

Koordination, Kooperation und Vernetzung

Typen der Versorgungsintegration und strategische Elemente

ROLAND SCHMIDT

Prof. Dr. Roland Schmidt ist Hochschullehrer für Gerontologie und Versorgungsstrukturen an der Fachhochschule Erfurt.

E-Mail roland.schmidt@fh-erfurt.de

Das im Einzelfall glückende Zusammenwirken von Professionen und Diensten bei gesundheitlichen und sozialen Angeboten für Patienten und hilfebedürftige Menschen kann nicht dem Zufall überlassen werden. Erforderlich ist vielmehr ein Qualitätsmanagement, das über die einzelbetriebliche Ebene hinausgeht.

Care Management zielt darauf ab, abgestimmte Versorgungsstrukturen zu implementieren, um insbesondere bei komplexen sozialen und gesundheitlichen Problemen, die verbunden sind mit Risiken für Betroffene und erheblichen Kosten für Leistungsträger, disziplinübergreifend Versorgungsabläufe zu rationalisieren. Dabei sind gegebenenfalls Versorgungspfade über Sektorengrenzen (v. a. ambulant vs. stationär) oder Systemgrenzen (SGB V und SGB XI) zu konzipieren.

Die bessere Passung

Es geht zum einen um die Vermeidung von Unter-, Über- und Fehlversorgung mittels einer systematisch aufeinander bezogene Diagnostik, Behandlung und Versorgung sowie zum anderen um eine bessere Passung zwischen professioneller Expertise, was individuell bedarfsbezogen evidenz- und erfahrungs-basiert wirksame Interventionen sind, die grundsätzlich in Betracht kommen, mit den Versorgungspräferenzen, die Menschen mit Blick auf ihre Ressourcen und Potenziale sowie Beeinträchtigungen äußern. Erstgenanntes fokussiert den Effekt, Letztgenanntes die subjektive Lebensqualität, also das Wohlbefinden.

Integrierte Versorgungskonzepte kombinieren in einem jeweils besonderen Mischungsverhältnis Systemsteuerung (Care Management) mit Fallsteuerung (Case Management).

Managing Care und Managed Care

Bei der Entwicklung integrierter Versorgungskonzepte sind zwei Teilstrategien zu unterscheiden: »Managing Care« und »Managed Care«. »Managing Care« stellt eine Teiltechnik dar, die anknüpft an bestehende Strukturen und schrittweise ein Vorgehen mit teilweise experimentellem Charakter realisiert. »Managed Care« setzt am Gesamtsystem der Versorgung an, ist ausgerichtet auf eine strukturelle Veränderung dieses Systems und impliziert eine veränderte Kultur in den Beziehungen zwischen den an der Versorgung Beteiligten (vgl. Kasten »Von ›Managing Care‹ und ›Managed Care‹: die Dimensionen von Care Management«).

Managed Care-Ansätze sind auf das Gesundheitswesen begrenzt. Akteure sind sowohl Leistungsträger, die Disease Management Programme auflegen, als auch Leistungserbringer, die im Rahmen Integrierter Versorgung auf besonderer vertraglicher Grundlage mit den Leistungsträgern tätig sind. Diese neue Kultur von Managed Care, präsentiert sich hierzulande parallel zur Regelversorgung als Alternative. Dies ist insofern von Belang, da der Versicherte die Wahlmöglichkeit zwischen herkömmlicher und abgestimmter Versorgung hat. Leistungsträger und Leistungserbringer müssen somit im Zuge der Ausgestaltung bedenken, dass neue Versorgungsformen auch für Versicherte und deren Präferenzen

Integrationstyp	Care-Management-Strategie	
	Managing Care	Managed Care
Koordination	im Sozialwesen und in der Psychiatrie verbreitet	–
Kooperation	im Gesundheitswesen (ohne Psychiatrie) verbreitet (z. B. Überleitungspflege)	–
Vernetzung	bei Ausbildung von Versorgungsketten, um als Komplettanbieter aufzutreten (z. B. in der Langzeitpflege)	im Gesundheitswesen bei neuen Versorgungsformen (Disease Management Programme, Integrierte Versorgung)

Integrationstypen im Versorgungsmanagement
Quelle: eigene Darstellung

nachvollziehbare Vorteile besitzen müssen, damit sie sich bereithalten, sich in solche Programme einzuschreiben. Dies unterscheidet die Ausgangslage in der Bundesrepublik markant von beispielsweise US-amerikanischen Ansätzen.

Managed Care lässt sich festmachen an Elementen wie selektivem Kontrahieren (Kontraktmanagement mit Blick auf Kosten und Qualität), Gate-keeping (zur Regulierung des Zugangs zur Versorgung z. B. in der hausarztbasierten Versorgung), Utilization Review (externe Begutachtung der Angemessenheit des Einsatzes medizinischer Leistungen), Disease Management bzw. strukturierte Behandlungsprogramme (Konzentration auf kostenintensive Patientengruppen mit hohen Fallzahlen und der Gefahr von Unter-, Über- und Fehlversorgung), Case Management (individuelle Fallführung innerhalb des Versorgungssystems insbesondere bei Erschwerungsfaktoren, die ein Abweichen von standardisierten Vorgehensweisen erfordern), Guidelines (festgeleg-

te Diagnose- und Behandlungsabläufe gemäß State-of-the-Art), Vorgaben bei der Arzneimittelversorgung (Positiv-/Negativlisten), neuen Vergütungssystemen (wie z. B. Capitation, Einsparcontracting oder Pay-4-Performance-Ansätzen) sowie auch pfadbezogene Qualitätssicherungsverpflichtungen (so die Ansätze zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses). (1)

Managing-Care-Strategien hingegen werden durch Leistungserbringer eingesetzt, um Versorgungsabläufe zu reorganisieren (z. B. mittels psychiatrischen Verbünden, klinischer Behandlungspfade und Überleitungspflege u. a. m.). Mit dem Übergang zu Fallpauschalen (den German Diagnosis Related Groups, kurz G-DRG – vgl. Kasten) transformiert sich das Krankenhaus beispielsweise von einer Stätte der Heilung in eine Stätte der intensiven Behandlung. (2)

Die gesundheitliche Versorgungsstruktur ist folglich auf eine prioritär

ambulante hin umzubauen. In diesem Prozess entstehen zum einen neue Versorgungsformen (z. B. Home Care, Patientenhotels, Kurzzeitpflege als Nachsorgeeinrichtung), weil zukünftig Patienten rascher und kränker sowie mit komplexem Versorgungsbedarf in die Häuslichkeit zurückkehren. Eine frühzeitige und verantwortliche Entlassung ist für das Krankenhaus zum anderen wirtschaftlich essenziell. Krankenhäuser sind vor diesem Hintergrund allein oder in Kooperation mit teilweise externen Leistungserbringern aktiv, um Formen der Überleitung zu implementieren. (3)

Typen der Versorgungsintegration

Man kann die Differenz zwischen Managing Care und Managed Care weiter ausdifferenzieren mittels Einbeziehung der von Blosser-Reisen (4) entwickelten Typologie der Integration, bei der zwischen »Koordination«, »Kooperation« und »Vernetzung« unterschieden wird:

- Als Koordination wird die freiwillig eingegangene, planvolle Zusammenarbeit rechtlich weiterhin selbstständiger Träger von Diensten und Einrichtungen bezeichnet.
- Kooperation hingegen beinhaltet bereits eine auf vertraglicher Grundlage fußende, verbindliche Abmachung, bei der alle Beteiligten zwar generell ihre Selbstständigkeit behaupten, sich jedoch für bestimmte Leistungen im Zusammenwirken mit Dritten verlässlich festlegen.
- Vernetzung wiederum bedeutet, dass ehemals selbstständige Einzelglieder nunmehr in einer neuen Organisati-

Von »Managing Care« und »Managed Care«: die Dimensionen von Care Management

Sowohl Managed Care als auch Managing Care streben ein koordiniertes Vorgehen an. Allerdings mit differierenden Mitteln (1):

- Bei Managing Care handelt es sich um eine Teiltechnik. Dabei wird die Patientenversorgung nicht umfassend reorganisiert, sondern nur bestimmte Prozessschritte. Man knüpft an bestehenden Strukturen an und versucht durch ein schrittweises Vorgehen ein Mehr an Zusammenarbeit herzustellen. Es handelte sich daher häufig um Versorgungsexperimente, mittlerweile aber häufiger auch um Versuche in der Sozial- und Gesundheitswirtschaft, die Wertschöpfungskette übergreifend zu organisieren. (2)
- Managed Care setzt am Gesamtsystem der Versorgung an und ist ausgerichtet auf eine grundlegende Veränderung des bisher-

gen Vorgehens. Im Zentrum steht eine veränderte Kultur, bei der über vertraglich-technische Regelungen neue Kooperations- und Denkformen als Grundlage einer langfristig angestrebten Veränderung initiiert werden.

Roland Schmidt

- (1) Baumberger, J.: So funktioniert Managed Care. Anspruch und Wirklichkeit der integrierten Gesundheitsversorgung in Europa. Stuttgart, New York 2001, S. 67 f.
- (2) Vgl. hierzu Schmidt, C./Möller, J.: Katalysatoren des Wandels. In: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hg.): Krankenhausreport 2006. Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch. Stuttgart, New York 2007, S. 3–19.

onsform aufgehen mit gemeinsamen, verbindlichen Regeln des Vorgehens.

Von Koordination über Kooperation hin zur Vernetzung wächst also der Grad der Verbindlichkeit auf rechtlicher Basis. Umgekehrt nimmt von Koordination über Kooperation hin zur Vernetzung der Grad der Selbstständigkeit der beteiligten Dienste und Einrichtungen ab.

»Integrierte Versorgung kombiniert Systemsteuerung mit Fallsteuerung«

Managed Care im Gesundheitswesen repräsentiert ausschließlich den Integrationstyp »Vernetzung«, während Managing Care im Sozial- und Gesundheitswesen vorwiegend auf »Kooperation« gründet, sich mitunter aber auch als verbindlichere »Koordination« präsentiert (vgl. Tabelle 1). Dies unterscheidet das Gesundheits- vom Sozialwesen, denn dort dominiert bei abgestimmtem Vorgehen »Koordination«.

Abstimmungserfordernisse

Man kann mit Blick auf sektoren- und/oder systemübergreifende Abstimmungsprozesse zwei Grundmotive unterscheiden:

- Erstens besteht die Anforderung eines angemessenen situativen Zusammenwirkens der Dienste und Professionen – ärztliche, therapeutische, soziale und pflegerische Berufe – bei der Unterstützung zur Bewältigung von Lebensproblemen in komplexen Situationen und in einem Setting. Ziel ist es, die oftmals unverbundenen Hilfen mittels systematisierter Kommunikation zu optimieren.
- Zweitens resultieren Qualitätsmängel nicht zuletzt aus Abstimmungsproblemen bei institutionellen Übergängen im Laufe einer Patientenkarriere. Hier umfassen Kommunikationserfordernisse die potenziellen Bruchstellen beim Wechsel des professionellen Settings.

Ziel ist es, die Kommunikation zwischen nacheinander tätig werdenden Instanzen über die Versorgungs- und

Behandlungsdauer hinweg zu sichern. Anders formuliert: Allein ein Qualitätsmanagement auf der einzelbetrieblichen Ebene ist nicht hinreichend, um pfad- und prozessorientiert Qualität zu sichern und zu entwickeln.

Querständig zu beiden Grundmotiven besteht zudem das Erfordernis, die Koproduktion des Betroffenen (und gegebenenfalls seiner primären Bezugspersonen) über die Versorgungsdauer

hinweg zu motivieren. Also: die Verschränkung institutioneller und lebensweltlicher Perspektiven vorzunehmen,

die unabdingbar ist, um eine gewollte Wirkung im Sinne des Nutzens für den Patienten (= Gebrauchswert) zu erreichen.

Managing Care – das Beispiel Krankenhausentlassung

Managing-Care-Ansätze konzentrieren sich nach Einführung der G-DRGs insbesondere auf die Krankenhausentlassung. Die Erkenntnisse auf der G-DRG-Begleitforschung beziehen sich jedoch vornehmlich auf Wirkungen, denen der Krankenhaussektor solitär unterliegt. Empirisches Wissen über sektoren- oder gar systemübergreifende Änderungsimpulse liegen hingegen nicht oder nur rudimentär vor. Dies erschwert die fachliche Bilanzierung des Erreichten. ➔

Was versteht man eigentlich unter DRG?

Diagnosis-Related Groups (DRG) – auch diagnosebezogene Fallpauschalen genannt – sind ein Patientenklassifikationssystem zur Abrechnung einzelner Behandlungsfälle bei stationären Aufenthalten im Krankenhaus, § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), §§ 3 ff. Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG). Sie stellen neben der von den Ländern getragenen Investitionsförderung nach § 8 KHG das zentrale Mittel der Krankenhausfinanzierung dar (sog. duales System). Dabei werden medizinisch ähnliche Behandlungsfälle zu Fallgruppen zusammengefasst und die Kosten für die Behandlung dieser Fälle pauschaliert. [...] Die Kalkulation einer Fallpauschale basiert auf der mittleren Verweildauer und gilt für eine bestimmte Mindest- bzw. Höchstzahl von Behandlungstagen (sog. Grenzverweildauer). Für Überschreitungen der Grenzverweildauer wird zusätzlich eine tagesbezogene Vergütung gezahlt, für wesentliche Unterschreitungen gibt es einen Abzug. Ein Problem des DRG-Abrechnungssystems ist, dass die wohnortnahe Versorgung dann gefährdet sein kann, wenn unrentable Krankenhäuser schließen müssen. Zwar haben die Länder nach wie vor das Letztentscheidungsrecht in der Krankenhausplanung. Allerdings ist fraglich, ob der Kostendruck in den öffentlichen Kassen die Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung auch weiterhin erlaubt. Weiterhin setzt das DRG-System Anreize zur Ausweitung der Fallzahlen, um mehr Pauschalen abrechnen zu können. Dies kann die Beitragssatzstabilität gefähr-

den. Schließlich ist denkbar, dass Krankenhäuser finanzielle Vorteile dadurch zu erlangen versuchen, indem sie Einsparungen bei der Versorgungsqualität vornehmen oder unrentable Patienten von vornherein nicht aufnehmen.

Heike Hoffer

Fachlexikon der sozialen Arbeit

7. Auflage

Nomos

Herausgegeben vom
Deutschen Verein
für öffentliche und
private Fürsorge e.V.



Quelle: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (Hg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. 7. Auflage. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2011. Ca. 1.200 Seiten. 44,- Euro. ISBN 978-3-8329-5153-5.

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus legte 2010 den Bericht zur G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG (erster Forschungszyklus 2004–2006) vor. (5) Versorgungsstrukturelle Wirkung werden wie auch im Nachfolgebericht – durchaus auftragsgemäß – nur knapp erörtert:

- Es existieren keine belastbaren Hinweise auf eine Verlagerung der akutstationären Versorgung auf den Rehabilitationssektor.
- Das gilt allgemein auch für die Häusliche Krankenpflege, die im genannten Zeitraum auf niedrigem Ausgangsniveau nochmals leicht rückläufig ist – allerdings bei einem Anstieg der Ermessensleistungen (also einem verlängerten Bewilligungszeitraum).
- Gestiegen sind ambulante Operationen krankenhausintern und krankenhausextern. Eine Entwicklung, die aber nicht zwingend auf die Implementierung der G-DRGs zurückzuführen ist, sondern eher die veränderten besonderen normativen Grundlagen spiegelt.
- Mit Blick auf klinische Pfade, die im Jahr 2006 in 92 von 341 an der Erhebung teilnehmenden Krankenhäusern implementiert worden sind, was ein Plus in Höhe von 27 Prozent im Vergleich zum Jahr 2004 ausmacht, ist nicht bekannt, dass diese auch sektorenübergreifend ausgelegt sind und nicht allein die Krankenhausprozeduren gegebenenfalls diszipliniert übergreifend organisieren.

Das vom Wissenschaftszentrum Berlin und dem Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen durchgeführte Projekt »Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System« betrachtet demgegenüber auch die Krankenhausentlassung intensiver. (6) Während im Jahr 2007 die Ärzte zu zwei Dritteln den Entlassungszeitpunkt als richtig bewerten und über die drei Befragungszeitpunkte hinweg kein Anstieg gegenteiliger Beurteilungen zu konstatieren ist, fällt die Bewertung durch die befragten Pflegekräfte kritischer aus. Hier verringert sich der Anteil derjenigen, die den Entlassungszeitpunkt als richtig qualifizieren zwischen 2003 und 2006 von 57 auf 45 Prozent.

Nur rund jede dritte Pflegekraft be-

wertet das Entlassungsmanagement mit Hausärzten und ambulanten Diensten im Krankenhaus als gut funktionierend (2006: 34 Prozent, 2003: 37 Prozent). Bei den Ärzten wurde die Frage nach dem Entlassungsmanagement differenziert gestellt:

- Am besten beurteilt wird die Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen (bei über die Zeit hinweg leicht fallenden Werten).
- Die Zusammenarbeit mit ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen folgt danach (bei über Zeit hinweg steigenden Bewertungen).
- Am schlechtesten beurteilt wird die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten (nur ein Fünftel der Ärzte gibt an, dass die Zusammenarbeit bei Entlassung gut funktioniert).

Auch 2007 sagen mehr als 50 Prozent der befragten Krankenhausärzte, dass kein Entlassungsmanagement mit den niedergelassenen Kollegen existiert. Leichte Verbesserungen in der Bewertung der Zusammenarbeit mit Hausärzten könnten – so die Autoren der Studie – auf Disease-Management-Programme und Integrierte Versorgung – also Formen von Managed Care – zurückzuführen sein.

Das Entlassungsmanagement in Häusern mit angespannter wirtschaftlicher Situation wird durch die Ärzte schlechter beurteilt als in Häusern ohne wirtschaftliche Probleme. Dies spiegelt sich in allen drei Befragungswellen. Auch die Trägerschaft zeitigt Einfluss (positiv von Ärzten bewertet: freigemeinnützige, negativ von Pflegekräften bewertet: privat-gewerbliche und das schlechter werdende Entlassungsmanagement öffentlicher Krankenhäuser). Ebenso differieren die Bewertungen nach Fachgebieten; eine Verschlechterung des Entlassungsmanagements wird von Pflegekräften insbesondere in der Pädiatrie festgestellt.

Die im Projekt »Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System« ergänzend durchgeführten qualitativen Studien zeigen zudem einen unterschiedlichen Entwicklungsstand des Entlassungsmanagements: im Hinblick auf niedergelassene Ärzte auf der einen sowie ambulante und stationäre Pflege auf der anderen Seite. Insbesondere Pflege-

überleitungs-Vereinbarungen sind hier positiv-verstärkend von Belang.

Die im Vergleich zur »Vor-DRG-Zeit« zurückhaltende Beurteilung des Entlassungsmanagements könnte allerdings, darauf weisen die Autoren hin, auf ein seitdem gestiegenes Problembewusstsein über mögliche Folgen zu früher Entlassung zurückzuführen sein. Das ist vor allem bei Pflegekräften zu konstatieren: Das Wissen über Entlassung und der Ausbau des Entlassungsmanagements sind nicht in Balance. Als Schwachpunkte gelten:

- Aus Pflegesicht: die mitunter fehlende, frühzeitige, manchmal bereits mit Krankenhausaufnahme einsetzende Entlassungsplanung der Ärzte (mit der Folge der Überrumpelung statt vorbereiteter Entlassung, fehlender Koordinierung mit poststationären Einrichtungen und Diensten)
- Aus ärztlicher Sicht: unsystematische Kooperation mit niedergelassenen Ärzten ohne Rückkoppelungsschleifen (mit der Folge von nicht gesicherter Kontinuität der Behandlung, unterschiedlicher Versorgungsstandards stationär und ambulant v. a. im Bereich der Medikation).

Hinzu kommt, dass Entlassungsmanagement auf erforderliche leistungrechtliche Abklärungen (und deren Bescheidung) aufbaut. Ohne Bescheid oder im Fall bestehender Versorgungslücken (z. B. nur grundpflegerischer oder hauswirtschaftlicher Hilfebedarf) entbehrt ein Versorgungsmanagement gemäß § 11 Abs. 4 SGB V der unabdingbaren strukturellen Grundlage, auf der der Managementprozess aufbauen könnte. (7)

Resümee

Soweit belastbare empirische Befunde zur Krankenhausentlassung und zur Gestaltung einer systemübergreifenden Versorgung heute vorliegen, gilt der Pfad vom Krankenhaus in die Pflegeeinrichtung als vergleichsweise gut funktionierend.

Dies erstaunt nicht, da vollstationäre Pflegeeinrichtungen leistungs- und leistungserbringungsrechtlich sowie heimgesetzlich eine – zusammengefasst – umfassende Sorgeverantwortung tragen, so dass eine poststationäre Versor-

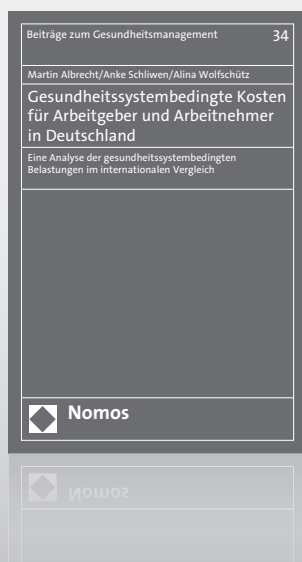
gung für das Krankenhaus gegenüber dem ambulanten Setting vergleichsweise unaufwendig herstellbar ist. Allerdings ist zu konstatieren, dass mit dem Übergang in die vollstationäre Pflegeeinrichtung das Koordinationsproblem mit den niedergelassenen Ärzten nicht gelöst, wohl aber an einen anderen Akteur delegiert worden ist.

Das Beispiel Krankenhausentlassung zeigt exemplarisch sowohl, dass Versorgungsintegration ein zentrales Erfordernis der Qualitätsentwicklung darstellt, als auch, dass die zuletzt unternommenen Managing-Care-Anstrengungen noch nicht intensiv genug erfolgt sind. Dies motivierte auch den Gesetzgeber, im GKV-Versorgungsstrukturgesetz das Erfordernis eines Entlassmanagements in § 39 Abs. 1 SGB V zu betonen und als Teil der Krankenbehandlung zu definieren. ■

Anmerkungen

- (1) Amelung, V. E., Schumacher, H.: Managed Care. Wiesbaden 2004 (3. Aufl.).
- (2) Arnold, M./Litsch, M./Schellschmidt, H. (Hg.): Krankenhausreport 2000. Schwerpunkt: Vergütungsreform mit DRGs. Stuttgart 2001.
- (3) Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP): Überleitung und Case Management in der Pflege, Hannover 2004; Braun, B./Buhr, P. u. a.: Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bern 2010.
- (4) Blosser-Reisen, L.: Wege zur Integration sozialer und gesundheitlicher Hilfen in der Altenarbeit, in: diess. (Hg.): Altern: Integration sozialer und gesundheitlicher Hilfen. Bern 1977, S. 201–220.
- (5) Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) & IGES Institut: Bericht zur G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG. Berlin 2010.
- (6) Braun, B., Puhr, P. u. a.: Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler. Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bern 2010.
- (7) Fuchs, H. (2008). Impulse zur Versorgungsintegration an den Schnittstellen von SGB XI und SGB V (K 1100); in: Bettig, U. u. a. (Hg.). Management Handbuch Pflege. Heidelberg 2011 (32. Aktual.).

Lohnnebenkosten Gesundheit



Die vorliegende Studie ermittelt die Höhe der Arbeitgeberbelastung durch gesundheitssystembedingten Kosten und vergleicht sie zwischen Branchen sowie international. Dafür wurden sämtliche Gesundheitsausgaben einbezogen, an deren Finanzierung die Arbeitgeber unmittelbar oder mittelbar beteiligt sind.

Die Untersuchung zeigt u. a., dass sich die arbeitgeberfinanzierten Kosten des Gesundheitssystems seit dem Jahr 2000 nicht stärker erhöht haben als die gesamtwirtschaftliche Leistung und sich zwischen den Branchen deutlich unterscheiden. Das Buch ist die Aktualisierung einer wissenschaftlichen Studie aus dem Jahr 2004.

Weitere Informationen: www.nomos-shop.de/14403

Gesundheitssystembedingte Kosten für Arbeitgeber und Arbeitnehmer in Deutschland

Eine Analyse der gesundheitssystembedingten Belastungen im internationalen Vergleich

Von Dr. Martin Albrecht, Anke Schliwen und Alina Wolfschütz

2012, 139 S., brosch., 18,– €, ISBN 978-3-8329-7249-3

(Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Bd. 34)



Nomos