



universität
wien

Diplomarbeit

Assistanceleistungen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung?!

Ein Modell zur Analyse des Gesundheitsmarktes

Verfasser

Steven Burghardt

angestrebter akademischer Grad

Magister der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, November 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057/122, IDS Pflegewissenschaft

Betreuer:

Univ.-Doz. Dr. Vlastimil KOZON PhD.

Danksagung	4
Zusammenfassung	5
Abstract	7
1. Einleitung	9
1.1. Zugang zum Thema	9
1.2. Ziel der Diplomarbeit	10
1.3. Fragestellungen	11
2. Methode und Vorgangsweise	12
3. Ergebnisse	13
3.1. Analyse Gesundheitsmarkt	13
3.1.1. Marktanalysemodell	13
3.1.2. Statistische Grundlage	16
3.1.3. Zielgruppen	25
3.1.4. Gesundheitssysteme	32
3.1.5. Trends und Reformbedarf	38
3.1.6. Stakeholder und Eigenschaften	43
3.1.7. Positionierungssegmente	47
3.2. Produktanalyse Assistanceunternehmen	49
3.2.1. Übersicht Assistance	49
3.2.2. Triage Hotline	52
3.2.3. Post Hospitalisation	57
3.2.4. Absenz Management	60
3.2.5. Chronic Disease – und Wellness Management	64
3.2.6. Rehabilitationsmanagement	79
3.2.7. Pflegemanagement	84
3.2.8. Travel for Treatment, Medical Onsite	86
3.2.9. E-Health	91

4. Schlussfolgerung	95
4.1. Empfehlungen für die Praxis der Europ Assistance	95
4.2. Empfehlungen für die Praxis der Pflege	98
4.3. Empfehlung weiterführende Entwicklungen	100
5. Literaturverzeichnis	101
Eidesstattliche Erklärung	113
Curriculum Vitae	114

Danksagung

Diese Arbeit richtet sich an alle Interessierten, die sich intensiv mit dem Thema Gesundheit auseinandersetzen und einen Beitrag zu einer gesünderen Gesellschaft leisten.

... an Jean-François Diet, der mir die Möglichkeit gegeben hat, bei einem großartigen Unternehmen wie der Europ Assistance, viele Erfahrungen sammeln zu dürfen.

... an all meine KollegInnen in der Europ Assistance Group, von denen ich sehr viel lernen durfte.

... an Dr. Vlastimil Kozon, der mir bei meiner Diplomarbeit und bereits während des Studiums hilfreich zur Seite stand.

... an meine Familie, die mich in den letzten Jahren in all meinen Entscheidungen unterstützt hat.

Zusammenfassung

Gesundheit boomt. Zahlreiche Trends wie die alternde Bevölkerung, die erhöhte Prävalenz von chronischen Krankheiten, ein erhöhtes Gesundheitsbewusstsein der Menschen und der Einsatz von neuen Technologien stellen das Gesundheitswesen vor noch nie da gewesene Herausforderungen, die Auswirkungen auf sämtliche Stakeholder des Gesundheitswesens (inklusive der Pflege) haben werden. Der Bedarf am Markt steigt und zahlreiche Player aus allen Branchen versuchen sich im Gesundheitsmarkt zu positionieren. Bei der Vielzahl von Möglichkeiten ist es für Unternehmen jedoch nicht leicht, die richtige Positionierung und strategische Ausrichtung zu finden.

Daher wurde im Rahmen dieser Arbeit ein Marktanalysemodell entworfen, das Unternehmen bei der Suche nach der passenden Positionierung am Gesundheitsmarkt unterstützt. Dieses basiert auf meiner beruflichen Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Consultingunternehmen. Die Anwendung des Modells wurde durch eine systematische Literaturanalyse sowie die Praxiserfahrung bei der Europ Assistance ermöglicht.

Nachdem die aktuellen Trends und Herausforderungen der Gesundheitsversorgung identifiziert wurden, konnte dies in einem nächsten Schritt auf die Zielgruppen unter den EndverbraucherInnen umgelegt werden. Dazu zählen neben den chronisch Kranken, vor allem die Ageing Population und die Präventions- bzw. Wellnessorientierten. Eine integrale Auswirkung auf diese drei Zielgruppen haben soziale Trends wie Urbanisierung, erhöhte Mobilität und die Aufspaltung von familiären Strukturen. Auch auf die Gesundheitssysteme weltweit wirken sich diese Veränderungen aus, vor allem durch den vermehrten Kostendruck. So gibt es kaum ein öffentliches Gesundheitssystem, das noch einen solidarisch geregelten Zugang für die gesamte Bevölkerung gewährleisten kann. Daher wird der Bedarf an privaten Versicherungs- und Dienstleistungslösungen immer größer. Die derzeitigen Reformansätze zielen eher auf die Reduzierung von Kosten im Gesundheitswesen ab und dies wird meist in Form von erhöhten Selbstbehalten direkt an die LeistungsempfängerInnen weitergegeben. Erstrebenswerter wären Reformen, die auf die Ursachenbekämpfung dieses Kostenanstiegs abzielen. Bedenkt man den

Fakt, dass einer der größten Kostenverursacher chronische Krankheiten sind, die zu einem großen Teil präventiv vermeidbar wären, liegt die Schlussfolgerung nahe, dass derzeit kurative Versorgungsmodell durch einen präventiven Fokus zu ergänzen. Um den Sprung von Krankheitsbekämpfung zu Gesundheitsförderung zu bewerkstelligen ist es ebenfalls nötig den Patienten in den Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung zu stellen. Dies verursacht wiederum einen erhöhten Bedarf an Dienstleistungen der Pflege und Gesundheitsberatung, sowie mehr Interdisziplinarität, Organisation und Koordination für den Patienten.

Auf diesen Bedarf antworten die Gesundheitsservices von Assistanceunternehmen, wie der Europ Assistance. Triage Hotlines, Chronic Disease Management und Rehabilitationsmanagement gebündelt mit neuesten Technologien wie dem Mobiltelefon, Internet und telemedizinischen Applikationen geben den PatientenInnen neue Zugangsmöglichkeiten zur Gesundheitsversorgung. Durch das ganzheitliche Angebot von Services in den Bereichen Prävention, Kuration, sowie Rehabilitation und Pflege kann man sich am Gesundheitsmarkt einen Wettbewerbsvorteil verschaffen, denn der Markt ist derzeit stark fragmentiert und von zahlreichen spezialisierten Unternehmen gekennzeichnet.

Für den Gegenstand der Pflege bedeuten diese innovativen Services in erster Linie neue Beschäftigungsmöglichkeiten. Da die Pflege sich bereits zwischen der Gesundheitsförderung und Krankheitsorientierung interdisziplinär bewegt, bringen diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen gute Voraussetzungen für Durchführung dieser Leistungen mit sich. Auch die Integration neuer Betreuungsmöglichkeiten wie zum Beispiel Case Management Konzepte in den tertiären Bildungssektor der Pflege schreitet immer mehr voran. Somit kann letztlich eine Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs erreicht werden.

Abstract

Health is booming. The ageing population, the increasing prevalence of chronic diseases, people's increasing awareness of health and the introduction of new technologies to health care services are trends that pose major challenges for all stakeholders in the public health sector, including the field of care. The market need is increasing and players from different sectors are looking for the right positioning and strategic alignment in the health market.

Against this backdrop, this diploma thesis demonstrates a market analysis model which is relevant for companies with regard to the above mentioned task. The model has been developed based on my personal experience in the collaboration with consulting companies. The direct implementation of the theory within this diploma thesis has been enabled by a systematic literary analysis and my professional experience at Europ Assistance.

Once the main trends and challenges in health care have been identified, it is possible to identify target groups of end consumers. These are, besides chronically ill patients, particularly the elderly and a specific population group which focuses on prevention and wellness. Integral to these three target groups, there are implications of social trends such as urbanisation, increasing mobility and the split-up of the family unit. Further, the health care systems worldwide are influenced by these trends. This is resulting in a massive cost pressure on public health care funding. There are few public health care systems that still perform well for their citizens and are not reducing the opportunity to access health care services for society as a whole. As a result, the demand for private insurance and assistance services is increasing. Present health care reforms are mainly focused on the reduction of health care costs without being targeted at the avoidance of possible causes. The focus is rather on increasing patient contributions. If one considers that the higher prevalence of chronic disease is one of the main causes for the explosion of costs and most of these chronic disease are preventable, then the solution of adding a preventive component to the current curative-focused care model is obvious. To cope with this task, it is necessary to place the patient in the centre of health care. This furthermore results in a higher need for services in health advice and dependency as

well as a stronger focus on multidisciplinary, organisation and coordination for the patient.

These needs are answered by the services of assistance companies such as Europ Assistance who offer patients new access to health care in the form of assistance services such as triage hotlines, chronic disease management and rehabilitation management bundled to new technologies like the mobile phone, internet and telemedicine applications. Given this holistic approach of services between the areas of prevention, curative care, rehabilitation and long-term care, Europ Assistance can gain a competitive advantage in the health market, which is currently quite fragmented and marked by a multitude of specialised players.

Such innovative services particularly pose new employment opportunities in the field of care, which is already composed of the fields of preventive and curative care. Nurses have excellent capabilities to implement assistance health services. This fact is underlined by the increasing integration of new care models like case management within the tertiary education. Finally, the attractiveness of occupation of nursing care will be increased by the implementation of these new innovative services.

1. Einleitung

1.1. Zugang zum Thema

Die Auseinandersetzung mit diesen Assistanceleistungen im Bereich Gesundheit steht in naher Korrelation zu meiner beruflichen Tätigkeit. Seit April 2009 arbeite ich für die Europ Assistance an einem internationalen Gesundheitsprojekt, das sich mit der Vervielfältigung von Gesundheitsprodukten und in einem internationalen Kompetenzaustausch beschäftigt. Die Assistanceleistungen haben einen sehr innovativen Charakter und bieten zudem neue Zugangsmöglichkeiten zur Gesundheitsversorgung- und Beratung für die PatientInnen.

Die Europ Assistance ist derzeit fokussiert, sich weiter auf dem Gesundheitsmarkt zu etablieren. Um die Gesundheitservices in den verschiedenen Ländern zu implementieren ist es notwendig, sich mit den Trends und Herausforderungen der Gesundheitsversorgung zu beschäftigen. Der dazugehörige Markt ist sehr dynamisch, denn zahlreiche Unternehmen aus vielen Branchen haben den Bedarf erkannt und möchten sich im Gesundheitsmarkt positionieren. Daher lag der Nutzen nahe, ein Marktanalysemodell zu entwickeln, das Unternehmen dabei unterstützt die richtige strategische Ausrichtung in diesem Segment zu wählen und das Modell letztlich auch auf die Europ Assistance umzulegen.

In Bezug auf mein Studium der Pflegewissenschaft gibt es viele Parallelen. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sind stets in der Ausführung der hier beschriebenen Assistanceleistungen involviert. Jedoch ist die Beschäftigungsmöglichkeit bei einem Assistanceunternehmen nur den Wenigsten bekannt. Zudem beeinflussen Trends der Gesundheitsversorgung sämtliche Stakeholder des Gesundheitswesens und es ist interessant zu eruieren welche Auswirkung dies speziell für den Gegenstand der Pflege mit sich bringt.

Daher ist diese Arbeit eine gute Möglichkeit, meine beruflichen und wissenschaftlichen Kenntnisse zu kombinieren.

1.2. Ziel der Diplomarbeit

Das Ziel dieser Arbeit ist es, sowohl Beiträge für die private Wirtschaft mit einem speziellen Fokus auf das Unternehmen Europ Assistance, als auch für den Gegenstand der Pflege zu leisten.

Das hier entworfene Marktanalysemodell kann von sämtlichen privaten Unternehmen genutzt werden, um letztlich eine Positionierungsempfehlung am Gesundheitsmarkt zu bekommen. Durch die Anwendung des Modells werden die aktuellen Trends und Herausforderungen des Gesundheitswesens identifiziert und wissenschaftlich belegt. Dies ist notwendig, um mehr Klarheit in die häufig diskutierte Kontroverse zu bringen. Aus Sicht der Europ Assistance ist diese Arbeit nützlich, da sie eine Übersicht über die international existierenden Gesundheitsservices bietet. Anschließend kann anhand der Markt- und Produktanalyse eine Empfehlung für die Positionierung bzw. strategische Ausrichtung der internationalen Gruppe gegeben werden.

Die Pflegewissenschaft profitiert ebenfalls von der Analyse aktueller Gesundheitstrends, da diese direkten Einfluss auf die Profession der Pflege haben. Weiters ist auch die Vorstellung der Assistanzeleistungen interessant, da diese neue und innovative Beschäftigungsmöglichkeiten für die Pflege bieten. Abschließend wird auch für den Gegenstand der Pflege eine Positionierungsempfehlung gegeben um die Chancen und Aufgaben des sehr dynamischen Gesundheitsmarktes optimal nutzen zu können.

1.3. Fragestellungen

1. Welche Herausforderungen und Trends stehen dem Gesundheitsmarkt gegenüber?
2. Welche Assistanzenleistungen mit Bezug zur Pflege werden derzeit am internationalen Gesundheitsmarkt angeboten?
3. In welchem Bereich des Gesundheitsmarktes sollte sich ein Assistanzenunternehmen positionieren?
4. Welche Auswirkungen haben die Herausforderungen und Trends des Gesundheitsmarktes auf die Profession der Pflege?

2. Methode und Vorgangsweise

Die grundlegende Methode dieser Arbeit ist die Literaturanalyse. Im Folgenden wird unterteilt nach den vier deduktiv gereihten Forschungsfragen genauer auf die jeweilige Methode eingegangen.

1. Welche Herausforderungen und Trends stehen dem Gesundheitsmarkt gegenüber?

Basis für die Herleitung des Modells sind die Erfahrungen, die ich während meiner Tätigkeit bei der Europ Assistance aus verschiedenen Kooperationen mit Consultingunternehmen wie Roland Berger, Boston Consulting Group oder Level 5 sammeln durfte. Um Quellen für die Identifizierung von Herausforderungen und Trends zu bestimmen, wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Weiters konnte ich auf zahlreiches Material von der Teilnahme an internationalen Gesundheitskonferenzen und Meetings mit internationalen GesundheitsexpertInnen zurückgreifen.

2. Welche Assistanzenleistungen mit Bezug zur Pflege werden derzeit am internationalen Gesundheitsmarkt angeboten?

Diese Aufgabenstellung ist Teil meines Projektes bei der Europ Assistance. Um an die dafür notwendigen Informationen zu gelangen, habe ich Filialen des Unternehmens persönlich besucht. Während dieser Besuche wurden Interviews mit den lokalen GesundheitsexpertInnen geführt. Weiters wurden mir zahlreiche Dokumente, die die Produkte im Detail beschreiben ausgehändigt. Diese und die Erfahrungen aus dem stetigen Austausch mit den GesundheitsexpertInnen der Europ Assistance Gruppe bilden die Informationsbasis für dieses Kapitel.

3. In welchem Bereich des Gesundheitsmarktes sollte sich ein Assistanceunternehmen positionieren?

Die Beantwortung dieser Frage ergibt sich aus den Ergebnissen der Markt- und Produktanalyse und den daraus resultierenden Schlussfolgerungen.

4. Welche Auswirkungen haben die Herausforderungen und Trends des Gesundheitsmarktes auf die Profession der Pflege?

Die Beantwortung dieser Frage ergibt sich aus den Ergebnissen der Marktanalyse.

3. Ergebnisse

3.1. Analyse Gesundheitsmarkt

3.1.1. Marktanalysemodell

Das in dieser Arbeit entwickelte Modell soll Unternehmen bei der Marktanalyse als Hilfestellung dienen und einen Rahmen festsetzen. Hierbei wird dieses Modell auf den internationalen Gesundheitsmarkt angewandt, kann jedoch auch auf lokaler Ebene verwendet werden.

Das Marktanalysemodell ist wie folgt aufgebaut: statistische Grundlagen, Zielgruppen, Gesundheitssysteme, Trends und Reformbedarf, Stakeholder und Eigenschaften sowie Positionierungssegmente.

Die statistischen Grundlagen bilden die Basis der Marktanalyse. Sämtliche Trends und Herausforderungen und daraus resultierende Empfehlungen müssen auf wissenschaftlichen und evidenzbasierten Daten aufsetzen. Im Bezug auf das Thema Gesundheit ist es deshalb notwendig, bei den bevölkerungsbasierten Daten zu beginnen. So hat die aktuelle Performance der Gesundheitsversorgung Auswirkung auf die Entwicklung von demographischen Statistiken. In engem Zusammenhang dazu stehen die Mortalitätsstatistiken. Hat man das Thema Demographie in Zusammenhang mit Gesundheit behandelt, ist es notwendig auf die Ursachenforschung einzugehen. Dafür sollten epidemiologische Kennzahlen wie Prävalenz, Inzidenzrate und Risikofaktoren erhoben werden. Da Gesundheit in sämtlichen Lebensbereichen eine Rolle spielt, sollten auch wirtschaftliche und soziale Aspekte beleuchtet werden. Die wirtschaftliche Lage hat auf die Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens enorme Auswirkungen. Vor allem Kennzahlen des Arbeitsmarktes, die aufgrund der Wirtschaftskrise eher negativ behaftet sind, haben einen wichtigen Einfluss. Weiters spiegeln die Anteile der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt auch den Bedarf des Marktes wider. Von einem sozialen Standpunkt aus betrachtet, hat die Gesundheit Einfluss auf das alltägliche Zusammenleben. Die Frage ist wo, mit wem und in welchem Setting es stattfindet. Ein Beispiel dafür wäre der Einfluss von Gesundheitsvariablen auf die Arbeitswelt und die damit verbunden Fehlzeiten. Abschließend werden anhand von Meinungsumfragen weiterführende Trends erfasst, die über die statistische

Belegbarkeit hinausgehen. Dies ist ein wichtiger Faktor, um eine mögliche Positionierung nicht nur am Bedarf des Marktes, sondern auch an den Bedürfnissen und Ängsten der Menschen auszurichten.

Basierend auf den Erkenntnissen der statistischen Analyse können nun verschiedene Zielgruppen unter den Konsumenten bestimmt werden. Unabhängig davon, ob ein Unternehmen im Bereich Business to Business oder Business to Client angesiedelt ist – Gesundheitsprodukte sind letztlich immer für den Bedarf von Individuen bestimmt. Deshalb ist es wichtig, die Bedürfnisse der Menschen zu eruieren und Zielgruppen festzulegen.

Der nächste Abschnitt befasst sich mit dem Thema Gesundheitssystem. Dies ist von entscheidender Bedeutung, da das jeweilige öffentliche Gesundheitssystem im Zusammenspiel mit der Politik die Rahmenbedingungen des Gesundheitsmarktes vorgibt. Deshalb ist es wichtig einen Blick auf die Performance des Gesundheitssystems zu werfen (auch aus PatientInnensicht!), denn Versorgungslücken und Schnittstellenprobleme bedeuten einen Bedarf für private Unternehmen. Ebenfalls sollte die Finanzierung der Systeme berücksichtigt werden, denn es ist gut zu wissen, welche Leistungen bereits von öffentlichen Trägern gedeckt bzw. privat gezahlt werden müssen. Weiters spielen auch die gesetzlichen Rahmenbedingungen eine wichtige Rolle bei der potentiellen Einführung neuer Produkte. Auch die Gesundheitsausgaben gilt es zu berücksichtigen, wobei hier die provokante Fragestellung ‚Bedeutet hohe Ausgaben gleichzeitig eine gute Performance?‘ beantwortet werden sollte.

Ausgehend von der Analyse der Gesundheitssysteme unter Berücksichtigung des Bedarfs der Zielgruppen tangiert das folgende Kapitel das Thema Reformbedarf und Trends im Gesundheitswesen und gibt einen Ausblick auf zukünftige Modelle.

Der Gesundheitsmarkt ist natürlich sämtlich vorher diskutierten Einflüssen ausgesetzt. Weiters wird hier beschrieben, welche Stakeholder in den Markt strömen.

Abschließend werden, basierend auf den vorangegangenen Analysen, Positionierungssegmente identifiziert. Diese geben die Möglichkeiten für die strategische Positionierung vor.

Um letztlich zu einer konkreten Empfehlung für die Positionierung eines Unternehmens zu gelangen, ist es zunächst notwendig, das bestehende Produktportfolio zu analysieren. Wichtig ist, herauszufinden inwiefern die aktuell angebotenen Produkte zum Bedarf des Marktes passen, um abschließend Prioritäten für den Vertrieb zu bestimmen. Sollte das Unternehmen noch keinerlei Produkte im Gesundheitsbereich anbieten, spielt der Faktor Innovation eine Große Rolle. Basierend auf den aktuellen Kernkompetenzen des Unternehmens müssen nun innovative Ideen und jeweils ein Business Case erstellt werden. Anschließend gilt es auch, die Marketingaktivitäten anhand der verteilten Prioritäten auszurichten.

Einen ähnlichen Ansatz hat die Veröffentlichung ‚Erfolg auf dem Gesundheitsmarkt‘ die im Juni 2010 von der Wirtschaftskammer Österreichs, unabhängig von der Entwicklung dieser Arbeit, herausgegeben wurde. Diese basiert auf folgenden vier Schritten: Strategische Umsetzung, Innovation und Produktion, Marketing und Vertrieb sowie Finanzierung und Förderung.¹ Das in meiner Diplomarbeit entwickelte Konzept, fokussiert sich auf die internationale Marktanalyse. Zudem wird der gegenwärtige Geschäftsbereich Gesundheit der Europ Assistance Group analysiert und eine Positionierungsempfehlung gegeben. Weiters gilt dem Gegenstand der Pflege besondere Aufmerksamkeit, denn auch hier wirken sich die in der Marktanalyse identifizierten Charakteristika des Gesundheitsmarktes aus.

¹ Wirtschaftskammer Österreich (2010): Erfolg auf dem Gesundheitsmarkt. Ein Leitfaden für die Praxis. Wien, Schriftenreihe des Wirtschaftsförderungsinstituts Nr. 343. S.5.

3.1.2. Statistische Grundlage

Im Bezug auf Bevölkerungsstatistiken sind die in der Literatur derzeit am meisten diskutierten Begriffe der demographische Wandel und die Population Ageing. „Unter dem Begriff demographischer Wandel versteht man grundlegend die Veränderung der Zusammensetzung der Altersstruktur einer Gesellschaft.“² Die Alterung der Bevölkerung „is without doubt the most significant demographic and social phenomenon at the start of this century.“³ Der Grund für diese Strukturänderung ist vor allem in der erhöhten Lebenserwartung zu finden.

	EU15		EU10	
	2004	2050	2004	2050
Fertility rate	1,5	1,6	1,2	1,6
Life expectancy at birth - men	76,4	82,1	70,1	78,7
Life expectancy at birth - women	82,2	87	78,2	84,1
Net migration flows (thousands)	1347	778	-3	101
Net migration flows (as % of population)	0,4	0,2	0	0,1

Abbildung 1: Main demographic indicators from the last Eurostat projection⁴

„Life expectancy is persistently increasing, low fertility rates weigh in the growth of the young population and the baby boom generation is progressively reaching the age of retirement: three characteristics which have been associated with the ageing of population.“⁵ Die erhöhte Lebenserwartung in der Bevölkerung ist auf die Behandlungsfortschritte in der Medizin, bessere Gesundheits- und Unfallvorsorge, bessere Hygiene und mehr Wohlstand zurückzuführen. Wie man an Abbildung 2

² Molquentin, Stefan (2009): Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Unternehmensführung. Norderstedt, Grin Verlag. S.5.

³ Vial, Martin (2008): The Care Revolution. Man at the centre of the global service revolution. Paris, France. Nouveaux Débats de Public. S.21.

⁴ Bogaert, Henri (2007): Long-term projections in Europe: How they influence policies and accelerate reforms. In: Eurostat. Methodologies and working papers. Work Session on demographic projections. Bukarest, Konferenz European Communities. S.28.

⁵ Bogaert, Henri (2007): Long-term projections in Europe: How they influence policies and accelerate reforms. In: Eurostat. Methodologies and working papers. Work Session on demographic projections. Bukarest, Konferenz European Communities. S.28.

erkennen kann, bedeuten hohe Gesundheitsausgaben nicht automatisch eine hohe Qualität in der Versorgung.

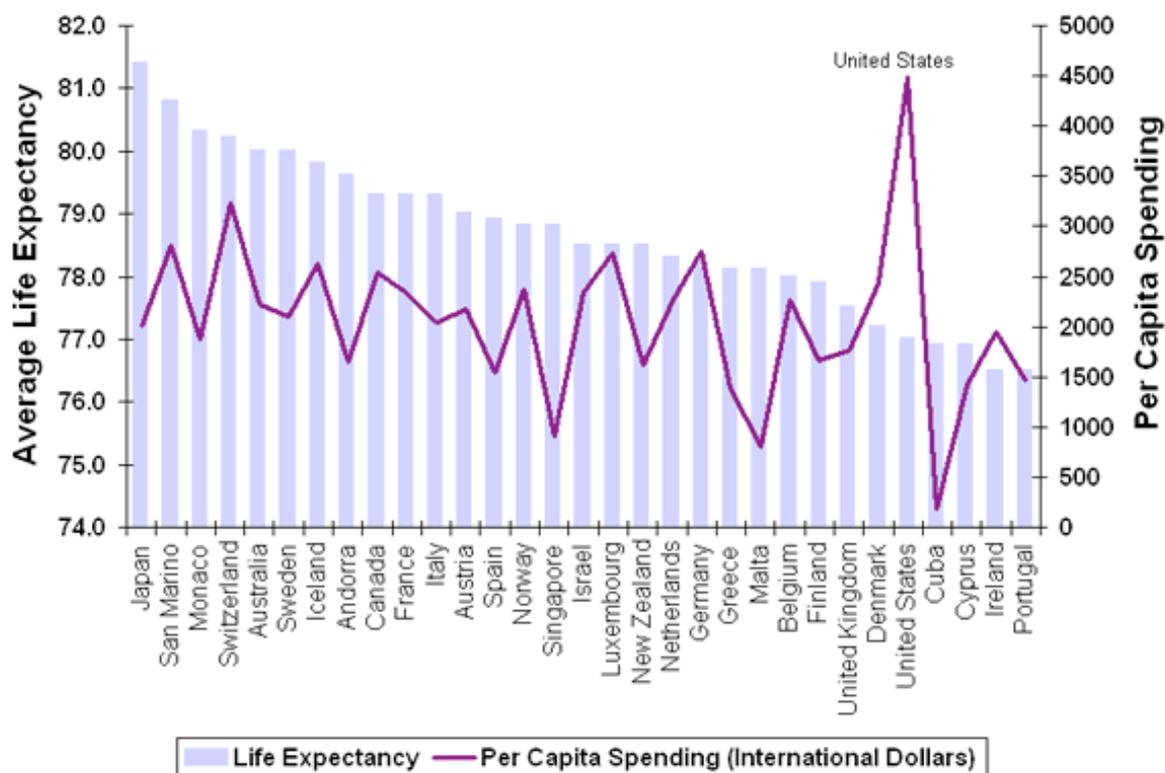


Abbildung 2: The cost of a long life⁶

Die Vereinigten Staaten geben weit mehr Geld für die Gesundheitsversorgung aus als jedes andere Land der Welt. Jedoch befinden sie sich in der Statistik der Lebenserwartung der entwickelten Länder nur im hinteren Drittel, was letztlich aus einem unsolidarischen Zugang zur Gesundheitsversorgung und einer mangelnden Präventionspolitik resultiert.

Martin Vial beschreibt das Phänomen der Ageing Population als „one of the major issues for developed countries and [it] will become a major issue for emerging countries in the next one or two decades.“⁷ Auf der anderen Seite kann man dies

⁶ The UC Atlas of Global Inequality. Healthcare Spending. URL: <http://ucatlas.ucsc.edu/spend.php> (08.08.2010).

⁷ Vial, Martin (2008): The Care Revolution. Man at the centre of the global service revolution. Paris, France. Nouveaux Débats de Public. S.21.

auch als Erfolg und Chance sehen. Zum einen ist dies verursacht durch moderne, qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zum anderen generiert diese Entwicklung einen erhöhten Bedarf an individuell zugeschnittenen Serviceleistungen in den Bereichen Gesundheit, Pflege und Haushalt und gibt uns die Chance die Gesundheitsversorgung neu aufzustellen. Die Auswirkungen und Einflüsse dieser demographischen Verschiebung sind allerdings enorm. Blickt man auf den Arbeitsmarkt, erhält man folgende Grafik:

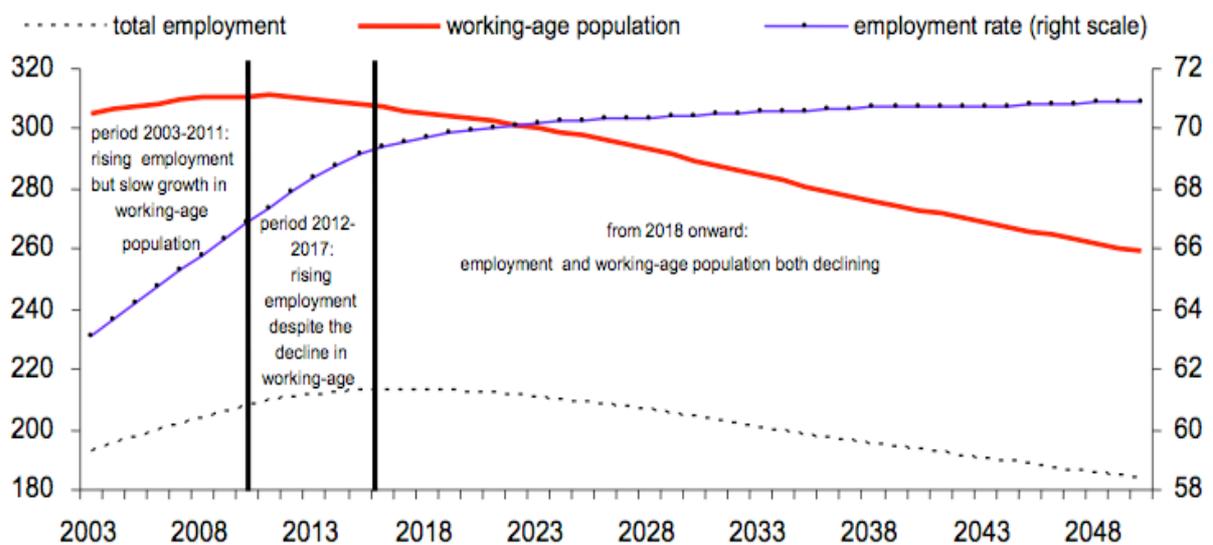


Abbildung 3: Projected working-age population and total employment (EU25; in millions.⁸)

Man kann erkennen, dass die Erwerbstätigenquote bis zum Jahre 2017 noch stark steigend ist und dann plötzlich fast auf einem gleichen Niveau bleibt. Beeinflusst ist dies natürlich durch eine sinkende Anzahl der arbeitsfähigen Bevölkerung. Dies hat Auswirkungen auf die Wirtschaftsleistung der Länder und das damit verbundene Wirtschaftswachstum. „[...] low economic growth means small margins of manoeuvre for future governments which has always proven to be a very difficult situation for government, especially if it has to maintain strictly balanced budget or even a

⁸ Bogaert, Henri (2007): Long-term projections in Europe: How they influence policies and accelerate reforms. In: Eurostat. Methodologies and working papers. Work Session on demographic projections. Bukarest, Konferenz European Communities. S.34.

surplus.“⁹ Ob die derzeit ohnehin immer weniger werdenden Sozialleistungen der Regierungen auf Grund dieser Entwicklung in Zukunft stark steigen, bleibt dabei mehr als fraglich. Fragt man die BürgerInnen verschiedener Nationen so ist die Skepsis bereits jetzt sehr groß. Auf die Frage nach den zukünftigen Gefahren für die jeweiligen nationalen Gesundheitssysteme antworten 77% der BürgerInnen des United Kingdoms mit einer Verringerung der staatlichen Finanzierung der Versorgung. Auch 62% der Deutschen und 58% der französischen Befragten befürchten eine ähnliche Entwicklung.¹⁰ Nicht zu vergessen ist natürlich auch die Auswirkung der sinkenden Erwerbstätigenanzahl auf die Systeme der Altersvorsorge. In einer Befragung im Jahre 2009 der Generali gaben 58% der ÖsterreicherInnen an, dass sie sich in Zukunft von einer Kürzung der Pension stark bedroht fühlen.¹¹ Viele Menschen suchen daher nach Lösungen in der privaten Versicherungs- und Vorsorgelösungen.

The world of insurance has moved from a requirement for simple financial coverage to ‚comprehensive coverage‘, which includes a global demand for information, prevention, and financial cover, as well as round-the-clock availability of insurers in the event of accidents and in terms of follow-up services and assistance.¹²

Auch das Bewusstsein der Menschen gegenüber der eigenen Gesundheit und die damit verbundene persönliche Verantwortung steigen stark an. So erklärt Christian Hörhan, Leiter des Fonds Gesundes Österreich zum Gesundheitstag 2007 basierend auf einer Umfrage über das Gesundheitsbewusstsein: „Eine erdrutschartige Veränderung ergibt sich bei der Eigenverantwortung in Sachen Gesundheit. Haben 1999 nur 22% der Befragten angegeben, sich für ihre Gesundheit selbst verantwortlich zu fühlen, sind es nun 95%.“¹³ Dabei spielen neue Technologie zur Versorgung mit Informationen eine immer größer werdende Rolle: 2009 nutzen 47%

⁹ Bogaert, Henri (2007): Long-term projections in Europe: How they influence policies and accelerate reforms. In: Eurostat. Methodologies and working papers. Work Session on demographic projections. Bukarest, Konferenz European Communities. S.34.

¹⁰ Ohne Autor (2009): Healthcare in Europe: A model of efficiency and solidarity? Baromètre Cercle Santé Europ Assistance. Paris, Präsentation Europ Assistance Holding. S.11.

¹¹ Vgl. Zotter, Sabine; Gutscher, Andreas (2009): Facts zum Thema Gesundheit: Generali Zukunftsstudie. Existenzängste 2009. Wien, Studie Generali Österreich. S.4.

¹² Vial, Martin (2008): The Care Revolution. Man at the centre of the global service revolution. Paris, France. Nouveaux Débats Publics. S.42.

¹³ Weltgesundheitstag 2007 – FGÖ Umfrage zu Gesundheitsbewusstsein. URL: http://www.apotheker.or.at/internet/OEAK/NewsPresse_1_0_0a.nsf/agentEmergency!OpenAgent&p=DC3F44C9A07A9D97C12572B900226B18&fsn=fsStartHomeFachinfo&iif=0 (08.08.2010).

der Deutschen das Internet um an Gesundheitsinformationen zu gelangen. Andere Länder wie zum Beispiel Polen haben eine Nutzungsquote von 52%.¹⁴ Ebenfalls besteht ein Bedarf an neuen Zugängen zur Gesundheitsversorgung. Die eigenständige Versorgung zu Hause steht dabei im Vordergrund: „75% wants a medical home. [...] 20%-50% have written instructions about management of their conditions.“¹⁵

Der Bedarf nach mehr individueller Unterstützung im Gesundheitsbereich liegt vor allem an der erhöhten Prävalenz von chronischen Krankheiten.

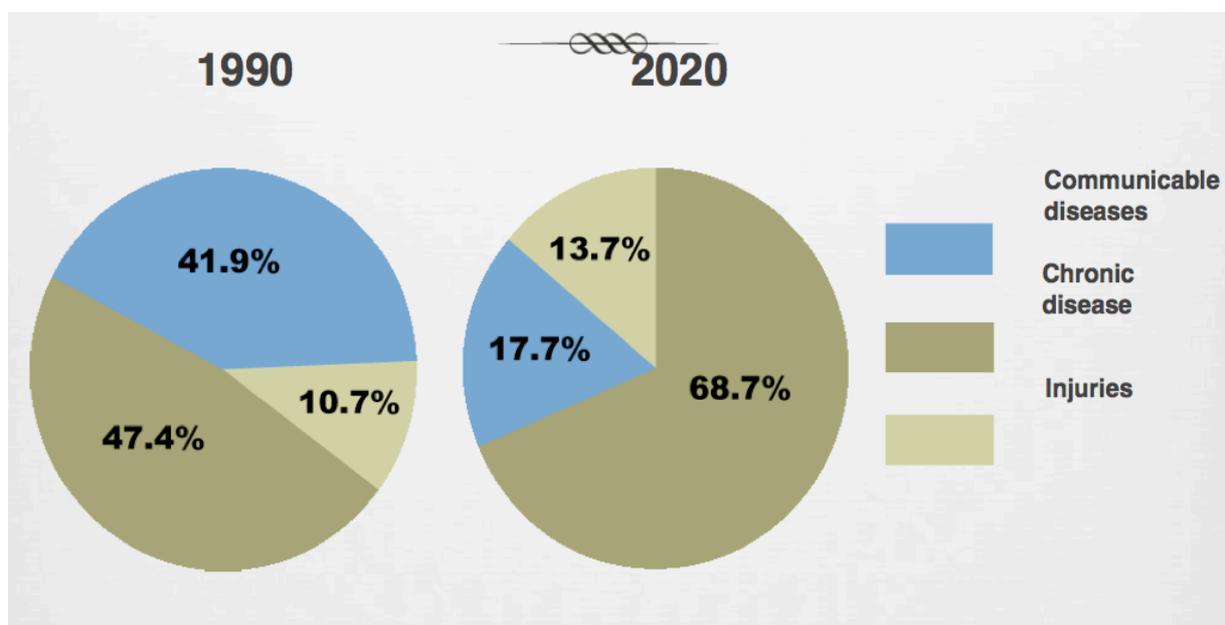


Abbildung 4: Global burden of disease¹⁶

Diese nimmt im Vergleich der Jahre 1990 und 2020 um 21,3% zu. „The global burden of disease (GBD) project estimates that, as of 2002, chronic or non-communicable conditions accounted for 54% of deaths in low- and middle-income countries, compared with 36% attributed to communicable (i.e. infectious) diseases,

¹⁴ Ohne Autor (2009): Healthcare in Europe: A model of efficiency and solidarity? Baromètre Cercle Santé Europ Assistance. Paris, Präsentation Europ Assistance Holding. S.24.

¹⁵ Pramming, Stig (2010): Chronic diseases: Will we be able to treat the problem? Prag, Präsentation International Health Summit. S.18.

¹⁶ Pramming, Stig (2010): Chronic diseases: Will we be able to treat the problem? Prag, Präsentation International Health Summit. S.3.

maternal and perinatal conditions and nutritional deficiencies.“¹⁷ Zusätzlich muss man festhalten, dass die Verteilung von chronischen Krankheiten auf Bevölkerungsgruppen sehr ausgeglichen ist. Weder sind nur reichere Nationen, noch Menschen mit mehr Wohlstand oder besonders Senioren betroffen.¹⁸ Die Ursache für den starken Anstieg an chronischen Krankheiten ist vor allem im wandelndem Lebensstil der Menschen zu suchen. So gibt es bestimmte Risikofaktoren, die die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer chronischen Erkrankung erhöhen. „Over the half of deaths in the world are due to just four chronic conditions – diabetes, lung diseases, some cancers and heart disease – caused by three risk factors – smoking, poor diet and lack of physical activity.“¹⁹ „1 billion adults are overweight – without action, this figure will surpass 1.5 billion in 2015.“²⁰

Übergewicht kann natürlich auch als kommerzieller Erfolg gesehen werden. In den letzten Jahrhunderten stieg die Möglichkeit Nahrungsmittel zu konsumieren immer mehr an. Mittlerweile ist das Angebot in den entwickelten Ländern größer als der Bedarf. Leider konnte sich unser Körper nicht so schnell an dieses Angebot anpassen. Das Phänomen Übergewicht kann somit als Marktfehler gewertet werden. Als weiterer Risikofaktor kann der Alkoholkonsum bezeichnet werden.

Bedingt durch die eben genannten Faktoren können zusätzliche chronische Konditionen wie Hypertonie, erhöhter Cholesterinspiegel und Übergewicht auftreten, die wiederum das Risiko anderer chronischer Erkrankungen erhöhen. Aus einer globalen Sicht gesehen, ist es möglich Trends und Herausforderungen aufzuzeigen. Um die lokale Gesundheitsversorgung auf diese Probleme einzustellen, ist es wiederum notwendig, die lokalen Gegebenheiten speziell zu eruieren und Programme darauf abzustimmen.

¹⁷ Suhrcke, Marc; Nugent, Rachel; Stuckler, David; Rocco, Lorenzo (2006): Chronic disease: An economic perspective. London, Bericht Oxford Health Alliance. S.10.

¹⁸ Suhrcke, Marc; Nugent, Rachel; Stuckler, David; Rocco, Lorenzo (2006): Chronic disease: An economic perspective. London, Bericht Oxford Health Alliance. S.10.

¹⁹ Suhrcke, Marc; Nugent, Rachel; Stuckler, David; Rocco, Lorenzo (2006): Chronic disease: An economic perspective. London, Bericht Oxford Health Alliance. S.6.

²⁰ Pramming, Stig (2010): Chronic diseases: Will we be able to treat the problem? Prag, Präsentation International Health Summit. S.46.

Chronic diseases account for the largest share of the overall mortality in all regions of the developing world, except sub-Saharan Africa. While the prevalence of risk factors varies across countries it is clear that they are significant in countries other than the most affluent. Within countries, in particular low- and middle-income countries, the picture is clearest for smoking (which is concentrated among the poor) and female obesity (where above a fairly low national per-person income level, the burden is concentrated among the poor). The picture appears more mixed for other indicators, such as physical inactivity.²¹

Chronische Krankheiten sind nicht nur weltweit verantwortlich für eine geringere Lebenserwartung, sondern auch eine der größten Ursache für Pflegebedürftigkeit.²² Man könnte denken, dass diese aufgrund des medizinischen Versorgungsfortschritts in den letzten Jahren gesunken ist. Erhebungen geben allerdings an, dass es lediglich „uncertain improvements in old-age severity“²³ gibt. Hier muss man lokale Unterschiede feststellen. In Belgien ist der Grad der Pflegebedürftigkeit von 75-jährigen von 1997 zu 2004 im Schnitt um 28% auf 35% gestiegen. In Kanada ist dieser Wert im gleichen Zeitraum um 5% gesunken.²⁴ Eher belegt ist der Trend der Versorgung von Pflegebedürftigen zu Hause. „Heute werden 80% der häuslichen Pflege informell erbracht und 6% durch professionelle ambulante Dienstleister.“²⁵ Die meisten Menschen würden am liebsten ihren Lebensabend in den eigenen vier Wänden verbringen. Dies belegt eine Umfrage der Europ Assistance aus dem Jahr 2009. Auf die Frage in welche Bereiche in Zukunft investiert werden sollte, wenn man den Trend der erhöhten Lebenserwartung und Ageing Population berücksichtigt, antworteten 80% der Franzosen mit Home Care. Bestätigt wird diese Aussage von 76% der deutschen und 74% der italienischen Befragten.²⁶ Wie diese Haushalte der

²¹ Suhrcke, Marc; Nugent, Rachel; Stuckler, David; Rocco, Lorenzo (2006): Chronic disease: An economic perspective. London, Studie Oxford Health Alliance. S.8.

²² Vgl. Suhrcke, Marc; Nugent, Rachel; Stuckler, David; Rocco, Lorenzo (2006): Chronic disease: An economic perspective. London, Studie Oxford Health Alliance. S.8.

²³ Huber, Manfred; Hoffmann, Frederique; Rodrigues, Ricardo; Gasior, Katrin; Marin, Bernd (2009): Facts and figures on long-term care. Europe and North America. Wien, Studie European Centre for Social Welfare Policy and Research. S.33.

²⁴ Huber, Manfred; Hoffmann, Frederique; Rodrigues, Ricardo; Gasior, Katrin; Marin, Bernd (2009): Facts and figures on long-term care. Europe and North America. Wien, Studie European Centre for Social Welfare Policy and Research. S.33.

²⁵ Flemmich, Günter (2006): Ist die Pflegeausbildung Zeitgemäß?, In: Gratzner, Alexander (Hrsg.) Ist die Pflegeausbildung noch zeitgemäß? Graz, Kammer für Arbeiter und Angestellte Steiermark. S.25.

²⁶ Ohne Autor (2009): Healthcare in Europe: A model of efficiency and solidarity? Baromètre Cercle Santé Europ Assistance. Paris, Studie Europ Assistance Holding. S.37.

Menschen über 60 Jahre genau aussehen, unterscheidet sich global wiederum enorm:

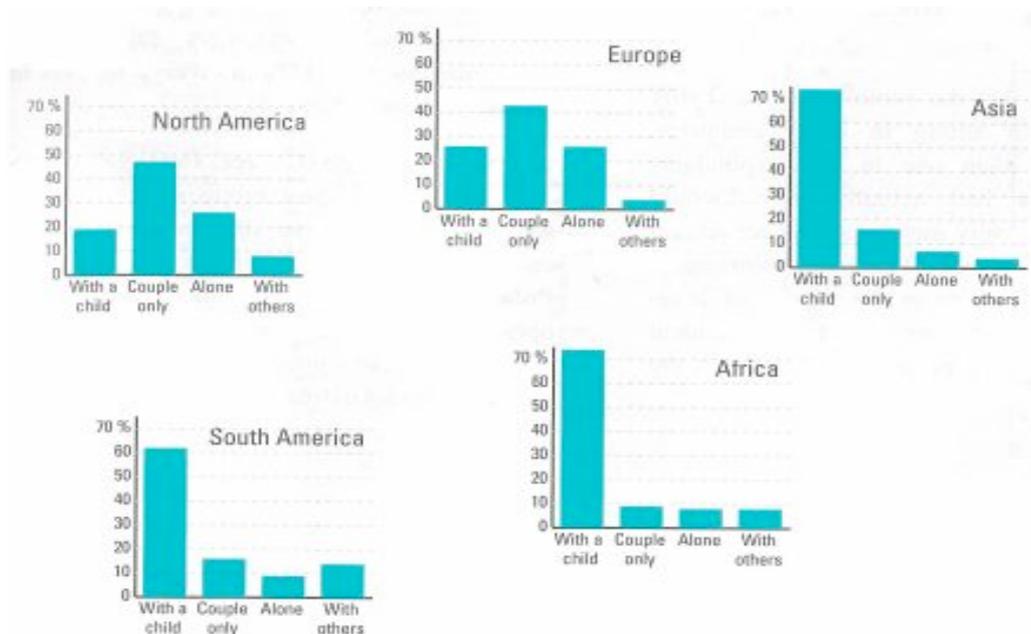


Abbildung 5: La vie à deux? Large differences around the globe. Living Arrangements of people aged 60+ around the world²⁷

Während in Europa und Nordamerika der Trend zum Paar- oder Singlehaushalt geht, steht in Asien, Afrika und Südamerika die Gemeinschaft mit den Kindern mit Abstand an vorderster Front. Die Zusammensetzung der Haushalte im allgemeinen wird zudem durch die Urbanisierung beeinflusst: „Stemming from the industrial revolution, rapidly expanding urbanisation and its consequences on the family unit are also powerful catalysts of the human services demand, both in industrialized and emerging countries. The European Union has 460 million citizens, 76% of whom live in cities.“²⁸ Dies wiederum resultiert in neuen Lebensstilen und einem erhöhten

²⁷ Huber, Manfred; Hoffmann, Frederique; Rodrigues, Ricardo; Gasior, Katrin; Marin, Bernd (2009): Facts and figures on long-term care. Europe and North America. Wien, Studie European Centre for Social Welfare Policy and Research. S.33.

²⁸ Vial, Martin (2008): The Care Revolution. Man at the centre of the global service revolution. Paris, France. Nouveaux Débats de Public. S. 23.

Bedarf an neuen Zugängen zur Gesundheitsversorgung, da Menschen in ländlichen Gegenden immer isolierter leben werden. Auch die Mobilität spielt daher eine große Rolle. Ob privat oder beruflich, – das Bedürfnis zu Reisen steigt immer mehr. Das belegen die Zahlen des Reisemarktes, der weltweit jährlich um 4%-5% wächst.²⁹

„With an increasing demand for leisure, travel, cultural activities, extraprofessional time is now so precious that it is no longer devoted to everyday chores.“³⁰

Wenn die Menschen nicht gerade ihre kostbare Freizeit auskosten, verbringt ein Großteil von ihnen die Zeit bei der Arbeit. Oder auch nicht, denn laut Schätzungen der Wirtschaftskammer Wien sind im Jahr 2006 6,7 Milliarden Euro Kosten für Österreichs Firmen auf Grund von krankheitsbedingten Fehlzeiten entstanden. Dabei sind es vor allem chronische Erkrankungen des Bewegungsapparates, der Atemwege und der Psyche, die die Fehlzeiten verursachen.³¹

Arbeit, Freizeit, Reise – in sämtlichen Bereichen des Lebens wird der Mensch vom Faktor Gesundheit beeinflusst.

²⁹ Vgl. Vial, Martin (2008): The Care Revolution. Man at the centre of the global service revolution. Paris, France. Nouveaux Débats de Public. S. 28.

³⁰ Vial, Martin (2008): The Care Revolution. Man at the centre of the global service revolution. Paris, France. Nouveaux Débats de Public. S. 29.

³¹ Leoni, Thomas; Mahringer, Helmut (2008): Fehlzeitenreport 2008. Krankheitsbedingte Fehlzeiten in Österreich. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung. Wien, Studie im Auftrag von Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Wirtschaftskammer Österreich, Bundesarbeiterkammer, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt. S.64.

3.1.3. Zielgruppen

Eines der Hauptergebnisse der statistischen Analyse war die zunehmende Prävalenz von chronischen Krankheiten. Doch es stellt sich die Frage, wie man chronische Krankheiten definiert und welche Krankheiten zu dieser Liste gehören. „Chronic diseases are diseases of long duration and generally slow progression. Chronic diseases, such as heart disease, stroke, cancer, chronic respiratory disease and diabetes [...]“³²

Diabetes ist eine der am weitest verbreiteten chronischen Erkrankungen. „The total number of people with diabetes is projected to rise from 171 million in 2000 to 366 million in 2030.“³³ Den meisten Diabetespatienten fehlt es allerdings am Wissen über den Umgang mit der Krankheit sowie Empowerment.³⁴ Dies ist vor allem der unzureichenden öffentlichen Versorgung zuzuschreiben: „Health care systems fail to provide adequate care for citizens with diabetes.“³⁵

Ähnlich lässt sich die derzeitige Situation von Menschen mit chronischen Atemwegserkrankungen wie zum Beispiel Asthma und COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease). „Hundreds of millions of people suffer from these chronic respiratory diseases worldwide. 300 million have asthma, 210 million have COPD and million of others have other chronic respiratory diseases.“³⁶ Dabei spielt der Lebensstil der Menschen mit Asthma eine bedeutende Rolle. Doch das AsthmatikerInnen Sport treiben und nicht darauf verzichten sollten, wissen nur die wenigsten. Auch hier fehlt es den Patienten meist an Wissen über die eigene Erkrankung oder die richtige Benutzung eines Spirometers.

Zu der Gruppe der koronaren Herzerkrankungen zählen vor allem chronische Herzinsuffizienz und der Schlaganfall. „Coronary heart disease kills more than 7

³² World Health Organization (2010): Chronic Diseases. URL: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/ (09.08.2010).

³³ Wild, Sarah; Roglic, Gojka; Green, Andreas; Sicree, Richard; King, Hilary (2004): Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care, Volume 27, Number 5. S.1047.

³⁴ Vgl. Pieber, Thomas (2010): Chronic disease epidemic – the figures for diabetes. Barcelona, Präsentation World of Health IT Conference. S.10.

³⁵ Pieber, Thomas (2010): Chronic disease epidemic – the figures for diabetes. Barcelona, Präsentation World of Health IT Conference. S.10.

³⁶ World Health Organization (2008): Global alliance against chronic respiratory diseases. Action Plan 2008-2013. Genf, Studie World Health Organisation. S.1.

million people each year, and kill nearly 6 million. Most of these death are in developing countries.”³⁷ Vor allem im Bereich der koronaren Erkrankungen spielen die Risikofaktoren eine große Rolle. Zu den beeinflussbaren Risikofaktoren zählen ungesunde Ernährung, zu wenig Bewegung und Tabakkonsum. Erhöhter Blutdruck-, Blutzucker und Blutfette sowie Übergewicht sind weitere Risikofaktoren, deren positive Veränderung allerdings schwieriger zu bewerkstelligen ist.³⁸ Bei PatientInnen mit bestehenden chronischen Herzerkrankungen gilt es, dem Patienten das Risiko zu erklären und gemeinsam an einer Minimierung zu arbeiten. Der Hausarzt hat für diese tägliche Begleitung meist zu wenig Zeit. Zu diesen physischen Krankheitsbildern reiht sich jedoch noch ein weiteres chronisches Leiden – mentale Erkrankungen.

„AIDS continues to be a major global health priority. Although important progress has been achieved in preventing new HIV infections and in lowering the annual number of AIDS-related deaths, the number of people living with HIV continues to increase.”
Derzeit sind weltweit 33,4 Millionen Menschen, darunter 2,1 Millionen Kinder, an HIV/AIDS erkrankt. Geographisch gesehen ist die Verteilung sehr stark auf das südliche Afrika konzentriert, jedoch gibt es kein Land, dass nicht mit diesem Problem zu kämpfen hat.

Die mentale Gesundheit eines Menschen ist ein integraler Bestandteil jeder chronischen Erkrankung und hat auch Einfluss auf den Lebensstil.

Mental, social and behavioural health problems may interact so as to intensify their effects on behaviour and well-being. Substance abuse, violence, and abuses of women and children on the one hand, and health problems such as heart disease, depression and anxiety on the other, are more prevalent and more difficult to cope with in conditions of high unemployment, low income, limited education, stressful work conditions, gender discrimination, unhealthy lifestyle and human right violations.³⁹

³⁷ Mackay, Judith; Mensah, George (2004): The atlas of heart disease and stroke. Genf, Studie World Health Organisation. S.19.

³⁸ World Health Organisation (2005): Preventing chronic diseases – a vital investment. Saving 36.000.000 lives by 2015. Genf, Studie World Health Organisation. S.48.

³⁹ Herrman, Helen; Saxena, Shekhar, Moodie, Rob (2005): Promoting mental health. Concepts, emerging evidence, practice. Genf, Studie World Health Organisation. S.XIX.

Da der Begriff mentale Gesundheit bzw. mentale Erkrankung nur schwer abgegrenzt werden kann, ist es schwer zu sagen wie hoch die Prävalenz ist. Fest steht: „[...] mental health is more than the absence of mental illness, and mental health is intimately connected with physical health and behaviour.“⁴⁰

Auch der Anstieg an altersbedingten chronischen Erkrankungen ist enorm, natürlich bedingt durch die steigende Anzahl der älteren Bevölkerungsgruppe.

In last year's World Alzheimer Report [2009], Alzheimer's Disease International estimated that there are 35.6 million people living with dementia worldwide in 2010, increasing to 65.7 million by 2030 and 115.4 million by 2050. Nearly two-thirds live in low and middle income countries, [...].⁴¹

Generell geht es bei der Betreuung von chronisch Kranken um die Minimierung von vorhandenen lebensstilbezogenen Risiken, die Schulung des Patienten im täglichen Umgang mit seiner vorhandenen Krankheit und um die Erhöhung der physischen, mentalen und sozialen Lebensqualität des Patienten. Um chronisch Kranke erfolgreich zu betreuen, reicht es nicht, sich nur auf den kurativen Bereich zu konzentrieren. Ebenso gilt es den Fokus auf die Prävention zu legen. Ein chronisch Kranker ist alltäglich mit seiner Erkrankung konfrontiert. Darunter gibt es Tage, an denen der Patient krank ist und es gibt Tage, an denen der Patient keine Symptome spürt und sich gesund fühlt. Unabhängig wie der Zustand des Patienten sich in diesem Moment darstellt – die chronische Krankheit bleibt. Deswegen sollte die Betreuungsform auch Kuration und Prävention beinhalten.

Die Prävention spielt auch im Bezug auf eine weitere Zielgruppe eine wichtige Rolle. Auf der einen Seite gilt es, das Risiko chronisch Kranker zu reduzieren. Auf der anderen Seite ist es genauso wichtig das Risiko gesunder Menschen möglichst gering zu halten und somit chronische Erkrankungen vorzubeugen. „Tobacco use is the leading cause of preventable death, and is estimated to kill more than 5 million people each year worldwide.“⁴² Zusätzlich erfasste die WHO im Jahr 2005 1,6

⁴⁰ Herrman, Helen; Saxena, Shekhar, Moodie, Rob (2005): Promoting mental health. Concepts, emerging evidence, practice. Genf, Studie World Health Organisation. S.2.

⁴¹ Prince, Martin; Wilmo, Anders (2010): World Alzheimer Report 2010. The Global Economic Impact of Dementia. London, Studie Alzheimer's Disease International. S.4.

⁴² World Health Organization (2009): WHO report on the global tobacco epidemic 2009 – implementing smoke-free environments. Genf, Studie World Health Organization. S.8.

Milliarden Menschen mit Übergewicht und 400 Millionen adipöse.⁴³ Die Entstehung sämtlicher chronischer Krankheiten wird durch diese Risiken begünstigt. Bedenkt man, dass Risikofaktoren präventiv vermeidbar sind, kann man sich vorstellen, welche Versäumnisse in den letzten Jahren der Präventionspolitik gemacht wurden und dass in den nächsten Jahren der Gesundheitsversorgung ein starker Fokus auf dem Bereich Prävention und Wellness liegen muss.

Die dritte große Zielgruppe heißt Ageing Population. Diese ergibt sich auf der einen Seite aus der demographischen Entwicklung. Andererseits haben ältere Menschen auch spezielle Bedürfnisse. Roger Coleman, Professor am Royal College of Art, beschäftigt sich vor allem mit den Auswirkungen des Produktdesigns auf die Ageing Population. Dabei stellt er folgende Hauptbedürfnisse der Generation 50+ fest: Mobilität, Genuss, Do-it-yourself.⁴⁴ Dabei müssen materielle Produkte genauso auf diese Zielgruppe zugeschnitten werden wie Gesundheitsdienstleistungen. Somit stehen vor allem Services im Vordergrund, die Selbstständigkeit und Mobilität fördern, erhalten und wiederherstellen. Bündelt man diese Services mit neuen Technologien, gilt es folgende Fakten zu beachten:

⁴³ World Health Organization. Obesity and overweight. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html> (10.08.2010)

⁴⁴ Vgl. Coleman, Roger (2007): Living longer: the new market opportunity. London, Präsentation Royal College of Art. S.7-13.

MOTIVATION ZU TECHNIKEINSATZ

Frage 15: Und wie kann man aus Ihrer Sicht alte Menschen dazu motivieren, auch moderne technische Geräte einzusetzen? Was von dieser Liste ist aus Ihrer Sicht besonders zweckmäßig?

Zum Einsatz technischer Geräte kann man motivieren -	Öst. Senioren insgesamt	50 - 59 Jahre	60 - 69 Jahre	70 - 75 Jahre
wenn die Bedienung problemlos möglich ist	74	76	73	74
wenn die Anwendung einfach und leicht verständlich ist	73	80	68	71
wenn die Bedienungsanleitung einfach und verständlich ist	67	67	69	65
wenn das Gerät das Leben im Alter einfacher macht	65	73	59	63
wenn man die Vorteile des Geräts klar erkennt	62	68	59	58
wenn es einem von den eigenen Kindern, Enkeln erklärt wird	60	64	61	55
wenn der Einsatz des Geräts Spaß macht	53	56	50	52
wenn das Gerät der eigenen Sicherheit dient	50	49	48	53
wenn gleichaltrige Menschen das Gerät auch einsetzen	49	65	53	39
wenn die Geräte nicht zu teuer sind	47	43	53	45
wenn interessante Kurse abgehalten werden	42	50	49	27
wenn man sicher ist, dass einem die Bedienung auch öfter erklärt wird	42	42	44	39
wenn man dies in einem Kurs mit 2 oder 3 anderen Senioren erlernen kann	41	48	42	32
wenn beim Gerät keine unnützen, verwirrenden Nebenleistungen integriert sind	41	40	41	43
wenn einem das Gerät von einem gleichaltrigen Menschen erklärt wird	27	25	30	26
wenn Kurse dazu in Schulen von Schulkindern abgehalten werden	8	7	11	7

Angaben in Prozent

Dokumentation der Umfrage Z750

n = 681 Befragte, repräsentativ für die Österreichische Bevölkerung ab 50 Jahren

Befragungszeitraum: 9. bis 27. Oktober 2003

maximale statistische Schwankungsbreite bei n = 681 Befragten: +/- 3,78%

Abbildung 6: Motivation zu Technikeinsatz⁴⁵

Dabei steht vor allem die einfache Bedienbarkeit der Geräte für SeniorInnen im Vordergrund. Technologie dient in diesem Sinne vor allem dazu, den Menschen mehr Sicherheit zu geben, zum Beispiel durch die ständige Erreichbarkeit einer Notfallzentrale oder der regelmäßigen Überwachung von physischen Werten. Aufgrund des Nachlassens der körperlichen Leistung mit zunehmendem Alter ist es ebenfalls wichtig Ältere in ihren alltäglichen Aufgaben zu unterstützen. Dazu zählen Unterstützung bei Haushaltstätigkeiten oder auch durch Fahrdienste zur Aufrechterhaltung der Mobilität.

Die vierte und letzte Zielgruppe stellt einen integralen Bestandteil zu den drei bisher angeführten dar. Diese beschäftigt sich vor allem mit zunehmenden Veränderungen im sozialen Gefüge, die sich letztlich in Urbanisierung, Mobilität und einer Aufspaltung von familiären Strukturen auswirken. Durch diese Trends entsteht vor allem der Bedarf an schnellen, flexiblen und unkomplizierten Zugängen zur

⁴⁵ Ohne Autor (2005): Ambient Assisted Living. Country Report Austria. Studie Information Society Technologies. S.12.

Gesundheitsversorgung. Ein Bereich den Telekommunikations- und IT-Unternehmen bereits erkannt haben und in den massiv investiert wird. Die Integration von neuen Technologien in die Gesundheitsversorgung ist eine der größten und spannendsten Herausforderungen im Gesundheitswesen. Bereits heute ist es möglich ärztliche Beratung über das Internet zu erhalten, Blutzuckerwerte mit dem Iphone zu kontrollieren, Gesundheitsdaten online abrufbar zu haben und mit dem Arzt zu chatten.

Wie eine Erhebung der Europ Assistance Deutschland aus dem Jahr 2010 unterstreicht, ist ein Produktzusatznutzen in Form von Assistancelleistungen für 70% der Bevölkerung sehr wichtig.⁴⁶ „Somit zeichnet sich nicht mehr ein Trend zur Serviceerwartung ab – die bundesdeutsche Bevölkerung fordert mittlerweile Services, Assistance und Unterstützung quasi als Grundnutzen jeglichen jeglichen Leistungsangebotes.“⁴⁷

Der vorige Teil dieses Kapitels hat sich auf die globalen Zielgruppen und Bedürfnisse konzentriert. Bei einer lokalen Anwendung wäre es notwendig, diese Zielgruppen tiefgründiger zu analysieren. Beispielhaft wird folgend eine Konsumentenstudie der Generali Österreich angeführt, die 7 Konsumentengruppen in Österreich anhand der Einstellung zur Gesundheit und Motive gegenüber eines Produkterwerbes identifiziert.

⁴⁶ Vgl. Müller-Reichart. Matthias (2010): Assistance-Barometer 2010. München, Studie Europ Assistance Deutschland in Zusammenarbeit mit der Hochschule RheinMain Wiesbaden. S.7.

⁴⁷ Müller-Reichart. Matthias (2010): Assistance-Barometer 2010. München, Studie Europ Assistance Deutschland in Zusammenarbeit mit der Hochschule RheinMain Wiesbaden. S.7.

Überblick: KU Zielgruppen



Abbildung 7: Kranken/Unfall Konsumentenstudie Generali Austria⁴⁸

⁴⁸ Zotter, Sabine; Gutscher, Andreas (2009): KU- Konsumentenstudie 2009 Zielgruppenbeschreibung. Wien, Studie Generali Österreich. S.3.

3.1.4. Gesundheitssysteme

Das Gesundheitswesen besteht seit unzähligen Jahren.

Angefangen von Kräuterheilern und Schamanen, über die Mediziner der griechischen Antike und der asiatischen Hochkulturen, bis zu den hochspezialisierten Fachärzten unserer Zeit, gab es und gibt es Personen, die sich mit dem Menschen und seiner Gesundheit befassen. Die Gesamtheit dieser Mediziner kann, von ihrer Entstehung an, als eine Form von Gesundheitssystem bezeichnet werden.⁴⁹

Spricht man heutzutage vom Begriff Gesundheitssystem, wird dieser wesentlich komplexer definiert. Dazu zählt ein Netzwerk an Gesundheitsleistungserbringern, deren Ziel die Förderung, Aufrechterhaltung und Verbesserung des Gesundheitszustandes von Individuen ist. Oftmals werden diese Netzwerke unter einem Dachverband zusammengefasst, der organisiert, Ziele festlegt und somit für eine umfassendere Population Verantwortung trägt.

Grundsätzlich unterscheidet man zwei verschiedene Ansätze von Gesundheitssystemen: Das Bismarcksche- und das Beveridge-Modell. Sämtliche öffentliche Gesundheitssysteme müssen eine Fragestellung beantworten können: „Which technical solution should be used to funnel typically 7-10% of national income into health care services?“⁵⁰ Die Art und Weise der Finanzierung ist der entscheidende Unterschied beider Modelle:

„In Beveridgian systems, the state controls health and health care budgets, while in Bismarckian countries, health care is provided by medical professionals funded by Social Security payments (Social Health insurance, or SHI, which includes statutory insurance, for example, sickness funds, retirement funds, accident funds, and family funds), which in turn receives funding from employers and employees based on total payroll.“⁵¹

Im European Health Consumer Index, herausgegeben vom Health Consumer Powerhouse wird eine vergleichende Qualitätsanalyse von Europas Gesundheitssystemen aus Sicht der PatientInnen durchgeführt. Dabei lag die

⁴⁹ Luhan, Wolfgang Jörg (2004): Effizienz des Österreichischen Gesundheitssystems. Ein internationaler Vergleich der Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssektors in Österreich, für die zweite Hälfte der Neunziger Jahre. Linz, Studie Oberösterreichische Gebietskrankenkasse. S.19.

⁵⁰ Björnberg, Arne; Garrofé, Beatriz Cebolla; Lindlbach, Sonja (2009): Euro Health Consumer Index 2009 Report. Brüssel, Studie Health Consumer Powerhouse. S.9.

⁵¹ Durand-Zaleski, Isabelle; Chevreul, Karine; Jeanblanc, Gregoire (2009): Financing for health in all policies. In: Kickbusch, Ilona (Hrsg.): Policy innovation for health. New York, Springer. S.69.

Möglichkeit nah, auch die unterschiedlichen Systeme einer Prüfung zu unterziehen. Die Ergebnisse der Jahre 2006-2009 zeigen, dass das Bismarcksche Modell qualitativ besser abschnitt als das Beveridge Modell. So finden sich unter den ersten Zehn der Rangliste vor allem *Bismarcksche Länder*, sowie *Beveridge Staaten* mit einer kleinen Population, wie zum Beispiel Dänemark und Schweden. Im Vergleich liegen in erster Linie die größeren Beveridge-Länder (z.B. United Kingdom und Italien) auf den hinteren Rängen. Dies wurde vor allem durch die große Komplexität begründet. Das National Health Service im United Kingdom hat nahezu 1,5 Millionen Angestellte, die die Gesundheitsversorgung für ca. 62 Millionen Menschen steuern. Das dies zu organisatorischen Problemen und einer damit verbundenen Reduzierung der Servicequalität führt, scheint unausweichlich. Auch beim Bismarckschen Modell traten in den letzten Jahren Probleme auf, meist im Bereich der Finanzierung. Ursache dafür ist der rasante Anstieg an Gesundheitsausgaben.

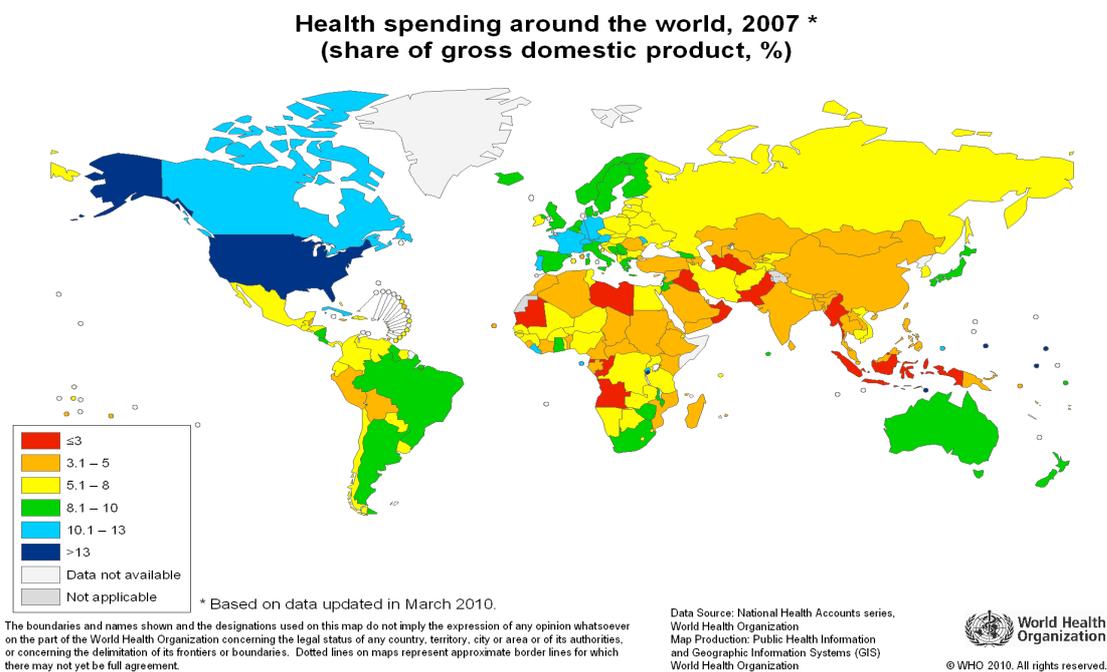


Abbildung 8: Health spending around the world.⁵²

⁵² World Health Organization. Global GDP. URL: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_GDP_2007.png (22.08.2010).

Der Anteil der Gesundheitsausgaben liegt im Jahr 2007 bei 13% des Bruttoinlandsproduktes in den USA. Zudem „geht man [dort] davon aus, dass die Wachstumsrate im traditionellen medizinischen System 6 bis 7% im Jahr beträgt, also ca. 100 Milliarden US\$ pro Jahr.“⁵³ Auch Länder Europas wie zum Beispiel Frankreich und Deutschland haben mit einer Quote von 10,1 % bis 13% sehr hohe Ausgaben. Wie in den statistischen Grundlagen festgestellt wurde, bedeutet dies nicht gleich eine gute Performance des Systems. Zudem bringen die hohen Gesundheitsausgaben auch ein ethisches Problem mit sich: Wenn die Ausgaben aufgrund von Fehlallokation und mangelnder Effizienz zu hoch sind, dann heißt das auch, dass Bedürftigen an einer anderen Stelle die notwendige Behandlung nicht erbracht werden kann. Dabei ist der Begriff Gesundheitsausgaben nicht hundertprozentig korrekt. Berücksichtigt man, „dass im Durchschnitt höchstens 5% aller Gesundheitsausgaben für den präventiven Bereich bestimmt sind.“⁵⁴ So sollte man eher von krankheitsbedingten Ausgaben sprechen. Der derzeitige Anstieg dieser Aufwendungen, wird natürlich auch durch die erhöhte gesundheitliche Eigenverantwortung der Bevölkerung verursacht. Kaye führte diesen erhöhten Posten auf die ansteigende Prävalenz von chronischen Erkrankungen zurück: „Nearly 70-80% of health care costs result from chronic care.“⁵⁵

Jedoch bleibt das Problem der Finanzierung dieses Bedarfs. Die derzeitige Finanzierungslücke entsteht „zwischen den Gesundheitsausgaben, die sich leicht stärker entwickeln, als das BIP, und den Beitragseinnahmen - die wie die Löhne und Gehälter – weit hinter der Dynamik des BIP zurückbleiben.“⁵⁶ Dies bekommen vor allem die Krankenkassen derzeit zu spüren, da sie sich in erster Linie aus Beteiligungen an den Löhnen finanzieren. Auch die Finanzierung von Krankenhäusern stellt die Systeme vor Herausforderungen, denn dies ist der größte Ausgabenposten im Gesundheitswesen. Der explosive Kostenanstieg ist zum einen durch den erhöhten Bedarf und zum anderen durch die rasante technologische

⁵³ Kickbusch, Ilona (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Gamburg, Verlag für Gesundheitsförderung. S.80.

⁵⁴ Kickbusch, Ilona (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Gamburg, Verlag für Gesundheitsförderung. S.79.

⁵⁵ Kaye, Rachelle (2010): Chronic Disease Management: The Maccabi experience. Barcelona, Präsentation World of Health IT Conference. S.3.

⁵⁶ Schmadlbauer, Harald (2005): Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens. WISO 2/2005 S.98.

Entwicklung zu begründen – bei meist gleichbleibenden Einnahmen. In Deutschland ist die Situation besonders dramatisch. Der „Investitionsstau“⁵⁷ wird auf ca. 50 Milliarden Euro beziffert. Dabei „müssen Krankenhäuser investieren, um ihre Leistungen betriebskostenoptimal zu erbringen.“⁵⁸ Auch in Zukunft werden die gesundheits- und krankheitsbedingten Ausgaben weiter steigen, auch bedingt durch die demographischen Entwicklungen, und ihren Anteil am Bruttoinlandsprodukt weiter vergrößern. Dies führt wiederum zu einem dynamischen Markt mit Wettbewerbsdenken, letztlich aber auch zu weiterer sozialer Ungerechtigkeit im Sinne des solidarischen Zugangs zu hochwertiger Versorgung.

So gibt es letztlich kaum noch ein Land, in dem die Qualität der Versorgung nicht leidet bzw. besser sein könnte und sich auch das Finanzierungsmodell nicht im Wanken befindet. So gibt es kaum noch rein staatliche Systeme, die nicht durch private Zusatzversicherungen ergänzt werden. Beide Gesundheitssystemmodelle sind vor allem in den europäischen Wohlfahrtsstaaten verbreitet. In Entwicklungs- und Schwellenländern sind die Eigenschaften von Gesundheitssystemen sehr heterogen und sollten individuell betrachtet werden. Generell lässt sich sagen, dass der private Sektor in diesen Ländern eine große Rolle spielt und dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung meist weniger solidarisch geregelt ist.⁵⁹

So unterschiedlich Gesundheitssysteme in ihren Finanzierungsmodellen und Zugängen sind, so ähnlich sind sie sich in den Zielen. Neben der Förderung, Aufrechterhaltung und Verbesserung der Gesundheit zählen ebenso „das Eingehen auf die Erwartungen der Menschen und der finanzielle Schutz vor den Kosten

⁵⁷ Rong, Oliver; Schlüchtermann, Jörg (2009): Die Zukunft der Krankenhausfinanzierung in Deutschland. Herausforderungen und Handlungsempfehlungen für Player im Gesundheitsmarkt. Berlin, Studie Roland Berger Strategy Consultants. S.7.

⁵⁸ Rong, Oliver; Schlüchtermann, Jörg (2009): Die Zukunft der Krankenhausfinanzierung in Deutschland. Herausforderungen und Handlungsempfehlungen für Player im Gesundheitsmarkt. Berlin, Studie Roland Berger Strategy Consultants. S.7.

⁵⁹ Vgl. Björnberg, Arne; Garrofé, Beatriz Cebolla; Lindlbach, Sonja (2009): Euro Health Consumer Index 2009 Report. Brüssel, Studie Health Consumer Powerhouse. S.10.

schlechter Gesundheit“⁶⁰ zu den Zielen des Gesundheitswesens. Diese „werden als leitender Gedanke von den meisten Nationen akzeptiert.“⁶¹

Ein weiterer zu beachtender Faktor ist die lokale Gesetzgebung. Auch hier hat es in den letzten Jahrzehnten zahlreiche Änderungen und Anpassungen gegeben. Grundlegend kann man die Frage diskutieren, inwiefern der Mensch ein Recht auf Gesundheit hat. Impliziert dies „ein Recht gegen die Gemeinschaft, alles Menschenmögliche zur Erhaltung oder Wiedererlangung der Gesundheit bereitzustellen – [...] ist [das] eben umstritten und deshalb Thema unendlich vieler Debatten.“⁶² Seelmann definiert in seinem Beitrag „Recht auf Gesundheit?“ drei Fachgebiete, in denen er die wichtigsten juristischen Entwicklungen der letzten Jahre sieht: „Wohl und Wille, Wohl und Markt sowie Wohl und Würde.“⁶³ Zu dem Bereich Wohl und Wille zählt vor allem die in den letzten Jahren eingeführte Patientenverfügung, die die schriftliche Erklärung einer Person im Falle der Einwilligungsunfähigkeit zu medizinischen Maßnahmen darstellt.

Wohl und Markt umfasst vor allem Gesetze zur Leistungsbegrenzung der gesetzlichen Krankenkassen und damit resultierenden Erweiterung des privaten Leistungsspektrums. Besonders in diesem Bereich spiegeln sich die ökonomischen Probleme von Gesundheitssystemen wider. Auch die viel diskutierten technischen Weiterentwicklungen im medizinischen Bereich haben einen Einfluss auf die Legislative – Wohl und Würde. Hier haben viele Fälle gezeigt, dass durch die starke Instrumentalisierung der Medizin auch die Würde eines Menschen angegriffen werden kann.⁶⁴ Die Folge davon ist, dass mehrere Ethikkommissionen den

⁶⁰ Luhan, Wolfgang Jörg (2004): Effizienz des Österreichischen Gesundheitssystems. Ein internationaler Vergleich der Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssektors in Österreich, für die zweite Hälfte der Neunziger Jahre. Linz, Studie Oberösterreichische Gebietskrankenkasse. S.8.

⁶¹ Luhan, Wolfgang Jörg (2004): Effizienz des Österreichischen Gesundheitssystems. Ein internationaler Vergleich der Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssektors in Österreich, für die zweite Hälfte der Neunziger Jahre. Linz, Studie Oberösterreichische Gebietskrankenkasse. S.23 .

⁶² Seelmann, Kurt (2008): Recht auf Gesundheit? Über den Wandel juristischer Perspektiven auf das Gesundheitswesen. In: Schäfer, Daniel; Frewer, Andreas; Schockenhoff, Eberhard; Wetzstein, Verena (Hrsg.) Gesundheitskonzepte im Wandel. Geschichte, Ethik und Gesellschaft. Stuttgart, Franz Steiner Verlag. S.177.

⁶³ Seelmann, Kurt (2008): Recht auf Gesundheit? Über den Wandel juristischer Perspektiven auf das Gesundheitswesen. In: Schäfer, Daniel; Frewer, Andreas; Schockenhoff, Eberhard; Wetzstein, Verena (Hrsg.) Gesundheitskonzepte im Wandel. Geschichte, Ethik und Gesellschaft. Stuttgart, Franz Steiner Verlag. S.178.

⁶⁴ Vgl. Seelmann, Kurt (2008): Recht auf Gesundheit? Über den Wandel juristischer Perspektiven auf das Gesundheitswesen. In: Schäfer, Daniel; Frewer, Andreas; Schockenhoff, Eberhard; Wetzstein,

Fortschritt und die Forschung begleiten, mit dem Ziel die Würde und die Rechte der PatientInnen zu wahren. Auch beim (elektronischen) Austausch von PatientInnendaten sind die Sicherheitsbestimmungen mittlerweile sehr hoch angesiedelt.

3.1.5. Trends und Reformbedarf

In den vorangegangenen Kapiteln wurden zahlreiche Trends aufgezeigt, die die Gesundheitssysteme und sämtliche damit in Verbindung stehenden Stakeholder vor Herausforderungen stellt. Zusammenfassend lassen sich folgende Megatrends aufzeigen: Der demographische Wandel hin zu einer Ageing Population übt vor allem Druck auf die Finanzierung von Sozialversicherungssystemen aus und kreiert einen erhöhten Bedarf im Bereich Pflege. Die erhöhte Prävalenz von chronischen Krankheiten verursacht eine stärkere Notwendigkeit in der Schulung von PatientInnen und im Umgang mit der chronischen Erkrankung. Betrachtet man den Fakt, dass die meisten chronischen Krankheiten vom ungesunden Lebensstil verursacht und daher präventiv vermeidbar sind, muss es im Gesundheitswesen einen Wandel von der kurativen hin zur präventiven Gesundheitsversorgung geben. Urbanisierung und erhöhte Mobilität der Menschen verursachen einen Bedarf an neuen Zugängen zur Gesundheitsdienstleistungen und Informationen. Die Integration neuer Technologien wie das Internet, Telekommunikation und Roboter ist somit unvermeidlich.

All diese Trends resultieren letztlich in einem enormen Kostenanstieg. Gesundheitssysteme weltweit stecken daher in ihrer bislang größten Krise. Zahlreiche Krankenkassen und öffentliche Träger schreiben hohe Verluste, Leistungserbringer stehen unter dem Druck, ihre Services immer effizienter zu erbringen. Krankenkassen finanzieren sich von Beiträgen, die in erster Linie aus Gehältern entstehen. Im Gegensatz zum Bruttoinlandsprodukt stiegen die Gehälter in den letzten Jahren nicht so stark an. Das wiederum macht sich nun bei den Krankenkassen bemerkbar.⁶⁵ Die Wirtschaftskrise unterstrich diese Finanzierungsprobleme nochmals, in dem sich die Beiträge aufgrund von erhöhter Arbeitslosigkeit weiter verringerten. Eine starke Last auf den Schultern der beitragsfinanzierten Gesundheitssysteme wie zum Beispiel Deutschland oder Österreich. Auch die Erwartung eines solidarischen geregelten Zugangs zur Gesundheitsversorgung wird unter diesen Gesichtspunkten immer schwieriger zu

⁶⁵ Schmadlbauer, Harald (2005): Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesen. WISO 2/2005. S.97.

bewerkstelligen. Harald Schmadlbauer befürchtet, dass die soziale Ungerechtigkeit aufgrund des immer dynamischeren Gesundheitsmarktes und das daraus resultierende Wettbewerbsdenken sogar noch weiter zunimmt.⁶⁶

Blickt man auf diese Trends und Herausforderungen, kann man sagen, dass der Reformbedarf in den Gesundheitssystemen der entwickelten Länder nie so hoch war. In Entwicklungsländern gilt es, bei der Etablierung solidarischer Gesundheitssysteme die gleichen Problemstellungen zu berücksichtigen. Letztlich dient jede Reform einer Anpassung an globale und lokale Trends. Die Politik ist dabei für die Ausrichtung der richtigen Rahmenbedingungen zuständig. Schon Virchow sagte: „Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik nichts weiter als die Medizin im Großen.“⁶⁷ Dabei bewegt sich die Politik im Spannungsfeld zwischen Gesundheit, Wirtschaft und Wissenschaft. Häufig ist jedoch eine politische Umsetzung von notwendigen Maßnahmen leichter gesagt als getan. Der Bedarf einer langfristigen Ausrichtung und Umstrukturierung steht im Konflikt mit dem politischen Denken bis zur nächsten Wahlperiode und dem großen Einfluss von Wirtschaftsmächten, deren Denkweise meist bis zum nächstjährigen Budget geht. Interessenvertretungen der Pharmaunternehmen und Ärzte wollen nur ungern ihre derzeitige Vormachtstellung als „palace guards of the health care system“⁶⁸ abgeben und wehren sich gegen anstehende Veränderungen. Auch die Fragmentierung einzelner Gesundheitssysteme, wie zum Beispiel in Österreich oder Spanien, machen eine Reformumsetzung nicht leichter. In diesen Ländern gibt es qualitative Unterschiede in einzelnen Regionen, was auf ein geteiltes Verantwortungs- und Finanzierungsprinzip zurückzuführen ist.

Die derzeitigen Reformansätze sind vor allem auf die Reduzierung von Kosten und Effizienzsteigerungen ausgerichtet. „Reforming the social systems in order to reduce the cost for the present and future generations, increasing the tax or contribution receipts by pushing up employment rates and the trend growth of GDP and saving now in the public sector to cover the increase of the future expenditure. [...] since the

⁶⁶ Schmadlbauer, Harald (2005): Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens. WISO 2/2005. S.97.

⁶⁷ Wikipedia (2010): Rudolf Virchow. URL: http://de.wikipedia.org/wiki/Rudolf_Virchow (17.10.2010).

⁶⁸ Kuhlmann, Ellen (2006): Modernising health care. Reinventing professions, the state and the public. Bristol, Policy press. S.99.

end of the nineties, a broad movement of reforms has taken place in the EU which involves this three-pronged strategy.⁶⁹ Dabei bekämpfen diese Maßnahmen nicht die Ursachen der Probleme, die in den oben genannten Trends zu finden sind.

Prof. Dr. Elisabeth Seidl fordert in ihrem Beitrag zu Oskar Meggeneders ‚Unter-Über- und Fehlversorgung‘ die „Notwendigkeit eines Gesamtkonzeptes [im Gesundheitswesen].“⁷⁰ Der Fokus sollte dabei klar auf die kurative Betreuung von chronisch Kranken und der präventiven Aufklärung der Menschen über eine gesunde Lebensweise liegen. „New health policies attempt to improve cooperation and coordination of providers in order to overcome the fragmentation of services and better target the provisions of health care.“⁷¹ Daher verändert sich das Modell der Versorgung von einem arztzentriertem zu einem patientenzentrierten Modell. Auch Oskar Meggeneder unterstreicht diesen Ansatz: „Da aus meiner Sicht PatientInnen und ihre Angehörigen die eigentliche Zielgruppe aller Bemühungen im Gesundheitswesen und in der Pflege sind, stehen ihre Bedürfnisse und Anliegen im Mittelpunkt meiner Überlegungen.“⁷² Professionen wie die Pflege und interdisziplinär vernetzte Experten werden eine zunehmend wichtigere und angesehene Rolle im Gesundheitswesen spielen, da sie zwischen der Krankheitsorientierung der Medizin und der Lebensweltorientierung der Patienten stehen.⁷³ Derzeit besitzen sie die dafür notwendige Machtstellung im Gesundheitswesen noch nicht. Deswegen ist es wichtig, den Bedarf an mehr Vernetzung zu unterstreichen und die Positionierung interdisziplinärer ExpertInnen zu stärken. Obwohl viele Outcomes von Behandlungen mittlerweile gemessen und evaluiert werden, so sind Leistungserbringer des Gesundheitswesens dennoch meist nach deren Aktivitäten bezahlt. Auch hier ist eine neue Denkweise erforderlich, um die Effizienz der Leistungen weiter zu erhöhen.

⁶⁹ Bogaert, Henri (2007): Long-term projections in Europe: How they influence policies and accelerate reforms. In: Eurostat. Methodologies and working papers. Work Session on demographic projections. Bukarest, Konferenz European Communities. S.25.

⁷⁰ Seidl, Elisabeth (2003): Defizite im Gesundheitswesen aus der Perspektive der Pflege. In: Meggeneder, Oskar (Hrsg.): Unter-, Über-, und Fehlversorgung. Vermeidung von Fehlern im Gesundheitswesen. Frankfurt am Main, Mabuse – Verlag. S.48.

⁷¹ Kuhlmann, Ellen (2006): Modernising health care. Reinventing professions, the state and the public. Bristol, Policy press. S.99.

⁷² Meggeneder, Oskar (2003): Unter-, Über-, und Fehlversorgung. Vermeidung von Fehlern im Gesundheitswesen. Frankfurt am Main, Mabuse – Verlag. S.33.

⁷³ Vgl. Meggeneder, Oskar (2003): Unter-, Über-, und Fehlversorgung. Vermeidung von Fehlern im Gesundheitswesen. Frankfurt am Main, Mabuse – Verlag. S.33.

Der Begriff Gesundheitsreform ist politisch leider meist mit Selbstbehalt und Ambulanzgebühr verknüpft. Wünschenswert wäre eher eine Verknüpfung mit Gesundheitsförderung und Prävention.⁷⁴ Spricht man derzeit von Gesundheitsausgaben kann man festhalten, dass damit eigentlich Ausgaben für die Krankenversorgung gemeint sind, denn laut einer OECD-Studie werden nur 5% aller Gesundheitsausgaben für die Prävention verwendet.⁷⁵ Dass der allgemeine Trend von der kurativen hin zur kurativen und präventiven Betreuung geht, wird von der Positionierung internationaler Pharmakonzerne unterstrichen. Auch diese investieren immer mehr in Präventionsprogramme. Sanofi Aventis hat zum Beispiel eine Iphone Applikation zum Thema richtige Ernährung ‚Go Meals‘ herausgebracht. Eigentlich steht dies im Widerspruch zum Kerngeschäft – der kurativen Behandlung. Doch die Kunden von Pharmaunternehmen, meist öffentliche Träger, können aufgrund des Kostendruckes die hohe Forderungen der Pharmakonzerne nicht mehr begleichen. Daher geraten diese in Zugzwang und müssen sich nach neuen Geschäftsmodellen umsehen. Eine Investition in die Prävention führt somit langfristig zu einem wieder steigenden Bedarf am Markt und einer Verbesserung des Images.

Aus Sicht der Kostenträger ist es notwendig eine gute Performance von Patienten zu fördern und somit auch die Beiträge risikoabhängig zu gestalten. Dies steht nicht in einem Konflikt mit der Solidarität des Zugangs zur Gesundheitsversorgung. Nur ist es nicht tragbar, das ein gesunder Mensch mit einer gesunden Lebensweise den gleichen Beitrag zahlt wie der Mensch, der sich bewusst Risikofaktoren wie dem Rauchen und einer ungesunden Ernährung aussetzt. Ein anderes Modell zum effizienteren Einsatz von Beiträgen wäre den PatientInnen anhand ihres Risikos ein passendes Budget zu geben, für dessen Verwaltung sie selbst zuständig sind. Dies würde zu einer sinnvolleren Anwendung führen und Doppeluntersuchungen vermeiden. Dementsprechend muss es Anreize geben, um Prävention und eine gesunde Lebensweise zu forcieren. Ein gutes Beispiel dafür ist das Modell der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung in Deutschland. Dort wird den PatientInnen

⁷⁴ Vgl. Meggeneder, Oskar (2003): Unter-, Über-, und Fehlversorgung. Vermeidung von Fehlern im Gesundheitswesen. Frankfurt am Main, Mabuse – Verlag. S.49.

⁷⁵ Vgl. Kickbusch, Ilona (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Gamburg, Verlag für Gesundheitsförderung. S.79.

eine Zuzahlung zur Zahnprothese verwehrt, wenn er nicht regelmäßig zur halbjährigen Kontrolle erschienen ist.

Es ist ebenfalls sehr wahrscheinlich, dass Gesundheitsleistungen mehr von privaten Trägern finanziert werden. Im Fokus sind hierbei Unternehmen und Initiativen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Immer mehr Unternehmen investieren in die Gesundheit ihrer Mitarbeiter mit dem Hintergrund Mehrwerte zu kreieren. Angeboten werden vor allem Präventionsleistungen, wie Vorsorgeuntersuchungen, Workshops zu den Themen gesunde Ernährung, Raucherentwöhnung, Stressmanagement, gesund am Arbeitsplatz, etc. Aber auch Unterstützung im kurativen Bereich, wie psychologische Betreuung und unternehmenseigene Arztstellen zählen zum Angebot. Firmen versprechen sich von diesen Gesundheitsförderungsprogrammen vor allem die Reduzierung von krankheitsbedingten Fehlzeiten und daraus resultierend eine höhere Produktivität der MitarbeiterInnen. Auch das Unternehmensimage verbessert sich und hat letztlich Einfluss auf die Arbeitsmoral und Mitarbeiterbindung. „Gemäß wissenschaftlichen Erkenntnissen bewirken gezielt umgesetzte Präventivmaßnahmen zur Senkung von Gesundheitsrisiken und Vermeidung von Krankheiten am Arbeitsplatz einen positiven Effekt, und tragen zu einer Reduktion der krankheitsbedingten Abwesenheitskosten bei. In diesem Falle gehen die Studien von einem Return On Investment (ROI), also von einem Kosten-Nutzen-Verhältnis, von 1:2,3 bis 1:5,9 aus. Dies bedeutet, dass beispielsweise für jeden aufgewendeten US Dollar 2,3 US Dollar eingespart werden können. Im Bereich der Abwesenheitszeiten wurden Einsparungen in einem Verhältnis zwischen 1:2,5 bis 1:10,1 nachgewiesen.“⁷⁶

⁷⁶ Drescher, Claudia; Schurian, Silvia (2008): Betriebliche Gesundheitsförderung im europäischen Raum – Ein Vergleich der EU 15. Wien, Diplomarbeit Universität Wien. S.68.

3.1.6. Stakeholder und Eigenschaften

Gesundheit ist ein integraler Bestandteil unseres Lebens. Zusammen mit der aktuellen Dynamik und erhöhtem Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen und Informationen ist ein stark fragmentierter Markt mit unzähligen kleinen, spezialisierten und multinationalen Unternehmen entstanden. Grundsätzlich lässt sich der Gesundheitsmarkt in zwei Bereiche einteilen – den ersten und den zweiten Gesundheitsmarkt.

Der Erste Gesundheitsmarkt besteht aus den klassischen und ursprünglichen Stakeholdern des Gesundheitswesens. Medizinische Einrichtungen wie Krankenhäuser, Pflegeheime und Rehabilitationszentren sind primär für die stationäre Versorgung zuständig. ÄrztInnen sind die zentrale Anlaufstelle für die ambulante Versorgung. Daneben gibt es die gesetzlichen und privaten Versicherer, die für die Bezahlung der Leistungserbringer zuständig sind.⁷⁷ Die Stakeholder des Ersten Gesundheitsmarktes stehen vor der zentralen Herausforderung der Kosteneindämmung. „Seit den 1970er-Jahren wachsen die Ausgaben trotz Gesundheitsreformen überproportional zur volkswirtschaftlichen Entwicklung.“⁷⁸



Abbildung 9: Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP 1970-2006.⁷⁹

⁷⁷ Vgl. Kartte, Joachim; Neumann, Karsten (2008): Der Gesundheitsmarkt. Sicht der Bürger – Strategien der Anbieter. Berlin, Studie Roland Berger Strategy Consultants. S.15.

⁷⁸ Kartte, Joachim; Neumann, Karsten (2008): Der Gesundheitsmarkt. Sicht der Bürger – Strategien der Anbieter. Berlin, Studie Roland Berger Strategy Consultants. S.5.

⁷⁹ Kartte, Joachim; Neumann, Karsten (2008): Der Gesundheitsmarkt. Sicht der Bürger – Strategien der Anbieter. Berlin, Studie Roland Berger Strategy Consultants. S.5.

Dieser Trend wird auch in Zukunft anhalten, verursacht durch die alternde Bevölkerung und den Einsatz neuer Technologien.

Neben diesen klassischen Stakeholdern des Gesundheitswesens haben sich in den letzten Jahren viele Unternehmen im Zweiten Gesundheitsmarkt angesiedelt, die „privat finanzierte Produkte und Dienstleistungen rund um Gesundheit [anbieten].“⁸⁰ Anhand dieser sehr generellen Definition kann man bereits erkennen, dass ein großes Spektrum an Anbietern zum Zweiten Gesundheitsmarkt gehört. Dietrich Grönemeyer zählt folgende Branchen zu diesem Markt, basierend auf einer Studie des amerikanischen Marktforschungsinstituts SRI: Gesundheitswesen [zählt zum ersten Gesundheitsmarkt], Biotechnologie, Informationstechnologie, Telekommunikation, Moderne Werkstoffe, Umweltdienstleister, Bildungsdienstleister und Lehrmaterial, Business Dienstleistungen und Outsourcing, sowie Wellness.⁸¹

Einen großen Anteil des Wellnessmarktes machen ‚Food-Produkte‘ aus. Dieser Markt schließt eine Vielzahl von Produkten und Dienstleistungen ein, rund um die Themen Schönheit, Ernährung, Gesundheit und Fitness: z.B. ernährungsergänzende Produkte und Dienstleistungen wie Vitamine etc., Fitness Produkte und Dienstleistungen, Präventionsleistungen (Gesundheitscheck, Raucherentwöhnung), freiwillige Eingriffe und Pharmaka, (kosmetische Chirurgie, Botox, Hormone, Viagra), Alternative Medizin, Gesundheitsinformation, Ratgeber, Ressourcen, Gesundheitstourismus, Gesundheitspläne- und Versicherungen sowie Werbung und das Marketing. Die Unendlichkeit der Gesundheit manifestiert sich hier in aller Deutlichkeit und Vielfalt [...].⁸²

Im Jahr 2007 schätzte das Consultingunternehmen Roland Berger die Summe der privaten Ausgaben im Zweiten Gesundheitsmarkt in Deutschland allein auf 60 Milliarden Euro. Unterstrichen wird dieser Trend von der Bereitschaft der Deutschen in Zukunft 27 Prozent mehr ihres Vermögens in die eigene Gesundheit zu investieren.⁸³

Bei allen Diskussionen über Leistungen, Ausgaben, Finanzierungsmöglichkeit des Gesundheitssystem wird der zentrale Punkt häufig vergessen – der Patient. Dieser

⁸⁰ Kartte, Joachim; Neumann, Karsten (2007): Der zweite Gesundheitsmarkt. Die Kunden verstehen, Geschäftschancen nutzen. Berlin, Studie Roland Berger Strategy Consultants. S.4.

⁸¹ Vgl. Kickbusch, Ilona (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Gamburg, Verlag für Gesundheitsförderung. S.82.

⁸² Kickbusch, Ilona (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Gamburg, Verlag für Gesundheitsförderung. S.83.

⁸³ Vgl. Kartte, Joachim; Neumann, Karsten (2007): Der zweite Gesundheitsmarkt. Die Kunden verstehen, Geschäftschancen nutzen. Berlin, Studie Roland Berger Strategy Consultants. S.5-6.

hat auf der einen Seite einen steigen Bedarf zu konsumieren, fühlt sich auf der anderen Seite allerdings von einem Dschungel an Anbietern, Leistungen und Zugangsbeschränkungen häufig überfordert. Menschen müssen heutzutage mehrere Rollen im Gesundheitswesen annehmen können, zum Beispiel Versicherter, Patient, Verbraucher, Angehöriger, Experte, Kunde oder Leistungsbezieher.⁸⁴ Dabei sollte das eigentliche Ziel der Gesundheitsversorgung daraus bestehen, dem Menschen individuelle und maßgeschneiderte Serviceleistungen zur Verfügung zu stellen. Auf diesem Wege befinden sich mittlerweile mehrere Länder, indem sie „Eigenständigkeit, Mitbestimmungsmöglichkeiten und Verantwortung“⁸⁵ des Patienten fördern, zusätzlich beraten und begleiten und somit dem Patienten mehr Sicherheit geben. Grundsätzlich führt die Unsicherheit der PatientInnen zur „Ausbildung von Versicherungsmärkten. Die Ursache für Marktversagen auf dem Markt für Gesundheitsdienstleistungen ist aber nicht die Unsicherheit per se, sondern das Zusammenwirken von Unsicherheit und asymmetrischer Funktion. [...] Besonders auffällig ist die Asymmetrie im Verhältnis Arzt und Patient.“⁸⁶ Grund dafür ist der Informationsvorteil, den der Arzt gegenüber dem Patienten hat. Dadurch hat der Arzt meist die einseitige Möglichkeit, die Nachfrage für sein Angebot selbst zu steuern. Ebenfalls tritt das Phänomen der asymmetrischen Information zwischen PatientInnen und Krankenversicherern auf. In diesem Fall „haben die Versicherten gegenüber dem Versicherer Informationsvorteile, die den Abschluss eines vollständig effizienten [...] Versicherungsvertrages verhindern. [...] Kombiniert mit Unsicherheit ist das Problem der asymmetrischen Information wohl das zentrale Charakteristikum des Gesundheitswesens und auch der wichtigste Grund für Fehlallokationen.“⁸⁷

Was in den letzten Jahren im Gesundheitsmarkt geschehen ist, ist gleichzusetzen mit der landwirtschaftlichen, industriellen und digitalen Revolution. In diesem Fall kann man von einer Gesundheitsrevolution sprechen. Durch wissenschaftliche und technische Weiterentwicklung verbunden mit einem erhöhten

⁸⁴ Vgl. Hengl, Walter; Meggeneder, Oskar (2002): Der informierte Patient – Anspruch und Wirklichkeit. Sammelband. Linz, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse. S.9.

⁸⁵ Hengl, Walter; Meggeneder, Oskar (2002): Der informierte Patient – Anspruch und Wirklichkeit. Sammelband. Linz, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse. S.23.

⁸⁶ Neudeck, Werner (2002): Das österreichische Gesundheitssystem: Eine ökonomische Analyse. Wien, Manz'sche Verlag. S.9.

⁸⁷ Neudeck, Werner (2002): Das österreichische Gesundheitssystem: Eine ökonomische Analyse. Wien, Manz'sche Verlag. S.10-11.

Gesundheitsbewusstsein der Menschen ist ein riesiger Bedarf entstanden, auf den sich nun Unternehmen sämtlicher Branchen stürzen.

Auch die Grenzen zwischen Erstem und Zweitem Gesundheitsmarkt werden bald verschwinden. „Ärzte, Krankenhäuser und Versicherer sind mit vielfältigen Leistungen im Zweiten Markt aktiv – von den 50 größten deutschen Krankenhäusern bieten jeweils drei Viertel Zusatzleistungen für Selbstzahler an. Umgekehrt strebt der Zweite Markt in Richtung Ersten: Reiseveranstalter lassen sich Gesundheitsreisen von der GKV bezuschussen, in den Niederlanden fördern Krankenkassen sogar den Konsum von Margarine, die Cholesterinwerte senkt. Niemand ist mehr auf die alte gesetzliche eingegrenzte Sphäre beschränkt: Kassen erweitern ihre Geschäftsfelder in Richtung PKVen (mit Privattarifen für ambulante und stationäre Behandlung), in Richtung eigener Leistungserbringung (durch das Steuern der Versorgung) und in Richtung des Zweiten Gesundheitsmarktes. Leistungserbringer wollen umgekehrt versicherungsähnliche Produkte anbieten. Zwischen ambulantem und stationärem Sektor wird es zu einem harten Konkurrenzkampf um die Besetzung des jeweils anderen Feldes kommen. Da Erster und Zweiter Markt immer stärker zusammenwachsen werden, [wird] [...] die Gesamtheit der Angebote rund um die Gesundheit als Gesundheitsmarkt [bezeichnet].“⁸⁸

⁸⁸ Kartte, Joachim; Neumann, Karsten (2008): Der Gesundheitsmarkt. Sicht der Bürger – Strategien der Anbieter. Berlin, Studie Roland Berger Strategy Consultants. S.7.

3.1.7. Positionierungssegmente

Der Gesundheitsmarkt bewegt sich in einem Spannungsfeld, welches man in drei Bereiche gliedern kann. Erstens den Bereich Prävention, Wellness und Lifestyle; zweitens Behandlung und drittens Pflege und Rehabilitation. Umgeben werden diese Gebiete von den Kostenträgern des Gesundheitswesens. Im Mittelpunkt dieses Modells befindet sich allerdings der Patient, Kunde und Leistungsempfänger.

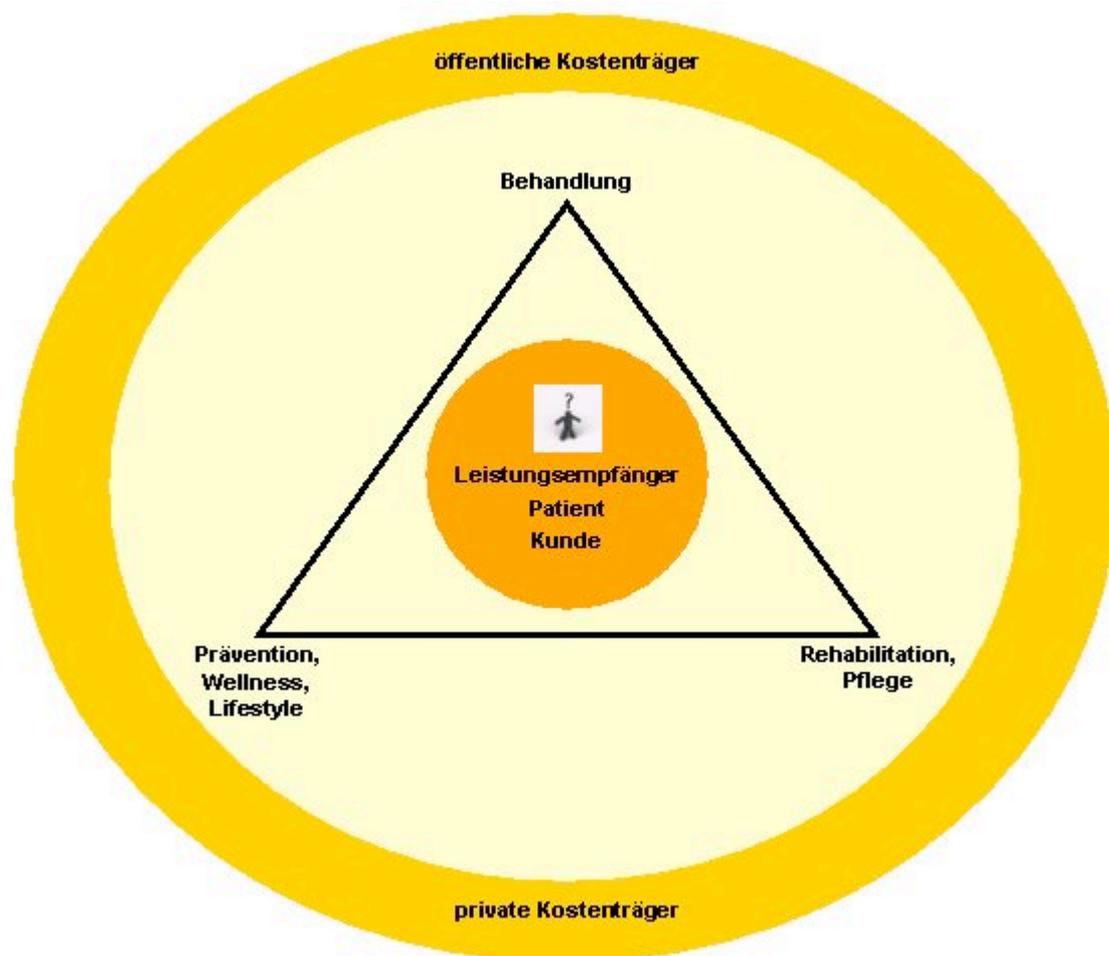


Abbildung 10: Spannungsfeld Gesundheitsmarkt.⁸⁹

Die Entscheidung, in welchem Bereich sich ein Unternehmen nun positionieren sollte, ist von mehreren Faktoren abhängig. Zunächst ist es wichtig, anhand der vorhergegangenen Analyse, den lokalen Bedarf genau festzustellen. Anschließend

⁸⁹ eigene Grafik

ist es notwendig zu analysieren, inwiefern dieser Bedarf schon von öffentlichen als auch privaten Leistungserbringern abgedeckt wird. Insofern eine Marktlücke identifiziert ist, sollte dieser Bedarf auch zu den Kernkompetenzen des Unternehmens und der Wahrnehmung gegenüber den Kunden des Unternehmens passen. Derzeit sehen viele Konzerne den Markt aus Sicht ihres zu verkaufenden Produktes. Wünschenswert im Gesundheitsmarkt wäre allerdings der umgekehrte Ansatz – aus Sicht des Leistungsempfängers. Betrachtet man die generelle, internationale Marktanalyse besteht genau in diesem Bereich ein großes Potential. Serviceleistungen, die den Leistungsempfänger unterstützen, das heißt Informationen, Begleitung, Beratung, Koordination und Organisationen. Ein Prinzip, dass bereits in einigen Care- und Case Management Programmen lokal umgesetzt wird. Auf Grund dessen ist es wichtig, unabhängig vom Positionierungsbereich einzelner Unternehmen, sich mit anderen Unternehmen zu verbünden und interdisziplinäre Partnerschaften zu etablieren, damit man die derzeitige Lücke zwischen Ersten und Zweitem Gesundheitsmarkt im Sinne des Leistungsempfängers noch schneller schließt.

3.2. Produktanalyse Assistanceunternehmen

3.2.1. Übersicht Assistance

Was ist Assistance und welche Leistungen bietet ein Assistanceunternehmen an? Diese Fragen werden in der wissenschaftlichen Literatur nur geringfügig beantwortet. Lediglich zwei Definitionen von Assistance kann man derzeit in der deutschsprachigen Literatur finden:

Assistance ist eine Dienstleistung, bei der nicht der herkömmliche Versicherungs- und Kostenerstattungsgedanke im Vordergrund steht, sondern die Absicht, dem Kunden in einer aktuellen Notlage unmittelbar zu helfen. Wichtig für den Kunden ist dabei, dass diese Hilfe weltweit, bei Tag und Nacht, auch an Wochenenden und Feiertagen auf unbürokratische Weise erfolgt.⁹⁰

Assistance-Geschäfte sind Hilfs-, Beistands-, Notfall-, Problemlösungs-, Service- und ähnliche Leistungen in bestimmten Situationen. Herkunft, Entwicklungslinien und derzeitige Situation der Assistance-Geschäfte sind komplex; deshalb ist auch ihre Verbindung zum Sortiment von Versicherern (noch) nicht ganz klar. Einerseits bestehen enge Beziehungen zu Versicherungsgeschäften. Die Schadenbearbeitung nach Eintritt von Versicherungsfällen umfasst außer den Geldzahlungen für Versicherungsleistungen häufig weitere Hilfs-, Beistands- und Serviceleistungen. Weiter gibt es Versicherungsgeschäfte, die unmittelbar Kosten von Assistanceleistungen versichern, z.B. die Versicherung von Beistandsleistungen (Schutzbriefversicherung), oder die bestimmte Kosten im Zusammenhang mit Versicherungsfällen ersetzen, wie in vielen Sparten der Sachversicherung und in der Krankenversicherung. Andererseits gibt es Assistance-Geschäfte, die mit Versicherungsgeschäften keine oder nur geringe Zusammenhänge aufweisen, [...].⁹¹

Beide Definition beziehen sich auf Zugang für den Endkunden. Meist werden diese Dienstleistungen im Bereich Business-to-Business angeboten. Das Assistanceunternehmen leistet den Service meist im Namen des Business-to-Business Kunden. Häufig werden diese Assistanceleistungen privaten Versicherungsunternehmen zu Verfügung gestellt. Mittlerweile geht das Kundensortiment von Assistanceunternehmen jedoch weit über Versicherer hinaus. Automobilhersteller, Pharmaunternehmen, größere Arbeitgeber, Mobilfunkhersteller,

⁹⁰ Esser, Martina (2004): Assistance in der Versicherungswirtschaft. Ein marketingorientierter Ansatz zur Unternehmenswertsteigerung.. Karlsruhe, Verlag Versicherungswirtschaft S.32.

⁹¹ Farny, Dieter (2006):Versicherungsbetriebslehre. Karlsruhe, Verlag Versicherungswirtschaft. S.365-366.

Baumärkte, öffentliche Versicherer und medizinische Einrichtungen beziehen weltweit Assistanceservices. Auch die ersten Schritte im direkten Vertrieb (Business to Client) wurden in den letzten Jahren bewerkstelligt. So gibt es Assistanceunternehmen, die gleichzeitig auch als Versicherer fungieren und stark serviceorientierte Versicherungsprodukte wie zum Beispiel Reiseversicherungen anbieten.

Assistanceleistungen basieren auf fünf Komponenten: mehrsprachige telefonische Einsatzzentralen mit einer 24/7 Erreichbarkeit, Situationsanalysen und Risikomanagement, sofortige Mobilisierung von technischen und personenbezogenen Dienstleistungen, Problemlösungen in Echtzeit, einem professionell gesteuerten und kontrollierten Partnernetzwerk.⁹²

Grundsätzlich lässt sich das Produktportfolio in vier Bereiche einteilen: Automotive, Heim und Familie, Reise und Gesundheit. Leistungen in der Produktgruppe Automotive beziehen sich meist auf die Unterstützung nach einem Unfall. So zählen Pannenhilfe, die Organisation eines Abschleppdienstes aber auch die Bereitstellungen eines Mietwagens zum Angebot.

Heim und Familie beinhaltet vor allem Dienstleistungen rund um die eigenen vier Wände. Bricht das Wasserrohr, so wird innerhalb kürzester Zeit ein Handwerker aus dem Netzwerk organisiert. Brauchen die Kinder einen Babysitter, sorgt auch hier ein Assistanceunternehmen für Informationen, Vermittlung und Organisation.

Der Reisebereich stellt den Ursprung von Assistanceleistungen dar. Im Jahr 1963 gründete Pierre Desnos in Paris das erste Assistanceunternehmen „Europ Assistance“. Vorausgegangen war ein Unfall eines befreundeten Ehepaars im Ausland und die damit verbundenen Probleme. Die medizinische Assistance, die unter die Produktgruppe Reise fällt, löst genau diese. Hat jemand im Ausland einen Unfall, so unterstützt ein Assistanceunternehmen bei der Organisation der besten medizinischen Versorgung vor Ort, organisiert (wenn notwendig) einen Rücktransport per Luftambulanz und kümmert sich um die Sorgen und Nöte der Angehörigen.

Basierend auf dieser medizinischen Kompetenz sind im Laufe der Zeit auch weitere Assistanceleistungen im Bereich Gesundheit und Pflege entstanden, die im

⁹² Vgl. Ohne Autor (2009): Europ Assistance. Weltweite Referenz auf dem Assistance-Markt. München, Präsentation Europ Assistance Deutschland. S.28-29.

folgenden Abschnitt genauer erläutert werden. Das grundsätzliche Ziel von Assistanceunternehmen kann folgendermaßen beschrieben werden: „Den Alltag der Menschen erleichtern und ihre Mobilität sichern – weltweit. Durch individuell bereitgestellte Lösungen rund um die Uhr.“⁹³

⁹³ Vgl. Ohne Autor (2009): Europ Assistance. Weltweite Referenz auf dem Assistance-Markt. München, Präsentation Europ Assistance Deutschland. S.25.

3.2.2. Triage Hotline

Der Begriff Triage stammt ursprünglich aus der Militärmedizin. In schweren Krisen war es notwendig durch ein schnelles „Stratifikationsverfahren vor erster Diagnose“⁹⁴ die Verwundeten, nach Ernsthaftigkeit ihrer Verletzungen und Dringlichkeit der Behandlung, dem richtigen Versorgungsinstrument zuordnen zu können.

Aus Sicht eines Assistanceunternehmens ist Triage ein durch Informationstechnologie gestütztes System, das dem Callcenteragent (meist eine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson) dabei hilft, die richtige Behandlungsempfehlung auszuwählen. „Telephone triage is a systematic process in which a nurse screens a caller’s symptom for urgency and advises the when to seek medical attention, based on severity of the problem described. The nurse also helps direct the caller to the most appropriate health care setting, or gives advice about home care.“⁹⁵

Triagehotlines sind Services, die meist privaten oder öffentlichen Krankenversicherungen zu Verfügung gestellt werden. Letztlich entscheiden die Versicherer, ob all ihre KundInnen kostenlosen Zugang zu diesem Service haben oder ob er nur einer besonderen Kundengruppe zusteht (z.B. vollversicherte Kunden). Die Leistungen, die im Rahmen einer Triagehotline angeboten werden sind sehr vielfältig. Grundlegend ist natürlich die Auskunft bei akuten oder chronischen Beschwerden oder Erkrankungen. Der Kunde bekommt telefonisch von einem Gesundheitsspezialisten abhängig von der Art seines Zustandes eine dementsprechende Empfehlung. Die Prozess, der für den Kunden unsichtbar im Hintergrund abläuft, ist jedoch viel komplexer. Um diesen Ablauf verständlicher darzustellen folgt eine Grafik:

⁹⁴ Wikipedia (2010): Triage. URL: <http://de.wikipedia.org/wiki/Triage> (08.07.2010).

⁹⁵ Briggs, Julie (2007): Telephone triage protocols for nurses. Philadelphia, Wolters Kluwer - Lippincott Williams & Wilkins. S.1.

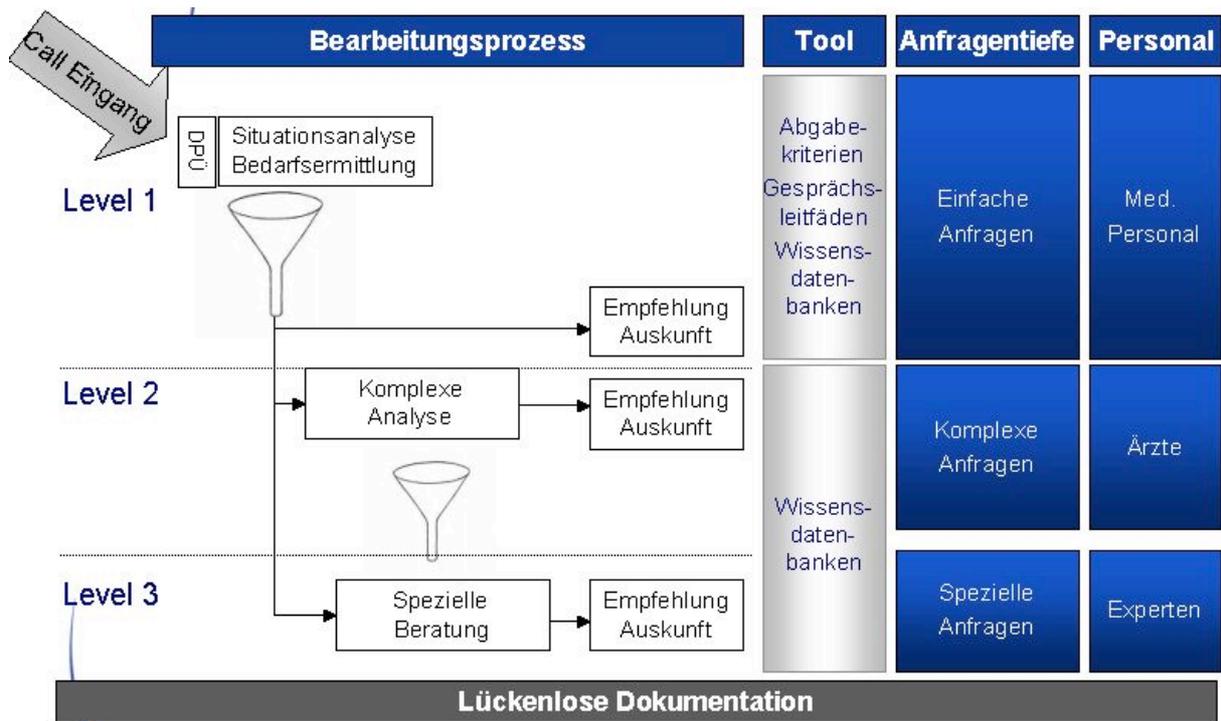


Abbildung 11: Gesundheitstelefon – Übersicht Fallbearbeitung⁹⁶

Sämtliche Anrufe landen im ersten Level. Dort findet zunächst die Deckungsüberprüfung statt. Das heißt, es wird (meist anhand der Nummer der Versicherungspolice) geprüft, ob der Kunde Anspruch auf diesen Service hat. Ist dies der Fall, so gibt es einen direkten Übergang zur Bedarfsermittlung des Patienten. „Die Beantwortungstiefe erfordert hier keinen ärztlichen Rat.“⁹⁷ Die Anrufe des ersten Levels werden daher von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, examinierten Kinderkrankenpflegepersonen und Arzthelfern/Arzthelferinnen entgegengenommen. „The symptoms [of the patient] are assessed by asking questions starting with the most acute and working down in severity to the least acute, in order to determine the need for medical intervention.“⁹⁸ Um die Ernsthaftigkeit des Zustandes des Patienten genau zu bewerten, ist jedes standardisierte Kriterium mit einer speziellen Bewertung hinterlegt. Überspringt die Gesamtbewertung der Fragen des ersten Levels eine gewisse Summe, schaltet eine

⁹⁶ Ohne Autor (2008): Europ Assistance Gesundheitstelefon. München, Präsentation Europ Assistance Deutschland. S.5.

⁹⁷ Ohne Autor (2008): Europ Assistance Fachkonzept Demand Management. München, Präsentation Europ Assistance Deutschland. S.8.

⁹⁸ Keane, Fionnuala (2009): Project Health. Navan, Präsentation Europ Assistance Ireland. S.4.

virtuelle Ampel von grün auf rot. Dies ist das Zeichen für den Callcenteragent um diesen Patienten ist das nächste Level abzugeben, da in diesem Fall eine ärztliche Beratung notwendig ist und die Kompetenz des Callcenteragents in Level eins nicht ausreichend ist. Bleibt der Gesamtwert unterhalb des kritischen Limits von Level eins, so reicht hier die Empfehlung des medizinisch geschulten Personals.⁹⁹

Gelangt der Patient in Level zwei so wird er dort direkt von einem Allgemeinmediziner telefonisch beraten. Dieser kann dem Patienten aufzeigen, welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt und Empfehlungen geben, kann jedoch aufgrund rechtlicher Bestimmungen (die in den meisten Ländern gleich sind) keine Diagnose am Telefon geben. Sollte die Situationsanalyse in Level zwei die Kompetenzen des Allgemeinmediziners überschreiten, erfolgt die Abgabe in Level drei.

Dieses abschließende Level besteht aus einem Netzwerk von FachärztInnen und SpezialistInnen. Der Informationsaustausch mit den ExpertInnen aus dem dritten Level findet seitens der AllgemeinmedizinerInnen des Assistanceunternehmens statt. „Sie können einerseits dem Spezialisten die vorliegende Situation medizinisch kompetent schildern und wissen, welche Informationen für eine genaue Aussage notwendig sind. Außerdem können sie andererseits dem medizinischen Laien die Informationen verständlich vermitteln.“¹⁰⁰ So werden letztlich die Expertenempfehlungen aus Level drei vom Allgemeinmediziner der Assistanceplattform an den Patienten übermittelt.

Aufbauend auf dem Service der Beratung bei akuten oder chronischen Beschwerden oder Erkrankungen gibt es noch zahlreiche weitere Leistung, die via Telefon erbracht werden können. Basierend auf dem bestehenden Partnernetzwerk von medizinischen ExpertInnen und Einrichtungen können bestimmte Ärzte, Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen empfohlen und Termine vereinbart werden. Auch das Einholen einer medizinische Zweitmeinung für den Kunden ist möglich.

Weiters stehen den Callcenteragents eine wissenschaftlich basierte Datenbank zur Verfügung, die genutzt werden kann um dem Kunden sämtliche Auskünfte zu

⁹⁹ Vgl. Ohn Ohne Autor (2008): Europ Assistance Gesundheitstelefon. München, Präsentation Europ Assistance Deutschland. S.9.

¹⁰⁰ Autor (2008): Europ Assistance Fachkonzept Demand Management. München, Präsentation Europ Assistance Deutschland. S.38.

Krankheitsbildern, chronischen Erkrankungen, gesunder Lebensweise und Prävention zu geben. Ein weiterer Service ist die Arzneimittelberatung. Dafür befindet sich im zweiten operativen Level ein Apotheker, der Auskunft über die Nebenwirkungen von Arzneimitteln und Beipackzettel verständlich erläutern kann.¹⁰¹ Am fortgeschrittensten im Bereich Triage Hotline ist derzeit die Schweiz. Dort werden die Empfehlungen von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und Ärzten durch medizinische Diagnosen ergänzt. Möglich macht diese Leistung des Demand Managements nicht nur die gesetzlichen Rahmenbedingungen, sondern auch der Einsatz von neuesten Technologien. So kann auf elektronischem Wege eine Bildbefundung und anschließende elektronische Verschreibung von Medikamenten stattfinden. Das Unternehmen Medgate betreut auf diesem Wege bis zu 2.000 Patienten täglich. Dreißig Prozent der Anfragen der Triagehotline können durch Empfehlungen und anschließende Self-Care des Patienten gelöst werden. Knapp 75% der AnruferInnen können mit dem Einsatz von Telecareservices zufriedengestellt werden.¹⁰² Das Ziel des Demand Management ist es, „unnötige Wege und Untersuchungen [zu verhindern] und die PatientInnen effizienter an Fachärzte und Kliniken [zu vermitteln].“¹⁰³ Für den Versicherer ist somit gewährleistet, dass Kosten eingespart und auch die Qualität der Versorgung erhöht wird, indem die PatientInnen einen einfachen und bequemen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben. Die Qualität wird durch ständige Schulungen der Callcenteragents, lückenlose Dokumentationen und statistischen Auswertungen gewährleistet. „Mittlerweile haben 30 Prozent aller Schweizer über ihre Krankenversicherung kostenlosen Zugang zum Callcenter von Medgate.“¹⁰⁴ Ein weiterer Vorteil eines Triageservices ergibt sich aus dem Screening der Patienten, der Dokumentation und der statistischen Auswertung der klinischen Parameter. So kann man aus einer gegebenen Population oder Kundenstamm jene PatientInnen herausfiltern, die ein erhöhtes Risiko an chronischen Erkrankungen

¹⁰¹ Vgl. Ohne Autor (2010): Europ Assistance – Die weltweite Referenz auf dem Assistance-Markt. Bereich Gesundheit. München, Präsentation Europ Assistance Deutschland. S.31.

¹⁰² Vgl. Ohne Autor (2009): Medgate. Doc around the clock. Basel, Präsentation Medgate. S.4-9.

¹⁰³ Weymayr, Christian (2009): In Rufweite. In der Schweiz werden Kranke besser versorgt – dank einer technischen Errungenschaft des 19. Jahrhunderts: dem Telefon. BrandEins 11/09 S. 41.

¹⁰⁴ Weymayr, Christian (2009): In Rufweite In der Schweiz werden Kranke besser versorgt – dank einer technischen Errungenschaft des 19. Jahrhunderts: dem Telefon. BrandEins 11/09 S.42.

haben oder sogar bestätigte chronisch Kranke sind. Ein interessanter Fakt für Versicherer – stellen eben jene Kunden ein hohes Risiko und einen damit verbundenen hohen finanziellen Aufwand dar.

3.2.3. Post Hospitalisation

Das Ziel eines Post Hospitalisation Programms ist „accompanying patients for secured back home program“¹⁰⁵. Patienten werden früher aus dem Krankenhaus entlassen um die Anschlussheilbehandlung zu Hause durchzuführen. Die Präsidentin der französischen Vereinigung für medizinische Heimversorgung Elisabeth Hubert erläutert die Vorteile folgendermaßen: „Für den Patienten vereint Krankenhausbehandlung im eigenen Heim erfolgreich die technische Qualität eines Krankenhauses mit der Wärme und Geborgenheit des eigenen Heims: Diese Behandlung bietet Vorteile für das Krankenhaus sowie den Patienten.“¹⁰⁶

Man kann sich vorstellen, dass um eine qualitativ hochwertige sowie gleichwertige Behandlung in den eigenen vier Wänden gewährleisten zu können, viele Dienstleister in den Prozess eingebunden werden müssen. Dies ist die Hauptaufgabe, die sich einem Assistanceunternehmen stellt. Basierend auf den Komponenten des Partnernetzwerks und dem Zugang über das Telefon lässt sich diese Aufgabe sehr gut lösen. „A team of medical specialists and doctors answer the patient questions 90 days after the release from the hospital in close co-operation with the hospital teams.“¹⁰⁷ Zudem stehen im Netzwerk diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Physiotherapeuten und Rehabilitationsmanager bereit, die bei Bedarf den Patienten und auch die Angehörigen persönlich unterstützen können. Weiters können diese Leistungen ergänzt und verbessert werden durch den Einsatz von telemedizinischen Applikationen. Diese Möglichkeit wird näher im Abschnitt 2.2.9. ‚E-Health‘ erläutert.

Für Krankenhäuser und letztlich die Kostenträger steht vor allem der Mehrwert der Kostenreduzierung im Vordergrund. Ein verkürzter Krankenhausaufenthalt bei gleichbleibender Qualität bedeutet eine geringere Auslastung des Personals und damit einen (kosten)effizienteren Einsatz von Ressourcen. Es stellt sich jedoch die Frage, ob eine Versorgung in den eigenen vier Wänden mit all den benötigten

¹⁰⁵ Guet, Patrick; Diet, Jean-Francois; Burghardt, Steven (2010): Europ Assistance Health Survey. Paris, Präsentation Europ Assistance Holding. S. 36.

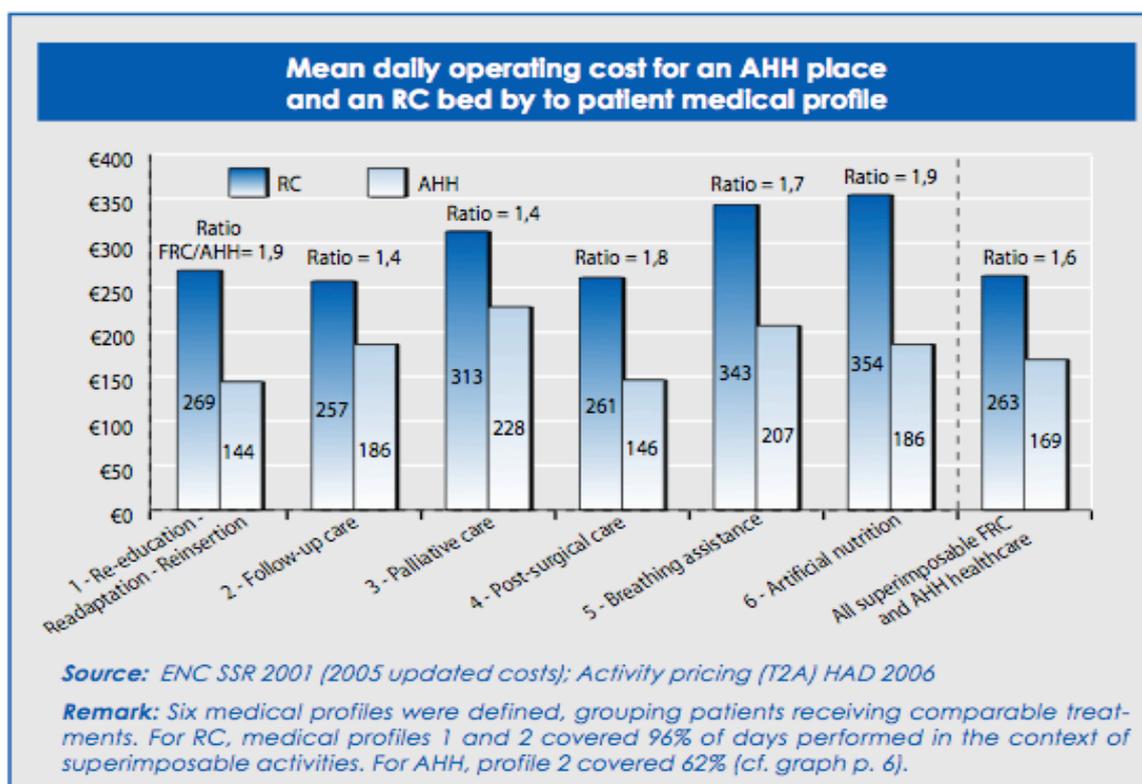
¹⁰⁶ Ohne Autor (2010): Health Cast. Die Individualisierung des Gesundheitswesens. Frankfurt, Studie Pricewaterhouse Coopers' Health Research Institute. S.49.

¹⁰⁷ Guet, Patrick; Diet, Jean-Francois; Burghardt, Steven (2010): Europ Assistance Health Survey. Paris, Präsentation Europ Assistance Holding. S.36.

Ressourcen und der interdisziplinären Zusammenarbeit nicht teurer ist als der Verbleib im Krankenhaus. Mit diesem Finanzierungsproblem setzte sich das French Institute for Research and Information in Health Economics auseinander – mit folgendem Ergebnis:

For those types of care that we consider 'comparable' the average daily cost for public funding bodies, is €263 for inpatient rehabilitative care compared to €169 for at-home hospitalization. The difference goes down for elderly and/or highly dependent patients, but the daily cost for inpatient rehabilitative care remains higher, whatever the patient's age, level of dependency and medical profile.¹⁰⁸

In der folgenden Grafik wird die Ersparnis pro pflegerischem Profil nochmals hervorgehoben:



Ab

bildung 12: Kostenvergleich Krankenhausbehandlung und Versorgung zu Haus¹⁰⁹

Der Faktor der Kostenersparnis ist somit belegt. Zudem kommt, dass das Phänomen des sogenannten Drehtürpatienten vermieden wird. Das heißt, dass man den

¹⁰⁸ Afrite, Anissa; Com-Ruelle, Laure; Or, Zeynep; Renaud Thomas (2007): Hospital at home, an economical alternative for rehabilitative care. Health Economics letter. N°119, February 2007. S.1.

¹⁰⁹ Afrite, Anissa; Com-Ruelle, Laure; Or, Zeynep; Renaud Thomas (2007): Hospital at home, an economical alternative for rehabilitative care. Health Economics letter. N°119, February 2007. S.1.

Operations- und Behandlungserfolg sicherstellen und eine erneute Krankenhausbehandlung vermeiden möchte.¹¹⁰ „Vor allem für chronisch Kranke und ältere Menschen, bei denen die Genesung länger dauert, besteht die Gefahr, dass sie ohne entsprechende Gegensteuerung zu Drehtürpatienten werden.“¹¹¹ Die Europ Assistance stellte folgendes Ergebnis nach einem einjährigen Pilotprojekt mit 2.000 Patienten in Frankreich fest: „Only 1% of the patients had to go back to the hospital.“¹¹²

Bereits seit dem Ende der 90er Jahre kann man ähnliche Pilotprojekte in verschiedenen Ländern verfolgen. So auch in Österreich, wo bereits 1996 das Casemanagementprojekt „Ganzheitliche Hauskrankenpflege“ vom Roten Kreuz ins Leben gerufen wurde. Die Ziele lauteten Bereitstellung und Leistungserbringung eines umfassenden Angebots durch ein multiprofessionelles Team; Sicherung der Kontinuität der Leistungen; Sicherung einer integrierten, abgestimmten Versorgung; Entwicklung eines Systems der Qualitätssicherung.¹¹³ Trotz eines erfolgreichen Abschneidens dieses Projektes ist bis heute kein flächendeckendes ganzheitliches Versorgungskonzept durchgesetzt worden. Laut Oskar Meggeneder folgt Österreich damit dem europäischen Trend der Reduzierung von Akutkrankenbetten und der Verweildauer im Krankenhaus, vernachlässigt jedoch dabei den Ausbau und die Finanzierung des extramuralen Bereiches¹¹⁴

¹¹⁰ Vgl. Deimel, Hubertus; Huber, Gerhard; Pfeifer, Klaus; Schüle, K.(2007): Neue aktive Wege in Prävention und Rehabilitation. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag. S.91.

¹¹¹ Kaizar, Tanja (2006): Pflege in Österreich. Zu den gesellschaftlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen des Pflegeberufs. Wien, Diplomarbeit Universität Wien. S.25.

¹¹² Guet, Patrick; Diet, Jean-Francois; Burghardt, Steven (2010): Europ Assistance Health Survey. Paris, Präsentation Europ Assistance Holding. S.36.

¹¹³ Vgl. Pelikan, Jürgen; Stacher, Alois; Grundböck, Alice; Krajic, Karl (1998): Virtuelles Krankenhaus zu Hause – Entwicklung und Qualität von Ganzheitlicher Hauskrankenpflege. Theoretische Konzepte, gesundheitspolitischer Kontext und praktische Erfahrungen in Europa. In: Pelikan, Erich Grießler, Grundböck, Krajic (Hrsg.): Wien, Facultas Universitätsverlag. S.108-110.

¹¹⁴ Meggeneder, Oskar (2003): Unter-, Über- und Fehlversorgung. Vermeidung von Fehlern im Gesundheitswesen. Frankfurt am Main, Mabuse – Verlag. S.35.

3.2.4. Absenz Management

Grundlegend für die Berechtigung eines Absenz Management Programms ist der Fakt der hohen krankheitsbedingten Fehlzeiten von Angestellten an ihrem Arbeitsplatz. "Darüber hinaus kommt es über eine Verringerung der Arbeitsproduktivität und des Arbeitsvolumens zu Wertschöpfungsverlusten. Diese Kosten, die sich laut Schätzungen in Summe auf 6.7 Mrd. € (Anm.: Kosten beziehen sich auf Österreich) belaufen, stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit den Krankenständen."¹¹⁵ Neben den Unternehmen selbst haben natürlich auch die Träger des Lohnes bei Ausfall eines Arbeitnehmers vermehrte Kosten. Abhängig vom Sozialversicherungsmodell des jeweiligen Landes kommt das Unternehmen selbst, öffentliche Kostenträger oder private Versicherer über einen bestimmten Zeitraum für die entstandenen Lohnausfallkosten auf. Die hier beschriebene Assistancleistung Absenzmanagement bezieht sich auf den Schweizer Markt, kann jedoch angepasst in anderen Ländern implementiert werden.

Unternehmen in der Schweiz schließen für ihre MitarbeiterInnen häufig eine Krankentaggeldversicherung ab.

Die Krankentaggeldversicherung deckt die Lohnkosten ab einer bestimmten Zeit in einer vereinbarten prozentualen Höhe ab. [...] Je früher die Lohnkosten bei einem längeren Ausfall von der Versicherung getragen werden und je höher der Abdeckungsgrad ist, desto höher sind die Prämien. Je mehr Leistung bezogen wird, desto mehr steigen die Prämien, welche die Firmen (und Mitarbeiter) zu bezahlen haben.¹¹⁶

Mitarbeiter werden häufig prozentual an den Versicherungsprämien beteiligt. Daraus ergibt sich eine Konstellation, in der alle drei Beteiligten den Bedarf haben, die Fehlzeiten zu reduzieren. Die Unternehmen möchten gern den Wertschöpfungsverlust sowie die Prämien verringern bzw. eine Erhöhung der Prämien vermeiden. Da ebenfalls häufig die MitarbeiterInnen an der Zahlung der Versicherungsprämie beteiligt sind, ist es auch in ihrem Interesse dies gering zu

¹¹⁵ Leoni, Thomas; Mahringer, Helmut (2008): Fehlzeitenreport 2008. Krankheitsbedingte Fehlzeiten in Österreich. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung. Wien, Studie im Auftrag von Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Wirtschaftskammer Österreich, Bundesarbeiterkammer, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt. S.5.

¹¹⁶ Bamert, Stephan; Frei, Markus (2008): Burnout und Präventionsmassnahmen. Wie gehen Unternehmen damit um und was ist der Einfluss auf den Unternehmenserfolg. Norderstedt., Grin-Verlag. S.26.

halten. Aus Sicht des Versicherungsunternehmens ist es wichtig, die Erhöhung der Fehlzeitenkosten sowie die damit verbundene Prämienenerhöhung zu vermeiden.

An diesem Punkt kommt die Assistancleistung Absenz Management ins Spiel, denn „die Unternehmen haben kein wirkliches Mittel um die Abwesenheit der Mitarbeitenden zu verringern. Die Mitarbeitenden sind im medizinischen Bereich oft verunsichert und möchten beraten sein. Die Versicherungs-Gesellschaften haben es schwer, die Lohnausfall-Branche zu rentabilisieren.“¹¹⁷ Absenz Management ist „ein Telefondienst durch erfahrenes medizinisches Fachpersonal, das den Mitarbeitenden, dem Unternehmen und dem Versicherer zur Verfügung steht.“¹¹⁸

Ist ein Mitarbeiter krank und kann dadurch nicht zur Arbeit erscheinen, so muss er es dem Unternehmen melden. Die Personalabteilung des Unternehmens wiederum meldet dies der medizinischen Einsatzzentrale (meist diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen) des Assistanceunternehmens. Die erfahrenen MitarbeiterInnen rufen nun den erkrankten Mitarbeiter an und eruieren anhand eines standardisierten Fragebogens den Gesundheitszustand der Person. Abhängig von der Schwere der Erkrankungen können nun gezielte Maßnahmen ergriffen werden.¹¹⁹ Dazu zählt die Empfehlung und Terminvereinbarung bei einem spezialisierten Arzt, sowie die Beratung in Form des bereits beschriebenen Triageservices. Gebündelt mit anderen Assistancleistungen des Gesundheitsbereichs ist das Absenz Management ein guter Einstiegspunkt für den Patienten, der es ermöglicht eine optimale medizinische Versorgung zu gewährleisten. Im Falle einer schweren Verletzung oder Erkrankung wird dem Patienten ein Casemanager an die Seite gestellt, der bei der schnellstmöglichen Rehabilitation unterstützt (siehe Kapitel 2.2.6. Rehabilitationsmanagement). Das Ziel dieses Services ist natürlich in erster Linie, den Patienten schnellstmöglich wieder ins Arbeitsleben zu integrieren. Wie die folgende Grafik zeigt, liegt die größte Einflussmöglichkeit im Bereich der Prävention von Burnout und Depression – vor allem bedingt durch einen rechtzeitigen Kontakt und rechtzeitiges intervenieren mit

¹¹⁷ Zomer, Pascal (2006): Gowell. Die Optimierung Ihrer Lohnausfall-Versicherung bei Krankheit. Lausanne, Präsentation Vaudoise Assurance. S.6.

¹¹⁸ Zomer, Pascal (2006): Gowell. Die Optimierung Ihrer Lohnausfall-Versicherung bei Krankheit. Lausanne, Präsentation Vaudoise Assurance.S.7.

¹¹⁹ Vgl. Schwarz, Rolf (2010): Absence Management. Wien, Präsentation Europ Assistance Health Workshop. S.10.

dem Patienten. Ebenso besteht die Möglichkeit häufig vorkommende Rückenerkrankungen durch präventive Beratung zu unterbinden. Der Einfluss auf akute Erkrankungen wie z.B. eine Grippe ist relativ gering. Jedoch wird auch in diesen Situationen eine Begleitung des Patienten angeboten und mit Informationen zur Seite gestanden. Zudem besteht die Möglichkeit für sämtliche MitarbeiterInnen, die medizinische Assistance Einsatzzentrale 24 Stunden täglich zu erreichen.

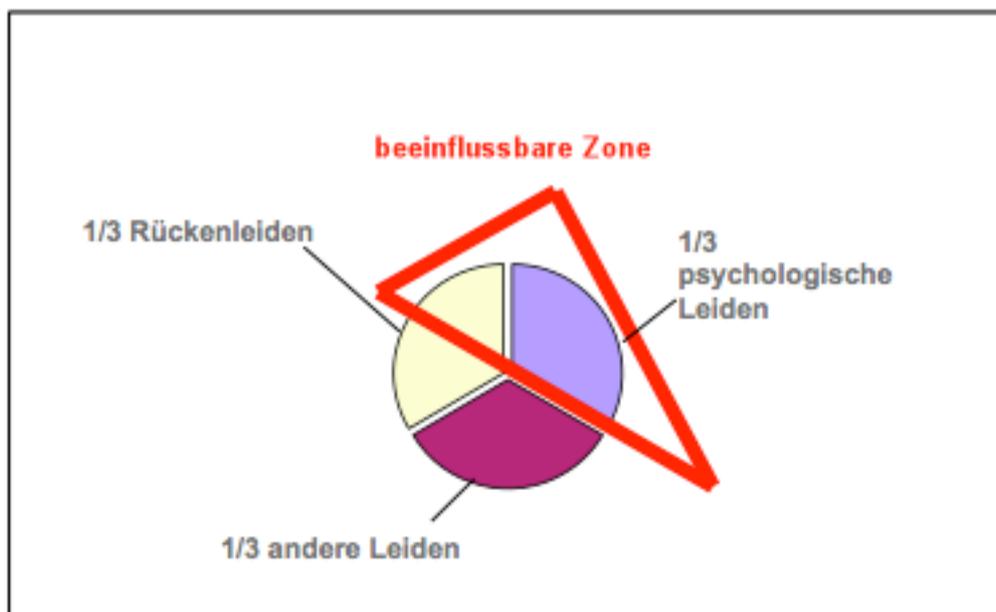


Abbildung 13: Reasons for absence from work due to illness¹²⁰

Durch diese Assistancleistung der medizinischen Beratung am Telefon wird unter den drei Beteiligten Stakeholdern eine Win-Win-Win-Situation geschaffen. Aus Sicht der Mitarbeiter wird die Qualität der Gesundheitsversorgung erhöht und der Zugang erleichtert. Zudem stehen die Informationsleistungen nicht nur während der Absenz, sondern ständig zur Verfügung und können auch für Familienangehörige genutzt werden.

Für das Unternehmen gibt es den Mehrwert des Imagegewinns – sich um die Gesundheit der MitarbeiterInnen zu kümmern schafft Vertrauen und steigert das positive Ansehen. Zudem bekommen die Unternehmen regelmäßig anonyme

¹²⁰ Schwarz, Rolf (2010): Absence Management. Wien, Präsentation Europ Assistance Health Workshop. S.5.

Statistiken über die Gründe des Fehlens der MitarbeiterInnen. So können daraufhin gezielte Maßnahmen im Bereich der Arbeitsprävention gesetzt werden. Abschließend besteht natürlich auch der Mehrwert der Kostenreduzierung. Durch eine schnellstmögliche Reintegration und die damit verbundene Reduzierung der Fehlzeiten von MitarbeiterInnen kann nicht nur die Wertschöpfung erhöht, sondern auch eine Verringerung bzw. Vermeidung der Prämienhöhung erreicht werden. Ähnliche Mehrwerte ergeben sich für das Versicherungsunternehmen. Eine geringe Prämie anbieten zu können, bedeutet gleichzeitig eine höhere Kundenbindung und Wettbewerbsvorteile im Vergleich zu Konkurrenz auf dem Versicherungsmarkt.¹²¹

¹²¹ Vgl. Schwarz, Rolf (2010): Absence Management. Wien, Präsentation Europ Assistance Health Workshop. S.8-10.

3.2.5. Chronic Disease– und Wellness Management

Der rasante Anstieg und die vermehrte Prävalenz von chronischen Krankheiten weltweit wurde im Kapitel Gesundheitsmarkt ausreichend beschrieben. Auf diesen gestiegenen Bedarf antwortet das Chronic Disease- und Wellness Management, das mittlerweile nicht nur von dafür spezialisierten Unternehmen, sondern auch als Assistanleistung angeboten wird.

Der Begriff Chronic Disease Management ist sehr umfassend und wird in der Praxis unterschiedlich definiert: „Chronic disease management as a term is used loosely and can encompass a variety of activities, all centered around supporting the health of an individual with a chronic disease.“¹²² Als einer der größten privaten Krankenversicherungsunternehmen der Welt definiert BUPA den Begriff folgendermaßen: “Co-ordinated, pro-active, patient-centered, healthcare interventions and communications for people with long term conditions to optimise the quality of patient care and health outcome while minimising overall healthcare costs (long term conditions are those conditions that are permanent and require ongoing supervision, observation of care).”¹²³

Chronic Disease Management beinhaltet Elemente der Begleitung, Unterstützung des Patienten im Bereich des Self-Managements aber auch der stetigen Schulung über Verhaltensmaßnahmen bei einer bestimmten chronischen Erkrankung. Grundsätzlich basiert diese Assistanleistung auf drei Komponenten: Risk Assessment, Intervention und Evaluation/Monitoring.¹²⁴ Risk Assessment beinhaltet folgende Ebenen: „behavioral patterns, perceptions, psychological readiness to make changes, clinical parameters, disease specific risks, DNA analysis.“¹²⁵ Besonders die Komponente des Lebensstils hat eine hohe Bedeutung. Rauchen, übermäßiger

¹²² Vallance-Owen, Andrew (2010): Chronic Disease and Chronic Disease Management in BUPA. Prag, Präsentation International Health Summit. S.10.

¹²³ Vgl. Vallance-Owen, Andrew (2010): Chronic Disease and Chronic Disease Management in BUPA. Prag, Präsentation International Health Summit. S.10.

¹²⁴ Ohne Autor (2009): Access Health South Africa. Chronic Disease Management. Constantia Kloof, Präsentation Access Health South Africa. S.10.

¹²⁵ Joubert, Jacqui (2010): Chronic Disease Management and Wellness. Wien, Präsentation Europ Assistance Health Workshop.S.17.

Alkoholkonsum und Übergewicht sind die Risikofaktoren mit der stärksten Auswirkung auf chronische Konditionen.¹²⁶

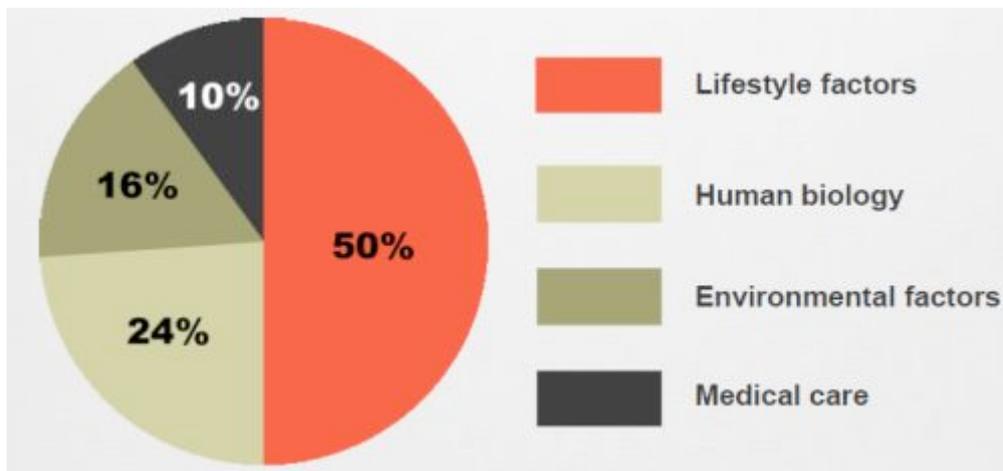


Abbildung 14: What matters most in health?¹²⁷

Die Interventionen werden je nach den Ergebnissen des Risk Assessments individuell zugeschnitten und ausgerichtet. So kann je nach Bedarf des Patienten die Vermittlung an FachärztInnen, Empfehlung für spezielle Untersuchungen, Vermittlung an PsychologInnen, persönliche Schulungen des Patienten und seinen Angehörigen, telefonische Schulungen, Versenden von Informations- und Schulungsmaterialien, Zugang zu Internetportalen oder die Vermittlung von Ernährungs-, Raucherentwöhnungsberatung und Sportprogrammen durchgeführt werden. Betrachtet man das Thema Interventionen vom Standpunkt der Präventionspolitik eines Landes, so würden folgende Maßnahmen zum Tragen kommen: „Cost effective interventions include tobacco cessation programmes, tobacco taxes, contextually appropriate mass media education campaigns to improve diet, community-based physical activity programmes, and secondary prevention

¹²⁶ Pramming, Stig (2010): Chronic diseases: Will we be able to treat the problem? Prag, Präsentation International Health Summit. S.12.

¹²⁷ Pramming, Stig (2010): Chronic diseases: Will we be able to treat the problem? Prag, Präsentation International Health Summit. S.13.

through pharmacological interventions.“¹²⁸ All diese Maßnahmen werden im Bereich des Monitoring/Evaluation laufend kontrolliert und den vorhergegangenen Resultaten gegenübergestellt. So kann man letztlich den Fortschritt und die Reduzierung des Risikos des Patienten nachvollziehen und dokumentieren.

Um Fortschritte mit dem Patienten erzielen zu können, wird nach dem Risk Assessment ein individueller Plan erstellt, der gemeinsam vereinbarte Ziele enthält. Damit man diese Ziele erreicht, ist es wichtig den Patienten zu motivieren und seine Compliance zu gewinnen. Neben der Reduzierung des Risikos ist die Compliance des Patienten das bedeutendste Ziel des Chronic Disease Management.¹²⁹

Aus diesem Grund ist es möglich, reine Complianceprogramme, zum Beispiel zur Begleitung von PatientInnen bei der Medikamenteneinnahme, anzubieten. „Compliance is a key issue for pharmaceutical companies. It is a key issue also for healthcare authorities as it helps preventing further health hazards and spending for example hospital costs, additional treatment...“¹³⁰ Die Leistungen beinhalten die telefonische Kontaktaufnahme zum Patienten in regelmäßigen Abständen und nachhaltige Informationen über die richtige Einnahme von Medikamenten.

Die Basis zahlreicher Chronic Disease Management Programme ist das Transtheoretische Modell von Prochaska, Di Clemente und Nocrass. „Das Modell betont die Prozesshaftigkeit einer Verhaltensänderung und stellt die unterschiedlichen Stadien (Stages of Change) einer Person auf diesem Weg heraus. [...] In Anlehnung an dieses Modell lässt sich beispielsweise eine stufenspezifische Beratung verwirklichen.“¹³¹ Bereits um den Patienten zur Teilnahme am Programm zu bewegen, ist es wichtig, Motivationsanreize zur Verfügung zu stellen. Studien von Access Health South Africa belegen, dass ohne spezielle Anreize sich nur 20% einer bestimmten Population bereit sind am Chronic Disease Management Programm teilzunehmen. Bei hohen Motivationsanreizen sind es bereits 70-80%.¹³² Welche

¹²⁸ Suhrcke, Marc; Nugent, Rachel; Stuckler, David; Rocco, Lorenzo (2006): Chronic disease: An economic perspective. London, Bericht Oxford Health Alliance. S.9.

¹²⁹ Joubert, Jacqui (2010): Chronic Disease Management and Wellness. Wien, Präsentation Europ Assistance Health Workshop. S.2.

¹³⁰ Conchon, Françoise (2010): Business Models and needs of the pharmaceutical industry in terms of marketing and customer services. Wien, Präsentation Europ Assistance Health Workshop. S.23.

¹³¹ Warschburger, Petra (2009): Beratungspsychologie. Berlin, Springer Verlag. S.158.

¹³² Joubert, Jacqui (2010): Chronic Disease Management and Wellness. Wien, Präsentation Europ Assistance Health Workshop. S.19.

Anreize dies sind, hängt stark vom Zugang zum Programm bzw. vom soziokulturellen Umfeld ab. In Südafrika sind es zum Beispiel meist finanzielle Leistungen. Beim Chronic Disease Management Programm der Wiener Gebietskrankenkasse in Österreich ist es lediglich die Unterschrift des Patienten, die seine Selbstverpflichtung unterstreicht. Daniel Hodyc von KlientPro Tschechien hat folgendes Konzept für die Motivation von bestehenden Teilnehmern entworfen:

Every client of HP Medipartner is collecting the points to the medical account. These points can then be used for reimbursement of: preventive programs, vaccination, regeneration and wellness programs, sports activities, health care uncovered by the healthcare insurance, injury prevention equipment (cycling helmets, protectors), specific benefits for diabetes mellitus and obesity management.¹³³

Dadurch werden die PatientInnen ‚belohnt‘, wenn sie bestimmte Ziele erreichen und zudem das Risiko der TeilnehmerInnen weiter minimiert.

Ziel eines Chronic Disease Management Programms ist immer die Betreuung einer gesamten Bevölkerungsgruppe, das heißt nicht nur HochrisikopatientInnen mit bestehenden chronischen Erkrankungen und eventuellen Komorbiditäten, sondern auch gesunde PatientInnen. Dieses Prinzip nennt sich Population Health Management. „[...] (PHM) is a comprehensive strategy that cost effectively improves the overall health of a defined population by segmenting the population based on health related factors and targeting interventions to meet the needs of each segment.“¹³⁴ Das Ziel ist es auf der einen Seite, das Risiko der HochrisikopatientInnen zu verringern. Auf der anderen Seite ist es wichtig, zu verhindern, dass PatientInnen mit derzeit geringem Risiko zu HochrisikopatientInnen werden. „Best results are achieved through a combination of population based prevention and high risk individual management approaches.“¹³⁵ Ein Patient mit chronischer Erkrankung kann am Montag in einer schlechten (kranken) Verfassung sein und sich am Dienstag sehr gesund fühlen. Zudem gilt es die PatientInnen einer Population, die (noch) an keiner chronischen Erkrankung leiden, präventiv zu

¹³³ Hodyc, Daniel (2010): Disease management program in the healthcare plan Medipartner. Prag, Präsentation International Health Summit. S.10.

¹³⁴ Ohne Autor (2008): Population-based health risk management. Constantia Kloof, Präsentation Access Health South Africa. S.13 .

¹³⁵ Pramming, Stig (2010): Chronic diseases: Will we be able to treat the problem? Prag, Präsentation International Health Summit. S.21.

betreuen. Aus diesem Grund sind Wellness Management und Prävention integrale Bestandteile eines Disease Management Programms.

In der folgenden Abbildung wird der gesamte Prozess eines Chronic Disease Management Programms nochmals grafisch dargestellt und anschließend zusammenhängend erläutert:

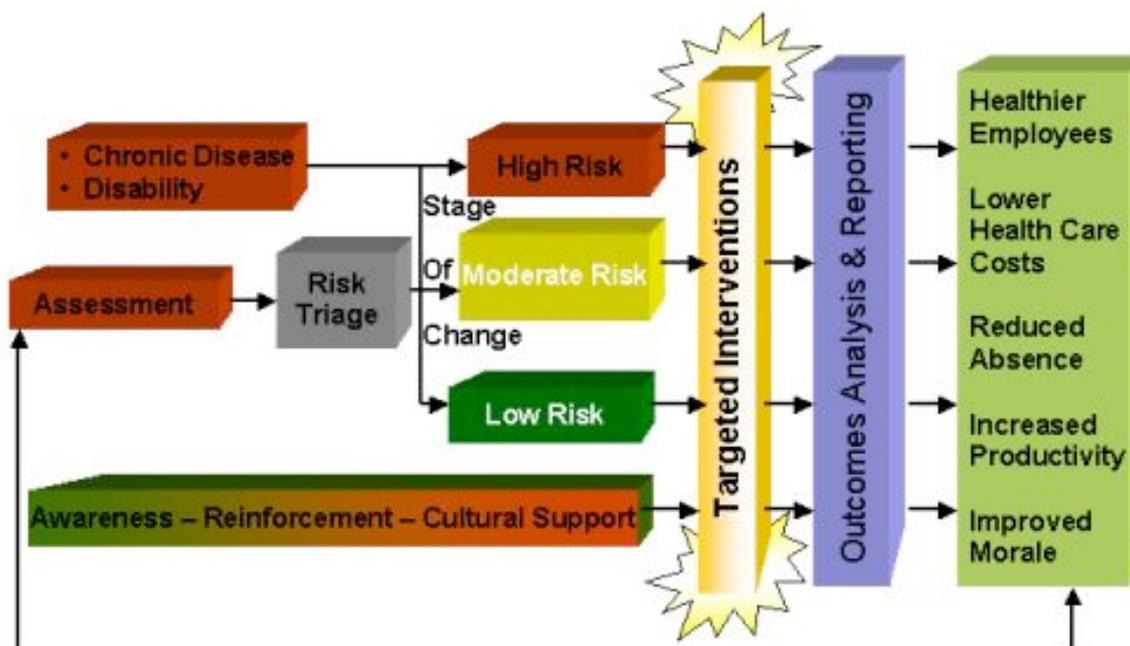


Abbildung 15: Program Implementation Process¹³⁶

PatientInnen, deren chronische Erkrankung bereits vor Eintritt in das Programm bekannt ist, werden direkt in den Hochrisikobereich eingestuft. TeilnehmerInnen, deren Zustand nicht bekannt ist, unterstützt das Risk Assessment bei der Identifizierung. Das anschließende Triagetool ordnet die PatientInnen in den entsprechenden Risikobereich zu. Weiters ist es möglich mit einer Triagehotline (wie in Kapitel 2.3.2. beschrieben) mögliche TeilnehmerInnen für das Chronic Disease Management zu identifizieren. So stellte die Europ Assistance Deutschland fest, dass 21% ihrer Anrufer der Triagehotline unter einer chronischen Erkrankung

¹³⁶ Joubert, Jacqui (2010): Chronic Disease Management and Wellness. Wien, Präsentation Europ Assistance Health Workshop. S.11.

leiden.¹³⁷ Je nach Risikogruppe werden nun speziell zugeschnittene Interventionen geleistet. Anschließend werden die Resultate in regelmäßigen Abständen evaluiert und verglichen. Bei positivem Abschneiden des Patienten werden die erreichten Ziele durch verschiedene Leistungen und Angebote prämiert. Durch diesen Ablauf erreicht man letztlich auch die Ziele eines Chronic Disease Management Programms. Aus Sicht des Patienten ist das vor allem die Erhöhung der Lebensqualität. Für ein Versicherungsunternehmen ist es vorrangig die Reduzierung von Ausgaben für die Behandlung von chronisch Kranken. In vielen Ländern wird der Zugang zu einem Disease Management Programm auch über Unternehmen geschaffen, die Mehrwerte für Ihre MitarbeiterInnen erzeugen möchten. Für diese Arbeitgeber gibt es ebenfalls Vorteile – gesündere Angestellte, verbesserte Produktivität und Arbeitsmoral, sowie verringerte Fehlzeiten. Wie man sehen kann wird auch in dieser Assistancelistung das Thema Absenz tangiert. Jedoch wird es im Vergleich zum Absenz Management nicht direkt angesprochen, sondern ist das Resultat einer umfassenden und patientenzentrierten Gesundheitsbetreuung.

Aus Sicht eines Assistanceunternehmens werden mehrere Zugänge für die PatientInnen geschaffen. Der Hauptzugang für die TeilnehmerInnen ist natürlich die telefonische Hotline und die damit verbundene Assistanceplattform, die 24 Stunden erreichbar ist. Personell heißt das in der Praxis, dass je nach chronischer Krankheit des Patienten, spezialisierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen am Telefon und auch für persönliche Besuche zur Verfügung stehen.

„Die Pflegekraft soll der erkrankten Person helfen, Krankheitserfahrungen und Krankheitsfolgen so zu verarbeiten, dass sie einen Platz in ihrem Leben finden können. Sie soll Hilfe bei der Alltagsbewältigung leisten, sie soll dem Patienten beim Management seiner Therapie helfen und sie soll ihm beim Versorgungsmanagement unterstützen.“¹³⁸ Das Chronic Disease Management wird somit vom

¹³⁷ Ohne Autor (2010): Status Quo Gesundheitstelefon und Arzneimittelhotline. München, Präsentation Europ Assistance Deutschland. S.14.

¹³⁸ Moers, Martin (2002): Herausforderungen für die ambulante Pflege – konzeptuelle Überlegungen. In: Kozon, Vlastimil; Seidl, Elisabeth (Hrsg.): Pflegewissenschaft – der Gesundheit verpflichtet. Wien, Facultas Verlag.S.83.

mitverantwortlichen und interdisziplinären Tätigkeitsbereich der Pflege abgedeckt.¹³⁹ Grundsätzlich beruht diese Assistancleistung auf einem ganzheitlichen Case Management Prinzip.¹⁴⁰ Ein weiterer wichtiger Fakt ist, dass die PatientInnen eine Hauptansprechperson haben, denn die chronische Erkrankung eines Menschen ist ein sensibles Gesprächsthema. Weiters können neben dem persönlichen und telefonischen Zugang auch das Internet und telemedizinische Applikationen bereitgestellt werden. Dies wird allerdings genauer im Abschnitt 2.2.9. beschrieben. Die diplomierten Gesundheits- und Krankheitspflegepersonen werden fachlich unterstützt durch PsychologInnen, ErnährungsexpertInnen, SportwissenschaftlerInnen, etc. Je nach Größe und Bedarf des Assistanceunternehmens stehen diese im Netzwerk oder direkt auf der Plattform zur Beratung bereit. Zudem ist es wichtig den behandelnden Hausarzt in das Programm einzubeziehen und ihn stets über die aktuellen Entwicklungen und Fortschritte des Patienten zu informieren. Im Optimalfall steht dafür eine gemeinsame elektronische Patientenakte bereit.

Um sämtliche Informationen des Chronic Disease Management Programms zu verzeichnen steht dem medizinischen Personal der Assistanceplattform ein klinisch entwickeltes und evidenz-basiertes IT-Programm zur Verfügung. Dies beinhaltet den Ablauf und Bestandteile des Risk Assessments und kann den Patienten automatisch anhand der Ergebnisse der richtigen Risikogruppe zuordnen. Zudem wird ein individuelles Risikoprofil erstellt und darauf aufbauend die notwendigen Interventions angezeigt. Das Tool führt die Gesundheits- und Krankenpfleger somit durch das Chronic Disease Management und stellt eine große Unterstützung dar. Abschließend werden die erreichten Ziele dargestellt und die Ergebnisse gemessen. Diese sind wiederum die Grundlage für eine Return On Investment Berechnung. Besonders für Versicherungsunternehmen ist dies eine wichtige Kennzahl, die die Funktionalität und den Mehrwert des Programms unterstreichen. Einer der größten Krankenversicherungsunternehmen der Vereinigten Staaten, Aetna, kam zu

¹³⁹ Vgl. Flemmich, Günter (2006): Ist die Pflegeausbildung Zeitgemäß?, in Gratzner, Alexander (Hrsg.) Ist die Pflegeausbildung noch zeitgemäß? Graz, Kammer für Arbeiter und Angestellte Steiermark. S.16.

¹⁴⁰ Joubert, Jacqui (2010): Chronic Disease Management and Wellness. Wien, Präsentation Europ Assistance Health Workshop.S.14.

folgenden Ergebnissen in einer Studie von 2008: „26% fewer inpatient admissions for diabetes, coronary artery disease, congestive heart failure strokes. 10% lower annual medical costs - \$ 5452 members in the program vs. \$6040 for those not in the program. Inpatient admissions per 1000 were reduced from 19.6 in the control group to 14.5 for those in Aetna Health Conditions Disease Management.“¹⁴¹ Allerdings ist es oftmals nicht nachweisbar, wem diese Einsparungen letztlich zu Gute kommen: : „There is evidence that investing in health yields a two- to threefold return on investment, but those who are required to invest may not be the direct beneficiaries of that investment.“¹⁴² Deshalb ist es sinnvoll, die Ergebnisse mit Hilfe einer Risikoskala des Patienten auszudrücken. Access Health South Africa berichtet eine “reduction in risk in 86% after 6 months intervention.“¹⁴³

Im Bereich des Chronic Disease Management werden natürlich die vorrangigen chronischen Erkrankungen Diabetes, Hypertonie, Asthma, COPD, koronare Herzkrankheit, HIV und Brustkrebs behandelt. Jedoch ziehen chronische Erkrankungen häufig Komorbiditäten mit sich. Deswegen hat sich die Anfangs sehr krankheitsorientierte Sichtweise mittlerweile zu einem sehr umfassenden Modell entwickelt, das folgende chronische Konditionen beinhaltet:

„*vascular*: heart failure, diabetes (adult & pediatric), coronary disease, peripheral artery disease, hypertension (adult & pediatric – high blood pressure), cerebrovascular disease/stroke, hyperlipidemia

pulmonary: asthma (adult & pediatric), chronic obstructive pulmonary disease
orthopedic/rheumatologic: osteopenia, osteoporosis, osteoarthritis, rheumatoid arthritis, chronic lower back pain

gastrointestinal: gastro esophageal reflux disease, peptic ulcer disease, inflammatory bowel disease, chronic hepatitis

¹⁴¹ Cross, James D. (2010): Aetna Health Connections Disease Management Program and Value Based Health Care. Prag, Präsentation International Health Summit. S.15.

¹⁴² Kickbusch, Ilona (2009): Policy Innovation for health. Genf, Springer – Verlag. S.67.

¹⁴³ Joubert, Jacqui (2010): Chronic Disease Management and Wellness. Wien, Präsentation Europ Assistance Health Workshop.S.16.

neuro-geriatric: geriatrics, migraines, seizures, parkinsonism

cancer: general cancer, breast cancer, lung cancer, lymphoma/leukaemia, prostate cancer, colorectal cancer

renal: chronic kidney disease, end stage renal failure

other: weight management (adult & pediatric), cystic fibrosis (adult & pediatric), HIV, hypercoagulable state, sickle cell disease (adult & pediatric), depression, [anxiety]¹⁴⁴

Wie häufig Komorbiditäten mit einer chronischen Krankheiten zusammenhängen unterstreicht die Aussage von Dr. Jacqui Joubert, CEO von Access Health South Africa: „Mental wellness is an integral part of all products.“¹⁴⁵ Es wird zum Beispiel kaum möglich sein, das Risiko eines Diabetespatienten zu minimieren, der gleichzeitig aufgrund seines Leidens an einer Depression erkrankt ist, ohne ihm auch mit psychologischer Unterstützung zur Seite zu stehen.

„70% of disease burden is due to 5 chronic conditions: congestive heart failure, asthma, coronary artery disease, diabetes, depression.“¹⁴⁶ Daher konzentriert sich die folgende detaillierte Beschreibung der Chronic Disease Management Programme auf die eben genannten Konditionen.

¹⁴⁴ Cross, James D. (2010): Aetna Health Connections Disease Management Program and Value Based Health Care. Prag, Präsentation International Health Summit. S.6.

¹⁴⁵ Joubert, Jacqui (2010): Chronic Disease Management and Wellness. Wien, Präsentation Europ Assistance Health Workshop.S.13.

¹⁴⁶ Kaye, Rachelle (2010): Chronic Disease Management: The Maccabi experience. Barcelona, Präsentation World of Health IT Conference. S.3.

Chronic Disease Management - Diabetes

Das Diabetesprogramm beginnt zunächst mit dem Riskassessment des Patienten: „Krankengeschichte und Lebensstil des Patienten erfassen, Einschätzung des Schweregrades der Diabeteserkrankung beim ersten Anruf und dann wiederholend alle drei Monate, Identifizierung von Komorbiditäten (Hypertonie, Depression, koronare Herzerkrankungen,...), Überwachung des Patienten, Wissensstand des Patienten über die eigene Krankheit und deren Behandlung“¹⁴⁷ Jeder Anruf gestützt durch das IT-Programm und durchgeführt von einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson hat den folgenden Aufbau. Zunächst werden sämtliche Kontaktdaten der Person aufgenommen und geprüft, ob der Anrufer gewillt ist am Programm teilzunehmen. Wenn ja, geht es weiter mit der Erfassung der aktuell behandelnden ÄrztInnen und Einrichtungen, da auch diese mit einbezogen werden sollten. Darauf folgt die Einschätzung des Schweregrades der Diabeteserkrankung. Das grundlegende Assessment setzt sich aus den aktuellen Glucoseanteil im Blut sowie zusätzlichen Faktoren, wie zum Beispiel Bluthochdruck, koronare Herzerkrankungen, Fußkrankheiten, Schwangerschaft, finanzielle Probleme, etc. zusammen. Basierend auf diesem Assessment wird eine Zahl zwischen eins und zehn generiert, die die Schwere der Diabeteserkrankung widerspiegelt. Darauf aufbauend werden dem Patienten Fragen betreffend seines Lebensstils (Diät, sportliche Aktivitäten, Gewicht, Raucher/Nichtraucher), sowie seiner bisherigen Krankengeschichte (Wann waren Sie das letzte mal im Krankenhaus und warum? Benutzen sie ein Blutzuckermessgerät? Wann war ihre letzte Blutdruckmessung und mit welchen Werten? Etc.) gestellt. Ebenfalls werden die aktuell eingenommenen Medikamenten und Komorbiditäten genau dokumentiert. Anhand all dieser gewonnen Daten kann der Callcenteragent nun eine genaue Übersicht über den Wissensstand des Patienten über seine Erkrankung machen und zusammen mit diesem Ziele und Schulungsthemen vereinbaren. Dazu zählen die richtige Ernährung für DiabetikerInnen, Sportaktivitäten, Überwachung des Blutzuckerspiegels, Fußpflege, Bluthochdruck, Einnehmen von Medikamenten und Verabreichung von

¹⁴⁷ Burghardt, Steven (2010): Chronic Disease Management. Wien, Präsentation Europ Assistance Österreich. S.26.

Insulin. Der Betreuer hat nun die Möglichkeit je nach Einschätzung des Patienten den Zugang zu evaluieren. Der Diabetespatient hat die Möglichkeit Informationsunterlagen schriftlich oder via Internet zu erhalten und es können Termine für eine telefonische oder persönliche Beratung vereinbart werden. Für die telefonische Schulung stehen der Gesundheits- und Krankenpflegeperson innerhalb des IT-Programms Richtlinien für das jeweilige Coaching zur Verfügung.¹⁴⁸

Chronic Disease Management – koronare Wellness

In den meisten europäischen Ländern sieht man einen enormen Anstieg an kardiovaskulären Krankheiten. „With increasing life expectancy, we will see a significant increase of cardiovascular and cerebrovascular morbidity and mortality including MCI and stroke in the near future unless we reduce the prevalence of risk factors that cause cardiovascular damage.“¹⁴⁹ Genau auf dieses Ziel steuert das Disease Management Programm für koronare Herzerkrankungen hin und basiert auf folgendem Risk Assessment: „Identifizierung von Komorbiditäten, Krankengeschichte und Lebensstil des Patienten erfassen, Identifizierung von familiären Vorbelastungen, Erfassung der aktuellsten Körperwerte (Blutdruck, Cholesterin, etc.), Wissensstand des Patienten über die eigene Krankheit und deren Behandlung.“¹⁵⁰ Der Aufbau der IT-Richtlinien für den Callcenteragent ist wie folgt konzipiert: Zunächst kommt es zu einer Einschätzung der vaskulären Gesundheitszustands des Patienten: „Do you have any heart or circulation problems or has a doctor ever told you that you suffer from hardened arteries or have you had a heart attack or stroke or blockage or the arthritis to legs?“¹⁵¹ Weiters werden mögliche Komorbiditäten wie zum Beispiel Asthma, COPD, Depressionen und Arthritis und bisherige operative Maßnahmen (Bypass, Herzschrittmacher, etc.) identifiziert. Sämtliche dieser erfassten Determinanten werden stetig verglichen und so Fortschritte sichtbar

¹⁴⁸ Vgl. Ohne Autor (2010): Access Health Application Value & Conceptual Framework: Chronic Disease Management. Constantia Kloof, Präsentation Access Health South Africa. S.53-65.

¹⁴⁹ Pilz, Heidemarie (2010): Chronic diseases and risk factors. Wien, Präsentation Europ Assistance Health Workshop. S.6.

¹⁵⁰ Burghardt, Steven (2010): Chronic Disease Management. Wien, Präsentation Europ Assistance Österreich. S.40.

¹⁵¹ Ohne Autor (2010): Access Health Application Value & Conceptual Framework: Chronic Disease Management. Constantia Kloof, Präsentation Access Health South Africa. S.40.

gemacht. Ein besonderes Fokus liegt auf dem Lebensstil, der familiären Vorbelastung sowie speziellen Messdaten (Blutdruckwerte, Cholesterinspiegel, Body Mass Index). Basierend auf diesen Faktoren wird ein Risikoprofil des Patienten angelegt. Hier unterscheidet man nicht veränderbare Risikofaktoren (z.B. Alter des Patienten) und veränderbare Risikofaktoren (z.B. Body Mass Index, sportliche Aktivitäten, Stress). Bei allen wandelbaren Faktoren kann das Beratungsprogramm für den Patienten ansetzen. Zudem wird mit Hilfe eines Fragebogens eine subjektive Einschätzung des Patienten bezüglich seiner Lebensqualität aufgenommen und über einen längeren Zeitraum Fortschritte kontrolliert. Aufgrund der Veränderung von Risikofaktoren und Lebensqualität des Patienten kann so letztlich die Risikominimierung unterlegt werden.¹⁵² Studien belegen die Minimierung der Mortalität bei Schlaganfällen: „15% reduction, if all complied with tablets (but compliance is poor!). But compare: 22%reduction, if no one put extra salt on food (without taking any medication at all!). And then consider what would happen with: General reduction in fat and an increase in exercise!“¹⁵³

Chronic Disease Management - Asthma

Das Risk Assessment des Asthmaprogramms basiert auf folgenden Komponenten:

Identifizierung von Komorbiditäten; Krankengeschichte, Verlauf des Schweregrades der Asthmaerkrankung und Lebensstil des Patienten [...]; Einschätzung der derzeit durchgeführten Techniken der Inhalationstherapie; Einschätzung der richtigen Nutzung des Peak Flow Meters, Wissensstand des Patienten über die eigene Krankheit und deren Behandlung.¹⁵⁴

Der telefonische Betreuungsprozess beginnt mit der Erfassung von bestehenden Diagnosen. Es wird dokumentiert, seit wann der Patient an Asthma leidet und welche Komorbiditäten bereits bekannt sind. Zudem werden bereits getätigte Behandlungen (z.B. Test der Lungenfunktion) und Screeninguntersuchungen (z.B. Tuberkulose) notiert. Weiters wird der Patient befragt, wie er selbst die Ernsthaftigkeit seiner

¹⁵² Vgl. Ohne Autor (2010): Access Health Application Value & Conceptual Framework: Chronic Disease Management. Constantia Kloof, Access Health South Africa. Präsentation S.39-52.

¹⁵³ Pramming, Stig (2010): Chronic diseases: Will we be able to treat the problem? Prag, Präsentation International Health Summit. S.28.

¹⁵⁴ Burghardt, Steven (2010): Chronic Disease Management. Wien, Präsentation Europ Assistance Österreich.S. 54.

Erkrankung einschätzt und zu welchen Zeitpunkten er besonders belastet ist. Als nächster Schritt folgt die klinische Einschätzung des Krankheitsausmaßes. Die Frequenz der Symptome wird ebenso dokumentiert, wie die Häufigkeit von sportlichen Aktivitäten. Zusammen mit anderen Parametern, wie zum Beispiel vorhandenen Allergien, Raucher/Nichtraucher und der Häufigkeit von Arzt- und Krankenhausbesuchen wird daraus ein Risikowert zwischen eins und zehn ermittelt. Dieser Wert dient als stetiger Benchmark für weitere Erhebungen. Ebenso werden die Werte des Peak Flow Meters regelmäßig vom Patienten berichtet und aufgezeichnet. Die Werte geben Aufschluss über die Geschwindigkeit, mit der eine Person Luft aus der Lunge blasen kann und informiert letztlich über den Behandlungserfolg. Die Schulung des Patienten basiert auf einem gemeinsam erarbeiteten Plan und orientiert sich meist an der richtigen Nutzung des Peak Flow Meters und möglichen Verhaltensweisen in kritischen Situationen. Die Gesundheits- und Krankenpflegeperson ist zudem in der Lage, den Patienten über sämtliche Fakten zum Thema Asthma aufzuklären. Sämtliche Informationen sind im Schulungsmodul des IT-Programms eingepflegt und können vom Call Center Agent jederzeit abgerufen werden.¹⁵⁵

Chronic Disease Management – HIV/Aids

Das Programm zur Betreuung von HIV/Aids erkrankten Menschen besteht aus drei Komponenten und wird derzeit von der Europ Assistance in Südafrika angeboten. Zunächst werden persönliche HIV/Aids Tests und Beratungen angeboten, bei denen die aufgenommen Daten (nach Einverständniserklärung) gespeichert werden. Ebenfalls wird die Bereitschaft des Patienten eruiert, inwiefern er bereit ist, seinen Lebensstil an die Krankheit anzupassen. Dies geschieht anhand eine Fragebogens, der Fragen zur Häufigkeit von Arztbesuchen bzw. Einstellung des Patienten zu seiner Krankheit beinhaltet. Darauf aufbauend wird der Patient im Falle einer Infektion weiterhin im Programm betreut. Dazu werden im Risk Assessment das aktuelle Krankheitsstadium, die Ernsthaftigkeit und die Krankengeschichte erfasst.

¹⁵⁵ Vgl. Ohne Autor (2010): Access Health Application Value & Conceptual Framework: Chronic Disease Management. Constantia Kloof, Präsentation Access Health South Africa. S.11-28.

Besonders wichtig ist es, den Patienten bei der richtigen Medikamenteneinnahme zu begleiten, denn dies ist die Basis um über einen längeren Zeitraum gute Outcomes zu erreichen. Die dritte Komponente des Programms befasst sich mit der Bildung und sozialen Betreuung des Patienten. So hat dieser 24 Stunden Zugang zur telefonischen Einsatzzentrale des Assistanceunternehmens. Die im medizinischen, sozialen und psychologischen Bereich ausgebildeten Callcenteragents sind dafür zuständig den Patienten über den richtigen Umgang mit der HIV/Aids Erkrankung zu schulen. So gibt es Module zur richtigen Ernährung, Sexualverhalten, Sport, Spiritualität, etc. Auch können Termine bei lokalen Sozialarbeitern und Ärzten vermittelt werden.¹⁵⁶

Chronic Disease Management – mentale Gesundheit

Wie vorangegangen beschrieben ist das Thema mentale Gesundheit ein integraler Bestandteil aller anderen Programme. Das Risk Assessment besteht aus einem „Screeningtest bezüglich Angststörungen und Depression (Ja/Nein Antworten); die Resultate geben Aufschluss über mögliche Symptome von Depression, generelle Angststörung, posttraumatisches Stresssyndrom, Zwangsneurosen; Checkliste um den Schweregrad der mentalen Erkrankung zu identifizieren (Suizidgedanken, Verschlechterung der Lebensqualität)¹⁵⁷ Der Ablauf der Callcenterbetreuung beginnt mit der Aufnahme der Krankengeschichte des Patienten – Häufigkeit von Krankenhaus-, Psychologenbesuchen und durch die mentale Erkrankung bedingte Fehltage am Arbeitsplatz. Anschließend folgt der Screeningtest, der sich aus mehreren geschlossenen Fragen zusammensetzt. Sämtliche Fragestellungen sind mit speziellen und unterschiedlich gewichteten Algorithmen hinterlegt. Daraus resultiert wiederum eine Skala des Patienten betreffend seines individuellen Risikos von Depressionen, Angststörungen, Neurosen, Phobien und Panikattacken Auskunft

¹⁵⁶ Vgl. Joubert, Jacqui (2010): Chronic Disease Management and Wellness. Wien, Präsentation Europ Assistance Health Workshop. S.52-61.

¹⁵⁷ Burghardt, Steven (2010): Chronic Disease Management. Wien, Präsentation Europ Assistance Österreich.S. 73.

gibt.¹⁵⁸ Basierend auf dieser Risikoskala und der Einschätzung der Schwere der jeweiligen Erkrankung wird nun ein allgemeines Risiko des Patienten zwischen eins und drei erstellt. Anhand dieser Risikoeinstufung können nun individuelle Maßnahmen eingeleitet werden: „1. Einleitung von Notfallmaßnahmen 2. dringender Verweis an Psychologen 3. Weiterbehandlung und Austausch mit Psychologen“¹⁵⁹ Im Prozess des Monitorings des Patienten werden verschiedene Schulungsmodule angeboten. Darin werden zum Beispiel „first aid tools for stressful situations“¹⁶⁰ angeboten.

Sämtliche Chronic Disease Management Programme, die weltweit angeboten werden, basieren auf den Komponenten Risk Assessment, Intervention und Evaluation. Zudem ist neue Interpretation der Rolle des Gesundheits- und Krankenpflegers gefragt: „New role for the nurse, as case manager, educator.“¹⁶¹ Der Patient rückt daher mehr in den Mittelpunkt des Versorgungsmodells und bekommt eine höhere Eigenverantwortlichkeit für sein Wohlbefinden.

¹⁵⁸ Vgl. Ohne Autor (2010): Access Health Application Value & Conceptual Framework: Chronic Disease Management. Constantia Kloof, Präsentation Access Health South Africa. S.29-38

¹⁵⁹ Burghardt, Steven (2010): Chronic Disease Management. Wien, Präsentation Europ Assistance Österreich S. 73.

¹⁶⁰ Ohne Autor (2009): Access Health South Africa. Chronic Disease Management. Constantia Kloof, Präsentation Access Health South Africa. S.18.

¹⁶¹ Kaye, Rachelle (2010): Chronic Disease Management: The Maccabi experience. Barcelona, Präsentation World of Health IT Conference. S.44.

3.2.6. Rehabilitationsmanagement

Ein Unfall kann das Leben eines Menschen auf den Kopf stellen. War man davor noch aktiv, mobil und voller Lebensfreude können all diese essentiellen Bestandteile des Lebens verschwinden, wenn man plötzlich querschnittsgelähmt in einem Krankenhausbett aufwacht. An diesem Punkt ist nichts mehr wie es einmal war und es ist schwer vor lauter neuer Problemstellungen die Kraft zur Bewältigung zu finden. Freunde und Familie stellen in diesem Moment eine wichtige Stütze da, doch genauso müssen auch sie gestützt werden. So viele Probleme gibt es zu bewältigen – von der medizinischen Rehabilitation über die Reintegration in den Alltag und das Familienleben, sowie in das berufliche Umfeld. Häufig steuern öffentliche Trägerschaften die medizinische Rehabilitation, jedoch geht der Bedarf des Patienten weit darüber hinaus. „Dem Auftrag einer bestmöglichen Betreuung der Versicherten kann entsprochen werden durch eine Verschmelzung der einzelnen Rehabilitationsphasen mit dem Ziel einer ganzheitlichen, umfassenden Rehabilitation. Eines der Instrumente, mit dem dies in der Praxis umgesetzt werden könnte, ist Rehabilitationsmanagement.“¹⁶²

„Rehabilitationsmanagement umfasst die Organisation (Planung und Begleitung) von (Be-) Handlungsabläufen, mit dem Ziel effizienter und effektiver Patientenversorgung (Kundenversorgung). Kurz: Die Fall und Systemsteuerung von Hilfeprozessen – einzelfallbezogen, fachlich umfassend, professionell.“¹⁶³ Diese Assistenzleistung beruht auf einem ganzheitlichen Case Management Prinzip:

¹⁶² Fehse, R. (2007) Rehabilitationsmanagement. Trauma Berufskrankheit 2007/9. S. 147

¹⁶³ Kolar, Nicole; Polak, Johannes (2007). Rehabilitationsmanagement. Wien, Präsentation Europ Assistance Österreich. S.2.

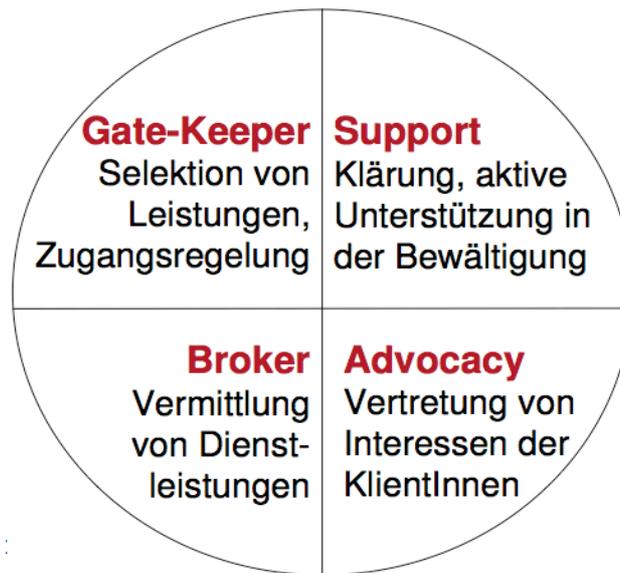


Abbildung 16: Widersprüchliche Rollen – Rollenkonflikt¹⁶⁴

Der Rehabilitationsmanager hat zahlreiche Aufgaben und fungiert als persönlicher Ansprechpartner und Schnittstelle für sämtliche Dienstleistungen, Stakeholder und Problemlösungen. Nach dem Eintreten eines Unfalls und einer damit verbundenen Invalidität nimmt der Rehabilitationsmanager (nach Prüfung von bestehenden medizinischen Akten) schnellstmöglich Kontakt mit dem Patienten und seiner Familie auf und vereinbart ein erstes persönliches Treffen, das meist im Krankenhaus stattfindet. Es werden die bestehenden Schwierigkeiten, sowie die vorhandenen privaten und professionellen Ressourcen ermittelt. Anschließend werden die geeigneten Hilfsmöglichkeiten gemeinsam bestimmt und ein Plan, der die jeweiligen individuellen Ziele beinhaltet, festgelegt. Dies dient als Basis für das gemeinsame Agieren des Rehabilitationsmanagers mit dem Patienten, dessen Umfeld und sämtlichen Stakeholdern.¹⁶⁵

Die Assistenzleistung Rehabilitationsmanagement basiert folglich auf der Komponente des Case Managements. Um dieses ganzheitliche Konzept umsetzen zu können bedarf es eines sehr komplexen Netzwerks. Hier kann der Reha-Manager auf die Netzwerkkompetenz des Assistanceunternehmens zurückgreifen. So

¹⁶⁴ Hofstetter Roger, Yvonne (2009): Ethische Herausforderungen im Case Management. Linz, Präsentation Internationale Fachtagung Case Management – Kompetenzen und Qualifizierung. S.8.

¹⁶⁵ Vgl. Kolar, Nicole; Polak, Johannes (2007). Rehabilitationsmanagement. Wien, Präsentation Europ Assistance Österreich. S.10.

befinden sich unter anderem Rehabilitationszentren, FachärztInnen, PhysiotherapeutInnen, PsychologInnen, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, ArchitektInnen, AnwältInnen, usw.¹⁶⁶ im Assistancenetzwerk. Darüber hinaus haben die Rehabilitationsmanager ihr persönlich Netzwerk mit Kontakten zu Sozialversicherungsträgern, privaten Versicherungen und sozialen Einrichtungen. Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass das Netzwerk so individuell aufrechterhalten und gestaltet wird, wie es die individuellen Bedürfnisse der Patienten verlangen.

Das Berufsprofil eines Rehabilitationsmanagers ist derzeit nicht konkret definiert. Aus den bisherigen Erfahrungen lässt sich sagen, dass vor allem die Komponente der Hilfsbereitschaft und persönlicher Motivation essentiell ist. Darüber hinaus findet Rehabilitationsmanagement aufgrund des hohen Individualisierungsgrades in einem interdisziplinären Team statt. So bekleiden diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Psychologen, Sozialarbeiter, Sportwissenschaftler und Komplementärmediziner die Position eines Rehabilitationsmanagers. Dabei bewegen sie sich in drei verschiedenen Feldern: medizinische-, soziale- und berufliche Rehabilitation.¹⁶⁷

Zur medizinische Rehabilitation gehören vor allem die Koordination, Betreuung und Organisation der optimalen medizinischen Behandlung. Basierend auf der Netzwerkkompetenz ist es auch möglich, eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen und Spezialisten zu vermitteln. Weiters zählt auch die Organisation von sämtlichen pflegerischen Dienst- und Informationsleistungen zum Assistanceservice. Das Ziel ist vor allem den bestmöglichen gesundheitlichen Zustand schnellstmöglich wiederherzustellen.

Aufgaben der sozialen Rehabilitation umfassen vor allem die Zusammenarbeit und Begleitung der Angehörigen und deren Entlastung. So können psychologische Betreuung organisiert und Kontakte zu Behindertensportvereinen und Selbsthilfegruppen hergestellt werden. Ein weiterer wichtiger Punkt ist der eventuell notwendige Umbau des Hauses oder des Autos. Unterstützt durch spezialisierte

¹⁶⁶ Vgl. Beissmann, Robert (2010): Rehapräsentation Health Workshop. Wien, Präsentation Europ Assistance Health Workshop. S.9.

¹⁶⁷ Vgl. Kolar, Nicole; Polak, Johannes (2007). Rehabilitationsmanagement. Wien, Präsentation Europ Assistance Österreich.S.4.

Architekten und Unternehmen kann der Rehabilitationsmanager die effektivsten und kostengünstigsten Möglichkeiten bereitstellen.

Eine Invalidität hat auch letztlich immer Auswirkungen auf die berufliche Laufbahn. Oftmals können gewisse Tätigkeiten nicht mehr ausgeführt werden. Der Reha-Manager ist deswegen auch stets in Kontakt mit dem Arbeitgeber und evaluiert Reintegrationsmöglichkeiten wie zum Beispiel den behindertengerechten Umbau des Arbeitsplatzes. Sollte dies nicht möglich sein, gibt es die Möglichkeit eines Berufcoachings für den Patienten. Neue Berufsmöglichkeiten werden gemeinsam bestimmt und anschließend umgesetzt (z.B. durch die Organisation von Umschulungsmaßnahmen). Das allgemeine Ziel des Rehabilitationsmanagements ist es den Patienten schnellstmöglich in ein gefestigtes Leben zu integrieren, mit einem bestmöglichen Maß an Lebensqualität, um somit die Zufriedenheit des Menschen, Kunden und Patienten wiederherzustellen.¹⁶⁸

Der Zugang zur Assistenzleistung Rehabilitationsmanagement ist für den Patienten meist über private Versicherungen gewährleistet. So ist dieser Service in Österreich mittlerweile stark in privaten Unfallversicherungen verankert. Der Versicherte hat nach einem Unfall mit daraus resultierender Verletzung Anspruch auf die Unterstützung durch einen Rehabilitationsmanager, der ihn bis zu zwei Jahre lang begleitet. Sind Kinder und Jugendliche involviert, wird die Unterstützungsleistung auf bis zu fünf Jahre verlängert. Oftmals bricht der Kontakt zwischen Rehabilitationsmanager und Patienten auch nicht ab, wenn dieser Zeitraum vorbei ist, denn es etablieren sich häufig fest verankerte Beziehungen zwischen den Beteiligten. Für die Versicherungsunternehmen ergeben sich dadurch vor allem Mehrwerte im Bereich des positiven Imagewandels. Da der Reha-Manager des Assistanceunternehmens stets im Namen des jeweiligen Versicherers auftritt, entsteht dadurch ein höheres Vertrauen sowie eine stärkere Bindung seitens des Kunden.

Zudem bildet Rehabilitationsmanagement die Basis für das Personenschadenmanagement. Vor allem im Bereich der Kfz-Haftpflicht ist es für die Versicherungsunternehmen von Bedeutung Schäden zu regulieren, da die Ausgaben

¹⁶⁸ Vgl. Kolar, Nicole; Polak, Johannes (2007). Rehabilitationsmanagement. Wien, Präsentation Europ Assistance Österreich. S.5-7.

dort über ein sehr langen Zeitraum sehr hoch sein können. Durch ein frühzeitiges intervenieren im Heilungsprozess und die gezielte Steuerung durch das Assistancenetzwerk können Outcomes verbessert, sowie Behandlungsdauer und letztlich Kosten reduziert werden. Dies unterstreicht Ralf Wiekenberg, Koordinator für Rehamanagement bei der VGH Deutschland: „Seit wir begonnen haben, aktives Personenschadenmanagement mit dem Case-Manager¹⁶⁹ zu betreiben , stellen wir fest, dass sich die Behandlungs- und Arbeitsunfähigkeitszeiten bei entsprechenden medizinischen Maßnahmen erheblich reduzieren lassen und die durch den Case-Manager prognostizierten Zeiten erreichbar sind.“ Auch im Bereich des Personenschadenmanagements beruht die Arbeit des Rehabilitationsmanagers auf dem gleichen Prinzip: „Case Management ermöglicht ein individualisiertes Managen standardisierter Prozesse.“¹⁷⁰

¹⁶⁹ Wiekenberg, Ralf (2008): Modernes Personenschadenmanagement in der Praxis. Der Case-Manager im täglichen Einsatz bei der VGH. Versicherungswirtschaft 02/08 S.219.

¹⁷⁰ Wendt, Wolf Rainer (2010). Fachlichkeit als Ausweis eines eigenständigen Case Managements. Linz, Präsentation Internationale Fachtagung Case Management – Kompetenzen und Qualifizierung. S.11.

3.2.7. Pflegemanagement

Das Pflegemanagement beinhaltet vielfältige Assistanzeleistungen: „Sie reichen von der reinen Information über die Organisation von Hilfsdiensten bis hin zur Kostenübernahme einzelner Tätigkeiten. [...] Der Assisteur ist erste Anlaufstelle für den Kunden und bietet auch Hilfe für den Lebenspartner.“¹⁷¹

Aufgrund der Vielseitigkeit dieses Services ist das Pflegemanagement häufig ein integraler Bestandteil von Assistanzeleistungen wie Rehabilitations- und Chronic Disease Management. Pflegebedürftigkeit kann bei einem Jugendlichen durch ein Unfall verursacht werden und auch altersbedingt auftreten. Assistanzenunternehmen legen in ihrer strategischen Entwicklung einen starken Fokus auf das Feld „Dependency: increasing number of dependent people, with an increasing share staying at home.“¹⁷² Somit stehen vor allem folgende Ziele im Vordergrund: „Erhalt der Selbstständigkeit, Abhängigkeit vermeiden, Unabhängigkeit bewahren, Erhalt der Mobilität, Erhalt der Selbstbestimmung“¹⁷³. „Für diese Zielsetzung der Versorgung reicht jedoch die fragmentierte Angebotsstruktur, in der die Integration der Versorgung mehr oder weniger der Einzelinitiative engagierter Personen anheimgestellt ist, nicht mehr aus. Gefragt sind vielmehr professionell koordinierte Versorgungsangebote, die integrierte Leistungspakete anbieten können.“¹⁷⁴

Um diese Versorgungsziele letztlich zu erreichen, werden die pflegebedürftigen Personen in sämtlichen Aktivitäten des Alltags unterstützt. So können basierend auf dem Assistancenetzwerk Pflegepersonen für die Hauskrankenpflege vermittelt werden. Die Europ Assistance Österreich besitzt dafür Partnerschaften mit Pflegedienstleistern wie zum Beispiel der Caritas, Volkshilfe oder dem Hilfswerk.¹⁷⁵

¹⁷¹ Stoer, Reinhard (2010): Pflege und Invalidität – neue Ansätze für Österreich. Versicherungsrundschau 1-2/10 S. 33.

¹⁷² Ohne Autor (2007): Health / dependency: opportunities in Western Europe countries – Boston Consulting Group. Paris, Präsentation Europ Assistance Holding. S.4.

¹⁷³ Ohne Autor (2010): Europ Assistance – Die weltweite Referenz auf dem Assistance-Markt. Bereich Gesundheit. München, Präsentation Europ Assistance Deutschland. S.113.

¹⁷⁴ Pelikan, Jürgen; Stacher, Alois; Grundböck, Alice; Krajic, Karl (1998): Virtuelles Krankenhaus zu Hause – Entwicklung und Qualität von Ganzheitlicher Hauskrankenpflege. Theoretische Konzepte, gesundheitspolitischer Kontext und praktische Erfahrungen in Europa. In: Pelikan, Erich Grießler, Grundböck, Krajic (Hrsg.): Wien, Facultas Universitätsverlag. S.15.

¹⁷⁵ Burghardt, Steven (2010): Europ Assistance Gesundheitsservices. Wien, Präsentation Europ Assistance Österreich. S.6.

Die Feststellung des Pflegebedarf erfolgt dabei meist im Vorhinein durch die behandelnden ÄrztInnen. So sind es meist pflegende Angehörige, die Rat beim Assistenten suchen. Hier werden in der Telefonzentrale diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen eingesetzt, die eine kompetente Beratung bei Fragen zu Pflegebedürftigkeit, Pflegegeld, Bezug von Pflegedienstleistung und gesetzlichen Bestimmungen geben können. Zusätzlich können auch Services im Bereich Heim und Familie bereitgestellt werden. Zum Beispiel die Organisation von Haushaltshilfen, Kinderbetreuung, schulische Nachhilfe, psychologische Betreuung, Fahrdienste oder Essen auf Rädern.

Zusammenfassend kann man sagen, dass Pflegebedürftigen und deren Angehörigen je nach Bedarf individuelle Leistungen zur Verfügung gestellt werden, die das alltägliche Leben erleichtern, Selbstständigkeit und Mobilität erhalten und Angehörige entlasten.

3.2.8. Travel for Treatment, Medical Onsite

Travel for Treatment beinhaltet die Organisation und Durchführung einer medizinischen Behandlung im Ausland durch ein Assistanceunternehmen. Ursache dafür ist meist ein zu geringer Versorgungsstandard in abgelegenen Gebieten oder Entwicklungsländern. Derzeit hat das Europ Assistance Unternehmen International Health Solutions zum Beispiel Routen von Algerien nach Frankreich, Tschad nach Kamerun, Französisch Polynesien nach Neuseeland und Bahamas nach USA abgedeckt.¹⁷⁶ Auch diese Assistanceleistung basiert auf einem Case Management Konzept. Auf dem nordamerikanischen Gesundheitsmarkt wird dies folgendermaßen definiert: „Care or case management, including assessment, development of a service plan in conjunction with the consumer and other appropriate parties, authorization and arrangement for purchase of services or linkages with other appropriate entities, service coordination activities, and follow-up to determine whether the services received were appropriate and consistent with the service plan.“¹⁷⁷ Grundsätzlich findet eine Abwicklung von medizinischen Versicherungsfällen durch ein Assistanceunternehmen statt. Genauer gesagt durch das medizinische Team bestehend aus Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und ÄrztInnen in der Callcenter – Einsatzzentrale. Der Grund für die spezielle Verankerung im nordamerikanischen Markt sind die dort extrem hohen Kosten für Gesundheitsversorgung. „In 2000, the United States spent more on health care than any country in the world: an average of \$ 4,500 per person.“¹⁷⁸ In erster Linie werden Fälle von Versicherern aus kleineren Nachbarstaaten der USA übernommen. Diese haben häufig PatientInnen, für deren notwendige Behandlung die lokale medizinische Versorgung nicht ausreicht. Auf Grund dessen werden die PatientInnen häufig zur Behandlung in die Vereinigten Staaten transportiert. Der gesamte Ablauf des Prozesses wird dabei vom Case Management Team gesteuert. Ziel ist es, die Bedürfnisse und Wünsche des Patienten, des Versicherers und der

¹⁷⁶ Ohne Autor (2009): Europ Assistance IHS Services. Travel for treatment program at a glance. Paris, Präsentation Europ Assistance Holding. S.7.

¹⁷⁷ Ohne Autor (2009): EA Cost Containment Initiative CMN Perspective. Toronto, Präsentation Canadian Medical Network. S.19.

¹⁷⁸ The UC Atlas of Global Inequality. Healthcare Spending. URL: <http://ucatlas.ucsc.edu/spend.php> (07.08.2010)

Gesundheitsversorger zu erfüllen¹⁷⁹ – ein komplexes Unterfangen. Aus Sicht des Patienten hat die bestmögliche medizinische Versorgung natürlich höchste Priorität, für den Versicherer ist es darüber hinaus auch die Komponente der kostengünstigsten Behandlung. Diese wird von den Gesundheitsanbietern zur Verfügung gestellt, die wiederum den höchstmöglichen Betrag für ihre Leistung generieren möchten.

Im Folgenden wird ein frei erfundener Fall dargestellt um den genauen Prozess des Medical Case Managements besser darzustellen: Ein Patient auf den Bermudas leidet an einer schweren Erkrankung. Er ist bei einem lokalen Versicherungsunternehmen abgesichert. Zur Behandlung seiner Erkrankung ist er meist bei seinem Hausarzt bzw. im lokalen Krankenhaus. Sein Zustand verschlechtert sich zunehmend und nur ein Bypass kann ihm noch helfen. Aufgrund der nicht ausreichenden lokalen medizinischen Versorgungsmöglichkeiten muss er in den Vereinigten Staaten behandelt werden. Der zuständige Arzt bzw. der gut informierte Patient benachrichtigt nun das zuständige Assistanceunternehmen. Der Fall wird sofort zum Case Management Team weitergeleitet. Dort wird geprüft ob und in welchem Umfang der Patient versichert ist, das heißt welche Kosten letztlich vom Versicherungsunternehmen gedeckt sind. Falls die Behandlungskosten die Versicherungssumme überschreiten, versucht das Case Management Team von öffentlichen bzw. wohltätigen Einrichtungen weitere finanzielle Unterstützung für den Patienten zu bekommen. Als Nächstes findet ein Austausch mit dem behandelnden Arzt statt. Die Gesundheitsakte sowie eine Überweisung werden übermittelt. Basierend darauf wird der Patient vom Case Management Team angerufen und es findet eine Risk Assessment sowie die Aufklärung und Austausch über den weiteren Verlauf der Behandlung statt. Der Case Manager hat dabei die Befugnis, notwendige medizinische Untersuchungen, die lokal abgewickelt werden können, anzuordnen. Dies geschieht immer in Absprache mit den ÄrztInnen des Teams. Zudem stehen sämtlichen Case Managern wissenschaftliche Datenbanken und aktuellste Publikationen wie z.B. Medi Lexicon und der Code Manager der American Medical Association zur Verfügung. Ist der Prozess der Vorbereitung und des Assessments

¹⁷⁹ Ohne Autor (2009): EA Cost Containment Initiative CMN Perspective. Toronto, Präsentation Canadian Medical Network.S.20.

des Patienten abgeschlossen, wird zur Organisation der Behandlung in den Vereinigten Staaten übergegangen. Dabei findet die Auswahl der bestmöglichen medizinischen Einrichtung anhand von verschiedenen Kriterien statt. Assistanceunternehmen arbeiten dafür mit Preferred Provider Organisationen zusammen. „A PPO is a healthcare delivery system where providers contract with the PPO at various reimbursement levels in return for patient steerage into their practises and/or timely payment.“¹⁸⁰ Durch den Zugang zum PPO-Netzwerk können die ersten Kosten für den Versicherer gespart werden. Zudem werden durch das Überprüfen von Rechnungen der Gesundheitsanbietern und die gezielte Steuerung des Patienten durch das Case Management weitere unnötig hohe Aufwendungen vermieden ohne das die Behandlungsqualität des Patienten darunter leidet. Ist die passende medizinische Einrichtung für den Patienten ausgewählt, wird dessen Transport organisiert. An diesem Punkt wird auf das Partnernetzwerk des Assistanceunternehmens zugegriffen um effizient zu leisten. Der Patient als auch seine Angehörigen haben während des gesamten Prozesses Zugang und Kontakt zu seinem persönlichen Case Manager. Vor der Abreise findet nochmals ein Gespräch statt, in dem sämtliche Formalitäten und eventuelle Probleme besprochen werden. Es ist zudem wichtig, dass der Patient genau weiß, welche Behandlungen von der Versicherung gedeckt sind und welche nicht. Weiters findet ein Austausch zwischen dem Versicherungsunternehmen und dem Case Management Team statt, denn der Versicherer muss über sämtliche Vorgänge und aufkommende Kosten informiert sein. Während der eigentlichen medizinischen Versorgung des Patienten ist der Case Manager wiederum in stetigem Kontakt mit den behandelnden ÄrztInnen um den Verlauf genau zu verfolgen und bei eventuellen Unstimmigkeiten zu intervenieren. Nach der erfolgreichen Behandlung und Rückkehr des Patienten auf die Bermudas wird ein abschließendes Gespräch geführt um sicher zu gehen, dass alles nach Vorstellung des Patienten abgelaufen ist. Im Optimalfall ist nicht nur der Patient, sondern auch Versicherer und Leistungserbringer zufrieden. Weiters besteht die Möglichkeit die vorangegangenen Leistungen in ein Medical Onsite Programm zu integrieren. Dies ist vor allem ausgerichtet auf Unternehmen, deren

¹⁸⁰ Mullner, Ross M. (2009): Health Services Research. California, Sage Publications Inc. Thousand Oaks. S.53.

Mitarbeiter in abgelegenen Gebieten arbeiten und dort einen qualitativ hochwertigen Zugang zur Gesundheitsversorgung benötigen.

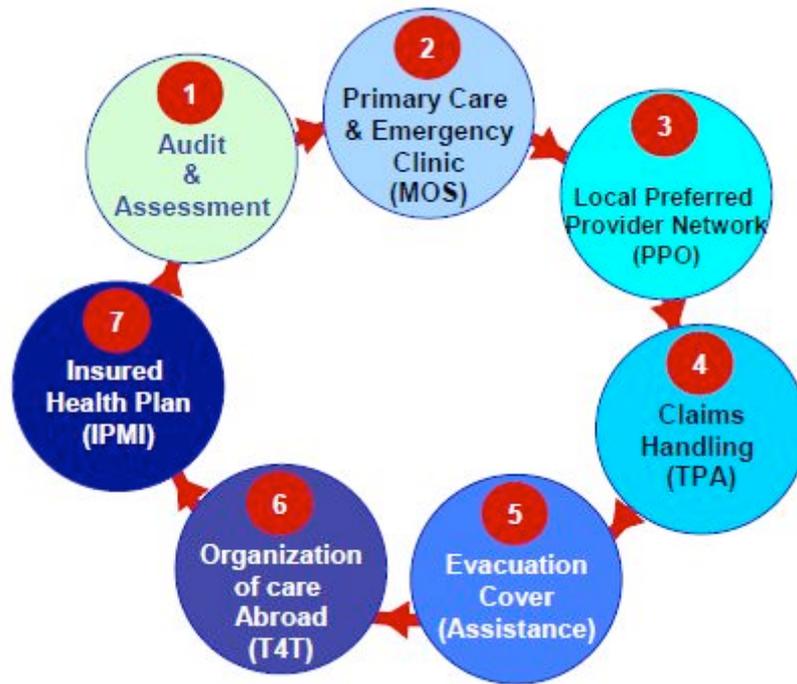


Abbildung 17: Prozess Medical Onsite. A fully integrated management approach¹⁸¹

Als erster Schritt wird eine genaue Prüfung der Arbeitsumgebung durchgeführt. Besonders wird dabei die Auswirkung der Arbeitsbedingungen und der Umwelt auf den Gesundheitsstatus der Mitarbeiter geachtet. Durchgeführt werden diese Audits von ÄrztInnen und medizinischen ExpertInnen des Assistanceunternehmens um Gefahrenquellen aufzudecken und die notwendigen Standards festzulegen. Dies kann die Anstellung eines Arztes oder eines medizinischen Teams inklusive diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger bedeuten. Das Personal vor Ort ist dann nicht nur für die medizinische Erst- und Notfallversorgung zuständig, sondern kann auch in Zusammenarbeit mit lokalen Institutionen für die Ausbildung lokaler medizinischer ExpertInnen zuständig sein. Sollten die Kapazitäten vor Ort nicht ausreichen, kann das Team einen Transport und die Versorgung in der nächstgelegenen medizinischen Einrichtung des Assistancenetzwerkes organisieren.

¹⁸¹ Ohne Autor (2009): Europ Assistance IHS Services. Travel for treatment program at a glance. Paris, Präsentation Europ Assistance Holding. S.3.

Um das ganzheitliche Angebot für die Unternehmen abzurunden, wird ebenfalls ein weltweiter Versicherungsschutz inklusive Fallabwicklung angeboten, der die Gesundheitsversorgung der Angestellten deckt. So kann das Angebot jeweils auf die individuellen Bedürfnisse der Firmen zugeschnitten werden.

3.2.9. E-Health

E-Health ist in ein in der Literatur sehr konträr diskutierter Begriff. Die WHO definiert diesen folgendermaßen: „Ehealth is the use of information and communication technologies (ICT) for health to, for example, treat patients, pursue research, educate students, track diseases and monitor public health.“¹⁸² Laut offizieller Definition der EU Kommission kann man den E-Health-Markt in vier verschiedene Segmente einteilen: „Klinische Informationssysteme, integrierte Gesundheitsinformationsnetzwerke, Systeme mit Bezug zum Gesundheitswesen, Telemedizin und E-Care.“¹⁸³ Klinische Informationssysteme sind Softwareprogramme, die zur Datenspeicherung und Aufarbeitung dienen und vornehmlich in Krankenhäusern aber auch Hausarztpraxen genutzt werden. Der Bereich der integrierten Gesundheitsinformationsnetzwerke beschäftigt sich mit dem Austausch von Gesundheitsdaten. Hierzu zählt vor allem das Thema elektronische Gesundheitsakte. Für Assistanceunternehmen steht zum einen das Marktsegment „Systeme mit Bezug zum Gesundheitswesen“¹⁸⁴ im Vordergrund. Dies beschreibt vor allem Internetportale, die dem Endverbraucher zur Verfügung stehen und Informationen vermitteln. Diese können mit Assistancelistung verbunden werden. Zum anderen spielt das Thema Telemedizin und E-Care eine große Rolle für Assisteure. Der Begriff Telemedizin findet in der Literatur noch keine einheitlich Definition. Aus europäischer Sicht wird er wie folgt definiert: „The use of remote medical expertise at the point of need, It includes two major areas: Home care, as the care at the point of need through connected sensors, hubs, middleware and reference centres; and co-operative working, as a network of medical expertise linked together. In the simplest form it's defined as: medicine at distance.“¹⁸⁵ Basierend auf dieser Definition lässt sich sagen, dass fast sämtliche Gesundheitsservices unter den Bereich Telemedizin fallen, da sie meist über das

¹⁸² World Health Organization. E-Health. URL: <http://www.who.int/topics/ehealth/en/> (03.08.2010).

¹⁸³ David, Stefan; Neumann, Karsten; Friedl, Martina (2009): E-Health – Wachstumsperspektiven für die Telekommunikationsbranche. Berlin, Studie Roland Berger Strategy Consultants. S.5.

¹⁸⁴ David, Stefan; Neumann, Karsten; Friedl, Martina (2009): E-Health – Wachstumsperspektiven für die Telekommunikationsbranche. Berlin, Studie Roland Berger Strategy Consultants. S.5.

¹⁸⁵ Sögner, P.; Zur Nedden, D. (2005): Stand der Telemedizin in Österreich. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2005 Nr. 48 657-662. S.657.

Telefon angeboten werden. Da das Einbeziehen von Telekommunikationsmitteln eine Voraussetzung für Assistancелеistungen ist, bezieht sich in diesem Fall das Segment Telemedizin eher auf den Einsatz von Informationstechnologien als Zugang zur Gesundheitsversorgung.

Aus Sicht eines Assistanceunternehmens stellen sämtliche E-Health-Services eine Erweiterung und Qualitätserhöhung bestehender Leistung dar. Der zentrale Mehrwert wird immer die persönliche Betreuung des Individuums sein. Für den technikaffinen Patienten bedeutet dies einen bequemerem, sicheren und schnellen Zugang zur Gesundheitsversorgung. Aus Sicht des medizinischen Einsatzteams bedeutet es vor allem eine bessere und genauere Überwachungsmöglichkeiten des Patienten. Im folgenden werden erste E-Health-Services von Assistanceunternehmen genauer vorgestellt:

Gesundheitsportale im Internet sind weltweit zahlreich vorhanden. Angeboten werden Informationen über Krankheitsbilder, chronische Erkrankungen, gesunden Lebensstil, erste Hilfe und Reisemedizin. Weiters können die User online Zugriff auf die Netzwerkinformationen des Assistanceunternehmens haben und Termine vereinbaren. Teilnehmer eines Chronic Disease Management Programms können über eine Internetplattform Coachinginformationen erhalten. Auch der direkte Kontakt zum medizinischen Einsatzteam des Assisteurs ist via Chat möglich. So lässt sich zusammenfassend sagen, dass die Informationsoberfläche einer Internetplattform eines Assistanceunternehmens sich nicht wesentlich von anderen Gesundheitsportalen abhebt. Der Unterschied sind die bereitgestellten Services im Hintergrund der Plattform. So ist es möglich jedes Gesundheitsportal mit Assistancелеistungen zu verbinden und somit Mehrwerte zu schaffen, die über die reine Informationsleistung des Internets hinausgeht.

Eine Unterstützung im Bereich des Chronic Disease Managements stellen mobile Messgeräte von Gesundheitsdaten (z.B. Blutzucker- oder Blutdruckmessgeräte) dar. Für die Mobilität der Messung sorgen verschiedene Mobilfunkanbieter. Der Diabetespatient wird mit einem Bluetooth fähigem Handy und einem mobilen Blutzuckermessgerät ausgestattet. Sobald er seinen Blutzucker gemessen hat, werden die Daten vom Messgerät automatisch auf das Handy übertragen. Dieses wiederum sendet die Werte automatisch an eine Internetplattform. Dort werden die

Daten gespeichert und der Verlauf angezeigt.¹⁸⁶ Ebenso funktioniert der Ablauf bei der Messung von Blutdruckwerten.

Dieses System stellt für Assistanceunternehmen eine große Stütze in der Betreuung von chronisch Kranken dar. So werden stets die richtigen und aktuellen Werte des Patienten übertragen und das medizinische Team kann im Fall von zu hohen Werten sofort eingreifen und den Patienten informieren. Zudem lassen sich auf diese Weise Fortschritte des Patienten besser aufzeigen. Für den Patienten erleichtert dieses Tool den Umgang mit der chronischen Krankheit und erhöht somit auch die Lebensqualität.

„Healthcare anytime, anywhere!“¹⁸⁷ Unter diesem Motto steht der Telemedizinsservice der Europ Assistance. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung wird dem Patienten in diesem Fall über eine Videotelefonieapplikation ermöglicht. Unter anderem sind damit bereits Pflegeheime und Einrichtungen des betreuten Wohnens ausgestattet. In weiterer Folge wird bald auch eine mobile Lösung angeboten, die Menschen in abgelegenen Gegenden Zugang zur Gesundheitsversorgung ermöglicht. Zusätzlich zur Möglichkeit der Videotelefonie kann man an das Gerät verschiedene medizinische Applikationen anschließen, wie zum Beispiel „fingertip pulse oximeter, blood pressure monitor, electronic stethoscope, 1-channel ECG chest strap.“¹⁸⁸ Ärzte und Gesundheits- und Krankenpflegepersonen am anderen Ende der Leitung (in der Einsatzzentrale des Assisteurs) können den Patienten die richtige Bedienung der Geräte erklären. Die gemessenen Daten werden automatisch an das medizinische Team übertragen und gespeichert. Die Einsatzmöglichkeiten dieser Technologie sind sehr vielfältig. Derzeit werden sie vor allem in der Betreuung von SeniorenInnen eingesetzt. So kann man Sicherheit und eine gute Gesundheitsversorgung auch in den eigenen vier Wänden gewährleisten. Zudem werden die ersten Schritte gemacht um diese Technik mit Post Hospitalisation Programmen zu verbinden. Für die Nachsorge von PatientInnen mit koronaren Erkrankungen sind sportliche Aktivitäten sehr wichtig. Diese können zum Beispiel mit einem Ergometer auch zu Haus getätigt

¹⁸⁶ Vgl. Moderc, Alexander; Pillinger, Juergen (2010): Orange – E-Health. Wien, Präsentation Europ Assistance Health Workshop. S.14.

¹⁸⁷ Ohne Autor (2010): Healthcare and Telemedicine Applications. Mailand, Präsentation Europ Assistance Italien. S.2.

¹⁸⁸ Ohne Autor (2010): Healthcare and Telemedicine Applications. Mailand, Präsentation Europ Assistance Italien.S.6.

werden. Herzfrequenz und Blutdruck können dabei von der Applikation überwacht und die Ergebnisse vom medizinischen Team kontrolliert werden.

Eine Kernkompetenz von Assistanceunternehmen ist die Unterstützung in Notfällen. Darauf zielt auch der Service Teleassistance ab, der in vielen Ländern wie zum Beispiel Österreich von sozialen Organisationen (u.a. Rotes Kreuz) angeboten wird. In Märkten, in denen die öffentliche Sektor weniger und private Anbieter stärker positioniert sind, werden diese Services häufig von Assistanceunternehmen angeboten. Die Leistung besteht aus einer Notfallapplikation. Diese besteht aus einem Notfallknopf, der in einem Armband oder einer Halskette integriert ist, sowie einer Basisstation. Sobald der Alarm ausgelöst wird, stellt die Basisstation automatisch eine Verbindung zur Einsatzzentrale des Assistanceunternehmens her. Ist es tatsächlich ein Notfall, verständigt der Callcenteragent sofort den Notruf und leitet sämtliche notwendige Maßnahmen ein. Aber: „92% der Teleassistance Anrufe werden aufgrund von Einsamkeit und Depressivität getätigt und nicht wegen eines Notfalls.“¹⁸⁹ Daher stellen Assistanceunternehmen den AnruferInnen auch weitere Services zur Verfügung, wie zum Beispiel Home Assistance und auch psychosoziale Betreuung.¹⁹⁰ Vor allem zur Betreuung von Alzheimerpatienten, die oftmals bei einem Spaziergang die Orientierung verlieren, ist die Erweiterung durch einen GPS-Sender interessant. „An alarm is triggered as soon as patients leaves their usual geographical area to inform either members of their family or a medical call centre, which then contacts a relative or an assistance company, depending on the devices. It is also possible to communicate with patients via loud speaker to help them to find their way home and to offer them reassurance if necessary.“¹⁹¹

¹⁸⁹ Glatz, Kurt (2008): Video Tele-Assistance & Location Service (VITAL) – Alcatel Lucent Teleassistance. Wien, Präsentation Alcatel Lucent Healthcare Solutions. S.10.

¹⁹⁰ Vgl. Pochat, Nicole; Vilon, Eric (2010): Telecare in Europe. Markets and evolution. Wien, Präsentation Europ Assistance Health Workshop. S.12.

¹⁹¹ Vial, Martin (2008): The Care Revolution. Man at the centre of the global service revolution. Paris, France. Nouveaux Débats Publics. S.69.

4. Schlussfolgerung

4.1. Empfehlungen für die Praxis der Europ Assistance

Die in der Marktanalyse identifizierten Positionierungssegmente spiegeln die Wertschöpfungskette der Gesundheitsversorgung wider: Prävention, Wellness, Lifestyle – Behandlung – Rehabilitation, Pflege. Die Europ Assistance bietet derzeit Dienstleistungen in allen dieser drei Bereiche an. Betrachtet man den derzeitigen Gesundheitsmarkt, der auf Grund zahlreicher Spezialisierungen stark fragmentiert ist, erkennt man die Möglichkeit, sich von den anderen Playern abzuheben, indem man eine ganzheitliche Lösung anbietet. Dies wird unterstrichen durch die aktuelle Stellung des Patienten. Dieser ist im Gesundheitsmarkt hoffnungslos überfordert.

Die Europ Assistance hat neben den eigenen Kompetenzen, das weltweite Partnernetzwerk im Rücken. Somit ist es möglich den Patienten, wo auch immer er sich befindet, zu begleiten und ihn durch den Dschungel der Gesundheitsversorgung zu führen. Europ Assistance als zentraler Ansprechpartner des Patienten kann somit informieren, beraten, vermitteln und organisieren.

Betrachtet man die Produktpalette, lässt sich feststellen, dass diese international sehr heterogen verteilt ist. Um eine Basis für ein holistisches Gesundheitsangebot in jedem Land zu schaffen, ist die Implementierung folgender Produkte notwendig: Triage Hotline, Chronic Disease- und Wellness Management sowie Rehabilitationsmanagement. Damit sind sämtliche Bereiche der Gesundheitsversorgung abgedeckt und man kann aus diesen bestehenden Kompetenzen heraus weitere Services (z.B. Post Hospitalisation) abwickeln und sie stetig mit technologischen Komponenten aufwerten.

Daher sollte der Fokus des Vertriebs und der internen Duplizierung klar auf diesen drei Services liegen. Vorsicht ist geboten beim Thema Return On Investment. Da den vorhandenen Einsparungen letztlich nicht genau zugeschrieben werden kann, welche Stakeholder davon profitieren, ist es zunächst besser Verkaufsargumente und Mehrwerte auf den Themen der sozialen Verantwortlichkeit und der Imageverbesserung basieren zu lassen. Zudem ergibt sich ein erhöhter Bedarf an personalisierten, privatisierten Gesundheitsdienstleistungen durch die nachlassende Performance von öffentlichen Gesundheitssystemen.

Bei den Vertriebskanälen sollte der Fokus klar auf Versicherungsunternehmen, Pharmakonzernen und Arbeitgebern liegen. Diese haben einen größer werdenden Bedarf und können gleichzeitig den Zugang zu großen Volumen geben. Um Pharmaunternehmen als Kunden zu gewinnen ist ein Auftreten als internationale Gruppe notwendig, da die meisten Medikamente auch international auf den Markt gebracht werden.

Darüber hinaus ist es wichtig, sich mit neuen Branchen des Gesundheitsmarktes zu vernetzen, interdisziplinäre Partnerschaften zu bilden und strategische Akquisitionen zu tätigen, um weiterhin auf diesem dynamischen Markt mit der Entwicklung Schritt zu halten. Dazu zählen in erster Linie Technologieanbieter aber auch weitere innovative Unternehmen, die Marktnischen für sich entdeckt haben.

Neben diesem Business to Business Fokus ist es weiterhin möglich und wünschenswert, die holistischen Gesundheitsservices im Bereich Business to Client selbst anzubieten. Dies ist vor allem in Ländern möglich, in denen Europ Assistance einen Bekanntheitsgrad im B2C Bereich hat und selbst als Versicherungsunternehmen auftritt. Gestärkt wird diese Positionierung durch eine schlechte Performance des öffentlichen Gesundheitssystems.

Das derzeitige Produktgruppenkonzept (Automotive, Reise, Heim & Familie und Gesundheit) sollte leicht umgestellt werden. Die ursprüngliche Kernkompetenz von Assistanceunternehmen ist die medizinische Assistance – eigentlich eine Gesundheitsdienstleistung im Notfall. Auch jetzt sollte die Kernkompetenz wieder aus dem Bereich Gesundheit bestehen. Die Business Lines Reise, Heim und Familie sowie Automotive sollten durch den Bereich Berufsleben/Work ergänzt werden. Bereits jetzt gibt es bestehende Assistanceleistungen wie zum Beispiel Bildungsmanagement und Büroassistance, die dieser neuen Businessline zugeschrieben werden können. Hinzu kommt vor allem die betriebliche Gesundheitsförderung, die sich zum Teil aus bereits bestehenden Assistanceleistungen zusammensetzt. Mitarbeiter haben hier grundsätzlich Zugang zur medizinischen Hotline. Im Krankheitsfall kann je nach Zustand des Mitarbeiters das passende Betreuungskonzept bereitgestellt werden. Bei akuten Beschwerden kommt die Triagehotline, bei chronischen Erkrankungen das Chronic Disease Management und nach Arbeitsunfällen bzw. Dauerinvalidität das

Rehabilitationsmanagement zum Tragen. Auch die Vermittlung von Präventionsworkshops und die Bedarfserhebung von Unternehmen und deren Mitarbeitern zählen zu den angebotenen Assistanzeleistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Der Bereich Gesundheit zieht sich als Kernkompetenz durch sämtliche Businesslines und bietet daher zahlreiche Crosssellingmöglichkeiten. Gesundheit ist ein integraler Bestandteil unseres Lebens. Wenn ich nicht gesund bin, kann ich weder Auto fahren, reisen, die Zeit zu Hause mit meiner Familie genießen, noch zur Arbeit gehen. Europ Assistance wird somit zum alltäglichen Begleiter und liefert personenzentrierte und holistische Services in allen Bereichen des Lebens, die letztlich auch einen Teil zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung beitragen.

4.2. Empfehlungen für die Praxis der Pflege

Die Pflege befindet sich neben starken Lobbygruppen wie der Ärzte- und Apothekerkammer und der Gruppe der Pharmaunternehmen derzeit eher im Hintertreffen, was den Einfluss auf politische Änderungen des Gesundheitswesens angeht. Aufgrund des derzeitigen Wandels der Gesundheitsversorgung besteht allerdings ein massiver Reformbedarf des derzeitig arztzentrierten zu einem patientenzentrierten Versorgungsmodell. Dieses bewegt sich im Spannungsfeld zwischen Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege. Die interdisziplinäre Vernetzung zwischen den Stakeholdern des Gesundheitswesens wird dabei immer wichtiger – ein Vorteil für die Pflege, die sich bereits jetzt im gleichen Spannungsfeld, interdisziplinär vernetzt, bewegt.

Auch die aktuellen Trends im Gesundheitsbereich haben direkte Auswirkung auf das Berufsfeld Pflege. Die demographische Verschiebung hin zu einer immer älteren Bevölkerung erhöht den Bedarf an Pflegedienstleistungen enorm. Dabei stehen nicht nur der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich von Pflegeanamnese bis Pflegedokumentation im Vordergrund, sondern vor allem Beratung von Angehörigen und Vermittlung von individuellen Serviceleistungen. Grund dafür ist der erhöhte Fokus auf informelle Pflege und erhöhter Bedarf an Lebensqualität im Alter. So sind Seniorenreisen, begleitet von medizinischem Personal, schon heute etabliert. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen haben somit immer mehr die Möglichkeit sich zum Case Manager weiterzuentwickeln und als Schnittstelle zwischen Patient und Gesundheitsmarkt zu fungieren.

Unterstrichen wird dieser Bedarf von der erhöhten Prävalenz an chronischen Krankheiten. Dazu zählen im Hinblick auf die alternde Bevölkerung natürlich Demenzerkrankungen, aber auch Diabetes, koronare Erkrankungen, Asthma und mentale Krankheiten. Diese PatientInnen benötigen eine Form der Betreuung, die unter dem Begriff Chronic Disease Management zusammengefasst werden kann.

Auch der erhöhte Kostendruck auf die Gesundheitssysteme resultierte in neuen Aufgabenmöglichkeiten für die Pflege. Die Reduzierung der Verweildauer in Krankenhäusern führt zu einem neuen Betreuungsbedarf in der Begleitung von

Patienten nach einer stationären Behandlungen oder Unfällen um eine optimale Rehabilitation zu gewährleisten.

Vor allem in der Betreuung zu Hause ist wiederum der Einsatz neuer Technologien hilfreich um Unabhängigkeit aber auch Sicherheit des Patienten rund um die Uhr zu ermöglichen. Dabei sollten die Möglichkeiten, die uns neue Technologien bringen, nicht fremd für die im Prozess involvierten Leistungserbringer (wie die Pflege) sein.

Die durch die Urbanisierung bedingten Auswirkungen finden sich vor allem in der Neu-Organisation von immer größeren Krankenhäusern und im Bedarf an neuen Betreuungsformen in mehr und mehr isolierten Gebieten.

Für all diese identifizierten Bedürfnisse bieten Assistanceunternehmen nicht nur innovative Lösungen, sondern damit auch neue Beschäftigungsmöglichkeiten für Pflegepersonen an. Diese sind für die Aufgabenstellungen wie zum Beispiel Gesundheitsberatung, Chronic Disease- und Rehabilitationsmanagement besonders geeignet, da sie interdisziplinär arbeiten und eine Beratungsfunktion erfüllen. Bereits jetzt gibt es in der Pflege ähnliche Versorgungsmodelle, wie Family Nursing, die auf einem Case Management Konzept beruhen.

Der derzeitige Strukturwandel des Gesundheitswesens- und Marktes in Richtung patientenzentrierte Versorgung, bietet nun die große Möglichkeit für die Pflege, das derzeit hoch angesehene aber wenig attraktive Image zu verbessern und eine zentrale Position in diesem Konzept einzunehmen. Notwendig dafür ist eine Integration dieser Betreuungsformen in die Lehrpläne des tertiären Bildungsbereiches sowie der Grundausbildung. Somit kann letztlich auch die Attraktivität des Pflegeberufes weiter gesteigert werden.

4.3. Empfehlung weiterführende Entwicklungen

Diese Arbeit widmet sich den Fragen der Trends in der Gesundheitsversorgung von einer Makroebene aus. Die aktuellen Herausforderungen, die uns derzeit im Gesundheitswesen- und Markt gegenüberstehen, wurden bereits zahlreich in der Literatur behandelt und sind allen Fachleuten des Gesundheitswesens bekannt. Wie man an der Beschreibung der Assistanzenleistungen gesehen hat, gibt es auch bereits Lösungen für die auftretenden Probleme. Was einzig und allein als mangelhaft bezeichnet werden kann, ist die Umsetzung von innovativen Services in größeren Settings. Der Gesundheitsmarkt hat derzeit eine Krankheit, die ich als ‚Pilotidis‘ bezeichnen möchte. Das heißt, dass Leistungsträger die Services von Leistungserbringern meist in einjährigen Piloten testen, um dann zu erkennen, dass die Outcomes nicht gut genug seien. Sicherlich müssen neue und innovative Ideen getestet werden, bevor sie in einem größeren Setting implementiert werden können. Häufig wird dabei jedoch vergessen, dass Gesundheit ein Prozess ist, dessen Outcomes nicht von Heute auf Morgen verbessert werden können. Zudem gibt es weltweit zahlreiche Pilotstudien, die zum Beispiel die Verbesserung der Outcomes in Chronic Disease Management Programmen belegen können. Auf dem privaten Gesundheitsmarkt, der grundsätzlich dynamischer ist, als das öffentliche Gesundheitswesen, etablieren sich patientenzentrierte Services immer mehr. Im öffentlichen Gesundheitswesen, ist die Umsetzung häufig langsamer, da die Rahmenbedingungen zunächst von Politikern festgelegt werden müssen. Daher gibt es einen großen Bedarf an Aufklärung und einem internationalen Austausch von Kompetenzen und Erfahrungen um letztlich Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung für PatientInnen weltweit umzusetzen. „Improvement begins with the belief that improvement is possible.“¹⁹²

¹⁹² De Villiers, Martin (2010): Let us change our mental models. Unleashing abundance, crossing the boundaries. Prag, Präsentation International Health Summit. S.4.

5. Literaturverzeichnis

Afrite, Anissa; Com-Ruelle, Laure; Or, Zeynep; Renaud Thomas (2007): Hospital at home, an economical alternative for rehabilitative care. Health Economics letter 119.

Bamert, Stephan; Frei, Markus (2008): Burnout und Präventionsmaßnahmen. Wie gehen Unternehmen damit um und was ist der Einfluss auf den Unternehmenserfolg. Norderstedt, Grin-Verlag.

Bauer, Jasmin (2006): Assistanzeleistungen in der Versicherungswirtschaft – die Zukunft des Marktes? Eine Analyse aus Kunden- und Unternehmenssicht. Norderstedt, Grin-Verlag.

Beissmann, Robert (2010): Rehapräsentation Health Workshop. Wien, Präsentation Europ Assistance Health Workshop.

Björnberg, Arne; Garrofé, Beatriz Cebolla; Lindlbad, Sonja (2009): Euro Health Consumer Index 2009 Report. Brüssel, Studie Health Consumer Powerhouse.

Briggs, Julie (2007): Telephone triage protocols for nurses. Philadelphia, Wolters Kluwer - Lippincott Williams & Wilkins.

Bogaert, Henri (2007): Long-term projections in Europe: How they influence policies and accelerate reforms. In: Eurostat. Methodologies and working papers. Work Session on demographic projections. Bukarest, Konferenz European Communities.

Burghardt, Steven (2010): Chronic Disease Management. Wien, Präsentation Europ Assistance Österreich.

Burghardt, Steven (2010): Europ Assistance Gesundheitsservices. Wien, Präsentation Europ Assistance Österreich. Was hab ich da zitiert?

Coleman, Roger (2007): Living longer: the new market opportunity. London, Präsentation Royal College of Art.

Conchon, Françoise (2010): Business Models and needs of the pharmaceutical industry in terms of marketing and customer services. Wien, Präsentation Europ Assistance Health Workshop.

Cross, James D. (2010): Aetna Health Connections Disease Management Program and Value Based Health Care. Prag, Präsentation International Health Summit.

David, Stefan; Neumann, Karsten; Friedl, Martina (2009): E-Health – Wachstumsperspektiven für die Telekommunikationsbranche. Berlin, Studie Roland Berger Strategy Consultants.

Deimel, Hubertus; Huber, Gerhard; Pfeifer, Klaus; Schüle, K.(2007): Neue aktive Wege in Prävention und Rehabilitation. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag.

Determann, M. (2007): Hilfe für die Pflegenden zur Bewältigung beruflicher Belastungen. Mit qualifiziertem Personalmanagement dem Personal- und Pflegenotstand vorbeugen. Onkologie 13, S. 337 – 343.

De Villiers, Martin (2010): Let us change our mental models. Unleashing abundance, crossing the boundaries. Prag, Präsentation International Health Summit.

Diet, Jean – François; Burghardt, Steven (2009): The Europ Assistance Group, worldwide health offer. Paris, Präsentation Europ Assistance Holding.

Drescher, Claudia; Schurian, Silvia (2008): Betriebliche Gesundheitsförderung im europäischen Raum – Ein Vergleich der EU 15. Wien, Diplomarbeit Universität Wien.

Durand-Zaleski, Isabelle; Chevreul, Karine; Jeanblanc, Gregoire (2009): Financing for health in all policies. In: Kickbusch, Ilona (Hrsg.): Policy innovation for health. New York, Springer.

Esser, Martina (2004): Assistance in der Versicherungswirtschaft. Ein marketingorientierter Ansatz zur Unternehmenswertsteigerung. Karlsruhe, Verlag Versicherungswirtschaft.

Farny, Dieter (2006): Versicherungsbetriebslehre. Karlsruhe, Verlag Versicherungswirtschaft.

Fehse, Roland (2007) Rehabilitationsmanagement. Trauma Berufskrankheit 2007/9 S. 145 – 148.

Flemmich, Günter (2006): Ist die Pflegeausbildung Zeitgemäß? In: Gratzner, Alexander (Hrsg.) Ist die Pflegeausbildung noch zeitgemäß? Graz, Kammer für Arbeiter und Angestellte Steiermark.

Glatz, Kurt (2008): Video Tele-Assistance & Location Service (VITAL) – Alcatel Lucent Teleassistance. Wien, Präsentation Alcatel Lucent Healthcare Solutions.

Guét, Patrick; Diet, Jean-Francois; Burghardt, Steven (2010): Europ Assistance Health Survey. Paris, Präsentation Europ Assistance Holding.

Hengl, Walter; Meggeneder Oskar (2002): Der informierte Patient – Anspruch und Wirklichkeit. Sammelband. Linz, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse. WO und WAS zitiert?

Herrman, Helen; Saxena, Shekhar, Moodie, Rob (2005): Promoting mental health. Concepts, emerging evidence, practice. Genf, Studie World Health Organisation.

Hodyc, Daniel (2010): Disease management program in the healthcare plan Medipartner. Prag, Präsentation International Health Summit.

Hofstetter Roger, Yvonne (2009): Ethische Herausforderungen im Case Management. Linz, Präsentation Internationale Fachtagung Case Management – Kompetenzen und Qualifizierung.

Huber, Manfred; Hoffmann, Frederique; Rodrigues, Ricardo; Gasior, Katrin; Marin, Bernd (2009): Facts and figures on long-term care. Europe and North America. Wien, Studie European Centre for Social Welfare Policy and Research.

Joubert, Jacqui (2010): Chronic Disease Management and Wellness. Wien, Präsentation Europ Assistance Health Workshop.

Kaizar, Tanja (2006): Pflege in Österreich. Zu den gesellschaftlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen des Pflegeberufs. Wien, Diplomarbeit Universität Wien.

Kartte, Joachim; Neumann, Karsten (2007): Der zweite Gesundheitsmarkt. Die Kunden verstehen, Geschäftschancen nutzen. Berlin, Studie Roland Berger Strategy Consultants.

Kartte, Joachim; Neumann, Karsten (2008): Der Gesundheitsmarkt. Sicht der Bürger – Strategien der Anbieter. Berlin, Studie Roland Berger Strategy Consultants.

Kaye, Rachelle (2010): Chronic Disease Management: The Maccabi experience. Barcelona, Präsentation World of Health IT Conference.

Keane, Fionnuala (2009): Project Health. Navan, Präsentation Europ Assistance Ireland.

Kickbusch, Ilona (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Gamburg, Verlag für Gesundheitsförderung.

Kickbusch, Ilona (2007): Innovation in health policy: responding to the health society. Gaceta Sanitaria 21, 4, S. 338 – 342.

Kickbusch, Ilona (2009): Policy Innovation for health. Genf, Springer – Verlag.

Kolar, Nicole; Polak, Johannes (2007). Rehabilitationsmanagement. Wien, Präsentation Europ Assistance Österreich.

Kuhlmann, Ellen (2006): Modernising health care. Reinventing professions, the state and the public. Bristol, Policy press.

Leoni, Thomas; Mahringer, Helmut (2008): Fehlzeitenreport 2008. Krankheitsbedingte Fehlzeiten in Österreich. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung. Wien, Studie im Auftrag von Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Wirtschaftskammer Österreich, Bundesarbeiterkammer, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt.

Luhan, Wolfgang Jörg (2004): Effizienz des Österreichischen Gesundheitssystems. Ein internationaler vergleich der Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssektors in Österreich, für die zweite Hälfte der Neunziger Jahre. Linz, Studie Oberösterreichische Gebietskrankenkasse.

Mackay, Judith; Mensah, George (2004): The atlas of heart disease and stroke. Genf, Studie World Health Organisation.

Meggeneder, Oskar (2003): Unter-, Über-, und Fehlversorgung. Vermeidung von Fehlern im Gesundheitswesen. Frankfurt am Main, Mabuse – Verlag.

Meggeneder, Oskar (2004): Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens. Sammelband. Frankfurt am Main, Mabuse – Verlag.

Miller, Carol (2009): Nursing for wellness in older adults. Philadelphia, Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

Moers, Martin (2002): Herausforderungen für die ambulante Pflege – konzeptuelle Überlegungen. In: Kozon, Vlastimil; Seidl, Elisabeth (Hrsg.): Pflegewissenschaft – der Gesundheit verpflichtet. Wien, Facultas Verlag.

Moderic, Alexander; Pillinger, Juergen (2010): Orange – E-Health. Wien, Präsentation Europ Assistance Health Workshop.

Molkentin, Stefan (2009): Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Unternehmensführung. Norderstedt, Grin Verlag.

Mullner, Ross M. (2009): Health Services Research. California, Sage Publications Inc. Thousand Oaks.

Müller-Reichart, Matthias (2010): Assistance-Barometer 2010. München, Studie Europ Assistance Deutschland in Zusammenarbeit mit der Hochschule RheinMain Wiesbaden.

Neudeck, Werner (2002): Das österreichische Gesundheitssystem: Eine ökonomische Analyse. Wien, Manz'sche Verlag.

Ohne Autor (2005): Ambient Assisted Living. Country Report Austria. Studie Information Society Technologies.

Ohne Autor (2007): Health / dependency: opportunities in Western Europe countries – Boston Consulting Group. Paris, Präsentation Europ Assistance Holding.

Ohne Autor (2008): Europ Assistance Fachkonzept Demand Management. München, Präsentation Europ Assistance Deutschland.

Ohne Autor (2008): Europ Assistance Gesundheitstelefon. München, Präsentation Europ Assistance Deutschland.

Ohne Autor (2008): Population-based health risk management. Constantia Kloof, Präsentation Access Health South Africa.

Ohne Autor (2009): Access Health South Africa. Chronic Disease Management. Constantia Kloof, Präsentation Access Health South Africa.

Ohne Autor (2009): EA Cost Containment Initiative CMN Perspective. Toronto, Präsentation Canadian Medical Network.

Ohne Autor (2009): Healthcare in Europe: A model of efficiency and solidarity? Baromètre Cercle Santé Europ Assistance. Paris, Studie Europ Assistance Holding.

Ohne Autor (2009): Medgate. Doc around the clock. Basel, Präsentation Medgate.

Ohne Autor (2009): The Europ Assistance Group, worldwide benchmark for assistance. Paris, Präsentation Europ Assistance Holding.

Ohne Autor (2009): Europ Assistance IHS Services. Travel for treatment program at a glance. Paris, Präsentation Europ Assistance Holding.

Ohne Autor (2009): Europ Assistance. Weltweite Referenz auf dem Assistance-Markt. München, Präsentation Europ Assistance Deutschland.

Ohne Autor (2010): Access Health Application Value & Conceptual Framework: Chronic Disease Management. Constantia Kloof, Präsentation Access Health South Africa.

Ohne Autor (2010): Europ Assistance – Die weltweite Referenz auf dem Assistance-Markt. Bereich Gesundheit. München, Präsentation Europ Assistance Deutschland.

Ohne Autor (2010): Healthcare and Telemedicine Applications. Mailand, Präsentation Europ Assistance Italien.

Ohne Autor (2010): Health Cast. Die Individualisierung des Gesundheitswesens. Frankfurt, Studie Pricewaterhouse Coopers' Health Research Institute.

Ohne Autor (2010): Status Quo Gesundheitstelefon und Arzneimittelhotline. München, Präsentation Europ Assistance Deutschland.

Pelikan, Jürgen; Stacher, Alois; Grundböck, Alice; Krajic, Karl (1998): Virtuelles Krankenhaus zu Hause – Entwicklung und Qualität von Ganzheitlicher Hauskrankenpflege. Theoretische Konzepte, gesundheitspolitischer Kontext und praktische Erfahrungen in Europa. In: Pelikan, Erich Griebler, Grundböck, Krajic (Hrsg.): Wien, Facultas Universitätsverlag.

Pieber, Thomas (2010): Chronic disease epidemic – the figures for diabetes. Barcelona, Präsentation World of Health IT Conference.

Pilz, Heidemarie (2010): Chronic diseases and risk factors. Wien, Präsentation Europ Assistance Health Workshop

Pochat, Nicole; Vilon, Eric (2010): Telecare in Europe. Markets and evolution. Wien, Präsentation Europ Assistance Health Workshop.

Pramming, Stig (2010): Chronic diseases: Will we be able to treat the problem? Prag, Präsentation International Health Summit.

Prince, Martin; Wilmo, Anders (2010): World Alzheimer Report 2010. The Global Economic Impact of Dementia. London, Studie Alzheimer's Disease International.

Riedler, Johannes (2009): Engagement für eine innovative Pflege. Der Gemeinschaft dienen und die Qualität garantieren. Pro Care, 14, 6, S.24.

Rong, Oliver; Schlüchtermann, Jörg (2009): Die Zukunft der Krankenhausfinanzierung in Deutschland. Herausforderungen und Handlungsempfehlungen für Player im Gesundheitsmarkt. Berlin, Studie Roland Berger Strategy Consultants.

Schmadlbauer, Harald (2005): Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens. WISO 2/2005, S.85-107.

Schwarz, Rolf (2010): Absence Management. Wien, Präsentation Europ Assistance Health Workshop.

Seelmann, Kurt (2008): Recht auf Gesundheit? Über den Wandel juristischer Perspektiven auf das Gesundheitswesen. In: Schäfer, Daniel; Frewer, Andreas; Schockenhoff, Eberhard; Wetzstein, Verena (Hrsg.) Gesundheitskonzepte im Wandel. Geschichte, Ethik und Gesellschaft. Stuttgart, Franz Steiner Verlag.

Seidl, Elisabeth (2003): Defizite im Gesundheitswesen aus der Perspektive der Pflege. In: Meggeneder, Oskar (Hrsg.): Unter-, Über-, und Fehlversorgung. Vermeidung von Fehlern im Gesundheitswesen. Frankfurt am Main, Mabuse – Verlag.

Spirig, Rebecca (2006): Die Pflegeforschung in der Praxis. Welche Strategien, Forschungsausrichtungen und Fachausbildungen sind in Zukunft von Nöten? [http://www.pflegeforschung-vfp.ch/weiterbildung/Referat Spirig 060223.pdf](http://www.pflegeforschung-vfp.ch/weiterbildung/Referat_Spirig_060223.pdf) (21.12.2009).

Stoer, Reinhard (2010): Pflege und Invalidität – neue Ansätze für Österreich. Versicherungsrundschau 1-2/10 S. 31-36.

Suhrcke, Marc; Nugent, Rachel; Stuckler, David; Rocco, Lorenzo (2006): Chronic disease: An economic perspective. London, Bericht Oxford Health Alliance.

Sögner, P.; Zur Nedden, D. (2005): Stand der Telemedizin in Österreich. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz Nr. 48 S.657-662.

The UC Atlas of Global Inequality. Healthcare Spending. Aufgerufen am: URL: <http://ucatlas.ucsc.edu/spend.php> (07.08.2010).

Vallance-Owen, Andrew (2010): Chronic Disease and Chronic Disease Management in BUPA. Prag, Präsentation International Health Summit.

Vial, Martin (2008): The Care Revolution. Man at the centre of the global service revolution. Paris, France. Nouveaux Débats Publics.

Warschburger, Petra (2009): Beratungspsychologie. Berlin, Springer Verlag.

Wendt, Wolf Rainer (2010). Fachlichkeit als Ausweis eines eigenständigen Case Managements. Linz, Präsentation Internationale Fachtagung Case Management – Kompetenzen und Qualifizierung.

Weltgesundheitstag 2007 – FGÖ Umfrage zu Gesundheitsbewußtsein. URL: http://www.apotheker.or.at/internet/OEAK/NewsPresse_1_0_0a.nsf/agentEmergency!OpenAgent&p=DC3F44C9A07A9D97C12572B900226B18&fsn=fsStartHomeFachinfo&iif=0 (08.08.2010).

Weymayr, Christian (2009): In Rufweite. In der Schweiz werden Kranke besser versorgt – dank einer technischen Errungenschaft des 19. Jahrhunderts: dem Telefon. BrandEins 11/09 S. 40-46.

Wiekenberg, Ralf (2008): Modernes Personenschadenmanagement in der Praxis. Der Case-Manager im täglichen Einsatz bei der VGH. Versicherungswirtschaft 02/08 S.219.

Wild, Sarah; Roglic, Gojka; Green, Andreas; Sicree, Richard; King, Hilary (2004): Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care, Volume 27, Number 5. S.1047-1053.

Wikipedia (2010): Rudolf Virchow. URL: http://de.wikipedia.org/wiki/Rudolf_Virchow (17.10.2010).

Wirtschaftskammer Österreich (2010): Erfolg auf dem Gesundheitsmarkt. Ein Leitfaden für die Praxis. Wien, Schriftenreihe des Wirtschaftsförderungsinstituts Nr. 343. S.5.

World Health Organization. E-Health. URL: <http://www.who.int/topics/ehealth/en/> (03.08.2010)

World Health Organization. Obesity and overweight. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html> (10.08.2010)

World Health Organization. Global GDP. URL: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_GDP_2007.png (22.08.2010)

World Health Organisation (2005): Preventing chronic diseases – a vital investment. Saving 36.000.000 lives by 2015. Genf, Studie World Health Organisation.

World Health Organization (2008): Global alliance against chronic respiratory diseases. Action Plan 2008-2013. Genf, Studie World Health Organisation.

World Health Organization (2009): WHO report on the global tobacco epidemic 2009 – implementing smoke-free environments. Genf, Studie World Health Organization.

World Health Organization (2010): Chronic Diseases. URL: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/ (09.08.2010)

Zomer, Pascal (2006): Gowell. Die Optimierung Ihrer Lohnausfall-Versicherung bei Krankheit. Lausanne, Präsentation Vaudoise Assurance.

Zotter, Sabine; Gutscher, Andreas (2009): Facts zum Thema Gesundheit: Generali Zukunftsstudie. Existenzängste 2009. Wien, Studie Generali Österreich.

Zotter, Sabine; Gutscher, Andreas (2009): KU- Konsumentenstudie 2009 Zielgruppenbeschreibung. Wien, Studie Generali Österreich.

Österle August (2004): Zur zukünftigen Betreuung und Pflege älterer Menschen. Rahmenbedingungen – Politikansätze – Entwicklungsperspektiven. URL: <http://www.caritas.bz.it/de/information/index/1-0.html> (12.2.2009)

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Steven Burghardt, erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig verfasst habe und keine anderen als im Literaturverzeichnis angegebenen Quellen benutzt habe. Diese Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungskommission vorgelegt worden.

Wien, November 2010

Curriculum Vitae

Steven Burghardt

Geboren am 5. November 1984 in Herzberg (Deutschland)

E-Mail: Steven_Burghardt@Europ-Assistance.at



Ausbildungsweg

08/1991 – 06/1997	Grundschule Dahme/Mark
08/1997 – 05/2004	Gymnasium „Otto Unverdorben“ Dahme/Mark
03/2006 – 01/2011	IDS Pflegewissenschaft Universität Wien

Beruflicher Werdegang

07/2004 – 07/2005	Sportzentrum „Sportwelt“ Dahme/Mark <ul style="list-style-type: none">• Freiwilliges Soziales Jahr im Sport
09/2005 – 11/2005	Orthopädische Fachklinik „Oberlinen“ Potsdam <ul style="list-style-type: none">• Pflegepraktikant
08/2007 – 02/2008	Kosmetische Chirurgie „Clinic DDr. Heinrich“ Wien <ul style="list-style-type: none">• Assistent
05/2007 – 02/2008	Eventagentur „Straight“ Wien <ul style="list-style-type: none">• Promoter
03/2006 – 03/2009	Catering „Delicatering by Merkur“ Wien <ul style="list-style-type: none">• Supervisor
04/2009 – 07/2009	Europ Assistance Holding Paris <ul style="list-style-type: none">• Trainee „Project Health“
ab 10/2009	Europ Assistance Holding Paris <ul style="list-style-type: none">• Projekt Management „Project Health“

Wien, November 2010