



BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT

Krankenkassen bei Prävention aktiv einbinden

Obwohl das deutsche Gesundheitssystem in der Welt sowohl hinsichtlich seiner Effektivität für die Gesundheit als auch seiner Effizienz hinsichtlich des Ressourcenverbrauchs eine sehr gute Stellung einnimmt, besteht in Politik, Wissenschaft und öffentlicher Wahrnehmung eine selten anzutreffende Einmütigkeit darüber, dass für die Zukunft große Anstrengungen unternommen werden müssen, damit das so bleibt. Eine zentrale Rolle spielt dabei die Prävention, die – auch das ist allgemeiner Konsens – ökonomisch um ein Vielfaches günstiger ist als die kurative Versorgung und gleichzeitig für die Lebensqualität naturgemäß erheblich besser ist. Ein bedeutendes Setting dafür ist der Betrieb.

Durch die Struktur der Deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung finden sich jedoch in praktisch jedem Betrieb mehrere bis viele gesetzliche Krankenkassen, die dort zunächst völlig unverbunden nebeneinander Ansprechpartner des Betriebes sind. Für das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) kann dieses Nebeneinander zu einem Nachteil werden, wenn nicht abgestimmte, sondern eher punktuell eingesetzte Einzelmaßnahmen der Krankenkassen zu einem Flickenteppich an Präventionsideen werden, anstatt einem überzeugenden Gesamtkonzept zu folgen.

Die Wirklichkeit des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Krankenkassen sehen ihre Beteiligung am betrieblichen Gesundheitsmanagement als Maßnahme, mit der sie sich gegenüber anderen profilieren können. Kooperiert wird allenfalls mit Trägern der Unfallversicherung sowie der Rentenversicherung, aber selbst da gibt es Abgrenzungstendenzen. Der vom Spitzenverband Bund herausgegebene Leitfaden wird von unterschiedlichen Krankenkassen unterschiedlich breit interpretiert. Die doch ausschließlich individuelle Vorgehens-

weise wird insbesondere mit zwei Argumenten begründet. Einerseits werden für Krankenkassen spezifische Netzwerke mit eigenem Know-how angeführt, die angeblich eine Kooperation überflüssig erscheinen lassen, andererseits wird darauf hingewiesen, dass die Unternehmen aus Gründen der Effizienz nur einen Ansprechpartner wünschen.

Kooperationsmöglichkeiten

Tatsächlich würde das BGM für die Krankenkassen eine Fülle von Kooperationsmöglichkeiten bieten. Da in fast allen Unternehmen mehrere bis viele Krankenkassen vertreten sind, würde es sich anbieten, dass eine Krankenkasse federführend die Gespräche mit dem Arbeitgeber führt und die anderen Krankenkassen sich proportional an dem von den Krankenkassen zu tragenden Anteil an den Maßnahmen beteiligen.

Es erscheint eher ineffizient, wenn jede Krankenkasse für sich die nach dem Leitfaden Prävention einsetzbaren Maßnahmen und Anbieter separat findet, bewertet und zertifiziert. Ein gemeinsames Netzwerk muss fast zwangsläufig zu einer erheblich höheren Effizienz und gelegentlich sogar zu einer größeren Effektivität führen.

Systematische Betreuung aller Unternehmen

Wenn sich alle Krankenkassen untereinander abstimmen würden, wer welche Unternehmen anspricht und betreut, könnte eine erheblich größere Breitenwirkung erzielt werden, als wenn alle Krankenkassen sich auf die Unternehmen konzentrieren, die ihnen den größten Profilierungserfolg versprechen.

Durch wechselseitige Information über Erfolge und Misserfolge lassen sich durchgeführte Maßnahmen des BGM erheblich besser beurteilen und validieren, als wenn jede Krankenkasse nur die Daten der eigenen Maßnahmen zugrunde legen

könnte. Auch für die Unternehmen könnten sich erhebliche Vorteile ergeben. Beispielsweise fordert ein Großunternehmen die Zahlen von den großen bei ihm vertretenen Krankenkassen an und bereitet sie selber auf. Damit liegt aber immer noch keine 100-prozentige Zahlenbasis vor, wie es möglich wäre, wenn alle Krankenkassen hier als Netzwerk agieren würden. Viel gravierender ist aber der Umstand, dass kleine und mittelständische Unternehmen gar nicht die Kapazität haben, so aus unterschiedlichen Quellen stammende Zahlen aufzubereiten und daraus die richtigen Schlüsse für die zu ergreifenden Maßnahmen zu ziehen. Hier könnte ein Kernbereich der Kooperation liegen, mit dem die Krankenkassen Präventionsmaßnahmen zentral beurteilen und die Ergebnisse sowohl in gesundheitlicher als auch in ökonomischer Hinsicht interpretieren.

Ausblick

Den hohen Standard unseres Gesundheitswesens werden wir mit einem tragbaren finanziellen Aufwand nur beibehalten können, wenn alle Möglichkeiten der Prävention ausgeschöpft werden. Dafür ist aber die Kooperation der Krankenkassen untereinander eine unverzichtbare Voraussetzung, um einerseits teure Parallelentwicklungen zu vermeiden und andererseits von den Erfolgen und Misserfolgen der anderen Krankenkassen zu lernen. Primäres Ziel der Krankenkassen als Körperschaften öffentlichen Rechts ist weder der Mitgliederzuwachs noch die finanzielle Basis, sondern ausschließlich die Gesundheit der Versicherten. Um dieses Primärziel sicherzustellen, ist natürlich die finanzielle Basis der gesetzlichen Krankenversicherung wichtig, nicht aber die der einzelnen Krankenkasse.

Prof. Dr. Hans-Joachim Flocke,
DGFM-Vorstandsmitglied, Kontakt:
hans-joachim.flocke@fom.de,
www.dgfm-ev.org