

Katharina Janus will wissen, was die Akteure des Gesundheitswesens bewegt

„Sie können sich große Gedanken über den Aufbau von Organisationen machen, über Controlling und die Zahlenwelt. Aber wenn Sie es nicht schaffen, den Arzt zu verstehen, der eine Schlüsselposition im System einnimmt, dann brauchen Sie sich über die Organisationsstruktur überhaupt keine Gedanken zu machen.“

Diese Einsicht verdankt Katharina Janus, Professorin für Gesundheitsmanagement und Controlling an der Ulmer Universität, nicht etwa nur dem Studium vieler Publikationen. Die Betriebswirtschaftlerin betreibt Feldforschung, hat selbst in einer US-Klinik gearbeitet, sucht in Kliniken und Praxen Kooperationspartner für ihre oft interdisziplinären Vorhaben.

Gesundheitsmanager wollen mit Führungstechniken, Steuerungsinstrumenten und Organisationsprinzipien Methoden eines Unternehmens auf Kliniken und Arztpraxen übertragen. In den USA wird dieser Ansatz seit den 70er-Jahren unter dem Begriff „Managed Care“ erprobt. Mit durchwachsenem Erfolg, sagt Janus.

Eine Disziplin, die das Verhalten ändern will

Die Ulmer Wissenschaftlerin, die weiterhin Projekte an der New Yorker Columbia-Universität und der Berkeley Universität durchführt, verfolgt mit ihrer hierzulande jungen Disziplin einen verhaltensorientierten Ansatz, der sie für viele Akteure des Gesundheitswesens zur gefragten Beraterin und DiskutantIn macht. Auch für diejenigen, die sich mit Innovationen wie beispielsweise der personalisierten Medizin und ihrer möglichen Etablierung im Gesundheitswesen beschäftigen.

70 Prozent der Kosten werden vom Arzt beeinflusst

Es klingt beinahe banal, weil so selbstverständlich, und ist es dennoch nicht, wenn Katharina Janus sagt: „Ich beschäftige mich vor allem mit den Entscheidern, den Ärzten“. Versteht man deren Verhalten nicht, „kann man es auch nicht beeinflussen“. Das wäre folgenreich, denn die Entscheidungen des Arztes beeinflussen 70 Prozent der Gesundheitsausgaben“, hat Janus ausgerechnet.

Ihr Forschungsgebiet ist unscharf definiert, wird oft falsch verstanden, vielfach mit der volkswirtschaftlichen Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik vermischt. Ihren



Prof. Dr. Katharina Janus.
© Uni Ulm

mikroökonomischen Ansatz beschreibt sie als anwendungsnahe. „Gesundheit geht uns alle an“, das sei ein Zukunftsmarkt mit vielen offenen Fragen, sagt die Ökonomin über ihre Arbeit. „Deswegen müssen wir im Kleinen anfangen“, sagt sie und meint damit, dass sich dort die Lösungen finden.

Der Faktor Mensch ist im Gesundheitswesen zentral

Weniger die klassischen BWL-Elemente eignen sich für das Gesundheitsmanagement, sondern eher Instrumente wie „Empowerment“, Anreizsysteme, Zufriedenheit oder Motivation. Aus der Fachsprache übersetzt heißt das: „Der Faktor Mensch ist im Gesundheitswesen so zentral, dass wir uns mit diesem beschäftigen müssen“. Ihre Arbeit beschreibt die Wissenschaftlerin als verhaltensorientierte Forschung, die das Verhalten der Akteure im Gesundheitswesen zu beeinflussen versucht.

Klassische Management-Ansätze hält sie für unzureichend, sie verschließen die Augen vor der komplexen Gemengelage von Akteuren und Institutionen. Janus will sich dieser Komplexität stellen, will wissen, wie sich das Verhalten ändern lässt, damit sich letzten Endes die medizinische Versorgung verändert. Dazu muss sie erforschen, wie Entscheidungen in komplexen Situationen gefällt werden, wie Ärzte beispielsweise mit einer Organisation wie einer Klinik interagieren.

Patient durchkreuzt Hoffnungen der personalisierten Medizin

Große Hoffnungen setzen in den USA die Befürworter der personalisierten Medizin in den aktiven



Klassische Managementmethoden im Gesundheitswesen senken keine Kosten.

© Chris Beck/pixelio.de

Patienten, den „empowered consumer“, der sich maßgeschneiderte Pakete in Prävention oder Diagnostik zusammenstellen sollte. Allein die Pläne ließen sich nach Janus' Erfahrung nicht wie erhofft umsetzen.

Sie glaubt einige Gründe für den mäßigen Erfolg zu kennen: Patienten, zumal besonders Kranke, unterziehen ihren Arzt nicht automatisch einem harten Eignungstest, ehe sie sich für oder gegen ihn entscheiden. Patienten, so eine weitere Beobachtung von Katharina Janus, werden mit gesundheitsrelevanten Informationen überflutet, sind allein überfordert mit der Wahl der richtigen Krankenversicherung, bleiben doch stets Laien im Verhältnis zum Arzt, trotz leicht zugänglicher gesundheitsrelevanter Informationen. Die Erwartung, dass der Konsument diese Entwicklung der personalisierten Medizin antreibt, sich beispielsweise genom-basierte Risikoprofile erstellen lässt und so sein Gesundheitsverhalten optimiert, trat in den USA nicht ein. Die Idee war einleuchtend: Der Patient will möglichst viel Informationen, weil er für seine Gesundheit nur das Beste will, doch die Realität sah anders aus.

Die Denkart muss sich ändern

Ungeachtet der Misserfolge hält die Ökonomin Janus die personalisierte Medizin (pharmacogenomics) für wichtig. Noch bleiben die Möglichkeiten einer individualisierten Versorgung, wie sie beispielsweise moderne Informationstechnik bietet, ungenutzt. Immer noch, so Janus' These, hänge die Medizin am populationsorientierten Ansatz, der die Individuen aus dem Blick verliert. Die gleiche Denkwiese beobachtet sie im Management. Auch dort frage man nach der Risikoverteilung in der Bevölkerung, weniger nach der Risikodisposition des Einzelnen.



Möglicherweise findet die personalisierte Medizin ihren Einstieg als Wahlleistung.
© Gerd Altmann_Gerold Meiners/pixelio.de

Möglicherweise entscheidet auch die ideologische Prägung eines Gesundheitssystems über vermeintliche Innovationen wie die personalisierte Medizin. Denn die vom Exzellenzgedanken geprägten Amerikaner sind neuen Technologien im Grundsatz gewogener als das vom Solidargedanken geprägte deutsche Gesundheitswesen. Angebote der personalisierten Medizin ließen sich kaum in die Breite finanzieren, blieben hierzulande vermutlich eine Wahlleistung, blickt Janus in die Zukunft.

Lobbygruppen beugen Innovationen

Für Innovationen sei Deutschland tendenziell ein schwieriger Markt, weil er ein stark reguliertes System aufweise. Wer eine Innovation im deutschen Gesundheitswesen einführen will, sieht sich mächtigen Lobbygruppen gegenüber. Wer einer oder mehrerer dieser gut organisierten Gruppen das Wasser abgräbt oder ihnen zu nahe tritt, muss mit organisiertem Widerstand rechnen. In den USA sei dieses Verhalten weniger stark ausgeprägt, hat Janus festgestellt. Dort sei das Verhältnis Innovationen gegenüber offener, weniger vorurteilsbeladen, hierzulande stoße man auf „stärkere Mauern“.

Wer gut versorgt ist, zettelt keine Revolution an

In manchen Konzepten der personalisierten Medizin wird der Patient der Zukunft stärker in die Pflicht genommen. In Deutschland sei dieses Bewusstsein weniger ausgeprägt als in den USA. „So lange man versorgt ist, fängt man keine Revolution an“, weiß Janus.

Was also muss passieren, damit Innovationen des Postgenomzeitalters klinisch und ökonomisch Fuß fassen, um später vielleicht integraler Bestandteil der Regelversorgung zu werden? Diese Fragen kennt die Ulmer Ökonomin, die auch mit Unternehmen zusammenarbeitet, deren Produkte Versorgungsstrukturen auf den Kopf stellen, „zum Wohle der Patienten“, fügt Janus hinzu. Gute Forschungsergebnisse sind aber keine Gewähr für den kommerziellen Erfolg. Schließlich bedrohe jede Innovation möglicherweise die Pfründe anderer Akteure, wogegen Klagen und Verfahren angestrengt werden.

Wer den Nutzer übersieht, macht eine Bruchlandung

Wer Neues einführen will, muss erst einmal die künftigen Nutzer fragen, wie die Neuerung gestaltet werden soll, dass sie zu ihnen passt, muss deren Erwartungen kennen, um dann das Produkt gemeinsam umzusetzen. Oft werde aber in Krankenhäusern und vielen anderen Einrichtungen den Menschen irgendetwas vorgesetzt, ohne vorher mit den Benutzern gesprochen zu haben, ohne deren Arbeitsabläufe zu kennen, ohne zu wissen, ob die Neuerung für die Anwender tatsächlich einen Nutzen erbringt.

Geht an die Basis, fragt die Menschen!

Eine neue Gesundheitsleistung wird sich nach Janus' Überzeugung im Klinikalltag dann durchsetzen, wenn sie sinnvoll ist, einen konkreten Nutzen für den Patienten und das Umfeld erbringt, wenn sie den Ärzten, dem Pflege- oder Laborpersonal gut erklärt wird und wenn das mit persönlichem Einsatz vor Ort geschieht. Den Rat, den die Management-Forscherin auch Gesundheitspolitikern gibt, beherzigt sie selbst: Sie geht an die Basis, fragt die Menschen, was sie bewegt. „So machen wir Forschung, wir gehen an die Schwester, an den Arzt heran, fragen im OP.“ Erst dann wisse man, ob die Akteure schon empfänglich sind für die Leistungen einer Innovation wie beispielsweise die personalisierte Medizin.

Was die in ersten Clustern versammelten Akteure der personalisierten Medizin voranbringt? Katharina Janus rät zu strategischer Lobbyarbeit: „So funktioniert das Gesundheitswesen vielfach.“ Es sei ein Trugschluss zu „glauben, dass Sie allein durch wissenschaftlich fundierte Erkenntnis irgendetwas erreichen“. In den USA heißen diese Abteilungen in den Universitäten folgerichtig „Health Policy and Management“.

Fachbeitrag

11.02.2011

wp

BioRegionUlm

© BIOPRO Baden-Württemberg GmbH

Weitere Informationen

- ▶ [Virtuelles und globales Netzwerk für Gesundheitsmanagement](#)

Der Fachbeitrag ist Teil folgender Dossiers



Die personalisierte Medizin kommt aus den Startblöcken