Tesera Quarterly

Prävention & Longevity · Q3 2026

Beobachtungszeitraum 1. Juli bis 30. September 2026

Das Quartal auf einer Seite

Was verändert sich im Longevity- und Präventionsmarkt – und was bedeutet das für Angebote, die Organisationen finanzieren, auswählen oder selbst erbringen? Q3 liefert dazu politische Impulse, neue Erkenntnisse und einen erweiterten Zugang zu einer Behandlung. Im Mittelpunkt stehen drei Fragen: Für wen ist ein Angebot sinnvoll, welche Wirkung ist belegt und wer übernimmt die Betreuung?

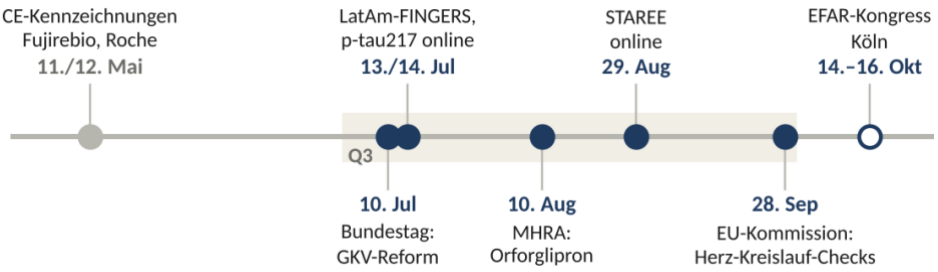


Abbildung 1 · Vorgänge des Quartals. Grau: Q2-Vorgang; offener Punkt: nach Quartalsende.

Der rote Faden. Der Wert eines Angebots hängt auch davon ab, was nach einer Untersuchung oder Behandlung geschieht. Finanzierung, Wirkversprechen und Begleitung gehören deshalb zusammen.

Drei Verschiebungen im Überblick

Was verschiebt sich?	Wen betrifft das?	Welche Frage bleibt offen?
1 Vorsorge wird zur Systemfrage	Kostenträger und Anbieter; Unternehmen mit ergänzenden Gesundheitsangeboten	Welche Vorsorge für wen – und mit welchem erwarteten Nutzen?
2 Longevity-Versprechen müssen konkreter werden	Kliniken und Praxen sowie alle, die Angebote auswählen oder finanzieren	Welches versprochene Ergebnis ist für die Zielgruppe belegt?
3 Früherkennung erweitert sich, die Betreuung muss mitwachsen	Versicherer, Unternehmen und Anbieter gemeinsam	Wer übernimmt nach einem auffälligen Ergebnis?

Ergänzend: Neue Zugänge verändern das Angebot (orale Gewichtsbehandlung), dazu ein Blick auf die Kapitalverteilung im zweiten Quartal.

Drei Verschiebungen

1 Vorsorge wird zur Systemfrage

Vorsorge soll mehr Menschen erreichen. Gleichzeitig steht ihre Finanzierung unter Druck.

Was verschiebt sich? Die EU-Kommission hat am 28. September einen Vorschlag für eine Empfehlung des Rates zu Herz-Kreislauf-Checks vorgelegt. Der Rat hat sie noch nicht angenommen. Eine solche Empfehlung ist rechtlich nicht bindend; die Ausgestaltung liegt bei den Mitgliedstaaten. Als Orientierung nennt der Anhang, angelehnt an Empfehlungen der *European Society of Cardiology*: unter 35 Jahren mindestens ein Check, zwischen 35 und 64 Jahren mindestens alle fünf Jahre, ab 65 Jahren alle drei bis fünf Jahre. Als Ziel bis 2035 nennt der Vorschlag, dass Blutdruck, Cholesterin und Blutzucker einmal im Jahr von einer medizinischen Fachkraft gemessen werden: bei mindestens 65 bis 75% der 25- bis 64-Jährigen und mindestens 80 bis 90% der Personen ab 65 Jahren (je nach Wert). [1]

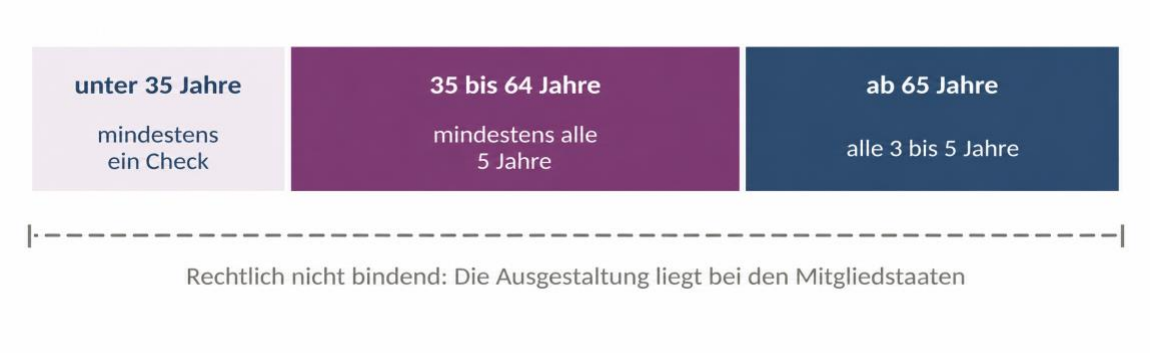


Abbildung 2 · Orientierung aus dem Anhang des Kommissionsvorschlags zu Herz-Kreislauf-Checks. Quelle: [1]

In Deutschland hat der Bundestag am 10. Juli die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung beschlossen; sie sieht höhere Zuzahlungen vor. Bei Gesundheitschecks und Hautkrebs-Früherkennung soll der Gemeinsame Bundesausschuss bis Ende 2027 über Anpassungen entscheiden, darunter ein mögliches risikobasiertes Hautkrebs-Screening. Eine solche Umstellung ist damit noch nicht umgesetzt. [8] Die hier ausgewählten Vorgänge betreffen die EU und Deutschland; daraus folgt keine entsprechende Änderung in Österreich oder der Schweiz.

Wen betrifft das – und warum? Kostenträger und Anbieter müssen Zielgruppen, Leistungsumfang und Finanzierung zusammen betrachten. Für Unternehmen, die ergänzende Gesundheitsangebote einkaufen, stellt sich dieselbe Frage: Welchen Bedarf deckt das Angebot zusätzlich zur regulären Versorgung?

Tesera ordnet ein: Die Vorgänge rücken die Auswahl und Finanzierung von Vorsorge in den Vordergrund. Dass unter Kostendruck die Begründung neuer Leistungen wichtiger wird, ist unsere Ableitung. Weder eine Erstattung noch der Nutzen eines kommerziellen Testpakets folgen aus dem EU-Vorschlag.

Offene Frage: Welche Vorsorge wollen wir für welche Menschen finanzieren – und welchen Nutzen erwarten wir davon?

2 Longevity-Versprechen müssen konkreter werden

Ein nachgewiesener Nutzen trägt nicht automatisch ein umfassendes Versprechen zum gesunden Altern.

Was verschiebt sich? Neue Ergebnisse machen genauer sichtbar, welche Wirkungen belegt sind. In der australischen STAREE-Studie mit knapp 10.000 Menschen ab 70 lag die Rate der Herz-Kreislauf-Ereignisse unter Atorvastatin rund 30% niedriger als unter Placebo. Beim kombinierten Ergebnis aus Tod, Demenz oder anhaltender Behinderung zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied. [2]

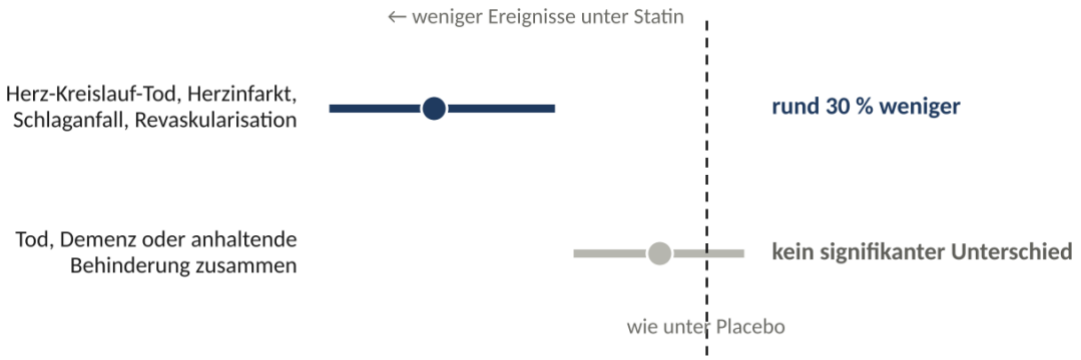


Abbildung 3 · STAREE: Unterschied zwischen Statin und Placebo bei zwei Endpunkten. Die Linien zeigen die statistische Unsicherheit. Quelle: [2]

Ein zweites Beispiel: In LatAm-FINGERS verbesserte ein betreutes Lebensstilprogramm bei gut 1.000 Menschen mit erhöhtem Risiko die kognitiven Testwerte stärker als allgemeine Gesundheitsberatung. Gemessen wurde Kognition, nicht die Häufigkeit von Demenz; im Programm wurden zudem mehr unerwünschte Ereignisse gemeldet. Aus dem Ergebnis des Gesamtprogramms lässt sich der Beitrag einzelner Bausteine nicht ohne Weiteres ableiten. [3]

Wen betrifft das – und warum? Kliniken und Praxen müssen erklären können, welche Wirkung sie für ihre Angebote beanspruchen. Versicherer und Unternehmen brauchen diese Klarheit, wenn sie zwischen Angeboten wählen oder deren Finanzierung begründen.

Tesera ordnet ein: Für eine Angebotsentscheidung zählt die Übereinstimmung zwischen dem versprochenen Ergebnis und der tatsächlich untersuchten Wirkung. Neue Studien belegen hier keinen Wandel des gesamten Marktes; sie schärfen den Maßstab für einzelne Versprechen.

Offene Frage: Welches Ergebnis versprechen wir mit dem Angebot – und wurde genau dieses Ergebnis für die vorgesehene Zielgruppe untersucht?

3 Früherkennung erweitert sich, die Betreuung muss mitwachsen

Bluttests erweitern die diagnostischen Möglichkeiten. Bei Unauffälligen bleibt der Nutzen eines Testangebots offen.

Was verschiebt sich? Roche und Fujirebio meldeten im Mai CE-Kennzeichnungen für p-tau217-Bluttests zur Diagnostik bei kognitiven Beschwerden – ein Q2-Hintergrund. [6, 7] Die JAMA-Auswertung vom Juli untersucht dagegen die Prognose bei 2.684 kognitiv unauffälligen Menschen. Bei sehr hohen Werten schätzten die Autoren ein Fünfjahresrisiko kognitiver Beeinträchtigung von 38%. [4]

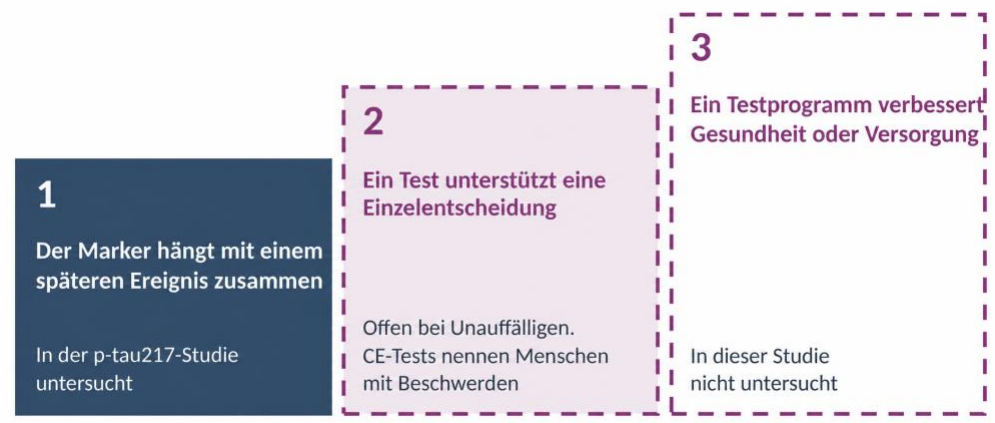


Abbildung 4 · Drei Aussagen, die getrennt bleiben sollten. Die Prognosestudie betrifft die erste Stufe.

> **Aussagegrenze:** Die Gruppenrisiken stammen aus ausgewählten Kohorten in Nordamerika, Japan und Australien; europäische fehlen. Sie liefern keine sichere individuelle Prognose. Weder ein Screeningprogramm noch eine Folgeintervention wurden untersucht. Prognoseforschung erweitert keine Test-Zweckbestimmung; CE-Konformität belegt keinen Nutzen eines Screeningprogramms. [4, 6, 7]

Wen betrifft das – und warum? Versicherer, Unternehmen und Anbieter müssen den Ablauf nach einem Testergebnis mitdenken: Wer erklärt den Befund, organisiert weitere Abklärung und trägt die Kosten? Für HR geht es um die Auswahl betreuter Testangebote; die Studie begründet keine Empfehlung für Alzheimer-Tests in der Belegschaft.

Blickwinkel	Dieselbe Frage, anders gestellt
Versicherer und Kostenträger	Welche Leistungen nach einem auffälligen Ergebnis gehören zum Angebot – und wer bezahlt sie?
Unternehmen und HR	Welche Betreuung ist enthalten, und wie werden Freiwilligkeit und vertrauliche Befunde sichergestellt?
Anbieter, Kliniken und Praxen	Für wen ist der Test gedacht – und wer begleitet danach?
Gesundheitsförderung und BGF-Praxis	Gehört ein Testangebot überhaupt ins betriebliche Programm – und wenn ja: Wer begleitet die Beschäftigten nach dem Ergebnis?

Offene Frage: Wer übernimmt nach einem auffälligen Ergebnis Beratung, weitere Abklärung und Betreuung?

Marktbewegung und Ausblick

Neue Zugänge verändern das Angebot

Was verschiebt sich? Die britische Arzneimittelbehörde MHRA hat am 10. August Orforglipron zugelassen, eine Tablette zur Gewichtsbehandlung und bei Typ-2-Diabetes. Sie kann laut Behörde ohne Einschränkungen bei Essen oder Wasser eingenommen werden. Im Vereinigten Königreich ist sie derzeit nicht über den NHS erhältlich. [5]

Wen betrifft das – und warum? Für Praxen, Kliniken und Kostenträger kann die Tablettenform die Organisation der Gewichtsbehandlung verändern. Ob dadurch mehr Menschen erreicht werden, ist aus der Zulassung allein nicht abzuleiten. Die britische Entscheidung belegt weder eine EU-Zulassung noch eine Longevity-Indikation.

Offene Frage: Wenn wir medikamentöse Gewichtsbehandlung anbieten oder finanzieren, wie verbinden wir sie mit ärztlicher Betreuung und begleitenden Lebensstilangeboten?

Ergänzend: Kapital im zweiten Quartal

Die am 22. September aktualisierte Sammlung von New Market Pitch nennt für Q2 15 Deals mit 657,1 Mio. USD bekanntem Kapital. Rund 86% entfielen auf Nordamerika; allein NewLimit stellte mit 435 Mio. USD etwa zwei Drittel des Gesamtbetrags. Die Zahlen sind ein Q2-Rückblick, keine Q3-Bilanz, und beruhen auf Definition und Erfassung des Herausgebers. [9]



Abbildung 5 · Bekanntes Kapital in Q2 2026: 657,1 Mio. USD in 15 Deals. „14 weitere Deals“ ist die Differenz zu NewLimit. Quelle: [9]

> **Tesera ordnet ein:** Der Q2-Befund einer ungleichen Kapitalverteilung bleibt in dieser Erhebung sichtbar. Ein hoher Gesamtbetrag lässt noch nicht auf breite Finanzierungsmöglichkeiten für europäische Präventionsangebote schließen.

Ausblick auf den Jahresreport

EFAR: Der erste Kongress der *European Federation for Aging Research* findet laut Veranstalter vom 14. bis 16. Oktober in Köln statt. Er knüpft an die in Q2 beschriebene institutionelle Verdichtung an. Relevant werden dokumentierte Kooperationen und Forschungsvorhaben. [10]

Für Q4 erscheint kein eigenes Tesera Quarterly. Im Jänner 2027 folgt der Jahresreport mit Jahresüberblick und vertiefter Einordnung von Angeboten, Marktakteuren und der Finanzierung von Prävention.

Methodik und Unabhängigkeit

Methodik: Grundlage sind Studienzusammenfassungen, offizielle Institutionsquellen, Herstellerangaben und eine gekennzeichnete Branchenanalyse. Die Auswahl ist exemplarisch. Sie verbindet Vorgänge des Quartals mit organisatorischen Ableitungen; sie belegt keine flächendeckenden Markttrends. Q2-Hintergrund und Ausblick sind ausgewiesen. Details stehen unter „Belege auf einen Blick“.

Unabhängigkeit: Tesera bewertet keine Anbieter und vergibt keine Siegel. Fakten, Aussagegrenzen und redaktionelle Ableitungen bleiben getrennt. Eigene Experteninterviews wurden für diese Fassung nicht geführt.

Was Tesera anbietet

Tesera ordnet Claims und Evidenz zu Prävention und gesundem Altern ein – und klärt, welche Aussagen tragfähig sind, wo ihre Aussagegrenzen liegen und was daraus für konkrete Entscheidungen folgt.

Faktenblatt – eine einzelne Aussage im konkreten Anwendungskontext, auf 2–4 Seiten eingeordnet.

Evidenz-Durchsicht – bestehende Broschüren, Leitfäden und Webinhalte vor Veröffentlichung oder Aktualisierung einordnen.

Themen-Briefing – ein Themenfeld kompakt eingeordnet, als gemeinsame fachliche Grundlage für die Fragen Ihrer Organisation.

Executive Dossier – eine fundierte Grundlage für eine konkrete Entscheidungsfrage, mit Aussagegrenzen, Unsicherheiten und Entscheidungskonsequenzen.

Laufende Fachredaktion – Recherche, Einordnung und verständliche Texte für die Mitarbeitenden- oder Versichertenkommunikation, mit vereinbartem Umfang.

Kontakt: carola.phillips@tesera-health.com · tesera-health.com

Belege auf einen Blick

Quelle	Beleg auf einen Blick	Aussagegrenze
STAREE [2]	Australien; randomisiert; 9.971 Menschen ab 70; Atorvastatin 40 mg; median 5,9 Jahre. Herz-Kreislauf-Ereignisse: HR 0,70 (95%-KI 0,61–0,82). Tod, Demenz oder anhaltende Behinderung: HR 0,94 (0,84–1,05).	Zweiter Endpunkt nicht signifikant. Schwere unerwünschte Ereignisse je 2,7 %; bestimmte andere Ereignisse unter Atorvastatin häufiger.
LatAm-FINGERS [3]	Randomisiert; 1.065 Menschen; elf Länder; zwei Jahre. Kognition verbessert in beiden Gruppen. Vorteil des betreuten Programms: 0,11 SD/Jahr (95%-KI 0,06–0,15).	Keine Aussage zur Demenzhäufigkeit. Unerwünschte Ereignisse: 412 vs. 66. Schwere Ereignisse bei 50 vs. 24 Personen; laut Autoren keines interventionsbedingt.
p-tau217 [4]	2.684 kognitiv unauffällige Menschen; sechs ausgewählte Kohorten. Bei sehr hohen Werten: Fünfjahresrisiko kognitiver Beeinträchtigung 38 % (95%-KI 33–43 %).	Keine europäischen Kohorten. Gruppenrisiko, keine sichere individuelle Prognose. Kein Screeningprogramm und keine Folgeintervention untersucht.
CE-Tests [6, 7]	Herstellerangaben von Mai: diagnostische Unterstützung bei kognitiven Beschwerden. Fujirebio: ab 50 Jahren, spezialisierte Versorgung.	Unauffällige nicht Teil der beschriebenen Zweckbestimmungen. Roche nennt retrospektive Daten.

Quellen

Abrufstand 8. Oktober 2026. Die Online-Publikation bestimmt die Zuordnung einer Studie zum Quartal. Bei p-tau217 werden Online- und Heftdatum getrennt ausgewiesen.

[1] Europäische Kommission. Vorschlag für eine Ratsempfehlung zu kardiovaskulären Gesundheitschecks, 28. September 2026. Originalquelle

[2] Zoungas S et al. Atorvastatin, Cardiovascular Events, and Disability-free Survival in Older Adults. NEJM. Online 29. August 2026; Print 1. Oktober 2026. DOI 10.1056/NEJMoa2607314. PMID 42670961. Originalquelle

[3] Crivelli L et al. Multidomain lifestyle intervention for the prevention of cognitive decline in at-risk older adults in Latin America (LatAm-FINGERS). Lancet. Online 13. Juli 2026; 408:417–429. DOI 10.1016/S0140-6736(26)01278-X. PMID 42442374. Originalquelle

[4] Buckley RF et al. Prognostic Value of Blood-Based P-Tau217 Levels for Progression to Cognitive Impairment. JAMA. Online 14. Juli 2026; Heft 15. September 2026; 336(11):950–959. DOI 10.1001/jama.2026.12556. PMID 42449500. Originalquelle

[5] MHRA. UK first in Europe to authorise orforglipron for weight management and type 2 diabetes. Behördenmitteilung, 10. August 2026. Originalquelle

[6] Roche. Roche receives CE mark for new blood test to detect Alzheimer's pathology: Elecsys plasma phosphorylated-tau 217 (pTau217). Herstellermitteilung, 12. Mai 2026. Originalquelle

[7] Fujirebio. Fujirebio announces CE marking of the fully automated Lumipulse G pTau 217 Plasma assay. Herstellermitteilung, 11. Mai 2026; Abschnitt About Lumipulse G pTau 217 Plasma. Originalquelle

[8] Bundesgesundheitsministerium. Pressemitteilung zum Beschluss des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes, 10. Juli 2026. Zur Vorsorge: § 25 Abs. 4 SGB V; ergänzend test.de, 4. August 2026. Originalquelle BMG test.de Gesetzestext

[9] New Market Pitch. Longevity Funding: A Quarter-by-Quarter Analysis. Aktualisiert 22. September 2026; verwendeter Datenzeitraum Q2 2026. Branchenanalyse und Deal-Sammlung. Originalquelle

[10] CECAD, Universität zu Köln. 1st EFAR Conference on the Biology of Aging. Offizielle Veranstaltungsseite; 14.–16. Oktober 2026, Köln. Originalquelle