

## Geleitwort

„Es kommt nicht darauf an, wie alt man wird, sondern wie man alt wird.“ Dem ersten Halbsatz des deutschen Geologen Carl Christian Ochsenius (1830-1906) zugeschriebenen Aphorismus mag vielleicht nicht jeder zustimmen, dem zweiten vermutlich schon eher. Die Lebenserwartung der Deutschen steigt kontinuierlich an. In Verbindung mit dem hohen Niveau der medizinischen Versorgung und des medizinisch-technischen Fortschritts einerseits und der anhaltend niedrigen Geburtenrate andererseits altert folglich auch die Gesellschaft als Ganze.

Daran schließen sich Fragen an wie diese: In welchem gesundheitlichen Zustand verbringen wir die gewonnenen Lebensjahre? Wird es möglich sein, das erreichte Wohlstandsniveau auch in einer alternden Gesellschaft zu halten? Welche Maßnahmen und Reformen müssen eingeleitet werden, um die Anforderungen hinsichtlich des Angebots von Gesundheits- und Pflegeleistungen an die veränderten Bedürfnisse ausrichten zu können? Wie und unter welchen Rahmenbedingungen können ältere Menschen stärker als bisher in die Arbeitswelt integriert werden? Welche begleitenden Unterstützungsleistungen werden hierfür erforderlich sein, um die de jure vorgenommene Anhebung des Renteneintrittsalters de facto auch möglich zu machen?

Diese und andere Fragen beherrschen den gesellschaftlichen Diskurs um die vielfältigen Auswirkungen einer alternden Gesellschaft auf die gesamtwirtschaftliche Entwicklung, den Arbeitsmarkt sowie die Ausgestaltung und Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Ein Schlüsselfaktor, der alle genannten Bereiche beeinflusst, ist die Gesundheit bzw. der Gesundheitszustand der Bevölkerung. Gesundheit wird in einer alternden Gesellschaft immer mehr zu einem Produktivfaktor. Dieser wird nicht nur beeinflusst durch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Gesundheitssystem selbst, sondern auch durch Lebensgewohnheiten (Ernährung, Bewegung, etc.) und sonstige gesundheitsrelevante Verhältnisse oder Verhaltensweisen.

Gesundheitspolitik ist insoweit auch eine Querschnittsaufgabe. Allerdings wäre es verkürzt, diese Querschnittsaufgabe nur in Kategorien und Dimensionen von Angebotsstrukturen zu verstehen: hier die Leistungsstrukturen des Gesundheitswesens, dort die ambulanten und stationären Pflegeleistungen der Pflegeversicherung, daneben das Angebot der Berufsgenossenschaften für die Sicherheit am

Arbeitsplatz ergänzt um betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen einer Vielzahl von Akteuren (Kommunen, Schulen, gesetzliche Krankenkassen etc.). Die viel beklagte Segmentierung im Gesundheitswesen, die oft eine ganzheitliche Sicht auf den Patienten bzw. seine gesundheitliche Problemlage erschwert, findet hier ihre Fortsetzung.

Um Missverständnissen vorzubeugen: Bei der Vielfalt der Aufgaben – Erhaltung der Gesundheit, Vorbeugung und Heilung von Krankheiten, Verringerung von krankheitsbedingten Einbußen der Lebensqualität – soll an dieser Stelle nicht gegen eine Arbeitsteilung und Spezialisierung argumentiert werden. Das Bemühen um eine Erhöhung von Effizienz und Qualität des Leistungsangebots muss vielmehr durch geeignete Maßnahmen ergänzt werden, die Nachfrager nach diesen unterschiedlichen Gesundheitsdienstleistungen darin bestärken, im Rahmen der eigenen Möglichkeiten und Präferenzen auf die eigene Gesundheit auch im Bereich der Alltagsentscheidungen positiv Einfluss nehmen zu können. Im Mittelpunkt steht dabei die Verbesserung der Gesundheitskompetenzen.

Die **MedicalContact** AG ist ein Dienstleistungsunternehmen, das sich diesem übergreifenden Ansatz verschrieben hat. Sie bietet umfassende Morbiditätsprogramme für chronisch kranke und multimorbide Menschen an, welche das Selbstmanagement der Versicherten beim Umgang mit chronischen Erkrankungen bedarfsorientiert auf zielgruppenspezifischen Interventionsebenen fördern. Dieser Ansatz, der an den individuellen Bewältigungsressourcen ansetzt, erstreckt sich auch auf die Erfordernisse der Arbeitswelt, in der die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besonders gefordert sind, gleichzeitig aber auch gesundheitlichen Gefährdungen ausgesetzt werden. Psychische Erkrankungen und Stress sind schon seit längerem zu einer Hauptursache für Arbeitsunfähigkeit und krankheitsbedingte Frühverrentung geworden. Auch chronische Erkrankungen nehmen zu und belasten die Mitarbeiter und ihre Arbeitsfähigkeit langfristig. Die Förderung von Gesundheitskompetenzen spielt daher auch im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements eine zentrale Rolle.

Gesundheitsförderung, Sekundärprävention und das Management von komplexeren gesundheitlichen Belastungssituationen, deren Ursachen krankheitsbedingt sind oder aber betriebliche oder auch private Ursachen haben, werden damit immer mehr auch zu einer Aufgabe eines vorausschauenden betrieblichen Personalmanagements bzw. eines betrieblichen Risikomanagements. Neben Abwesenheiten sind die Produktivitätsverluste durch die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit von zwar anwesenden, aber gesundheitlich beeinträchtigten Mitarbeitern, der größte Kostenblock, der etwa zwei Drittel der gesamten krankheitsbedingten Kosten ausmacht. Ein betriebliches Gesundheitsmanagement, das alleine auf die Reduzierung der Ausfallzeiten bei Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet ist, limitiert dessen mögliche positive Effekte auf den kleineren Teil des Problems.

Der vorliegende Sammelband thematisiert in Kenntnis der besonderen Bedeutung von Gesundheit als Produktivfaktor die unbestreitbaren Herausforderun

gen des demografischen Wandels insbesondere an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsversorgung und Arbeitsmarkt und zeigt Wege auf, wie die verschiedenen Angebote nachfrageseitig mit Blick auf die Gesundheitskompetenz der Nutzer unterstützt und damit ihre Wirkung und Effizienz verstärkt werden können.

Martin Brinsa  
Vorstand der Medical**Contact** AG

## Vorwort des Herausgebers

Die deutsche Gesellschaft altert und schrumpft. Die Zahl der Geburten bewegt sich seit Jahren auf einem niedrigen Niveau. Da durch den ununterbrochenen Rückgang der Geburtenzahlen auch die Zahl der Frauen rückläufig ist, führt die konstant niedrige Geburtenziffer zu einer anhaltenden Verringerung der absoluten Kinderzahl. Gleichzeitig werden die Menschen auch wegen des medizinischen Fortschritts glücklicherweise immer älter. Diese Entwicklungen stellen für die Gesellschaft eine große Herausforderung dar, weil sie nahezu alle Lebensbereiche beeinflussen.

Der vorliegende Sammelband widmet sich den Problemen und den möglichen Antworten auf diese Herausforderungen mit Blick auf die Gesundheitsversorgung und die gesundheitsrelevanten Aspekte einer alternden Erwerbsbevölkerung auf dem Arbeitsmarkt. Da der demografische Wandel hin zu einer alternden und schrumpfenden Bevölkerung die Gesellschaft noch die nächsten Jahrzehnte prägen wird, stützen sich alle politischen Maßnahmen darauf, die befürchteten negativen gesellschaftlichen Folgen dieser Entwicklung so gering wie möglich zu halten. Dabei kommt der Gesundheitsversorgung eine zentrale Rolle zu. Der vorliegende Sammelband beschäftigt sich insbesondere mit der Schnittstelle zwischen Gesundheitsversorgung und Beschäftigung bzw. Arbeitsmarkt.

In seinem einleitenden Beitrag zeigt *Stephan Burger* die vielfältigen Zusammenhänge zwischen Bevölkerungsentwicklung, Arbeitsmarkt, sozialer Sicherung und ökonomischer Entwicklung auf, die den Rahmen für die folgenden Beiträge darstellen. Die zunehmend chronisch verlaufenden Krankheiten und die vermehrt auch frühzeitig auftretende Multimorbidität betreffen die Menschen nicht nur in ihrer Rolle als Versicherte bzw. Patienten, sondern auch als Beschäftigte in den Betrieben mit entsprechenden gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen. Maßnahmen, die auf eine Erhöhung der Lebensarbeitszeit abzielen, müssten mit gesundheitspolitischen Maßnahmen flankiert werden, um die Erwerbsfähigkeit auch de facto zu erhalten.

Mit dem Hinweis, den demografischen Wandel auch als Chance zu begreifen, beleuchtet *Günter Neubauer* die zentralen Herausforderungen dieses Wandels: die Nordost-Südwest-Binnenwanderung in Deutschland, die Sicherstellung einer adäquaten Gesundheitsversorgung insbesondere in den Abwanderungsgebieten

unter Berücksichtigung des medizinisch-pflegerischen Bedarfswandels, der Rückgang von Fachkräften und Beitragszahlern, die Gefährdung der Innovationskraft sowie die externe Zuwanderung. Es gelte, das System der sozialen Sicherung und der Wohlstandswahrung so aufzubauen, dass auch bei einer schrumpfenden Bevölkerung das Gleichgewicht gewahrt bleibt. Hierzu gehöre u. a., die Lebensarbeitszeit entsprechend der steigenden Lebenserwartung zu erhöhen.

Angesichts des demografisch bedingten Rückgangs der Erwerbspersonen trotz steigender Erwerbsbeteiligung hat die Entwicklung des Arbeitsvolumens einen zentralen Einfluss auf die Fähigkeit einer Gesellschaft, Wohlstand zu schaffen. In ihrer empirischen Analyse zur zukünftigen Entwicklung des Arbeitsvolumens unter Berücksichtigung krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit gehen *Stefan Fetzner*, *Daniel Ehing* und *Stefan Moog* der Frage nach, inwiefern mit einer deutlichen Reduktion des Krankenstandes die verminderten Wachstumsaussichten langfristig positiv beeinflusst werden könnte und plädieren dafür, Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements unabhängig von den aus volkswirtschaftlicher Perspektive an sie gerichteten Erwartungen als eigenständiges Aufgabenfeld der Unternehmen ernst zu nehmen.

Hieran knüpfen *Peter Behner*, *Ab Klink*, *Sander Visser* und *Stefan Etgeton* an. Einen zentralen Ansatz sehen sie bei der Erhöhung der Therapietreue von Patienten, da Non-Adhärenz nicht nur zu hohen direkten Kosten in der Gesundheitsversorgung, sondern vor allem zu hohen indirekten Kosten in Form von verminderter Arbeitsproduktivität führe. Unter Rückgriff auf Daten zu fünf chronischen Krankheiten aus Deutschland, Großbritannien und den Niederlanden werden Produktivitätseffekte aufgezeigt, die direkt aus einer Erhöhung der Therapietreue resultieren. Der wesentliche Teil der erzielbaren Produktivitätsgewinne durch Therapietreue falle in den privatwirtschaftlichen Sektor, komme also den Betrieben zugute. Es fehle aber eine systematische Verknüpfung zwischen Arbeitswelt und Gesundheitswesen, die positive Produktivitätseffekte, zum Beispiel durch Arbeitgeberinvestitionen im Gesundheitsbereich, fördern würde.

Der Abschnitt Alter und Multimorbidität befasst sich mit grundlegenden Fragen der Versorgung chronisch kranker bzw. multimorbider Patienten. Auch wenn das Thema Multimorbidität in kaum einer gesundheitspolitischen Debatte fehlt, besteht immer noch erheblicher Forschungsbedarf über ihr Ausmaß in Deutschland, insbesondere hinsichtlich der Ausprägung unterschiedlicher Morbiditätscluster, die das Risiko von Multimorbidität begründen. *Hendrik van den Bussche*, *Gerhard Schön*, *Daniela Koller*, *Heike Hansen*, *Gerd Glaeske* und *Ingmar Schäfer* weisen in ihrem Beitrag auf das Forschungsdefizit im Zusammenhang mit dem Thema Multimorbidität hin, das sich in der Gestaltung klinischer Leitlinien widerspiegelt, die in der Regel nur auf die Versorgung einzelner Erkrankungen ausgerichtet sind. In ihrem empirischen Beitrag gehen die Autoren der Frage nach, wie viele ältere Menschen multimorbid sind und welche chronischen Krankheiten dabei gehäuft auftreten bzw. miteinander assoziiert sind.

*Markus Zens* und *Elisabeth Steinhagen-Thiessen* beleuchten hieran anknüpfend die Herausforderungen für die Versorgungssteuerung. Nachdem die verschiedenen Methoden eines geriatrischen Assessment dargestellt worden sind, gehen die Autoren auf die Schnittstellenprobleme bei der Versorgung von geriatrischen Patienten ein, bevor sie dann am Beispiel des Evangelischen Geriatriezentrums Berlin (EGZB) mögliche Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen.

Ein besonderes Problem nicht nur bei der Versorgung älterer Menschen ist die verminderte Adhärenz in der Arzneimittelversorgung: Die Vielzahl unterschiedlicher Arztkontakte, die zunehmenden Verschreibungen auf Privatrezepten und die Selbstmedikation mit rezeptfreien Präparaten erschweren nach Einschätzung von *Gerd Glaeske* die Vermittlung und Koordination der Arzneimittelversorgung und verschlechtern ihre Effektivität und Effizienz. Er widmet sich der Frage, wie die Adhärenz verbessert werden kann. Hier könne die Versorgungsforschung einen wichtigen Beitrag leisten, um Defizite besser benennen und innovative patientenorientierte Kommunikationsstrukturen entwickeln zu können.

Die Forderung nach einer stärkeren Patientenorientierung der Gesundheitsversorgung gehört seit einigen Jahren zum elementaren Bestandteil jeder Reformdiskussion. Wohlfahrtstheoretisch ist sie gut begründet, da sich die Bereitstellung von Gütern und Dienstleistungen nicht nur im Gesundheitswesen an den Präferenzen der Nachfrager oder Nutzer dieser Leistungen orientieren sollte. Angesichts der nach wie vor bestehenden Anbieterdominanz im Gesundheitswesen hat die Forderung nach stärkerer Nachfrageorientierung und die Gestaltung der dafür erforderlichen Rahmenbedingungen an Aktualität nichts verloren.

Der nachfolgende Abschnitt beschäftigt sich daher mit den Möglichkeiten einer stärkeren Nutzerorientierung bei Gesundheitsdienstleistungen. Die aktive Beteiligung an der medizinischen Entscheidungsfindung (shared decision making) sowie ihre Befähigung und Stärkung („empowerment“) und der Aufbau einer entsprechenden Gesundheitskompetenz („health literacy“) sind die programmatischen Gegenentwürfe zu der beklagten Anbieterdominanz. Im Fokus steht dabei die Frage, wie eine höhere Gesundheitskompetenz bei den Nutzern von Gesundheitsdienstleistungen, und zwar unabhängig von ihrer Rolle als Versicherter, Patient, Beschäftigter oder Angehöriger von Pflegebedürftigen erzielt werden kann. Eingeleitet wird der Abschnitt aus der Perspektive der Politik durch *Wolfgang Zöller*, MdB. Er verweist auf das im Jahr 2013 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz, das die dringend benötigte Transparenz über die Rechte und Pflichten aller Beteiligten herstellen soll.

Versichertenbefragungen zeigen jedenfalls, dass bei einer großen Mehrheit der Befragten der Wunsch besteht, Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen zu wollen und als mündige Patienten wahrgenommen zu werden. Auf diese Ergebnisse verweist *Thomas Nebling* und begründet die stärkere Einbindung als ethisches, sozialrechtliches und versorgungsökonomisches Erfordernis. Abschließend stellt er die Maßnahmen vor, die die Techniker Krankenkasse um

gesetzt hat, um die Versicherten zu der notwendigen Mündigkeit zu verhelfen, wenn diese als Patient das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen müssen.

Den Stellenwert von Patienteninformation und -kommunikation im Versorgungsmanagement beleuchten *David Matusiewicz, Jürgen Wasem* und *Gerald Lux* aus den unterschiedlichen Perspektiven Gesundheitspolitik, Krankenversicherung und Patient. Darauf aufbauend werden zwei Beispiele aus der Praxis vorgestellt. Im Anschluss werden die Grenzen der Patienteninformation und -kommunikation kritisch diskutiert.

Der Frage, welche Potentiale die neuen Medien bei der Versicherten- und Patientenansprache einnehmen können, widmet sich *Nikolaus Schumacher*. Angetrieben durch Produktivitätsziele und dem Wunsch nach größerer Kundennähe, werde die Industrie Leistungserbringer und Patienten durch Apps, soziale Medien und digitale Lösungen vernetzen und dadurch stärker an sich binden. Dieser Trend stelle die beteiligten Unternehmen und Leistungserbringer vor die Herausforderung, ihre traditionellen Prozesse und Strukturen auf die neue Medienwelt auszurichten, so seine These.

Einen Überblick über die Bedeutung des Internets und mobiler Technologien für die Patientenkommunikation und das Patientencoaching in den USA liefert *Sophia Schlette*. Neben der Analyse von Erhebungen zum Nutzungsverhalten in den USA stellt sie einen Auszug aus dem Spektrum von Online-Informationsseiten über interaktive elektronische Gesundheitsakten, Entscheidungshilfen sowie individuell angepassten Gesundheits- und Aufklärungsprogrammen bis hin zu Anbieterportalen von Leistungserbringern und Gesundheitseinrichtungen vor. Einen Schwerpunkt bildet dabei Entwicklungen bei Kaiser Permanente, einem vollintegrierten in sich geschlossenen Versicherungs- und Versorgungssystem in den USA.

Der nachfolgende Abschnitt knüpft wieder an die zentrale Thematik dieses Sammelbandes an: Mit welchen Instrumenten kann an der Schnittstelle von Gesundheitsversorgung und Arbeitsmarkt auf die krankheitsbedingten Lasten mit ihren negativen Folgen – den direkten Ausgabenwirkungen in den Sozialversicherungssystemen und den indirekten negativen Produktivitätseffekten auf dem Arbeitsmarkt – in positiver Weise seitens der verschiedenen Akteure (Krankenversicherungen, Betriebe, etc.) Einfluss genommen werden? *Elisabeth Pott* beleuchtet in ihrem einleitenden Beitrag die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung in einer älter werdenden Gesellschaft. Im Mittelpunkt ihrer Ausführungen stehen die verschiedenen Interventionsfelder Altersbilder, Bewegung und Ernährung, Wohnen, soziale Integration und Generationendialog sowie Demenz. Erfolgskritisch für nachhaltige Ansätze von Prävention und Gesundheitsförderung ist aus ihrer Sicht eine stärkere systematische Kooperation zwischen den beteiligten Akteuren und Institutionen und das Anknüpfen neuer Ansätze an die vorhandenen Strukturen.

Es wird deutlich, dass die im Gesundheitswesen seit vielen Jahren beklagte mangelnde Integration und Zusammenarbeit der Akteure durch die Segmentierung der Leistungsstrukturen nicht auf das Gesundheitswesen beschränkt ist. Die Tatsache, dass in Deutschland vielfach keine oder nur eine sehr geringe Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Betriebsärzten existiert, stellt den Ausgangspunkt der Überlegungen von *Holger Pfaff* und *Christoph Kowalski* dar. In ihrem Beitrag stellen sie die Ergebnisse ihres Projekts „Ärzte und Betrieb als Kooperationspartner (ÄrBeK)“ vor. Hierin werden Ansätze diskutiert und Präventionspfade entwickelt, um die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Betriebsärzten in primär-, sekundär- und tertiärpräventiver Hinsicht zu verbessern.

Unter dem Begriff Versorgungsmanagement werden häufig die unterschiedlichen Bereiche der in der Regel selektivvertraglich geregelten neuen Versorgungsformen subsumiert, deren verbindendes Element das Abweichen von der klassischen Regelversorgung ist. *Peter Oberender*, *Sabine Haag* und *Andreas Götz* diskutieren auch anhand von Praxisbeispielen die Herausforderungen bezüglich des Versorgungsmanagements für die Krankenkassen, die sich u. a. aus der Frage ergeben, welche Leistungen für welche Krankheiten und Subpopulationen sich über Selektivverträge abbilden lassen und damit aus dem Kollektivsystem ausgliedert werden können.

Die zunehmende Arbeitsteilung und Spezialisierung in der Medizin führt insbesondere mit Blick auf die Versorgung von chronisch kranken und multimorbiden Versicherten zu einem erhöhten Koordinierungsbedarf von komplexer werdenden Versorgungssituationen. *Herbert Rebscher* sieht bezüglich der Frage, an wen sich diese Herausforderung in einem Versorgungssystem richtet, die Krankenkassen in der Pflicht und skizziert die konkreten Schritte für den Ausbau niederschwelliger, betreuender, rehabilitativer und pflegender Versorgungsangebote. Einen Schwerpunkt der Betrachtung legt er auf die zentralen Elemente eines Versorgungsmanagements, nämlich die Auswahl der richtigen Patienten über zielgenaue Prädiktionsmodelle sowie den Nachweis der Ergebnisse mittels eines geeigneten Evaluationsverfahrens (Propensity-Score Matching).

Die Besonderheiten des Versorgungsmanagements von privaten Krankenversicherungen (PKV) greift *Olaf Tidelski* in seinem Beitrag auf. Trotz unterschiedlicher Rechtsnormen zwischen Sozialgesetzbuch der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und PKV zeichne sich ab, dass auch Unternehmen der PKV die Chance ergreifen, den Kunden im Rahmen des Gesundheitsmanagements zu informieren und beratend zur Seite zu stehen. Anhand einer Fallstudie beschreibt er das Gesundheits- und Versorgungsmanagement der Allianz Private Krankenversicherung und benennt zusammenfassend kritische Erfolgsfaktoren für ein erfolgreiches Gesundheitsmanagement in der PKV.

Abschließend und mit Blick auf die nächsten Gesundheitsreformen entwirft *Franz Knieps* eine Skizze für die politische Gestaltung der Gesundheitsversorgung der Zukunft. Aufbauend auf der Beschreibung laufender Veränderungsprozesse



beschreibt er die Umrisse einer neuen Rahmenordnung für die Gesundheitspolitik in einer Gesellschaft des längeren Lebens und konkretisiert weiteren Anpassungsbedarf, der sich keineswegs auf die medizinische Versorgung beschränken lässt. Er benennt die gesundheitspolitischen Handlungsfelder für die nächsten Legislaturperioden und plädiert für dezentrale Lösungsansätze im Sinne des Subsidiaritätsgedankens. Als Such- und Innovationsprozess – so die These – wird Wettbewerb eine weiterhin steigende Rolle im Gesundheitswesen spielen.

Nachdem die Ansätze Prävention, Versorgungsmanagement und Betriebliches Gesundheitsmanagement aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet worden sind, behandelt der nächste Abschnitt das noch relativ junge Instrument des (Gesundheits-)Coachings als verbindendes Element zwischen diesen Ansätzen. Die im Sammelband gewählte Perspektive einer stärkeren Nachfrage- oder Nutzerorientierung von Gesundheitsleistungen weicht bewusst von der im Zusammenhang mit Versorgungsfragen üblichen Inblicknahme der jeweiligen Angebotsstrukturen ab. Der Abschnitt zum Thema Coaching beschäftigt sich statt dessen mit einem Instrument, das unmittelbar den Nutzer von Gesundheitsleistungen adressiert, unabhängig davon, ob es im Rahmen des Versorgungsmanagements von Krankenversicherungen, im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements oder auch im Bereich der Prävention eingesetzt wird.

In dem einleitenden Beitrag hinterfragt *Susanne Guthoff-Hagen* kritisch die Selbstverständlichkeit, mit der sich Begriffe wie „Patientensteuerung“ oftmals unreflektiert in gesundheitspolitischen Fachdiskussionen festsetzen. Beispielhaft grenzt sie dabei unterschiedliche Felder von Patientensteuerung ab: als Bestandteil der Prozessgestaltung im Rahmen einer Akutbehandlung im Krankenhaus, als Beeinflussung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen oder als persönliche Patientenbegleitung. Abschließend benennt sie Mindestanforderungen und Erfolgskriterien auf der Grundlage einer partnerschaftlichen Kommunikation, die weitgehend frei von Vorfestlegungen und paternalistischen Lenkungsabsichten ist.

Gegen ein zentralistisches Verständnis und den (vielleicht wohlmeinenden) Versuch, Patienten „auf den Pfad der Tugend“ zu drängen, spricht sich auch *Julia Fleckenstein* aus. Der Versuch, effiziente Versorgungsstrukturen an „dem“ stereotypen Patienten zu orientieren, müsse in einer älter werdenden und stärker multimorbiden Gesellschaft zwangsläufig scheitern. Professionelle Gesundheitsberatung als Basis freiheitlich ausgerichteter Gesundheitsförderung umfasse die Dimensionen Information und Aufklärung, Coaching und Management, wobei alle drei Beratungsmodi unterschiedliche Medien und Anspracheintensitäten erfordern. Als ergebnisorientierte Beratungsform ist Coaching ein auf individuelle Bedürfnisse abgestimmter Beratungsprozess zur Bewältigung verschiedener (Gesundheits-)Anliegen.

Ausgehend von den Erfahrungen im Rahmen der Begleitung eines Projektes beleuchten *Irene Ott-Hargina* und *Birgit Nawrath* die Möglichkeiten des Coachings in der telefonischen Gesundheitsberatung. Personen mit chronischen und Mehr

facherkrankungen haben demzufolge einen Bedarf, der über die reine Information hinausgeht. Sie benötigen eine ganzheitliche und individuelle Unterstützung. Es gehe darum, einen reflektierten und selbstverantworteten Zugang zur eigenen Erkrankung zu erhalten, der es dem Einzelnen ermögliche, sein Leben mit der Krankheit konstruktiv zu steuern, Alltagsroutinen entstehen zu lassen und Mechanismen zu entwickeln, die den Umgang mit krisenhaften Situationen bewältigen helfe. Die Autorinnen beschreiben in ihrem Beitrag die erfolgskritischen Faktoren einer zielgerichteten individuellen telefonischen Gesundheitsberatung.

Der nun folgende Abschnitt greift Ansätze und Projekte aus den Bereichen Prävention, Versorgungsmanagement und Betriebliches Gesundheitsmanagement auf. Die Prävention, im Sinne einer Vorbeugung der Entstehung, Progression und Eskalation von Krankheiten sowie einer Vermeidung von Folgeschäden, gewinnt auch aus unternehmerischer Sicht an Relevanz. In ihrem Beitrag interpretiert *Anke Nottlinger* das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) als ein zentrales Instrument des unternehmerischen Risikomanagements. Es gehe nicht mehr nur darum, die Entstehung von Erkrankungen zu vermeiden, sondern auch Mitarbeiter mit bereits existierenden Beschwerdebildern möglichst lange und leistungsfähig für den Betrieb zu erhalten. Um einen größtmöglichen risikosenkenden Gesamteffekt zu erzielen, stellt sie ein modular aufgebautes BGM für Unternehmen vor, welches sowohl im Rahmen eines universellen Präventionsansatzes die Gesundheitskompetenz der gesamten Belegschaft fördern als auch im Rahmen zielgruppenspezifischer Ansätze die individuellen Beratungserfordernisse gesundheitlich beeinträchtigter Mitarbeiter integrieren kann.

Welche (auch ambivalente) Rolle Führungskräfte im Betrieblichen Gesundheitsmanagement spielen, ist Gegenstand des Beitrags von *Uwe Bannenberg*. Betriebliches Gesundheitsmanagement ist eine interdisziplinäre Aufgabe für alle Unternehmensbereiche und in besonderer Verantwortung der Führungskräfte, die in diesem Prozess den Informationsfluss, die Kooperation, die Einbeziehung aller Betroffenen und das Erreichen der gesetzten Ziele unterstützen. In ihrer Rolle als Leistungsträger seien Führungskräfte aber auch selbst eine Zielgruppe für Maßnahmen des BGM. Dieser Aspekt wird insbesondere vor dem Hintergrund zunehmender psychischer und psychosomatischer Erkrankungen näher beleuchtet.

In seinem Beitrag stellt *Bernd H. Mühlbauer* die sich wandelnden Aufgaben des Krankenhausmanagements vor dem Hintergrund der internen und externen Bevölkerungsentwicklung dar. Die Aufgabe bestehe darin, die Bevölkerungsentwicklung und die daran angeknüpfte Mortalität und Morbidität zum Gegenstand der organisationsspezifischen Überlegungen zur Gestaltung eines Krankenhauses der Zukunft zu machen. Der Autor beleuchtet in diesem Kontext Rolle und Bedeutung einer demografiefesten Personalpolitik in Verbindung mit einem betrieblichen Gesundheitsmanagement. Die Zielsetzung müsse darin bestehen, Alleinstellungsmerkmale zu schaffen, um die Wettbewerbsfähigkeit von Krankenhäusern um die knapp werdende Ressource Personal zu erhöhen.

Eine Maßnahme, die explizit nicht an der arbeitenden Person, sondern bei den Bedingungen am Arbeitsplatz bzw. den aus den konkreten Tätigkeiten resultierenden Anforderungen ansetzt, ist die anforderungsorientierte Tätigkeitsanalyse (AorTa), die *Jörg Marschall, Maren Carle, Rolf-Peter Pluto* und *Hans-Dieter Nolting* in den Mittelpunkt ihrer Betrachtung stellen. Ziel dieses Instruments ist es, ausgehend von den realen betrieblichen Settings die Arbeitsbedingungen so zu verändern, dass auch ältere Beschäftigte auf den Arbeitsplätzen beschäftigt werden können und damit die Demografiefestigkeit des Betriebes erhöht wird.

Angestoßen durch internationale Studien und Forschungsbefunde setzt sich mehr und mehr auch in Deutschland die Erkenntnis durch, dass Gesundheitsförderung und Prävention in allen Phasen des Alters sinnvoll sind und positive Effekte erzielt werden können. *Annett Horn* und *Doris Schaeffer* stellen in ihrem Beitrag die Ergebnisse einer Literaturanalyse vor, die darauf abzielt, geeignete Interventionen zur Gesundheits- und Bewegungsförderung in Einrichtungen der Langzeitpflege zu identifizieren. Im Vordergrund dieser Maßnahmen steht das Ziel, die Ausweitung und Verschlimmerung von bereits vorhandenen Gesundheits- und Funktionsbeeinträchtigungen zu verhindern bzw. zu verzögern bzw. die verbliebenen Gesundheitsressourcen zu mobilisieren.

Die Gesundheitsausgaben weisen nicht nur in Deutschland eine hohe Konzentration auf: Ein Großteil der Ausgaben entfällt auf einen relativ kleinen Teil von Patienten. Diese Tatsache war einer der Gründe für den Gesetzgeber, die Rolle der Krankenkassen hinsichtlich ihrer Versorgungsaufgaben zu stärken. Nicht zuletzt der Wegfall des Hochrisikopools erhöht den Handlungsdruck auf die Krankenkassen, sogenannte Hochkostenfälle stärker in den Vordergrund ihrer Gesundheitsmanagementaktivitäten zu rücken. *Fatma Ismail* und *Reinhard Busse* analysieren die Merkmale der kostenintensiven Patienten anhand vorliegender internationaler Studienergebnisse und gehen anschließend der Frage nach, welche Steuerungshebel und Maßnahmen der Optimierung der Versorgung in Betracht kommen und welchen Einfluss sie auf die Organisation der Krankenkasse haben.

Der abschließende Beitrag erweitert den Blick noch einmal um eine zusätzliche Komponente, nämlich die Verbindung von Gesundheitsversorgung, Pflege und Wohnen. *Rolf Heinze, Josef Hilbert, Michael Cirkel* und *Wolfgang Paulus* zeigen in ihrem Beitrag auf, dass Krankenhauseinweisungen von Pflegebedürftigen, die zu Hause betreut werden, einer der größten Kostentreiber in der Gesundheitsversorgung sind, insbesondere in Regionen, in denen viele sozial- und bildungschwache Ältere wohnen und in denen der Anteil von älteren Mitbürgerinnen und Mitbürgern mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich hoch ist. Einen breiten Ansatz zu einer besseren und effizienteren Versorgung sehen die Autoren in einem altengerechten Quartiersmanagement, das heißt die Vernetzung der unterschiedlichen Akteure auf Quartiersebene (Behörden, Ressorts, Planungsebenen) u. a. durch Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien.

## Vorwort des Herausgebers

---

Ich danke allen Autorinnen und Autoren des vorliegenden Buches für ihre wertvollen Beiträge. In besonderer Weise gilt mein Dank Marlis May für die gewissenhafte redaktionelle Unterstützung, die Abstimmung mit den Autorinnen und Autoren und die Abstimmung mit dem Verlag und Veronika Frinken für die Ermutigung bei der Realisierung dieses Projekts sowie zahlreiche Anregungen.

Prof. Dr. Stephan Burger  
Essen, im Juni 2013