Versorgungsmanagement:

Zum Stand der Präventionspolitik

Die derzeitigen Debatten in der Gesundheitspolitik werden stets mit Blick auf die Einnahmen- und Ausgabenseite des Gesundheitswesens geführt. Im Fokus sollte jedoch vielmehr das erklärte EU-Ziel „Steigerung gesunder Lebensjahre" stehen. Aufgabe der Politik ist es, Prävention und Gesundheitsförderung zur vierten Säule des Gesundheitssystems auszubauen. Hierbei muss den Ansätzen in Lebenswelten eine herausragende Rolle zukommen. Gesundheit sollte als Querschnittsaufgabe in alle Politikbereiche implementiert werden. Unser Nachbarland zeigt mit seiner Stiftungslösung „Gesundheitsförderung Schweiz", wie der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe erfolgreich nachgekommen werden kann. Diesem Positivbeispiel sollte Deutschland folgen. Auch hierzulande gibt es bereits eine Reihe guter Maßnahmen, Ansätze, Praxisbeispiele sowie zahlreiche Akteure auf dem Feld der Gesundheitsförderung. Es fehlt jedoch an einer strategischen Ausrichtung, an der Zielorientierung, Vernetzung, flächendeckender Umsetzung sowie deren Evaluation. Ein institutionelles Design in Form eines Public-Health-Instituts ist notwendig.

Summary

- Die Politik hat zu lange den Anstieg chronisch-degenerativer Erkrankungen ignoriert.
- Verhaltensorientierte Präventionsangebote sind häufiger, obwohl weniger effektiv als lebensweltbezogene Ansätze.
- Die Prävention in Settings ließ bisher die Vereine außer Acht, obwohl über 60 Prozent der Deutschen Mitglied eines Vereins sind.
- Sportvereine wären geeignete Anlaufstellen, um Kurgästen und Reha-Patienten Gesundheitsangebote an ihrem Heimatort bereitzustellen.
- Die Bundesregierung hat eine umfassende Präventionsstrategie angekündigt, bisher jedoch ist nichts passiert.

>> „Wenn ich krank werde oder sterbe, dann passiert das eben. Ich kann es nicht beeinflussen." Dieser Aussage stimmte mehr als die Hälfte der Befragten einer aktuellen Studie der Sporthochschule Köln zu. Ein weiteres Ergebnis: Nur 14 Prozent der Deutschen leben rundum gesund (DKV/Zentrum für Gesundheit der Deutschen Sporthochschule Köln (DSHS) 2010: 22). Haben sämtliche Präventionsmaßnahmen, Kampagnen, Initiativen in Deutschland versagt? Wie kann es sein, dass mehr als die Hälfte der Teilnehmer einer repräsentativen Umfrage das Schicksal für die eigene Gesundheit und Lebensdauer verantwortlich machen und somit eine eigentlich vollkommen überholte Schicksalstheorie (bspw. Faltermeier 2002) vertreten? Dieses Ergebnis ist mehr als bedenklich und kann nur als Aufforderung verstanden werden, dringend zu handeln.

Gesundheit als Prozess

Mittlerweile ist es vielfach belegt, dass der Grad an Gesundheitsbewusstsein (darunter auch das Bewusstsein über die Beeinflussbarkeit der Gesundheit durch eigenes Tun) mit der objektiv messbaren Gesundheit zusammenhängt, von wirksamen Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung einmal ganz zu schweigen (bspw. Bandura 2010 oder Steinmann 2005). Häufig ist die Rede von Gesundheit als einem Kapital des Lebens. Nach dieser Auffassung wird einem die Gesundheit in die Wiege gelegt und ab diesem Zeitpunkt verwaltet. Dem muss entschieden widersprochen werden. Gesundheit ist kein einmal erworbenes Gut, das nach und nach – beim einen schneller als beim anderen – abgetragen wird. Vielmehr ist Gesundheit ein Prozess, den man durch die eigene Lebensweise, das eigene Verhalten maßgeblich beeinflussen kann (insb. Antonovsky 1979). So kann jeder Einzelne jeden Tag etwas für seine eigene Gesundheit tun. Nicht umsonst besteht national wie international Konsens darüber, dass ein hohes Maß an Gesundheit und Lebensqualität nicht nur für die Einzelperson essenziell ist, sondern sogar für das Funktionieren ganzer Gesellschaften (bspw. Europäischer Rat 2000).

Explosion von Volkskrankheiten

Dank moderner Technik und verbesserter Lebensverhältnisse werden die Menschen hierzulande immer älter; durchschnittlich „um zwei bis drei Jahre pro Dekade", prognostizieren Forscher des Max-Planck-Instituts für demografische Forschung (2007: o.S.). In der Natur der Sache liegt es, dass damit auch der Bedarf an medizinischen und pflegerischen Leistungen wächst. Mit den Veränderungen der Lebensbedingungen sowie dem demografischen Wandel hat sich auch das Krankheitspanorama verändert, und zwar weg von Infektionskrankheiten und hin zu oft sehr kostenintensiven chronisch-degenerativen Erkrankungen (Busse/Riesberg 2005). So sind 86 Prozent der Todesfälle und 77 Prozent der Krankheitslast in Europa verursacht durch nicht übertragbare Krankheiten (WHO 2010: 3). Hierunter sind sämtliche, auch als Volkskrankheiten bezeichnete, Krankheiten zu verstehen, beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, psychische Störungen, Diabetes Typ II, Atemwegserkrankungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen. Zum Vergleich: International verursachen diese Erkrankungen nur 50 Prozent der Krankheitslast. Gewissermaßen steht Europa somit vor einem Luxusproblem, denn es ist bekannt, dass ein Großteil dieser nicht übertragbaren Krankheiten durch die Lebensführung beeinflussbar ist.

Einsparpotenzial der Prävention

Mit der hohen Krankheitslast gehen auch hohe und teils vermeidbare Kosten einher. Etwa die Hälfte der Krankheitskosten von 254,3 Milliarden wurde im Jahr 2008 hierzulande von nur vier Krankheitsklassen verursacht. Mit 37 Milliarden Euro verursachten Herz-Kreislauf-Leiden den größten Anteil; gefolgt von Krankheiten des Verdauungssystems mit 34,8 Milliarden Euro. Die psychischen und Verhaltensstörungen mit 28,7 Milliarden Euro sowie die Muskel-Skelett-Erkrankungen mit 28,5 Milliarden Euro stellten ebenfalls große Ausgabenposten dar (Statistisches Bundesamt 2010). Auffällig ist, dass es sich hierbei um Krankheitsklassen handelt, deren Ausmaß und Auftretenszeitpunkt stark beeinflussbar sind – durch den Lebensstil aber auch durch verhältnispräventive Maßnahmen. Die durch solche Interventionen vermeidbaren Kosten sind nur schwer zu beziffern, das Einsparpotenzial also unbekannt. Gern zitiert wird ein Bericht des britischen Unterhauses, nach denen allein durch „falsche" Ernährung und dadurch entstehende Folgeerkrankungen in Deutschland jedes Jahr etwa 70 Milliarden (!!!) Euro Kosten entstehen und letztlich vermieden werden könnten (bspw.

Künast 2004). Der eklatante Zusammenhang von Gesundheitsverhalten, Erkrankungen und Folgekosten ist der Fachwelt durchaus bekannt; die Umsetzung in die Praxis hingegen unzulänglich, wie das Ergebnis der zu Beginn des Artikels zitierten Studie der Sporthochschule Köln verdeutlicht.

EU-Ziel: Steigerung gesunder Lebensjahre

Die zentrale Frage lautet: Wie können insbesondere chronische Erkrankungen verhindert, verkürzt oder hinausgezögert werden? Ziel ist also die Steigerung gesunder Lebensjahre („healthy life years"). Dieser Faktor beschreibt, wie viele Jahre eine Person ab Geburt wahrscheinlich ohne Aktivitätseinschränkungen zu leben hat. Damit wird die Lebenserwartung mit der Lebensqualität zusammengenommen und gilt in der EU als ein wichtiger Indikator für die Überwachung der Gesundheit als Produktivitäts- und Wirtschaftsfaktor eines Landes. Die Steigerung gesunder Lebensjahre ist ein erklärtes EU-Ziel. Das in der Lissabon-Strategie festgehaltene Ziel der erhöhten Wettbewerbsfähigkeit wird hierdurch verfolgt, da gesunde Personen zum einen das Arbeitskräftepotenzial stärken und zum anderen die soziale Sicherungssysteme entlasten (Europäischer Rat 2000). Ziel ist ein „lebenszyklusorientiertes Gesundheitskonzept", welches bereits bei den Kindern ansetzt, um die Anzahl gesunder Lebensjahre zu steigern. Auch die direkten Gesundheitsausgaben werden in einem hohen Maße durch die Anzahl gesunder Lebensjahre bestimmt (Scheftlein 2008).

Zukunftssicherung des Gesundheitssystems

Zu lange hat die Politik die Augen vor dem demografischen Wandel verschlossen, zu lange wurde der Anstieg chronisch-degenerativer und damit teurer Erkrankungen ignoriert. Wir werden uns der Herausforderung stellen müssen, unser Gesundheitssystem zukunftssicher zu machen und eine nachhaltige Finanzierung zu garantieren (bspw. Busse/Riesberg 2005). Dies kann zwar auch durch die Erhöhung von Beitragssätzen, die Einführung von Zusatzbeiträgen oder Leistungskürzungen und damit zu Lasten der Versicherten erfolgen. Nachhaltig wird es dadurch nicht. Das enge Korsett der Kassen darf aber nicht dazu führen, dass weiterhin an falscher Stelle gespart und die Krankheitslast in die Zukunft verschoben wird. Der bessere Weg ist also dafür zu sorgen, dass die hohen Krankheitskosten erst gar nicht entstehen. Prävention und Gesundheitsförderung sind hierzu die Mittel der Wahl.

Stiefkind Prävention

Eine Binsenweisheit ist, dass die Gesunderhaltung ein zentrales Thema der künftigen Gesundheitspolitik sein muss. Aber nach wie vor legt das Gesundheitssystem vor allem Wert auf die Behandlung von Krankheiten. Fast 3.000 Euro pro Versicherten und Jahr wenden die Kassen dafür auf (BMG 2010). Für Prävention hingegen sollen nicht mal 5 Euro ausreichen? Die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V machen nach Angaben der Gesetzlichen Krankenversicherung mit 311 Millionen Euro nur einen Promilleteil der Kassenausgaben aus (MDS/GKV-Spitzenverband 2010: 9). Die seit Jahren immer wieder gestellte Forderung, die Prävention als gleichberechtigte vierte Säule unseres Gesundheitssystems neben Kuration, Pflege und Rehabilitation zu etablieren, ist nicht ansatzweise erfolgt. Im Gegenteil: Erzielt ist bislang nicht mehr als der berühmte Tropfen auf den heißen Stein (bspw. SVR 2007).

Was ist zu tun?

Die Forderungen, Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken ist die eine Seite. Die andere ist die Frage: Wie geht man denn tatsächlich vor, um möglichst viele gesunde Lebensjahre in einer Gesellschaft zu erreichen? Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention werden im Grundsatz bekanntlich unterschieden zwischen individuellen und lebensweltbezogenen Maßnahmen. Die erstgenannten Aktivitäten setzen vor allem am Gesundheitsverhalten einer Person an. So sollen Risikoverhalten vermieden und gesundheitsförderliche Verhaltensweisen gestärkt werden, zum Beispiel durch Gesundheitskurse, Verhaltenstrainings etc. Lebenswelt- oder umweltbezogene Maßnahmen zielen hingegen auf eine Umstrukturierung und Verbesserung der Lebensbedingungen ab; hier sollen die Verhältnisse, in denen Menschen leben, gesundheitsfördernd gestaltet werden. Beispiele für diese Lebenswelten, auch Settings genannt, sind Kindertageseinrichtungen (KiTas), Kommunen, der Arbeitsplatz oder auch Vereine (bspw. Rosenbrock/Gerlinger 2006; Naidoo/Wills 2003).

Die individuellen und vorwiegend verhaltensorientierten Angebote sind – bei Betrachtung der Ausgaben insgesamt sowie je Versicherten – stark überrepräsentiert, obwohl sie weniger effektiv sind als die lebenswelt- bzw. verhältnisbezogenen Ansätze. Der durch die Individualangebote erwartete Marketingeffekt für die Krankenkassen erscheint den Anbietern oft wichtiger zu sein als der erzielbare Gesundheitseffekt. Mit den Ausgaben von 4,44 Euro je Versicherten wurde der Richtwert der GKV-Ausgaben für Primärprävention und Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V insgesamt zwar deutlich überschritten. Mit nur 0,27 Euro je Versicherten werden die angestrebten 0,50 Euro je Versicherten für Settingausgaben jedoch gerademal zur Hälfte erreicht (MDS/GKV-Spitzenverband 2010: 23).

Gesunde Lebenswelten

In sämtlichen Bestrebungen zur politischen Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung wird der Settingansatz – erstmals erwähnt in der Ottawa-Charta der WHO (1986) – gefordert. In der Umsetzung durch die Gesetzliche Krankenversicherung werden sowohl nicht-betriebliche Settings wie Kindertagesstätten, Schulen und Kommunen als auch betriebliche Settings berücksichtigt. In Hinsicht auf die internationale Sichtweise der Weltgesundheitsorganisation, die den Lebensweltansatz fordert, sind mit den oben genannten Bereichen bereits wesentliche Lebenswelten berücksichtigt. Bezieht man dies jedoch auf Deutschland, lässt sich feststellen, dass ein anderer wesentlicher Bereich außer Acht gelassen wurde: die Vereine. Schätzungsweise sind mehr als 60 Prozent der Deutschen in mehr als einer halben Million eingetragener Vereine organisiert. Allein dieses spricht schon für die Einbeziehung dieser Form gesellschaftlichen Lebens. Aber noch mehr spricht dafür, wenn man bedenkt, dass ein Großteil dieser Vereine einen sportlichen Hintergrund und in den häufigsten Fällen auch einen direkten Gesundheitsbezug hat; allein der Deutsche Olympische Sportbund zählte in seiner letzten Statistik 27,5 Millionen Mitglieder (DOSB 2008). Neben den gesundheitsfördernden Einflüssen, die das Vereinsleben durch soziale Netzwerke (Stichwort „Sozialkapital") mit sich bringt, ist dies DER ORT, an dem aktiv Prävention und Gesundheitsförderung betrieben werden können. Diese Rolle der Vereine stärker als bisher zu unterstützen, muss auch Aufgabe der (Gesundheits-)Politik sein; ihr gebührt im Rahmen der Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung eine besondere Aufmerksamkeit! Wie die Vereinslandschaft ist auch das deutsche Kur- und Heilbäderwesen ein

Lebensbereich, der maßgeblich und aktiv an der Gestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung beteiligt ist. Auch sie stellen eine deutschlandspezifische und eine gewachsene Struktur dar, die es als Alleinstellungsmerkmal in besonderem Maße zu stärken gilt. Vorrang bei diesen Bestrebungen muss die systematische Vernetzung von Kur und Reha mit dem Alltag haben. Werden in der Zeit des Aufenthaltes gesunde Verhaltensweisen erlernt und auch als durchaus positiv und wohltuend empfunden, verfallen viele Personen in die alten Verhaltensmuster zurück, sobald sie wieder im Alltag angelangt sind. So besteht ein Problem der stationären Kur- und Reha-Aufenthalte in der mangelnden Nachhaltigkeit (bspw. Klein-Lange et al. 2003). Ziel sollte es sein, den Kurgästen und Reha-Patienten Gesundheitsangebote an ihrem Heimatort bereitzustellen, um eine gewisse Nachhaltigkeit zu erzielen; Sport- und Gesundheitsvereine sind hier besonders geeignete Anlaufstellen.

Mehr Mittel für Präventionsforschung

Ein Kernproblem der Prävention ist der Nutzennachweis. Die Kosten für Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention fallen jetzt und heute an, während der zu erwartende Nutzen erst in der Zukunft sichtbar wird. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis ist also schwierig zu messen (Plamper et al. 2009). Naturgemäß erscheinen Investitionen, die einen schnellen und kurzfristig sichtbaren „Return on Investment" (ROI) versprechen, als lukrativ und vor allem gut kommunizierbar. Insbesondere in der Politik ist es – gerade in Zeiten leerer Kassen – nur schwer vermittelbar, für Prävention und Gesundheitsförderung hohe Ausgaben zu veranschlagen, wenn diese erst langfristig – und möglicherweise erst nach Ablauf der eigenen Amtszeit – den gewünschten Erfolg bringen. Aber auch die Erfolgsmessung selbst ist schwierig; die Studienlage unzulänglich (SVR 2002). Sprichwörtlich beißt sich hier die Katze in den Schwanz: Auf der einen Seite werden Wirksamkeitsnachweise gefordert, auf der anderen Seite ist kaum jemand dazu bereit, diese zu finanzieren. Das muss sich ändern. Denn zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung gehört auch, dass endlich ausreichend Forschungsgelder in die Hand genommen werden: Forschungen im Präventionsbereich müssen also ausgebaut und notwendige Finanzmittel zur Verfügung gestellt werden. Die Schieflage in der Ressourcenverteilung zugunsten klinischer Forschung muss endlich beseitigt werden (Schmacke 2009). Dennoch: einige Untersuchungen gibt es. Nach einer Studie aus der Schweiz wurde beispielsweise im Bereich der Tabakprävention ein ROI der Präventionsausgaben bis zu 48; in der Alkoholprävention bis zu 29 gemessen (Fueglister-Dousse et al. 2009: 12). Ein Großteil des ökonomischen Nutzens ist auf die vermiedenen Kosten in Folge nicht benötigter medizinischer Leistungen zurückzuführen. Neben dem hohen intangiblen Nutzen für den Einzelnen, können aber auch andere Zweige auf einen enormen monetären Nutzen hoffen. Dieser kann sich in unterschiedlicher Weise niederschlagen. Zum einen sind da die Sozialversicherungsträger, die von Senkungen des medizinischen Behandlungsbedarfes und damit verbundenen verminderten Krankheitsausgaben, weniger Frühberentungen, Unfällen und einer geringeren Pflegebedürftigkeit profitieren. Zum anderen sind Unternehmen als Nutznießer anzuführen; gerade im betrieblichen Setting werden mit einem Verhältnis von sogar bis zu 1:10 äußerst günstige Kosten-Nutzen-Relationen präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen berichtet (Kreis/Bödeker 2003: 34). Neben diesem unternehmerischen Nutzen durch eine höhere Produktivität infolge weniger Ausfälle auf der einen und der höheren Arbeitsmotivation auf der anderen Seite profitiert hiervon auch die Volkswirtschaft eines Landes.

Institut für Public Health

In Deutschland fehlt eine Struktur, die es bereits in vielen anderen Ländern seit Jahren gibt: ein Institut für Public Health. Benötigt wird eine Stelle, die nicht nur epidemiologische Daten verwaltet, sondern auch Forschungsaktivitäten bündelt und die systematische Evaluation und Qualitätssicherung flächendeckender Präventionsprogramme leistet.

Gesundheitsförderung und Prävention werden hierzulande in einer nicht überschaubaren Anzahl von Projekten gelebt und sind auch in zahlreichen Gesetzen verankert. Es gibt jedoch leider keinerlei systematische Übersicht, welche die Aktivitäten von Bund, Ländern, Kommunen, Sozialversicherungen, Stiftungen und zivilgesellschaftlichen Akteuren darstellt. Lediglich gibt es eine Übersicht, die die Präventionsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung darstellt. Längst überfällig ist es also, mittels eines Präventionsberichts Transparenz über das Geschehen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland zu schaffen.

Vernetzung und Kooperation

Ein weiteres Problem der Präventionslandschaft in Deutschland ist die fehlende Vernetzung der Akteure. Gesundheitsförderung und Prävention sind essenzielle Themen nicht nur der Gesundheitspolitik, sondern auch der allgemeinen Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik. Als solche müssen sie auch behandelt werden. Letztendlich muss der Staat die Rahmenbedingungen bieten, damit sich das Individuum eigenverantwortlich und gesundheitskompetent verhalten kann und gesunde Lebenswelten schaffen. Die Anbieter sind über die öffentliche Hand hinaus Stiftungen, Verbände, Vereine etc. Die Träger der Angebote sind ebenfalls auf den verschiedensten Ebenen zu finden; den größten finanziellen Anteil übernehmen bislang die Sozialversicherungsträger, insbesondere die Gesetzliche Krankenversicherung.

Viele Player – wenige Payer

Festzuhalten ist: Es gibt zwar viele Player in der Prävention, jedoch viel zu wenige Payer! Es fehlt aber auch eine Vernetzung der Aktivitäten, es fehlt an Koordination und Kooperation. Es sollten zentrale Anlaufstellen geschaffen werden, die die Maßnahmen koordinieren. Als Beispiel hierfür kann die Umsetzung des § 21 SGB V zur Zahngesundheit dienen. Jedem bekannt sind die regelmäßigen Besuche des Zahnarztes in KiTas und Schulen. Hier zahlen Länder, Öffentlicher Gesundheitsdienst und Gesetzliche Krankenversicherung in einen Topf ein, aus dem flächendeckende Prophylaxeuntersuchungen finanziert werden. Dieses Vorgehen hat zu einer enormen Verbesserung der Zahngesundheit im Kindes- und Jugendalter geführt (Strippel 2009). An derartige Präventionsstellen sollten sich Kindergärten, Schulen, Betriebe, Senioreneinrichtungen, Vereine und Verbände wenden können, um Maßnahmen zu beantragen oder anzubieten. Es kann nicht sein, dass jede KiTa erst prüfen muss, wie viele ihrer Kinder bei welcher Krankenkasse versichert sind, um dann darüber zu entscheiden, an welche der Kassen in Deutschland man sich nun wendet, um die Gesundheit in der Lebenswelt KiTa zu fördern. Idealerweise würde diese Aufgabe eine zu errichtende Stiftung für Gesundheitsförderung oder Präventionsstiftung nach dem Beispiel des Nachbarlandes Schweiz erfüllen.

Health in all policies

Wie vorangehend erläutert, gibt es viele Baustellen in der „Präventionspolitik" – aber auch gute Vorschläge, Prävention und Gesund-

heitsförderung zu stärken und systematisch in die verschiedenen Politikbereiche zu implementieren. Dies ist nötig, um die Gesundheit des Einzelnen zu stärken, das Gesundheitswesen nachhaltig finanzierbar zu gestalten, eine wettbewerbsfähige Wirtschaft zu erhalten und letztlich eine Gesellschaft mit vielen gesunden Lebensjahren zu fördern. Deutschland hat zweifelsohne ein gutes Gesundheitswesen, es krankt jedoch an der Unterversorgung im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung. Dies wird auch im europaweiten Vergleich ersichtlich. Dort gibt es eine ganze Fülle erfolgreicher Modelle und Ansätze. Das EU-weite „Gesunde-Städte-Netzwerk", die Salzstrategie der Schweiz oder die Präventionsstiftungen in Österreich und der Schweiz sind dafür nur einige Beispiele (u.a. Kickbusch 2010). Good-Practice-Modelle existieren also zu Hauf, ihr eigentliches Ziel, also ihre Nachahmung, wird nur leider zu selten erreicht. Durchgeführt werden ständig neue Projekte anstatt erst einmal für gut befundene und erfolgreiche Ansätze zu verbessern und für einen „roll-out" in der Fläche zu sorgen. Deutschland hat bei der Prävention einen Platz im unteren Mittelfeld und kann noch etwas von seinen Nachbarländern lernen und muss dies auch. Die Politik ist hier gefordert, das Gesundheitssystem auch im Bereich Prävention nach vorne zu bringen und die Führung zu übernehmen. Der Sachverstand und das Potenzial sind hierfür vorhanden.

Die Bundesregierung versprach zu Beginn ihrer Legislaturperiode nicht nur eine Strukturreform des Gesundheitswesens, sondern auch eine umfassende nationale Präventionsstrategie (CDU et al 2009). Außer Ankündigungen ist bislang noch nichts passiert.

Abschließend festzuhalten ist: Es gibt genügend Positivbeispiele, durch die mit Ideen, Geld, vor allem aber mit politischem Willen, die Gesundheit gefördert und damit ein gesellschaftlicher Nutzen erzielt wurde. Hieran muss angeknüpft und erfolgreiche Projekte endlich flächendeckend und systematisch durchgeführt werden. <<

von: Marion Caspers-Merk*
Judith Rennkamp**

Anm.: Literatur bei den Autorinnen

*Präsidentin des Kneipp-Bundes e.V. und Dozentin an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg;
**Gesundheitspolitische Referentin Kneipp-Bund e.V. – Bundesverband für Gesundheitsförderung und Prävention

Versorgungsmanagement:

Telemedizinansätze bei Adipositas

In Deutschland sind mittlerweile ca. 37 Millionen Erwachsene übergewichtig (BMI > 25) oder adipös (BMI > 30). Laut Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit sind 19 % der in Deutschland lebenden Männer und 22 % der Frauen adipös. Experten sprechen bereits von epidemischen Ausmaßen. Auch die Panel-Basisstatistik des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung bestätigt die Verbreitung der Adipositas: Die entsprechende ICD-10-Diagnose E66 war demnach im 1. Quartal 2007 die siebthäufigste Diagnose bei den Allgemeinarztpatienten. 8,5 % aller Patienten wurden als adipös diagnostiziert. Die Ergebnisse der im Januar 2008 veröffentlichten „Nationalen Verzehrstudie des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz" belegen ebenfalls die Zunahme von Übergewicht und Adipositas in Deutschland sowie die Zunahme der damit verbundenen Begleit- und Folgeerkrankungen. Insgesamt sind 58,2 % der Studienteilnehmer übergewichtig oder adipös, 66,0 % der Männer und 50,6 % der Frauen.

Summary

- Das telemedizinische Gesundheitsprogramm „Leichter Leben" für Adipöse wird seit 2008 im Auftrag der DKV eingesetzt.
- Das Programm besteht aus einem strukturierten Telecoaching und einem strukturierten Telemonitoring.
- Fallbeispiele geben erste Hinweise auf eine motivationssteigernde und Körpergewichts-reduzierende Wirkung.

>> Die volkswirtschaftlichen Kosten der Adipositas werden auf jährlich 530 Millionen Euro geschätzt, jedoch ohne Berücksichtigung der Komorbiditäten. Die Schätzungen zu den jährlichen direkten und indirekten Krankheitskosten durch Adipositas mit Begleit- und Folgeerkrankungen (Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall, Erkrankungen an Muskeln und Gelenken) in Deutschland reichen von ca. 8 bis 20 Mrd. Euro. Darin enthalten sind rund 50 % indirekte Kosten, z. B. bedingt durch längerfristige Arbeitsunfähigkeit.

Neben einer genetischen Prädisposition spielen bei der Entwicklung einer Adipositas grundlegende Lebensstilfaktoren eine wichtige Rolle: hier sind vor allem Bewegungsmangel und ungesunde Ernährung als Ursachen zu nennen. Die Selbstreflexion der Betroffenen hinsichtlich ihres Ernährungs- und Bewegungsverhaltens ist meist gering, einfache Selbstmanagementtechniken kommen selten zum Einsatz.

Vor diesem Hintergrund bietet die almeda GmbH, München, das telemedizinische Gesundheitsprogramm Leichter Leben für Adipöse an. Das Programmkonzept wurde gemeinsam mit der DKV Deutsche Krankenversicherung AG entwickelt und wird seit 2008 im Auftrag der DKV umgesetzt. Die medizinische Qualitätssicherung erfolgt durch Prof. Dr. med. Hans Hauner, Direktor des Else-Kröner-Fresenius-Zentrums für Ernährungsmedizin, Klinikum rechts der Isar, Mitglied des Expertenbeirats der almeda.

Zielgruppe für das Programm sind Versicherte mit einem BMI zwischen 30 – 39,9 kg/m² im Alter von 18 – 65 Jahren.

Das Coachingprogramm soll Versicherte mit Adipositas dabei unterstützen, durch gezielte, motivierende Maßnahmen eine Gewichtsreduktion oder -stabilisierung zu erreichen. Damit wird auch das Risiko für die Entstehung von Folgeerkrankungen gesenkt.

Basierend auf der Leitlinie der Deutschen Adipositas Gesellschaft, sind die wesentlichen Ansatzpunkte und Ziele des Programms:

- Steigerung der körperlichen Aktivität
- Veränderung des Ernährungsverhaltens
- Stärkung der Selbstverantwortung und des Selbstmanagements des Teilnehmers
- Verbesserung des Umgangs mit Stress
- Verbesserung von adipositasassoziierten Risikofaktoren
- Verhinderung von Folgeschäden
- Vermittlung lokaler Leistungserbringer und spezieller Angebote für Adipöse
- Steigerung der Lebensqualität des Teilnehmers

Zentrale Kernelemente des Programms sind zwei Anwendungsfelder der Telemedizin, Telecoaching und Telemonitoring.

Telecoaching

Unter Telecoaching wird die zumeist telefonisch durchgeführte, strukturierte Betreuung von Programmteilnehmern durch medizinisches

Fachpersonal („Coach“) verstanden. In Ergänzung zur ärztlichen Versorgung werden die Eigenverantwortung und das Selbstmanagement durch regelmäßige Betreuungsanrufe gefördert. So können notwendige Lebensstiländerungen (z. B. bezogen auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten) und die Compliance nachhaltig unterstützt und verbessert werden.

Das Telecoaching im Gesundheitsprogramm Leichter Leben startet mit einer dreimonatigen Orientierungsphase, in der die Teilnehmer in das Programm eingeführt werden. Zudem werden wichtige anamnestische Daten erhoben. Die behandelnden Ärzte werden gebeten, einen Befundbogen auszufüllen, um möglichst valide Daten für die Betreuung zu erhalten. Zum Ende der Orientierungsphase wird eine Risikostratifizierung vorgenommen, auf deren Basis die Einteilung in eines von mehreren Betreuungsprofilen erfolgt, die sich in Art und Intensität der Einzelmaßnahmen unterscheiden. Ziel ist es dabei, die Teilnehmer entsprechend ihres persönlichen Risikos und ihrer Lebenssituation zu betreuen. Neben regelmäßigen Schulungen und der Erhebung wichtiger Verlaufsparameter ist ein wichtiges Element des Telecoachings die Vereinbarung konkreter Verhaltensziele. Hierzu werden zunächst gesundheitsschädliche Verhaltensweisen mit dem Teilnehmer erarbeitet. Im zweiten Schritt wird die Veränderungsmotivation des Teilnehmers mithilfe des Transtheoretischen Modells von Prochaska bestimmt. Auf dieser Basis werden dann unter Berücksichtigung des SMART-Modells individuelle Ziele vereinbart, deren Umsetzung im Rahmen der Telefonate regelmäßig besprochen und nachgehalten wird.

In Ergänzung zur telefonischen Betreuung werden speziell entwickelte, schriftliche Schulungsunterlagen eingesetzt.

Die Teilnehmer am Gesundheitsprogramm Leichter Leben haben des Weiteren die Möglichkeit, an einer softwaregestützten Ernährungsberatung durch einen Ernährungsexperten teilzunehmen. Dazu füllen die Teilnehmer sieben Tage lang ein Ernährungsprotokoll aus. Die erhobenen Daten werden mit einer speziellen Ernährungssoftware ausgewertet. Die Teilnehmer erhalten im Anschluss einen individuellen Bericht, in dem die Ernährungsdefizite sowie Möglichkeiten zur Optimierung der eigenen Ernährung beschrieben sind. Die Ernährungsberatung erfolgt auf Basis der Vorgaben der aktuellen Adipositas-Leitlinie zur Ernährungstherapie sowie den Empfehlungen der DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung).

Telemonitoring

Beim sogenannten Telemonitoring werden relevante Vitalparameter (wie z. B. Blutdruck, Gewicht) engmaschig überwacht. Die Daten werden über telemetrische Endgeräte in der Regel im häuslichen Umfeld erfasst, an eine Datenbank übertragen und dort automatisch auf kritische Werte und Trends überprüft. Beim Über- oder Unterschreiten definierter Grenzwerte können so rasch und gezielt notwendige Interventionen eingeleitet werden.

Zur Förderung der Bewegung im Gesundheitsprogramm Leichter Leben wird eine Telemonitoringlösung des Unternehmens Aipermon GmbH & Co KG aus München eingesetzt.

Das Telemonitoring beinhaltet neben einem Gewichtsmonitoring auch den Einsatz eines neuartigen Aktivitätssensors (AiperMotion 320. Dieser Aktivitätssensor misst mittels eines dreidimensionalen Hightech-Beschleunigungssensors jegliche Art von Bewegung. Dabei unterscheidet der AiperMotion verschiedene Aktivitätsklassen, die die Intensität und Dauer der jeweiligen Bewegung abbilden.

- Aktiv: alle Bewegungen ohne Schritte wie Haus- und Gartenarbeit
- Langsam Gehen: Spaziergangstempo (3-5 km/h)

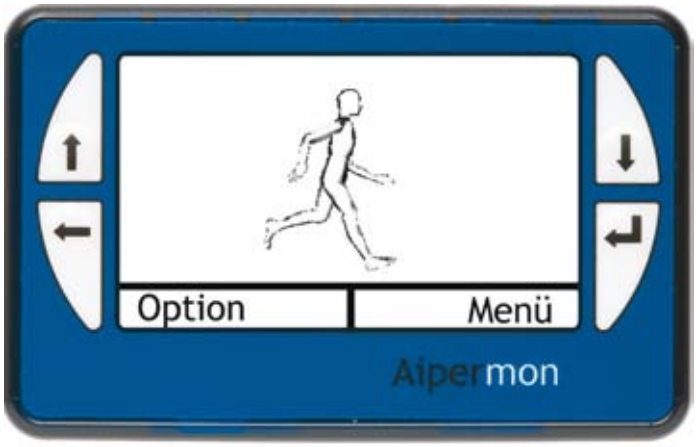


Abb. 1: App-Oberfläche des AiperMotion 320: Ein dreidimensionaler Aktivitätssensor zur Messung und Speicherung der Bewegungsaktivität im Alltag. Ein Auswertungsfenster zeigt die Aktivität in den letzten 60 Minuten, vier Stunden, den aktuellen Tag sowie die sechs zurückliegendenTage an.

- Schnell Gehen: zügiges Gehen (ab 5 km/h)
- Joggen (ab 7 km/h)

Die Aktivität wird in verbrauchten Kalorien und zurückgelegter Entfernung angezeigt. Die Daten werden mittels Telefonleitung zur almeda GmbH gesendet und dort ausgewertet. Der Aktivitässensor wurde bereits erfolgreich in wissenschaftlichen Studien zur Gewichtsreduktion eingesetzt.

Die praktische Anwendung des Aktivitätssensors im Gesundheitsprogramm Leichter Leben gestaltet sich wie folgt: Die Teilnehmer vereinbaren mit ihren Coaches telefonisch ein Tagesziel für die tägliche Bewegung, z. B. zwei Stunden Aktivität am Tag, davon 90 Min. langsames Gehen und 30 Min. schnelles Gehen. Über die Anzeige des Aktivitätssensors erhalten die Teilnehmer jeden Tag ein unmittelbares Feedback über den Umfang ihrer Aktivität. Gleichzeitig wird die Information an die almeda übermittelt. Im folgenden Beratungsgespräch kann dann die körperliche Aktivität der Teilnehmer thematisiert werden. Der Vorteil: Auf dieser Basis können die Coaches noch individueller und nachhaltiger motivieren und beraten.

So kann der Einsatz des Aktivitätssensors dazu führen, das Bewusstsein zur körperlichen Aktivität der Teilnehmer zu sensibilisieren. Zudem motiviert die unmittelbare Kontrollmöglichkeit der täglichen Aktivitätsziele die Teilnehmer, beim Nichterreichen ihrer Ziele abends noch einmal sportlich aktiv zu werden, um das Tagesziel doch noch zu erreichen.

Das Feedback der Programmteilnehmer zum Aktivitätssensor ist durchweg positiv, die motivierende Wirkung auf das Bewegungsverhalten konnte bestätigt werden. Probleme mit der technischen Handhabung wurden nicht berichtet.

Fazit

Das beschriebene Gesundheitsprogramm stellt ein umfassendes Betreuungsangebot zur Senkung von Adipositasrisiken dar, das innovative Komponenten sinnvoll integriert.

Konkrete Fallbeispiele weisen auf positive Effekte hin: So ist es einem Programmteilnehmer gelungen, sein Körpergewicht innerhalb eines Jahres um 30 kg zu reduzieren. Ein weiterer Teilnehmer mit einem Ausgangsgewicht von 125 kg, kaum Alltagsbewegung und keiner sportlichen Aktivität, schaffte nach zwei Monaten mit dem Aktivitätssensor teilweise bis zu 10.000 Schritte pro Tag, er verbrennt dadurch zusätzlich einige Hundert kcal. Eine detaillierte medizinische Evaluation folgt. <<

von: Pawel Brocki, Irmgard Rose*
Michael Bruhnke**
Dirk Pfotenhauer***

Anm.: Literatur bei den Autoren

* almeda GmbH, München; ** Aipermon GmbH & Co. KG, München; ***Deutsche Krankenversicherung AG