Weniger Kosten + mehr Nutzen bei Reha + Pflege chronisch Kranker:
Das Konzept „AIR“

Berliner Pflegekonferenz
11.-12. November 2014

Univ.-Prof. Dr. Rainer B. Pelka (IAS)
UniBw München, *Inst. für Angewandte Statistik*

I Problem: Dt. Gesundheitssystem – Zauber & Crux

Heutiges Gesundheitssystem in D

- **Perfekt reaktiv,** weil ... ... **systematisch** und **instrumentell innovativ**
- **kaum präventiv,** weil ... ... **primär** an **Berufsfähigkeit** ausgerichtet.

Medizinkonzept gründet auf **Kausalmodell,** was ...

...für bis 65 Jährige lange Zeit akzeptabel war. **Seit 40 Jahren zunehmende Probleme:**

- **Kosten** steigen **unerwünscht stark**
- **Lebenserwartung** steigt **nicht überdurchschnittlich**
- **Altersgesunde Lebenserwartung** entwickelt sich **unterdurchschnittlich** !

Denn **System** reagiert **kostentreibend + wenig effektiv** auf **akute Symptome chronischer Krankheiten**.

⌦ **Paradigma** „*Ohne Diagnose keine Therapie*“ **behindert** (auch Sekundär-) **Prävention.**

⌦ **Querschnitt-Befund** liefert **zu wenig** Info über **nachhaltige Therapien**

IAS Institut für angewandte Statistik

Ggw. gesundheitspolitischer Lösungsansatz ❸❹

- **Schwerpunkt:** Bezahlung schwerer (→ teurer) Krankheiten
- **Folge1:** **Leichte Krankheit/ Prävention** bleibt in **Verantwortung** d. Versicherten / Patienten.
- **Folge2:** Wenig gesteuerte Entwicklung **Chronischer Krankheiten,** bis sich **schwere (→ teure Symptome)** zeigen.
- **Fachleute:** 1 € Prävention = 10 € Rehabilitation
  = 100 € Akuttherapie/Pflege
  ...bei langfristig mindestens ähnlicher Wirkung.

Warum kein Änderungsversuch?

Kritischer Konsens: a) *„Morgens Fango, abends Tango"* → **Präventions-Missbrauch befürchtet**

b) Folge westlicher Arbeits-/Lebenskultur → **„Arbeit schafft Lebenssinn"**

*Beides wurde **nicht wissenschaftlich untersucht**, aber **~Quote P-Missbrauch/Gesundheitskosten << 5%***

- **Kosten Gesundheitssystem: ~1/3 des BIP, Mittel BGM < 1% des HH.**
- **Wirkkontrolle** und deren **Finanzierung** primär von **Pharmafirmen eingefordert**. Dadurch **Präparate-unabhängige Forschung marginalisiert**.

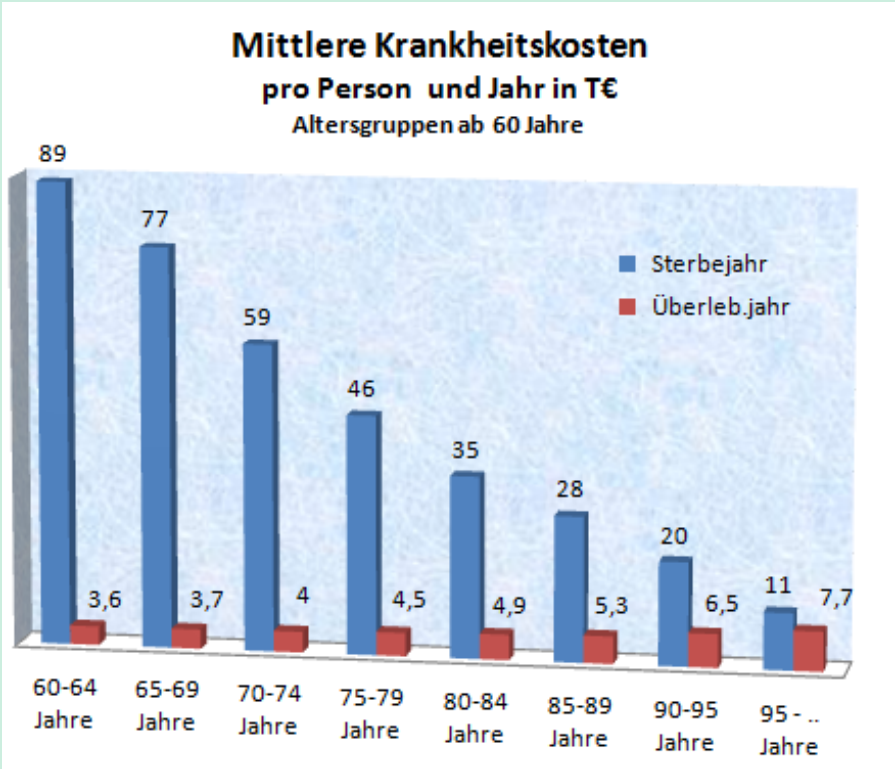
Kosten / Nutzen im Vergleich ❶❷

Nützliche Infos – Kosten:

- **Alter A - nein**: Gesundheitskosten am höchsten im ...
  Sterbejahr: 89 T€ bei 60-64J,...,↘ **28** T€ bei 85-89J,...,↘ **11** T€ bei 95-100J,
  sonst : 3,6 T€ bei 60-64J,...,↗ **5,3**T€ bei 85-90J,...↗ **7,7** T€ bei 95-100J (*Häusler 2005*).

- **Medizinische Innovation I - nein**:
  Mehrkosten durch **neue Therapien/ Diagnosen =** ~Technologie-& Organisations-bedingte **Einsparungen**.

- Sogar **Einsparpotential A + I**
  → wenn geeignete gesundheits-politische Anreize (*Hajen 2009, Pelka 2010*)



Kosten / Nutzen im Vergleich ❷

These I: **Vergleich international vs. national**

- **Auch bei weniger Kur/ Reha ähnliche Effizienz,**
- aber **geringe Selbstverantwortung** = **Störfaktor** eines **Effizienznachweis**
  d.h. ggw. Form von Kur/Reha hat keine nachhaltigen Einfluss auf präventives Verhalten.

denn für die

Gesundheitssysteme gilt:

- ***Europa*** [ohne GB /Skandinavien]: **Unterschiede** in **Kosten** und **Nutzen gering.**
  Selbstverantwortung EU intentional noch geringer als in D.
- ***GB***: **Kosten heute fast gleich, Anstieg größer, Effizienz nicht höher.**
  Selbstverantwortung heterogen, im Mittel nicht größer als in D.
- ***USA***: **Kosten viel höher, Anstieg viel größer, Effizienz geringer.**
  Selbstverantwortung sehr heterogen, im Mittel deutlich geringer.

Kosten / Nutzen im Vergleich ❸❼

These II: **Vergleich Skandinavien vs. Rest-Europa**

❖ **„Reinforcement“ ↗ Selbstverantwortung ↗ Effizienz.**

Beleg Skandinavien: Erfolg in 60ern, Große Not in 70er Jahren. Ab 80*er Notbremse*:
Priorisierung (Sekundär-) Prävention zu Lasten chronischer Beschwerden.

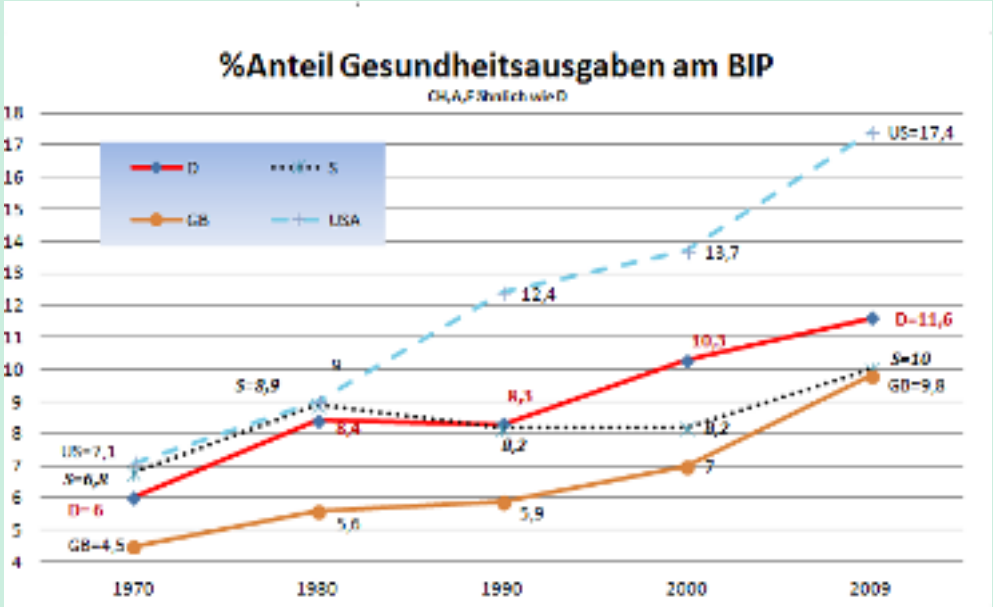
***Effekte** Skandinavien*:

- **Kostenanstieg 1980-2010 geringer** ([1] ΔGK : ΔBIP = 1/3 v. EU = 1/9 v. US) .....↓

  [1]ΔGK = Zunahme Gesundheitskosten

- **Effekt größer** (Gesunde Lebenserwartung 65Jähriger ~doppelt so hoch wie son.EU)

- **Akzeptanz** in **Bevölkerung unerwartet gut.**
  Selbstverantwortung wird seit 30 Jahren belohnt. Menschen übernehmen diese konsequenter im Gesundheitsverhalten.



IAS Institut für angewandte Statistik

II Neukonzept: **Paradigmenwechsel**

AIR als Ergänzung notwendig ❺

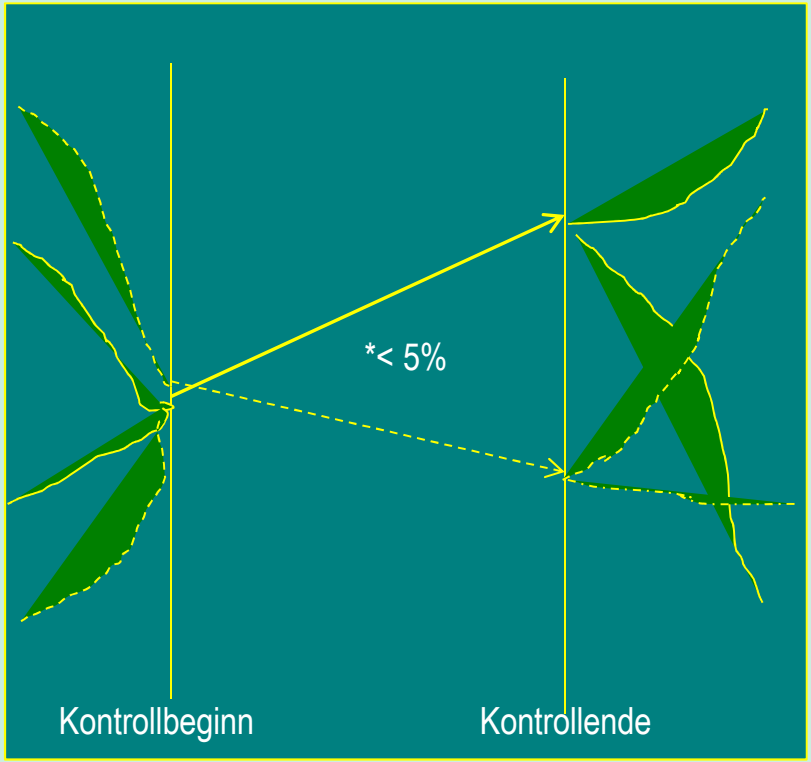
Ggw. **Goldstandard** der Methodologie:

- **Kontrollierter Versuch** →
  zur **Erfassung** Verlaufseffekte
  nur eingeschränkt geeignet. (s. Abb.)

- **Evidence based Medicine (=EbM)**
  zur **Entwicklung / Bewertung**
  der Therapie bei. **chronischen Krankheitsprozessen**
  nicht/ nur bedingt geeignet,

denn

a) basiert auf Kontrolliertem Versuch
b) Neuentwicklungen haben noch keine Zulassung, erschweren daher große Stichproben



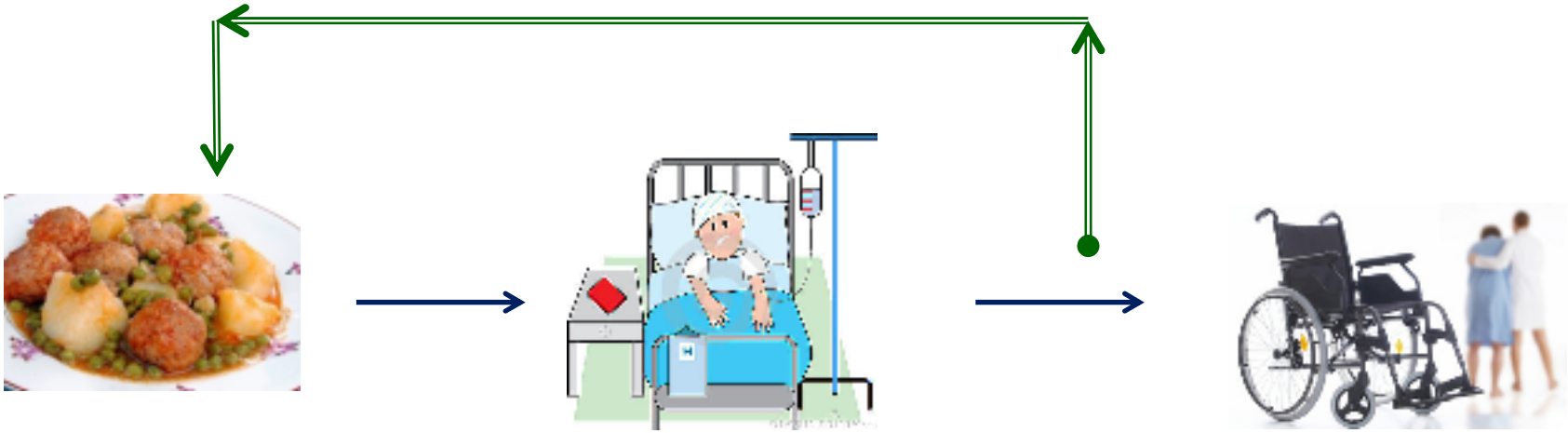
IAS
Institut für angewandte Statistik

◆◆◆ III Neukonzept: **Paradigmenwechsel**

AIR =Aktivierend integrative Reha ❻❼

AIR- Neuerungen:

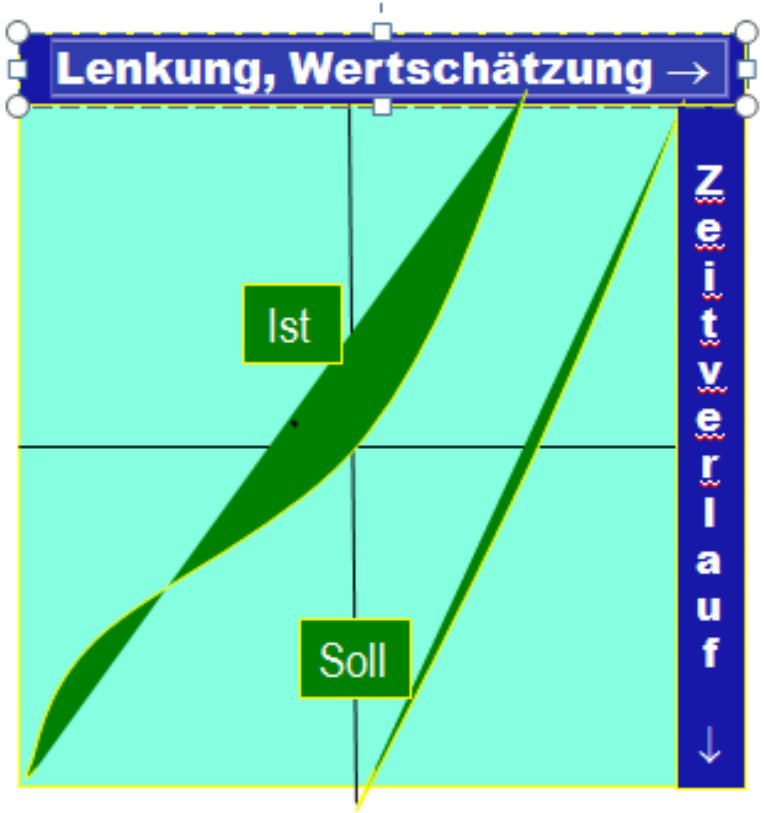
- **AIR** stützt **Systemprozesse** durch **Rückkopplung** des **Verhaltens.**
  - ⇘ bessert **Ergebnis** und **Bewertung** bei ***Patient, Leistungsträger*** *und* ***Kostenträger****.*
- **Verlauf** als **Zielkriterium** mit **hoch skalierten Variablen**
  - ⇘ erlaubt **effiziente Kontrolle** bei hoher Gültigkeit (=**Validität)**.
  - ⇘ reduziert **notwendigen Aufwand** (Kontrolle + Korrektur).



AMIT als Kernstück von AIR ❻ ❼

AMIT als zentrales Tool von AIR:

- **A = Analyse:** **Schwerpunkt** auf **Follow-up**
- **M = Medizinische Therapie:** **Priorisierung** nach vorausgehender, kooperierender **Ist-Soll-Analyse**
- **I = Integration** gesunder Lebensweise in Alltag durch **Lenkung** und **Wertschätzung**
- **T = Transfer:** **Sicherung** durch längere, **wiederholte Kontrolle** und **positive Verstärkung**

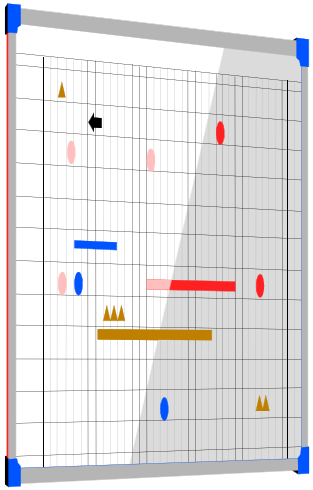


- ***Akuter Kontrollbefund*** = *Nur noch, allerdings wichtige* ***Nebenbedingung.***
- ***Eigentliche Zielgrößen*** = *Verlauf im Follow-up.*
- ***Overall-Indizes:*** *Neben wichtigen Einzelparametern „gesundheitliche Gesamtentwicklung“*

Ziel ~Findung, ~Vereinbarung, ~Annäherung ❻❼

Notwendig für **längerfristigen Erfolg:** **Kooperation zwischen Therapeut, Patient und Krankenkasse**

- **Ziel-Findung:**
  - *für Patienten aktiv durch **Brainstorming**,*
  - *herausfordernd als **Eustress**,*
  - *bewältigend durch **Verstehen** und **Erproben***
- **Ziel-Vereinbarung:**
  - *Patienten **beteiligen**,*
  - *kooperativ Ziele **modifizieren**,*
  - ***ermutigen** zu innovativen Ansätzen.*
- **Ziel-Annäherung:**
  - ***Reinforcement** durch enge Rückkopplung,*
  - ***Motivationssteigerung** durch belohnende Kontrolle,*
  - ***Stabilisierung** durch Wiederholung.*



Notwendig!

Hinreichend?

IV Lösungen (Beispiele für Nutzen)

Empirische Belege für Funktionieren von AIR + Potential ❶❷

Kneipp-Studie'93:

- <> Kosten-Nutzen nach gängigen Kriterien +
- <> Kosten-Nutzen nach erweiterten Kriterien ++
- <> Perspektivisches Potential +++

Skandinavien und teilweise Österreich:

- <> Belohnung von (Sekundär-) Prävention +.
- <> Kleine Strafe für chronische Sünden ++
- <> Akzeptanz in der Bevölkerung +++ .

Reha:

- <> **Konzentration auf Follow-up** holt **Patient** ins Boot und **reduziert Kosten** !!
- <> **Anerkennung von Patientenleistungen setzt neue Kräfte in ihm frei** !

Pflege:

- <> **Motivierung** und **Befähigung** sind auch bei Senioren noch nicht ausgereizt !!
- <> **Wertschätzung** und pos. soziales **Feedback**
  Ehrenamtliche Tätigkeiten (auch hausintern): !

IAS
Institut für angewandte Statistik

V: Diskussion und Ausblick

Praktische Umsetzung und Forschungsbedarf ❶❼

Praktische Umsetzung:

- **Pilotansätze** parallelisiert zu gängigen Verfahren
- **Praxisrelevanz und Ökonomie:** Messung durch validierte Schätzung ergänzen. Längere Kontrollzeiträume verwenden.

Forschungsaufgaben:

- **Paradigmenerweiterung** durch Einbeziehung psychologischer + psychosozialer Dimensionen.
- **Follow-up** als Kriterium, Multivariate Verlaufstests

Gesundheits-, speziell pflegepolitische Aufgabe:

- **Prüfung** Zusammenhang zwischen Therapie und altersgesunden Lebensjahren
- **Kostenverringerung** durch Analyse längerfristiger Entwicklungen

Generalthema „Gleichgewicht“ in der Gesundheits-, speziell Pflegepolitik:

Paradigmenwechsel leichter, wenn **Zusammenhänge** zwischen **Therapie-/Pflege-Alternativen** + **Gesundheitsentwicklung** analysiert und **Patienten / Öffentlichkeit** vermittelt werden.

Vielen Dank fürs Mitmachen und Zuhören!

IAS
Institut für angewandte Statistik