

Themen dieser Ausgabe:

Gesundheitssysteme in Europa: Das Gesundheitssystem Schwedens
Seite 1

Patientenbeteiligung am gesundheitspolitischen Diskurs
Seite 3

Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung
Seite 4

Kurz vorgestellt – Publikationen und Webadressen, die sie kennen (lernen) sollten
Seite 5

Mit dieser Ausgabe beginnt der dritte Jahrgang des IPG-Newsletters Gesundheitsförderung. Eine stetig wachsende Zahl an Lesern ist für uns ein Zeichen, dass die Themen nicht nur von der Redaktion für wichtig erachtet werden. Sollten Sie ein Thema vermissen oder sie mit ihrer Rückmeldung dazu beitragen wollen den Newsletter zu verbessern, zögern Sie nicht, sich bei uns zu melden.

Wir sind auch weiterhin bemüht, sie kurz, knapp und bündig über aktuelle gesundheitsbezogene Themen zu informieren. Wir hoffen, dass auch diese Ausgabe Ihr Interesse findet.

Der Newsletter erscheint alle drei Monate und kann abonniert werden durch einen Eintrag in unseren [Verteiler](#).

Neben inhaltlichen Beiträgen werden Hinweise auf Tagungen oder Veranstaltungen veröffentlicht. Hinweise für interessante Veranstaltungen nimmt die [Redaktion](#) entgegen.

Veranstaltungen/Tagungen

25.-27.03.2004
Gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung veranstaltet das Universitätsklinikum Freiburg die Fachtagung zum Thema „Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen“. [\[Mehr dazu\]](#)

Um dem demographischen Wandel zu begegnen – in den nächsten 30 Jahren wird mit einer Zunahme von Rentnern um 60 % gerechnet – wurde das schwedische Gesundheitssystem binnen weniger Jahre zu einem staatlichen Gesundheitssystem mit hohen Selbstbeteiligungen, starken Anreizsystemen und Wettbewerb auf nahezu allen Ebenen umgebaut.

Die schlagartigen Veränderungen wie z.B. Personalkürzungen und Krankenhausschließungen, führten u.a. selbst bei Routineoperationen zu langen Wartezeiten mit zum Teil lebensbedrohlichen Konsequenzen.

Doch aller offensichtlichen Unzulänglichkeiten zum Trotz, wird das schwedische Gesundheitssystem, nicht zuletzt von den Schweden selbst, als eines der modernsten der Welt mit Vorbildcharakter für andere Länder gepriesen.

Eine tiefe Wirtschaftskrise und eine unaufhaltsam steigende Staatsverschuldung sorgten Anfang der neunziger Jahre in Schweden für weitreichende Korrekturen an der staatlichen Wohlfahrt, die den Schweden bis dahin eine äußerst umfangreiche und vielfältige medizinische Versorgung garantierte.

Seit dem steht das schwedische Gesundheitssystem unter Sparzwang, der für hiesige Verhältnisse zu enormen Leistungskürzungen und Engpässen in der medizinischen Grundversor-

22.-23.04.2004
Im Kongresszentrum des Hilton Hotel in Dresden findet der 10. Interdisziplinäre Pflegekongress statt. [\[Mehr dazu\]](#)

29.04.2004
Die Landesvereinigung für Gesundheit e.V. in Hannover veranstaltet eine Tagung zum Thema „Nachbarschaft Leben - Strategien zur Gesundheitsförderung für benachteiligte Gruppen“. [\[Mehr dazu\]](#)

29.-30.04.2004
In Berlin findet der 1. Kongress des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung zum Thema: „Gesellschaft mit Zukunft - Altern als Herausforderung“ statt. [\[Mehr dazu\]](#)

07.-08.05.2004
In Dresden findet die Tagung „Erfahrungsaustausch, Konzepte und Werkzeuge zur Kompetenz- und Gesundheitsförderung für Beschäftigte in Kindertagesstätten“ statt. [\[Mehr dazu\]](#)

14.05.2004
Der Berufsverband Gesundheitsförderung veranstaltet an der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) eine Fachtagung zum Thema „Berufsfeld Gesundheitsförderung – Wege der Professionalisierung“. [\[Mehr dazu\]](#)

02.-04.06.2004
Im ICC in Berlin findet der Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit statt. [\[Mehr dazu\]](#)

gung, einher gehend mit einer beachtlichen zusätzlichen Beteiligung der Patienten an den Kosten geführt hat. Genauso beachtlich ist, dass die Schweden sich diesen Zumutungen fast widerstandslos gefügt haben.

Grundlegende Prinzipien

Das schwedische Gesundheitssystem ist staatlich organisiert und finanziert sich größten Teils aus Steuern. Es ist in drei politische und administrative Ebenen gegliedert:

Die Zentralregierung, die Räte der Landkreise (Provinzlandtage) und die Gemeinden. Während die Nationale Behörde für Gesundheit und Wohlfahrt die maßgebende zentrale Beratungs- und Kontrolleinrichtung der Regierung im Bereich der Gesundheitsleistungen, des Gesundheitsschutzes und der sozialen Dienste ist, obliegt die Verantwortung für die Erbringung von Gesundheitsleistungen und die Verteilung der Mittel den Räten der 20 Landkreise. Krankenhäuser, Gesundheitszentren und andere Einrichtungen sind im Besitz der Räte der Landkreise und werden von ihnen betrieben, selbst wenn diese, um den Wettbewerb zu beleben, zunehmend auf private Leistungsanbieter setzen und entsprechende Verträge mit diesen schließen.

Die subventionierten Leistungen des schwedischen Gesundheitssystems können alle Einwohner Schwedens unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit in Anspruch nehmen.

Gesundheitssysteme in Europa: Das Gesundheitssystem Schwedens

■ Guido Grunenberg

Die Serie zu den Gesundheitssystemen in Europa findet in dieser Ausgabe mit der Betrachtung des schwedischen Gesundheitssystems ihre Fortsetzung.

Schweden gilt im Hinblick auf die Anpassung von Gesundheitssystemen im Sinne einer Verabschiedung vom Wohlfahrtsstaat als der Inbegriff der Reformfreudigkeit. Die ersten Reformbemühungen in Deutschland, z.B. die anhaltend hohe Wellen schlagende Einführung der Praxisgebühr, nehmen sich dagegen vergleichsweise bescheiden aus.

Bis zum Erreichen eines bestimmten Jahresalters wird bei jedem Arztbesuch sowie bei verordneten Arzneimitteln eine Selbstbeteiligung erhoben. Säuglings- und Kleinkindfürsorge, Schwangerenbetreuung sowie die Zahnbehandlung bis zum 20. Lebensjahr sind dagegen kostenlos und konnten sich als eine der wenigen Bastionen der staatlichen Fürsorge behaupten.

Medizinische Versorgung

Das schwedische Gesundheitssystem umfasst die Ebenen der Primärversorgung und Regional- und Provinzkrankenpflege. Der Sektor der Primärversorgung ist in Gesundheitszentren organisiert und hat das Ziel, die Versorgung von Krankheiten, die einen Krankenhausaufenthalt nicht erforderlich machen, wahrzunehmen. Die freie Wahl eines Allgemeinmediziners als Hausarzt ist jedoch ebenso möglich. Darüber hinaus wird Primärversorgung auch von frei praktizierenden Ärzten, Physiotherapeuten, in Pflegeeinrichtungen und in Kliniken für die Versorgung von Kindern und Müttern geleistet.

Die stationäre und ambulante Versorgung wird in Schweden von den 80 Provinzialkrankenhäusern übernommen. Neun weitere Regionalkrankenhäuser widmen sich vor allem speziellen Behandlungen. Die psychiatrische Krankenpflege ist der Regional- und Provinzkrankenpflege zugeordnet und wird überwiegend als ambulante Versorgung geleistet.

Der Patient ist frei in der Wahl des Gesundheitszentrums, des Hausarztes und sogar des Krankenhauses. Fachärzte können auch ohne Überweisung aufgesucht werden. Dies ist allerdings mit einer höheren Eigenbeteiligung verbunden.

Finanzierung

Das schwedische Gesundheitssystem ist größtenteils steuerfinanziert. Auf das Einkommen wird eine Proportionalsteuer von ca. 10% des Gehaltes erhoben. Darüber hinaus werden die Patienten direkt an den Kosten beteiligt. Die Eigenbeteiligung für die Konsultation eines Hausarztes variiert zwischen 11 und 29 Euro. Bei Aufsuchen eines Facharztes (frei praktizierend oder im Krankenhaus) werden zwischen 17 und 33 Euro fällig. Der Aufenthalt im Krankenhaus wird mit ca. 9 Euro pro Tag berechnet. Bei Erreichen einer Obergrenze von ca. 100 Euro (innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten, gerechnet ab der ersten Konsultation) hat der Patient Anspruch auf eine kostenfreie medizinische Versorgung. Bis zum 20. Lebensjahr werden generell keine Selbstbeteiligungen erhoben. Die Zuzahlungen für Arzneimittel ist analog zur ärztlichen Versorgung geregelt. Auch hier liegt die Obergrenze bei ca. 100 Euro, so dass der Patient in keinem Fall mehr als ca. 200 Euro innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten zu leisten hat.

Ab dem 20. Lebensjahr erhalten Erwachsene bei der Zahnärztlichen Versorgung eine Unterstützung aus dem nationalen Versicherungssystem

bis zu einer staatlich eingerichteten Höchstgrenze. Die Zahnärzte, die die Behandlungspreise selbst bestimmen, sind frei wählbar.

Die Finanzierung des Arzneimittelsektors fällt allein in die Zuständigkeit der Räte der Landkreise und basiert auf den jährlichen Verhandlungen mit der Regierung.

In diesem Zusammenhang hat die Nationale Gesellschaft schwedischer Apotheken (mit dem Staat als größtem Anteilseigner) das alleinige und ausschließliche Recht zum Vertrieb von Arzneimitteln an die Öffentlichkeit und den Krankensektor.

Bewertung

Auf dem ersten Blick erscheint das schwedische Gesundheitssystem nach seiner radikalen Reform den zukünftigen, insbesondere demographisch bedingten Anforderungen gewachsen. Und das auf eine sozialverträgliche Art und Weise. Das Modell ist steuerfinanziert und erscheint somit in gewisser Weise gerecht. Wettbewerb wurde auf nahezu jeder Ebene – mit Ausnahme des Arzneimittelsektors - eingeführt. Die Leistungen stehen bei einer überschaubaren Selbstbeteiligung von max. 200 Euro im Jahr jedem Bürger zur Verfügung, für Kinder und Jugendliche werden keine Zuzahlungen erhoben, die Wahl der Leistungserbringer ist frei.

Bei genauer Betrachtung kann das schwedische Gesundheitssystem jedoch allenfalls einen Modellcharakter auf einer abstrakten, rein wirtschaftlich orientierten Ebene für sich in Anspruch nehmen.

Ohne viel Polemik kann konstatiert werden, dass die massiven Einsparungen der letzten zehn Jahre im schwedischen Gesundheitssystem zu Engpässen in der Patientenversorgung geführt haben, die schon manchen Patienten das Leben gekostet haben kann. Genau genommen drohen den Schweden derzeit Engpässe von der Geburt bis zum Tod.

Im Sektor der stationären Versorgung bedeutete der Wettbewerb die Schließung jedes vierten Krankenhauses und eine Einsparung der Bettenkapazitäten um ein Drittel. Wettbewerb und freie Arztwahl werden von verstopften Notaufnahmen, Personal- und Bettenmangel und monatelangen Warten auf Fachärzte und Operationen konterkariert. Ob Zahnersatz oder Chemotherapie, einen Anspruch auf umgehende Behandlung kennt der schwedische Patient nicht (mehr).

Schlechte Bezahlungen und harte Arbeitsbedingungen (Eine Krankenschwester bezieht z.B. ein durchschnittliches Brutto-Grundgehalt von 1.500 Euro) haben vor allem in ländlichen Gebieten zu dramatischer Unterversorgung geführt. Fast grotesk mutet es in diesem Zusammenhang an, dass ausländische Fachkräfte dagegen mit starken Anreizsystemen umworben werden.

Die soziale Gerechtigkeit beim Umbau des schwedischen Gesundheitssystems erklärt sich vor allem dadurch, dass tatsächlich alle Gruppen in der schwedischen Gesellschaft von den Einschnitten gleichermaßen stark betroffen sind. Steuern wurden erhöht und die Leistungen gekürzt. Neben der Einführung der Selbstbeteiligung wurde auch das Krankengeld gekürzt sowie ein „Karenztag“ vom Gehalt abgezogen. Insgesamt vermeiden die Schweden (aus Kostengründen) heute eher den Gang zum Arzt oder zögern ihn so lange wie möglich hinaus.

Die Folgen sind jedoch, dass Schweden mit einem Krankenstand von 10% inzwischen eine Spitzenposition in Europa einnimmt und insbesondere die Aufwendungen für Krankengeld zum ersten Mal seit Jahren wieder ein Defizit in den Staatsfinanzen verursacht hat.

Links und Informationen zu diesem Thema
http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/misoc/missoc_info_de.htm
<http://www.bundesaerztekammer.de/25/10Intern/BAEKIntern/21BAEKIntern200304.pdf>
 K. Michelsen, Das schwedische Gesundheitssystem, VAS-Verlag, Frankfurt /M. 2002

Patientenbeteiligung am gesundheitspolitischen Diskurs

■ Siegfried Dierke

In einem der wichtigsten gesundheitspolitischen Gremien, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (gemäß § 91 SGB V), sind seit Beginn dieses Jahres erstmals auch VertreterInnen von Patientenorganisationen beteiligt. Allerdings dürfen sie an den Entscheidungen (z.B. über den Inhalt des Leistungskataloges der GKV, beim Erlass von Richtlinien über die ärztliche Behandlung oder die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) nicht teilnehmen. Dieser Artikel beleuchtet den aktuellen Stand und die Perspektiven von Patientenpartizipation in der Gesundheitspolitik sowie die Notwendigkeit und Chancen einer Bürger- und Patientenbeteiligung für die Gestaltung des Gesundheitssystems.

In seinem letztjährigen [Gutachten](#) hat sich der Sachverständigenrat (SVR) u.a. zur Nutzerorientierung im Gesundheitswesen geäußert und Forderungen von [Patienten\(beratungs\)organisationen](#) aufgegriffen, die Partizipation von PatientenvertreterInnen in wichtigen gesundheitspolitischen Gremien zu stärken bzw. überhaupt erstmals zuzulassen.

Wenn in der Politik immer stärker eine „Eigenverantwortung der Patienten“ gefordert wird, so dürfe sich das nicht darin erschöpfen, die PatientInnen durch „Selbstbeteiligungen“ finanziell zu belasten, sondern müsse bewirkt werden durch eine reale Beteiligung an Entscheidungen sowohl auf der Mikro-Ebene in der direkten Arzt-Patient-Interaktion als auch auf der Makro-Ebene im politischen Diskurs bei der Mitgestaltung des Gesundheitssystems.

Der SVR setzt große Hoffnungen darauf, dass die NutzerInnen von Gesundheitsdienstleistungen als „dritte Kraft“ (neben den Leistungserbringern und Krankenkassen) eine wesentliche Rolle bei einer wirklichen Neugestaltung des Gesundheitssystems spielen.

Hier setzen auch Argumentationslinien von Patientenorganisationen an: Die Wichtigkeit von Patientenbeteiligung begründet sich nicht nur darauf, dass dadurch die Qualität der gesundheitlichen Versorgung weiterentwickelt, sondern auch eine gesamtgesellschaftliche Diskussion über grundlegende Weichenstellungen im Gesundheitssystem angestoßen werden kann. Die Entscheidungshoheit über die Allokation von Ressourcen, die Ausrichtung der Medizin und Gestaltung von Gesundheit sollte künftig nicht bei der Medizin und den klassischen Akteuren im Gesundheitswesen verbleiben.

Derzeit ist in der Bevölkerung großer Unmut über viele gesundheitspolitische Entscheidungen wahrnehmbar. Wenn partizipative Einflussmöglichkeiten in weit entschiedenerem Maße etabliert werden und auch Bereitschaft signalisiert wird, auf wichtigen Gebieten eine Verschiebung von Akzenten und Neu-Bewertungen stattfinden zu lassen, vergrößert sich die Möglichkeit, das Gesundheitssystem dahingehend weiterzuentwickeln, dass es bei BürgerInnen und PatientInnen Akzeptanz findet und sich an deren Wünschen und Bedürfnissen aus-

richtet. Als wichtige Voraussetzung für eine Bürger- und PatientInnenbeteiligung müssen zudem die meist komplizierten medizinischen Sachverhalte in verständlicher Form und Sprache kommuniziert werden.

Gegen eine Patientenbeteiligung wird von den Akteuren im Gesundheitswesen oft angeführt, dass z.B. etliche Selbsthilfegruppen von der Pharmaindustrie finanziert werden und daher beeinflussbar sind und häufig nur Partialinteressen vertreten. Routinevorgänge würden sich komplizierter und langwieriger gestalten. Zudem werden mangelnde Kompetenz und die Frage der Legitimation ins Feld geführt

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat die Forderung nach einer Patientenbeteiligung im GKV- Modernisierungsgesetz (GMG) mit der Neuregelung des Gemeinsamen Bundesausschuss aufzugreifen versucht und der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen eine neue Struktur gegeben. Die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung (der Koordinierungsausschuss, die bisherigen Bundesausschüsse nach § 91 sowie der Ausschuss Krankenhaus) wurden zum [Gemeinsamen Bundesausschuss](#) (GemBA) zusammengefasst. Neben den Krankenkassen und Leistungsanbietern sind nun auch [Patientenorganisationen](#), (Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen, Deutscher Behindertenrat, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen und der Verbraucherzentralen Bundesverband) in diesen Sitzungen vertreten. Allerdings ist letzteren nur ein Anhörungs- und Antragsrecht eingeräumt worden, jedoch (noch?) keine Entscheidungsbeteiligung. Hier ist für die kommenden Jahre also schon für Diskussionsstoff gesorgt.

Weitere Schwierigkeiten zeichnen sich ab: Die Arbeitsstrukturen und -geschwindigkeiten sind nicht auf diese neuen Mitglieder abgestimmt. Für die Einarbeitung und Abstimmung zwischen den verschiedenen Organisationen und Gruppen der PatientInnenbank bzw. darüber hinaus, benötigen diese oftmals mehr Zeit, als ihnen eingeräumt wird. Zudem erledigen die VertreterInnen der PatientInnenorganisationen die Gremienarbeit ehrenamtlich und erhalten keinerlei Aufwandsentschädigung. Wenn die Patientenorganisationen keine ausreichenden fi-

nanziellen und personellen Ressourcen zur Verfügung gestellt bekommen, so werden sie das nicht unbeträchtliche Pensum im GemBA, den zahlreichen Unterausschüssen sowie den Arbeitsgruppen kaum in der erforderlichen Weise leisten können.

Des Weiteren wollen die PatientInnenorganisationen nicht als Feigenblatt für unpopuläre und patientenfeindliche Regelungen herhalten. Noch ist nicht geregelt, wie in der Öffentlichkeit in hinreichendem Maße klargestellt werden kann, dass die PatientenvertreterInnen nicht abstimmungsberechtigt sind und welche abweichenden Positionen sie ggf. vertreten.

Grundsätzlichere Kritik gilt dem Konzept der „evidenzbasierten Medizin“ (ebM), das in der ärztlichen Landschaft als Leitbild dient und auch im Gemeinsamen Bundesausschuss die Arbeitsgrundlage bilden soll. Der SVR geht davon aus, dass die Dominanz dieses wissenschaftlich-objektivierenden Ansatzes einer Patientenorientierung im Gesundheitswesen entgegensteht. Als Ergänzung zur ebM, nicht als Konkurrenz, betont der SVR die Wichtigkeit einer narrativ-basierten Medizin (nbM), in der die Subjektivität von PatientInnen und BehandlerInnen sowie deren personelles und soziokulturelles Umfeld als unverzichtbare Elemente einfließen. Zudem betrifft diese Regelung, ebM als Leitbild und Grundlage der Entscheidungen zu nehmen, ohnehin nur den Bereich der Innovationen, nicht jedoch den bestehenden Leistungskatalog und kann zudem zur so genannten „Evidenzfalle“ führen (d.h. Interessengruppen mit großem Etat können leichter befürwortende Studien beschaffen als solche mit geringer finanzieller Ausstattung). Trotz aller vorgebrachten Kritikpunkte und Skep-

sis erhoffen sich die PatientenvertreterInnen jedoch, durch ihre Beteiligung zu einer größeren Transparenz der Arbeit dieses Gremiums beizutragen und bei den Selbstverwaltungen ein Umdenken in Richtung Patientenorientierung zu beschleunigen. Darüber hinaus versuchen Patientenorganisationen künftig auch stärker in kommunalen und landesweiten Gesundheitskonferenzen, Ethikkommissionen, Patientenbeiräten, Beschwerdeinstanzen o.ä. beteiligt zu werden.

Es wird sich schon in Kürze zeigen, ob bei den Selbstverwaltungen der Ärzteschaft und Krankenkassen die erforderliche Bereitschaft besteht, wirkliche Patientenbeteiligung zu ermöglichen. Hierzu sind u.a. auch grundlegende Veränderungen der Arbeitsweisen, Leitbilder und Organisationsstrukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses vonnöten. In einem der folgenden Newsletter wird auf die konkrete Arbeit und Struktur dieses neu zusammengesetzten Gremiums sowie der Landesausschüsse genauer eingegangen und deren Praxis, insbesondere hinsichtlich Umsetzung, Entwicklungspotentialen und Defiziten der Partizipation von Patientenorganisationen analysiert. Ebenfalls wird untersucht, welchen Beitrag die Patientenbeauftragte für die politische Aufmerksamkeit auf Patientenbelange liefern kann.

Links und Informationen zu diesem Thema
<http://home.mnet-online.de/gesundheitsladen/BAG-RB/BAGRB1-04.pdf>
http://www.vzbv.de/mediapics/beitrag_mueller_ikk_kv_10_2003.pdf
<http://www.svr-gesundheit.de/pm03.pdf>
<http://www.g-ba.de/>

Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung,

■ Burkhard Gusy

Das Robert Koch Institut stimuliert mit seinen Beiträgen zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes eine nationale Diskussion um rationale -weil datengestützte- Kriterien zur Auswahl von Interventionsfeldern zur Förderung von Gesundheit. Der Aufbau von Berichtssystemen und die Entwicklung der Gesundheitsberichterstattung in der Arbeitswelt gewinnen an Bedeutung. Die Anforderungen an die Daten sind mitunter erheblich, da eine hohe „Belastbarkeit“ erwartet wird. Die Ergebnisse werden nicht selten als Hintergrund für kos-

tenintensive Interventionsentscheidungen genutzt.

Die arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung dient als Monitoringsystem für die Entwicklung von mit der Arbeit assoziierten gesundheitlichen Risiken. Die Ergebnisse werden genutzt, um (betriebliche) Fehlentwicklungen zu diagnostizieren mit dem Ziel deren Folgen durch Interventionsangebote zu minimieren.

Die der Prävention zugrunde liegende Fragestellung an arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung lautet nach den Worten von Karl Kuhn von der Bundesanstalt für Arbeits- und Umweltschutz in Dortmund (2002): „Welche Arbeitsbedingungen führen unter welchen Voraussetzungen mit welchen Wahrscheinlichkeiten oder in welchen Häufigkeiten zu welchen Beschwerden, zu welchen gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder zu welchen Erkrankungen?“

Die Beantwortung ebendieser Fragen oder präziser formuliert die erfolgreiche Lösung dieser Probleme, ist nicht nur in der Bundesrepublik Deutschland ein zentrales Problem geworden,

da die Folgekosten unterlassener Prävention die Kassen der Sozialversicherungen immens belasten.

Dies lenkt die Frage auf den zentralen Aspekt dieses Beitrags, welche Elemente der arbeitsweltbezogenen Berichterstattung es derzeit gibt und welche Erkenntnisse diese versprechen. In der Bundesrepublik Deutschland werden aktuell folgende Berichtssysteme genutzt.

a) Daten der Sozialversicherungsträger

Die Krankenkassen werten ärztliche Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeiten der jeweiligen Versicherten aus. Unter Wahrung der Anonymität können Aussagen über das Krankheitsgeschehen der Versicherten (Diagnosen, Dauer, Häufigkeit der krankheitsbedingten Abwesenheit) nach soziodemographischen Daten ausgewertet werden.

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherungen sind ebenso gefordert im Rahmen ihres erweiterten Präventionsauftrages Daten zu erschließen, die zur Verhütung arbeitbedingter Gesundheitsgefahren beitragen können. Diese

Aufgabe ist für die Unfallversicherer vergleichsweise neu. Wie diese konturiert wird, ist noch nicht absehbar.

Ein wesentlicher Nachteil der Daten der Sozialversicherungsträger ist das Fehlen betrieblicher Kontextinformationen wie z.B., in welchem Bereich der Beschäftigte mit welchen Aufgaben betraut ist, um Rückschlüsse auf Arbeitsbedingungen und Belastungskonstellationen ziehen zu können. Ohne diese ist die Identifikation von betriebsbezogenen Interventionschwerpunkten kaum möglich.

b) Betriebsbezogene Daten

Die Änderungen des Arbeitsschutzgesetzes (1996) verpflichtet Betriebe für die Mitarbeiter Voraussetzungen zu schaffen, die ein aktives und menschenwürdiges Leben in der Gesellschaft sowie eine Weiterentwicklung der Persönlichkeit gewährleisten. Dieses soll durch Verhütung von Unfällen, Krankheiten und Gefährdungen geschehen. Zu diesem Zweck sind im Arbeitsschutzgesetz betriebliche Gefährdungsanalysen vorgesehen, die eine Berichtspflicht von Betrieben gegenüber den Aufsichtsbehörden festlegen. Diese Dokumentationen bieten die Möglichkeit gesundheitlich relevante Merkmale (Arbeitsunfähigkeiten, Belastungskonstellationen) mit betriebsbezogenen Daten wie z.B. konkreten Arbeitsbedingungen zusammenzuführen. Damit sind diese Daten prinzipiell als Hintergrund für Interventionsentscheidungen von weitaus größerer Bedeutung als die Daten der Krankenkassen. Eingesetzt werden können hier unter anderem Mitarbeiterbefragungen, die subjektive Wahrnehmungen betrieblicher Gegebenheiten von Belastungsmerkmalen, Gesundheitspotenzialen und Veränderungswünschen enthalten.

Zu deren Vertiefung bieten sich arbeitspsychologisch /-wissenschaftlich fundierte Analyseverfahren an, die an ausgewählten Arbeitsplätzen durchgeführt werden. Diese Analyseverfahren sind geeignet, um Ursache-/Wirkungszusammenhänge festzustellen. Die Ergebnisse präzisieren Hypothesen z.B. aus Mitarbeiterbefragungen und sind unmittelbar gestaltungsrelevant.

Die Bedeutung von Gefährdungsanalysen im Rahmen der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung wird kontrovers diskutiert. Gilt die Koppelung von Gesundheitsaspekten mit Arbeitsbedingungen als unschätzbare Gewinn, befürchten Experten eine geringe Datenqualität, da Betriebe dazu verleitet sein können, sich ihrer Dokumentationspflicht durch minimalen Aufwand zu entledigen. Fakt ist, dass es derzeit kaum Dokumentationsstandards gibt – hier sind die Akteure gefordert am Aufbau eines informationsreichen Dokumentationssystems mitzuwirken.

Bewertung

Deutlich wird, dass es eine Reihe von Akteuren gibt, die, versehen mit unterschiedlichen Partialinteressen, über verschiedene Aspekte von Gesundheit am Arbeitsplatz berichten. Es fehlt sowohl an Überblick über die Datenbestände als auch ein fachlicher Austausch der dort tätigen Akteure mit dem Ziel, die arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung zur Förderung der Gesundheit der Arbeitnehmer auszubauen.

Die eingangs gestellte Frage: „Welche Arbeitsbedingungen unter welchen Voraussetzungen mit welchen Wahrscheinlichkeiten oder in welchen Häufigkeiten zu welchen Beschwerden, zu welchen gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder zu welchen Erkrankungen führen?“ kann mit Hilfe jeweils unterschiedlicher hier vorgestellter Berichtssysteme nur in Ausschnitten beantwortet werden. Es wird wohl noch eine Zeit dauern bis diese Frage mit den Instrumenten der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung zielführend bearbeitet werden kann.

Links und Informationen zu diesem Thema:
www.rki.de/GBE/BEITRAG/ARBEIT.PDF
www.bkk.de/bkk/content/powerslave.id,199,nodeid,50.htm
http://www3.oup.co.uk/eurpub/hdb/Volume_13/Supplement_01/pdf/13s10091.pdf

Kurz vorgestellt

Neben Webadressen soll hier auch auf gesundheitswissenschaftlich relevante Publikationen hingewiesen werden.

Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2004). *Gesundheitspolitik Eine systematische Einführung*. Bern: Huber.

Mit dieser systematischen gut konzipierten Einführung schließen die Autoren aus dem Wissenschaftszentrum Berlin eine Lücke auf dem Buchmarkt. Akteure, Institutionen, Normen und Ressourceneinsatz des Gesundheitswesens stehen vor dem Hintergrund ihres tatsächlichen und möglichen Beitrags zum Erhalt und zur Verbesserung der Versorgungsqualität auf dem Prüfstand. Als Ziel von Gesundheitspolitik benennen die Autoren nicht nur die Steuerung und Finanzierung der Krankenversorgung, sondern darüber hinaus das gesellschaftliche Management von Gesundheitsrisiken vor und nach ihrem Ein-

tritt – also auch in Prävention und Gesundheitsförderung. Das Buch ist als Einführung konzipiert und streift Grundsatzfragen und Mechanismen der (aktuellen) Gesundheitspolitik [[Mehr dazu >>](#)].

Da die Redaktion des Buches Mitte 2003 bereits abgeschlossen war, wird der Leser einige Aspekte vermissen. So fehlen Ausführungen zu aktuellen Themen wie dem derzeit umzusetzenden Gesundheitsreformpaket. Auch der Bereich der Rehabilitation ist ausgespart.

Das Buch ist gut zu lesen, sehr informativ und als Einführung empfehlenswert. Die fehlenden Themen werden bestimmt in der nächsten Auf-

lage, die nach den bisherigen Aktualisierungszyklen in zwei bis drei Jahren erwartbar ist, enthalten sein.

[Deutsches Forum für Prävention und Gesundheitsförderung](#)

Hochkarätig besetzt wurde dieses Forum vor

knapp zwei Jahren eingerichtet. Wo jetzt die Diskussion um ein mögliches [Logo](#) weitgehend abgeschlossen sein dürfte, wird mit Spannung der Internetauftritt erwartet, der die Arbeit des Forums unterstützt, in der Bevölkerung eine breite „soziale Bewegung“ für Prävention anzustoßen.

Impressum

Herausgeber:

FU Berlin - Arbeitsbereich Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung

Habelschwerdter Allee 45

14195 Berlin

e-Mail: newsletter-redaktion@ipg-berlin.de

Redaktion:

Siegfried Dierke, Burkhard Gusy, Guido Grunenberg

Redaktionsschluss

für die nächste Ausgabe: 01.06.2004

Abonnement

Falls sie den Newsletter auch in Zukunft beziehen wollen, sollten sie sich in den [Verteiler](#) aufnehmen lassen.