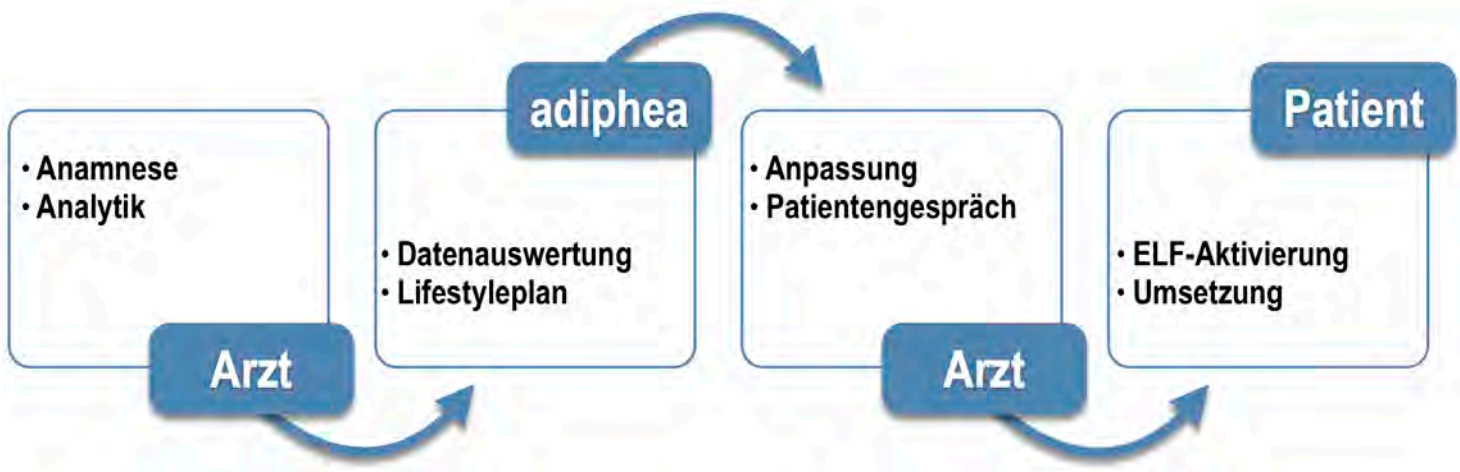


# Rentable Prävention Maßgeschneidert für Praxis und Patient



## Die IGeL - Ziele:

1. *Zusätzliche Einnahmen ohne zusätzliche Personalbelastung*
2. *Hohe Flexibilität*
3. *Verbesserte Realisierungsquote*
4. *Strenge Qualitätssicherung*
5. *Effizienz und Nachhaltigkeit*
6. *Ausrichtung auf für die Kassen attraktive Zielgruppen*

## Die Realisierung:

- S2: Motivierende Kontexte
- S3: Die Ziele: operativ & inhaltlich
- S4: Prävention - medizinisches Aschenputtel des 21. Jahrhunderts
- S5: Die Logik des Misslingens: Prävention funktionierte (bislang) nicht
- S6: Besser und Billiger: Die Maßgaben des Programms
- S7: Die Umsetzung: Telemonitoring / Gesundheitsprofil / Lifestyleplan
- S8: Praxisbeispiel und Kosten
- S9: Nachweise und Literatur



# Motivierende Kontexte



## Patienten verfolgen die unterschiedlichsten Ziele.

Ob Fitness, Figur oder Gesundheit, der medizinisch richtige Weg zum Ziel ist immer die wirksame und nachhaltige Optimierung des Gesundheitsverhaltens.

Für die ärztliche Betreuung auf diesem Weg besteht allerdings keine Leistungspflicht der Krankenkassen. Konzipiert für den Einsatz im 2. Gesundheitsmarkt bedeutet der Electronic Lifestyle File (ELF)

- **für den Patienten: eine evidenz-basierte und wirksame Zielerreichung,**
- **für den Arzt: zusätzliche Einnahmen aus rentabler und anpassbarer IGeL**

Den klinischen Test hat der ELF bestanden:

**mit hoher Adhärenzrate und signifikanter Reduzierung des Risikos für die chronischen verhaltensbedingten Erkrankungen [1].**



# Die Ziele



## Die operativen Ziele:

- **Zusätzliche Praxiseinnahmen ohne zusätzliche Personalbelastung:**
  - Realisierung attraktiver Schwellenwerte bei nominalen Kosten pro Patient
- **Hohe Flexibilität:**
  - Ausrichtung des IGeL Angebots auf Praxis und Zielgruppe
- **Verbesserte Realisierungsquote:**
  - Kombination mit Laborparametern und deren „Added Value“-Wahrnehmung
  - motivierende Ansprache in den Kontexten Fitness, Figur, Gesundheit
  - Individualisierung auf das jeweilige Patientenprofil
- **Strenge Qualitätssicherung**
  - gesundheitswissenschaftlich geführt und kontrolliert
- **Effizienz und Nachhaltigkeit**
  - klinisch messbare Erfolgskontrolle
- **Ausrichtung auf für die Kassen attraktive Zielgruppen**
  - Gesunde: jung, beschäftigt, gesundheitsbewusst
  - Diagnostizierte Kranke: mit Zuschlag aus dem Gesundheitsfonds und hohem Potenzial für sekundäre Prävention (z.B. Hypertonie, Diabetes)

## Die inhaltlichen Ziele:

1. Primär- und Sekundärprävention chronischer Krankheiten
2. Sicherung der Leistungsfähigkeit und Lebensqualität
3. Erfolgreiches Altern



# Prävention - *medizinisches Aschenputtel des 21. Jahrhunderts*

Prävention ist  
notwendig, wird  
aber nicht bezahlt!

Es vergehen oft viele Jahre, bis von der biomedizinischen Grundlagenforschung als wirksam und notwendig anerkannte Leistungen in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen werden. Ganz besonders betrifft dies Leistungen für die Prävention der chronischen Erkrankungen, denn insgesamt entfallen weniger als 2% der jährlichen Gesundheitsausgaben auf die Prävention.

## **Das Potenzial der Prävention chronischer Erkrankung**

### **Primärprävention**

In der Zielgruppe der jungen Gesunden hat die Optimierung des Gesundheitsverhaltens nachweislich ihr größtes Potenzial. Es ist einfacher der durchschnittlichen Gewichtszunahme von jährlich etwas über einem Pfund vorzubeugen, als nach 20 Jahren 10 Kg und mehr zu reduzieren [2]. Und warum auf den Befund erhöhten Koronarkalziums zu warten, wenn die Cholesterinwerte der 20-35 Jährigen diesen Befund 20 Jahre vorher, und abwendbar, vorhersagen [3]?

### **Sekundärprävention**

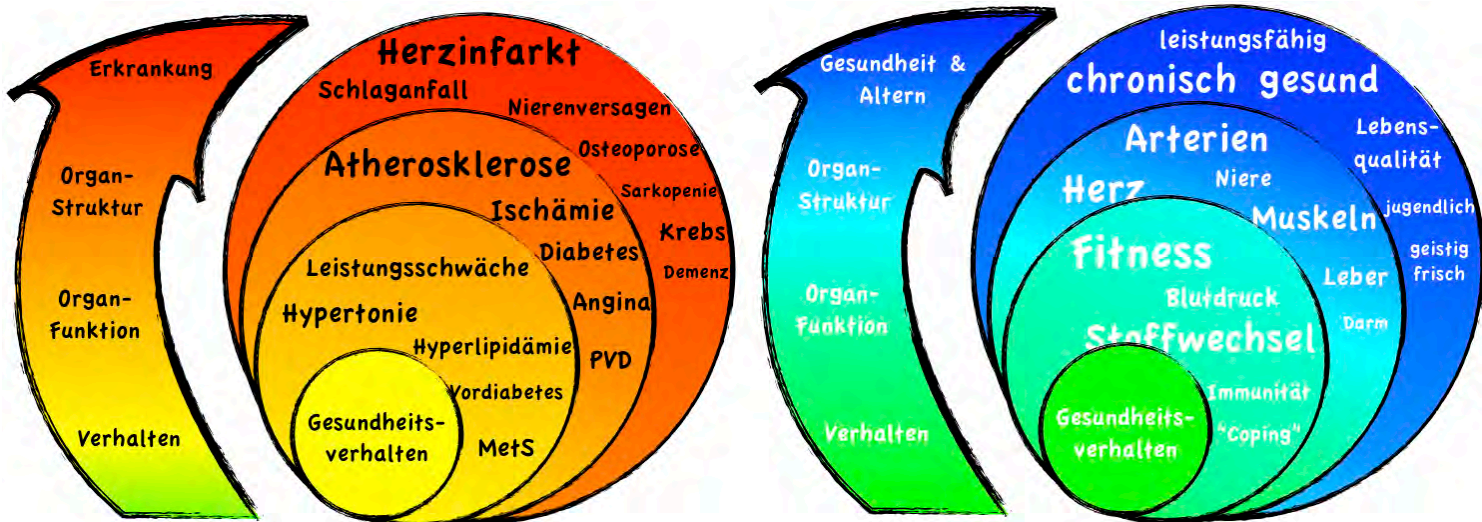
Großes Potenzial besteht auch bei jenen Chronikern, die für eine effektive Sekundärprävention der kostenintensiven Krankheitskomplikationen zugänglich sind. Zu dieser Gruppe gehören die Hypertoniker und Diabetiker. Ein zielgerichtetes, effizientes und nachhaltiges Management des Gesundheitsverhaltens kann das Potenzial der Prävention in dieser Gruppe realisieren.

Das adiphea System ist mit seiner evidenz-basierten, wirksamen und nachhaltigen Verhaltensänderung auf beide Gruppen ausgerichtet.

So ist bei Hypertonikern das von uns angewandte Eigen- und Telemonitoring ein nachweislich erfolgreiches Werkzeug für die Reduzierung des Blutdrucks in der Primärversorgung [4]. Diese Technologie haben wir auch in attraktive Monitoring- und Coachingprogramme für Gesunde umgesetzt.



## Die Logik des Misslingens



### Prävention funktionierte (bislang) nicht

Eigentlich ist die Prävention der chronischen Krankheiten so einfach wie effizient: Mit der Optimierung von lediglich 5 Gesundheitsverhalten (Überernährung, Bewegungsmangel, Alkoholmissbrauch und Tabakkonsum) ließe sich die allgemeine **Mortalitätsrate um mehr als 60% verringern** [5].

### Verschreibung hilft nicht

Die in England gemachten Erfahrungen mit Bewegungsprogrammen auf Rezept allerdings zeigen, dass nur 36% der Risikopatienten, denen der Hausarzt eine 3-monatige kostenfreie Teilnahme an einem Bewegungsprogramm verschreibt, dieses auch absolvieren [6].

### Hohe Rückfallquoten

Spätestens 3-5 Jahre nach Beendigung von Programmen zur Diabetesprävention in Vordiabetikern sind die Programmteilnehmer wieder bei ihrem alten Risikoprofil [7, 8].

### Die Gründe des Versagens

Unberücksichtigt bleibt in allen herkömmlichen Interventionen und Programmen die Tatsache der autonomen Steuerung des Gesundheitsverhaltens, das sich dem Zugriff willentlicher Einflussnahme entzieht [1, 9]. Ebenso vernachlässigt wird die notwendige „Chronifizierung“ der Intervention. Nur mit ihr ist es möglich, den ständigen und allgegenwärtigen Anreizen zu Überernährung und Bewegungsarmut zu begegnen [10]. Mehr dazu finden Sie auf unserer Webseite.



# Besser und Billiger!

Wegen der nur schwer zu beziffernden Kosten-Nutzen Bilanz:

**Maximal effiziente Verwendung von Finanzmitteln für den Gesundheitserhalt in großen Zielgruppen.**

## Mit der Maßgabe “Besser und Billiger”...

...haben wir den ELF (*electronic lifestyle file*) entwickelt und klinisch getestet [9]. Eine der Maßgaben war, die Prävention ökonomisch sinnvoll zu machen für den Einsatz im sogenannten 2. Gesundheitsmarkt. Dazu gehört:

- **Wirtschaftlichkeit in der ärztlichen Praxis:**
  - zusätzliche Einnahmen ohne zusätzliche Arbeitsbelastung
- **Hohe Realisierungsquote:**
  - Wahrnehmung des „Added Value“ bei Patienten und Gesunden
- **Wirksamkeit und Nachhaltigkeit:**
  - klinisch effektive Verbesserung der relevanten Risikoparameter



# Die Umsetzung

## Telemonitoring

Kernelement ist das Gesundheitstelemonitoring, eine zukunftsweisende Betreuungsform in der Gesundheitssicherung und Krankheitsprävention.

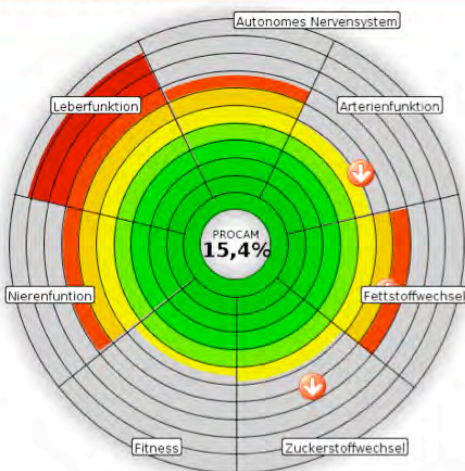
Speziell konzipiert für zwei Zielgruppen:

- **Gesunde Selbstanwender:**  
**ermöglicht das Eigenmonitoring und die dauerhafte negative Rückkoppelung** als Erfolgsfaktor für die Optimierung des Gesundheitsverhaltens im Selbst-Management
- **Chroniker:**  
**medizinisch gesteuerte Lebensstiländerung** durch konsequente medizinisch/gesundheitswissenschaftliche Überwachung und Verhaltensführung

Das Eigenmonitoring hat sich bereits als die wichtigste Determinante für den Erfolg in Programmen zur Reduzierung des Übergewichts erwiesen [11]. Für die nachhaltige Reduktion des Blutdrucks bei Hypertonikern [4] und des HbA1C bei Diabetikern [12] hat sich das Prinzip des geführten Telemonitoring erfolgreich bewährt .



## Gesundheitsprofil



## Individuelles Gesundheitsprofil

Basierend auf dem individuellen Gesundheitsprofil wird ein persönlicher Bewegungs- und Ernährungsplan erstellt, der sich an den Gesundheitszielen des Nutzers orientiert. Die Tiefe des Gesundheitsprofils ist frei wählbar und deckt alle für die chronischen Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen relevanten prädiktiven und veränderbaren Vitalparameter ab.

## Flexible Lifestyle Pläne

Die sich aus dem Gesundheitsprofil herleitenden Lifestyle Pläne sind flexibel gestaltbar unter Berücksichtigung der Neigungen, der Fähigkeiten und der Lebenswelt des Nutzers.

Die Lifestylepläne werden auf das jeweilige Gesundheitsziel hin optimiert (z.B. Stoffwechselverbesserung oder Blutdruckreduzierung).

Ausgewählte Vitalparameter (Blutdruck, Blutzucker, Gewicht, Herzfunktion, Lungenfunktion), können telemetrisch erfasst und in Echtzeit in den ELF übermittelt werden. Bei Über- oder Unterschreitung festgelegter Grenzwerte der Parameter und der Planerfüllung können umgehend motivierende bzw. therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden. Entweder durch den betreuenden Arzt oder den vom Arzt beauftragten Lifestyle Coach. Somit lassen sich Veränderungen im Gesundheitszustand und mangelnde Adhärenz zeitnah erkennen und korrigieren.



## Praxisbeispiel:

### Anwendungsgebiete:

- Prävention beim Gesunden
- Adipositas Behandlung
- spezifische Lebensstiländerung als begleitende Maßnahme bei:
  - Hypertonie
  - Hyperglykämie und T2DM
  - Hyperlipidämie
  - (peripherer) arterieller Verschlusskrankung

### Fallbeispiel Computergestützte Gesundheitsuntersuchung:

GoÄ	MEGO Nr. M615 (MedWell-Gebührenverz. Ausg. 2009)	Schwellenwert
29 analog	computergestützte Gesundheitsuntersuchung	€ 58,99
250	Blutentnahme	€ 4,20
651	Ruhe-EKG	€ 26,54
3501	BSG	€ 4,02
3550	Blutbild	€ 4,02
3551	Differentialblutbild	€ 1,34
3560	Glukose	€ 2,68
3562.H1	Cholesterin	€ 2,68
3583.H1	Harnsäure	€ 2,68
3585.H1	Kreatinin	€ 2,68
3595.H1	GPT	€ 2,68
651 analog	BIA mit variabel einstellbarer Frequenz, Extremitätenableitung	€ 26,54
76 analog	schriftlicher Gesundheitsplan	€ 9,38
NA	3 Monate ELF Nutzung	€ 17,85
<b>Preis</b>	<b>Patient</b>	<b>€ 166,28</b>
	adiphea Gebühren (inklusive MwSt.)	€ 35,70
<b>Einnahme</b>	<b>Praxis</b>	<b>€ 130,58</b>

### Flexibles IGeL Paket

Ihre IGeL Leistungspakete schnüren Sie nach dem Bedarf des individuellen Patienten und unter Berücksichtigung der in Ihrer Praxis verfügbaren technischen/diagnostischen Möglichkeiten.

### adiphea ist Ihr Lifestyle Labor.

Wir erstellen die Lifestyle Akte Ihres Patienten und übersetzen die von Ihnen übermittelten (anonymisiert, per Fax oder elektronisch) relevanten Patientendaten in eine evidenz-basierte Verschreibungsempfehlung für Bewegung und Ernährung. Die Empfehlung kommunizieren Sie Ihrem Patienten als modifizierbaren Lifestyleplan (entweder persönlich oder elektronisch), zusammen mit den Zugangsdaten für seine elektronische Lifestyle Akte (ELF).

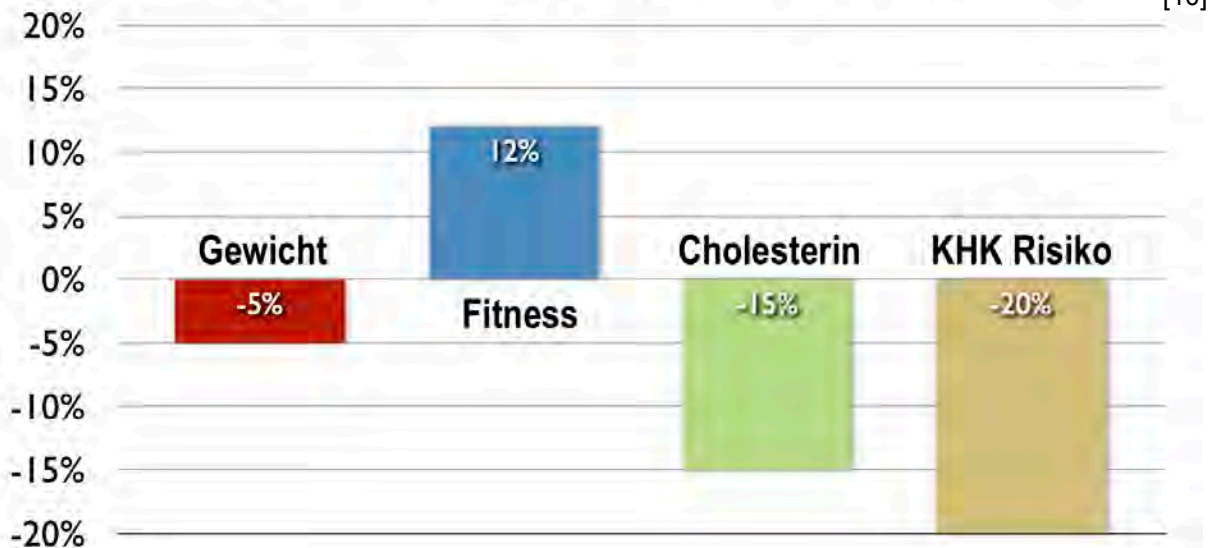
**Sprechen Sie uns an: [info@adiphea.com](mailto:info@adiphea.com)**



## Nachweise & Literatur

### adiphea Programm: Veränderung Vitalparameter nach 6 Monaten Teilnahme

[10]



#### Literatur

1. Kraushaar, L. and A. Krämer, *Engaging self-correcting feedback control to increase physical activity and reduce body weight and disease risk in overweight sedentary adults*. Das Gesundheitswesen, 2010. **72**(8/9): p. 635.
2. Zamora, D., et al., *Diet quality and weight gain among black and white young adults: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study (1985-2005)?* Am J Clin Nutr, 2010: p. ajcn.2010.29161.
3. Pletcher, M.J., et al., *Nonoptimal Lipids Commonly Present in Young Adults and Coronary Calcium Later in Life: The CARDIA (Coronary Artery Risk Development in Young Adults) Study*. Ann Intern Med, 2010. **153**(3): p. 137-46.
4. McManus, R.J., et al., *Telemonitoring and self-management in the control of hypertension (TASMINH2): a randomised controlled trial*. The Lancet, 2010. **376**(9736): p. 163-172.
5. Byun, W., et al., *Effect of positive health factors and all-cause mortality in men*. Med Sci Sports Exerc, 2010. **42**(9): p. 1632-8.
6. Gidlow, C., et al., *Socio-demographic patterning of referral, uptake and attendance in Physical Activity Referral Schemes*. J Public Health (Oxf), 2007. **29**(2): p. 107-13.
7. Miller, W.C., *How effective are traditional dietary and exercise interventions for weight loss?* Med Sci Sports Exerc, 1999. **31**(8): p. 1129-34.
8. Wing, R.R., et al., *Behavioral science research in diabetes: lifestyle changes related to obesity, eating behavior, and physical activity*. Diabetes Care, 2001. **24**(1): p. 117-23.
9. Kraushaar, L., *Improving the Efficiency of Lifestyle Change Interventions for the Prevention of Cardiometabolic Disease*, in *School of Public Health Medicine*. 2010, University of Bielefeld: Bielefeld. p. 239.
10. Kraushaar, L. and A. Kramer, *Are we losing the battle against cardiometabolic disease? The case for a paradigm shift in primary prevention*. BMC Public Health, 2009. **9**(1): p. 64.
11. Acharya, S., et al., *Adherence to a behavioral weight loss treatment program enhances weight loss and improvements in biomarkers*. Patient Prefer Adherence, 2009. **3**: p. 151-60.
12. Bonomo, K., et al., *Evaluation of a simple policy for pre- and post-prandial blood glucose self-monitoring in people with type 2 diabetes not on insulin*. Diabetes Research and Clinical Practice, 2010. **87**(2): p. 246-251.

