

Themen dieser Ausgabe:

Gesundheit im Betrieb: Managen oder fördern?

Seite 1

Effizienzreserven im deutschen Gesundheitssystem – die Suche geht weiter

Seite 3

Kurz vorgestellt – Publikationen, die Sie kennen (-lernen) sollten

Seite 5

Impressum

Seite 8

Gesundheit im Betrieb: Managen oder fördern?

Burkhard Gusy

Betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliches Gesundheitsmanagement werden häufig in einem Atemzug genannt und in der Praxis auch synonym verwendet. Gegen diese Gleichsetzung gibt es Einwände, die sich auf die Prämissen und Handlungsempfehlungen beziehen. Betriebliche Gesundheitsförderung – so G. Faller in einem Artikel in der Zeitschrift „Prävention“ (03/08) sei breiter angelegt als betriebliches Gesund-

Die erste Ausgabe des IPG-Newsletter Gesundheitsförderung in diesem Jahr beschäftigt sich mit den Themen

» Gesundheit im Betrieb: Managen oder fördern?

» Effizienzreserven im deutschen Gesundheitswesen – die Suche geht weiter

Die Redaktion des IPG-Newsletter Gesundheitsförderung [\[7\]](#) wünscht viel Spaß bei der Lektüre dieser Ausgabe.

Sie können den Newsletter **abonnieren**, um in Zukunft keine Ausgabe mehr zu verpassen, online lesen [\[7\]](#) oder im Archiv als html-Dokument [\[7\]](#) oder pdf-Datei finden [\[7\]](#).

Veranstaltungen/Tagungen

31.03.-01.04.2009 [\[Frankfurt a.M.\]](#)

Kongress der Deutschen Umwelthilfe zum Thema: „Umweltgerechtigkeit – Handlungsmöglichkeiten für mehr soziale Gerechtigkeit durch kommunalen Umweltschutz“. [\[7\]](#)

20.04.2009 [\[Düsseldorf\]](#)

Fachtagung des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit NRW: „Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen“. [\[7\]](#)

20.04.2009 [\[Hamburg\]](#)

Regionaler Knoten Hamburg. Workshop: „Auf dem Weg zu Good Practice: Qualitätsentwicklung in der soziallagenorientierten Gesundheitsförderung“ [\[7\]](#)

25.-26.04.2009 [\[Köln\]](#)

22. Stillkongress für Stillberaterinnen und

heitsmanagement. Ulich & Wülser (2009) vertreten die Position, dass Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung gemeinsame Bestandteile eines betrieblichen Gesundheitsmanagements sein müssen.

Faller skizziert den Begriff betriebliche Gesundheitsförderung in der Tradition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Luxemburger Deklaration. Gesundheitsförderung – so der Wortlaut der Ottawa Charta – ziele darauf ab „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen ... Menschen können ihre Gesundheitspotenziale nur dann entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können ... Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit und die Arbeitsbedingungen organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schaffe sichere,

medizinisches Fachpersonal der Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen (AFS) Bundesverband e.V. [\[7\]](#)

07.-09.05.2009 [\[Bielefeld\]](#)

Der Bundesverband der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes veranstaltet den 59. Wissenschaftlichen Kongress zum Thema: „Engagiert für die Gesundheit der Bevölkerung - der Öffentliche Gesundheitsdienst“. [\[7\]](#)

08.-09.05.2009 [\[Berlin\]](#)

4. Fachtagung "Gesundheit und Bewegung" der Sportjugend Berlin und Unfallkasse Berlin. [\[7\]](#)

08.-09.05.2009 [\[Berlin\]](#)

Aktionstag der School of Public Health, Universität Bielefeld und Hertie School of Governance: „Reducing Health Inequalities. What Do We Really Know about Successful Strategies?“. [\[7\]](#)

08.-09.05.2009 [\[Gießen\]](#)

Tagung des Verbands für Unabhängige Gesundheitsberatung e. V. (UGB): „Ernährung aktuell“. [\[7\]](#)

27.-29.05.2009 [\[Berlin\]](#)

Hauptstadtkongress 2009 Medizin und Gesundheit [\[7\]](#)

02.-05.06.2009 [\[Hamburg\]](#)

Suchttherapietage 2009 des Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS): „Sucht bei Jung und Alt - Altersspezifische Aspekte“. [\[7\]](#)

21.-25.06.2009 [\[Göteborg\]](#)

19. World Congress of Sexual Health. [\[7\]](#)

anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.“

Während vorstehende Definition alle (beschäftigten) Menschen einschließt, argumentiert Faller basierend auf einer Untersuchung von Fuchs (2006), dass nur 9,2% der abhängig Beschäftigten ihre Arbeitsbedingungen als entwicklungsförderlich bzw. belastungsadäquat beschreiben. Dementsprechend groß wäre der Bedarf an gesundheitsbezogenen Interventionen. Doch nur 20% der Betriebe einer repräsentativen Befragung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung berichten von über gesetzliche Regelungen hinausgehenden Maßnahmen zum Schutz oder zur Förderung der Gesundheit ihrer Beschäftigten (IGA-Report 12). Dieses sind vorwiegend Großbetriebe (> 1.000 Mitarbeiter). Die Diskrepanz zwischen Bedarf und Angebot interpretiert Faller als Beleg für die These, dass nicht allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht

wird sondern nur Teilgruppen. Diese Situation verschärft sich durch den Umstand, dass bestimmte Arbeitnehmer wie z.B. Zeitarbeiter und Mitarbeiter in prekären Beschäftigungsverhältnissen besonderen gesundheitlichen Gefährdungen (hohen Belastungen und geringen Entwicklungschancen) ausgesetzt sind. Diese profitieren aber auf Grund ihres Beschäftigungsverhältnisses seltener von betrieblichen, gesundheitsbezogenen Angeboten. Der Anspruch einer flächendeckenden betrieblichen Gesundheitsförderung wird in der derzeitigen Praxis nicht eingelöst. Partikularinteressen betrieblicher Akteure werden zur Begründung für diese Entwicklung genannt, die sich der eigenen Einrichtung stärker verpflichtet sehen als einem abstrakteren gesellschaftlichen Ziel, dem Zugewinn an Eigensteuerungsmöglichkeiten (Empowerment) aller Bürger, die dort arbeiten.

Die Kritik an der Verwendung des Managementbegriffs zielt auf eine noch engere Bindung des Gesundheitshandelns an betriebliche Interessen und eine gleichzeitig noch stärkere Lösung von dem in der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung formulierten Gedanken der Selbstbestimmung und Teilhabe. Gesundheit wird dadurch zur Managementaufgabe und als top-down Strategie in etablierte Formen betrieblichen Handelns integriert.

Der Verdienst von Fallers Analyse betrieblichen Gesundheitshandelns liegt darin, dass sie auf die geringe Passung zwischen Gesundheitsgefährdungen von Mitarbeitergruppen und betrieblichen Interventionsstrategien hinweist. Gesundheit ist in den meisten Fällen nicht Ziel unternehmerischen Handelns, sondern dient der Aufrechterhaltung bzw. der Steigerung der betrieblichen Produktivität. Dort wo gesundheitsbezogene Interventionen die Produktivität unterstützen, ist die Umsetzungsstringenz am höchsten (Kentner, 2003). Dies veranlasst Ulich & Wülser (2009) Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung zu gemeinsamen Bestandteilen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements zu erklären, entsprechend § 4 des Arbeitsschutzgesetzes. „Maßnahmen sind mit dem Ziel zu planen, Technik, Arbeitsorganisation, sonstige Arbeitsbedingungen, soziale Beziehungen und Einfluss der Umwelt auf den Arbeitsplatz zu verknüpfen“ unter Berücksichtigung gesicherter arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse. Ein so verstandenes betriebliches Gesundheitsmanagement setzt gravierende Veränderungen im Denken und Handeln der beteiligten Akteure voraus sowie der dem Handeln zu Grunde liegenden Strukturen. Differenzierende Beschreibungs-

merkmale der verschiedenen Interventionstypen (Arbeitsschutz, betriebliche Gesundheitsförderung) aus arbeitspsychologischer Perspektive enthält nachfolgende Tabelle. Zum Aufbau und Erhalt gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und Kompetenzen werden in dieser Perspektive Maßnahmen zur Arbeitsgestaltung angesprochen.

Tabelle 1: Betrieblicher Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung in idealtypischer Gegenüberstellung (aus Ulich, 2005)

	Betrieblicher Arbeitsschutz	Betriebliche Gesundheitsförderung
Betrachtung des Menschen als..	... schutzbedürftiges Wesen » Defizitmodell » schwächenorientiert » pathogenetisches Grundverständnis	... autonom handelndes Subjekt » Potentialmodell » stärkeorientiert » salutogenetisches Grundverständnis
Aufgaben / Ziele verhältnisorientiert	Vermeiden bzw. Beseitigen gesundheitgefährdender Arbeitsbedingungen und Belastungen » Schutzperspektive » belastungsorientiert	Schaffen bzw. Erhalten gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und Kompetenzen » Entwicklungsperspektive » ressourcenorientiert
Aufgaben / Ziele verhaltensorientiert	Erkennen und adäquates Handeln in gefährlichen Situationen » Wahrnehmen von Gefahren	Erkennen und Nutzen von Handlungsspielräumen » Wahrnehmen von Chancen

Obwohl gerade die Bedeutung bedingungsbezogener Interventionen durch Maßnahmen der Arbeitsgestaltung in den letzten Jahren immer wieder betont wird, liegt der Schwerpunkt nach wie vor auf personenbezogenen Interventionen. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA, 2001) schätzt die direkten Kosten für die Krankenbehandlung im Jahr 1998 in Folge von Arbeitsschwere/Lastenheben auf 20,3 Mrd. DM, von geringen Handlungsspielräumen auf 18,1 Mrd. DM und von geringen psychischen Anforderungen auf 10,5 Mrd. DM. Die indirekten Kosten der Betriebe dürften noch etwas über den genannten Summen liegen, da in der Kostenschätzung der BAuA lediglich verlorene Produktivitätsjahre berücksichtigt sind. Gestaltungsinitiativen, die auf diese Merkmale zielen, reduzieren somit nicht nur die Kosten der Betriebe, sondern sind ebenso Merkmale „gesunder“ Arbeit im Sinne betrieblicher Gesundheitsförderung.

Das betriebliche Gesundheitsmanagement lässt sich durch eine Integration von Arbeitsschutz und betrieblicher Gesund

heitsförderung optimieren, bedarf aber dann einer Neuausrichtung in Konzepten und Strukturen. Die damit verbundene Hoffnung ist, dass sich dadurch die Gesundheit der dort Tätigen auf lange Sicht verbessern lässt. Der Anspruch, dass „alle“ Beschäftigten profitieren, sollte nicht aufgegeben werden. Reichen die betrieblichen Anstrengungen dazu nicht aus oder klammern bestimmte Gruppen an Arbeitnehmern aus, gilt es, unter Beteiligung externer Stakeholder (Gesellschaft, Staat) entweder die Betriebe dazu zu verpflichten oder aber die derzeitigen Bemühungen um andere möglicherweise außerbetriebliche Interventionsstrategien zu ergänzen. Ausgehandelt werden so auf unterschiedlichen Ebenen (im Betrieb oder in der Gesellschaft) die Möglichkeiten zur Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit bzw. zur Stärkung der

Effizienzreserven im deutschen Gesundheitswesen – die Suche geht weiter

Guido Grunenberg

Im Januar 2009 sorgte wieder einmal eine Studie zum Thema Einsparpotenziale im Gesundheitswesen, dieses mal im Auftrag der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (INSM), kurzzeitig für Aufsehen. Die INSM versteht sich als eine branchen- und parteiübergreifende Plattform, die sich dem Gedanken der Sozialen Marktwirtschaft verpflichtet fühlt. Finanziert wird sie hauptsächlich durch die Arbeitgeberverbände der Metall- und Elektroindustrie, zu ihren Boten gehören u.a. der ehemalige Vorstandsvorsitzende der Bundesagentur für Arbeit, Florian Gerster, Dr. Arend Oetker, Vizepräsident des BDI, Friedrich Merz, Lothar Späth, Arnulf Baring und Lord Ralf Dahrendorf.

Das von der INSM beauftragte Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) und der Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie der Universität Duisburg-Essen kommen in ihrem Gutachten "Effizienzreserven im Gesundheitswesen" zu dem Ergebnis, dass die gesetzlichen Krankenkassen über Einsparpotenziale von rund 10 Mrd. Euro verfügen und somit eine Senkung des einheitlichen Beitragssatzes um 1% möglich wäre.

Die Geschäftsführer der INSM mahnten bei der Vorstellung der Studienergebnisse Anfang Januar pauschal überhöhte Preise, zu viele Behandlungen und Diagnosen in Praxen und Kliniken sowie überzogene Margen bei Medikamenten an und forderten die Kassen auf, die Potenziale durch besseres Kostenmanagement zu nutzen, um die Beiträge abzusenken oder ihren Versicherten eine Beitragsrückerstattung gewähren zu können. Von den Medien wurde das Thema mit Schlagzeilen wie "Kassen könnten 10 Milliarden Euro sparen" (Bild) oder "Gigantische Verschwendung im Gesundheitswesen" (Handelsblatt) dankbar aufgegriffen.

Ausgangspunkt der Studie ist ein internationaler Vergleich, der – basierend auf den Gesundheitsdaten 2007 der OECD – zwar nicht direkt zur Quantifizierung von Effizienzreserven herangezogen wird, aus Sicht der Autoren jedoch erste Hinweise auf Überkapazitäten im Bereich der stationären und ambulanten Versorgung in Deutschland liefert.

Das Hauptaugenmerk der Untersuchung liegt jedoch auf dem Leistungs- und Kostenvergleich der sechzehn Bundesländer (unter Berücksichtigung einer Alters- und

eigenen Gesundheit im Sinne der Ottawa Charta.

Quellen

- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (2001, 26. September). *Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen* (Kurzmitteilung).
- Faller, G. (2008). Betriebliche Gesundheitsförderung oder Betriebliches Gesundheitsmanagement?: Beitrag zu einer konzeptionellen und terminologischen Klärung. *Prävention*, 31 (3), 71-74.
- Fuchs, T. (2006). *Was ist gute Arbeit?: Anforderungen aus der Sicht von Erwerbstätigen*. Stadtbergen
- Ulich, E. & Wülser, M. (2009). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen: Arbeitspsychologische Perspektiven* (3., überarb. u. erw. Aufl.). uniscope. Wiesbaden: Gabler.
- Ulich, E. (2005). *Arbeitspsychologie* (5., überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Schäffer-Pöschel.

Geschlechtsstandardisierung der Bevölkerung) in der ambulanten und stationären Versorgung sowie dem Arzneimittelsektor und basiert im Wesentlichen auf den Daten des Statistischen Bundesamtes, des BMG, des GKV-Arzneimittelinformationssystem und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Szenarien zur Errechnung der Einsparpotenziale der Mengen und Preise in den drei ausgewählten Bereichen basieren auf Vergleichen der „teuren“ Bundesländer mit einem „günstigeren“ Bundesland. Die konservative Variante zieht dabei zur Berechnung als „günstiges“ Bundesland den Bundesdurchschnitt (die Durchschnittspreise/mengen aller Bundesländer), die optimistische Variante jeweils ein Benchmarkbundesland im günstigsten Drittel heran. Die sich hieraus ergebenden Einsparvolumina in Höhe von 5,6 bzw. 9,8 Mrd. Euro würden einer Beitragsrückerstattung in Höhe von 109-192 Euro pro Versicherten und Jahr entsprechen, so die Autoren der Studie.

Zur Untermauerung der Thesen wurden die konkreten Vergleichsergebnisse bezogen auf die ausgewählten Versorgungsbereiche umfangreich dargestellt, um in der Folge hieraus die verschiedenen Effizienzreserven abzuleiten. So liegt beispielsweise die Spanne zwischen der Vergütung einer durchschnittlichen Krankenhausleistung zwischen 2.960 Euro (Rheinland-Pfalz) und 2.685 Euro (Schleswig-Holstein), ärztliche Leistungen in Hamburg werden um 42% höher vergütet als in Niedersachsen, die pro Kopf Ausgaben für Medikamente liegen in den neuen Bundesländern rd. 15% über dem Bun-

desdurchschnitt etc. Und in der Tat ist zunächst nur schwer nachvollziehbar warum – um beim oben genannten Beispiel zu bleiben – bei der Vergütung einer durchschnittlichen Krankenhausleistung Rheinland Pfalz deutlich teurer sein soll als z.B. die Stadtstaaten oder NRW.

Im Gegensatz zur Darstellung der Ergebnisse durch die INSM, die als Auftraggeber der Studie wohl ihre eigene Intention haben dürfte, vergessen die Autoren nicht auch auf die Schwächen ihrer Analysemethoden zu verweisen. Bei genauerer Betrachtung wird bei den länderspezifischen Vergleichen z.B. im stationären Bereich berücksichtigt, dass Unterschiede auch "historisch" bedingt seien und auch die unterschiedlichen Budgets zwischen Krankenhäusern und Kassen vor Einführung der DRGs widerspiegeln würden (die in einigen Ländern wohl einfach umfangreicher ausfielen als in anderen). Auch wird deutlich betont, dass die Vorgabe "gleicher Preis für gleiche Leistung" bei Dienstleistungen generell ökonomisch nicht gerechtfertigt sei und die Preise vom Lohnniveau, Immobilienpreisen etc. abhängen. Die Autoren konstatieren insgesamt einen weiteren Forschungsbedarf hinsichtlich der Frage, welche konkreten Faktoren die länderspezifischen Unterschiede bedingen.

Insbesondere vor diesem Hintergrund erstaunen die Vorschläge – oder vielmehr Annahmen – der Experten, die geschätzten Einsparpotenziale zu realisieren. Diese lesen sich eher wie ein – losgelöst von dem eigentlichen Gegenstand der Untersuchung – grundsätzlicher Forderungskatalog für mehr Wettbewerb mit dem Ziel einer Marktberreinigung bei Kliniken und Arztpraxen.

Konkret soll z.B. den Kassen und Krankenhäusern ermöglicht werden, die krankenhausspezifischen Basisfallwerte (BFW) bilateral und selektiv auszuhandeln. Mittelbar würde dies zu einer an Effizienzkriterien orientierten Marktberreinigung beitragen, da es unwirtschaftlichen Häusern nicht gelingen dürfte, kostendeckende BFW mit den Kassen auszuhandeln.

Unter Berufung auf den Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK) und Bert Rürup wird eine „monistische Krankenhausfinanzierung“ – die Aufhebung der Trennung zwischen Investitionsentscheidung und Finanzierung der Betriebsausgaben – gefordert, in der Investitionen gemeinsam mit allen übrigen Kosten eines Krankenhauses finanziert werden und zur Verringerung von Verwerfungen an der Schnittstelle von ambulanter zu stationärer Versorgung beitragen sollen.

Im ambulanten Sektor wird die Aufhebung des „Kartells“ der Kassenärztlichen Vereinigungen gefordert, die mit den Krankenkassen über Kopfpauschalen die Finanzierung der vertragsärztlichen Leistungen vereinbart und somit faktisch das Angebot kontrolliere. Nach Ansicht der Experten hätten die Kassen dadurch weder Möglichkeiten noch Interesse, auf das Leistungsgeschehen Einfluss zu nehmen.

Weitere Ineffizienzen werden in der Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung gesehen und ein Vergütungssystem bzw. eine Versorgung „aus einer Hand“ gefordert, das Anreize für integrierte Versorger schafft und die Qualität der Versorgung durch eine engere Vernetzung von Prävention, akuter Versorgung und Nachsorge verbessert.

Ein weiterer Ausbau von Rabattverträgen im Arzneimittelbereich sowie die Aufforderung an Gesetzgeber und Krankenkassen, ein ausdifferenziertes Tarifangebot zu ermöglichen, was, z.B. mit höheren Selbsthalten und Eigenbeteiligungen zu mehr „Kostenbewusstsein“ bei den Patienten führen würde, runden den Forderungskatalog ab.

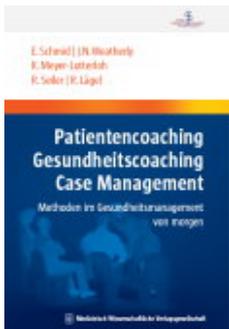
Grundsätzlich ist zu bemängeln, dass eine Diskussion der Vorschläge ausbleibt bzw. im Studiendesign offensichtlich nicht vorgesehen war, so dass die Forderungen unreflektiert und isoliert wirken und im Endeffekt die Handschrift des Auftraggebers recht deutlich erkennen lassen.

Durch die Vernachlässigung struktureller Unterschiede, sozioökonomischer und medizinischer Faktoren für die unterschiedlichen Krankheitskosten sowie einer genaueren Berücksichtigung von Morbiditätsunterschieden in den Ländern, sind die Ergebnisinterpretationen der länderspezifischen Unterschiede als Einsparpotenziale zudem wissenschaftlich kaum haltbar.

Eine breite politische Debatte entzündete sich letztendlich nach Veröffentlichung wohl auch aus diesem Grund nicht. So blieben gesundheitspolitische Reaktionen auf die Studie weitestgehend aus. Weitere Effizienzreserven werden von Seiten der Politik momentan offensichtlich lediglich in der Reduktion der Anzahl der Krankenkassen gesehen. Leichte Verärgerung war nur aus dem Lager der Leistungsanbieter zu vernehmen. Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer unterstellt der INSM, die sozial bewährte Breitenversorgung Deutschlands auf ein für die Arbeitgeber billigeres Modell der Grundversorgung reduzieren zu wollen und interpretiert den – auch in der Studie herangezogenen – OECD-Ver-

Kurz vorgestellt

Schmid, E., Weatherly, N., Meyer-Lutterloh, K., Seiler, R. & Lägel, R. (2008). *Patienten-coaching, Gesundheits-coaching, Case Management. Methoden im Gesundheitsmanagement von morgen*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (29.95 Euro)



gleich auf seine Art; der Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit in Deutschland sei zwischen 2000 und 2005 so gering ausgefallen (1,3%) wie in keinem anderen der 30 OECD-Mitgliedstaaten (Durchschnitt: 4,3%). Rudolf Henke, Vorsitzender des Marburger Bund attestierte der Studie gar "Stamtmischniveau" und gab den Verfassern mit auf den Weg, dass nicht jeder regionale Unterschied eine Effizienzreserve und Erkrankung und Genesung nicht normierbar seien. Die Ver-

Dieser Band fokussiert die zunehmend aktivere Rolle des Patienten im Gesundheitssystem, der nicht mehr nur Empfänger, sondern Entscheider, Wähler und Nutzer von Gesundheitsleistungen geworden ist. Patienten-, Gesundheitscoaching und Case Management sind neue Berufsbilder, die die eigenverantwortliche Navigation durch das Gesundheitssystem unterstützen sollen. Patientencoaching will – so die Autoren – durch Information, Beratung und Organisationsleistung effizient und effektiv durch das Gesundheitswesen führen, Gesundheitscoaching soll die Bestimmung und Umsetzung individueller gesundheitlicher Ziele fördern und Case Management Externe an Diagnose- und Behandlungsentscheidungen beteiligen, die den beratenen Personen erlaubt, eine qualifizierte Entscheidung zu treffen. Die Autoren heben hervor, dass die Berater in der Regel nicht stellvertretend aktiv¹ und nicht bevormundend werden sollen.

Der Band bündelt die Beiträge eines Workshops der Deutschen Gesellschaft für bürgerorientierte Gesundheitsversorgung e.V., einem laut eigener [Webseite](#) „pluralistischen Verein aus Leistungserbringern, Verbänden, Managementgesellschaften, Verbänden, Krankenkassen und Industrie“. Ohne die großzügige Hilfe verschiedener Pharmaunternehmen – so die Herausgeber im Vorwort – wäre dieser Band nicht entstanden.

Das erste Kapitel des Bandes greift die Frage auf, warum das deutsche Gesundheitswesen Patienten-, Gesundheitscoaching und Case Management braucht? Die Breite und Differenziertheit des Versorgungsangebotes vor allen Dingen an Schnittstellen zwischen stationärem und ambulanten Bereich ist – so die Autoren – den meisten Nutzern nicht bekannt, so dass Grundlagen fehlen um das beste und passende Angebot auszuwählen. Dies führt zu Fehlnutzungen. Zeitgleich wird die Rolle des Patienten gestärkt, der nicht nur in den Entscheidungsgremien der

treter der gesetzlichen Krankenkassen sehen zwar ebenso Einsparpotenziale. Allerdings eher in anderen Bereichen und fordern zur Umsetzung mehr Vertragsfreiheit, z.B. in der stationären Versorgung, um so günstigere Konditionen für ihre Patienten erzielen zu können.

Weitere Informationen:

» INSM – Effizienzreserven im Gesundheitswesen

Selbstverwaltung mitwirkt, sondern auch häufiger medizinische Ratgeber nutzt und sich auch selbst behandelt (z.B. Selbstmedikation). Diese die Ausgangslage kennzeichnenden Problemlagen offenbaren ein Steuerungsproblem sowohl auf der Anbieter- als auch auf der Nutzerseite.

Zur Lösung dieses Problems wird der Einsatz von Lotsen gefordert (Coach oder Case Manager). Deren Aufgabenfelder werden in Kapitel 2 beschrieben sowie Erfahrungen aus einem Modellprojekt (Brannenburger Modell) vorgestellt. Der Zugang zum Coach erfolgt über einen Koordinationsarzt, ein Call-Center oder aber eine Internetplattform. Die beteiligten Akteure des Versorgungssystems stimmen sich über eine internetbasierte Kommunikationsplattform ab, als deren unverzichtbarer Bestandteil die Autoren des Bandes eine elektronisch geführte Patienten- und Gesundheitsakte anführen.

Der persönliche Nutzen dieses Angebots für die Patienten wird in Kapitel 4 thematisiert. Das Wohl des Patienten zu fördern ist das eigentliche Ziel der Leistung des Lotsen. Hierfür nutzt der Coach / Case-Manager seine Kenntnisse über das Versorgungssystem und seine Akzeptanz bei den Leistungserbringern. So werden Patienten mit unspezifischer Symptomatik an geeignete Einrichtungen des Gesundheitswesens vermittelt, das Krankheitsmanagement chronisch kranker Personen wird effizienter gestaltet und einer „Systemverirrung“ von Versicherten auf Grund unzureichender Kenntnisse der Angebotsstruktur entgegen gewirkt. Darüber hinaus soll das Gesundheits(vorsorge)verhalten verbessert, Angehörigenarbeit geleistet sowie die Compliance zwischen Patient und Leistungsanbietern optimiert werden.

Sichtbar wird der zu leistende Spagat des Coaches oder Case-Managers, weil dieser einerseits dem Wohl des Patienten verpflichtet ist aber andererseits – auch bei selbständiger Tätigkeit – zumindest finanziell an die Leistungserbringer gekoppelt ist. Ob ein möglicher Interessenkonflikt durch eine strenge Berufsethik oder eine

¹ mit Ausnahme des Case-Managers

Neutralitätsverpflichtung aufgehoben werden kann (Seite 84), wie die Autoren empfehlen, ist fraglich.

Das zur Erfüllung dieser komplexen Aufgaben eine neue, qualitätsgesicherte und akkreditierte Ausbildung erforderlich ist, begründen die Autoren in Kapitel 9 und 10 und benennen entsprechende Ausbildungsinhalte. Für die abschließende Frage, wo die Reise hingehet, nutzen die Autoren ein Zitat aus dem Bertelsmann Chartbook 2006. „Tatsächlich existiert aber zwischen Arzt und Patient ein großes Informationsgefälle, welches dazu beiträgt, dass die große Mehrheit der „Konsumenten“ nicht ausreichend in der Lage ist, zwischen verfügbaren Alternativen zu wählen.“ Ob die Beseitigung des Informationsgefälles bzw. die sich daraus ergebenden Konsequenzen durch eine neue Profession aufgehoben werden können bleibt fraglich, da Coach und Case Manager ebenso einen deutlichen Informationsvorsprung haben und eine Befähigung zur Selbsthilfe – die die Autoren als Ziel angeben – voraussetzt, dass die Professionellen Bedürfnisse und Bewertungen der zu Beratenden ausreichend berücksichtigen. Ausschöpfen lassen sich so mögliche Effizienzreserven im System gesundheitlicher Versorgung. Voraussetzung ist aber, dass ein dem Bedürfnis des Versicherten entsprechendes Versorgungsangebot verfügbar ist. In Zeiten zunehmender finanzieller Restriktionen im Gesundheitsbereich, den die Autoren als Hintergrund für die Einführung der Lotsefunktion anführen, wird auch der Ver-

mittlungsspielraum der Coaches und Case Manager geringer werden.

Das Buch greift aktuelle Entwicklungen des Gesundheitssystems auf und skizziert Lösungsansätze, die vor allen Dingen die Steuerung des gesundheitlichen Versorgungsgeschehens betreffen. Coaches und Case Manager sollen die eigenverantwortliche Navigation im Versorgungssystem erleichtern. Viele Praxisbeispiele, unmittelbar einleuchtende und nachvollziehbare Erläuterungen werden in kurzer und knapper Form präsentiert. Die Argumentation der Autoren liest sich wie ein Werbefeldzug für die flächendeckende Einführung von Coaching und Case-Management im Gesundheitswesen, deren Vorzüge deutlich beschrieben, Barrieren und Restriktionen aber zu wenig angeführt werden. Die grafische Gestaltung und Zitation erweckt den Anschein einer wissenschaftlichen Publikation, die gezielte Auswahl an Argumenten, fehlende Belege für Behauptungen sowie eine geringe Anknüpfung an die derzeitige fachwissenschaftliche Diskussion, begründen hingegen Zweifel an der Wissenschaftlichkeit. So bleibt der Eindruck einer Standortbestimmung der Deutschen Gesellschaft für bürgerorientierte Gesundheitsversorgung, eines Vereins, der von der Gesundheitsindustrie unterstützt wird.

Für einen Einblick in Konzepte zur Nutzersteuerung im Gesundheitssystem, ist dieser Band orientierend, für einen Überblick ist aber die Lektüre weiterer fachwissenschaftlicher Darstellungen zu Case Management und Gesundheitscoaching empfehlenswert.

Seelos, H.-J. (2008). **Patientensouveränität und Patientenführung. Medizinmanagement in Theorie und Praxis** Wiesbaden: Gabler (34,90 €)



Dieses Buch greift die Frage auf, wie sich Patientenführung und –lenkung im Spannungsfeld zwischen unterschiedlichen Interessen der Akteure sowohl in der Arzt-Patienten-Beziehung als auch im System gesundheitlicher Versorgung zielorientiert gestalten lassen, ohne dabei die Souveränität des Patienten zu vernachlässigen. Inhalt des 150-seitigen Bandes sind die Themen Patientenrechte, Behandlungsvertrag, Arzt-Patient-Verhältnis, Selbstmanagement und Patientenlenkung. Ergänzt wird der Inhalt um ein 40-seitiges Glossar, das dem von Seelos ebenso herausgegebenen Lexikon Medizinmanagement entnommen wurde und relevante Begriffe im Text erläutert.

Der Autor dieses Bandes ist nicht nur Geschäftsführer mehrerer Krankenhäuser, Pflegeheimen und Tageskliniken, sondern ebenso Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Lehrender an (inter-) nationalen

Hochschulen und wählt einen Zugang zum Thema Patientensouveränität über das Medizinmanagement. Medizinmanagement wird im Sinne von Ferber als das institutionalisierte Ergebnis des Anspruchs, wissenschaftlich begründete und kompetente Hilfe zu gewährleisten, wo Gesundheit gestört oder in Gefahr ist, verstanden. In Folge unterscheidet Seelos zwischen Subjektsystemen, denjenigen die das System der Medizin ausüben und Objektsystemen, der Zielgruppe dieses institutionell organisierten Angebots.

Aus der Perspektive des Medizinmanagements stellt sich der Autor die Frage, wie eine Führung des Patienten auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems zu gestalten ist, damit sich sowohl individuelle Behandlungsziele erreichen lassen als auch die aus Gründen der Patientensouveränität gebotenen Optionen wie Information, Transparenz und Mitbestim-

mung sinnvoll entfalten lassen. Der Band beginnt mit dem Thema Patientenrechte, gefolgt von den vertragsrechtlichen Grundlagen der Patientenbehandlung, der Arzt-Patient-Interaktion sowie Verbesserungsvorschlägen für die derzeitige Praxis.

Im Kapitel zu Patientenrechten geht der Autor zunächst auf grundgesetzliche Regelungen unterschiedlicher Rechtsgebiete zu diesem Thema ein, die in einem Leitfaden zu Patientenrechten in Deutschland [»] zusammen gestellt sind. Dem Patienten steht das Recht auf eine umfassende persönliche Aufklärung durch den Arzt über Art, Umfang und Tragweite der anzuwendenden Maßnahmen und den damit verbundenen gesundheitlichen Chancen und Risiken zu, die es ihm erleichtern sollen, die notwendigen Entscheidungen über die medizinische Behandlung zu treffen. Der Leitfaden ist gleichzeitig ein Appell an alle im Gesundheitswesen Beteiligten, diese Rechte zu achten und den Patienten bei der Durchsetzung dieser Rechte zu unterstützen. Zur Ausübung von Patientenautonomie benötigt der Patient qualifizierte Informationen und Mitsprachemöglichkeiten bei der Behandlung, hier sieht Seelos Potenziale in der elektronischen Gesundheitskarte sowie der Patientenquittung.

Rechtsgrundlage zur Erbringung von Gesundheitsleistungen ist der Behandlungsvertrag (Kapitel 3), als totaler oder gespaltener Krankenhausaufnahmevertrag ggf. mit Arztzusatzvertrag. Die sich aus dem Vertrag ergebenden (Neben-)Pflichten für die Leistungserbringer wie z.B. der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung oder die Wahrung des Patientengeheimnisses werden auf drei- bis vier Seiten erläutert.

Unabhängig von den vertraglichen Bedingungen misst Seelos dem Arzt-Patienten-Verhältnis eine wichtige Rolle zu, die als Partner in einem therapeutischen Arbeitsbündnis wirken und als Dienstleister: der Arzt als medizinischer Experte, der Patient als Kunde, der eine Gesundheitsleistung nachfragt. Steuernd in diesem Prozess sind neben dem individuellen Verhalten von Arzt und Patient situative Bedingungen sowie kommunikative Kompetenzen.

Den Eigensteuerungsmöglichkeiten ist Kapitel 5 gewidmet. Der Patient wird dabei unterstützt, Basisfertigkeiten und Kompetenzen zu erwerben sowie Barrieren abzubauen, die den Umgang mit und die Behandlung von Krankheiten erschweren. Explizit nennt Seelos Ängste, Depressionen und Zwänge. Als Maßnah-

men oder Instrumente des Selbstmanagements werden Patientenschulung, Patientenleitlinien, Patientenvertrag, Compliance, Monitoring, Erinnerungssysteme sowie psychosoziale Unterstützung genannt.

Unterschiedliche Organisationsformen und Instrumente zur Versorgungssteuerung werden im abschließenden sechsten Kapitel dargestellt. Hierzu zählt der Autor Gatekeeping, eine Zugangssteuerung zum Versorgungssystem über einen bestimmten Arzt (z.B. Hausarzt), Case-Management, personenzentrierte Hilfesätze (z.B. bei chronisch Kranken), Disease Managementprogramme, integrierte Versorgung sowie eine Orientierung der Behandlung an Leitlinien als organisierte, institutionelle Angebote zur Patientenlenkung.

Die Perspektive, aus der das Buch verfasst wurde, ist die der Anwendung der Managementlehre auf die institutionalisierte Medizin. Es verdeutlicht die konstitutive Rolle des Patienten für das Versorgungssystem und befasst sich mit den Einflussmöglichkeiten von Arzt und Patient in diesem Prozess. Der Anspruch des Patienten leitet sich aus seinen gesetzlich verankerten Rechten ab, dem gegenüber steht die organisierte, institutionalisierte Antwort des Versorgungssystems.

Das Buch beeindruckt durch seine knappe und informative Darstellung, die einer gut lesbaren Struktur folgt. Die Darstellung aus der Perspektive des Medizinmanagements verdeutlicht gestaltbare Bereiche und mögliche Lösungen. Unterschiedliche Interessen der Akteure – so Seelos in der Einführung zu diesem Band – führen zu Spannungszuständen. Wie diese aussehen, wird nur wenig sichtbar. Nicht reflektiert wird z.B. im Kapitel zu Vertrauen in der Arzt-Patienten-Beziehung die asymmetrische – meint nicht gleichberechtigte – Kommunikation zwischen den Beteiligten. Souveräne Entscheidungen des Patienten dürften hier eher die Ausnahme sein. So bleibt als wesentlicher Verdienst dieses Bandes, dass als Ziel alltäglicher Arbeit in Gesundheitsberufen die Förderung der Selbststeuerung von Patienten formuliert wird.

Das Buch richtet sich an Akteure, die gesundheitliche Versorgungsstrukturen gestalten oder dort praktisch tätig sind und sich über modernere Konzepte zur Patientenlenkung informieren wollen, in denen eine aktivere Rolle des Patienten mit bedacht wird.

Impressum

Herausgeber:

FU Berlin - AB Prävention und psychosoziale
Gesundheitsforschung
Habelschwerdter Allee 45

14195 Berlin

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

Redaktion:

Siegfried Dierke, Guido Grunenberg, Burkhard Gusy

Redaktionsschluss

für die nächste Ausgabe: 15. Juni 2009

Falls sie den Newsletter auch in Zukunft beziehen wollen,
sollten sie sich in den Verteiler aufnehmen lassen.