

Positionspapier

Prävention neu denken: Risikoadjustierte Früherkennung als Schlüssel für ein nachhaltiges Gesundheitssystem



Deutschland gibt im Bereich Gesundheit so viel Geld aus wie kein anderes Land in der Europäischen Union (EU). Trotzdem lag die Lebenserwartung in Deutschland mit 81,1 Jahren im Jahr 2023 deutlich unter der Lebenserwartung anderer westeuropäischer Länder, etwa Frankreich, wo sie bei 83,0 Jahren liegt (AOK-Bundesverband & DKFZ, 2025). Deutschland investiert allerdings nur 5% der Gesundheitsausgaben in Prävention und Früherkennung (GBE, 2025). Chronische Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, chronische Nierenkrankheit, COPD und Krebserkrankungen werden häufig erst in fortgeschrittenen Stadien diagnostiziert, was zu erheblicher Morbidität, Mortalität und volkswirtschaftlichen Kosten führt. Vorerkrankungen und Risikofaktoren spielen derzeit nur eine untergeordnete Rolle, zudem sind die Screening- Programminhalte (z. B. beim Check-up 35) veraltet. Es bedarf daher eines modernen risikoadjustierten Ansatzes, um die Versorgung effizienter zu gestalten.

Wir begrüßen die verschiedenen politischen Initiativen, die Prävention und Früherkennung in Deutschland neu zu denken und weiterzuentwickeln. Um Patient:innen gezielt zu erreichen, Risikofaktoren zu identifizieren und das Gesundheitssystem zu entlasten, schlägt AstraZeneca folgende Maßnahmen vor:

Kernforderungen

I. Früherkennung als strategisches Leitprinzip der Versorgung verankern

Fragmentierte Prävention in ein integriertes Risikosystem überführen

Der bisherige Ansatz der Früherkennung ist weitgehend opportunistisch organisiert und führt zu unsystematischer Gelegenheitsdiagnostik, während zentrale chronische Erkrankungen häufig unerkannt bleiben (RKI, 2015; WIdO 2023). COPD wird vielfach erst bei fortgeschrittener Symptomatik diagnostiziert, da Fragen zur Lungengesundheit im Check-up nicht verankert sind und bei CKD bestehen relevante Dunkelziffern mit späten Diagnosen in fortgeschrittenen Stadien (KDIGO 2024).

Auch beim Diabetes bleibt trotz bestehender Untersuchungsangebote ein bedeutsamer Anteil unentdeckt, während soziale Unterschiede die Inanspruchnahme zusätzlich beeinflussen (OECD 2023). Die Evidenz spricht für risikobasierte Ansätze – etwa CKD-Screening bei Diabetes und Hypertonie, Spirometrie bei definierten COPD-Risikoprofilen und HbA1c bei erhöhtem Diabetesrisiko –, da diese zielgerichteter und ressourcenschonender sind als populationsweite Strategien (KDIGO 2024).

Spanien und UK zeigen, dass ein Engagement zur Früherkennung der chronischen Krankheiten messbare Ergebnisse liefert. Mit den geplanten Strukturänderungen durch das GKV-Beitragsstabilitätsgesetz, der Fortführung der Digitalstrategie und der geplanten Primärversorgung, kann dies auch in Deutschland gelingen.

LÖSUNG Eine politische Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung. Weg von kurativen hin zur vorbeugenden und frühzeitig einsetzenden Versorgung. Dafür braucht es eine grundlegende Neuaufgabe eines Präventionsgesetzes und eine Nationale Präventions- und Früherkennungsstrategie.

Dafür bedarf es einer Konkretisierung der §§ 20 ff SGB V, damit diese Realitäten anerkannt werden. Die Regelungsinhalte müssen klarer ineinandergreifen, z.B. durch digitale Patientensteuerung und niedrigschwellige Screening Angebote durch Kostenträger, Apotheken oder in den Lebenswelten.

II. Screenings und Check-up aktualisieren

Programminhalte an den aktuellen Stand und die bestverfügbare Evidenz anpassen

Die bestehenden Screening-Programme beruhen weitgehend auf Alter und Geschlecht. Individuelle Risiken wie genetische Disposition, Vorerkrankungen oder Lebensstil werden bislang nur begrenzt berücksichtigt. Das neue Lungenkrebscreening zeigt, dass risikobasierte Programme umsetzbar und qualitätsgesichert integrierbar sind. Gleichzeitig belegen laufende Forschungsprojekte zu polygenen Risikoscores oder angepassten Testschwellen das Potenzial personalisierter Ansätze. International sind verschiedene Scores etabliert und validiert (z. B. SCORE-2).

Auch auf europäischer Ebene wird diese Entwicklung zunehmend aufgegriffen: Mit Initiativen wie dem EU Safe Heart Plan sowie entsprechenden Zielsetzungen der Europäischen Kommission zur Stärkung strukturierter Ansätze im Bereich der Herz-Kreislauf-, Nieren- und Stoffwechselerkrankungen (CVRM), einschließlich risikoadaptierter Check-ups, zeichnet sich ab, dass personalisierte Präventions- und Versorgungsstrategien künftig stärker in die Regelversorgung integriert werden sollen (European Commission, 2025).

Ergänzend unterstreicht auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die wachsende Bedeutung integrierter Ansätze: Mit der im Jahr 2025 verabschiedeten Resolution zur Lungengesundheit wird explizit die Priorisierung nichtübertragbarer Lungenerkrankungen wie COPD gefordert sowie die Entwicklung und Stärkung integrierter Versorgungsansätze mit der Primärversorgung als zentralem Zugangspunkt hervorgehoben (WHO, 2025).

LÖSUNG Bestehende Richtlinien sollten schrittweise und regelmäßig angepasst werden. Validierte Risikomodule müssen ergänzend integriert werden. Screening-Intervalle sollten sich stärker am individuellen Risiko orientieren. Eine strukturierte Risikoberatung vor Einschluss in ein Screening-Programm erhöht Transparenz und Akzeptanz.

Zudem sollten geprüfte Risikostratifizierungsmodelle in die Versorgung überführt werden. Strukturierte Scores können bei kardiovaskulären oder onkologischen Erkrankungen gezielt eingesetzt werden. In klar definierten Indikationen kann die Integration genetischer Profile geprüft werden. Digitale Anwendungen und KI können die Risikoeinschätzung unterstützen, sofern Qualitätssicherung gewährleistet bleibt.

Die im Referentenentwurf des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz enthaltenen Änderungen des § 25 SGB V greifen genau diese Punkte auf. Allerdings müssten diese um Aspekte der digitalen Ersteinschätzung des Risikoprofils ergänzt werden. Um neben dem Check-up auch onkologische Erkrankungen zu adressieren, muss auch § 25a SGB V entsprechend angepasst werden.

Hochrisikoorientierung regelhaft priorisieren und Nutzen-Schaden-Bewertung systematisch steuern

Organisierte populationsbezogene Programme nach KFE-RL, wie das Mammographie-Screening-Programm oder das Darmkrebs-Screening, reduzieren die Mortalität, stoßen jedoch bei heterogener Risikoverteilung an Effizienzgrenzen. Das PSA-Screening zeigt eine Mortalitätsreduktion bei gleichzeitigem Risiko der Überdiagnose. Risikoadaptierte Strategien mit MRT-gestützter Triage reduzieren unnötige invasive Eingriffe bei vergleichbarer Detektion klinisch relevanter Karzinome. Auch in der kardiometabolischen Prävention zeigen risikobasierte Strategien – etwa strukturierte Lipidbestimmung (Mourre et al., 2025), HbA1c-gestützte Früherkennung (Simmons et al., 2017) oder eGFR/uACR-Testung (Tobe et al., 2025) – einen belegten Nutzen.

Populationsweite Screenings stehen zu Recht in der Kritik. Am Beispiel der COPD konnte jedoch der Nutzen nach auffälligem „Lungen“-Fragebogen, also der Bestimmung eines individuellen Risikos, belegt werden. (Jordan R, Adab P, Sitch A et al., 2016; Shawn et al., 2024). Damit mit den vorhandenen Ressourcen bessere Ergebnisse erzielt werden, müssen international etablierte Scores zur Einschätzung des Individuellen Risikos vor den eigentlichen Check-ups installiert werden.

Strukturelle und regulatorische Modernisierung ermöglichen

Risikoadjustierte Programme sind komplexer als altersbasierte Screenings. Sie erfordern intensive Beratung, digitale Infrastruktur und klare Dokumentation. Gleichzeitig bestehen regulatorische Hürden und Fehlanreize im Vergütungssystem, die Früherkennung und Präventionsaufklärung gegenüber häufigen Kurationen benachteiligen. Beispielsweise setzen die Anreize des Laborbonus für Hausärzt:innen gezielt Impulse für regelmäßige Kontrollen bei chronischen Erkrankungen wie der Niereninsuffizienz. Zugleich verdeutlicht das Lungenkrebs-Screening-Programm, wie wichtig strukturierte Abläufe, Zweitbefundungen und eine zentrale Qualitätssicherung sind. Diese Erfahrungen sollten auf weitere Indikationen übertragen werden.

Risikoadjustierte Screening-Programme sollten in klar definierten, transparenten Verfahren entwickelt und bewertet werden. Neben kurzfristigen Struktur- und Qualitätskennzahlen sind auch langfristige klinische Endpunkte wie Morbiditäts- und Mortalitätsreduktion systematisch zu berücksichtigen. Fachgesellschaften und Patientenvertretungen sollten frühzeitig und verbindlich eingebunden werden. Gleichzeitig muss Planungssicherheit gewährleistet sein, damit bereits generierte Evidenz nicht durch nachträgliche methodische Änderungen entwertet wird.

LÖSUNG Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sollte angehalten werden die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie umfänglich und regelmäßig, z. B. alle 2 Jahre, zu aktualisieren (Änderung des § 25 SGB V). Internationale Standards sollten dabei ebenso berücksichtigt werden wie die für diagnostische Methoden verfügbare Evidenz. Eine verpflichtende kontinuierliche Evaluation neuer Screenings durch den G-BA mit Fokus auf patientenrelevante Endpunkte, Überdiagnose und Kosten-Nutzen-Relation (analog zu den tragenden Gründen beim Lungenkrebs-Screening) ist dabei ein zentrales Element.

LÖSUNG Krankenkassen sollten risikobasierte Einladungen (basierend auf § 25b SGB V) sowie verbindliche Recall-Systeme etablieren. Gleichzeitig sollten Vergütungs- und Anreizsysteme die zielgruppengerechte Erreichung und strukturierte Behandlungspfade stärker honorieren als die bloße Leistungsmenge, um eine effektivere und bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten.

III. Früherkennung in Versorgungsstrukturen verankern

Verknüpfung von Risikoprofilen mit klaren Interventionspfaden.

Damit die Ergebnisse der neuen Screening-Programme auch eine langfristige Wirkung entfalten, muss eine Verknüpfung von Risikoprofilen mit klaren Interventionspfaden (z. B. Überweisung in DMP), statt rein diagnostischer Programme ohne gesicherte Weiterbehandlung, etabliert werden. Digitale Tools (ePA, Apps) und interprofessionelle Teams (Apotheken, Reha, Kommunen) verhindern Schnittstellenverluste.

LÖSUNG: Grundlage für eine effiziente Versorgung ist eine klare Steuerung der Patient:innen, basierend auf dem individuellem Risikoprofil und Grenzwerten sowie klaren leitlinienbasierten Pfaden. Ärzt:innen und Patient:innen profitieren gleichermaßen von klaren, transparenten und digitalen Entscheidungshilfen. und patientengerechten, digitalen Steuerungselementen. Diese Elemente können insbesondere im Rahmen eines strukturierten Primärversorgungssystems verankert werden. Auf diese Weise können Prävention, Früherkennung und optimaler Therapie ineinandergreifen und Wirkung entfalten. Das System muss dabei jedoch anpassungsfähig sein und regelmäßig auf Aktualität geprüft werden.

Nachsorge sicherstellen: Organisiertes Screening muss an **verbindliche Behandlungspfade** gekoppelt sein (z. B. positives Testergebnis → Termin innerhalb definierter Frist; Befund → strukturierte Beratung). Nur so wird aus Früherkennung tatsächlich eine Morbiditäts- und Mortalitätsreduktion.

LÖSUNG Chronische Erkrankungen treten häufig multimorbid auf; parallele DMP-Dokumentationen sind ineffizient. Es braucht indikationsübergreifende Module (z. B. „kardiometabolisch-renal“), die Früherkennung, Behandlung und Verlauf zusammenbringen. Das reduziert Schnittstellenverluste und macht Versorgung für Patient:innen nachvollziehbarer. Der G-BA kann entsprechende Vorgaben in seinen Richtlinien gem. § 92 SGB V sowie § 137f SGB V beschließen. Alternativ bedarf es Änderungen in den entsprechenden Paragraphen.

Risikoadjustiertes Screening im Check-Up

Untersuchung	Zeitpunkt	Zeitintervall	Auslöser	Evidenz
Lipidprofil (Gesamtcholesterin, LDL, HDL, TG)	Männer ≥35 Jahre, Frauen ≥40 Jahre	alle 5 Jahre	UNO + Hypercholesterinämie	nur bei Risikogruppen
Blutdruckmessung	≥ 35 J.	alle 3–5 Jahre	Diabetes, Adipositas, CKD, HKE,	etablierter Standard
HbA1c	≥ 35 J.	alle 3–5 Jahre	Hypertonie, Übergewicht, Adipositas, familiäre Belastung	nur bei Risikogruppen
eGFR / uACR	≥ 35 J./ 40 J.	alle 3–5 Jahre	Hypertonie, Diabetes, Adipositas, HKE, familiäre Belastung	nur bei Risikogruppen
NTproBNP	> 65 J. oder ab 40 J. bei Diabetes, CKD, Hypertonie	alle 3–5 Jahre	Diabetes, CKD, Hypertonie, Adipositas, KHK, COPD	nur bei Risikogruppen
FIB-4 Score	≥40 J.	alle 3–5 Jahre	Adipositas, T2D, Schlafapnoe, HI, Atherosklerose	nur bei Risikogruppen
Kaliummessung	≥40 J.	alle 3–5 Jahre	CKD, HF, Diabetes, RAASI- Therapie	Evidenz für allgemeines Kalium- Screening ist sehr schwach Risikobasiertes bzw. indikationsbezogenes Screening ist empfohlen
1.) Lungen- Fragebogen 2.) Spirometrie 3.) Röntgenthorax	≥ 35 J.	alle 3–5 Jahre	Erwachsene mit Indikation	Indikationsbezogen - bei Risikogruppen
Asthma-Abklärung	7–8 J.	alle 3–5 Jahre	Erwachsene mit Indikation	Indikationsbezogen - bei Risikogruppen

Abb. 1: Übersicht der zu aktualisierenden Check-up Inhalte, anhand vorhandenen Risikos

Referenzen

- AOK-Bundesverband eGbr & Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (2025): Der Public Health Index (PHI) 2025. Berlin/Heidelberg. Stand: November 2025.
- European Commission (2025): *The EU Safe Hearts Plan: Saving Europeans from cardiovascular diseases*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. [FACTSHEET Cardiovascular FINAL \(1\).pdf](#)
- Jordan R, Adab P, Sitch A et al. Targeted case finding for chronic obstructive pulmonary disease versus routine practice in primary care (TargetCOPD): a cluster-randomised controlled trial *The Lancet Respiratory Medicine*, 2016; 4, 720-730
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group (2024): *KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease*. *Kidney International*, 105(4S), S117–S314. [KDIGO-2024-CKD-Guideline.pdf](#)
- Mourre, F., Giorgi, R., Cattieu, L., Gallo, A., Moulin, P., Charrière, S., Aouchiche, K., Rigalleau, V., Schiele, F., Sultan, A. et al. (2025): Cascade screening in familial hypercholesterolaemia is associated with earlier statin initiation and fewer cardiovascular events than opportunistic screening. *European Journal of Preventive Cardiology*. <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwaf234>
- OECD (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2015): Wie steht es um Prävention und Gesundheitsförderung? Berlin: RKI. [04 Wie steht es um Prävention und Gesundheitsförderung? Gesundheit in Deutschland \(Einzelkapitel\)](#).
- Shawn D. Aaron, Katherine L. Vandemheen, G. Alex Whitmore, et al (2024): Early Diagnosis and Treatment of COPD and Asthma — A Randomized, Controlled Trial. *The New England Journal of Medicine*. Published. VOL. 390 NO. 22. May 19, 2024. DOI: 10.1056/NEJMoa2401389
- Simmons, R.K., Griffin, S.J., Lauritzen, T. und Sandbæk, A. (2017): *Effect of screening for type 2 diabetes on risk of cardiovascular disease and mortality: a controlled trial among 139,075 individuals diagnosed with diabetes in Denmark between 2001 and 2009*. *Diabetologia*, 60(11). [Effect of screening for type 2 diabetes on risk of cardiovascular disease and mortality: a controlled trial among 139,075 individuals diagnosed with diabetes in Denmark between 2001 and 2009 - PubMed](#)
- Tobe, S.W., Bajaj, H.S., Tangri, N., Jain, R., Pham, T., Beaudin, V. und McFarlane, P. (2025): Chronic Kidney Disease in Diabetes: A Clinical Practice Guideline. *Canadian Journal of Diabetes*, 49(2). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40382193/>.
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2023): *Früherkennungsmonitor 2023. Inanspruchnahme von Krebs-Früherkennungsleistungen der GKV*. Berlin. [wido_amb_fruherkennungsmonitor_2023.pdf](#)
- World Health Organization (WHO) (2025): *Promoting and prioritizing an integrated lung health approach: Resolution adopted by the 78th World Health Assembly*. [Lung Health Resolution adopted at the 78th World Health Assembly | Knowledge Action Portal on NCDs.GBE - Präventionsausgaben](#)

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AFP	Alpha-Fetoprotein
eGFR	geschätzte glomeruläre Filtrationsrate
FIB-4	Fibrosis-4 Score
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HbA1c	Maß für den durchschnittlichen Blutzucker der letzten 2 bis 3 Monate
IFE	Immunfixationselektrophorese
MRT	Magnetresonanztomographie
NDCT	(Low-Dose) Non-Contrast Detection CT
NT-proBNP	N-terminales pro-Brain Natriuretic Peptide
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
uACR	Urin-Albumin-Kreatinin-Quotient
WHO	World Health Organization
ZE	Zusatzentgelt
zVT	zweckmäßige Vergleichstherapie