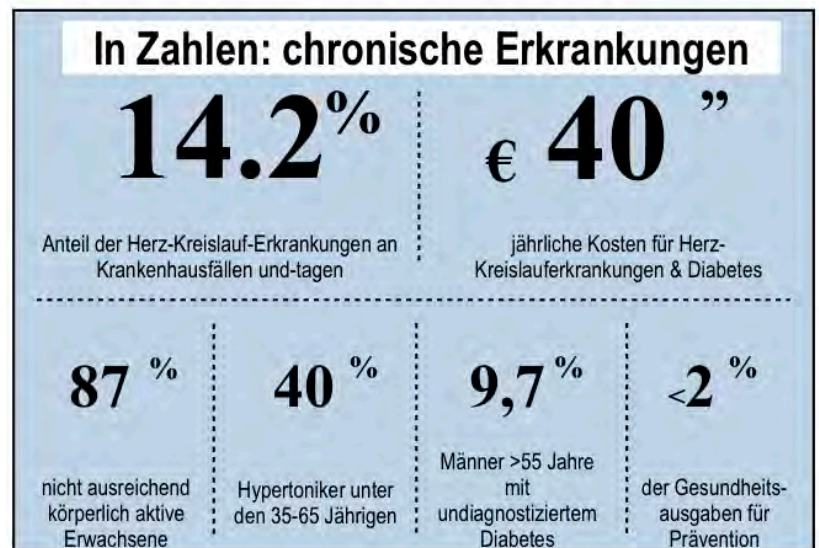


## (B)KK Geschäftsmodell: Prävention



### Die Ziele:

1. Akquise der "guten Risiken"
2. Optimierung der Deckungsbeiträge
3. Wettbewerbliche Differenzierung
4. Erhöhung der Versichertenbindung & -loyalität
5. Förderung von Image und Attraktivität

### Die Realisierung:

- S2: Motivierende Kontexte
- S3: Die Ziele: operativ, inhaltlich, wirtschaftlich
- S4: Alles andere als simpel: die Ermittlung der Deckungsbeiträge
- S5: Die Logik des Misslingens: Prävention funktionierte (bislang) nicht
- S6: Besser und Billiger: Die Maßgaben des Programms
- S7: Die Umsetzung: Telemonitoring / Gesundheitsprofil / Lifestyleplan
- S8: Geschäftsmodell: Betriebliche Gesundheitsförderung
- S9: Geschäftsmodell: Kundenakquise und -bindung
- S10: Nachweise und Literatur



# Motivierende Kontexte



Gesundheitsbewusste Versicherte setzen die unterschiedlichsten Prioritäten. Ob Fitness, Figur oder Gesundheit, der gemeinsame Nenner ist immer die wirksame und nachhaltige Optimierung des Gesundheitsverhaltens. Dafür haben wir den Electronic Lifestyle File (ELF) geschaffen. Den klinischen Test hat er bestanden: mit hoher Adhärenzrate und signifikanter Reduzierung des Risikos für die chronischen verhaltensbedingten Erkrankungen.

Konzipiert für die Leistungspalette der Krankenkasse schlägt der ELF **zwei Fliegen mit einer Klappe**: die **Erschließung des wirtschaftlichen Nutzens aus der Krankheitsverhütung** und die kosteneffiziente **Akquise positiver Deckungsbeiträge** über zwei Vertriebswege:

- **Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)**: attraktives, auf den Betrieb zugeschnittenes Programm für die Prävention der chronischen Erkrankungen in der Belegschaft
- **Direktansprache der Versicherten**: individualisiertes und motivierendes Lifestyleprogramm für die effiziente Gesundheitsförderung

Konzipiert für den einzig verbleibenden Spielraum wettbewerblicher Differenzierung der Krankenkassen - die Gesundheitsförderung – erfüllt der ELF die folgenden Anforderungen:



# Konkurrenz um Versicherte = Konkurrenz um Gesundheitsbewusste



## Die operativen Ziele:

*Attraktives Lifestyleprogramm für die Akquise und Bindung positiver Deckungsbeiträge*

- **Niedrige Kosten:**
  - nominale Kosten pro Teilnehmer sichern die Wirtschaftlichkeit auch für große Zielgruppen
  - Steuerbarkeit der Ausgaben auf nachweislich erfolgreiche Nutzer
- **Hohe Motivationskraft:**
  - Ansprache in den Kontexten Fitness, Figur, Gesundheit
  - Individualisierung auf das jeweilige Teilnehmerprofil
- **Strenge Qualitätssicherung**
  - Gesundheitswissenschaftlich geführt und kontrolliert
- **Effizienz und Nachhaltigkeit**
  - klinisch messbare Erfolgskontrolle
- **Selektion Prioritärer Zielgruppen**
  - Gesunde: jung, beschäftigt, gesundheitsbewusst
  - Chroniker 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

## Die wirtschaftlichen Ziele:

1. Reduzierung der Gesundheitsausgaben
2. Optimierung der Deckungsbeiträge
3. Wettbewerbliche Differenzierung
4. Erhöhung der Versichertenbindung & Loyalität
5. Förderung von Image und Attraktivität



# Alles andere als simpel: Die Ermittlung der Deckungsbeiträge

Wie jede Investition,  
so verdient auch die  
in die Gesundheit  
einen positiven Roll!

Der gesetzliche Rahmen des Gesundheitssystems ermöglicht zwar *de jure* den Wettkampf der Krankenkassen um die „guten Versicherungsrisiken“, begrenzt den Wettbewerb aber *de facto* auf den Bereich der Gesundheitsförderung. Auch fällt nach der Gesundheitsreform die korrekte Einschätzung der Deckungsbeiträge einzelner Versichertengruppen noch schwer. Nur auf der Basis genauer Daten kann man neue Geschäftsmodelle für klar definierte Zielgruppen entwickeln.

## Das Potenzial der Prävention chronischer Erkrankung

Die Zielgruppe der jungen, gesunden Beschäftigten bleibt auch nach der Gesundheitsreform attraktiv. Gerade in dieser Gruppe entfaltet die Optimierung des Gesundheitsverhaltens nachweislich ihr größtes Potenzial. Es ist einfacher der üblichen Gewichtszunahme von jährlich einem Pfund vorzubeugen, als nach 20 Jahren 10 Kg und mehr zu reduzieren [1]. Und warum auf den Befund erhöhten Koronarkalziums warten, wenn die Cholesterinwerte der 20-35 Jährigen diesen Befund 20 Jahre vorher, und abwendbar, vorhersagen [2]?

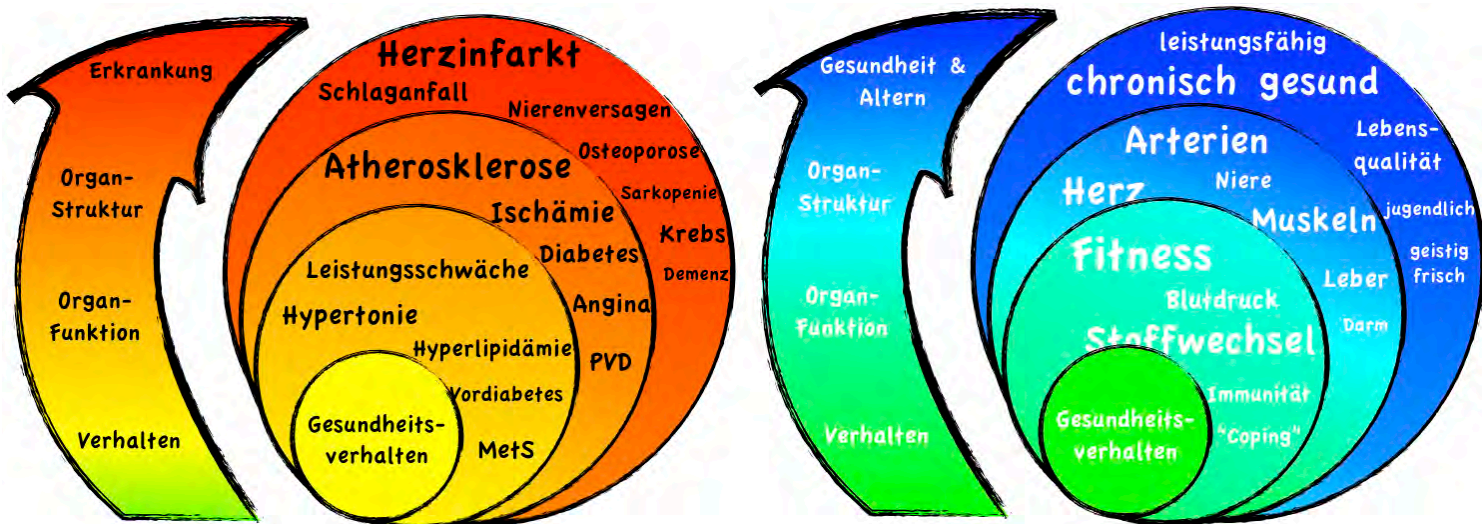
## Auch Chroniker haben Potenzial

Wirtschaftlich interessant sind jene Chroniker, die Zuschläge aus dem Morbi-RSA realisieren und die gleichzeitig zugänglich sind für eine effektive Sekundärprävention der kostenintensiven Krankheitskomplikationen. 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 ermöglicht hier den Aufbau einer Kernkompetenz in der Sekundärprävention von Chronikern.

So ist z.B. bei Hypertonikern das von uns angewandte Eigen- und Telemonitoring ein nachweislich erfolgreiches Werkzeug für die Reduzierung des Blutdrucks in der Primärversorgung [3]. Da die Kosten der geführten Verhaltensänderung wesentlich niedriger sind als die Zuschläge aus dem Morbi-RSA besteht die Chance der Realisierung positiver Deckungsbeiträge.



## 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 **Sterberate um mehr als 60% verringern** [4].

### 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 [5].

### Hohe Rückfallquoten

Spätestens 3-5 Jahre nach Beendigung von Programmen zur Diabetesprävention in Vordiabetikern sind die Programmteilnehmer wieder bei ihrem alten Risikoprofil [6, 7].

### 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. 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. Mehr dazu finden Sie auf unserer Webseite.



# Besser und Billiger!

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

...haben wir den ELF (*electronic lifestyle file*) entwickelt und klinisch getestet.

Wegen der nur schwer zu beziffernden Kosten-Nutzen Bilanz:

Eine der Maßgaben war, die Prävention ökonomisch sinnvoll zu machen für die wirtschaftlichen Nutznießer der Gesundheit des Einzelnen: d.h. für seinen Arbeitgeber und seinen Krankenversicherer.

Deshalb konzentrieren wir uns auf die **maximal effiziente Verwendung von Finanzmitteln für die Prävention und den Gesundheitsschutz.**

Diese basiert auf den folgenden Prinzipien:

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

- **Minimierung der Kosten**
  - nominale Kosten pro Teilnehmer
  - Steuerbarkeit der Ausgaben
    - (a) auf die Zielgruppen, in denen wirtschaftlich relevanter Nutzen realisierbar ist und
    - (b) auf jene Mitarbeiter, die einen nachweislichen gesundheitlichen Nutzen aus der Teilnahme ziehen
- **Maximierung der Akzeptanz:**
  - Individualisierung auf das Gesundheitsprofil, die Neigungen und die Fähigkeiten des Teilnehmers
  - Möglichkeit der Anreizschaffung durch Erkennung der aktiven und erfolgreichen Nutzer
- **Optimierung des Effekts:**
  - klinisch effektiv in der Verbesserung der relevanten Risikoparameter
  - hohe Adhärenz durch Aktivierung des Prinzips der negativen Rückkoppelung für die Verhaltenssteuerung
  - „Chronifizierung“ der Intervention



# Die Umsetzung

## Telemonitoring

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

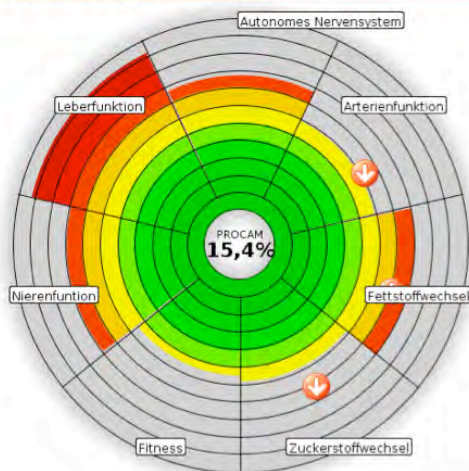
Speziell konzipiert für zwei Zielgruppen:

- **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 [8]. Für die nachhaltige Reduktion des Blutdrucks bei Hypertonikern [3] und des HbA1C bei Diabetikern [9] 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.

In der **do-it-yourself Version** dient der ELF primär der Reduzierung von Übergewicht und der Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Im web-basierten Selbsttest erstellt der Nutzer sein Gesundheits- und Leistungsprofil und ermittelt sein Diabetes- und Herz-Kreislauf-Risiko. Bevor er seinen individuellen Lifestyle-Plan erstellen kann, wird die Notwendigkeit einer medizinischen Eingangsuntersuchung geprüft (basierend auf den vom American College of Sports Medicine, **ACSM**, empfohlenen und in der Sportmedizin verwendeten Algorithmen).

## Flexible Lifestyle Pläne

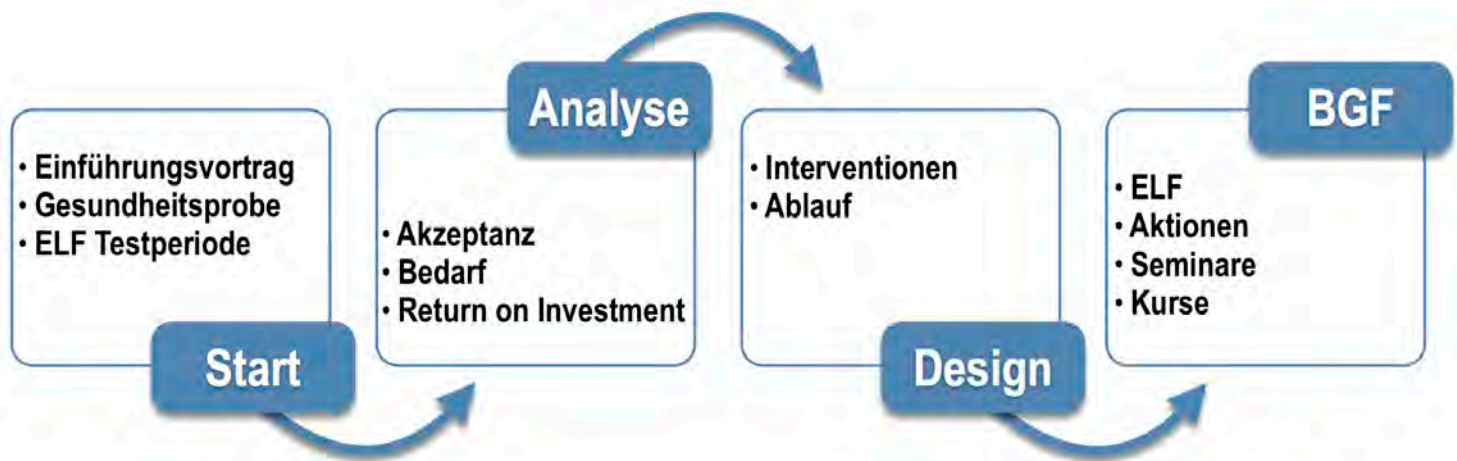
Die sich aus dem Gesundheitsprofil herleitenden Lifestyle Pläne sind flexibel gestaltbar unter Berücksichtigung der Neigungen, der Fähigkeiten und der Lebenswelt des Nutzers.

In der medizinisch geführten Variante steht das Gesundheitsprofil in der gesamten Tiefe der relevanten und zu erhebenden Vitalparameter zur Verfügung. Die Lifestylepläne werden auf das jeweilige Gesundheitsziel hin optimiert (z.B. Stoffwechselverbesserung oder Blutdruckreduzierung).

Ausgewählte Vitalparameter (Blutdruck, Blutzucker, Gewicht, Herzfunktion), 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 ergriffen werden. Entweder durch den im Eigenmanagement agierenden Nutzer oder seinen/ihren Arzt oder Lifestyle Coach. Somit lassen sich Veränderungen im Gesundheitszustand und mangelnde Adhärenz zeitnah erkennen und korrigieren.



# Die Geschäftsmodelle: Betriebliche Gesundheitsförderung



## Kompetenzpartner der Betriebe im Rahmen der BGF

Mit dem ELF präsentiert sich die Betriebskrankenkasse als kompetenter Partner der Unternehmen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF), speziell in der Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung gesunder Verhaltensweisen. Eine detaillierte Beschreibung des Einsatzes unseres Systems im Kontext der BGF finden Sie auf unserer „Betriebe“ Seite.

Hier unterstützen wir Sie bei der Erhebung der gesundheitlichen Situationen der Beschäftigten, der Analyse der wirtschaftlichen Potenziale für die Reduktion der Produktivitätskosten aus krankheitsbedingtem Absentismus und Präsentismus, und der Entwicklung und Durchführung maßgeschneiderter Lösungen für die Verbesserung der Gesundheit in Unternehmen, Institution und Verwaltung.

### Ziele der BGF

1. Verbesserung der Mitarbeitergesundheit
2. Steigerung von Wirtschaftlichkeit, Produktivität & Wettbewerbsfähigkeit
3. Erhalt der Arbeits- & Leistungsfähigkeit
4. Verringerung der Fluktuation
5. Steigerung der Arbeitszufriedenheit & Motivation
6. Erhöhung der Mitarbeiterbindung & Loyalität
7. Verbesserte Dienstleistungs- und Produktqualität
8. Förderung von Corporate Identity und Image
9. Gesteigerte Beschäftigungsattraktivität



# Geschäftsmodell: Versichertenakquise & - bindung



## Versichertenakquise und -bindung

Mit unserem ELF steht Ihnen ein wirksames, qualitätsgesichertes, klinisch getestetes und zukunftsweisendes System der präventiven Verhaltensoptimierung zur Verfügung.

Attraktiv und motivierend ist es bei nominalen Kosten pro Teilnehmer ein wertvolles Hilfsmittel für die Rekrutierung „guter Risiken“, für die kostenoptimierende Betreuung von Chronikern, sowie generell für die Versichertenbindung und die Optimierung des Kassen-Image.

## Kosten

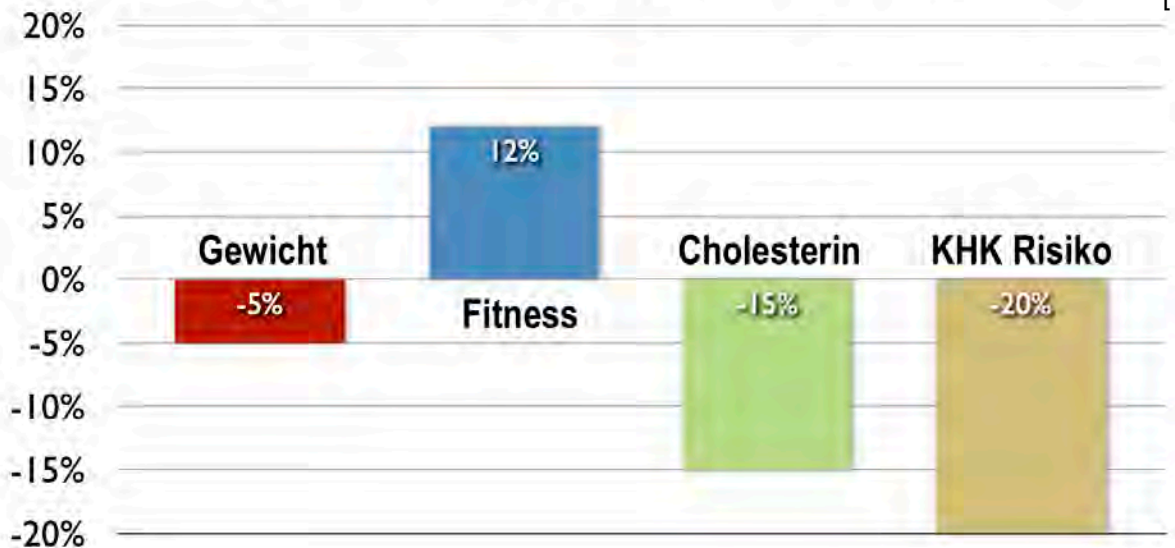
Beispiel: do-it-yourself Variante für >1.000 Nutzer:  
€ 1,19 pro Monat pro Nutzer

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



## Nachweise & Literatur

adiphea Programm: Veränderung Vitalparameter nach 6 Monaten Teilnahme [10]



1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Miller, W.C., *How effective are traditional dietary and exercise interventions for weight loss?* Med Sci Sports Exerc, 1999. **31**(8): p. 1129-34.
7. 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.
8. 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., in Individualisierte Prävention und Epidemiologie: Die moderne Medizin.* 2010, Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie: Charite, Berlin. p. P102.
9. 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.
10. 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.
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.

