**OECD-Gesundheitschefin Colombo**

**„Die reichen Länder werden zu kämpfen haben“**

Ist das deutsche Gesundheitssystem gerüstet für die Herausforderungen der Zukunft? Francesca Colombo, Leiterin der Abteilung Gesundheit bei der OECD, hat Zweifel. Sie rät zu mehr Primärarztversorgung.

Von [Anno Fricke](https://www.aerztezeitung.de/Nachrichten/Anno-Fricke-au40.html) Veröffentlicht: 12.11.2019, 16:09 Uhr



Francesca Colombo, Leiterin der OECD-Gesundheitsabteilung.

© OECD / Christian Moutarde

**Ärzte Zeitung:** Frau Colombo, ist Deutschland beim Thema Übergewicht und Adipositas in der OECD ein normales Land? Oder sticht es heraus?

**Francesca Colombo:** Deutschland gehört zu den Ländern, die gegen Übergewicht und Adipositas kämpfen müssen. Die Raten von Fettleibigkeit in Deutschland sind nicht auf dem hohen Niveau wie in Mexiko oder den USA.

Aber: Zwei Drittel der Männer haben Übergewicht. Das liegt über dem OECD-Durchschnitt von 36 Ländern. Der liegt bei etwa der Hälfte der Männer.

Gerade haben Experten für Deutschland höhere Beiträge für die gesetzliche Krankenversicherung vorgeschlagen. Kann man denn sagen, was die Adipositas kostet?

In Deutschland lassen sich zehn Prozent der Gesundheitsausgaben, der öffentlichen und privaten zusammengerechnet, Übergewicht und Adipositas zuordnen. Dazu kommen drei Prozent Verluste beim Bruttoinlandsprodukt. (2017: 3,677 Billionen Dollar insgesamt, *Anm. d. Red.*)

Wie das?

[Der aktuelle Report versucht zu belegen, dass es nicht alleine die Gesundheitskosten sind](https://www.aerztezeitung.de/Politik/Licht-und-Schatten-bei-Deutschland-403348.html), mit denen die Gesellschaften aufgrund des metabolischen Syndroms belastet werden. Es ist auch ein Verlust an Lebenserwartung von rund drei Jahren.

Dazu kommt, dass es bei übergewichtigen Kindern unwahrscheinlicher ist, dass sie gute Leistungen in der Schule erbringen und Qualifikationen erwerben wie normalgewichtige Kinder. Das wirkt sich in persönlichen Kosten aus, wenn übergewichtige und adipöse Kinder als Erwachsene den Arbeitsmarkt erreichen. Sie haben geringere Chancen auf Jobs, und, wenn sie arbeiten, ist es wahrscheinlicher, dass sie weniger produktiv sind.

Mit Übergewicht und Adipositas sind viele Krankheiten assoziiert. Zum Beispiel Diabetes, koronare Herzkrankheit und mehr. Diese Krankheiten benötigen medizinische Behandlung. Gibt es in der OECD dafür genügend Ressourcen?

In den entwickelten Ökonomien gibt es ziemlich viel Input: Ärzte medizinisches Personal und Infrastruktur. Die Frage ist: Haben wir die richtigen Ressourcen? Für einen guten Umgang mit Übergewicht und Adipositas benötigt man ein Gesundheitssystem, das stark auf Primärarztversorgung und auf Prävention setzt, nicht nur auf Behandlung.

Was heißt das für Deutschland?

Die reichen Länder werden zu kämpfen haben, um auf dieses Modell der Versorgung umzustellen. Ihre Gesundheitssysteme sind sehr stark um die stationäre Versorgung herum aufgebaut. Das ist ein Modell, um akute, episodisch auftretende Bedürfnisse zu adressieren. Heute sind die Bedürfnisse aber andere. Sie sind eher chronisch und langzeitorientiert. Sie benötigen Kontinuität in der Versorgung – und Antizipation.

Gibt es denn überhaupt genug Ärzte? Sie werden älter, es gibt nicht genug Studienplätze...

Die Altersstruktur bei Ärzten ist nicht nur in Deutschland ein wichtiges Thema. Wir sehen das in vielen westeuropäischen Ländern. Nicht nur die Bevölkerung insgesamt altert, sondern mit ihr auch die Angehörigen der medizinischen Berufe. Der Anteil der Hausärzte unter den Ärzten insgesamt sinkt überall in der OECD.

...und das passt nicht zu den gesellschaftlichen Entwicklungen?

In den alternden Bevölkerungen kommt es zunehmend zu chronischen Erkrankungen. Man braucht eigentlich Ärzte und Angehörige von medizinischen Berufen, die darauf eingestellt sind, multimorbide Patienten zu behandeln.

Dazu gehört auch, die Lebensstile von Patienten zu beeinflussen und sie als Lotsen durch das System zu begleiten. Das ist auch für Ärzte nicht leicht. Zumal es sich dabei um Fähigkeiten handelt, auf denen in der medizinischen Ausbildung nicht das Hauptaugenmerk liegt.

Adipositas erfordert intensives Nachdenken über die Rolle der Ärzte in der Zukunft. Das gilt auch für die Aufgabenverteilung, die Balance zwischen Haus- und Fachärzten. Das betrifft ebenso das Image: Einfache Patientenversorgung gilt als weniger prestigeträchtig als Herzen zu transplantieren.

Was könnte man tun?

Gesundheitssysteme reagieren sehr träge. Das liegt an den alteingesessenen Institutionen, die ihre eingefahrenen Arbeitspfade nur schwer verlassen. Deutschland hat ein stark auf die Krankenhäuser ausgerichtetes System. Sicher ist, dass mit den sich verändernden Bedürfnissen sich auch die Art der Gesundheitsversorgung von der unterscheiden muss, die vor 100 Jahren aufgebaut worden ist.

Haben Länder mit Primärarztsystemen Vorteile?

Empirisch betrachtet, ist das schwer zu beantworten. In Großbritannien gibt es das Gate keeping im Gesundheitswesen. Sie haben trotzdem große Probleme mit Adipositas. Es wird aber deutlich, dass Gesundheitssysteme von einer wichtigen Rolle der Hausärzte profitieren können. Wenn sie aber nur verschreiben und überweisen, helfen auch sie nicht viel bei der Lösung des Problems.

Ist die Primärarztversorgung jetzt zukunftsträchtig, oder doch nicht?

Ja. Hausarztzentrierte Versorgung ist die Zukunft. Aber auch sie muss kämpfen. Die Ärzte müssen die Voraussetzungen organisieren, um immer komplexere Fälle zu versorgen. Dafür gibt es die Datensysteme noch nicht. Lassen Sie mich dazu auch noch sagen, dass eine Lösung der durch Übergewicht und Adipositas ausgelösten Probleme jenseits dessen liegt, was ein Arzt tun kann.

Könnten Schwestern, MFA oder Sozialarbeiter diese Lücken füllen?

Ja, das könnte eine Chance sein, Ärzte zu entlasten und das regelhafte Management von chronisch erkrankten Menschen anderen zu überlassen. Tatsächlich ist dieses Modell nicht sehr weit verbreitet. Selbst dort, wo der Gesetzgeber das erlaubt, ist die Zahl der Fälle, in denen es so geschieht, sehr, sehr klein. Wir sind an dieser Stelle noch nicht so weit.

In Deutschland sollen die Kassen rund sieben Euro je Versicherten für Prävention ausgeben. Ist das genug?

Nein, über alle OECD-Länder hinweg entfallen drei Prozent der gesamten Ausgaben für Gesundheit auf Prävention. Das ist sehr, sehr wenig. Die geringen Ausgaben für Prävention sind ein Problem. Die körperlichen Aktivitäten von Kindern und Erwachsenen gehen eher zurück. Bei der Prävention geht es auch um Stadtplanung, Fahrradwege, Grünzonen und Schulunterricht.

Die gesunde Gesellschaft können Ärzte alleine nicht herstellen. Es ist sehr komplex, Menschen zu Verhaltensänderungen zu bewegen und gleichzeitig ihre persönlichen Entscheidungen in Sachen Lebensführung zu akzeptieren.

Deutschland führt den Nutri-Score ein. Ist das ein gutes Instrument?

Das kann sehr kosteneffektiv sein. Die Instrumente, die wir uns bislang angeschaut haben, funktionieren. Wichtig ist, dass der Nutri-Score auf der Packung gut sichtbar ist. Untersuchungen haben ergeben, dass Anzeigen vorne auf der Packung die höchsten Effekte haben. Noch wichtiger ist, die Industrie zu ermutigen, ihre Produkte von vorneherein zucker- und salzärmer herzustellen.

Ist Propaganda in Sachen Diabetesbekämpfung das wirksamste Mittel?

Kampagnen über die Massenmedien und Hinweise auf Packungen sind sehr effektiv – und kostengünstig.

**Francesca Colombo**

* **Leiterin der Gesundheitsabteilung** der Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) seit November 2013.
* **Seit 1999** bei der OECD. Zuvor unter anderem tätig für die United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD).
* **Studium** an der London School of Economics and Political Science und an der Bocconi School of Economics (Italien).