

Verein Sicherung des Friedens e.V.
Hanns-Seidel-Stiftung

München, 15. September 2014

Vortragsreihe 2014: „Frieden sicherer durch Wachstum, Wachstum, Wachstum?“
Referent: Prof. Dr. Rainer Pelka

„Mehr Prävention! Warum und wie?“
Vom Reagieren (Distress) zum Disponieren (Eustress)
Frieden sicherer durch Wachstum ohne Mehrkosten am Beispiel Gesundheitspolitik

Den vierten Vortrag der Reihe 2014 „Frieden sicherer durch Wachstum, Wachstum, Wachstum?“ hielt am 15. September 2014 Herr Univ.-Prof. Dr. Rainer Pelka, Jg. 1942, Universität der Bundeswehr München, Institut für Angewandte Statistik (IAS).

Prof. Dr. Pelka gliedert seinen durch eine Powerpoint-Präsentation illustrierten Vortrag mittels „(1) Problemstellung: Reaktives Medizinmodell (2) Analyse: Internationaler Vergleich (3) Neukonzept mit Paradigmenwechsel (4) Praktische Lösungsansätze (5) Diskussion und Ausblick“ und stellt einleitend fest, dass unbegrenztes Wachstum nicht realisierbar ist und der fortgesetzte Versuch dazu Risiken in sich birgt; zugleich Stillstand aber stets auch Rückschritt bedeutet. Er umschreibt die Begriffe „Distress“ mit negativem, krank machendem Stress, „Eustress“ hingegen als positiven, stimulierenden, beglückenden Stress.

1. Problemstellung: Reaktives Medizinmodell

Das heutige Gesundheitssystem in Deutschland ist *„perfekt reaktiv, weil systematisch und instrumentell innovativ.“* Es ist aber *„leider kaum präventiv, weil es primär an Akutkrankheiten der berufstätigen Bevölkerung ausgerichtet ist.“*

Die historischen Wurzeln dieser Ausrichtung reichen zurück bis zur Bismarck'schen Sozialgesetzgebung des späten 19. Jahrhunderts. Wesentlicher Nachteil des aktuellen Systems ist, dass es kostentreibend reagiert, da es primär auf akute Symptome chronischer Krankheiten (z.B. Schmerz, Funktionalität) ausgerichtet ist und bezüglich der chronischen Krankheit insgesamt weniger effektiv wirkt. Das deutsche Gesundheitssystem, so Pelka, „geht nicht wirklich an den Kern der chronischen Krankheitsentwicklung heran.“

Unser Medizinkonzept gründet auf dem Kausalmodell, das für (die meist eher jüngeren) Berufstätigen lange Zeit akzeptabel war, seit ca. 40 Jahren aber zunehmend Probleme bereitet. Im Einzelnen sind dies das unerwünscht starke Ansteigen der Gesundheitskosten, während die Lebenserwartung in D zwar steigt, jedoch nicht überdurchschnittlich, ferner die unterdurchschnittliche Entwicklung der sog. altersgesunden Lebenserwartung. „Das Paradigma *„Ohne Diagnose keine Therapie“*“, so Pelka, „behindert die Prävention.“

Erschwerend kommt hinzu, dass Kurzzeitbefunde zu wenige Informationen für nachhaltige Therapien liefern. Therapieerfolge werden jeweils zu bestimmten Endzeitpunkten gemessen. Daraus kann aber keine langfristige Wirkung abgelesen werden.

Der gegenwärtige gesundheitspolitische Lösungsansatz priorisiert die Bezahlung schwerer und damit zugleich in den allermeisten Fällen auch teurer Krankheiten, mit der Folge, dass zum einen leichte Krankheiten und deren Prävention in der Verantwortung des Versicherten bzw. Patienten

verbleiben, die damit weitgehend allein gelassen werden, zum anderen sich chronische Krankheiten wenig gesteuert entwickeln, bis sie schwere, teure Symptome zeigen.

„Dieser Lösungsansatz“, so Prof. Pelka, „ist asymmetrisch.“ Er belegt diese These mit verschiedenen Kosten bzw. Kosten-/Nutzenrelationen: Von 100 Euro Beiträgen zur Krankenversicherung fließen ca. 95 Euro in die Akuttherapie bzw. Pflege, 4,50 Euro in die Rehabilitation und nur 50 Cent in die Prävention. Der Referent verweist auf die Einschätzung von Fachleuten, demzufolge die Effektivität (im Sinne des Therapienutzens) von 1,00 Euro, der in Prävention investiert wird, 10 Euro entspricht, die für Reha und 100 Euro, die für Akuttherapie /Pflege ausgegeben werden. „Mit anderen Worten: Wir investieren v.a. in Bereiche, in denen die Kosten am höchsten und die Relation zum erzielten Nutzen am geringsten ist“, so Pelka.

Als weitere Paradoxa bezeichnet der Referent zum einen die Tatsache, dass das die Kosten des Gesundheitssystems in Deutschland fast ein Drittel des jährlichen Bruttoinlandsprodukts (BIP) ausmachen, die dem Gesundheitsministerium zur Verfügung stehenden Mittel aber nur ein Prozent des BIP betragen. Davon wird ein geringer Betrag für Prävention verwendet. Zum anderen fordern Politik und Gesellschaft, die Wirkungsforschung in der finanziellen Verantwortung der Pharmaindustrie zu belassen. Unabhängige Forschung, mit „bröckelnder“ Ausnahme an Uni-Kliniken, fehlt bereits heute weitgehend. Eine Präparate-unabhängige Forschung wird dadurch marginalisiert. Dies ist auch das Ergebnis einer Entwicklung der letzten Jahrzehnte, die eine Drittmittelfinanzierung (auch der Lehrstühle) fördert und immer stärker auch fordert.

Für den Referenten stellt sich die Frage, warum kein Versuch unternommen wird, den Zustand zu ändern, obschon dessen Mängel „offensichtlich“ sind. Ein Erklärungsansatz hierfür ist die verbreitete Befürchtung, das Missbrauchsrisiko bei leichten Krankheiten könnte steigen, da diese nicht so gut zu kontrollieren sind, wie z.B. die Krankschreibung wegen diffuser Kopfschmerzen. Prof. Pelka vertritt die Ansicht, dass aber die tatsächlich anfallenden Kosten verhinderbarer missbräuchlicher Krankmeldungen in Relation zu den Gesamtkosten gering sind. „Entgegen der landläufigen Meinung wird das Gesundheitssystem dadurch nicht erheblich belastet.“

Die vorherrschende ablehnende Grundeinstellung zur Finanzierung der Behandlung leichter Erkrankungen ist Folge unserer Arbeits- und Lebenskultur. Hinsichtlich der Prävention herrscht ein kritischer, fast spöttischer Konsens, der sich in Schlagworten wie „Morgens Fango, abends Tango“ oder „Urlaub auf anderer Leute Kosten“ manifestiert. Die geschilderten Befürchtungen wurden aber nie repräsentativ überprüft, die genannte Grundeinstellung nie hinterfragt. Das offenbart Misstrauen gegenüber dem mündigen Staatsbürger. Die These steigenden Missbrauchs ist ungeeignet, um als Begründung für ein Festhalten am derzeitigen System dienen zu können.

2. Analyse: Internationaler Vergleich

Kur und Reha sind typisch deutsche Maßnahmen. Allenfalls in Japan und Tschechien hat es annähernd ähnliche Bedeutung. In den USA ist Derartiges fast unbekannt. In Westeuropa scheint auch ohne Kuren und weniger Reha eine ähnliche Therapieeffizienz erreicht zu werden. Jedoch ist die geringe Selbstverantwortung ein Störfaktor eines Effizienznachweises, d.h. die gegenwärtigen Formen der Kur bzw. Reha haben – wegen Fehlens nachfolgender Verstärkung – oft kaum nachhaltigen Einfluss auf das präventive Verhalten. Erst recht nicht können die verwendeten Messverfahren deren Wirkungen abbilden, auch wenn sie bestehen sollten.

Im Kosten-Nutzen-Vergleich weisen die Gesundheitssysteme in Europa (ohne Großbritannien und Skandinavien) nur geringe Unterschiede auf. Gesundheitliche Selbstverantwortung in der EU ist intentional sogar noch geringer als in Deutschland, wo "zumindest die Idee besteht, dass der Mensch gesundheitliche Eigenverantwortung trägt." Im staatlichen Gesundheitssystem Großbritanniens sind die Kosten heute fast gleich hoch wie in Deutschland, der Anstieg des Verhältnisses von Gesundheitskosten zum BIP ist verglichen mit den Bedingungen vor 30 Jahren deutlich größer, die Effizienz aber nicht höher. Auch im privaten Gesundheitssystem der USA sind die Kosten viel höher, der Anstieg viel größer, die Effizienz geringer. Selbstverantwortung ist im Mittel geringer als bei uns, aber sehr heterogen, in der gehobenen Mittelschicht vorhanden, beim Rest der Bevölkerung eher nicht.

Vor diesem Hintergrund formuliert Prof. Pelka die These, "dass Selbstverantwortung die Therapie-Effizienz erhöht, und Verstärkung gesundheitspositiven Verhaltens durch Belohnung diese Selbstverantwortung fördert." Er bedauert, dass Selbstverantwortung im heutigen Gesundheitssystem, sowohl auf nationaler Ebene als auch im internationalen Vergleich außer Skandinavien nur eine geringe Rolle spielt. Die wenigen gesundheitspolitischen Ansätze zur Prävention sind auch häufig noch kontraproduktiv. Beispielsweise verbrauchen die gegenwärtigen Anti-Rauch-Kampagnen in Deutschland ungefähr 50 Prozent des gesamten Budgets, das für Prävention zur Verfügung steht, die Kampagnen selbst sind aber "bislang langfristig kaum zielführend", eine unabhängige Analyse zu den Gründen fehlt.

Der Referent verweist exemplarisch auf zwei Befunde, die die Kosten/Nutzen-Relation ggw. Gesundheitsinvestitionen in einem kritischen Licht erscheinen lassen: In den USA sind die Menschen kränker und sterben jünger als in anderen Industrienationen (*World & Press, April 2013*) und: In der EU (ohne Skandinavien) ist trotz Steigerung der Lebenserwartung die sog. Gesunde Lebenserwartung in den vergangenen 30 Jahren kaum gestiegen (*Preussker 2012*).

Für viele der zahlreichen Zuhörer überraschend war der Hinweis Prof. Pelkas, dass die gesamtgesellschaftlichen Kosten mit steigender Lebenserwartung nicht notwendig ansteigen. Er erläutert dies anhand eines Säulendiagrammes, das die mittleren Krankheitskosten pro Person und Jahr in TEUR bei den Altersgruppen ab 60 Jahren abbildet. Demnach liegen die Kosten im Sterbejahr bei der Gruppe der 60 – 64 Jährigen bei 89 TEUR, um bei den 75 bis 79 Jährigen auf 46 TEUR und schließlich bei den 95+Jährigen auf 11 TEUR p.a. zu fallen. Bei den Überlebenden der jeweiligen Altersgruppen steigen die mittleren Krankheitskosten zwar an, jedoch deutlich moderater (von 3,6 TEUR bei 60-64 J. auf 7,7 TEUR bei 95+). Als Erklärung für die hohen Kosten bei der jüngsten betrachteten Altersgruppe (60-64) nennt er beispielhaft kostenintensive Krebstherapien selbst bei infauster Prognose, um "irgendetwas zu tun, oft ohne aber wesentliche Verbesserungen der Lebensqualität oder eine relevante Lebenszeitverlängerung zu erzielen."

Auch medizinische Innovationen sind per se nicht kostentreibend, denn die Mehrkosten durch neue Diagnoseverfahren und Therapien entsprechen den durch Technologie und Verbesserung der Ablauforganisation bedingten Einsparungen. Trotzdem, so Prof. Pelka unter Bezug auf *Hajen* (2009), sind (weitere) Einsparpotentiale vorhanden, wenn geeignete gesundheitspolitische Anreize gesetzt werden. Explizit weist Prof. Pelka auf die "unerlässliche" Bedeutung Ehrenamtlicher und pflegender Angehöriger hin, ohne deren Einsatz die Kosten im Gesundheitswesen noch viel höher wären.

Der Vergleich zwischen Skandinavien und dem Rest Europas belegt Prof. Pelkas zweite These. Denn er zeigt, dass "*Reinforcement*" (Begriff nach *Skinner*: Positive Verstärkung belohnter Verhaltensweisen) die Selbstverantwortung verbessert. Selbstverantwortung wiederum steigert die Effizienz von Therapien. In Skandinavien belief sich der Anstieg der Kostenquote, definiert als das Verhältnis der Gesundheitsausgaben zum BIP, im Zeitraum 1980 bis 2010 auf ein Drittel des Vergleichswertes der EU und auf nur ein Neuntel des Vergleichswertes der USA. Der erzielte Nutzen - Indikator ist hier die altersgesunde Lebenserwartung der 65jährigen - ist dort fast doppelt so hoch wie in der sonstigen EU. Und die Akzeptanz in der Bevölkerung war und ist – für viele hiezulande überraschend – unerwartet gut. Selbstverantwortung wird in Skandinavien seit mehr als 30 Jahren belohnt. Die Menschen (obschon in einzelnen skandinavischen Ländern unterschiedlich stark) akzeptieren deren Belohnung und übernehmen tatsächlich mehr Selbstverantwortung in ihrem Gesundheitsverhalten.

3. Neukonzept mit Paradigmenwechsel

Prof. Pelka fordert einen, so wörtlich, "*Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen*" und skizziert im folgenden die sog. "*Aktivierende System Therapie*" (AST). AST, so der Referent, stützt Systemprozesse durch Rückkoppelung des Verhaltens und verbessert Ergebnis und Bewertung bei Patient, Leistungsträger und Kostenträger. Der Verlauf der Therapie wird als Zielkriterium mit hoch skalierten Variablen definiert und erlaubt eine effiziente Kontrolle bei hoher Gültigkeit. Der erforderliche Aufwand für Kontrolle und Korrektur wird dadurch reduziert.

Prof. Pelka fordert, für die Evaluation chronischer Entwicklungen andere methodische Ansätze als bisher zu finden und anzuwenden. Der gegenwärtige "Goldstandard" der Methodologie ist zum einen der Kontrollierte Versuch. Dieser ist als Zeitpunkt bezogenes Testverfahren zur Erfassung von Verlaufseffekten nur für kurze Kontrollintervalle geeignet. Die Kontrollphase beträgt bei Akuttherapien in den meisten Fällen nur vier bis acht Wochen. Zunächst äquivalente Ausgangsgruppen können sich aber nach Behandlungsende höchst unterschiedlich entwickeln. Bis dahin belegte Therapieeffekte können ebenso verschwinden, wie Therapien mit vermeintlich äquivalenten Ergebnissen später veritable Differenzen generieren können.

Insofern ist die *Evidenced based Medicine* (EbM), die Evidenz basierte Medizin, die, so der Vortragende, "vor ca. 10-15 Jahren Maßstab der Dinge wurde", zur Bewertung der Wirksamkeit einer Therapie bei chronischen Krankheitsprozessen nur bedingt geeignet, noch weniger zur Entwicklung geeigneter Therapien „*chronischer Gesundheit*“. Verbesserungspotential mit Blick auf den Status quo bietet die Kombination kontrollierter Versuchsanordnungen mit Metaanalysen weiterer Untersuchungen wie bei AST. Dessen zentrales Werkzeug ist AMIT.

A = **Analyse**: Der Schwerpunkt liegt auf dem Follow-Up (Phase nach der eigentlichen Therapie)

M = **Medizinische** Therapie. Die einzelnen Therapiemaßnahmen werden nach vorausgehender, kooperierender Ist-Soll-Analyse zwischen Patient und Arzt priorisiert.

I = **Integration** gesunder Lebensweise in den Alltag durch Steuerungskontrolle und Motivationsstärkung.

T = **Transfer** durch länger dauernde Kontrolle und positive Verstärkung zur Sicherung gesunder Lebensweise.

Bei Akzeptanz des Modells AST ergeben sich verschiedene Konsequenzen: Die eigentlichen Zielgrößen beziehen sich auf den Verlauf im Follow-Up; ein akuter Kontrollbefund, z.B. zum Zeitpunkt der Entlassung aus stationärer Behandlung ist nur noch Nebenbedingung; neben wichtigen Einzelparametern (z.B. Blutdruck) werden Indizes der gesundheitlichen Gesamtentwicklung berücksichtigt.

Notwendige Grundvoraussetzung für einen längerfristigen Therapieerfolg ist in jedem Fall eine Kooperation zwischen Therapeut, Patient und Krankenkasse. Dieses Zusammenwirken beinhaltet zunächst die Ziel-Findung. Sie erfolgt in einem gemeinsamen Brainstorming mit dem Patienten und stellt für ihn eine Eustress-Situation dar, die es zu verstehen und zu erproben gilt. Auch bei der Ziel-Vereinbarung ist der Patient zu beteiligen, d.h. Ziele kooperativ modifizieren und den Patienten zu innovativen Ansätzen ermutigen. Ziel-Annäherung, nicht zwingend Ziel-Erreichung, erfolgt auf dem Wege des Reinforcement (vgl. B.F. Skinner), als Motivationssteigerung durch belohnende Kontrolle und Stabilisierung erwünschten Verhaltens durch Wiederholung.

4. Praktische Lösungsansätze

Empirische Belege für das Funktionieren von AST im Sinne günstiger Kosten-Nutzen-Relationen, sind, so Prof. Pelka "nur wenige vorhanden. Es sind aber vielversprechende Ansätze, die es weiter zu verfolgen gilt." Er nennt explizit die *Kneipp-Studie '93* aus dem Jahren 1993-96. Diese weist eine *Signifikanz* (5%) hinsichtlich der Kosten-Nutzen-Relation nach gängigen Kriterien, eine *hohe Signifikanz* (1%) nach erweiterten Kriterien und hinsichtlich des perspektivischen Potentials eine *sehr hohe Signifikanz* (0.1%) zugunsten des Kneipp'schen "5-Säulen-Konzeptes" auf (s. Pelka et al.1999).

Befunde aus Skandinavien und teilweise auch Österreich belegen die Wirksamkeit einzelner Komponenten von AST, u.a. "Belohnung von (Sekundär-)Prävention" (Signifikanz), "Kleine Strafen für chronische Sünden" (mit hoher Signifikanz) und "Akzeptanz in der Bevölkerung" (sehr hohe Signifikanz).

Die „Aktivierende System Therapie“ bietet neue Chancen für die therapeutische Praxis. Bei chronischen Krankheiten bietet die Konzentration auf das Follow-Up die Chance, den "Patienten ins Boot zu holen" und die Gesamtkosten zu reduzieren. Die Anerkennung von Patientenleistungen setzt neue Kräfte bei ihnen frei.

Hinsichtlich älterer Mitbürger reift die Erkenntnis, dass auch bei Pflegesenioren Motivierung und Befähigung noch längst nicht ausgereizt sind. Ehrenamtliche Tätigkeiten vermitteln ihnen zusätzlich das Gefühl, noch gebraucht zu werden, und lösen immer wieder ein positives Feedback des sozialen Umfeldes zu ihren Gunsten aus. Zudem ist das Ehrenamt BIP-relevant (vgl. 2).

Die Verzahnung von Theorie und Praxis ist voranzutreiben: Pilotansätze sind parallel zu gängigen Verfahren einzusetzen; alle Verfahren müssen validiert, sprich auf ihre Gültigkeit geprüft, vorhandene und innovative Ansätze vergleichend analysiert werden. Messungen müssen (auch aus ökonomischen Gründen) durch validierte Schätzungen ergänzt und längere Kontrollzeiträume gewählt werden. Forschungsaufgabe wird sein, durch wettbewerbsorientierte Projekte die Generalisierbarkeit vorhandener Ergebnisse zu belegen und bestehende Paradigmen durch Einbeziehung psychologischer und psycho-sozialer Dimensionen zu erweitern.

Gemeinsame gesundheitspolitische Aufgabe bleibt der Diskurs zwischen Gesundheitspolitik und Wissenschaft, die Prüfung des - kaum erforschten- Zusammenhanges zwischen Therapie und Altersgesunder Lebenserwartung sowie die Kostenkontrolle längerfristiger Entwicklungen.

5. Diskussion und Ausblick

Das bestehende Gesundheitsmodell ist zu erweitern, "*Gleichgewicht des Gesundheitssystems*" wird das Generalthema in der Gesundheitspolitik werden. "*Gleichgewicht*" beinhaltet verschiedene Aspekte, u.a. die zeitliche Stabilität der altersgerechten Gesundheit, ganzheitliche Betrachtung des menschlichen Organismus, nicht nur einzelner Organe oder Funktionen, sowie die Notwendigkeit der Einbeziehung sowohl medizinischer als auch psychologischer und sozialer Faktoren. Schließlich müssen Patient, Leistungs- und Kostenträger als ein Gesamtsystem betrachtet werden.

Ein Paradigmenwechsel ist um so rascher möglich, je deutlicher Zusammenhänge empirisch gesichert zwischen Therapie-Alternativen und nachfolgender Gesundheitsentwicklung analysiert und die dabei gewonnenen Erkenntnisse den Patienten und der Öffentlichkeit vermittelt werden. Erst der Übergang vom bloßen Reagieren (*Distress*) zum Disponieren (*Eustress*) schafft allen Beteiligten neue Freiräume und Freiheit.

Pelka schlägt abschließend den Bogen zum diesjährigen Rahmenthema der Vortragsreihe "*Frieden sicherer durch Wachstum?*": Vor allem der innere Frieden könnte sicherer werden, wenn Wachstum in der Gesundheitspolitik hinsichtlich des postulierten Paradigmenwechsels primär substitutiv und qualitativer Art und damit eher kostenneutral wäre, eine positive Gesundheitsentwicklung ähnlich wie in Skandinavien für alle sichtbar, und die finanzielle Entlastung der Bürger für sie spürbar wäre.

Der Referent hat vor Beginn des Vortrages einen Fragebogen verteilen lassen, den er nun gemeinsam mit dem Auditorium auflöst. Jeder Teilnehmer sollte ankreuzen, ob er die betreffende Aussage für richtig oder falsch hält. Falls er glaubte, dass die Aussage weder richtig noch falsch ist oder unsicher war, sollte er „?“ anzukreuzen.

1 Unser Gesundheitssystem (= GS) gehört zu den besten der Welt. Kostensteigerungen sind unvermeidlich, weil die Menschen älter werden, und der technische Fortschritt seinen Preis hat.

richtig	?	falsch
---------	---	--------

2 Für weitere Verbesserungen im GS ist weiteres Wirtschaftswachstum notwendig.

richtig	?	falsch
---------	---	--------

3 Um die Kosten im GS unter Kontrolle zu behalten, müssen wir leichtere Krankheiten, v.a. aber Prävention eigenverantwortlich betreiben und selbst finanzieren.

richtig	?	falsch
---------	---	--------

4 Pharmafirmen sollten die Hauptkosten der Gesundheitsforschung finanzieren, denn sie verdienen ja auch am meisten daran.

richtig	?	falsch
---------	---	--------

5 Mit kontrollierten Studien und Evidenz basierter Medizin (EbM) als Goldstandard der Therapiekontrolle hat die moderne Medizin Zeichen gesetzt. Ein auch teilweiser Verzicht darauf würde der Scharlatanerie wieder Tür und Tor öffnen.

richtig	?	falsch
---------	---	--------

6 Für die Therapieauswahl sind die Ärzte zuständig, der Patient weiß nicht, welche Therapie wirklich gut für ihn ist.

richtig	?	falsch
---------	---	--------

7 Medizin mit psychologischen Ansätzen zu verknüpfen ist unzweckmäßig, denn die jeweiligen Therapiestandards haben kaum wirklich etwas miteinander zu tun.

richtig	?	falsch
---------	---	--------

Die "Leitungslösung" sieht bei allen Aussagen als zutreffende Antwort "falsch" vor. Bei 1, 3 und 5 trifft auch „?“ zu.

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. Rainer B. Pelka, Institut für Angewandte Statistik (IAS), Postfach 1150, 85774 Unterföhring. Mail: rainer@pelka-muenchen.de.

Protokoll: Dipl.-Staatswissenschaftler Univ Jörg Raab (29.09.14)

Pelka korrigiert und autorisiert am (06.10.14); an Herrn Peter Bartsch geschickt am 08.10.14