegenüber KI regional. In den Golfstaaten und China gaben 33 bis 38 Prozent der Befragten an, Selbstbedienungs- oder KI-gestützte Tools aus Gründen der Bequemlichkeit und Effizienz nutzen zu wollen. In Deutschland unterstützten lediglich 12 Prozent solche Optionen, in Europa und den USA etwa 15 Prozent. Jüngere und wohlhabendere Gruppen zeigten insgesamt höhere Akzeptanz. Die Schlussfolgerung: KI sollte vorsichtig eingeführt und ihre Vorteile – sei es Kosteneffizienz oder höhere Analysequalität – sollten klar kommuniziert werden. ► **Q, R**

Insgesamt sehen die Befragten Digitalisierung als wichtig an – jedoch nicht um der Digitalisierung willen. Die Bevölkerung erwartet nachweisbare Vorteile für die Gesundheitsversorgung und zieht eine klare Grenze beim Ersatz menschlicher Interaktion. Quer durch alle Gesellschaften bleibt der Wunsch nach direktem Kontakt zu medizinischem Fachpersonal universell.

Q Bedeutung von KI

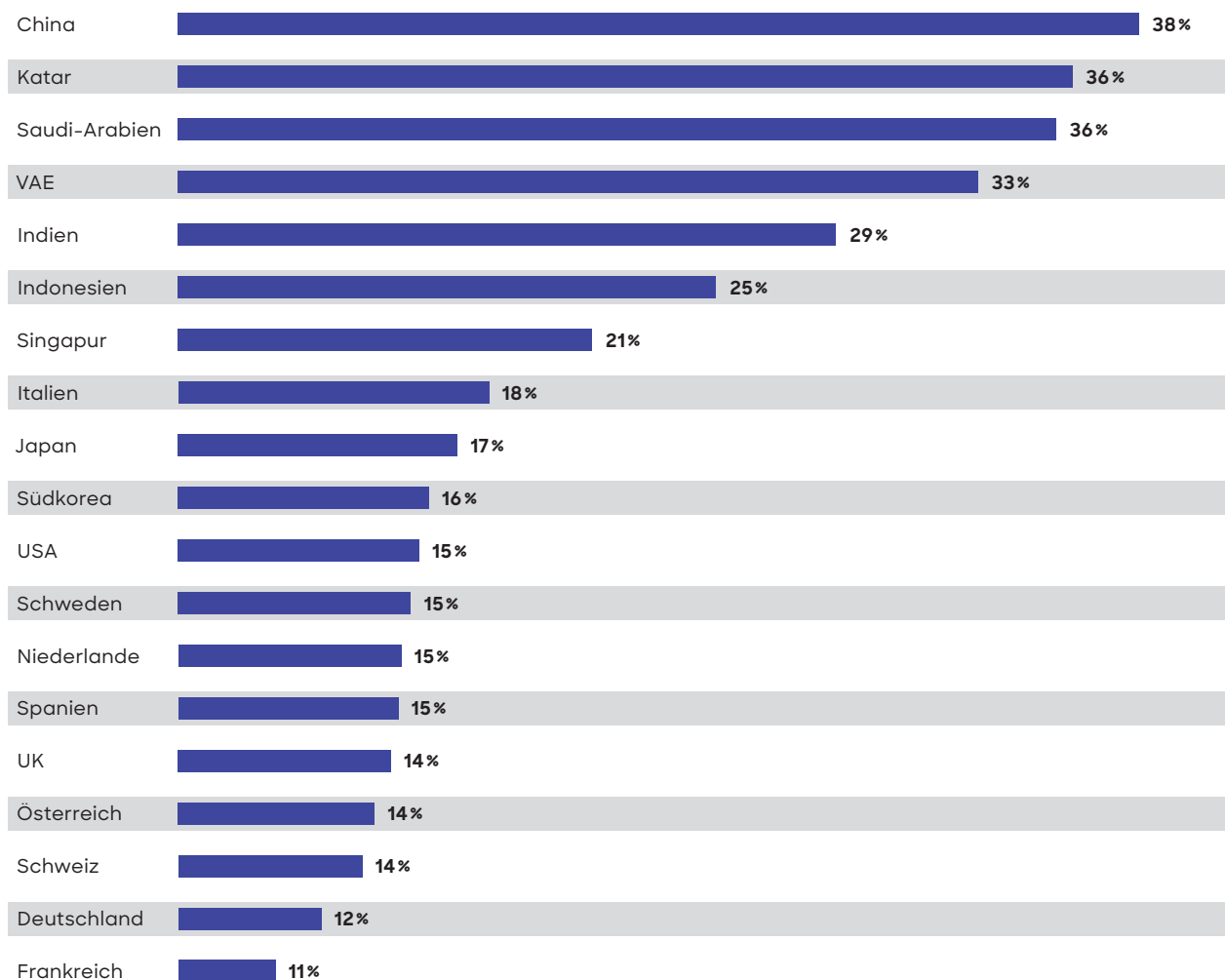
Würden Sie Selbstbedienungsoptionen mit automatisierten Systemen (z.B. Chatbots oder KI-Tools) aus Gründen der Bequemlichkeit und Effizienz nutzen oder bevorzugen Sie direkten menschlichen Kontakt mit einem Arzt?



Quelle: Roland Berger FoH-Umfrage 2025

R Unterstützung von KI im Gesundheitswesen – Ausgewählte Länder

Anteil der Befürworter von Selbstbedienungsoptionen mit automatisierten Systemen (z.B. Chatbots, KI) nach Ländern [Top 2]



Quelle: Roland Berger FoH-Umfrage 2025

Öffentliche Gesundheit

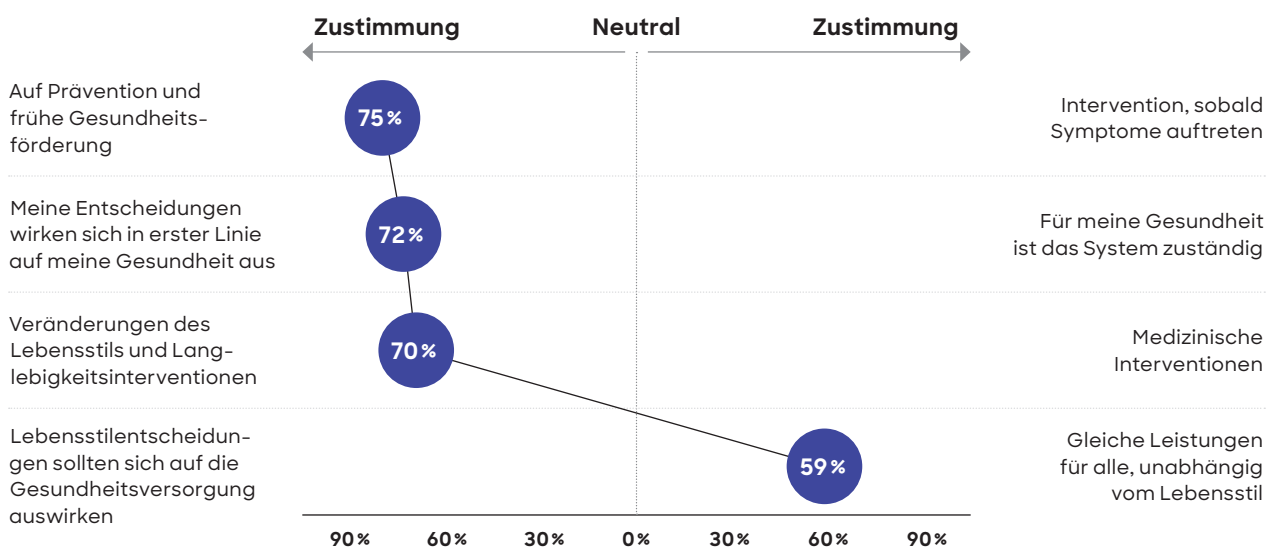
In einem Punkt herrscht Einigkeit: Gesundheitsversorgung sollte Krankheiten vorbeugen, bevor sie behandelt werden müssen. Drei Viertel der Befragten stimmten zumindest teilweise zu, dass das System den Schwerpunkt auf Prävention legen sollte. Besonders hohe Zustimmung gab es in Spanien (87 Prozent), Italien (86 Prozent), China (82 Prozent) und Deutschland (76 Prozent). Dieses Prinzip findet demzufolge sowohl in entwickelten als auch in aufstrebenden Systemen breite Resonanz. Auffallend ist, dass in keinem Land mehr als 39 Prozent einen rein reaktiven, symptomorientierten Ansatz befürworteten. Investitionen in Frühinterventionen, Verhaltensprävention und Screening-

programme sind demnach nicht nur fachlich sinnvoll, sondern entsprechen auch den Erwartungen der Bevölkerung. ► **S**

Einen starken länderübergreifenden Konsens gibt es auch in der Überzeugung, dass das individuelle Verhalten erheblichen Einfluss auf die persönliche Gesundheit hat. Fast ein Drittel (32 Prozent) stimmte der Aussage "Ich bin für meine eigene Gesundheit verantwortlich und nicht das System" voll zu, insgesamt tendierten 72 Prozent in diese Richtung. Besonders ausgeprägt war diese Ansicht in Großbritannien (68 Prozent), Italien (66 Prozent), Brasilien (66 Prozent) und Deutschland (64 Prozent).

S Die Bevölkerung will Zuckerbrot, nicht die Peitsche

Worauf sollte sich das Gesundheitssystem konzentrieren?



Quelle: Roland Berger FoH-Umfrage 2025

Gesundheitskampagnen, die Menschen befähigen statt bevormunden, stoßen daher mit höherer Wahrscheinlichkeit auf Resonanz und Akzeptanz.

Bei der Frage, wie man Lebensdauer und Wohlbefinden am besten verlängern kann, sprach sich eine deutliche Mehrheit (70 Prozent) dafür aus, dass Gesundheitssysteme den Schwerpunkt auf Lebensstiländerungen und Langlebigkeitsinterventionen (z.B. Ernährung, Bewegung) legen sollten, statt ausschließlich auf medizinische Lösungen wie verschreibungspflichtige Medikamente oder Zelltherapien zu setzen. Die Offenheit gegenüber medizinischen Angeboten im Bereich Langlebigkeit steigt jedoch mit Alter und Einkommen – ein Hinweis auf die Notwendigkeit ausgewogener Strategien in einer zukünftigen Gesundheitspolitik. Diese Ergebnisse bestätigen die Befunde der Studie [Future of Health 5 – A long and healthy life](#) (2023), in der die Mehrheit natürliche Ansätze wie Bewegung und Kalorienreduktion als den besten Weg zu einem langen und gesunden Leben favorisierte.

Wir haben auch gefragt, ob Menschen für ihre Lebensstilentscheidungen im Gesundheitssystem zur Verantwortung gezogen werden sollten. Trotz der festen Überzeugung, dass das individuelle Handeln einen großen Einfluss auf die Gesundheit hat, sprachen sich die meisten Befragten weiterhin für eine gleiche Versorgung für alle aus, unabhängig vom Lebensstil. Insgesamt tendierten 59 Prozent zu dieser Option, mit China (72 Prozent) und den drei befragten GCC-Staaten (zwischen 59 und 66 Prozent) an der Spitze.

Diese Ergebnisse zeigen einerseits die breite Zustimmung zur zentralen Bedeutung von Prävention, gleichzeitig aber auch Ambivalenz in Bezug auf die persönliche Verantwortung. Die Menschen wünschen sich Systeme, die gesündere Lebensstile und Langlebigkeit fördern, sind jedoch zurückhaltend, wenn es darum geht, den Zugang zu medizinischen Leistungen direkt an individuelle Entscheidungen zu koppeln.

Ressourcen

Ressourcenknappheit ist seit Langem ein zentrales Thema im Gesundheitswesen. Jedes gut funktionierende System muss Ressourcen effektiv einsetzen und verteilen. Die aus Sicht der Gesellschaft entscheidende Frage ist: Welche Akteure leisten den wichtigsten Beitrag? ► T

Ärzte werden in allen Ländern und demografischen Gruppen überwältigend als wichtigste Akteure für die persönliche Gesundheit wahrgenommen. Sie führen sowohl in absoluten Zahlen als auch in normierten Anteilen und unterstreichen die zentrale Rolle direkter menschlicher Versorgung. Krankenhäuser folgen auf Platz zwei, werden jedoch eher als institutionelle Rückendeckung denn als kontinuierliche Versorgungseinrichtungen gesehen. Zusammen dominieren Ärzte und Krankenhäuser – also die Leistungserbringer – das Versorgungsgeschehen, wobei Ärzte als persönlich wirksamster Kontakt herausstechen.

Versicherer und Pharmaunternehmen belegen klar die Plätze drei und vier als "System-Enabler". Medikamente sind besonders in alternden Bevölkerungen und Regionen mit hoher Krankheitsprävalenz unverzichtbar, während Versicherer in Ländern mit etablierten Modellen eine geschätzte Rolle spielen. Apotheken und Vertriebswege werden dagegen konstant im Mittelfeld eingeordnet – im Alltag wichtig, aber peripher, mit erhöhter Relevanz in einkommensschwächeren oder älteren Bevölkerungsgruppen, in denen der direkte Zugang zu Ärzten eingeschränkt sein kann.

Digitale Gesundheitsangebote erhalten insgesamt die niedrigste Bewertung, insbesondere bei älteren und einkommensschwachen Gruppen sowie in Gesellschaften mit geringerem Vertrauen. Jüngere Befragte (18 bis 34 Jahre) und Personen in China, den VAE und Singapur nutzen diese Angebote deutlich häufiger, was sowohl Generationenunterschiede als auch Unterschiede in der digitalen Infrastruktur reflektiert.

T Wertbeitrag innerhalb des Gesundheitssystems

Welchen Akteuren des Gesundheitssystems schreiben Sie den größten Einfluss auf Ihre persönliche Gesundheit zu?

Ärzten (niedergelassen und in der Klinik)



Krankenhäusern und stationären Einrichtungen



Krankenversicherungen (indem sie Therapien bezahlen)



Arzneimitteln und medizinischen Produkten



Apotheken und pharmazeutischen Vertriebswegen



Digitalen Gesundheitsangeboten



Quelle: Roland Berger FoH-Umfrage 2025

Die Ergebnisse zeigen gemeinsame Muster, aber auch nationale Unterschiede. In Ländern wie Deutschland, den USA und Frankreich herrscht ein starker Konsens zugunsten von Ärzten als wichtigsten Akteuren. Damit weisen diese Länder eine einheitliche nationale Gesundheitswahrnehmung auf. In Brasilien und Indien sind die Präferenzen gleichmäßiger unter den verschiedenen Akteuren verteilt, was auf Ambivalenz oder fragmentierte Versorgungserfahrungen hindeutet. China und Singapur präsentieren sich in dieser Frage gespalten: Während eine Gruppe auf traditionelle Leistungserbringer setzt, präferiert die andere Gruppe digitale Gesundheitsangebote oder Versicherer – ein klarer Hinweis auf zwei koexistierende Versorgungskulturen innerhalb desselben Systems.

● ● Die Wahrnehmung des Gesundheitswesens zeigt starke Kontraste – von arztdominierten Systemen in den USA, Deutschland und Frankreich bis hin zu fragmentierten oder dualen Versorgungssystemen in Ländern wie Brasilien, Indien, China und Singapur.

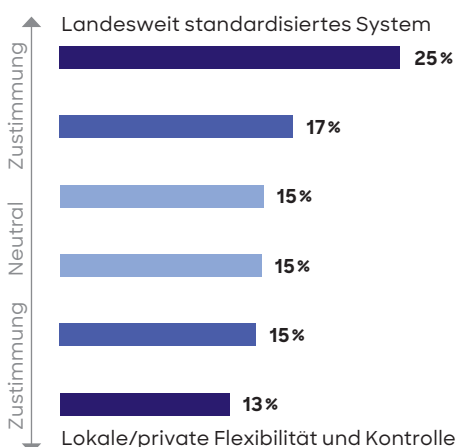
Governance

Wir wollten wissen, ob die Befragten eine zentrale oder dezentrale Steuerung ihres Gesundheitssystems bevorzugen. Insgesamt wird ein zentralisiertes, national standardisiertes System überwiegend favorisiert: Eine relative Mehrheit von 42 Prozent spricht sich dafür aus. Die höchste Zustimmung findet sich in Saudi-Arabien (59 %), China (57 %) und Katar (57 %). Länder mit gleichmäßigeren oder fragmentierten Strukturen – ein Hinweis auf interne Meinungsverschiedenheiten – sind Frankreich (30 % vs. 33 %), die USA (35 % vs. 27 %), Österreich (31 % vs. 27 %) und Japan (19 % vs. 23 %). Auffällig ist, dass in vielen Ländern mindestens ein Drittel der Befragten unentschieden war, etwa in Südkorea und den Niederlanden. ► [U](#), [V](#)

Bei der Frage nach integrierten Versorgungsmodellen sprechen sich 39 Prozent für integrierte Ansätze aus, 32 Prozent sind unentschieden und 29 Prozent bevorzugen ein getrenntes System. Mehr als die Hälfte der Befragten in den untersuchten GCC-Ländern (Saudi-Arabien, VAE und Katar) unterstützt Integration, während die meisten europäischen Länder – etwa die Niederlande, Schweden und Frankreich – eine klare Trennung von Versicherern und Leistungserbringern favorisieren. Das heißt: Damit Integration in skeptischeren Kulturen gelingt, müssen Reformen den Nutzen für Patienten betonen, statt nur bürokratische Strukturen zu verändern. ► [W](#), [X](#)

U Zentralisierte vs. dezentralisierte Steuerung

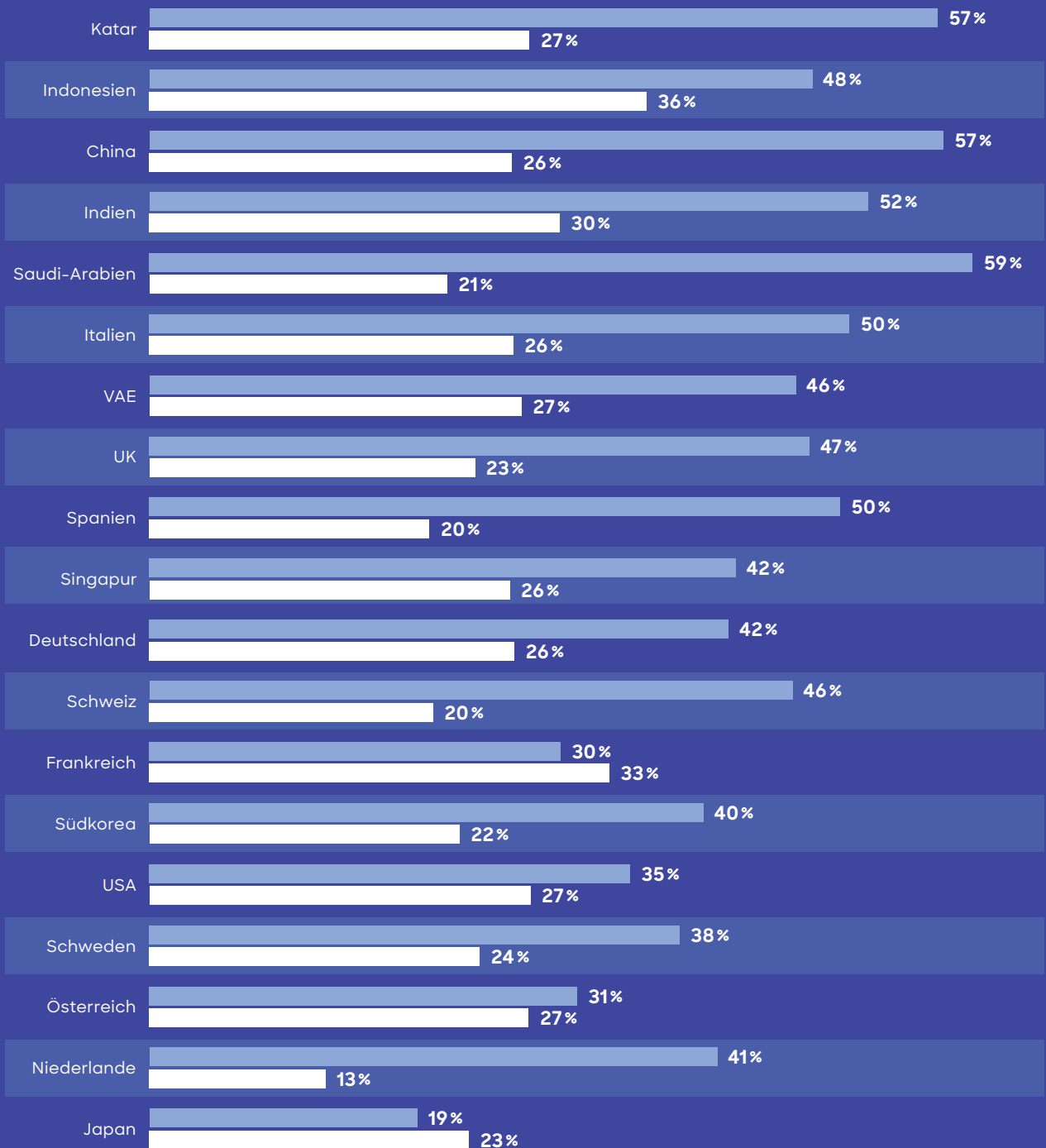
Sind zentralisierte Gesundheitssysteme mit einheitlichen Standards besser oder dezentrale Systeme, die an lokale Bedürfnisse angepasst sind?



Quelle: Roland Berger FoH-Umfrage 2025

V Zentralisierte vs. dezentralisierte Steuerung – Ausgewählte Länder

Sind zentralisierte Gesundheitssysteme mit einheitlichen Standards besser oder dezentrale Systeme, die an lokale Bedürfnisse angepasst sind?

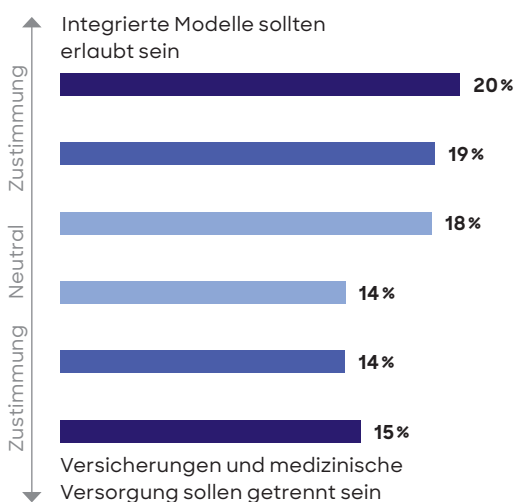


■ National standardisiertes System ■ Lokale/private Flexibilität und Kontrolle

Quelle: Roland Berger FoH-Umfrage 2025

W Integrierte Versorgungsmodelle vs. Trennung der Rollen

Bieten integrierte Versorgungsmodelle, bei denen Versicherer auch Gesundheitsleistungen erbringen, eine bessere Koordination Ihrer Bedürfnisse oder sollte die Versorgung von Versicherern getrennt bleiben?



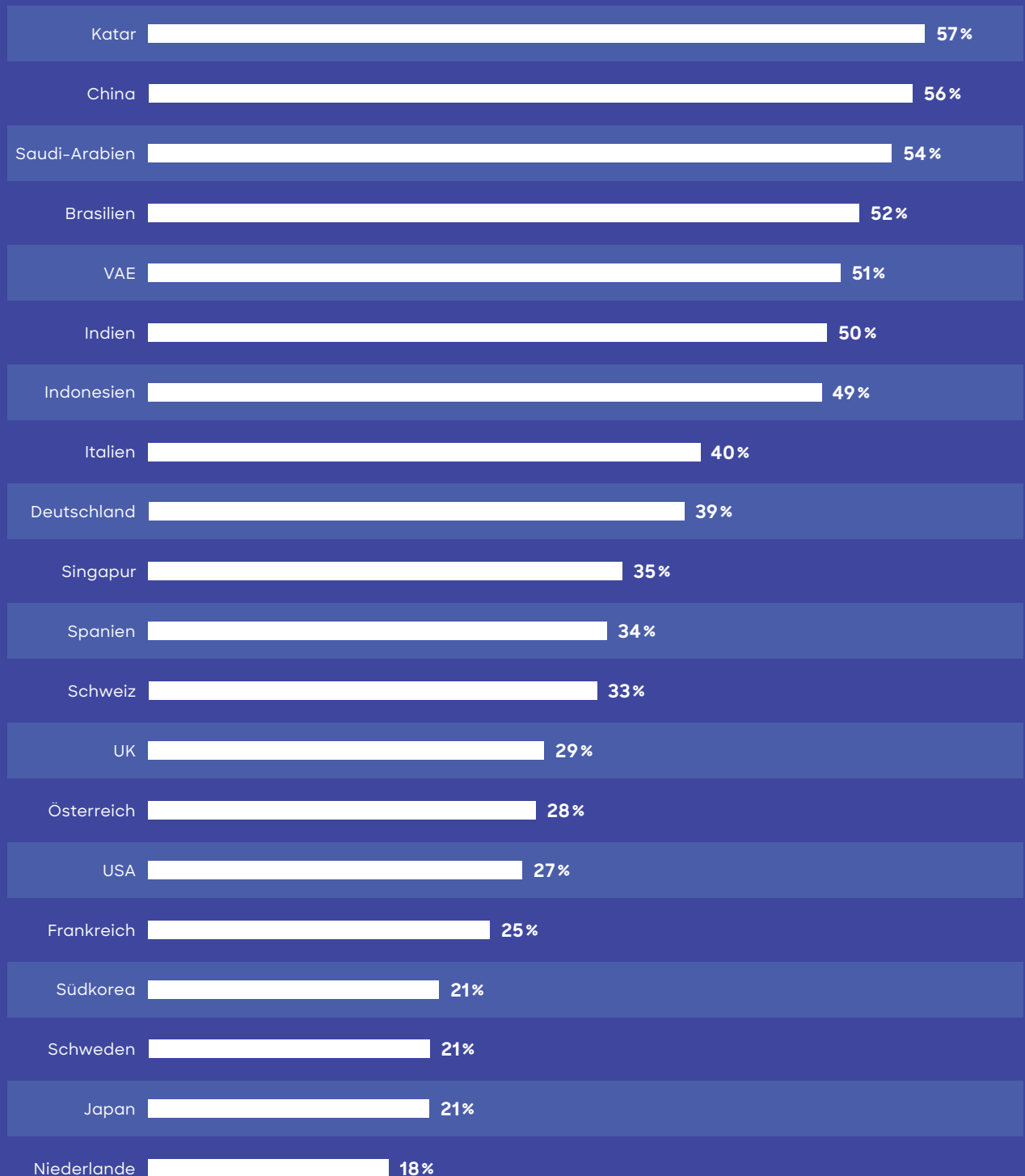
Quelle: Roland Berger FoH-Umfrage 2025

In der Frage, ob Gesundheitsleistungen über ein einheitliches System für alle bereitgestellt oder flexibel gestaltet werden sollten, sodass individuelle Wahlmöglichkeiten bestehen, tendiert der globale Durchschnitt leicht zugunsten der Flexibilität. Die Muster unterscheiden sich jedoch deutlich zwischen den Ländern. Japan, die USA, Großbritannien und die Schweiz zeigen eine gleichmäßige Verteilung mit einer Neigung zur Wahlfreiheit, während Frankreich, Deutschland, die Ukraine, Brasilien und Saudi-Arabien stärker polarisierte Meinungen mit Spitzen an beiden Extremen aufweisen. Indien und Indonesien hingegen zeigen flachere Verteilungen, was auf einen geringeren Konsens hinweist. ► Y

Zusammenfassend lässt sich sagen: Gesellschaften zeigen keine starren Vorstellungen zur Steuerung von Gesundheitssystemen im Vergleich zu anderen Handlungsfeldern. Es besteht eine allgemeine Präferenz für eine zentralisierte, gemeinnützige und wohlfahrtsorientierte Struktur, während Fragen zu Integration und Flexibilität deutlich stärker divergierende Meinungen hervorrufen.

X Integrierte Versorgungsmodelle vs. Trennung der Rollen – Ausgewählte Länder

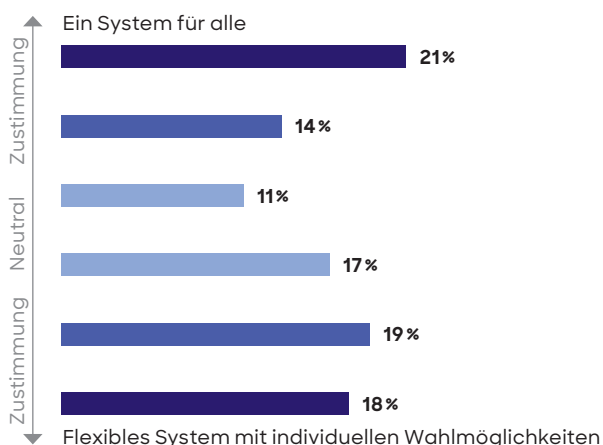
Anteil der Befürworter integrierter Versorgungsmodelle, bei denen Versicherer auch Gesundheitsleistungen erbringen, nach Ländern [Top 2]



Quelle: Roland Berger FoH-Umfrage 2025

Y Einheitliches System vs. Flexibilität

Ist ein einheitliches Gesundheitssystem vorzuziehen oder sollte das System individuellen Wahlmöglichkeiten Raum lassen?



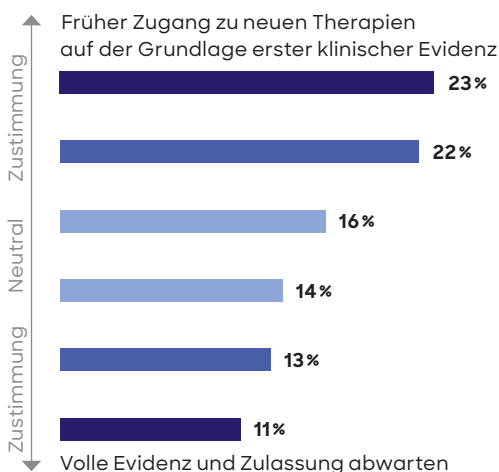
Quelle: Roland Berger FoH-Umfrage 2025

Innovation

In der Umfrage äußerten die meisten Befragten weltweit eine Präferenz für einen frühzeitigen Zugang zu neuen Therapien auf Basis erster klinischer Evidenz, wenngleich die Unterstützung regional unterschiedlich ausfiel. Besonders stark war die Zustimmung in den Golfstaaten und vielen westeuropäischen Ländern. Am vorsichtigsten waren Japan und Südkorea, wo lediglich fünf bis sechs Prozent frühen Zugang befürworteten – ein Hinweis auf die Priorität von Sicherheit.

Z Schnelligkeit vs. Vorsicht beim Therapiezugang

Sollen Patienten früher Zugang zu vielversprechenden Therapien erhalten oder warten, bis umfassende Zulassungen Sicherheit und Wirksamkeit gewährleisten?



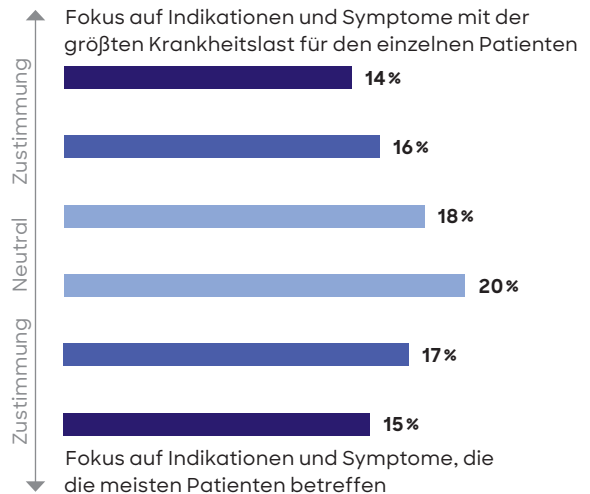
Quelle: Roland Berger FoH-Umfrage 2025

Diese Unterschiede spiegeln das universelle Verlangen nach neuen Behandlungsmöglichkeiten wider, geprägt von unterschiedlichen Niveaus institutionellen Vertrauens und unterschiedlicher Risikotoleranz. Gleichzeitig gilt: Früher Zugang darf nicht zulasten etablierter Sicherheitsstandards gehen. Das öffentliche Bedürfnis nach Schnelligkeit muss in der Praxis mit strengen Prüfungen austariert werden, um frühere Risiken in der Arzneimittelsicherheit zu vermeiden. ► **Z, AA**

Die Befragten waren zudem geteilter Meinung, ob Innovation vorrangig bei Krankheiten gelten sollte, die viele Menschen betreffen, oder bei solchen mit der höchsten individuellen Belastung, etwa seltene oder komplexe Erkrankungen. Diese Aufteilung unterstreicht die grundsätzliche Frage, ob medizinische Innovation der Mehrheit dienen oder sich auf Schwersterkrankte konzentrieren sollte. ► **AB**

AB Schwerpunkt medizinischer Innovation

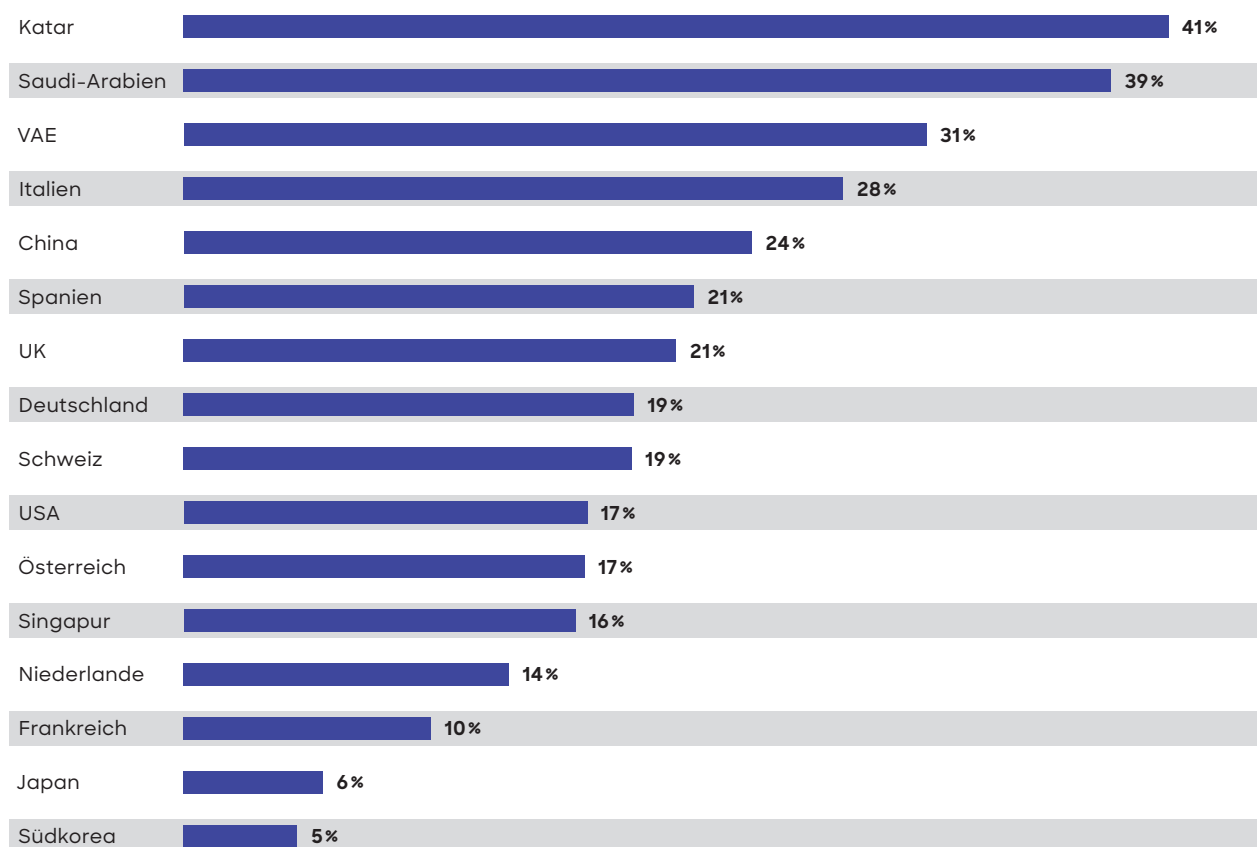
Worauf sollte sich das Gesundheitssystem bei der Ausrichtung medizinischer Innovationen konzentrieren?



Quelle: Roland Berger FoH-Umfrage 2025

AA Schnelligkeit vs. Vorsicht beim Therapiezugang – Ausgewählte Länder

Anteil der Befürworter eines frühzeitigen Zugangs zu neuen Behandlungen nach Ländern [Top 2]



Quelle: Roland Berger FoH-Umfrage 2025

Gesundheitsreformen im Spannungsfeld gemeinsamer Werte und Realitäten vor Ort

Länderübergreifend herrscht ein bemerkenswerter Konsens über die Kernprinzipien der Gesundheitsversorgung: Fairness, Prävention, Personalisierung und die Notwendigkeit staatlicher Verantwortung. Diese Werte bilden eine gemeinsame Grundlage. Darüber hinaus allerdings bestehen erhebliche Unterschiede in der Frage, wie Gesundheitsversorgung organisiert, finanziert und erbracht werden sollte. Solche Divergenzen sind kein Hindernis für Fortschritt. Ganz im Gegenteil: Sie liefern wichtige Hinweise darauf, wo Veränderung ansetzen muss.

Reformen sollten auf gemeinsamen Werten aufbauen und gleichzeitig an den spezifischen Kontext jeder Gesellschaft angepasst werden. Kulturelle Normen, institutionelles Vertrauen und ökonomische Realitäten prägen die Erwartungen der Bevölkerung. Die Gesundheitssysteme der Zukunft zu gestalten bedeutet, diese Unterschiede gezielt zu berücksichtigen, Innovationen empathisch zu verankern und Veränderungen mit dem in Einklang zu bringen, was die Menschen unter einer idealen Gesundheitsversorgung verstehen.

**Fairness, Prävention,
Personalisierung und
öffentliche Verantwortung
sind universelle Werte im
Gesundheitswesen, aber die
Reformen müssen sich nach den
besonderen Gegebenheiten der
jeweiligen Gesellschaft richten.**



Strategien für die Zukunft

Von Systemzielen und gesellschaftlichen
Präferenzen zur Umsetzung



In den vorangegangenen Kapiteln haben wir die Eigenschaften herausgearbeitet, die leistungsstarke Gesundheitssysteme auszeichnen, sowie die Werte, die Gesellschaften von ihnen erwarten. Gleichheit, Koordination, Digitalisierung, Öffentliche Gesundheit, Ressourcen, Governance und Innovation haben sich als zentrale Hebel für Exzellenz herauskristallisiert, während unsere globale Umfrage klare Präferenzen der Bevölkerung für Fairness, Prävention, Flexibilität und vertrauenswürdigen Zugang zeigte. Diese Erkenntnisse gelten global. Auch in Deutschland sind diese Werte stark ausgeprägt, doch in Fragen von Innovation zeigen sich Befragte hierzulande eher vorsichtig: Gegenüber Steuerung, KI-Interaktion und neuen medizinischen Methoden ist man – wie auch in der Schweiz, Frankreich oder Schweden – skeptischer als in anderen Regionen. Das stellt besondere Anforderungen an die Umsetzung von Systemveränderungen.

Diese Einsichten definieren nicht nur, wonach unser Gesundheitssystem streben sollte, sondern auch, wie Reformen an den Erwartungen der Bevölkerung ausgerichtet werden müssen.

STRATEGISCHE HANDLUNGSFELDER

Zum Abschluss beschreiben wir in diesem Kapitel die strategischen Pfade, die diese Erkenntnisse für die wichtigsten Akteure der Gesundheitsversorgung der Zukunft in konkrete Handlungsempfehlungen übersetzen. Für die Politik skizzieren wir Prioritäten, die sowohl die strukturellen Hebel aus Kapitel 2 als auch die gesellschaftlichen Präferenzen aus Kapitel 3 berücksichtigen. Für die Wirtschaft (Pharma, Medtech, Leistungserbringer und Versicherer) zeigen wir auf, wie Strategien die Systemziele stärken können, während sie auf die Bedürfnisse der Bevölkerung reagieren. Ziel ist es, die Erfolgsfaktoren anderer leistungsstarker Systeme mit den Wünschen der Bürger zu verbinden und aufzuzeigen, wie Politik und Akteure gemeinsam handeln können.

A) EMPFEHLUNGEN FÜR GESUNDHEITSPOLITIK UND REGULIERER

Generell sollten Regierungen die sieben Exzellenzhebel gegen gesellschaftliche Präferenzen abwägen und anerkennen, dass das, was die Bevölkerung will, nicht immer mit dem übereinstimmt, was für ein langfristig nachhaltiges System erforderlich ist. Viele Patientenpräferenzen sind universell, zwischen Gesellschaften zeigen sich jedoch unterschiedliche Nuancen. Die Politik muss erkennen, wo die jeweilige Bevölkerung steht – und dort, wo es Widerstand gibt, zusätzliche Kommunikations- und Überzeugungsarbeit leisten. Gleichzeitig können Reformen nicht allein auf Popularität basieren; notwendige Systemänderungen treffen oft auf Widerstände. Regulierer sollten flexibel genug sein, um unterschiedliche Meinungen zu berücksichtigen. Ihre Priorität sollte sein, den Fokus der Systeme von der Behandlung Kranker hin zur Prävention zu verschieben, kontinuierliche Verbesserung im Einklang mit öffentlichen Werten voranzutreiben und tief verwurzelte Strukturen mutig zu verändern, wo kleine Korrekturen nicht ausreichen.

Politik muss darauf abzielen, den Wert im Gesundheitssystem zu steigern – also nicht nur Ergebnisse, die der Bevölkerung wichtig sind, sondern auch die Kosten der Versorgung berücksichtigen. Nachhaltige Finanzierung muss mit sinnvollen Gesundheitsergebnissen austariert werden, sodass Kostendruck nicht zulasten der wirklich wichtigen Leistungen geht.

Unsere Detailanalyse für Deutschland zeigt darüber hinaus, dass in fast allen sieben Dimensionen Verbesserungsbedarf besteht – besonders im Bereich Koordination. Deutschland hat in Westeuropa die niedrigste Lebenserwartung bei gleichzeitig höchsten Kosten gemessen am BIP. Das System ist zwar gut ausgestattet, doch die Strukturen sind fragmentiert, viele leichte Fälle binden Ressourcen, schwere Fälle leiden darunter – mit hohen Folgekosten. Bessere Koordination ist dringend geboten: nicht nur durch ein

Primärarztsystem, sondern auch durch interdisziplinäre Strukturen und definierte Patientenpfade, wie internationale Vergleiche zeigen.

Auch die **Digitalisierung** muss stärker vorangetrieben werden. Behandlungsdaten sollen schneller in Patientenakten gelangen, für mehr Akteure nutzbar sein und die Versorgung verbessern. KI-Potenziale für Diagnosen, Therapieauswahl und Dokumentation müssen rasch geregelt werden.

Öffentliche Gesundheit erfordert energischere Maßnahmen: gesunde Lebensweisen fördern, junge Menschen in Schulen erreichen, ungesunde Lebensmittel teurer machen.

Governance braucht stellenweise strengere, zentrale Durchgriffe bei gleichzeitig geringerer Rücksicht auf Partikularinteressen. Alle Akteure müssen gehört werden, Entscheidungen sind dann aber zügig und für alle verbindlich umzusetzen.

Innovation und Offenheit für Veränderungen bleiben ein zentraler Hebel. Deutschland war in Studien wie "Future of Health 4 – The patient of the future" im europäischen Vergleich am zurückhaltendsten bei neuen Technologien. Hier braucht es mehr Mut.

Reformen werden teilweise unpopulär sein. Trotzdem lautet die Devise: Bevor Leistungen gekürzt werden, gilt es, Verschwendung zu reduzieren. Teure Therapien müssen durch gleichwertige, kostengünstigere Alternativen ersetzt, ambulante statt stationäre Versorgung priorisiert werden, digitale Selbstversorgungs-Angebote gefördert, unnötige Verschreibungen vermieden, Patientenpfade effizient gestaltet, Daten für Forschung genutzt und gleichzeitig individuelle Privatsphäre geschützt werden. Ressourcen sollen gezielt benachteiligte Gruppen unterstützen, um Zugang und Ergebnisse zu verbessern.

Eine rationalere Gesundheitsversorgung impliziert auch Verzicht: Weniger wichtige Arztbesuche fallen weg, leichtere Fälle warten länger oder werden stärker in digitale Selbstversorgung gelenkt. Politik muss dafür Akzeptanz

schaffen und diese Maßnahmen transparent erklären. Das beinhaltet möglicherweise auch das Führen einer ehrlichen, öffentlichen Diskussion darüber, welche Optionen existieren und was deren Konsequenzen sind.

B) IMPLIKATIONEN FÜR AKTEURE DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Krankenversicherer, Leistungserbringer, Pharma- und Medtech-Unternehmen müssen gemeinsam handeln: den Fokus von Behandlung auf Prävention verschieben, Kundenorientierung stärken, integrierte End-to-End-Lösungen liefern und sich als verlässliche Begleiter durch die Gesundheitsreise positionieren.

Praktisch bedeutet dies: Services auf kontinuierliche Versorgung ausrichten, Prävention in Produkt- und Servicegestaltung einbetten und mehr digitale Tools nutzen, um bislang unterversorgte Regionen zu erreichen. Versicherer können prädiktive Analysen einsetzen und Mitglieder proaktiv zu Prävention und frühen (digitalen) Interventionen steuern. Leistungserbringer können ihre Modelle im lokalen Kontext hybrid umgestalten – z.B. indem lokale Präventionsprogramme mit digitaler Nachsorge kombiniert werden oder langfristige Gesundheit statt akuter Behandlung priorisiert wird. Pharma- und Medtech-Unternehmen können differenzierte Preise, kosteneffizientes Design und Partnerschaften mit Versicherern und lokalen Akteuren verfolgen, um Erreichbarkeit und Zugang zu verbessern.

Erfolg erfordert interoperablen Datenaustausch, gemeinsame Verantwortung für Ergebnisse und Governance-Ansätze, die Fairness messen – nicht in Form universell identischer Versorgung, sondern in Form zugänglicher, maßgeschneiderter Versorgung für alle Regionen, unterstützt durch digitale Plattformen, mobile Services und lokale Partnerschaften.

AC Ländercluster

Gesellschaftliche Präferenzen in Bezug auf das Gesundheitssystem

Die Verfechter öffentlicher Qualität

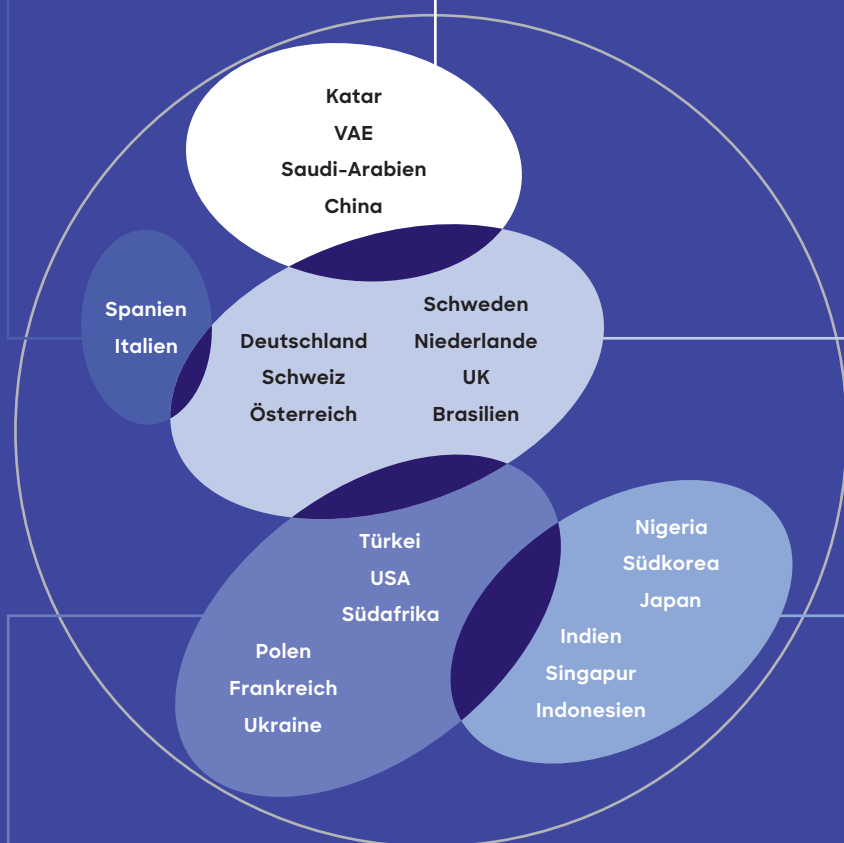
priorisieren Vorsorge und ein qualitativ hochwertiges öffentliches Gesundheitswesen

Die Innovationsfuturisten

verbinden Profitorientierung mit KI- und technologisch unterstützten Lösungen und bevorzugen markt-orientierte Ansätze

Die Traditionellen und Wohlfahrtsorientierten

bevorzugen gemeinnützige, wohlfahrtsorientierte Systeme und Versorgung durch echte Menschen



Die Befürworter von Wahlfreiheit

favorisieren flexible Systeme und individuelle Wahlfreiheit, sind offen für private Beiträge

Die Kostenbewussten

bevorzugen Lösungen, die möglichst vielen Menschen zugutekommen

Hinweis: Ergebnisse einer K-Means- und UMAP-Analyse – vereinfachte Übersicht

Quelle: Roland Berger FoH-Umfrage 2025

WIE MAN IN VERSCHIEDENEN LÄNDERN ÜBER GESUNDHEIT DENKT – FÜNF CLUSTER

Nachdem wir in den vorherigen Kapiteln sieben Schlüsselfaktoren für leistungsstarke Gesundheitssysteme herausgearbeitet und betrachtet haben, wie Gesellschaften unterschiedliche Aspekte wahrnehmen und gewichten, stellt sich die Frage: Gibt es wiederkehrende Einstellungen der Bevölkerungen über Ländergrenzen hinweg?

Natürlich existiert kein universelles Set an Werten, das überall gleichermaßen gilt. Mithilfe von K-Means-Clustering und UMAP konnten wir jedoch fünf Ländergruppen identifizieren, die bemerkenswerte Gemeinsamkeiten in den Einstellungen ihrer Bevölkerung zeigen. Dabei geht es nicht um eine Bewertung oder einen Vergleich der Systeme, sondern vielmehr um das Aufzeigen von Punkten, an denen sich Sichtweisen überschneiden – und damit um neue Perspektiven auf globale Gemeinsamkeiten und Unterschiede. ► **AC**

CLUSTER 1: DIE TRADITIONELLEN UND WOHLFAHRTSORIENTIERTEN

Dieser Cluster bevorzugt ein gemeinnütziges, wohlfahrtsorientiertes Gesundheitsversorgungsmodell mit einer klaren Trennung zwischen medizinischer Versorgung und Versicherung. Die Befragten ziehen direkte menschliche Interaktion dem Einsatz von KI oder Automatisierung vor und legen großen Wert auf Qualität und Kontinuität der Versorgung durch Fachkräfte. Zu den Ländern dieses Clusters gehören Deutschland, die Schweiz, Österreich, die Niederlande, Schweden, das Vereinigte Königreich und Brasilien.

CLUSTER 2: DIE WAHLFREIHEITSBEFÜRWORTER

Dieser Cluster schätzt die Flexibilität des Systems und akzeptiert höhere private Beiträge als Gegenleistung für schnellere oder bessere Leistungen. Außerdem befürworten Zugehörige dieses Clusters die Trennung von medizinischer Versorgung und Pflege. Langlebigkeit hat im Vergleich zu anderen Clustern eine geringere Priorität. Zu den Ländern dieses Clusters zählen die USA, Frankreich, Polen, die Ukraine, die Türkei und Südafrika.

CLUSTER 3: DIE KOSTENBEWUSSTEN UTILITARISTEN

Dieser Cluster legt großen Wert auf Kosteneffizienz und maximalen Nutzen für die Bevölkerung. Bedenken in Bezug auf das Thema Gerechtigkeit sind im Vergleich zu an-

deren Gruppen weniger ausgeprägt. Der Schwerpunkt liegt auf Interventionen, die möglichst vielen Menschen zugutekommen, anstatt Ressourcen für die Behandlung schwerster Einzelfälle bereitzustellen. Zu diesem Cluster gehören Singapur, Nigeria, Indien, Südkorea, Japan und Indonesien.

CLUSTER 4: DIE INNOVATIONSFUTURISTEN

Dieser Cluster ist privater Vorsorge und Profit im Gesundheitswesen am offensten gegenüber eingestellt, außerdem legt er einen starken Fokus auf Innovation und technologischen Fortschritt. Die Befragten sind genetischen Tests, KI-gesteuerten Tools und automatisierten Self-Service-Lösungen nicht abgeneigt und präferieren Flexibilität und marktorientierte Ansätze gegenüber integrierten Versorgungsmodellen. Zu diesem Cluster gehören Saudi-Arabien, die Vereinigten Arabischen Emirate, Katar und China.

CLUSTER 5: DIE VERFECHTER ÖFFENTLICHER QUALITÄT

Dieser Cluster priorisiert Qualität und Chancengleichheit im Gesundheitswesen. Die Befragten plädieren für robuste, öffentlich finanzierte Systeme mit einem starken Schwerpunkt auf Prävention statt auf reaktiver Versorgung. Zu diesem Cluster gehören Italien und Spanien.

Diese Cluster verdeutlichen, dass Länder, die geografisch oder kulturell ähnlich ausgerichtet sind, oft auch ähnliche Präferenzen im Gesundheitswesen haben. Die Analyse zeigt zwar klare Unterschiede zwischen den Clustern, unterstreicht aber auch eine universelle Erkenntnis: Gesundheit ist ein grundlegendes menschliches Bedürfnis. Menschen weltweit wünschen sich Systeme, die Gerechtigkeit, Qualität und Effizienz in Einklang bringen.

FAZIT

Das Gesundheitssystem der Zukunft entsteht nicht durch isolierte Reformen, sondern durch gemeinsames Engagement und koordiniertes Handeln. Verfolgen Politik und Wirtschaft gemeinsame Ziele und sind sie bereit, mutig zu handeln, können Systeme entstehen, die nicht nur resilienter und effizienter sind, sondern auch vom Vertrauen der Bevölkerung getragen werden – indem gemeinsame Werte mit bewährten Stärken leistungsstarker Gesundheitssysteme verbunden werden.

Quellen

1. Ageing and health
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Noncommunicable diseases
https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1
3. Health workforce
https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1
4. Consumer price index
<https://www.minneapolisfed.org/about-us/money-policy/inflation-calculator/consumer-price-index-1913->
5. Health for Everyone?
https://www.oecd.org/en/publications/health-for-everyone_3c8385d0-en.html
6. Global Health Expenditure Database
<https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>
7. PM launches new era for NHS with easier care in neighbourhoods
<https://www.gov.uk/government/news/pm-launches-new-era-for-nhs-with-easier-care-in-neighbourhoods>
8. Investing in the radical reorientation of health systems towards Primary Health Care: The best and only choice to achieve universal health coverage
<https://www.who.int/news/item/09-11-2023-investing-in-the-radical-reorientation-of-health-systems-towards-primary-health-care--the-best-and-only-choice-to-achieve-universal-health-coverage>
9. Austria, Brazil, China, France, Germany, India, Indonesia, Italy, Japan, Netherlands, Nigeria, Poland, Qatar, Saudi Arabia, Singapore, South Africa, South Korea, Spain, Sweden, Switzerland, Turkey, the United Arab Emirates, the United Kingdom, Ukraine and the United States
10. No significant differences were observed by gender
11. Hospital Reform
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/en/topics/hospital/hospital-reform.html>
12. See: Saudi Arabia Vision 2030, Qatar National Development Strategy 3 (NDS3), UAE Centennial Strategy
13. See, for example: Swiss Federal Health Strategy 2020–2030; Saudi Arabia Vision 2030; Healthy China 2030 blueprint
14. Road to recovery: the government's 2025 mandate to NHS England
<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/679a2712a77d250007d3144f/Road-to-recover-the-government-2025-mandate-to-nhs-england-30-january-2025.pdf>
15. International Health Care System Profiles: Sweden
<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/sweden>
16. National Health Policy 2016
<https://www.naca.gov.ng/wp-content/uploads/2019/10/National-Health-Policy-Final-copy.pdf>
17. National Health Policy 2017
<https://www.mohfw.gov.in/sites/default/files/9147562941489753121.pdf>

18. See, for example: "Assessing performance of the Healthcare Access and Quality Index, overall and by select age groups, for 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019," The Lancet Global Health, Volume 10, Issue 12, December 2022, Pages e1715–e1743; OECD – Health at a Glance 2023; UHC Service Coverage Index (3.8.1); "Mirror, Mirror 2024: A Portrait of the Failing U.S. Health System," The Commonwealth Fund
19. See: "Mirror, Mirror 2024: A Portrait of the Failing U.S. Health System," The Commonwealth Fund; OECD – Health at a Glance 2023; WHO – World Health Statistics 2023; IHME – Global Burden of Disease (GBD) 2023/24; Euro Health Consumer Index (EHCI) – 2018; Bloomberg – Health Care Efficiency Index; "Finger on the Pulse: The State of Primary Care in the U.S. and Nine Other Countries," The Commonwealth Fund.
20. Explore patterns of global health financing
<https://vizhub.healthdata.org/fgh/>
21. International Health Care System Profiles: England
<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/england>
22. Spain: Country Health Profile 2023
https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/12/spain-country-health-profile-2023_727a7995/71d029b2-en.pdf?utm
23. Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases: Best Practices in Öffentliche Gesundheit
https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/05/integrating-care-to-prevent-and-manage-chronic-diseases_9ad8e68f/9ac-c1b1d-en.pdf?utm
24. Digital technologies: shaping the future of primary health care
who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/digital-technologies.pdf?utm
25. Digital infrastructure
<https://healthcaredenmark.dk/national-strongholds/digitalisation/digital-infrastructure/?utm>
26. e-Health – Invest in Estonia
<https://investinestonia.com/business-opportunities/e-health/>
27. European Health IT Leaders Look to Denmark and Finland as Models for EHR Interoperability and Patient Access, Black Book Survey Reveals
<https://europeanbusinessmagazine.com/accessnewswire/european-health-it-leaders-look-to-denmark-and-finland-as-models-for-ehr-interoperability-and-patient-access-black-book-survey-reveals/?utm>
28. Israeli HMO launches AI-powered algorithm to detect high-risk COVID-19 cases
<https://www.jns.org/israeli-hmo-launches-ai-powered-algorithm-to-detect-high-risk-covid-19-cases/?utm>
29. Singapore Programme for Integrated Care for the Elderly (SPICE)—an integrated model of care to enable frail elderly to be cared for in the community
<https://ijic.org/articles/1005/files/submission/pro-1005-1-3747-2-10-20120903.pdf?utm>

30. Telehealth Transformation:
European Advances in Remote Patient Monitoring
<https://tech-ceos.com/telehealth-transformation-european-advances-in-remote-patient-monitoring/?utm>
31. Review of national Finnish health promotion policies and recommendations for the future
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107459/E78092.pdf?isAllowed=y&sequence=1&utm>
32. War on Diabetes in Singapore: a policy analysis
<https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-021-00678-1?utm>
33. Countries and jurisdictions that have taxes on sugar-sweetened beverages (SSBs)
<https://www.obesityevidencehub.org.au/collections/prevention/countries-that-have-implemented-taxes-on-sugar-sweetened-beverages-ssbs?utm>
34. Public health lessons from the French 2012 soda tax and insights on the modifications enacted in 2018
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851022001002?utm>
35. Cardiovascular disease risk assessment: what are the PHO Performance Programme indicators and how are they best achieved?
<https://bpac.org.nz/bpj/2011/august/cvra.aspx?utm>
36. Implementation process and challenges for the community-based integrated care system in Japan
https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.988?utm_source
37. Preventive healthcare and the Medicare Benefits Schedule
<https://www.racgp.org.au/running-a-practice/practice-resources/medicare/preventive-healthcare?utm>
38. Hospital Authority: Report on Key Performance Indicators (KPI Report No. 58, up to March 2023)
https://www.ha.org.hk/haho/ho/ca/AOM_P1870.pdf?utm
39. Hospital Bed Numbers:
How does Singapore compare with the OECD?
<https://numbers.sg/posts/hospital-beds-in-singapore/?utm>
40. OECD Health at a Glance 2023 Country Note:
The Netherlands
https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/07/health-at-a-glance-2023_39b-cb58d/netherlands_9018f0d6/f989f188-en.pdf?utm
41. OECD Health at a Glance 2023 Country Note: Finland
https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/07/health-at-a-glance-2023_39b-cb58d/finland_5cf46560/e361cd5f-en.pdf?utm
42. 2025/26 priorities and operational planning guidance.
<https://www.england.nhs.uk/long-read/2025-26-priorities-and-operational-planning-guidance/?utm>
43. The COVID-19 pandemic in Greece, Iceland, New Zealand, and Singapore: Health policies and lessons learned
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7452848/?utm>

44. Leading the spread and adoption of innovation at scale:
an Academic Health Science Network's perspective
<https://bmjleader.bmj.com/content/5/3/155>
45. Validation of the Enhanced Recovery After Surgery
(ERAS) database in Alberta, Canada and a comparative
analysis with Swedish and Swiss data
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40753206/>
46. Beyond surgery:
clinical and economic impact of Enhanced Recovery
After Surgery programs
[https://bmchealthservres.biomedcentral.com/ar-
ticles/10.1186/s12913-018-3824-0?utm](https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3824-0?utm)
47. OECD Health Policy Studies:
Pharmaceutical Innovation and Access to Medicine
[https://www.oecd.org/en/publications/phar-
maceutical-innovation-and-access-to-medic-
ines_9789264307391-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/pharmaceutical-innovation-and-access-to-medicines_9789264307391-en.html)
48. Challenges for the German Healthcare System in the
COVID-19 Pandemic and Beyond
[https://americangerman.institute/2021/11/challenges-
for-the-german-healthcare-system-in-the-covid-19-
pandemic-and-beyond/?utm](https://americangerman.institute/2021/11/challenges-for-the-german-healthcare-system-in-the-covid-19-pandemic-and-beyond/?utm)
49. The United States: A system built on fragmentation
[https://academic.oup.com/eurpub/article/29/Supple-
ment_4/ckz185.019/5624261?utm](https://academic.oup.com/eurpub/article/29/Supplement_4/ckz185.019/5624261?utm)

Impressum

AUTOREN

Sara Barada

Partner

sara.barada@rolandberger.com

Morris Hosseini

Senior Partner

morris.hosseini@rolandberger.com

Thilo Kaltenbach

Senior Partner

thilo.kaltenbach@rolandberger.com

Ulrich Kleipäß

Senior Partner

ulrich.kleipass@rolandberger.com

Karsten Neumann

Senior Partner

karsten.neumann@rolandberger.com

Oliver Rong

Senior Partner

oliver.rong@rolandberger.com

Unser Dank gilt auch dem Studienteam:

Kristina Haarbeck

Verena Waller

Dominik Bernard

Jihad Khater

Lennaert Woudt

Die Daten der Umfrage wurden in Zusammenarbeit mit Dynata erhoben.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR



Study
Future of health 6
The AI (r)evolution in health



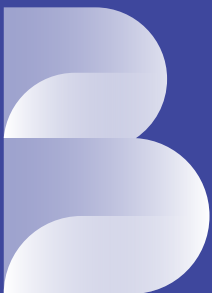
10.2025

ROLANDBERGER.COM

Die Angaben im Text sind unverbindlich und dienen lediglich zu Informationszwecken. Ohne spezifische professionelle Beratungsleistung sollten keine Handlungen aufgrund der bereitgestellten Informationen erfolgen. Haftungsansprüche gegen Roland Berger GmbH, die durch die Nutzung der in der Publikation enthaltenen Informationen entstanden sind, sind grundsätzlich ausgeschlossen.

© 2025 ROLAND BERGER GMBH. ALLE RECHTE VORBEHALTEN.

ROLAND BERGER ist eine weltweit führende Strategieberatung mit einem breiten Leistungsangebot für alle relevanten Branchen und Unternehmensfunktionen. Roland Berger wurde 1967 gegründet und hat seinen Hauptsitz in München. Die Strategieberatung ist vor allem für ihre Expertise in den Bereichen Transformation, industrieübergreifende Innovation und Performance-Steigerung bekannt und hat sich zum Ziel gesetzt, Nachhaltigkeit in all ihren Projekten zu verankern. Roland Berger erzielte 2024 einen Umsatz von rund 1 Milliarde Euro.



Herausgeber

Roland Berger GmbH

Sederanger 1
80538 München
Deutschland
+49 89 9230-0