


Peter Behner
Ab Klink
Sander Visser
Jan Böcken
Stefan Etgeton

booz&co. | BertelsmannStiftung

Effekte einer gesteigerten
Therapietreue:
*Bessere Gesundheit und
höhere Arbeitsproduktivität
durch nachhaltige Änderung
des Patientenverhaltens*



ZUSAMMENFASSUNG

Für jeden Patienten, der mit einer ernsten Diagnose konfrontiert wird, ist die Therapie-Umsetzung ein kritischer Aspekt der Genesung und der weiteren Prävention – die praktische und stringente Anwendung aller medizinischen Maßnahmen, die Arzt und Patient als notwendig vereinbart haben. Dies wird als „Therapietreue“ (engl. Adherence) bezeichnet. Die spezifischen Verhaltensweisen der Einhaltung – ob nun ein Patient seine Lebensweise mit Diät oder sportlicher Betätigung ändern muss, seine Medikamente termingerecht einnimmt, alle empfohlenen Behandlungsarten durchführt, auf Veränderungen der Symptome achtet – scheint zunächst einmal Privatsache des Betroffenen zu sein. Therapietreue hat jedoch weitreichendere Auswirkungen: Sie senkt Gesundheitskosten, die mit Komplikationen und dem Fortschreiten der Erkrankung verbunden sind und erhöht letztendlich die Arbeitsproduktivität. Es mag überraschen, doch der Verlust der Arbeitsproduktivität aufgrund chronischer Krankheiten kostet die Gesellschaft mindestens so viel wie die direkt mit der Krankheit verbundenen medizinischen Aufwendungen und Leistungsausgaben.

Die vorliegende Studie beschreibt eine von Booz & Company und der Bertelsmann Stiftung durchgeführte Analyse des direkten Nutzens einer bewussteren Einhaltung medizinischer Therapien für den Patienten sowie mittelbar dessen Arbeitsproduktivität. Dabei wurde auf Datenmaterial von fünf ausgewählten chronischen Krankheiten in Deutschland, Großbritannien und den Niederlanden zurückgegriffen. Diese Erkrankungen – Hypertonie (Bluthochdruck), Asthma/chronisches unspezifisches respiratorisches Syndrom (COPD), chronische Rückenschmerzen, Depression und Gelenkrheumatismus – führen jährlich wiederkehrend zu einem enormen volkswirtschaftlichen Schaden. Dieser liegt in Deutschland zwischen 38 und 75 Milliarden Euro, in Großbritannien zwischen 28 und 50 Milliarden Euro und in den Niederlanden zwischen neun und 13 Milliarden Euro. Produktivitätsverluste wurden unter Einbezug von Einschränkungen durch Abwesenheit, „Präsentismus“ (Anwesenheit mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit) und Arbeitsunfähigkeit hochgerechnet.

Ansätze zur Verbesserung der Therapietreue sind in ihrer Umsetzung aufwändig, dennoch sind nicht wenige davon punktuell und auf das spezifische Einzelsetting bezogen erfolgreich. Würden diese großflächiger und stringenter umgesetzt, könnten sie enorme Nutzenpotenziale freisetzen, wie wissenschaftliche Untersuchungen und Statistiken, auf die sich diese Studie bezieht, belegen. Produktivitätsverbesserungen wären insbesondere in jenen Wirtschaftszweigen und -regionen angezeigt, wo der demographische Wandel in den nächsten zehn Jahren unabwendbar zu einem Mangel an Fach- und Arbeitskräften führen wird. Produktivitätssteigerungen in einer Bandbreite von 10 bis 20 Milliarden Euro in Deutschland, acht bis 19 Milliarden Euro in Großbritannien und zwei bis vier Milliarden in den Niederlanden sind nach Experten-Meinung mittelfristig realisierbar. Die Ergebnisse legen ebenfalls nahe, dass Therapietreue auch für andere Länder und andere chronische Krankheitsbilder von zentraler Bedeutung ist. Angesichts der Fülle an Interventionsmöglichkeiten würden die hier beleuchteten Effekte und deren Größenordnung sogar eher konservativ bewertet.

Vier Strategien tragen vornehmlich dazu bei, bestehende Barrieren abzubauen und die Etablierung von Praktiken zur verbesserten Therapietreue sicherzustellen:

- *Schaffung und Einsatz von Anreizen für Ärzte, Pflegepersonal und Patienten, den Aspekt der Therapietreue in den Behandlungsplänen fest zu integrieren, wobei der Fokus auf Qualität statt auf Quantität zu legen ist.*

- *Ausbau der aktiven Beteiligung und Rolle von Arbeitgebern, Kostenträgern und Krankenversicherungen im Kontext der Therapietreue, wobei Gesundheitssicherung und Produktivitätszuwachs aufeinander auszurichten sind.*
- *Erkundung und Etablierung neuer Geschäfts- und Servicemodelle im Gesundheitswesen, die besser geeignet sind, Therapietreue unter Einbezug aller Beteiligten zu etablieren.*
- *Neuausrichtung der Versorgungsforschung, um Effekte durch Therapietreue wissenschafts- und evidenzbasiert zu messen, von Best Practices zu profitieren und Anreiz-Modelle zu optimieren.*

Highlights

Adherence-Strategien verbessern nicht nur die Patienten-Gesundheit, sondern erzielen auch Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen und beim Produktivitätszuwachs in der Wirtschaftssphäre. *Siehe Seite 5.*

Die Analyse für Deutschland, Großbritannien und die Niederlande zeigt, dass die fünf von uns untersuchten chronischen Erkrankungen zu hohen Produktivitätsverlusten führen. *Siehe Seite 9.*

Es wurden Statistiken und Ergebnisse wissenschaftlicher Studien einbezogen, um eine Makro-Sicht der Produktivitätsgewinne abzuleiten, die durch Therapie-Einhaltungsstrategien realisiert werden können. *Siehe Seite 11.*

Patienten, Arbeitgeber, staatliche Stellen und Kostenträger können in erheblichem Maß von Therapietreue profitieren, doch diejenigen mit dem größten Einfluss auf Verbesserungen – Leistungserbringer und Dienstleister im Gesundheitswesen – haben wenig Gründe, etwas zu verändern. *Siehe Seite 15.*

Vier Strategien können dazu beitragen, die Institutionalisierung von Praktiken zu beschleunigen und zu fördern, die zu einer verbesserten Therapietreue führen. *Siehe Seite 16.*

CHANCEN UND HERAUSFORDERUNGEN

Menschen in ärztlicher Behandlung finden es allzu oft herausfordernd, die mit ihren Ärzten getroffenen Vereinbarungen zu beachten und die erforderlichen Anpassungen ihrer Gewohnheiten auch umzusetzen. Die Empfehlungen eines Arztes einzuhalten wird vom Patienten nicht selten als störend und einschränkend wahrgenommen. Obwohl die Nicht-Einhaltung ärztlicher Empfehlungen ein universelles Problem darstellt, variieren die Gründe dafür je nach Patient und Erkrankung in hohem Maße. Therapien können sich störend auf Arbeits- und Privatleben auswirken und sie können unbequem und schwierig in den Lebensalltag einzuplanen sein. Medizinische Anordnungen und Erfordernisse können schwer verständlich oder schwer im Gedächtnis zu behalten sein und Patienten können auch einfach nur durch ihr individuelles Umfeld abgelenkt werden. Die Behandlung selbst kann unangenehm, anstrengend oder mit Nebenwirkungen verbunden sein. Patienten können zudem im Falle einer Einbeziehung mehrerer Spezialisten widersprüchliche medizinische Ratschläge erhalten oder werden durch frei verfügbare Informationen – etwa aus dem Internet oder dem persönlichen Umfeld – verunsichert. Eine Therapie entsprechend in Frage zu stellen, ohne diese Bedenken notwendigerweise

direkt mit dem Arzt zu erörtern stellt mithin eine der häufigsten Ursachen für eingeschränkte Therapietreue dar. Und schließlich, da der Nutzen der Therapie-Einhaltung erst im Zeitverlauf sichtbar wird, ist es nur nachvollziehbar, dass essentielle Verhaltensweisen schleichend eingestellt oder einige Bestandteile der Therapie „schleifen gelassen“ werden. Das gesamte Ursachenspektrum führt mithin zu unzureichender oder unsachgemäßer Medikamenten-Einnahme, zu Behandlungsabbruch oder zur Aufgabe eines angepassten, gesünderen Lebensstils.

Eingeschränkte Therapietreue führt in Konsequenz und aufgrund eines weiteren Fortschreitens oder einer Verschlechterung des Krankheitsverlaufes zur nachhaltigen Minderung der Lebensqualität. Darüber hinaus hat die Nichtbeachtung eines mit dem Arzt vereinbarten Therapieplans tiefgreifende Auswirkungen auf das Gesundheitswesen und die Gesellschaft per se, da sie zu Hemmnissen und Zusatzaufwand auf allen Ebenen des Gesundheitssystems führen und so die Leistungsausgaben dauerhaft aufblähen. Dennoch scheinen etablierte Gesundheitssysteme wenig Anlass zu geben, um die skizzierten Hürden einer breiter umzusetzenden Therapietreue zu beseitigen.

Zeiten wirtschaftlicher Prosperität, die mit spürbaren positiven Effekten auf die Sozialsysteme einhergehen, wären dazu geeignet, entsprechende Weichenstellungen und Investitionen in die Wege zu leiten. Die Babyboomer-Generation erreicht die Rentenaltersgrenze. Die Folgen zeichnen sich bereits heute ab – die Arbeitsmarktlage verschärft sich und Lohnkostensteigerungen sind absehbar. Das Durchschnittsalter der Bevölkerung steigt sowohl in Industrie- als auch in Schwellenländern. Chronische, altersbedingte Krankheiten werden zunehmend indiziert, die Einhaltung von Therapien ist gerade bei diesen Erkrankungen von besonderer Bedeutung.

Für die Bevölkerung im arbeitsfähigen Alter ist Therapietreue ebenso relevant. Die Folgen werden angesichts der Häufung chronischer Erkrankungen in frühen Lebensabschnitten und angesichts der Tatsache, dass Menschen später in Rente gehen, noch erhöht. Pro-aktive Behandlungsansätze ermöglichen vielen chronisch erkrankten Menschen, weiterhin einer geregelten Arbeit nachzugehen oder nach einer Phase der Rehabilitation wieder in den Arbeitsprozess zurückzukehren. Die Einhaltung medizinischer Therapie-Empfehlungen erhöht und erhält das Wohlbefinden dieser Gruppe. Zusammenfassend lassen all die skizzierten Effekte und Faktoren keinen anderen Schluss zu, als sich dieses dringenden Themas anzunehmen.

Verbesserte Therapietreue wird oft mit besseren, auf den einzelnen Patienten bezogenen Therapie-Ergebnissen assoziiert. Breiter greifende Adherence-Strategien erzielen entsprechend signifikante Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen, mit mittelbaren positiven Effekten auf die Wirtschaft. Beispielhaft und transparent nachweisbar ist dieser Wirkungsmechanismus bei durch Therapietreue gesenkten stationären (Wieder-) Einweisungsraten, die sich zunächst direkt auf die allgemeinen Leistungsausgaben auswirken. Die Kosten verlorener Arbeitsproduktivität für die Gesellschaft werden jedoch als mindestens genauso signifikant erachtet wie die Leistungsausgaben, die mit der Behandlung chronischer Krankheiten einhergehen. Die vorliegende Studie unterstreicht die Notwendigkeit, Adherence-Strategien eben auch als finanzpolitisch verantwortliche, hoch wirksame Investitionen zu positionieren, die sich auf Makro- wie auch auf Mikro-Ebene amortisieren können.

Dem Leser mag der Gedanke kommen, dass durch die ökonomische Betrachtungsweise und durch einen verstärkten Druck zur Therapie-Einhaltung eine Stigmatisierung des Patienten oder sogar eine Einschränkung dessen Patientensouveränität vollzogen wird. Untersuchungen legen jedoch nahe, dass die Anwendung von Adherence-Strategien das Bewusstsein von Patienten dahingehend schärft, den positiven Nutzen von Verhaltens-

änderungen für sowohl sich selbst als auch für das gesellschaftliche Umfeld nachzuvollziehen. Entsprechende Verhaltensanalysen enthüllen eine bemerkenswerte „Win-Win-Situation“.

Unter Berücksichtigung der Heterogenität von Krankheitsbildern in den jeweiligen Ländern ist der projizierte Produktivitätsverlust durch Non-Adhärenz enorm: Der jährliche Verlust aus den fünf untersuchten Erkrankungen erreicht zwischen 38 und 75 Milliarden Euro in Deutschland, zwischen 28 und 50 Milliarden Euro in Großbritannien und zwischen neun und 13 Milliarden Euro in den Niederlanden. Gleichzeitig sind die aus Adherence-Strategien realisierbaren positiven Effekte auf die Arbeitsproduktivität signifikant: Tatsächlich erlauben die durch die Implementierung erzielten Nutzeneffekte den einzelnen Gesundheits- und Wirtschaftssystemen, einen Teil des entstandenen Produktivitätsverlustes auszugleichen – ein erheblicher sozialer und ökonomischer Effekt. Für die von uns untersuchten Krankheiten können Investitionen in die großflächige Etablierung von Adherence-Strategien Nutzeneffekte von 10 bis 20 Milliarden Euro in Deutschland, acht bis 19 Milliarden Euro in Großbritannien und zwei bis vier Milliarden Euro in den Niederlanden erreichen.

Arbeitnehmer haben einen direkten Nutzen aus ihrem verbesserten Gesundheitsstatus. Arbeitgeber und Sozialsysteme profitieren ebenfalls. Die vorliegende Studie zeigt mögliche Nutzen-Dimensionen auf, die Länder-unabhängig und für ein breites Spektrum von Krankheitsbildern Anwendung finden können. Angesichts der sozial- und wirtschaftspolitischen Rahmenbedingungen ist es an der Zeit, die Chancen verbesserter Therapietreue gezielter zu nutzen.

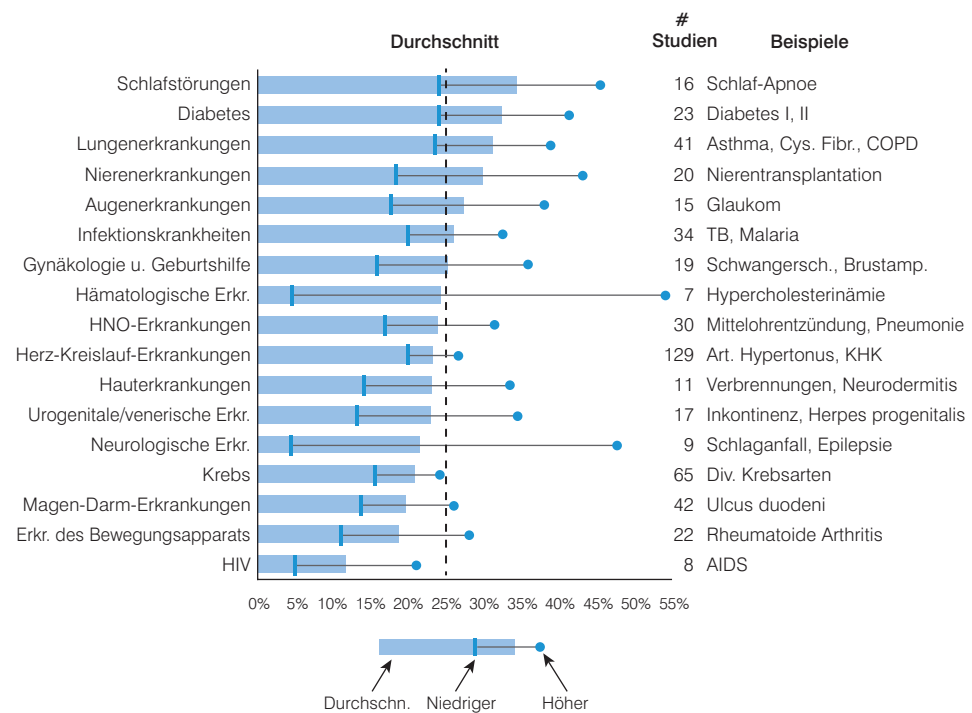
NON-ADHÄRENZ ALS UNIVERSELLES PROBLEM

Bedauerlicherweise stehen einer Verbesserung der Therapietreue gewaltige Hürden entgegen. Über alle Erkrankungen hinweg halten durchschnittlich 20 bis 30 Prozent der Patienten mindestens ein wichtiges Element der gemeinsam vereinbarten ärztlichen Anordnungen nicht ein. Verhaltensmuster variieren je nach Krankheitsbild beträchtlich. In Anbetracht der Konsequenzen von nicht durchgesetzter Therapietreue ist diese Gesamtquote besorgniserregend (*siehe Abbildung 1*).

Was führt Menschen dazu, eine Medikation nicht zu befolgen oder sich nicht an die vereinbarten therapeutischen Vorgaben zu halten? Die Gründe für Nicht-Einhaltung sind mannigfaltig und variieren je nach Erkrankung und Patientensoziographie, zudem verändern sie sich bei einzelnen Patienten im Zeitverlauf. Wie Leslie Martin und Kollegen in ihrem Buch *Health Behavior Change and Treatment Adherence* (Oxford University Press, 2010) ausführen, kann eingeschränkte Therapietreue durch einen Mangel an Information, einen Mangel an Motivation oder durch unzureichende Umsetzungsstrategien (auf Ebene des Kollektivs) verursacht werden.

Information, die den Patienten nicht erreicht, stellt einen in vielen Studien herausgestellten Einflussfaktor dar. Patienten können das „Warum und Wie“ eines Behandlungsplans missverstehen – etwa die zugrundeliegende Wirkungslogik und Begründung. Leistungserbringer unterschätzen gemeinhin leicht die Restriktionen eines Patienten, hinsichtlich dessen Aufnahmebereitschaft von Informationen. Dies gilt insbesondere in emotional aufgeladenen Behandlungssituationen. Multimorbide Patienten werden oftmals von widersprüchlichen Ratschlägen und der schiereren Zahl medizinischer Empfehlungen und Anordnungen überwältigt.

Abbildung 1
Therapie-Abbrecherraten für diverse Krankheitsbilder



Anm.: Meta-Analyse internationaler Studien; Definitionen differieren je nach Studie.
 Quelle: Variations in Patients' Adherence to Medical Recommendations (DiMatteo, 2004)"; Booz & Company

Motivation stellt einen weiteren Einflussfaktor dar. Patienten verlieren das Interesse und den Selbstantrieb, weil sich der Nutzen der Therapietreue teilweise erst langfristig zeigt. Unter den aktuellen Rahmenbedingungen fällt es einem Patienten leicht, Dinge mit der Begründung "Ich fange morgen an, die Übungen zu machen" aufzuschieben. Darüber hinaus können Nebenwirkungen von Medikation und Behandlung die mentale Entschlossenheit eines Patienten, sich an einen Therapie-Plan zu halten, stark einschränken. Oft ist sich der Patient nicht bewusst, wie sich der Gesundheitszustand im Laufe eines Lebens verändern wird.

Ein dritter Faktor ist das *persönliche Lebensumfeld* des Patienten, einschließlich der Verfügbarkeit von unterstützenden/störenden Rahmenbedingungen. Selbst Patienten, die einer Behandlungsempfehlung positiv gegenüber stehen und motiviert sind diese einzuhalten, scheren mit signifikanter Wahrscheinlichkeit dann aus, wenn Behandlungspläne ihr berufliches oder persönliches Leben einschränken. Patienten erfahren oftmals gesellschaftlichen Druck, sich an Aktivitäten zu beteiligen, die sich störend auf den Genesungsverlauf auswirken. Arbeitsbelastung oder Familienaktivitäten stehen in Konflikt mit wesentlichen therapeutischen Prioritäten.

Gesundheitscoaching, Case- und Care-Management Ansätze, e-Health Anwendungen, flexible Arbeitseinteilung und vergleichbare Maßnahmen können Menschen unter solchen Umständen helfen, einen auf sie zugeschnittenen Therapietreue-Ansatz in ihr Alltagsleben zu integrieren.

Eine breit angelegte Validierungsstudie der Cochrane Collaboration, einem internationalen Versorgungsforschungsnetzwerk, weist auf die breite Streuung der Ergebnisse von Interventionsmechanismen hin, die die Therapietreue erhöhen sollen. Die Ergebnisqualität hängt maßgeblich von den bestehenden Rahmenbedingungen, der Patientenpopulation und den gewählten Mechanismen ab. Hierbei wurden vielfältige Interventionsarten und -klassen dokumentiert (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2

Erfolgreiche Maßnahmen zur Verbesserung der Therapietreue – Ausgewählte Beispiele

- Operative Verbesserungsansätze zur Steigerung der Therapietreue

Studien weisen nach, dass sich bei Patienten, die umfassend über das Krankheitsbild Depressionen aufgeklärt werden, die regelmäßige Einnahmewahrscheinlichkeit von Medikamenten von 33 auf 66 Prozent erhöht. Bei der Behandlung von Diabetes und Bluthochdruck erhöht sich die Abholrate – die Rate, zu der Patienten ihre Rezepte einlösen – bei elektronisch übermittelten Rezepten (e-Prescription) um 10 bis 15 Prozent im Vergleich zu Papier-Rezepten. Interventionen und Aufklärung durch Apotheker verbessern die Einhaltung der Medikamenten-Einnahme um 15 bis 20 Prozent.

- Verbesserung von Krankheitsepisoden aufgrund von Therapietreue

Aufklärungsgespräche verbessern die Einhaltung der Therapie bei Patienten mit Bluthochdruck um 37 Prozent und senken den Blutdruck um 20 bis 25 mm Hg. Selbstmanagement-Sitzungen, die Aufklärung zu Asthma und Ratschläge zum Umgang mit Anfällen geben, reduzieren stationäre (Selbst-)Einweisungen um 90 Prozent. Coaching und Patienten-Netzwerke reduzieren stationäre Behandlungen bei Diabetes-Patienten um 44 Prozent.

- Kostensenkung durch Therapietreue

Bessere Therapie-Einhaltung senkt die durchschnittlichen jährlichen Gesundheitsausgaben für Diabetiker um bis zu 50 Prozent. Jährliche Gesamtausgaben für Bluthochdruck-Patienten, die sich an die Behandlung halten, liegen US \$3.800 unter den Ausgaben für „Abbrecher“. Aufklärungsgespräche zur Therapie-Einhaltung und Vermeidungsstrategien bei Asthma-Anfällen reduzierten die Kosten für Notfall-Ambulanz-Besuche um 60 Prozent pro Person und Jahr.

Quellen:

- F. Alhalaiga et al., "Adherence Therapy for Medication Non-compliant Patients with Hypertension: A Randomised Controlled Trial," *Journal of Human Hypertension*, vol. 26, February 2011, 117-126.
- M.B. Bolton et al., "The Cost and Effectiveness of an Education Program for Adults Who Have Asthma," *Journal of General Internal Medicine*, vol. 6, no. 5, September/October 1991, 401-407.
- CVS Caremark Integrated Pharmacy and Medical Administrative Claims Data, January 1, 2005-June 30, 2008; Booz & Company analysis.
- Kaiser Permanente, "Characteristics of Patients with Primary Non-adherence to Medications for Hypertension, Diabetes, and Lipid Disorders," 2011.
- Kaiser Permanente, "Integrated Health Care Delivery System and Electronic Health Records Support Medication Adherence," September 2011.
- M.C. Roebuck et al., "Medication Adherence Leads to Lower Health Care Use and Costs Despite Increased Drug Spending," *Health Affairs*, vol. 30, no. 1, January 2011, 91-99.
- Gary Ruoff, "A Method That Dramatically Improves Patient Adherence to Depression Treatment," *The Journal of Family Practice*, vol. 54, no. 10, October 2005.
- M. Sokol et al., "Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Healthcare Cost," *Medical Care*, vol. 43, no. 6, June 2005, 521-530.
- M.S. Taitel et al., "A Self-Management Program for Adult Asthma. Part II: Cost-Benefit Analysis," *Journal of Allergy & Clinical Immunology*, vol. 95, no. 3, March 1995, 672-676.

Die komplette Liste der Quellen finden Sie im Anhang, Seite 20.

Quelle: Booz & Company

DIE SICHT DER STAKEHOLDER

Obwohl Struktur- und Prozessanpassungen, die zur Verbesserung der Therapietreue beitragen, in kleinerem Umfang bereits erfolgreich sind, haben sich diese im großflächigen Einsatz noch nicht durchgesetzt. Die Wirkung solcher Initiativen entfaltet sich aktuell nicht in Gänze, da sie die Anforderungen und Beweggründe diverser Stakeholder und Interessenvertreter nicht ausreichend berücksichtigen und in Einklang bringen.

Zahlreiche Stakeholder sind hierbei zu berücksichtigen: Patienten, Arbeitgeber, der Staat, Leistungserbringer und Kostenträger können durch Umsetzung von breitflächigen Adherence-Strategien erheblichen Nutzen schaffen, doch ihr individueller Einfluss mag begrenzt sein. Bis dato dominieren Leistungserbringer und Dienstleister im Gesundheitswesen die Patienten-Steuerung zur Einhaltung von Therapien. Doch sie befinden sich in einem Dilemma: ihnen fehlt nicht nur ein Geschäftsmodell zur Verbesserung der Therapietreue sondern auch Anreizsysteme, um Therapietreue nachhaltig zu verbessern. Klassische Behandlungspfade, die auf Diagnose und Behandlungsauswahl ausgerichtet sind, unterstützen die Therapie-Einhaltung nur sehr eingeschränkt. Leistungserbringer behandeln Patienten, ohne einen ausdrücklichen Fokus auf die Therapietreue zu legen. Ein Grund dafür sind finanzielle Fehlanreize, etwa die überproportionale Gewichtung der Behandlung im Vergleich zum Therapie-Monitoring bei der Vergütung von medizinisch-kurativen Leistungen.

Einem Patienten die Rahmenbedingungen und Bestandteile einer Therapie ausreichend zu kommunizieren erfordert Zeit, die Leistungserbringer oftmals nicht aufbringen können. Einen Patienten anzurufen oder zu besuchen, um sicherzustellen, dass er seine Medikation einhält oder Übermedikation – insbesondere bei älteren und pflegebedürftigen Patienten – vermeidet, oder der zusätzliche Aufwand, den Patienten zu Folgeterminen einzubestellen, wird in vielen Fallkonstellationen unterbezahlt oder gar nicht honoriert.

Kostenträger profitieren in der Summe deutlich davon, wenn sich eine große Anzahl der Patienten an die vereinbarte Therapie hält, die Nutzenrealisierung ist jedoch mit Risiken behaftet. Analog zur Einzelbetrachtung auf Patienten-Ebene sind auch die Vorteile für ganze Patientenpopulationen nachweisbar, es bedarf jedoch eines mittel- bis langfristigen Betrachtungshorizonts.

Ein Patient, der sich an seinen Therapieplan hält, wird weniger oft stationär (wieder-) eingewiesen, und die langfristigen Behandlungskosten sind niedriger. Andererseits können Behandlungskosten bei Patienten, die sich an Therapie-Empfehlungen halten, kurzfristig steigen, da sie gewöhnlich mehr Medikamente einnehmen und ihren Arzt häufiger aufsuchen. Diese kurzfristig entstehenden „Zusatz“-Kosten stehen im Konflikt zur Notwendigkeit der Kostenträger, mit knappen Budgets hauszuhalten. Kurzfristige Kostensteigerungseffekte durch Therapie-Einhaltungsstrategien können leicht überschießen, wohingegen langfristige Einsparungen schwer zu erfassen sind. Therapie-Einhaltungsprogramme können zudem aufgrund umgekehrter Selektionseffekte Budgetüberschreitungen hervorbringen, etwa wenn sie Patienten anziehen, die keiner dezidierten Unterstützung zur Therapie-Einhaltung bedürfen. Die unterschwellig bestehende Skepsis ist ferner nachvollziehbar, wenn man im Falle bestimmter Indikationen nur von einem Verzögerungseffekt des Krankheitsverlaufes oder krankheitsbedingten Komplikationen ausgehen kann. Darüber hinaus garantiert ein positives Nutzeninkasso auf Patienten-individueller Betrachtungsebene nicht automatisch dasselbe Ergebnis auf der Makro-Ebene. Wenn etwa auf Einzelpatient-Ebene realisierte Ersparnisse direkt in die Behandlung anderer Patienten fließen, wird jeglicher Makro-Nutzen systematisch verschleiert.

Die scheinbare Unvereinbarkeit von kurzfristigen Hürden und langfristigem Nutzen macht es schwierig, neue Gesetzgebung anzustoßen oder entsprechende Behandlungsrichtlinien zu institutionalisieren, um Therapietreue zu fördern. Die Berechnung von Produktivitätsverlusten und damit einhergehenden Opportunitätskosten gestaltet sich schwierig, insbesondere bei der Abschätzung des Verbesserungspotentials. In Ermangelung präziser Zahlen sind politische Entscheidungs- und Kostenträger nur ansatzweise gewillt, in etwas zu investieren, das kurzfristige Budget-Ziele nicht ausdrücklich absichert. Dennoch scheinen mittelfristige Produktivitätssteigerungen für viele Stakeholder

durchaus in greifbare Nähe gerückt, da sie Sozialleistungen perspektivisch senken und Steuereinnahmen konstant halten, wenn nicht sogar steigern. Produktivitätssteigerungen sind vor allem in jenen Wirtschaftsregionen und Volkswirtschaften willkommen, in denen der demografische Wandel den Arbeitskräftemangel in der kommenden Dekade verschärft.

Für pharmazeutische Unternehmen ergibt sich durch eine breitflächige Therapietreue zumindest eine Ertragssicherung. Vor dem Hintergrund der aktuellen Sparanstrengungen von Seiten der Kostenträger (Rabattverträge, Nutzenabhängige Preisstellungen etc.) und unter Berücksichtigung der nur selektiven direkten Beteiligung der Pharma-Industrie an der Primärversorgung im Rahmen von Versorgungsmanagement-Programmen ist eine weitergehende Ertragssteigerung zunächst nur in begrenztem Maße abschbar.

Arbeitgeber können produktivitätssichernde Effekte wohl am ehesten nachweisen, da gesündere Arbeitnehmer weniger Krankheitstage aufweisen. Zusätzlich sind bei diesen Arbeitgebern die anwesenden Arbeitnehmer gesünder, eine Einschränkung der Arbeitskraft durch versteckte oder noch nicht auskurierte Erkrankungen (Präsentismus) wird unwahrscheinlicher, ebenso wie längere Abwesenheiten durch Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit.

Es fehlt die Verknüpfung zwischen Arbeitswelt und Gesundheitswesen, die positive Produktivitätseffekte fördern würde. Die einschlägigen Abwägungen bzgl. gesundheitsrelevanter Entscheidungen beziehen (immer noch) nur unzureichend Kosten-Nutzen-Aspekte am Arbeitsplatz ein. Arbeitgeber verfügen nur über begrenzte Budgets, die sie in Gesunderhaltung und damit auch in Maßnahmen zur Therapietreue investieren können. Politische Stakeholder beginnen erst jetzt, die Dichotomie zwischen Gesunderhaltung und Arbeitsplatzsicherung aufzubrechen, die durch die vorherrschende getrennte öffentliche Haushalts- und Budgetlogik quasi vorgegeben scheint. Nur punktuell bestehen verbindende Elemente wie die berufliche Rehabilitation oder das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM). Darüber hinaus fehlt der wesentliche Teil der erzielbaren Produktivitätsgewinne in den privatwirtschaftlichen Sektor, also zugunsten des Arbeitgebers. Trotz und gerade wegen der heterogenen und teils verschwommenen Interessenlage über alle Stakeholder-Gruppen hinweg ist die Höhe der Einsparpotenziale, die durch die breitflächige Umsetzung von Adherence-Strategien adressiert werden können signifikant genug, um einen unmittelbaren Handlungsbedarf herauszustellen.

PRODUKTIVITÄTSEFFEKTE: FÜNF KRANKHEITEN IN DREI LÄNDERN

Unter Rückgriff auf Daten zu fünf chronischen Krankheiten aus Deutschland, Großbritannien und den Niederlanden wurden Produktivitätseffekte herausgearbeitet, die direkt aus der Einhaltung medizinischer Therapien resultieren. Beispielhaft näher betrachtet wurden die Effekte bei den Krankheitsbildern Bluthochdruck, Asthma/COPD, chronische Rückenschmerzen, Depression und Gelenkrheumatismus. Diese fünf Diagnosen sind im Hinblick auf typische Auswirkungen auf die Arbeitsproduktivität in entwickelten Volkswirtschaften als repräsentativ anzusehen, wobei die Effekte von Therapietreue auch über die ausgewählten Länder hinaus Betrachtungsgegenstand waren.

Die volkswirtschaftlichen Kosten und Produktivitätsverluste dieser Krankheiten sind immens. Da sie sich jedoch abweichend voneinander entfalten, wurden sie einer differenzierten Betrachtung unterworfen:

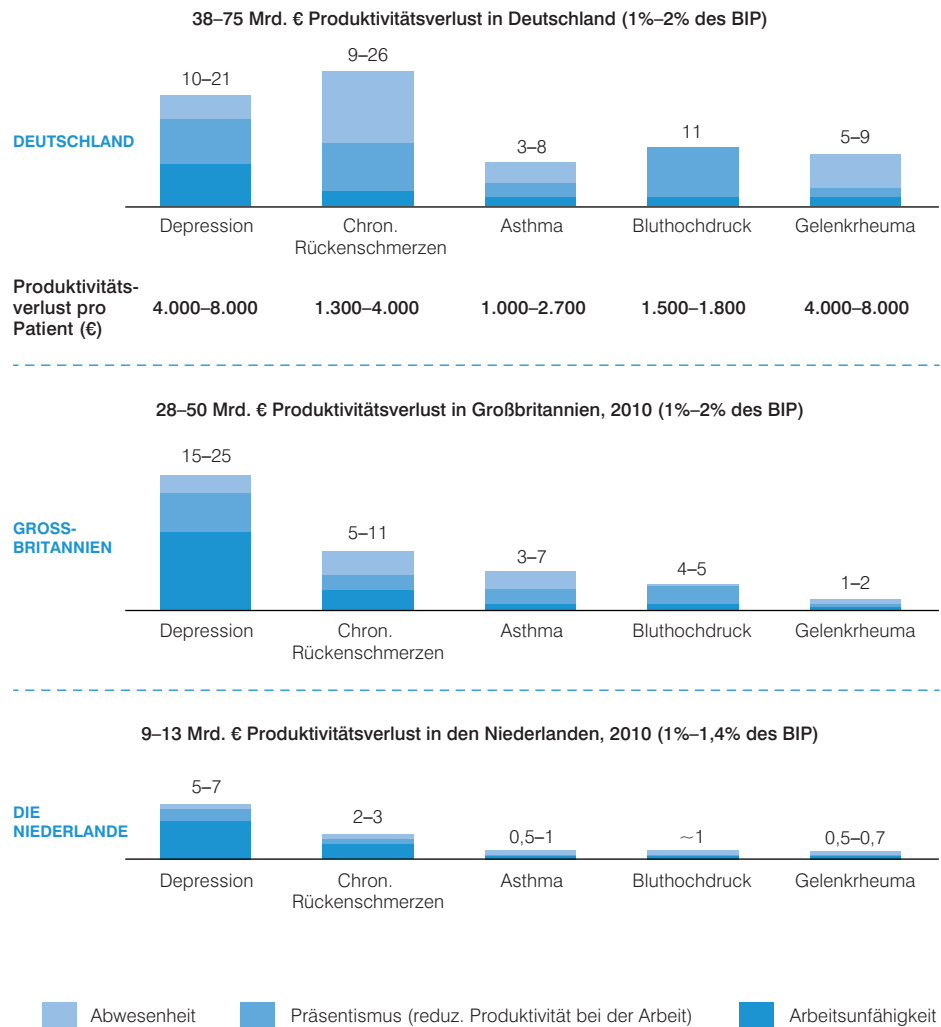
- *Bluthochdruck*. Hoher Blutdruck ist ein extrem weit verbreiteter Risikofaktor für Komplikationen wie Schlaganfall und Herzinfarkt. Symptome und einhergehende Komplikationen wirken sich sowohl auf das Patienten-Wohlbefinden als auch auf dessen Arbeitsproduktivität aus. Die Behandlung besteht typischerweise aus Medikamenten und dosierter sportlicher Betätigung mit der Absicht, präventiv auf potenzielle Komplikationen einzuwirken.
- *Asthma/COPD*. Diese weit verbreitete Erkrankung der Atmungsorgane verursacht Anfälle von Enge im Brustkorb, Probleme beim Atmen und heftigen Husten. Während der Attacken und nach weitem Fortschreiten der Krankheit hat der Zustand signifikante Auswirkungen auf die Arbeitsproduktivität. Die Behandlung umfasst gewöhnlich Veränderungen des Lebensstils (z.B. Raucher-Entwöhnung) und Medikamente, um Anfälle zu vermeiden und das Fortschreiten der Krankheit zu verlangsamen.
- *Chronische Rückenschmerzen*. Diese sehr weit verbreitete Erkrankung in der erwerbstätigen Bevölkerung ist etwa im Vergleich zum Bluthochdruck weniger altersbedingt, jedoch sind ihre Auswirkungen unmittelbar bewegungseinschränkend und verursachen Schmerzen. Auftretende Krankheitsepisoden können die Arbeitsproduktivität für längere Zeiträume beeinträchtigen. Die Ursachen für chronische Rückenschmerzen werden generell wenig verstanden, was eine effektive medizinische Behandlung erschwert. Die Therapie weist vielfältige Formen auf und umfasst meist Erhalt der Bewegungsfähigkeit und Schmerzkontrolle.
- *Depression*. Depression ist eine Erkrankung, die Menschen im Erwerbsalter zunehmend befällt. Episoden haben temporäre, jedoch häufig schwerwiegende Auswirkungen auf die Arbeitsproduktivität. Die Behandlung konzentriert sich auf die Vermeidung solcher Episoden durch die Anordnung von begleitenden Erholungs- und Bewältigungsstrategien sowie Medikation.
- *Gelenkrheumatismus*. Gelenkrheuma stellt eine Auto-Immunreaktion des Körpers dar. Diese Entzündung verursacht Hautrötungen und heftige Gelenkschmerzen. Die Krankheit schränkt die Arbeitsproduktivität erheblich ein und führt häufig zu Arbeitsunfähigkeit. Die Vermeidung von Nebenwirkungen ist eine der größten Herausforderungen bei der Behandlung von Gelenkrheuma.

Zur Ableitung einer Makro-Sicht bei der Umsetzung von Adherence-Strategien wurden Statistiken und Befunde aus wissenschaftlichen Studien aller fünf chronischen Erkrankungen in ein gesundheitsökonomisches Modell übertragen. Entsprechende Analyseergebnisse liefern eine Einschätzung zu den vorliegenden Daten und verweisen auf angemessene Handlungsmöglichkeiten. Der Analyseansatz bietet trotz Unwägbarkeiten und struktureller Unschärfe überzeugende Ergebnisse, insbesondere hinsichtlich bewerteter Nutzeneffekte in Milliarden-Höhe und des Produktivitätspotenzials im Falle von erfolgreichen Interventionsmechanismen. Die Studie bietet daher auch ein Fundament, das den Stakeholdern eine zielgerichtete Diskussion ermöglicht, um in Folge die Richtung ihrer Aktivitäten zu erörtern und abzustimmen.

VERSTECKTE POTENZIALE VON ADHÄRENZ

Die bewerteten chronischen Krankheiten sind Treiber für hohe Produktivitätsverluste (siehe *Abbildung 3*). Vor allem die Abweichungen in der Anzahl erwerbstätiger Patienten, Fallzahlen und Arbeitsunfähigkeitsstatistiken bestimmen die Ergebnis-Bandbreiten in den verschiedenen Ländern. Trotz dieser regionalen Abgrenzungen weisen die Gesamtzahlen konsistente Muster auf.

Abbildung 3
Produktivitätsverluste aufgrund chronischer Krankheiten, 2010

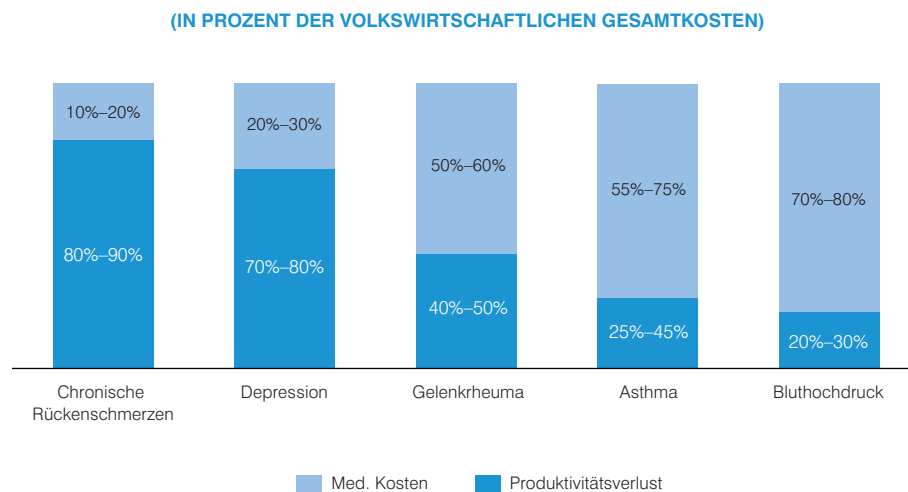


Anm.: Produktivitätsverlust basiert auf eingeschränktes Arbeitsvermögen durch Abwesenheit, Präsentismus und Arbeitsunfähigkeit; Spannen basieren auf der breiten Schätzung der Zahl der Abwesenheits-, Anwesenheitstage und der Zahl arbeitsunfähiger Mitarbeiter, aus diversen Studien und Statistiken.
 Quelle: Booz & Company Analyse eines breiten Sets an Studien in von Experten geprüften wissenschaftlichen Journalen (Details siehe Anhang und zusätzliche Information)

Von den betrachteten Erkrankungen generieren Depression und chronische Rückenschmerzen die höchsten Produktivitätsverluste. Bei Depression trägt Arbeitsunfähigkeit in hohem Maße zu diesen Zahlen bei. Bei chronischen Rückenschmerzen erreichen Abwesenheit und Arbeitsunfähigkeit vergleichbare Größenordnungen. Asthma/COPD und Bluthochdruck sind ebenfalls Treiber für Produktivitätsverluste in Milliarden-Höhe. Ein abweichendes Bild ergibt sich bei Gelenkrheumatismus, der für den einzelnen Patienten hochgradig hinderlich ist, jedoch eine seltener auftretende Erkrankung darstellt.

In der Gesamtschau kann festgestellt werden, dass die Kosten verlorener Produktivität für die Gesellschaft mindestens genauso signifikant sind, wie die mit diesen chronischen Krankheiten direkt zusammenhängenden medizinischen Leistungsausgaben (*siehe Abbildung 4*). Bei chronischen Rückenschmerzen schätzen wir, dass die medizinischen Kosten 10 bis 20 Prozent zu den volkswirtschaftlichen Gesamtkosten dieser Erkrankung beitragen. Ähnlich stellt sich die Situation bei Depression dar, wo die medizinischen Kosten 20 bis 30 Prozent der Gesamtkosten erreichen. Bei Gelenkrheumatismus und Asthma/COPD machen die Kosten des Produktivitätsverlustes einen erheblichen Teil der volkswirtschaftlichen Gesamtkosten aus. Diese Daten untermauern, dass Investitionen in die Therapien für chronisch Erkrankte Produktivitätsgewinne mit sich bringen.

Abbildung 4
Kostenverteilung Produktivitätsverlust vs. medizinische Kosten

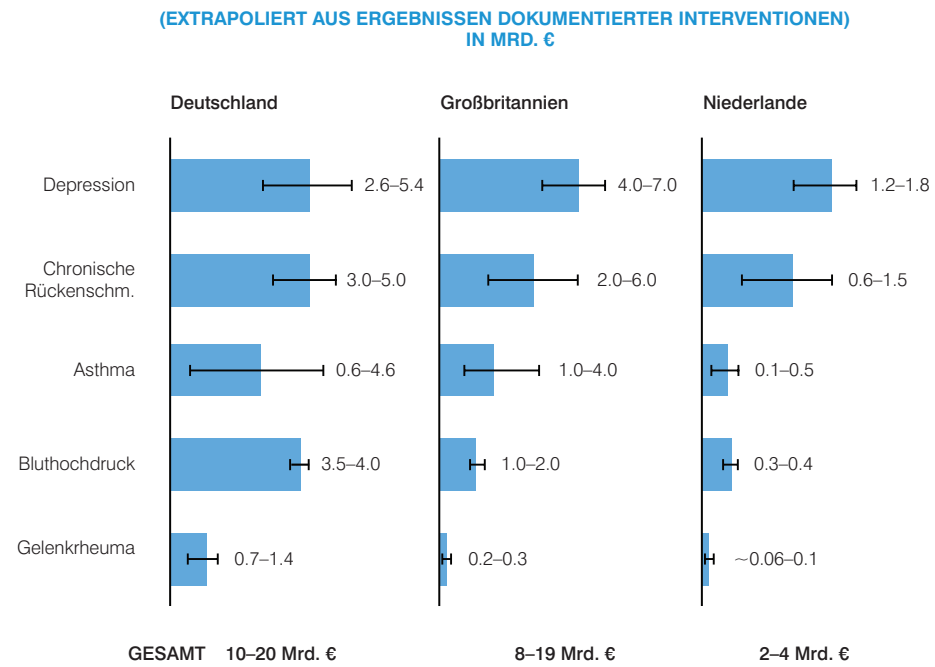


Quelle: Maurits W. van Tulder, Bart W. Koes und Lex M. Bouter, "Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu Netherlands/A Cost-of-Illness Study of Back Pain in the Netherlands," *Pain*, Vol. 62, Nr. 2, August 1995, 233–240; Booz & Company Analyse

Wissenschaftliche Studien weisen unterschiedlich hohe Nutzenzuwächse je nach angewandten Adherence-Strategien nach. Jedoch bieten solche Interventionen, die die Therapietreue erhöhen, ein hohes Potenzial an Produktivitätsgewinnen. Zum Beispiel haben Studien signifikante positive Effekte durch Vorführen von Aufklärungsvideos nachgewiesen. Diese Erkenntnisse stützen den breiteren Einsatz solcher Ansätze (*siehe Abbildung 5*). In Anbetracht der Fülle möglicher Interventionen, erscheinen die vorliegenden Abschätzungen sogar eher konservativ.

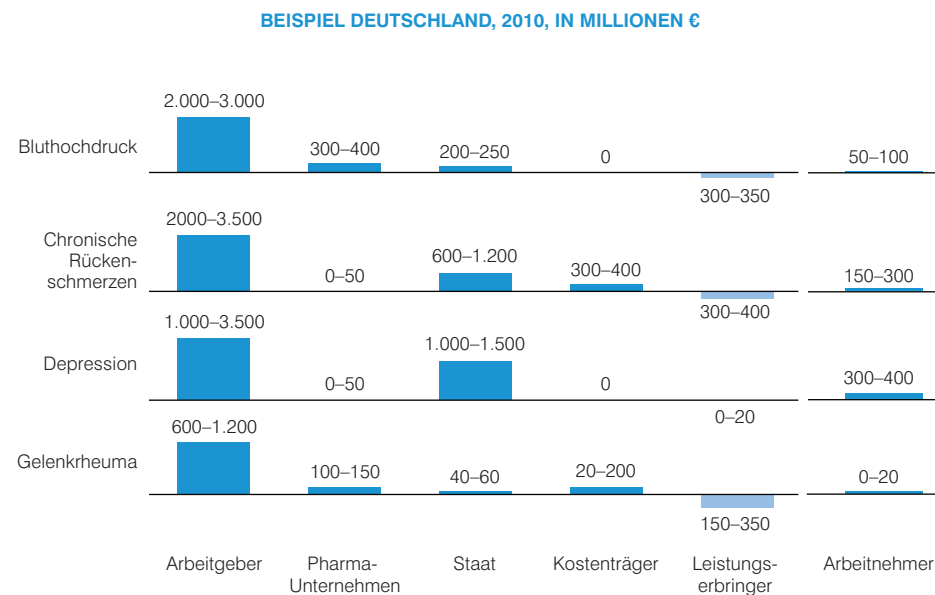
Grundsätzlich unterstreichen diese Ergebnisse das gezeichnete positive Bild, heben jedoch auch ein Paradoxon hervor. Jene Stakeholder, die am meisten von solchen Maßnahmen profitieren würden, haben den geringsten Einfluss auf die Verbesserung der Therapietreue. Eine auf hoher Betrachtungsebene angelegte Analyse der finanziellen Auswirkungen auf Arbeitgeber, Öffentliche Hand, Kostenträger, Pharma-Unternehmen und Leistungserbringer zeigt den Grad der Diskrepanz zwischen den unterschiedlichen Sphären der Einflussnahme auf Prozesse und potenziellen Nutzen (*siehe Abbildung 6*).

Abbildung 5
Einsparpotenziale bzgl. Produktivitätsverlust



Anm.: Produktivitätsverlust basiert auf Arbeitsverlust durch Abwesenheit, Präsentismus und Arbeitsunfähigkeit.
 Quelle: Mehrere Studien in von Experten geprüften wissenschaftlichen Journalen, detailliert im Anhang aufgeführt, Booz & Company Analyse

Abbildung 6
Geschätzter Nutzen-Effekt für einzelne Stakeholder bei Hebung der Potenziale von Therapietreue



Quelle: Mehrere Studien in von Experten geprüften wissenschaftlichen Journalen in den entsprechenden Krankheitssektionen, Booz & Company Analyse

Adhärenz-Potenziale weichen bei den beteiligten Stakeholdern voneinander ab. Arbeitnehmer gewinnen als Folge besserer Gesundheit an Lebensqualität. Arbeitgeber haben den größten finanziellen Nutzen aller Stakeholder. Flexible Einsatzmöglichkeiten der Mitarbeiter – aufgrund geringerer krankheitsbedingter Abwesenheit, Präsentismus und Arbeitsunfähigkeit – münden in direkte Nutzeneffekte. Der zweitgrößte Profiteur ist die Öffentliche Hand. Verminderung von Arbeitsunfähigkeit bedeutet höhere Steuereinnahmen sowie geringere Zahlungen aus Sozialkassen. Pharmazeutische Unternehmen können ebenfalls profitieren, abhängig davon, ob patentgeschützte Medikamente in der jeweiligen Behandlung eine zentrale Rolle spielen.

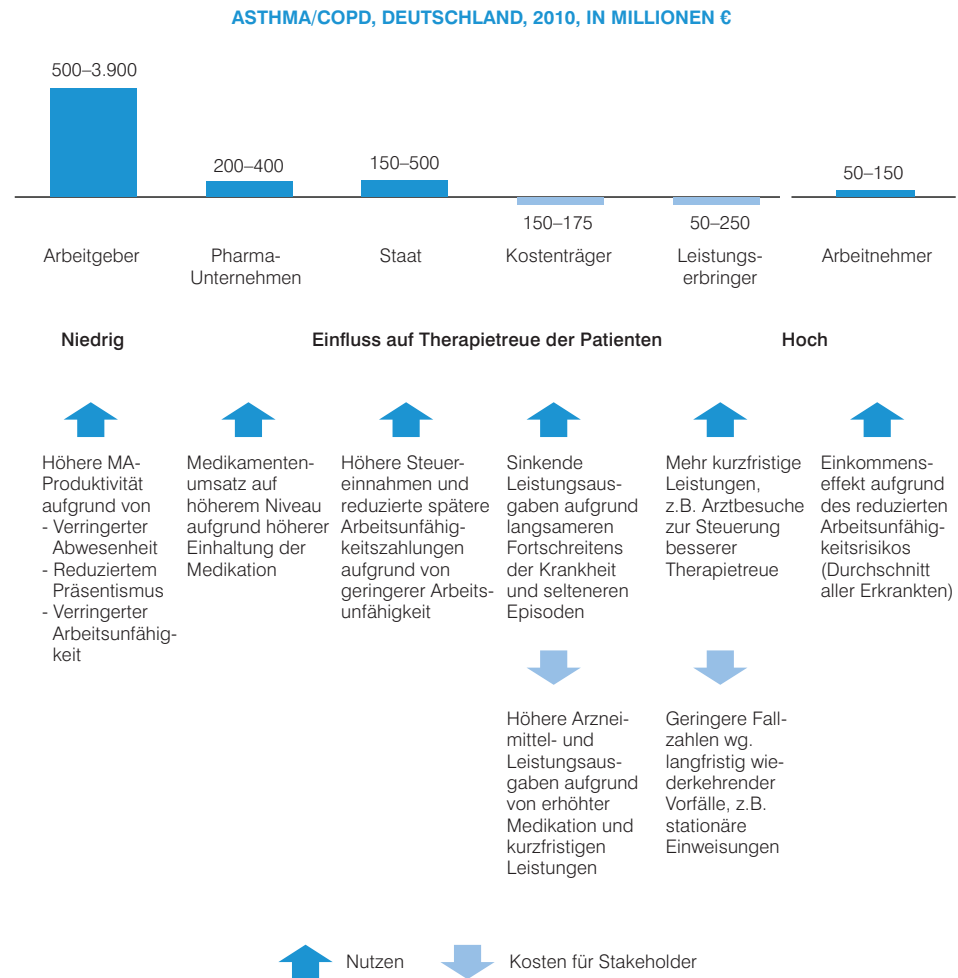
Kostenträger profitieren zumindest mittel- bis langfristig: Bessere Therapie-Einhaltung bedeutet zunächst zunehmende Behandlungskosten, die zu höheren Ausgaben für Medikamente und Leistungen führen. Der Nutzen ist langfristig jedoch durch verringerte Behandlungs- und Pflegekosten begründet, da zumeist das Fortschreiten der Krankheit verlangsamt wird und Patienten geringere Komplikationsraten und weniger wiederkehrende Krankheitsepisoden aufweisen. Realisiert wird dieser Nutzen für den einzelnen Kostenträger allerdings nur dann, wenn der wieder genesene Versicherte nicht zu einer anderen Kasse wechselt.

In der Mehrzahl der Fallkonstellationen wird die Leistungserbringer-Seite – je nach vorliegendem Vergütungsmodell – keinen finanziellen Nutzen für sich nachweisen können. Therapietreue senkt die Einnahmenseite, indem Fallzahlen bei Diagnosen mit positivem Deckungsbeitrag abnehmen. Maßnahmen zur Absicherung der Therapietreue begründen zunächst einen erhöhten Zeiteinsatz – etwa in der direkten Kommunikation mit dem Patienten, dem keine oder nur geringfügige Zusatzhonorierungsmöglichkeiten gegenüberstehen.

Dieser Fehlanreiz begründet bis zu einem gewissen Grad, warum Leistungserbringer nicht auf breiter Ebene und in erforderlichem Maße in Therapietreue investieren. Zugleich ist hervorzuheben, dass Leistungserbringer trotz bestehender Fehlanreize bereit sind, Zeit für Therapie-Einhaltung aufzubringen.

Zusammenfassend betrachtet haben Leistungserbringer, also jene Stakeholder, die den Patienten am nächsten stehen, aus finanzieller Sicht am meisten zu verlieren. Im Gegensatz dazu liegt das höchste Nutzenpotenzial bei denjenigen, die den geringsten Einfluss auf den eigentlichen Prozess haben (*siehe Abbildung 7*).

Abbildung 7
Kosten und Nutzen pro Stakeholder



Quelle: Mehrere Studien in von Experten geprüften wissenschaftlichen Journalen, detailliert aufgeführt im Anhang, Seite 20; Booz & Company Analyse

NUTZUNG DES POTENZIALS VON THERAPIETREUE

Das den Stakeholder-Gruppen zuzuordnende Nutzen-Potenzial von Therapietreue ist auch bei vielen anderen chronischen Krankheiten offensichtlich – zum Beispiel bei Diabetes, Herzinsuffizienz, Persönlichkeitsstörungen und Multipler Sklerose. Es gibt nicht den *einen* richtigen Ansatz zur Förderung einer verbesserten Therapietreue. Mögliche Einflussnahmen können unter anderem sein: (1) Durchführung von Beratungsveranstaltungen mit Patientengruppen, (2) Aufbau eines Patienten-Netzwerks zur gegenseitigen Motivation, (3) proaktive Nachverfolgung durch Ärzte und Pflegepersonal, (4) Einführung flexibler Arbeitszeiten und virtuellen Arbeitens und (5) Einsatz von professionellen und Laien-Coaches sowie Case-Managern. Ist man erfolgreich, diese oder ähnliche Initiativen zu fördern und die entsprechenden Akteure für ihre Durchführung und Beteiligung durch Anreize zu belohnen, werden professionelle Dienstleister neue, verbesserte und breitflächigere innovative Ansätze entwickeln und anbieten.

Wir sehen vier Hebel, bestehende Hürden zu nehmen und die Etablierung großangelegter Verbesserungsinitiativen zur Steigerung der Therapietreue voranzubringen:

- *Schaffung und gezielter Einsatz von Anreizen für Ärzte, Pflegepersonal und Patienten, den Aspekt der Therapietreue in den Behandlungsverlauf fest zu integrieren, wobei der Fokus auf Qualität statt auf Quantität zu legen ist.* Durch wirtschaftliche Anreize sollte Ärzten und Patienten, die sich für die Einhaltung von Therapien stark machen, v. a. ein größerer (zeitlicher) Spielraum für das Patientengespräch geboten werden. Damit wären Fehl-Anreize wegen finanzieller Kostentragung aus bestehenden Budgets und die damit verbundenen Schwierigkeiten bei der Realisierung mittel- bis langfristiger Kosteneinsparungen abgemildert.

Politische Entscheidungsträger und Kostenträger können diesen Hebel anwenden, indem sie Pauschalen einführen, die Dienstleister angemessen für das Monitoring der Therapietreue und die parallel aufzusetzende Kosten-Nutzen-Analyse über den gesamten Therapiezyklus hinweg (inklusive Primärversorgung, Behandlung durch Spezialisten, Anschlussheilbehandlung etc.) honorieren. Integrierte Versorgungsprogramme, die häufig auf Basis von Fallpauschalen abgegolten werden, bieten ein adäquates institutionelles Umfeld für Therapietreue. Ebenso denkbar ist die Schaffung einer Gebührenordnung, die den Dienstleister direkt für den aufgebrauchten Zeiteinsatz für Therapie-Einhaltung entlohnt. Kernfragen für Entscheidungsträger sind hierbei:

- Wie kann eine maximale Therapietreue in die reguläre Behandlung und Pflege integriert werden?
- Wie können Einhaltungstrategien die richtigen Patienten anziehen?
- *Ausbau der aktiven Beteiligung und Rolle von Arbeitgebern, Kostenträgern und Krankenversicherungen im Kontext der Therapietreue, wobei Gesundheitssicherung und Produktivitätszuwachs aufeinander auszurichten sind.* Dieser Ansatz kann dabei unterstützen, Hürden in Bezug auf fragmentierte Budgets zu überwinden und Bedenken bzgl. (scheinbar unsicherer) Investitionen in entsprechende Programme zu adressieren. Aktuell sind Arbeitgeber und Leistungserbringer trotz des hohen und sich gegenseitig verstärkenden Potenzials von Kosteneinsparungen und Produktivitätsgewinnen weitgehend von Maßnahmen zur Therapietreue abgeschnitten. Kernfragen sind unter anderem:
 - Welche Krankheiten sollten zunächst im Fokus sein?
 - Wie sieht die Chance für kollektive Vereinbarungen zwischen den Beteiligten aus? Gibt es eine Rolle für Gewerkschaften/Tarifpartner in der Aushandlung solcher Programme und Vereinbarungen?
 - Welches ist der beste Weg, Heilbehandlung und Therapietreue miteinander zu verzahnen? Auf welche Weise können Behandlungsbudgets mit anderen Budgets der Sozialversicherung (insbesondere Unfall, Arbeitslosigkeit, Rente, Reha, Pflege) verbunden werden?
- *Erkundung und Etablierung neuer Geschäfts- und Servicemodelle im Gesundheitswesen, die besser geeignet sind, Therapietreue unter Einbezug aller Beteiligten zu etablieren.* Leistungserbringer müssen effizient auf ein Instrumentarium zurückgreifen können, das ihnen ermöglicht, Patienten bei der Therapie-Einhaltung bedarfsrechte, ganzheitliche und individualisierte Unterstützung bereitzustellen. Erforderliche

Verhaltensanpassungen der Umwelt können ohne großen zusätzlichen Aufwand in Behandlungsrichtlinien integriert werden, um etwa sicherzustellen, dass ein Familienmitglied bei dem Arzt-Patienten-Gespräch anwesend ist.

Zudem eröffnet sich ein breites Spielfeld für neue, innovative Betreibermodelle mit alternativen Ansätzen, die Zielgruppen-spezifisch besser geeignet sein mögen, Therapietreue aktiv zu managen. Solche Modelle können den Einsatz sozialer Medien beinhalten, um das persönliche Umfeld des Patienten einzubeziehen und Patienten miteinander zu vernetzen. Sie können perspektivisch auch Patientennetzwerke und -gemeinschaften, Ausbildungszentren, Care-Management- und Patienten-Coaching-Angebote umfassen. Schlüsselfragen sind hier:

- Was ist der beste Ansatz, neue Modelle mit der Heilbehandlung abzustimmen?
- Welcher Ansatz ist zu wählen, um Patienten „spürbare“ Vorteile und Incentives zukommen zu lassen?
- *Neuaufrichtung der Versorgungsforschung, um Effekte durch Therapietreue wissenschafts- und evidenzbasiert zu messen, von Best Practices zu profitieren und Incentive-Modelle zu optimieren.* Trotz zahlreicher Studien bleibt das Verständnis über die definitorische Abgrenzung der „Nicht-Einhaltung von Therapien“ unter Forschern weitgehend fragmentiert. Medizinisch-kurative wie auch volkswirtschaftliche Wirkungsketten und Effekte sollten systematischer nachvollzogen werden um eine breitere Datenbasis für Produktivitätspotenziale und gesundheitliche Nutzeneffekte zu erlangen. Eine laufende komparative Bewertung der Effektivität verschiedener Therapie-Einhaltungsstrategien für unterschiedliche Patientengruppen und Krankheitsbilder kann unmittelbar steuernd eingesetzt werden. Forschungsergebnisse legen nahe, dass es Abweichungen dabei gibt, wie unterschiedliche Patientengruppen und Erkrankte Therapie-Empfehlungen aufnehmen und umsetzen. Die Ermutigung der Therapie-Einhaltung für Gelenkrheumatismus und COPD erfordert andere Methoden als die für chronische Rückenschmerzen und Depression. Auf die psychische und soziale Situation des Patienten zugeschnittene Therapie-Empfehlungen sind nachweisbar effektiver als der Rückgriff auf einen Einheitsansatz. Dennoch sind akademische Erkenntnisse bezüglich dieses Themas bis heute begrenzt und mehr Wertschätzung für die Bedeutung der Therapie-Einhaltung ist vonnöten.

Die wissenschaftliche Gemeinde kann dies in Angriff nehmen, indem die Erforschung der Therapie-Einhaltung direkt finanziert wird, neue Studien initiiert und neue Themen mit bereits bestehenden Studien angesprochen werden. Schlüsselfragen sind unter anderem:

- Wie groß sind die potenziellen Produktivitätsvorteile für andere Krankheiten?
- Welche Anreiz-Systeme wirken am besten, um Therapie-Einhaltung für den Einzelpatienten durchzusetzen?
- Welche Rollen spielen die Triebkräfte der Nicht-Einhaltung? Wie können diese Treiber gemindert werden?
- Welche Interventionen oder Facetten von Interventionen sind am kosteneffektivsten?
- Wie können Therapien zusätzlich zu ihrer medizinischen Effektivität optimiert werden?

SCHLUSSFOLGERUNG

Interventionen zur Verbesserung der Therapie-Einhaltung steigern die Versorgungsqualität und Genesung des Patienten nachhaltig. Darüber hinaus stellen sie ein erhebliches Potential für Produktivitätsgewinne dar. Der Nutzengewinn für die diversen Stakeholder ist ungleich verteilt, wobei Arbeitgeber den höchsten Nutzenertrag realisieren können.

In Zeiten von Budgetrestriktionen und absehbarem Arbeits- und Fachkräfte-Mangel ist ein Blick auf Produktivitätsgewinne, die durch Therapietreue realisiert werden können zielführend. In begrenztem Maße wurden Maßnahmen zur Therapietreue bereits validiert und etabliert. Im richtigen Umfeld können diese erweitert und breitflächiger angewandt werden. Die Umsetzung von ganzheitlichen Programmen zur Steigerung der Therapietreue in einem globalen Rahmen stellt eine Chance zur Erlangung von Win-Win-Situationen in der Behandlung von Krankheiten dar.

METHODIK

Das „high-level“ Potenzial von Produktivitätsgewinnen wurde über drei methodische Schritten hinweg abgeleitet. Zunächst wurden Produktivitätsverluste für ausgewählte Krankheitsbilder ermittelt, darauf aufbauend wurden damit in Verbindung stehende Produktivitätsgewinne durch verbesserte Therapietreue errechnet und die finanziellen Nutzeneffekte den beteiligten Stakeholder-Gruppen zugewiesen. Um ein repräsentatives Bild des Phänomens zeichnen zu können, wurden fünf Krankheitsbilder ausgewählt, wobei die Hypothese greift, dass die Effekte auch für andere Krankheiten Gültigkeit haben.

- *Wie hoch ist der Produktivitätsverlust für die ausgewählten Krankheitsbilder?*
„Verlorene“ Produktivität leitet sich aus Verlust der Erwerbsfähigkeit aufgrund von Abwesenheit, „Präsentismus“ und Arbeitsunfähigkeit ab. Der Effekt ‚Abwesenheit‘ errechnet sich aus der über das normale Maß hinausgehenden Zahl von Krankheitstagen bzw. die Krankheitsquote bei entsprechenden Patientenpopulationen. Für ‚Präsentismus‘ wird entsprechend die reduzierte Arbeitsproduktivität aufgrund des spezifischen Krankheitsbildes abgeleitet, ohne dass sich im Hinblick auf die Krankheitsquote eine maßgebliche Änderung ergibt. ‚Arbeitsunfähigkeit‘ spiegelt das Risiko und dessen Erwartungswert einer vollständigen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit aufgrund spezifische Diagnosen und der damit einhergehenden Ausfallzeiten wider. Die Summe der verlorenen Arbeitszeit wird unter Berücksichtigung der Verbreitungsrate der Erkrankungen im Verlauf des Erwerbslebens sowie der nationalen Erwerbs- und Beschäftigungsquoten hochgerechnet. Aus verllorener Arbeitszeit und den Ansatz von durchschnittlichen Brutto-Gehaltsstrukturen ergeben sich verlorenen Verdienstkazitäten. Die Betrachtung des Produktivitätsverlustes lässt den Arbeitnehmerbeitrag zur Umsatzgenerierung außer Acht. Die enge Auslegung dieser Maßgröße vernachlässigt ebenfalls den Sachverhalt, dass gesündere Patienten schneller in ihren Karrieren aufsteigen. Produktivitätsgewinne beziehen sich gelegentlich auch auf Familienmitglieder und pflegende Angehörige, auch dieser Effekt wurde hier ausgeklammert. Für die Zwecke dieser Studie basiert verlorene Produktivität auf internationalen Forschungsergebnissen und regionalen Statistiken zu Abwesenheit, „Präsentismus“ und Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der begrenzten Verfügbarkeit von abgesicherten und konsistenten Daten, wurden Bandbreiten errechnet, die als aussagekräftige Indikatoren dienen.

- *Wie hoch sind die Produktivitätsgewinne aus verbesserter Therapie-Einhaltung?* Zunächst wurden wissenschaftliche, von Experten validierte Studien zusammengetragen, die eine plausible Beziehung zwischen Therapietreue als Folge zielführender Interventionen und Produktivitätsgewinnen herstellen. Zur Einschätzung des Gesamtpotenzials wurden die Ergebnisse auf die gesamte Patientenpopulation im erwerbsfähigen Alter extrapoliert. Das errechnete Gesamtpotenzial dient als informativer, richtungsweisender Indikator. Vereinzelt weisen Studien einen relativ breiten Ergebnisbereich aus. Diese Schwankungsbreiten erklären sich vornehmlich aus Erhebungsunterschieden zwischen den betrachteten Ländern, der Heterogenität von angewandten Interventionen und den spezifischen strukturellen Verzerrungen in der Veröffentlichung. Unsere Berechnungen spiegeln das Gesamtpotenzial aller erzielbaren Maßnahmen wider.
- *Welche finanziellen Auswirkungen ergeben sich für die Stakeholder?* Als abschließenden analytischen Schritt wurden die finanziellen Auswirkungen für einzelne Interessengruppen unter Einbezug von Leistungsausgaben-Veränderungen, Einkommens-, Sozial- und Steuerbeitrageffekten abgeleitet. Das Nutzenpotenzial ist somit nicht nur auf den volkswirtschaftlichen Effekt für die Gesellschaft beschränkt, sondern umfasst auch die Anreize für die einzelnen Stakeholder. Letztere treiben in gleichem Maße die Realisierung von großangelegten Initiativen zur Verbesserung der Therapietreue voran.

ANHANG: QUELLEN

- F. Alhalaïqa et al., "Adherence Therapy for Medication Non-compliant Patients with Hypertension: A Randomised Controlled Trial," *Journal of Human Hypertension*, vol. 26, February 2011, 117–126.
- J. Alonso et al., "Days Out of Role Due to Common Physical and Mental Conditions: Results from the WHO World Mental Health Surveys," *Molecular Psychiatry*, vol. 16, October 2010, 1234–1246.
- Asthma U.K., "Where Do We Stand? Asthma in the U.K. Today," December 2004.
- Jon G. Ayres et al., "Costs of Occupational Asthma in the U.K.," *Thorax*, vol. 66, no. 2, November 2010, 128–133.
- Sanjeev Balu and Joseph Thomas, "Incremental Expenditure of Treating Hypertension in the United States," *American Journal of Hypertension*, vol. 19, no. 8, August 2006, 810–816.
- E.M. Barrett et al., "The Impact of Rheumatoid Arthritis on Employment Status in the Early Years of the Disease: A U.K. Community-Based Study," *Rheumatology*, vol. 39, no. 12, 2000, 1403–1409.
- Arne Beck et al., "Severity of Depression and Magnitude of Productivity Loss," *Annals of Family Medicine*, vol. 9, no. 4, July 2011, 305–311.
- Patrizia Berto et al., "Depression: Cost-of-Illness Studies in the International Literature: A Review," *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, vol. 3, 2000, 3–10.
- Stephen Bevan et al., "Fit For Work? Musculoskeletal Disorders in the European Workforce," Report, Fit for Work Europe, 2009.
- M.B. Bolton et al., "The Cost and Effectiveness of an Education Program for Adults Who Have Asthma," *Journal of General Internal Medicine*, vol. 6, no. 5, September-October 1991, 401–407.
- Herman L.M. Brus et al., "Effect of Patient Education on Compliance with Basic Treatment Regimens and Health in Recent Onset Active Rheumatoid Arthritis," *Annals of the Rheumatic Diseases*, vol. 57, no. 3, 1998, 146–151.
- Wayne Burton et al., "Systematic Review of Studies of Productivity Loss Due to Rheumatoid Arthritis," *Occupational Medicine*, vol. 56, no. 1, January 2006, 18–27.
- Wayne Burton et al., "Worker Productivity Loss Associated with Arthritis," *Disease Management*, vol. 9, no. 3, 2006.
- CBS, "Statistics on the Prevalence of Disease in the Netherlands," www.cbs.nl/en-GB/menu/cijfers/cijfers-per-thema/default.htm.
- N.J. Cooper et al., "Economic Burden of Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review," *Rheumatology*, vol. 39, no. 1, 2000, 28–33.
- Sarah L. Cutrona et al., "Modes of Delivery for Interventions to Improve Cardiovascular Medication Adherence," *American Journal of Managed Care*, vol. 16, no. 12, 2010, 929–942.
- CVS Caremark Integrated Pharmacy and Medical Administrative Claims Data, January 1, 2005–June 30, 2008.
- Jolanta Dadoniene, "High Work Disability Rate Among Rheumatoid Arthritis Patients in Lithuania," *Arthritis & Rheumatism*, vol. 51, no. 3, June 2004, 433–439.
- Department for Work and Pensions (DWP U.K.), Statistics Reports from the DWP Tabulation Tool for Disability Living Allowance (DLA), Incapacity Benefits/ Severe Disablement Allowance (IB/ SDA), and Employment and Support Allowance (ESA), <http://research.dwp.gov.uk/asd/>.
- M.R. DiMatteo, "Variations in Patients' Adherence to Medical Recommendations: A Quantitative Review of 50 Years of Research," *Medical Care*, vol. 42, no. 3, March 2004, 200–209.
- German Statistical Office, Statistics on Gross Additions of Work-Disabled People by Disease from the Statistics Tables, www.gbe-bund.de/gbe10/pkg_isgbe5.prc_isgbe?p_uid=gast&p_aid=15651978&p_sprache=D.
- P.G. Gibson et al., "Self-Management Education and Regular Practitioner Review for Adults with Asthma," *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 4.
- R.Z. Goetzel et al., "Health, Absence, Disability, and Presenteeism Cost Estimates of Certain Physical and Mental Health Conditions Affecting U.S. Employers," *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 46, no. 4, April 2004, 398–412.
- R.B. Haynes et al., "Improvement of Medical Compliance in Uncontrolled Hypertension," *The Lancet*, vol. 307, no. 7972, June 1976, 1265–1268.
- R.B. Haynes et al., "Interventions for Enhancing Medication Adherence," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, no. 2, 2008.
- F.J. He and G.A. MacGregor, "Cost of Poor Blood Pressure Control in the U.K.: 62,000 Unnecessary Deaths per Year," *Journal of Human Hypertension*, vol. 17, no. 7, July 2003, 455–457.

J. Hill, H. Bird, and S. Johnson, "Effect of Patient Education on Adherence to Drug Treatment for Rheumatoid Arthritis: A Randomized Controlled Trial," *Annals of the Rheumatic Diseases*, vol. 60, 2001, 869–875.

"Improving the Sustainability of Healthcare Systems through Better Adherence to Therapies: A Multi-Stakeholder Approach," Event, European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, September 26, 2011.

Integrated Benefits Institute, "A Broader Reach for Pharmacy Plan Design: The Disability Effects of Cost Shifting," May 2007, www.IBIWEB.org.

C.H. van Jaarsveld et al., "Direct Cost of Rheumatoid Arthritis During the First Six Years: A Cost-of-Illness Study," *British Journal of Rheumatology*, vol. 37, no. 8, August 1998, 837–847.

Kaiser Permanente, "Characteristics of Patients with Primary Non-Adherence to Medications for Hypertension, Diabetes, and Lipid Disorders," 2011.

Kaiser Permanente, "Integrated Health Care Delivery System and Electronic Health Records Support Medication Adherence," September 2011.

Ronald C. Kessler, "The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)," *Journal of the American Medical Association*, vol. 289, no. 23, June 2003.

Ronald C. Kessler et al., "Prevalence and Effects of Mood Disorders on Work Performance in a Nationally Representative Sample of U.S. Workers," *American Journal of Psychiatry*, vol. 163, no. 9, September 2006, 1561–1568.

H. Kotses et al., "A Self-Management Program for Adult Asthma. Part I: Development and Evaluation," *Journal of Allergy & Clinical Immunology*, vol. 95, 1995, 529–540.

G. Leardini et al., "Multicenter Cost-of-Illness Study on Rheumatoid Arthritis in Italy," *Clinical and Experimental Rheumatology*, vol. 20, 2002, 505–515.

Ludeke C. Lambeek et al., "Effect of Integrated Care for Sick Listed Patients with Chronic Low Back Pain: Economic Evaluation Alongside a Randomized Controlled Trial," *BMJ*, vol. 341, November 2010.

Ludeke C. Lambeek et al., "Randomised Controlled Trial of Integrated Care to Reduce Disability from Chronic Low Back Pain in Working and Private Life," *BMJ*, vol. 340, 2010.

Debra Lerner et al., "Unemployment, Job Retention, and Productivity Loss Among Employees with Depression," *Psychiatric Services*, vol. 55, 2004, 1371–1378.

Nikolaos Maniadakis and Alastair Gray, "The Economic Burden of Back Pain in the U.K.," *Pain*, vol. 84, no. 1, 2000, 95–103.

E. Márquez Contreras et al., "Efficacy of Telephone and Mail Intervention in Patient Compliance with Antihypertensive Drugs in Hypertension," ETECUM-HTA study, *Blood Pressure*, vol. 3, 2005, 151–158.

Catherine Melfi et al., "The Effects of Adherence to Antidepressant Treatment Guidelines on Relapse and Recurrence of Depression," *Archives of General Psychiatry*, vol. 55, no. 12, 1998, 1128–1132.

S. Merkesdal et al., "Indirect Medical Costs in Early Rheumatoid Arthritis: Composition of and Changes in Indirect Costs within the First Three Years of Disease," *Arthritis & Rheumatism*, vol. 44, no. 3, March 2001, 528–534.

M. Meyer, M. Stallauke, and H. Weirauch, "Cost of Illness in the Netherlands 2007: Trends in Healthcare Expenditure 1999–2010/Kosten van Ziekten in Nederland 2007: Trends in de Nederlandse zorguitgaven 1999–2010," *Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2010*, 2011.

OECD Report: "Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work," 2011.

OECD Report: "Sickness, Disability, and Work: Breaking the Barriers, vol. 3: Denmark, Finland, Ireland, and the Netherlands," 2008.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu Netherlands, "Statistics on the Medical Costs of the Diseases," 2007.

Robert Koch Institut, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie, Gesundheit in Deutschland aktuell, 2009.

M.C. Roebuck et al., "Medication Adherence Leads to Lower Health Care Use and Costs Despite Increased Drug Spending," *Health Affairs*, vol. 30, no. 1, January 2011, 91–99.

J. Ruof et al., "Costs of Rheumatoid Arthritis in Germany: A Micro-Costing Approach Based on Healthcare Payer's Data Sources," *Annals of the Rheumatic Diseases*, vol. 62, no. 6, 2003, 544–550.

Gary Ruoff, "A Method That Dramatically Improves Patient Adherence to Depression Treatment," *The Journal of Family Practice*, vol. 54, no. 10, October 2005.

Sainsbury Centre for Mental Health, "Policy Paper 3: The Economic and Social Costs of Mental Illness," 2003.

Sainsbury Centre for Mental Health, "Policy Paper 8: Mental Health at Work: Developing the Business Case," 2008.

E. Michael Shanahan and Michael Ahern, "Inflammatory Arthritis and Work Disability: What Is the Role of Occupational Medicine?" *Occupational Medicine*, vol. 58, no. 1, 2008, 2–4.

- Stover H. Snook, Barbara S. Webster, and Raymond W. McGorry, "The Reduction of Chronic, Nonspecific Low Back Pain Through the Control of Early Morning Lumbar Flexion: 3-Year Follow-Up," *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 12, no. 1, March 2002.
- T. Sokka, "Work Disability in Early Rheumatoid Arthritis," *Clinical and Experimental Rheumatology*, vol. 21, no. 5 (suppl. 31), September/October 2003, S71–S74.
- M.C. Sokol et al., "Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Healthcare Cost," *Medical Care*, vol. 43, no. 6, June 2005, 521–530.
- W.F. Stewart et al., "Cost of Lost Productive Time among U.S. Workers with Depression," *Journal of the American Medical Association*, vol. 289, no. 23, 2003, 3135–3144.
- Karen M. Stockl et al., "Outcomes of a Rheumatoid Arthritis Disease Therapy Management Program Focusing on Medication Adherence," *Journal of Managed Care Pharmacy*, vol. 16, no. 8, 2010, 593–604.
- Marc Suhrcke et al., "Chronic Disease: An Economic Perspective," Oxford Health Alliance, 2006.
- D. Symmons et al., "The Prevalence of Rheumatoid Arthritis in the United Kingdom: New Estimates for a New Century," *Rheumatology*, vol. 41, 2002, 793–800.
- Erik Taal, Johannes J. Rasker, and Oene Wiegman, "Patient Education and Self-Management in the Rheumatic Diseases: A Self-Efficacy Approach," *Arthritis & Rheumatism*, vol. 9, no. 3, June 1996, 229–238.
- M.S. Taitel et al., "A Self-Management Program for Adult Asthma. Part II: Cost-Benefit Analysis," *Journal of Allergy & Clinical Immunology*, vol. 95, 1995, 672–676.
- Nguyen X. Thanh, Arto Ohinmaa, and Charles Yan, "Asthma-Related Productivity Losses in Alberta, Canada," *Journal of Asthma and Allergy*, vol. 2, 2009, 43–48.
- Christine M. Thomas et al., "Cost of Depression among Adults in England in 2000," *British Journal of Psychiatry*, vol. 183, 2003, 514–519.
- Timbos Institute, "Verzuim Door Psychische en Somatische Aandoeningen bij Werkenden," 2011.
- Maurits W. van Tulder, Bart W. Koes, and Lex M. Bouter, "Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu Netherlands/A Cost-of-Illness Study of Back Pain in the Netherlands," *Pain*, vol. 62, no. 2, August 1995, 233–240.
- Helen Vaughan-Jones and Leela Barham, "Report on Healthy Work Challenges and Opportunities to 2030," Bupa, Oxford Alliance, the Work Foundation, and RAND Europe, 2009.
- Philip S. Wang et al., "Chronic Medical Conditions and Work Performance in the Health and Work Performance Questionnaire Calibration Surveys," *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 45, no. 12, December 2003.
- Simon Wieser et al., "Cost of Low Back Pain in Switzerland in 2005," *European Journal of Health Economics*, vol. 12, 2011, 455–467.
- World Health Organization, "Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action," 2003.
- World Health Organization, "The Global Burden of Disease: 2004 Update."
- N.G. Ying Chu, Philip Jacobs, and J.A. Johnson, "Productivity Losses Associated with Diabetes in the U.S.," *Diabetes Care*, vol. 24, no. 2, February 2001.
- A. Young et al., "Which Patients Stop Working Because of Rheumatoid Arthritis?" *Annals of the Rheumatic Diseases*, vol. 61, 2002, 335–340.
- Wei Zhang et al., "Productivity Loss Due to Presenteeism among Patients with Arthritis: Estimates from 4 Instruments," *The Journal of Rheumatology*, vol. 37, no. 9, September 2010, 1805–1814.
- Wei Zhang et al., "Work-Associated Arthritis Productivity Loss: Where Do We Stand in Its Measurement?" *The Journal of Rheumatology*, vol. 37, no. 9, September 2010, 1792–1793.

DATENQUELLEN:

Eurofound, Eurostat, OECD, U.K. Department for Work and Pensions, U.K. Office for National Statistics, DWP UK Statistics for caseloads and average weekly payments for IB/SDA, ESA and DLA 2011, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu Netherlands, German Statistical Office.

Average disorder prevalence rates of Austria 2006/07, Australia 2007, Denmark 2005, Norway 2008, United Kingdom 2006, and United States 2008.

Treatment prevalence rate: proportion of people who sought professional treatment for a mental health problem; OECD calculations based on national health surveys for disorder prevalence, and Eurobarometer 2005 for treatment rates.

The Health and Safety Executive (HSE) Statistics 2009–10, <http://www.bupa.co.uk/individuals/health-information/directory/h/hypertension>, <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/8375929.stm>, CBS (information on number of people with prescribed medication), Nationaal Kompas Volksgezondheid, German Statistics Office, The Health and Safety Executive Statistics 2009/10.

DWP UK Statistics for caseloads and average weekly payments for IB/SDA, ESA, and DLA, 2011.

Review studies from Cooper et al. 1978, Meenal et al. 1978, Lubeck et al. 1986, Clarke et al., 1983–89 and 1990–94, Spitz 1984.

Booz & Company ist mit mehr als 3.000 Mitarbeitern in 60 Büros auf allen Kontinenten eine der weltweit führenden Strategieberatungen. Zu den Klienten gehören erfolgreiche Unternehmen sowie Regierungen und Organisationen.

Unser Gründer Edwin Booz formulierte bereits 1914 die Grundlagen der Unternehmensberatung. Heute arbeiten wir weltweit eng mit unseren Klienten zusammen, um die Herausforderungen globaler Märkte zu meistern und nachhaltiges Wachstum zu schaffen. Dazu kombinieren wir einzigartiges Marktwissen sowie tiefe funktionale Expertise mit einem praxisnahen Ansatz. Unser einziges Ziel: unseren Klienten jederzeit den entscheidenden Vorteil zu schaffen – Essential Advantage.

Informationen zu unserem Management-Magazin *strategy+business*, finden Sie unter:
www.strategy-business.com.

Kontaktinformation

Deutschland

Peter Behner

Geschäftsführer
+49-30-88705-841
peter.behner@booz.com

Stephan Danner

Geschäftsführer
+49-30-88705-868
stephan.danner@booz.com

Schweiz

Carlos Ammann

Geschäftsführer
+41-43-268-2144
carlos.ammann@booz.com

Zu den Autoren

Peter Behner ist Geschäftsführer im Berliner Büro von Booz & Company und Leiter der Europäischen Health Practice. Er konzentriert sich auf Wachstumsstrategien und kommerzielles Trade-Channel Management sowie Optimierung der Verteilung und Logistik in der pharmazeutischen Industrie.

Ab Klink ist Senior Executive Advisor der Health Practice von Booz & Company mit Sitz in Amsterdam. Von Februar 2007 bis Oktober 2010 war er als Minister für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport in den Niederlanden tätig.

Sander Visser ist als Mitglied der Geschäftsleitung von Booz & Company mit Sitz in Amsterdam in der Europäischen Health Practice aktiv. Er fokussiert sich auf Strategien, Zusammenarbeit von Versicherungen und Dienstleistern und neue Ertragsmodelle für das Gesundheitswesen.

Jan Böcken arbeitet als Senior Project Manager in der Bertelsmann Stiftung. Seine Hauptarbeitsgebiete sind Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung aus der Bürgerperspektive.

Stefan Etgeton ist als Senior Expert für die Bertelsmann Stiftung tätig. Die Schwerpunkte seiner Arbeit sind Gesundheitspolitik und politische Kommunikation.

Über die Bertelsmann Stiftung

Die Bertelsmann Stiftung setzt sich für das Gemeinwohl ein. Sie engagiert sich in den Bereichen Bildung, Wirtschaft und Soziales, Gesundheit und Soziales, Gesundheit sowie Internationale Verständigung und fördert das friedliche Miteinander der Kulturen. Durch ihr gesellschaftliches Engagement will sie alle Bürger ermutigen, sich ebenfalls für das Gemeinwohl einzusetzen. Die 1977 von Reinhard Mohn gegründete, gemeinnützige Einrichtung hält die Mehrheit der Kapitalanteile der Bertelsmann AG. Die Bertelsmann Stiftung arbeitet operativ und ist unabhängig vom Unternehmen sowie parteipolitisch neutral.