

Kosten- und Nutzenbewertungen bei der Behandlung chronischer Erkrankungen – Möglichkeiten einer effizienteren Gestaltung der Gesundheitsversorgung

Dr. Rüdiger Nübling
GfQG Karlsruhe

Pressekonferenz 25. September 2010 in Davos



Hochgebirgsklinik Davos

EACD

European Asthma and Allergy Center Davos

GfQG

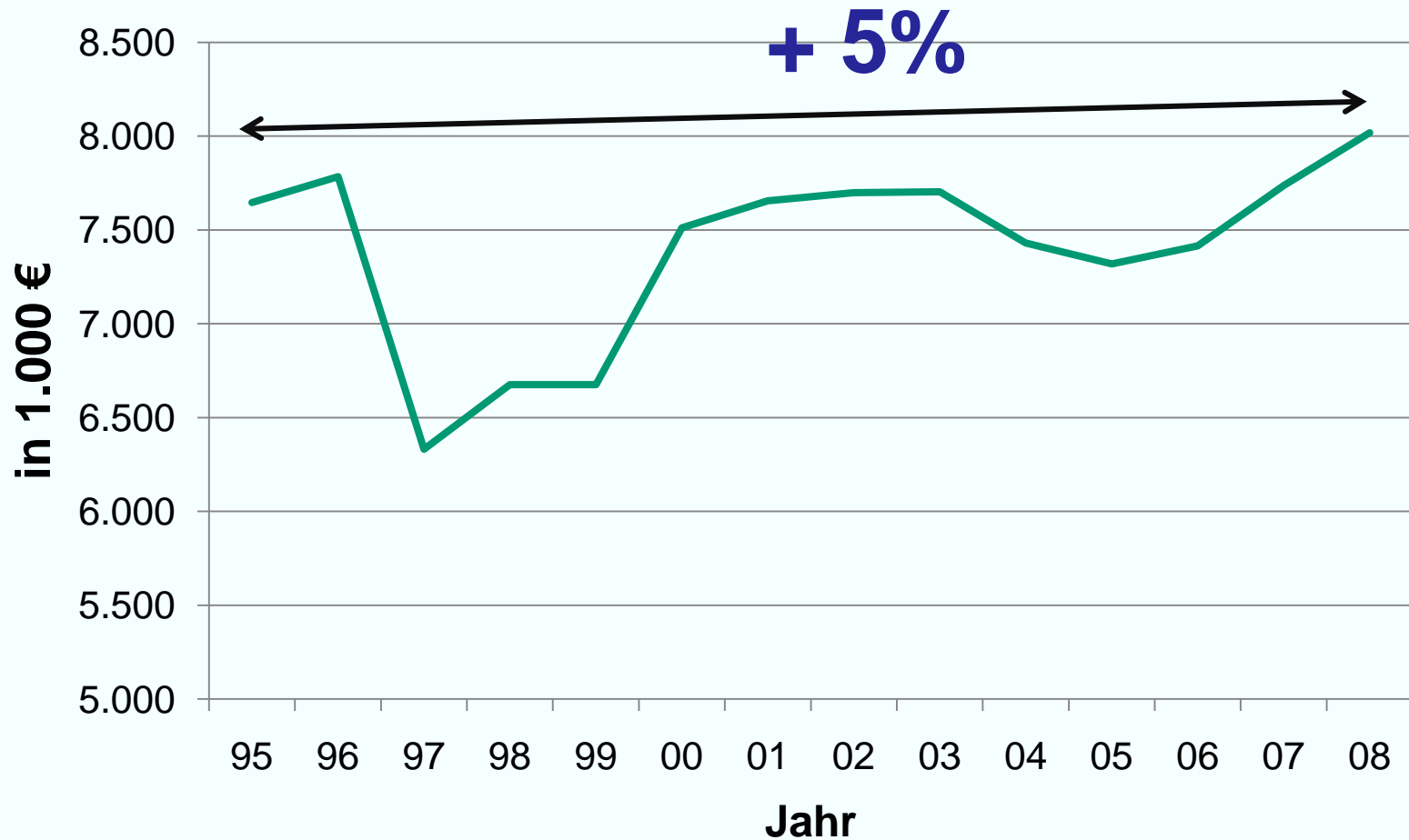
Gesellschaft für Qualität im
Gesundheitswesen, Karlsruhe

- Ausgaben für Vorsorge und Rehabilitation
- Entwicklung chronische Erkrankungen
- Medizinische Rehabilitation als **das** Behandlungskonzept für chronische Erkrankungen
- Effektivität und Effizienz medizinischer Reha
- Notwendige Entwicklungen im Gesundheitswesen

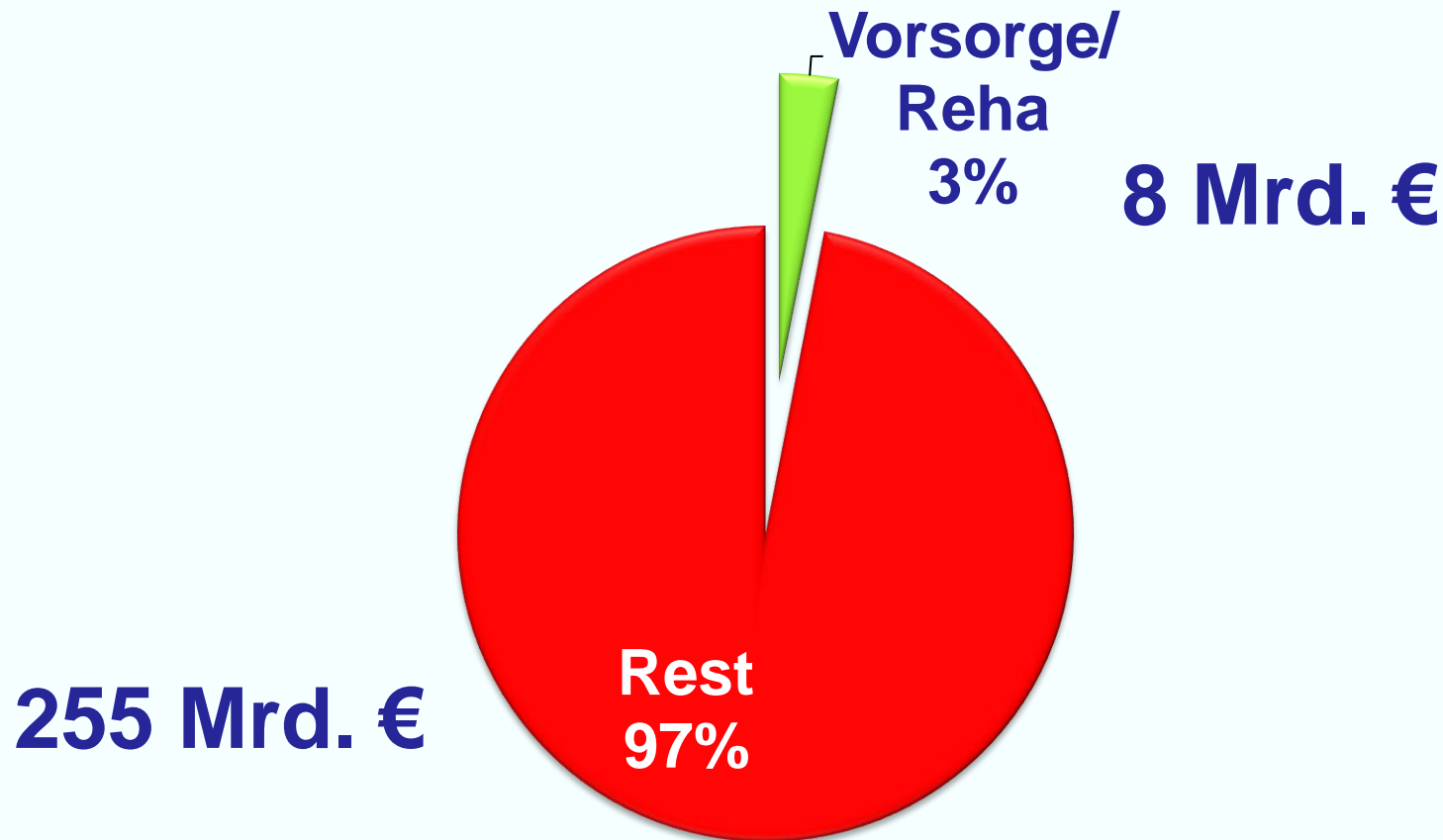
Ausgaben für Vorsorge und Rehabilitation



Ausgaben Vorsorge/Rehabilitation 1995-2008

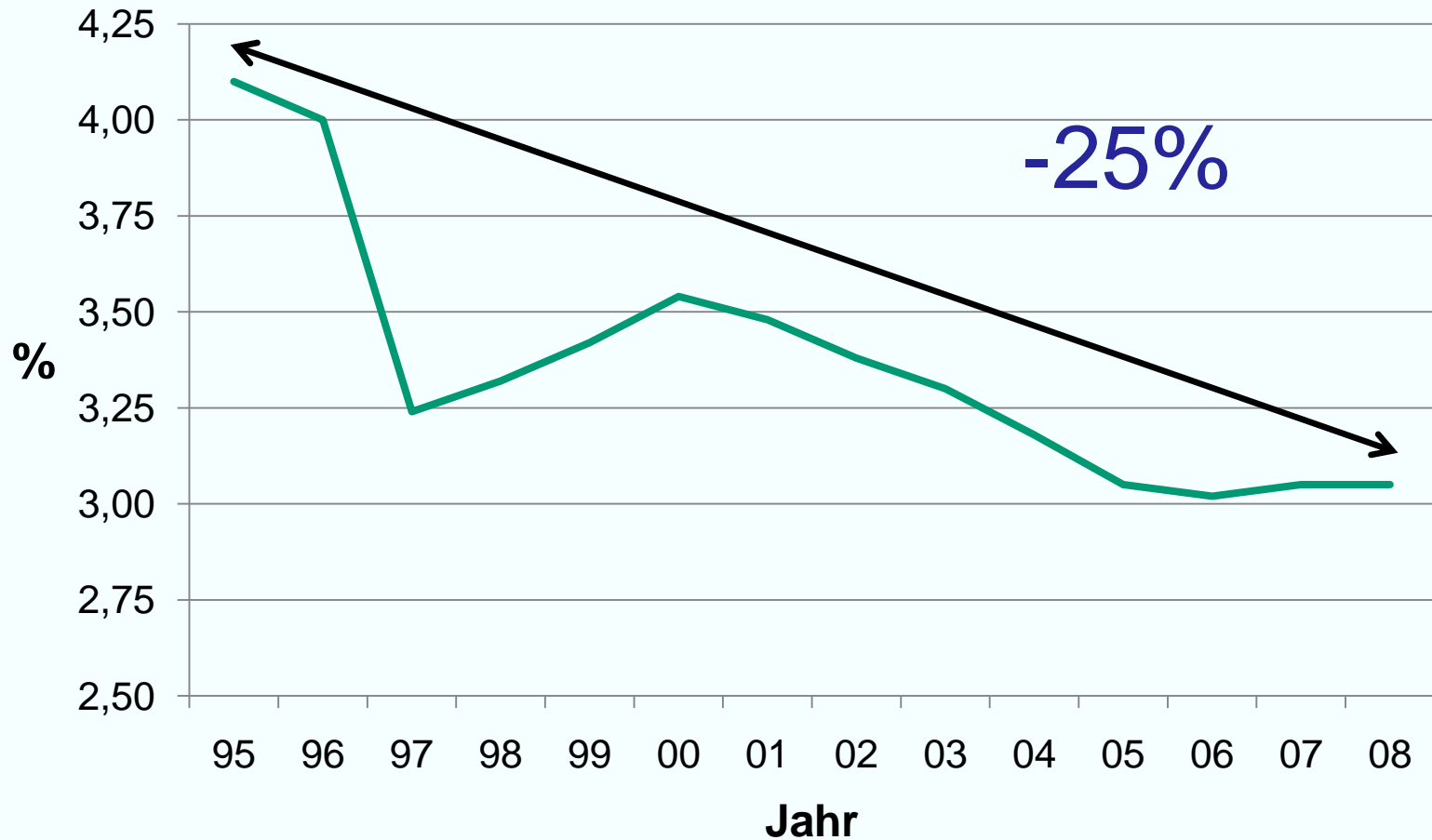


Anteil Vorsorge/Rehabilitation an den Gesamtausgaben im Gesundheitswesen 2008



Quelle: Statistisches Bundesamt

Anteil Vorsorge/Rehabilitation an den Gesamtausgaben im Gesundheitswesen 1995-2008



Entwicklung chronische Erkrankungen



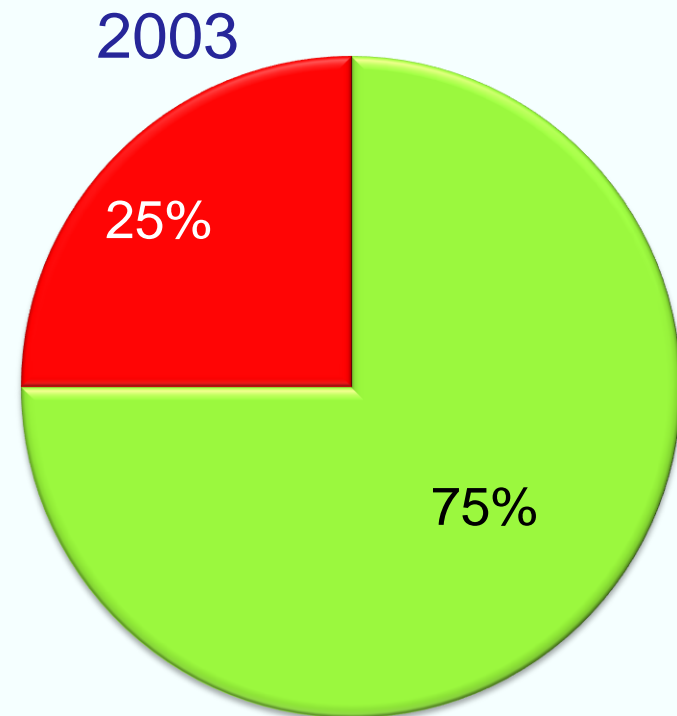
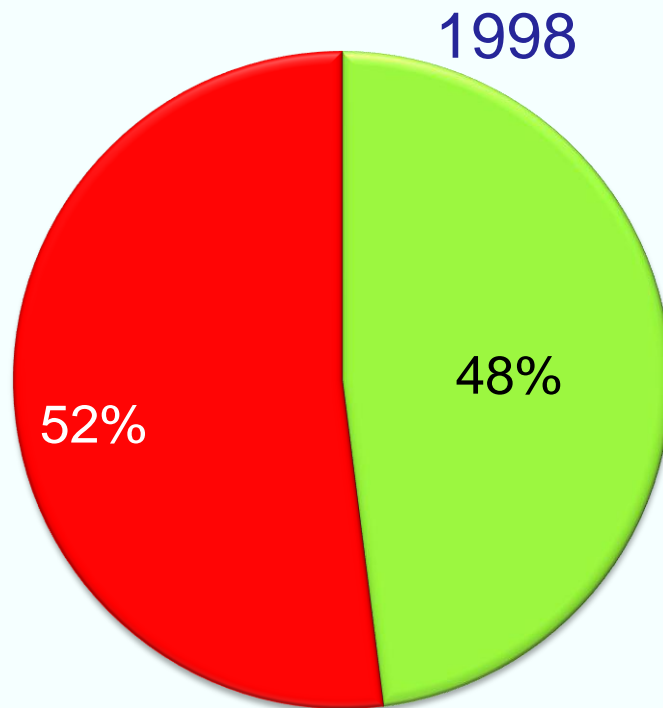
Demographischer Wandel

- Rückgang der Erwerbspersonen bis 2020 um 1,4 Mio., bis 2030 um weitere 3,5 Mio.
- 2020-2030 Eintritt geburtenstarker Jahrgänge der 1960er Jahre
- gleichzeitiger Rückgang erwerbsfähiger junger Menschen
- (Über-)Alterung der Gesellschaft → Zunahme chronischer und multimorbider Erkrankungen



Prävalenz chronische Erkrankungen 1998/2003

■ mind. 2 chronische Erkrankungen ■ keine Erkrankungen

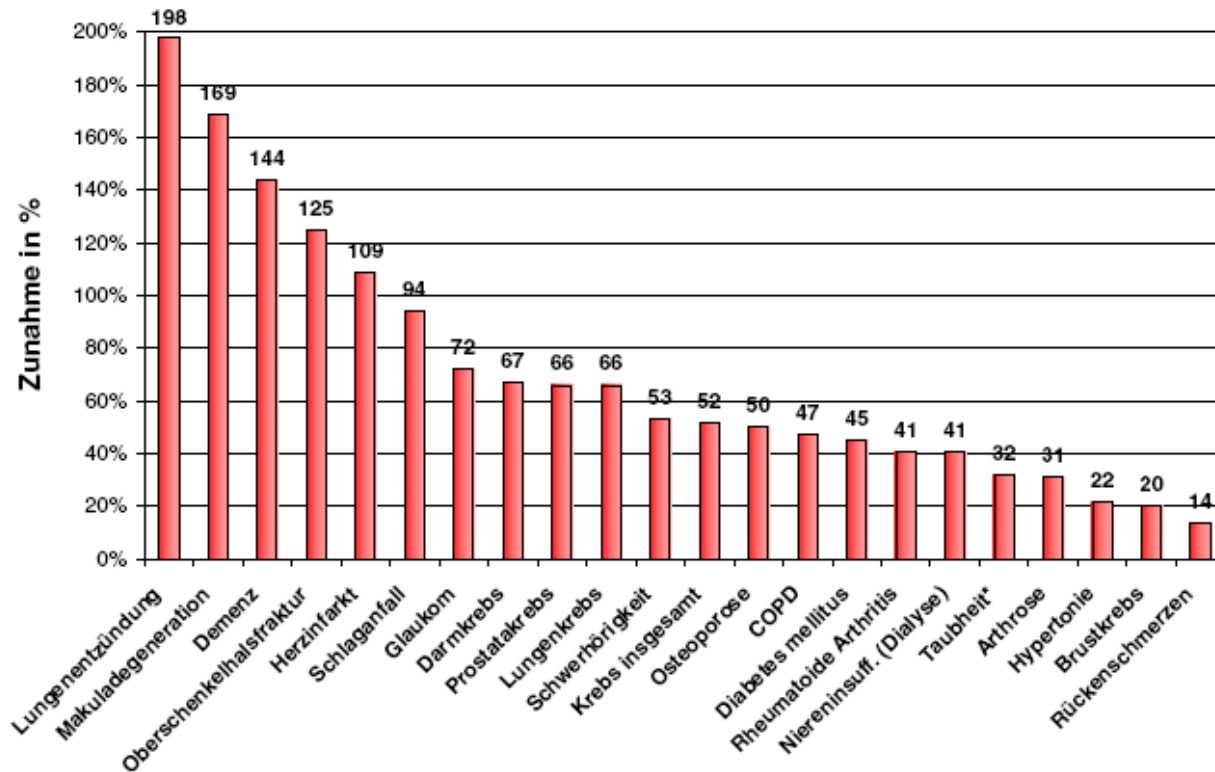


Quelle: Kohler & Ziese 2004, KIGGS 1998, SVR Gutachten 2009



Zunahme chronischer Erkrankungen bis 2050

Beske (2010). Public Health Forum 18, Heft 66



* Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 nach SGB IX.

Abbildung 1. Prozentuale Zunahme Erkrankter pro 100.000 Einwohner für 22 Krankheiten von 2007 bis 2050.

Prognose Pneumologie bis 2025

- Asthma (ca. 2/3 der pneumologischen Fälle)
→ Zunahme um 25% Rehabilitanden im Bereich der DRV
- COPD (ca. 1/3 der Fälle) → Verdoppelung der der Fälle realistisch
- gilt vor allem dann, wenn es gelingt die Versicherten früh, d.h. in einem frühen Krankheitsstadium zu erreichen

Steiner et al. (2009). Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum. Basel, Prognos AG,



- mittlere Erkrankungsdauer chronischer Erkrankungen, z.B.
 - Pneumologie: 19,5 Jahre
 - Psychosomatik: 7 Jahre
- iatrogene, d.h. durch das Gesundheitssystem (mit-)bedingte Chronifizierung ?

- geringfügige Zunahme (+5%) der absoluten Ausgaben für Vorsorge und Reha
- deutlich Abnahme (-25%) des relativen Anteils der Vorsorge und Reha an den Gesamtausgaben im Gesundheitswesen
- letzte Dekade: deutliche Zunahme chronischer Erkrankungen
- dramatische Zunahme chronischer Erkrankungen bis 2050
- Frage der systembedingten Chronifizierungen

Medizinische Rehabilitation als das Behandlungskonzept für chronische Erkrankungen



Stärken der Reha - Behandlungskonzepte

- multiprofessioneller Behandlungsansatz
- ganzheitlicher Behandlungsansatz (→ u.a. Theoriemodell der Reha)
- Lösungen für Multimorbide Patienten
- Stärkung der Eigenverantwortung der Patienten für ihre Gesundheit (aktivierende Behandlung)
- Änderung des Gesundheitsverhaltens



Konzept/(Theorie-)Modell der Rehabilitation

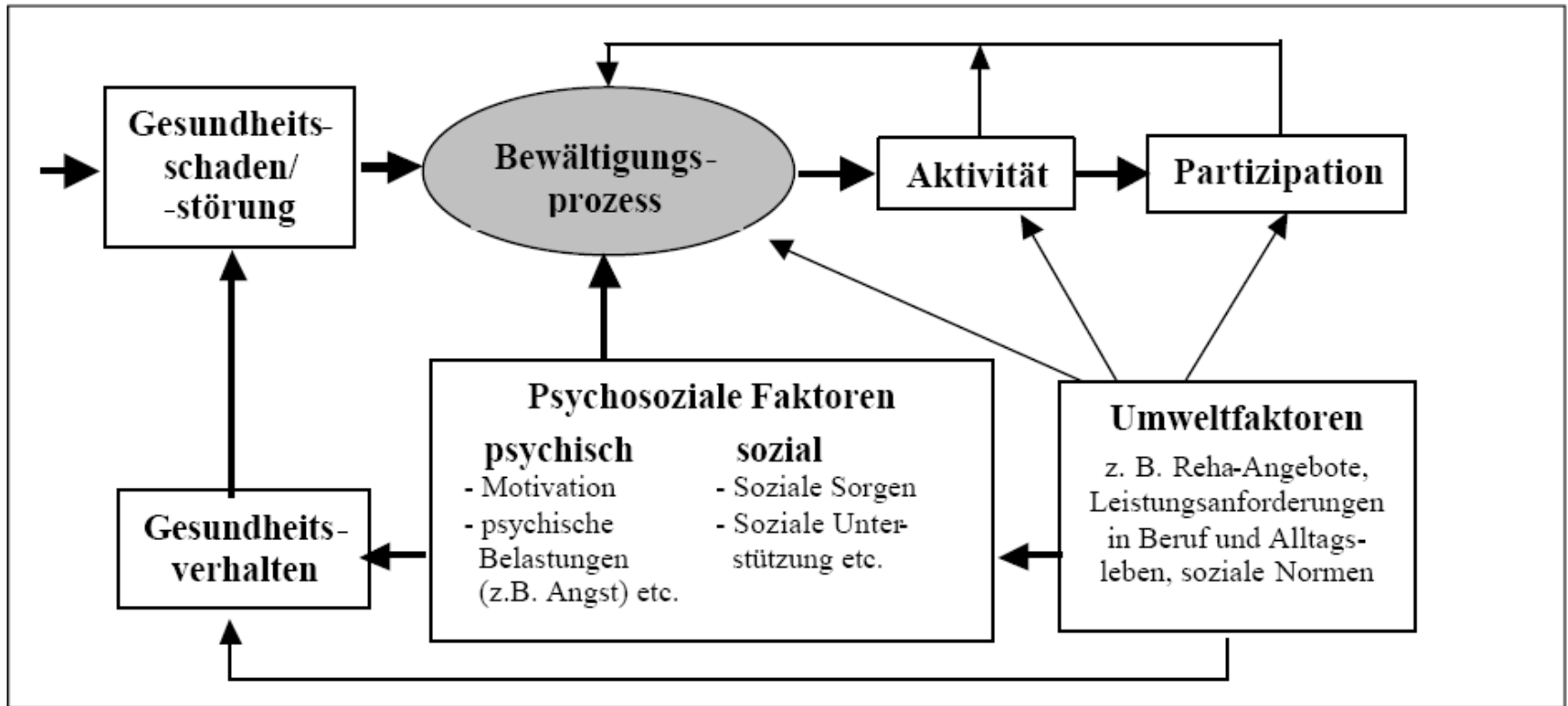


Abbildung 1: Theoriemodell der Rehabilitation (nach Gerdes & Weis, 2000; Gerdes, Bengel & Jäckel, 2000)

Effektivität und Effizienz Medizinischer Rehabilitation



Effektivität medizinischer Reha

Effektstärken nach Cohen (1992)

Indikation	2005	Prognose 2025 realistisch	Prognose 2025 offensiv
Kardiologie	0,40	0,60	0,80
Pneumologie	0,50	0,70	0,90
Rückenschmerzen	0,25	0,35	0,45
Psychosomatik	0,40	0,60	0,80
Sucht	0,35	0,43	0,51

Steiner et al. (2009). Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum. Basel, Prognos AG,



Effektivität Medizinische Reha - Pneumologie

Abbildung 17: Wirksamkeitshinweise – Pneumologie (Asthma)

	Return-to-Work (RTW), Arbeitsunfähigkeit (AU)	med. Parameter, Perfor- mance, Lebensqualität
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prä-Post-Vergleiche - mittelfristig (1/2–2 Jahre) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AU: 12→6 Tage, d=0,40 ▪ RTW: 44% 	<p>überwiegend „mittlere“ Effektstärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ med. Parameter: d=0,52 ▪ Performance: d=0,92 ▪ Lebensqualität: <ul style="list-style-type: none"> - somatisch: d=0,57 - Ges.verhalten: d=0,45 - Coping: d=0,43 - funktional: d=0,41 - psychisch: d=0,40 Gesamt: d=0,48–0,80
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prä-Post-Vergleiche - langfristig (2–5 Jahre) 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontrollierte Studien 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auch international gibt es nur wenige kontrollierte Studien, die sich zumeist auf einzelne rehabilitative Therapieelemente beschränken. 	

„mittlere“
Wirksamkeit

Steiner et al. (2009). Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum. Basel, Prognos AG,

Return on Investment ROI

Medizinische Reha aktuell

Indikation	Pessimistische Schätzung	Optimistische Schätzung
Kardiologie	1 : 2,0	1 : 3,0 ¹⁾
Pneumologie	1 : 2,5	1 : 4,5²⁾
Rückenschmerzen	1 : 1,5	1 : 2,0 ¹⁾
Psychosomatik	1 : 2,0	1 : 4,0³⁾
Sucht	1 : 1,5	1 : 2,5 ¹⁾

¹⁾ Schätzung des Autors (RN)

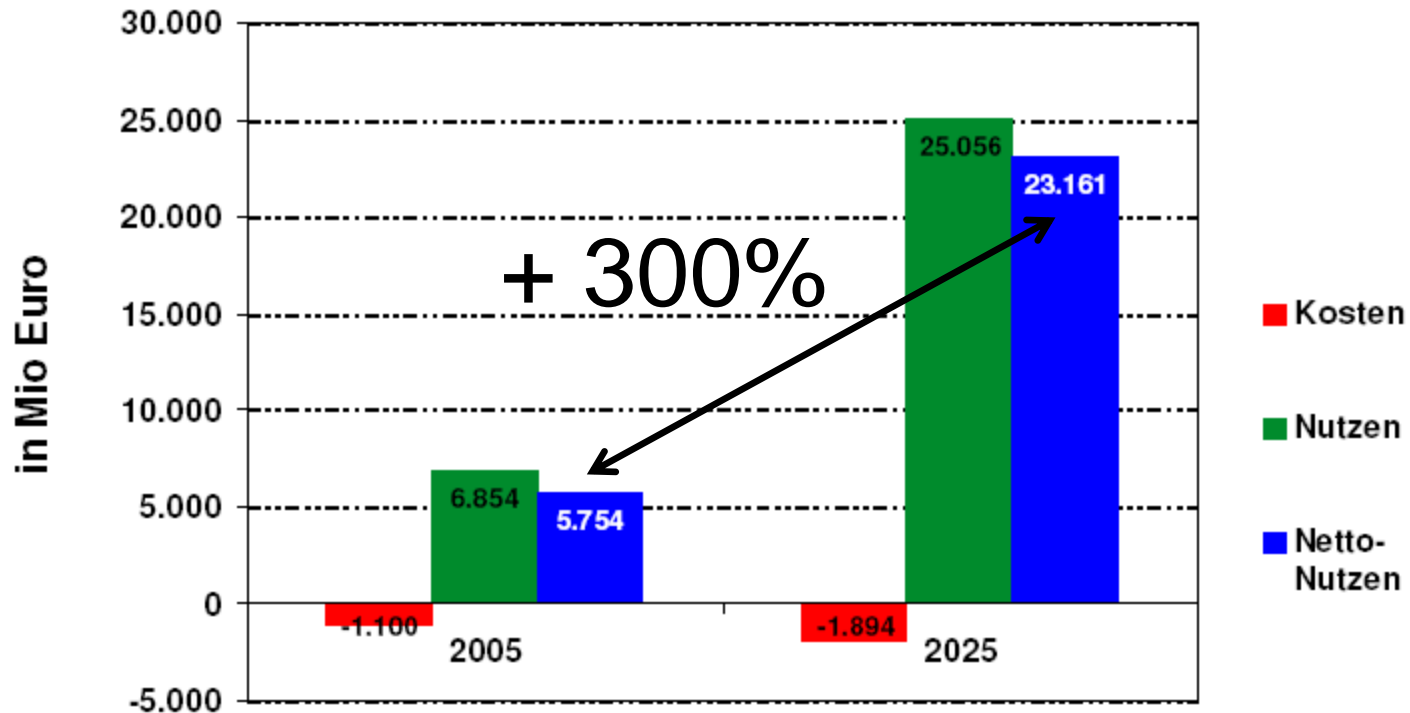
²⁾ vgl. Steiner et al. 2009, Kaiser 1998, 2003.

³⁾ vgl. u.a. Zielke (2004), Steffanowski et al. (2005)



Ökonomischer Nutzen Reha 2005/2025

Abbildung 33: Reha-bedingte volkswirtschaftliche Rendite im realistischen Szenario, 2005 und 2025, in Mio Euro



Steiner et al. (2009). Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum. Basel, Prognos AG,

Effektivität medizinischer Reha

Kostenrelevante Effekte über alle Indikationen

Indikator	2005	Prognose 2025 realistisch	Prognose 2025 offensiv
AU-Tage	- 6,0 Mio.	- 17,9 Mio.	- 39,1 Mio.
Gewonnene Berufstätigkeitsjahre	54,4 Tsd.	110,9 Tsd.	160,5 Tsd.
Gewonnene Bruttoeinkommen	3,5 Mrd. €	11,9 Mrd. €	21,3 Mrd. €
Gewonnene Lohnsteuereinnahmen	0,5 Mrd. €	1,6 Mrd. €	2,8 Mrd. €
Reha-bedingte Einnahmen Sozialversicherung	1,2 Mrd. €	4,3 Mrd. €	7,8 Mrd. €

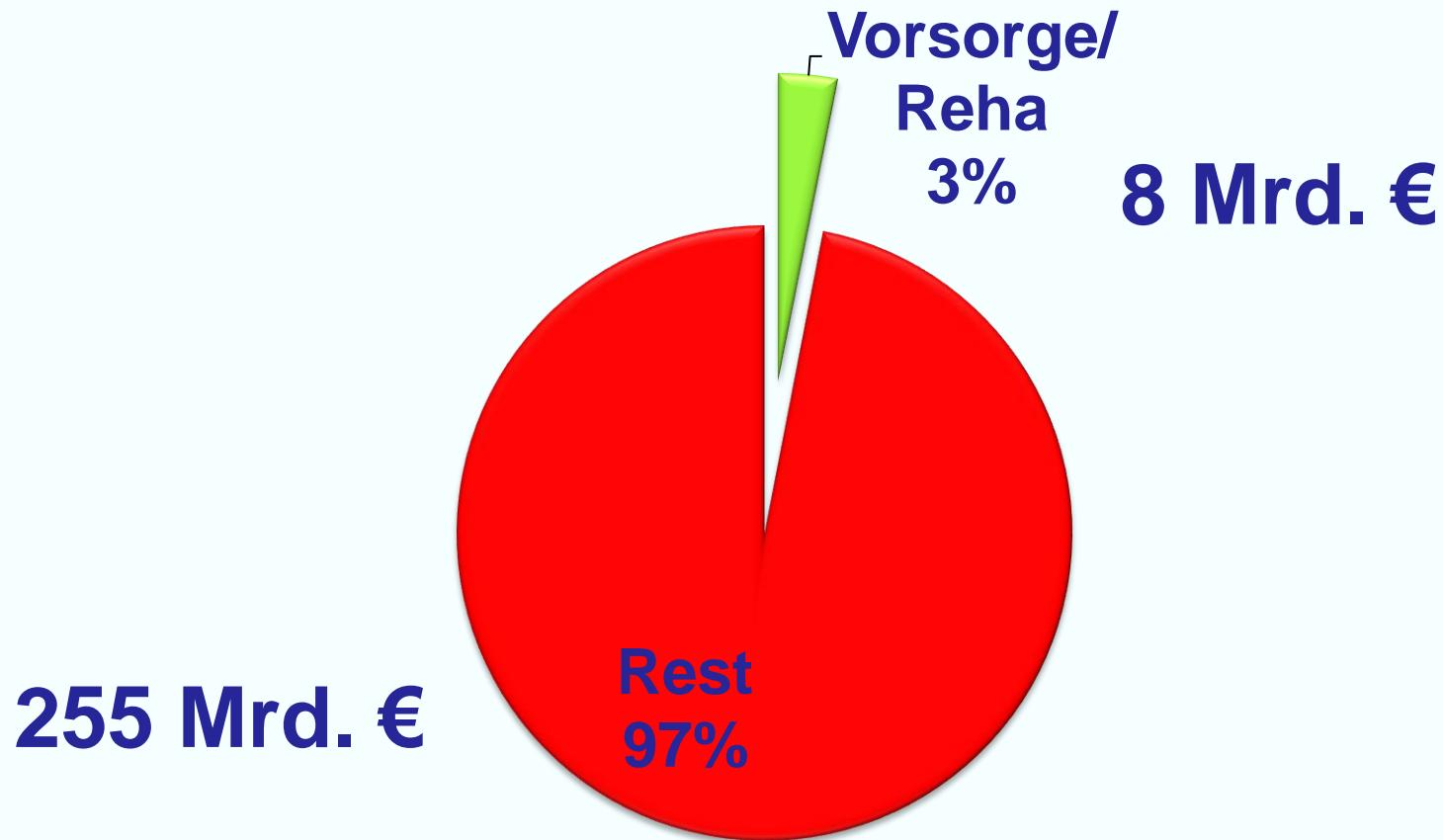
Steiner et al. (2009). Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum. Basel, Prognos AG,



Notwendige Entwicklungen im Gesundheitswesen

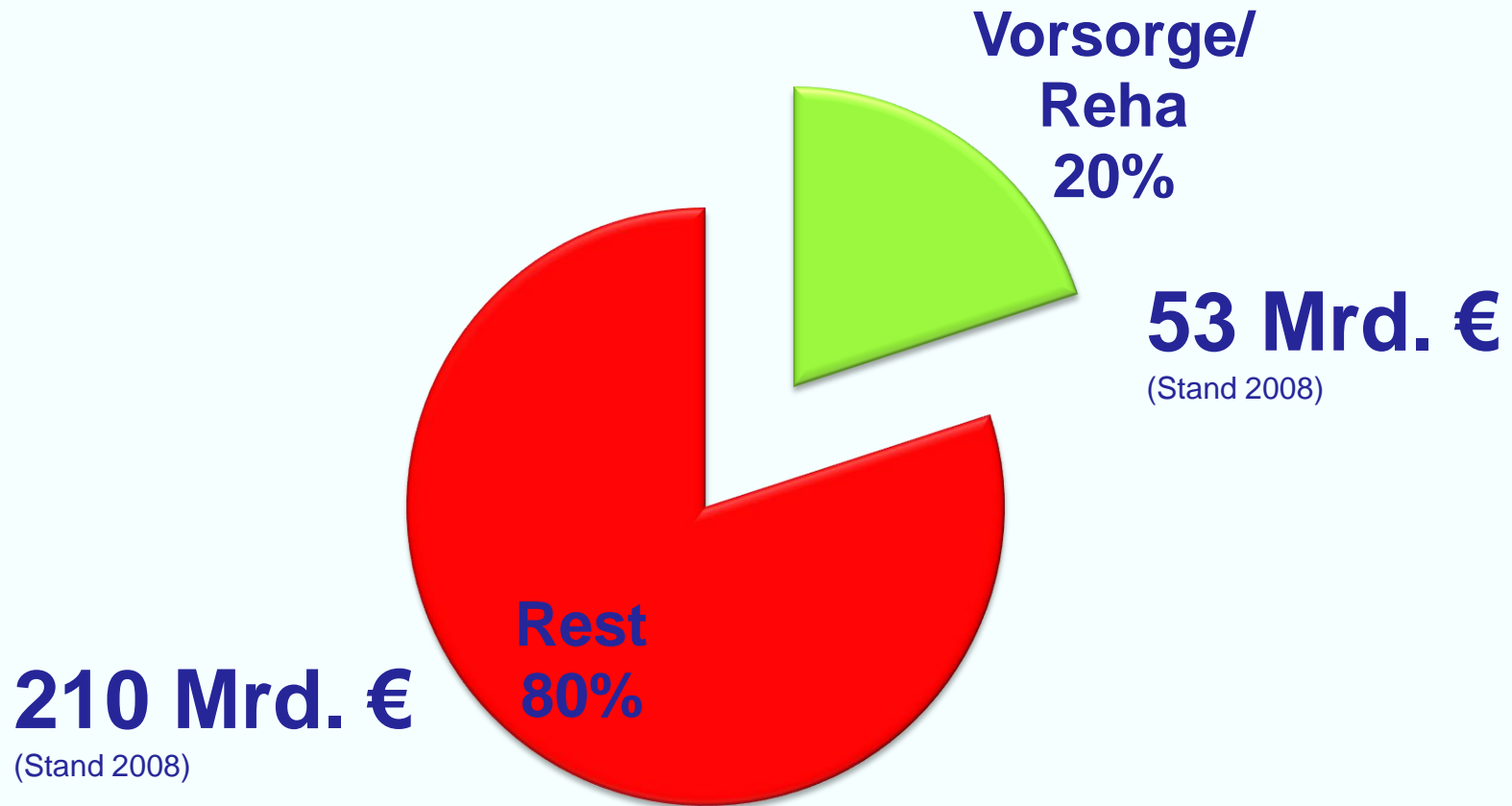


Anteil Vorsorge/Rehabilitation an den Gesamtausgaben im Gesundheitswesen 2008



Quelle: Statistisches Bundesamt

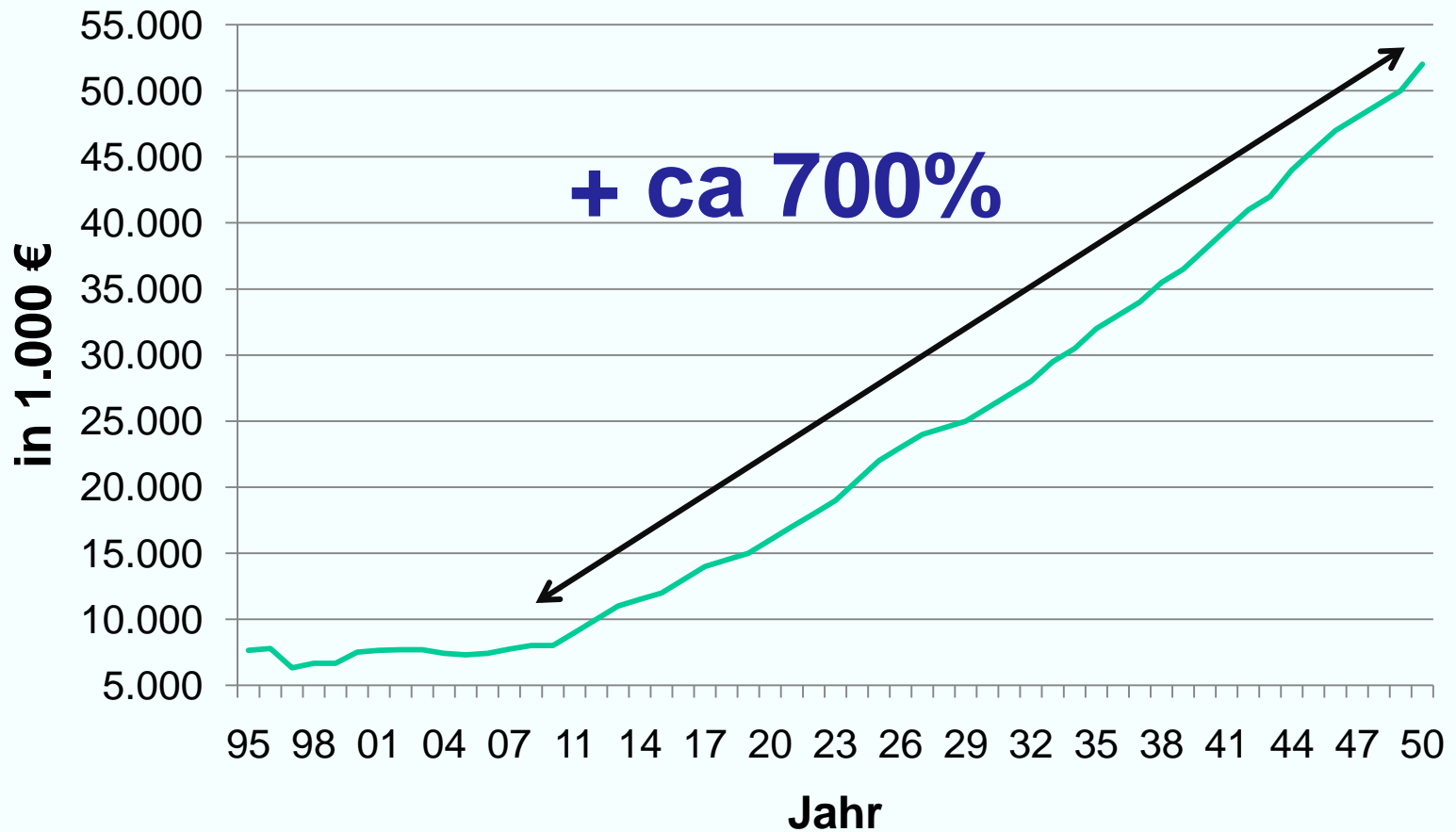
Anteil Vorsorge/Rehabilitation Prognose 2050



Quelle: Statistisches Bundesamt



Notwenige Ausgaben Vorsorge/Rehabilitation 2011-2050 – Minimalprognose



- dramatische Zunahme chronischer Erkrankungen bis 2050
- bislang keine Lösungen dafür
- Reduktion des Anteils der Vorsorge/Reha an den Gesamtausgaben des Gesundheitswesens bei einem Anteil von ca. 3% aktuell
- bereits heute gravierende Fehlallokation der Mittel

Forderungen/Notwendige Entwicklungen 1

die dramatische Zunahme chronischer Erkrankungen erfordert

- eine deutlichen Verlagerung der Ausgaben in Richtung Prävention und Rehabilitation
- die Entwicklung von Konzepten, bei denen die spezifische Fachkompetenz der Rehabilitation federführend im Gesamtprozess ist (Case-Management)
- Vorrang- oder zumindest Gleichstellung der Medizinischen Reha im Verhältnis zur Krankenbehandlung



Forderungen/Notwendige Entwicklungen 2

- die Möglichkeiten der Rehabilitation müssen noch viel stärker in die Köpfe der Entscheidungsträger (Ärzte, GKV, UV etc.)
- Rehabilitation muss noch viel stärker als aktuell in der Ausbildung von Ärzten, Psychologen, Pflegekräften gewichtet werden
- Lehrstühle Reha-Medizin und Reha-Psychologie flächendeckend



Forderungen/Notwendige Entwicklungen 3

- breiter Einsatz von Testverfahren, die die Reha-Bedürftigkeit ermitteln und für die Zuweisungssteuerung eingesetzt werden
- Reha ist effektiv und effizient, dennoch weiter verstärkte Forschung zum Nachweis des Reha-Erfolgs und seiner gesundheitsökonomischen Bedeutung notwendig
- Stärkung SGB IX: Betroffene haben Recht auf optimale Behandlung/weitere Stärkung der Patientenrechte



Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Kontakt:

GfQG

Gesellschaft für Qualität
im Gesundheitswesen GbR

Erfurter Straße 5a, 7139 Karlsruhe
mail: info@GfQG.de

www.GfQG.de