

GESUNDHEITSFÖRDERNDE KRANKENKASSENPOLITIK

**Theoretische Analyse und empirische Untersuchungen zu
Möglichkeiten und Hindernissen der Integration der
Gesundheitsförderung in den Handlungsbereich der gesetzlichen
Krankenversicherung**

Dissertation zur Erlangung des
Doktorgrades (Dr. rer. soc.)
des Fachbereiches Gesellschaftswissenschaften
der Justus Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von
Christian Schmitz
aus Wuppertal

Gießen 1999

Hiermit erkläre ich, daß ich die Dissertation selbständig und ohne andere als die darin angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle der Literatur wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen sind als solche kenntlich gemacht worden.

Christian Schmitz

Danksagung

Die Thematik der Gesundheitsförderung im deutschen Gesundheitswesen erweist sich auch über die Grenzen dieser Arbeit hinaus als eine große interdisziplinäre Herausforderung. Mit dem Zustandekommen dieser Dissertation verbinde ich für die Zukunft den Wunsch, den wissenschaftlichen Diskurs, sowie auch die politische Praxis ein Stück weit mitgestalten zu können. Allen, die mich auf diesem Weg unterstützt haben, gilt mein herzlicher Dank.

Besonders möchte ich meinem Lehrer, Herrn Prof. Dr. Adalbert Evers, für die engagierte Betreuung und für die unermüdlichen Diskussionen danken, welche maßgeblich zu einer Schärfung meiner Ideen und zu einem Ausreifen der Konzeption dieser Arbeit geführt haben. Weiterhin danke ich Frau Prof. Dr. Rosemarie von Schweitzer dafür, daß sie mir im Vorfeld den Weg für eine Dissertation geebnet und mich nicht zuletzt fachlich dazu inspiriert und ermutigt hat, den interdisziplinären Ansatz der Oecotrophologie auf den Gegenstand des Gesundheitswesens anzuwenden. Darüber hinaus danke ich der Justus-Liebig-Universität Gießen für die materielle Unterstützung und den Vertrauensvorschuß, die mir in Form eines Graduiertenstipendiums gewährt wurden.

Für ihre wertvollen Anregungen danke ich auch Heike Nordmann, Susanne Büsse, Ulrich Rauch sowie Jan Böcken. Desweiteren danke ich den MitarbeiterInnen der von mir untersuchten Krankenkassen für ihre Kooperation und Hilfsbereitschaft. Brigitte Müller danke ich dafür, daß sie mir in den schwierigsten Phasen des Promotionsstudiums fachlich und persönlich zur Seite gestanden hat.

Schließlich danke ich meiner Familie, die mir stets ein Rückhalt war, und insbesondere meiner 'Oma' Berta, die mir mit ihren nunmehr 90 Jahren vieles von dem, was sich in dieser Arbeit über die gesundheitliche Versorgung in Deutschland wiederfindet, praktisch vor Augen geführt hat. Ich wünsche ihr von Herzen noch viele 'qualitätsbereinigte' Lebensjahre.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
0 EINLEITUNG	1
0.1 Problemstellung	1
0.2 Aufbau der Arbeit	4
Teil A: Theoretischer Teil	
1 GESUNDHEITSFÖRDERUNG	10
1.1 Begriffsbestimmung	10
1.1.1 Gesundheitsförderung - mehr als nur eine Mode	10
1.1.2 Die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation	16
1.2 Kontroversen zwischen Addition und Integration gesundheitsfördernder Strategien	21
1.2.1 Gesundheit als körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden?	21
1.2.2 Kritik der Medizin	25
1.2.3 Kritik der Prävention und Gesundheitserziehung	32
1.3 Anforderungen an die Gesundheitsförderung	38
1.3.1 Methodische Aspekte - 'Hilfe zur Selbsthilfe'	38
1.3.2 Handlungsfelder der Gesundheitsförderung	42
1.3.2.1 Partizipation der Betroffenen auf der Ebene der Problemwahrnehmung	42
1.3.2.2 Verhaltens- vs. Verhältnisprävention	45
1.3.2.3 Förderung gesundheitlicher Kompetenz: Addition vs. Integration	48
2 GESUNDHEITSÖKONOMISCHE ASPEKTE	52
2.1 Ökonomie im Gesundheitswesen - eine Parallele zum Anspruch gesundheitsfördernder Politik?	54
2.1.1 Gegenstand und Fragestellungen der Gesundheitsökonomie	54
2.1.2 Das Problem der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen	58
2.1.3 Hypothesen zur Kostenentwicklung und deren Bedeutung für die Gesundheitsförderung	61
2.2 Ökonomie der Gesundheitsförderung	66
2.2.1 Ist Vorbeugen billiger als Heilen? - Die Debatte über Kosten und Nutzen der Prävention	67
2.2.2 Besonderheiten der Gesundheitsförderung aus mikroökonomischer Sicht: Produktion von Gesundheit und Nachfrage nach Gesundheitsleistungen	72
2.2.2.1 Bedingungsfaktoren für die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen	72
2.2.2.2 Das Grossman-Modell der Gesundheitsnachfrage	74
2.2.2.3 Substitutionalität und Komplementarität von gesundheitlicher	74

2.3 Überlegungen zur ökonomischen Evaluation gesundheitsfördernder Maßnahmen	79
2.3.1 Problembereiche der ökonomischen Evaluation von Gesundheitsleistungen	79
2.3.2 Gesundheitsökonomische Outputgrößen	81
2.3.2.1 <i>Kosten-Nutzen-Analyse</i>	82
2.3.2.2 <i>Kosten-Wirksamkeits-Analyse und Kosten-Nutzwert-Analyse</i>	84
2.3.3 Der konzeptionelle 'Link' zwischen sektoraler und systemischer Effizienz ('Input-Effizienz' vs. 'Output-Effizienz')	88
2.4 Zusammenfassung: Möglichkeiten und Grenzen der ökonomischen Betrachtung von Gesundheitsförderung	92
3 GESUNDHEITSPOLITISCHE ASPEKTE	97
3.1 Public Health - Gesundheitspolitik im weitesten Sinne	97
4.1.1 Public Health-Innovationen in und außerhalb expliziter Gesundheitspolitik	97
4.1.2 Zielorientierung vs. Deregulierung im Gesundheitswesen	102
3.2 Die Reformdebatte der bundesdeutschen Gesundheitspolitik	107
3.2.1 Die gesetzliche Krankenversicherung - zentrale Säule des deutschen Gesundheitswesens	107
3.2.2 Reformansätze zwischen Privatisierung und Ausgabenbegrenzung	110
3.2.3 Wettbewerb in der GKV	114
3.2.4 Fazit	120
3.3 Gesundheitsförderung und Public Health als Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung	122
3.3.1 Zur Geschichte des Paragraphen 20 SGB V	122
3.3.2 Erwartungen und Handlungsempfehlungen an die Krankenkassen	125
4 ZUSAMMENFASSUNG DER THEORETISCHEN ANALYSE	134
Teil B: Empirischer Teil	
5 FRAGESTELLUNG UND KONZEPTION DER EMPIRISCHEN UNTERSUCHUNG	138
5.1 Eckpunkte der theoretischen Analyse (Teil A)	138
5.2 Stand der empirischen Forschung	139
5.3 Untersuchungsschwerpunkte: Zum Zusammenhang der beiden empirischen Teiluntersuchungen, Kap. 6 und 7	143
6 ERGEBNISSE DER INTERVIEWS MIT KRANKENKASSENMITARBEITERINNEN	147

6.1 Einleitung	147
6.1.1 Methodik	147
6.1.2 Vorgehensweise	148
6.2 Organisatorische Umsetzung der Gesundheitsförderung durch Krankenkassen	153
6.2.1 Aufbau und Entwicklung	153
6.2.2 Personal	156
6.2.3 Finanzen	158
6.2.4 Zuständigkeiten und organisationsinterne Kooperationsbeziehungen	161
6.2.4.1 Servicebereich: Beiträge und Leistungen	161
6.2.4.2 Marketing, Geschäftsführung	163
6.2.4.3 Gesundheitspolitik, Vertragswesen	165
6.2.4.4 Soziale Dienste, Rehabilitationsberatung	165
6.2.4.5 Fazit	167
6.3 Leitbilder und Zielsetzungen	169
6.3.1 Leitbilder der zuständigen Akteure: „Was bedeutet Gesundheitsförderung?“	170
6.3.2 Ziele und Zielgruppen	177
6.4 Strategien und Handlungsfelder	181
6.4.1 Das Maßnahmenspektrum: Aufgabenschwerpunkte der befragte Akteure	181
6.4.2 Externe Kooperationsbeziehungen	185
6.4.2.1 Kommerzielle und nicht-kommerzielle Anbieter von Gesundheitskursen	186
6.4.2.2 Traditionelle Leistungserbringer im Gesundheitswesen	188
6.4.2.3 Gesundheitsämter (ÖGD)	190
6.4.2.4 Andere Krankenkassen	191
6.4.3 Spezielle Handlungsfelder	192
6.4.3.1 Gesundheitsförderung in der Schule	193
6.4.3.2 Betriebliche Gesundheitsförderung	195
6.4.3.3 Selbsthilfeförderung	201
6.4.4 Fazit: Gesundheitskurse als strategischer Schwerpunkt	207
6.5 Gesundheitskurse als methodischer und inhaltlicher Schwerpunkt der Gesundheitsförderung durch Krankenkassen	209
6.5.1 Methodische Aspekte	211
6.5.2 Thematische Schwerpunkte	215
6.5.2.1 Ernährung	216
6.5.2.2 Bewegung	220
6.5.2.3 Entspannung und Stressbewältigung	224
6.5.3 Angebotskriterien	231
6.5.4 Fazit	238
6.6 Die Evaluation von Gesundheitskursen	240
6.6.1 Bedeutung, Art und Umfang der Evaluationspraxis	240
6.6.2 Ergebnisse der Evaluationsstudien der Krankenkassen	243
6.6.2.1 Teilnehmerzahlen, Zufriedenheit, Einstellungs- und Verhaltensvariablen	244
6.6.2.2 Reduzierung von gesundheitlichen Beschwerden nach dem Kursbesuch	246
6.6.2.3 Ökonomische Effekte: Reduzierung der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungsleistungen	247
6.6.3 Fazit	251
7 TEILNEHMERBEFRAGUNG ZU MOTIVEN DER INANSPRUCHNAHME UND EFFEKTEN VON GESUNDHEITSKURSEN	254
7.1 Einleitung	254
7.1.1 Fragestellung der Untersuchung	254
7.1.2 Zielsetzung der Untersuchung	256

7.1.3 Rahmen und Durchführung der Untersuchung	258
7.2 Kursspektrum und Teilnehmerstruktur	258
7.2.1 Geschlecht	259
7.2.2 Alter	260
7.2.3 Beruf	260
7.2.4 Bisherige Kursteilnahmen	261
7.3 Motivation zur Kursteilnahme	261
7.3.1 Gesundheitliche Beschwerden	262
7.3.2 Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen im Zusammenhang mit den genannten Beschwerden	264
7.3.3 Suche nach Behandlungsalternativen im Zusammenhang mit den genannten Beschwerden	266
7.4 Effekte der Kursteilnahme	268
7.4.1 Zufriedenheit mit der Kursteilnahme	268
7.4.2 Reduzierung gesundheitlicher Beschwerden	269
7.4.3 Gesundheitsbezogene Einstellungen	270
7.4.4 Veränderungen der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungsleistungen	277
7.5 Diskussion der Ergebnisse der Teilnehmerbefragung	281

Teil C: Zusammenfassung und Ausblick

8 ZUSAMMENFASSUNG DER THEORETISCHEN UND EMPIRISCHEN ERGEBNISSE	286
8.1 Ergebnisse der theoretischen Analyse	286
8.2 Ergebnisse der empirischen Untersuchung	287
8.2.1 Maßnahmen	289
8.2.2 Ursachen und Hintergründe	289
8.2.3 Gesundheitskurse und deren Bedeutung für eine 'gesundheitsfördernde Krankenkassenpolitik'	297
9 AUSBLICK	299
9.1 Perspektiven für die Gesundheitsförderung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung	299
9.2 Konsequenzen für die politische, professionelle und akademische Ausrichtung der Gesundheitsförderung	304
Literaturverzeichnis	308
Anhang I: Gesprächsleitfaden der Interviews mit KrankenkassenmitarbeiterInnen	320
Anhang II: Fragebogen der Kursteilnehmerbefragung	324

Abkürzungsverzeichnis

AEV	Arbeiter-Ersatzkassen-Verband
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BEK	Barmer Ersatzkasse
BKK	Betriebskrankenkasse
BSP	Bruttosozialprodukt
BVA	Bundesversicherungsamt
BzgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DAK	Deutsche Angestelltenkrankenkasse
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
ebd.	ebenda
GAW	„Gesund alt werden“, gemeinsames Präventionsprogramm von 12 Ersatzkassen
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRG	Gesundheitsreformgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
HAGE	Hessische Arbeitsgemeinschaft Gesundheitserziehung
IKK	Innungskrankenkasse
KAiG	Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen
NOG	GKV-Neuordnungsgesetze
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
RSA	Risikostrukturausgleich
SVRKaiG	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
VdAK	Verband der Angestellten-Krankenkassen
VHS	Volkshochschule
WHO	World Health Organisation
zit.n.	zitiert nach

Abbildungsverzeichnis

Seite

TEIL A

Kap. 1:

- Abb. 1.1: Die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation 18
Abb. 1.2: Arbeitsformen der Erwachsenenbildung und Beratung 40

Kap. 2:

- Abb. 2.1: Bestimmungsfaktoren des Gesundheitsstandes 57
Abb. 2.2: „Teure Zivilisationskrankheiten“ 62
Abb. 2.3: „Disease Costing“ am Beispiel des akuten Myokardinfarkts 63
Abb. 2.4: Monetäre und nicht-monetäre Effekte im Rahmen der
(Netto-)Kosten-Wirksamkeitsanalyse 87

Kap. 3:

- Abb. 3.1: Public Health: Problemwahrnehmung („assessment“) 99
Abb. 3.2: Interventionslogik („policy formulation“) 99
Abb. 3.3: Steuerung/Akteure („policy formulation/assurance“) 101
Abb. 3.4: Dimensionen und Ebenen von Kooperation in der GKV 131

TEIL B

Kap. 7:

- Abb. 7.1: Bisherige Kursteilnahmen 261
Abb. 7.2: Wesentliche Motive für die Kursteilnahme 262
Abb. 7.3: Arztbesuche in Abhängigkeit der genannten Beschwerden 265
Abb. 7.4: Leistungsanspruchnahme im Zusammenhang mit den genannten Beschwerden 266
Abb. 7.5: Nach Alternativen zu medizinischen Behandlungen suchen? 267
Abb. 7.6: Teilnehmerzufriedenheit 269
Abb. 7.7: Ergebniszufriedenheit im Zusammenhang mit der
Reduzierung gesundheitlicher Beschwerden 270
Abb. 7.8: Gesundheitsbewußtsein der TeilnehmerInnen 272
Abb. 7.9: Häufigste Antworttypen bezüglich gesundheitsbezogener Einstellungen 273
Abb. 7.10: Gesundheitsbewußtsein/ Zunahme während des Kursbesuchs 275
Abb. 7.11: Gesundheitsbewußtsein der TeilnehmerInnen mit
verringerten Beschwerden 276
Abb. 7.12: Verringerte Leistungsanspruchnahme 279

Tabellenverzeichnis

	Seite
Kap. 6:	
Tab. 6.1: Beispiele, Häufigkeiten und Charakteristika von Angeboten aus dem Themenbereich 'Ernährung'	219
Tab. 6.2: Beispiele, Häufigkeiten und Charakteristika von Angeboten aus dem Themenbereich 'Bewegung'	223
Tab. 6.3: Beispiele, Häufigkeiten und Charakteristika von Angeboten aus dem Themenbereich 'Entspannung und Streßbewältigung'	230
Kap. 7:	
Tab. 7.1: Kursspektrum und Teilnehmerstruktur	259
Tab. 7.2: Alterstruktur der TeilnehmerInnen	260
Tab. 7.3: Gesundheitliche Beschwerden im Zusammenhang mit dem Kursbesuch	263

0 Einleitung

„Ich habe hier eine Broschüre der AOK Garmisch-Partenkirchen. Die Mai/Juni-Ausgabe, 15 Seiten, ein umfangreicheres Angebot als mancher Bundesliga-Verein, meine Damen und Herren: ‘Power-Walking’, ‘Kinder pflanzen Pflanzenkinder’, ‘Muß Süßes sündig sein?’, ‘Fußreflexzonenmassage’, ‘Spargelcremesuppen und Joghurtcreme’ - Ich werde für keinen Punkt und dessen Realisierung so kämpfen, wie dafür, daß die gesetzliche Krankenversicherung künftig nicht mehr den Freizeitpark der Bundesrepublik Deutschland finanziert.“ (Horst Seehofer im Deutschen Bundestag am 24. Mai 1996)

„Du, AOK, empfiehlst und sponserst das neue Uni-Sportangebot „Gehirn-Jogging“. Wir aber sind mit Herzkranzkegeln, Bandscheibenschießen und Magen-über-die-Schnur im Grunde ausgelastet; ferner gibt es einen Focus-Slogan namens „Focus-Lesen“ ist Jogging fürs Gehirn“, und wer garantiert uns denn, daß nicht auch andersrum ein Schuh draus wird? Du etwa? Glaubt’s kaum: Titanic“ (Titanic Nr. 8/96)

„Die Gesundheitskassen - motivierende Begleiterinnen im Uni-Frust. Image: ‘fit for fun’. Die Freude am Leben ist wieder in. Individuelle Streßbewältigung statt ewigen Nörgelns am System und strukturellen Rahmenbedingungen, so das Erfolgsrezept gesunder Lebensführung! Emanzipation quo vadis? ‘Rückenschule’ - für die richtige Haltung im Studium und ‘Studentenfutter’ - die richtige Ernährung für den kleinen Geldbeutel sind die Angebote individueller Lebensbewältigung (DAK).“ (ISENBERG/ MALZAHN 1996, S. 15)

„Im nächsten Schritt lassen wir uns dann das Essen selbst von der AOK erstatten. Denn gibt es einen wichtigeren Grundstein für die Gesundheit als die Ernährung? Und wenn Ernährung, warum nicht Wohnung und Kleidung auch? Und haben nicht Unterhaltung, Bildung und Freizeit auch etwas mit Gesundheit zu tun? Am besten, wir überweisen unser ganzes Gehalt gleich an die Krankenkassen.“ (KRÄMER 1989, S. 238)

0.1 Problemstellung

Gesundheitsförderung durch Krankenkassen hat in den letzten Jahren großes öffentliches Aufsehen erregt. Die eingangs aufgeführten Zitate aus unterschiedlichen gesellschaftlichen und politischen Lagern sind nur einige Beispiele für den öffentlichen Zündstoff und das enorme Potential an Kritik und satirischen Überzeichnungen, welche die 1989 erfolgte gesundheitspolitische Aufgabenerweiterung der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Vorsorge und Verhütung von Krankheiten in der Folgezeit ausgelöst hat. Da die wissenschaftlichen und praktischen Fragen einer Programmatik der Prävention von Krankheiten und der Förderung von Gesundheit äußerst komplex sind, ließe sich allein aus den in verschiedenen öffentlichen Debatten vorgenommenen Verkürzungen und (scheinbar

bewußten) Mißinterpretationen genügend Stoff für eine gründliche argumentative Aufbereitung, vor dem Hintergrund des interdisziplinären Forschungs- und Wissensstandes, finden.

Eine wissenschaftliche ‘an-und-für-sich’-Betrachtung der Gesundheitsförderung durch Krankenkassen als Antwort auf verkürzte Darstellungen in der Öffentlichkeit würde allerdings den Aufwand nicht rechtfertigen, wenn es sich dabei nicht um ein weitreichendes, über den eigentlichen Gegenstandsbereich bei weitem hinausweisendes gesundheitspolitisches Thema handelte. Gesundheitsförderung als Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen ist jedoch in dreierlei Hinsicht von grundlegender Bedeutung für den gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Diskurs.

Zunächst handelt es sich bei der Gesundheitsförderung durch Krankenkassen um die in den letzten Jahren praktisch dominierende Form bundesdeutscher Präventionspolitik. Dies zeigte sich nicht zuletzt in einer Repräsentativerhebung aus dem Jahre 1994, derzufolge rund 50 Prozent aus dem Gesamtspektrum in Anspruch genommener Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung allein auf Angebote gesetzlicher Krankenkassen entfielen (KIRSCHNER et al. 1995, S. 64). Darüber hinaus spielten Krankenkassen auch als Finanzierer von Maßnahmen anderer Einrichtungen eine erhebliche Rolle, deren Ausmaß sich, bezogen auf die gesamte Präventionslandschaft in Deutschland nur erahnen läßt. Aufgrund der überragenden quantitativen Bedeutung ist letztlich die von den Kassen gewählte Praxis auch ein repräsentatives Beispiel für den politischen und gesellschaftlichen Umgang mit Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland.

Damit zusammenhängend hat die Praxis der Krankenkassen auch maßgeblichen Anteil an der Etablierung und Ausweitung des Berufsfeldes der Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung gehabt. Angesichts des durch die Kassen ermöglichten breiten Betätigungsfeldes für ‘neue Gesundheitsberufe’ - z.B. SportpädagogInnen, ErnährungswissenschaftlerInnen, PsychologInnen - lassen sich aus den Angeboten der Krankenkassen auch unter professionellen Gesichtspunkten Rückschlüsse über Konzepte, Selbstverständnisse und Akzentuierungen, und damit nicht zuletzt über den jeweiligen akademischen Ausbildungs- und Forschungsstand in den relevanten Fachrichtungen ziehen.

Schließlich verweist die praktische Umsetzung der Gesundheitsförderung durch Krankenkassen auch auf die Frage nach Möglichkeiten und Grenzen einer strukturellen und organisatorischen Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Viele theoretische Elemente der Gesundheitsförderung sowie die gesetzlich erweiterten Handlungsspielräume durch das 1989 in Kraft getretene Gesundheitsreformgesetz können im Zusammenhang mit den seit Jahren diskutierten Problemfeldern und Reformansätzen der GKV betrachtet werden.

Ein wesentliches Problem stellt sich dabei aus aktuellem Anlaß durch die 1996 erfolgte Streichung des gesetzlichen Präventions- und Gesundheitsförderungsauftrages. Damit stellt sich nicht nur die theoretische, sondern auch die politisch-praktische Frage nach einer Neupositionierung im Umgang mit dem oftmals als 'sozialutopisch' bezeichneten, dem gewohnten administrativen Zugriff zweifellos schwer zugänglichen Konzept der Gesundheitsförderung. Ist es möglich, dem umfassenden Anspruch der Gesundheitsförderung gerecht zu werden, ohne dabei sogleich der Versuchung zu unterliegen, um jeden Preis vielfältige neue Betätigungsfelder zu erschließen, und dabei 'blinde Flecke' in eigentlichen, traditionellen Aufgabenfeldern entstehen zu lassen? Inwiefern kann Gesundheitsförderung auch dazu beitragen, eben diese vorrangigen Aufgaben in der deutschen Gesundheitspolitik bzw. im gesundheitlichen Versorgungssystem zu bewältigen?

Die zentrale Hypothese, welche in dieser Arbeit bezüglich der angesprochenen Problematik verfolgt werden soll, läßt sich mit dem Begriffspaar 'Addition' und 'Integration' umschreiben. Angesichts der öffentlichen Debatte über die Gesundheitsförderungspraxis, speziell im Kontext der gesetzlichen Krankenversicherung, liegt die Vermutung nahe, daß Gesundheitsförderung und Prävention allzuoft als neue, zusätzlich zum System der gesundheitlichen Versorgung installierte Handlungsfelder begriffen werden, welche einen unmittelbaren Bezug zu den Kernfragen und Problemfeldern der gesundheitlichen Versorgung vermissen lassen. Gegenüber einer bloßen *Addition* von Maßnahmen und Handlungsfeldern ist hingegen die *Integration* von Methoden und Inhalten der Gesundheitsförderung in traditionelle Handlungsfelder erforderlich, um die gesundheitspolitische und auch gesundheitsökonomische Bedeutung der Gesundheitsförderung zur Entfaltung zu bringen. Eine Integration der Gesundheitsförderung, als Querschnittsaufgabe expliziter Gesundheitspolitik, wird jedoch, so die Hypothese, auch dem umfassenden Ansatz der Gesundheitsförderung eher gerecht, als eine additive Expansion gesundheitlicher

Handlungsfelder aus dem Rahmen bisheriger Kernaufgaben, welche nach wie vor als ungelöst betrachtet werden müssen.

Bezogen auf die gesetzliche Krankenversicherung als zentraler Akteur des deutschen Gesundheitswesens bedeutet dabei Integration, traditionelle Handlungsfelder und anstehende Reformaufgaben unter dem Paradigma der Gesundheitsförderung in Angriff zu nehmen. Als 'gesundheitsfördernde Krankenkassenpolitik' wäre demnach eine Integration von Arbeitsprinzipien und Inhalten der Gesundheitsförderung in zentrale Bereiche der Unternehmenspolitik von Krankenkassen zu verstehen. Dies setzt einen Politikbegriff voraus, der weniger der staatlichen Rollenzuweisung an die Krankenkassen, etwa in Form des gesetzlichen Auftrages zur Prävention und Gesundheitsförderung durch das Gesundheitsreformgesetz, sondern vielmehr der eigenen Gestaltungskraft der Kassen die wesentliche Aufmerksamkeit schenkt.

Vor diesem Hintergrund, und unter den drei bereits genannten Gesichtspunkten - Präventionspolitik in Deutschland, akademische und professionelle Ausrichtung 'neuer' Gesundheitsdisziplinen sowie die Frage nach der Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung - ergibt sich die Notwendigkeit einer Bestandsaufnahme der gegenwärtigen und zukünftigen Bedeutung sowie der Realisierbarkeit des Konzeptes der Gesundheitsförderung im Rahmen bundesdeutscher Gesundheitspolitik, und speziell im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung.

0.2 Aufbau der Arbeit

Zunächst geht es um eine begriffliche Klärung dessen, was *Gesundheitsförderung* konzeptionell beabsichtigt. Die Aufgabe besteht dabei in einer Zusammenfassung der verschiedenen wissenschaftlichen Argumentationen, die seit vielen Jahren mit zur Entwicklung des Konzeptes der Gesundheitsförderung beigetragen haben. Dabei sollen die durch diesen Begriff ausgelösten Kontroversen aufgezeigt und dazu genutzt werden, mögliche Abgrenzungen und Konkretisierungen vorzunehmen. Zu nennen sind hier insbesondere die kritischen Debatten bezüglich der vorwiegend auf kurative Biomedizin beschränkten

gesundheitlichen Versorgung, sowie die (selbst-)kritischen Reflexionen der bisherigen Unzulänglichkeiten einer auf individuelles Verhalten konzentrierten Prävention bzw. Gesundheitserziehung. Diese beiden für die Entwicklung der Gesundheitsförderung fundamentalen Ansätze verweisen auf einen Gesundheitsförderungsbegriff, welcher die Integration in Kernbereiche des traditionellen Gesundheitswesens zumindest einschließt, wenn nicht gar anderen, eher additiven Konzeptionen voransetzt.

Hinsichtlich der zentralen Arbeitshypothese, der Integration von Gesundheitsförderung in Kernbereiche der gesundheitlichen Versorgung, soll vom theoretischen Standpunkt weiterhin die gesundheitsökonomische sowie gesundheitspolitische Bedeutung der Gesundheitsförderung untersucht werden. Dabei geht es einerseits darum, die Notwendigkeit der Integration von Gesundheitsförderung auch aus der Perspektive der Gesundheitsökonomie sowie der Gesundheitspolitik zu hinterfragen. Andererseits stellt sich aus den genannten Perspektiven die Frage nach Möglichkeiten, wie eine solche Integration sinnvollerweise geschehen sollte.

Aus *gesundheitsökonomischer Sicht* stellt sich einerseits die Frage nach dem ökonomischen Nutzen, der durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung, etwa in Form verbesserter Gesundheit (Lebensdauer und Lebensqualität) oder aber in Form direkter Einsparungen an anderer Stelle des gesundheitlichen Versorgungssystems, erzielt werden kann. Neben - oder besser: wegen - dieser methodisch und theoretisch schwer zu beantwortenden Frage geht es andererseits auch um das Verhältnis bzw. 'Nicht-Verhältnis' zwischen prozeßorientierter Gesundheitsförderung und gesundheitsökonomischen Ansätzen der Ergebnisbewertung. Dabei lassen sich Parallelen zwischen der Entwicklung der Gesundheitsökonomie und der Gesundheitsförderung dahingehend aufzeigen, daß der Ausgangspunkt beider wissenschaftlichen Debatten oftmals in der mangelhaften Wirksamkeit und Bedarfsorientierung einer nahezu ausschließlich auf kurative Biomedizin reduzierten gesundheitlichen Versorgung liegt. Vor diesem Hintergrund muß auch die Messung, bzw. die Bewertung der Gesundheitsförderung, sofern überhaupt erforderlich, in einen konzeptionellen Zusammenhang mit anderen gesundheitlichen Versorgungsleistungen gestellt werden.

Aus *gesundheitspolitischer Sicht* gilt es hingegen, das Spannungsfeld zwischen der eng mit Gesundheitsförderung verbundenen Theorie einer Public Health-Politik und der

realpolitischen Debatte in Deutschland, welche mehrheitlich auf Konzepte der Privatisierung und Marktorientierung abstellt, zu untersuchen. Dabei ist die Rolle der gesetzlichen Krankenversicherung als zentraler Akteur des deutschen Gesundheitswesens, insbesondere vor dem Hintergrund der 'Vision' eines 'Wachstumsmarktes Gesundheit', auch für die Zukunft bedeutsam. Die vielfältigen Parallelen, welche sich etwa zwischen zentralen Begrifflichkeiten der Gesundheitsförderung - Anwaltschaft, Empowerment, Vermitteln/Vernetzen -, und den Anforderungen an eine Verbraucherschutzpolitik im Gesundheitswesen erkennen lassen, weisen auf die Umsetzungsmöglichkeiten der Gesundheitsförderung durch Krankenkassen hin. Darüber hinaus müssen aber auch die Hindernisse der Umsetzung von Gesundheitsförderung aufgezeigt werden, welche etwa in der politisch induzierten Wettbewerbssituation zwischen den Krankenkassen gesehen werden können. Dies betrifft insbesondere den Anspruch einer allumfassenden Public Health-Politik, welche sich etwa durch Begriffe wie Kooperation, Zielorientierung, Regionalisierung und Partizipation charakterisieren läßt.

In diesem Spannungsfeld zwischen Anforderungen der Gesundheitsförderung und Public Health, sowie den realpolitischen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen muß jedoch das Begriffspaar 'Krankenkassen' und 'Gesundheitsförderung' unter zweierlei Gesichtspunkten diskutiert werden: Im Sinne einer Integration der Gesundheitsförderung geht es nicht nur darum zu fragen, welche Bedeutung Krankenkassen für die Entwicklung einer Public Health-Politik haben können. Es muß auch danach gefragt werden, welche Bedeutung die Gesundheitsförderung für die Krankenkassen hat bzw. haben kann. Welche Rolle kann Gesundheitsförderung für die inhaltliche und organisatorische Weiterentwicklung der GKV (hin zu einer Verbraucherschutzorganisation) spielen? Welche Aufgaben aus dem originären Handlungsrahmen der GKV lassen sich durch das Paradigma der Gesundheitsförderung gegebenenfalls besser als bisher erfüllen?

Während in der Fachdiskussion um Gesundheitsförderung in der GKV zumeist der erste Aspekt der potentiellen Bedeutung von Krankenkassen für die Gesundheitsförderung im Mittelpunkt steht, soll in dieser Arbeit insbesondere auch die zweite Frage nach der Bedeutung der Gesundheitsförderung für Krankenkassen theoretisch und empirisch untersucht werden.

Für eine empirische Untersuchung der Praxis der Krankenkassen in der Gesundheitsförderung ergibt sich daraus die Notwendigkeit, sich nicht nur auf eine deskriptive Darstellung des Handlungsspektrums zu beschränken. Wesentliche Schwerpunkte sind darüber hinaus in der Untersuchung der Bedingungs- und Akteurskonstellationen innerhalb und außerhalb der Kassenorganisationen, sowie - hinsichtlich der Bewertung der Praxis - in der Suche nach theoretisch konsistenten Elementen, welche sich konsequent in Richtung einer weiteren Integration der Gesundheitsförderung in das gesundheitliche Versorgungssystem fortentwickeln lassen, zu setzen. Die Zielsetzung der empirischen Untersuchung läßt sich dementsprechend durch die Beantwortung folgender drei Fragenkomplexe charakterisieren:

1. Wie sieht die Kassenpraxis in der Gesundheitsförderung aus? Welche Maßnahmen umfaßt das Handlungsspektrum der Kassen? Welchem Leitbild folgen die Kassen und welche Zielsetzungen werden dabei verfolgt? Wie werden die Maßnahmen im Hinblick auf 'Erfolge' evaluiert?
2. Welche politischen, organisatorischen und persönlich-professionellen Bedingungen tragen zu der gewählten Handlungspraxis bei? Welche organisatorischen Beziehungen und Interessengeflechte bestehen innerhalb der Kasse, welche kooperativen Beziehungen bestehen zu Akteuren außerhalb der Kassenorganisation? Welche Rahmenbedingungen begünstigen die gewählte Praxis und behindern anderweitige Aktivitäten?
3. Welche Elemente der gewählten Handlungspraxis sind vor dem Hintergrund einer umfassenden, auch gesundheitsökonomisch und gesundheitspolitisch fundierten Konzeption konsistent? Wo finden sich praktische Ansatzpunkte der Integration gesundheitsfördernder Maßnahmen in Kernbereiche des gesundheitlichen Versorgungssystems? Welche praktischen Erfahrungen der Kassen können dabei für eine entsprechende Weiterentwicklung und Profilierung genutzt werden?

Um diesen drei Fragenkomplexen hinreichend nachzugehen, waren, wie sich im Verlauf der Arbeit herausstellte, mehrere empirische Untersuchungsschritte notwendig. Zunächst wurde dabei 1995 eine qualitative Untersuchung anhand von Experteninterviews mit KassenvertreterInnen durchgeführt. Diese diente einerseits der deskriptiven Darstellung des Maßnahmenspektrums sowie von prioritären Handlungsfeldern und Strategien. Andererseits konnten anhand der Interviewaussagen wesentliche Erkenntnisse über Hintergründe,

organisatorische Rahmenbedingung und sonstige Einflußfaktoren auf die Praxis der Krankenkassen gesammelt werden.

Über den Befragungszeitraum hinaus wurden zudem schriftliche Informationen mit in die Untersuchung aufgenommen. Dabei handelte es sich zunächst um die vielfältigen Informationsbroschüren, Angebotsbeschreibungen und Curricula, welche neben den mündlichen Interviewaussagen tiefere Einblicke in die inhaltlichen und methodischen Aspekte einzelner Maßnahmen erlaubten. Darüber hinaus waren aber insbesondere die, größtenteils erst in den letzten Jahren, aus den Reihen der Krankenkassen hervorgegangenen Evaluationsstudien bedeutsam, um sowohl Konzeptionen und Zielsetzungen als auch Effekte der angebotenen Maßnahmen zu verdeutlichen.

Die Ergebnisse dieser kasseninternen Evaluationsstudien sowie die angesichts politischer Entwicklungen im Jahr 1996 (geplante Streichung der Gesundheitsförderung) veränderten Argumentationen aus den Reihen der Kassen veranlaßten schließlich im Herbst 1996 zu einem zweiten Schritt der empirischen Untersuchung. Dabei handelt es sich um eine schriftliche Befragung von TeilnehmerInnen an Gesundheitskursangeboten der Krankenkassen mit dem Ziel, Motivationen zur Kursteilnahme sowie subjektiv beobachtete Effekte bei den TeilnehmerInnen zu ermitteln. Durch diese Teilnehmerbefragung sollte die in einigen kasseninternen Studien aufgezeigte Tendenz, Gesundheitskurse vorwiegend aufgrund von manifesten gesundheitlichen Beschwerden in Anspruch zu nehmen, sowie die daraus resultierenden Konsequenzen hinsichtlich der Angebotsgestaltung und der beobachteten Effekte, der Reduktion von Behandlungshäufigkeiten im medizinischen Versorgungssystem, näher untersucht werden.

Dabei stellte sich sowohl die Reduzierung der gesundheitlichen Beschwerden als auch ein Hinzugewinn an Sicherheit, im Umgang mit der Gesundheit sowie mit gesundheitlichen Versorgungsleistungen, als zwei wesentliche Effekte von Gesundheitskursen heraus, welche auch bezüglich der bis dato praktizierten Gesundheitsförderungsangebote von Krankenkassen auf eine grundsätzlich andere Bedeutung hinweisen, als dies oftmals in der Öffentlichkeit diskutiert wird. Nicht die, von den Kassen vielfach selbst angestrebte, primäre Verhaltensprävention in den klassischen Bereichen 'Ernährung', 'Bewegung', 'Entspannung', sondern eine eher sekundär- und tertiärpräventive Ausrichtung mit Elementen der

Kompetenzförderung von Versicherten als VerbraucherInnen von gesundheitlichen Versorgungsleistungen hat sich, bedingt durch die Nachfrage, als Charakteristikum von Gesundheitskursen herauszubilden begonnen.

Die Hypothese der 'Integration der Gesundheitsförderung in das gesundheitliche Versorgungssystem' wird insofern durch die empirische Untersuchung konkretisiert, als sich aus den durch die Erfahrungen mit Gesundheitskursen offengelegten Bedürfnissen der Versicherten nach Unterstützung und Beratung für die Zukunft sowohl eine Aufgabenbeschreibung an Krankenkassen als auch ein Anforderungsprofil an gesundheitliche Bildungs- und Beratungsangebote ableiten läßt. Auf dieser Basis, und vor dem Hintergrund der aktuellen Problembereiche deutscher Gesundheitspolitik, werden in einem abschließenden Kapitel Handlungsempfehlungen für eine, wenn auch in ihrem Kurs korrigierte, Weiterentwicklung gesundheitsfördernder Strategien durch Krankenkassen formuliert. Darüber hinaus werden die möglichen Konsequenzen einer solchen Kurskorrektur über den Gegenstandsbereich der Krankenkassen hinaus für die politische, professionelle und wissenschaftliche Orientierung in der Gesundheitsförderung aufgezeigt.

A. THEORETISCHER TEIL

1 Gesundheitsförderung

1.1 Begriffsbestimmung

1.1.1 Gesundheitsförderung - mehr als nur eine Mode

Wenn man sich heute einmal in der Öffentlichkeit umhören würde, was denn eigentlich unter dem Begriff ‘Gesundheitsförderung’ zu verstehen sei, so wären sicherlich die unterschiedlichsten Antworten vorstellbar. Während einigen hierzu innovative Projekte ihres örtlichen Gesundheitsamtes, des Jugendamtes, etwa in der Suchtprävention, oder die Arbeit der lokalen Selbsthilfekontaktstelle einfallen mögen, könnten andere damit die neuen, ‘weichen’ Therapien ihres Hausarztes - pflanzliche Schnupfenmittel, ‘Darm-Sanierung’ statt Antibiotika oder Akupunktur gegen Allergien etc. - assoziieren. Während einige in diesem Zusammenhang wiederum ökologische Themen - Vermeidung von Umweltgiften, z.B. den Schutz spielender Kinder vor Autosmog im Sommer - als vordergründig betrachten würden, versteht manch einer hierunter sicherlich auch das beständige Training im Fitneßcenter. Je nach persönlich-professionellem Hintergrund, dem Grad an Informiertheit, aber auch in Abhängigkeit von Wahrnehmungsmustern und Weltanschauungen im allgemeinen, können die Assoziationen, die dieser Begriff hervorruft, verschieden sein.

Gewiß läßt sich jedoch eine zunehmend große Gruppe in der Bevölkerung finden, die mit dem Begriff der Gesundheitsförderung zuallererst die Aktivitäten ihrer oder einer anderen Krankenkasse verbindet: Mehr als drei Viertel der Bevölkerung hatten im Jahre 1994 „bereits von Maßnahmen der Gesundheitsförderung gehört oder gelesen“ (KIRSCHNER et al. 1995). Hinzu kommen prinzipiell ähnliche, nicht weniger bekannte Aktivitäten und Angebote anderer traditioneller Institutionen des gesellschaftlichen Lebens: Volkshochschulen, Ärzte, Gesundheitsämter, Apotheken, Rehabilitationskliniken oder Schulen (v. TROSCHKE 1993). M.a.W.: Wer heute im alltäglichen Sprachgebrauch von Gesundheitsförderung redet, meint damit schließlich nicht selten die neue Angebotswelle, die seit einigen Jahren auf die Bevölkerung herübergeschwappt ist. Gesundheitsförderung ist zu einem „Trendbegriff“

geworden, einer „Mode“, die aus Sicht der Anbieter u.a. dazu dient, „die Attraktivität dessen, was man bislang unter anderen Bezeichnungen gemacht (hat), zu erhöhen“ (RENN 1993, S. 3).

Dabei zeigt sich auch auf wissenschaftlicher Seite die Tendenz, theoretische Vorstellungen und Konzeptionen von Gesundheitsförderung der beobachteten Praxis anzupassen: Entgegen früherer Grundlegungen, die sich primär an dem sozialreformerischen Ansatz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) orientierten (TROJAN 1992, S. 809), wird von einschlägigen Wissenschaftlern mittlerweile z.B. festgestellt, daß

„Gesundheitsförderung alle Maßnahmen (meint), die die Gesundheit fördern (sollen), und nicht nur diejenigen, die den Erläuterungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gerecht werden“ (LEHMANN 1993, S. 21).

Ulrike MASCHEWSKY-SCHNEIDER ergänzt hierzu:

„Gesundheitsförderung verstand sich ursprünglich als sozialkritischer Ansatz in der Präventions- und Gesundheitsforschung. Heute, insbesondere nach der Einführung des Begriffs in das Gesundheitsreformgesetz, werden darunter alle Arten spezifischer und unspezifischer Ansätze zur Verhinderung von Krankheit und Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden subsumiert. Das gesamte Spektrum präventiver Maßnahmen, angefangen von risikofaktorenbezogenen Kursangeboten, über Maßnahmen zur psychosozialen Unterstützung bei der Entwicklung gesundheitsfördernder Lebensstile, bis hin zu komplexen Modellen gemeindeorientierter Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung versteht sich als Gesundheitsförderung. Eine verbindliche Definition, was darunter zu verstehen sei, existiert jedoch nicht“ (MASCHEWSKY-SCHNEIDER 1993, S. 24)

Der Kontext, in dem diese Zitate entstanden sind, nämlich die Debatte um Zielorientierung, Evaluation und Qualitätssicherung gesundheitsfördernder Maßnahmen, macht die Problematik deutlich, die mit einer derart weitgefaßten und an der gängigen Praxis orientierten Begriffsauslegung verbunden ist: Indem man sich von Definitionen wie jener der WHO löst, ohne gleichzeitig Alternativen hierzu bereitzustellen, entzieht man sich gewissermaßen selbst die Bewertungsgrundlage für die Praxis. Es entsteht das Problem der Beliebigkeit, denn „es hat sich gezeigt, daß das Etikett der Gesundheitsförderung vielfach aufgegriffen wurde, ohne traditionelle Inhalte der Prävention und Gesundheitserziehung an den Handlungsbereichen und Arbeitsprinzipien der Gesundheitsförderung auszurichten“ (TROJAN 1992, S. 809).

Was sind nun aber vorrangige *Handlungsbereiche* und *Arbeitsprinzipien* der Gesundheitsförderung? Diese Frage ist zum einen eng verknüpft mit der breiten Palette multidisziplinärer Handlungsansätze, welche durch die unterschiedlichen am Gesundheitsdiskurs beteiligten Fachdisziplinen repräsentiert werden. Von

Ernährungsberatung, sportlichem Training, psychologischer Beratung oder Streßbewältigung, über Vorsorgeuntersuchungen bis hin zu sozialökologischem Engagement und Selbsthilfeförderung, sind dabei sicherlich auch die subjektiven Gewichtungen durch die an diesem Diskurs beteiligten Gesundheitsprofessionen unterschiedlich (z.B. 'wie wichtig ist Jogging für einen gesunden Lebensstil?'). Auch hinsichtlich der Arbeitsmethoden können von unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen unterschiedliche Vorgehensweisen präferiert werden: von Wissensvermittlung und Aufklärung, über Beratung, Training und Therapie, bis hin zu Selbsthilfe, Erfahrungsaustausch und selbstorganisierten Aktivitäten.

Zum anderen ist die Frage nach Arbeitsprinzipien und Handlungsbereichen eng mit der grundsätzlichen Kontroverse um das Begriffspaar 'Verhaltensprävention' - 'Verhältnisprävention' verbunden. Hier sind nicht nur professionelle, sondern auch institutionelle Barrieren zu überwinden: Während die individuelle Verhaltensprävention aus der Tradition der Gesundheitserziehung und -aufklärung, vertreten z.B. durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) oder Volkshochschulen (VHS), hervorgeht, bestand die Aufgabe der Verhältnisprävention traditionellerweise in gesetzlichen Normierungen und Kontrollen (Trinkwasser-, Lebensmittel-, Abfallkontrolle, Wohnungshygiene, Strahlenschutz, technische Sicherheit u.v.m.) durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD).

Der ÖGD, als Repräsentant staatlicher Gesundheitsaufsicht und Sozialhygiene, ist jedoch gegenüber der Individualmedizin in Deutschland äußerst rudimentär entwickelt. Dies wird insbesondere durch den historischen Bruch durch das Naziregime erklärt:

„Nach der Hochzeit der deutschen Sozialepidemiologie und den ernstzunehmenden Strategiekonzepten der Sozialhygiene in den zwanziger Jahren hatte sich mit dem Nationalsozialismus der größte anzunehmende gesundheitspolitische Absturz ereignet: aus Sozialhygiene wurde Rassenhygiene, unter einer pseudowissenschaftlichen aber explizit gesundheitsbezogen formulierten Ideologie wurde aus dem Schutz der Schwachen die Heroisierung der Starken, aus dem bevölkerungsbezogenen Gesundheitsschutz der industrialisierte Massenmord.“ (ROSENBROCK 1997, S. 37)

Die gründliche Diskreditierung bevölkerungsbezogener Ansätze der Gesundheitspolitik und deren Vertreter hat in den Folgejahren auch für die Prävention erhebliche Konsequenzen gehabt. Konzeptionelle Ansätze der Verhältnisprävention blieben in der Vergangenheit stets hinter Strategien der individuellen Verhaltensprävention zurück. Unter den insgesamt eher geringen Aktivitäten der Primärprävention dominierten medizinische und pädagogische „Versuche der individuellen Verhaltensbeeinflussung“ (ROSENBROCK 1992, S. 30).

Gleichwohl kann dies mit wissenschaftlicher Evidenz nicht begründet werden. Psychologische und soziologische Faktoren des individuellen Gesundheitsverhaltens legen eine weitaus stärkere Beachtung der sozialen, ökologischen und ökonomischen Umwelt für Gesundheit und gesundheitliches Verhalten sowie für die Ziel- und Strategieentwicklung der Prävention nahe (vgl. Kap. 1.2.3). Andererseits erfordern aber auch Strategien der Verhältnisprävention neue Ideen und Konzepte, die über die einseitige politische Forderung nach verstärkter staatlicher Einflußnahme hinausgehen und eine (Wieder)Belebung partizipativ demokratischer Strukturen bei der gesundheitsbezogenen Verhältnisgestaltung ermöglichen (vgl. Kap. 1.3.1).

In dieser Kontroverse zwischen empirisch vorhandener Verhaltensprävention und politisch wünschbarer, jedoch konzeptionell oftmals unterentwickelter Verhältnisprävention wird nun der Begriff der Gesundheitsförderung eingeführt. Wenn Gesundheitsförderung dabei als umfassender Begriff über beide Formen der Prävention gestellt wird, schafft er zunächst eine theoretische Verbindung, evtl. auch eine konzeptionelle Weiterentwicklung bzw. Annäherung beider Ansätze. Wird Gesundheitsförderung dagegen begrifflich neben die Verhaltens- und Verhältnisprävention gestellt, reduziert sich der Präventionsbegriff entsprechend. Wenn, wie ROSENBROCK feststellt, Gesundheitsförderung zwar als „dritter Typ der Prävention“ neben die Verhaltens- und die Verhältnisprävention gestellt wird (ROSENBROCK 1992, S. 22), seine Bedeutung jedoch vorrangig in der Überwindung der strukturellen Benachteiligung verhältnisorientierter Ansätze besteht, rückt Gesundheitsförderung selbst in die Nähe einer, wenn auch veränderten, Verhältnisprävention. Sie kann dann „als eine bestimmte Art der Prävention verstanden werden, die auf Gegebenheiten der materiellen wie sozialen Umwelt zielt und nicht auf die Person des einzelnen“ (RENN 1993, S. 3).

Ein solches, primär an der Veränderung sozialer Verhältnisse orientiertes Verständnis erleichtert nun den Zugang für jene Berufsgruppen und deren Handlungsfelder, die sich explizit mit sozialen Lagen beschäftigen. Besonders offensichtlich sind hier die Parallelen zwischen der Gesundheitsförderung und neuen Konzepten der sozialen Arbeit. „Ähnlich wie in der Gesundheitsdiskussion findet sich in der sozialen Arbeit die Spaltung in personale und strukturelle Prävention [...]. Im Gegensatz zur Gesundheitsdiskussion gibt es im Feld der sozialen Arbeit aber eine kritische Auseinandersetzung mit dem dichotomisierenden Konzept der Individual- oder Strukturprävention“ (HOMFELDT/HÜNERSDORF 1996, S. 148). Dies wird gerade im Umfeld sozialer Risikogruppen, wenn es z.B. um Suchterkrankungen oder Jugendkriminalität geht, besonders deutlich. Die Einflüsse der materiellen oder der sozialen

Umwelt auf derartige Verhaltensvariablen zu ignorieren, wäre in diesem Zusammenhang treffenderweise nur mit dem Stichwort „Blaming the Victim“ (CRAWFORD 1977) zu umschreiben.

Dennoch gilt es auch hier, die Eigenverantwortlichkeit der Betroffenen zu erhöhen und deren Widerstandskräfte gegenüber schädigenden Einflüssen, bzw. auch eigenverantwortliches Handeln zur Gestaltung dieser Einflüsse zu fördern. Die „erlernte Hilflosigkeit“ (HECKHAUSEN 1980), die u.a. auf die Experten- und Expertinnenorientierung, selbst einer sozialpolitisch-programmatischen Prävention zurückgeführt werden kann, gilt es zu vermeiden:

„Wie Abhängigkeit in Unabhängigkeit oder Benachteiligung in Beteiligung überführt werden kann, ist die Leitfrage für die Methodenentwicklung. Die Antwort in der Gesundheitsförderung wie in der sozialen Arbeit zielt auf ‘Empowerment’. [...] Empowerment ist das Gegenstück zu erlernter Hilflosigkeit.“
(HOMFELDT/HÜNERSDORF 1996, S. 153)

Der hier eingeführte Begriff des „Empowerment“ meint somit weder Verhaltens- noch Verhältnisprävention. Er meint eine emanzipatorische Antwort auf jedwede Art expertenorientierter Bevormundung in der Sozialpolitik. In seinem „Plädoyer für die Widersprüchlichkeit“ erläutert Julian RAPPAPORT (1985) die unterschiedlichen Facetten von Expertendominanz, die es nicht nur in traditionellen Ansätze der (Verhaltens-) Prävention zu überwinden gilt. Auch die gegenteilige, die Notwendigkeit von Prävention prinzipiell ablehnende Ansicht, die sich hinter liberalistischen Vorstellungen von Freiheit, (Bürger-) Rechten und deren legaler Sicherstellung verbirgt, sei im Grunde expertendominiert. Die rigide Auslegung von ‘Rechten’ erfordere wiederum professionelle Zuständigkeiten für deren Durchsetzung („Anwaltschaft“), so daß der Einzelne auch hier nicht ermutigt und unterstützt wird, seine Bedürfnisse und Rechte selbst zu bestimmen und dafür aktiv einzutreten. Die Dialektik zwischen Bedürftigkeiten (*needs*) und Rechten (*rights*), welche zwar konträren, gleichsam aber expertendominierten Ansätzen von Sozialpolitik entstammen, wird so zum Ausgangspunkt von ‘empowerment’:

„Unter ‘empowerment’ verstehe ich, daß es unser Ziel sein sollte, für Menschen die Möglichkeiten zu erweitern, ihr Leben zu bestimmen. Damit werden wir notwendigerweise sowohl unser politisches als auch unser Rollenverständnis bezüglich bedürftiger Menschen in Frage stellen. Wir können uns nicht mit einer Sozial- und Gesundheitspolitik zufriedengeben, die uns darauf beschränkt, spezielle Programme für soziale Einrichtungen zu entwerfen und durchzuführen. Es wird darum gehen, daß die Form und Art der Integration ebenso wie der Inhalt mit ‘empowerment’ konsistent ist. Mit dem Konzept ‘empowerment’ können wir nicht länger Menschen einfach als ‘Kinder in Not’ oder als ‘Bürger mit Rechten’ sehen, sondern vielmehr als vollwertige menschliche Wesen, die sowohl Rechte als auch Bedürfnisse haben. Wir müssen uns mit dem Widerspruch auseinandersetzen, daß

selbst Menschen mit wenigen Fähigkeiten oder in extremen Krisensituationen, genauso wie jeder von uns, eher mehr als weniger Kontrolle über ihr eigenes Leben brauchen. Das heißt nicht notwendigerweise, daß wir deren Bedürfnisse nach Hilfe vernachlässigen, wenn wir für mehr Selbstbestimmung votieren. 'Empowerment' ist eine Denkweise, die mehr Klarheit über die divergente Natur sozialer Probleme bringt.' (RAPPAPORT 1985, S. 269)

'Empowerment - statt Bevormundung', aber auch statt 'im Stich lassen' - wird aus dieser Sicht zu einem zentralen Arbeitsprinzip für 'helfende Berufe' im allgemeinen. Damit einher geht die Zielsetzung, die Inanspruchnahme von Institutionen generell abzubauen, nicht zu erweitern; ob es sich dabei um bürokratische Hürden, oder um die Praxen der Haus- und Fachärzte handelt, oder aber um die Person des Gesundheitsberaters, Sozialarbeiters oder anderweitig professionellen Helfers selbst. Auf dem Weg dorthin ist nicht nur Expertenwissen gefragt, sondern auch die Bereitschaft, „Mitstreiter sozialer Veränderung“ zu sein (ebd.).

Auf die oben angesprochene Dichotomie von Verhaltens- und Verhältnisprävention bezogen bedeutet dies schließlich, daß Empowerment weder mit individualisierender Verhaltens- noch mit institutioneller (z.B. staatlicher) Verhältnisprävention gleichgesetzt werden kann. Zwar dient Empowerment der Befähigung von Individuen und Gruppen, nicht jedoch zur ausschließlich *intrapersonellen* Verhaltensänderung und Verarbeitung sozialer Einflüsse, sondern zur *interpersonellen* und *strukturellen* Veränderung eben dieser sozialen Einflüsse.

Empowerment scheint damit grundsätzlich auf alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens übertragbar, welche durch ein 'oben und unten' sozialer Beziehungen gekennzeichnet sind (Lehrer-Schüler, Arzt-Patient, Arbeitgeber-Arbeitnehmer, Eltern-Kinder etc.). Dieser Begriff hat jedoch insbesondere in der Gesundheitsdiskussion eine zentrale Bedeutung erlangt. Ausschlaggebend dafür sind u.a. die Erkenntnisse über die gesundheitsfördernde Wirkung des Gefühls subjektiver Kontrolle über positive wie negative Lebensumstände bzw. der „Kohärenz“ mit der eigenen Lebenslage (ANTONOVSKI 1987). Während „Ohnmacht kränkt“, führt das Konzept der Beteiligung,

(a) über die Stärkung von Selbstbewußtsein und subjektiver Kontrolle,

(b) über die gleichsam gesundheitsfördernde Wirkung vermehrter sozialer Beziehungen (z.B. einer Selbsthilfegruppe; BERKMAN/SYME 1979) und

(c) über die Mitgestaltung politischer und gesellschaftlicher Verhältnisse nach eigenen Gesundheitsbedürfnissen,

in dreierlei Hinsicht zur Verbesserung individueller und kollektiver Gesundheit (TROJAN 1993).

Noch weitergehend könnte gar - wie Bernhard BADURA vorschlägt - Gesundheit selbst mit *einer Kompetenz* im Umgang mit der eigenen körperlichen, seelischen oder sozialen Situation gleichgesetzt werden (BADURA 1993a, vgl. Kap. 1.2.2). Der Prozeß hin zu dieser Kompetenz wäre dann mit 'Gesundheitsförderung' zu umschreiben.

Diese und ähnliche Argumentationen haben u.a. maßgeblich zur Entwicklung der 'Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung' beigetragen, einer ersten programmatischen Grundlegung, auf die sich bis heute ein Großteil der professionell im Bereich der Gesundheitsförderung Tätigen bezieht.

1.1.2 Die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation

Eine programmatische Grundlegung des Begriffs der Gesundheitsförderung wurde im November 1986 durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Ottawa/Kanada erarbeitet. Die unter Beteiligung international führender Wissenschaftler¹ durchgeführte Konferenz trug den Titel: „An International Conference on Health Promotion - The Move towards a New Public Health“. Sie unternahm den Versuch, eine zukunftsweisende Orientierungshilfe für nationale Gesundheitspolitiken, Präventionsstrategien und ganz allgemein den Umgang mit Gesundheit und Krankheit zu verabschieden.

Im Unterschied zu früheren Konferenzen und Deklarationen der WHO, die zumeist die verbesserte primäre medizinische Versorgung bzw. den Zugang zu medizinischen Ressourcen, insbesondere in Entwicklungsländern, zum Ziel hatten („Deklaration von Alma Ata“ 1978; FRANZKOWIAK/SABO 1993), trägt die „Ottawa-Charta“ auch den typischerweise westliche Industrienationen betreffenden Problemfeldern Rechnung: Wachsende gesundheitliche Gefährdungen außerhalb des durch Medizin zu behandelnden Krankheitsspektrums, etwa durch biologische (Kontamination von Wasser, Luft, Nahrung etc.), psychosoziale (Verlust traditioneller sozialer und familialer Bindungen) und sozio-ökonomische (wachsendes Einkommensgefälle, soziale und gesundheitliche Ungleichheit durch Arbeits- und Wohnbedingungen etc.) Umweltbedingungen sowie die angesichts dessen zunehmend

¹Unter den 212 Teilnehmern aus 38 Ländern waren neben den an den Vorbereitungen beteiligten Dr. A. Milz und Dr. I. Kickbusch sechs Deutsche eingeladen: Dr. E. Pott, Prof. Dr. B. Badura, Prof. Dr. E. Greiser, Prof. Dr. Dr. U. Koch, Prof. Dr. F.W. Schwartz, Prof. Dr. J.v. Troschke.

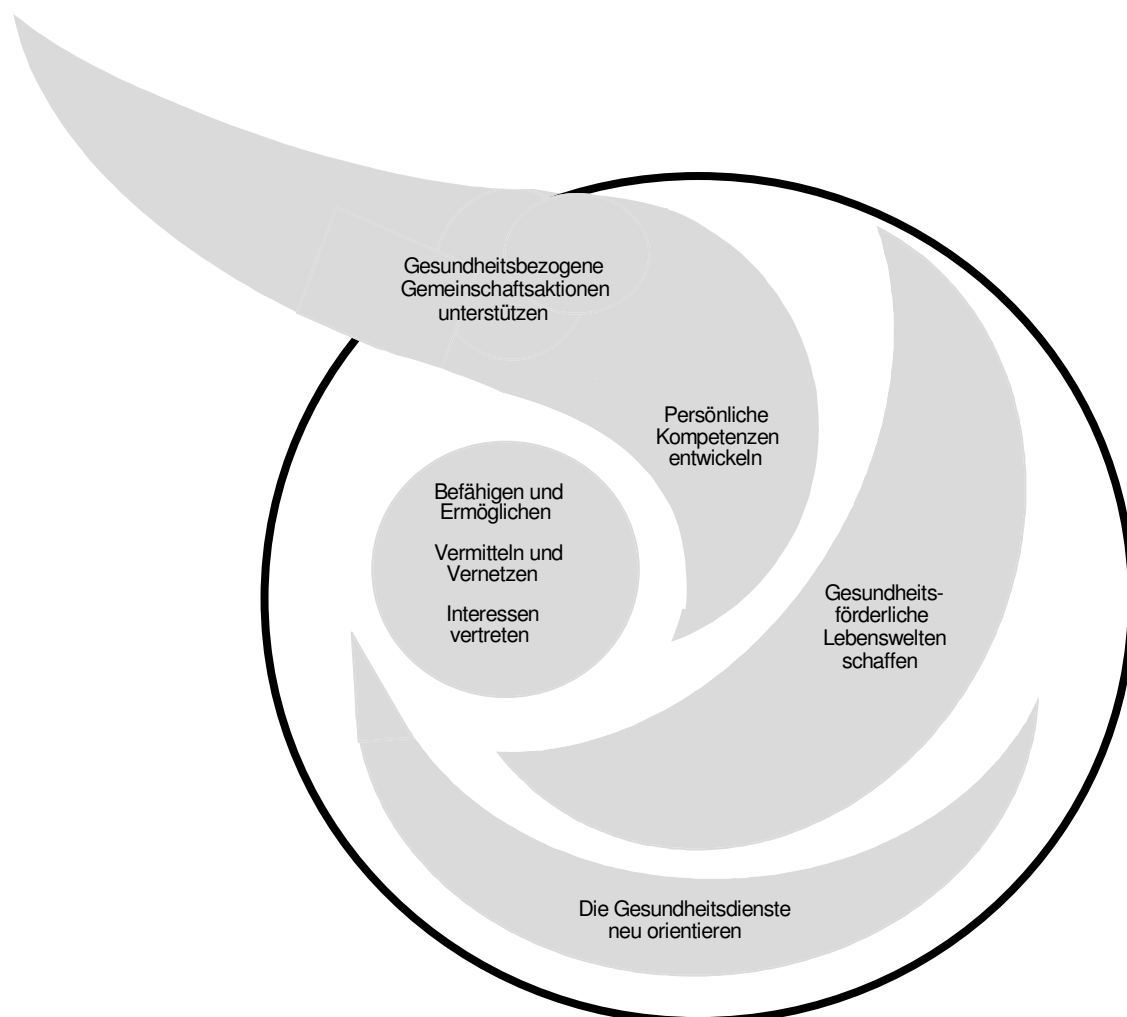
fehlgeleiteten medizinischen und gesundheitlichen Versorgungsstrukturen². Nicht zuletzt deshalb stellte der Generalsekretär der Weltgesundheitsorganisation in seiner Schlußansprache auf der Ottawa-Konferenz fest: „Die Ottawa-Charta ist die Alma-Ata-Deklaration für die entwickelten Industriestaaten“ (HILDEBRANDT 1988, S. 115).

Im Mittelpunkt der Ottawa-Charta steht das Ziel, den Menschen einen selbstbestimmten Umgang mit der eigenen Gesundheit zu ermöglichen. Selbstbestimmung als Ziel erstreckt sich dabei auf alle Ebenen gesundheitlicher Angelegenheiten, von der aktiven Gestaltung des eigenen sozialen Umfeldes (Arbeitsbedingungen, Familie und Haushalt), über politische Einflußnahme auf gesundheitlich relevante Politikfelder (Umwelt-, Sozial-, Arbeitsmarkt-, Familienpolitik), der Ermöglichung eines gesundheitsgerechten individuellen Lebensstils (Vermeidung von Streß, gesunde und vollwertige Ernährung, ausreichende Bewegung, soziale Kontakte etc.), bis hin zur selbstbestimmten Inanspruchnahme und aktiven Mitgestaltung des gesundheitlichen Versorgungssystems.

Das zentrale Ziel der Selbstbestimmung kommt u.a. in den drei Schlagwörtern der Ottawa-Charta zum Ausdruck: „Interessen vertreten (*advocate*), Vermitteln und Vernetzen (*mediate*) und Befähigen (*empowerment/enabling*)“ (WHO 1986). Dabei meint Empowerment, wie bereits dargestellt, u.a. die Befähigung, Aktivierung und Motivierung zur Artikulation eigener Interessen sowie zur selbstbestimmten Lebensgestaltung (Autonomie). Dieser Prozeß wird flankiert durch eine Politik der anwaltschaftlichen Interessenvertretung von BürgerInnen, VerbraucherInnen oder PatientInnen, sowie durch Vermitteln und Vernetzen, beides mit dem Ziel, institutionelle Barrieren sowie Barrieren mangelnder Information überwinden zu helfen. Dieses Wechselspiel von persönlicher Autonomieförderung und politischer oder professioneller Unterstützung spiegelt sich in den fünf programmatischen Handlungsfeldern der Ottawa Charta wider:

- *Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen*
- *Persönliche Kompetenzen entwickeln*
- *Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen*
- *Die Gesundheitsdienste neu orientieren*
- *Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik (Abb. 1.1).*

²Eine Entwicklung, die sich in jüngster Zeit verstärkt fortsetzt, wie die 1996 von den Mitgliedstaaten der WHO-Region Europa verabschiedete „WHO-Charta zur Reformierung der Gesundheitsversorgung“ (Ljubljana/Slowenien) unterstreicht (DOK 3 (2/97), S. 86).

Abb. 1.1: Die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation

Neben der individuellen Förderung bzw. Entwicklung persönlicher Kompetenzen stehen mithin vier weitere Aspekte auf der Agenda, welche insbesondere auf kollektive und politische Verhältnisgestaltung abzielen. Diese Handlungsfelder greifen ineinander, d.h. daß z.B. persönliche Kompetenzen mit zur Realisierung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, der Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten (etc.) beitragen, sowie umgekehrt die sozialökologische, institutionelle und politische Verhältnisgestaltung erst die Entfaltung persönlicher Kompetenzen ermöglicht.

Durch die Programmpunkte der kollektiven und politischen Verhältnisgestaltung nach gesundheitlichen Gesichtspunkten erhält die Ottawa Charta jedoch eine weitere Stoßrichtung. Nicht nur der selbstbestimmte Umgang mit der eigenen Gesundheit steht im Mittelpunkt, sondern auch die Ausrichtung aller, als gesundheitsrelevant erkannten Bereiche des gesellschaftlichen Lebens an gesundheitlichen Kriterien: Von der Sozial-, Arbeitsmarkt-, Umwelt- und Familienpolitik über infrastrukturelle Fragen des Wohnungsbaus, des öffentlichen Nahverkehrs und der Bildung bis hin zur Gestaltung von Kultur-, Freizeit- und Konsumangeboten.

Die Kontroverse entzündet sich dabei an der Frage, ob das mit der Ottawa Charta angestrebte Ziel erweiterter gesundheitlicher Aufmerksamkeit zugleich bedeuten muß, nahezu alle politischen, gesellschaftlichen und individuellen Handlungen dem Diktat einer 'gesundheitsfördernden Gesamtpolitik' zu unterwerfen. Einem solchen 'Gesundheitsimperialismus' könnte etwa entgegen gehalten werden, daß viele der als gesundheitsrelevant erkannten Themenfelder eigenen, in sich schlüssigen Handlungslogiken folgen und dies auch weiterhin tun sollten (z.B. Kultur und Bildung, soziale Beziehungsgestaltung, etc.).

Eine zentrale Botschaft der Ottawa Charta ist dabei einerseits, daß Gesundheit in den alltäglichen Handlungen, in den sozialen Beziehungen der Nachbarschaft, der Familie und der Gemeinde hergestellt wird, daß explizit gesundheitliche Programme also stets anschlussfähig an die 'eigentliche Produktionsstätte' von Gesundheit sein sollten (KEUPP 1997). Andererseits folgt aber gerade das gesundheitliche Verhalten von Individuen und Gruppen, z.B. auch von Selbsthilfegruppen, oftmals einer Eigenrationalität, die nicht explizit an dem Ziel der Gesundheit ausgerichtet ist (GRUNOW et al. 1983; v. FERBER 1990, vgl. Kap. 2.2.3). Gesundheit wird somit oftmals gerade dort produziert, wo nicht über Gesundheit geredet wird. Gesundheit ist dabei nur einer und in seiner ganzen Tragweite noch zu wenig erforschter Aspekt, um eine Überschattung gesellschaftlicher und kultureller Ziele generell zu rechtfertigen (vgl. Kap. 1.2.2).

Ein weiteres gewichtiges Argument gegen die grenzenlose Ausdehnung gesundheitsbezogener Programme ist jedoch der dadurch induzierte Perspektivenwechsel mitsamt der Gefahr, 'blinde Flecke' in eigentlich zentralen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung entstehen zu lassen. Wenn sich Gesundheitsförderung primär auf gesellschaftliche Bereiche außerhalb

der traditionellen Gesundheitspolitik konzentriert, drohen mithin dringliche Aufgaben innerhalb des gesundheitlichen Versorgungssystems tendenziell vernachlässigt zu werden.

Die Tatsache, daß Gesundheitsförderung bezogen auf das gesundheitliche Versorgungssystem nicht nur *additiv*, als zusätzliches Handlungsprogramm, sondern auch *integrativ*, quer zu allen bestehenden Sektoren des Gesundheitssystems Anwendung finden sollte, begründet sich theoretisch bereits aus der Ottawa Charta. So beinhaltet einer der fünf Kernpunkte der Ottawa Charta auch die programmatische Aufforderung, *die Gesundheitsdienste neu zu orientieren*. Dennoch ist dieses Wechselspiel von *Addition* und *Integration* häufig in der Diskussion um Gesundheitsförderung vernachlässigt worden, so daß insgesamt eine Tendenz, additive Zusatzprogramme gegenüber dem integrativen Aspekt von Gesundheitsförderung den Vorzug zu geben, feststellbar ist (HILDEBRANDT/BESSER 1997, BADURA 1997).

Diese Kontroverse zwischen *Addition* und *Integration* der Gesundheitsförderung läßt sich theoretisch anhand dreier Debatten aufzeigen, die in den letzten Jahren mit zu dem Konzept der Gesundheitsförderung beigetragen haben:

- (a) Der Kritik eines allumfassenden Gesundheitsbegriffes als ‘vollständigem körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefinden’.
- (b) Der Kritik einer überwiegend kurativ orientierten Bio-Medizin.
- (c) Der Kritik der individuellen Verhaltensprävention und Gesundheitserziehung.

So stellt etwa BADURA fest, daß „die praktischen Wurzeln der Gesundheitsförderung [...] in dem seit den 60er Jahren sich verstärkenden Unbehagen an einer Tendenz, Gesundheit und Krankheit nahezu gänzlich als medizinische Problemstellungen zu begreifen, [liegen].

Dieses Unbehagen und die relativ geringen Erfolge ihrer eigenen Bemühungen zur Gesundheitserziehung insbesondere in entwickelten Industriegesellschaften waren für die Weltgesundheitsorganisation ausschlaggebende Motive zur Formulierung der Ottawa-Charta im Jahre 1986.“(BADURA 1993a, S. 77)

Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta geht also sowohl aus der Kritik an der herrschenden Form gesundheitlicher Versorgung durch die kurative Medizin als auch aus einer gewissermaßen selbstkritischen Reflexion vorwiegend verhaltenszentrierter Prävention und Gesundheitserziehung hervor. Hinzu kommt die, im Zusammenhang mit dem bereits 1946 durch die WHO eingeführten Gesundheitsbegriff als ‘vollständigem körperlichen,

seelischen und sozialen Wohlbefinden' erkannte Tendenz, die Ausweitung gesellschaftlicher Aufmerksamkeit für Gesundheit wiederum durch eine Ausweitung des medizinischen (Be-)Handlungsspektrums zu beantworten (vgl. Kap. 1.2.1).

Die drei genannten Kontroversen begründen bei einer sorgfältigen Betrachtung gemeinsam, daß die der Gesundheitsförderung immanente Medizinkritik nicht nur dazu genutzt werden sollte, ein zusätzliches gesundheitswirksames Handlungsfeld außerhalb des medizinischen Versorgungsspektrums zu installieren, sondern auch dazu, die medizinische Versorgung aus der Sicht der 'Nutzer', d.h. der Bürgerinnen und Bürger selbst zu thematisieren.

1.2 Kontroversen zwischen Addition und Integration gesundheitsfördernder Strategien

1.2.1 Gesundheit als körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden?

Die Ideengeschichte einer erweiterten sozialökologischen Sicht von Gesundheit beginnt mit der Gründung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nach dem 2. Weltkrieg. Die Teilnehmerstaaten, die am 22.7.1946 in New York die Verfassung der WHO verabschiedeten, einigten sich auf einen Gesundheitsbegriff, der über das vormals eng gefaßte Ziel der 'Abwesenheit von Krankheit' weit hinaus ging: 'Gesundheit als vollständiges körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden'.

„Health is a state of complete physical, mental and social well being and not merely the absence of disease or infirmity.“ (WENZEL 1990, S. 14)

Diese Definition ist seither vielfach zur Quelle von Mißverständnisse bzw. zum Anlaß für Kritik und Kontroversen geworden („a source of trouble“, CALLAHAN 1990). Die umfassende, beinahe alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens einschließende Bedeutung von Gesundheit, die in ihrer Konsequenz Gesundheitspolitik als den, die Sozialpolitik und den gesamten Sozialstaat umspannenden, Oberbegriff sieht (HUNGELING 1995), sowie die Unmöglichkeit, in jedem Augenblick unseres Lebens sowohl körperlich als auch seelisch und sozial 'vollständig gesund' zu sein (*fit, ausgeschlafen, satt, entspannt, glücklich, kommunikativ und kooperativ, u.v.m.*) sind naheliegende Ansatzpunkte dieser Kritik.

Eberhard WENZEL (1990) hält dem jedoch entgegen, daß mit dieser Definition nicht etwa ein statischer Zustand ‘totalen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens’ gemeint sei. Trotz irreführender Begriffe wie ‘complete’ (vollständig), ‘state’ (Zustand) etc. sieht WENZEL die ‚dynamische‘; und damit auch ‚biographische und perspektivische Komponente‘; die sich aus der Verknüpfung mit dem Begriff ‚Wohlbefinden‘ ergibt. Als Beleg zitiert er weitere Abschnitte derselben WHO-Konstitution, in denen es z.B. heißt:

„Healthy development of the child is of basic importance; the ability to live harmoniously in a changing total environment is essential to such development.“
(WENZEL 1990, S. 14)

Die Betonung ‘totaler’, ‚d.h. biologischer, physikalischer und sozial-kultureller Umwelt‘ (ebd.), die für die gesunde Entwicklung der Kinder und damit aller Menschen in der Langzeitperspektive essentiell ist, zeige das ganzheitliche, sozialökologische Verständnis, welches der WHO-Definition von Gesundheit zugrunde liege:

„Wer von Gesundheit spricht, redet vom Gestern, Heute und Morgen“: (ebd.)

Dies stehe nun im krassen Gegensatz zu jenem statischen Gesundheitsverständnis einer kurativen, sogenannten ‘Schul-Medizin’, welche den menschlichen Körper vorrangig als Reparaturobjekt und ihre eigenen Methoden dann als rational und effizient ansieht, „wenn sie den Körper mit seiner biologischen bzw. physiko-chemischen Eigengesetzlichkeit von der Person des Patienten trennen“. Dessen subjektives Symptomempfinden und die darin zum Ausdruck gebrachte ‚symbolische Repräsentanz von Biographie‘ (Mimik, Gestik, Tonfall, Arzt-Patienten-Kommunikation, körperliche Befindlichkeiten etc.) ‘störe’ geradezu im Prozeß hochtechnologisierter Diagnostik und Behandlung und werde deshalb mitsamt des seit Jahrhunderten generierten Wissensstandes, etwa der Psychosomatik, ausgeblendet (WENZEL 1990, S. 40). Ein ganzheitliches Verständnis von Körper, Geist und Seele sowie der jeden Einzelnen umgebenden sozialen Umwelt führe dagegen zurück zu einer natürlicheren, ökologischen Betrachtung, und damit zu einem besseren Verständnis des Menschen, seiner Biographie und seines Körpers (WENZEL 1986).

Gleichwohl, so scheint es, übt die statische Sichtweise der kurativen Medizin bis heute einen nicht unerheblichen Einfluß auf unser Denken aus:

„This way of thinking might be perfectly sufficient and satisfactory in a medically stagnant, or static, culture, and to a certain extent that is just the way we do think.“
(CALLAHAN 1990, S. 38)

So ist es u.a. zu erklären, daß die beschriebene Ausdehnung des Gesundheitsbegriffes durch die WHO oftmals in untrennbarem Zusammenhang mit der gleichzeitigen beständigen Aufrüstung biomedizinischer Forschung und Technologie, bisweilen sogar als deren Ursache gesehen wird (CALLAHAN 1990): Aus gesellschaftlichen Angelegenheiten werden gesundheitliche Angelegenheiten und aus diesen wiederum medizinische Angelegenheiten - eine Kausalkette, die Ivan ILLICH als die „Medikalisierung der Gesellschaft“ bezeichnet (ILLICH 1977).

Daniel CALLAHAN geht allerdings in seiner Kritik noch weiter. Die der WHO-Definition von Gesundheit zugrunde liegende, jedoch keineswegs selbstverständliche Überzeugung der engen Beziehung zwischen ‘Körper’ (*good of the body*) und ‘Subjekt’ (*good of the self*) sowie zwischen der ‘Gesundheit des Individuums’ und der ‘Gesundheit der Gemeinschaft bzw. der Gesellschaft’ (*good of the community*), führe zu dem Trugschluß, Einschränkungen der körperlichen Funktionen (z.B. durch Krankheit, Behinderung, Alter) mit Einschränkungen der ‘ganzen’ Persönlichkeit gleichzusetzen (CALLAHAN 1990).

Wenngleich einem derartigen Jugendlichkeits- und Fitneßideal das Wort zu reden, sicherlich nicht die Absicht der Protagonisten der oben zitierten „Ökologie des Körpers“ ist (WENZEL 1986), wird deren Natur- und Körperorientierung in dieser Kritik implizit mit eingeschlossen. Die beinahe alle Lebensbereiche umspannende ‘neue Natürlichkeit’, die sich in der Alternativmedizin ebenso wiederfindet wie in ‘besonderen Ernährungsweisen’ oder psychotherapeutischen Modetrends, führe - so Rosalind COWARD in ihrer Streitschrift „*Nur Natur?*“ - letztlich zu der allgemein wachsenden Tendenz, gesellschaftliche Konflikte auf homöostatische Ungleichgewichte des einzelnen mit sich selbst, seiner Psyche und der Natur zu reduzieren (COWARD 1995). Gleichsam führe die so praktizierte Individualisierung und Egozentrierung zum Verlust gesellschaftlicher Werte wie sozialer Unterstützung und gegenseitiger Fürsorge („*caring*“). An die Stelle identitätsstiftender Gemeinschaften tritt die stetige Ausweitung individueller, an einem Ideal von Jugendlichkeit, Freiheit und Konsum orientierter Bedürfnisse sowie der Sorge um den eigenen Körper und die (Wieder-) Herstellung der eigenen Gesundheit („*curing*“; CALLAHAN 1990).

Die Kritik des WHO-Gesundheitsbegriffes aus dem Jahre 1946 hat somit zwei Stoßrichtungen: Zum einen handelt es sich dabei um die Kritik einer gesellschaftlichen Überhöhung individueller Gesundheit, die als Vorbote und Symptom einer generellen

Individualisierung bzw. gar Egozentrierung angesehen werden kann. Zum anderen hat die zunehmende gesellschaftliche Fixierung auf Gesundheit, nicht zuletzt dank der von der WHO postulierten 'Allzuständigkeit' mit zu der beständigen Ausweitung kurativer Medizin bis weit in viele gesellschaftliche Bereiche hinein beigetragen. Gleichzeitig steht jedoch, wie WENZELS Ausführungen deutlich machen, der Gesundheitsbegriff der WHO mit am Beginn einer neuen Ära von Gesundheitspolitik, die über die bloße Kuration somatischer Symptome hinausgeht.

Trotz dieser auf den ersten Blick widersprüchlichen Schlußfolgerungen besteht eine wesentliche Gemeinsamkeit in den Argumentationen WENZELS und CALLAHANS. Zentral ist für beide Autoren die Kritik des vorherrschenden Paradigmas in der Medizin. Während WENZEL dabei vornehmlich den technisierten und nahezu ausschließlich auf somatische Symptome reduzierten Charakter der modernen Medizin hervorhebt, liegt der Schwerpunkt der Kritik CALLAHANS auf dem Anspruch der Kuration und der gleichzeitigen Ignoranz gegenüber nicht heilbaren, wohl aber durch Pflege und Fürsorge zu fördernden Gesundheitszuständen. Beide Argumentationen greifen somit Teilaspekte einer umfassenden Medizinkritik heraus.

Die Ironie, daß gerade eine kritische Auseinandersetzung mit der herrschenden Form der Medizin, wie sie durch den Gesundheitsbegriff der WHO repräsentiert wird, mit zu deren beständiger Ausweitung beigetragen hat, zeigt jedoch, daß eine lediglich auf Teilaspekte der kritischen Auseinandersetzung mit der Medizin bezogene (Teil-)Kritik offenbar nicht ausreicht, um eine qualitative und quantitative Kurskorrektur im beabsichtigten Sinne herbeizuführen. Die verschiedenen in der Literatur vorfindbaren Facetten der Medizinkritik lassen jeweils unterschiedliche Schlußfolgerungen im Hinblick auf Handlungsprogramme innerhalb oder außerhalb des gesundheitlichen Versorgungssystems zu. Hier gilt es zunächst, die Vielfalt der medizinkritischen Ansätze sowie der daraus ableitbaren Handlungsansätze zu strukturieren.

1.2.2 Kritik der Medizin

„Der menschliche Leib ist von Natur sterblich. Krankheiten können daher nicht ausbleiben. Warum wird der Mensch erst dem Arzte unterworfen, wenn er erkrankt, und nicht, wenn er gesund ist? Weil nicht nur die Krankheit, weil schon der Arzt ein Übel ist. Durch eine ärztliche Kuratel wäre das Leben als ein Übel und der menschliche Leib als Objekt der Behandlung für Medizinalkollegien anerkannt“
(Marx/Engels, z.n. WENZEL 1990, S. 8)

Wer Kritik an der Medizin üben möchte, befindet sich - wie man sieht - in guter Gesellschaft; er kann dabei auf eine außerordentlich lange Tradition umfangreicher Forschungen und Überlieferungen über Behandlungsfehler, Über- oder Fehlmedikation und z.T. gravierende Folgen ärztlicher 'Kunstfehler' zurückgreifen (ILLICH 1977). Die gesellschaftskritische Auseinandersetzung mit der weithin durch die Bevölkerung überschätzten Medizin setzt jedoch nicht in erster Linie an ärztlichen Behandlungsfehlern an.

Ivan ILLICH unterscheidet zwischen ‚klinischer Iatrogenesis‘, sowie der in diesem Zusammenhang bedeutenderen ‚sozialen -‘ und ‚kulturellen Iatrogenesis‘. Wenn ‚Iatrogenesis‘ allgemein ‚durch den Arzt (bzw. die Medizin) verursachte‘ negative gesundheitliche Folgewirkungen bezeichnet, dann meint ‚soziale und kulturelle Iatrogenesis‘ die mannigfachen gesellschaftlichen Folgen einer Überhöhung der technologisierten Biomedizin. Der ‚Glaube an die Medizin‘ (bei gleichzeitigem Verfall spiritueller Werte in der Gesellschaft) führe zu einer, im Behandlungsprozeß letztlich kontraproduktiven, passivistischen Patientenhaltung und schaffe somit die Basis für einen ‚Reparaturbetrieb Gesundheitswesen‘, der z.B. dem Konsum von Medikamenten stets den Vorzug vor eigener gesundheitlicher Aktivität oder sozialer Problembewältigung gibt (‘Medikalisierung’, ILLICH 1977).

Dabei wird die reale ‚Bedeutung der Medizin‘ für die Gesundheit der Gesellschaft vielfach überschätzt. Spätestens seit den 60er Jahren dieses Jahrhunderts haben sich wissenschaftliche Arbeiten mit der Frage der Bedeutung der Medizin für die gestiegene Lebenserwartung seit Mitte des 19. Jahrhunderts beschäftigt. Hervorzuheben sind die vielbeachteten Studien des britischen Sozialmediziners Thomas MC KEOWN (1982), der am Beispiel England verdeutlicht, daß z.B. die Entdeckung bedeutender Medikamente (z.B. Antibiotika) vielfach erst erfolgte, nachdem sich die Morbidität und Mortalität durch Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose) bereits weitgehend reduziert hatte. Die größte Bedeutung für die Bekämpfung

der dominierenden Infektionskrankheiten des 19. Jahrhunderts und damit für die sprunghafte Erhöhung der Lebenserwartung, so MC KEOWN, entfiel auf die verbesserten hygienischen Verhältnisse im Zuge der Stadtsanierung um 1850, sowie auf die Verbesserung des Ernährungszustandes der Bevölkerung. Ähnliche Ergebnisse sind auch für die USA bekannt (DUBOS 1959).

Neuere Studien zeigen die relativ geringe Bedeutung der Medizin als Einflußgröße auf Morbidität und Mortalität auch für die Gegenwart (MCKINLAY et al. 1989): Lediglich 3,5 bis 4 Jahre der seit 1950 erzielten Steigerung der Lebenserwartung werden nach Expertenschätzungen der kurativen Medizin zugeschrieben (SVRKAIG 1996). Nimmt man nun diesen ersten medizinkritischen Aspekt als Grundlage für Handlungsprogramme der Gesundheitsförderung, so begründet sich erstens die Konzentration auf außermedizinische (*additive*) Aktivitäten, etwa der Verhaltens- und Verhältnisprävention, der Pflege und psychosozialen Betreuung. Darüber hinaus gilt es nach dieser Logik aber auch, auf die überschätzte Bedeutung der Medizin für verschiedene gesundheitliche Bereiche sowie auf die negativen Folgen der gesellschaftlichen Überhöhung kurativ-medizinischer Leistungsfähigkeit (soziale und kulturelle Iatrogenesis) hinzuweisen.

Die Kritik der Medizin hat jedoch vor dem Hintergrund des heutigen Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehens eine weitere Stoßrichtung. Nicht mehr akute Infektionskrankheiten sind heute vorherrschend, sondern großenteils altersbedingte, chronische und degenerative Erkrankungen.

So entfielen bereits zu Beginn der 80er Jahre zwei Drittel aller Erkrankungen auf chronisch-degenerative Erkrankungen, allen voran Krankheiten des Kreislaufsystems, Atemwegserkrankungen sowie Krankheiten des Skelletts, der Muskeln und des Bindegewebes. Ein Großteil der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeiten werden durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, rheumatische Erkrankungen, Neubildungen (Krebs) und psychiatrische Erkrankungen verursacht, allesamt chronische Erkrankungen. Insbesondere jedoch bei den über 65jährigen sind chronische Krankheiten dominierend (ca. 90% aller Erkrankungsfälle), 2 Millionen Menschen müssen aufgrund dessen als pflegebedürftig eingestuft werden (BÄCKER et al. 1989, S. 24 ff.).

Nach subjektiven Angaben von Befragten in unterschiedlichen Studien ist etwa jeder dritte bis vierte Bürger von einer chronischen Erkrankung betroffen. Sind es in höherem Lebensalter insbesondere Herz-Kreislauf- und rheumatische Erkrankungen, die an Bedeutung gewinnen, so weisen Jüngere immer häufiger allergische Beschwerden auf. Die Zahl der Asthma-Kranken ist in den USA zwischen 1990 und 1994 um 50 Prozent gestiegen. In Deutschland hat sich etwa die Zahl der Hautkrankheiten im Zusammenhang mit Anzeigen wegen des Verdachts auf Berufskrankheit im Zeitraum von 1970 bis 1992 verdreifacht (MARSTEDT 1997).

Als neueste Daten fügt der „Bericht über die Entwicklung chronischer Krankheiten in Deutschland“ durch das Bundesministerium für Gesundheit hinzu, daß im Jahre 1996 zerebrovaskuläre Krankheiten (zu 70-80% Hirninfarkte) knapp 12% aller Todesfälle sowie „die meisten Fälle von Invalidität und Pflegebedürftigkeit“ verursachten. Rheumatische Erkrankungen verursachten hingegen „ein Drittel aller Frührenten, ein Fünftel der Krankenhaustage und einen hohen Prozentsatz aller Arztbesuche“³. Darüber hinaus schlagen vor allem Diabetes mellitus mit ca. 4 Millionen registrierten Patienten, sowie Krebserkrankungen, auf die 1993 beinahe 24% aller Sterbefälle entfielen, zu Buche (BMG 1996).

Angesichts dieser Dominanz chronischer Erkrankungen ist eine vornehmlich auf Akuterkrankungen und das Prinzip der Heilung (*Kuration*) ausgerichtete Medizin kaum noch in der Lage, eine adäquate Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Am Beispiel des Diabetes mellitus zeigt sich die besondere Dramatik der oftmals unbefriedigenden Versorgung und der weitverbreiteten Unkenntnis international anerkannter Therapiestandards unter Allgemeinärzten (MÜHLHAUSER et al. 1992)⁴: Diabetische Spätsschäden wie chronisches Nierenversagen, Erblindungen, Neuropathien, das sog. ‘Diabetische Fußsyndrom’, sowie Bluthochdruck, koronare Herzerkrankungen und Schlaganfälle sind die Folge über Jahre vernachlässigter Blutzuckereinstellung und Therapiekontrolle. Das Problem wird offenkundig, wenn man den gewissermaßen ‘typischen’ Umgang der auf Akutbehandlung fixierten Medizin mit beinahe alltäglichen Problemen eines Diabetikers betrachtet:

³Wobei „selbst in Regionen mit einem vergleichsweise guten Versorgungsangebot [...] nur circa 20 Prozent der Patienten im Laufe ihrer Erkrankungen von einem rheumatologisch ausgebildeten Facharzt behandelt [werden]“ (BMG 1996).

⁴Nach jüngsten Erhebungen kannten von 200 interviewten Hausärzten weniger als 10 Prozent die „NIDDM-Richtlinien“ (Leitfaden der europäischen Diabetesgesellschaften zur Behandlung des nichtinsulinpflichtigen Diabetes mellitus [Non-Insulin-Dependant Diabetes Mellitus]) (*Deutsches Ärzteblatt* 94, H. 4/97, S. 112).

„Ein insulinabhängiger Diabetiker wird mit entgleister Blutzuckerregulation in die Notfallaufnahme eines Krankenhauses eingeliefert. Völlig unabhängig davon, wie gut und effektiv die Krankenhausbehandlung nun ist, kann die Behandlung, wenn sie vom Standpunkt des Patienten und der Krankenkasse aus betrachtet wird, überhaupt nicht effizient sein. Idealerweise wäre die Stoffwechsellage vermieden worden, z.B. durch eine vorbeugende Diabetesschulung, motivierende Gespräche und praktische Übungen. Diese Behandlungsformen wären erheblich kostengünstiger gewesen als die im Grunde überflüssige Krankenhausbehandlung. Auch hätten sie zugleich langfristig eintretenden Komplikationen vorgebeugt.“ (HILDEBRANDT/DOMDEY 1996, S. 52)

Auf die ökonomischen Aspekte einer solchen fehlgeleiteten Therapie wird an späterer Stelle noch einzugehen sein (Kap. 2.1.3). Darüber darf jedoch das Leid der Betroffenen nicht vergessen werden: Im Jahr 1995 wurden in Deutschland rund 25.000 diabetesbedingte Fußamputationen durchgeführt (TRAUTNER 1996), rund 2.000 diabetesbedingte Neuerblindungen registriert (KROLL 1996), sowie ein erheblicher, tendenziell steigender Diabetikeranteil von zwischen 35 und 59 Prozent an den insgesamt 40.000 dialysepflichtigen PatientInnen in Deutschland geschätzt (RITZ et al. 1996).

Das Prinzip, solche und ähnliche Akutkomplikationen durch eine prospektive Medizin, die insbesondere auf Patientenschulung, regelmäßige Therapiekontrolle und Betreuung anstatt Heilung abstellt, zu vermeiden, gilt auch für andere chronische Erkrankungen: Asthma, Rheuma, Schlaganfall, Herzinfarkt oder Krebs, sowie nicht zuletzt die breite Palette psychiatrischer Erkrankungen (TRAUTNER/BERGER 1993, WEBER et al. 1990).

Hinzu kommt, daß es sich bei vielen chronisch Erkrankten um ältere Patienten handelt. Dabei treffen oftmals mehrere chronische Erkrankungen zusammen, so daß die Behandlung älterer Menschen typischerweise eine Behandlung von Multimorbidität ist, die eine besondere Abstimmung der Therapien sowie Kenntnis der besonderen psycho-sozialen Lebenssituation älterer Menschen erfordert. Die Enquete-Kommission 'Demographischer Wandel' schätzt in ihrem 1994 veröffentlichten Zwischenbericht den Anteil älterer Patienten (über 65) in Allgemeinarzt- sowie einigen Facharztpraxen auf 40-50 Prozent. Dennoch haben „die meisten Spezial- und auch viele Hausärzte [...] nur ein unzureichendes Wissen über die Behandlung älterer Menschen“. „Nicht nur das Desinteresse an geriatrischen Problemen sei [jedoch] schuld daran, sondern auch die Erfolgsorientierung der modernen Medizin“ (ZÖRNER 1996, S. 139).

Der zweite Aspekt der Medizinkritik bezieht sich damit nicht auf die grundsätzliche Bedeutung, sondern auf das herrschende Erfolgsparadigma und die daraus resultierende mangelnde Bedarfsorientierung der modernen Medizin. Nicht nur das Prinzip der Heilung sollte vor dem Hintergrund des heutigen Krankheitsgeschehens im Mittelpunkt stehen, sondern ein erweitertes Paradigma der aktivierenden Pflege und psychosozialen Unterstützung. Ein solches erweitertes Paradigma wird durch neue Forschungsrichtungen wie

z.B. „Psycho-neuro-immunologie“ (ADER 1980), „Sozio-psycho-somatik“ bzw. „Stressforschung“ (BADURA 1993a, 1993b) zunehmend wissenschaftlich untermauert.

Diese neuen Wissenschaftszweige fragen nach Zusammenhängen von physischen, psychischen und sozialen Gegebenheiten. Psychische und soziale Einflüsse werden sowohl epidemiologisch, durch höhere Krankheits- und Sterbewahrscheinlichkeit, als auch biochemisch, in Form von endokrinologischen und immunologischen Reaktionen des Körpers, sichtbar. So haben Feldstudien bereits in den 70er Jahren die deutlich geringere Krankheitsanfälligkeit und höhere Lebenserwartung von Menschen mit intensiveren sozialen Beziehungen belegt (BERKMAN/SYME 1979). Das Konzept der persönlichen Kompetenz als Indikator für gute Gesundheit geht hingegen auf Erkenntnisse der „Stressforschung“ zurück, die belegen, daß nicht nur ‘objektive’ Stressoren maßgeblich für somatische Reaktionen in Form von Krankheit bzw. Gesundheit sind, sondern auch das individuelle Empfinden der jeweiligen Lebenssituation, sowie das subjektive Gefühl der persönlichen Kontrolle.

BADURA schlägt in Anlehnung an diese Erkenntnisse der Stressforschung vor, *Gesundheit* als „eine Kompetenz oder Befähigung zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives seelisches und somatisches Befinden erhalten oder wiederhergestellt wird“, zu definieren (BADURA 1993a, S. 77).

Es liegt auf der Hand, aus medizinsoziologischer Sicht gerade schwere Krankheitsereignisse mit chronischem Verlauf als besondere Stresssituationen zu betrachten, die in hohem Maße persönliche Kompetenzen, nicht nur der Betroffenen, sondern auch des jeweiligen sozialen Umfeldes erfordern (GERHARDT 1986). Gesundheit, verstanden als eine Kompetenz, kann somit auch bei chronisch Kranken, psychisch Kranken, multimorbiden oder geriatrischen Patienten in mehr oder minder hohem Maße vorhanden sein bzw. gefördert werden. Die primäre Aufgabe der Gesundheitsförderung besteht aus dieser Sicht in der Förderung gesundheitlicher Ressourcen, gerade bei chronisch Kranken.

Das soziopsychosomatische Paradigma leitet insgesamt ein neues Verständnis von Krankheit und Gesundheit ein, welches in vieler Hinsicht auch auf die Medizin rückwirkt. ELLIS HUBER spricht gar von einer „Relativitätstheorie in der Medizin“ (HUBER 1996), an deren Schwelle sich die relevanten Wissenschaftszweige derzeit befinden. Durch eine solche umfassende Gesundheits- und Krankheitstheorie würde es in absehbarer Zeit möglich, sowohl jene Bereiche der ‘Schulmedizin’, die als nicht wissenschaftlich gesichert - im Sinne von ‘Doppelblind-Studien’ - angesehen werden müssen als auch außerschulische Methoden zunehmend auf eine ganzheitliche wissenschaftliche Grundlage zu stellen (ebd.).

Einen wesentlichen Beitrag zum verbesserten Verständnis der komplexen Wirkmechanismen schulmedizinischer ebenso wie außerschulischer Behandlungsmethoden leistet dabei auch die

Placebo-Forschung (BLANZ 1993; UEXKÜLL 1993). So wird z.B. von Stewart Wolf, einem renommierten Arzt der University of Oklahoma über einen seiner Patienten berichtet,

„dessen Asthma auf erprobte Medikamente nicht anspricht. Als der Arzt von einer Pharmafirma Proben eines neuen, vielversprechenden Mittels bekommt, probiert er es gleich bei dem Asthmatiker aus. Die Symptome verschwinden umgehend, kommen aber, als Wolf die Medikation stoppt, sofort zurück. Er versucht es mit einem Placebo, doch die Krankheitszeichen bleiben. Etliche Male wiederholt er den Wechsel vom Wirkstoff zum Placebo und zurück, jedesmal hilft nur das Mittel. Nunmehr sicher, ein wirksames Pharmakon für den Asthmatiker gefunden zu haben, bittet der Arzt die Herstellerfirma um Nachschub. Zu seinem Erstaunen erfährt er, das Unternehmen habe ihm vorher wegen fälschlich gemeldeter Bedenklichkeiten gar keine Arznei, sondern nur Placebos geschickt“ (*Der Spiegel*, Nr. 45/1994, S. 204).

Placebos spielen sowohl für den behandelnden Arzt als auch für den Patienten eine Rolle. Vielfältige Forschungen über die Wirkungsweise von Placebos heben interessanterweise Faktoren wie den Preis, den Namen und die Neuheit eines Medikamentes hervor, um dessen Wirkungsweise zu steigern, Faktoren also, die zuerst dem Arzt, weniger dem Patienten zugänglich sind (UEXKÜLL 1993). Rund 50% der Erfolge medizinischer - insbesondere auch chirurgischer (!) - Maßnahmen beruhen auf spezifischen Wirkungsweisen der jeweiligen Behandlungen, 50% würden hingegen auf „dem enthusiastischen Aktivismus der behandelnden Ärzte basieren, der ihnen schon während des Medizinstudiums durch eine Ausbildung eingepflegt worden sei, welche die Macht der modernen medizinischen Verfahren predigt.“ (Moermann 1979, zit. n. UEXKÜLL 1993, S. 57)

Dennoch ist es die auf dieser eigenen Überzeugung aufbauende Überzeugungskraft, die es dem Arzt - letztlich auch dem alternativen 'Nicht-Arzt' - ermöglichen, aus dem Arzt-Patienten-Kontakt heraus den Heilerfolg zu fördern. Sein „Charisma“, gepaart mit sozialem Prestige und der dadurch bedingten Autorität gegenüber dem Patienten können als wesentliche Stärken ärztlicher Heilkunst betrachtet werden (BLANZ 1993, S. 88).

Die vermeintliche Schwäche der teilweise wissenschaftlich nicht begründeten Therapieformen in der Schulmedizin kann also gleichzeitig eine Stärke bedeuten, wenn der Glaube an die Medizin ebenso glaubhaft an die Patienten weitergegeben wird. Dennoch stellt eine solche 'Relativität' vieles in Frage, was als unumstößliche Wahrheiten im Sinne eindeutiger Ursache-Wirkungs-Beziehungen für ausschließlich somatische Behandlungsmethoden angesehen wird. Vor dem Hintergrund der Placebo-Forschung sowie der Soziopsychosomatik wird letztlich auch die Forderung, medizinische Behandlungsmethoden zunehmend einer Evaluation von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu unterziehen, erheblich relativiert.

Dennoch stellt die Forderung nach Wirksamkeitsnachweisen bzw. die Kritik der geringen Wirksamkeit eine dritte, häufig vertretene Form der Medizinkritik dar. Diese, erstmals durch

den britischen Sozialmediziner Archibald COCHRANE (1972)⁵ vertretene Forderung ist gewissermaßen symptomatisch für die Problematik einer insgesamt ausufernden Medizin, die aber angesichts des oben dargestellten Mangels an Bedarfsorientierung (z.B. für chronisch Erkrankte) die angestrebte Wirksamkeit vermissen läßt. „Der inflationären Zunahme medizinischer Behandlungen gegenüber stünden nur relativ geringfügige Verbesserungen bei der Therapie und zudem eine verbreitete Geringschätzung psycho-sozialer und praktisch-pflegerischer Leistungen“ (BADURA 1993a, S. 67, vgl. Kap. 2)

Hier schließt der von McKeown vorgebrachte Einwand an, daß „ein sehr effizientes und wirksames Angebot an medizinischen Diensten [...] gleichwohl den gesellschaftlichen Bedürfnissen wenig entsprechen [kann], z.B. dem Bedürfnis nach Prävention und Gesundheitsförderung oder dem Bedürfnis nach Pflege und ganzheitlicher Versorgung“: Die noch wichtigere Frage nach der *Angemessenheit* der Medizin wird somit auch durch Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsnachweise nur teilweise beantwortet (ebd.).

Zusammenfassend läßt sich also feststellen, daß von den unterschiedlichen gegen die Medizin vorgebrachten Kritikansätzen insbesondere zwei Aspekte hervorzuheben sind:

- Die Gefahr der gesellschaftlichen Überschätzung der Medizin, die bis hin zu Allmachtsvorstellung, Technisierung auch sozialer Lebensbereiche sowie Glaubensersatz führen kann. Dieser Tendenz ist durch eine gesundheitsfördernde Politik entgegenzuwirken, um insbesondere Problemen des passivistischen Patientenverhaltens sowie des fatalistischen Erleidens von durch die Medizin nicht heilbaren Gesundheitszuständen entgegenzuwirken.
- Die Kritik der mangelnden Bedarfsorientierung der modernen Medizin. Dieser Aspekt ist insbesondere vor dem Hintergrund des heutigen Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehens bedeutsam. Chronische Erkrankungen, die häufig bei alten Menschen und in kumulierter Form (Multimorbidität) auftreten, erfordern eine ganzheitliche, psychosoziale und prospektive Ausrichtung des gesundheitlichen Versorgungssystems.

Diese beiden Aspekte, die sich nicht zuletzt in der Entstehungsgeschichte der Gesundheitsförderung wiederfinden, gilt es auch im Hinblick auf Maßnahmen und Handlungsprogramme gedanklich und konzeptionell mitzuführen. Dabei kann sowohl eine

⁵ Der Name Archibald Cochrane ist heute insbesondere durch die nach ihm benannte Cochrane-Foundation bekannt. Cochrane gilt als Begründer der Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsforschung in der Medizin. Bekannt und vielfach diskutiert ist heute u.a. seine Auffassung, daß im modernen Wohlfahrtsstaat nur jede wirksame Behandlung unentgeltlich erfolgen sollte (COCHRANE 1972, zit. n. BADURA 1993a, S. 66; vgl. SVRKAIG 1997)

Addition zusätzlicher Handlungsbereiche, z.B. durch nicht-ärztliche Pflege, Prävention, Rehabilitation und psychosoziale Betreuung erfolgen, als auch eine Reorientierung des medizinischen Versorgungssystems hinsichtlich ihrer Organisation, Behandlungspraktiken sowie selbst gesetzter Erfolgsmaßstäbe. Wesentlich erscheint jedoch die Grundorientierung, kurative Medizin nicht pauschal als die allein seligmachende Umgangsform mit Gesundheit und Krankheit zu betrachten und dies auch aktiv zu kommunizieren. Dabei gilt es, dort wo die beschriebenen Defizite gesundheitlicher Versorgung von Betroffenen wahrgenommen werden, den somit entstehenden Bedarf nach Information, Beratung und motivierender Selbsthilfeförderung nachzukommen.

1.2.3 Kritik der Prävention und Gesundheitserziehung

Die im Zusammenhang mit einem neuen Krankheits- und Gesundheitsverständnis häufig benutzten Begriffe ‘ganzheitlich’, ‘ökologisch’, ‘dynamisch’, ‘biographisch’ (etc.) legen, in Anlehnung an die ökologische Debatte der 70er Jahre, in erster Linie eine stärkere Berücksichtigung der Prävention (statt ‘end of the pipe’) nahe. Im Hinblick auf eine Reorganisation des Gesundheitswesens steht somit eine Neuverteilung der Gewichte zwischen *Prävention*, *Kuration* und *Rehabilitation* im Mittelpunkt (ROSENBROCK 1992).

Die Einführung des Begriffs der ‘Gesundheitsförderung’ durch die WHO ist jedoch keineswegs mit einer alleinigen Ausweitung der Prävention gleichzusetzen. Die Entwicklung hin zu dem Konzept der Gesundheitsförderung kann gleichsam als eine kritische Auseinandersetzung mit traditionellen Ansätzen der Prävention und Gesundheitserziehung und den damit gewonnenen praktischen Erfahrungen interpretiert werden (GRACE 1991, GERHARDT/FRIEDRICH 1985). Im Zentrum dieser kritischen Auseinandersetzung standen - und stehen bis heute - insbesondere folgende Aspekte:

- die enge Orientierung an statistisch-epidemiologischer Forschung und dem daraus hervorgegangen „Risikofaktoren-Modell“ (ABHOLZ et al. 1982)
- der daraus abgeleitete Focus auf Krankheit ohne Berücksichtigung „salutogener“; also gesunderhaltender Einflüsse in Forschung und Praxis (BADURA 1993a)
- die durch die enge Anlehnung an traditionellen Ursache-Wirkungs-Schemata der Medizin ermöglichte Ausweitung medizinischer Prävention, d.h. erweiterter Diagnostic (Krankheitsfrüherkennung, Screening) und medikamentöser Behandlung von Risikofaktoren (KÜHN 1993a)

- die, sofern es sich um unspezifische Risikovermeidung handelt, individualisierenden und zugleich moralisierenden Wirkungen einer Gesundheitserziehung 'zum richtigen Leben' (GERHARDT/FRIEDRICH 1985, BAIER 1989, KEUPP 1993, WENZEL 1990)
- die bislang geringen Erfolge durch „eher wirkungslos und appellativ“ gebliebene „Verhaltens-Beeinflussungsprogramme“ (GERHARDT/FRIEDRICH 1985, S. 121)

Ausgangspunkt der Debatte um Prävention und Gesundheitserziehung ist zumeist das aus der epidemiologischen Forschung hervorgegangene „Risikofaktorenmodell“ (ABHOLZ et al. 1982). Als 'Risikofaktoren' wurden zunächst sowohl klinische Parameter - für die wohl am besten erforschte koronare Herzkrankheit z.B.: Blutfettwerte, Cholesterin, Bluthochdruck, Übergewicht, Diabetes (etc.) - als auch Verhaltensdeterminanten wie z.B. Bewegungsarmut, Überernährung, Alkoholkonsum, Rauchen und Streß identifiziert.

Dabei hat die Identifikation *klinischer Risikofaktoren* zu der als *sekundäre Prävention* bezeichneten, vorwiegend medizinischen Prävention geführt (ROSENBROCK 1992). Obwohl das dieser medizinischen Prävention zugrunde gelegte statistische Ursache-Wirkungs-Schema als für die Therapie im Einzelfall wenig aussagekräftig gilt (z.B. Cholesterin, ABHOLZ 1994a), und obwohl zudem auf präventiv-diagnostische Verfahren (Früherkennung, Screening) vielfach keine geeigneten therapeutischen Maßnahmen folgen (z.B. Lungenkrebs, ROSENBROCK 1992), hat gerade die (sekundäre) Prävention zu einer beispiellosen Ausweitung diagnostischer Verfahren (z.B. Mammographie, Osteodensitometrie; ABHOLZ 1994b, LANGE et al. 1994) sowie zu einer zunehmenden „Medikalisierung Gesunder“ (z.B. Hypertonie, Hypercholesterinämie; KÜHN 1993a) beigetragen. Insoweit hat das Paradigma der Prävention durch dessen wachsende Akzeptanz bei Arzt und Patient die Dominanz der kurativen Medizin nicht verringert, sondern sogar erweitert.

Verhaltensbezogene Risikofaktoren haben hingegen zumeist unspezifischen Charakter: Rauchen, Bewegungsmangel, hoher Fettkonsum (etc.) können nicht nur die koronare Herzerkrankung, sondern auch Krebs, Schlaganfall, Diabetes u.v.m. zur Folge haben. *Primäre Prävention* wird daher zumeist als unspezifische Risikovermeidung verstanden, die an einer umfassenden Erziehung zu gesunder Lebensführung ansetzt. Je mehr sich jedoch wissenschaftliche Verdachtsmomente gegen eine bestimmte gesundheitsschädigende Verhaltensweise verdichten (Bsp. Rauchen), desto größer wird der gesellschaftliche und moralische Druck auf den Einzelnen, derartige Verhaltensweisen zu vermeiden:

Viele Krankheiten haben ihre Ursache im Fehlverhalten des einzelnen und in den zwischenmenschlichen Beziehungen. In einer solchen umfassenden Lebensordnung liegt noch ein freies Potential (das zudem billiger ist als alle Medikamente): Verbesserung der Gesundheit und Vorbeugen gegen Krankheit durch die eigene Lebensführung!“ (Schipperges 1982, zit.n. WENZEL 1990, S. 12)

Dieser moralische Imperativ einer ‘umfassenden Lebensordnung’ stand und steht bis heute vielfach in der Kritik, da er einerseits die soziale Kontrolle bis in die Privatsphäre des Einzelnen zur Folge haben könne (GERHARDT/FRIEDRICH 1985), andererseits aber auch zu einer Privatisierung von Gesundheitsrisiken und in der Folge zu einer Individualisierung präventiver Gesundheitspolitik beitrage (WENZEL 1990). Während der erste Vorwurf der *sozialen Kontrolle* als ein vorwiegend liberalistischer Vorbehalt gegenüber autoritativer, insbesondere staatlicher Kontrolle betrachtet werden kann (BAIER 1989), beinhaltet die zweite Kritik der Individualisierung und Privatisierung selbst eine Kritik des liberalistischen Menschenbildes: Es entspringe einer ‚hoffnungslos romantischen Vorstellung‘; zu glauben, ‚der Mensch allein könne über die Struktur und Ausprägung seiner jeweiligen Verhaltensweisen im Zuge des biographischen Prozesses selbst bestimmen‘ (WENZEL 1990, S. 13).

Als ‚klassische Erkenntnis der Sozialwissenschaften‘ gelte hingegen, daß insbesondere die gesellschaftlich-politischen Rahmenbedingungen, sozio-ökonomische und psycho-soziale Umweltverhältnisse maßgebend für individuelle Verhaltensmuster und Lebensentwürfe sind (ebd., S. 20). Die zahlreichen Forschungen der letzten Jahre zum Thema ‚Krankheit und soziale Ungleichheit‘ belegen auch für gesundheitsrelevante Verhaltensweisen die starke Abhängigkeit von sozio-ökonomischer Schichtung, Lebenslagen und sozialen Milieus (MIELCK 1994)⁶. Insofern ist es leicht ersichtlich, warum bisherige Versuche der Prävention und Gesundheitserziehung ‚eher wirkungslos und appellativ‘ geblieben sind, wenn sie als ‚pädagogisch, psychologisch, medizinisch und soziologisch orientierte Verhaltens-Beeinflussungsprogramme‘ im ‚Einzugsgebiet medizinischen Wissens‘ mißverstanden wurden (GERHARDT/FRIEDRICH 1985, S. 116/120).

Hinzu kommt die aus der Verhaltenspsychologie bekannte Tatsache, daß Menschen ihre Lebensweise zumeist nicht primär an gesundheitlichen Kriterien ausrichten und somit das Argument des gesundheitlichen Risikos nicht ausreicht, um zu individueller

⁶für das Ernährungsverhalten zusammenfassend: KÖHLER et al. 1997.

Verhaltensänderung zu motivieren. „Der *Homo hygienicus* als Mensch, der Gesundheit als oberstes Lebensziel ansieht und seine Lebensführung völlig gesundheitlichen, aus der Medizin abgeleiteten Prinzipien unterwirft“ (LABISCH 1989, S. 116, zit.n. VOGT 1993, S. 48), ist vielmehr ein bürgerliches Idealbild, welches gleichsam innere wie äußere „Sauberkeit und Ordnung“ beinhaltet, die jedoch in dem *Prozeß der Zivilisation* (Elias) durch die Unterdrückung natürlicher Triebe vom Individuum teuer erkaufte werden (VOGT 1993, S. 48). Chronische Gefühlsunterdrückung (*Depression*) ist dann auch gemeint, wenn es der Einzelne tatsächlich schafft, diesen kulturellen Normen - wie z.B. dem in den USA vorherrschenden puritanischen Ideal des „self-made man“ - gerecht zu werden und dann als „depressive soul“ charakterisiert wird:

„The self-made man breaks free from the bonds of tradition and home only for the sake of creating an ideal home and thus weaving his own history. This figure denies the very thing he strives for, fleeing his historical roots in order to give birth to his own conception of himself. This soul's flight from home, from its origins and its past, characterizes the depressive soul.“(Romyshyn/Whalen 1987; zit. n. WENZEL 1990, S. 29)

Gesellschaftliche Idealbilder der Freiheit, Selbstbestimmung und Stärke, etwa „das Zauberwort unserer Tage: Autonomie“, beinhalten stets die Gefahr, zu einer „Maske souveräner Indifferenz“ zu verkommen, hinter der sich „tiefe Einsamkeit und Beziehungslosigkeit, nicht nur der Umwelt, sondern auch sich selbst gegenüber“ verbergen kann (HAAG 1992, S. 78)⁷.

Diese psychoanalytisch geprägten Gedanken haben maßgeblich zu einer Sensibilisierung der Gesundheitspädagogik für die komplexen intra- und interpersonellen Vorgänge bei der Konstruktion 'gesunden Verhaltens' beigetragen. Das 'Lernziel' einer gesundheitsfördernden Gesundheitspädagogik muß folglich - ganz im Sinne einer „Ökologie des Körpers“ (WENZEL 1986, vgl. Kap. 1.2.1) - auch in der Wiedererlangung der potentiell verlorenen Fähigkeit, körpereigene Signale wahrzunehmen und buchstäblich 'zu fühlen' liegen, auch und gerade als Voraussetzung für soziale Beziehungsfähigkeit und gegenseitige Fürsorge („*caring*“; CALLAHAN 1990, vgl. Kap. 1.2.1).

⁷ Ein von WENZEL (1986, S. 18) zitierter Vers des Liedermachers Konstantin Wecker veranschaulicht dies eindrucksvoll:

„Ich bin seit ich was von mir weiß auf Kraft und Siegen programmiert.
Im Sagen groß. Das Herz zumeist auf breite Schultern reduziert.
Natürlich: Denker und modern, rein hirnlisch schon im rechten Gleis.
Verteufelt nur, daß meine Lust von meinem Hirn zuwenig weiß.“

Damit ist jedoch die grundsätzlichere Frage nach der Berechtigung expertenorientierter, programmatischer Prävention noch nicht beantwortet. Diese Berechtigung leitet sich aus Expertensicht vielmehr aus einer zweiten Stoßrichtung psychoanalytisch geprägter Erkenntnisse ab. So liefert die Psychoanalyse neben der Betonung von Autonomie und individualpsychologischer Resistenz gegenüber in sich widersprüchlichen Botschaften gesundheitlicher Ideale und gesellschaftlicher Anforderungen auch eine Erklärungsgrundlage für 'abweichendes', gesundheitsschädliches Verhalten. Die oben dargestellte Depression kann sowohl ein Streßsymptom als auch ein Auslöser für potentiell gesundheitsschädliches Bewältigungsverhalten sein. Streß macht in dieser Hinsicht doppelt krank: während er sich einerseits direkt in somatischen Reaktionen des Körpers ausdrückt (vgl. Kap. 1.2.2), führt er indirekt über emotional bedingte 'Fehlverhaltensweisen' zur Kumulation zunächst verhaltensbezogener und später klinischer Risikofaktoren. Insbesondere sind hier alle Formen von Suchterkrankungen zu nennen (Alkoholismus, Medikamenten-, Eßstörungen, Genußmittel-, Konsumsucht etc.), die in besonderem Maße auf ein Ungleichgewicht zwischen durch gesellschaftliche Ideale künstlich erzeugten Anforderungen und individuellen Bedürfnissen, welches durch zwanghaftes, eben nicht selbstbestimmtes Verhalten kompensiert wird, zurückgeführt werden können (BRENNER 1989). Wieder sind es also die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, etwa der Arbeitswelt, familialen Umwelt und sonstiger sozialer Beziehungen, aber auch in einem weiteren Sinne vorherrschende Wert- und Konsummuster, welche den Nährboden für gesundheitsbezogene Risikofaktoren, hier in Form von Bewältigungsverhalten, schaffen.

Sofern solche gesellschaftlichen Risikofaktoren etwa in vorherrschenden Wert- und Konsummustern gesehen werden, welche maßgeblich durch kommerziell motivierte Massenmedien miterzeugt werden (RIESMAN et al. 1958), erscheint es nun aus Sicht der Wissenschaft legitim, sich derselben kommunikativen Mittel zu bedienen und neben die Vielfalt gesellschaftlicher Lebensstile ein wissenschaftlich begründetes Leitbild, als präventiven Ansatz zur persönlichen Kompetenzförderung zu stellen (v.SCHWEITZER 1991). Diese aktive, handlungsorientierte Rolle der Wissenschaft wurde jedoch in den letzten Jahren - auch im Zuge der Ottawa-Charta - vielfach kontrovers diskutiert.

Beispielhaft hierfür ist die Debatte um die soziale Kontrollfunktion der Prävention anlässlich eines „Soziologentages“ zwischen Uta GERHARDT/Hannes FRIEDRICH (1985) und Bernhard BADURA/Christian von FERBER (1985). Die beiden hier vertretenen Positionen sind

gewissermaßen 'idealtypisch' für den gegensätzlichen Umgang mit ein und demselben Problem - hier: der mangelnden Wirksamkeit autoritativer Aufklärungskampagnen, z.B. über das Rauchen -, sowie der unterschiedlichen Interpretierbarkeit ein und desselben soziologischen Klassikers - hier: Max Weber. Während GERHARDT und FRIEDRICH - mit Weber gesprochen - auf der Einhaltung der „Demarkationslinie“ zwischen wertfreier Forschung und wertbezogenem Handeln, kurz: „zwischen Sozialwissenschaft und Sozialpolitik“ bestehen (S. 144), räumen BADURA und V.FERBER zwar ein, daß sich „die Masse allen eingelebten Alltagshandelns“ außerhalb des objektivierbaren Gegenstandsbereichs sozialwissenschaftlicher Forschung bewege. Sie proklamieren aber ihrerseits - stets unter Bezug auf Weber - einen Wechsel des „Standortes und des Begriffsapparates“ der wissenschaftlichen Disziplin vor dem Hintergrund des sozialen Wandels (S. 128,129).

„Hier zeichnen sich Zusammenhänge ab, die sehr wohl in absehbarer Zukunft zu einem neuen soziopsychosomatischen Paradigma verschmelzen könnten - mit erheblichen Konsequenzen nicht nur für die Prävention, sondern auch für die Akutversorgung und die Rehabilitation.“(S. 132)

BADURA/V.FERBER argumentieren weiterhin, unter Berücksichtigung empirischer Befunde, daß Angebote zur Prävention „in großem Umfange nachfrageorientiert [sind]. Sie treffen also auf die meist unterschätzte Bereitschaft der Bürger, mehr Kompetenz in Fragen ihrer Gesundheit zu erwerben.“ Dieser Wunsch zeige sich insbesondere in dem Aufkommen alternativer sozialer und gesundheitlicher Bewegungen in den 70er und 80er Jahren (BADURA/V. FERBER 1985, S. 138/139).

Zwei wesentliche Anforderungen sind somit, vor dem Hintergrund der Kritik der Prävention, für ein präventives wissenschaftliches Handeln festzuhalten:

Einerseits der Hinweis auf die erheblichen Konsequenzen des sozio-psycho-somatischen Paradigmas, nicht nur für die Prävention, sondern auch für die Akutversorgung und Rehabilitation. Damit wird deutlich, daß sich präventiv-wissenschaftliches Handeln eben nicht in Aktivitäten außerhalb des explizit gesundheitsbezogenen Versorgungssystems erschöpft. Der Begriff der Prävention erhält vor diesem Hintergrund eine andere Qualität. Die von GERHARDT und FRIEDRICH insbesondere kritisierte verhaltensbezogene Primärprävention wird durch einen sehr viel umfassenderen Präventionsbegriff abgelöst, der sich auf Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, sowie auf die Verhaltens- und Verhältnisprävention

erstreckt und ein grundsätzlich anderes Ziel der gesundheitlichen Kompetenzförderung verfolgt. Dies entspricht letztlich dem Paradigmenwechsel von der Prävention zur Gesundheitsförderung, welcher erst 1986 in der Ottawa Charta seinen begrifflichen Niederschlag gefunden hat.

Andererseits reklamieren BADURA und v. FERBER den Bezug zur Nachfrage nach gesundheitsbezogenen Unterstützungs- und Beratungsleistungen. Sie verweisen dabei auf gesundheitsbezogene Bürger- und Selbsthilfebewegungen, welche den Wunsch nach der Erlangung gesundheitlicher Kompetenz signalisieren. Der somit entstehende Bedarf nach Beratungs- und Unterstützungsleistungen ist institutionell und professionell abzudecken. Die Betonung der Nachfrage bzw. des von den Betroffenen selbst wahrgenommenen Bedarfes wirft jedoch abermals eine qualitative Frage nach der Ausgestaltung von Beratungs- und Unterstützungsangeboten auf: Beratungsangebote sollen 'Patienten-zentriert', und nicht 'Anbieter-zentriert' ausgerichtet sein (OCKENE et al. 1988), m.a.W.: sie haben sich in der Konzeption und Zielsetzung an den von den Ratsuchenden artikulierten Problemen zu orientieren. Diese Patienten- bzw. Klientenzentrierung ist jedoch aus kommunikationspsychologischer Sicht kennzeichnend für den professionellen Prozeß der Beratung (ROGERS 1960), was letztlich eine eindeutige Abgrenzung zu 'Prävention' ermöglicht: Prävention dient der Problemvermeidung, Beratung der Problemlösung (BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE UND SENIOREN 1993). Damit wird deutlich, daß auch die Gesundheitsberatung von den Ratsuchenden selbst wahrgenommene Probleme voraussetzt, sich also nicht auf die aus Expertensicht richtige Vermittlung von gesundheitlichen Verhaltensweisen im Sinne der Primärprävention beschränken darf.

1.3 Anforderungen an die Gesundheitsförderung

1.3.1 Methodische Aspekte - 'Hilfe zur Selbsthilfe'

Gesundheitsförderung versucht gewissermaßen den 'Spagat' zwischen Prävention und Beratung, indem von den Adressaten selbst wahrgenommene Probleme aufgegriffen werden und durch professionelle Unterstützung in gesundheitsfördernde Handlungen der Selbsthilfe übersetzt werden. In Abgrenzung zur Prävention setzt Gesundheitsförderung einen subjektiven Hilfe- bzw. Selbsthilfebedarf voraus. Dennoch bedarf es auch der Aktivierung und Motivierung und nicht zuletzt der öffentlichen Information über gesundheitliche Risiken, um ein Problembewußtsein bei den Adressaten zu fördern und die Artikulation von gesundheitlichen Bedürfnissen und Interessen erst zu ermöglichen (WIEDEMANN/SCHÜTZ 1994).

Dabei soll nicht vergessen werden, daß auch individuelles Verhalten oftmals nicht aus einer freien Entscheidung des Einzelnen hervorgeht, sondern vielfach anerzogen bzw. als Bewältigungsstrategie zur Überwindung des inneren Konfliktes zwischen gesellschaftlichen Anforderung und persönlichen Bedürfnissen gelernt worden ist. Gesundheitliche Risikopotentiale sollten deshalb bewußt gemacht werden, um zu einer - im eigentlichen Sinne - selbstbestimmten Entscheidung zu befähigen. Diese Dialektik zwischen expertenorientierter Inhaltsvermittlung und klientenorientierter Hilfe läßt sich unter methodischen Gesichtspunkten am Beispiel der Beratung verdeutlichen.

Beratung bedeutet theoretisch nicht primär die Lösung von Problemen durch vorgezeichnete Wege des professionellen Beraters. Vielmehr besteht die eigentliche Bedeutung des Beraters oftmals in einer „Klärungshilfe“ über das zu behandelnde Problem, bzw. über Problemfacetten, die über die von dem Klienten selbst wahrgenommenen Problembereiche hinaus gehen (THOMANN/SCHULZ VON THUN 1992). Als diagnostisches Instrumentarium steht dem professionellen Berater dabei die Analyse der Person des Ratsuchenden, seines sozialen Umfeldes, sowie insbesondere des Kommunikationsprozesses während der Beratung zur Verfügung. Durch geschickte, klientenzentrierte Gesprächsführung kann es dem Berater gelingen, die Konturen eines Problems deutlicher werden zu lassen bzw. den Ratsuchenden selbst dazu zu befähigen, sein Problem zu erkennen und eigenständig zu lösen.

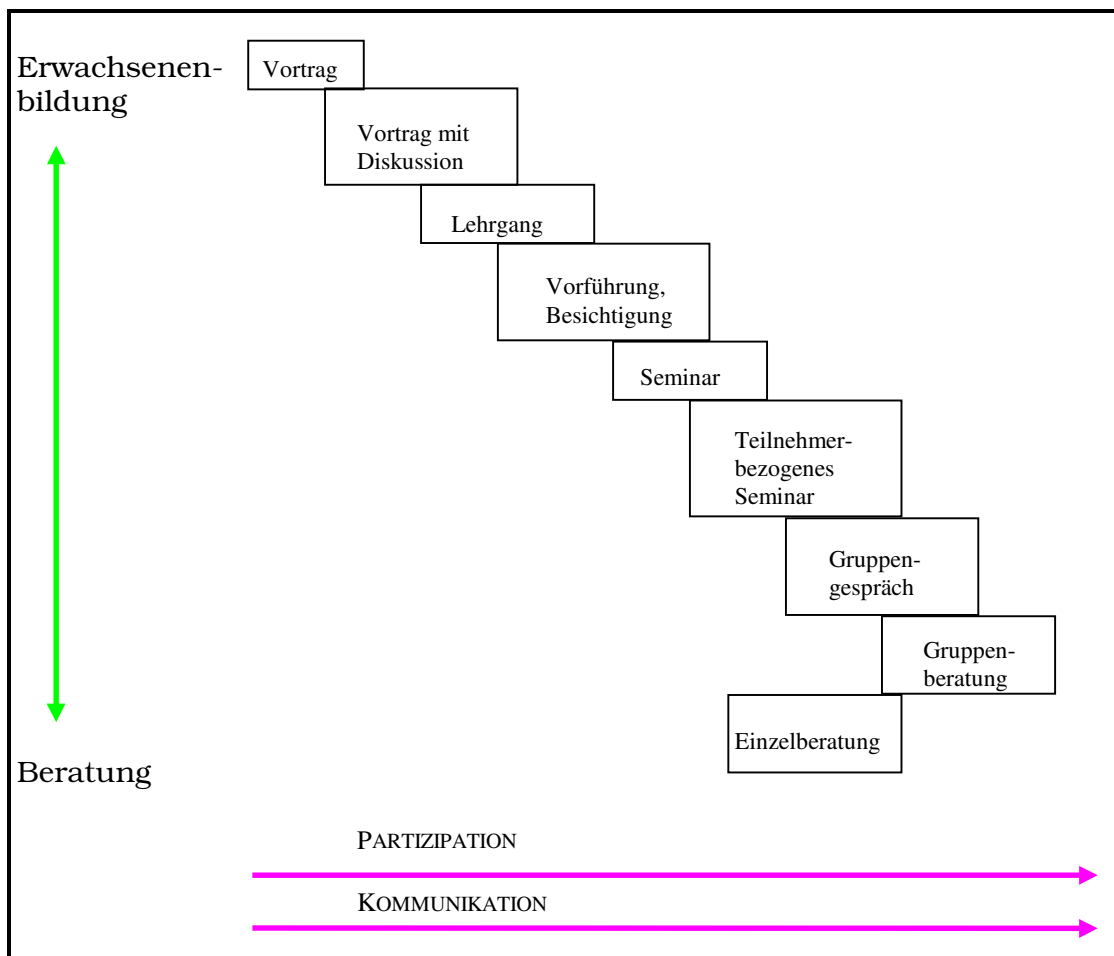
Das inhaltliche Wissen, z.B. eines Gesundheitsberaters über gesundheitsgerechte Lebensweisen bildet dabei lediglich ein professionelles und „humanistische Fundament“ (ebd., S. 30), welches dem Berater, gewissermaßen als Erfahrungsschatz zur Verfügung steht. Dieses Wissen darf jedoch nicht dazu verführen, eigene Überzeugungen, z.B. über gesundheitsgerechtes Verhalten ungefiltert in den Problemlösungsprozeß des Klienten zu übertragen. „Allzuviel Predigen“ kann ein Hinweis darauf sein, „daß der Klärungshelfer [...] unbewußt seine eigenen Angelegenheiten verfolgt und dem Klienten aufdrückt.“ (ebd., S. 29) Nicht „health promotion“, sondern „self promotion“ würde dann die durch den Klienten wahrgenommene Botschaft lauten, wodurch letztlich Unglaubwürdigkeit und verminderte Akzeptanz erzeugt, und der Erfolg des Beratungsprozesses insgesamt in Frage gestellt wird (WENZEL 1990, S. 98).

Beratung bedeutet immer auch ein Stück Eigenreflexion über eigene Motive sowie den objektiven Wert der Information für den jeweiligen Klienten. Hier liegt letztlich der Kern der Kritik der Prävention, wenn Verhaltensweisen gewissermaßen ‘von oben’ herab diktiert werden, und nicht durch den einzelnen selbst entwickelt werden. Die Theorie der Beratung rückt von einer solchen expertenorientierten Wissensvermittlung ab, und versucht dagegen, den Ratsuchenden zu ‘aktivieren’, d.h. zu einer eigenständigen Problemlösung zu motivieren und zu befähigen. Dies setzt ein hohes Maß an Partizipation des Klienten voraus, da nur die bereits während des Beratungsprozesses erworbene und trainierte Handlungskompetenz auch

eine spätere eigenständige Umsetzung in der gewohnten Umgebung erwarten läßt (BOLAND 1983).

In intensivierter Form läßt sich dieses hohe Maß an Partizipation und Kommunikation jedoch idealerweise in der Gruppe umsetzen. Gruppenberatung gilt in der Erwachsenenbildung als die intensivste Form der Kommunikation und Partizipation (Abb. 1.2). Aus Sicht der Betroffenen können Elemente wie Erfahrungsaustausch, gegenseitige Anteilnahme und gemeinsame Entwicklung von Problemlösungsstrategien durch die Gruppe unterstützend wirken, ein gelungener gruppodynamischer Beratungsprozeß kann sogar aus sich selbst heraus, als „Nebenzweck“, Gesundheit fördern (HILDEBRANDT/FALTIS 1986).

Abb. 1.2: Arbeitsformen der Erwachsenenbildung und Beratung
(modifiziert nach DENZINGER/KAISER 1982)



Aus methodischer Sicht kommt der Gruppe im Rahmen der Gesundheitsberatung also eine besondere Bedeutung hinsichtlich der Förderung von Selbsthilfe zu. Hier besteht eine wesentliche Gemeinsamkeit zwischen Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung. Das Prinzip der *Hilfe zur Selbsthilfe* beinhaltet, stets nur dort zu helfen, wo der Einzelne oder die Gruppe nicht in Lage ist, sich selbst zu helfen, zugleich aber zu dieser Selbsthilfe zu befähigen. Professionelle Unterstützung fungiert in diesem Prozeß der gegenseitigen Selbsthilfe überwiegend als Katalysator, Initiator und Moderator.

Andererseits, und in Erweiterung der Rolle des Beraters, sind professionell in der Gesundheitsförderung Tätige - wie RAPPAPORT schreibt - „Mitreiter sozialer Veränderung“ (RAPPAPORT 1985, vgl. Kap. 1.1.1). Hier liegt ein wesentlicher Unterschied gegenüber der Gesundheitsberatung. Ein solches Selbstverständnis für Gesundheitsberufe würde nämlich bedeuten, zugleich nach außen gewandt, auch die sozio-ökonomischen, psychosozialen und nicht zuletzt politischen Verhältnisse mitzugestalten bzw. die Bereitschaft aufzubringen, die Klienten auch bei der aktiven Gestaltung dieser Verhältnisse zu unterstützen. Professionelle stellen ihr Wissen in den Dienst der betroffenen Laien, ermutigen und unterstützen diese bei der Überwindung bürokratischer, gesellschaftlicher oder politischer Hürden. Sie *vermitteln und vernetzen* dort, wo eine genaue Kenntnis der oftmals unübersichtlichen Angebotsstrukturen vor Ort notwendig ist, sie vertreten die Interessen der Betroffenen dort, wo professionelles Know-how institutionelle Zugangsbarrieren für Laien zu überwinden hilft (*Anwaltschaft*), und sie *befähigen* schließlich zu eigenständigem Handeln dort, wo gesellschaftliche Restriktionen gelerntes passives Rollenverhalten (z.B. Patienten-Rolle) bedingen (*empowerment, enabling*).

Einerseits bedeutet Gesundheitsförderung damit insofern eine Erweiterung der Gesundheitsberatung, als die potentiell ‘zu fördernden’ Verhaltensweisen bei den Beteiligten auch das aktive Eintreten für gesundheitliche Interessen und die aktive Gestaltung der sozialen und politischen Umwelt beinhalten, und ein entsprechend weitergehendes Engagement der professionellen Helfer erfordern.

Andererseits ist, in Analogie zur Beratung, die Art der Verhältnis- sowie auch der Verhaltensgestaltung u.a. Ergebnis des Zielbildungsprozesses während der Gruppenberatung bzw. der Selbsthilfe. ‘Hilfe zur Selbsthilfe’ bedeutet, nicht vorgegebene Problemlösungsmuster zu reproduzieren, sondern zu eigenständiger Problembewältigung zu aktivieren, Handlungsalternativen des Einzelnen und der Gruppe zu erweitern, nicht

einzu­schränken. Gesundheitsförderung ist somit aus methodischer Sicht primär *prozeßorientiert*; das bedeutet - wie in der Entschlie­ßung der 64. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen MinisterInnen und SenatorInnen der Länder fest­stellt wird -, daß „schon die Art der Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen [...] ein Wert dar[stellt]“ (GMK 1991). Die Ziel- und Strategiebildung ist somit eher als Ergebnis des Gesundheitsförderungsprozesses, nicht so sehr als dessen Voraussetzung zu betrachten.

1.3.2 Handlungsfelder der Gesundheitsförderung

Aus den genannten methodischen Anforderungen an Prozesse der Gesundheitsförderung lassen sich auch unmittelbare inhaltliche Anforderungen hinsichtlich möglicher Handlungsfelder ableiten. Drei Aspekte sind vor diesem Hintergrund abschließend hervorzuheben:

- Die Notwendigkeit der Partizipation und des Dialogs mit den Adressaten bereits auf der Ebene der Problemwahrnehmung sowie der Maßnahmenplanung,
- das Spannungsfeld zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention auf der Ebene der Umsetzung,
- damit eng zusammenhängend die Kontroverse zwischen Addition und Integration der Gesundheitsförderung in Bezug auf das gesundheitliche Versorgungssystem.

1.3.2.1 Partizipation der Betroffenen auf der Ebene der Problemwahrnehmung

Einer der wesentlichen Kritikpunkte an klassischen Ansätzen der Verhaltensprävention ist die Orientierung an dem Risikofaktorenkonzept (vgl. Kap. 1.2.2). Risikofaktoren sind als Ansatzpunkte für Maßnahmen der Gesundheitsförderung oder Gesundheitsberatung primär expertendefiniert. Das besondere an klinischen oder verhaltensbezogenen Risikofaktoren besteht dabei darin, daß sie von den davon Betroffenen selbst oftmals nicht als Problem wahrgenommen werden und insofern auch keinen Handlungsdruck hinsichtlich der gesundheitlichen Beratung oder Selbsthilfe erzeugen. Aus methodischer Sicht ergibt sich daraus die Notwendigkeit, im Sinne der Beratung, Problembereiche, die von den Betroffenen selbst artikuliert werden, aufzugreifen und in den Mittelpunkt der Gesundheitsförderung zu rücken.

Die Notwendigkeit, subjektive Problemlagen aufzugreifen, ergibt sich aber bereits auf der Ebene der Problemwahrnehmung bzw. der Maßnahmenplanung. Um prioritäre Handlungsfelder der Gesundheitsförderung zu bestimmen, bedarf es mehr als nur der Information über gesundheitliche Risikoexposition, Krankheitshäufigkeiten (*Inzidenz und Prävalenz*) und Todesursachen (*Mortalität*). Während „Gesundheitsgefährdungen“ auf der Basis von epidemiologischen und sozialepidemiologischen Studien vorwiegend von Experten definiert werden, werden „Gesundheitsbedürfnisse“ durch die Betroffenen selbst, durch *Laien* definiert (ABT 1989, S. 37).

Nimmt man diesen Unterschied ernst, so bedarf es ergänzender qualitativer Erhebungsmethoden über die aus ‘Laiensicht’ prioritären gesundheitlichen Bedürfnisse. Weiterhin sind auf dieser Basis auch interventionsbezogene Daten über den Grad der Wahrnehmung ‘subjektiver Gesundheitsbedürfnisse’ durch das bestehende Versorgungssystem zu ermitteln. Auf diese Weise können Versorgungslücken und somit Ansatzpunkte für Maßnahmen der Gesundheitsförderung identifiziert werden.

Diese Daten sollen u.a. durch „Gesundheitsberichterstattung“ sichergestellt werden (FORSCHUNGSGRUPPE GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG 1991, THIELE/TROJAN 1990). Gesundheitsberichterstattung dient einerseits der Defizitanalyse im Gesundheitswesen, indem sie Krankheitsinzidenz und -prävalenz in der Bevölkerung sowie die so entstehenden Behandlungsbedürfnisse fortlaufend erfaßt. Andererseits kann sie aber auch im Sinne eines „Monitoring“ betrieben werden und so die Zielerreichung einzelner Maßnahmen und Maßnahmenbündel evaluieren (THIELE 1993, S. 10).

ROSENBROCK (1992) unterscheidet vier Arten der Gesundheitsberichterstattung:

- *Risikoberichterstattung* als Berichterstattung über Gesundheitsgefahren etwa der Arbeitswelt, Umwelt etc.
- *Krankheitsberichterstattung* über Inzidenz und Prävalenz einzelner Krankheiten sowie über Todesursachen in Abhängigkeit von Geschlecht, Region, Schichtzugehörigkeit, Arbeitsbelastung etc.
- *Versorgungsberichterstattung* über Effektivität und Effizienz gesundheitsbezogener Institutionen sowie
- *Politikberichterstattung* über Gründe, Verlauf und Ergebnis gesundheitspolitischer Initiativen und Maßnahmen.

Dabei sind insbesondere die beiden letztgenannten Formen, die *Versorgungs- und Politikberichterstattung*, in der Bundesrepublik Deutschland bislang äußerst gering entwickelt und auch im internationalen Vergleich defizitär (ebd.). Ein Handlungsfeld der Gesundheitsförderung wird deshalb bereits in der Entwicklung und dem Aufbau eines solchen Berichtsystems gesehen (HAUB 1991). Hervorzuheben ist hierbei die Notwendigkeit der Überwindung bislang praktizierter Formen „kommentierter Medizinalstatistiken“, hin zu „problemorientierten Gesundheitsreports“, „die nicht bei der Beschreibung irgendwelcher gesundheitlicher Risiken stehenbleiben, sondern ebenso die Versorgungssituation und den gesellschaftlichen Umgang mit dem jeweiligen Problem thematisieren“ (REINERS 1994, S. 109).

Bestandteile solcher Gesundheitsberichte können etwa regelmäßige Erhebungen von Patientenzufriedenheit, z.B. im Krankenhaus sein. Patientenzufriedenheit kann sowohl über schriftliche Befragungen als auch z.B. über die Schaffung spezieller Infrastrukturen des Beschwerdemanagements erhoben werden (HILLEBRANDT et al. 1996, RUPRECHT 1998). Auf dieser Basis können etwa Qualitätsvergleiche einzelner Versorgungseinrichtungen im Sinne eines ‘Verbrauchertests’ angestellt werden, oder strukturelle Planungsmaßnahmen auf politischer Ebene erfolgen.

Alle diese Instrumentarien der Patientenzufriedenheitserhebung, des Beschwerdemanagements oder der Gesundheitsberichterstattung erfordern aber auf der Ebene der Maßnahmenplanung ebenfalls die Einbeziehung der betroffenen BürgerInnen und PatientInnen. Eine bloße Zustandsbeschreibung auf der Basis problemorientierter Gesundheitsreports wäre ebenso expertenorientiert, wenn nicht die daraus gewonnenen Informationen auch unter der Beteiligung der Adressaten diskutiert und in Handlungsprogramme übersetzt würden.

Die Partizipation der Betroffenen kann dabei über gesundheitliche Arbeitskreise bzw. „Gesundheitszirkel“, z.B. in Betrieben erfolgen (vgl. Kap. 5.4.3.2), oder über ‘round table’-Diskussionen zwischen Leistungsanbietern und PatientenvertreterInnen (z.B. Selbsthilfegruppen), etwa auf kommunalpolitischer Ebene (vgl. Kap. 3).

Ein weiteres theoretisches Beispiel für Partizipation der Adressaten sind Mitgliederversammlungen von Krankenkassen. Einen der wenigen bislang bekannten Versuche dieser Art stellt die von der AOK Hamburg in Zusammenarbeit mit der „Werkstatt

Gesundheit“ durchgeführte Mitgliederversammlung zum Thema „Umwelt und Gesundheit“ dar (HILDEBRANDT/STAUSS 1991, 1992). Nach dem Motto „Das finde ich ganz toll, daß man uns mal fragt“ (HILDEBRANDT/STAUSS 1992, S. 857), sollten hier prioritäre Handlungsfelder der Gesundheitsförderung im Umweltbereich gemeinsam mit den Mitgliedern erarbeitet werden. Interessant war dabei festzustellen, daß das von den Veranstaltern angekündigte Thema „Umwelt und Gesundheit“ zunächst in den Hintergrund zu geraten drohte und sich das Interesse der beteiligten Mitglieder auf Fragen der medizinischen Versorgung sowie speziell der alternativen Heilmethoden konzentrierte:

„Die erste Wortmeldung galt dem Thema Naturheilverfahren. Warum die Kasse alle möglichen teuren Medikamente bezahle, nicht jedoch Tees und andere Naturheilmittel, die ebenso wirksam und mit weniger Nebenwirkungen behaftet seien, wollte ein Versicherter wissen. Das Stichwort wurde schnell aufgegriffen, mehrere Teilnehmer berichteten von positiven Erfahrungen mit Behandlungen durch Heilpraktiker und äußerten die Ansicht, daß diese besonders bei chronischen Erkrankungen oft der Schulmedizin überlegen, weniger schädlich und auch kostengünstiger seien. [...] Auf die Frage des Moderators, wer dieses Thema wichtig finde und sich Aktivitäten seitens der AOK wünsche, meldete sich etwa die Hälfte der Anwesenden. Erst nachdem weitere Fragen zur Arzneimittelgesetzgebung und zum Patientenrecht gestellt und beantwortet waren, gelang der Übergang zum eigentlichen Thema des Abends“ (HILDEBRANDT/STAUSS 1991, S. 18).

Das Beispiel zeigt, wie sich prioritäre Problemfelder ganz anderer Art herauskristallisieren können, wenn die Adressaten an der Diskussion und den Entscheidungsprozessen über Maßnahmen der Gesundheitsförderung beteiligt werden. Solche prioritären Bedürfnisse aus Sicht der Betroffenen bleiben aber solange Spekulationen vorbehalten, wie nicht die Basis für eine ‘echte’ Interessenartikulation und Partizipation der BürgerInnen, PatientInnen und Versicherten geschaffen ist. Ein bedeutendes ‘Handlungsfeld’ der Gesundheitsförderung kann somit bereits in dem aufmerksamen Zuhören bzw. der institutionellen Förderung von Dialogfähigkeit, Interessenartikulation und Beteiligung gesehen werden.

1.3.2.2 Verhaltens- vs. Verhältnisprävention

Hinsichtlich der Frage nach Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung stellt sich weiterhin das Problem, wie die vielfach beklagte strukturelle Dominanz ausschließlich verhaltensbezogener Maßnahmen überwunden und eine gleichwertige Berücksichtigung der potentiell krankmachenden Verhältnisse in Strategien der Gesundheitsförderung erzielt werden kann.

Einerseits läßt sich gesundheitliches Verhalten nur schwer ändern, wenn nicht die ursächlichen Verhältnisse der psychosozialen, sozioökonomischen und ökologischen Umwelt ebenfalls gesundheitsförderlich gestaltet werden (vgl. Kap. 1.2.3). Andererseits ist natürlich auch eine politische Verhältnisprävention dann expertendominiert, wenn sie nicht in einem demokratischen Prozeß der Beteiligung von Betroffenen realisiert wird. Auch die Verhältnisprävention setzt also 'Empowerment' im Sinne der Aktivierung zur Problemwahrnehmung und Interessenartikulation voraus.

ROSENBROCK hat die 'Reihenfolge' der Umsetzung von Gesundheitsförderung eindrücklich beschrieben, indem er individuelle Befähigung (Empowerment) der Verhältnisprävention, und diese wiederum der Verhaltensprävention voraussetzt:

„Ihre Umsetzung läuft stets darauf hinaus, Hindernisse der Aktivierung und Interessenwahrnehmung (im doppelten Sinne des Wortes von Wahrnehmung) zu überwinden, um die Betroffenen selbst zu Akteuren ihrer eigenen Verhältnisprävention zu machen und sie damit dann auch zur Veränderung ihres eigenen Gesundheitsverhaltens im eigentlichen Sinne zu befähigen - nicht umgekehrt.“ (ROSENBROCK 1997, S. 39)

Die potentiell zu fördernden Verhaltensweisen - aktives Eintreten für gesundheitliche Interessen, aktive Gestaltung der sozialen und politischen Umwelt - dienen also vorrangig dazu, gesundheitsgerechte Verhältnisse selbst mitzugestalten und erst in einem zweiten Schritt auch das persönliche Gesundheitsverhalten zu ändern.

So besteht etwa das primäre Handlungsfeld der Gesundheitsförderung in Betrieben darin, die MitarbeiterInnen als Adressaten selbst zu handelnden Akteuren zu machen, und z.B. durch Betriebliche Gesundheitszirkel in den Prozeß der gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung einzubeziehen. Alle 'Setting'-bezogenen Ansätze der „Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung“, in Betrieben, Schulen, Krankenhäusern (etc.), basieren auf dem Prinzip, Strukturen der Partizipation zu schaffen, aus denen sich in einem zweiten Schritt organisatorische Veränderungen der gesundheitsbezogenen Verhältnisgestaltung ergeben können (PELIKAN/DEMMEER/HURRELMANN 1993).

Ein Beispiel hierfür ist das in San Francisco durchgeführte Projekt zur Streßreduzierung für die, oftmals besonderem Streß ausgesetzte und deshalb als Risikogruppe geltende,

Berufsgruppe der Busfahrer. Bei diesem Projekt ging man „nicht daran, den Busfahrern Coping-Techniken zu verkaufen, sondern erreichte gute Ergebnisse, indem sie dafür begeistert wurden, mit ihrer eigenen Kompetenz und Erfahrung die Fahrpläne ihrer Busse umzugestalten“ (SYME 1991, zit.n. KÜHN 1993b, S. 157).

Eine ebenfalls besonderem Streß ausgesetzte Personengruppe sind etwa pflegende Angehörige. Insofern bieten auch Kurse der häuslichen Kranken- und Altenpflege eine gute Möglichkeit, verhältnisbezogene Ansätze, z.B. der Streßbewältigung zu realisieren. Pflegekurse für pflegende Angehörige können so gesehen in doppelter Hinsicht gesundheitsfördernd sein, wenn sie sowohl den Pflegebedürftigen als auch den Pflegepersonen zu gute kommen und der Effekt der Streßbewältigung gewissermaßen als Nebeneffekt eines verbesserten Pflegemanagements erzielt wird.

Ein weiteres Beispiel für individuelles Verhaltenstraining, welches nicht nur der Gesundheit der eigenen Person, sondern auch der Gesundheit der Mitmenschen zu Gute kommen kann, ist ein Trainingsprogramm für kardiopulmonale Reanimation der Stadt Seattle. Aufgrund der hohen Mortalitätsrate durch akute Herzattacken infolge der häufig verspätet eintreffenden medizinischen ersten Hilfe wurde diese Maßnahme als epidemiologisch begründetes Beispiel für eine ‘altruistische Version’ individuellen Verhaltenstrainings auch in den Tageszeitungen gefeiert: „If you have a Heart Attack, hope you’re in Seattle“. 400.000 Bürger wurden bis 1988 im Rahmen des Programmes „Medic II“ für Erste-Hilfe-Maßnahmen bei akuten Herzanfällen ausgebildet („Reanimation in Seattle“; ETZIONI 1995, S. 155).

Diese Beispiele verdeutlichen, welche Handlungsalternativen der Gesundheitsförderung über die vielfältig praktizierten Programme individuellen Gesundheitstrainings hinaus offen stehen. Wesentlich ist dabei auf der Ebene der Maßnahmenplanung wie auch auf der Ebene der Umsetzung, zu einer originellen Verknüpfung von Verhaltens- und Verhältnisprävention zu gelangen, und potentielle Risikogruppen dafür zu begeistern, strukturelle Benachteiligungen zu überwinden. Im Gegensatz zu rein individualisierenden Maßnahmen des Gesundheitsverhaltens stehen dabei immer auch soziale Faktoren der Förderung von Gemeinsinn, etwa in der Nachbarschaftshilfe, der innerbetrieblichen Kooperation und Kommunikation oder des sozialökologischen Engagements von Bürgerbewegungen und Selbsthilfegruppen im Vordergrund.

1.3.2.3 Förderung gesundheitlicher Kompetenz: Addition vs. Integration

Die Frage, die sich damit abschließend, unter Rückbezug auf die Kontroverse zwischen Addition und Intergration der Gesundheitsförderung gegenüber dem gesundheitlichen Versorgungssystem stellt (vgl. Kap. 1.1.2), ist die Frage nach Problemfeldern innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens, welche ein professionelles Angebot an gesundheitsfördernden Beratungs- und Unterstützungsleistungen, bzw. eine Aktivierung von Selbsthilfe erforderlich machen.

Eine Quelle von Mißverständnissen scheint in diesem Zusammenhang der in der Ottawa-Charta reklamierte und oftmals zitierte Perspektivenwechsel von der *Krankheits- (Pathogenese) zur Gesundheitsorientierung (Salutogenese)* zu liefern. Nicht die negative Vermeidung von Krankheit im Sinne der Risikofaktorenprävention steht im Mittelpunkt der Ottawa Charta, sondern die positive Förderung von Gesundheit. Dies verführt zu der Einschätzung, daß Gesundheitsförderung, die sich nicht an Grenzwerten klinischer Risikofaktoren, sondern an allgemein lebensweisebedingten Interventionsbedarfen orientiert, nahezu die gesamte Bevölkerung zur potentiellen Zielgruppe definiert. So wurde etwa aufgrund von Befragungsergebnissen zu Risikoexposition, Gesundheitsbewußtsein, Gesundheitsverhalten (etc.) hochgerechnet, daß „für ca. 70% der Bevölkerung zunächst zumindest prinzipiell allgemeiner oder spezifischer Präventions- und potentieller Interventionsbedarf [besteht]“ (KIRSCHNER et al. 1995, S. 71).

Die Orientierung an Gesundheit muß jedoch nicht gleichbedeutend mit einer grenzenlosen Ausweitung des Handlungsfeldes der Prävention, Gesundheitserziehung oder -beratung in weite Teile der gesunden Bevölkerung sein. Bernhard BADURA (1992), Helmut MILZ (1992) und viele andere haben bereits vor Jahren auf der Ebene der WHO auf den Umstand hingewiesen, daß das Konzept der Salutogenese auch, und in besonderem Maße, als ein neuer Ansatz der Betreuung chronisch Erkrankter bedeutsam ist (KAPLUN 1992). Unter der provozierenden Überschrift „Healthy ill people - social cynism or new perspectives?“ wurde dabei die Notwendigkeit hervorgehoben, die Perspektive der gesundheitlichen Ressourcen bzw. der gesundheitlichen Kompetenzen gerade dort anzuwenden, wo bleibende körperliche Beeinträchtigungen und Behinderungen hohen Problemdruck und Streß erzeugen, und somit

die Förderung von Kompetenzen und Selbsthilfepotentialen erfordern: bei chronisch Kranken (MILZ 1992).

Dies erfordert eine Integration der besprochenen Handlungsprinzipien in alle Strukturen des gesundheitlichen Versorgungssystems. Im Sinne einer „Reorientierung der Gesundheitsdienste“ (Ottawa Charta) müssen zentrale Probleme des deutschen Gesundheitswesens, wie etwa die mangelnde Kooperation und Vernetzung ambulanter und stationärer, akutmedizinischer und rehabilitativer, sowie medizinischer und psychosozial-pflegerischer Versorgungssektoren zum Thema der Gesundheitsförderung gemacht werden. Die Neubestimmung der Arztrolle (‘sprechende Medizin’) und die Integration komplementärmedizinischer ‘Naturheilverfahren’ muß dabei ebenso zum Thema gemacht werden, wie die Aufwertung ‘nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe’ der Pflege, psychosozialen Betreuung und Beratung im Behandlungsgeschehen von chronisch Erkrankten. Schließlich ist die subjektive Sichtweise von PatientInnen über Behandlungserfolge ebenso in die medizinischen Behandlungsabläufe einzubeziehen, wie die Förderung der durch die Betroffenen selbst erbrachten gesundheitlichen Co-Produktionsleistungen, etwa durch Selbsthilfe, familiale und nachbarschaftliche Unterstützung (SCHMACKE 1997).

Die Notwendigkeit der Integration von Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Versorgungsleistungen wird auch ersichtlich, wenn man den offenbar großen Informations- und Beratungsbedarf der Bevölkerung zu „außerschulmedizinischen Heilverfahren“ (SCHMACKE 1997, S. 26) sowie zum Umgang mit Arzneimitteln (BRAUN/GLAESKE 1991) betrachtet. Insbesondere der Umgang mit Arzneimitteln stellt aufgrund seiner „verhaltensprägenden Dimension“ sozusagen die Kehrseite aller Bemühungen der Gesundheitsförderung zu gesundheitlicher Selbstbestimmung dar: „Psychologisch betrachtet handelt es sich bei der Einnahme von Arzneimitteln überwiegend um eine äußerst passive und eben auch passivierende Art und Weise des Umgangs mit Krankheitszuständen.“ (BRAUN 1991, S. 14) Dies muß im Kontext der Gesundheitsförderung ebenso vermittelt werden, wie die hierzu bestehenden Alternativen der gesundheitlichen Lebensweisen:

„Die Vermittlung einer Gesundheitsphilosophie, die eine kritische Einstellung zum Arzneimittel voraussetzt, ist strategisch ebenso möglich wie die Verankerung der Arzneimittelakzeptanz in der öffentlichen Meinung. Berechtigte Angst vor Krankheit und nachvollziehbare Hoffnungen bei unheilbarer Krankheit können anders beantwortet werden, als es heute der Fall ist. Tanzen ist wirksamer als Tebonin. Daran besteht sogar wissenschaftlich nicht mal Zweifel. Liebeskummer vergeht nicht durch Valium. Die Einsamkeit im Alter vertreibt kein Tranquillizer.“ (HUBER 1991, S. 31)

Die Tatsache, daß ausgerechnet zu diesen medizinischen Themen des Umgangs mit Arzneimitteln sowie mit außerschulischen Behandlungsmethoden ein großer Informationsbedarf in der Bevölkerung besteht, zeigt sich sicherlich auch an vielen Beispielen aus der täglichen Praxis der Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung (vgl. Teil B). Nicht zuletzt soll hier nochmals die von der AOK Hamburg initiierte Mitgliederversammlung erwähnt werden, bei der ebenfalls großes Interesse an diesen medizinischen Themen artikuliert wurde, obwohl das 'eigentliche' Thema des Abends ein anderes war (vgl. Kap. 1.3.2.1).

Bezieht man dies nochmals auf die theoretische Kontroverse um verhaltensbezogene Maßnahmen der Prävention und Gesundheitserziehung, so läßt sich gewissermaßen unter 'Marketinggesichtspunkten' die Hypothese ableiten, daß die Unsicherheit und das Interesse bzgl. des Umgangs mit medizinischen Behandlungsalternativen sehr wohl ein Problemfeld darstellt, welches 'echten' Beratungsbedarf in der Bevölkerung hervorruft. Inhalte des gesundheitlichen Verhaltens ließen sich dabei, sozusagen als 'sekundäre Botschaften' im Rahmen von Gesundheitsberatungen dennoch vermitteln.

Bezogen auf das Gesamtspektrum gesundheitsfördernder Aktivitäten soll dabei nicht unterstellt werden, daß sich nicht auch außerhalb des gesundheitlichen Versorgungsspektrums dringliche Handlungsfelder ergeben, etwa im Bereich des Umwelt- und Lärmschutzes, der Wohn- und Arbeitsbedingungen etc. Im Hinblick auf verhaltensbezogene Maßnahmen muß jedoch festgestellt werden, daß Angebote des Gesundheitstrainings und der Gesundheitserziehung insbesondere dort auf - auch theoretisch - fruchtbaren Boden fallen, wo von Krankheiten oder gesundheitlichen Beschwerden Betroffene die Probleme und Defizite des reduktionistischen akutmedizinischen Versorgungssystems bereits erfahren haben:

„Patientinnen und Patienten wissen oft sehr wohl um die Grenzen der Medizin, sind in der konkreten Auseinandersetzung mit ihrem eigenen Leiden aber häufig dem eingespielten System der Medizin ohne echte Chance auf Mitsprache ausgesetzt. [...] Erst gut informierte Patientinnen und Patienten sind in der Lage, Chancen und Risiken der Medizin für sich auszuloten.“ (SCHMACKE 1997, S. 26)

Bei dieser Form der Integration der Gesundheitsförderung in das gesundheitliche Versorgungssystem, gewissermaßen als 'nachfrageseitiges Patientenempowerment', spielt

sowohl die Kritik der Medizin (Kap. 1.2.2) als auch die Kritik der Prävention und Gesundheitserziehung eine Rolle. PatientInnen sollen zu handelnden Akteuren bezüglich ihrer Gesundheit und des gesundheitlichen Versorgungsangebotes werden („Aktient statt Patient“; HILDEBRANDT/BESSER 1997, S. 129). *Vermitteln und Vernetzen, Anwaltschaft, Empowerment* - die drei zentralen Schlagworte der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung - dienen primär diesem Ziel, sie sind keine Begriffe der verhaltensbezogenen Primärprävention. Die Kritik der Medizin und die Kritik der Prävention bilden dabei eine argumentative Einheit, die deutlich macht, daß alternative Ansätze der Gesundheitsförderung eben nicht dazu verführen sollten, neben die Akutmedizin ein zusätzliches Handlungsfeld der Prävention zu setzen, welches letztlich nichts weiter als die Fortsetzung medizinischer Handlungslogik mit anderen Mitteln ist.

2 Gesundheitsökonomische Aspekte

Einführung

Gesundheitsökonomische Aspekte der Gesundheitsförderung stellen ein hochkomplexes und vielfach auch kontrovers diskutiertes Thema dar. Vereinfacht geht es dabei um die Frage nach Nutzen und Kosten, welche im Falle eines positiven Nutzen-Kosten-Verhältnisses rationale Gründe für die Durchführung gesundheitsfördernder Maßnahmen liefern soll. Sofern der ökonomische Nutzen jedoch nicht quantifiziert oder zumindest qualitativ plausibel aufgezeigt werden kann, stehen diesem monetäre Kosten gegenüber, die aus streng ökonomischer Sicht gegen die jeweilige Maßnahme sprechen.

Diese ökonomistische Sichtweise stößt jedoch in den Reihen der wissenschaftlichen und praktischen VertreterInnen der Gesundheitsförderung oftmals nicht nur deshalb auf Vorbehalte, weil der Beweis des ökonomischen Nutzens methodisch äußerst schwer zu führen ist:

„Aus dieser grundsätzlichen Begrenzung unserer ‘Beweismöglichkeiten’ ist weiterhin zu folgern, daß der oft geforderte Nachweis von in Geldwerten meßbarem Nutzen unserer gesundheitsfördernder Aktivitäten nicht möglich ist. Für eine Krankenkasse als Akteur träte ein solcher Nutzen erst dann ein, wenn aufgrund der veränderten Verhaltens- und Lebensumweltbedingungen die Inzidenzrate einer Erkrankung in der Versichertenpopulation gesenkt würde und somit weniger Leistungsausgaben zur Behandlung dieser Erkrankung anfielen - und wenn stattdessen auch keine höheren Kosten zur Behandlung anderer Erkrankungen anfielen! Aufgrund der mit dem Alter zunehmenden Multimorbidität ist eine solche Situation jedoch höchst unwahrscheinlich. [...] Weisen wir also die Forderung nach Kosten-Nutzen-Analysen gesundheitsfördernder Maßnahmen offensiv zurück und ‘beschränken’ uns bei der Legitimation unseres Tuns auf die im Grundgesetz verankerte Auffassung über die Menschenwürde (und nicht zuletzt auf den gesetzlichen Auftrag)!“ (ZIMMERMANN 1993, S. 17)

Die ökonomische Ziel- und Ergebnisorientierung widerspricht dabei auch konzeptionellen Überlegungen, denenzufolge Gesundheitsförderung primär prozeßorientiert ist, während die daraus erwachsenden Ziele als Ergebnis der Partizipation und der Selbstbestimmung der Adressaten zu betrachten sind (vgl. Kap. 1.3.1). Wenn Gesundheitsförderung den Prozeß der individuellen und strukturellen Förderung von gesundheitlicher Kompetenz und Selbstbestimmung, in der (Primär-) Prävention, wie auch in der Kuration (Sekundärprävention) und der Rehabilitation (Tertiärprävention) beschreibt (vgl. Kap. 1.3), dann handelt es sich dabei zunächst nicht um ein eigenständiges Handlungsfeld, sondern

vielmehr um eine Art 'Metamodell', welches erst im Kontext anderer gesundheitsrelevanter Handlungs- und Politikfelder seine eigentliche Bedeutung erhält:

„Gesundheitsförderung würde nach diesem Verständnis der Modus sein, diesen Prinzipien im Einzelfall Geltung zu verschaffen [...]. Gesundheitsförderung stellt [...] also nicht eine Form strategischen oder gar zweckrationalen, sondern kommunikativen Handelns dar, das sich dem Kalkül von Mittel- und Methodeneinsatz entzieht.“ (WENZEL 1990, S. 75)

Hier stellt sich jedoch die Frage, ob Arbeitsprinzipien und die sich daraus ergebenden Handlungsfelder der Gesundheitsförderung im Einzelfall nicht dennoch in irgendeiner Form ziel- bzw. zweckorientiert sind oder gar sein müssen, knüpfen sie doch direkt an von den Betroffenen artikulierten Problemfeldern und Defiziten der gesundheitlichen Lebensgestaltung sowie auch der gesundheitlichen Versorgung an.

Sofern sich Gesundheitsförderung dabei integrativ auf bestehende Strukturen und Problembereiche des gesundheitlichen Versorgungssystems erstreckt und das gesundheitliche Versorgungssystem selbst zum Gegenstand ökonomischer Analysen gemacht wird, läßt sich daraus auch die ökonomische Betrachtung der Gesundheitsförderung ableiten: Da die angesprochenen, potentiell auch von den Betroffenen wahrgenommenen Problembereiche der gesundheitlichen Versorgung untrennbar mit ökonomischen Defiziten der mangelnden Wirksamkeit und damit auch Wirtschaftlichkeit verbunden sind, liegt der theoretische Bezug der Gesundheitsförderung zu dieser gesundheitsökonomischen Debatte über Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung nahe.

Andererseits folgt aus einer gesundheitsökonomischen Betrachtung der Gesundheitsförderung auch ihre modelltheoretische und konzeptionelle Integration in das gesundheitliche Versorgungssystem; nicht zuletzt, da im Rahmen einer gesundheitsökonomischen Betrachtung das gemeinsame Ziel 'Gesundheit' in irgendeiner Form modelliert werden muß, oder - alternativ - Substitutions- bzw. Synergiepotentiale im Gesamtsystem aufzeigbar sein müssen.

Diese Wechselwirkung von Gesundheitsförderung und Gesundheitsökonomie wird im folgenden Kapitel untersucht. Dabei wird zu zeigen sein, daß eine isolierte ökonomische Betrachtung, sowohl hinsichtlich des Gegenstandes gesundheitsfördernder Maßnahmen als auch bezogen auf kurativ-medizinische Leistungen im Rahmen des gesundheitlichen Versorgungssystems, unvollständig und mithin nicht hinreichend im Sinne einer rationalen Entscheidungsgrundlage für die Gesundheitspolitik ist.

2.1 Ökonomie im Gesundheitswesen - eine Parallele zum Anspruch gesundheitsfördernder Politik?

2.1.1 Gegenstand und Fragestellungen der Gesundheitsökonomie

Gesundheitsökonomie hat als Fachgebiet innerhalb der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion der letzten Jahre zunehmend an Bedeutung gewonnen. Dennoch besteht ein Klärungsbedarf über den eigentlichen Gegenstand dieses Fachgebietes, da gängige Definitionen, soweit überhaupt vorhanden, häufig zu wenig über Inhalte und Methoden der Gesundheitsökonomie aussagen. So beginnen viele Abhandlungen zu diesem Thema mit dem grundsätzlichen Hinweis auf die Knappheit der Ressourcen und die sich daraus legitimierende ökonomische Betrachtung, auch im Gesundheitswesen:

„Erst aus der Begrenztheit der verfügbaren Mittel, verbunden mit den vielfältigen Bedürfnissen nach mehr und besseren Gesundheitsleistungen, ergibt sich die Notwendigkeit wirtschaftlichen Handelns auch im Gesundheitsbereich.“
(ADAM/HENKE 1993, S. 347)

„Im Umkehrschluß auf das Gesundheitswesen angewendet hieße dieses, daß die ökonomische Perspektive dann unbegründet wäre, wenn es hinreichende Mittel zur allseitigen Befriedigung der Bedürfnisse nach Gesundheitssicherung und Krankheitsbewältigung gäbe und gesellschaftlicher Konsens darüber besteht, über alternative Verwendungszwecke nicht weiter nachzudenken. Unabhängig davon, wie das Gesundheitswesen organisiert ist und wie über seine Finanzierung entschieden wird: diese Ausgangsbedingungen sind in keiner Gesellschaftsordnung und in keinem Land (außer dem Schlaraffenland) gegeben.“ (ANDERSEN/SCHULENBURG 1991, S. 104)

Entsprechend wird Gesundheitsökonomie bisweilen allgemein als die „Anwendung ökonomischer Untersuchungskonzepte und -instrumente auf Fragen des Gesundheitswesens“ begriffen (LEIDL 1994, S. 137)¹.

Rainer LEIDL (ebd.) spezifiziert diese ökonomischen ‘Fragen des Gesundheitswesens’ näher, indem er eine sowohl an Inhalten als auch an einer eigenständigen Methodenentwicklung orientierte Definition von Gesundheitsökonomie formuliert. Diese stützt sich im wesentlichen auf zwei Leitfragen:

¹In der Literatur werden insbesondere fünf ökonomische Grundlagendisziplinen genannt, die für den Gegenstand der Gesundheitsökonomie bedeutsam sind: die Mikroökonomie, die Finanzwissenschaft, die Versicherungswissenschaft, die Betriebswirtschaftslehre sowie die Wirtschaftsordnungspolitik (ANDERSEN/SCHULENBURG 1991, S. 105).

1. „Was sind die ökonomischen Folgen von Krankheiten, und wie wird Gesundheit auf individueller und gesellschaftlicher Ebene produziert; insbesondere, wie wird der Gesundheitsstatus sowie seine Veränderung durch medizinische, gesundheitspolitische und andere Interventionen gemessen und bewertet?“
2. Wie sind unter ökonomischen Gesichtspunkten Gesundheitsversorgungssysteme aufgebaut, wie funktionieren die Leistungs- und Finanzierungssysteme der Gesundheitsversorgung und der Abdeckung von Krankheitsrisiken, wie können sie gesteuert werden, wie hängen sie mit anderen Teilen des Gesundheitssystems und der Gesamtwirtschaft zusammen, und wie kann man sie ökonomisch bewerten, insbesondere hinsichtlich der Kriterien Effizienz, Verteilungsgerechtigkeit, Kostenentwicklung und Beitrag zur Gesundheitsproduktion?“
(LEIDL 1994, S. 137)

Gesundheitsökonomie setzt sich also zusammen aus einer globalen ökonomischen Betrachtung von Gesundheit sowie einer im engen Sinne ökonomischen Betrachtung des gesundheitlichen Versorgungssystems. Beide Aspekte bedingen sich jedoch gegenseitig und können insofern kaum isoliert voneinander betrachtet werden. Die wird am Beispiel der *ökonomischen Evaluation* einzelner Versorgungsleistungen deutlich:

So liefert die Frage der Bewertung des Gesundheitsstatus, des Einzelnen wie der Bevölkerung insgesamt, die Basis für die Entwicklung praktikabler Indikatoren, anhand derer potentielle Ergebnisse von Einzelleistungen quantifizierbar und miteinander vergleichbar werden. Ökonomische Evaluationsstudien können dabei partielle Beiträge zur Quantifizierung dieser gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsproduktion leisten. Hierbei gilt es, geeignete Kenngrößen für Teilergebnisse sowie für die Prozesse im einzelnen zu formulieren, die nicht nur die ‘Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit an sich’ aufzeigen („*Input-Effizienz*“), sondern auch einen ‘Link’ zu globalen Output-Größen herstellen („*Output-Effizienz*“; BMA 1984).

Eine ökonomische Bewertung von Einzelmaßnahmen bedarf aber ebenso der Beachtung systemischer Zusammenhänge der verschiedenen an der gesundheitlichen Versorgung beteiligten Institutionen und deren Rahmenbedingungen. Dies gilt insbesondere, wenn es um eine *monetäre Bewertung* des Nutzens einer Maßnahmen geht. So müssen potentielle Einsparungen, welche durch eine effektivere oder effizientere Maßnahme erzielbar erscheinen, auch an anderer Stelle des gesundheitlichen Versorgungssystems tatsächlich

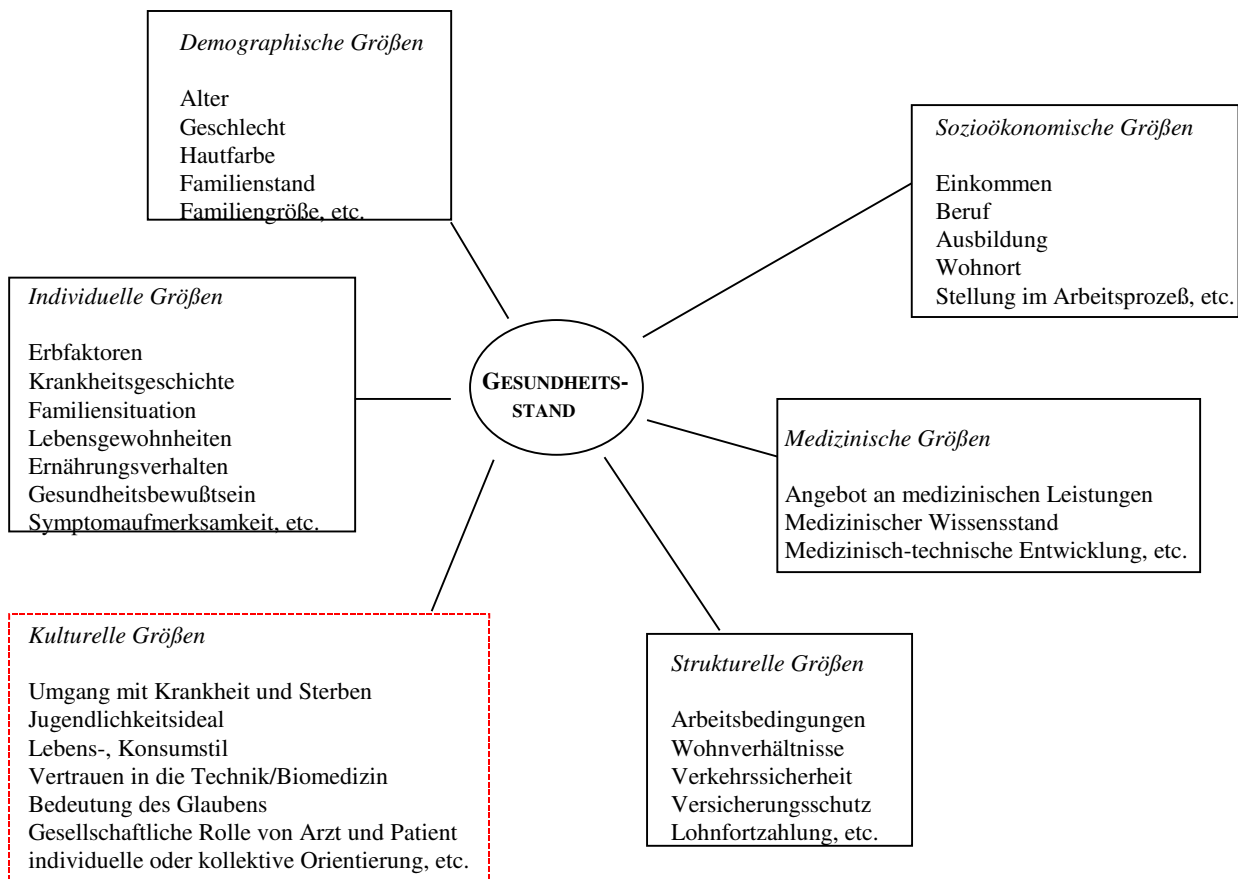
sichtbar werden. Beispielsweise würden Einsparungen durch Innovationen im nicht-ärztlichen Bereich durch ein System der sektoralen Budgetierung praktisch 'geschluckt', wenn die jeweils budgetierten Leistungsbereiche (ambulante, stationäre Versorgung, Arznei- und Heilmittel) ihrerseits durch vorab garantierte Obergrenzen keine oder nur geringe Spielräume für eine Unterschreitung dieser Obergrenzen erlaubten.

Die genannten Leitfragen der Gesundheitsökonomie weisen jedoch, über die ökonomische Evaluation im Gesundheitswesen hinaus, auf gesamtgesellschaftliche und gesamtwirtschaftliche Zusammenhänge hin. So gewinnt in letzter Zeit zunehmend die finanz- und arbeitsmarktpolitische Betrachtung des Gesundheitswesens an Interesse (SVRKAIG 1996).

Hinsichtlich der Effektivität und Effizienz des Gesundheitswesens zeigt sich dagegen die Notwendigkeit ökonomischer Betrachtung insbesondere vor dem Hintergrund des Verteilungskonfliktes konkurrierender öffentlicher Sektoren. So betreffen Allokationsentscheidungen über gesellschaftliche Ressourcen nicht nur das Gesundheitswesen selbst - etwa die Entscheidung über die Mittelverteilung für Prävention, Kuration, Rehabilitation, bzw. für konkurrierende Leistungssektoren innerhalb der kurativen Versorgung (ambulante Behandlung, stationäre Behandlung, Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Zahnersatz etc.). Ebenso geht es um alternative Mittelverwendungen, etwa für Bildung, Wohnungsbau, Verkehr etc., wobei diese ihrerseits beträchtliche Auswirkungen auf den Gesundheitsstatus der Bevölkerung haben können (ADAM/HENKE 1993; Abb. 2.1).

Da verschiedene gesellschaftliche Einflußfaktoren teilweise einen weitaus größeren Einfluß auf die Volksgesundheit haben können als das gesundheitliche Versorgungssystem selbst (BUSSE/WISMAR 1997; vgl. Kap. 1.2), geht es überdies um eine rationale Bestimmung 'optimaler gesundheitlicher Versorgung' unter Berücksichtigung sonstiger Einflußgrößen auf den Gesundheitsstand (Abb. 2.1). Es stellt sich also neben der - wissenschaftstheoretisch - *positiven* Frage, 'wieviel Ressourcen die Gesellschaft für die gesundheitliche Versorgung bereitstellt und wieviel an Gesundheitsverbesserung dabei erzielt wird', auch die *normative* Frage, wieviel die Gesellschaft für die gesundheitliche Versorgung allgemein, oder für bestimmte Krankheitsarten, an Ressourcen bereitstellen sollte', insbesondere vor dem Hintergrund des hierdurch erzielbaren gesundheitlichen Gewinns (LEIDL 1994, S. 139).

**Abb. 2.1: Bestimmungsfaktoren des Gesundheitsstandes
(modifiziert nach ADAM/HENKE 1993)**



Die Notwendigkeit gesundheitsökonomischer Betrachtung ergibt sich somit nicht allein aus der zuvor zitierten 'Knappheit der Ressourcen', denn: Selbst wenn die Ressourcen in der Medizin beliebig zur Verfügung stünden (wie das im 'Schlaraffenland' angeblich der Fall sei; s.o.), wäre damit noch keinerlei qualitative und quantitative Aussage über den gesundheitlichen Nutzen einer solchen 'Vollversorgung' getroffen. Angesichts einer „inflationären Zunahme medizinischer Behandlungen“ und „nur relativ geringfügigen Verbesserungen bei der Therapie“ (BADURA 1993a, S. 67) ergibt sich die Fragestellung der Gesundheitsökonomie vielmehr auch aus den bereits in den 60er Jahren erkannten Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsdefiziten, welche zudem Fragen der Bedarfsgerechtigkeit und Angemessenheit der verfügbaren Versorgungsleistungen aufwerfen (vgl. Kap. 1.2.2).

2.1.2 Das Problem der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen

Ausdruck der zuvor dargestellten Problematik ist u.a. die öffentlich und politisch viel diskutierte *Kostenentwicklung im Gesundheitswesen*. Wenngleich die Gesundheitsökonomie weder historisch noch wissenschaftlich, wie vielfach behauptet, als ein „Resultat der Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ angesehen werden kann (LEIDL 1994, S. 132), ist die Finanzierungsproblematik im Gesundheitswesen dennoch in vielerlei Hinsicht zentral für die rasante Entwicklung, welche die Gesundheitsökonomie als Fachgebiet in den letzten Jahren genommen hat (ADAM/HENKE 1993).²

Die Kostenentwicklung ist dabei speziell in der Bundesrepublik Deutschland kaum ohne den ständigen Bezug zur gesetzlichen Krankenversicherung sowie deren Angebots- und Finanzierungsstrukturen denkbar, so daß „die Problemgeschichte der Gesundheitsökonomie in der Bundesrepublik Deutschland“ auch „als die Problemgeschichte der GKV beschrieben worden“ ist (ANDERSEN/V.D.SCHULENBURG 1991, S. 118). Ausdruck dieser engen Beziehung zu dem System der GKV ist nicht zuletzt der sozialrechtliche Anspruch der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, welcher durch das Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG 1993) nunmehr auch eine gesetzliche Grundlage (§12 SGB V) erhalten hat (NEUGEBAUER 1996).

Gleichwohl kann das Problem der ‘Kostenentwicklung an sich’ als eher ‘hausgemacht’ und daher sekundär betrachtet werden, wenn von dem primären gesundheitsökonomischen Problem fehlender Ziel- und Bedarfsorientierung im Gesundheitswesen ausgegangen wird. Der „Mythos“, die demographische Entwicklung verbunden mit dem technologischen Fortschritt in der Medizin würden per se, quasi zwangsläufig zu einem Ausufernden gesundheitlicher Bedürfnisse und somit der Ausgaben im Gesundheitswesen führen, ist bereits vielfach empirisch widerlegt worden (SCHWARTZ/BUSSE 1994).

² Im Zeitraum zwischen 1970 und 1975 stieg in der Bundesrepublik Deutschland der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt (Gesundheitsquote) von 6,4% (1970) auf 8,3% (1975), die anteiligen Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung am BSP von 3,7% (1970) auf 5,9% (1975). Der vielzitierte Begriff „Kostenexplosion“ stammt aus dieser Zeit, wird aber bisweilen irrtümlicherweise bis heute, zur Charakterisierung der heutigen finanziellen Situation im Gesundheitswesen verwendet. Seit 1975 sind die Gesundheitsausgaben, gemessen an der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung nahezu konstant geblieben (1993: Gesundheitsausgaben ca. 8,6% des BSP, Ausgaben der GKV rund 6% des BSP) - wenn auch durch diverse Kostendämpfungsgesetze unterstützt (REINERS 1993a, OECD 1995).

Das Finanzierungsproblem im Gesundheitswesen ist demnach, hinsichtlich der Ausgabenseite, vielmehr ein abgeleitetes Problem mangelnder Effektivität und Effizienz gesundheitlicher Versorgung bzw. einer Fehlallokation gesundheitlicher Ressourcen. Diese Fehlallokation spiegelt sich etwa in folgenden empirischen Befunden:

„Von 100 selbst wahrgenommenen Gesundheitsstörungen gelangen durch das Wirken u.a. schichtenspezifischer Selbstselektionen ca. 30 zum niedergelassenen Arzt. Die meisten anderen 70 Gesundheitsstörungen sind harmlos, vorübergehend und brauchen keine medizinische Intervention. Allerdings bleiben v.a. bei Menschen aus unterprivilegierten Gruppen und Schichten behandlungsbedürftige und therapiefähige Gesundheitsstörungen unbehandelt - *es gibt Unterversorgung*.

Von den 30 Störungen, die über den niedergelassenen Arzt ins Krankenversorgungssystem gelangen, gehören nach verschiedenen Schätzungen zwischen 50% und 70% eigentlich nicht dorthin, weil sie weder bio-medizinischer Natur sind noch medizinisch im Sinne von Heilung zu beeinflussen sind - *es gibt Überinanspruchnahme*.

Diese Störungen sowie auch zahlreiche Beschwerden chronisch Kranker gelangen nicht zum Arzt, weil dies sinnvoll ist, sondern weil die Patienten keine nicht-medizinische Auffang- bzw. Bewältigungsposition gefunden haben - *es gibt Übermedikalisierung*.

Medizinische Behandlung tritt dabei sehr häufig an die Stelle eigentlich adäquater psychosozialer, sozialarbeiterischer oder pflegerischer Hilfe - *es gibt Fehlversorgung*.“ (ROSENBROCK 1992, S. 52)

Diese Ausführungen weisen nicht nur auf bestehende Versorgungslücken im nicht-medizinischen und pflegerischen Bereich und die daraus resultierende Überversorgung insbesondere mit ärztlich induzierten Folgeleistungen (Medikamente, Diagnostik, Facharztüberweisungen, stationäre Einweisungen etc.; ebd.) hin. Neben dieser angebotsseitigen Problematik ist dabei ebenso das Problem fehlender *Konsumentensouveränität* auf der Nachfrageseite angesprochen. Während nämlich die Nachfrage im Gesundheitswesen aufgrund fehlender Konsumentensouveränität maßgeblich durch das Angebot bestimmt wird, bleibt hingegen das Angebot der - im Rahmen der GKV angebotenen - medizinischen Versorgungsleistungen durch die Nachfrage weitgehend unbeeinflusst (Phänomen der „angebotsinduzierten Nachfrage“, ADAM 1983).

Die diagnostischen Ansätze dieser wechselseitigen Beziehung von Angebot und Nachfrage sind jedoch vielfältig. Einerseits wird dabei die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen insbesondere mit der steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen begründet. Begriffe

wie „Anspruchsspirale“ oder „Freibiermentalität“ haben seit vielen Jahren nicht nur die praktische Gesundheitspolitik, sondern auch die akademische Analyse von Angebot und Nachfrage mitgeprägt (HERDER-DORNEICH/SCHULLER 1983). Ausdruck dieser vereinfachten neoklassischen Sichtweise sind stetig wachsende Zuzahlungen der Versicherten zu verschiedenen Gesundheitsleistungen (Medikamente, Kuren, Krankenhaustage, Heil- und Hilfsmittel, Zahnersatz). Neben dem einfachen Kostendämpfungseffekt in der GKV wird dieser Strategie der Selbstbeteiligung auch eine Steuerungswirkung des Nachfrageverhaltens im Gesundheitswesen, im Sinne einer „Preiselastizität der Nachfrage“ zugeschrieben (MEYER 1994, vgl. Kap. 2.2.2).

Andererseits wird eine stärkere Bedarfsorientierung medizinischer Versorgung gefordert. Begriffe wie ‘das medizinisch Notwendige’ beherrschen seit Jahren die Debatte über die ‘Weiterentwicklung des gesundheitlichen Versorgungssystems’ im Sinne der Ausgrenzung von ‘über das medizinisch Notwendige’ hinausgehenden Zusatzleistungen aus einem Kernangebot solidarisch zu finanzierender Grundversorgung (ARNOLD 1993). Auffällig ist in diesen Diskussionen, daß dabei ‘Bedarf’ beinahe ausschließlich als ein von medizinischen Experten zu definierender Bedarf verstanden wird (BREYER/ZWEIFEL 1992). Andere Ansätze der Bedarfsbestimmung wie z.B. komparative, soziale oder subjektive Bedarfsbestimmung bleiben hierbei zumeist unberücksichtigt (SCHWARTZ 1993, S. 408).

Es lassen sich also in der Debatte um die Kostenproblematik im Gesundheitswesen zumindest zwei durchaus gegensätzliche Tendenzen ausmachen. Während einerseits davon ausgegangen wird, daß der Patient als Nachfrager durch finanzielle Eigenbeteiligung selbst zu mehr ‘Eigenverantwortung’ im Umgang mit medizinischen Leistungen erzogen werden könne, die Möglichkeit der *Konsumentensouveränität* also grundsätzlich unterstellt wird, wird im anderen Falle Konsumentensouveränität als relevante Entscheidungsgröße a priori ausgeschlossen und über das aus Expertensicht ‘Notwendige’ an gesundheitlichen Versorgungsleistungen nachgedacht.

2.1.3 Hypothesen zur Kostenentwicklung und deren Bedeutung für die Gesundheitsförderung

Beide Argumentationen zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, sowohl die angebotsseitige (Bedarf) als auch die nachfrageseitige, haben trotz aller Widersprüchlichkeit einen unmittelbaren Bezug auch zu Ansätzen der Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung setzt auf die Befähigung des Einzelnen wie der Bevölkerung zum selbstbestimmten Umgang mit der Gesundheit und somit letztlich auch zum selbstbestimmten Umgang mit gesundheitlichen Versorgungsleistungen. Darüber hinaus besteht ein Kernelement der Gesundheitsförderung in der Interessenartikulation der von Krankheit oder gesundheitlichen Risiken Betroffenen und einer Reorientierung gesundheitlicher Dienste an diesen artikulierten Interessen, m.a.W. einer Ausrichtung des Angebotes an der Nachfrage (vgl. Kap. 1.3).

Neben diesen Anknüpfungspunkten besteht jedoch eine dritte, weitverbreitete Hypothese, die einen noch unmittelbareren Bezug der Prävention und Gesundheitsförderung zur Kostenproblematik im Gesundheitswesen herstellt. Dabei handelt es sich um die Hypothese, daß ein Großteil der heute im Gesundheitswesen anfallenden Behandlungskosten auf sogenannte „Zivilisationskrankheiten“, also grundsätzlich vermeidbare Krankheiten, zurückzuführen ist. So wurden z.B. 1993 die volkswirtschaftlichen Kosten ernährungsabhängiger Krankheiten berechnet (KOHLMEIER et al. 1993). Die vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragte Forschungsgruppe kommt zu dem Ergebnis, daß durch ernährungsabhängige Krankheiten - u.a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Diabetes mellitus, Gicht, Fettstoffwechselerkrankungen, Übergewicht, Alkoholismus, Karies, Osteoporose - allein rund 47 Milliarden DM pro Jahr an direkten Kosten, sowie weitere 36 Milliarden DM/Jahr an indirekten Kosten verursacht werden, zusammen: 83,5 Milliarden DM pro Jahr.

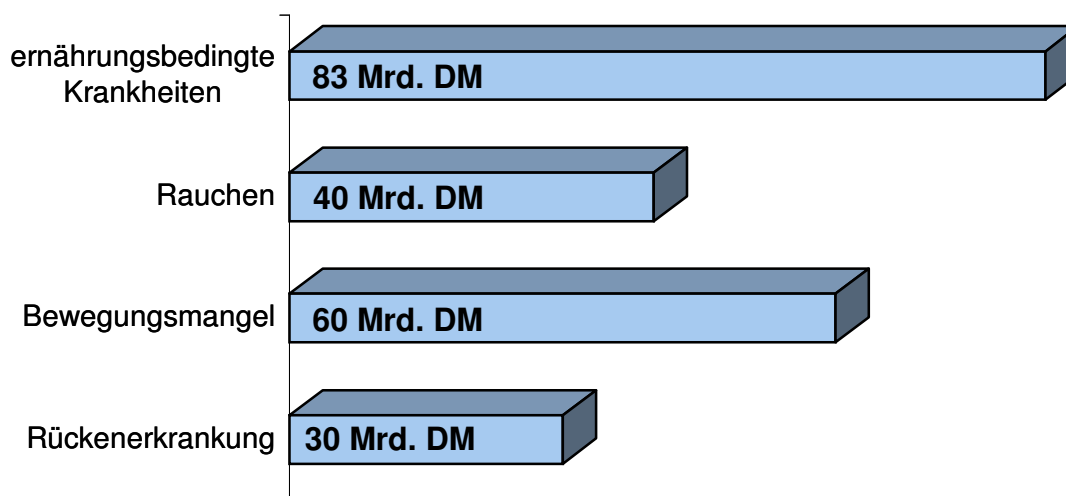
Aus einer solchen Krankheitskostenstudie können nun unterschiedliche Schlußfolgerungen gezogen werden: In dem genannten Beispiel verweist schon der Titel „Kosten ernährungsabhängiger Krankheiten“ auf das allein durch Verbesserungen im Bereich der Ernährung und des Ernährungsverhaltens zu erschließende Potential vermeidbarer Behandlungskosten.³ Spitzt man diese Aussage unter Zuhilfenahme weiterer Kostenhochrechnungen, etwa für die volkswirtschaftlichen Kosten des Rauchens (40

³ So weist auch der Gesundheitsminister im Vorwort zu dieser Studie auf die „zunehmende Bedeutung“ der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung zur Vermeidung der enormen Kosten aufgrund ernährungsabhängiger Krankheiten hin (KOHLMEIER et al. 1993)

Milliarden DM), Bewegungsmangels (60 Milliarden DM) oder von Rückenerkrankungen (30 Milliarden DM), weiterhin zu, läßt sich ein enormes Einsparpotential durch die Vermeidung von „Zivilisationskrankheiten“ aufzeigen (*DOK 1996, S. 570, Abb. 2.2*).

Abb. 2.2: „Teure Zivilisationskrankheiten“ (Quelle: DOK Nr.18 (15.9.96), S. 570)

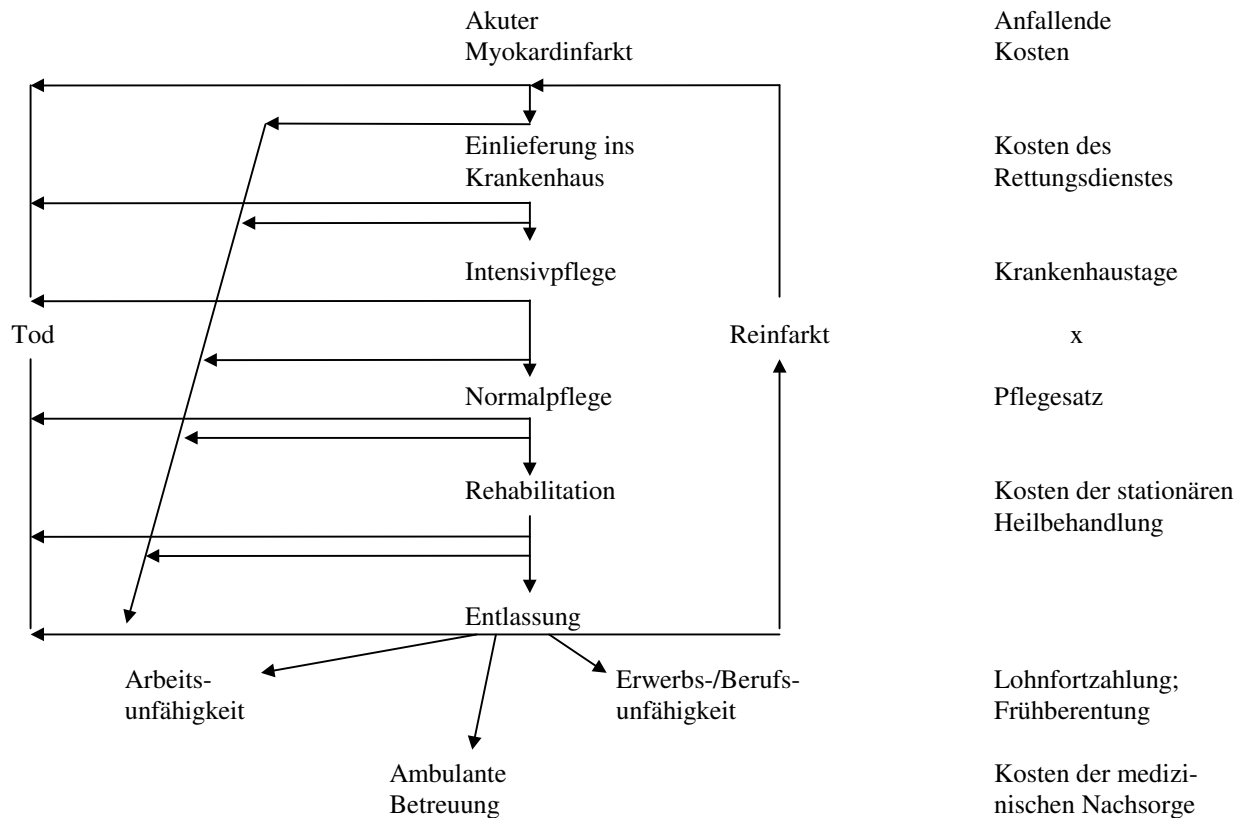
Jährliche Kosten der Zivilisationskrankheiten



Neben den, angesichts z.T. erheblicher Differenzen zu anderen Vergleichsberechnungen, sicherlich begründeten methodischen Zweifeln⁴ muß jedoch viel grundsätzlicher danach gefragt werden, ob diese Art der Darstellung angesichts der Art und Qualität der anfallenden Kosten überhaupt gerechtfertigt ist. Eine andere Lesart der gleichen Kostenproblematik im Gesundheitswesen besteht nämlich darin, die direkten Behandlungskosten im einzelnen selbst zur Diskussion zu stellen. So kann am Beispiel des akuten Myokardinfarkts - ebenfalls 'eine ernährungsabhängige Erkrankung' in der Terminologie der oben zitierten Studie - illustriert werden, aus welchen einzelnen Leistungs- und Kostenbereichen sich das „Disease Costing“ einer Krankheit und deren Folgen zusammensetzt (Abb. 2.3):

⁴ Während etwa die Gesamtkosten (direkte und indirekte Kosten) für Diabetes mellitus in der zitierten Studie von KOHLMEIER et al. (1993) lediglich auf 3,8 Milliarden DM (im Jahr 1990) beziffert werden, werden anderenorts die ‚direkten Gesamtausgaben für Diabetes in Deutschland [...] auf rund 13 bis 15 Milliarden Mark jährlich‘ geschätzt (HILDEBRANDT/DOMDEY 1996, S. 52). Darüber hinaus müssen die zweifellos bestehenden Überschneidungen von bewegungs-, ernährungsbedingten, durch Rauchen oder durch Rückenerkrankungen verursachten Behandlungskosten ebenso berücksichtigt werden, wie die Unterscheidung direkter (das Gesundheitswesen betreffender) und indirekter (volkswirtschaftlicher) Kosten (vgl. Kap. 2.4).

Abb. 2.3: „Disease Costing“ am Beispiel des akuten Myokardinfarkts
(Quelle: ADAM/BEHRENS/HENKE 1991)



Jede dieser einzelnen Stationen der Behandlung könnte nun für sich genommen unwirtschaftlich bzw. nicht dem tatsächlichen Bedarf des Patienten angemessen sein. Beispielsweise können im Falle des Diabetes mellitus Behandlungskosten pro Fall um das Zehnfache differieren, je nachdem, ob der Patient gut oder schlecht 'eingestellt' ist. Nach Berechnungen der AOK Main-Tauber-Kreis im Jahr 1991 belaufen sich die jährlichen Behandlungskosten für einen Typ I-Diabetiker auf 2.400 bis 4.000 DM, sofern er gut eingestellt und geschult ist (z.B. bzgl. der Insulindosierung, Ernährung u.v.m.), für einen schlecht eingestellten Diabetiker dagegen auf zwischen 13.000 und 17.000 DM (LEOPOLD 1991). Ähnliche Zahlen werden auch für die größere Gruppe der Diabetes-Typ II-Patienten berichtet: Ein gut eingestellter Typ II-Diabetiker verursacht etwa 1.000 DM Behandlungsausgaben pro Jahr, ein schlecht eingestellter hingegen 11.000 bis 13.000 DM (Bergmann 1995, zit.n. HILDEBRANDT/DOMDEY 1996). Der Großteil der Kosten für einen

schlecht eingestellten Diabetiker werden dabei für im Grunde unnötige stationäre Akuteinweisungen aufgewendet (vgl. Kap. 1.2.2).

Auch für andere, zumeist chronische Krankheitsarten muß zwischen medizinisch notwendigen Therapiekosten und solchen, die durch verbesserte, integrierte Behandlungsabläufe oder begleitende Schulungsangebote vermeidbar wären, unterschieden werden. So stellte die von großem politischen Aufsehen begleitete sog. „Fehlbelegungsstudie“ des Medizinischen Dienstes der Krankenkassenspitzenverbände (MDS) fest, daß pro Jahr rund ein Fünftel (22 %) aller Krankenhauseinweisungen grundsätzlich durch vorhandene Behandlungsalternativen der ambulanten Behandlung, der Pflege und der Rehabilitation vermeidbar seien (MDS 1997, BOSCHKE 1996). Nach Angaben einer von der Techniker Krankenkasse veröffentlichten Untersuchung standen rund 20% der Krankenhauseinweisungen „in irgendeinem Zusammenhang mit Nebenwirkungen oder der unsachgemäßen Einnahme von Arzneimitteln“ (GLAESKE 1992, S. 118). Im Arzneimittelsektor wurden 1995 die Ausgaben für Mittel mit umstrittener Wirksamkeit auf rund 7 Mrd. DM beziffert (GLAESKE 1996).

Insgesamt wurde das Einsparungspotential im Gesundheitswesen ohne Qualitätsverluste, d.h. durch Vermeidung der Folgen ungenügender Kooperation und Kommunikation zwischen einzelnen Behandlungssektoren (z.B. Doppeldiagnostik, arztinduzierter Mengenausweitung, medizinisch nicht notwendigen Medikamentenverordnungen, Krankenhaus-Fehlbelegung), auf zwischen 25 und 70 Milliarden DM jährlich geschätzt (GLAESKE/V.STILLFRIED 1996).⁵

Eine weitere mögliche Lesart der Kostenproblematik im Gesundheitswesen ist schließlich die Betrachtung volkswirtschaftlicher Kosten der „Noncompliance“ (BULK 1989). So verursacht die „Noncompliance“ von Hypertoniepatienten, bezogen auf die nachlässige Einnahme der verordneten Medikamente, Kosten zwischen 150 und 180 Mio. DM (Noncompliance-Rate von 50 - 80%). Für den Arzneimittelsektor insgesamt werden bei einer Noncompliance-Rate von 35-45% Fehlallokationen von 2,7 bis 3 Mrd. DM vermutet. Schließlich liege die Noncompliance-Rate bei Rauchern nach einem Herzinfarkt bei 58%, für die Diabetes-Diät bei 66% und bei häuslichen Bewegungsprogrammen für Kreislaufkranke bei 60% bzw. für Rheumakranke bei 40% (ebd., S. 268). Für die Effektivität von Interventionsprogrammen zur

⁵ Gesundheitsminister Seehofer bezifferte 1996 das Einsparpotential im Gesundheitswesen auf 25 Mrd. DM (in: Welt am Sonntag, 04.02.1996). Der Gesundheitsökonom Eckhard Knappe spricht gar von 60 bis 70 Mrd. DM Einsparpotential pro Jahr (in: Die Welt, 25.02.1997). Wenn man die Schätzungen von Herder-Dorneich aus den 70er Jahren (25 Mrd. DM Einsparpotential) auf das heutige Ausgabenvolumen hochrechnet, kommt man ebenfalls zu einer Zahl von rund 70 Mrd. DM jährlich (GLAESKE/V. STILLFRIED 1996).

Behandlung des Bluthochdrucks gilt etwa, daß die Effektivität unter realen Praxisbedingungen (*effectiveness*) nur ca. 37% der Effektivität unter idealen Bedingungen (*efficacy*) beträgt. Die reale Effektivität könne jedoch „durch geeignete Maßnahmen, insbesondere zur Förderung der Compliance der Patienten und der Ärzte, [...] auf etwa 70% erhöht werden“ (SCHUHMACHER 1995b, S. 19/20).

Faßt man also die verschiedenen Hypothesen zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zusammen, zeigt sich auch bei näherer Betrachtung, daß es sich dabei vornehmlich um eine angebotsseitige, sowie in weit geringerem Umfang um eine verhaltensbedingte nachfrageseitige Erklärung handelt. Die angebotsseitige Erklärung weist auf die vielfältigen Wirtschaftlichkeitsdefizite durch fehlende Kooperation und Verzahnung einzelner Versorgungssektoren, sowie durch Über-, Unter- und Fehlversorgung hin. Gesundheitsförderung hat in diesem Zusammenhang insbesondere die Bedeutung der kollektiven Interessenartikulation der betroffenen BürgerInnen und PatientInnen, um zu einer Reorientierung der gesundheitlichen Dienste an den Bedürfnissen der Bevölkerung zu gelangen (vgl. Kap. 1.3.2).

Hinsichtlich der verhaltensbezogenen Erklärung wird dagegen von fehlender Compliance gesprochen. Da auch hier die Angebotsseite (‘Arztcompliance’) mit angesprochen ist, läßt sich das Potential an verbesserter Therapiewirksamkeit und Wirtschaftlichkeit ermessen, wenn PatientInnen besser geschult, motiviert und betreut würden, um teilweise ‘verhaltensbedingte’ Erkrankungen (Hypertonie, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Rheuma) durch eigene gesundheitliche Kompetenz und ‘Co-Produktion’ zu bewältigen. Hier ist allerdings aus Sicht der Gesundheitsförderung nicht nur die kollektive Bedürfnisartikulation von PatientInnen gefragt, sondern auch eine individuell selbstbestimmte, qualitäts- und kostenbewußte Inanspruchnahme von medizinischer Fremdhilfe, die jedoch durch institutionelle Rahmenbedingungen erst ermöglicht werden muß. Die vermeintlich enormen Kosten durch im weitesten Sinne verhaltensabhängige Krankheiten (‘Zivilisationskrankheiten’) auf allgemein schlechtes Gesundheitsverhalten in der Bevölkerung abzuwälzen, hat jedoch vor diesem Hintergrund nur wenig Bestand, da stets zwischen notwendigen und weniger notwendigen Therapiekosten differenziert werden muß. Der Aspekt der verhaltensbezogenen Primärprävention ist dabei nur ein Gesichtspunkt unter vielen, und darf insoweit nicht über die beträchtlichen Verbesserungspotentiale von Therapie

(Sekundärprävention) und Nachsorge (Tertiärprävention) im Sinne der Gesundheitsförderung hinwegtäuschen.

2.2 Ökonomie der Gesundheitsförderung

Im Zusammenhang mit einer Ökonomie der Gesundheitsförderung sind insbesondere zwei gesundheitsökonomische Debatten bedeutsam.

Einerseits handelt es sich dabei um die, gleichwohl zumeist auf den Gegenstand der Prävention verkürzte, Debatte über Kosten und Nutzen. Sie fragt danach, inwiefern Menschen unter biomedizinischen Gesichtspunkten durch Prävention gesund erhalten werden können und sich damit teure medizinische Behandlungen vermeiden lassen. Die Verhaltensdimension im Sinne einer ökonomischen Analyse des Nachfrageverhaltens nach medizinischen Behandlungen spielt in dieser Betrachtung zumeist keine Rolle.

Andererseits findet seit Jahren eine breit geführte, mikroökonomisch geprägte Debatte über das Nachfrageverhalten nach Gesundheit sowie nach gesundheitlichen Versorgungsleistungen statt. Auch diese gesundheitsökonomische Debatte ist für die Gesundheitsförderung von Bedeutung, da sich hieraus, im Gegensatz zu der obigen Diskussion, erweisen läßt, daß auch dem Inanspruchnahmeverhalten von PatientInnen, und damit Kostenfragen der medizinischen Versorgung, mehrere Variablen zugesprochen werden können als der medizinisch-somatische Gesundheitszustand.

Während sich die erste Debatte explizit mit der Frage nach dem ökonomischen Nutzen von Prävention beschäftigt, besteht die Verbindung der zweiten Debatte zur Gesundheitsförderung nur indirekt. Diese zweite Debatte soll jedoch aufgegriffen werden, um erstens die Besonderheiten, welche Gesundheitsförderung u.a. von einer auf Ursache und Wirkung reduzierten Prävention abgrenzen, aufzuzeigen, und um zweitens mehr Klarheit in die oftmals vereinfacht geführte Diskussion über Eigenverantwortung und Nachfrageverhalten auf dem Gesundheitsmarkt zu bringen.

2.2.1 Ist Vorbeugen billiger als Heilen? - die Debatte über Kosten und Nutzen der Prävention

Die seit den 70er Jahren verstärkt vorgetragenen Forderungen nach mehr Prävention im Gesundheitswesen haben in den 80er Jahren durch die zunehmende „Verengung des gesundheitspolitischen Diskurses auf ökonomische Fragestellungen“ eine gewisse „Verunsicherung“ erfahren (LENHARDT 1989, S. 411). Durch eine differenziertere epidemiologische, sozialegpidemiologische und ökonomische Betrachtung und zugleich vor dem Hintergrund bisheriger Interventionserfahrungen wurde nunmehr zunehmend bezweifelt, daß ‘Vorbeugen besser - und billiger - sei als heilen’.

Gleichzeitig hat sich aber paradoxerweise innerhalb der Ärzteschaft eine wachsende Akzeptanz der Prävention etabliert. Während die vorwiegend nicht-medizinische Prävention seitens der Ärzteschaft in der Vergangenheit oftmals als eine Bedrohung der Allzuständigkeit des ärztlichen Berufsstandes für Gesundheitsfragen angesehen wurde, hat sich die Ärzteschaft nunmehr selbst vermehrt der Prävention - verstanden als medizinische Prävention - angenommen (BORGERS 1988).

Dies mag als Erklärung dafür dienen, daß in der Debatte um Kosten und Nutzen der Prävention Kritik aus verschiedenen Lagern - nicht nur der Ökonomen oder der Mediziner, sondern auch der Sozialwissenschaftler - zu hören ist und sich diese Kritik gegen unterschiedliche Teilaspekte der Prävention - medizinische (medikamentöse, frühdiagnostische) Prävention, Gesundheitserziehung, Diät etc. - richtet. So unterschiedliche Handlungsbereiche wie AIDS-Prävention, Rauchen, medikamentöse Prävention der koronaren Herzerkrankung oder Krankheitsfrüherkennung werden oftmals gemeinsam diskutiert und deren jeweilige Besonderheiten miteinander vermischt. Dem Konzept der Gesundheitsförderung wird dabei in den allerwenigsten Fällen Rechnung getragen.

Die theoretische Beschränkung der ökonomischen Debatte und die weithin fehlende interdisziplinäre Begriffs- und Modellbildung wurde auf dem 1986 durchgeführten Symposium zum Thema „Ökonomie der Prävention am Beispiel der Herz-Kreislaufkrankheiten“ besonders deutlich (ARNOLD/V.FERBER/HENKE 1990):

„Die Teilnehmer des Colloquiums erlebten in unerwarteter Weise, wie wenig bislang die Prävention von Herz-Kreislaufkrankheiten als eine Gemeinschaftsaufgabe von wissenschaftlicher Forschung, Gesundheitspolitik und Lebensalltag aufgefaßt wird, wie wenig Wege gegenseitiger Verständigung gebahnt

sind und wie es überall an allseits geteilten, gleichsinnig verstandenen Begriffen fehlt. [...] Es war auch überraschend, festzustellen, wie wenig die Schnittstelle zwischen epidemiologischer Forschung und gesundheitsökonomischer Modellbildung bisher zu interdisziplinärer Zusammenarbeit genutzt wurde.“(ebd., S. 10)

So überrascht es nicht, daß diese unter Beteiligung führender Wissenschaftler aus drei wesentlichen Bereichen, der Ökonomie, der Medizin und den Sozialwissenschaften, durchgeführte Fachtagung letztlich keine Antwort auf die Frage, „ob überhaupt, zu welchem Zeitpunkt, wo und in welcher Form Prävention sich lohnt“, lieferte (ARNOLD/V.FERBER/HENKE 1990, S. 14).

In seinem einleitenden Beitrag betont Michael ARNOLD (1990) zunächst die Fragwürdigkeit des Risikofaktoren-Ansatzes und damit der kausalen Zuordnung von Intervention (Diät, Medikamente) und Effekt (sinkende Mortalität) (vgl. Kap. 1.2.2). Er bezieht sich dabei auch auf vorhandene Interventionsstudien, die die geringe Wirksamkeit präventiver Maßnahmen dokumentieren. Hierbei handelt es sich jedoch, wie bei der Mehrheit der zur Prävention durchgeführten ökonomischen Kosten-Wirksamkeits-Studien der letzten Jahre, um Studien über medizinische Präventionsmaßnahmen (medikamentöse Cholesterin-Senkung, etc.; SCHUHMACHER 1995b, S. 9; SELBMANN 1990). Da speziell in der medikamentösen Prävention oftmals hohe Kosten bei unzureichender Zielgruppenspezifität verursacht werden, kann vielfach eine gezielte Therapie sogar kostengünstiger sein als die ungezielte Prävention.

Hinsichtlich der ökonomischen Bewertung darf deshalb nicht von medizinischen Präventionsmaßnahmen auf andere präventive Ansätzen bzw. auf ‘die Prävention’ im allgemeinen geschlossen werden. Besonders hervorzuheben ist dabei die Unterscheidung zwischen „Präventivmedizin und Gesundheitsschutz“ (BORGERS 1988). Ein beliebtes Beispiel für strukturell wirksamen präventiven Gesundheitsschutz, der nahezu keine Kosten, dafür aber großen Nutzen, auch im Sinne ‘geretteter Lebensjahre’ verspricht, sind Maßnahmen der Verkehrssicherheit im Straßenverkehr, z.B. Geschwindigkeitsbeschränkungen oder die allgemeine Gurtpflicht. Andere strukturelle Maßnahmen des präventiven Gesundheitsschutzes sind etwa die Speisesalzfluoridierung, die hinsichtlich der Zahngesundheit deutlich geringere Kosten bei gleicher Effektivität, z.B. gegenüber einer individuellen Ernährungsberatung verursacht (MERBECKS/KÜHL 1996).

Eine andere Ebene der Diskussion betrifft hingegen nicht so sehr die Messung tatsächlich erzielter Effekte, sondern die ökonomische Bewertung der potentiell erzielbaren Erträge, z.B. durch eine erhöhte Lebenserwartung (HENKE 1990). Interessanterweise wird bei diesen modelltheoretischen Betrachtungen beinahe ausschließlich auf Langzeiteffekte fokussiert. Kurzfristig erzielbare Substitutionseffekte bleiben in nahezu allen hierzu publizierten nationalen und internationalen Beiträgen unberücksichtigt. Sofern dabei langfristige Effekte durch präventive Maßnahmen erwartet werden, wird jedoch behauptet, daß diese Effekte unter Kostengesichtspunkten insgesamt, durch die Erhöhung der Lebenserwartung und die dadurch vermehrt anfallenden Behandlungskosten im hohen Alter wieder kompensiert bzw. sogar überkompensiert werden (RUSSEL 1984, KRÄMER 1989, LEU/SCHAUB 1983).

Eine beispielhafte Arbeit zu dieser Hypothese ist jene von Robert LEU und Thomas SCHAUB (1983). Am Beispiel des Rauchens zeigen die Schweizer Autoren, daß die direkten Behandlungskosten im Gesundheitswesen zum heutigen Zeitpunkt nicht etwa vermindert, sondern gar erhöht wären, wenn seit 100 Jahren niemand in der Bevölkerung mehr geraucht hätte. Die statistisch erhöhte Lebenserwartung hätte vermehrte Behandlungen im hohen Alter zugeführt, welche auch die empirisch feststellbaren kurzfristig durch das Rauchen verursachten Behandlungskosten insgesamt überwogen hätten. Dieses Beispiel wird oftmals als Beleg dafür herangezogen, daß auch eine noch so effektiv und effizient durchgeführte Präventionsmaßnahme dennoch keine Kostensenkung im Gesundheitswesen bewirken könne (KRÄMER 1989).

Dies läßt sich jedoch anhand zweier Punkte widerlegen:

1) Gegen die These, daß ein höheres Lebensalter zugleich erhöhte Behandlungskosten verursacht, spricht die empirische Beobachtung, daß ein Großteil der Behandlungskosten kumulativ in den letzten Lebensjahren vor dem Tod anfällt. Dies ist insbesondere durch längere stationäre Aufenthalte in Akutkrankenhäusern unmittelbar vor dem Tod zu erklären. Demnach sind jene Behandlungskosten der letzten Lebensjahre unabhängig von der absoluten Lebenserwartung zu 'bezahlen', eine Erhöhung der Lebenserwartung führt also nicht zwangsläufig zu erhöhten Gesundheitsausgaben (SCHWARTZ/BUSSE 1994). Hieran anschließend erhärten sich in den letzten Jahren die empirischen Belege für die von FRIES formulierte Hypothese der 'komprimierten Morbidität' („*compression of morbidity*“; FRIES 1983). So wird angenommen, daß die weiterhin steigende Lebenserwartung der Bevölkerung

zu einer Senkung der in den letzten Jahren vor dem Tod anfallenden Gesundheitsausgaben beiträgt. Beispielsweise ist die durchschnittliche Anzahl stationärer Leistungstage für Menschen, die älter als 75 werden, wieder rückläufig (SEIDLER et al. 1996). Dabei wird weiterhin angenommen, daß präventive Maßnahmen diesen Prozeß noch unterstützen, daß also Prävention bei ohnehin steigender Lebenserwartung gleichzeitig die Lebensqualität bis ins hohe Alter verbessert und damit auch die kumulativen Krankheitskosten in den letzten Lebensjahren reduzieren hilft (SCHWARTZ 1990).

2) Der zweite Einwand gegen die von LEU und SCHAUB vorgetragene These betrifft das ökonomische Problem der *Diskontierung*. Aus streng ökonomischer Sicht sind zukünftige Erträge, z.B. durch das Nichtrauchen, auf ihren Gegenwartswert zu diskontieren (SCHUHMACHER 1995b). Die Studie von LEU und SCHAUB geht jedoch von dem Bezugsjahr 1976 aus und errechnet die finanziellen Folgen, die das Nichtrauchen in der Vergangenheit (seit 100 Jahren) gehabt hätte, für die Gegenwart. Die Planung von Präventionsmaßnahmen erfolgt jedoch üblicherweise für die Zukunft. Die erhöhten Behandlungskosten des Jahres 1976 hätten also korrekterweise auf den Gegenwartswert des Jahres, an dem die Maßnahme, bevölkerungsweit das Rauchen einzustellen, begonnen wurde (fiktiv: 1876), abgezinst werden müssen.

Ironischerweise wird das Problem der Diskontierung oftmals als Argument nicht für, sondern gegen die Prävention angeführt. So finden sich in der Literatur Debatten über den 'korrekten' Diskontsatz: Je höher dieser gewählt würde - in der Literatur üblicherweise „zwischen 2% und 10%, mit 3% und 5% als häufigste Werte“ (SCHUHMACHER 1995b, S. 48), umso geringer seien die Erträge einer wirksamen Präventionsmaßnahme und umso 'vorsichtiger' sei man auf administrativer Seite bei Allokationsentscheidung zugunsten von Prävention (RUSSEL 1984, SHEPHARD 1986). Richtigerweise steigt jedoch durch eine hohe Diskontierung die Rentabilität solche Maßnahmen, die kurzfristige Behandlungen vermeiden oder in die Zukunft verschieben, auch bei langfristig erhöhten Behandlungskosten. BORGERS illustriert dies an einem einfachen Rechenbeispiel:

„Eine präventive Maßnahme (z.B. eine Impfung), die kurzfristig eine Komplikation vermeidet, welche 2000 DM gekostet hätte, dafür aber 40 Jahre später eine Behandlung notwendig macht, die 10000 DM kostet, spart in dieser Logik 10.571,40 DM (bei 6% Diskont-Rate). Wer also mit dem Argument der langfristigen Effekte und ihrer Kosten a priori gegen Prävention argumentiert, hat zwar irgendwie auch etwas richtiges gesagt, ökonomisch (in der Logik der Kosten-Nutzen-Analysen) aber eher das Falsche.“ (BORGERS 1988, S. 58)

Aus ökonomischer Sicht ergeben sich daraus zwei wesentliche Schlußfolgerungen für die Durchführung und Bewertung von Präventionsmaßnahmen:

➤ Eine Präventionsmaßnahme, die zu einer erhöhten Lebenserwartung führt, ist auch unter ausschließlicher Berücksichtigung direkter Behandlungskosten rentabel, und zwar umso mehr, als es gelingt, Behandlungskosten in der Gegenwart oder nahen Zukunft zu vermeiden. Die Fixierung auf die Langzeitperspektive lenkt von den tatsächlich erzielbaren kurzfristigen Einsparpotentialen ab. So wird etwa auch in dem Beispiel von LEU und SCHAUB (1983) davon ausgegangen, daß - unter Bezug auf empirische Untersuchungen - die jährlichen Krankheitskosten für Raucher höher seien als für Nichtraucher (S. 1912).

Kurzfristige Einsparpotentiale könnten beispielsweise in einer verringerten Anfälligkeit gegenüber Bagatellerkrankungen, in einer Reduzierung von Arbeitsunfähigkeitstagen oder des Medikamentenkonsums (etc.) liegen. Dies umso mehr, je mehr die Zielgruppe präventiver Maßnahmen bereits unter latenten gesundheitlichen Beschwerden, Erkrankungsrisiken (psychosoziale Probleme, chronische Verspannungsschmerzen etc.) oder chronischen Erkrankungen (Diabetes, Asthma) leidet. Schließlich bietet sogar die mögliche Reduzierung von medikamentöser Prävention (Blutdruck- oder Cholesterin-senkende Mittel) eine sinnvolle Perspektive für die Prävention. „Prävention“ kann mithin sogar „als Schutz vor iatrogener Medizin“ begriffen werden (BORGERS 1988, S. 61).

➤ Wenn der Blick auf die Langzeitperspektive, speziell auf den wachsenden Anteil alter und sehr alter Menschen in der Bevölkerung gelenkt wird, so sollte das ökonomische Ziel der Prävention sein, die gewonnenen Lebensjahre im Interesse der Betroffenen qualitativ zu verbessern, um langandauernde Phasen der Morbidität und damit verbundene hohe direkte Kosten zu reduzieren. Die von SCHWARTZ vorgeschlagene Konzentration auf die Zielgruppe der älteren Bevölkerung (SCHWARTZ 1988, 1990) ist damit nicht nur epidemiologisch begründet, sondern auch ökonomisch rentabel.

2.2.2 Besonderheiten der Gesundheitsförderung aus mikroökonomischer Sicht: Produktion von Gesundheit und Nachfrage nach Gesundheitsleistungen

Die oben angesprochenen Zielrichtungen - kurzfristige Substitutionseffekte sowie zielgerichtete Gesundheitsförderung bei der älteren Bevölkerung - weisen über eine isolierte Betrachtung der (additiven) Prävention hinaus. Einerseits wird dabei eine stärkere Integration präventiver bzw. gesundheitsfördernder Elemente in die Bereiche der Krankenbehandlung (Sekundärprävention) und Rehabilitation (Tertiärprävention) nahegelegt (vgl. Kap. 1.3.2).

Andererseits wird aber insbesondere unter dem Gesichtspunkt der kurzfristigen Substitutionserfolge bei Behandlungsausgaben auf eine weitergehende Frage nach den Einflußfaktoren auf das nachfrageseitige Inanspruchnahmeverhalten von gesundheitlichen Diensten verwiesen. Eine rein stoffliche Betrachtung im Sinne der Prävention greift hier offenbar zu kurz, da sie von der unmittelbaren Ursache-Wirkungs-Beziehung von Gesundheitszustand und dem daraus resultierenden 'rationalen Bedarf' nach gesundheitlichen Diensten ausgeht. Genau diese Rationalität wird jedoch gerade in der ökonomischen Debatte über das Nachfrageverhalten nach gesundheitlichen Diensten oftmals angezweifelt.

2.2.2.1 Bedingungsfaktoren für die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen

In dieser vorwiegend mikroökonomischen Debatte über Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen werden der Nachfrage- bzw. Patientenseite Verhaltensvariablen zugesprochen, welche nicht unmittelbar mit dem Gesundheitszustand zu tun haben. Vereinfachende Modellannahmen gehen davon aus, daß ein Gesundheitsgut bei 'Nullpreisen' quasi grenzenlos nachgefragt werde, m.a.W.: der Preis reguliert die Nachfrage, nicht etwa der Bedarf bzw. die Bedürfnisse der Patienten, da diese grenzenlos sind. In der Versicherungswirtschaft findet sich darauf aufbauend eine breite Debatte über „Moral Hazard“, welche auch für das bundesdeutsche System der solidarischen Krankenversicherung geführt wird (vgl. zusammenfassend: ULLRICH 1995).

Gleichwohl wird häufig darauf hingewiesen, daß diese vereinfachte neoklassische Sichtweise weder der Theorie noch der empirischen Realität der gesundheitlichen Versorgung entspricht (SCHAPER 1979):

„Die Figur des beständig Arztkontakte, Arzneimittel, Krankschreibungen und Krankenhausaufenthalte maximierenden Versicherten liegt zwar Modellvorstellungen und Politikvorschlägen vor allem neoliberal argumentierender Gesundheitsökonomenzugrunde, findet aber weder in der GKV-Statistik noch in den wenigen dazu durchgeführten empirischen Studien (z.B. Rand-Studie, USA) eine empirische Bestätigung“ (ROSENBROCK 1992, S. 47).

Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen weist dabei gegenüber der neoklassischen Nachfragetheorie einige grundlegende Besonderheiten auf (KRÄMER 1991). Zu nennen sind hier Phänomene wie die „angebotsinduzierte Nachfrage“ (ADAM 1983), die ‘Unsicherheit des Eintretens’ von Krankheit und damit des ‘Nutzens’ von Gesundheitsleistungen (ARROW 1963) sowie der Zusammenhang von ‘Eigen-Produktion’ der Gesundheit und Nachfrage nach ‘Fremd-Leistungen’ (GROSSMAN 1972).

Dies ist auch im Hinblick auf die ökonomische Zuordnung des Gegenstandes der Gesundheitsförderung von großer Bedeutung. Die zentrale Botschaft der Ottawa Charta kann insoweit auch ökonomisch interpretiert werden, als die ‘Produktionsstätte’ der Gesundheit explizit außerhalb des professionellen Versorgungssystems, in den alltäglichen sozialen Beziehungen der Familie, der Nachbarschaft und der Arbeitswelt gesehen wird:

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt. [...] Gesundheit ist also in diesem Sinne nicht ein Produkt der Gesundheitsfachleute und des medizinisch-industriellen Komplexes, sondern ist in unserem gemeinschaftlich hergestellten Alltagsleben begründet.“ (KEUPP 1997, S. 9/10)

Die Nachfrage nach professionellen Gesundheitsleistungen hängt demnach von der eigenen Gesundheitsproduktion von Individuen und Gruppen ab, sowie von der Fähigkeit, gesundheitliche Kompetenz und Selbstbestimmung auch als Nachfrager auf dem Gesundheitsmarkt zum Ausdruck zu bringen. „Konsumentensouveränität“ bedeutet dabei die Kenntnis der durch verschiedene ärztliche und nicht-ärztliche Anbieter gegebenen Marktalternativen (*Markttransparenz*), der Qualität der angebotenen Güter, z.B. verschiedener diagnostischer und therapeutischer Verfahren (*Gütertransparenz*) sowie des eigenen Bedarfes an medizinischer Fremdhilfe bei bestehenden Selbsthilfealternativen (*Bedarfstransparenz*) (vgl. v. SCHWEITZER 1991).

Gesundheitsförderung, als ‘Förderung gesundheitlicher Kompetenz’ (vgl. Kap. 1), kann somit in der Sprache der sozialökonomischen Verbrauchsforschung als die *Förderung von Konsumentensouveränität* übersetzt werden. Sie stellt insoweit eine Investition dar, welche „zu

einer neuen Allokation von Ressourcen im Medizinsystem selbst [führt], indem sie die Nachfrage nach medizinischen Leistungen verändert“ (v. FERBER 1990, S. 305, 311).

2.2.2.2 Das Grossman-Modell der Gesundheitsnachfrage

Das ‘Grossman-Modell der Gesundheitsnachfrage’ verdeutlicht diesen Sachverhalt in besonderem Maße (GROSSMAN 1972). Dieses Modell basiert auf der ‘neuen’ neoklassischen Haushaltstheorie (BECKER 1965, LANCASTER 1966). Wesentliches Unterscheidungsmerkmal gegenüber der traditionellen neoklassischen Theorie der Nachfrage ist, daß der Konsum eines Gutes nicht als direkt nutzenstiftend angesehen wird, sondern erst über den Umweg der Haushaltsproduktion vom Konsumgut (*good*) zum eigentlichen Nutzen (*commodity*) führt. Konsum bedeutet also nicht Endverbrauch, sondern Weiterverarbeitung durch das Individuum bzw. den privaten Haushalt.

Bezogen auf das Medizinsystem wird schnell ersichtlich, daß die dort in Anspruch genommenen Güter und Dienstleistungen (*good*), wenn auch in unterschiedlichem Maße, erst indirekt zur Gesundheit (*commodity*) führen, nämlich über die ‘Weiterverarbeitung’ durch den Patienten selbst (*Co-Produktion*). Dessen Nachfrage nach medizinischen Gütern ist folglich abhängig von seiner Nachfrage nach Gesundheit, darf aber nicht mit dieser gleichgesetzt werden. Die Nachfrage nach medizinischen Gütern ist vielmehr eine abgeleitete Funktion der Nachfrage nach Gesundheit (GROSSMAN 1972).

Das ‘Gut’ Gesundheit weist jedoch weitere Besonderheiten auf. Zum einen stellt es, wie gesehen, selbst einen Nutzen - *commodity* - dar. Insofern konkurriert die Nachfrage nach Gesundheit (G) mit der Nachfrage nach anderen Konsumgütern (C). Zum anderen führt Gesundheit als Teil des Humankapitals zu vermehrtem Konsum (C), indem das durch gute Gesundheit erhöhte Produktivvermögen zu einer Einkommenssteigerung und damit zu einer wachsenden Nachfrage nach (G) und (C) führt. Darüber hinaus erhöht sich aber auch der Konsumnutzen alternativer Konsumgüter (C), z.B. durch die gewonnene Lebenszeit oder Lebensqualität. Gesundheit ist somit Konsum- und Investitionsgut zugleich (BREYER/ZWEIFEL 1992).⁶

⁶ Auf die komplizierte graphische Darstellung des „Trade Off“ zwischen Gesundheit und alternativen Konsumgütern soll an dieser Stelle verzichtet werden. (vgl. Breyer/Zweifel 1992, S. 6)

Betrachtet man nun Gesundheit vorwiegend als Investitionsgut, so unterliegt der 'Kapitalstock der individuellen Gesundheit' einer natürlichen Abschreibungsrate im Lebensverlauf, die sich durch verbrauchsbezogenen Verschleiß zusätzlich erhöhen kann. Vermehrte Produktivität, bezogen auf Erwerbsarbeit und Nicht-Erwerbsarbeit (Hausarbeit) beschleunigt den 'Verbrauch' der Gesundheit, was wiederum zu einer erhöhten Nachfrage nach Gesundheit führt (MUURINEN 1982; SIEGENFÜHR 1993). Wenn also die (neoklassische) Annahme, das Individuum verfolge die Ziele, „möglichst lange und gesund zu leben und dabei möglichst viel zu konsumieren“ (BREYER/ZWEIFEL 1992, S. 14), richtig ist, dann gibt es demnach eine gesundheitsbezogene negative Grenzproduktivität der Arbeit, sowohl der Erwerbs- als auch der Hausarbeit. Produktivität konkurriert mit Gesundheit.

Andererseits wird in dieser erweiterten Sicht des Grossman-Modells durch MUURINEN (1982) aber eine komplementäre Beziehung zwischen dem Konsum- und Investitionsnutzen der Gesundheit hergestellt. Die momentane Freude an der Gesundheit (Konsum) und die Förderung der Gesundheit (Investition) werden nicht alternativ, sondern simultan 'nachgefragt', sie sind also zueinander komplementär (LEU/DOPPMANN 1986). Diese Komplementarität ist deshalb wichtig, da sie aus der Sicht der Haushaltsproduktionstheorie die oben dargestellte 'Konkurrenz' von Produktivität und Gesundheit in Frage stellt: Die Investition in die Gesundheit muß gemäß der Haushaltsproduktionstheorie als Arbeit begriffen werden. Gleichzeitig ist diese Arbeit aber komplementär zu dem gegenwärtigen Konsumnutzen der Gesundheit. Während im obigen Modell Produktivität zu einer Abschreibung von Gesundheit führt und der Investitionsprozeß in die Gesundheit einen Produktions- bzw. einen alternativen Konsumverzicht (C) bedeutet, kann dagegen gleichermaßen sowohl produktive Arbeit als auch Konsum (C) zur Förderung der Gesundheit beitragen, also Gesundheit produzieren. So kommt etwa der Hausarbeit eine besondere Bedeutung zu, da sie bezogen auf alle Haushaltsmitglieder zugleich „produktiv“ und „regenerativ“ sein kann (V.SCHWEITZER 1991).

Die *Produktion von Gesundheit* steht demnach im Alltagshandeln nicht notwendigerweise in Konkurrenz mit der Nachfrage nach anderen Konsumgütern oder der Nachfrage nach Arbeit, sie kann also nicht mit der *Nachfrage nach Gesundheit* gleichgesetzt werden. Hieran schließt die empirische Beobachtung an, daß das *Gesundheitsverhalten*, welches in der mikroökonomischen Verhaltenstheorie mit der (bewußten) Nachfrage nach Gesundheit gleichgesetzt wird (BREYER/ZWEIFEL 1992, S. 12), vielmehr einer Eigenrationalität folgt, bei

der die bewußte Nachfrage nach Gesundheit nur eine untergeordnete Rolle spielt (GRUNOW et al. 1983):

„Untersuchungen und Erfahrungen lehren, daß gesundheitliche Selbsthilfe sich eigene Ziele setzt, selbstentworfenen Handlungsschemata folgt und seine Binnenstabilisierung aus anderen Quellen vollzieht als durch die ‘gesicherten’ Versprechungen der Präventologen.“
(V. FERBER 1990, S. 294)

Gesundheitsförderung bedeutet demnach mikroökonomisch, die Produktion der Gesundheit in den alltäglichen Handlungen zu fördern, ohne dabei notwendigerweise Einfluß auf die Nachfrage nach Gesundheit zu nehmen.

2.2.2.3 Substitutionalität und Komplementarität von gesundheitlicher Eigenproduktion und Nachfrage nach Fremdleistungen

Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen ist jedoch sowohl von der Nachfrage nach Gesundheit als auch von der eigenen Produktion von Gesundheit abhängig. Die Beziehung zwischen der Nachfrage nach medizinischen Leistungen und eigenen Inputs in die Gesundheitsproduktion ist zustandsabhängig. „Im gesunden Zustand sind die beiden Inputs [kurz- bis mittelfristig] Substitute“, d.h. durch eigenes Gesundheitsverhalten kann die Nachfrage nach medizinischen Fremdleistungen ganz oder teilweise ersetzt bzw. zeitlich hinausgeschoben werden (BREYER/ZWEIFEL 1992, S. 84). Dies entspricht dem Ansatz der Primärprävention.

Im kranken Zustand besteht hingegen nach dieser Modellannahme keine *Substitutionalität*, da das Individuum nunmehr auf akute medizinische Fremdhilfe angewiesen ist. Nicht nur die Nachfrage nach Gesundheit, sondern unmittelbar auch die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steigt. Es besteht aber eine *Komplementarität* zwischen den nachgefragten Gesundheitsleistungen und den eigenen Inputs (ebd.).

Sieht man einmal von der strikten Polarisierung zwischen ‘gesund’ und ‘krank’ ab und nimmt den in der Realität weitaus häufiger zu beobachtenden Zustand *ingeschränkter Gesundheit* - im Falle chronischer Erkrankungen, aber auch durch psychosoziale Problemlagen, Verspannungsschmerzen oder sogenannte ‘Bagatellerkrankungen’ - an, so wird einerseits die Komplementarität zwischen medizinischen und eigenen Inputs, andererseits aber auch die Möglichkeit der Substitutionalität deutlich. Komplementarität würde z.B. bedeuten, daß die

Compliance zwischen Arzt und Patient und dadurch die Qualität der Behandlung intensiviert würde. Die eigene Produktion würde somit - ganz im Sinne der Haushaltsproduktionstheorie - den Nutzen aus dem Konsum der medizinischen Leistung erhöhen. Gleichwohl ist hierdurch aber in der Folge verbesserten Zusammenspiels von Fremd- und Eigenproduktion (Komplementarität) auch Substitutionalität möglich, da eine effizientere Inanspruchnahme der Gesundheitsleistung weitere Folgeleistungen, z.B. stationäre Einweisungen durch akute Rückfälle, erübrigen kann.

Beispielhaft für theoretisch angestrebte und praktisch realisierte Substitutionalität ist ein in den USA erprobtes Trainingsprogramm zur medizinischen Selbsthilfe bei sog. 'Bagatellerkrankungen' (LORIG et al. 1985, VICKERY et al. 1983). In den bereits in den 70er Jahren hierzu durchgeführten Studien konnte nachgewiesen werden, daß bei den TeilnehmerInnen dieses Trainingsprogrammes die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen um 7 bis 35% zurückging (ebd.).

Derartige Ansätze sind in der Bundesrepublik Deutschland freilich umstritten, da die medizinische Unbedenklichkeit der Selbstmedikation oder anderweitiger Selbsthilfe durch 'bewährte Hausmittel' nicht immer gesichert ist.⁷ Ungeachtet dieser medizinischen Bedenklichkeit könnte zudem angeführt werden, daß die in dem oben genannten Programm angestrebte Reduzierung der Primärinanspruchnahme ärztlicher Leistungen ohnehin nicht mit der Problemanalyse, speziell des deutschen Gesundheitswesens übereinstimmt.⁸ Trotz dieser zweifellos begründeten Einwände ist das genannte Programm dennoch exemplarisch für die Möglichkeiten der *Substitutionalität* von Fremdleistungen durch eigene Inputs, die auch im kranken Zustand grundsätzlich vorhanden sind.

Ein weiteres Beispiel ist das Ergebnis einer Befragung bei Mitgliedern von Selbsthilfegruppen: Dieser Studie zufolge gehen 30% der Befragten seit ihrer Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe seltener zum Arzt (9% gaben an, seither öfter zum Arzt zu gehen), 21% nehmen weniger Medikamente als zuvor ein (13% nehmen wirksamere Medikamente ein), und 51% der Befragten gaben an, durch ihre Selbsthilfeaktivitäten Krankenhausaufenthalte vermieden zu haben (NAKOS-EXTRA, Nr. 14, Dez. 1991; zit. n. GERKENS/GRIGOLEIT 1993).

⁷So warnen auch Verbraucherschutzorganisationen vor der zunehmenden Tendenz der Selbstmedikation (z.B. *Öko-TEST* Nr. 8/1996).

⁸Eine Mengenausweitung ist in Deutschland weniger durch eine steigende Primärinanspruchnahme, als vielmehr durch die Verdichtung ärztlich induzierter Folgeleistungen pro Patient zu verzeichnen ('Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage'; ROSENBROCK 1992, S. 47).

In diesem Beispiel werden nicht nur die enormen Potentiale der Substitutionalität medizinischer Leistungen durch gesundheitsfördernde Selbsthilfe deutlich. Die Tatsache, daß z.B. auch eine erhöhte Inanspruchnahme von Ärzten als Folge der gesundheitlichen Selbsthilfe bei 9 Prozent der Befragten zu verzeichnen war, und daß darüber hinaus 13 Prozent die nunmehr größere Wirksamkeit der Arzneimittelmedikation betonen, deutet darauf hin, daß es sich hier insgesamt um eine bewußtere Nachfrage nach gesundheitlichen Versorgungsleistungen handelte. Dieses bewußtere Nachfrage- bzw. Inanspruchnahmeverhalten vermag situativ sowohl bestehende Überversorgungen als auch Unter- oder Fehlversorgungen zu korrigieren.

Dabei kann eine erhöhte Komplementarität, durch verbessertes Zusammenspiel von Arzt und Patient, durch qualitätsbewußtere Inanspruchnahme (z.B. von Arzneimitteln) sowie durch vermehrte Co-Produktionsleistungen der Selbsthilfegruppenmitglieder, wiederum zu der beobachteten Substitutionalität beitragen. Substituiert werden so insbesondere jene Leistungen, die nach sozialmedizinischen und gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten als im Grunde unnötig und deshalb unwirtschaftlich angesehen werden, wie z.B. nächtliche Notfalleinweisungen ins Krankenhaus bei chronischen Erkrankungen, tagelange stationäre Aufenthalte ohne begleitende Schulungs- und Trainingsmaßnahmen, häufige Rehospitalisierungen (etc.).

Substitutionalität und Komplementarität bilden also zwei theoretisch begründete Ansatzpunkte, um den ökonomischen Nutzen, der nach der obigen Darstellung in der Förderung von gesundheitlicher Kompetenz sowie von Konsumentensouveränität durch gesundheitsfördernde Maßnahmen liegt, auch quantifizierbar zu machen. Gleichwohl ist dies nur eine ausschnittshafte Betrachtung der vielseitigen Effekte, welche durch gesundheitliche Selbsthilfe oder durch individuelle und kollektive 'Haushaltsproduktionsleistungen' möglich sind. Diese ausschnittshafte Betrachtung ist jedoch erforderlich, um die vielen Unklarheiten bzgl. der dargestellten Diskussion über den ökonomischen Nutzen von Gesundheitsförderung zu beantworten und zu einer plausiblen Modellbildung und Evaluation von Effekten innerhalb verschiedener gesundheitlicher Trainingsprogramme und deren Bezug zu globalen Output-Größen zu gelangen.

2.3 Überlegungen zur ökonomischen Evaluation gesundheitsfördernder Maßnahmen

„Gesundheitsförderung eröffnet wie kaum eine andere Leistung der GKV die Chance, die Versichertenkompetenz in Sachen Gesundheit neu zu entwickeln und zu stärken. ‘Aufgeklärte’ Versicherte, die bereit sind, aktiv zu ihrer Gesundheit beizutragen und Leistungen kosten- und qualitätsbewußt in Anspruch zu nehmen, könnten zum Schlüssel erfolgreicher Gesundheitspolitik und Geschäftspolitik der Kassen werden.“
(MEIERJÜRGEN 1994, S. 63)

2.3.1 Problembereiche der ökonomischen Evaluation von Gesundheitsleistungen

Die Problematik der *ökonomischen Evaluation* im Gesundheitswesen setzt nicht allein an einer isolierten Betrachtung der jeweils zu evaluierenden (medizinischen oder gesundheitsfördernden) Maßnahme an. Letztlich müssen ökonomische Evaluationsstudien als „partielle Beiträge“ zur Beantwortung der globalen gesundheitsökonomischen Leitfrage nach der Quantifizierung von Gesundheit bzw. der Gesundheitsproduktion betrachtet werden (LEIDL 1994, S. 139; vgl. Kap. 2.1.1). Dies wird u.a. daran deutlich, daß zur adäquaten Beurteilung einer Einzelmaßnahme neben der *Effektivität* und *Effizienz* ‘an sich’ auch Aspekte wie die *Relevanz*, den *Grad der Zielgruppenerreichung*, sowie die Diskrepanz zwischen der Effektivität unter idealen (Labor)Bedingungen (*efficacy*) und der Effektivität unter realen (Praxis)Bedingungen (*effectiveness*) berücksichtigt werden müssen (SCHWARTZ 1993, S. 408).

Die Relevanz einer Maßnahme stellt sich dabei als die „operationalisierte Nutzenerwartung“ (ebd.), entweder aus der Sicht der Nutzer (Nachfrage) oder der Planer einer Maßnahme (Bedarf) dar. Sofern die Relevanz einer Maßnahme für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe ermittelt ist, gilt es, diese Bevölkerungsgruppe auch gezielt anzusprechen und etwaige finanzielle oder kommunikative Zugangsbarrieren zu überwinden. So ist es beispielsweise „bei präventivmedizinischen Programmen [...] gegenwärtig nahezu eine ironische Regel: Sie finden die größte Akzeptanz bei den Gruppen mit dem geringsten Risiko“ (SCHWARTZ 1993, S. 411). Der Grad der *Zielgruppenerreichung* bestimmt jedoch maßgeblich die tatsächlich erzielte Effektivität, denn durch ein Verfehlen der eigentlichen Zielgruppe erhöhen sich, bezogen auf die Gesamtbevölkerung, auch die Kosten pro diagnostiziertem, geheiltem oder vermiedenem Krankheitsfall entsprechend (SCHUHMACHER 1995b).

Im Rahmen der eigentlichen Maßnahme können darüber hinaus erhebliche „verhaltens- und systembedingte Reibungsverluste“ entstehen, die eine Unterscheidung zwischen der Wirksamkeit unter kontrollierten Versuchsbedingungen (*efficacy*) sowie unter realen Praxisbedingungen (*effectiveness*) notwendig machen. So kann etwa bei medizinischen Technologien die Effektivität einer Maßnahme unter realen Bedingungen bis zu einem Drittel geringer ausfallen als unter idealen Bedingungen (SCHUHMACHER 1995a, S. 99). Diese Differenz wird als „soziale Effektivität“ bezeichnet; hierzu zählen externe Bedingungsfaktoren wie „Organisations-, Behandlungs- und Bedienungsmängel, unvollständige ‘compliance’ der Patienten“ (ebd.). Sie kann umso höher ausfallen, je mehr der Erfolg einer Maßnahme von der anschließenden Umsetzung durch die Adressaten abhängig ist (SCHUHMACHER 1995b, S. 20).

Ein weiterer Aspekt, der häufig mit der ökonomischen Evaluation in Verbindung gebracht wird, ist die Messung und Sicherung von *Qualität*. Qualität ist jedoch von den vorgenannten Aspekten der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu unterscheiden, da Qualität erst dann feststellbar wird, wenn die Wirksamkeit, z.B. einer Behandlungsmethode bereits hinreichend belegt (oder, etwas bescheidener: konsensfähig) ist. Qualitätssicherung setzt also die Evaluation von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit voraus (SCHWARTZ 1993, S. 400). Während die ökonomische Evaluation somit primär ergebnisorientiert ist, beinhaltet die Messung und Sicherung von Qualität als a posteriori-Evaluation neben der *Ergebnisqualität* auch Fragen der *Struktur-* und *Prozeßqualität* (DONABEDIAN 1980).

Diese Unterscheidung spiegelt sich auch in der Differenzierung von „Input-Effizienz“ und „Output-Effizienz“ wider (BMA 1984, vgl. Kap. 2.1.1). Während sich die sogenannte ‘Input-Effizienz’ lediglich auf innerhalb eines Programmes entwickelte Zielsetzungen bezieht und dabei auch Struktur- und Prozeßdaten einbezieht, besteht die ‘Output-Effizienz’ in der Erreichung globaler gesundheitspolitischer Zielsetzungen. Diese können entweder in einer Verbesserung des Gesundheitszustandes, bezogen auf die Gesamtbevölkerung bzw. auf einen definierten Personenkreis (z.B. Versicherte einer Krankenkasse) bestehen, oder in direkten monetären Einsparungen an anderer Stelle des gesundheitlichen Versorgungssystems.

Die zentralen Problembereiche hinsichtlich der ökonomischen Evaluation von Gesundheitsleistungen liegen dabei einerseits in der Quantifizierung einer globalen Outputgröße als Indikator für bessere oder schlechtere Gesundheit (Kap. 2.3.2). Andererseits ist auf dieser Basis eine Zuordnung von im Rahmen von Evaluationsstudien ermittelten Effekten

zu globalen 'Nutzen', welche die Maßnahme über ihre eigenen Grenzen hinweg rentabel machen, erforderlich. Diese Zuordnung muß durch einen konzeptionellen 'Link' auch theoretisch plausibel begründbar sein (Kap. 2.3.3).

2.3.2 Gesundheitsökonomische Outputgrößen

In der ökonomischen Evaluationsforschung werden zumeist drei Studientypen unterschieden (SCHUHMACHER 1995a, 1995b):

- die Kosten-Nutzen-Analyse (*cost-benefit*)
- die Kosten-Wirksamkeits-Analyse (*cost-effectiveness*)
- die Kosten-Nutzwert-Analyse (*cost-utility*)

Alle Verfahren versuchen in unterschiedlicher Weise, die Kosten eines Programmes (gemessen in Geldeinheiten) dessen Wirksamkeit gegenüber zu stellen. Diese Wirksamkeit kann sowohl in Geldeinheiten ausgedrückt werden (*benefits*) als auch in nichtmonetären Größen (*effects*), die drittens zu aggregierten nicht-monetären Nutzwert-Indizes (*utilities*) zusammengefaßt werden können (DRUMMOND/STODDART/TORRANCE 1987).

Ein vierter Ansatz umgeht die in diesen Analysen auftretenden Schwierigkeiten hinsichtlich der objektiven Bewertung und der Abgrenzung von monetär und nicht-monetär ausdrückbaren Größen, indem er lediglich nach der *Zahlungsbereitschaft* (*willingness to pay*) in der Bevölkerung fragt. Wenngleich der Zahlungsbereitschaftsansatz „theoretisch am besten fundiert“ sei (SCHUHMACHER 1995a, S. 103), soll er an dieser Stelle nur am Rande erwähnt werden. Als konsequent neoklassisches Instrumentarium⁹ beruht dieser Ansatz „auf dem Konzept der Konsumentensouveränität“ (SCHUHMACHER 1995b, S. 54). Da jedoch Konsumentensouveränität in Fragen der Gesundheit selbst als Variable einer effektiveren und effizienteren Nutzung gesundheitlicher Ressourcen diskutiert werden muß (vgl. Kap. 2.2.2), schließt sich hinsichtlich der Bewertung von Programmen der Gesundheitsförderung die Zahlungsbereitschaft schon per Definition als Entscheidungskriterium für oder gegen eine

⁹ Der Zahlungsbereitschaftsansatz geht von dem ökonomischen Referenzkriterium der „allokativen Effizienz“ aus, m.a.W.: der gesamtgesellschaftliche Nutzen setzt sich zusammen aus den individuellen Nutzen der einzelnen Gesellschaftsmitglieder - ausgedrückt in deren Zahlungsbereitschaft (SCHUHMACHER 1995a, S. 102).

Maßnahme aus, die u.a. der Förderung von gesundheitlicher Kompetenz, und somit letztlich auch der Förderung von Konsumentensouveränität dient.

Kosten-Nutzen-, Kosten-Effektivität- und Kosten-Nutzwert-Analyse verfolgen dagegen das Ziel, Kosten und Nutzen bzw. Effekte makroökonomisch, entsprechend der Wohlfahrtstheorie, abzubilden (SCHUHMACHER 1995a, S. 101). Welcher dieser Ansätze im Einzelfall gewählt wird, hängt zum einen von der jeweiligen Fragestellung und Zielsetzung ab, zum anderen davon, inwieweit die relevanten Einflußgrößen überhaupt als monetär erfassbar angesehen werden.

Streng genommen ist die Kosten-Nutzen-Analyse als ausschließlich kostentheoretisches Instrumentarium in den beiden anderen Ansätzen - Kosten-Effektivität und Kosten-Nutzwert - bereits enthalten, da alle diese Verfahren auf der Kostenseite von „Nettokosten“ ausgehen, also der Differenz zwischen den durch eine Maßnahme entstehenden und den dadurch vermiedenen Kosten, die gleichzeitig den monetären Nutzen dieser Maßnahme darstellen (ebd.).

2.3.2.1 Kosten-Nutzen-Analyse

In der Kosten-Nutzen-Analyse werden direkte, indirekte und psychosoziale Kosten sowie analog die direkten, indirekten und psychosozialen Nutzen unterschieden. Während *direkte Kosten* die Kosten der Behandlungs- oder Präventionsmaßnahme zuzüglich komplementärer Kosten (z.B. Fahrkosten) umfassen, werden „die Einsparungen der mit einer bestimmten Krankheit verbundenen (direkten) Kosten der Prävention, der Behandlung, der Pflege und der Rehabilitation (*Kernkosten*) sowie die vermiedenen Kosten komplementärer Güter (Fahrkosten, Diät, Umbau von Häusern, Fahrzeugen, Prozeßkosten, usw.; *zusätzliche Kosten*)“ als *direkte Nutzen* der jeweiligen Maßnahme bezeichnet (SCHUHMACHER 1995b, S. 37).

Der Ermittlung der *indirekten Kosten* können hingegen die Opportunitätskosten der durch Krankheit verlorenen Arbeits- oder Freizeit sowie die durch Krankheit oder vorzeitigen Tod verursachte Minderung des Humankapitals zugrunde gelegt werden. Beispielsweise wurde bezüglich der indirekte Kosten von Krankheit errechnet, daß pro Jahr 90 Mrd. DM an Produktionsausfällen durch krankheits- und unfallbedingte Fehltag verzeichnet werden

(AOK HESSEN 1996). *Indirekte Nutzen* lassen sich dann vergleichsweise einfach als vermiedene indirekte Kosten umschreiben.

Während die verlorene Arbeitszeit auf der Grundlage des Arbeitslohnes ermittelt wird, können unbezahlte Arbeits- oder Freizeitleistungen beispielsweise über „Schattenpreise“ bewertet werden¹⁰, oder über anderweitig gesundheitsproduktive Leistungen - z.B. die Pflege eines Angehörigen oder eine gesundheitsfördernde Sportart. Schwierigkeiten bereitet hingegen dieser „Humankapitalansatz“, wenn es um die Bewertung nicht mehr „produktiver“ Lebensjahre (im Sinne von Erwerbsarbeit), z.B. bei Rentnern, geht. Hier stößt der Ansatz nicht nur an ethische Grenzen, so daß für den Einzelfall überlegt werden muß, ob die monetäre Bewertung der indirekten Kosten und Nutzen der jeweiligen Fragestellung und Zielsetzung angemessen ist (SCHUHMACHER 1995b, S. 14).

Schließlich werden nicht monetär erfassbare - „intangible“- Größen als *psychosoziale Kosten* bzw. *Nutzen* bezeichnet. Solche psychosozialen Kosten können etwa Schmerzen, Komplikationen und Nebenwirkungen einer Therapie, aber auch soziale Stigmatisierungseffekte oder Angst durch Massenscreenings zur Identifizierung potentieller Risikogruppen sein. Psychosoziale Nutzen können hingegen in der Vermeidung dieser Kosten - z.B. durch Schmerzfreiheit, verbessertes Wohlbefinden, Selbstachtung etc. -, aber auch in sog. „gesundheitskomplementären Gütern“, etwa der Möglichkeit, kulturelle und gesellige Veranstaltungen zu besuchen und soziale Beziehungen zu pflegen, bestehen (SCHUHMACHER 1995b, S. 37).

Im Rahmen der Kosten-Nutzen-Analyse können diese psychosozialen Kosten und Nutzen zwar aufgeführt, aber nicht monetär bewertet werden; die Kosten-Nutzen-Analyse stößt hier an ihre methodischen Grenzen. Man könnte nun allerdings argumentieren, daß (intangible) psychosoziale Kosten- und Nutzeneffekte bereits in den direkten Nutzen einer Maßnahme enthalten sind und insofern gar nicht zusätzlich aufgeführt werden müßten. Gegen die zusätzliche Berücksichtigung spricht etwa, daß direkte Kosten, z.B. für die Inanspruchnahme einer medizinischen (oder psychosozialen) Leistung u.a. dazu aufgewendet werden, psychosoziale Kosten zu vermeiden bzw. psychosoziale Nutzen zu erzeugen. Der direkte Nutzen einer alternativen Leistung bestünde somit in den eingesparten direkten Kosten, die

¹⁰ Demnach wäre der Wert der Hausarbeit durch den Lohn eines Hausangestellten oder durch den Lohn, der alternativ am Arbeitsmarkt zu erzielen wäre, definiert.

ansonsten zur Vermeidung oder Linderung psychosozialer Kosten aufgewendet werden müßten (DOWIE 1970, SCHUHMACHER 1995b, S. 37).

Dies setzt jedoch voraus, daß psychosoziale Kosten in jedem Einzelfall zur Inanspruchnahme einer alternativen medizinischen (oder sonstigen) Leistung führen - im einfachsten Beispiel müßten Schmerzen (intangible Kosten) immer zu Medikamenteneinnahmen (direkte Kosten) führen, bzw. die Linderung von Schmerz (intangibler Nutzen) automatisch mit einer Reduzierung des Medikamentenkonsums (direkter Nutzen) einhergehen. Letztlich liegt dieser Annahme die These der „Medikalisierung der Gesellschaft“ zugrunde (ILLICH 1977, vgl. Kap. 1.2.2). Oftmals werden psychosozialen Kosten jedoch innerhalb der Familie oder anderen sozialen Netzwerken 'bezahlt'. 'Produktionstheoretisch' müssen also auch solche nicht-professionellen Leistungen in die komparative Betrachtung miteinbezogen werden. Hier liegt ein Ansatzpunkt für die ökonomische Bewertung der Gesundheitsförderung, indem das Substitutionspotential durch die Erhöhung von Laienkompetenz im Hinblick auf die Bewältigung psychosozialer Kosten, insbesondere jener, welche zuvor zu direkten Kosten im gesundheitlichen Versorgungssystem geführt haben, betrachtet wird (vgl. Kap. 2.2.2).

2.3.2.2 Kosten-Wirksamkeits-Analyse und Kosten-Nutzwert-Analyse

In der Kosten-Wirksamkeits-Analyse und der Kosten-Nutzwert-Analyse können neben monetären auch nicht-monetäre Größen erfaßt werden. Durch das Konzept der Nettokosten gehen direkte und indirekte Nutzen auf der Kostenseite zwar theoretisch mit in die Betrachtung ein. Darüber hinaus bietet sich jedoch die Möglichkeit, Output-Größen, welche sich einer monetärer Bewertung entziehen, als nicht-monetäre Wirksamkeitsgrößen darzustellen. Dies können z.B. „gewonnene Lebensjahre“ sein, aber auch klinische Parameter (z.B.: diastolischer Blutdruck, Cholesterinwert), die Anzahl entdeckter Fälle (für diagnostische Verfahren), „vermiedene Krankheitsfälle“ oder die verbesserte Lebensqualität (z.B. „vermiedene Komplikationen“ oder „gewonnene Jahre mit Sehfähigkeit (' vision years')“; SCHUHMACHER 1995b, S. 15).

Die Kosten-Wirksamkeits-Analyse untersucht nun im einfachsten Falle die Kosten zweier oder mehrerer alternativer Verfahren, die zu einem gegebenen Ziel führen. Dieses Ziel muß jedoch zur Vergleichbarkeit der alternativen Verfahren durch verschiedene Kriterien vorab definiert

sein („Fix-Effektivitäts-Ansatz“). Beispielhaft hierfür ist die bereits zitierte Präventionsstudie (vgl. Kap. 2.2.1), welche das Preis-Wirksamkeits-Verhältnis von drei alternativen Projekten zur Zahnerhaltung verglich, wobei die Speisesalzfluoridierung gegenüber der Trinkwasserfluoridierung und der Ernährungsberatung die geringsten Kosten bei gleicher präventiver Effektivität verursachte (MERBECKS/KÜHL 1996, S. 39).

Schwieriger wird der Vergleich zweier Maßnahmen, wenn umgekehrt bei gegebenen Kosten die Effektivität dieser Maßnahmen miteinander verglichen werden soll („Fix-Kosten-Ansatz“, ebd.). In diesem Fall müssen die unterschiedlichen Outputs zweier Maßnahmen standardisiert werden, etwa wenn die Alternative A vorwiegend die Lebensqualität der Betroffenen verbessert, während die Alternative B in erster Linie die Lebensdauer erhöht. Um hier gewissermaßen nicht Äpfel mit Birnen zu vergleichen, werden in der *Kosten-Nutzwert-Analyse* aggregierte Nutzwert-Indizes gebildet, die z.B. Lebensqualität und Lebensdauer miteinander in Beziehung setzen.

Der am häufigsten benutzte Ansatz der Kosten-Nutzwert-Analyse ist der Ansatz der „Quality Adjusted Life-Years (QUALY)“. Er geht davon aus, daß die gemessene Lebensqualität (bzw. deren Veränderung durch die erzielte Programm-Wirkung) mit der veränderten Lebensdauer in einer linearen Beziehung steht. Demnach ist ein qualitätsbereinigtes Lebensjahr, „QUALY“, als die Anzahl der erzielten Lebensjahre (LD) multipliziert mit dem Faktor der Lebensqualität (LQ), einer Zahl zwischen 0 und 1, definiert, wobei optimale Gesundheit einer $LQ = 1$ und der Tod einer $LQ = 0$ entspricht (SCHÖFFSKI/ROSE 1994).

In der Literatur finden sich verschiedene experimentelle Methoden, um die Lebensqualität sowie deren Äquivalent in Form verbleibender Lebensdauer zu ermitteln. Zu den bekanntesten zählen die „Standard-Gamble-Methode“ und die „Time-Trade-Off-Methode“, die externe Beobachter in unterschiedlichen Spielsituationen zwischen vorgegebenen Szenarien entscheiden lassen (LEU 1991, SCHUHMACHER 1995b). Neuere mehrdimensionale Gesundheits- bzw. Behinderungsindizes weisen dabei auf eine gewisse Validität dieser experimentellen Methoden hin. Beispielsweise entwickelte Robert LEU in einem komplizierten Verfahren, das vornehmlich auf subjektiven Fragebogenangaben der Betroffenen basierte, einen multidimensionalen Gesundheitsindex für die chronische Bronchitis („MIMIC, *Multiple Indicators Multiple Causes*“). Hier zeigte sich eine weitgehende Übereinstimmung mit den

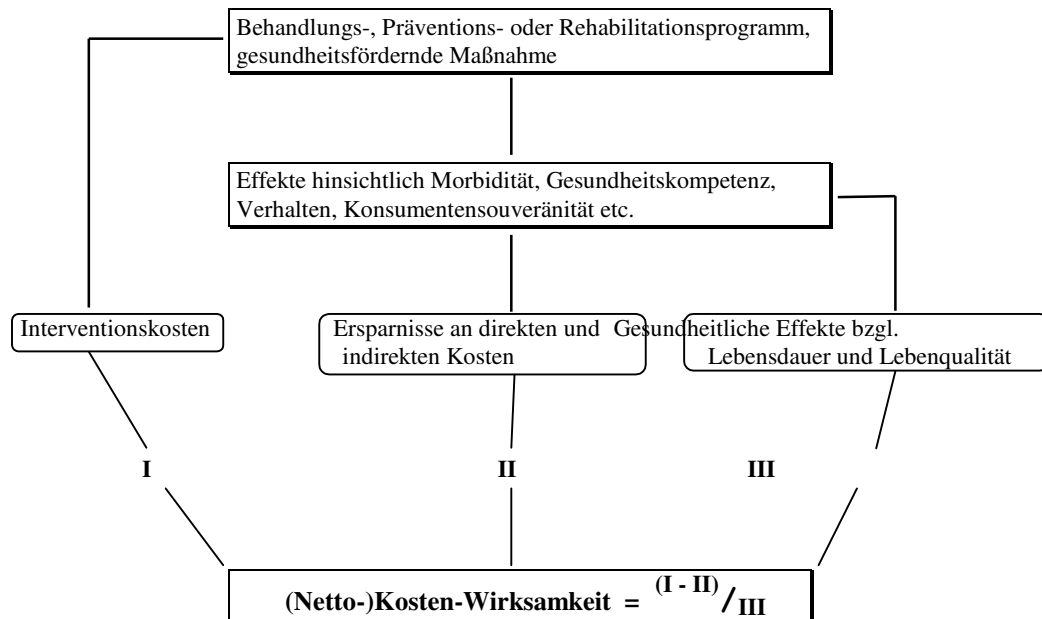
durch *Standard Gamble* bzw. *Time Trade-Off* ermittelten Nutzenäquivalenten der Lebensqualität (LEU 1991).

Dennoch wird der 'QUALY-Ansatz' oftmals dahingehend kritisiert, daß die Beziehung zwischen den Präferenzen für „Quantität und Qualität des Lebens“ aus Sicht der Patienten eben nicht - wie in dem obigen Modell unterstellt - linear verläuft (SCHWARTZ 1993, S. 413). So spielt einerseits der subjektiv empfundene Zustand des Leidens eine Rolle, wobei sowohl 'Überdruß' an einer langandauernden Erkrankung als auch das Erlernen des Umgangs mit einer Erkrankung (*Gesundheitskompetenz*) positive bzw. negative Effekte auf die 'Präferenzen' des Betroffenen (zwischen einer Steigerung der Lebensqualität und zusätzlichen Lebensjahren) haben können (SCHUHMACHER 1995b, S. 30). Darüber hinaus wird in dem QUALY-Ansatz auch nicht berücksichtigt, daß der Wert eines gewonnenen Lebensjahres in Abhängigkeit des Lebensalters von der Person selbst „abdiskontiert“ wird, also kurzfristige Erfolge höher bewertet werden als solche, die erst in der fernen Zukunft erwartet werden (SCHWARTZ 1992, S. 412).

Aus den genannten Gründen wird der Ansatz der Kosten-Nutzwert-Analyse oftmals als noch zu wenig entwickelt angesehen, um für alle denkbaren Gesundheitsleistungen eine hinreichende Output-Größe der ökonomischen Evaluation zu liefern (ebd.).

Die Kosten-Wirksamkeits-Analyse ist hingegen theoretisch einfacher umsetzbar. Sie mißt die Wirksamkeit eines Programmes anhand von situativ im Rahmen der Maßnahme selbst gesetzten Erfolgsmaßstäben. Die erzielten Erfolge werden letztlich den Kosten der Maßnahme gegenübergestellt, wobei hier bei einer methodisch korrekten Berechnung von Netto-Kosten ausgegangen wird, d.h. erzielte Einsparungen an anderer Stelle des gesundheitlichen Versorgungssystems im Sinne der Kosten-Nutzen-Analyse gehen mit in die Betrachtung der tatsächlichen Kosten eines Programmes ein (Abb. 2.4).

Abb. 2.4: Monetäre und nicht-monetäre Effekte im Rahmen der (Netto-)Kosten-Wirksamkeitsanalyse (eig. Darst.)



Im Sinne der (Netto-)Kosten-Wirksamkeitsanalyse kann somit auf zwei theoretische Outputgrößen zurückgegriffen werden; einerseits auf die eingesparten direkten und indirekten Kosten alternativer Maßnahmen, sowie andererseits auf die durch eine Maßnahme erzielte Wirksamkeit, die sich jedoch methodisch schwer in Beziehung zur jeweiligen Wirksamkeit alternativer Maßnahmen setzen läßt.

Durch die Schwierigkeit der Wirksamkeitsvergleiche zweier alternativer Maßnahmen lassen sich jedoch auch die kostenseitigen Substitutionseffekte zwischen zwei Maßnahmen, und somit die Nettokosten der zu evaluierenden Maßnahme nicht korrekt ermitteln, wenn nicht beide alternativen Maßnahmen in die Evaluation einbezogen werden. Wenn also die Möglichkeit einer Kostensubstitution nicht mit dem Risiko eines nicht zu quantifizierenden Wirksamkeitsverlustes erkaufte werden soll, müssen immer auch die systemischen Wechselwirkungen zwischen alternativen Versorgungsleistungen, sowie sonstige 'side effects' im Hinblick auf indirekte und intangible (psychosoziale) Kosten und Nutzen berücksichtigt werden. Diese 'systemischen Wirkungen' müssen auch plausibel erklärbar sein, so daß selbst ohne den Anspruch einer globalen Quantifizierung von Gesundheit eine sensible Wahrnehmung möglicher Wirkungen und Nebenwirkungen erforderlich ist.

2.3.3 Der konzeptionelle ‘Link’ zwischen sektoraler und systemischer Effizienz (Input-Effizienz vs. Output-Effizienz)

Die Bewertung von Effektivität und Effizienz im Sinne der (Netto-)Kosten-Wirksamkeits-Analyse setzt theoretisch plausible Verbindungen zwischen einer sektoralen Betrachtung der Maßnahme ‘an sich’ und möglichen gesundheitlichen Effekten und Nebeneffekten im Sinne einer systemischen Wirksamkeit voraus. Andernfalls können auch aus einer theoretisch noch so ausgefeilten Prozeß- und Ergebnisevaluation einzelner Maßnahmen keine hinreichenden Schlußfolgerungen über deren gesundheitlichen, gesundheitspolitischen oder gesundheitsökonomischen Wert gezogen werden.

Auf dieses Dilemma hinsichtlich der Praxis bisheriger Evaluationsstudien zu Präventionsprogrammen ist häufig hingewiesen worden. So werden in vielen Evaluationsstudien zu präventiven Maßnahmen Kriterien wie Verhaltensänderung (z.B. Eßverhalten), aber auch die Teilnehmerzahl, die Abbrecherquote sowie Zufriedenheit der TeilnehmerInnen erhoben (MABHOLDER 1995, S. 143). HAUB warnt in diesem Zusammenhang vor der Verwendung ‚falscher Parameter‘, die letztlich ‚nichts über die gesundheitliche Wirkung der Maßnahme‘ aussagen und somit allenfalls geeignet seien, ‚Erfolge vorzugaukeln‘ (HAUB 1991, S. 258).

Die gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Legitimation von Präventionsprogrammen basiert dabei klassischerweise auf der langandauernden Debatte über die Notwendigkeit der Vorbeugung, insbesondere von lebensweisebedingten Gesundheitsrisiken (Über- und Fehlernährung, Rauchen, mangelnde Bewegung, beruflicher und privater Streß). Zumindest hinsichtlich der ökonomischen Evaluation ist dabei oftmals ein Verharren in den Denkstrukturen des ‚Risikofaktorenmodells‘ festzustellen (vgl. Kap. 1.2.3).

„Der/die Nichtraucher/in, der/die nur wenig Alkohol trinkt, vollwertig ißt und sich regelmäßig bewegt, ist die Zielgröße, die Betriebe und Krankenkassen erreichen wollen.“ (HOMFELDT/HÜNERSDORF 1996, S. 153)

Diese ‘Zielgröße’ ist jedoch aus vielerlei Gründen nicht plausibel; nicht nur, weil sich eine dadurch erzielbare langfristige Verbesserung des Gesundheitszustandes nur schwer ökonomisch erfassen läßt. Sie wird unter ökonomischen Gesichtspunkten auch der oben dargestellten Problemanalyse der Kostenentwicklung sowie der Qualitäts- und Wirksamkeitsdefizite des Versorgungssystems für bestimmte Erkrankungen nicht gerecht

(vgl. Kap. 2.1.3). Das von vielen Präventologen gezeichnete Bild einer quasi mechanischen Substituierung medizinischer Versorgungskosten durch eine bessere Gesundheit, welche sich einzig und allein auf Nicht-Rauchen, Nicht-Trinken, gesünderem Essen (etc.) begründet, verkennt zudem, daß die Häufigkeit der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen auch von Verhaltensvariablen abhängt, welche direkt das Bewußtsein und die Kompetenz der PatientInnen als VerbraucherInnen von Gesundheitsleistungen betreffen: Gesundheitsleistungen können aktiv oder passiv, kritisch oder unkritisch, qualitätsbewußt oder fatalistisch in Anspruch genommen werden.

Um sich einer Konzeption derartiger qualitativer Inanspruchnahmeparameter anzunähern, ist die Betrachtung des Begriffes des 'Gesundheitsbewußtseins' hilfreich. Gesundheitsbewußtsein, allgemein verstanden als eine subjektiv erhöhte Aufmerksamkeit für gesundheitliche Angelegenheiten, kann sich ebenso in einer aktiven, kritischen und qualitätsbewußten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ausdrücken, wie in einer tendenziellen Überinanspruchnahme aufgrund übergroßer Symptomaufmerksamkeit sowie gleichzeitiger Überzeugung der 'gesundheitlichen Allmacht' von Professionellen (vgl. Kap. 1.2). Gesundheitsbewußtsein stellt also eine ambivalente Zielgröße im Hinblick auf die ökonomischen Effekte von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten dar.

In der Gesundheitspsychologie wird 'Gesundheitsbewußtsein' durch verschiedene Modelle umschrieben, etwa das Konstrukt der „gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen“ (*locus of control*) (ROTTER 1971, MIELKE 1982), der „Selbstwirksamkeit“ (*self-efficacy*) (BANDURA 1977), das „Modell gesundheitlicher Überzeugungen“ (*health-belief-modell*) (Becker 1974) u.v.m. (zusammenfassend: NICKEL 1995, SCHWARZER 1992). Das Modell der gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen erlaubt dabei eine Unterscheidung in Personen mit starken „internalen“ sowie „externalen Kontrollüberzeugungen“ (NICKEL 1995), und ist deshalb am besten geeignet, die angesprochene Ambivalenz von 'Gesundheitsbewußtsein' aufzuzeigen.

Personen mit starken 'internalen Kontrollüberzeugungen' neigen demnach dazu, sich selbst in hohem Maße die Kontrolle über die eigene Gesundheit zuzuschreiben, während Personen mit starken 'externalen Kontrollüberzeugungen' entweder 'mächtige Andere' (*powerful others*) oder das Schicksal als wesentliche Einflußgrößen auf die eigene Gesundheit betrachten ('soziale' bzw. 'fatalistische' externale Kontrollüberzeugung; ebd.). Entsprechend neigen

Personen mit starken internalen Kontrollüberzeugungen zu einer geringeren Inanspruchnahme von Fremdhilfeangeboten (z.B. Ärzte, Medikamente, Gesundheitskurse), ziehen aber im Falle einer Inanspruchnahme möglicherweise größeren individuellen Nutzen aus den angebotenen Hilfeleistungen (z.B. aus Lerninhalten bzgl. eigener Verhaltensweisen), während umgekehrt Menschen mit starken externalen (insbesondere sozialen) Kontrollüberzeugungen zur häufigeren Inanspruchnahme von Fremdhilfeangeboten neigen, daraus aber vergleichsweise geringeren Nutzen für die eigene Gesundheit und das Gesundheitsverhalten ziehen. Hinsichtlich der Durchführung und Evaluation von gesundheitlichen Schulungsprogrammen wird z.B. festgestellt:

- „1. Die ‘internale Person’ kommt möglicherweise erst gar nicht in den Kurs oder wird sehr kritisch gegenüber dem Arzt oder Kursleiter sein. Eventuell führt diese Einstellung zu einer Selbstüberschätzung eigener Fähigkeiten, alles unter Kontrolle zu haben.
2. Die ‘externale Person’ wird regelmäßig am Programm teilnehmen, ohne das Gelernte anschließend zu verinnerlichen oder selbständig weiterzuüben.
3. Personen mit hoher internaler und externaler Kontrollüberzeugung sind möglicherweise die ‘optimalen’ Teilnehmer, die die Fachkompetenz anderer akzeptieren und sich gleichzeitig selbst als aktive Person erleben, etwas beeinflussen zu können.“ (NICKEL 1995, S. 167)

Ähnliche Verhaltensweisen wären für die genannten Typen gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen auch in der ärztlichen Praxis denkbar. Gesundheitsförderung kann diese Verhaltens- und Einstellungsvariablen jedoch beeinflussen. Im Rahmen der ‘Förderung von gesundheitlicher Kompetenz’ geht es auch darum, sowohl internale als auch externale Kontrollüberzeugungen dahingehend zu fördern, daß eine situativ dem jeweiligen Bedarf angemessene und weitgehend selbstbestimmte Entscheidung darüber möglich ist, wann welche gesundheitliche Versorgungsleistungen erforderlich sind. Letztlich müßte also im Rahmen der ökonomischen Evaluation von Gesundheitsförderungsangeboten diese Frage im Mittelpunkt stehen, nämlich: welche Verhaltens- und Einstellungsfaktoren führen zu einer bedarfsgerechteren Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und somit zu den oben skizzierten Effekten der Substitutionalität und Komplementarität?

Einerseits liefern die hier nur kurz angerissenen Modelle der Gesundheitspsychologie sinnvolle Anknüpfungspunkte an diese Thematik. Ein ‘Kosten-Nutzen-geläuterter Begriff’ der gesundheitlichen Kompetenzförderung würde somit auch die Förderung von Konsumentensouveränität umfassen.

Andererseits fällt bei der Betrachtung der bisher hierzu geführten theoretischen Debatten und empirischen Untersuchungen auf, daß die Frage eines Zusammenhangs zwischen Einstellungsvariablen und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bislang ausgespart wurde. Im Hinblick auf die mikroökonomische Erklärung von Verhaltens- und Einstellungs determinanten der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen läßt sich also ein beträchtlicher Forschungsbedarf feststellen, welcher auch für die Frage der ökonomischen Evaluation von gesundheitsfördernden Maßnahmen bedeutsam ist.

Der konzeptionelle 'Link' von Input-Effizienz eines Gesundheitsförderungsprogrammes zu einer Output-Effizienz im Sinne von Einsparungen an anderer Stelle des gesundheitlichen Versorgungssystems ließe sich jedenfalls theoretisch bei weitem plausibler aufzeigen, wenn an Stelle des Risikofaktorenmodells ein Modell der gesundheitlichen Kompetenz und Selbstbestimmung gesetzt würde, welches nicht nur 'bessere Gesundheit', sondern auch 'effektivere und effizientere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen' zum Ziel hätte.

2.4 Zusammenfassung: Möglichkeiten und Grenzen der ökonomischen Betrachtung von Gesundheitsförderung

Die Intention dieses Kapitels war es, die wechselseitigen Beziehungen zwischen Gesundheitsökonomie und der Theorie der Gesundheitsförderung zu untersuchen. Erst in zweiter Linie läßt sich daraus eine gesundheitsökonomische Modellbildung der Gesundheitsförderung ableiten, da sich die Gesundheitsförderung in ihrem konzeptionellen Anspruch einer isolierten Betrachtung entzieht. Die theoretischen Anknüpfungspunkte ergeben sich vielmehr erst aus den vielfältigen gesundheitsökonomischen Debatten rund um das Angebot und die Nachfrage im Gesundheitswesen.

Gegenüber einer am Risikofaktorenmodell orientierten ökonomischen Evaluation der Prävention wird deshalb vorgeschlagen, nicht ausschließlich den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten im Sinne von verbesserter Ernährung, mehr Bewegung und Entspannungstraining zu betrachten. Eine ökonomische Evaluation der Gesundheitsförderung sollte sich auf das Wagnis einlassen, alle gängigen gesundheitsökonomischen Debatten kritisch zu führen, und für eine eigene Nutzenbewertung nutzbar zu machen.

Hervorzuheben ist dabei einerseits die Problematik der Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsdefizite verschiedener gesundheitlicher Versorgungsleistungen. Damit werden insbesondere Fragen der Bedarfsgerechtigkeit (Relevanz), der Zielgruppenerreichung sowie der 'idealen' und 'realen Effektivität' (efficacy und effectiveness) medizinischer Leistungen berührt (vgl. Kap. 2.3.1).

Andererseits steht dem eine mikroökonomische Debatte über das Nachfrageverhalten nach Gesundheitsleistungen gegenüber, welche nicht der Angebotsseite, sondern der Nachfrageseite eine Steuerungswirkung bezüglich der Effektivität und Effizienz von Gesundheitsleistungen zuschreibt. Größere Gesundheitskompetenz und vermehrte Eigenproduktion von Gesundheit können aus dieser Sicht auch bei Erkrankten zu einer Substitution unnötiger Leistungen, sowie zu einer verbesserten Komplementarität der in Anspruch genommenen Leistungen mit eigenen (Co-) Produktionsleistungen beitragen.

Insbesondere der Ansatz der Komplementarität liefert dabei einen wichtigen Anknüpfungspunkt, um die Effekte gesundheitsfördernder Maßnahmen auf die Wirksamkeit z.B. von medizinischen Leistungen darzustellen. So ist beispielsweise eine durch eine

gesundheitsfördernde Maßnahme erzielte Verbesserung der Compliance von Arzt und Patient dazu geeignet, die oben dargestellte Diskrepanz zwischen idealer Effektivität (efficacy) und real erzielter Effektivität (effectiveness) zu verringern und damit die Wirksamkeit, nicht primär der gesundheitsfördernden Maßnahme, sondern der medizinischen Behandlung selbst zu erhöhen.

Gesundheitsförderung könnte aus dieser Sicht auch als ein Medium verstanden werden, welches eine Optimierung der Effektivität und Effizienz therapeutischer Maßnahmen erst möglich macht. An dieser Stelle stellt sich damit die berechtigte Frage, ob nicht „die Kosten-Nutzen-Frage am falschen Gegenstand gestellt“ wird, wenn versucht wird, Gesundheitsförderung selbst gewissermaßen als ‘effektive Therapie’ zu messen (HAUB 1991, S. 259). Zumindest würde eine isolierte Betrachtung der jeweiligen Einzelmaßnahme zu kurz greifen, um alle denkbaren Nutzen, die sich in der Konsequenz auch für andere Leistungsbereiche ergeben können, zu erfassen.

Wenn auf der Grundlage ergänzender gesundheitsfördernder Beratungs-, Vermittlungs- oder Selbsthilfensätze die Wirksamkeit einzelner therapeutischer Programme ökonomisch evaluiert würde - beispielsweise in einer kontrollierten Vergleichsstudie der jeweiligen therapeutischen Behandlungsmethode mit und ohne ergänzende Maßnahmen der Gesundheitsförderung -, so würde allein die Differenz zwischen beiden Ansätzen die ergänzende Wirksamkeit der Gesundheitsförderung ausweisen. Die hieran anschließende Problematik der Quantifizierung der so erzielten gesundheitlichen Wirksamkeit - durch Kosten-Nutzwert- oder Kosten-Nutzen-Analyse (vgl. Kap. 2.3.2) - betrifft dann vielmehr die ökonomische Evaluation der eigentlichen Therapie, weniger jedoch der Gesundheitsförderung.

Sofern es darum geht, einen plausiblen Zusammenhang zwischen den durch Gesundheitsförderung erzielten Wirkungen auf Effektivität und Effizienz gesundheitlicher Versorgungsleistungen herzustellen, wären dabei weitere Studien zu den Einflüssen von gesundheitsbezogenen Einstellungsvariablen auf das individuelle Nachfrageverhalten anzustellen. Jedenfalls ist eine auffällige Parallele zwischen den in verschiedenen gesundheitspsychologischen Modellen skizzierten Persönlichkeitsmerkmalen und den vorwiegend in der ökonomischen Literatur geforderten Verhaltensweisen des ‘kritischen

Verbrauchers', des 'mündigen Patienten' oder des 'souveränen Konsumenten' festzustellen, welche auch aktiv genutzt werden könnte, um argumentativ und empirisch die ökonomischen Effekte von Gesundheitsförderung zu untermauern.

Bei diesen Ausführungen über gesundheitsökonomische Aspekte der Gesundheitsförderung darf jedoch nicht vergessen werden, daß die hier skizzierten nachfrageseitigen Verhaltensweisen des 'kritischen Verbrauchers', 'mündigen Patienten' bzw. 'souveränen Konsumenten' im Gesundheitswesen, trotz aller theoretischen Anknüpfungspunkte, insgesamt eine Verengung des gesundheitswissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Diskurses auf ein ökonomisches Angebots- und Nachfragemodell bedeuten. Dieses Modell reduziert nämlich die Gestaltungsmöglichkeiten der BürgerInnen auf das individualisierte „Wahlverhalten“ zwischen gegebenen Anbietern und Angeboten und somit auf die „Exit“-Option des einzelnen Verbrauchers auf dem Markt gesundheitlicher Versorgungsleistungen. Eine kollektive Gestaltungskraft durch Partizipation auf der Planungsebene im Gesundheitswesen („Voice“-Option; HIRSCHMAN 1970) wird bei dieser Sicht ausgeblendet.

Dieses 'theoretische Defizit' hinsichtlich der verfügbaren Handlungsalternativen von BürgerInnen und PatientInnen kennzeichnet letztlich auch die gesundheitsökonomischen Kontroversen zwischen einer ‚administrierten Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung‘ sowie einer auf der Marktlogik aufbauenden ‚evolutorischen Qualitätssicherung‘, welche einzig und allein durch mündige VerbraucherInnen sichergestellt werden soll: Während die Logik von Angebot und Nachfrage einerseits als Alternative zu bürokratisierenden Bewertungsverfahren im Gesundheitswesen angepriesen wird (OBERENDER/DAUMANN 1996), wird dem andererseits entgegengehalten, daß gerade die durch diese objektiven Bewertungsverfahren ermöglichte „valide, kommentierte Information“ notwendig ist, um BürgerInnen und PatientInnen dazu in die Lage zu versetzen, „die geforderte kritische Inanspruchnahme leisten zu können“ (STRAUB 1997, S. 57). Die kollektive, durch eine übergeordnete Instanz wahrzunehmende Sicherung von Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit, wird nach dieser Sichtweise der individuellen Qualitätssicherung durch souveräne Verbraucherentscheidungen vorausgesetzt.

Da jedoch auch die Schaffung von Transparenz, etwa in Form von Gesundheitsberichterstattung, sowie der darauf aufbauende kollektive Entscheidungsprozeß über die Gestaltung des gesundheitlichen Versorgungssystems ein Anliegen der

Gesundheitsförderung ist, welches nicht ohne den organisierten Dialog mit den BürgerInnen und PatientInnen möglich ist (vgl. Kap. 1.3.2), muß auch die oben angedeutete 'Reihenfolge' - erst administrierte Qualitätssicherung, dann qualitätsbewußte individuelle Inanspruchnahme - gründlich hinterfragt werden. Letztlich muß die partizipative Beurteilung und Planung von Versorgungsstrukturen durch die betroffenen BürgerInnen wiederum der administrierten Angebotsgestaltung vorausgesetzt werden, was in der Konsequenz zu mehr Pluralität und nicht zu einer verstärkten Standardisierung in ökonomisch faßbaren Größen führt:

„Wir müssen anfangen, eine Sozialpolitik zu entwickeln, die es aufgibt, Probleme auf die 'einzig mögliche' und expertendefinierte Art zu lösen. Qualitätskontrolle durch zentrale Administrationen wird unter diesem Blickwinkel ein lächerliches Konzept. Statt einer Bestimmung von Sozialpolitik von oben nach unten, brauchen wir eine Bewegung von unten nach oben, die von der Basis ausgeht und von dort den offiziellen Stellen mitteilt, welche sozialpolitischen Maßnahmen und Programme notwendig sind [...]. Das heißt, daß der Prozeß des 'empowerment' nicht nur je nach Art der Problematik und des Kontextes unterschiedlich verlaufen wird. Und diese Unterschiedlichkeit in der Ausgestaltung sollte auch dominieren.“ (RAPPAPORT 1985, S. 271)

Die Artikulation von Interessen und aktive Angebotsgestaltung durch Betroffene beschreibt also vielmehr einen politischen Prozeß, der die ökonomische Sichtweise der Souveränität von 'Konsumenten' übersteigt. Sofern dies in der häufig ökonomisch dominierten Diskussion über die politische Steuerung und die Möglichkeiten der Beteiligung von BürgerInnen im Gesundheitswesen nicht hinreichend beachtet wird, wird die „Hierarchie“ von Politik und Ökonomie geradezu auf den Kopf gestellt (vgl. Kap. 3.2.2):

„An die Stelle einer Pluralität von Steuerungsmedien [tritt] eine neue Hierarchie [...], die das Gesundheitswesen in seinem Kern als ein marktwirtschaftliches Wettbewerbs- und Produktionssystem begreift, für das politische Regulation und professionelle Kultur eine zwar unverzichtbare, aber doch untergeordnete Rolle spielen.“ (EVERS 1998a, S. 2)

Dies ist sowohl für die Zuweisung von Kompetenzen und Zuständigkeiten der Steuerung des Gesundheitswesens als auch für den Begriff der Souveränität von BürgerInnen, PatientInnen und KonsumentInnen bedeutsam (EMANUEL/EMANUEL 1996). Zwar kann die aus ökonomischer Sicht vorgeschlagene Förderung von gesundheitlicher Kompetenz mit dazu beitragen, daß auch das Problembewußtsein für Versorgungsmängel oder sonstige strukturelle Hindernisse für die Realisierung von Gesundheit geschärft wird. Das Wissen über die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit alternativer Behandlungsformen (Gütertransparenz), alternativer Anbieter (Markttransparenz) sowie über den persönlichen Bedarf, der sich u.a. aus der Breite des eigenen Handlungsspektrums an Selbsthilfealternativen ableitet (Bedarfstransparenz), befähigt und ermutigt möglicherweise auch zur 'qualifizierten Kritik' an

subjektiv wahrgenommen Versorgungsmängeln und könnte somit ein Grundstein für die geforderte organisierte „Patientenbewegung“ sein (KRANICH 1993). Dies läßt sich jedoch nicht allein in der Terminologie der Souveränität von Konsumenten fassen, sondern verlangt nach einem differenzierteren Souveränitätsbegriff, der sich etwa auch auf die demokratische Beteiligung von BürgerInnen bzw. von Coproduzenten erstreckt (EVERS 1998b).

Trotz aller Substitutionspotentiale im Gesundheitswesen, welche durch die Produktion von Gesundheit außerhalb des professionellen Versorgungssystems gegeben sind, beinhaltet eine auf dieses Substitutionsziel ausgerichtete, isolierte Planung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung stets die Gefahr, diejenigen die eigentlich davon profitieren sollen, für Aufgaben zu instrumentalisieren, für die sie entweder nicht die politischen und institutionellen Kompetenzen besitzen, oder die möglicherweise gar nicht in der Intention ihrer selbstorganisierten Aktivitäten lagen:

„The accompanying slogans of ‘making fuller use of human resources’, of promoting self-care and self-reliability, might well mask a process of colonising and instrumentalising these ‘life worlds’, introducing manipulative social technologies, e.g. by creating preventive programmes from top down, by using symbolic policies giving the community just enough for functioning as a resource needed for overall economic and urban development but far too little in order to have impact on the prevailing institutions, values and practices.“

(EVERS 1990a, S. 215)

Die konzeptionelle Integration der Gesundheitsförderung in die ökonomische und politische Problematik des gesundheitlichen Versorgungssystems wird somit auch aus dieser Sicht zu einer vordringlichen Aufgabe. Sowohl aus dem Blickwinkel des gesundheitsökonomischen Diskurses als auch vor dem Hintergrund einer kritischen Würdigung der insgesamt begrenzten Reichweite des ökonomischen Paradigmas bzgl. der Planung und zielorientierten Steuerung von Politiken läßt sich feststellen, daß eine ökonomische Modellbildung der Gesundheitsförderung auf den inhaltlichen Bezug zum Gesundheitswesen angewiesen ist. Dies kann aber noch viel weitergehende Konsequenzen auf politischer Ebene bedeuten. Inwieweit nämlich die geforderte und möglicherweise durch Gesundheitsförderung trainierte Mündigkeit und Eigenverantwortung von BürgerInnen zum Tragen kommt, hängt von dem jeweiligen politischen Verständnis darüber ab, welche Kompetenzen der Beteiligung den Betroffenen bei der Gestaltung der gesundheitlichen Versorgungsstrukturen zugebilligt werden sollen.

3 Gesundheitspolitische Aspekte

*„Centralizers are fearful of what ordinary people may do to their systems.
Decentralizers are fearful of what those systems may do to us.“*
(Barbara Garson, zit. n. WENZEL 1990, S. 6)

3.1 'Public Health' - Gesundheitspolitik im weitesten Sinne

3.1.1 Public Health-Innovationen in und außerhalb expliziter Gesundheitspolitik

„Gesundheitspolitik im Sinne von Public Health findet nicht nur dort statt, wo über Gesundheit geredet wird, sondern überall dort, wo durch die Gestaltung von Verhältnissen, Verhaltensbedingungen und -anreizen populationsbezogene Wahrscheinlichkeiten von Erkrankungen, Progredienz, Chronifizierung, krankheitsbedingter Einschränkung von Lebensqualität und Tod - positiv oder negativ - beeinflußt werden“ (WZB 1995, S. 20).

Public Health kann zurecht als „soziale Innovation“ (ebd.), nicht nur im Rahmen traditioneller Gesundheitspolitik, sondern im Querschnitt gesellschaftspolitischer Handlungen angesehen werden. Dabei hat die populationsbezogene Perspektive von Gesundheit - *Public Health* - allerdings eine lange Tradition bis weit in das 19. Jahrhundert hinein. Protagonisten der öffentlichen Gesundheit sahen stets den Bezug des Sozialstaats und der Politik zur Medizin und umgekehrt. „Medizin ist eine sociale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts, als eine Medizin im Grossen“ (Virchow 1848, zit. n. HUNGELING 1995, S. 1), m.a.W.: „So wie die Medizin der Gesundheit des Einzelnen diene, müsse die Politik der Gesundheit der Gesamtheit dienen“ (ebd). Da heute zunehmend gesichert ist, daß andere gesellschaftliche Bereiche und Politikfelder weitaus größeren Einfluß auf die Gesundheit der Bevölkerung haben als das Gesundheitswesen selbst (BUSSE/WISMAR 1997), wird bisweilen sogar diskutiert, ob nicht Gesundheitspolitik der Oberbegriff sei, unter dem Sozialstaat und Sozialpolitik zu subsumieren seien (HUNGELING 1995).

Diese Abgrenzungsproblematik wird auf der Ebene der Weltgesundheitsorganisation unter dem Begriffspaar „Public Health Policy“ und „Healthy Public Policy“ diskutiert (CONRAD/KICKBUSCH 1988). 'Healthy Public Policy' meint dabei die weiteste Perspektive

gesundheitsrelevanter Handlungen in allen Bereichen der Politik. Dies führt in der Konsequenz dazu, daß zunehmend auch Fragen der Arbeitsmarktpolitik, der Familienpolitik, der Umweltpolitik oder der Verbraucherschutzpolitik unter dem Gesichtspunkt der Gesundheit diskutiert werden müssen (ebd.).

Public Health-Politik kann demgegenüber - etwas bescheidener - als Versuch gedeutet werden, das Phänomen Gesundheit wieder als eine die Bevölkerung in ihrer Gesamtheit betreffende Angelegenheit zu betrachten, und nicht lediglich auf die Privatsphäre der medizinischen Praxis und die damit einhergehende Individualperspektive zu reduzieren. Das Public Health-Paradigma als 'Makro-Perspektive' macht dabei politisches Handeln im Sinne einer an gesellschaftlichen und gesundheitlichen Zielen orientierten Gesundheitspolitik erst möglich. Der auf der Ebene der Gesetzgebung üblicherweise vorgenommenen Reduktion von

- Gesundheitspolitik auf Krankenversorgungspolitik
- Krankenversorgungspolitik auf Ausgabenpolitik und
- Ausgabenpolitik auf die Steuerung des Versicherten- bzw. Patientenverhaltens (ROSENBROCK 1988)

wird im Rahmen von Public Health eine 'echte', an inhaltlichen „Gesundheitszielen“ orientierte Politik gegenübergestellt (KNEIPS 1997).

Neben dieser Zielorientierung, die sich u.a. aus dem Zusammenspiel mit (sozial-) epidemiologischer Forschung und Gesundheitsberichterstattung (vgl. Kap. 1.3.2) ergibt, beinhaltet Public Health aber eine Reihe weiterer sozialer Innovationen, die in engem Zusammenhang mit dem Begriff der Gesundheitsförderung (vgl. Kap. 1.1) stehen.

So werden auf der Ebene der Problemwahrnehmung („assessment“) neben rein physiologisch-quantitativen zusätzlich qualitative, soziale bzw. psychosoziale Faktoren miteinbezogen. Wie bereits in Kap. 1 ausgeführt, liegt dieser Betrachtung ein grundsätzliches anderes Ätiologiekonzept von Krankheit und Gesundheit zugrunde, welches nicht nur, zumeist stoffliche, Risikofaktoren berücksichtigt, sondern vielmehr auch an vorhandenen und zu fördernden gesundheitlichen Ressourcen ansetzt (WZB 1995, S. 18; Abb. 3.1).

Abb. 3.1: Public Health: Problemwahrnehmung („assessment“) (WZB 1995)

	bisheriger Standard	Public Health-Innovation
Problemdefinition	fallbezogen	populationsbezogen
Risikokzept	physiologisch quantitativ	zusätzlich psychosozial qualitativ
Ressourcenzept	Geld, Recht, Information	zusätzlich sozial und psychosozial
Ätiologiekzept	Belastungen, Noxen	Ungleichgewicht Belastungen/Ressourcen

Bezüglich der Interventionslogik („policy formulation“) stehen gegenüber der traditionell kurativ orientierten Gesundheitspolitik vorwiegend präventive Potentiale im Vordergrund. Diese berücksichtigen jedoch, wiederum in Anlehnung an die Ottawa-Charta, insbesondere kollektive sowie durch Lebenslagen bedingte Risikofaktoren; die individuelle Gefahrenabwehr des Einzelnen durch herkömmliche Ansätze der Verhaltensprävention bildet dabei lediglich einen, nicht jedoch den wesentlichen präventiven Einflußfaktor. Als Ziel einer solchen präventiven Gesundheitspolitik ist demnach auch nicht primär die Vermeidung oder Kompensation gesundheitlicher Verhaltensdefizite anzusehen, sondern die ganzheitliche Förderung von *Handlungsautonomie* auf allen Ebenen gesundheitlicher Handlungen (ebd., Abb. 3.2).

Abb. 3.2: Interventionslogik („policy formulation“) (WZB 1995)

	bisheriger Standard	Public Health-Innovation
Aufgreifkriterium	eingetretene Risiken	präventive Potentiale
Interventionskonzept	individuelle Gefahren- abwehr	kollektive Gefahren- vorsorge
Interventionstyp	Normen (v.a. Grenz- werte) Wissen-Einstellung-	zusätzlich Faktoren der Lebenslage, Lebensweise
Interventionsziel	Kompensation von Autonomiedefiziten	Autonomieförderung (enabling, empowerment)

Wesentliche Umsetzungselemente auf der Ebene der Steuerung sind Vernetzung und Kooperation der beteiligten Akteure, modernes Organisationslernen und Organisationsentwicklung sowohl innerhalb als auch zwischen den beteiligten Institutionen. Dabei sind neben „top down-“ gleichermaßen „bottom up-Strategien“ zu entwickeln, welche die Perspektive der Betroffenen in den Mittelpunkt rücken.

Partizipation der Bürger (bzw. Versicherten, Patienten etc.) hat dabei, so die These des Empowerment (vgl. Kap. 1.1), nicht nur die wichtige Funktion, Angebots- und Versorgungsstrukturen besser an die psychosozialen und sozioökonomischen Lebensverhältnisse der Nutzer anzupassen, sondern hat darüber hinaus selbst eine quasi-therapeutische Wirkung: Wenn „Ohnmacht kränkt“, so trägt die Förderung von Problem- und Selbstbewußtsein sowie die Stärkung einer aktiven, auch politischen Handlungsbereitschaft der Bürger mit zu einer neuen, ‘gesünderen’ Gesundheits- und Sozialpolitik bei (TROJAN 1993). Während im vorangegangenen Abschnitt (Kap. 2) noch von einem ‘souveränen Konsumenten’ die Rede war, besteht die sozialpolitische Version dieses Menschenbildes darin, die Betroffenen selbst als partizipierende Akteure, als Entscheidungsträger im gesundheitsbezogenen Versorgungsprozeß, der selbstverständlich weit über das Medizinsystem hinaus geht, zu begreifen.

Als relevante Handlungsfelder stehen demzufolge in erster Linie paramedizinische Bereiche wie Nachbarschaftshilfe und die Ausbildung sozialer und familialer Netzwerke, etwa bei der Bewältigung alltäglicher Versorgungsaufgaben wie der Altenpflege und der Kinderbetreuung (etc.) im Vordergrund. Solche Netzwerke, ebenso wie Bürgerinitiativen des Verbraucher-, Umwelt- oder Lärmschutzes und erst in zweiter Linie Selbsthilfegruppen mit direktem Gesundheits- bzw. Krankheitsbezug bilden gemeinsam eine neue politische Kultur, in deren Rahmen das medizinische Versorgungssystem gleichberechtigt neben anderen gesundheitsrelevanten Berufsgruppen - Sozialarbeiter, Oecotrophologen etc. - besteht und von den Nutzern durch Nachfrage, aber auch durch aktive Steuerung, Kooperation und Partizipation wahrgenommen wird (DEMMER 1992; EVERS 1990b; Abb. 3.3).

Abb. 3.3: Steuerung/Akteure („policy fomulation/assurance“) (WZB 1995)

	bisheriger Standard	Public Health-Innovation
Steuerungssubjekt	Staat: Sozialversicherungsträger	zusätzlich: policy-networks in Interventionsbereichen
Steuerungsinstrumente	Geld, Norm, Information	zusätzlich Partizipation, Organisationsentwicklung, Organisationslernen
Steuerungsbereiche	explizite Gesundheitspolitik	explizite und implizite Gesundheitspolitik
Professionelle Zuständigkeit	Gesundheitsberufe	gesundheitswirksame Berufe

Dies ist keineswegs als eine Abwertung des Medizinsystems oder der von staatlicher Steuerung in hohem Maße abhängigen Sozialversicherungsträger gemeint, sondern lädt vielmehr dazu ein, sich auch von dieser Seite an einer problem- und zielorientierten Politik zu beteiligen. Um eine bürgernahe Politik und die Partizipation der Betroffenen (*policy-networks*) zu gewährleisten, bedeutet dies jedoch z.B. die Aufwertung der öffentlichen Gesundheitsdienste als Repräsentanten einer regionalisierten und an den gesundheitlichen Problemlagen ‘vor Ort’ unmittelbar anknüpfenden Gesundheitspolitik (MÜLLER et al. 1991, BADURA 1988).

Public Health-Politik läßt sich also durch eine ganze Reihe sozialer Innovationen auf verschiedenen Ebenen politischer Handlungen charakterisieren. Dabei spielen Schlagworte der Gesundheitsförderung (Vermitteln/Vernetzen, Anwaltschaft, Empowerment) eine ebenso zentrale Rolle wie allgemein angemahnte ‘Regeln’ des politischen, wirtschaftlichen oder administrativen Handelns, etwa Kooperation und Partizipation. Arbeitsprinzipien der Gesundheitsförderung lassen sich also auf den erweiterten Rahmen gesundheitspolitischer Handlungen bzw. gesundheitsrelevanter politischer Handlungen im weitesten Sinne übertragen. Dabei wird durch die vielen konzeptionellen Parallelen zwischen Gesundheitsförderung und den hier skizzenhaft dargestellten Grundprinzipien von Public Health offenkundig, daß es sich um eine weitgehende Deckungsgleichheit beider Konzepte in jeweils unterschiedlichen Diskussionskontexten handelt. Public Health bildet gewissermaßen den Rahmen der Gesundheitsförderung.

Das Begriffspaar 'Public Health Policy' sowie 'Healthy Public Policy' zeigt indes auf, daß es bei der Reorientierung der Gesundheitspolitik an Public Health-Prinzipien nicht unmittelbar darum gehen kann, eine sektoral begrenzte, explizite Gesundheitspolitik durch eine grenzenlose Perspektivenausweitung auf alle gesundheitsrelevanten Bereiche des gesellschaftlichen Lebens (Healthy Public Policy) zu ersetzen. Vielmehr besteht auch hier eine Wechselwirkung zwischen expliziter und impliziter Gesundheitspolitik, welche im Bedarfsfall und auf der Grundlage autonomer Entscheidungen der betroffenen Bürger den Rahmen gesundheitspolitischer Handlungen beinahe beliebig erweitern, aber auch wieder auf den eigentlichen 'Kernbereich' des Gesundheitswesens verengen kann. Prioritäre gesundheitliche Zielsetzungen richten sich demzufolge nach der Dringlichkeit der wahrgenommenen gesundheitlichen oder, im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen entstandenen sozialen oder wirtschaftlichen Probleme in der Bevölkerung.

Schließlich wird Public Health aber durch zwei, im Ansatz scheinbar gegensätzliche Elemente gekennzeichnet. Einerseits steht dabei die Orientierung an gesundheitlichen Zielen im Vordergrund, andererseits aber auch der Prozeß der kooperativen und partizipativen Zielfindung im Rahmen von Politik-Netzwerken. Während gesundheitliche Ziele an sich eher auf eine planerische - und traditionellerweise dem Zentralstaat zugeordnete - Aufgabe verweisen, erfordert der Anspruch der Bürgernähe und Partizipation umgekehrt den Abbau staatlich-bürokratischer Regulierungsdichte (Deregulierung) sowie eine in hohem Maße dezentralisierte und regionalisierte Organisation der Gesundheits- und Sozialpolitik.

3.1.2 Zielorientierung vs. Deregulierung im Gesundheitswesen

Der Anspruch inhaltlicher Gesundheitspolitik wird seit Jahren eng mit der Formulierung von Gesundheitszielen verbunden (KNEIPS 1997). Anknüpfend an die WHO-Initiative „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ aus dem Jahr 1977 sowie an die Vorreiterschaft der kanadischen Bundesregierung (LALONDE 1974) haben sich in den letzten Jahren verschiedene Länder auf die Adaptation einiger der von der WHO formulierten Zielbündel geeinigt (BUSSE/WISMAR 1997)¹.

¹ Neben Kanada und später den USA auch: Australien, Frankreich, Schottland, England, Wales, die Niederlande, die skandinavischen Länder sowie einige Regionen Spaniens. In Deutschland existieren bislang Gesundheitsziele für die Bundesländer Nordrhein-Westfalen und Berlin (BUSSE/WISMAR 1997).

In der Bundesrepublik waren die Bemühungen um die Entwicklung ökonomischer und medizinischer Orientierungsdaten zur Formulierung von Gesundheitszielen seit den frühen 80er Jahren zunächst durch die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (KAiG), später durch die Einrichtung einer Arbeitsgruppe „Prioritäre Gesundheitsziele“ durch das Bundesgesundheitsministerium (WEBER et al. 1990) sowie durch die Einberufung eines Sachverständigenrates der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) gekennzeichnet. All diese Bemühungen haben allerdings bis heute, trotz dreier Reformstufen, nicht zu einer Umorientierung der „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“ (SCHÖNBACH 1997) bzw. der in hohem Maße durch Lobby- und Verbandsinteressen bestimmten deutschen Gesundheitspolitik geführt (FELKNER 1996).

Dabei wurde bereits vor der ersten Gesundheitsreform 1989 die Notwendigkeit erkannt, „Gesundheitspolitik nicht mehr von Institutionen, sondern von Problemen her zu konzipieren“ (ROSENBROCK 1988). Da das Krankheits- und Sterbegeschehen heute von wenigen chronischen Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Karzinome, chronische Bronchitis, Diabetes mellitus, nicht entzündliches Rheuma), psychischen Erkrankungen und vermeidbaren Unfällen (incl. Selbsttötungen) dominiert wird (zusammen ca. 90% der Gesamtmorbidität und -mortalität), geht es bei einer zielorientierten Gesundheitspolitik zunächst um eine genauere Analyse der Bedingungsfaktoren sowie der Interventionsmöglichkeiten für diese dominierenden Krankheitsarten. Dabei stellen sich u.a. drei Leitfragen:

„- Welche gesundheitlichen Probleme lassen sich vor ihrer Manifestation verhindern? (Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung)

- Wie sollen Übergänge, Zwischenzonen und Verweisungswege zwischen der ‘gesunden Lebenswelt’ und dem ‘professionellen Krankenversorgungssystem’ gestaltet werden? (Übergänge und Zugangsregulierung)

- Mit welchen Strukturen und Instrumenten kann das Verhalten der Akteure im Inneren des Krankenversorgungssystems problemadäquat (d.h. gesundheitsgerecht, effizient und effektiv) gestaltet bzw. gesteuert werden?“ (ebd., S. 15)

Auf diesen drei Ebenen gilt es, Zielvorstellungen zu entwickeln, um den verschiedenen gesundheitspolitischen Akteuren überhaupt konkrete Aufgaben zuweisen zu können (ROSENBROCK 1988). ROSENBROCK führt hierzu, unter kritischem Bezug auf die noch darzustellende Einführung der Prävention als GKV-Leistung (vgl. Kap. 3.3.1), weiterhin aus:

„Unterbleibt dies (wie üblich), so wird z.B. der GKV ein allgemeiner Präventionsauftrag zugeschrieben, ohne zu untersuchen, was die GKV auf diesem Gebiet kann, welche Instrumente sie dafür benötigt und wer die Aufgaben erfüllen soll, die die GKV auf diesem Gebiet eben nicht erfüllen kann.“ (ebd., S. 15)

Auch die Formulierung von Gesundheitszielen steht also in einem engem Bezug zu einer Politik der Prävention und Gesundheitsförderung bzw. bildet sogar deren Voraussetzung. Dabei liefert eine differenzierte Gesundheitsberichterstattung in den vier maßgeblichen Bereichen Risikoberichterstattung, Krankheitsberichterstattung, Versorgungsberichterstattung und Politikberichterstattung die Grundlage zur Entwicklung prioritärer Handlungsfelder, sowohl für den präventiven als auch für den kurativen und rehabilitativen Bereich (vgl. Kap. 1.3.2).

Hinzu kommt die Notwendigkeit, auch die subjektive Problemwahrnehmung durch die Nutzer gesundheitlicher Versorgungsleistungen zu berücksichtigen, die Betroffenen bzw. ihre Interessenvertreter daher bei der Formulierung prioritärer Handlungsfelder miteinzubeziehen (vgl. Kap. 1.3.2). Partizipation der betroffenen Bürger läßt sich jedoch politisch insbesondere auf der regionalen Ebene erreichen, die einen direkten Bezug zu den Problemen ‘vor Ort’ sowie die organisatorischen Voraussetzungen für eine möglichst breite Bürgerbeteiligung gewährleistet. HILDEBRANDT und TROJAN weisen auf diesen Umstand eindrücklich hin, indem sie die Möglichkeiten der persönlichen Identifikation und Problemwahrnehmung als Voraussetzungen für bürgerschaftliches Engagement in gesundheitspolitischen Angelegenheiten betonen:

„Welches ist nun der soziale Ort für eine Verwirklichung einer solchen neuen Art von öffentlicher Gesundheitspolitik. Dieser Ort ist die Stadt bzw. die Gemeinde, in der wir leben und in der wir uns halbwegs auskennen, wo die Entfernung voneinander noch nicht so groß ist, daß die Politik nur noch über den Fernseher flimmert und weder die Bürger noch die Offenziellen sich untereinander kennen. Und wo gleichzeitig die Probleme von industriellem Wandel, Veränderungen in der Familienstruktur, neue Lebensstile, Hoffnung und Hoffnungslosigkeit für alle sichtbar zum Ausdruck kommen.“ (HILDEBRANDT/TROJAN 1988, S. 64)

Ausdruck der regionalen Orientierung von Public Health ist, neben der bereits angesprochenen Diskussion um die Stärkung der öffentlichen Gesundheitsdienste (s.o.), z.B. das Aktionsprogramm der WHO „Healthy Cities“ (HILDEBRANDT/TROJAN 1986) sowie insbesondere die Forderung nach regionalen Gesundheitskonferenzen (REINERS 1994). Eine regionale Gesundheitskonferenz bildet dabei das Forum, um unter Beteiligung aller Interessengruppen (Ärzte, Apotheker, Krankenhäuser, nicht-medizinische Anbieter,

Selbsthilfegruppen, Verbraucherorganisationen, Krankenkassen etc.) bei der Gestaltung gesundheitlicher Versorgung letztlich gemeinsame Ziele zu entwickeln. Die Moderations- bzw. Koordinierungsfunktion kommt dabei sog. „Brückeninstanzen“ (TROJAN/HILDEBRANDT 1990) zu, die idealerweise an die Entscheidungsträger regionaler und kommunaler Politik angegliedert sind.

Gesundheitspolitik im Sinne von Public Health ist mithin nicht primär eine zentralstaatliche, sondern eine dezentral, für jede Region selbst zu gestaltende Aufgabe. Vordringliche politische Aufgabe ist dabei der Abbau zentralstaatlicher und bürokratischer Regulierungsdichte, sowie die Aktivierung eines offenen Dialogs zwischen Leistungserbringern und den betroffenen Bürgern, letztlich also auch die Flexibilisierung von Angebot und Nachfrage.

Hieran knüpfen in gewisser Weise auch die in den letzten Jahren vielfältig eingebrachten Reformideen der *Deregulierung* und Marktorientierung im Gesundheitswesen an (z.B. OBERENDER 1990, NEUBAUER 1997). Auch von dieser Seite wird die hohe Regulierungsdichte und die zentralstaatliche Orientierung deutscher Gesundheitspolitik beklagt, welche Innovationen mit dem Ziel der Effektivität und Effizienz, sowie ein flexibles Reagieren auf die zunehmend differenzierten gesundheitlichen Bedürfnisse in der Bevölkerung behinderten.

Allerdings hat sich diese Diskussion über Deregulierung und Marktorientierung im Gesundheitswesen vielfach von den eigentlichen gesundheitspolitischen Fragestellungen entfernt, und vielmehr zu einer Grundsatzdebatte über die Vor- und Nachteile der Marktwirtschaft verselbständigt (REINERS 1987, S. 640): In einer Art „aprioristischer Ordnungspolitik“ im Gesundheitswesen zeige sich die spezifisch deutsche Tradition in der Wirtschaftswissenschaft, welche im Prinzip nur zwei verschiedene Lenkungssysteme kenne, nämlich die „zentral verwaltungswirtschaftliche Lenkung und die Wettbewerbsordnung“ (ebd.). Dieser ordnungspolitische Dualismus führt letztlich dazu, daß „das Fehlen marktwirtschaftlicher Steuerungsprinzipien per se für ein Strukturdefizit“ gehalten wird (REINERS 1987, S. 640).

Durch diese Grundsatzdebatte sind jedoch nicht nur spezifische gesundheitliche Fragestellungen vielfach vernachlässigt worden. Auch die zuvor angemahnte gesundheitspolitische Orientierung, ‘weg von Institutionen, hin zu gesundheitlichen Problemen’ und somit zu gesundheitlichen Zielvorstellungen, ist gerade durch die vorwiegend von

ökonomischer Seite geführte Privatisierungsdebatte gelähmt worden. Dies wird u.a. damit begründet, daß die Entwicklung und Formulierung von (Gesundheits-)Zielen als planerische Komponente, vom theoretischen Standpunkt betrachtet, der Marktwirtschaft wesensfremd ist: „Die Klassik in der ökonomischen Wissenschaft geht von einem Menschenbild aus, bei dem jedes Individuum - seinem Selbstinteresse folgend - den eigenen Nutzen zu steigern sucht. Die persönlichen Präferenzen dürfen nicht durch gesellschaftliche Ziele überlagert werden“ (BUSSE/WISMAR 1997, S. 33).

Gunnar GRIESEWELL spricht in diesem Zusammenhang gar von einer „Psychopathologie der ordnungspolitischen Diskussion im Gesundheitswesen“ (GRIESEWELL 1994), welche zwei wesentliche Elemente einer fortschrittlichen Public Health-Politik, Zielorientierung einerseits und Deregulierung im Sinne partizipativer, regionaler Politik andererseits, nicht miteinander in Einklang zu bringen vermag. Wettbewerb wird dabei als Konzept der Zielorientierung entgegengestellt und gewissermaßen als Selbstzweck propagiert. Dabei bietet sich gerade im Gesundheitswesen, das in hohem Maße inhaltliche Anforderungen an die Akteure stellt, an, auch das Element ‘Wettbewerb’ in eine gemeinsame, an gesundheitlichen Zielen orientierte Politik zu integrieren: „Wettbewerb ist schließlich kein Selbstzweck, sondern ein Instrument zur Erreichung von ... , ja was, wenn nicht von Gesundheitszielen?“ (SCHÖNBACH 1997, S. 46)

Das hier dargestellte Spannungsfeld zwischen Zielorientierung und Deregulierung verweist jedoch in seiner Konsequenz auf eine noch viel grundsätzlichere Differenzierung: Wenn nicht das gemeinsame Erreichen, so doch zumindest das gemeinsame Formulieren von Gesundheitszielen erfordert statt Wettbewerb vielmehr eine Kooperation zwischen den beteiligten Akteuren. Das Begriffspaar ‘*Kooperation* und *Wettbewerb*’ deutet damit schließlich den grundlegenden Unterschied zwischen Public Health-Politik und einer neo-liberalen Gesundheitspolitik an, die seit Jahren von der Erschließung von Rationalisierungs- und Effizienzreserven durch Privatisierung, Wettbewerb und entsprechende Anreizsysteme schwärmt (z.B. KRONBERGER KREIS 1987). Die politisch-praktischen Konsequenzen dieser Differenzierung bzw. der Dominanz des letztgenannten Paradigmas der Konkurrenz und des freien Marktes lassen sich anhand der gesundheitspolitischen Reformdiskussion in der Bundesrepublik Deutschland aufzeigen.

3.2 Die Reformdebatte der bundesdeutschen Gesundheitspolitik

3.2.1 Die gesetzliche Krankenversicherung - zentrale Säule des deutschen Gesundheitswesens

Die Reformdebatte im deutschen Gesundheitswesen konzentrierte sich von Beginn an auf den Gegenstand der gesetzlichen Krankenversicherung (ROSENBROCK 1988). Wenngleich dies nicht immer als problemadäquat und das gesamte Spektrum gesundheitspolitischer Handlungen abdeckend betrachtet wird (ebd.), zeigt es doch zumindest die zentrale Bedeutung, welche der gesetzlichen Krankenversicherung im deutschen Gesundheitswesen zukommt:

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die als erste Säule der deutschen Sozialversicherung im Jahre 1883 unter Reichskanzler Bismarck begründet wurde, versichert bis heute rund 90 % der bundesdeutschen Bevölkerung. Bei einem Finanzvolumen von über 200 Mrd. DM (1993) entfallen knapp die Hälfte aller Ausgaben für Gesundheit in Deutschland auf die GKV (STATISTISCHES BUNDESAMT 1996, BÄCKER et al. 1989, ROSENBROCK 1992).

Im internationalen Vergleich zeichnet sich dieses Versicherungssystem durch einen 'Mittelweg' zwischen einer überwiegend marktwirtschaftlichen Orientierung (wirtschaftsliberales Modell, Bsp. USA) und einem vorwiegend staatlich geregelten Gesundheitssystem (sozialdemokratisches Modell, Bsp. Schweden) aus (ESPING-ANDERSEN 1990). Während die Leistungserbringung gemischtwirtschaftlich, jedoch mit starkem „Privatisierungssog“ in den gewinnträchtigsten Sektoren (z.B. in Form niedergelassener Ärzte, ROSENBROCK 1992, S. 8), organisiert ist, besteht staatlicherseits eine Krankenversicherungspflicht, die in enger Anlehnung an den Terminus der „Schutzbedürftigkeit“ von der Höhe des Erwerbseinkommens abhängig ist.

Diese gesetzliche Krankenversicherung wird durch parastaatliche Institutionen, sog. „selbstverwaltete Körperschaften öffentlichen Rechts“ verwaltet. Diesen gesetzlichen Krankenkassen ist es wiederum überwiegend nicht gestattet, Leistungen der gesundheitlichen Versorgung selbst zu erbringen. Hierfür besteht ein gesetzlicher Sicherstellungsauftrag, z.B. durch die kassenärztlichen oder kassenzahnärztlichen Vereinigungen, welche ebenso wie andere Leistungserbringer (z.B. Krankenhäuser) auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene Verträge über Leistungsart, -umfang sowie Vergütung mit den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen schließen (BÄCKER et al. 1989).

Konstitutive Merkmale der GKV sind das „Sachleistungsprinzip“ sowie das „Umlageverfahren“ (ebd.). Gegenüber privaten Versicherungssystemen bedeutet das „Sachleistungsprinzip“, daß gesundheitliche Leistungen grundsätzlich ohne finanzielle Vorleistung sowie anschließende Kostenerstattung erbracht, sondern durch kollektive Verträge mit den Verbänden der Leistungserbringer sichergestellt werden. Das „Umlageverfahren“ garantiert darüber hinaus die Unabhängigkeit des Krankenversicherungsschutzes von der Risikostruktur, alle Versicherten zahlen Beiträge nur in Abhängigkeit der Höhe ihres Einkommens. Diese Solidarität innerhalb der Versichertengemeinschaft einer Krankenkasse manifestiert sich schließlich sowohl auf der Einnahmen- wie der Ausgabenseite in dem Finanzausgleich zwischen:

- Kranken und Gesunden (*risikobezogene Umverteilung*)
- Erwerbstätigen und Rentnern (*Generationenausgleich*)
- Ledigen und Familien durch die kostenfreie Mitversicherung von Familienangehörigen (*Familienlastenausgleich*)
- Besserverdienenden (bis zur Beitragsbemessungsgrenze) und geringer Verdienenden (*Einkommensumverteilung*) (BÄCKER et al. 1989, S. 97).

Viele dieser Elemente können an sich schon als ‘gesundheitsfördernd’ im Sinne einer „Healthy Public Policy“ (vgl. Kap. 3.1.1) betrachtet werden, da z.B. die Zugangschancen zum System gesundheitlicher Versorgung zumindest vom Prinzip her für alle Bevölkerungsschichten, unabhängig von Einkommen, Alter, Geschlecht oder Zahl der Familienangehörigen, gleich sind. Darüber hinaus werden auch aus verwaltungsökonomischer Sicht eine Reihe von Vorteilen dieses Systems hervorgehoben, etwa die im internationalen wie im Vergleich mit bundesdeutschen Privatversicherungen äußerst geringen Verwaltungskosten (rund 5% der Gesamtausgaben der GKV), die durch das Sachleistungsprinzip und das Umlageverfahren ermöglicht werden. Das GKV-System gilt deshalb nicht zuletzt auch im internationalen Vergleich in vieler Hinsicht als vorbildlich (ALBER et al. 1992, BÄCKER et al. 1989, WASEM 1994).

Dennoch zeichnete sich bereits seit den 70er Jahren ein zunehmender Reformbedarf der GKV ab, nicht zuletzt aufgrund wachsender Finanzierungsprobleme, die nur durch beständige Kostendämpfungsbemühungen durch den Gesetzgeber während der 70er und 80er Jahre gebremst werden konnten (REINERS 1993a, vgl. Kap. 2.1.2).

Neben dem Problem der Finanzentwicklung wurden aber zunehmend auch strukturelle Defizite im System der GKV diagnostiziert, etwa die strikte Gliederung zwischen Primär- und Ersatzkassen, die sich auf einer anachronistisch anmutenden Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten gründete. In der dadurch fehlenden Wahlfreiheit für sozial Schwächere (Arbeiter, Sozialhilfeempfänger etc.) bei gleichzeitigem Werben um Bessergestellte (junge, gutverdienende Angestellte, idealerweise alleinstehend) wurde ein erhebliches Solidaritätsdefizit innerhalb der Versichertengemeinschaft gesehen, welches durch die Gründung von Betriebskrankenkassen überall dort, wo die Risikostruktur einer Belegschaft einen günstigeren Beitragssatz gegenüber der allgemeinen Ortskrankenkasse versprach, noch verschärft wurde (REINERS 1987).

Bezüglich der internen Organisation der selbstverwalteten Krankenkassen wurde darüber hinaus seit geraumer Zeit ein wachsendes „Macht-, Partizipations- und Interessendefizit“ der Selbstverwaltungsorgane beklagt, was sich sowohl intern, im Interessenkonflikt zwischen den paritätisch beteiligten Arbeitgeber- und Arbeitnehmerparteien, als auch nach außen, gegenüber der an Einfluß gewinnenden Geschäftsführung manifestierte, indirekt aber schließlich mit zu einer Schwächung der Position der Kasse gegenüber ihren Vertragspartnern beitrug (LENHARDT 1989, BRAUN/REINERS/TESKE 1984).

Auf Seiten der Kassen wurde hingegen bereits seit Jahren eine Liberalisierung der durch das historisch gewachsene Monopol der kassenärztlichen Vereinigungen sowie durch weitgehende Kompetenzen der Länder und Gemeinden bei der Krankenhausbedarfsplanung gekennzeichneten Vertragsstrukturen mit der Leistungserbringerseite gefordert. In der flexiblen Vertragsgestaltung mit einzelnen Leistungserbringern wurde ein wirksames Mittel gesehen, den kostentreibenden Effekten bestehender Überkapazitäten (Überhang an Krankenhausbetten, steigende Ärztezahlen etc.) entgegenzuwirken und zu einer wirtschaftlicheren und qualitätsorientierten Gestaltung des Versorgungsangebotes zu gelangen (IKK 1988).

Schließlich wurde im Zuge der allgemeinen Reformdiskussion öffentlicher Verwaltungen auch für die Krankenkassen ein Wandel des Selbstverständnisses angemahnt, um den wachsenden und komplexer werdenden Bedürfnissen der ‘Kunden’ gerecht zu werden (REINERS 1989, OPPEN 1991):

„Das Image der bürokratischen, Siechtum verwaltenden und pfennigfuchserischen Schalter-Krankenkasse soll sich zu dem eines modernen Dienstleistungsunternehmens, einer Gesundheitskasse oder eines 'freundlichen Unternehmens' wandeln.“ (BRAUN/FRIEDRICH 1994, S. 55)

3.2.2 Reformansätze zwischen Privatisierung und Ausgabenbegrenzung

Die verschiedenen Problembereiche des GKV-Systems ließen bereits vor Jahren den Ruf nach einer strukturellen Reform des Gesundheitswesens und der GKV als dessen zentraler Akteur laut werden. Dabei ging es stets um die Weiterentwicklung eines ansonsten bewährten Systems, nicht zuletzt um dieses System selbst zu stabilisieren. Von den oben skizzierten Problembereichen rückte dabei allerdings insbesondere einer wiederholt in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses: Das Problem der Ausgabenbegrenzung.

Betrachtet man die seit Jahrzehnten beklagte Finanzierungskrise im deutschen Gesundheitswesen, so fällt auf, daß trotz angebotsinduzierten Leistungsausweitungen, insbesondere im ambulanten und stationären Versorgungssystem (z.B. durch steigende Ärztezahlen), der Anteil der Gesundheitsausgaben, gemessen an der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, relativ konstant geblieben ist (REINERS 1993a, vgl. Kap. 2.1.2). Vielmehr ist eine Einnahmenkrise durch sinkende Reallöhne sowie steigende Arbeitslosenzahlen festzustellen (FELKNER 1996).

Dennoch wurde in der vorherrschenden politischen Debatte zumeist von dem faktisch bestehenden Einnahmeproblem abgelenkt und der Blickwinkel für Reformansätze auf die Ausgabenseite verlagert. Alternative Vorschläge der Erschließung neuer Finanzierungsquellen - etwa die Anhebung der Beitragsbemessungs- bzw. der Pflichtversicherungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung - blieben weithin unbeachtet (DERWEIN 1997).

Als Reformmaßnahmen wurden hingegen (und werden bis heute) auf der Ausgabenseite insbesondere Zuzahlungen der Versicherten zu verschiedenen Leistungsbereichen (Arzneimittel, Kuren, Krankenhaustage, Hilfsmittel etc.), wenn auch kritisch diskutiert (z.B. PFAFF 1985), so doch mit einiger Regelmäßigkeit in den verschiedenen Gesundheitsreformstufen umgesetzt. Darüber hinaus wird seit Jahren über die Idee der Begrenzung des Leistungskataloges der GKV auf sogenannte „Kernleistungen“ mit aus dem

GKV-System auszulagernden Zusatzleistungen (bzw. 'Wahlleistungen') nachgedacht. Während Kernleistungen weiterhin solidarisch finanziert werden sollen, würden Zusatz- bzw. Wahlleistung dann alternativ durch die Patienten selbst, durch private Zusatzversicherungen oder durch freiwillige Satzungsleistungen der Krankenkassen, allerdings unter Verzicht auf den hälftigen Arbeitgeberbeitrag finanziert (STEGMÜLLER 1993, REINERS 1993b).

Als dritte und einschneidendste Variante wurde dabei insbesondere von wirtschaftsliberaler Seite die Möglichkeit einer generellen Festschreibung der Arbeitgeberbeiträge diskutiert (SIMON 1993). Dies habe den Vorteil, daß Ausgabensteigerungen nicht mehr zu Lasten der von den Unternehmen aufzubringenden 'Lohnnebenkosten' gingen. Darüber hinaus sei aber letztlich - so die Argumentation - auch die *Solidarität*, wenn nicht zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer, so doch zumindest innerhalb der Arbeitnehmerschaft eher durch ein Modell der Arbeitgeberfestbeiträge gewährleistet, als durch ständig steigende Zuzahlungen für den einzelnen Patienten. Als konsequenteste Variante wurde dabei vorgeschlagen, den Arbeitgeberbeitrag direkt mit dem Lohn an die versicherten Arbeitnehmer auszuzahlen und diese dann selbst über das Ausmaß ihres Krankenversicherungsschutzes entscheiden zu lassen.²

Alle diese Reformvorschläge zielen jedoch weniger auf eine generelle Ausgabenbegrenzung im Gesundheitswesen, sondern vielmehr auf eine Stabilisierung bzw. Senkung der Lohnnebenkosten im Interesse der Arbeitsmarktpolitik, oder besser: der sogenannten 'Standortsicherungspolitik' (SCHÄFER 1996). Die alternativ hierzu diskutierte Notwendigkeit der Budgetierung (z.B. OLDIGES 1995) verliert aus standortpolitischer Sicht in dem Maße an Brisanz, wie die Ausgaben im Gesundheitswesen nicht mehr öffentlich bzw. durch Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitgeber und Arbeitnehmer finanziert werden, sondern von den privaten Haushalten als Nachfrager selbst aufgebracht werden müssen. Peter OBERENDER sieht in einem weithin privatisierten Gesundheitswesen gar einen „Wachstumsmarkt“, der zudem positive Beschäftigungseffekte im Interesse der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung bewirken könne (OBERENDER/HEBBORN 1994)³. Von dem ursprünglichen Problem der wachsenden Ausgaben im Gesundheitswesen ist also aus dieser Sicht keine Rede mehr.

² Rede von Jürgen Möllemann auf dem FDP-Kongreß „Liberaler Gesundheitsreform“ am 2.5.1995, zit. n. MICKLEY/STANDFEST 1995

³siehe auch: Jahresgutachten des Sachverständigenrates der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1996 (SVRKAI 1996)

Gleichwohl werden dabei nicht nur aus sozialpolitischer, sondern auch aus volkswirtschaftlicher Sicht zentrale Fragen der Verteilungsgerechtigkeit untergraben (SCHUHMACHER 1995b, SCHÄFER 1996). Kritiker dieser Reformdiskussion sehen deshalb zunehmend den Einstieg in die „Zwei-Klassen-Medizin“ sowie grundsätzliche Auflösungstendenzen des solidarischen Krankenversicherungssystems (z.B. KNEIPS 1995).

Diese Tendenz der ‘Entsolidarisierung’ und ‘Privatisierung’ beinhaltet jedoch für ein konzeptionelles Weiterdenken der zukünftigen Rolle gesetzlicher Krankenkassenunternehmen einige interessante Ansatzpunkte. So wird etwa durch zunehmende Privatisierung von Gesundheitsleistungen auch die Problematik der bilateralen Beziehungen zwischen Leistungsanbietern und PatientInnen im Gesundheitsmarkt wesentlich verschärft. Das Problem der Anbieterdominanz sowie der mangelnden Konsumentensouveränität der Nachfrageseite, welches auch in dem bestehenden solidarischen Finanzierungssystem kennzeichnend für die gesundheitliche Versorgung ist und dabei wesentlich mit zu der Problematik fehlender Bedarfsorientierung und mangelnder Qualität und Wirtschaftlichkeit in einzelnen Teilbereichen der Versorgung beigetragen hat (vgl. Kap. 2), geht durch eine Privatisierung von Leistungen in doppelter Hinsicht zu Lasten der PatientInnen. Nicht nur haben die Nachfrager von Gesundheitsleistungen wenig Einflußmöglichkeiten auf die Qualität der durch Professionelle definierten Versorgung, sie müssen auch für evtl. nicht bedarfsgerechte oder nicht im Sinne der PatientInnen qualitätsgesicherte Leistungsabläufe selbst bezahlen.

Diese doppelte Benachteiligung der Nachfrageseite läßt den Ruf nach einer starken ‘Nachfragerlobby’ laut werden. PatientInnen sind in zunehmendem Maße auf einen ‘Anwalt’, welcher deren gesundheitliche Interessen gegenüber der Anbieterseite zu vertreten vermag, angewiesen (PAQUET 1995). Unter Bezug auf den Gesundheitsförderungsdiskurs der Ottawa-Charta läßt sich aus der hier dargestellten Problematik ersehen, daß neben ‘Empowerment’ und ‘Vermittlung/Vernetzung’ eben auch ‘Anwaltschaft’ im Sinne einer kollektiven nachfrageseitigen Interessenvertretung wesentlich für die Realisierung von gesundheitlichen Chancen und gesundheitlichen Kompetenzen ist, bzw. zukünftig sein wird (vgl. Kap. 1).

Diese Rolle des Anwalts und kompetenten Partners in medizinischen Angelegenheiten wird in den letzten Jahren vermehrt als zentrale Aufgabe der Krankenkassen reklamiert:

„Die gleichzeitig notwendige Ausweitung der Aufklärungs-, Informations- und Beratungsaufgaben gegenüber Versicherten und Leistungserbringern im Sinne einer Verbraucherschutzorganisation und die Umgestaltung der Steuerungsaufgaben auf

individueller und globaler Ebene bedingen eine Erhöhung der medizinischen Kompetenz der Krankenkassen und verlangen entsprechenden Einfluß auf die Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung.“(KNEIPS 1995, S. 19)

Die Institution der gesetzlichen Krankenversicherung bietet sich dabei in der Bundesrepublik Deutschland geradezu an, das kollektive und individuelle Machtdefizit der Nachfrageseite auszugleichen, und Partizipation der betroffenen BürgerInnen über die Solidargemeinschaft einer Krankenkasse zu realisieren. Dabei ist der Dialog mit der Versichertengemeinschaft gleichsam wichtig, um einerseits kollektive Interessen zu ermitteln und im Vertragsgeschehen mit der Leistungserbringerseite umzusetzen, sowie andererseits individuelle Kompetenzen der bedarfsgerechten und qualitätsgesicherten Inanspruchnahme von Ärzten, Krankenhäusern, Arzneimitteln u.v.m. zu fördern.

Der in der heutigen Zeit vermeintlich ‘angestaubte Wert’ der Solidarität hat also durch die zunehmende gesellschaftliche und auch wirtschaftliche Bedeutung von Gesundheit und des Gesundheitswesens eine neue Qualität erhalten. Die Vision des Gesundheitsmarktes als Produktivitätsgarant und ‘Wachstumsmarkt der Zukunft’ erfordert organisierte Formen des Verbraucherschutzes und der nachfrageseitigen Angebotsgestaltung. Wenn dabei nicht ‘das Rad neu erfunden’, sondern auf bestehenden Strukturen des bundesdeutschen Gesundheitswesens aufgebaut werden soll, ist nicht der Abbau des solidarischen Krankenversicherungssystems, sondern dessen konsequente Weiterentwicklung in Richtung Verbraucherschutz geboten.

3.2.3 Wettbewerb in der GKV

In gewissem Sinne analog zu den dargestellten Privatisierungstendenzen im Gesundheitswesen wird in den letzten Jahren vielfach auch für die gesetzliche Krankenversicherung eine Markt- und Wettbewerbsorientierung angemahnt. Da der Wettbewerb zwischen den Kassen um sogenannte ‘gute Risiken’ (günstige Einnahmen-Ausgabenrelation durch junge, gutverdienende und alleinstehende Versicherte) jedoch faktisch bereits seit Jahren bestand (REINERS 1994), fand auch die Idee eines offenen Kassenwettbewerbs, nicht zuletzt, um die dadurch bedingten Ungleichheiten zwischen den Krankenkassen bzw. ihrer Mitgliederstruktur (Arbeiter vs. Angestellte, Betriebskrankenkassen vs. Ortskrankenkassen etc., vgl. Kap. 3.2.1) auszugleichen, breiten politischen Konsens (PFAFF 1995, REBSCHER 1994, NEUBAUER 1997).

Eine Möglichkeit, die faktische Benachteiligung einzelner Kassenarten und der bei ihnen Versicherten auszugleichen, wurde in einem kassenartenübergreifenden Finanzausgleich - „Risikostrukturausgleich (RSA)“ - gesehen (JAKOBS/RESCHKE 1994). Durch die Einführung des RSA sollten die wesentlichen Risikostrukturmerkmale der Versicherten - Alter, Geschlecht, Einkommen, Zahl der Familienversicherten - derart ausgeglichen werden, daß ein Werben um günstige Risiken und damit der sozialpolitisch unerwünschte Nebeneffekt der Risikoselektion entfiel.

Da es sich dabei nicht um einen vollständigen Ausgleich der a posteriori zu ermittelnden tatsächlichen Ausgaben, sondern um einen ‘prognostischen’ Ausgleich der a priori anhand von durchschnittlichen Ausgabenprofilen berechneten Ausgabenrisiken handelt, ebnet der RSA gleichsam den Weg für eine wettbewerbliche Orientierung der Kassen. Angesichts einer bestehenden Versichertenstruktur soll der RSA einzelnen Kassen ‘Anreize’ bieten, ihre Versicherten, durch Anstrengungen des Versorgungsmanagements sowie auch der Gesundheitsförderung (HAGEN et al. 1993), buchstäblich ‘gesünder zu machen’ und somit die Ausgabenseite selbst zu beeinflussen. Während finanzielle Nachteile des Risikoprofils durch den RSA ausgeglichen werden („Beitragsbedarf“), besteht der eigentliche Wettbewerb der Kassen darin, ‘besser zu wirtschaften’, d.h.: unnötige Diagnostik und Therapie zu vermeiden und Versorgungsstrukturen effektiver und effizienter zu gestalten (JAKOBS/RESCHKE 1994).

Eine zweite Voraussetzung für den Kassenwettbewerb wurde in der Öffnung aller Kassen für Angestellte und Arbeiter sowie der grundsätzlichen Wahlfreiheit der Versicherten gesehen. Kritiker des RSA merken dabei regelmäßig an, daß ein solches System, welches freien Zugang für die Versicherten zu allen Krankenkassen garantiert (‘Kontrahierungszwang’), einen Risikostrukturausgleich - zumindest langfristig - entbehrlich machen würde. Die bestehenden Ungleichheiten zwischen den Kassen und Kassenarten würden sich langfristig ohnehin ausgleichen, wenn alle Versicherten berechtigt wären, die jeweils kostengünstigste und leistungsstärkste Krankenkasse zu wählen - so die Argumentation⁴.

⁴ Siehe hierzu die Position der Ersatzkassen, die gemeinhin als sog. ‘Zahlerkassen’ zu den Befürwortern eines zeitlich befristeten Risikostrukturausgleichs zählen (KORZILIUS 1996) sowie die gegensätzliche Sicht der Ortskrankenkassen als sog. ‘Empfängerkassen’ (REICHELT 1996).

Allerdings wird dabei wiederum ein generalisierendes Menschenbild des Krankenversicherten als 'Homo Oeconomicus' unterstellt. Die Vorstellung, daß sich Risikoselektion einzig und allein durch Wahlfreiheit und Kontrahierungszwang vermeiden ließe, geht davon aus, daß jede(r) Versicherte, unabhängig von Alter, Einkommen und sozialer Herkunft von seinem Kassenwahlrecht gleichermaßen Gebrauch machen würde.⁵ Vielmehr muß jedoch angenommen werden, daß gezielte Maßnahmen des Kassenmarketings zusätzlich dazu beitragen dürften, nur bestimmte Zielgruppen, insbesondere die ohnehin 'wechselbereiteren' jüngeren und besserverdienenden Versicherten, anzuziehen (REINERS 1994).

Beide Maßnahmen, die Öffnung der Kassen für alle gesetzlich Versicherten sowie der kassenartenübergreifende Risikostrukturausgleich, können also als unabdingbare Voraussetzungen dafür angesehen werden, die gesetzliche Krankenversicherung wettbewerblich auszurichten, ohne sogleich der Gefahr der Risikoselektion anheim zu fallen. Dies wurde, nach langjähriger Debatte, in den vielzitierten „Lahnsteiner Beschlüssen“ zur Grundlage der Organisationsreform der GKV, welche 1992 in der zweiten Stufe der Gesundheitsreform, dem sogenannten „Gesundheitsstrukturgesetz (GSG; in Kraft: 1.1.1993)“ umgesetzt wurde (REINERS 1993a).

Allerdings ist dabei anzumerken, daß auch nach Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes rund 95 Prozent der GKV-Leistungen gesetzlich festgeschrieben und somit über alle Kassen und Kassenarten hinweg einheitlich sind. Dies beschränkt den Wettbewerb zwischen den Kassen auf Nebenschauplätze der Mitgliederwerbung sowie auf das sogenannte 'Randsortiment' der Leistungsbereiche Kuren und Rehabilitation sowie Prävention und Gesundheitsförderung. Wenn man die historische Leistungsentwicklung in der GKV betrachtet, so fällt auf, daß Themen der Gesundheitsvorsorge oder Krankheitsfrüherkennung schon zu Zeiten der alten Reichsversicherungsordnung (RVO) genutzt wurden, um sich in einem während der 70er und 80er Jahre immer stärker vereinheitlichenden Rahmen an gesetzlich festgelegten medizinischen 'Kernleistungen' zu profilieren (VOß 1996). Diese Tendenz wurde durch das GSG nachhaltig verstärkt, da es in einem offenen Kassenwettbewerb mehr denn je darum ging, Mitglieder, insbesondere aus den oberen Einkommensschichten, zu gewinnen. Hierfür boten sich Themen der Prävention und

⁵Man stelle sich eine 80jährige, alleinstehende und von diversen chronischen Krankheiten geplagte Rentnerin vor, die im Wirtschaftsbericht des Handelsblattes regelmäßig die aktuellen Beitragssätze der Krankenkassen studiert und am nächsten Tag zu der jeweils günstigsten Kasse geht, um sich dort zu versichern.

Gesundheitsförderung geradezu an, da sie vornehmlich „gebildete und besser verdienende Schichten ansprechen [...], die es als ‘gute Risiken’ für den Versichertenbestand zu halten oder zu gewinnen gilt“ (REINERS 1994, S. 101).

Weiterhin ist dabei anzumerken, daß der Konzeption des RSA in seiner letztlich realisierten Form von einigen kritischen Beobachtern Skepsis entgegengebracht wird, was ihre Durchschlagskraft hinsichtlich der Verhinderung von Risikoselektion betrifft. So wird darauf hingewiesen, daß der RSA längst nicht alle Risikoparameter umfaßt. Genannt werden dabei z.B. die sogenannten „Härtefälle“; d.h. die aufgrund von Einkommensuntergrenzen von der Zuzahlung befreiten Versicherten (REICHELDT 1996). Darüber hinaus berücksichtigt der RSA etwa das Einkommen, wie auch die Zahl der Familienversicherten lediglich auf der Einnahmenseite (‘Einnahmenausgleich’). Auf der Ausgabenseite fließen hingegen nur die Parameter ‘Alter’ und ‘Geschlecht’ in die Berechnung der Risikoprofile ein. Ein sogenannter „Schichtgradient“, d.h. der empirisch nachgewiesene Zusammenhang zwischen Einkommenshöhe als Kennzeichen für die sozioökonomische Schichtzugehörigkeit, und dem erhöhten Morbiditätsrisiko unterer sozioökonomischer Schichten (MIELCK 1994), wird dabei nicht berücksichtigt (vgl. JAKOBS/RESCHKE 1994). Durch Controlling-Instrumentarien, etwa der „Deckungsbeitragsrechnung“ werde es daher den Krankenkassen zunehmend ermöglicht, eine „immer subtilere Risikoselektion“ vor dem Hintergrund des RSA zu betreiben (KNEIPS 1997, S. 39).

Beide Faktoren, einerseits die geringen Gestaltungsmöglichkeiten der Kassen auf die gesetzlich festgelegten Hauptleistungsbereiche der ambulanten und stationären Krankenbehandlung sowie andererseits die von einigen Kritikern nach wie vor unterstellte Attraktivität der Risikoselektion, können als Schwächen der mit dem GSG eingeleiteten Wettbewerbsorientierung der GKV angesehen werden. Dabei stellt sich die Frage, welche Absichten und Erwartungen eigentlich damit verbunden werden, den „Bazillus Wettbewerb“ überhaupt in das System der GKV zu bringen (ZUMBUSCH 1995)?

Drei Zielrichtungen und Erwartungen an den Kassenwettbewerb lassen sich unterscheiden. Diese sind einerseits stark mit parteipolitischen Vorstellungen über die Zukunft des GKV-Systems und der gesundheitlichen Versorgung im allgemeinen verbunden, und weisen andererseits auf drei unterschiedliche Idealbilder des ‘Unternehmens Krankenkasse’ im betriebswirtschaftlichen Sinne hin:

- 1) *Ein Wettbewerb um Kundenzufriedenheit in der Verwaltung.* Das bescheidenste Unternehmensmodell einer Krankenkasse ist jenes des klassischen Verwaltungsunternehmens. Hier knüpfen die Diskussionen um „Qualitätsmanagement in der Verwaltung“ an, die insbesondere die Kundennähe, unbürokratische Sachbearbeitung sowie Partizipationsmöglichkeiten der Kunden propagieren (OPPEN 1995). Elemente der Beratung und Klientenzentrierung sind hier Ausdruck eines ‘guten Services’ bei allgemein vereinheitlichten Rahmenbedingungen der Anbieter. Dieser Wettbewerb zwischen Verwaltungseinheiten entspricht dem „postmodernen gesundheitspolitischen Modell“, wie es z.B. von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vertreten wurde (HUNGELING 1995; S. 67). Umfassender und einheitlicher Versorgungsschutz trifft hier zusammen mit Pluralität und Konkurrenz der Anbieter, allerdings ausschließlich im Bereich des Kundenservices und ohne direkte finanzielle Konsequenzen.
- 2) *Ein Wettbewerb um Versicherungstarife.* Das von neo-liberaler Seite bevorzugte Krankenversicherungsmodell ist jenes der privatwirtschaftlichen Krankenversicherung. Um gleichsam ‘Anreize’ für ein kosten- und leistungsbewußtes Versichertenverhalten zu setzen, sollen differenzierte Versicherungstarife mit den Optionen der Kostenerstattung, der Beitragsrückerstattung, der Selbstbehalte oder der Wahl- und Zusatzleistungen möglich sein. Wenngleich seit geraumer Zeit und empirisch untermauert die Steuerungswirkung solcher Modelle bestritten wird (z.B. FINSINGER 1983, PAQUET 1994, SCHMIDT/MALIN 1996), wird insbesondere aus Gründen der ‘Kundenzufriedenheit’ an diesen Ideen beharrlich festgehalten. Für Krankenkassen bietet sich dabei insbesondere die Option, Versicherte mit hohen Beiträgen und geringer Leistungsanspruchnahme - ‘gute Risiken’ - gegenüber anderen Kassen, aber auch gegenüber der privaten Krankenversicherung (PKV) an sich zu binden (ebd.)⁶.
- 3) *Ein Wettbewerb um Beitragssätze und Versorgungsleistungen.* Das umfassendste Unternehmensverständnis einer Krankenkasse bezieht die Vertragspartner (Ärzte, Krankenhäuser etc.) und somit den wesentlichen Ausgabenanteil der Kasse mit ein. Dies ist insofern konsequent, als ein eigenständiges Unternehmen in der Lage sein muß, die zentralen betriebswirtschaftlichen Elemente, wie etwa Planung, Finanzierung, Controlling und Marketing, aufeinander abstimmen zu können, und die eigentliche Produktionsleistung der gesundheitlichen Versorgung in die Gesamtkonzeption der Betriebsführung zu integrieren

⁶ So zeigen etwa Leserumfragen wie jene der Zeitschrift „Capital“ eindeutig die diesbezüglichen Präferenzen, wenn nicht der allgemeinen Bevölkerung, so doch wenigsten der hier angesprochenen Leserschaft (Capital 9/96).

(SCHMIDT 1993). Wesentliche Wettbewerbsfelder wären dann die Hauptleistungsbereiche der ambulanten und stationären Versorgung, wohingegen Zusatzleistungen im Randbereich des Leistungsspektrums ebenso wie Rationalisierungsmaßnahmen im Bereich der kasseneigenen Verwaltungskosten zu, zumindest finanziell, relativ bedeutungslosen Nebenschauplätzen werden. An Stelle des „überkommenen Leistungsrechts“ in der GKV würde eine „marktorientierte Produktpolitik“ treten (SCHÖNBACH 1997).

Diese idealtypische Darstellungen von Unternehmens- und (analog dazu) Wettbewerbstypen soll die Bandbreite möglicher Entwicklungen innerhalb des GKV-Systems durch eine wettbewerbliche Orientierung aufzeigen. Das gegliederte System der Kassen an sich bedingt dabei schon eine, wie auch immer zu begrenzende, Wettbewerbsausrichtung. Allein die unter Punkt 1) angesprochene Diskussion über Verwaltungseffizienz und Kundenorientierung zeigt die positiven Elemente, die, gegenüber einer einheitlichen, verstaatlichten Verwaltungsstruktur, durch das gegliederte System der GKV möglich sind. Je nach dem, wie man - auf dieser gegebenen Pluralität aufbauend - 'Kundenzufriedenheit' für sich definiert und mithin auch Zielgruppen benennt (auf politischer Ebene wie auf Seiten der Kassen selbst), ergeben sich dann fließende Übergänge in die eine (Modell 2) oder andere (Modell 3) Richtung.

Dabei sind auch die Übergänge zwischen den Modellen 2) und 3) fließend. Wenn z.B. der Wettbewerb um Beitragssätze und Versorgungsleistungen (Modell 3) mit einer vollständigen Liberalisierung der Vertragsstrukturen mit Leistungserbringern einhergehen würde, wäre in der Konsequenz auch eine Differenzierung der Leistungsangebote und mithin entweder zu- bzw. abwählbare Leistungen innerhalb einer Kasse, oder zwischen verschiedenen Kassen, die dann für jeweils verschiedene Leistungsspektren stehen würden, langfristig denkbar (⇒ Unterschiedliche Versicherungstarife; Modell 2). Ebenso könnte der Wettbewerb um Beitragssätze als wesentliches Verkaufsargument zu einer Differenzierung der Versicherungstarife innerhalb der Kasse führen bzw. viel grundsätzlicher: zu einer Leistungsausgrenzung insbesondere für jene, als besonders kostentreibend identifizierte Behandlungsarten und Versichertenklientels (z.B. Diabetiker, Dialysepatienten) mißbraucht werden. Dies würde wiederum einen relativen Beitragssatzvorteil gegenüber der Konkurrenz garantieren und käme somit einer Differenzierung der Versicherungstarife in Abhängigkeit des gewählten Versicherungsschutzes und damit der angesprochenen Risikoselektion gleich.

Es lassen sich also gute Gründe finden, das Element 'Wettbewerb' innerhalb der GKV in mehr oder weniger enge sozialpolitische Rahmenbedingungen zu verpacken. „Die gesetzliche Krankenversicherung hat nicht nur Leistungs- und Versorgungs-, sondern auch soziale Verteilungsziele“ (PAQUET 1994, S. 53). Im Rahmen der aus diesen Gründen von den Kassen selbst proklamierten „solidarischen Wettbewerbsordnung“ (REBSCHER 1994) bilden schließlich gesundheitspolitische Zielvorstellungen wiederum die Grundlage für einen Wettbewerb um eine effektivere und effizientere gesundheitliche Versorgung.

Solche Ziele können jedoch konsequenterweise nur gemeinsam, durch Kooperation der ansonsten konkurrierenden Akteure formuliert werden. Weder können Ziele von außen, gewissermaßen 'planwirtschaftlich' (z.B. durch den Gesetzgeber) diktiert werden noch von einzelnen Kassenunternehmen für sich selbst definiert werden, „da von jedem für sich selbst festgelegte Ziele (und deren Erreichung) zu einem reinen Werbeargument verkämen, da sie von außen kaum durchschaubar und kontrollierbar wären“ (BUSSE/WISMAR 1997, S. 34). Es bedarf also auch in einem wettbewerblich organisierten System zumindest auf der Ebene der Leistungsplanung und Zieldefinition der *Kooperation*; sowohl zwischen den Krankenkassen als auch zwischen Kassen und Leistungserbringern, sowie nicht zuletzt mit den betroffenen BürgerInnen und PatientInnen (*Partizipation*).

3.2.4 Fazit

Aufgabe dieses Abschnittes war es, die Chancen und Risiken, die sich aus der aktuellen Reformdebatte im bundesdeutschen Gesundheitswesen ergeben, zu benennen. Dies insbesondere mit Blick auf die gesundheitspolitische Rolle, welche der Gesundheitsförderung vor diesem Hintergrund zukommt.

Analysiert man das seit Jahrzehnten bestehende Finanzierungsproblem im deutschen Gesundheitswesen, so ist augenfällig, daß weniger eine Ausgabenkrise, denn eine Einnahmenkrise, durch sinkende Reallöhne sowie steigende Arbeitslosenzahlen zu verzeichnen ist (vgl. Kap. 3.2.2). Diese Diagnose wird jedoch dadurch konterkariert, daß - ebenfalls vor dem Hintergrund der Arbeitslosigkeit und der wirtschaftspolitischen 'Standortdebatte' - Gesundheit und gesundheitliche Versorgung als ein Wachstumsmarkt der Zukunft angesehen werden, der allerdings nicht mehr über ein solidarisches

Finanzierungssystem, welches die Lohnnebenkosten der Unternehmen belastet, vollständig abzudecken ist. Dies bedeutet eine nur schwer aufzuhaltende politische Entwicklung in Richtung Privatisierung von Gesundheitsleistungen.

Die durch diese Entwicklungen induzierte doppelte Benachteiligung der Nachfrageseite weist auf die Notwendigkeit einer an den Prinzipien der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung orientierten, organisierten Verbraucherschutzpolitik hin. Organisierte kollektive Interessenvertretung im Sinne von 'Anwaltschaft', 'Empowerment' und 'Vermittlung/Vernetzung' ist somit die gebotene Aufgabe, auch einer Public Health-Politik, welche jedoch das in Deutschland zentrale System der gesetzlichen Krankenversicherung nicht außen vor lassen darf:

„Immerhin stellt die GKV die herrschende gesellschaftliche Form des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit in der BRD dar.“ (BRAUN/REINERS 1991, S. 195)

Gesetzliche Krankenkassen bieten sich aufgrund ihrer institutionellen Bedeutung geradezu an, den Prinzipien der Gesundheitsförderung hinsichtlich anwaltschaftlicher Vertretung von Verbraucherinteressen Geltung zu verschaffen, und damit auf die gesundheitspolitisch brisante Problematik der Unausgewogenheit von Angebot und Nachfrage in einem auf Wachstum und Privatisierung ausgerichteten Gesundheitsmarkt zu reagieren. Gesundheitsförderung im Sinne von anwaltschaftlicher Interessenvertretung sowie auch individueller Kompetenzförderung bedeutet somit eine große Chance, das GKV-System auf lange Sicht zu stabilisieren und die Planung und Gestaltung des gesundheitlichen Versorgungsangebotes nicht gänzlich der Anbieterseite zu überlassen (vgl. Kap. 3.2.2).

Demgegenüber beinhaltet die wettbewerbliche Ausrichtung des GKV-Systems selbst sowohl Chancen, einzelne Kassenunternehmen auf den Weg einer stärker in die Versorgungsprozesse involvierten Institution zu bringen, als auch Risiken im Hinblick auf stärker einzelwirtschaftlich, analog der privaten Versicherungsunternehmen agierende Krankenkassen. Während der Risikostrukturausgleich (RSA) einerseits die Intention verfolgen soll, Risikoselektion zu verhindern, ebnet er andererseits den Weg für einen politisch legitimierte Wettbewerb, dessen langfristige Konsequenzen, nicht zuletzt aufgrund der schwierigen Durchschaubarkeit der Details des RSA, derzeit noch kaum abschätzbar sind. Zumindest ist einige Skepsis angebracht, inwieweit sich der von den Kassen selbst gesetzte Maßstab der „solidarischen Wettbewerbsordnung“ (vgl. Kap. 3.2.3) umsetzen lassen wird,

wenn zunehmend einzelwirtschaftliche Interessen der Kassenunternehmen im Mittelpunkt stehen, und dabei gleichzeitig nur wenig Handlungsspielräume im Bereich der Vertragsgestaltung mit Leistungserbringern bestehen bleiben.

Für die Gesundheitsförderung eröffnet sich durch den Kassenwettbewerb die Chance, als Instrumentarium eines 'klugen' Versorgungsmanagements im oben skizzierten Sinne genutzt zu werden (vgl. Kap. 1, Kap. 2) und etwa unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten zu einer weitergehenden Integration gesundheitsfördernder Elemente in gesundheitliche Versorgungsprozesse beizutragen.

Darüber hinaus bedeutet der Kassenwettbewerb für die Gesundheitsförderung aber insbesondere das Risiko, in die Nähe einer auf Randleistungen sowie auf Werbestrategien beschränkten Marketingkonzeption zu gelangen. Dieses Risiko scheint dabei deshalb zu überwiegen, weil die spezifischen Marketingwirkungen derzeit weit besser abschätzbar sind, insbesondere was die Attraktivität von klassischen Themen der Verhaltensprävention für höhere Einkommens- und Bildungsschichten betrifft (KÜHN 1993b). Während jedoch Werbewirksamkeit und Marketingnutzen an sich noch nichts Schlechtes bedeuten müssen, besteht die wesentliche Gefahr der Instrumentalisierung von Gesundheitsförderung für Marketingzwecke darin, die angesprochene Risikoselektion gerade durch Instrumentarien der Gesundheitsförderung zu forcieren, und dabei weitergehende Aspekte der Integration in gesundheitspolitische Aufgaben des Versorgungs- und Kostenmanagements sowie des kollektiven Verbraucherschutzes tendenziell aus dem Blick zu verlieren.

Unter Rückbezug auf die Kontroverse zwischen Addition und Integration der Gesundheitsförderung (vgl. Kap. 1) bildet sich also aus politischer Sicht eine weitere Analogie heraus. Während Addition der Gesundheitsförderung, sofern sie das GKV-System betrifft, durch den politisch induzierten Wettbewerb tendenziell in die Nähe eines zielgruppenspezifischen Marketinginstrumentariums führt, knüpft die Idee der Integration gesundheitsfördernder Elemente in das gesundheitliche Versorgungssystem an die, aus Public-Health-Sicht und vor dem Hintergrund realpolitischer Tendenzen der Privatisierung, notwendige Weiterentwicklung des GKV-Systems in Richtung Verbraucherschutz- und Verbraucherberatungsorganisation an.

3.3 Gesundheitsförderung und Public Health als Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung

3.3.1 Zur Geschichte des Paragraphen 20 SGB V

Die in Kapitel 3.2 aufgezeigte gesundheitspolitische Reformdebatte läßt sich bis weit in die 80er Jahre zurückverfolgen. Eine Durchsicht der bereits im Zuge der ersten sogenannten „Gesundheitsreform“ (Gesundheitsreformgesetz, GRG 1988, in Kraft ab 1.1.1989) entwickelten Forderungen und Konzeptionen zeigt, daß die bis heute diskutierten Eckpunkte schon damals in ähnlicher Weise auf der Tagesordnung standen (REINERS 1993a, ROSENBROCK 1988, IKK 1988). Dabei ebnete sowohl der breite öffentliche Diskurs, welcher in Deutschland u.a. durch die Anfang der 80er Jahre in Berlin, Hamburg und Bremen durchgeführten Gesundheitstage, sowie international durch die Weltgesundheitsorganisation (Ottawa Charta) angestoßen wurde, als auch die erstmalige nennenswerte Beteiligung von Wissenschaftlern an der sozial- und gesundheitspolitischen Reformdebatte den Boden für eine Gesundheitsreform, welche weit über die bis dato durchgeführten Kostendämpfungsgesetze (sog. „K-Gesetze“) der 70er und 80er Jahre hätte hinausgehen können. Ebenso waren aber schon damals die Hindernisse des „derartig interessenverminten Geländes“ im Gesundheitswesen sowie die durch wirtschaftsliberale Ökonomen eingebrachten Forderungen nach Markt und Wettbewerb zu verzeichnen (REINERS 1993a, S. 10/11).

Vor diesem Hintergrund kann das von dem damaligen für das Gesundheitsressort zuständigen Bundesminister Norbert Blüm angekündigte „Jahrhundertgesetz“ getrost als im Ergebnis enttäuschend angesehen werden. Notwendige Reformschritte der kassenarztzentrierten Versorgung, der Krankenhausfinanzierung und des gegliederten Systems der GKV wurden unterlassen; stattdessen wurden im Gesundheitsreformgesetz (GRG) Zuzahlungen der Versicherten für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel eingeführt, welche auch durch die als eigentliches „Herzstück“ der Reform bezeichnete Festbetragsregelung praktisch nicht nennenswert abzufedern waren: „Es lief mal wieder - ganz nach dem Muster der K-Gesetze - auf reine Kostenverlagerungen zu Lasten der Versicherten hinaus.“(REINERS 1993a)

Wenngleich viele Kritiker von einer ‚gescheiterten Reform‘ sprachen (BIEBACK 1992), hatte dennoch der nachhaltige Druck durch die Ottawa Charta sowie durch die in Deutschland geführte medizinkritische Debatte dazu beigetragen, daß auf diese vielfältigen Impulse im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung und Public Health reagiert werden mußte. Die auch in den Empfehlungen der eigens eingerichteten Enquetekommission zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung angemahnte Neuverteilung der Gewichte zwischen Prävention, Kuration und Rehabilitation (ROSENBROCK 1988) wurde letztlich damit beantwortet, daß im Rahmen des neu eingeführten fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) Gesundheitsförderung und Prävention als Aufgaben der GKV benannt wurden.

Das Gesundheitsreformgesetz sah vor, daß Krankenkassen als Solidargemeinschaft nunmehr die erweiterte Aufgabe haben sollten, ‚die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern‘ und den Versicherten ‚durch Aufklärung, Beratung und Leistungen‘ dabei zu helfen, ihre Gesundheit mitverantwortlich zu fördern sowie auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken (§ 1 SGB V). Darüber hinaus wurden im Paragraph 20 SGB V (Gesundheitsförderung) sowie in den Paragraphen 67 und 68 SGB V (Erprobungsregelungen) die gesetzlichen Grundlagen für gesundheitsfördernde Leistungen gelegt.

Dies wurde jedoch erst im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens nachträglich realisiert und wird von vielen Beobachtern als Beweis dafür genommen, daß es sich bei der Einführung der Gesundheitsförderung lediglich um den Versuch handelte, sonstige Mängel des Gesundheitsreformgesetzes zu überdecken:

‚Die Entstehungsgeschichte dieses Paragraphen (§ 20 SGB V) ist weniger mit Einsichten der Bundesregierung in seine sachliche Notwendigkeit verbunden als mit der politischen Legitimation eines ansonsten völlig verunglückten Gesetzes, das seinen Anspruch, eine ‚Gesundheits‘-Reform zu enthalten, irgendwie einlösen mußte. In den achtziger Jahren hatte sich ein Paradigmenwechsel in der gesundheitspolitischen Diskussion angebahnt, der in anderen Ländern längst vollzogen worden war und in der ‚Erklärung von Alma Ata‘ (1978) und der ‚Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung‘ (1986) der WHO seinen Niederschlag gefunden hatte. Darauf mußte reagiert werden, wobei wesentliche Teile des § 20 SGB V erst im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens in das Gesetz aufgenommen wurden.‘ (REINERS 1994, S. 98)

Wenn man also die vielfältigen Reformansätze, welche sich aus der schon damals engagiert geführten Public-Health-Debatte entwickelten, berücksichtigt, und dann das Ergebnis der Gesetzgebung, welches sozusagen neben die unterlassenen Reformschritte im Kern des

gesundheitlichen Versorgungssysteme einen Paragraphen 20 SGB V zur Gesundheitsförderung durch Krankenkassen setzte, betrachtet, so läßt sich dies nicht nur als „symbolische Politik“ betiteln (HAUB 1991). Dies kann gleichsam als ein Lehrstück für die Problematik der reinen Addition von Gesundheitsförderung angesehen werden. Während integrative Aspekte der Gesundheitsförderung ausgeblendet wurden, sollten die „Vorsorge-Pioniere“ in den Reihen der Krankenkassen sowie auch in der gesundheitswissenschaftlichen Öffentlichkeit durch eine additive Variante der Gesundheitsförderung hinreichend befriedigt werden. So wurde denn auch das neue Gesetz aus diesen Reihen vielfach begrüßt, die „Erwartungen an die Krankenkassen [wurden] wesentlich weiter gesteckt, als selbst die ‘Vorsorge-Pioniere’ unter den Krankenkassen zu fordern bereit waren“ (ABT 1989, S. 32).

Bemerkenswert sind in diesem Zusammenhang auch die Feststellungen einiger Kritiker des Gesundheitsreformgesetzes. So wird etwa als positiver Aspekt des § 20 SGB V eingeräumt, daß nunmehr Leistungen möglich und gesetzlich legitimiert waren, „die außerhalb des traditionellen Feldes der medizinisch orientierten kurativen Leistungen liegen. Das in Kassenverwaltungen beliebte ‘Killer-Argument’ gegenüber entsprechenden Forderungen, wo denn, bitte schön die Rechtsgrundlage für die geforderten Initiativen in der Prävention und Gesundheitsförderung zu finden sei, wurde damit hinfällig“ (REINERS 1994, S. 99). Hieran schließt auch die Feststellung an, daß z.B. der § 20 Abs. 3 SGB V ausdrücklich vorsieht, „daß die Leistungen der Gesundheitsförderung nicht dazu dienen dürfen, die im SGB V ansonsten geregelten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu erweitern“. Krankenkassen erhalten also „gerade den Auftrag, neue Leistungen und Handlungsformen zu entwickeln, die außerhalb des klassischen Feldes der medizinisch orientierten Versicherungsleistungen liegen“ (Bieback, zit.n. BRAUN/REINERS 1991, S. 199).

Dies ist insofern bedeutsam und als positive Entwicklung zu verzeichnen, als Krankenkassen damit einerseits die Chance eröffnet wurde, aus den ansonsten eng gesetzten Grenzen der kurativen Versorgung auszuscheren. Andererseits haben Krankenkassen damit die Möglichkeit, wenigstens teilweise aus ihrer klassischen Rolle als Drittfinanzierer ansonsten durch andere Anbieter erbrachter Leistungen herauszutreten, und Leistungen selbst mitzugestalten. Kritisch muß aber auch hier angemerkt werden, daß der ausdrückliche ‘Nicht-Bezug’ zu Leistungen der kurativen, durch Vertragspartner sicherzustellenden Versorgung eben nicht dazu geeignet war, ein stärkeres Einmischen der Kassen in den Versorgungsbereich unter den Vorzeichen der Gesundheitsförderung zu fördern. Durch die Beschränkung auf

Randbereiche des Leistungsspektrums der GKV setzte der § 20 SGB V bestenfalls vom Prinzip her neue Zeichen für eine inhaltlich stärker in den Versorgungsbereich involvierte Krankenkasse.

Dennoch wurden nach dem Gesundheitsreformgesetz viele Erwartungen, auch hinsichtlich der bereits aufgezeigten Reformbedarfe der GKV (vgl. Kap. 3.2.1), an die Einführung der Gesundheitsförderung geknüpft. Während also in der Bewertung des GRG von 1989 einerseits die Risiken einer kategorischen Einführung der Gesundheitsförderung als Kassenleistung ohne konkrete Aufgabenzuweisung und Einbindung in eine gesundheitspolitische Gesamtstrategie gesehen wurden, wurde andererseits dennoch viel Hoffnung in die eigene Handlungs- und Reformfähigkeit der Kassen gesetzt.

3.3.2 Erwartungen und Handlungsempfehlungen an die Krankenkassen

Die Erwartungen und Handlungsempfehlungen, welche von wissenschaftlicher Seite an die Krankenkassen herangetragen wurden, sind ebenso vielschichtig, wie die anspruchreichen Publikationen zu dem Thema „Krankenkassen und Gesundheitsförderung“ aus den Reihen der Kassen selbst (z.B. LENHARDT 1989, HILDEBRANDT 1988, HILDEBRANDT/TROJAN 1988, CONRAD/KICKBUSCH 1989, BIEBACK 1990, BRUNKHORST 1989, BRÜCKEL/KLEIN 1989, SCHMEINCK 1993).

Viele dieser Publikationen beziehen sich auf Handlungsvorschläge für außengerichtete Maßnahmen und Aktionen; ein großer Teil der Arbeiten bezieht sich jedoch explizit auch auf die strukturellen und organisatorischen Veränderungen, welche sich im Zusammenhang mit dem Paradigma der Gesundheitsförderung auch für ein erneuertes Selbstverständnis der Kassen ergeben.

Hinsichtlich der außengerichteten Maßnahmen und Aktionen ging es zunächst um den Ausbau eines versichertennahen Leistungs- und Beratungsangebotes im präventiven Bereich. Damit sollte u.a. der angemahnte Wandel des Selbstverständnisses von einem lediglich Krankheit verwaltenden, hin zu einem modernen und kundenorientierten Dienstleistungsunternehmen vollzogen werden. In dieser Hinsicht sollten etwa Krankenkassen beispielhaft für den möglichen Wandel „vom Verwaltungsapparat zum Dienstleistungsunternehmen“ unter verwaltungsökonomischen Gesichtspunkten sein (OPPEN 1995). Allerdings ist im Rahmen

dieser Debatte zu beklagen, daß die Gesundheitsförderung dort nur als zusätzliche „Serviceleistung“ diskutiert wurde (ebd.).

Eine interessante Abhandlung zu den Möglichkeiten der Prävention durch Krankenkassen ist hingegen jene von SCHWARTZ, der sowohl die Notwendigkeit der Zielgruppenorientierung präventiver Maßnahmen betont als auch insbesondere eine Fokussierung auf die Zielgruppe der älteren Menschen vorschlägt (SCHWARTZ 1988, 1990). Unter epidemiologischen und gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten wird dabei u.a. das Konzept der Tertiärprävention hervorgehoben (vgl. Kap. 2.2.2).

Gleichwohl ist dies eine eng an der verhaltensbezogenen Prävention orientierte Handlungsempfehlung. Demgegenüber wurde in vielen anderen Artikeln die Bedeutung verhältnispräventiver Maßnahmen hervorgehoben. „Wichtiger als der Versuch, individuelles Gesundheitsverhalten isoliert verändern zu wollen“, sei auch für Krankenkassen „das Bemühen, solche gesellschaftlichen Bedingungen zu schaffen, die gesundheitlich ungefährlich sind und gesundheitsgerechtes Verhalten ermöglichen und fördern“ (NEUHAUS 1979, zit.n. HILDEBRANDT/TROJAN 1988, S. 68).

So wurden etwa die Themen „Umwelt und Gesundheit“ (FUNKE-WITTIG/KLEIN 1990) sowie insbesondere die Aktionsmöglichkeiten der Gesundheitsförderung in Betrieben und Schulen als mögliche Handlungsbereiche für Krankenkassen erkannt (PELIKAN/DEMMEER/ HURRELMANN 1993). Gerade in der betrieblichen Gesundheitsförderung seien den Kassen gute Möglichkeiten gegeben, als Vermittler zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerinteressen aufzutreten und Prozesse der innerbetrieblichen Organisationsentwicklung auch unter dem Gesichtspunkt der Gesundheit in Gang zu setzen (ROSENBROCK 1993). Schließlich wurde im Rahmen verstärkter Verhältnisprävention auch auf die Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen in der gemeindeorientierten Gesundheitsförderung hingewiesen (CONRAD/KICKBUSCH 1988, HILDEBRANDT/TROJAN 1988). Die u.a. durch das WHO-Programm „Healthy Cities“ initiierten Prozesse der kommunalen Gesundheitsförderung sollten durch die Krankenkassen mitgetragen werden, um insbesondere die Aktivierung und (finanzielle) Unterstützung von Selbsthilfeinitiativen zu gewährleisten.

Die Förderung von Selbsthilfe hat aber im Zusammenhang mit Krankenkassen noch weitere Aspekte. So wurde angeregt, auch innerhalb der jeweiligen Versichertengemeinschaft die Bildung von themenbezogenen Mitgliedergruppen zu fördern, etwa zu Themen „der Ernährung, des Verkehrs, der Nachbarschaftshilfe usw.“. Dies könne schließlich auch zu einem (Wieder-)Aufleben der demokratischen Selbstverwaltung, und zu einer Mitgestaltung der strategischen Ausrichtung der Kassen durch die Versicherten beitragen (HILDEBRANDT/TROJAN 1988, S. 68, siehe auch: NEUHAUS 1979).

Darüber hinaus hat die Förderung von gesundheitlicher Selbsthilfe nicht nur präventive, sondern auch kurative Aspekte der Bewältigung von gesundheitlichen Belastungen und chronischen Erkrankungen. Für Krankenkassen bedeutet dies eine Ausdehnung des gesundheitlichen Engagements, auch auf Problembereiche der gesundheitlichen Versorgung. Gerade der Aspekt der Interessenvertretung der Versicherten in Fragen der gesundheitlichen Versorgung nimmt einen überraschend großen Raum in der Diskussion über Handlungsempfehlungen an die Krankenkassen ein. So ist über den 1989 in Hamburg gemeinsam von der AOK und der WHO durchgeführten Kongreß „Zur neuen Rolle für die Krankenversicherung“ (BEHRENDTS 1989) u.a. zu lesen:

„Die Aufgaben der Krankenkassen werden sich zukünftig nach Einschätzung vieler Teilnehmer verstärkt auf Beratung ihrer Mitglieder verlagern. Dafür wurden konkrete Beispiele gegeben:

- Arzneimittelberatung für Versicherte und Ärzte, um den übermäßigen und gesundheitsschädlichen Arzneimittelkonsum einzudämmen.
- Ernährungsberatung nicht nur für Versicherte, sondern auch für Kantinen, Restaurants, Einzelhandelsbetriebe, und Nahrungsmittelhersteller, um ein positives Umfeld für ein geändertes Ernährungsverhalten zu schaffen.
- Betriebliche Beratung über Gesundheitsprogramme und Arbeitsbelastungen für Personalleitungen und Betriebsvertretungen und Unterstützung bei der Einrichtung betrieblicher Arbeitskreise ‘Arbeit und Gesundheit’.

[...] Deutlich wurde in vielen Beiträgen, daß die Anwaltsrolle der Krankenkassen sich auf den Konsumentenschutz ausdehnen kann. Dies gilt sowohl hinsichtlich der medizinischen Leistungen als auch für Mittel des täglichen Bedarfs, wie zum Beispiel bei Nahrungsmitteln deutlich wird.“ (BEHRENDTS 1989, S. 440)

Weiterhin wurden im Rahmen dieses Kongresses auch Vorschläge für ein aktives Eintreten für eine Reorientierung gesundheitlicher Dienste gemacht. Folgende Themen wurden dabei u.a. genannt:

- „Die stärkere Berücksichtigung psychosozialer Aspekte in präventiven und kurativen Angeboten
- Angebote zur Unterstützung pflegender Angehöriger
- Die Schaffung interdisziplinärer und stadtteilbezogener Pflegeeinrichtungen“ (ebd.)

Das Engagement für Themen der gesundheitlichen Versorgung durch Krankenkassen hat also nach den zitierten Expertenvorschlägen zwei Zielrichtungen: Einerseits die Zielrichtung des Konsumentenschutzes und der Konsumentenberatung, bezogen sowohl auf gesundheitliche Aspekte alltäglicher Konsumgüter als auch auf medizinische Leistungen; sowie andererseits das direkte inhaltliche Einmischen in die Gestaltung von kurativen und insbesondere pflegerischen Leistungen im Gesundheitswesen.

Diese beiden Stoßrichtungen finden sich auch in anderen Publikationen im Kontext der Gesundheitsförderung durch Krankenkassen. HAUB benennt beispielsweise die „Thematisierung von Gesundheitsproblemen“ sowie die „Qualität der medizinischen Versorgung als Präventionsbeitrag“ (HAUB 1991, S. 267). In diesem Zusammenhang wird oftmals darauf hingewiesen, daß „die Kassen [...] über ein immenses Potential an präventionsrelevanten Daten und Informationen [verfügen]“ (LENHARDT 1989, S. 412), welches z.B. für den Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung, und damit zur Aufklärung über gesundheitliche Risiken sowie über Versorgungsdefizite im Gesundheitswesen genutzt werden könne (HAUB 1991, S. 267).

Ein oftmals zitiertes Beispiel für Verbraucherschutzberatung im Gesundheitswesen ist etwa die Arzneimittelberatung, wie sie bereits in den 80er Jahren durch die ‘Modell’-AOK Mettmann erprobt wurde (HAUB 1991). Pharmakologische Beratungsdienste durch Krankenkassen werden als „aktiv umgesetzte Gesundheitsförderung“ und „längst überfälliges Engagement“ in einem Bereich verstanden, der durch massive interessengeleitete Werbung der Produzenten und nicht zuletzt durch infolgedessen erhebliche gesundheitliche Risiken und Nebenwirkungen für die Verbraucher gekennzeichnet ist (GLAESKE 1992, S. 118/119). An anderer Stelle ist hierzu zu lesen:

„Will sich die GKV ernsthaft zu einer Gesundheitsversicherung wandeln und in den Mittelpunkt ihres Handelns Gesundheitsförderung stellen, so muß sie sich auch um die gesundheitliche Qualität und Wirksamkeit der Maßnahmen des immer noch vorwiegend medizinischen Krankenversicherungs- und -versorgungssystems kümmern. Da die Versorgung mit Arzneimitteln den Haupt-Stützpfiler in der ambulanten Behandlung von Krankheiten darstellt, kann sich eine auf Gesundheitsförderung bedachte GKV weder um die Bewertung der jeweiligen Nützlichkeit von Medikamenten noch um eine aktive

Haltung im Feld der iatrogenen, d.h. durch Ärzte verursachten, Schädigungen durch Medikamente herumdrücken.“(BRAUN 1991, S. 13)

Ein weiteres oftmals diskutiertes Tätigkeitsfeld ist die Versichertenberatung bei Behandlungsfehlern. HILDEBRANDT und TROJAN machen auf die Möglichkeiten von Krankenkassen aufmerksam, sich im Rahmen der Gesundheitsförderung zu Patientenschutzorganisationen zu entwickeln, welche die Qualität der medizinischen Versorgung direkt mit den Versicherten besprechen und sie bei entsprechenden Beschwerden unterstützen. Dabei könnte es u.a. um die juristische Beratung und tatkräftige Unterstützung bei Kunstfehlerprozessen gehen, welche - nebenbei erwähnt - auch der jeweiligen Krankenkasse die Möglichkeit bescheren würde, eigene Behandlungskosten durch vermehrte Regreßklagen gegen Leistungserbringer wieder einzufordern (HILDEBRANDT/TROJAN 1988, S. 69, hierzu ausführlicher: KRANICH/BÖCKEN 1997).

Wenn man also die Fülle der Handlungsempfehlungen, welche 1989 im Zuge der Einführung der Gesundheitsförderung als Aufgabe der Krankenkassen diskutiert wurden, betrachtet, so fällt auf, daß darin 'herkömmliche' Maßnahmen der Verhaltensprävention den allergeringsten Raum einnehmen. Vielmehr wurden äußerst vielfältige Vorschläge für mögliche Betätigungsfelder gemacht, welche einerseits in der von der WHO proklamierten Gestaltung der Verhältnisse, in Gemeinden, Schulen und Betrieben, sowie andererseits in dem viel weitergehenden Engagement in Fragen des gesundheitlichen Verbraucherschutzes und der aktiven Umgestaltung des gesundheitlichen Versorgungssystems ihre Schwerpunkte setzten.

Diese Handlungsempfehlungen haben auch erhebliche Konsequenzen für die Organisationsgestaltung der Krankenkassen. So ist hinsichtlich der außengerichteten Aktivitäten, etwa in der gesundheitlichen Verhältnisprävention, festzustellen, daß sich die Kassen zunehmend auch bis in Bereiche hinein engagieren müßten, welche nicht mehr ausschließlich in ihrem eigenen Zuständigkeitsbereich liegen. Dies erfordert ein Umdenken im Verwaltungshandeln der Kassen in Richtung Kooperation auch mit anderen gesundheitspolitischen Akteuren. Bedingt durch das gegliederte System der Krankenversicherung, sowie auch durch die vielfältigen Kompetenzen von Ländern, Gemeinden, den öffentlichen Gesundheitsdiensten u.a., können verhältnisbezogene Aufgaben sowohl innerhalb als auch außerhalb des gesundheitlichen Versorgungssystems nur gemeinsam mit diesen Akteuren angegangen werden:

„Die Institution GKV muß ihre Sichtweise über antragstellende und bedürftige Individuen hinaus auf soziale Zusammenhänge, kollektive Lebens- und Problemlagen und Institutionen erweitern. Überwiegend liegen diese nicht in ihrem traditionellen ‘Zuständigkeitsbereich’ und können daher auch nicht von ihr allein oder hauptsächlich beeinflußt werden.“ (BRAUN/FRIEDRICH 1994, S. 57)

Kooperation ist eine der vordringlichen Aufgaben im Zusammenhang mit den aufgezeigten Handlungsfeldern in der Gesundheitsförderung. Dabei lassen sich vier „Ebenen und Dimensionen“ der Kooperation von Krankenkassen benennen (BRAUN/FRIEDRICH 1994, Abb. 3.4).

Zunächst geht es um die Kooperation mit „neuen Partnern“ außerhalb des klassischen Handlungsrahmens der GKV. So bietet etwa die Kooperation mit Gesundheitsämtern auf örtlicher Ebene, aber auch die Förderung präventiver und rehabilitativer Infrastrukturen, im kommerziellen (Gesundheits- und Fitneßanbieter) und nicht-kommerziellen (Selbsthilfeinitiativen) Bereich Perspektiven für die Erweiterung des traditionellen Einflusses der Kasse.

Die Kooperation mit „bekannten Partnern“ erstreckt sich hingegen auf traditionelle Leistungserbringer im Gesundheitswesen (Ärzte, Apotheker, Krankengymnasten etc.), mit denen eine neue Qualität der vertraglichen Zusammenarbeit im kurativen, präventiven und rehabilitativen Bereich angestrebt werden soll.

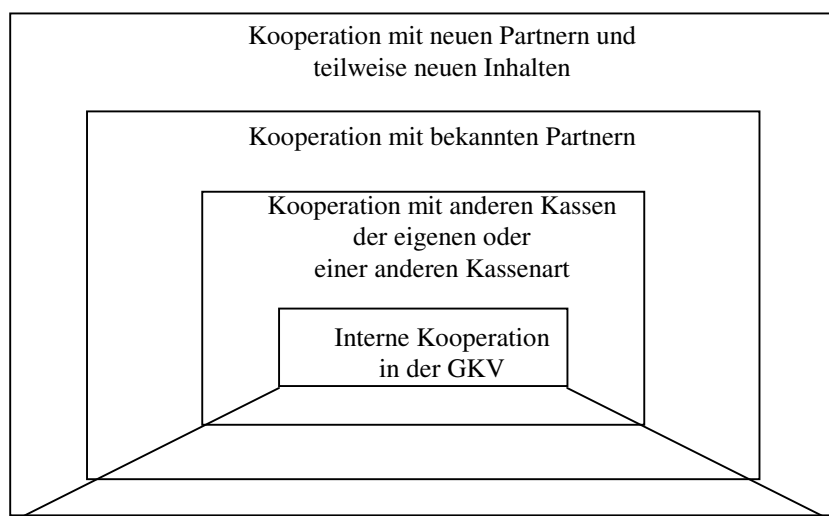
Beide Ebenen der Kooperation, sowohl zu neuen als auch zu bereits bekannten Vertragspartnern, erfordern drittens auch die Kooperation der Kassen untereinander. Dies erscheint zwar angesichts der aufgezeigten politischen Rahmenbedingungen des zunehmenden Kassenwettbewerbs und der Konkurrenz um Imagewirkung und neue Mitglieder als beinahe illusionäre Forderung, ist aber im Hinblick auf die gesundheitsbezogene Verhältnisgestaltung unabdingbar. Die Forderung nach Kooperation der Kassen untereinander repräsentiert letztlich eine der Hoffnungen in die eigenständige Gestaltungskraft der Kassen ‘trotz’ der politischen Rahmenbedingungen:

„Hier ist gefordert über den Schatten der unnötigen und letztlich nicht die Aufgaben der GKV (Gesundheit) verfolgenden ‘Konkurrenz’ zu springen.“ (BRAUN/FRIEDRICH 1994, S. 56)

Schließlich besteht eine vierte Ebene der Kooperation in der internen Kooperation und Vernetzung einzelner Fachbereiche der Kassenorganisation:

„Da Kooperation oftmals über den Tellerrand einzelner und isolierter Leistungsfälle hinausgeht und Querschnittsprobleme umfaßt oder ganzheitlich wird, muß dies in der GKV selber seine institutionelle und qualifikatorische Entsprechung finden. Dies bedeutet eine systematische und stetige horizontale Vernetzung der traditionellen organisatorischen Einheiten der GKV.“ (BRAUN/FRIEDRICH 1994, S. 58)

**Abb.3.4: Dimension und Ebenen von Kooperation in der GKV
(nach Braun/ Friedrich 1994)**



Kooperation kann also als eine Querschnittsaufgabe im Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung betrachtet werden. Die Einführung der Gesundheitsförderung in den Aufgabenbereich der GKV bedeutet aus dieser Sicht nicht nur die Planung und Initiierung von Leistungen und außengerichteten Aktionen. Es geht vielmehr in einem ersten Schritt darum, die organisationsinternen Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß überhaupt Gesundheitsförderung wirksam nach außen kommuniziert, sowie mit den vielfältigen Partnern in der Gesundheitsförderung kooperiert werden kann:

„Wer unter nichtkooperativen und nichtkommunikativen Bedingungen arbeitet, kann nach außen nicht plötzlich ein kompetenter Kooperator und Kommunikator sein. [...] Der Auftritt rigide weisungsgebundener und -abhängiger Mitarbeiter/innen wäre in kooperativen Bezügen kontraproduktiv und würde deren Sinn für die GKV kurzfristig wieder paralysieren.“ (BRAUN/FRIEDRICH 1994, S. 56)

Kooperation, und damit auch Gesundheitsförderung, beginnt also bei der eigenen Kassenorganisation. In der Debatte um Gesundheitsförderung in der GKV wurde oftmals auf diesen Umstand hingewiesen. So mahnt v. FERBER (1994) an, daß es neben der Programmgestaltung in der Verhaltens- und Verhältnisprävention für die Kassen insbesondere wichtig sei, „sich bewußt mit ihrer eigenen Organisation zu beschäftigen“: Allein drei von vier Zielrichtungen der Gesundheitsförderung zielen nach v. FERBER primär auf die eigene Kassenorganisation, und erst in zweiter Linie auf außengerichtete Maßnahmen ab:

- „Die Beteiligung an der öffentlichen Diskussion über Gesundheitsförderung,
- die betriebliche Gesundheitsförderung als unverzichtbares Element der krankenkasseneigenen Organisationsentwicklung und
- Gesundheitsförderung als strategischer Bestandteil von Managemententscheidungen zur Erreichung der Ziele ‘Wirtschaftlichkeit und Qualität der gesundheitlichen Versorgung’.“ (VON FERBER 1994, S. 23)

Die besondere Berücksichtigung interner Organisationsveränderungen im Zuge der Einführung von Gesundheitsförderung hat auch erhebliche Konsequenzen im Hinblick auf die für eine Umsetzung der Inhalte des § 20 SGB V notwendigen personellen oder organisatorischen Ressourcen. Für Krankenkassen stellt sich dabei zwangsläufig die Frage, durch welche personellen und organisatorischen Veränderungen bzw. Ausweitungen die neuen Aufgaben der Gesundheitsförderung bestmöglich bewältigt werden können.

Eine naheliegende Möglichkeit der organisatorischen Umsetzung der Gesundheitsförderung bestand in dem Aufbau einer eigenen Fachabteilung durch externe ExpertInnen. Begleitend oder alternativ dazu wurde auch die stärkere Aktivierung der Selbstverwaltung für die Belange der Gesundheitsförderung diskutiert (ABT 1989, LENHARDT 1989). Gegenüber diesen beiden Ansätzen zeichnet sich jedoch vor dem Hintergrund der oben aufgezeigten kasseninternen Reformnotwendigkeiten ein dritter, viel weitreichenderer Weg der Veränderung, quer zu allen vorhandenen organisatorischen und personellen Strukturen ab. Eine flächendeckende Weiterqualifizierung von Kassenmitarbeitern bis hin zu den oberen Etagen der Geschäftsführung wäre die Konsequenz, wenn die Gesundheitsförderung nicht als additive, innerhalb der Kassenorganisation isolierte Leistung, sondern als integrative Querschnittsaufgabe aller Fachbereiche verstanden und umgesetzt würde (HASS/LEHMANN 1996, LEHMANN/HASSEL 1996).

Das Spannungsfeld zwischen Addition und Integration der Gesundheitsförderung spiegelt sich also auch in den Organisationsstrukturen der Kassen wider. Eine reine *Addition* läuft aus organisatorischer Sicht weitgehend auf die isolierte Gründung von Fachabteilungen, und in der Konsequenz auf die von anderen Aufgabenbereichen der Kasse abgrenzbare Durchführung von Aktionen und Leistungen der klassischen gesundheitlichen Aufklärung und Verhaltensprävention hinaus. Demgegenüber bedeutet *Integration* vielmehr auch die kooperative Ausrichtung, sowohl extern, zu alten und neuen Partnern in der Gesundheitspolitik, als auch intern, bezogen auf die eigene Organisationsstruktur. Durch interne und externe Kooperationsstrukturen im Rahmen der Gesundheitsförderung sollte es letztlich möglich sein, zu einer durch die gesamte Organisation der Kasse mitzutragenden Förderung gesundheitlicher Initiativen zu gelangen; insbesondere jener, welche ohne die Unterstützung der gewichtigen Institution GKV nicht die Durchschlagskraft besitzen, neben der rein additiven auch eine integrative Wirkung der Gesundheitsförderung zu erzielen:

„Wenn etwa die mehr als 100.000 Beschäftigten der Krankenkassen in ihren Kontakten mit Krankenversicherten und der gesamten Öffentlichkeit weiterhin vom absoluten Vorrang und der unerschütterten Bedeutung der kurativen Medizin ausgehen und dies auch propagieren oder wenn die GKV z.B. in ihrer gesamten Denk- und Handlungsweise nichts gegen die millionenfache Medikalisierung sozialer Risikolagen durch Medikamente tut, so hat es eine notwendigerweise uneinheitlichere und organisatorisch wesentlich schwächere ‘Gesundheitsbewegung’ sehr schwer, wenn sie nicht gar tendenziell wirkungslos wird.“

(BRAUN/REINERS 1991, S. 205)

4 Zusammenfassung der theoretischen Analyse

Grundlage der theoretischen Analyse in Teil A dieser Arbeit ist die Hypothese, daß Gesundheitsförderung sinnvollerweise als integrativer Bestandteil des gesundheitlichen Versorgungssystems verstanden und umgesetzt werden sollte. Dies umso mehr, wenn Gesundheitsförderung als Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen diskutiert wird. Gegenüber einer reinen Addition von neuen Leistungen und neuen Aktionsfeldern lassen sich vielfältige Gründe finden, einen stärkeren konzeptionellen und inhaltlichen Bezug zu Aufgaben- und Problemfeldern des Gesundheitswesens herzustellen.

Aus der Perspektive der Gesundheitsförderung wird dies insbesondere anhand der Eckpunkte der WHO-Ottawa-Charta sowie anhand der wissenschaftlichen Kontroversen, welche im Vorfeld wesentlich zu deren Entwicklung beigetragen haben, verdeutlicht. Dabei ist die medizinkritische Debatte für die Entstehungsgeschichte der Ottawa-Charta ebenso immanent wie die selbstkritische Reflexion der bis dato gemachten Erfahrungen mit Ansätzen der Verhaltensprävention und Gesundheitserziehung.

Gesundheitsförderung hat demgegenüber die Intention, nicht zu einem weiteren Ausweiten des kurativen Medizinbetriebes, und auch nicht zu einer Kolonialisierung der sozialen Lebenswelten durch medizindominierte Präventionsbotschaften des 'richtigen Lebens' beizutragen. Statt einer risikofaktorenorientierten Prävention steht die Unterstützung und Förderung von Laienkompetenzen im Hinblick auf die Bewältigung von gesundheitlichen Bedrohungen und Problemlagen im Mittelpunkt. Dies schließt auch die Thematisierung von Defiziten der gesundheitlichen Versorgung mit ein.

Aus gesundheitsökonomischer Sicht wird der Zusammenhang zwischen Gesundheitsförderung und dem gesundheitlichen Versorgungssystem besonders deutlich. Eine ökonomische Betrachtung der Gesundheitsförderung läßt sich nur dann durchführen, wenn der thematische Bezug zu anderen Gesundheitsleistungen hergestellt wird. Der ökonomische Nutzen, von Gesundheitsförderung wie auch von gesundheitlichen Versorgungsleistungen, besteht jeweils entweder in einem 'mehr' an Gesundheit (Effektivität) oder in einem 'weniger' an verursachten Kosten im Gesamtsystem der gesundheitlichen Versorgung (Effizienz). Dabei ist eine integrative Strategie der Gesundheitsförderung theoretisch sowohl dazu geeignet, die

Effektivität der gesundheitlichen Versorgung, durch verbesserte *Komplementarität* zwischen gesundheitlichen Versorgungsleistungen ('Fremdleistungen') und eigener Gesundheitsproduktion von Laien zu erhöhen als auch infolgedessen weitere Behandlungen und Behandlungskosten zu vermeiden (*Substitutionalität*). Maßnahmen, welche ergänzend zur Behandlung bereits bestehender (chronischer) Erkrankungen angeboten werden, sowie kommunikative und partizipative Strategien, die den Umgang mit gesundheitlichen Versorgungsleistungen im Sinne eines kritischen Patientenempowerments thematisieren, versprechen demzufolge die größten ökonomischen Erfolge.

Die wesentliche Gemeinsamkeit zwischen dem 'boom'-artigen Aufkommen gesundheitsökonomischer Theorien und Debatten sowie der Gesundheitsförderung besteht dabei in den von beiden Seiten festgestellten Effektivitäts- und Effizienzmängeln einer zunehmend nicht bedarfsgerechten medizinzentrierten Gesundheitsversorgung. Beide Ansatzpunkte, der Gesundheitsökonomie wie auch der Gesundheitsförderung, diskutieren darüber hinaus die Möglichkeiten, durch eine stärkere Beteiligung der Nachfrageseite der durch die Angebotsdominanz im 'Gesundheitsmarkt' induzierten mangelnden Bedarfsorientierung entgegenzuwirken. Allerdings besteht der wesentliche Unterschied zwischen diesen beiden Betrachtungsweisen darin, daß die Gesundheitsökonomie von einem individualisierenden Marktmodell mit 'souveränen Konsumenten' ausgeht, wohingegen die Gesundheitsförderung auch die kollektive politische Gestaltungskraft der BürgerInnen und PatientInnen hervorhebt.

Dieses Spannungsfeld zwischen kollektiver und individueller Steuerung der gesundheitlichen Versorgung findet sich auch auf gesundheitspolitischer Ebene. Kapitel 3 stellt die beiden unterschiedlichen Ansatzpunkte der Gesundheitspolitik, die Theorie einer sektorübergreifenden, partizipativen und zielorientierten Public Health-Politik einerseits, sowie die realpolitische Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems andererseits, gegenüber. Wenn eine bundesdeutsche Politik der Deregulierung, Marktorientierung und Privatisierung langfristig nicht zu einem gänzlich die Gesundheit der Bevölkerung als Allgemeingut, und die dem bisherigen System immanenten Aspekte der sozialen Gleichverteilung bedrohenden Szenario werden soll, gilt es insbesondere, die Seite der Nutzer von gesundheitlichen Versorgungsleistungen kollektiv und individuell zu stärken. Eine solche nachfrageorientierte Gesundheitspolitik entspricht dem Kern der durch die Ottawa Charta

angestrebten Kurskorrektur durch Anwaltschaft, Vermittlung/Vernetzung und Empowerment. Sie führt aber auch direkt zu einer konkreten Aufgabenbeschreibung für gesetzliche Krankenkassen, nicht zuletzt zum Zwecke ihrer Selbsterhaltung.

Krankenkassen haben vor diesem Hintergrund die Aufgabe, als Verbraucherlobby im Gesundheitswesen aufzutreten und kollektive Versicherteninteressen bei der Vertragsgestaltung in der gesundheitlichen Versorgung anwaltschaftlich zu vertreten. Auf individueller Ebene gilt es darüber hinaus, die Kompetenzen der Versicherten in Sachen Gesundheit sowie bedarfsgerechter Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungsleistungen zu fördern.

Dies wurde auch im Zuge der durch das Gesundheitsreformgesetz 1989 eingeführten Gesundheitsförderung als Aufgabe der Krankenkassen vielfach betont. Eine genaue Betrachtung der schon damals entwickelten Thesen verdeutlicht, daß viele Erwartungen und Handlungsempfehlungen an die Krankenkassen im Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung explizit auf deren Rolle als Verbraucherschutz- und Verbraucherberatungsinstitution verweisen. Nur wenige Handlungsempfehlungen legen hingegen eine additive Einführung von Leistungen der primären Verhaltensprävention, ohne zusätzlichen Bezug zu Fragen der gesundheitlichen Verhältnisgestaltung oder des Gesundheitswesens im engen Sinne nahe.

Vielmehr wird ein breites und nach außen hin kooperatives Engagement in der Verhältnisprävention (in Schulen, Betrieben und Gemeinden) sowie ein gänzlich verändertes Verwaltungshandeln der Kassen im Umgang mit Fragen der medizinischen Versorgung gefordert. Damit ist letztlich die 'ganze Organisation Krankenkasse', und nicht nur eine neu zu installierende Fachabteilung aufgefordert, sich mit Fragen eines veränderten Umgangs mit Krankheit und Gesundheit zu beschäftigen.

B. EMPIRISCHER TEIL

Doch, da es in diesem philosophischen und kritischen Zeitalter schwerlich mit jenem Empirismus Ernst sein kann, und er vermutlich nur zur Übung der Urteilskraft, und um durch den Kontrast die Notwendigkeit rationaler Prinzipien a priori in ein helleres Licht zu setzen, aufgestellt wird: so kann man es denen doch Dank wissen, die sich mit dieser sonst eben nicht belehrenden Arbeit bemühen wollen.

Immanuel Kant: Kritik der praktischen Vernunft

5 Fragestellung und Konzeption der empirischen Untersuchung

5.1 Eckpunkte der theoretischen Analyse (Teil A)

Die theoretische Analyse zur Frage der Integration der Gesundheitsförderung in den Handlungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung (Teil A) gibt vielfältige Anhaltspunkte, wie eine solche Integration sinnvollerweise geschehen sollte. Aus Sicht der Gesundheitsförderung, der Gesundheitsökonomie und der Gesundheitspolitik stellt sich heraus, daß Integration nicht allein die Übernahme eines neuen Handlungsfeldes in den Aufgabenbereich der Krankenkassen bedeutet. Dies wäre eher mit *Addition* zu umschreiben, da letztlich andere, traditionelle Aufgaben, insbesondere des Leistungs- und Vertragswesens der Kassen davon zunächst unberührt blieben.

Integration meint in diesem Zusammenhang vielmehr die konzeptionelle Integration in die traditionellen Aufgabenfelder der Kassen, welche mit der Gestaltung und Verwaltung der gesundheitlichen Versorgung direkt zusammenhängen. Gesundheitsförderung erscheint als eine Querschnittsaufgabe, welche insbesondere die schon bestehenden Strukturen und Prozesse der Verwaltung und Steuerung des Gesundheitswesens betrifft. Aus dieser Sicht ist die gesetzliche Krankenversicherung als zentrale Drehscheibe des deutschen Gesundheitswesens ein interessanter Akteur, der auch wesentlich dazu beitragen kann, die in Teil A skizzierte Integration von Gesundheitsförderung in das gesundheitliche Versorgungssystem zu realisieren.

Einerseits kommt es nun darauf an, die abstrakte Forderung nach einer stärkeren Integration der Gesundheitsförderung in das Gesundheitswesen anhand einiger empirischer Beispiele zu konkretisieren. Andererseits stellt sich aber die viel grundsätzlichere Frage, ob überhaupt und in welchem Maße die Einführung der Gesundheitsförderung durch das Gesundheitsreformgesetz von 1989 dazu beigetragen hat, daß Krankenkassen Schritte in die aufgezeigte Richtung unternommen haben. Ist der § 20 SGB V als Aufforderung verstanden und umgesetzt worden, sich seitens der Kassen mit Gesundheit, gesundheitlichen Versorgungsstrukturen sowie der eigenen Organisationsreform zu beschäftigen, oder handelt es sich dabei lediglich um die Umsetzung der Gesundheitsförderung 'als Kassenleistung', analog zu den sonstigen Leistungssektoren im Sozialgesetzbuch V?

Welche Schritte sind also seitens der Krankenkassen in Richtung einer „gesundheitsfördernden Krankenkassenpolitik“ unternommen worden? Dies bildet die Kernfrage der empirischen Untersuchung in Teil B dieser Arbeit, in der es um die Realisierung der aus den Eckpunkten der theoretischen Analyse abgeleiteten Anforderungen geht.

5.2 Stand der empirischen Forschung

Während zum Zeitpunkt der Planung dieser empirischen Untersuchung (1994) nur ganz wenige Vergleichsstudien über den Gegenstandsbereich der 'Gesundheitsförderung durch Krankenkassen' im weitesten Sinne vorlagen, hat sich die Informationslage seit dem Jahr 1995 deutlich verbessert.

Vor 1995 waren es nur vereinzelte Studien über bestimmte Projekte, etwa die Aktivitäten der AOK-Mettmann, welche als modellhafter Vorreiter für die Kassenlandschaft in Sachen Prävention, Sozialberatung und Gesundheitsförderung bekannt geworden ist (WENGLER 1984). Darüber hinaus wurde bereits in den 70er Jahren, nach Einführung des sogenannten „Rehabilitationsangleichungsgesetzes (RehaAnglG 1974)“, welches die Beratung von Rehabilitanden und die bessere Zusammenarbeit der verschiedenen Rehabilitationsträger fördern sollte, ein wissenschaftliches Gutachten zum Stand der Entwicklung der „Sozialen Dienste“ bei Krankenkassen erstellt (EICHNER 1976). Die Untersuchung der Sozialen Dienste

bzw. „Rehabilitationsberatungen“ bei Krankenkassen wurde 1994 auf einer breiteren empirischen Basis wiederholt (STANGE 1994).

Darüber hinaus sind diverse Arbeiten zu speziellen Themenbereichen der Gesundheitsförderung zu nennen, welche am Rande auch die Rolle der Krankenkassen empirisch beleuchten. Insbesondere die Studie des Bundesministeriums für Familie und Senioren über „Selbsthilfeförderung durch Länder, Kommunen und Krankenkassen“ (BRAUN et al. 1994) sowie die Studie des Wissenschaftszentrums Berlin zu „Bedingungs- und Akteurskonstellationen in der Betrieblichen Prävention“ (ELKELES/LENHARDT/ROSENBROCK 1996) geben gute Einblicke in die Aktivitäten der Krankenkassen auf den jeweiligen Gebieten.

Zur speziellen Thematik der ‘Gesundheitsförderung durch Krankenkassen’ waren bis 1995 zwar eine Reihe von Stellungnahmen und kurzen Erfahrungsberichten, insbesondere in den Verbandszeitschriften der Krankenkassen zu lesen („Die Krankenversicherung“ (IKK), „Die Ortskrankenkasse“, „Die Betriebskrankenkasse“, „Die Ersatzkasse“), eine empirische Aufarbeitung der Aktivitäten der Krankenkassen nach Einführung des Paragraphen 20 SGB V zur Prävention und Gesundheitsförderung fehlte jedoch bis dato. Im Jahre 1995 sind dann zwei empirische Studien zu diesem Thema veröffentlicht worden. Dabei handelt es sich erstens um eine im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführte Studie „zur Umsetzung des § 20 SGB V durch die Krankenkassen“ (KIRSCHNER et al. 1995) sowie zweitens um eine empirische Untersuchung zu „Krankenkassen und Gesundheitsförderung“ für das Land Berlin (MABHOLDER 1995).

Darüber hinaus sind seit 1995 auch einige populärwissenschaftliche Untersuchungen zum Thema gesundheitsfördernder Angebote durch Krankenkassen, z.B. in den Zeitschriften „Fit for Fun“ (2/96) sowie „Ökotest“ (12/95), erschienen. Diese Studien sowie die Vielzahl an kritischen Zeitschriftenartikeln verdeutlichen nachhaltig die Aktualität und die Brisanz dieser Thematik während des Untersuchungszeitraumes.

Die umfassendste und öffentlich am meisten beachtete Studie zur Gesundheitsförderung durch Krankenkassen ist zweifellos die Arbeit von KIRSCHNER et al. (1995). Die von dem Forschungsinstitut „Epidemiologische Forschung Berlin (EFB)“ durchgeführte Studie (im folgenden ‘EFB-Studie’ genannt) greift einigen der auch in dieser Arbeit durchzuführenden Untersuchungsschritte vor. So werden Fragen der ‚Bedeutung des § 20, der Ziele, Zielgruppen

und Angebotskriterien“; der „Organisation, des Personals und des Etats“, des „Maßnahmenspektrums“, der „Inanspruchnahme der Angebote“ sowie „Betriebliche Gesundheitsförderung“, „Evaluation“ und „Kooperation“ thematisiert. Wesentlich ist auch eine begleitend dazu durchgeführte repräsentative Umfrage zum Inanspruchnahmeverhalten gesundheitsfördernder Maßnahmen in der Bevölkerung (KIRSCHNER et al. 1995).

Dennoch bestehen einige wesentliche Unterschiede zwischen der ‘EFB-Studie’ und der in dieser Arbeit angestrebten Untersuchung. Diese liegen bereits in der zentralen Fragestellung sowie der theoretischen Basis. Hinsichtlich des theoretischen Bezuges merken die Autoren der EFB-Studie an, „eine Bestandsaufnahme der in der Literatur diskutierten Probleme zur Umsetzung insbesondere des § 20 SGB V“ vorgenommen zu haben (KIRSCHNER et al. 1995, S. 12). Wie bereits in Teil A dieser Arbeit aufgezeigt, läßt jedoch die vielfältige, multidisziplinäre und teilweise sehr kontroverse Literatur bislang ein einheitliches Theoriegebäude vermissen. Dieses Theoriedefizit sollte insbesondere durch die eingehende Prüfung der Hypothese der Integration der Gesundheitswesen, unter den drei Gesichtspunkten Gesundheitsförderung (Kap. 1), Gesundheitsökonomie (Kap. 2) und Gesundheitspolitik (Kap. 3) geschlossen werden.

Entsprechend ist für den theoretischen Hintergrund der EFB-Studie festzustellen, daß es sich dabei um eine insgesamt noch sehr dem klassischen Paradigma der Prävention verhaftete Konzeption handelt. So kommen die Autoren u.a. zu dem empirischen Ergebnis, daß der „Programmcharakter“ der Prävention in den Maßnahmen der Kassen fehle:

„Defizite in der Bedarfs- und Zielbestimmung sowie zielgruppenspezifischen Maßnahmenbestimmung führen in Verbindung mit einer nachfragedeterminierten, maßnahmeorientierten Angebotspolitik zu einer ‘Verfügungstellung von Präventionsangeboten’, die von interessierten Versicherten (oder Nicht-versicherten) genutzt werden können. Damit verliert Gesundheitsförderung aber ihren ‘Programmcharakter’. Der Aufbau entsprechender Angebote erscheint als Ziel an sich, nicht als Mittel zur Zielerreichung“ (KIRSCHNER et al. 1995, S. 52).

Diese kritische Analyse bezieht sich auf ein eher klassisches Idealbild der programmatischen und nicht zuletzt expertendefinierten Prävention, welche insbesondere ergebnis-, und weniger prozeßorientiert zu sein habe. Theoretisch ist jedoch, vor dem Hintergrund der selbstkritischen Reflexion der Prävention und des mit der Gesundheitsförderung angestrebten Paradigmenwechsels, eine gegenteilige Entwicklung des Standes der wissenschaftlichen Diskussion festzustellen (Kap. 1). Dieser konzeptionelle Unterschied zwischen Prävention und Gesundheitsförderung wird in der EFB-Studie zu wenig berücksichtigt. So merken auch

andere wissenschaftliche Beobachter hinsichtlich der Ergebnisse und der Prämissen der EFB-Studie an, „daß viele der [dort] aufgeführten Kriterien zwar als unverzichtbare Schritte für die Konzeption von Präventionsprogrammen gelten, sich jedoch nicht vollständig auf die umfassendere Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta übertragen lassen“ (SCHWARTZ/WALTER 1997, S. 60). So richtig die Feststellung, Maßnahmen der Krankenkassen würden insgesamt einen programmatischen Ansatz der Primärprävention vermissen lassen, sein mag, sie mißt letztlich die Aktivitäten der Kassen, vor dem Hintergrund vielfältiger Reformerfordernisse des eigenen Handlungsbereichs sowie der eigenen Organisation, und nicht zuletzt vor dem Hintergrund der vielfältigen konzeptionellen Integrationsmöglichkeiten der Gesundheitsförderung, mit dem falschen Maß.

In diesem Zusammenhang wird auch die Fragestellung der EFB-Studie zu sehr auf die Erfordernisse der in § 20 SGB V aufgeführten Handlungsbereiche beschränkt. Dies entspricht gleichwohl den in der Ausschreibung des Bundesministeriums für Gesundheit für dieses Forschungsprojekt genannten Zielsetzungen (KIRSCHNER et al. 1995, S. 11).

Die in dieser Arbeit angestrebte Untersuchung soll jedoch, über den § 20 SGB V hinaus, Antworten darüber finden, ob und inwieweit die im Zuge des Gesundheitsreformgesetzes 1989 geäußerten Hoffnungen und Erwartung, insbesondere an die eigene Reformfähigkeit und Gestaltungskraft der Krankenkassen, realisiert werden konnten. Wie in Kap. 3.3 aufgezeigt, wurde das GRG mit seinem eher unspezifischen und von vielen Beobachtern kritisierten ‘lediglich symbolischen’ Auftrag zur Prävention und Gesundheitsförderung, dennoch mit vielen Hoffnungen versehen, einen Schritt in Richtung erneuerter, ‘gesundheitsfördernder Krankenkassenpolitik’ zu bewirken. Die wesentliche ‘Transferleistung’, bezogen auf kooperative Projekte der Verhältnisprävention, auf eine Reorientierung der Gesundheitsdienste, sowie auf eine kasseninterne Organisationsreform in Richtung Kooperation und Vernetzung unter dem Paradigma der Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe, lag letztlich bei den Kassen.

Dies gilt es in der hier geplanten Studie empirisch zu untersuchen. Dabei stehen drei Fragenkomplexe im Mittelpunkt, nämlich:

- Welche Maßnahmen wurden durch Krankenkassen durchgeführt?
- Durch welche organisatorischen und sonstigen Rahmenbedingungen kam es zu dieser Maßnahmenauswahl?

- Welche der Maßnahmen und Aktivitäten lassen sich der skizzierten Integration von Gesundheitsförderung in das Gesundheitswesen sowie in den Kernbereich der Kassenverwaltungen zuordnen?

Vor diesem Hintergrund liefert die EFB-Studie interessante Ergebnisse insbesondere im Hinblick auf den ersten Fragenkomplex des Maßnahmenspektrums. Die anderen genannten Studien liefern weitere interessante Teilaspekte, etwa zur Thematik der Selbsthilfeförderung, der betrieblichen Gesundheitsförderung oder der Rehabilitationsberatung. Diese Aspekte sollen auch in der eigenen empirischen Untersuchung berücksichtigt und im Sinne von Vergleichsdaten aufgearbeitet werden.

Die beiden anderen Fragenkomplexe, einerseits zu den organisatorischen Rahmenbedingungen, sowie andererseits zu der Bewertung anhand des Maßstabes der Integration in Kernbereiche des Gesundheitswesens und der Kassenverwaltungen, sollen über den bisherigen Stand der empirischen Forschung hinaus im Mittelpunkt dieser Arbeit stehen.

5.3 Untersuchungsschwerpunkte: Zum Zusammenhang der beiden empirischen Teiluntersuchungen, Kap. 6 und 7

Erster wesentlicher Schritt der empirischen Untersuchung ist zunächst eine deskriptive Darstellung der Aktivitäten, welche im Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung durch Krankenkassen durchgeführt wurden. Dies war, und ist auch nach dem Erscheinen der oben genannten empirischen Vergleichsstudien die Basis für weitere Untersuchungsschritte. Die durch andere Arbeiten ermöglichten Vergleiche können dabei genutzt werden, um einerseits die Validität der eigenen Ergebnisse, wie auch jener der Vergleichsstudien zu überprüfen, sowie andererseits eine breitere empirische Basis als Diskussionsgrundlage für die weiteren Untersuchungsschritte vorzuhalten. In der Ergebnisdarstellung sollen deshalb regelmäßige Querverweise und Ergebnisvergleiche zu den anderen relevanten Arbeiten erfolgen.

Der erste Fragenkomplex läßt sich etwa mit der übergreifenden Frage betiteln: 'Wie sieht die Kassenpraxis in der Gesundheitsförderung aus?' Dies läßt sich untergliedern in detailliertere Fragen nach

- 1) dem Maßnahmenspektrum
- 2) den Zielsetzungen sowie dem Leitbild
- 3) der Ergebnisdokumentation ('Evaluation') und den daraus ersichtlichen Kriterien für Erfolg oder Mißerfolg.

Anhand der Zielsetzungen sowie, noch weitergehend, des Leitbildes läßt sich ermessen, inwieweit die empirisch vorgefundenen Maßnahmen einer mehr oder weniger einheitlichen Konzeption folgen, und ob daraus weitere Rückschlüsse über Strategien, welche auch unabhängig von organisatorischen oder politischen Rahmenbedingungen (z.B. durch professionelle oder wissenschaftliche Leitbilder) zustande gekommen sein können, zu ziehen sind. Die Ergebnisdokumentation zeigt darüber hinaus die Bedeutung und den Stellenwert, welcher den Zielsetzungen und damit den jeweiligen Maßnahmen seitens der verantwortlichen Akteure zugemessen wird.

Sofern sich aus diesem deskriptiven Teil der Untersuchung Rückschlüsse über bestimmte Strategien ziehen lassen, stellt sich weiterhin die Frage nach den Gründen und den Rahmenbedingungen, welche sowohl positiv zu einer bestimmten Entwicklung als auch negativ zur Unterlassung anderer Aktivitäten beigetragen haben. Diese können einerseits in den politischen Rahmenbedingungen, etwa des Wettbewerbs der Kassen oder dem Verhalten anderer politischer Akteure wie z.B. Gesundheitsämtern liegen. Andererseits können aber insbesondere die 'Bedingungs- und Akteurskonstellationen' innerhalb der Kassenorganisationen maßgeblich für die Ausbildung bestimmter Schwerpunkte im Handlungsspektrum gewesen sein.

Die Betrachtung der organisationsinternen Strukturen und Beziehungen stellt eine zentrale Aufgabe auch hinsichtlich der Frage nach der Art der Umsetzung von Gesundheitsförderung dar. Es gilt insbesondere zu untersuchen, inwieweit Fachabteilungen für Gesundheitsförderung sowie andere Fachbereiche des traditionellen Kassengeschäftes und nicht zuletzt die Geschäftsführung, gemeinsam in die Gesundheitsförderung im Sinne einer Querschnittsaufgabe involviert waren, und welche Konsequenzen dies auf das Handlungsspektrum hatte. Dies soll wesentliche Hinweise zur Beantwortung der Frage nach additiven sowie integrativen Ansätzen der Gesundheitsförderung in der Kassenpraxis liefern.

Schließlich gilt es, hinsichtlich der Bewertung der Praxis nach theoretisch konsistenten Elementen, welche sich in Richtung einer weiteren Integration der Gesundheitsförderung in das gesundheitliche Versorgungssystem fortentwickeln lassen, zu suchen. Dies bedeutet z.B., daß die oft zitierte kritische Feststellung, Krankenkassen würden unter dem Titel 'Gesundheitsförderung' überwiegend nur verhaltenspräventive 'Gesundheitskurse' anbieten, nicht nur empirisch überprüft, sondern auch im Detail genauer hinterfragt werden soll. Neben der Frage: 'Sind es wirklich überwiegend nur Gesundheitskurse, die von den Kassen angeboten werden?' steht die viel tiefergehende Frage: 'Welche Art von Gesundheitskursen werden angeboten? Wie sehen diese Angebote hinsichtlich der Inhalte, Methoden und Effekte bei den TeilnehmerInnen aus?' im Mittelpunkt. Bezüglich der Bewertung dieser Gesundheitskurse stellt sich dabei die Frage, welche konzeptionellen Verbindungen zu dem skizzierten integrativen Ansatz der Gesundheitsförderung bestehen.

Eine über die bisherigen Darstellungen des Maßnahmen- bzw. 'Gesundheitskurs'-Spektrums hinausgehende Analyse läßt sich etwa bereits anhand einer genauen Prüfung der schriftlichen Kursmaterialien (Kursprogrammhefte, Curricula, Konzeptionen, Evaluationsdesign etc.) sowie anhand von gezielten Fragen an ExpertInnen über Konzeptionen und Erfahrungen aus der Praxis erreichen. Dies sollte im Rahmen der ersten empirischen Teiluntersuchung, mittels qualitativer ExpertInneninterviews geschehen. Im Rahmen dieser ExpertInneninterviews sollten auch die beiden ersten Fragenkomplexe, nach dem Maßnahmenspektrum sowie nach organisatorischen Rahmenbedingungen abgedeckt werden (vgl. Kap. 6).

Erst im Laufe dieser ersten Teiluntersuchung ist die Idee zu einer zweiten empirischen Teiluntersuchung entstanden. Dies u.a. aufgrund der Ergebnisse und der Erfahrungen im Rahmen der ersten Teiluntersuchung. Die Durchsicht diverser kasseninterner Evaluationsstudien sowie die offensiven Stellungnahmen seitens der Kassen angesichts der Mitte 1996 drohenden 'Streichung' der Gesundheitsförderung als Kassenleistung¹ bestätigten den Eindruck der ersten empirischen Teiluntersuchung, daß es sich bei einem großen Teil der Gesundheitskursangebote faktisch nicht um Kurse der primären Prävention, wie eigentlich in der Konzeption vorgesehen, sondern um Angebote der Bewältigung bereits bestehender Krankheiten und gesundheitlicher Beschwerden handelte.

¹Modifizierung des § 20 SGB V durch das Beitragsentlastungsgesetz von 1.11.1996; vgl. Einleitung, Kap. 0

Dieser von Seiten der Krankenkassen forcierte Eindruck hatte zum einen große politische Bedeutung im Hinblick auf ökonomische Erfolge sowie die Legitimation der Fortführung dieser Angebote ‘unter anderem Titel’². Für die Fragestellung dieser Arbeit war dabei aber insbesondere bedeutsam, die beschriebenen Elemente der Integration der Gesundheitsförderung in den angebotenen Gesundheitskursen zu untersuchen. Diese konnten sowohl in der Bedeutung der Gesundheitskurse als sekundär- bzw. tertiärpräventive Maßnahmen der Krankenbehandlung und Rehabilitation als auch in deren Wirkungen im Hinblick auf Verbraucherkompetenzen bei der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen liegen.

Das Ziel der zweiten Teiluntersuchung war es daher, in einer eigenen TeilnehmerInnenbefragung der Frage nachzugehen, welche Motivationen einerseits zu einer Teilnahme an Gesundheitskursen geführt haben, und welche Effekte andererseits im Hinblick auf

- a) die Reduzierung von gesundheitlichen Beschwerden,
- b) den selbstbestimmten Umgang mit der Gesundheit sowie
- c) die zukünftige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

zu verzeichnen waren (vgl. Kap. 7).

Beide empirische Teiluntersuchungen haben sich im Ergebnis wechselseitig bedingt. Während eine detaillierte Betrachtung des Maßnahmenspektrums sowie der Evaluationsergebnisse zu der im zweiten Teil der empirischen Untersuchung durchgeführten TeilnehmerInnenbefragung geführt hat, führen die durch diese zweite Teiluntersuchung erhaltenen Ergebnisse direkt zurück zu einer Konfrontation mit den von den Kassen ursprünglich proklamierten Konzeptionen und Zielsetzungen.

² Statt als gesundheitsfördernde Maßnahmen gemäß § 20 SGB V könnten sekundär- und tertiärpräventive Kursmaßnahmen theoretisch auch als ‘Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation’ gemäß § 43 SGB V durchgeführt werden.

6. Ergebnisse der Interviews mit KrankenkassenmitarbeiterInnen

6.1 Einleitung

6.1.1 Methodik

Der erste Teil der empirischen Untersuchung geht allgemein der bereits genannten Fragestellung nach, welche Schritte seitens der Krankenkassen, seit der Einführung des § 20 SGB V zur Prävention und Gesundheitsförderung im Jahre 1989, in Richtung einer 'gesundheitsfördernden Krankenkassenpolitik' unternommen wurden. Dies umfaßt die Frage nach durchgeführten Maßnahmen und Aktionen, nach dahinterstehenden Konzeptionen und Leitbildern sowie insbesondere nach organisatorischen Einflußfaktoren bzw. Veränderungen im Zuge der Umsetzung von Gesundheitsförderung.

Als empirische Grundlage wurden verfügbare schriftliche Materialien aus den Reihen der Kassen (Kursbroschüren, Konzeptionen, Curricula, Evaluationsstudien etc.) gesammelt sowie mündliche Interviews mit ExpertInnen der Krankenkassen geführt. Darüber hinaus sollten auch andere empirische Vergleichsstudien mit in die Ergebnisauswertung einbezogen und den eigenen empirischen Ergebnissen gegenübergestellt werden (vgl. Kap. 5).

Qualitative Interviews mit KrankenkassenexpertInnen schienen am besten dazu geeignet, die große Bandbreite an Fragen, welche sich im Zusammenhang mit der Leitfrage nach Ansätzen einer 'gesundheitsfördernden Krankenkassenpolitik' ergeben, umfassend abzudecken. Dabei wurde die Technik der „semi-strukturellen Interviews“ gewählt, um einerseits einen vorstrukturierten Gesprächsleitfaden benutzen, und andererseits flexibel auf sich im Laufe der Gespräche ergebende Akzentuierungen seitens der Interviewpartner reagieren zu können (AUFENANGER 1991)³.

Wesentlich für die Vorbereitung der Befragungs- sowie der Auswertungstechnik war zudem das Kriterium, neben rein „objektiven“ Gehalten auch subjektive Interpretationen der Interviewpartner, in Form von Bewertungen und „Warum-Fragen“ erfassen zu können. Diese „subjektiven Sinnzumessungen“ der Befragten sollten nicht nur als Störgrößen der

³Zu „Entscheidungskriterien für die Auswahl qualitativer Interviewstrategien“ siehe insbesondere WIEDEMANN 1987.

„Interaktion von Interviewer und Interviewtem“ (SCHNEIDER 1988, S. 226) mit in die Ergebnisauswertung eingehen.

Die vermeintliche Schwäche qualitativer Interviews im Hinblick auf subjektive ‘Störgrößen’ läßt sich vielmehr auch positiv nutzen, indem unterschiedliche Informationsquellen miteinander in Beziehung gesetzt werden, und dabei subjektive Informationsgehalte als solche identifiziert und bewußt in die Gesamtbewertung einbezogen werden. Auf diese Weise erhält man „die Möglichkeit, Bewußtseinsformen bzw. Interpretationen eines Interviewten mit der berichteten Handlungsrealität zu kontrastieren und damit überhaupt erst Mystifizierungen, Selbsttäuschungen und Ideologien thematisieren zu können“ (SCHNEIDER 1988, S. 228). Dies entspricht dem Ansatz der „hermeneutischen Strukturanalyse von qualitativen Interviews“; deren Wert etwa gegenüber der klassischen „objektiven Hermeneutik“ eben in der Nutzbarmachung „subjektiver Sinnzumessungen“ für die Beantwortung von Fragen gesehen wird, die andernfalls kategorisch als unbeantwortbar zurückzuweisen wären (SCHNEIDER 1988).

Der Vorteil qualitativer Interviews liegt somit für diese Untersuchung darin, eine Verknüpfung und Interpretation vielfältiger Datenquellen, sowohl der mündlichen und schriftlichen Informationen aus dieser Untersuchung als auch der Vergleichsdaten anderer Studien, zu ermöglichen. Das bedeutet für diese Untersuchung, daß neben der Sammlung von Informationen auf der *Ebene der Datenerhebung*, ein Schwerpunkt auf die gezielte Analyse und kontrastierende Interpretation der erhaltenen Daten auf der *Auswertungsebene* gelegt werden mußte.

6.1.2 Vorgehensweise

Hinsichtlich der Datenerhebung wurden als Vorbereitung der Interviews zunächst schriftliche Informationsmaterialien bei den Bundesverbänden bzw. Hauptverwaltungen der Kassen angefordert. Darüber hinaus wurden geeignete InterviewpartnerInnen ermittelt, die bestmöglich über das Handlungsfeld der Gesundheitsförderung bei den jeweiligen Krankenkassen Auskunft geben konnten und wollten. Hierbei muß erwähnt werden, daß es sich bei diesem Thema offenbar, angesichts der Konkurrenzsituation der Kassen, um ein ‘heikles’ Feld handelte - ein Gesprächspartner nannte es ein „Wespennest“ -, welches nicht

ohne weiteres für externe Beobachter zugänglich war. Angesichts dieser angespannten Situation war es umso erfreulicher, einige bereitwillige GesprächspartnerInnen bei den Kassen zu finden. Dabei handelte es sich überwiegend um VertreterInnen der Abteilungen für Gesundheitsförderung, sowohl auf Landes- als auch auf Bezirksebene, die von verschiedenen Seiten als die am besten Informierten bzgl. der breiten Palette an Fragestellungen empfohlen wurden.

Räumlich wurden die Interviews auf das Land Hessen, mit Schwerpunkten in drei hessischen Regionen begrenzt (Großraum Frankfurt, Offenbach und Hanau, Großraum Rhein-Main-Gebiet und Wiesbaden, sowie Großraum Gießen, Wetzlar und Marburg). Wie mehrfach durch die Interviewpartner bestätigt wurde, war die Praxis der meisten Kassen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung bundesweit relativ einheitlich, daher war nicht mit nennenswerten regionalen Besonderheiten, speziell in Hessen, zu rechnen. Dies wird auch durch die beiden Vergleichsstudien von KIRSCHNER et al. (1995) sowie MABHOLDER (1995) bestätigt, welche bei den bundesweiten bzw. auf Berlin begrenzten Untersuchungen letztlich auf keine nennenswerten regionalen Spezifika gestoßen sind. Die Ergebnisse für das Land Hessen können deshalb über die Landesgrenze hinaus als geeignet betrachtet werden, ein 'typisches Bild' der Praxis der jeweiligen Kassen zu zeichnen, bzw. die zu untersuchenden Fragestellungen qualitativ angemessen zu erfassen. Darüber hinaus wurde bei der Erhebung des schriftlichen Datenmaterials (z.B. Evaluationsstudien) oftmals auf Materialien der Bundesverbände bzw. Hauptverwaltungen zurückgegriffen, so daß auch hier der Bezug über die Grenzen Hessens hinweg hergestellt wurde.

Insgesamt wurden 20 Interviews mit VertreterInnen verschiedener Kassenarten geführt, davon jeweils 3 MitarbeiterInnen der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), der Betriebskrankenkassen (BKK), der Innungskrankenkassen (IKK) und der Techniker Krankenkasse (TK), 2 MitarbeiterInnen der Barmer Ersatzkasse (BEK), der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) und der Schwäbisch-Gmünder Ersatzkasse (GEK) sowie jeweils ein Vertreter bzw. eine Vertreterin der Kaufmännischen Krankenkasse Halle (KKH) und der Hamburg-Münchener Ersatzkasse (HaMü). Die übrigen, hier nicht genannten Krankenkassen hatten zum Zeitpunkt der Untersuchung (Ende 1995/Anfang 1996) durchweg keine eigenen personellen Strukturen für Gesundheitsförderung in den regionalen Geschäftsstellen Hessens entwickelt. Informationen über diese Kassen beschränken sich daher auf das von ihnen zur Verfügung gestellte schriftliche Material.

Der Großteil der Befragten verfügte zum Zeitpunkt der Untersuchung über mehrjährige einschlägige Berufserfahrung (ca. 3 Jahre) bei der jeweiligen Kasse. Die 'dienstälteste' Interviewpartnerin war seit über 10 Jahren im Bereich der Gesundheitsförderung tätig, lediglich 3 der Befragten wurden erst während der letzten 1-2 Jahren eingestellt. Der überwiegende Teil der Befragten verfügt über eine akademische Ausbildung (n=15), vor allem aus den Bereichen Sportwissenschaften (n=8), Oecotrophologie (n=4), Psychologie (n=2), Soziologie (n=1) und Betriebswirtschaft (n=1). Weitere 5 Interviewpartner haben eine kasseninterne Berufsausbildung als Sozialversicherungsfachangestellte absolviert, einige davon mit entsprechender Weiterbildung in der Gesundheitsförderung (n=2). Im Verlauf der Untersuchung zeigte sich u.a., daß die Beachtung dieser persönlichen und professionellen, ebenso wie der 'institutionellen' Hintergründe (Kassenzugehörigkeit, Stellung im Unternehmen: Landes- bzw. Bezirksebene) durchaus wichtig für die Einordnung der teilweise unterschiedlichen Akzentuierungen und Stellungnahmen der Befragten war.

Die Dauer der Interviews betrug in der Regel 1,5 - 2 Stunden. Die Gespräche wurden überwiegend auf Tonband aufgezeichnet, in einigen Ausnahmen wurde auf besonderen Wunsch der Befragten lediglich schriftlich protokolliert. Die Interviewaussagen wurden anschließend unter den jeweiligen Gliederungspunkten des offenen Gesprächsleitfadens protokolliert; die für die Auswertung und Analyse, insbesondere der subjektiven Faktoren, bedeutsamen Passagen wurden wörtlich transskribiert.

Die Verwendung eines offenen Gesprächsleitfadens brachte es mit sich, daß die Interviewpartner manchmal Fragen bereits vorwegnahmen, und die beabsichtigte Reihenfolge nicht immer eingehalten werden konnte. Dabei erschien es sinnvoll, den Erzählfluß der Befragten nicht bzw. so selten wie möglich zu unterbrechen und sich auf die Kontrolle der Vollständigkeit der beabsichtigten Fragen sowie auf gezieltes Nachfragen zu konzentrieren. Die häufig angetroffene Fragen-Antizipation durch die Interviewpartner wurde dabei von beiden Seiten als positives Feedback über die thematische Vollständigkeit der Interviews gewertet. Hierüber wurde sich auch nach Abschluß der Interviews regelmäßig durch die Frage „was habe ich vergessen, Sie zu fragen?“ rückversichert.

Der Gesprächsleitfaden umfaßte folgende Fragenkomplexe (siehe Anhang I):

- Organisation, Zuständigkeiten, Entwicklungen, Hintergründe
- Ziele, Bedeutung des Aufgabenbereichs Gesundheitsförderung
- Maßnahmenspektrum
 - Gesundheitskurse
 - Betriebliche Gesundheitsförderung
 - Selbsthilfeförderung
 - Sonstige: Aktionen, Öffentlichkeitsarbeit, Gesundheitsförderung in der Schule
- Externe Kooperationsbeziehungen
- Interne Kooperationen, Vernetzung innerhalb der Kassenorganisation
- Evaluation, Erfolgsdokumentation, -kriterien
- Ausblick

Hinsichtlich der Ergebnisdarstellung bot sich an, einige der Fragen zusammenzufassen, bzw. teilweise anderen Fragenkomplexen zuzuordnen. Dies u.a. deshalb, weil im Verlaufe der Interviews häufig Überschneidungen erfolgten, bzw. manche der erhaltenen Antworten auch unter anderen Gliederungspunkten zugeordnet werden konnten. In der Ergebnisdarstellung sollte zudem die in Kap. 5 genannte Struktur der drei wesentlichen Zielsetzungen der Untersuchung erkennbar bleiben.

Ausgehend von dieser Struktur werden in der Ergebnisdarstellung zunächst die organisatorischen Bedingungen aufgezeigt (Kap. 6.2). Dies umfaßt die Ergebnisse zu

- Aufbau und Organisation der Gesundheitsförderung, Entwicklungen und Hintergründe
- personellen und finanziellen Ressourcen
- internen Kooperationsbeziehungen bzw. Zuständigkeiten und Vernetzungen innerhalb der Kassenorganisation.

In Abschnitt 6.3 werden die Ergebnisse zu Leitbildern und Zielsetzungen dargestellt. Dies umfaßt sowohl die Antworten zu persönlichen Leitbildern und Zielen, welche vorwiegend anhand der Frage „was bedeutet für Sie Gesundheitsförderung?“ ermittelt wurden, als auch die eher kassenbezogenen Fragen nach Zielen und Zielgruppen.

Auf dieser Grundlage wird in Abschnitt 6.4 und 6.5 das Maßnahmenspektrum der untersuchten Kassen aufgezeigt. Dabei geht es in Abschnitt 6.4 zunächst darum, übersichtsartig die verschiedenen Maßnahmenswerpunkte zusammenzufassen, und anhand der Interviewaussagen zu einer Einschätzung der jeweiligen quantitativen und qualitativen Bedeutung einzelner Maßnahmen und Strategien zu gelangen. Hierzu dient auch die Analyse der externen Kooperationsbeziehungen, welche insbesondere Aufschluß über die strategische Ausrichtung im Spannungsfeld zwischen kassenspezifischen, auf das eigene Versichertenklientel zugeschnittenen Individualmaßnahmen (z.B. Kurse), und kooperativen, vorwiegend auf die sozialen Verhältnisse abzielenden Aktivitäten, gibt. In diesem Zusammenhang werden auch die 'speziellen Handlungsfelder' der Gesundheitsförderung in der Schule, der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie der Selbsthilfeförderung thematisiert.

Abschnitt 6.4 schließt mit der Feststellung, daß, wie vermutet, der eindeutige Schwerpunkt der Kassenstrategien auf dem Angebot von Gesundheitskursen liegt. Gesundheitskurse sind deshalb Gegenstand eines eigenen Abschnittes 6.5, der sowohl die methodischen Aspekte als auch die inhaltlichen Schwerpunkte der breiten Palette angebotener Gesundheitskurse systematisch beleuchtet. Diese vertiefende Analyse von Gesundheitskursen berührt bereits die dritte Kernfrage der empirischen Untersuchung nach Elementen, welche sich den theoretischen Aspekten der Integration in das gesundheitliche Versorgungssystem zuordnen lassen.

Gesundheitskurse stehen vor diesem Hintergrund auch im Mittelpunkt der Untersuchung kasseneigener Evaluationsroutinen sowie deren Ergebnisse (Kap. 6.6). Die Tatsache, daß die wenigen verfügbaren Evaluationsstudien aus den Reihen der Kassen beinahe ausschließlich zu Gesundheitskursen durchgeführt wurden, zeigt dabei erneut deren besonderen Stellenwert im Gesamtspektrum der Kassenmaßnahmen.

Aufgrund der Ergebnisse der kasseneigenen Evaluationsstudien, die über den Untersuchungszeitraum hinaus gesammelt wurden, deutete sich an, daß die eigentliche Bedeutung der Gesundheitskurse oftmals nicht in der von den interviewten KassenvertreterInnen selbst proklamierten Zielsetzung der Primärprävention zu suchen war, sondern in der Betreuung von bereits durch gesundheitliche Beschwerden und Krankheiten Betroffenen (Sekundär- und Tertiärprävention). Dies leitet über zu Teil 2 der empirischen Untersuchung, welcher die Frage nach Teilnahmemotivationen sowie Ergebnissen und Erfolgen der Teilnahme an Gesundheitskursangeboten untersucht (Kap. 7).

6.2 Organisatorische Umsetzung der Gesundheitsförderung durch Krankenkassen

6.2.1 Aufbau und Entwicklung

Während in den 80er Jahren nur vereinzelte und auf wenige „besonders aufgeschlossene Kassen“⁴beschränkte Aktivitäten in der Gesundheitsförderung zu beobachten waren, hat sich dieser Bereich nach dem Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes 1989 bei allen untersuchten Kassen auf breiter Basis zu entwickeln begonnen. Die Einführung der Gesundheitsförderung in das Sozialgesetz wurde dabei organisatorisch durch den Aufbau eigener Fachabteilungen auf verschiedenen Ebenen der Kassenorganisation (Bundesebene, Landesebene, regionale Ebene) umgesetzt. Diese Fachabteilungen wurden überwiegend durch externe Fachleute besetzt, bildeten also sowohl von ihrer personellen Ausstattung als auch von ihrer organisatorischen Verortung einen zunächst eigenständigen neuen Aufgabenbereich.

Der Zeitpunkt des Aufbaus dieser Fachabteilungen differiert dabei zwischen den untersuchten Kassen teilweise um Jahre. Während Orts- und Betriebskrankenkassen schon 1989 über entsprechende Strukturen auf Bundesverbandsebene, aber auch zunehmend auf regionaler Ebene verfügten, haben andere Kassen nach eigenem Bekunden erst später mit dem Aufbau dieser Abteilungen begonnen. So haben viele Innungskrankenkassen und Ersatzkassen in den Jahren 1989/90 zunächst Fachabteilungen auf Bundesebene errichtet, und etwa ab 1991/92 mit dem Ausbau regionaler Strukturen begonnen. Erst 1994 begann auch die Schwäbisch-Gmünder Ersatzkasse (GEK), auf regionaler Ebene eigene Fachleute zu beschäftigen, während etwa die Kaufmännische Krankenkasse Halle (KKH) und die Hamburg-Münchner Ersatzkasse (HaMü) zum Zeitpunkt der Untersuchung ausschließlich auf Bundesebene durch Fachabteilungen vertreten waren. Im Falle der HaMü war die auf Bundesebene für Gesundheitsförderung Zuständige aber gleichzeitig für das Land Hessen verantwortlich; u.a. war sie federführend für das gemeinsame Ersatzkassenprojekt „Gesund alt werden“ in Hessen (vgl. Kap. 6.4, 6.5).

⁴Wörtliche Zitate aus den Interviews werden im folgenden mit Anführungszeichen und ohne Quellenangabe gekennzeichnet.

Zusätzlich zu den Strukturen auf Bundesebene und in den regionalen Geschäftsstellen verfügten die Betriebskrankenkassen, Ortskrankenkassen, Innungskrankenkassen sowie die Techniker Krankenkasse auch auf Landesebene über entsprechende Fachabteilungen.

Beim Landesverband der Betriebskrankenkassen in Hessen wurde im Herbst 1993 ein spezielles Referat „Betriebliche Gesundheitsförderung“ eingerichtet. Hierbei handelte es sich um eine von den Aktivitäten einzelner Betriebskrankenkassen unabhängige Fachabteilung, welche als „Servicezentrum“ für BKK-versicherte Betriebe im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung fungierte. Darüber hinaus haben sich 1993/94 in Hessen 4 regionale „BKK-Gesundheitszentren“ (Wetzlar, Wiesbaden, Kassel, Darmstadt) gebildet. Diese Gesundheitszentren wurden von jeweils ca. 10-15 BKK'n gemeinsam betrieben, stellten also einen fachbezogenen Zusammenschluß von Einzelkassen im Bereich der Gesundheitsförderung dar.

Die Ortskrankenkassen verfügten zunächst über eine Fachabteilung beim AOK-Landesverband Hessen. Im Zuge der Organisationsreform 1993/94 entwickelte sich daraus eine Landes-AOK, die auch in der Gesundheitsförderung maßgeblich für die Planung, Konzeption und Evaluation sowie für die betriebliche Gesundheitsförderung zuständig war. Gegenüber den von der Landesebene weitgehend unabhängigen BKK'n und deren Gesundheitszentren wurden bei der AOK wesentliche Entscheidungen, z.B. hinsichtlich thematischer Schwerpunkte sowie verbindlicher Einzelangebote, auf Landesebene getroffen.

Der Landesverband der Innungskrankenkassen verfügte seit 1991 ebenfalls über eine eigene Fachabteilung für Gesundheitsförderung. Diese verstand sich jedoch eher als Koordinator, während die einzelnen Regionalabteilungen der IKK'n (Nord- und Mittelhessen, Rhein-Main und Südhessen) relativ eigenständig arbeiteten:

„Der Rahmen kann durch die regionalen Mitarbeiter frei ausgestaltet werden.“
„Es gibt Vorgaben, aber die halte ich nicht ein - außer finanziellen Vorgaben!“

Auch die Techniker Krankenkasse verfügte aufgrund ihrer landesbezogenen Organisationsstruktur zunächst über eine Fachabteilung auf Landesebene, bevor 1993 auch die insgesamt neun Geschäftsstellen in Hessen mit entsprechendem Fachpersonal ausgestattet wurden.

Die anderen Ersatzkassen waren dagegen zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht auf Landesebene vertreten. Während die kleineren Ersatzkassen, aufgrund ihrer geringeren Mitgliederzahlen, auch in der Gesundheitsförderung vorwiegend bundeszentral organisiert waren, legten die größeren, mit einem dichteren Geschäftsstellennetz ausgestatteten Ersatzkassen nach eigenem Bekunden „viel Wert“ auf ein „bundesweit einheitliches Erscheinungsbild“. In diesen Kassen wurden überwiegend die in den Hauptverwaltungen entwickelten Konzepte auf regionaler Ebene der Geschäftsstellen bzw. Bezirksverwaltungen umgesetzt. Dagegen arbeiteten etwa die erst 1994 eingerichteten regionalen Fachabteilungen der GEK nach eigenen Angaben weitgehend eigenständig, um „die regionalen Kooperationsmöglichkeiten mit Leistungsanbietern vor Ort bestmöglich zu nutzen“.

Dieser kurze Überblick deutet bereits die kassen- bzw. kassenartenspezifischen Unterschiede hinsichtlich der organisatorischen und strategischen Ausrichtung in der Gesundheitsförderung an. Je nach Organisationsstruktur und „Unternehmensphilosophie“ der Kasse finden sich eher bundeseinheitliche, landeseinheitliche, oder dezentral ausgerichtete Strategien.

Interessant ist dabei die zeitliche Entwicklung der organisatorischen und personellen Strukturen, die zwar zwischen den Kassen z.T. erheblich differiert, insgesamt aber besonders in den Jahren 1992/93 den größten Entwicklungsschub aufweist. Diese, angesichts der schon 1989 geschaffenen gesetzlichen Grundlagen, verspätete Entwicklung wird von einigen Interviewpartnern darauf zurückgeführt, daß die Etablierung neuer Strukturen innerhalb eines Unternehmens generell einer gewissen Vorlaufs- und Entwicklungszeit bedarf: „Es dauert halt.“

Andererseits wird aber auch der durch das „Gesundheitsstrukturgesetz“ (GSG) von 1992 (in Kraft getreten: 1.1.1993) verstärkte einsetzende Wettbewerb zwischen den Kassen als wesentlicher Motor dafür genannt, daß gerade in den Folgejahren die Aktivitäten und die organisatorischen Strukturen in der Gesundheitsförderung erheblich ausgebaut wurden:

„Auf einer Skala von 1-100 hat das GRG lediglich einen Anteil von 1-5, das GSG jedoch den Hauptanteil von 5-100 an der Entwicklung der Gesundheitsförderung gehabt.“

Die Mehrheit der Befragten schätzen die Einflüsse des Gesundheitsreformgesetzes 1989 und des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 auf die Entwicklung der Gesundheitsförderung etwa gleichrangig ein. Auf die Frage nach dem wesentlichen Einflußfaktor für das Engagement der

Kassen in der Gesundheitsförderung nannten die Befragten etwa zu gleichen Teilen den „gesetzlichen Auftrag“ durch § 20 SGB V (n=12), sowie den „Kassenwettbewerb“ (n=15). Dabei überraschte die Freimütigkeit und Offenheit, mit der die Interviewpartner auch über die Verortung ihres Aufgabenbereichs im Kassenwettbewerb sprachen. Allerdings wurde diese Entwicklung zumeist kritisch betrachtet. Einige Befragte hofften, daß sich der Wettbewerbsdruck nach Einführung der freien Kassenwahl 1996 „wieder beruhigen“ würde. Andere betonten, daß die jeweils anderen Kassen weitaus „aggressiver“ bei der Nutzung von Gesundheitsförderung für Marketingzwecke vorgehen würden als die eigene.

Insgesamt ist festzuhalten, daß die organisatorischen Strukturen für Gesundheitsförderung bei den untersuchten Kassen bis zum Untersuchungszeitraum (Anfang 1995) kontinuierlich ausgebaut und auch thematisch ausdifferenziert wurden. Die Strukturen für Gesundheitsförderung wurden nach und nach durch Fachleute bzw. Fachabteilungen auf Bundes-, Landes- und regionaler Ebene komplettiert. Dabei sind Spezialisierungen einiger Kassen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung vorgenommen worden (z.B. BKK), in einigen Beispielen sind Kompetenzen zunehmend von der Bundesebene auf die regionale Ebene verlagert worden (z.B. GEK).

6.2.2 Personal

Der Ausweitungsprozeß in der Gesundheitsförderung bis ca. 1995 war insbesondere durch personelle Aufstockungen bei den Krankenkassen gekennzeichnet. Bundesweit waren 1995 nach Angaben der Bundesregierung rund 3.400 festangestellte MitarbeiterInnen sowie weitere 50.000 Honorarkräfte für die GKV tätig (DOK 19-20/1996, S. 629). Das Fachpersonal wurde größtenteils durch akademische Fachleute aus „präventionsbezogenen“ Fachrichtungen der Haushalts- und Ernährungswissenschaften, Sportwissenschaften, Psychologie, Sozialpädagogik und Sozialwissenschaften gebildet. Dabei war hinsichtlich der Neueinstellungen der letzten Jahre bei den untersuchten Kassen eine inhaltliche Verschiebung von dem anfänglich dominierenden Themenbereich ‘Ernährung’ hin zu den Themenbereichen ‘Bewegung’, ‘Stressbewältigung’ sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung zu beobachten. Darüber hinaus fanden sich, in den letzten Jahren in zunehmendem Maße, ausgebildete Sozialversicherungsfachangestellte aus den eigenen Reihen der Kassen, welche unternehmensintern für Aufgaben der Gesundheitsförderung weitergebildet wurden.

Bei weitem personell am stärksten besetzt waren die AOK'n. Zwischen 7 und 15 festangestellte MitarbeiterInnen umfaßten die Abteilungen der größeren AOK-Regionaldirektionen, wobei zum Zeitpunkt der Untersuchung weitere Neueinstellungen geplant waren. Hinzu kam ein Stab an Honorarkräften für die Kursdurchführung, dessen Größe sehr unterschiedlich und offenbar von den für die Einstellung dieser Honorarkräfte verantwortlichen MitarbeiterInnen abhängig war. Einer Befragten zufolge strebten die Regionaldirektionen an, möglichst jede größere Geschäftsstelle mit einer Fachkraft für „Ernährung“ sowie einer für „Bewegung“ zu besetzen. Während in den Anfangsjahren (vor und nach 1989) zunächst überwiegend Ernährungsfachkräfte eingestellt wurden („über 40 OecotrophologInnen in Hessen“), sind in den letzten Jahren vermehrt Bewegungsfachkräfte (z.B. SportwissenschaftlerInnen) hinzugekommen.

Der Trend, später hinzugewonnene Stellen vorwiegend mit Sport- und Bewegungsfachleuten zu besetzen, zeigte sich auch bei anderen Kassen. So waren die „Gesundheitszentren“ der BKK'n (4 in Hessen) jeweils mit 2-4 Fachkräften besetzt, von denen der Großteil über einen sportwissenschaftlichen oder sportpädagogischen Abschluß verfügte. Beim Landesverband arbeiteten neben Sport- und Bewegungsfachleuten auch Psychologen, da hier ausschließlich die Projektarbeit mit Betrieben in den Bereichen „Arbeitsbelastung und Verbesserung innerbetrieblicher Kommunikationsstruktur“ im Mittelpunkt stand.

Die größeren Geschäftsstellen der Ersatzkassen waren üblicherweise mit einer, in Ausnahmefällen bis zu drei Fachkräften ausgestattet, wobei auch hier zusätzlich geschaffene Stellen zumeist mit Fachkräften für Bewegung, Streßbewältigung und betriebliche Gesundheitsförderung besetzt wurden.

Die IKK'n hatten für ihre 3 Regionalabteilungen, Nord- und Mittelhessen, Rhein-Main und Südhessen insgesamt 7 festangestellte MitarbeiterInnen sowie eine Abteilungsleiterin auf Landesebene beschäftigt, die die Länder Hessen und Thüringen gemeinsam betreute. Der Themenbereich 'Ernährung' war hier lediglich durch eine festangestellte Fachkraft repräsentiert. Die übrigen Fachkräfte kamen größtenteils aus dem Krankenkassenbereich, d.h. sie waren ausgebildete Sozialversicherungsfachangestellte mit einer kasseninternen Weiterbildung in Gesundheitsförderung, welche in Kooperation mit der Universität Bremen organisiert wurde.

Eine ähnliche Strategie der Weiterqualifizierung von KassenmitarbeiterInnen verfolgte auch die DAK. Nachdem hier zunächst (ca. 1992) bundesweit 15 Fachkräfte mit akademischer Ausbildung eingestellt wurden, sind seit Mitte 1995 weitere 200 Sozialversicherungsfachangestellte aus den eigenen Reihen als „Gesundheitsberater“ beschäftigt worden. Nach eigenem Bekunden handelte es sich bei dieser Strategie der betriebsinternen Weiterbildung insbesondere um einen Versuch, organisatorische Veränderungen innerhalb der Kasse und dadurch drohenden Personalabbau abzufangen.

Insgesamt wurden also bei den untersuchten Kassen sowohl externe sozialversicherungsfremde Fachleute aus akademischen Fachrichtungen beschäftigt als auch, allerdings in geringerem Maße, kasseneigene MitarbeiterInnen des Innen- und Außendienstes für den Themenbereich der Gesundheitsförderung weiterqualifiziert. Die Weiterqualifizierung konzentrierte sich jedoch bei allen untersuchten Kassen auf explizit für den Aufgabenbereich der Gesundheitsförderung vorgesehene MitarbeiterInnen. Flächendeckende Weiterbildungen von Kassenmitarbeitern, wie sie teilweise in der Fachliteratur angeregt und auch in vereinzelten Pilotversuchen umgesetzt wurden (HASS/LEHMANN 1996, LEHMANN/HASSEL 1996), fanden sich bei keiner der untersuchten Kassen. Damit einher geht die allgemein erkennbare Ausrichtung, Aufgaben der Gesundheitsförderung generell als eigenständigen Aufgabenbereich zu verstehen, welcher ausschließlich durch die hierfür vorgesehenen MitarbeiterInnen in den Fachabteilungen erfüllt wurde (vgl. Kap. 6.2.4).

6.2.3 Finanzen

Bezüglich der finanziellen Ausstattung des Aufgabenbereichs Gesundheitsförderung wurden unterschiedliche, teilweise auch widersprüchliche Aussagen gesammelt. Eindeutige Aussagen hinsichtlich des verfügbaren Budgets sowie eine einheitliche Praxis der Mittelverwendung bzw. Verbuchung konnten nicht ermittelt werden. Dies deckt sich im Übrigen mit dem Ergebnis der EFB-Studie, daß „die Budgets [...] hinsichtlich einzelner darin subsumierter Kosten differieren, d.h. z.B. Kosten für Öffentlichkeitsarbeit, Personalkosten, Raummieten etc. auch in anderen Ressorts bilanziert und geplant werden, [...] eine differenzierte Bewertung [also] kaum möglich“ ist (KIRSCHNER et al. 1994, S. 30). Dennoch sollen die Ergebnisse in der gebotenen Kürze dargestellt werden, da sich hier zumindest einige ‘Trends’ erkennen lassen:

Hinsichtlich der Ausgaben für den Bereich der Gesundheitsförderung wurden Zahlen zwischen 0,1 und 0,6 Prozent der Gesamtausgaben der jeweiligen Kasse genannt. Als wesentlichen Ausgabenposten nannten einige Befragte dabei die Personalausgaben. So sollten in einem Beispiel die „bislang 0,1 Prozent der gesamten Leistungsausgaben“, die für Gesundheitsförderung verwendet wurden, allein „durch die Neueinstellung von Personal auf 0,4 Prozent aufgestockt werden“. Andere nannten z.B. Mailings und Aktionstage (etc.) als wesentliche Kostenfaktoren, wohingegen etwa Personalkosten für festangestellte MitarbeiterInnen unter allgemeinen Verwaltungskosten verbucht würden und damit nicht direkt auf das Konto der Gesundheitsförderung gingen. Die Kosten für die Honorarkräfte würden hingegen auf das Leistungskonto der Gesundheitsförderung verbucht.

Einige berichteten, daß sich die verfügbaren finanziellen Mittel, etwa für einzelne Geschäftsstellen, wesentlich nach der Zahl der angebotenen Kurse bzw. nach der Teilnehmerzahl richteten, ein „echtes Budget“ gäbe es nicht. Die Nachfrage durch die Versicherten bestimmte dabei das Angebot und mithin auch die Ausgaben, insbesondere für die als Honorarkräfte beschäftigten KursleiterInnen.

Andere gaben an, daß sich die Ausgaben für Gesundheitsförderung nunmehr auf die gesetzlich begrenzten Werbeausgaben von 6,- DM pro Versicherten/Jahr beliefen. In diesen Fällen bestand bislang (zum Untersuchungszeitpunkt) nach eigenen Angaben ein gemeinsames Budget für Marketingausgaben und für Ausgaben der Gesundheitsförderung. Dies erscheint jedoch, insbesondere nach der Einführung der gesetzlichen Begrenzung seit Anfang 1995, zumindest zweifelhaft. Die gesetzliche Deckelung auf jährlich 6,- DM pro Mitglied bezog sich explizit nur auf die zuvor deutlich gestiegenen Werbeausgaben der Kassen, nicht jedoch auf den Bereich der Gesundheitsförderung. Für jene Kassen, welche anfänglich die Bereiche Marketing/Öffentlichkeitsarbeit sowie Gesundheitsförderung organisatorisch und buchhalterisch mehr oder weniger zusammengefaßt hatten, bot sich nunmehr an, das Marketingbudget durch die möglichst weitgehende Auslagerung von Ausgaben für die Gesundheitsförderung zu entlasten.

Eine formale Abgrenzung von Leistungen der Gesundheitsförderung und allgemeinen Werbeausgaben wurde dabei durch die sogenannten „Wettbewerbsgrundsätze“ des Bundesversicherungsamtes (BVA) vorgeschrieben. Das BVA hat als Aufsichtsbehörde der bundesweiten Krankenkassen bereits 1994 einen Kriterienkatalog verfaßt, demzufolge z.B.

gesundheitsfördernde und krankheitsverhütende Maßnahmen (gemäß § 20 SGB V) ausschließlich „versichertenbezogen“ getätigt werden mußten. Maßnahmen, die über das eigene Versichertenklientel hinausgingen, etwa der gesundheitlichen Öffentlichkeitsarbeit durch öffentliche Medien (Fernsehen, Hörfunk, Plakatwerbungen, Aktionstage etc.), aber auch Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung, schulischen Gesundheitsförderung oder Selbsthilfeförderung, konnten nicht, oder nur bezogenen auf den Anteil eigener Versicherter (z.B. in Betrieben), unter Gesundheitsförderung verbucht werden. Darüber hinausgehende Aktivitäten waren unter allgemeinen Werbeausgaben zu verbuchen (vgl. Kap. 6.4.2). Allerdings bot sich aufgrund der Vorschriften in den „Wettbewerbsgrundsätzen“ z.B. auch an, die Kosten für die Mitgliederzeitschriften der Kassen bis zu 50 Prozent auf das Konto der Gesundheitsförderung zu buchen, sofern sie Themen der gesundheitlichen Aufklärung enthielten.

Die formalen Vorschriften der buchungstechnischen Trennung zwischen Marketingaktivitäten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung durch die Wettbewerbsgrundsätze des BVA, gepaart mit der gesetzlichen Deckelung der Marketingausgaben, haben also im Ergebnis dazu geführt, daß einerseits die Bereiche ‘Gesundheitsförderung’ und ‘Marketing/Öffentlichkeitsarbeit’ deutlicher voneinander abgrenzbar wurden, aber andererseits eine Ausgabenverschiebung von Marketingausgaben in den Bereich der Gesundheitsförderung seitens der Kassen tendenziell angestrebt wurde.

Daraus läßt sich einerseits die Vermutung ableiten, daß die in der EFB-Studie und auch in dieser Befragung festgestellten, und letztlich auch durch die GKV-Statistiken ausgewiesenen, durchschnittlichen Ausgaben für Gesundheitsförderung in Höhe von 0,6 Prozent der gesamten Leistungsausgaben keinesfalls zu niedrig veranschlagt sind, um den finanziellen Umfang dieses Leistungsbereiches aufzuzeigen. Bundesweit waren dies im Jahre 1994 rund 1,4 Mrd. DM an Ausgaben für Gesundheitsförderung, bei rund 230 Mrd. DM Gesamtausgaben der GKV (vgl. WEIGT 1997, MARSTEDT 1996).

Andererseits läßt sich aber der Schluß ziehen, daß die Buchungsvorschriften hinsichtlich der eindeutigen Abgrenzung dessen, was unter Gesundheitsförderung zu verbuchen war und was nicht, auch einer weiteren Formalisierung und inhaltlichen Abgrenzung dieses Aufgabenbereiches Vorschub geleistet haben, und insofern als ein weiteres Beispiel für die

sektorale Trennung der Gesundheitsförderung von sonstigen Leistungs- und Servicebereichen der Kassen betrachtet werden können.

6.2.4 Zuständigkeiten und organisationsinterne Kooperationsbeziehungen

Wie aus den bisherigen Ausführungen hervorgeht, hat die Einführung der Gesundheitsförderung bei den untersuchten Kassen überwiegend zur Einrichtung neuer Fachabteilungen geführt. Gegenüber den in der Literatur diskutierten Alternativen, 1) der stärkeren inhaltlichen Einbindung der Selbstverwaltungen bzw. 2) der flächendeckenden Reorganisation des Servicebereichs durch gesundheitsfördernde Inhalte und die Entwicklung entsprechender sozialer und gesundheitlicher Kompetenzen aller MitarbeiterInnen dominierte somit in der Praxis zunächst eine dritte Strategie der Spezialisierung durch eigene Fachabteilungen (vgl. Kap. 3.3.2).

Vor diesem Hintergrund ist die organisatorische Einbindung der Fachabteilungen für Gesundheitsförderung in andere Aufgabenbereiche, insbesondere der regionalen Kasseneinheiten (Geschäftsstellen, Bezirksverwaltungen, Regionaldirektionen) interessant. Daraus lassen sich einerseits die strategische Verortung und der Stellenwert der Gesundheitsförderung für das alltägliche Kassengeschäft vor Ort, sowie andererseits die Entwicklungsmöglichkeiten der anfänglich sektoralen Trennung durch Spezialabteilungen hin zu einer Integration und kasseninternen Vernetzung verschiedener Fachbereiche abschätzen.

6.2.4.1 Servicebereich: Beiträge und Leistungen

Die Fachkräfte der Gesundheitsförderung hatten nicht nur aufgrund ihres zumeist akademischen Ausbildungsgrades eine Sonderstellung in den ansonsten weitgehend mit ausgebildeten Sozialversicherungsfachangestellten besetzten Kassenverwaltungen. Als externe, sozialversicherungsfremde und zudem mit einem gänzlich neuen Aufgabenbereich betraute Fachleute berichteten deshalb viele Befragte über anfängliche „Berührungängste“ und „Akzeptanzprobleme“ bei den MitarbeiterInnen. Dies insbesondere bei den MitarbeiterInnen des Beitrags- und Leistungswesens, welches den Kernbereich des klassischen Schaltergeschäftes der regionalen Kasseneinheiten bildete. Beispielsweise habe

die relativ freie Zeiteinteilung der Gesundheitsförderer („durch die vielen Abendveranstaltungen komme ich zum Ausgleich auch mal später ins Büro“), aber auch das Informationsdefizit über deren Aufgabenbereich zu diesen Akzeptanzschwierigkeiten beigetragen („nach dem Motto: Was treiben die eigentlich den ganzen Tag in der Präventionsabteilung?“).

Nach diesen anfänglichen Schwierigkeiten hatte sich aber nunmehr das Verständnis untereinander deutlich gebessert. Zur Verbesserung des Betriebsklimas haben u.a. Umgestaltungen der Arbeitsplätze beigetragen: Während die Abteilungen für Gesundheitsförderung anfänglich in eigenen Büros, oftmals auf anderen Stockwerken angesiedelt waren, sind im Laufe der Zeit einige Kassen dazu übergegangen, die Arbeitsplätze der Gesundheitsförderer in den Schalterraum zu integrieren. Durch solche räumlichen Annäherungen sei, wie eine Befragte berichtete, auch die inhaltliche Vernetzung besser geworden. Andere Befragte stellten dagegen fest, daß die übrigen Kassenmitarbeiter mit dem Bereich der Gesundheitsförderung „nichts direkt zu tun haben“. Eine inhaltliche Zusammenarbeit sei allenfalls dann gegeben, wenn es um die Erstattung einer Rechnung für eine Kursmaßnahme geht. Hier würde dann „auch mal Rücksprache“ zwischen den Leistungssachbearbeitern und der Abteilung für Gesundheitsförderung gehalten.

Ein ähnliches Problem der gegenseitigen Akzeptanz und mangelnden inhaltlichen Zusammenarbeit bestand aber nach Angaben einiger Befragten oftmals auch zwischen anderen Abteilungen innerhalb der Kasse, etwa zwischen dem Innen- (Sachbearbeitung) und Außendienst (Mitgliedergewinnung). In einigen Kassen wurden daher externe Berater hinzugezogen, um die innerbetriebliche Kommunikation zu fördern. Weitere Maßnahmen zur Verbesserung der internen Zusammenarbeit gingen z.T. auch von den Gesundheitsförderern selbst aus. So gab es in einem Fall auf Anregung der Abteilung Gesundheitsförderung „regelmäßige Zusammenkünfte mit den Mitarbeitern“. Andere berichteten über Kursangebote speziell für die Kassenmitarbeiter, ein Arbeitsplatzprogramm (das zum Zeitpunkt der Untersuchung gerade in Arbeit war) oder z.B. zehnmütige Gymnastikpausen am Vormittag im Schalterraum. Einige Befragte berichteten auch, daß die neuen Kursprogramme immer zuerst an die Mitarbeiter im Haus verteilt würden; „viele Mitarbeiter haben auch schon an Kursen teilgenommen“.

Mittlerweile würde die von den Gesundheitsförderern eingebrachte „strukturelle Erneuerung“ auch von vielen Kassenmitarbeitern als positiv empfunden. Dabei sei es wichtig, wie eine Befragte anmerkte, deutlich zu machen, daß Gesundheitsförderung mehr als nur eine Werbemaßnahme darstellt:

„In dem Maße, wie Öffentlichkeitsarbeit und Gesundheitsförderung voneinander getrennt sind, entwickelt sich auch ein Bewußtsein davon, was Gesundheitsförderung eigentlich ist - dieses Verständnis setzt sich aber erst langsam durch.“

6.2.4.2 Marketing, Geschäftsführung

In den meisten der untersuchten Kassen bestand hingegen eine große organisatorische Nähe der Ressorts ‘Gesundheitsförderung’ und ‘Öffentlichkeitsarbeit/Marketing/Vertrieb’⁵. Anfänglich wurden vielfach beide Aufgabengebiete zusammengefaßt, bzw. ‘Gesundheitsförderung’ als eine Unterabteilung des Ressorts ‘Marketing’ eingerichtet. Lediglich die Befragten einiger Ersatzkassen gaben an, von Anfang an eine organisatorische Trennung beider Bereiche vorgenommen zu haben. Bei den AOK’n und der TK ist durch die internen Umstrukturierungen der letzten Jahre auch die organisatorische Trennung von Gesundheitsförderung und Marketing vollzogen worden. Bei einigen Betriebs- und Innungskrankenkassen war die Gesundheitsförderung hingegen auch zum Untersuchungszeitpunkt noch dem Marketingbereich untergeordnet.

Die organisatorische Nähe dieser ‘außengewandten’ Aufgabenbereiche zeigte sich auch in dem engen Kontakt mit der regionalen Geschäftsleitung bzw. den örtlichen Geschäftsstellenleitern. Innerhalb der größeren Verwaltungseinheiten (Bezirksverwaltung, Regionaldirektion o.ä.) waren die Abteilungen ‘Gesundheitsförderung’ und ‘Marketing’ direkt der Geschäftsleitung unterstellt, die lokalen Geschäftsstellenleiter waren dabei in wesentlichen Aufgaben ebenfalls dem Marketing der nächst höheren Hierarchieebene (Bezirks- oder Landesebene) zugeordnet. Darüber hinaus bestand auch ein wesentlicher Aufgabenbereich der hierarchisch höher angesiedelten Geschäftsführer bzw. Regionaldirektoren in der „Außenwirkung“, also dem Marketing und der Repräsentanz der Kasse nach außen.

⁵ Aufgrund der unterschiedlichen Bezeichnungen für diese Ressorts bei den einzelnen Kassen wird im folgenden aus Zwecken der Vereinfachung nur von der Abteilung ‘Marketing’ gesprochen. Eine eindeutige inhaltliche Abgrenzung zwischen ‘Marketing’, ‘Vertrieb’ und ‘Öffentlichkeitsarbeit’ war ohnehin bei den befragten Kassen zumeist nicht feststellbar.

Die durch die Geschäftsleitung vertretenen „Unternehmensinteressen“ bzgl. der Mitgliederbestandspflege und -neugewinnung bestimmten dabei maßgeblich auch die Arbeit in der Gesundheitsförderung. Einige der befragten Gesundheitsförderer gaben an, daß die „Erwartungen“, die von seiten der Geschäftsleitung an sie gestellt wurden, oftmals eher „auf deren Marketing-Wirkung bezogen sind, weniger auf die fachliche Qualifikation“. Während in inhaltlichen Fragen zwar die fachlichen Vorgesetzten auf Landes- oder Bundesebene als Ansprechpartner für die Gesundheitsförderer vor Ort zur Verfügung standen, lag die Entscheidungsbefugnis über Maßnahmen, Strategien und die Auswahl externer Kooperationspartner überwiegend bei der regionalen Geschäftsleitung.

Dem Verhältnis zu bzw. der Zusammenarbeit mit den jeweiligen Vorgesetzten auf regionaler Ebene kam daher eine zentrale Bedeutung bei der Auswahl der Maßnahmen und Kooperationspartner in der Gesundheitsförderung zu. Viele Befragte bezeichneten dieses Verhältnis jedoch als sehr gut, die Vorgesetzten wurden oftmals als „sehr aufgeschlossen“ oder „sehr engagiert“ bezeichnet. Besonders hervorzuheben ist das Beispiel einer stellvertretenden Geschäftsführerin, die sich nach Angaben eines Befragten im Bereich der Selbsthilfe „besonders engagiert“ hatte, viel mit Selbsthilfegruppen zusammenarbeitete und selbst Vorträge, z.B. für alte Menschen, hielt.

In inhaltlichen Fragen und hinsichtlich der Arbeitsgestaltung gaben die meisten Befragten an, „weitgehende Freiheiten“ zu besitzen. Es sei dabei immer auch eine Frage des „Verkaufens“ gegenüber dem jeweiligen Chef, inwieweit man seine eigenen Ideen verwirklichen könne:

„Ich muß halt meine Sachen nur überzeugend rüberbringen, dann gibts da auch keine Probleme.“

Überwiegend gute Zusammenarbeit gab es z.B. bei der Kontaktpflege zu Betrieben oder bei öffentlichen Veranstaltungen. In der betrieblichen Gesundheitsförderung wurden die Gesundheitsförderer oftmals durch „Betriebsberater“ des Außendienstes oder durch die ehrenamtlichen Mitarbeiter der Kasse in den Betrieben, sogenannte „Vertrauenspersonen“ unterstützt. Ohne deren intensive Kontakte sei auch die Öffentlichkeitsarbeit für die eigenen Gesundheitsangebote in den Betrieben nur schwer möglich. Im Gegenzug dienten Gesundheitsangebote in Betrieben, Vorträge in Schulen oder öffentliche Sportveranstaltungen als geradezu „ideale Türöffner“ in die Betriebe, in die Schulen oder überall dorthin, wo potentielle Mitgliederadressen zu sammeln waren.

6.2.4.3 Gesundheitspolitik, Vertragswesen

Schwieriger seien dagegen „unbequeme Themen“ der Verhältnisprävention oder der Gesundheitspolitik gegenüber der Geschäftsführung durchzusetzen. Es sei „sehr mühsam, immer wieder darauf hinzuwirken, daß mehr im politischen Bereich gearbeitet wird“. Insbesondere gesundheitspolitische Themen betrafen überwiegend das Vertragsgeschäft der Kassen und waren von dem allgemeinen Servicegeschäft und somit auch von der Gesundheitsförderung nahezu vollständig abgetrennt. Kontakte zu den wesentlichen Leistungserbringern im Gesundheitswesen - Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern - bestanden auf regionaler Ebene bestenfalls über die oftmals auch räumlich ausgelagerten Vertragsabteilungen und beschränkten sich vielfach auf die Prüfungen von Abrechnungen („Rechnungsprüfungsabteilungen“). An der Vertragsgestaltung mit einzelnen Krankenhäusern nahmen hingegen bei einigen Kassen neben Fachleuten aus dem Krankenhausbereich auch die regionalen Geschäftsführer teil. Hiervon waren jedoch die Abteilungen der Gesundheitsförderung ausgeschlossen.

So bestand bei den befragten Kassenvertretern auch keinerlei inhaltliche Einbindung in aktuelle Themen der Gesundheitspolitik, z.B. in die geplanten Modellprojekte einzelner Kassenarten wie z.B. das „AOK-Hausarzt-Modell“ oder das „Einkaufsmodell“ der IKK. Allerdings hatte die Techniker Krankenkasse auf Landesebene ein eigenes Referat für „Gesundheitswesen/Gesundheitspolitik“ eingerichtet, das auch sehr intensiv mit dem Fachreferat für Gesundheitsförderung zusammenarbeitete. Die enge Zusammenarbeit und das gegenseitige Interesse wurde u.a. dadurch unterstrichen, daß auch die Referatsleiterin für ‘Gesundheitswesen’ an dem mit dieser Kasse geführten Interview teilnahm. Beide Referatsleiterinnen bezeichneten es als eine zukünftige „Hauptaufgabe, die Bereiche Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen miteinander zu vernetzen“.

6.2.4.4 Soziale Dienste, Rehabilitationsberatung

Ein wichtiger Aspekt der Vernetzung und internen Kooperation ist schließlich der Bereich der Rehabilitations- bzw. Sozialberatung. Die „Sozialen Dienste der Krankenkassen“ sind bei einigen Kassen bereits vor 20 Jahren im Zuge des Rehabilitationsangleichungsgesetzes (1974) sowie des Sozialgesetzbuches I (1976), welches „Aufklärung“, „Beratung“ und „Auskunft“ für Sozialleistungsträger verbindlich vorschreibt (§§ 13, 14, 15 SGB I), eingerichtet worden

(EICHNER 1976, STANGE 1994). Damit sollte der Leistungsbereich der Rehabilitation aus dem sonstigen Leistungswesen personell ausgegliedert und um Funktionen der qualifizierten Sozialberatung und Vermittlung sozialer und medizinischer Dienste erweitert werden.

Bei den untersuchten Kassen existierte dementsprechend neben der Abteilung Gesundheitsförderung vielfach auch eine Abteilung für Rehabilitation. Diese „Reha-Abteilungen“ bzw. die in manchen Fällen dort beschäftigten SozialarbeiterInnen waren beispielsweise für die Zusammenarbeit mit bzw. die Förderung von Selbsthilfegruppen zuständig. Darüber hinaus sei es nach Angaben einer Befragten die Aufgabe der Reha-Abteilungen, „auch in Richtung Patientenberatung bei Fragen der medizinischen Versorgung zu gehen“ oder Unterstützungsleistungen, z.B. bei „sozialen Notlagen in Folge von Krankheit“ zu bieten.

Hieraus ließe sich nun der Schluß ziehen, daß neben den explizit für die Gesundheitsförderung Verantwortlichen mit dem Bereich der Rehabilitationsberatung bzw. der Sozialen Dienste noch weitere Akteure innerhalb der Kassenstruktur mit ähnlichen, z.T. noch mehr dem theoretischen Bild der Gesundheitsförderung entsprechenden Aufgaben (Vermittlung, Patientenberatung, Selbsthilfe) betraut waren, Gesundheitsförderung somit faktisch zwei ‘Standbeine’ innerhalb der Kassenstruktur hatte. Angesichts dieser Themenverwandtschaft verwundert allerdings die relativ geringe inhaltliche Zusammenarbeit beider Abteilungen. Inhaltliche Zusammenarbeit oder gar Aufgabenüberschneidungen bestanden zwischen dem präventiv orientierten Sektor der Gesundheitsförderung und den psychosozial und rehabilitativ orientierten Reha- und Sozialberatungen kaum. Vielmehr war oftmals eine strikte Trennung der Zuständigkeitsbereiche für „Gesunde“ (Gesundheitsförderung) und „Kranke“ (Rehabilitation) zu beobachten.

So wurden Aufgaben der gesundheitsbezogenen Öffentlichkeitsarbeit oder der betrieblichen Gesundheitsförderung überwiegend in Zusammenarbeit mit Mitarbeitern des Marketings (incl. Außendienst, Geschäftsstellenleiter) wahrgenommen, Kursveranstaltungen überwiegend von der Abteilung ‘Gesundheitsförderung’ konzipiert und organisiert, während z.B. die Unterstützung von Selbsthilfegruppen oder die Sozialberatung zumeist in den Zuständigkeitsbereich der Sozialen Dienste fiel, und somit organisatorisch aus dem Bereich der Gesundheitsförderung ausgeklammert wurde.

In den Interviews bestätigte sich überdies der in der empirischen Untersuchung der „Sozialen Dienste“ von STANGE (1994) wiedergegebene Eindruck, daß die bereits seit Jahren bestehenden Defizite dieser rehabilitationsorientierten Sozialen Dienste durch die Einführung und den Ausbau der Abteilungen für Prävention und Gesundheitsförderung noch verstärkt wurden. So wurden einige der akademischen Fachkräfte aus den Rehabilitationsabteilungen abgezogen und in der Gesundheitsförderung mit neuen Aufgaben betraut. Die Reha-Abteilungen wurden dagegen oftmals mit Sozialversicherungsfachangestellten der Kasse besetzt. Ihr Aufgabenbereich konzentrierte sich nunmehr wesentlich auf die spezialisierte Sachbearbeitung von Kuranträgen sowie in einigen Fällen auf die Leistungsbereiche Psychotherapie und Pflege.

Kurs- und Beratungsveranstaltungen wurden hingegen auch für den rehabilitativen Bereich, z.B. Patientenschulungen bei Diabetes, oder für die im Rahmen der Pflegeversicherung obligatorischen „Pflegekurse“ für pflegende Angehörige (gemäß § 10 Sozialgesetzbuch XI) zumeist durch die Abteilung Gesundheitsförderung organisiert. Auch in diesen Beispielen fand aber normalerweise keine direkte Zusammenarbeit dieser beiden Abteilungen statt.

6.2.4.5 Fazit

Insgesamt war innerhalb der Kassenorganisationen eine relativ große sektorale Zersplitterung von im Grunde themenverwandten Aufgabenfeldern zu beobachten. So wurde der gesamte Bereich des Vertragswesens sowie damit im Zusammenhang stehende gesundheitspolitische Aufgaben in der Regel als eine gänzlich gesonderte Aufgabe betrachtet. Reha- und Sozialberatung wurde ebenso wie sonstige Bereiche des Leistungs- und Beitragswesens zumeist neben und ohne direkten Bezug zur Gesundheitsförderung durchgeführt. Lediglich im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit konnte vielfach eine weitergehende Kooperation und inhaltliche Vernetzung festgestellt werden.

Diese Befunde sind hinsichtlich der untersuchungsleitenden Frage nach Elementen der Integration der Gesundheitsförderung in Kernbereiche des Gesundheitswesens und des Kerngeschäfts der Krankenkassen von zentraler Bedeutung. Es hat sich gezeigt, daß nicht nur die organisatorischen Ausgangsbedingungen der Einrichtung von Fachabteilungen mit zumeist externen Fachleuten auf eine Strategie der bloßen Addition und des weitgehenden

Nicht-Bezug zu den bestehenden Aufgabenfeldern der Kassen hindeuten. Auch die Entwicklungsmöglichkeiten einer inhaltlichen Integration und Vernetzung scheinen angesichts der in diesem Abschnitt dargestellten internen Kooperationsbeziehungen begrenzt. Zwar hatte sich in vielen Fällen das soziale und kollegiale Miteinander zwischen Gesundheitsförderern und anderen Kassenmitarbeitern im Laufe der Jahre zunehmend verbessert. Inhaltliche Berührungspunkte wurden aber offenbar von beiden Seiten und auch von der Geschäftsleitung kaum erkannt. Vordringliche Ziele und Aufgaben der Gesundheitsförderung wurden unterdessen von den Geschäftsleitungen oftmals im Marketing gesehen, was auch als Indiz für eigene Schwerpunktsetzungen und strategische Ausrichtungen, insbesondere der regionalen Kasseneinheiten betrachtet werden muß.

6.3 Leitbilder und Zielsetzungen

Die strategische Ausrichtung der Kassen in der Gesundheitsförderung deutete sich in den bisherigen Ergebnissen über die organisatorische Verortung dieses Aufgabenbereiches bereits an. Auffällig ist dabei die sektorale Trennung, die zunächst durch den Aufbau eigener, mit externen Fachleuten besetzter Fachabteilungen begünstigt, darüber hinaus aber durch die geringen inhaltlichen Vernetzungen dieser Fachabteilungen innerhalb der Kassenorganisation manifestiert wurde. Lediglich mit den Fachbereichen des Marketings sowie mit der Geschäftsführung bestanden oftmals gute inhaltliche Kooperationsbeziehungen, die aber wesentlich auf die 'Außenwirkung' der Maßnahmen abzielten. Inhaltlich verwandte Themen der Rehabilitationsberatung, sowie des Leistungs- und Vertragsgeschäftes wurden hingegen oftmals in einer künstlichen Trennung der Zuständigkeiten von der Gesundheitsförderung abgekoppelt.

Die organisatorische Verortung und die dadurch erkennbaren Erwartungen, die von Seiten der Kassenorganisationen an die Fachabteilungen für Gesundheitsförderung gestellt wurden, wirft jedoch die Frage nach eigenen inhaltlichen Zielvorstellungen der Gesundheitsförderer auf: Schließlich muß aufgrund der skizzierten Rolle als externe Spezialisten angenommen werden, daß inhaltliche Ziele und Konzeptionen zu einem nicht unerheblichen Teil in der fachlichen Zuständigkeit der Gesundheitsförderer selbst lagen. Zumindest ist davon auszugehen, daß inhaltliche Konzepte und Fachtermini in einer gewissen Beziehung zu den Zielsetzungen der Kassenunternehmen in Sachen Gesundheitsförderung standen, wenn sie nicht gar die argumentative Grundlage zu deren kassenpolitischer Legitimation bildeten.

So gesehen stellt sich die Frage, mit welchen inhaltlichen Zielvorstellungen und nach welchen Leitbildern die verantwortlichen Fachvertreter ihren Aufgabenbereich gestalteten, bzw. wie sich diese persönlichen und fachlichen Leitbilder in die Gesamtkonzeption und die Zielsetzungen der Kassen einfügen ließen.

Einerseits galt es daher, persönliche bzw. professionelle Leitbilder der Interviewpartner zu untersuchen. Die bereits in Kapitel 1.1 theoretisch diskutierte Frage nach der Bedeutung des Begriffs 'Gesundheitsförderung' erwies sich dabei auch für die Diskussion mit den Interviewpartnern als interessante und geeignete Einstiegsfrage, welche vielfach sehr anschauliche Stellungnahmen über Leitbilder und Zielvorstellungen provozierte.

Andererseits wurde nach Zielen sowie nach Zielgruppen gefragt. Hier kamen sowohl persönliche Einschätzungen als auch 'offizielle' Statements über die Zielsetzungen der jeweiligen Kasse zum tragen, wobei sich diese zumeist als eine Art 'Begründung für Gesundheitsförderung aus Sicht der Kassen' miteinander im Einklang befanden. Bedeutsam sind diese Zielsetzungen insbesondere im Hinblick auf das noch darzustellende Maßnahmenspektrum (Kap. 6.4/6.5) sowie die Evaluationspraxis und die erzielten Ergebnisse (Kap. 6.6).

6.3.1 Leitbilder der zuständigen Akteure: „Was bedeutet Gesundheitsförderung?“

Zunächst konnte der in der EFB-Studie wiedergegebene Eindruck, daß es sich bei den Verantwortlichen für Gesundheitsförderung um zumeist „sehr engagierte, von der Notwendigkeit und Wirksamkeit ihres Aufgabenbereiches überzeugte Personen“ handelte (KIRSCHNER et al. 1995, S. 31), bestätigt werden. Nicht zuletzt die Bereitwilligkeit seitens der Befragten, ausführlich und offen über Zielvorstellungen und Leitbilder zu sprechen, zeugte von dem konzeptionellen Interesse für die Frage einer sinnvollen Interpretation dieses Aufgabenfeldes. Das überwiegend große Engagement wurde z.T. auch durch persönliche Überzeugung hinsichtlich der eigenen Lebensführung untermauert:

„Ich stehe voll und ganz hinter dem, was ich mache; ich praktiziere das auch privat.“

Andere betonten jedoch, daß dies für sie kein Kriterium für die qualifizierte Arbeit in der Gesundheitsförderung sei („nach dem Motto: Wasser predigen und Wein trinken“). Gesundheitsförderung sei - gemäß der Ottawa Charta - „ein Prozeß, den Menschen den selbstverantwortlichen Umgang mit ihrer Gesundheit zu ermöglichen“; es ginge also nicht darum, etwas vorzuleben, sondern in erster Linie den Menschen die Eigenverantwortung für ihre Gesundheit zu verdeutlichen. Man wolle dazu „eine Anregung geben“; eine „Hilfe zur Selbsthilfe“; um „einen Einstieg“ in gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu ermöglichen.

Entsprechend wurde der eigene Aufgabenbereich der Gesundheitsförderung zumeist als zeitlich abgeschlossener Prozeß betrachtet; „danach ist es an den Versicherten selbst, das Gelernte umzusetzen“; indem sie z.B. Sportvereinen beitreten („wir sind Zubringer für die Vereine“), oder aber individuell ihren „Alltag nach Gesundheitsprinzipien neu gestalten“:

„Hilfe zur Selbsthilfe geben“ war das am häufigsten benutzte Stichwort (n=6). Beinahe ebenso häufig wurde „Verhaltensänderung“ als wichtiges Merkmal der Gesundheitsförderung genannt (n=5). Beide Begriffe, „Hilfe zur Selbsthilfe“ und „Verhaltensänderung“, wurden oftmals in enger Beziehung zueinander gesehen, die anzustrebende Verhaltensänderung wurde dabei vorwiegend in den drei Bereichen ‘Ernährung’, ‘Bewegung’ und ‘Entspannung’ gesehen:

„Verhaltensprävention ist Hilfe zur Selbsthilfe.“

„Gesundheitsförderung ist Anleitung zu einer gesunden Lebensweise, Hilfe zur Selbsthilfe.“

„Gesunde Lebensführung ist: Gesunde Ernährung, Ausgleich schaffen durch Bewegung, Entspannung.“

Einige Befragte verwiesen in diesem Zusammenhang auf die Ottawa-Charta der WHO, wobei deren Bedeutung u.a. darin gesehen wurde, „Grundlagen [zu] schaffen im Wissen um Gesundheitsförderung und Gesunderhaltung“. Neben „Wissen“ wurden auch Vokabeln wie „Aufklärung“, „Information“ und „Anleitung“ wiederholt benutzt, um die Aufgabenstellung der Gesundheitsförderung zu charakterisieren. Viele Befragte betonten aber auch, daß eine bloße Wissensvermittlung nicht ausreicht, um die Adressaten zu einer Verhaltensänderung im gewünschten Sinne zu motivieren:

„Wissen allein reicht nicht, man muß die Leute auch dazu motivieren, sich dementsprechend zu verhalten - noch nie haben die Leute so viel gewußt wie heute, und noch nie waren die Leute so krank wie heute!“

Gegenüber klassischen Gesundheitserziehungsmodellen wurde deshalb vor allem der ‘Spaß-Aspekt’ hervorgehoben:

„Es ist ganz wichtig, daß geschulte Kräfte durch Kreativität und persönliche Ansprache einen Anstoß geben, der auch Spaß macht.“

„Das ganze Lifestyle-Modell nutzt nichts, wenn es keinen Spaß macht.“

„Die Leute wollen ‘fun’.“

Hier wird also die praktische Bedeutung motivationaler Aspekte zum Ausdruck gebracht, die aus pädagogischer Sicht letztlich den Perspektivenwandel von der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung darstellt. Man möchte keine Vorschriften machen, nicht ‘mit erhobenem Zeigefinger’ erziehen, sondern motivieren, begeistern. Denn schließlich sei „es eine individuelle Entscheidung,

was für einen wichtig ist, man muß sich das selbst überlegen“:

„Es geht nicht um Erziehung und ideologisches Aufzwingen, sondern lediglich darum, ein Angebot an die Versicherten zu machen.“

„Man kann Gesundheit nicht einpauken, man muß es selbst merken.“

Dennoch scheint die inhaltliche Zielsetzung dieser ‘Angebote’ festzustehen:

„Das Ziel, sich gesund zu ernähren, mehr Bewegung zu bekommen, und seinen Streß einigermaßen in den Griff zu kriegen, ist - denke ich - keine Frage mehr. Vielmehr ist es die Schwierigkeit, dieses Ziel umzusetzen.“

„Wenn die Leute Zutrauen zu dem Gedanken der gesunden Gestaltung des Lebens gewinnen, dann reicht uns das.“

Gegenüber einer selbsthilfeorientierten ‘Empowerment’-Strategie, welche auch Zielsetzungen nicht vordefiniert, sondern von den Beteiligten selbst entwickeln läßt, bestehen hier also sehr wohl expertendefinierte Zielvorstellungen hinsichtlich der präventiven Verhaltensweisen der TeilnehmerInnen. Die Rhetorik der ‘Hilfe zur Selbsthilfe’ wird dabei in vielen Fällen beinahe selbstverständlich mit der Förderung von Verhaltensweisen in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Entspannung gleichgesetzt. Somit wird für die hier mehrheitlich geäußerten Vorstellungen über den Bedeutungsgehalt der Gesundheitsförderung deutlich, daß man sich auch in puncto persönlicher und professioneller Zielvorstellungen an einem Leitbild orientierte, welches eher als ‘modernisierte Gesundheitserziehung’, denn als ‘Prozeß, den Menschen einen selbstbestimmten Umgang mit der Gesundheit zu ermöglichen’, zu umschreiben wäre.

Allerdings handelt es sich bei diesem Ansatz nicht um eine programmatische Prävention, sondern um ein Angebot, welches maßgeblich von dem Interesse und der realisierten Nachfrage der Versicherten abhängig ist. Dies wird seitens der Befragten auch bewußt vertreten, denn schließlich nützten die besten Programmatiken nichts, wenn die Maßnahmen letztlich aufgrund fehlender Attraktivität nicht in Anspruch genommen würden:

„Ich sag’ immer: der Köder muß dem Fisch schmecken, nicht dem Angler!“

Die ‘Philosophie von Angebot und Nachfrage’ schließt an die allgemeine Ausrichtung der Kassen als Service-Unternehmen an. Angebote der Gesundheitsförderung stellen in dieser Hinsicht einen besonderen Service an die Versicherten dar, wobei die Mechanismen von Angebot und Nachfrage letztlich darüber entscheiden, in welchen Bereichen seitens der Kasse die Prioritäten gesetzt werden, um den Kundenwünschen bestmöglich zu entsprechen. So betrachtet könnte man die andernorts beklagte ‘Nachfragedeterminierung’ der Kassenangebote (KIRSCHNER et al. 1995) auch als eine Art der ‘Partizipation’, im Sinne einer ‘Kundenorientierung’ in der Gesundheitserziehung umschreiben.

Einige Befragte grenzten sich jedoch von diesem Leitbild der angebots- und kundenorientierten Gesundheitserziehung und Verhaltensprävention ab. Einige beklagten, daß diese Form der Gesundheitsförderung zu sehr expertenorientiert sei, um etwa Ziele der Eigenverantwortung bzw. Selbstbestimmung zu realisieren:

„Eigenverantwortung heißt auch, eigene Initiative zu entwickeln. In Kursen ist es schwierig, dieses Ziel umzusetzen, weil auch hier immer ein Experte vorne steht, der einem sagt, wie' s richtig geht.“

Einige Befragte äußerten auch die Ansicht, daß es „mehr“ als nur der klassischen Kursangebote bedürfe, um „auch in der breiten Öffentlichkeit ernst genommen zu werden“. Insbesondere die betriebliche Gesundheitsförderung, die Gesundheitsförderung in Schulen sowie die „gesellschaftspolitische Arbeit“ seien die vorrangigen zukünftigen Aufgaben:

„Wir müssen weg von der klassischen Sicht: ‘Gesundheitsförderung = Kurse’.“
„Es ist eine gesellschaftliche Aufgabe, die man wegbringen muß, ein Bonbon der Krankenkassen zu sein.“

„Wir sind weggekommen von den klassischen Kursen. Viele meinen, sie müßten nur Kurse organisieren, und in der betrieblichen Gesundheitsförderung meinen sie dann Kurse im Betrieb - das ist für die dann ‘betriebliche Gesundheitsförderung’!“

Gesundheitsförderung wird von diesen Befragten in einem viel weiteren gesellschaftlichen Kontext gesehen, neben der Verhaltensprävention wird die Verhältnisprävention als wichtige Aufgabe erachtet: Ziel ist es, „verschiedene gesundheitsrelevante Bedingungen aus Gesellschaft, Personen und Politik zu beeinflussen“:

Allerdings liegt die Tatsache, daß bislang der individuelle Verhaltensbereich dominierte, nach Einschätzung dieser Befragten nicht an den Kassen selbst, sondern an den politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Aus politischer Sicht fehle den Krankenkassen aufgrund der sozialversicherungsrechtlichen Grenzen ein Instrumentarium, sich auch in gesellschaftspolitische Bereiche einzumischen:

„Verhältnisprävention ist zwar sehr wichtig, ist aber für die Kassen gesetzlich nicht möglich.“
„Lediglich Verhaltensprävention liegt im Kompetenzbereich der Kassen.“

Außerdem seien „die gesellschaftlichen Bedingungen für eine ‘echte’ Gesundheitsförderung in Deutschland nicht gegeben“. So sei insbesondere die Bereitschaft zu institutioneller Kooperation und Vernetzung in Deutschland aufgrund „kultureller Hemmnisse“ nur schwer zu erreichen. Auch die Erwartungshaltung der Versicherten sei, wie eine andere Interviewpartnerin bemerkte, ein wesentliches Hindernis, die hohen theoretischen Ansprüche der Gesundheitsförderung verwirklichen zu können:

„Der Anspruch der Partizipation hört sich in der Praxis sehr schnell auf, denn das einzige Interesse, was die Versicherten haben, ist ihre Kosten erstattet zu bekommen und weiter nichts.“

Ein weiterer Kritikpunkt bezog sich auf die präventive Ausrichtung der bestehenden Kursangebote. Es werde immer noch zu stark an krankheitspräventiven Ansätzen festgehalten, ohne die bereits im Begriff der Gesundheitsförderung enthaltene explizite Förderung von gesundheitlichen Potentialen zu berücksichtigen:

„Ich möchte von dem Gesunden ausgehen und ihn in seiner Gesundheit stärken und weiter fördern; - sozusagen, daß er seine gesunden Aspekte erkennt und die weiterfördert - und das ist ja immernoch so' n Haken, weil das in der Praxis immernoch zu wenig beachtet wird, zu stark präventive Orientierung vorherrscht. Ich möchte nicht risikofaktorenorientiert arbeiten, sondern von dem ganzheitlichen Ansatz ausgehen.“

Andererseits wurde aber von einigen Befragten auch die Bedeutung der Arbeit mit bereits Erkrankten (Sekundär- und Tertiärprävention) hervorgehoben. „Zielgruppenorientierte Angebote“ müßten konkrete Gesundheitsrisiken oder Gesundheitsschädigungen ansprechen und hier eine Unterstützung bieten. Der „rehabilitative Charakter“ stehe bei einer Vielzahl von Kursangeboten im Vordergrund, etwa bei der Ernährungsberatung von Typ II-Diabetikern, bei Rückenschulen oder bei Streßbewältigungskursen.

Einige Befragte sahen dabei auch die Notwendigkeit, medizinische Versorgungsstrukturen zu thematisieren und in einer Art Verbraucherberatung z.B. die von chronischen Beschwerden betroffenen Versicherten bei der Auswahl und Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen zu unterstützen:

„Gesundheitsförderung umfaß auch Tertiär- und Sekundärprävention, ist also ein Oberbegriff: Es sollte daher auch das gesamte Gesundheitswesen umfassen und kritisch thematisieren.“

„Gesundheitsförderung bedeutet den Erwerb von Gesundheitskompetenz in jeglicher Form, bis hin zu einer sozial-, gesellschaftlichen Revolution als nicht mehr alles gefallen lassen und kritisch werden.“

„Ich bin ein großer Anhänger des 'Empowerment'.“

„Gesundheitsförderung nützt nichts, wenn der Patient nicht auch kritikfähig gegenüber den Ärzten ist.“

„Für mich wäre es das Ziel, wenn ich Kurse mache, den Leuten beizubringen, daß sie nicht wegen jeder Kleinigkeit zum Arzt rennen müssen. Zu Medikamenten sage ich, wenn's nicht unbedingt notwendig ist, laßt sie weg; und wenn der Arzt sie euch schon verschrieben hat, dann schmeißt sie halt weg, wenn ihr sie nicht wirklich

braucht; lieber nach Alternativen schauen, nicht irgendwas auftischen lassen, sondern kritisch sein, nachfragen, hinterfragen. Durch die Teilnahme an den Kursen lernen Versicherte, sich selbst zu helfen, das hat was mit mündiger Patient zu tun.“

Als Beispiel für ‘kritisches’ Patienten-Empowerment nannte eine Befragte die Schulungen von Typ II-Diabetikern: Die Patienten würden zu mehr Selbstständigkeit und Kritikfähigkeit gegenüber ihren Ärzten ermutigt, wenn es z.B. darum geht, die regelmäßige Überprüfung des ‚Hba1-Wertes‘⁶ durch den Arzt einzufordern. Viele Patienten kämen nach Beendigung der Schulung oftmals zu dem Ergebnis, medizinisch nicht richtig betreut zu sein (‚ich glaub’ ich hab’ einen schlechten Arzt“).

Die hier zum Ausdruck gebrachte Zielrichtung bzw. das Leitbild des ‘kritischen Patienten-Empowerment’ wurde allerdings nur von einer Minderheit der Befragten und in unterschiedlicher Intensität, teilweise auch erst auf gezieltes Nachfragen geäußert. Andere Befragte, die mit dieser Zielrichtung konfrontiert wurden, reagierten eher abweisend. Weder sahen sie hier die Zuständigkeit der Gesundheitsförderung, noch überhaupt Einflußmöglichkeiten für die Kasse gegeben. Als wesentliche Hindernisse wurden fachliche Defizite in medizinischen Bereichen, die Problematik der Konfrontation mit der Ärzteschaft sowie Zweifel an der Imagewirkung solcher Strategien genannt:

„Das dürfen wir gar nicht! Was medizinische Behandlungen und die Auswahl der Ärzte oder der Behandlungsmethoden betrifft, hat sich die Kasse neutral zu verhalten!“

„Das hat mit den Versicherten nichts zu tun, das betrifft das Verhandlungsgeschick mit den Leistungsanbietern. Das ist halt so ein Problem: Ärzte rechnen womöglich zu viel ab, oder erbringen zu viele Leistungen; vielleicht führt das dazu, daß diese Ärzte verstärkt frequentiert werden, weil die Leute sagen: ‘aha, da tut jemand was für mich’ - es ist nicht die Aufgabe der Krankenkasse zu sagen, wann man zum Arzt gehen soll und wann nicht; es steht uns nicht zu, Eigendiagnosen zu stellen, wir kommen da in Teufels Küche.“

„Die Kassen würden in dem Ruch stehen, auf diese Weise Kostendämpfung betreiben zu wollen. Es soll nicht der Verdacht entstehen, daß die Kassen die Leute davon abhalten will, zum Arzt zu gehen, weil das ja nunmal Kosten verursacht“.

Einige Befragte reagierten jedoch zumindest interessiert und räumten durchaus die Notwendigkeit entsprechender Aktivitäten für die Zukunft ein:

⁶ Der Hba1-Wert gibt Auskunft über den langfristigen, von momentanen Blutzuckerschwankungen (z.B. nach dem Frühstück) unabhängigen Blutglucosespiegel. Erst auf dieser Grundlage ist eine zuverlässige Blutzuckereinstellung des Patienten möglich. Dennoch wird die Analyse des Hba1 bei niedergelassenen Hausärzten vielfach vernachlässigt (vgl. Kap. 1.2.2).

„Manchmal kommen schon Fragen in die Richtung, ich fände das schon interessant ... der Bereich ‘Informationen über Behandlungsmöglichkeiten’, auch der Bereich ‘Selbstmedikation’, denn die Leute haben keine Ansprechpartner.“
Auch bzgl. Naturheilverfahren gebe es viele Anfragen, „die Leute wollen immer nur wissen: ‘was zahlt ihr!’“ Es sei deshalb wichtig, auch über Sinn und Unsinn solcher alternativer Therapieformen aufzuklären und die „Einsicht der Versicherten zu fördern“.
„Kostenbewußtsein“ sei ein wichtiges Ziel, welches Versicherten, z.B. bei medizinisch umstrittenen Themen wie Amalgam vermittelt werden müsse. Allerdings würde dieses Thema „den ohnehin schon sehr weitgefaßten Rahmen der Gesundheitsförderung sprengen“.

Es finden sich somit insgesamt drei verschiedene Leitbilder bei den befragten Akteuren. Einerseits handelt es sich um ein Leitbild der *modernisierten und kundenorientierten Gesundheitserziehung*. Dieses Leitbild schließt an die Rhetorik der Ottawa Charta an (z.B. Hilfe zur Selbsthilfe), es wird aber insgesamt auf die gesundheitspädagogische Arbeit in verhaltenspräventiven Gesundheitskursen reduziert, die Beurteilung der gängigen Kassenpraxis erfolgt dabei keineswegs kritisch, sondern weitgehend im Einklang auch mit persönlichen und professionellen Überzeugungen.

Andererseits wurden auch (selbst)kritische Äußerungen zu den praktizierten Maßnahmen der Kassen abgegeben. Diese kritischen Stimmen lassen sich wiederum zwei verschiedenen Leitbildern zuordnen: Einerseits ein Leitbild der vorwiegend *verhältnisbezogenen und gesundheitsorientierten Arbeit*, sowie andererseits ein im engen Sinne gesundheitspolitisches Leitbild des *kritischen Patienten-Empowerment*. Während die VertreterInnen des verhältnispräventiven Leitbildes insgesamt statt bzw. neben den praktizierten Gesundheitskursen auch die gesellschaftspolitische Arbeit sowie verhältnisbezogene Strategien der betrieblichen und schulischen Gesundheitsförderung anstrebten, bezogen sich die VertreterInnen des letztgenannten Leitbildes in ihren Zielvorstellungen vielmehr auf die praktizierten Strategien von Gesundheitskursen. Sie verfolgen allerdings den Anspruch, über die reine Vermittlung von gesundheitlichen Verhaltensregeln hinaus, in Gesundheitskursen auch das Verhalten als aktive und kritische Patienten im gesundheitlichen Versorgungssystem zu fördern.

Diese drei Leitbilder spiegeln insgesamt die unterschiedlichen Facetten des Begriffs der Gesundheitsförderung sehr gut wider (vgl. Kap. 1). Allerdings ist bei den hier Befragten ein deutliches Übergewicht zugunsten des ersten Leitbildes der kundenorientierten Gesundheitserziehung feststellbar. Berücksichtigt man die bisherigen Ergebnisse über die

organisatorische Verortung und den Stellenwert dieses Aufgabenbereiches innerhalb der Kassen, so fügt sich durch dieses vorherrschende Leitbild auch der inhaltliche Anspruch der Fachabteilungen für Gesundheitsförderung in das Gesamtbild der von den Kassen mehrheitlich angestrebten Zielrichtung. Während verhältnispräventive Strategien nach allgemeinem Konsens der Befragten zwar wünschenswert waren, jedoch außerhalb des institutionellen Wirkbereiches der Kassen lagen, wurde auch die Integration der Gesundheitsförderung in andere Aufgabenfelder des Leistungs- und Vertragswesens vielfach gar nicht angestrebt, da komplementäre Effekte der gesundheitlichen Versorgungsqualität und -effizienz, z.B. durch kritisches Patienten-Empowerment nur von wenigen Befragten überhaupt gesehen wurden. Das Leitbild der modernisierten und kundenorientierten Gesundheitserziehung erwies sich dagegen als die 'kassenpolitisch korrekte' Interpretation des Aufgabenbereiches 'Gesundheitsförderung', diese Interpretation stellte gleichzeitig die geringsten Anforderung hinsichtlich kasseninterner Reorganisationsprozesse sowie über die institutionellen Grenzen hinausgehender gesellschafts- und gesundheitspolitischer Verantwortung.

6.3.2 Ziele und Zielgruppen

„Krankenkassen werden über die Umlagefinanzierung direkt an den Folgekosten von Krankheiten beteiligt, daher haben sie ein direktes Interesse daran, diese Kosten zu senken.“
(Interviewpartner)

Während die Antworten auf die Frage nach der Bedeutung der Gesundheitsförderung sehr umfangreich und vielschichtig waren, beschränkten sich die Aussagen zu Zielrichtungen der Kassen auf wenige Kernpunkte. Einige Befragte nannten auch hinsichtlich der Zielsetzungen die Imagewirkung der Maßnahmen (n=6). Andere sahen die Erfüllung des gesetzlichen Auftrages durch § 20 SGB V als wesentliche Motivation an. Einige betonten dabei die „Qualität“ der Maßnahmen als eigene Zielsetzung (n=7). Die häufigsten Antworten im Hinblick auf Zielsetzungen bezogen sich jedoch auf die langfristige Einsparung von Krankheitskosten (n=10).

Die langfristige Einsparung von Behandlungskosten im Gesundheitswesen sei eine wesentliche Zielsetzung, gerade für die Krankenkassen; da sie direkt an den Folgekosten von Krankheit beteiligt sind, hätten sie auch ein direktes Interesse daran, diese Kosten zu senken.

„Nach der Devise ‘Schäden verhüten statt Schäden vergüten’.“

Gleichwohl wurde aber die Überzeugung, daß sich Gesundheitsförderung auf diese Weise ökonomisch 'rechnet', eher zögernd vorgetragen und auf Einzelbereiche der 'gesunden Lebensführung' reduziert:

„Zivilisationskrankheiten werden langfristig durch gesunde Lebensführung verhindert, - hoffentlich (lacht).“

„Ein Kurs kostet 130 DM, eine Rückenoperation 130000 DM; jetzt wissen wir nicht, wieviele Rückenoperationen wir verhindert haben, das läßt sich nur erahnen.“

Einige Befragte sahen die Zeitspanne seit Einführung der Gesundheitsförderung noch als zu kurz an, um die eher langfristigen Einspareffekte bereits aufzeigen zu können:

„Man müßte mal in einer Langzeitstudie evaluieren, was das ganze gebracht hat, vielleicht im Jahr 2005, jetzt, nach 3-4 Jahren ist das noch ein bißchen kurz. Ich behaupte, daß die Kasse dadurch langfristig Geld spart, hoffentlich kommen wir auch dazu, längerfristig arbeiten zu können.“

Speziell die betriebliche Gesundheitsförderung wurde jedoch als wichtiges Handlungsfeld genannt, um ökonomische Einspareffekte zu erzielen. Durch das Ziel der Krankenstandsreduzierung sei in der betrieblichen Gesundheitsförderung ein, gegenüber der Messung von Einsparungen bei den Behandlungskosten, einfach zu quantifizierendes ökonomisches Ziel gegeben. In diesem Bereich, der sich gleichwohl zum Zeitpunkt der Untersuchung vielfach noch in der Aufbauphase befand, gäbe es „sicherlich Kosten-Nutzen-Effekte“. Man verfolge das Ziel, „dorthin zu gehen, wo der Krankenstand am höchsten ist, nämlich in die Produktionsbetriebe“. Andererseits wurde aber davor gewarnt, das Ziel der „Krankenstandsreduzierung“ allzusehr in den Vordergrund der Begründung für die betriebliche Gesundheitsförderung zu stellen:

„Krankenstandsreduzierung kann man auch durch härtere Maßnahmen erreichen, als durch Gesundheitsförderung, z.B. durch Angst vor Arbeitsplatzverlust.“

In dieser Hinsicht wurde auch für die Gesundheitsförderung allgemein angemerkt, daß das Kostensparargument „eine zu einfache Begründung für Gesundheitsförderung“ sei. Die Zielsetzung wurde vielmehr auch darin gesehen, ein „Angebot zu machen“, „eine Serviceleistung anzubieten“, die vorrangig den Versicherten zugute kommen sollte. Dies läßt sich auch in der Argumentation einer Informationsbroschüre der DAK ablesen:

„Der Versuch, Kosten einzusparen, ist für die DAK nicht der alleinige Anlaß für verstärkte Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung ist für die DAK in erster Linie eine aus den Unternehmenszielen abgeleitete humane Verpflichtung“ (DAK-Broschüre „DAK - für Leben und Umwelt. Neue Wege zur Gesundheitsförderung“).

Viele Befragte äußerten sich in ähnlicher Weise über die Zielsetzung der Gesundheitsförderung. Dabei kam nicht nur die Service-Orientierung, sondern auch die damit verbundene Imagepflege als sich aktiv um die Gesundheit seiner Mitglieder kümmerndes Unternehmen zum Ausdruck. Gesundheitsförderung wurde vielfach als eine Service-Leistung gesehen, welche bei den Versicherten „im positiven Sinne gut ankommt“. Das Ziel sei „u.a. die Imageverbesserung, da Gesundheit als Wert hoch gehandelt wird“.

In dieser Hinsicht nannten einige Befragte auch den Wettbewerb zwischen den Kassen als wesentliche Motivation ihrer Arbeit. Überraschend war dabei die Offenheit, mit der diese Befragten über ihre Zielsetzungen in Bezug auf „Mitgliederbestandspflege und -neugewinnung“ sprachen. Relativ ungeniert wurde dabei z.B. festgestellt, daß das „Ziel die Erweiterung des Versichertenstammes, der Vergleich mit anderen Kassen“ sei. Andere kritisierten jedoch diese Wettbewerbsorientierung, die u.a. den Blick dafür trübe, „was Gesundheitsförderung eigentlich ist“.

Das Ziel der Imagepflege sowie das Ziel der langfristigen Kostensenkung wurden von vielen Befragten gemeinsam als Zielsetzungen genannt. Diese Ziele wurden nicht im Widerspruch zueinander gesehen; vielmehr bot sich aus Sicht der Kassen offenbar die Möglichkeit, präventionspolitische mit werbestrategische Überlegungen zu verbinden und gewissermaßen ‘zwei Fliegen mit einer Klappe zu schlagen’. Dies wird auch anhand der bevorzugten *Zielgruppen* der Kassen deutlich. Sofern von den Befragten überhaupt spezielle Zielgruppen genannt wurden - oftmals wurde auf die Frage nach Zielgruppen geantwortet, daß „grundsätzlich alle Versicherten“ Zielgruppe seien - waren dies Jugendliche.

Jugendliche waren als potentielle zukünftige Versicherte besonders wichtig für den zukünftigen Mitgliederbestand der Kassen (günstige Einnahmen/Ausgaben-Relation) und daher die bevorzugte Zielgruppe des Kassenmarketings. Lifestyle- und fitneßorientierte Angebote wurden daher als geradezu „ideal“ angesehen, um die Gruppe der Jugendlichen anzusprechen:

„Wie kann ich denn Jugendliche als Zielgruppe erreichen, wenn nicht über Gesundheitsförderung und Sport? [...] wir haben eine eigene Jugendkultur, deren Sprache müssen wir sprechen.“

Darüber hinaus wurden aber gerade Jugendliche auch als wichtige präventionspolitische Zielgruppe genannt, es ginge in der Gesundheitsförderung gerade darum, schon in jungen

Jahren und bei (noch) Gesunden gesundheitliche Kompetenzen zu fördern, und nicht erst, „wenn es zu spät ist“:

„Die meisten Leute wollen sich erst ändern, wenn es zu spät ist, vorher ist kein Interesse da. Unsere Aufgabe ist es, frühzeitig Einsicht und Interesse zu wecken.“

In der frühzeitigen Förderung von gesundheitsbewußtem Verhalten bei Jugendlichen wurde schließlich von einigen Befragten auch das größte Potential für zukünftige Einspareffekte im Gesundheitswesen gesehen. So gesehen führten Marketingziele und Ziele der (langfristigen) Ausgabensenkung idealerweise zu einer Strategie der Gesundheitserziehung bei jungen (gesunden) Menschen.

Im Hinblick auf das Maßnahmenspektrum der Kassen sowie die Evaluationspraxis und die dabei erzielten Ergebnisse bleibt somit festzuhalten, daß von einem großen Teil der Befragten sehr wohl Einspareffekte durch die Vermeidung von Behandlungskosten angestrebt wurden. Diese wurden jedoch in den, auch in der wissenschaftlichen Diskussion vielfach üblichen Erklärungszusammenhang der langfristigen Einsparungen durch Primärprävention des gesundheitlichen Verhaltens (Ernährung, Bewegung, Entspannung) gesetzt (vgl. Kap. 2). Eine Strategie der verhaltensbezogenen Gesundheitserziehung, insbesondere bei jungen und gesunden Versicherten (bzw. potentiellen Versicherten) befand sich dabei im Einklang mit den angestrebten Imagewirkungen der Kassen als ‘Service-Unternehmen’ sowie mit den primär durch das Kassenmarketing angestrebten Zielgruppen.

6.4 Strategien und Handlungsfelder

6.4.1 Das Maßnahmenspektrum: Aufgabenschwerpunkte der befragten Akteure

Hinsichtlich des Maßnahmenspektrums der Kassen sind in der Vergangenheit von verschiedener Seite quantitative und qualitative Einschätzungen vorgenommen worden. Oftmals wird dabei die einseitige Hinwendung zu personalen Maßnahmen der individuellen, und am Risikofaktorenkonzept orientierten Verhaltensprävention kritisiert (z.B. HAUB 1991). Darüber hinaus wird durchaus eingeräumt, daß die Kassen auch, und in den letzten Jahren verstärkt, z.B. Engagement in der schulischen und betrieblichen Gesundheitsförderung oder in anderen Handlungsbereichen zeigten (z.B. Selbsthilfeförderung), daß diese Aktivitäten aber insgesamt, auch aufgrund struktureller Hindernisse, noch bei weitem unterentwickelt und im Rahmen des 'Mainstreams' der Kassenstrategien randständig waren (LENHARDT/ROSENBROCK/ELKELES 1996, BRAUN 1994, MAßHOLDER 1995).

Die EFB-Studie kommt zu der Einschätzung, daß im Rahmen des von den Krankenkassen angebotenen Repertoires an gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen „personelle und mediale Formen [Vorträge, Einzel- und Gruppenberatungen, Kurse (Verhaltenstraining)] ganz überwiegend sind“ (KIRSCHNER et al. 1995, S. 36). Neben diesen „Hauptformen“ der Gesundheitskurse und -beratungen werden, in weit geringerem Maße, auch andere personale, mediale, sowie medizinische und strukturelle Maßnahmen durchgeführt: Aktionen (z.B. Gesundheitswoche, Antidrogen-Disco), Informationsveranstaltungen (z.B. Vorträge), mediale Aufklärung (z.B. via Mitgliederzeitschriften, Rundfunk), Screeningaktionen zu Risikofaktoren, Multiplikatorenschulungen (in Betrieben, Schulen, Arztpraxen), Gesundheitszirkel in Betrieben sowie Unterstützung von Selbsthilfegruppen (ebd.).

Es findet sich also ein breites Spektrum an Maßnahmen, quantitativ bei weitem dominierend scheinen dabei allerdings Gesundheitskurse und -beratungen zu sein. Dies läßt sich z.B. auch aus einer Mitteilung der Barmer Ersatzkasse herauslesen, in der es heißt: „Das Spektrum reicht von Aufklärungsmedien, Gesundheitskursen und individuellen Beratungen bis hin zu spezifischen Maßnahmen der schulischen und betrieblichen Gesundheitsförderung. 1994 wird die Barmer Ersatzkasse ca. 30.000 Gesundheitskurse mit über 300.000 Teilnehmern durchführen“ (KLEINFELD/SCHULTE 1994). Diese Art der Darstellung ist durchaus typisch auch für andere Stellungnahmen durch Krankenkassen und verdeutlicht dabei vor allem den

Stellenwert und die besondere Aufmerksamkeit, welche im Rahmen des vielschichtigen Maßnahmenpektrums auf den Handlungsbereich der Gesundheitskurse entfiel.

Die Einschätzung, daß im Rahmen des Maßnahmenpektrums der Kassen insbesondere Gesundheitskurse dominierten, wurde auch durch die Äußerungen der interviewten Kassenvertreter bestätigt. Als Maßnahmen wurden überwiegend und zumeist an erster Stelle Kurse in den Bereichen Ernährung, Bewegung, und Entspannung bzw. Streßbewältigung genannt. Einige Befragte arbeiteten darüber hinaus auch in Bereichen der betrieblichen Gesundheitsförderung, der Gesundheitsförderung in Schulen und Kindergärten oder in vielfältigen Kooperationen mit anderen öffentlichen Institutionen vor Ort (z.B. Aktionen mit Sportvereinen, Arbeitskreise in Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern). Mit Ausnahme einiger weniger Interviewpartner, welche z.B. als Fachkräfte speziell für die betriebliche Gesundheitsförderung beschäftigt waren, waren dies aber eher randständige Aktivitäten, die über den eigentlichen Kernbereich des Managements von Kurs- und Beratungsangeboten hinaus, und aufgrund persönlichen Engagements zusätzlich erfüllt werden konnten.

Der eigentliche Aufgabenbereich der Befragten wurde hingegen oftmals als „Management“ der zumeist auf höherer Ebene der Bundesverbände oder Hauptverwaltungen konzipierten Gesundheitskursangebote vor Ort charakterisiert. Zu den wesentlichen Arbeiten zählten etwa die Einstellung von Honorarkräften, Termin- und Raumplanung, die i.d.R. halbjährliche Veröffentlichung eines aktuellen Kursprogrammheftes, aber auch „bürokratische Arbeiten wie Anwesenheitslisten führen, Geldeingang von Fremdversicherten kontrollieren etc.“. Allein diese genannten Bereiche machten nach Schätzung eines Befragten bis zu „98% der Arbeitszeit“ aus. Hinzu kam die Auswahl an externen Kooperationspartnern nach z.T. selbst erarbeiteten oder vorgegebenen „Qualitätskriterien“ sowie die Prüfung von Kostenerstattungsanträgen für Angebote von Fremdanbietern. Dieser Bereich der Verwaltung von Kostenerstattungsanträgen und der Qualitätsprüfung machte insbesondere aufgrund der „Flut neuer Anbieter“ einen zunehmend bedeutsamen Aufgabenbereich aus, der auch erheblichen zeitlichen Aufwand erforderte:

„Qualitätsprüfung für externe Anbieter ist ein - wenn nicht gar der - zentrale(r) Aufgabenbereich; das bedeutet viel Verwaltungsarbeit!“

Viele Befragte hatten daher nur noch wenig Zeit, um z.B. auch selbst Kurse oder Beratungen durchzuführen. Während viele der Gesundheitsberater in den Anfangsjahren selbst als KursleiterInnen oder Beratungsfachkräfte arbeiteten, waren dies zum Zeitpunkt der

Untersuchung nur noch ca. ein Drittel der Befragten, nämlich jene, die besonders viel Wert darauf gelegt hatten, „noch ab und zu den gelernten Beruf auszuüben“. Andere bedauerten, mittlerweile keine Zeit mehr für die Durchführung eigener Kurse zu haben. Auch für zusätzliches Engagement in anderen Bereichen war aufgrund des eng gesetzten zeitlichen Rahmens, der durch die Verwaltung von Kursangeboten oder Kostenerstattungsanträgen vielfach mehr als ausgefüllt wurde, „kaum noch Zeit“:

Viele Befragte berichteten aber über weitergehende Strategien und Kampagnen ihrer Kassen, die oftmals bundesweit oder in einzelnen Modellregionen durchgeführt wurden. Dabei waren die Kurs- und Beratungsangebote vor Ort oftmals in eine Gesamtstrategie der gesundheitlichen Öffentlichkeitsarbeit eingebettet. Beispielhaft sei die bundesweite Dachkampagne der AOK: „AOK-die Gesundheitskasse“ genannt, die ein breites Spektrum regionaler und überregionaler Maßnahmen zusammengefaßt und aufeinander abgestimmt hatte (RICK/ SCHÄFER 1992). Unter dieser bereits 1986 gegründeten Dachkampagne wurden neben zahlreichen Kursangeboten z.B. eine eigene Fernsehsendung in Zusammenarbeit mit dem Privatsender „Sat 1“ („Bleib Gesund-TV“), Schulprojekte („Jugend schützt Natur“), ein schriftlicher Fernkurs zum Thema ‘Ernährung’ („Die Vierjahreszeitenkur“) sowie vielfältige Breitensportaktionen in Kooperation mit Sportvereinen und -verbänden („Trimm Dich durch Sport“, „Trimming 130“, „Im Verein ist Sport am schönsten“) veranstaltet (HUER 1992).

Auch andere Kassen unterstützten z.B. Fernsehsendungen, etwa die im bayrischen Rundfunk ausgestrahlte Sendung „Telegym“ (BEK), oder großangelegte Werbekampagnen, etwa die Aktion „Stars gegen Alkohol am Steuer“ (DAK). Alle untersuchten Kassen verfügten darüber hinaus über ein breites Angebot an Aufklärungsbroschüren zu den verschiedensten gesundheitlichen Themen sowie über eine Mitgliederzeitschrift, welche ebenfalls als Forum für aktuelle Themen der gesundheitlichen Aufklärung genutzt wurde (vgl. Kap. 6.2.3).

Diese Aktivitäten wurden jedoch überwiegend von den zentralen Fachabteilungen der Hauptverwaltungen bzw. Bundesverbände übernommen. Die regionalen Fachabteilungen waren in diesem Rahmen zwar auch für die Verbreitung der jeweiligen Aktionen, Kampagnen und der entsprechenden Informationsbroschüren verantwortlich. Ihre Hauptaufgabe bestand jedoch, auch vor diesem konzeptionellen Hintergrund, in der Organisation und Durchführung von Kurs- und Beratungsangeboten vor Ort.

Gesundheitskursangebote bildeten somit gewissermaßen das ‘Herzstück’ einer Gesamtstrategie der gesundheitlichen Aufklärung, die sich auf überregionaler Ebene insbesondere schriftlicher Medien, z.B. Informationsbroschüren, aber auch anderer öffentlicher Darstellungsmöglichkeiten bediente (Fernseh- und Rundfunkbeiträge, Werbespots, Aktionstagen etc.), auf regionaler und lokaler Ebene hingegen vorwiegend via Kursen und Beratungen in die direkte Kommunikation mit den Versicherten trat. Dieses Kontinuum von einfachen Informations- und Aufklärungsmaßnahmen über Aktionen des Marketings und der gesundheitlichen Öffentlichkeitsarbeit bis hin zu Kurs- und Beratungsangeboten läßt sich auch vom theoretischen Standpunkt nachvollziehen, wenn etwa Gesundheitskurse als intensivierete Kommunikationsform der gesundheitlichen Aufklärung betrachtet werden:

„Wenn einfache Handreichung von Information nicht ausreicht [...] - wenn starke motivationale Barrieren gegen eine Veränderung vorhanden sind - geht Aufklärung über Social Marketing in Training und Therapie über“ (WIEDEMANN/ SCHÜTZ 1994, S. 126).

Im Hinblick auf Anspruch und Wirklichkeit der Gesundheitsförderung ist jedoch anzumerken, daß es sich bei dieser Strategie der personalen und medialen gesundheitlichen Aufklärung insgesamt um eine Strategie der klassischen Verhaltensprävention handelte, die verhältnispräventive bzw. strukturelle Aspekte zunächst nur am Rande berücksichtigt hat (z.B. Umwelt und Gesundheit; Gesundheitsförderung in der Schule). Damit zusammenhängend handelte es sich bei dieser Strategie auch vorwiegend um eine *Individualstrategie*, die von den Kassen letztlich auch ohne oder nur mit Hilfe weniger Kooperationspartner, insbesondere was Kooperationen der Kassen untereinander betrifft, erreicht werden konnte.

Um darüber hinaus erkennbare Ansätze einer kooperativen Strategie, welche auch verhältnispräventive bzw. strukturelle Aspekte berücksichtigt, herauszuarbeiten bzw. um die Grenzen und Hindernisse solcher Strategien verständlich zu machen, werden im folgenden die Ergebnisse der Fragen nach „externen Kooperationsbeziehungen“ (Kap. 6.4.2) sowie nach „speziellen Handlungsfeldern“ (schulische Gesundheitsförderung, betriebliche Gesundheitsförderung, Selbsthilfeförderung; Kap. 6.4.3) dargestellt.

6.4.2 Externe Kooperationsbeziehungen

„Die Inhalte und die Dimensionen kooperativer Beziehungen dürfen über ihrem Modernisierungspotential nicht den Blick auf die eigentlichen sozialpolitischen Aufgaben und Anforderungen der GKV verlieren oder sich gar des Zwangs entledigen, Beiträge zu deren Lösung darstellen zu müssen.“
(BRAUN/ FRIEDRICH 1994, S. 57)

Gesundheitsförderung wird gemeinhin als Gemeinschaftsaufgabe betrachtet. Für einzelne Akteure der Gesundheitsförderung sind deshalb Art und Qualität von Kooperationsbeziehungen zu anderen in diesem Feld Aktiven ein wichtiger Gradmesser in Bezug auf Strategien, Ziele und die Reichweite ihres Handelns. Insbesondere steht Kooperation in enger Verbindung zu den Entwicklungsmöglichkeiten *verhältnisbezogener* Maßnahmen (vgl. Kap. 1.3.2.2, 3.3.2). Darüber hinaus steht die Kooperationsbereitschaft einzelner Akteure sowie die Art und die Qualität der realisierten Kooperationsbeziehungen im Zusammenhang mit einer grundsätzlichen Kommunikations- und Kooperationskultur, die sich auch in den unternehmensinternen Organisations- und Kooperationsstrukturen widerspiegelt (vgl. Kap. 3.3.2; 6.2.4).

Die verschiedenen Ebenen und Dimensionen von Kooperationsbeziehungen der Kassen lassen sich nach a) „Kooperation mit neuen Partnern“, b) „Kooperation mit bekannten Partnern“ sowie c) „Kooperation mit anderen Kassen“ unterscheiden (vgl. Kap. 3.3.2).⁷ Zu den neuen Partnern zählten in der Praxis großenteils kommerzielle und nicht-kommerzielle Anbieter von Gesundheitsförderungsmaßnahmen; darüber hinaus Betriebe, Schulen und Selbsthilfegruppen, die jedoch zumeist nicht Anbieter, sondern selbst Zielobjekte der Gesundheitsförderungsstrategien waren. Betriebliche Gesundheitsförderung, Gesundheitsförderung in der Schule und Selbsthilfeförderung sind zudem Beispiele für Ansätze der Verhältnis- bzw. ‘Setting’-bezogenen Gesundheitsförderung und werden deshalb im Rahmen „spezieller Handlungsfelder“ aufgezeigt (Kap. 6.4.3).

Weiterhin bestanden Kooperationsbeziehungen zu Gesundheitsämtern (ÖGD) sowie zu Leistungserbringern und Akteuren des traditionellen Gesundheitswesens als „bekannte Partner“ (Ärzte, Krankenhäuser, MDK). Dabei zählen Gesundheitsämter einerseits zu den

⁷ Eine vierte Ebene ist nach BRAUN und FRIEDRICH (1994) die interne Kooperation in der Kasse (vgl. Kap. 6.2.4).

„neuen Partnern“ in der Gesundheitsförderung, andererseits sind sie selbst Akteure des traditionellen Gesundheitswesens. Darüber hinaus sind Gesundheitsämter als Moderatoren und Koordinatoren der gemeindenahen Kooperation der Kassen untereinander zu betrachten. Gesundheitsämter haben insofern eine Sonderstellung im Kooperationsgefüge der Krankenkassen, anhand derer sich auch wesentliche Rückschlüsse im Hinblick auf die Möglichkeiten und Grenzen der Kooperationsbereitschaft der Krankenkassen untereinander, insbesondere vor dem Hintergrund des Kassenwettbewerbs ziehen lassen.

6.4.2.1 Kommerzielle und nicht-kommerzielle Anbieter von Gesundheitskursen

Kooperationsbeziehungen bestanden seitens der untersuchten Kassen zunächst vorwiegend im Bereich der Konzeption und Durchführung von Gesundheitskursen. Zu den Kooperationspartnern zählten insbesondere Volkshochschulen sowie andere Erwachsenenbildungseinrichtungen (z.B. Evangelische Familienbildungsstätte). In den letzten Jahren sind in zunehmendem Maße auch private Anbieter (z.B. Fitneßstudios, freiberufliche Krankengymnasten) sowie Sportvereine hinzugekommen. Wohlfahrtsverbände (Deutsches Rotes Kreuz, AWO, Diakonie, Caritas) waren als Kooperationspartner insbesondere im Bereich der „Pflegekurse für pflegende Angehörige“ tätig. Schließlich ist hinsichtlich der Kursdurchführung auch die Vielzahl der auf Honorarbasis beschäftigten freiberuflichen KursleiterInnen der Kassen als Kooperationspartner zu nennen. Konzeptionelle Unterstützung bei der Kursgestaltung oder der Vereinbarung von Qualitätsrichtlinien fanden viele Kassen dabei z.B. durch die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), die Hessische Arbeitsgemeinschaft Gesundheitserziehung (HAGE) sowie durch Sportverbände.

Das Ausmaß und die Bedeutung externer Kooperationsbeziehungen für die Angebotsgestaltung war bei den untersuchten Kassen verschieden. Einige, insbesondere kleinere Kassen stützten sich bei der Angebotsgestaltung beinahe ausschließlich auf Kooperationspartner. Kooperationen oder Kostenerstattungen für Fremdangebote seien kostengünstiger und weniger zeitaufwendig, als selbst durch festangestelltes Personal für ein eigenes Angebot zu sorgen. Die Strategie der Kooperation wurde aber, nach Angaben einiger Kassenvertreter, auch bewußt gewählt, um die bereits bestehenden Infrastrukturen der Erwachsenenbildung und Gesundheitserziehung zu unterstützen:

„Damit werden deren Angebote auch irgendwie honoriert, denn es ist ja nicht so, daß Gesundheitsförderung in den letzten Jahren aus dem Boden gestampft wurde und entdeckt wurde, sondern es hat sie ja eigentlich schon immer gegeben. Die einzelnen Institutionen haben ja bereits sehr qualifizierte Angebote und die unterstützen wir. Das ist ein ganz wichtiger Grundsatz: wir wollen niemandem Konkurrenz machen, auch keinen anderen Kassen.“

Andere Kassen zeigten sich hingegen reservierter gegenüber Strategien der Kooperation und Auslagerung. Insbesondere die großen Ersatzkassen legten Wert auf „ein bundesweit einheitliches Erscheinungsbild“, auch in der Gesundheitsförderung. Man wolle „das Rad nicht fünfmal erfinden“, sondern auf eigenen Konzepten und Grundsätzen aufbauen. Einige Kassenvertreter befürchteten dabei, durch Kooperationen „die Kontrolle aus der Hand zu geben“. Sie äußerten den Wunsch nach eigener inhaltlicher Beteiligung, um nicht, wie es eine Befragte ausdrückte, „zum besseren Sponsor zu verkommen“.

Zwischen diesen beiden Positionen scheint sich jedoch in den letzten Jahren generell die Tendenz in Richtung Kooperation und Auslagerung entwickelt zu haben. Die meisten Befragten gaben an, daß Kooperationsbeziehungen erst in den letzten Jahren verstärkt wurden, vielfach sogar zum Zeitpunkt der Untersuchung noch im Aufbau begriffen waren. Dabei bestand eine zunehmende Konkurrenz der Kassen, auch um verschiedene Kursanbieter. So beklagte ein Vertreter der AOK, daß, nachdem die AOK anfangs den Grundstein für Kooperationsbeziehungen, z.B. zu Krankengymnasten, gelegt hatte, viele Anbieter nunmehr durch die anderen Kassen „abgeworben“ worden seien. Auch Volkshochschulen seien anfänglich bedeutende Kooperationspartner der AOK gewesen, hätten sich aber nunmehr durch die Konkurrenzsituation der Kassen oftmals von ihnen abgewandt.

Ähnliches wurde auch von anderen Interviewpartnern berichtet. Vor Ort sei es oftmals „nicht so einfach, gute Honorarkräfte zu finden“, dadurch sei es schon mal vorgekommen, daß die Kassen von einzelnen Leistungsanbietern „gegeneinander ausgespielt wurden“. Das ‘Gegeneinander Ausspielen’ als Folge der Wettbewerbssituation um Kooperationspartner ist ein häufig erkanntes, für die ganze Bandbreite von Angeboten und Anbietern problematisiertes Phänomen:

„Dies führt sogar so weit, daß die einzelnen Kassenarten jetzt ihrerseits instrumentalisiert werden, indem eine Reihe von Sportverbänden, Vereinen etc. mittlerweile offensiv mit dem Hinweis, die jeweils andere Kassenart werde bestimmt einspringen, wenn man selber nicht irgendeine Veranstaltung unterstützen würde, geschickt die GKV als sprudelnde Finanzierungsquelle von in keiner Weise mehr qualitativ gemeinsam abgestimmten Aktivitäten mißbraucht“ (BRAUN/FRIEDRICH 1994, S. 58).

Um zu verhindern, daß Kooperationspartner gleichzeitig auch mit anderen Kassen Kooperationsbeziehungen eingingen, strebten viele Kassen „Exklusiv-Verträge“ an. Diese Exklusiv-Verträge stellen einen wichtigen Befund im Hinblick auf die Grenzen der Kooperationsbereitschaft, insbesondere gegenüber anderen Kassen dar. Nicht zuletzt kann das häufige Bestreben nach Exklusiv-Vereinbarungen, welche gleichzeitig zum Ausschluß weiterer Kooperationsbeziehungen des ausgewählten Kooperationspartners führten, als sicheres Indiz dafür gewertet werden, daß vielfach der Werbeaspekt für die Kasse im Mittelpunkt des Interesses stand. Ein Beispiel hierfür ist die Förderung des „Allgemeinen Hochschulsports (AHS)“ durch die DAK, welche der DAK als einziger Kasse den direkten Zugang zu den Universitäten und damit verbundene Werbemöglichkeiten sicherte (ISENBERG/MALZAHN 1996). Solche Exklusiv-Vereinbarungen wirkten jedoch überall dort hemmend, wo sich potentielle Kooperationspartner ihre institutionelle Neutralität bewahren wollten. So wurde z.B. von Verbraucherberatungsstellen berichtet, daß sie aus Gründen der Unabhängigkeit lieber auf eine Zusammenarbeit mit den Kassen verzichteten, als sich auf Exklusiv-Vereinbarungen mit einer einzelnen Kasse einzulassen.

Vielfach fanden sich aber auch nur lose Kooperationsformen, die sich z.T. lediglich auf die Kostenübernahme von Kursgebühren beschränkten, und nur selten vertraglich fixiert waren. Dabei orientierten sich die Kassen auch teilweise an der Bezuschussungspraxis der anderen Kassen. Beispielsweise wurden in vielen Programmheften der Volkshochschulen jene Angebote besonders gekennzeichnet, welche durch die AOK bezuschußt wurden. Trotz dieses Werbevorsprungs der AOK durch die Kennzeichnung mit dem Firmen-Logo orientierten sich auch andere Kassen bei der Kostenerstattung für ihre Versicherten an dieser Kennzeichnung. Bei diesen losen Vereinbarungen war also gegenüber vertraglich fixierten Kooperationen eine deutlich größere Kooperationsbereitschaft der Kassen untereinander festzustellen (vgl. Kap. 6.4.2.4).

6.4.2.2 Traditionelle Leistungserbringer des Gesundheitswesens

Nur selten fanden sich hingegen Kooperationen zu „bekannten Partnern“ der Kasse aus dem traditionellen Leistungs- und Vertragswesen. Niedergelassene Ärzte wurden zwar gelegentlich für Vorträge, z.B. zu alternativen Behandlungsmethoden eingeladen, in einem Fall wurde auch ein Kurs für „Atemtherapie“ durch einen Vertragsarzt durchgeführt. Hier bestand jedoch, nach

Angaben einiger Interviewpartner, grundsätzlich das Problem des Wettbewerbs zwischen den niedergelassenen Ärzten. Offizielle Kooperationen niedergelassener Ärzte mit der Kasse seien außerhalb des kassenärztlichen Vertragswesens „eigentlich nicht möglich“.

Eine offizielle Vereinbarung bestand jedoch zwischen der AOK und der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) in Hessen. Dabei wurde ein „Überweisungsverfahren“ zu Ernährungsberatungsangeboten der Kasse vereinbart. Niedergelassene Ärzte konnten entsprechende „Überweisungsformulare“, welche z.B. Diagnosen und Laborbefunde enthielten, für eine Ernährungsberatung der Kasse ausstellen, nach der abgeschlossenen Ernährungsberatung wurde dann von der Ernährungsberaterin ein Kurzbrief zurück an den Arzt geschickt. Vertreter anderer Kassen berichteten hingegen von Ärzten, die ihren Patienten auch ohne feste Vereinbarung mit der Kasse gelegentlich die „Empfehlung“ gaben, z.B. eine Ernährungsberatung, eine Rückenschule oder einen Raucherentwöhnungskurs der Kasse zu besuchen.

Mit Krankenhäusern bestand bei den untersuchten Kassen nur in einem Fall eine Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung. Hierbei handelte es sich um ein Projekt der betrieblichen Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Obwohl solche qualifikatorischen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Krankenhaus nachweislich auch der medizinischen und pflegerischen Behandlungsqualität für die Patienten zugute kommen können (MÜNCH 1996), war dieses Projekt nach Angaben des Kassenvertreters ausschließlich auf die Gesundheitsförderung des Krankenhauspersonals ausgelegt. Dementsprechend spielte diese Kooperation auch keine Rolle im sonstigen Vertragsgeschehen mit diesem Krankenhaus.

Andere traditionelle Leistungserbringer im Gesundheitswesen sind z.B. Krankengymnasten, Masseure, Logopäden, Ergotherapeuten oder Rehabilitationskliniken. Mit vielen dieser Anbieter bestanden auch Vereinbarungen in der Gesundheitsförderung. So zählten z.B. Krankengymnasten zu den häufigsten Anbietern von „Rückenschulen“.

Seitens des Medizinische Dienstes der Krankenkassen (MDK) wurde hingegen, z.B. bei Ablehnung von Anträgen auf stationäre Kurmaßnahmen manchmal der Hinweis gegeben, das örtliche Angebot an Gesundheitskursen der Kassen zu nutzen - „nach dem Motto: ambulant

vor stationär“. Ansonsten bestand jedoch mit dem MDK, nach übereinstimmenden Angaben der Befragten, keine ausdrückliche Kooperation auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung.

Über Kooperationen mit Apothekern wurde ebenfalls nur selten berichtet. In einem Fall bestand ein loser „informeller Kontakt“ mit einem „sehr engagierten Apotheker“ in Marburg, der z.B. offensive Verbraucherschutzempfehlungen zu Diätprodukten oder sonstigen nicht verordnungspflichtigen Gesundheitsartikeln gab. Ansonsten wurden z.B. Meßgeräte für „Gesundheits-Checks“ auf Aktionstagen oder Messen (Lungenfunktionstests, Blutzucker- und Cholesterinmessungen) manchmal von Apotheken zur Verfügung gestellt.

6.4.2.3 Gesundheitsämter (ÖGD)

Kooperationen mit Gesundheitsämtern bestanden normalerweise nur bei einzelnen Veranstaltungen wie Messen oder Gesundheitstagen. Dort wurden z.B. „Gesundheits-Checks“ gemeinsam, teilweise auch unter Beteiligung von Apotheken (s.o.) durchgeführt. Bei den IKK'n wurde hingegen auch eine umweltmedizinische Beratung („Umweltcheck“) in Zusammenarbeit mit örtlichen Gesundheitsämtern begonnen. Nach einem erfolgreichen Modellprojekt dieser Art (IKK Düsseldorf) seien jedoch in vielen Städten keine weiteren Kooperation zustande gekommen. In Wiesbaden wurde diese anfängliche Initiative von der Stadtverwaltung wieder eingestellt, da hierfür „angeblich keine ausreichenden personellen und zeitlichen Kapazitäten des Gesundheitsamtes verfügbar waren“.

Das „Modell-Gesundheitsamt Marburg-Biedenkopf“ (KARL/NITTNER 1982) war dagegen auch im Bereich der Gesundheitsförderung besonders engagiert. Eine Kassenvertreterin berichtete, daß auf Initiative des Gesundheitsamtes in Marburg Arbeitskreise mit den ortsansässigen Kassen gegründet wurden. So hatten sich ein „Arbeitskreis Ernährung“ und ein „Arbeitskreis Gesundheitsförderung“ formiert, an denen neben dem Gesundheitsamt und den Kassen auch die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) sowie die Hessische Arbeitsgemeinschaft Gesundheitserziehung (HAGE) teilnahmen.

Andere Beispiele für koordinierende Aktivitäten der örtlichen Gesundheitsämter unter Einbeziehung der Kassen wurden von den Interviewpartnern nicht genannt. Zur Erklärung sei hier auf die Ergebnisse von MABHOLDER verwiesen, daß einerseits Gesundheitsämter oftmals

auch von den Kassen als nicht hinreichend personell ausgestattet bzw. qualifiziert für gemeinsame und koordinierende Aktivitäten angesehen wurden. Andererseits bestanden bei vielen Kassen Zweifel an der Sinnhaftigkeit gemeinsamer Aktivitäten auch mit anderen Kassen, z.B. den vielfach theoretisch favorisierten „regionalen Gesundheitskonferenzen“. Diese wurden oftmals „mit Dirigismus, Zentralismus und dem Versuch zur Etablierung einer regionalen Einheitsversicherung in Verbindung“ gebracht und stießen insofern auf grundsätzliche Vorbehalte der auf Wettbewerb ausgerichteten Krankenkassen (MABHOLDER 1995, S. 196).

6.4.2.4 Andere Krankenkassen

Gemeinsam koordinierende Aktivitäten unter den Krankenkassen fanden sich dementsprechend nicht in dem Maße, wie das oftmals von wissenschaftlichen und politischen Beobachtern gewünscht wird. Dies ist vor dem Hintergrund des Kassenwettbewerbs auch allzu verständlich.

Dennoch fanden z.B. vereinzelte Absprachen und Kooperationen zwischen einzelnen Kassen, zumeist innerhalb einer Kassenart statt. Naturgemäß gute Zusammenarbeit bestand etwa zwischen einzelnen BKK'n - nicht zuletzt durch die gemeinsamen Gesundheitszentren in Hessen - den IKK'n, sowie den AOK'n, welche zum Zeitpunkt der Untersuchung ohnehin bereits die Fusion zu einer Landes-AOK vollzogen hatten (vgl. Kap. 6.2.1). Auch innerhalb der Ersatzkassenverbände (VdAK, AEV) gab es Absprachen, z.B. auf der Ebene der „VdAK-Ortsausschüsse“. So wurde in einigen Ortsausschüssen vereinbart, Kursangebote der beteiligten Ersatzkassen gegenseitig zu 100 Prozent und ohne zusätzliche Qualitätsprüfungen zu bezahlen. Somit wurde den Versicherten auch die Inanspruchnahme von Kursangeboten anderer Kassen erleichtert. Kursangebote der AOK wurden hingegen von anderen Kassenarten für ihre Versicherten zumeist zu 80 Prozent bezuschußt, ebenso wie die AOK die Kursgebühren anderer Kassen zu 80 Prozent übernahm. Darüber hinaus orientierte man sich unter den Kassen bei der Qualitätsbeurteilung von Fremdanbietern oftmals an der jeweiligen Kostenerstattungspraxis der anderen Kassen.

Ein Beispiel für eine intensivere Kooperation zwischen den Kassen ist schließlich das von den „kleineren Ersatzkassen“ gemeinsam getragene Projekt „Gesund alt werden“. Lediglich die beiden größten Ersatzkassen, Barmer Ersatzkasse und DAK, beteiligten sich nicht an diesem Projekt, da sie nach eigenen Angaben selbst über ein hinreichendes, flächendeckendes

Kursangebot verfügten. Die anderen insgesamt 12 Ersatzkassen nutzten hingegen diese bundesweite Kooperation, wobei die Organisation und Durchführung der Kursangebote aus diesem Programm nach Bundesländern aufgeteilt wurde. In Hessen war die Hamburg-Münchener Ersatzkasse federführend für dieses Projekt, während sich die anderen beteiligten Kassen lediglich durch Kostenübernahme sowie durch die Auslage entsprechender Programmankündigungen und Werbebroschüren aktiv beteiligten. Allerdings berichtete auch hier ein Vertreter einer beteiligten Ersatzkasse, daß die Geschäftsleitung „wenig Interesse“ an diesem gemeinsamen Projekt zeigte und generell kassenspezifische Aktivitäten bevorzugte. Das Interesse und die aktive Beteiligung der einzelnen Kassen in dieses Gemeinschaftsprojekt war also sehr ungleich verteilt, und in der Praxis, nach Aussagen beteiligter Kassenvertreter, weit weniger entwickelt, als in der theoretischen Konzeption vorgesehen. Nach Einschätzung dieser Befragten drohte das Projekt u.a. deshalb, nach einer vielversprechenden Anfangsphase, langfristig „wieder einzuschlafen“.

6.4.3 Spezielle Handlungsfelder

Als spezielle Handlungsfelder der Gesundheitsförderung werden in der Literatur insbesondere Verhältnis- bzw. „Setting-“bezogene Strategien der Gesundheitsförderung in der Schule oder der Betrieblichen Gesundheitsförderung, sowie die Förderung von Selbsthilfegruppen diskutiert (vgl. Kap. 1.3; 3.3.2).

Diese Themengebiete sind speziell für den Wirkungsbereich von Krankenkassen bedeutsam, um die durch das Spannungsfeld zwischen Wettbewerb und Kooperation erzeugten Möglichkeiten und Grenzen verhältnispräventiver Maßnahmen generell aufzuzeigen. Naturgemäß erfordern solche ‘Setting’-bezogenen Ansätze ein höheres Maß an Kooperation zwischen den beteiligten Akteuren, nicht zuletzt da sich das angesprochene Klientel vielfach auf Versichertengruppen verschiedener Krankenkassen verteilt, die Krankenkassen hingegen zu einer versichertenbezogenen Finanzierung gesundheitsfördernder Maßnahmen verpflichtet wurden (vgl. Kap. 6.2.3). Inwieweit sich dies als Einschränkung auf die praktizierten Maßnahmen der schulischen und betrieblichen Gesundheitsförderung, sowie der Selbsthilfeförderung ausgewirkt hat, und welche Strategien und Entwicklungen darüber hinaus kennzeichnend für diese speziellen Handlungsfelder waren, wird im folgenden aufgezeigt.

6.4.3.1 Gesundheitsförderung in der Schule

Die Gesundheitsförderung in der Schule ist theoretisch und praktisch ein Spiegelbild der gesamten Debatte um Strategien der Gesundheitsförderung. Theoretisch wird auf die Notwendigkeit multidimensionaler Handlungsansätze in der Schule als 'Lebensraum für Jugendliche' hingewiesen. Die „curriculare Dimension“, d.h. verhaltenspräventive Ansätze der Gesundheitserziehung im Rahmen des Schulunterrichtes, bildet dabei nur eine von vier Dimensionen der Gesundheitsförderung in der Schule. Darüber hinaus ist die „soziale Dimension“, die „ökologische Dimension“ sowie die „kommunale Dimension“ zu berücksichtigen (HURRELMANN/NORDLOHNE 1993). Vor diesem Hintergrund wird oftmals die konzeptionelle Beschränkung auf Einzelaktivitäten, welche sich zudem primär in der curricularen Dimension verorten lassen, beklagt (SETTERTOBULETE/HOEPNER-STAMOS/HURRELMANN 1997).

„Eine einschlägige Studie der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. kam 1994 zu dem Fazit, daß die gängige Schulpraxis mit dem Konzept einer umfassenden schulischen Gesundheitsförderung zur Zeit noch wenig übereinstimmt. Dabei wurden Defizite auf allen Ebenen beobachtet: von einer mangelnden räumlichen und finanziellen Ausstattung, über personelle Überbelastung, bis hin zu fehlender (interdisziplinärer) Zusammenarbeit in den Kollegien und mit der Schulleitung sowie einer insgesamt zu geringen Autonomie der Schulen. Besonders hervorgehoben wurde der Mangel an konzeptueller Einbettung von Einzelaktivitäten in ein übergreifendes gesundheitswissenschaftlich-pädagogisches Konzept“ (ebd., S. 94).

Vor diesem Hintergrund lassen sich auch die Handlungsansätze sowie die Reichweite möglicher Einflußnahmen durch Krankenkassen einschätzen. Zwar kommt die EFB-Studie zu dem Ergebnis, daß bei den dort untersuchten Kassengliederungen häufige und umfangreiche Kooperationsbeziehungen zu Schulen (im Vergleich zu anderen Kooperationspartnern) bestanden. Dabei werden „Aktionen“, „Multiplikatorenschulungen“, „Projekte, Programme“ sowie (in einem Fall) „Kooperationsgremien“ als praktizierte Handlungsansätze genannt (KIRSCHNER et al. 1995, S. 42). Genauere Aussagen über Art, Qualität und Umfang dieser Ansätze werden dort allerdings nicht gemacht.

In der eigenen Untersuchung wurden hingegen nur sehr vereinzelte Beispiele für weitergehende Aktivitäten gesammelt. So wurde etwa das „Europäische Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“ durch die Barmer Ersatzkasse unterstützt. Hierbei handelt es sich um ein Gemeinschaftsprojekt der WHO, der Europäischen Kommission und des Europarates mit dem Ziel, Gesundheitsförderung in die Organisationsentwicklung der Schulen zu integrieren. Dieses Netzwerk wird auch in der obigen Publikation als eines der wenigen Beispiele für übergreifende Handlungsansätze der schulischen Gesundheitsförderung erwähnt (SETTERTOBULTE/HOEPNER-STAMOS/HURRELMANN 1997, S. 95). Ebenfalls durch die BEK wurden vereinzelte Gesundheitsberichte, z.B. zur Frage des Nikotinkonsums bei Jugendlichen in Schulen erstellt (RUMKE et al. 1996). Schulische Projekte anderer Kassen waren z.B. das bereits erwähnte Projekt „Jugend schützt Natur“ der AOK (HUER 1992; vgl. Kap. 6.4.1).

Diese Beispiele sind jedoch der Fachliteratur oder kasseneigenen Informationsbroschüren entnommen. Im Rahmen der Interviews mit den regionalen Fachvertretern der Kassen in Hessen wurde dagegen hinsichtlich der praktizierten Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung lediglich von Vorträgen in Schulen, sowie von vereinzelten Aktionen, z.B. im Rahmen der Projektwochen in den Schulen, berichtet.

Eine herausragende Bedeutung haben dabei Vortragsveranstaltungen. Einige Befragte berichteten, daß diese Vorträge für die Kasse insbesondere bedeutsam seien, um auch unter werbestrategischen Gesichtspunkten Zugang zu den Schulen und somit zu den Adressen der Schüler der höheren Jahrgangsstufen zu bekommen. Seit jeher seien die Kassen bestrebt, die Schüler der letzten Jahrgangsstufe vor der mittleren Reife, welche in absehbarer Zeit in das Berufsleben eintreten und somit zur wichtigsten Zielgruppe für Neuanwerbungen gehören, z.B. durch Schulvorträge zu Themen der Sozialversicherung oder durch Bewerbungstrainings, direkt anzusprechen. Es sei geradezu ein „Gerangel“ der unterschiedlichen Kassen um die Gunst der jeweiligen Schulen und Schüler. In diesem Zusammenhang boten sich gesundheitliche Themen (Drogenmißbrauch, Ernährung, AIDS-Prävention) durch qualifiziertes Fachpersonal als geradezu ideale „Türöffner“ an, um die Zugangschancen in die Schulen gegenüber der Konkurrenz zu verbessern.

Aus dieser Sicht wird einerseits verständlich, warum sich Kassen vielfach vehement für die Durchführung gesundheitsfördernder Maßnahmen in den Schulen einsetzten. Andererseits werden auch hier die Hemmnisse spürbar, welche der Konkurrenzsituation der Kassen und der

dadurch motivierten Beschränkung auf einfache, vordergründige Maßnahmen geschuldet sind. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, daß die vielfältigen Hindernisse und Resistenzen der Schulorganisationen gegenüber einer ganzheitlichen Organisationsentwicklung als 'gesundheitsfördernde Schulen', welche ohnehin ohne strukturelle Unterstützung (personelle, räumliche und finanzielle Ressourcen, Autonomie der Schulen etc.) schwer veränderbar erscheinen (s.o.), erst recht nicht durch Krankenkassen überwunden werden konnten, deren Glaubwürdigkeit letztlich auch aus Sicht der Schulen häufig unter der offensichtlichen Motivation, Schüleradressen für die gezielte Mitgliederwerbung zu gewinnen, litt.

6.4.3.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

Betriebliche Gesundheitsförderung wurde im Rahmen der Interviews häufig als neuer und zukunftsorientierter Arbeitsschwerpunkt hervorgehoben. Einige Befragte sahen hierin die wesentliche Alternative zu klassischen Kursangeboten. Damit könne, so eine häufig geäußerte These, auch auf die Gestaltung der Verhältnisse hingewirkt werden. Zweitens würden durch betriebsnahe Angebote, die zudem innerhalb der Arbeitszeit stattfinden, auch Männer als Zielgruppe erreicht. Drittens sei durch die mögliche Senkung des Krankenstandes ein direkterer und leichter nachweisbarer ökonomischer Bezug gegeben, als dies in klassischen Kursangeboten der Fall ist. Schließlich handelte es sich aber bei der betrieblichen Gesundheitsförderung auch um ein wichtiges Medium der „Kontaktpflege zu den Betrieben“. In diesem Bereich bestand, ebenso wie bei anderen öffentlichen Veranstaltungen, eine besonders enge Verzahnung mit den Abteilungen für Marketing und Öffentlichkeitsarbeit, da es „schließlich um die Darstellung der Kasse nach außen geht“ (vgl. Kap. 6.2.4.3).

Diese Auflistung der verschiedenen Bedeutungsgehalte, die der betrieblichen Gesundheitsförderung bei den untersuchten Krankenkassen beigemessen wurden, weist auch auf die Vielschichtigkeit der praktizierten Handlungsansätze hin. Vom theoretischen Standpunkt aus haben jedoch wissenschaftliche Konzepte der betrieblichen Gesundheitsförderung in den letzten Jahren eine relativ einheitliche Entwicklung genommen.

Ausgehend von einem organisationssoziologischen Ansatz haben sich integrative Sichtweisen von Organisations- und Personalentwicklung herausgebildet, die ziemlich genau der gesundheitswissenschaftlichen Gegenüberstellung von Verhaltens- und Verhältnisprävention

entsprechen. Die *Organisationsentwicklung* hinsichtlich Aufbau- und Ablauforganisation eines Unternehmens ist dabei auf die *Personalentwicklung* der Fähigkeiten und Qualifikationen der Mitarbeiter ebenso abzustimmen, wie umgekehrt innerbetriebliche Bildungsmaßnahmen hinsichtlich ihrer Rückwirkung auf die gesamte Organisation berücksichtigt werden müssen. Dieses Zusammenspiel von Organisations- und Personalentwicklung wurde auch auf den Handlungsbereich der, insbesondere psychosozialen, Gesundheit übertragen und kennzeichnet das sogenannte „Berliner Modell“ (WESTERMAYER/BÄHR 1994).

Ein zweiter Ansatz der betrieblichen Gesundheitsförderung geht aus der Tradition des deutschen Arbeitsschutzes hervor, welche bisher üblicherweise dem Betriebsarzt sowie dem Arbeitgeber bzw. der Berufsgenossenschaft die Hauptverantwortung bei der „Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen“ zugewiesen hat (SLESINA 1994). Die zunehmende Abgrenzungsproblematik „arbeitsbedingter Erkrankungen, - als Erkrankungen, auf deren Entwicklung und Verlauf Arbeitsbedingungen einen gewissen, jedoch nicht den wesentlichen Einfluß haben“ (ebd., S. 25) - von „Berufskrankheiten“ im engen Sinne, welche wesentlich auf die Veränderung des Krankheitsspektrums zurückzuführen ist, weist auf die Notwendigkeit eines über den Arbeitsschutz hinausgehenden Gesundheitsschutzes hin. Dabei sind insbesondere die Beschäftigten als Experten für ihre gesundheitliche Situation in Prozesse der ergonomischen und organisatorischen Arbeitsplatzgestaltung miteinzubeziehen („Düsseldorfer Modell“; SLESINA 1994).

Als wichtigste Errungenschaft wird aus beiden Forschungsrichtungen die Etablierung „betrieblicher Gesundheitszirkel“ betrachtet, welche die Möglichkeit der Mitsprache für Arbeitnehmer in Fragen der Gesundheit, analog der Praxis der Qualitätszirkel schaffen sollen (JOHANNES 1993). Betriebliche Gesundheitszirkel liefern die Grundlage einer gemeinsamen Strategieentwicklung von Arbeitgebern, Arbeitnehmern, Betriebsärzten, Betriebsräten (etc.) für die Gesundheitsförderung im Betrieb. Sie sind durch „betriebliche Gesundheitsberichte“ zu ergänzen, die wiederum - wie es ein Befragter ausdrückte - „die Diskussionsgrundlage für die Strategieentwicklung im Betrieb liefern“. Im Rahmen betrieblicher Gesundheitszirkel bieten sich Krankenkassen schon aufgrund ihrer institutionellen Stellung als neutrale Vermittler zwischen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberinteressen in gesundheitlichen Fragen an. Ihnen kommt daher theoretisch die Rolle des Moderators in Gesundheitszirkeln zu.

Die aufgezeigten Forschungsansätze der betrieblichen Gesundheitsförderung sind großenteils unter Mitwirkung der Krankenkassen weiterentwickelt und in der Praxis erprobt wurden: Während das „Berliner Modell“ zuerst durch die AOK Niedersachsen übernommen wurde (OKONIEWSKI 1994), ist das „Düsseldorfer Modell“ seit Jahren ein fester Bestandteil der Strategie des BKK-Bundesverbandes (SOCHERT 1993). In der Praxis ist dabei heute, nach Aussagen der Befragten, vielfach eine Mischform aus beiden Ansätzen anzutreffen. Überwiegend werden diese Modelle betrieblicher Gesundheitszirkel jedoch in Arbeiterbetrieben durchgeführt, es stehen eher mechanische Arbeitsbelastungen sowie die Arbeitsergonomie betreffende Fragen im Vordergrund (Düsseldorfer Modell). Die Präferenz für Arbeiterbetriebe begründete ein Befragter damit, daß dort ein weitaus größerer Krankenstand zu verzeichnen sei, daher von beiden Seiten, Arbeitgeber und Krankenkassen ein höheres Potential hinsichtlich der Senkung krankheitsbedingter Kosten bestünde.

Was den Grad der Entwicklung in der betrieblichen Gesundheitsförderung betrifft, muß zwischen den einzelnen Kassenarten stark differenziert werden. In der Literatur wird oftmals darauf hingewiesen, daß Betriebs- und Innungskrankenkassen aufgrund ihrer unmittelbaren Betriebsnähe eine weitaus günstigere Ausgangsposition bei der Durchführung umfangreicherer Projekte besitzen (KIRSCHNER et al. 1995; REINERS 1994).

Andere Krankenkassen, welche nur einen Teil der Belegschaft versichern, hatten hingegen einerseits das Problem, Gelder nur entsprechend ihres Versichertenanteils in die Gesundheitsförderung eines Betriebes investieren zu können (vgl. Kap. 6.2.3). Andererseits hatten sie einen in der Praxis deutlich erschwerten Zugang zu den Betrieben, da auch die Betriebe, ebenso wie Schulen, zu den wichtigsten Zielinstitutionen des Kassenmarketings gehörten (vgl. Kap. 6.4.3.1). Die Kassen standen auch hier in unmittelbarer Konkurrenz um die Gunst der Betriebe, so daß gesundheitsfördernde Angebote primär die Funktion hatten, den Kontakt insbesondere zu den Personalbüros der Betriebe zu verbessern. Auch die betriebliche Gesundheitsförderung wurde als wichtiger Wettbewerbsfaktor im Vergleich zu anderen Kassen angesehen. Es gab deshalb, nach Aussagen einiger Befragten, zwischen den Kassen „bestenfalls Überschneidungen, keinesfalls jedoch Kooperationen“ bei der Angebotsgestaltung und Projektdurchführung. Organisationsbezogene Ansätze, welche auf die ‘ganze Belegschaft’ abzielen, waren schon deshalb nur dort möglich, wo der überwiegende Teil der Belegschaft bei einer Kasse versichert wurde.

Dennoch verfügte in Hessen auch die AOK über gut entwickelte Strukturen der betrieblichen Gesundheitsberichte und Gesundheitszirkel. Hierbei konzentrierte man sich nach Aussagen eines Befragten auf Arbeiterbetriebe, welche ihre Belegschaft (bei ungünstiger Risikostruktur) traditionellerweise bei der AOK versichert hatten. Für diese Betriebe entfiel das ansonsten auch die AOK betreffende Problem des Mitgliederbezuges und der fehlenden Kooperationsbereitschaft mit anderen, konkurrierenden Kassen.

Auch einige Ersatzkassen wiesen zumindest in ihren Informationsbroschüren auf entsprechende Angebote der Gesundheitsförderung durch Gesundheitszirkel und Gesundheitsberichte hin. Allerdings bestanden bei den befragten Akteuren dieser Kassen kaum Erfahrungen mit diesen Instrumentarien. Ihr Angebot konzentrierte sich auf „betriebsspezifische Kursangebote“; z.B. das „RSI-Präventionsprogramm“⁸, die „Augenschule“ (zur Vorbeugung von Belastungen durch Bildschirmarbeit) sowie die „Rückenschule am Arbeitsplatz“. Insbesondere die Rückenschule am Arbeitsplatz wurde von vielen KassenvertreterInnen und in vielen Informationsbroschüren propagiert, da sie gegenüber „herkömmlichen Rückenschulen“ auch die „Verhältnisprävention“ berücksichtigt. So sei z.B. das „richtige Sitzen“ weitaus effektiver am Arbeitsplatz und unter Beachtung der ergonomischen Verhältnisse zu erlernen. Eine Informationsschrift der Braunschweiger Kasse bringt es auf die einfache Formel: „Rückenschule ist gut, Arbeitsplatz-spezifische Rückenschule ist besser“.

Eine etwas abgewandelte Strategie verfolgten dagegen die Innungskrankenkassen. Da die IKK-versicherten Handwerksbetriebe oftmals nicht mehr als 4-5 Mitarbeiter beschäftigen, waren aus organisatorischen Gründen weder betriebliche Gesundheitszirkel noch betriebsbezogene Gesundheitsberichte als Handlungsstrategien entwickelt. Lediglich im Rahmen von Modellprojekten haben einige IKK'n (IKK Stuttgart, IKK Düsseldorf) innungsbezogene Gesundheitszirkel (z.B. Metall-Handwerk) erprobt. Den Schwerpunkt der Arbeit vor Ort bildeten jedoch die „mobilen Gesundheits-Checks“. In Kleinbussen wurden dort durch Teams von Gesundheitsberatern Reihenuntersuchungen, z.B. zu Jodversorgung, Blutzucker, Cholesterin und Blutdruck durchgeführt, sowie individuelle Beratungen auf der Basis dieser Untersuchungen angeboten.

⁸ „RSI“ (Repetition Strain Injury) wird seit einigen Jahren als Sammelbegriff für durch einseitige Belastung durch Bildschirmarbeitsplätze verursachte Erkrankungen geführt. Hierzu zählen entzündliche Handgelenks- und Armbeschwerden ebenso wie Rücken-, Kopfschmerzen sowie psychische Beschwerden, für die keine eindeutige „organische Ursache“ festgestellt werden kann.

So läßt sich im Vergleich der Kassen sagen, daß Betriebskrankenkassen, sowie partiell Ortskrankenkassen, die am weitesten entwickelten Strukturen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Sinne des von wissenschaftlicher Seite propagierten partizipativen und multidimensionalen Ansatzes („combined Approach“; LENHARDT/ROSENBROCK/ELKELES 1996) aufwiesen. Dort wo die gesamte Belegschaft eines Betriebes bei einer Kasse versichert war, boten sich solche weitergehenden Ansätze der gesundheitsbezogenen Organisationsentwicklung eher an; Werbeaspekte standen hier weniger im Vordergrund, als beispielsweise in Angestelltenbetrieben, in denen Ersatzkassen und Ortskrankenkassen in unmittelbarer Konkurrenz um die Gunst der jeweiligen Betriebsleitung bzw. Personalbüros standen und sich deshalb großenteils auf werbewirksame Kursangebote ‘mit Türöffnerfunktion’ verlegten. Im Unterschied dazu bestanden bei Innungskrankenkassen aufgrund der für Handwerksbetriebe typischen, und für organisationsbezogene Ansätze ungeeigneten Betriebsgrößen mit nur wenigen Mitarbeitern zwar betriebsbezogene Strukturen, die sich jedoch auf den, vor dem Hintergrund der Theorie der Gesundheitsförderung untypischen, ja geradezu anachronistisch anmutenden Ansatz der sekundären Prävention durch Screenings und risikofaktorenbezogene Beratung konzentrierten.

Darüber hinaus sind aber auch hinsichtlich der im Feld der betrieblichen Gesundheitsförderung dominierenden Betriebskrankenkassen wesentliche Einschränkungen in Bezug auf deren Handlungsreichweite und Umsetzungserfolge zu machen. Trotz der theoretisch ausgereiften Konzepte und Strukturen sowie des oftmals hochqualifizierten Personals gelang es auch den Vertretern der Betriebskrankenkassen in der Praxis nur selten, durch die beschriebenen Instrumentarien weitergehende strukturelle Veränderungen innerhalb der Betriebe in Gang zu bringen.

„Die Grenzen arbeitsplatzbezogener Maßnahmen“ würden in der Praxis schnell deutlich, „wenn es z.B. um Änderungsvorschläge hinsichtlich der Arbeitsplatzgestaltung geht“. Die Kasse könne hier nur „Empfehlungen“ geben, für die Investition in neue Büromöbel o.ä. seien dagegen letztlich die Unternehmen selbst verantwortlich. Auch die Verbesserung von Arbeitsabläufen, Arbeitszeiten, ja selbst die Möglichkeit, diese Kursangebote innerhalb der Arbeitszeit durchzuführen, waren nur zum Teil in den Betrieben realisiert. Ein Befragter nannte diese Punkte eine „konkrete Illusion“, deren Umsetzung aber in der Hand der Betriebe, nicht der Kassen liege.

Noch weitergehend wurde von einem anderen Vertreter dieser Kassenart darauf hingewiesen, daß man auch hinsichtlich der Angebotsgestaltung weitestgehend von den Wünschen bzw. der „Nachfrage“ durch die Betriebe abhängig war. Umfangreiche und langfristig angelegte Maßnahmen im oben beschriebenen Sinne wurden von den Betrieben weitaus seltener nachgefragt, als z.B. einfache Kursmaßnahmen oder Aktionstage (z.B. „gesundes Kantinenessen“). Die Betriebe erwarteten keine Maßnahmen, welche auch Aufbau- und Ablaufstrukturen und Prozesse thematisierten. Es sei schlichtweg ein Irrtum, daß Betriebe, wenn sie solche umfassenden Veränderungen anstrebten, dies primär unter dem Gesichtspunkt der Gesundheitsförderung tätigen:

„Wenn sich ein Betrieb für Gesundheitsförderung entscheidet, möchte er ein paar Erfolge haben, aber nicht seinen Laden umkrepeln. Wenn er das wollte, dann würde er sich wahrscheinlich McKinsey holen oder andere Unternehmensberatungen. Die wissen, wie man einen Laden auf den Kopf stellt - das hat mit Gesundheitsförderung nichts zu tun.“

Diese Erwartungshaltung seitens der Betriebe kann letztlich als ein wesentlicher Grund dafür genannt werden, daß in der betrieblichen Gesundheitsförderung - unabhängig von der Kassenart - überwiegend einfache, und in ihrer Wirkung überschaubare Kursmaßnahmen durchgeführt wurden. Das Angebot reagierte überwiegend auf die Nachfrage durch die Betriebe. So reagierte auch der BKK-Landesverband Hessen 1996 mit einem speziellen und auf die individuellen Bedürfnisse der Betriebe anpaßbaren „Arbeitsplatzprogramm“. Dies wurde als wichtige Ergänzung zu der bis dahin praktizierten Strategie der Gesundheitszirkel und Gesundheitsberichte angesehen (NICKEL 1996).

Zusammenfassend zeigte sich, daß die Kassen trotz gutgemeinter und gut entwickelter Ansätze oftmals schnell an die Grenzen ihrer eigenen Einflußmöglichkeiten gegenüber den dominierenden Wünschen und Interessen der Betriebe gelangt sind. Während einerseits das Gefälle zwischen ‘betriebsnahen’ (z.B. Betriebskrankenkassen) und ‘betriebsfernen’ Kassen (z.B. Ersatzkassen), auch in dieser Befragung sichtbar wurde, scheint andererseits ein weitaus größeres Hemmnis in den spezifischen „Bedingungs- und Akteurskonstellationen“ der betrieblichen Gesundheitsförderung, bzw. in der „strategischen Anfälligkeit“ dieses Handlungsfeldes selbst zu liegen (LENHARDT/ROSENBROCK/ELKELES 1996).

6.4.3.3 Selbsthilfeförderung

Die Förderung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen ist von zentraler theoretischer Bedeutung für die Gesundheitsförderung. Einerseits spiegelt sich im Grad der Zusammenarbeit mit selbstorganisierten Handlungsformen die Bereitschaft zur Abkehr von überwiegend expertenkontrollierten Maßnahmen, im Sinne von 'Empowerment' wider (vgl. Kap. 1.1 und 1.3.2):

„Solange die von den Betroffenen selbst initiierten Selbsthilfeaktivitäten nicht unterstützt werden und BürgerInnen in Fragen ihrer eigenen Gesundheit nicht mitentscheiden können, wird die Gesundheitsförderung ihr Ziel nicht einlösen können und läuft Gefahr, lediglich eine neue Form der Bevormundung durch Experten zu sein“ (BRAUN 1994, S. 92).

Andererseits besteht im Bereich der Selbsthilfe auch ein unmittelbarer Bezug zum System der gesundheitlichen Versorgung und dessen ökonomischen und politischen Problemfeldern (vgl. Kap. 2 und 3):

„Zum einen verfügen Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeverbände in hohem Maße über gesundheitliche Kompetenzen und Erfahrungswissen; beides sind Ressourcen, auf die die Gesundheitsförderung wie auch die Qualitätssicherung angewiesen sind. Zum anderen sind sie kompetente Vertreter der Betroffenen und Konsumenten im Gesundheitssystem, mit denen eine stärkere Bürgerbeteiligung realisiert werden könnte.“ (ebd.)

Dieser zentralen Bedeutung der Selbsthilfe wurde seitens des Gesetzgebers u.a. dadurch Rechnung getragen, daß ab dem 1.1.1994 ein ergänzender Absatz des § 20 SGB V (Abs. 3a) eingefügt wurde, der den Krankenkassen im Rahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung explizit die finanzielle Förderung von (regionalen) Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen ermöglichte. Dabei handelte es sich jedoch um eine „Kann-Regelung“ und nicht um eine verbindliche Vorschrift.

Diese gesetzliche Einbindung hat bei den untersuchten Kassen einige, wenn auch geringe Veränderungen bewirkt. Während nach Angaben der Befragten Selbsthilfeförderung immernoch eine eher untergeordnete Rolle in ihrem Aufgabenbereich spielt, würde doch zumindest „mehr getan als früher“. Wurde die Selbsthilfeförderung zuvor oftmals „aus einem zentralen Topf“ der Hauptverwaltungen bzw. Bundesverbände finanziert, so war nunmehr bei einigen Kassen „ein Wandel eingetreten“, Selbsthilfe wurde in begrenztem Umfang auch regional bezuschußt. Dadurch sollten nicht mehr nur die großen Selbsthilfeorganisationen und Dachverbände - Deutsche Rheumaliga, Allergiker- und Asthmatikerbund, Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft etc. -, sondern auch lokale Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen direkt

unterstützt werden. Das umständliche und langwierige Verfahren der Beantragung über den jeweiligen Dachverband, der wiederum die Weitergabe der durch die Kassen erhaltenen Mittel verwaltete, konnte auf diese Weise vermieden werden. Einige Befragte strebten dabei an, vor allem „kleine Gruppen“ zu fördern, „die im Aufbau begriffen sind - z.B. StottererSelbsthilfegruppe, Schlaganfallbetroffene“. Diese seien oftmals „nicht so geübt im Schriftverkehr und gehen deshalb häufig leer aus“.

Dennoch dominierte in der Praxis die zentrale Finanzierung, insbesondere auf der Ebene der Kassenverbände. Dies wurde insbesondere damit begründet, daß aufgrund der heterogenen Mitgliederstruktur ansonsten ein „Legitimationsproblem“ gegenüber den Auflagen der Aufsichtsbehörden bestünde, Gelder der Gesundheitsförderung mitgliederbezogen zu verwenden (BRAUN 1994, S. 95). Beispielsweise seien nach Umfrageergebnissen 58% der Mitglieder von Selbsthilfegruppen in Ersatzkassen, 22% in Orts- oder Betriebskrankenkassen, sowie 6% privat versichert. So konnten etwa die Spitzenverbände der Kassen gemeinsam eine Mittelverwendung entsprechend des jeweiligen Versichertenanteils der beteiligten Kassen vereinbaren (GERKENS/GRIGOLEIT 1993).

Die zentrale Finanzierung auf Bundesverbandsebene entlastete zudem die lokalen Kassen-Geschäftsstellen von ihrer Verantwortung für diesen Aufgabenbereich. Beispielsweise wurde von Seiten einiger Befragter die Befürchtung geäußert, „eine pauschale Finanzierung vor Ort ohne inhaltliche Beteiligung kaum mehr überblicken zu können“. Insbesondere die häufig diskutierte gesetzliche Verpflichtung zur Selbsthilfeförderung in einer bestimmten Höhe (zwischen 0,5 und 1,- DM pro Mitglied) anstelle der gegenwärtigen „Kann-Regelung“ (BRAUN 1994, S. 98), erregte einige Befürchtungen hinsichtlich des dadurch erzeugten „Mißbrauch“-Potentials:

„Diejenigen, die schlau sind - meistens die großen -, bekommen manchmal 50,- oder 100,- Mark von jeder Kasse, denn die Kassen reden nicht miteinander.“

Die Unübersichtlichkeit einer regionalen Selbsthilfeförderung angesichts der „Flut an Anträgen“ wurde auch für Selbsthilfekontaktstellen festgestellt. Beispielsweise seien „in Hessen über 200 selbsternannte Kontaktstellen“ bekannt, die eine inhaltliche Zusammenarbeit oder individuelle Förderung ohne gleichzeitige Benachteiligung anderer Gruppen oder Kontaktstellen kaum mehr möglich machten.

Man sei daher oftmals „zurückhaltend“ gegenüber finanziellen Bezuschussungen von lokalen Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen. Einige Befragte vertraten dabei die Ansicht, daß einzelne Selbsthilfegruppen ohnehin „nicht so viel Geld brauchen“; Selbsthilfe basiere schließlich grundsätzlich auf dem Prinzip der Ehrenamtlichkeit - wie im übrigen auch von Seiten der Kassenverbände immer wieder argumentiert wird (DEMMER 1994). Zudem wurde hinsichtlich der Zuständigkeiten auch von einigen Befragten festgestellt, daß eine infrastrukturelle Förderung von Selbsthilfe und freiwilligem Bürgerengagement vorrangig Sache der Kommunen sei (vgl. GERKENS/GRIGOLEIT 1993). Ein wesentliches Ausschlußkriterium für eine finanzielle Förderung durch Krankenkassen wurde von einigen Befragten z.B. dann gesehen, wenn selbstorganisierte Gruppen oder Organisationen auch kommerzielle Dienstleistungen anboten.

Außerdem wurde hinsichtlich der Voraussetzungen für eine finanzielle Förderung von Selbsthilfegruppen oftmals das Argument genannt, daß ein „eindeutiger Gesundheitsbezug“ der jeweiligen Gruppe gegeben sein müsse. Dies sei schon per Gesetz vorgeschrieben, sei aber bei der Vielfalt der Antragsteller nicht immer gegeben.⁹ Andererseits besteht bekanntlich ein gesundheitlicher „Nebenzweck“ in nahezu allen Formen des sozialen Miteinanders von Gruppen, Vereinen etc. (HILDEBRANDT/FALTIS 1986). Darüber hinaus weisen z.B. nach Befragungsergebnissen¹⁰ rund 70% aller Selbsthilfegruppen einen Gesundheitsbezug im ‘engen Sinne auf’ (vorwiegend „chronische Erkrankungen“, „Behinderung“ und „Sucht“). Hinzu kommen Selbsthilfegruppen mit Themen wie „psychosoziale Probleme“, „Frauen“, „Familie/Eltern-Kind-Selbsthilfe“, „Alter“ sowie „Selbsthilfe in besonderen sozialen Situationen“; so daß sich in der Praxis nahezu keine Selbsthilfegruppen ohne gesundheitlichen Bezug im weiteren Sinne finden lassen.

In diesen Diskussionen über die Auslegbarkeit dessen, was im einzelnen als ‘gesundheitsbezogen’ bezeichnet werden kann und was nicht, wiesen die Befragten dann oftmals darauf hin, daß diese Entscheidung „weitgehend Ermessenssache“ sei. Als Kriterium wurde z.B. von einem Befragten genannt, daß „Schwulen-Selbsthilfegruppen“ nur dann finanziell bezuschußt werden könnten, wenn sie einen inhaltlichen Bezug zur HIV-Prävention

⁹Die Krankenkassen können Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen mit gesundheitsfördernder oder rehabilitativer Zielsetzung durch Zuschüsse fördern“ (§ 20 SGB V, Abs. 3a, in der Fassung vor dem Beitragsentlastungsgesetz 1996).

¹⁰ ISAB Köln-Leipzig 9/93, Befragung von Selbsthilfegruppen in 17 Kommunen aus den neuen Bundesländern (n=449, davon 376 in Städten und 73 in ländlichen Regionen; zit. nach BRAUN 1994, S. 21).

aufwiesen. In einem anderen Beispiel wurde hingegen auch die Selbsthilfeorganisation „Transidentitas“ „finanziell und ideell“ unterstützt.

Dieses Meinungsbild zeigt, daß es zwischen den befragten Kassenvertretern durchaus unterschiedliche Interpretationen des breiten Handlungsfeldes der Selbsthilfeförderung gab. Einerseits wurden hier Vorbehalte spürbar, die sich sowohl auf die Frage der Zuständigkeiten (Kommunen, Spitzenverbandsebene) als auch der grundsätzlichen Bedeutung von Selbsthilfe bezogen (Ehrenamtlichkeit, ‘strenger gesundheitlicher Bezug’, Zielrichtung: primär ‘innengewandt’ vs. Außenwirkung, z.B. durch [kommerzielle] Dienstleistungen etc.). Andererseits bekannten sich auch hier einige Interviewpartner zu der Bedeutung und Notwendigkeit der Selbsthilfe und beklagten dabei teilweise die noch ungenügende praktische Ausrichtung der Kassen auf diesem Gebiet.

Bedeutsam ist dabei weiterhin, daß viele der, insbesondere regionalen, Kassenvertreter der Abteilungen ‘Gesundheitsförderung’ selbst gar nicht für die Selbsthilfe zuständig waren. Oftmals fand hier eine Aufgabenteilung statt, welche den „Sozialen Diensten“ bzw. den Rehabilitationsabteilungen die Aufgabe der Vermittlung und Förderung von Selbsthilfegruppen zuwies (vgl. Kap. 6.2.4.4). Somit bekannten die befragten Gesundheitsförderer dieser Kassengliederungen oftmals, daß sie auch keinen besonderen eigenen Handlungsbedarf in der Förderung von Selbsthilfe sahen. Dies wurde als eigenständiger Bereich angesehen, der mit der sonstigen Konzeption, z.B. der Gesundheitskursangebote, nicht unmittelbar zu tun hatte.

Nur in wenigen Beispielen fand eine direkte inhaltliche Verbindung zwischen diesen beiden Handlungsfeldern statt. Beispielsweise wurden von einigen Kassen Kursangebote in Zusammenarbeit mit dem Frankfurter „Senioren-Büro Aktiv“, einer selbstorganisierten Kontakt- und Beratungsstelle für Senioren, durchgeführt sowie gemeinsame Vorträge und Aktionen veranstaltet. Darüber hinaus wurden einige Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen durch „Sachmittel“ unterstützt, d.h. daß z.B. die Räume der Kasse genutzt werden konnten, Referenten vermittelt werden konnten etc.

Die überwiegende Zusammenarbeit beschränkte sich jedoch auf den gegenseitigen Austausch von Informationsbroschüren, z.B. mit Selbsthilfekontaktstellen, sowie die Vermittlung von Adressen für die Versicherten anhand der von den Kontaktstellen oder von den Gesundheitsämtern erstellten „lokalen Selbsthilfegruppenführer“. Diese Informationsschriften

standen grundsätzlich allen SachbearbeiterInnen in den Kassengeschäftsstellen zur Verfügung, sie konnten bei „Bedarf“ genutzt werden, um Versicherten eine geeignete Selbsthilfegruppe zu empfehlen. Die Frage, inwieweit dies auch in der Praxis stattfand, konnte allerdings von den Befragten nicht beantwortet werden.

Ein Befragter merkte in diesem Zusammenhang an, daß er selbst bei der Weitergabe von Adressen von Selbsthilfegruppen „zurückhaltender geworden“ sei. Oftmals würde bei den Versicherten allzu leicht der Eindruck vermittelt, „Selbsthilfe sei eine Dienstleistung, eine Form der Therapie, zu der man sich einfach ‘überweisen’ ließe; es muß dabei auch auf die anderen Gruppenmitglieder Rücksicht genommen werden.“ Ein anschauliches Beispiel für die beschriebene Art der „Überweisung“ an Selbsthilfegruppen ist etwa das „Gutschein-Verfahren“ der AOK Sachsen-Anhalt und Brandenburg. Durch die Verteilung eines Gutscheines in Höhe von 50,- DM pro Versicherten zur „Einlösung in einer Selbsthilfegruppe“ sollte dort „die Bereitschaft zur Teilnahme [...] erhöht werden“ (BRAUN 1994, S. 95).

Auch dieses letzte Beispiel verdeutlicht, daß der Aufgabenbereich der Selbsthilfeförderung nicht allein durch stereotype Verfahrensweisen und ohne die notwendige Sensibilität auf allen Hierarchieebenen der Kassen zufriedenstellend bewerkstelligt werden kann. Die von BRAUN konstatierten „bürokratischen Hindernisse“ und „unklaren Zuständigkeiten“ (BRAUN 1994) wurden auch in den Interviews mit den Kassenvertretern spürbar, etwa zwischen den verschiedenen Hierarchieebenen der Kassen (Bundes-, Landes-, regionale Ebene), zwischen verschiedenen Kassen und Kassenarten, sowie zwischen den Abteilungen für Prävention/Gesundheitsförderung und den für die Selbsthilfe ‘zuständigen’ Rehabilitationsabteilungen bzw. ‘Sozialen Diensten’ innerhalb der Kassengliederungen.

Darüber hinaus scheint aber ein noch weitreichenderes Problem in der kasseninternen Wahrnehmung und dem Stellenwert von Selbsthilfe zu bestehen. Die eingangs erwähnten konzeptionellen und gesundheitspolitischen Vorteile, welche aus einer engeren Zusammenarbeit mit dem Selbsthilfesektor gezogen werden können, wurden nur von wenigen Kassenvertretern explizit gesehen und ausgesprochen. Diese fehlende Wahrnehmung auch aus der Sicht der Fachvertreter für Gesundheitsförderung läßt sich nicht allein durch deren Verortung im Kassenmarketing und die daraus erwachsenen Zielsetzungen und Zielgruppen erklären.

Vielmehr scheint hier auch ein Problem der Professionalisierung bzw. der Verunsicherung im Umgang mit eben nicht professionalisierten und damit auch nicht 'qualitätsgesicherten' Maßnahmen zu bestehen. Während sich zum Zeitpunkt der Interviews allgemein die Tendenz hin zu Qualitätssicherung, Zielorientierung und positiver Abgrenzung 'nützlicher' und 'seriöser' Angebote abzeichnete, liefern auf dieser Basis vereinbarte „Qualitätskriterien“ ein weiteres Ausschlußkriterium für freie, selbstorganisierte und der Zielsetzung nach weniger konkrete Gesundheitsgruppen.

Ein Beispiel hierfür ist der von den Ersatzkassenverbänden erarbeitete Leitfaden hinsichtlich „Qualitätskriterien für Gesundheitsförderungsmaßnahmen nach § 20 Abs. 3 SGB V“ sowie der hierzu ergänzend verfaßte „Katalog nichtförderungswürdiger Leistungsangebote“ (vgl. Kap. 6.5.3). Explizit ausgeschlossen im Rahmen der dort vertretenen Philosophie zielorientierter und zeitlich abgeschlossener Kurs- und Beratungsangebote waren z.B. „reine Gesprächsgruppen, die die Ausrichtung auf konkrete Verhaltensänderung vermissen lassen“. Wenngleich diese Richtlinien explizit für den unter § 20 Abs. 3 SGB V gefaßten Leistungsbereich (z.B. Kursangebote) entwickelt wurden und der Bereich der Selbsthilfeförderung (§ 20 Abs. 3a SGB V) formal davon unberührt blieb, wird darin dennoch eine Grundorientierung für den Gegenstand der Gesundheitsförderung erkennbar, welche in gewisserweise sinnbildlich für das kasseninterne Denken und Handeln im Umgang mit Selbsthilfe ist. An diesem Beispiel, und an der vor diesem Hintergrund beinahe logischen Trennung der Zuständigkeiten zwischen Selbsthilfe und Gesundheitsförderung, wird die praktische Konsequenz ersichtlich, die sich durch die tiefe Kluft zwischen unterschiedlichen Interpretationsformen derselben Rhetorik von Gesundheitsförderung als 'Hilfe zur Selbsthilfe' - hier die Zielorientierung als oberstes Gebot der Qualität, dort die Förderung von freiwilligem Engagement ohne inhaltliche Bevormundung - ergeben kann.

6.4.4 Fazit: Gesundheitskurse als strategischer Schwerpunkt

Die in diesem Kapitel aufgezeigten Untersuchungsergebnisse machen deutlich, wie die unterschiedlichen Facetten und Handlungsschwerpunkte im Rahmen des Maßnahmenspektrums der Gesundheitsförderung gewichtet waren, bzw. welche Entwicklungschancen und Hemmnisse im einzelnen bestanden.

Jenseits von vereinzelt Modellprojekten waren etwa die Handlungsansätze der schulischen oder betrieblichen Gesundheitsförderung ‘auf breiter Basis’ weit weniger entwickelt als dies in der theoretischen Diskussion oftmals gewünscht und hinsichtlich der Entwicklungschancen auch für Krankenkassen hervorgehoben wird. Hindernisse bestanden dabei einerseits in der Marketingverortung der Maßnahmen sowie den dadurch primär verfolgten Zielsetzungen seitens der Kassen. Andererseits ließen auch die vielfach ‘entwicklungsresistenten’ Organisationen der Schulen und Betriebe zumeist nur vordergründige Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung - Vorträge, Kursangebote und Aktionswochen (etc.) - zu.

Ein dritter schwerwiegender Aspekt ist die fehlende Bereitschaft zur Kooperation der Kassen untereinander, welche bei ‘Setting’-bezogenen Ansätzen, die über das eigene Versichertenklientel einer Kasse hinausgehen, eine unabdingbare Voraussetzung darstellen. Das wesentliche Hindernis einer gemeinsamen Strategie bestand gerade in den aus Sicht der Mitgliedergewinnung zentralen Institutionen Schule und Betrieb im Kassenwettbewerb. Aber auch in der kommunalen Gesundheitsförderung zeigte sich der Kassenwettbewerb als nur selten überwindbare Barriere, etwa in der Kooperation mit Gesundheitsämtern und der Entwicklung ‚regionaler Gesundheitskonferenzen‘.

Bezüglich der Kooperationen mit bzw. Förderung von Selbsthilfeeinrichtungen waren schließlich noch weitere Hemmnisse feststellbar, welche nicht nur mit der Marketing- und Wettbewerbsausrichtung der Kassen begründet werden können. Der Bereich der Selbsthilfeförderung war insgesamt in der Wahrnehmung vieler befragter Kassenvertreter randständig und im Rahmen des Maßnahmenspektrums der Kassen kaum von Bedeutung. Dies zeigte sich nicht zuletzt in der oftmals praktizierten Aufgabentrennung zwischen Prävention/Gesundheitsförderung einerseits sowie der für Selbsthilfe zuständigen Rehabilitationsabteilungen bzw. Soziale Dienste andererseits, wobei letzteren vielfach eine

weitaus geringere Bedeutung seitens des Kassenmanagements beigemessen wurde (vgl. Kap. 6.2.4.4).

Die häufigsten Kooperationsbeziehungen bestanden hingegen zu kommerziellen und nicht-kommerziellen Anbietern von Gesundheitskursen, welche im Zuge der zunehmenden 'Auslagerung' von Leistungen in den letzten Jahren ständig an Bedeutung gewannen. Dabei wurden einerseits nur sehr lose Kooperationsformen gepflegt, indem etwa die Kursgebühren für diese Angebote auf der Basis gemeinsamer Vereinbarungen erstattet wurden. Andererseits wurden auch vertragliche 'Exklusiv-Vereinbarungen' geschlossen, welche insbesondere anderen Kassen die Kooperationsmöglichkeiten mit diesen Einrichtungen verwähren und auf diese Weise exklusive Werbemöglichkeiten sichern sollten.

Die realisierten Kooperationsbeziehungen und die vielfältigen Hindernisse, welche in 'speziellen Handlungsfeldern' der schulischen und betrieblichen Gesundheitsförderung sowie der Selbsthilfeförderung bestanden, weisen auf die starke Dominanz von Gesundheitskursangeboten im Rahmen des Maßnahmenspektrums der Kassen hin. Dies wurde letztlich auch durch die Aussagen der Interviewpartner über eigene Aufgabenschwerpunkte und die quantitative Gewichtung der unterschiedlichen Handlungsbereiche überdeutlich.

6.5 Gesundheitskurse als methodischer und inhaltlicher Schwerpunkt der Gesundheitsförderung durch Krankenkassen

Im vorangegangenen Kapitel (6.4) sind die Handlungsansätze, aber auch die vielfältigen Hindernisse hinsichtlich kooperativer Strategien der verhältnisbezogenen Gesundheitsförderung dargestellt worden. Aus den genannten Gründen dominierte in der Praxis der Krankenkassen zumeist eine Individualstrategie des Angebots verhaltensbezogener Gesundheitskurse.

Die Fokussierung auf Kurs- und Beratungsangebote geht dabei nicht nur einher mit der Marketing- und Wettbewerbsorientierung der Gesundheitsförderung. Auch unter konzeptionellen Gesichtspunkten wurde vielfach eine Strategie der verhaltensbezogenen Primärprävention vertreten. Dies wurde einerseits mit der Rhetorik der Ottawa-Charta begründet („Hilfe zur Selbsthilfe“ etc.), andererseits wurden z.B. auf diese Weise auch langfristige Einsparungen bei den krankheitsbedingten Behandlungskosten im Gesundheitswesen und speziell für die eigene Kasse erwartet (Kap. 6.3). Es handelt sich also aus Sicht der FachvertreterInnen innerhalb der Kassen keineswegs um eine gesundheitspolitisch ‘freischwebende’ Angebotspolitik an Kursen und Beratungsleistungen, sondern um einen, dem ‘klassischen präventiven Gedanken’ verhafteten konzeptuellen Ansatz.

Im Folgenden soll nicht weiter auf die in der Literatur hinreichend ausgebreitete Kritik an dieser vermeintlich ‘einfältigen’ Strategie der Gesundheitskurse eingegangen werden. Es soll hingegen einmal im Detail hinterfragt werden, welche unterschiedlichen Ausprägungen von Maßnahmen sich hinter dem Oberbegriff der ‘Gesundheitskurse’ verbergen können. Wie bereits einige Stellungnahmen der KassenvertreterInnen hinsichtlich ihres Leitbildes und ihrer inhaltlichen Zielsetzungen andeuteten, bestanden durchaus Unterschiede auch in der konzeptionellen Zuordnung von Gesundheitskursen. Während ein großer Teil der Befragten Gesundheitskurse vorwiegend als primärpräventive Angebote betrachteten, sahen einige Befragte darin auch einen Ansatz, sekundär- und tertiärpräventive Ziele zu realisieren und insbesondere das ‘Gesundheitswesen kritisch zu thematisieren’ - wie es ein Befragter ausdrückte (vgl. Kap. 6.3.1). Im Sinne einer kritischen Verbraucherberatung bzw. eines

‘Patientenempowerment’ können Gesundheitskurse also, über die ihnen allgemein zugemessene Bedeutung als (additive) verhaltenspräventive Maßnahmen hinausgehend, Bestandteil einer eher integrativen Gesundheitsförderungsstrategie sein.

Hinsichtlich der zentralen Frage nach der *Integration* gesundheitsfördernder Maßnahmen in Kernbereiche des gesundheitlichen Versorgungssystems ist daher zu untersuchen, inwiefern sich in der Konzeption einzelner Kursangebote methodische sowie inhaltliche Aspekte eines ‘kritischen Patientenempowerment’ erkennen lassen. Methodische Ansätze können dabei z.B. in dem Grad der Partizipation und Aktivierung, bzw. in dem realisierten Selbsthilfebezug durch gruppenspezifische Prozesse, die auch über die Grenzen eines abgeschlossenen Kurses hinausweisen, liegen. Inhaltliche Ansätze sind dagegen in der Themenstellung bzgl. der Bewältigung gesundheitlicher Problemlagen, welche auch das gesundheitliche Versorgungssystem betreffen können, z.B. in der Vermittlung von Inhalten hinsichtlich des Umgangs mit gesundheitlichen Versorgungsleistungen (z.B. Arzneimittel, alternative Heilmethoden) zu suchen.

Die Untersuchung nach integrativen Elementen von Gesundheitskursen soll in diesem Abschnitt zunächst anhand einer deskriptiven Darstellung der vorliegenden schriftlichen Materialien (Kursbeschreibungen, Curricula) sowie der hierzu erhaltenen Interviewaussagen, die auch Erfahrungen sowie Informationen zu den von den Kassen gewählten Angebotskriterien enthalten, begonnen werden. Dies ist im Hinblick auf die folgenden Untersuchungsabschnitte der kasseneigenen Evaluationpraktiken und -ergebnisse (Kap. 6.6) sowie den zweiten Teil der empirischen Untersuchung (Kap. 7) von zentraler Bedeutung, da sich in diesem Punkt wesentliche Diskrepanzen zwischen den ‘eigentlich’ von den Kassen verfolgten Zielrichtungen und den tatsächlich erzielten Ergebnissen andeuten.

6.5.1 Methodische Aspekte

*„Das wichtigste für ein Individuum ist die Alternative;
mehrere Wahlmöglichkeiten offen zu lassen -
das ‘gute Leben’ muß stets mehrere Formen haben.“*
(Interview mit dem Referatsleiter ‘Gesundheitsförderung’
des hessischen Landesministeriums, Dr. Luetkens)

Der Begriff ‘Kurs’ läßt zunächst vermuten, daß es sich dabei um eine eher klassische Vermittlung von Lerninhalten im Sinne von Informations- und Bildungsveranstaltungen handelt. Kennzeichnend für eine solche klassische Wissensvermittlung ist z.B. eine direkte, jedoch einseitige Kommunikation zwischen ExpertInnen und einem Auditorium. Im Unterschied dazu beinhaltet die Kursterminologie, wie sie von den Krankenkassen benutzt wurde, Elemente moderner Gesundheitspädagogik und Gruppenberatung. „Hilfe zur Selbsthilfe“ sei, so der Tenor unter den Befragten, das Leitprinzip der Gesundheitskurse. Das geht auch aus den Curricula hervor, die für einige standardisierte Kurse entweder von den Kassen selbst, oder in Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Einrichtungen, Institutionen der gesundheitlichen Aufklärung (z.B. BzGA, DGE) oder Sportverbänden erstellt wurden: Die Teilnehmerzahl ist für diese Kurse zumeist auf 10 bis maximal 15 begrenzt, die Kursdauer umfaßt ca. 10 abgeschlossene Veranstaltungen à 1-2 Stunden. Dies ermöglicht ein hohes Maß an **intensiver und gegenseitiger Interaktion** zwischen ExpertInnen und TeilnehmerInnen sowie der TeilnehmerInnen untereinander.

Gesundheitskurse beinhalten somit wesentliche Elemente der (Gruppen-) Beratung. Gegenüber Bildungsangeboten zeichnet sich Beratung jedoch zudem dadurch aus, daß Zielsetzungen grundsätzlich nicht vorgegeben, sondern gemeinsam zwischen ExpertInnen und Betroffenen erarbeitet werden. Professionelle fungieren dabei als Moderatoren und ‘Klärungshelfer’ (vgl. Kap. 1.3.1). In den Curricula der Gesundheitskurse der Kassen wird diese Moderatorenrolle für KursleiterInnen oftmals betont, zudem wird methodisch die Aktivierung und Motivierung der Gruppe zur eigenständigen Problemlösung hervorgehoben. Dennoch werden bereits in den Curricula inhaltliche Lernziele formuliert. In mehr oder minder hohem Maße werden somit bereits auf der Ebene der Zielsetzung die Möglichkeiten der (Mit-) Gestaltung durch die Kursteilnehmer eingeschränkt:

„In Kursen ist es schwierig, dieses Ziel (Selbstbestimmung) umzusetzen, weil auch hier immer ein Experte vorne steht, der einem sagt, wie’s richtig geht!“

In diesem Punkt zeigt sich zumindest ein gewisses Mißverhältnis zwischen dem Anspruch der Partizipation und Gruppenaktivierung, und der dennoch von ExpertInnen vorgegebenen Lernziele, welches in gewisser Weise beispielhaft für den 'präventiven Widerspruch' ist (vgl. Kap. 1.2.3). Bei der Betrachtung einzelner Kursangebote stellt sich daher im Detail auch die Frage nach dem Grad der **Offenheit der Zielsetzungen**.

Dem steht jedoch das pädagogische Ziel der **Handlungsorientierung** entgegen. Das kontinuierliche Training und Einüben der angestrebten Verhaltensweisen, sofern diese durch 'Lernziele' vorab definiert sind, ist integraler Bestandteil z.B. von Kochkursen oder erlebnisorientierten Angeboten (Radwanderwochen etc.). Die Betonung des Prinzips der ganzheitlichen Erlebnis- und Handlungsorientierung ist u.a. kennzeichnend für die Diskussion über die geringen Erfolge ausschließlich auf der Vermittlung von Wissen basierender Präventionsangebote.

Ein weiteres Kriterium für die Beurteilung von 'Gesundheitskursen' betrifft die **Qualität der Interaktion**. Zweifellos besteht ein qualitativer Unterschied zwischen freizeit- und fitnessorientierten Angeboten für TeilnehmerInnen, die ohne gesundheitliche Probleme und dem Bedürfnis nach Erfahrungsaustausch hinsichtlich einer Problembewältigung in die Kurse gehen, und solchen mit engem Beschwerde- und Selbsthilfebezug. Damit im Zusammenhang steht auch das Problem der **gesundheitlichen Relevanz**. Es gelte demnach, prioritäre Zielgruppen aufgrund ihrer gesundheitlichen Risiken gezielt anzusprechen und die Angebote auf deren spezifische inhaltliche und kommunikative Bedürfnisse auszurichten.

Im Unterschied bzw. in Ergänzung dazu wird aber auch die **Attraktivität** der Angebote, speziell für die anvisierten Zielgruppen gefordert. Einige der Befragten kritisierten speziell zielgruppenspezifische Kursangebote dahingehend, daß sie allzusehr an den medizinischen Risikofaktoren und nicht an dem Lebensstil der Betroffenen orientiert seien:

„Der Name 'Gesund alt werden' war an sich schon ein bißchen abschreckend. Es ist für Leute ab 40 konzipiert, die fühlen sich noch nicht 'alt!' - was könnte diese Altersgruppe ansprechen? Vielleicht ein Deep Purple-Konzert ... (lacht).“

Im Angebotspektrum der Kassen wurde diese Problematik oftmals aufgegriffen und speziell auf die 'attraktive Verpackung', z.B. bei Kursen zu gesunder Ernährung geachtet:

„Damit dies nicht so kompliziert und wissenschaftlich klingt, bietet die AOK solche Kurse unter den Bezeichnungen ‚Italienische Küche‘ oder ‚**Herz**-liche Grüße vom Mittelmeer‘ an. Nur durch solche attraktiven Angebote, sagen

Marktforscher, können gesunde, durch bestimmte Risikofaktoren gefährdete oder bereits erkrankte Versicherte erreicht und zur Gesundheitsförderung motiviert werden. Aktuelle Trends werden auch für die Gesundheitsförderung nutzbar gemacht!“ (AOK aktuell 3/96).

Schließlich besteht ein wesentliches Merkmal der Gesundheitsförderung in der ‘Hilfe zur Selbsthilfe’ und mithin in der **Dauerhaftigkeit** der angestrebten individuellen und sozialen Veränderungen. Die konzeptionelle Nähe von Gruppenberatung und Selbsthilfegruppen läßt sich theoretisch als ein Kontinuum darstellen, in welchem sich der professionelle Helfer schrittweise aus dem gruppendynamischen Prozeß zurückzieht (vgl. Kap. 1.3.1). Aus einem in sich abgeschlossenen Gesundheitskurs würde somit eine dauerhafte Selbsthilfegruppe. Interviewberichten zufolge wurde diese Idee bereits in den Modellversuchen der AOK-Mettmann Anfang der 80er Jahre verfolgt, scheiterte aber in der Praxis häufig an dem fehlenden Interesse der Teilnehmer, auch ohne den Kursleiter die Gruppe aufrechtzuerhalten. Ähnliche Erfahrungen berichten auch andere Gesprächspartner:

„Gruppenorganisation und Selbsthilfe wird auch in den Kursen oft empfohlen, in der Praxis findet das jedoch sehr selten statt, da es sehr stark an einzelne engagierte Personen gebunden ist.“

„Bei Ernährungs- und Raucherentwöhnungskursen treffen sich die Teilnehmer anfangs noch ein paar mal, aber es ist schwierig durchzuhalten, weil es immer eine Person braucht, die das anschließend in die Hand nimmt.“

„‘Abnehmen mit Vernunft’ ist eigentlich auf Selbsthilfe ausgelegt - manche treffen sich noch einmal im Monat, manche treffen sich noch nach 3 Jahren, das ist aber sehr selten. Bei anderen Kursen, z.B. Rückenschule kommt das gar nicht vor.“

„Eine theoretische Verbindung zu Selbsthilfe ist vor allem im Ernährungsbereich möglich, wird aber nicht als Konzept verfolgt; ein Kurs wird als eine abgeschlossene Einheit angesehen.“

Auch aus dem Bewegungs- und Entspannungsbereich gibt es jedoch Beispiele für ‘Dauerhaftigkeit’: Ein Befragter berichtete, daß sich z.B. eine „Walking-Gruppe“ („Venen-Power“) nach Beendigung des entsprechenden Kurses formiert hat; ebenso sind aus Krankenkassenkursen hervorgegangene „Jogging-Gruppen“ und „Inline-Skating-Gruppen“ bekannt. Eine weitere Möglichkeit besteht in der Fortführung der Kursangebote durch Sportvereine oder durch kasseneigene Kursangebote ‘für Fortgeschritte’. Die in der Studie von MABHOLDER festgestellte Tendenz, das „Kurssystem zu einem Fortsetzungs- und Aufbaukurssystem auszubauen“ (MABHOLDER 1995, S. 101), ließ sich auch bei den hier untersuchten Kassen beobachten:

„Das Kursangebot bzw. dessen Nutzung wird als Prozeß gesehen, bei dem auf bestehendem Wissen aufgebaut wird, je nach bisherigem Kenntnisstand.“

Beispiele hierfür sind „Rückenfitneßgruppen“ (als Fortsetzung der „präventiven Rückenschule“), der „Aufbaukurs Streßmanagement“, oder spezielle Bewegungs- und Entspannungsarten wie „Hatha-Yoga“ und „T'ai-Chi Chuan“, die bei einigen untersuchten Kassen jeweils als Anfänger- und Fortgeschrittenenkurse angeboten wurden.

Diese kurze Übersicht deutet bereits an, daß sich unter dem Begriff der Gesundheitskurse verschiedene methodische Aspekte verbergen, welche z.B. anhand der Kriterien: „*Gegenseitigkeit und Intensität der Interaktion*“, „*Offenheit der Zielsetzung*“, „*Handlungsorientierung*“, „*Qualität der Interaktion*“, „*Gesundheitliche Relevanz*“, „*Attraktivität*“ sowie „*Dauerhaftigkeit*“ unterschieden werden können. Der Begriff ‘Gesundheitskurs’ ist dabei als ein Oberbegriff für verschiedene inhaltliche und methodische Schwerpunkte zu verstehen, der zudem eine Art ‘Kompromiß’ zwischen modernen pädagogischen sowie beratungs- und selbsthilfeorientierten Konzepten einerseits, und den ‘Laien’-Erwartungen in der Öffentlichkeit, seitens der potentiellen Teilnehmer sowie innerhalb der Kassenverwaltungen und Selbstverwaltungen andererseits darstellen dürfte.

Unter diesem Oberbegriff finden sich sowohl Angebote mit explizit handlungs- und zielorientierter Ausrichtung als auch solche mit eher Gruppenberatungscharakter. Es werden Themen mit Krankheits- und Beschwerdebezug, die ein hohes Maß an gegenseitiger Unterstützung und Erfahrungsaustausch erfordern, ebenso wie eher gesundheits- und fitneßorientierte Angebote durchgeführt. Schließlich sind neben kurzfristigen, durch eingegrenzte Lernziele gekennzeichneten Kursen auch auf Dauerhaftigkeit und Selbsthilfe ausgerichtete Maßnahmen zu finden.

Allgemein kennzeichnend für Kursangebote der Kassen ist jedoch die Intensität und Gegenseitigkeit der Interaktion, welche insbesondere durch die kleinen Gruppenstärken gewährleistet wird. Hieraus lassen sich zumindest einige methodische Hinweise im Hinblick auf das realisierte Maß an Partizipation und Aktivierung im Sinne von ‘Empowerment’ erkennen.

6.5.2 Thematische Schwerpunkte

*„Laßt Phantasie mit allen ihren Chören,
Vernunft, Verstand, Empfindung, Leidenschaft,
Doch, merkt Euch wohl! nicht ohne Narrheit hören.“
(Goethe, J.W.: Faust. Der Tragödie erster Teil)*

Als thematische Schwerpunkte der Gesundheitskurse wurden, von allen Befragten übereinstimmend, die Themen *Bewegung*, *Entspannung* und *Ernährung* genannt.

Darüber hinaus wurden z.B. von allen untersuchten Kassen „Nichtraucher-Kurse“ durchgeführt oder finanziell bezuschußt („Zufriedener Nichtraucher werden“, „Nichtrauchen mit der Schluß-punktmethode“, „Wege zum Nichtrauchen“). Ebenfalls von allen Kassen angeboten oder finanziell bezuschußt wurden Kurse zur häuslichen Kranken- und Altenpflege (nach SGB XI). Weiterhin wurden, in weit geringerem Umfang, Kurse zur Schmerzbewältigung sowie zum Umgang mit verschiedenen Krankheiten (Diabetes, Osteoporose, Asthma) angeboten.

Nur vereinzelt angeboten wurden dagegen z.B. ein Präventionsprogramm gegen die einseitigen Belastungen der Augen durch Bildschirmarbeitsplätze („Augenschule“), „Alzheimer-Prävention“, „Gehirn-Jogging“ sowie eine „individuelle Wohnberatung“ zur alters- und behindertengerechten Gestaltung des Wohnumfeldes. Bei einigen Kassen gab es jährlich wechselnde Schwerpunkte, z.B. „Schmerz“, „Bewegung“ oder „Jugend“, die z.B. von zentralen Fachabteilungen auf Bundesebene als ‘Motto’ für das Maßnahmenspektrum ihrer Geschäftsstellen ausgegeben wurden.

Das Ersatzkassen-Projekt „Gesund alt werden“ (GAW) richtete sich mit einem vielfältigen Angebot präventiver Themen an die Zielgruppe der über 40jährigen. Es beinhaltete die Kursbausteine „Ernährung (gesunde Ernährung für Knochen, Herz und Immunsystem)“, „Diabetes mellitus Typ II (Ernährung, Bewegung, Entspannung)“, „Rückenschule“, „Walking“, „Bewegungssicherheit“, „Tief durchatmen (Atemwegserkrankungen vorbeugen und lindern)“, „Leben mit Pflegebedürftigen“ sowie die „individuelle Wohnberatung (Wohnen im Alter)“. Hieraus konnten Versicherte - so die Konzeption - jeweils einen Baustein oder ein Bündel von für sie geeigneten Kursen wählen.

Schließlich gab es auch Beispiele für kombinierte Angebote aus den drei Schwerpunktbereichen Ernährung, Bewegung und Entspannung, z.B. „Wege zum Wohlbefinden“. Aber auch andere Kursangebote lassen sich nur begrenzt einem der drei Schwerpunkte zuordnen. Beispielsweise bestanden in den Angeboten „Abnehmen für stark Übergewichtige“, „Meisterfrauenseminare“, „Ernährung und Sport bei Osteoporose“, „T'ai Chi Chuan“, „Zilgrei“ (etc.) mehr oder weniger starke Verknüpfungen zwischen den Schwerpunkten Ernährung, Bewegung und Entspannung.

Die Bedeutung dieser 'ganzheitlichen Ansätze' kann insbesondere darin gesehen werden, daß dort mehrere Wege und Zielsetzungen aufgezeigt und somit den TeilnehmerInnen verschiedene Handlungsalternativen im Hinblick auf zukünftige Verhaltensänderungen oder weiterführende Aktivitäten (Kurse, Selbsthilfegruppen etc.) ermöglicht wurden. So bestand ein wesentliches Element des Konzepts „Wege zum Wohlbefinden“ in der kursbegleitenden Individualberatung, die u.a. auf die Weitervermittlung vertiefender Kursangebote abzielte (DLUGOSCH/KRIEGER 1996).

6.5.2.1 Ernährung

Spezielle Kurs- und Beratungsangebote zum Thema Ernährung hatten nach Meinung der Befragten etwas an ihrer anfänglichen Popularität eingebüßt. Nachdem sich dieser Bereich Ende der 80er Jahre als erster der drei Themenschwerpunkte quasi „boom-artig“ entfaltetete, war nun eine „Stagnation der Nachfrage“ eingetreten. Dieser Trend zeigt sich bei der Durchsicht der Kursprogramme jedoch nicht so sehr in einem Rückgang, als vielmehr in einer Ausdifferenzierung der ursprünglich sehr allgemeinen Kursangebote zu „gesunder Ernährung“.

Einerseits hatte sich die *Zielgruppenspezifität* deutlich erhöht. Explizit als Zielgruppen angesprochen wurden z.B. Übergewichtige, Berufstätige („Ernährung für Berufstätige - gesund und schmackhaft“, „fit im Job und Zuhause“), 'Eilige' („Gesunde Ernährung für Eilige, „Schnell und gesund“) Alleinstehende („Wir bringen Singles zum Kochen“), Männer („Selbst kocht der Mann“) bestimmte Altersgruppen (Senioren, Kinder, übergewichtige Kinder, Mütter und Säuglinge), bis hin zu chronisch Erkrankten (Osteoporose, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes Typ II, Neurodermitis, andere Hautkrankheiten).

Andererseits hatte auch, insbesondere bei AOK'n und IKK'n, die Themenvielfalt bzgl. einzelner Lebensmittelgruppen deutlich zugenommen: „Kartoffelgerichte, vitamin- und mineralstoffreich“, „schmackhafte Getreidegerichte“, „gesunde Weihnachtsbäckerei“, „Hafer, Nuß und Mandelkern“, „Rohkostsalate im Winter - pfiffig zubereitet“, „Fisch schmeckt köstlich“. Diese Kurse waren durch eine kürzere Kursdauer - i.d.R. zwischen ein- bis viermalige Treffen - sowie durch eine Mischung aus Theorie und Praxis, indem sowohl ernährungsphysiologische Aspekte der jeweiligen Lebensmittel erläutert als auch Rezepte gemeinsam erprobt wurden, gekennzeichnet.

Kurse zu speziellen Ernährungsformen wie z.B. „Vegetarisch Kochen“, „Ayurveda“¹¹ oder „Heilfasten“ waren dagegen seltener anzutreffen. Grundlage der meisten Kurse war eine vollwertige, fettarme Ernährung entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE). Allgemeine Themen der gesunden oder vollwertigen Ernährung waren dabei teilweise als Theoriekurse (bis zu 11 Treffen), teilweise als Kombination von Theorie und praxisorientierten Kochkursen, dann jedoch in kürzeren Kurseinheiten (2-6 Treffen) konzipiert („Vollwertiger Essen und Trinken“, „Ballaststoffreiche Küche“, „Gesunde Ernährung - mehr als Müsli und Möhren“). Eine Ausnahme ist die Kombination eines Theoriekurses („Vollwert - wertvoll“, 6 Treffen) mit einem Praxiskurs („Natürlich Vollwert!“, 4 Treffen), der alternativ oder im Anschluß an den Theoriekurs besucht werden konnte.

Unterschiedliche Schwerpunkte zwischen den untersuchten Kassen wurden besonders an den verschiedenen Zielgruppen deutlich. Die Themen- und Zielgruppenauswahl war jedoch eher auf persönliche Präferenzen der verantwortlichen Akteure zurückzuführen, als auf aus den Unternehmensinteressen der Kassen ableitbare Zielsetzungen (vgl. Kap. 6.3.2). Während einige Kassen bevorzugt Kurse für Kinder und Jugendliche, z.B. als Ferienveranstaltungen, anboten („Kochen für Kinder“, „Weihnachtsbäckerei für Kinder“, „Es muß nicht immer Ketchup sein“), teilweise auch unter Einbezug der Eltern („Weg mit dem Speck - Ernährungstraining für übergewichtige Kinder“), lagen anderswo die Schwerpunkte bei Berufstätigen, jungen Müttern („zuerst die Milch - wann der Brei?) oder speziellen (chronischen) Krankheitsgruppen. Dabei wurden besonders häufig Kurse für Typ II-Diabetiker („Gesund genießen trotz Diabetes“), (insbesondere Diabetes mellitus Typ II), seltener dagegen für andere chronische Erkrankungen („Ernährung und Sport bei Osteoporose“, „Richtig ernähren bei Neurodermitis“, „HAUTnah“) angeboten. Explizit risikofaktorenbezogen waren

¹¹ Ayurveda ist eine alternative Ernährungs- und Heilweise. In diesem Kurs wurden „Rezepte für Gerichte und selbsthergestellte Würzhilfen, entsprechend der individuellen Körperkonstitution“ vermittelt (vgl. Kap. 5.5.2.3).

dagegen die Kursbausteine „Ernährung“ des Projektes „Gesund alt werden“ („Arteriosklerose-, Osteoporose- und Krebsprävention“).

Die meisten untersuchten Kassen boten darüber hinaus „individuelle Ernährungsberatung“ an. Lediglich eine der untersuchten Kassen führte Ernährungsberatung auch in Gruppengesprächen durch. Dieses Beratungsangebot richtete sich ausdrücklich an bereits bestehende Gruppen, z.B. aus Firmen oder Vereinen. Eine untersuchte Kasse bot Ernährungsberatung auch in türkischer und persischer Landessprache an. Teilweise wurde individuelle Ernährungsberatung auch in Form von schriftlichen Fernkursen durchgeführt („Die Vier-Jahreszeiten-Kur“).

Ebenfalls von nahezu allen untersuchten Kassen wurden Kurse zur Gewichtsreduktion durchgeführt. Diese unterschieden sich von dem sonstigen Themenschwerpunkt ‘Ernährung’ z.B. darin, daß in besonderem Maß auch psychosoziale Aspekte sowie Elemente des Erfahrungsaustauschs und der gegenseitigen Unterstützung berücksichtigt wurden. Das in gemeinsamer Erarbeitung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) und die Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) entstandene Programm „Abnehmen - aber mit Vernunft“, welches von vielen Kassen bevorzugt angeboten wurde, beinhaltete 20 Kurseinheiten und war inhaltlich auf die Ausbildung dauerhafter Selbsthilfegruppen angelegt. Zudem waren spezielle Angebote für Übergewichtige nicht immer ausschließlich auf das Ziel der Gewichtsreduktion beschränkt: „Sich annehmen - abnehmen“, „Übergewicht natürlich annehmen/Abnehmen - aber mit Vernunft“. Primäres Ziel einiger dieser Kurse für Übergewichtige war, wie einige Interviewpartner bestätigten, vielmehr die Abkehr des für diese Zielgruppe typischen „Diätverhaltens“.

Die unterschiedlichen Themengebiete im Bereich ‘Ernährung’ werden anhand von Beispielen sowie der jeweiligen Häufigkeiten und Charakteristika, u.a. bezüglich der in Kap. 6.5.1 aufgezeigten methodischen Gesichtspunkte in Tabelle 6.1 zusammengefaßt.

Tab. 6.1: Beispiele, Häufigkeiten und Charakteristika von Angeboten aus dem Themenbereich 'Ernährung'

THEMENBEREICH ERNÄHRUNG		
Beispiele	Häufigkeit	Charakteristika
Gewichtsreduktion: „Abnehmen - aber mit Vernunft“ „Immer Ärger mit den Pfunden“	sehr häufig	Kursdauer: 10-20 Treffen, max. ½ Jahr; hohe Intensität und Qualität der Interaktionen durch eigene Betroffenheit, gruppenspezifische Aspekte; Ziel: Gewichtsreduktion, evtl. Gründung dauerhafter Selbsthilfegruppen; „sich von dem Diätgedanken lösen“
Vollwertige Ernährung: „Gesunde Ernährung - mehr als Müsli und Möhren“ „Vollwert - wertvoll“	‘klassische’ Angebote, mittlerweile seltener	Entwicklung zu kürzeren Kurseinheiten (mittlerweile 5-6 statt 10-11 Termine) mit hohem Praxisanteil; statt präventiver Orientierung (Krankheitsbezug) zunehmend Genuß- und Lebensqualitätsorientierung; Ziel: Abbau von Vorurteilen, Erreichung verschiedener Bevölkerungsgruppen
Lebensmittelgruppen: „Reis - klein und wichtig“ „Kartoffel - ein vollwertiges Lebensmittel“	partiell von einigen Kassen angeboten, zunehmend	Kursdauer: 1-4 Treffen; hoher Praxisanteil (kochen); evtl. erhöhte Attraktivität durch neue Titel
Zielgruppenspezifisch: „Es muß nicht immer Ketchup sein“ „Wir bringen Singles zum Kochen“ „Gesunde Ernährung für Eilige“ „Fit für den Job“ „Selbst kocht der Mann“ „Ernährung im Alter“ „Kochen für Kinder“ „Gesunde Mütter - gesunde Babys“	unterschiedliche Schwerpunkte einzelner Kassen	hohe Attraktivität aufgrund des Zielgruppenbezuges; Aspekt der Betroffenheit, Erfahrungsaustausch spielt in einigen Beispielen eine Rolle: Singles, Berufstätige etc.; kürzere Kurseinheiten mit hohem Praxisanteil (i.d.R. 1-5 Treffen); Ziel: häufig steht das ‘Kochen Lernen’ im Mittelpunkt
Krankheitsbezug: „Gesund alt werden (Baustein Ernährung und Diabetes Typ II)“ „Gesund genießen trotz Diabetes“ „Cholesterin- und Harnsäurearme Küche“ „Ernährung und Sport bei Osteoporose“ „HAUTnah“	sehr häufig, insbesondere Kurse zu Diabetes und Osteoporose; „GAW“ wird von Ersatzkassen gemeinsam durchgeführt	präventive (GAW) und rehabilitative Ausrichtung; Aspekt des Erfahrungsaustausches und der gegenseitigen Unterstützung vor allem in rehabilitativen Angeboten (z.B. HAUTnah); Problembezug hat einen hohen Stellenwert; häufig Theorie, seltener Praxisbezug; Kurseinheiten von einmaligen bis 6- oder 8-maligen Veranstaltungen; teilweise als Vorträge, z.B. ‘Ernährung und Krebs’ (geringe Intensität der Interaktion)
Beratung: „individuelle Ernährungsberatung“ „Ernährungsberatung im Gruppengespräch“ „Yemek yemek bir hazienda veya zevktir ve“	Einzelberatung sehr häufig; Gruppenberatung selten; fremdsprachliche Angebote in Ausnahmen	an Individuen oder (bereits bestehende) Gruppen gerichtet (Selbsthilfebezug); Offenheit der Zielsetzung; Klientenzentrierung
Schriftliche Fernkurse: „Gesünder Leben“ „Die Vier-Jahreszeiten-Kur“	konstantes Angebot einiger Kassen	schriftlicher Dialog: Vermeidung persönlicher/ sozialer Kontakte; zeitliche Flexibilität und Möglichkeit der dauerhaften Teilnahme

6.5.2.2 *Bewegung*

Der Themenkomplex „Sport- und Bewegung“ erfreute sich in den letzten Jahren auch im Angebotsspektrum der Krankenkassen zunehmender Beliebtheit. Hier lagen die vielfältigsten Möglichkeiten, Versicherten einen aktiven und gesundheitsbewußten Lebensstil nahezubringen. Zugleich bestand hier auch das vielseitigste Angebot im Umfeld der Krankenkassen, so daß auf ein breites Spektrum an potentiellen Kooperationspartnern zurückgegriffen werden konnte.

Durch die große Zahl privater Anbieter bestand die Bedeutung der Krankenkassen in diesem Themenbereich mehr als in anderen darin, eine qualitative Angebots- und Anbieterselektion vorzunehmen (vgl. Kap. 6.5.3): Da „Sport und Bewegung auch mit Risiken für die Gesundheit verbunden sein [können]“, kommt es vor allem darauf an, auf besonders gesundheitsgerechte Sportarten bzw. auf die gesundheitsgerechte Durchführung dieser Sportarten hinzuweisen, also den Anspruch nach „mehr Gesundheit im Sport“ zu realisieren („Gemeinsame Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände“).

Ein praktisches Beispiel hierfür lieferte ein Interviewpartner, indem er auf die Bedeutung der Modesportart „Inline-Skating“ hinwies: Erstens handele es sich dabei um ein hervorragendes Herz-Kreislauf-Training sowie eine Stärkung der unteren Rumpfmuskulatur, zweitens liegen aber gerade hier eine Menge Gesundheitsgefahren, insbesondere für Jugendliche, so daß durch spezielle „Inline-Skating“-Kurse inklusive Technik- und Verkehrssicherheitsschulung ein wichtiger Beitrag zur Vermeidung von Unfällen und damit zur Gesundheit der Versicherten geleistet würde. Ebenso wurde auch für das Fitneßtraining mit Geräten angestrebt, durch Kooperation mit qualitätsgeprüften Fitneßstudios die korrekte Durchführung zur Vermeidung von Verletzungen zu vermitteln („Fitneßtraining mit Geräten - aber richtig!“).

Zu den besonders förderungswürdigen Sportarten zählten jedoch vorwiegend diejenigen, die einen Herz-Kreislauf-Trainingseffekt beinhalteten. Diese wurden z.B. in Form von „Lauftreffs“ oder „Walking-Kursen“, zumeist in Kooperation mit Vereinen angeboten. Bei letzteren handelte es sich teilweise um abgeschlossene Kurse von 6-10 Einheiten, teilweise aber auch um dauerhafte Gruppen, die sich regelmäßig 1-2 mal wöchentlich trafen und für Interessierte jederzeit eine Einstiegsmöglichkeit boten. Als Alternative zu regelmäßigen Veranstaltungen vor Ort wurden in einigen Beispielen auch z.B. „Radaktiv-Wochen“, „Wander-Wochen“ angeboten und zu einem bestimmten Prozentsatz finanziell bezuschußt.

„Aerobic“, „Stepaerobic“ und andere Gymnastikformen, sowie „Gerätetraining“ wurden in Form von abgeschlossenen Kursen, meistens in Kooperation mit Fitneßstudios angeboten. Dabei wurde z.B. als Bedingung genannt, daß „nicht nur Bodybuilding, sondern auch ein gesundheitlicher, z.B. Herz-Kreislauf-Trainingseffekt“ erzielt wurde. Eine Kostenübernahme von Mitgliedsbeiträgen für Fitneßstudios war dagegen bei den untersuchten Kassen nur selten anzutreffen. In diesen Fällen wurde die finanzielle Unterstützung als „Einstiegshilfe“ verstanden und war deshalb sowohl bzgl. der Höhe des Kostenbeitrags als auch zeitlich begrenzt (z.B. auf ein halbes Jahr).

Vielfach wurden auch spezielle Zielgruppen angesprochen: Übergewichtige („Abnehmen mit Bewegung“, „Fitneß für stark Übergewichtige“), Berufstätige („Ausgleichsgymnastik für Berufstätige“, „Fit durch's Leben - das IKK-Bewegungsprogramm speziell für Handwerker“), Frauen („Studio 1 Fitneß-Center für Frauen GmbH“), Senioren („Senioren-Fitneß, ab 55“, „Bewegungssicherheit“ im Rahmen von „Gesund alt werden“), Kinder („Der Zoo macht Gymnastik“) oder chronisch Kranke („Sport und Diabetes“, „Gymnastik bei Osteoporose“). In den meisten Fälle handelt es sich bei diesen Kursen um Gymnastikangebote mit den gesundheitlichen Aspekten 'Bewegungs- und Stützapparat' sowie 'Herz-Kreislauf', die sich nach den spezifischen Bedürfnissen der TeilnehmerInnen, vor allem bzgl. ihrer Belastbarkeit, richteten. Als besonders gelenkschonende Gymnastikform wurde oftmals „Wassergymnastik“ angeboten („Fit durch Wassergymnastik“, „Wassergymnastik für stark Übergewichtige“, „Schwangerschaftsgymnastik im Wasser“). Ein Befragter nannte auch das „Babyschwimmen“ als ein beliebtes Angebot im Rahmen der Bewegungsförderung.

Von besonderer quantitativer Bedeutung waren die sogenannten „Rückenschulen“. Diese überragende Bedeutung von Rückenschulangeboten zeigt sich z.B. daran, daß allein in einer untersuchten Kassengliederung 41 Rückenschul- und Wirbelsäulenkurse (im Jahr 1994) durchgeführt wurde. Rückenschulen waren, nach Angaben vieler Befragter, „seit Jahren der Renner“ im Kursangebot der Kassen.

Darüber hinaus wurde häufig auch „Wirbelsäulengymnastik“ angeboten. Der wesentliche Unterschied zwischen „Rückenschulen“ und „Wirbelsäulengymnastik“ bestand darin, daß in „Rückenschulen“ auch theoretische Inhalte vermittelt wurden (richtiges Sitzen, richtiges Tragen/Heben), während die „Wirbelsäulengymnastik“ überwiegend als Ausgleichsgymnastik konzipiert war. Bei Rückenschul-Angeboten wurde zudem zwischen „orthopädischer“ und „präventiver Rückenschule“ unterschieden. Dies u.a. deshalb, weil sich bei Rückenschulen

allgemein die Tendenz zeigte, daß ein Großteil der TeilnehmerInnen diese aufgrund bereits bestehender gesundheitlicher Beschwerden in Anspruch nahm (vgl. Kap. 6.5.3). Um darüber hinaus auch explizit Gesunde im Sinne der Primärprävention anzusprechen, wurde neben der „orthopädischen“ oftmals auch die „präventive Rückenschule“ angeboten. Vereinzelt wurden „Rückenschulen“ auch als Fortgeschrittenenkurse angeboten. Diese sogenannten „Rückenfitneßgruppen“ richteten sich an Absolventen der „Rückenschule“ und waren, ähnlich der Wirbelsäulengymnastik vorwiegend praktisch ausgerichtet. In zunehmendem Maße wurden auch altersgruppenspezifische Rückenschulen veranstaltet, z.B. für Kinder („Junior Fit“) und Senioren („Rückenschule für Senioren“).

Vereinzelt wurde auch „Beckenbodengymnastik“ angeboten. Diese richtete sich, ähnlich der Rückenschule, an bereits von gesundheitlichen Beschwerden Betroffene, insbesondere an Frauen. Zu dem Themenbereich „Rücken- bzw. Beckenbodengymnastik“ zählten nach Meinung einiger Befragten nicht zuletzt auch die in den Medien vielfach gescholtenen „Bauchtanzkurse“¹². Bauchtanzkurse wurden allerdings zum Zeitpunkt der Untersuchung von keiner der untersuchten Kassen angeboten.

In sehr geringem Umfang wurden die in der öffentlichen Diskussion gleichfalls umstrittenen „Selbstverteidigungskurse für Frauen“ (und auch für Männer) sowie „Autofahrer-Sicherheitstrainings“ (z.B. für „Azubis“; in Kooperation mit dem ADAC) angeboten. Gleichwohl waren z.B. die VertreterInnen der wenigen Kassen, die zum Zeitpunkt der Untersuchung aufgrund (oder trotz) der Vorgaben der Kassenzentralen noch Selbstverteidigungskurse durchführten, überzeugt von der gesundheitsfördernden Bedeutung dieser Angebote: Hier ginge es darum, „Frauen Tips und Anregungen (zu) geben, wie sie in kritischen Situationen, in denen ihre körperliche und seelische Gesundheit bedroht ist, sich selbst wirkungsvoll schützen können“.

Grundsätzlich waren für Versicherte beinahe alle erdenklichen Sportarten über Kooperationspartner zugänglich. Die Kassen unterstützten diese Angebote teilweise finanziell, wenn es sich dabei um abgeschlossene Kurse und um besonders förderungswürdige Sportarten handelte, oder aber durch Information und entsprechende Werbung für diese Maßnahmen. Eine wesentliche Rolle bei der Informationsvermittlung spielte die „individuelle

¹²Ein Interviewpartner berichtete von einer Teilnehmerin, die durch „Bauchtanz“ ihre Rückenbeschwerden losgeworden sei. Hierzu paßt der Leserbrief eines Praktikers im *Deutschen Ärzteblatt* (93, H. 38, 20.9.1996, S. C-1676): „Der Bauchtanz schafft's!“

Sportberatung“, die von vielen Kassen angeboten wurde. Diese diente sowohl Versicherten als auch Vereinen oder anderen Anbietern dazu, entsprechende Kontakte zu vermitteln bzw. in der Angebotsvielfalt eine Hilfestellung zu geben, „die passende Sportart zu finden“. Inhaltliche Aspekte der Sportberatung betrafen dabei vor allem chronisch Kranke (Diabetes, Osteoporose) oder anderweitig „Gehandikapte“; hier sollten mögliche krankheitsbedingte Barrieren und Ängste gegenüber sportlicher Betätigung überwunden werden und fachliche Hilfestellungen für ein „entsprechend dosiertes“ Bewegungsprogramm gegeben werden.

Tab. 6.2: Beispiele, Häufigkeiten und Charakteristika von Angeboten aus dem Themenbereich 'Bewegung'

THEMENBEREICH BEWEGUNG		
Beispiele	Häufigkeit	Charakteristika
Vermeidung von Unfall- oder Verletzungsgefahr im Sport: „Inline-Skating“ „Gerätetraining - aber richtig!“	selten	Ansprache von sportlich Interessierten; gelegentlich: Gründung von „Inline-Skating-Gruppen“; Ziel: Schutz vor gesundheitlichen Risiken im Sport („mehr Gesundheit im Sport“)
Herz-Kreislauf-Training: „Lauftreffs“ „Radaktiv-Wochen“ „Walking“ „Aerobic“	häufig nur von einer Kasse häufig häufig	häufig in Kooperation mit Vereinen, Fitneßstudios; Dauerhaftigkeit durch Vereine oder selbstorganisierte Gruppen; primärpräventive Ausrichtung mit hohem Handlungsbezug (wenig Theorie, wenig gesundheitliche 'Betroffenheit' bei den TeilnehmerInnen); Ziel: Mitmachen (!)
Rückentraining: „Rückenschule“ „Wirbelsäulengymnastik“ „präventive Rückenschule“ „Rückenfitneßgruppe“ „Rückenschule für Kinder“	quantitativ höchster Anteil am Kursangebot aller Kassen (!); zielgruppenspezifische Angebote seltener	oftmals direkter Beschwerdebezug; Möglichkeit der dauerhaften Fortsetzung in „Rückenfitneßgruppen“; Zielsetzung: Vorbeugen und (insbesondere) Besserung von Rückenbeschwerden
Zielgruppenspezifisch: „Fitneß für stark Übergewichtige“ „Fit durch's Leben - das IKK-Bewegungsprogramm speziell für Handwerker“ „Ausgleichsgymnastik für Berufstätige“ „Senioren-Fitness ab 55“ „Bewegungssicherheit“ (GAW) Kinder: „der Zoo macht Gymnastik“ „Sport und Diabetes“ „Osteoporose und Bewegung“ „Wassergymnastik für Übergewichtige“ „Babyschwimmen“	unterschiedliche Schwerpunkte der verschiedenen Kassen	hauptsächlich an diejenigen gerichtet, die sonst wenig Sport treiben; 'Bewegungsarmut' als gemeinsames Problem: Möglichkeit der gegenseitigen Aktivierung und Motivation; Ziel: Anregungen geben; Bewegung fördern trotz spezifischer (z.B. krankheitsbedingter) Hindernisse
Individuelle Sportberatung	sehr häufig	Wegweiser zur individuell geeigneten Sportart und gesundheitsgerechter Durchführung; Vermittlerfunktion: 'Überweisen' an Kurse oder Vereine

6.5.2.3 Entspannung und Streßbewältigung

Der Themenschwerpunkt „Entspannung bzw. Streßbewältigung“ beinhaltet ein weites Spektrum an Maßnahmen, von reinen Entspannungs-Techniken, zumeist aus dem fernöstlichen Kulturbereich stammend, bis hin zu umfassenden Streßbewältigungsstrategien und psychosozialen Beratungen.

Der Psychotherapiebereich sei, so die Richtlinien der Ersatzkassenverbände (vgl. Kap. 6.5.3), hierbei ausgeschlossen, so daß sich dieses Themenangebot vorwiegend an (psychisch) ‘Gesunde’ richtete. Dennoch sprachen die als ‘Streßbewältigung’ deklarierten Kurse, nach den Erfahrungen einiger Interviewpartner, in erster Linie die von psychosozialen und weitergehenden gesundheitlichen (psychosomatischen) Problemen Betroffenen an. Im Unterschied zum psychotherapeutischen Ansatz wurden Streßbewältigungskurse jedoch zumeist als Angebote verstanden, um „Anregungen zum sozialen Umgang zu geben“. Es sollte also nicht nur auf die einzelne Person, sondern auch auf die sozialen Verhältnisse, z.B. in der Arbeitswelt oder Familie, Einfluß genommen werden.

Nahezu alle untersuchten Kassen boten Kurse zur „Streßbewältigung“ („Gelassen und Sicher im Streß“), oftmals auch als Fortsetzungskurse („Streßmanagement/Aufbaukurs Streßmanagement“) an. Darüber hinaus wurden auch bestimmte Zielgruppen angesprochen: „Streßmanagement für Führungskräfte“, „Prüfungstreß! Ein Verhaltenstraining für Schüler und Studenten“, „Streßbewältigung für Frauen“:

An letzterem Beispiel der Streßbewältigung für Frauen zeigt sich die Problematik, den oben genannten Anspruch, „in die sozialen Verhältnisse zu intervenieren“, auch in der Praxis umzusetzen. Diese Kurse thematisierten insbesondere die Doppelbelastung berufstätiger Frauen zwischen Haushalt/Familie und Berufsleben. Hier finden sich in den Kursbeschreibungen zu verschiedenen Angeboten unterschiedliche Interpretationsmuster dieser Problematik. Einerseits wurden in manchen Beispielen konkrete Zielsetzungen angekündigt und Versprechungen gemacht, wie ‘Frau’ es schaffen kann, den an sie gestellten Anforderungen gerecht zu werden:

„Die ‘perfekte Frau’: erfolgreich im Beruf, liebevolle Mutter, verständnisvolle Partnerin - und der Haushalt soll natürlich auch funktionieren. Die Folge: Dauerstreß mit all seinen schädlichen Auswirkungen. Falls Sie zwischen Küche und Computer auf der Strecke bleiben, kann dieser Kurs Ihnen helfen, sich gezielt zu entlasten. Sie lernen Ansatzpunkte für

eine erfolgreiche Streßbewältigung kennen und erfahren, wie Sie mit Ihren alltäglichen Belastungen gelassener, sicherer und damit gesünder umgehen können.“

(Kursbeschreibung: „Streßbewältigung für Frauen“)

Handelt es sich dabei nicht vielmehr um das häufig kritisierte „Verkaufen von Coping-Techniken“ (KÜHN 1993b)? ‘Alltägliche Belastungen gelassener, sicherer und gesünder bewältigen’, ohne dabei die Belastungen selbst in Frage zu stellen? Sicherlich wären konkrete Zielsetzungen hinsichtlich der sozialen Verhältnisgestaltung - etwa: ‘*Sie lernen, wie Sie ihrem Mann beibringen, sich auch mal selbst etwas zu kochen!*’ - in einer offiziellen Kursankündigung kaum vermittelbar. Dies wären individuelle Ziele, welche während der Seminare, sozusagen als Ergebnis der gemeinsamen Gruppenarbeit und Reflexion erst entwickelt werden müssen:

„[...] Welche Rolle hat Priorität? Welche Bedeutung haben körperliche und seelische Alarmsignale? Wie können persönliche Freiräume geschaffen werden?“

(Kursbeschreibung: „Meisterfrauen meistern alles?!“)

Inwiefern das Spannungsfeld zwischen Verhaltensprävention, im Sinne von ‘Coping’, und der sozialen Verhältnisgestaltung im Rahmen von Streßbewältigungskursen tatsächlich in Richtung ‘Intervention in die sozialen Verhältnisse’ ausgestaltet wurde, läßt sich nicht ohne Kenntnis der genauen gruppenspezifischen Prozesse während der Kurse feststellen. Nach Angaben einiger Interviewpartner hing dies insbesondere auch von persönlichen Faktoren der KursleiterInnen ab. Im Rahmen dieser Untersuchung fanden sich aber auch auf der Ebene der Konzeption erhebliche qualitative Unterschiede zwischen einzelnen Maßnahmen. Ein mit besonderem wissenschaftlichen Aufwand durchgeführtes Kursangebot war etwa das Modellprojekt ‘Meisterfrauen meistern alles?!’, welches zumindest die Möglichkeiten aufzeigt, im Rahmen von Kursen auf die Verhältnisgestaltung hinzuwirken, indem ein Höchstmaß an Selbstbestimmung, Reflexion, und unterstützenden Elementen der Gruppenberatung im Sinne von Selbsthilfe angestrebt wurde (CHRIST 1995).

Allerdings ist auch hier anzumerken, daß eines der wesentlichen Kennzeichen des Selbsthilfeaspektes, nämlich der dauerhafte Kontakt der TeilnehmerInnen auch nach Beendigung der Seminare, in der Praxis nur selten umgesetzt wurde. Die zu diesem Projekt durchgeführte Evaluationsstudie hatte ergeben, ‘daß in der nachfolgenden sechswöchigen Zeitspanne durchschnittlich nur 18,6% aller Teilnehmerinnen mit mindestens einem weiteren Gruppenmitglied (das sie vorher nicht kannten) Kontakt aufgenommen haben’, das obwohl

die Teilnehmerinnen zu Beginn des Seminars selbst dem Aspekt „Erfahrungsaustausch“ eine besondere Priorität einräumten (ebd. S. 44).

Neben Kursangeboten zur Streßbewältigung wurden von vielen Kassen auch individuelle Beratungen zu psychosozialen Problemlagen angeboten. Diese Angebote wurden oftmals als „Gesundheits- und Sozialberatung“ angekündigt, z.B. bei „Fragen zur Streßbewältigung, belastenden Lebenssituationen, Problemen am Arbeitsplatz, Suchtproblemen, Vermittlung externer Beratungsangebote, Beratung für pflegende Angehörige, Beratung für Angehörige von psychisch kranken Menschen“:

Ein weiteres Beispiel für Kursangebote zur ‘Streßbewältigung’ im weitesten Sinne sind die Angebote der häuslichen Pflege für Angehörige („Pflegen zu Hause“, „Damit die Pflege nicht zur Last wird“). Im Mittelpunkt dieser Pflegekurse stand neben der gesundheitsgerechten Betreuung und Pflege der Pflegebedürftigen insbesondere auch die psychosoziale Gesundheit der pflegenden Angehörigen (MEIERJÜRGEN 1995, vgl. Kap. 1.3.2.2). Pflegekurse wurden von allen untersuchten Kassen, oftmals in Kooperation mit Wohlfahrtsverbänden (z.B. Deutsches Rotes Kreuz) angeboten. Im Rahmen der seit 1994 eingeführten gesetzlichen Pflegeversicherung (SGB XI) waren diese Kurse obligatorisch und von den an die Krankenkassen angegliederten Pflegekassen zu finanzieren. Diese Angebote wurden aber dennoch zumeist im Rahmen der Gesundheitsförderung organisiert und in den Kursprogrammen der Kassen ausgewiesen.

Während also Angebote der „Streßbewältigung“ allgemein als Hilfen zur konkreten Bewältigung von Problemen und (gesundheitlichen) Belastungen angeboten wurden, unterschieden sich hingegen Angebote der „Entspannung“ dadurch, daß hier vorwiegend ‘Techniken’ vermittelt wurden und das Ziel dieser Kurse eher belastungsunspezifisch ausgerichtet zu sein schien. Bei Entspannungskursen wurden die Versicherten nicht primär durch gesundheitliche Betroffenheit angesprochen, sondern durch exotisch klingende Angebote aus dem fernöstlichen sowie auch aus dem ‘abendländischen’ Kulturraum: „Hatha-Yoga“, „T’ai Chi Chuan“, „Qi Gong“, „Shiatsu“ und „Zilgrei“, „Autogenes Training“, „Feldenkrais“ und „Progressive Muskelentspannung nach Jacobson“.

In einigen Fällen fanden auch „integrierte Entspannungstrainings“ mit Elementen aus verschiedenen der genannten ‘Techniken’ („Urlaub für die Seele“, „Finden Sie ‘ihre’ Entspannungsmethode“) sowie spezielle zielgruppenspezifische Angebote, z.B. für Kinder („Streß lass’ nach - Kinderentspannungskurse“, „Autogenes Training für Kinder“, „Yoga für Kinder“, „Zilgrei für Kinder“) oder etwa für Schichtarbeiter („Yoga und Qi Gong am Vormittag“) statt.

Bei den genannten ‘Techniken’ handelt es sich um Verfahren, die in unterschiedlicher Gewichtung auch Bewegungselemente (z.B. T'ai Chi Chuan) sowie Atemschulungen beinhalten („Zilgrei“, „Atem, Bewegung und Entspannung“, „Bewußtes Atmen“, „Der erfahrbare Atem - eine ganzheitliche Atemtherapie nach Prof. Middendorf“, „Durch den Atem zu mir selbst“, „GAW: Tief Durchatmen“), und in erster Linie auf ein erhöhtes Körperbewußtsein bzw. „den Einklang von Körper und Geist“ abzielen.

Allerdings sollten die oftmals in diesen ‘Techniken’ enthaltenen lebensanschaulichen Elemente, die bis in religiöse Bereiche hineingehen können, weitgehend vermieden werden. Wie z.B. aus den bereits zitierten „Gemeinsamen Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände“ hervorgeht, waren u.a. „solche Maßnahmen [...], die weltanschauliche Ziele verfolgen“, nicht förderungswürdig. Diese „technisierte Sichtweise“ wurde jedoch von einigen der Interviewpartner kritisiert, da „viele der Angebote ohne den lebensanschaulichen Hintergrund kaum sinnvoll vermittelbar sind“. Manche Kassen boten z.B. ‘Ayurveda’ an, welches als Instrumentarium der Entspannung bzw. der ganzheitlichen, auch Aspekte der Ernährung umfassenden Gesundheitspflege als sehr wirkungsvoll angesehen wurde, andererseits aber aufgrund des lebensanschaulichen Hintergrunds als umstritten gilt.¹³

Es ginge, nach Angaben eines Interviewpartners, u.a. darum, den Versicherten die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen der verschiedenen Entspannungstechniken, welche oftmals in engem Zusammenhang mit der sogenannten „alternativen Medizin“ stünden, aufzuzeigen. Dies sei insbesondere wichtig, da viele Versicherte diese Angebote nicht nur

¹³ Ayurveda, als „indische Heilkunst“ bekannt, wird von anderer Seite in den Bereich der Sekten eingeordnet. Die in Deutschland verbreitete Form „Maharishi-Ayurveda“ geht auf den in den Niederlanden lebenden Maharishi Mahesh Yogi zurück, der bereits in den 70er Jahren eine „Weltregierung des Zeitalters der Erleuchtung“ gründete. Die Verbindung zur „Transzendentalen Meditation“, ohne die Ayurveda nach Bekunden von Praktikern nur einen Bruchteil der Heilwirkung erziele, führte überdies dazu, daß das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit bereits seit 1978 vor dessen Anwendung bei psychisch labilen Menschen warnt (ÖKO-TEST, 9/96).

zum Zweck der primärpräventiven Entspannung nachfragten, sondern oftmals als alternative Behandlungsform bereits bestehender (psychosomatischer) Beschwerden.

In diesen Entspannungsangeboten finden sich beträchtliche Überschneidungen zu „alternativen Behandlungsformen“; wie eine von der „Stiftung Warentest“ (5/1995, S. 549) herausgegebene Auflistung verdeutlicht: „Atemtherapie“, „Feldenkrais“, „Shiatsu“ und „Streßmanagement“ werden dort als „neu durch die Krankenkassen akzeptierte alternative Behandlungsformen“ ausgewiesen. Da solche Angebote ansonsten auf dem reichhaltigen Markt der „neuen Wunderheiler“ angeboten würden, besteht eine wesentliche Bedeutung der Angebote durch Krankenkassen auch „in der Qualitätssicherung“, indem z.B. nur bestimmte Anbieter mit bestimmten Kursinhalten für eine durch die Kassen finanzierte Maßnahme zugelassen wurden.

Damit im Zusammenhang steht auch die tertiärpräventive Bedeutung von Entspannungskursen. Vielfach dienten die genannten Atem-, Bewegungs- und Entspannungskurse in der Praxis nicht nur der (primärpräventiven) Vorbeugung, sondern auch dem Abbau von z.B. Nervosität, Schlaflosigkeit oder Verspannungsschmerzen. Oftmals wurden Entspannungskurse dann als „Schmerzbewältigung“ betitelt („Schmerz bewältigen“, „Aktiv gegen den Schmerz“, „Kopfschmerzen und Migräne“). Beispielsweise wurde „Progressive Muskelentspannung nach Jacobson“ teilweise auch unter dem Titel „Schmerzen und Verspannungen lösen“ angeboten. In diesem Zusammenhang sind auch die, wenngleich seltenen Angebote „Lösungstherapie“ (Lösung von physischen und psychischen Spannungen) und „Psychohygiene“ (Abbau psychosomatischer Beschwerden z.B. Schlafstörungen, nervöse Herz-Kreislauf- oder Magen-Darmbeschwerden) zu nennen.

Die Übergänge zwischen diesen explizit beschwerdebezogenen Angeboten und primärpräventiven Entspannungskursen sind fließend. In den vorliegenden Kursprogrammen der untersuchten Kassen war jedoch insgesamt die Tendenz festzustellen, daß die genannten Bewegungs-, Haltungs-, Atem- und Entspannungstechniken zunehmend im Kontext der Krankheits- und psychosomatischen Beschwerdebewältigung angeboten wurden und der Themenbereich „Schmerzbewältigung“ insgesamt deutlich an Bedeutung gewann. Oftmals wurden diese Angebote dann auch in einen direkten Zusammenhang mit der Inanspruchnahme konventioneller medizinischer Leistungen gestellt. So heißt es etwa in der Ankündigung des Kurses „Schmerz bewältigen“:

„Eine Reduzierung der Schmerzwahrnehmung und letztlich der Schmerzmitteleinnahme wird erreicht.“

Wenngleich auch hier darauf hingewiesen wird, daß diese „Maßnahme der Gesundheitsförderung keine Therapie [ersetzt]“ und bei Schmerzen unbekannter Herkunft die Befragung des behandelnden Arztes empfohlen wird, kann dennoch festgestellt werden, daß diese Angebote hinsichtlich der Zielrichtung erheblich von der ursprünglichen Intention der Vorbeugung abrückten und somit auch der ‘integrative’ Bezug zu gesundheitlichen Versorgungsleistungen (hier: Medikamente) erkennbar wird.

In diesem Kontext fand sich unter den Kursangeboten schließlich auch ein explizit auf die Reduzierung des Medikamentenkonsums ausgerichtetes Angebot. In der Kursankündigung des von der AOK-Frankfurt in Zusammenarbeit mit dem „Feministischen Frauengesundheitszentrum“ sowie „Arbeit und Leben“ (VHS/DGB) angebotenen Tagesseminars „Jenseits von Angst und Langeweile - Frauen und Medikamente“ heißt es etwa:

„Es ist zur alltäglichen Gewohnheit geworden, daß für viele Beschwerden und Unpäßlichkeiten Medikamente zur Verfügung stehen. Durch Hintergrundinformationen, Gespräche und praktische Übungen zur Körpererfahrung wird in diesem Tagesseminar die Gelegenheit gegeben, sich mit dem Thema Medikamente kritisch auseinanderzusetzen.“

Solche Kursankündigungen bilden gleichwohl die Ausnahme des breiten Spektrums an ‘Entspannungs’-Kursen. Insgesamt ist aber hinsichtlich des Themenbereiches „Entspannung und Streßbewältigung“ festzustellen, daß oftmals nur vordergründig die Strategie der verhaltensbezogenen Primärprävention verfolgt wurde. Im Detail lassen sich dagegen zahlreiche Beispiele dafür finden, daß auch und insbesondere die Bewältigung bereits vorhandener psychosomatischer Gesundheitsbeschwerden, im Sinne der Sekundär- und Tertiärprävention, sowie der vielleicht noch interessantere Aspekt der Verbraucherberatung in Sachen Medikamentenkonsum oder alternativer Heilmethoden, einen wesentlichen Raum bei der Durchführung sowie bei der Konzeption der Angebote einnahmen.

Tab. 6.3: Beispiele, Häufigkeiten und Charakteristika von Angeboten aus dem Themenbereich 'Entspannung und Streßbewältigung'

Themenbereich Entspannung und Streßbewältigung		
Beispiele	Häufigkeit	Charakteristika
Streßbewältigung: „Gelassen und sicher im Streß“ „Streßmanagement/ AufbaukursStreßmanagement“	sehr häufig	psychosozialer Problembezug; verhaltenstherapeutische Ansätze mit dem Ziel „in die sozialen Verhältnisse zu intervenieren“; 10-12 Kurseinheiten; Möglichkeit des dauerhaften 'Trainings' von Streßbewältigungsstrategien
Zielgruppenspezifische Streßbewältigung: „Streßmanagement für Führungskräfte“ „Prüfungstreß! Ein Verhaltenstraining für Schüler und Studenten“ „Streßbewältigung für Frauen“ „Meisterfrauenseminare“	unterschiedliche Schwerpunkte bei den untersuchten Kassen	zumeist kürzere Kurseinheiten: 3-8 Treffen, z.T. Wochenendseminare; unterschiedliche Schwerpunkte: von Verhaltenstraining bis hin zu Reflexion der Lebensverhältnisse; gemeinsame Problemlösung in der Gruppe; Zielsetzung: bzgl. der psychosozialen Umwelt individuell offen; bzgl. persönlichen Verhaltenstrainings sehr konkret
Psychosoziale Einzelberatung	häufig	Erarbeiten von Problemlösungsstrategien im Einzelgespräch; bewußtes Vermeiden therapeutischer Inhalte, sichtbar durch die Angebotsbezeichnung: z.B. „Gesundheits- und Sozialberatung“
Pflegekurse: „Pflegekurse für Angehörige“ „Pflegen zu Hause“ „Damit die Pflege nicht zur Last wird“ „Leben mit Pflegebedürftigen“	bei allen untersuchten Kassen	zumeist in Kooperation mit Fremdanbietern, z.B. 'Deutsches Rotes Kreuz'; Besondere Form der Streßbewältigung für die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen, psychosoziale Unterstützung; Ziel: Bessere Pflege für Pflegebedürftige, bessere Gesundheit für die Pflegenden
Entspannungstechniken: „Hatha-Yoga“ „T'ai Chi Chuan“ „Qi Gong“ „Shiatsu“ „Zilgrei“ „Autogenes Training“ „Feldenkrais“ „Progr. Muskelentsp. nach Jacobson“ „Finden Sie Ihre Entspannungsmethode“	sehr häufig	von Einzelseminaren bis zu 10-wöchigen Kursen, manchmal auch Fortsetzungskurse; Integration von Bewegungs-, Haltungs- und Atemübungen sowie von Kenntnissen der fernöstlichen Medizin; Information über alternative Heilmethoden, oftmals im Kontext zur klassischen Schulmedizin (Arzneimittelkonsum); Bewältigung von Verspannungsschmerzen und psychosomatischen Beschwerden
Zielgruppenspezifische Entspannung: „Yoga und Qi Gong am Vormittag“ „Streß lass' nach - Kinderentspannungskurse“	zunehmend häufig	Schichtarbeiter oder Mütter mit Kindern als Zielgruppe; Kinder als Zielgruppe: Vermeidung von Schulstreß; frühzeitiges Erlernen des Umgangs mit Alltagsstreß
Atem und Schmerzbewältigung: „GAW: Tief Durchatmen“ „Der erfahrbare Atem - eine ganzheitliche Atemtherapie nach Prof. Middendorf“ „Kopfschmerzen und Migräne“ „Schmerzen und Verspannungen lösen“	häufig	Atem als Weg zur Entspannung; Vermeidung und Lösen von Nervosität, Schlaflosigkeit, Verspannungen; tertiärpräventive Bedeutung durch Lösung von chronischen Schmerzen, Vermeidung unnötiger Medikamenteneinnahme

6.5.3 Angebotskriterien

Ein Zwischenfazit hinsichtlich der methodischen und inhaltlichen Aspekte von Gesundheitskursen läßt sich bereits dahingehend ziehen, daß die Palette der unter diesem Oberbegriff angebotenen Maßnahmen sehr breit ist und eine einheitliche und systematische Kritik in jeder Hinsicht äußerst schwer fällt.

Während einige Maßnahmen eher den Charakter von 'lockeren' Freizeitangeboten der Förderung gleichwohl gesundheitsorientierter Lebensweisen annahmen (Vollwertkochkurse, Lauftreffs, Aerobic, T'ai Chi Chuan), bestand in vielen Beispielen ein deutlicher Bezug zu gesundheitlichen Belastungen und Beschwerden: Ernährungs- und Bewegungsangebote für chronisch Kranke (z.B. Diabetes, Osteoporose), für Übergewichtige (Gewichtsreduktion bzw. 'Lösen von Diätgewohnheiten'), 'Rückenschulen', Wirbelsäulen- und Beckenbodengymnastik sowie insbesondere die Angebote der Streßbewältigung und Entspannungsförderung (Bewältigung von Verspannungsschmerzen, psychosomatischen Symptomen). Der Kreativität hinsichtlich der 'Verpackung' und Aufmachung der Angebote waren dabei gleichwohl kaum Grenzen gesetzt.

Um hier zumindest einige Trends hinsichtlich der Angebotsentwicklung erkennbar zu machen, stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien die Kassen selbst ihre Auswahl im Einzelfall getroffen haben, bzw. wie bestimmte Angebotsschwerpunkte zustande kamen.

Teilweise wurden diesbezüglich im Rahmen der Interviews persönliche Präferenzen der Gesprächspartner deutlich. Einige Befragte nannten 'Lieblingsthemen', z.B. 'T'ai Chi', 'Yoga', 'Alzheimer-Prävention', 'betriebliche Prävention' oder 'Kurse mit Kindern', die sie mit besonderem persönlichem Engagement unterstützten. Die jeweiligen Angebotsschwerpunkte korrelierten dabei manchmal auch mit den fachlichen Hintergründen der verantwortlichen Akteure (z.B. Ernährungsangebote bevorzugt durch ÖcötrophologInnen, Bewegungsangebote bevorzugt durch SportwissenschaftlerInnen, etc.), so daß die jeweiligen regionalen Kursprogramme durchaus auch deren 'persönliche Handschrift' trugen.

Ein wesentliches, und zunehmend bedeutsames Kriterium schien jedoch die Orientierung an 'Qualitätskriterien' zu sein. Einerseits bedingt durch die stetig wachsende Zahl kommerzieller und nicht-kommerzieller Anbieter im Umfeld der Krankenkassen, sowie andererseits aufgrund des wachsenden öffentlichen Interesses und der Kritik an der vermeintlich

verschwenderischen Finanzierung von Gesundheitsförderungsangeboten, sind „Qualitätsprüfungen“ anhand von „Qualitätskriterien“ zu einem wichtigen Bestandteil der Arbeit in der Gesundheitsförderung geworden (vgl. Kap. 6.4.1). Das Stichwort „Qualität“ wurde von vielen Befragten als wichtigstes Ziel für die zukünftige Angebotsentwicklung genannt. Aufgrund des zunehmenden Mißbrauchs der Gesundheitsförderung durch „die Konkurrenz“ und der öffentlichen Aufmerksamkeit für diese Problematik werde „Qualität“ zu einem wichtigen Kriterium, „um sich auch im Wettbewerb zu behaupten“.

Qualitätskriterien wurden dabei überwiegend auf höherer Ebene der Bundes- oder Landesverbände der Krankenkassen entwickelt und in Form von „umfangreichen Kriterienkatalogen“ („ein 40-Seiten-Katalog“, „so'n dickes Ding“) an die regionalen MitarbeiterInnen, zur Überprüfung von Fremdanbietern sowie auch zur eigenen Angebotsgestaltung, ausgegeben.

Beispielhaft sollen hier die von den Ersatzkassenverbänden (VdAK/AEV) entwickelten „Qualitätskriterien für Gesundheitsförderungsmaßnahmen nach § 20 Abs.3 SGB V vom 14.01.1994“ dargestellt werden. Dieses Beispiel erhebt nicht den Anspruch der Repräsentativität auch für andere Kassenarten, es illustriert jedoch grundsätzliche Tendenzen und Problembereiche, die sich im Zusammenhang mit der Entwicklung von Standards und der Definition von „Qualität“ ergeben können. Diesem Kriterienkatalog zufolge „müssen gesundheitsfördernde Angebote

- ganzheitlich orientiert sein
- die Eigenverantwortung der Versicherten für den Erhalt der Gesundheit erhöhen und stärken
- Hilfe zur Selbsthilfe leisten
- zum Aufbau gesundheitsförderlicher und präventiver Verhaltensweisen und Verminderung von Erkrankungsrisiken beitragen
- neben der Vermittlung von Wissen auf das Einüben gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen sowie die Reflexion über die eigene Einstellung in bezug auf alte und neue Lebensgewohnheiten abzielen
- von qualifizierten Referenten/innen durchgeführt werden (fachliche Qualifikation sowie methodische und soziale Kompetenz)
- Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit entsprechen
- einer Qualitätsprüfung standhalten
- wissenschaftlichen Anforderungen entsprechen
- didaktisch und methodisch den Prinzipien der modernen Lernpsychologie und Pädagogik entsprechen.“

In diesen Richtlinien sind bereits klare Zeichen im Hinblick auf eine Evaluation und Qualitätssicherung der Maßnahmen enthalten (vgl. Kap. 6.6). Angesprochen ist dabei in erster Linie die *Strukturqualität* (Qualifikation der ReferentInnen, Entsprechung „wissenschaftlicher Anforderung“ bzw. „den Prinzipien der modernen Lernpsychologie und Pädagogik“) und *Prozeßqualität* (ganzheitliche Ausrichtung, „Hilfe zur Selbsthilfe“ etc.). Bezüglich der *Ergebnisqualität* werden jedoch zumindest Anhaltspunkte genannt, die auf konkrete Zielsetzungen schließen lassen („Eigenverantwortung“, „Aufbau gesundheitsförderlicher und präventiver Verhaltensweisen“, „Einüben, Reflexion, Einstellung“ und nicht zuletzt: „Wirtschaftlichkeit“).

Die Zielorientierung hinsichtlich der Ergebnisqualität kommt dagegen in der hierzu ergänzend verfaßten „Negativ-Liste“ („Katalog nichtförderungswürdiger Leistungsangebote“) deutlicher zum Ausdruck. Explizit ausgeschlossen werden z.B. Maßnahmen, „die die Ausrichtung auf konkrete Verhaltensänderungen vermissen lassen, [...] z.B. reine Gesprächsgruppen“ (vgl. Kap. 6.4.3.3). Außerdem werden Maßnahmen nur dann bezuschußt, wenn sie „organisatorisch als geschlossene Kurseinheit durchgeführt werden (d.h. 8 bis max. 12 Kurseinheiten bei gleichbleibender Teilnehmerstruktur)“. In diesen Kriterien geht es also offenbar weniger um die angesprochene ‚Dauerhaftigkeit‘ und psychosoziale Unterstützung durch die Gruppe, sondern vielmehr um eine klare Zielorientierung (vgl. Kap. 6.5.1).

Weiterhin ausgeschlossen wurden im Rahmen dieser Qualitätskriterien u.a. auch Angebote aus dem oben dargestellten Maßnahmenspektrum:

- „besondere Ernährungsformen/Außenseitermethoden“, z.B. „Ayurveda“
- „reine Koch- und Backkurse“, z.B. „Kochkurse für Singles“, „Weihnachtbäckerei“
- „Freizeit- und Risikosportarten“, z.B. „Inline-Skating“, „Wandern“, „Bauch-Beine-Po“, „Aerobic“, „Fitness- und Gerätetraining“
- „sonstige nichtförderungswürdige Maßnahmen“, z.B. „Shiatsu“, „Selbstverteidigungskurse“, „Sicherheitskurse im Straßenverkehr“
- „Gesundheitsreisen oder Aktivwochen mit Urlaubscharakter“ („Die Ersatzkassen setzen sich grundsätzlich für eine wohnortnahe Gesundheitsförderung ein.“)

Die Frage nach der Abgrenzung des im Rahmen von Qualitätskriterien vertretbaren Maßnahmenspektrums löste allerdings unter den Interviewpartnern lebhaftere Diskussionen aus, nicht zuletzt weil einige der Befragten selbst engagierte Anhänger von z.T. in der obigen „Negativ-Liste“ ausgeschlossenen Angeboten waren. So wurden z.B. die Kursthemen „Kochen für Singlehaushalte“ und „Selbstverteidigung für Frauen“ sehr unterschiedlich betrachtet:

„Selbstverteidigungskurse für Frauen sind ein wichtiger Beitrag zur Gesundheitsförderung, weil sie helfen, sich vor möglichen Bedrohungen der körperlichen und seelischen Gesundheit zu schützen.“

„Selbstverteidigung gehört für mich nicht in die Gesundheitsförderung - man kann alles begründen, aber man muß immer auch daran denken, daß das auch Versichertengelder sind.“

„Das Element 'Kochen' ist ganz wichtig, um auch praktisch anzuleiten; und Singles sind eine wichtige Zielgruppe, da sie häufig besonders ungesunde Eßgewohnheiten haben.“

„Kochkurse für Singles? - nein, kochen alleine reicht nicht, es sollte der Gesundheitsaspekt enthalten sein, z.B. durch die Richtlinien der DGE oder Vollwert-Ernährung nach Leitzmann.“

Sofern die verantwortlichen MitarbeiterInnen vor Ort, angesichts der Qualitätsvorgaben von zentraler Stelle, dennoch Freiräume bei der Angebotsgestaltung hatten, konnte also eine unterschiedliche Auslegbarkeit dessen, was 'Qualität' bedeutet, festgestellt werden. Oftmals sei es „eine Frage des Geschmacks, was der jeweilige Gesundheitsförderer als wichtig erachtet und was nicht“. Das „persönliche Ermessen“ in Einzelfällen wurde etwa von einem Interviewpartner sehr eindrücklich beschrieben:

„Jemand, der zwei Bandscheibenoperationen hatte und jetzt wegen Arbeitsunfähigkeit arbeitslos geworden ist, müßte jetzt von seinem wenigen Geld noch ein Fitneßstudio bezahlen, um seinen dritten Bandscheibenvorfall zu verhindern; hier können wir einspringen.“

Aber auch der Wettbewerbsdruck der Kassen untereinander verführte, wie einige Befragten anmerkten, bisweilen dazu, dem Druck der Versicherten nachzugeben und bei der Erstattung von Kursgebühren trotz bestehender Qualitätskriterien „eher großzügig“ zu verfahren:

„Wenn die Versicherten ankommen und sich beschweren, weil die anderen das auch finanzieren, dann bleibt uns nicht mehr viel übrig als ebenfalls die Kosten zu übernehmen.“

Einige Befragte forderten dabei jedoch von den Versicherten detaillierte Nachweise, z.B. über Kursinhalte und Methoden (etc.), um zumindest ein „Feedback“ über den besuchten Kurs zu erhalten. Die Vorlage von Nachweisen sei jedoch keine unbedingte Voraussetzung dafür, die Kursgebühren erstattet zu bekommen, es werde „Vertrauen gegen Vertrauen“ gesetzt.

Insgesamt war zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits deutlich erkennbar, daß sich die untersuchten Kassen weitaus weniger großzügig bei der Kostenerstattung verhielten, als dies beispielsweise in der Presse oftmals wiedergegeben wurde. Beiträge wie jener in der Zeitschrift „Fit for Fun“ („Wie stark ist meine Krankenkasse?“, 2/96) wurden von den

Befragten als „übertrieben“ und „unsachgemäß“ zurückgewiesen. Eine pauschale Finanzierung von Fitneßstudiobeiträgen oder von Sportgeräten gäbe es - bei allen untersuchten Kassen - nicht.

Durch die zunehmend strengeren Regelungen bei der Kostenübernahme, insbesondere durch die eigenen Hauptverwaltungen, würden jedoch auch sinnvolle Innovationen im Bereich der Gesundheitsförderung zunehmend erschwert. Einige Befragte kritisierten die nunmehr beobachtbare Tendenz der Vereinheitlichung und der zunehmenden Verengung auf Maßnahmen aus den drei klassischen Bereichen der Verhaltensprävention. Das oftmals von Fachleuten kritisierte reduktionistische Bild „Gesundheitsförderung = Kursangebote“ werde so in gewisser Weise noch verstärkt.

Ein weiteres wesentliches Kriterium für das Angebot von Gesundheitskursen war hingegen die Nachfrage durch die Versicherten. Nahezu alle Befragten bestätigten die große Abhängigkeit von der Nachfrage bzw. der Zahl der TeilnehmerInnen. Das Kursprogramm „steht und fällt sozusagen mit der Anzahl an Kursanmeldungen: Es werden soviele Kurse angeboten, wie Anfragen bestehen“. Die in der Vergleichsstudie von KIRSCHNER et al. (1995) konstatierte „nachfragedeterminierte Angebotspolitik“ wurde also auch durch die Aussagen der Interviewpartner bestätigt. Einige Befragte äußerten sich dabei auch besorgt über die starke Abhängigkeit von der Nachfrage:

„Was geht denn am besten? (lacht) - ja, manchmal ist es wirklich ein Konsum, das ist wirklich erschreckend.“

So kam es manchmal vor, daß ein „gutes Konzept“ nicht weitergeführt werden konnte, „weil leider zu wenig Nachfrage bestand“. Als Beispiele wurden u.a. Kursangebote zur „Betreuung Sterbender“, „Asthmatiker-Prävention“, „Ernährung im Alter“, sowie auch das Projekt „Gesund alt werden“ genannt.

Mit der festgestellten ‚Nachfragedeterminierung‘ stellt sich jedoch die Frage, welche Einflußfaktoren maßgeblich dafür waren, daß ein Kursangebot stark oder weniger stark nachgefragt wurde. Hierzu wurden vier Einflußfaktoren von den Interviewpartnern wiederholt genannt. Ein wichtiger Einflußfaktor wurde von vielen befragten Akteuren in der Art der Präsentation der Angebote gesehen:

„Es kommt darauf an, wie man es verkauft; nenne ich den Kurs: ‘Seniorengymnastik’, kommt keiner, nenne ich den Kurs ‘Bewegungstraining für Ältere’, sind die Kurse voll; ‘keine Chance dem Winterspeck’ statt ‘Abnehmkurs’, ‘Bauch-Beine-Po’, ‘Fitneß-Mix’ oder ‘Hits für Kids’ - das klingt!“

Oftmals war die Namensgebung einzelner Kursangebote - nach eigenem Bekunden der Befragten - nur ein Aufhänger, hinter dem sich weitgehend ähnliche Konzepte aus den klassischen Schwerpunktbereichen (Ernährung, Bewegung, Entspannung) verbargen. Darüber hinaus waren aber einige Befragte bemüht, auch inhaltlich neue Angebote zu kreieren, die sie von dem 'Mainstream' der Kassenangebote unterscheidbar machten:

„Der absolute Renner war das Babyschwimmen, weil wir die einzige Kasse waren, die das angeboten hat. Da kam dann auch die Presse -.“

Ein weiterer Einflußfaktor auf die realisierte Nachfrage wurde dagegen in dem ‚guten Ruf‘ gesehen, den einzelne bereits etablierte Kurse, und vor allem die KursleiterInnen genossen. Oftmals sei die ‚Mund zu Mund-Propaganda‘ effektiver als Werbemaßnahmen durch die Kasse. Wenn es sich ‚herumgesprochen hat‘, daß eine Kursleiterin ‚das ganz toll macht‘, konnten sich Kurse, die zu Beginn nur sehr spärlich nachgefragt wurden, ‚plötzlich zu ‚Rennern‘ bei den Versicherten‘ entwickeln.

Der vierte und bedeutendste Einflußfaktor auf die Nachfrage wurde aber schließlich darin gesehen, daß viele Versicherte die Kursangebote nicht als vorbeugende Maßnahmen im eigentlichen Sinne nutzten, sondern als Angebote der Bewältigung und Linderung bereits vorhandener gesundheitlicher Schäden:

„Viele kommen eben erst, wenn es irgendwo weh tut!“

Die Tatsache, daß z.B. ‚Rückenschulen‘ und ‚Wirbelsäulengymnastik‘ eine derart dominierende Stellung im Spektrum der Gesundheitskurse einnahmen, wurde vorwiegend darauf zurückgeführt, daß ‚viele Leute bereits Rückenbeschwerden haben‘. ‚Die eigentlichen Zielgruppen‘ der noch gesunden Versicherten kämen hingegen vergleichsweise selten in die Kurse. Unter den Teilnehmern sei darüber hinaus das Phänomen zu beobachten, daß gerade diejenigen in die Kurse kämen, die ohnehin bereits viel wüßten und sich vergleichsweise ‚gesundheitsbewußt‘ verhielten.

Diese Aussagen sind geradezu typisch für die Inanspruchnahme von gesundheitsfördernden Maßnahmen. Zur Erinnerung die Feststellung von SCHWARTZ (vgl. Kap. 2.3.1): ‚Bei präventivmedizinischen Programmen ist es gegenwärtig nahezu eine ironische Regel: Sie finden die größte Akzeptanz bei den Gruppen mit dem geringsten Risiko.‘ (SCHWARTZ 1993, S. 411) Diese Feststellung wird durch die Ergebnisse der ‚EFB-Studie‘ dahingehend korrigiert, daß die TeilnehmerInnen an Gesundheitskursen oftmals nicht nur ein aktiveres

Gesundheitsverhalten und höheres Gesundheitsbewußtsein, sondern auch eine deutlich höhere Prävalenz von Krankheiten bzw. gesundheitlichen Beschwerden und infolgedessen auch eine intensivere Interaktion mit dem System der medizinischen Versorgung aufwiesen (KIRSCHNER et al. 1995, S. 73). KIRSCHNER et al. bezeichnen dieses allgemein für Gesundheitskurse beobachtbare Phänomen als „beschwerdereaktive Inanspruchnahmemotivation“ (ebd.).

Nach mittlerweile übereinstimmender, auch durch andere Studien belegter, Schätzung zeichnen sich TeilnehmerInnen an Gesundheitskursen idealtypisch durch

- (a) ein höheres Gesundheitsbewußtsein (und dadurch geringere Risikoexposition),
- (b) einen schlechteren Gesundheitszustand und häufigere Betroffenheit von Krankheit bzw. gesundheitlichen Beschwerden, sowie
- (c) häufigere Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen (sowohl Krankheitsfrüherkennung als auch kurative Leistungen: Arzneimittelkonsum, Arztkontakte)

aus (KIRSCHNER et al. 1995, MARSTEDT 1997, S. 10). Diese Mischung aus ‘beschwerdereaktiver Inanspruchnahme’ und dem insgesamt größeren Interesse für gesundheitliche Fragen (Gesundheitsbewußtsein) unter den KursteilnehmerInnen kann als einer der wesentlichen Einflußfaktoren auf die Nachfrage nach Gesundheitskursangeboten angesehen werden.

Entsprechend wurde seitens der Krankenkassen in den letzten Jahren auch das Kursangebot gestaltet: Die Tendenz zu beschwerde- und krankheitsbezogenen Angeboten zeigte sich z.B. darin, daß Angebote mit einem geringeren Beschwerdebezug, wie etwa Ernährungskurse, zunehmend weniger im Mittelpunkt standen als die breite Palette von Angeboten zur Streßbewältigung und Entspannung (bzw. ‘Schmerzbewältigung’) sowie die bei weitem am häufigsten nachgefragten und angebotenen Kurse ‘Rückenschule’ und ‘Wirbelsäulengymnastik’.

6.5.4 Fazit

Um dem in der Gesundheitsförderungspraxis der Kassen zweifellos dominierenden Spektrum an „Gesundheitskursen“ gerecht zu werden, muß insgesamt zwischen den Angeboten stark differenziert werden. Dieser Abschnitt der Untersuchung zeigt, wie viele Facetten hinsichtlich methodischer und inhaltlicher Schwerpunkte unter dem Begriff der Gesundheitskurse subsumiert wurden.

Es wurde aber auch eine deutliche Tendenz erkennbar. Offenbar bedingt durch die Nachfrage durch die Versicherten, welche einen wesentlichen Einfluß auf die Angebotsgestaltung der Kassen hatte, haben jene Angebote an Bedeutung gewonnen, die sich zumindest in der Wahrnehmung der Nutzer auch als sekundär- bzw. tertiärpräventive Maßnahmen der Bewältigung bestehender Gesundheitsprobleme eigneten. Besonders deutlich wird dies am Beispiel der ‘Rückenschulen’.

Interessanterweise wurde die Tendenz der ‘beschwerdereaktiven Inanspruchnahme’, z.B. im Falle der Rückenschulen, zunächst damit beantwortet, daß auch explizit ‘präventive Rückenschulen’ angeboten wurden. Dem Phänomen der beschwerdereaktiven Inanspruchnahme sollte also - wie in diesem Beispiel - offenbar auch konzeptionell entgegengewirkt werden. Dennoch wurde die Tendenz der beschwerdereaktiven Nachfrage in den letzten Jahren in zunehmendem Maße akzeptiert, und Maßnahmen entgegen ihrer ursprünglichen Intention auch verstärkt mit Bezug zu gesundheitlichen Beschwerden angeboten.

Ein deutlicher Beleg hierfür ist auch die Zunahme an Angeboten der Streßbewältigung und Entspannung, wobei letztere in verstärktem Maße in den Kontext der ‘Schmerzbewältigung’ gesetzt wurden. Dabei ist nicht nur der Aspekt der Sekundär- und Tertiärprävention zu beachten, sondern auch der sich in einigen Kurskonzeptionen andeutende Bezug zu gesundheitlichen Versorgungsleistungen im Sinne einer ‘Verbraucherberatung’ (Umgang mit Medikamenten, alternativen Heilmethoden).

Unter inhaltlichen Gesichtspunkten sind diesem Aspekt der Verbraucherberatung im weitesten Sinne auch die Ernährungsangebote für Übergewichtige (Umgang mit Diätprodukten), für

chronisch Kranke (z.B. Diabetes, Osteoporose), und sogar einige Bewegungsangebote (z.B. 'Mehr Sicherheit im Sport', 'Finden Sie die geeignete Sportart') zuzurechnen. Wenngleich dies für manche Beispiele auf den ersten Blick etwas 'weit hergeholt' zu sein scheint, muß jedoch in diesem Zusammenhang auch auf die methodischen Aspekte hingewiesen werden. Unter methodischen Gesichtspunkten eignen sich viele Kursangebote aufgrund ihres Gruppenberatungscharakters, die Partizipation und Aktivierung der TeilnehmerInnen zu fördern, und einen insgesamt 'bewußteren' und selbstbestimmteren Umgang mit Fragen der Gesundheit zu ermöglichen. Gerade aus dieser methodischen Sicht sollte mit einer pauschalen Kritik der Gesundheitskurse, etwa als 'klassische Verhaltensbeeinflussungsprogramme', vorsichtig umgegangen werden.

Auch diese methodischen Aspekte der Aktivierung und der 'Hilfe zur Selbsthilfe' sind jedoch vermutlich dort weit stärker erkennbar, wo auch die 'Qualität der Interaktion', im Sinne des gegenseitigen Erfahrungsaustausches über Möglichkeiten des Umgangs mit gesundheitlichen Belastungen und Beschwerden sowie mit Versorgungsalternativen auch des kurativ-medizinischen Versorgungsangebotes, aufgrund der unmittelbaren Betroffenheit der TeilnehmerInnen stärker ausgeprägt ist.

Es lassen sich also einige methodische und thematische Ansatzpunkte dahingehend zusammenführen, daß eine bedeutende Zielrichtung vieler Gesundheitskursangebote im Kontext der sekundären und tertiären Bewältigung von Problemen der Gesundheit sowie auch der gesundheitlichen Versorgung gesehen werden kann. Dies steht jedoch den mehrheitlich von den Kassen vertretenen Zielrichtungen der primären Verhaltensprävention, welche nicht zuletzt auch in den selbst proklamierten 'Qualitätskriterien' nachhaltig zum Ausdruck kommen, entgegen. In diesem Spannungsfeld zwischen primärpräventiven Zielsetzungen und Zielen der Sekundär- und Tertiärprävention bzw. des 'Patientenempowerments' ist letztlich die Evaluation der Erfolge von Gesundheitskursen zu sehen.

6.6 Die Evaluation von Gesundheitskursen

6.6.1 Bedeutung, Art und Umfang der Evaluationspraxis

*„Man müßte diese Daten wirklich sammeln und auswerten;
dann könnte man nämlich Erfolge nachweisen und sagen:
Herr Seehofer, gucken se mal! - aber wir haben nichts.“
(Interviewpartner)*

Im vorigen Kapitel (6.5) wurden die aus den methodischen und inhaltlichen Details einiger Kursangebote ableitbaren möglichen Zielrichtungen, hinsichtlich der Bewältigung bereits bestehender gesundheitlicher Beschwerden sowie des ‘Patientenempowerments’, aufgezeigt. Daraus ergibt sich ein Spannungsfeld zwischen diesen möglichen Zielrichtungen, und den von den Kassen selbst proklamierten Zielsetzungen und Konzepten der primären Verhaltensprävention.

Vor diesem Hintergrund gibt die Analyse der Evaluationspraxis bei den untersuchten Krankenkassen in zweierlei Hinsicht Aufschluß: Einerseits werden anhand der Bedeutung, der Art und des Umfangs der Evaluationspraxis nochmals die Zielrichtungen der Kassen verdeutlicht. Andererseits können aber auch - soweit vorhanden - Erfolge bezüglich der aufgezeigten möglichen Zielrichtungen dargestellt werden.

Zunächst gilt es dabei, Art, Umfang und Bedeutung der Evaluation seitens der Kassen zu untersuchen. Hinsichtlich der grundsätzlichen Bedeutung kommen etwa KIRSCHNER et al. (1995) zu der eher ernüchternden Feststellung, daß insbesondere die Vermischung von Präventions- und Marketingzielen zu einer systematischen Vernachlässigung der Evaluationspraxis geführt habe:

„Defizite in der Bedarfs- und Zielbestimmung sowie zielgruppenspezifischen Maßnahmenbestimmung führen in Verbindung mit einer nachfragedeterminierten, maßnahmeorientierten Angebotspolitik zu einer ‘Verfügungstellung von Präventionsangeboten’, die von interessierten Versicherten (oder Nichtversicherten) genutzt werden können. [...] Der Aufbau entsprechender Angebote erscheint als Ziel an sich, nicht als Mittel zur Zielerreichung. Damit ist aber die entscheidende Grundfragestellung für eine Evaluation weggebrochen.“ (KIRSCHNER et al. 1995, S. 52)

Demgegenüber zeigen die Interviewergebnisse in dieser Studie zumindest ein deutliches Interesse seitens der befragten KassenvertreterInnen an Maßnahmen der Ergebnisdokumentation

und der ‚Qualitätssicherung‘: ‚Qualität‘ der Angebote wurde von vielen Befragten wiederholt als wichtige Zielsetzung und Wunsch für die zukünftige Angebotsgestaltung genannt (vgl. Kap. 6.3.2, 6.5.3). Allerdings zeigt allein die Äußerung des ‚Wunsches für die Zukunft‘, daß der Bereich der Qualitätssicherung und der Evaluation in der Vergangenheit offenbar nicht in dem Maße ausgeprägt war, wie es den Vorstellungen der Befragten entsprochen hätte. Dabei wurde von einigen Praktikern auf die Schwierigkeit und den großen Aufwand von Evaluationsstudien verwiesen:

„Das Problem ist, daß das sehr aufwendige Testverfahren sind; wenn wir die Wahl haben, eine Rückenschule und eine Evaluation anzubieten oder alternativ zwei Rückenschulen, dann machen wir lieber zwei Rückenschulen.“

Die Evaluation der Maßnahmen stand also aus Sicht der Akteure auch in Konkurrenz zu ihrer ‚sonstigen Arbeit‘, wobei der Schwerpunkt vielfach auf die Organisation und Durchführung der Angebote gelegt wurde. Einige Befragte sahen dabei die Evaluation im Sinne einer kontinuierlichen Begleitung auch nicht als deren unmittelbare Aufgabe an, da die ‚Kurse ja hinreichend im Vorfeld evaluiert und wissenschaftlich geprüft‘ worden seien. Die Zuständigkeit für diese wissenschaftliche a priori-Prüfung wurde von einigen Befragten dann vielmehr auf höherer Ebene der Bundesverbände bzw. Hauptverwaltungen gesehen.

In einigen Fällen wurde jedoch berichtet, daß mittlerweile in zunehmendem Maße auch regelmäßige Teilnehmerbefragungen vor Ort durchgeführt wurden („das läuft jetzt gerade an“). Größtenteils sei das auf Anordnung der jeweiligen Bundes- oder Landeszentralen geschehen, welche auch die entsprechenden Fragebögen dafür zur Verfügung stellten und die statistische Auswertung übernahmen. Eine Interviewpartnerin gab hingegen an, daß sich der Bereich der Teilnehmerbefragungen „unter den Gesundheitsberatern als Selbstläufer entwickelt hat“: Durch regelmäßigen Austausch zwischen den Geschäftsstellen wurden Fragebögen entwickelt und gemeinsam verbessert, sowie kontinuierlich die Erfahrungen über die Ergebnisse ausgetauscht. Dabei handelte es sich jedoch oftmals um Kurzbefragungen, welche lediglich die Akzeptanz und Zufriedenheit der TeilnehmerInnen erfassen sollten.

Darüber hinaus wurde von vielen Befragten, die zuvor die „Qualitätssicherung“ hervorgehoben hatten, auf die Frage nach Art und Umfang dieser „Qualitätssicherung“ geantwortet, daß es sich dabei z.B. um die Sicherstellung formaler Qualifikationen der KursleiterInnen handelte. So wurden sehr hohe Qualifikationsanforderungen, sowohl an Fremdanbieter als auch an eigene Honorarkräfte gestellt. Zumeist war ein abgeschlossenes

Hochschulstudium in den jeweils relevanten Fachrichtungen (Ernährungswissenschaft, Sportwissenschaft, Psychologie etc.) erforderlich, manchmal reichte auch die mehrjährige Berufserfahrung, z.B. als ausgebildete/r Krankengymnast/in, als Diätassistent/in, oder ein anerkanntes Zertifikat, z.B. im Falle von Yoga-Fachlehrern (Bund Deutscher Yogalehrer). Mit diesen hohen Qualifikationsanforderungen war gegenüber früheren Jahren, als die Kassen oftmals auch auf „interessierte LaienkursleiterInnen“ zurückgriffen (MABHOLDER 1995, S. 86), eine deutliche Tendenz der Professionalisierung spürbar. Auf dieser Grundlage wurden dann im Rahmen der Qualitätssicherung häufig Überprüfungen, z.B. bei Fremdanbietern (Fitneßstudios etc.) vorgenommen.

Es waren also aus diesem ‘Stimmungsbild’ über die Bedeutung und den Umfang der Evaluationstätigkeiten verschiedene Tendenzen erkennbar. Einerseits wurde vielfach die große Bedeutung, insbesondere von Maßnahmen der Qualitätssicherung hervorgehoben. Andererseits wurden bezüglich einer hinreichenden Qualitätssicherung verschiedene Aspekte betont, welche eher formalen Gesichtspunkten der Strukturqualität (Qualifikation der KursleiterInnen, wissenschaftliche a priori Prüfung) genügen, denn einer kontinuierlichen Prozeß- und Ergebnisevaluation. Somit kann den Ergebnissen von KIRSCHNER et al. (1995, S. 50) durchaus zugestimmt werden, daß die Evaluationsroutinen der Kassen überwiegend auf die Bereiche

- der Sicherstellung und/oder Überprüfung der Qualifikation der KursleiterInnen,
- der wissenschaftlichen a priori-Überprüfung von Maßnahmen im Rahmen einer Modellphase,
- der Erhebung von Akzeptanz und Zufriedenheit mittels (Kurz-)Fragebögen beschränkt waren.

Ausführlichere Evaluationsstudien wurden dagegen nur in vereinzelten Modellprojekten durchgeführt. Diesbezüglich wurde von den befragten KassenmitarbeiterInnen zumeist auf die Ebene der Hauptverwaltungen bzw. der Landes- und Bundesverbände verwiesen. Dort würden Daten gesammelt, Maßnahmen erprobt und in Form ausgearbeiteter Konzepte an die Geschäftsstellen weitergegeben. Sowohl die Evaluation als auch z.B. die Gesundheitsberichterstattung sei Sache der zentralen Fachabteilungen.

Die anschließende Anfrage bei den Hauptverwaltungen bzw. Bundesverbänden ergab u.a., daß die bislang vorliegenden kasseneigenen Untersuchungen vielfach auch publiziert wurden, daß also nur selten zusätzliche Daten, die nicht über Fachzeitschriften o.ä. erhältlich waren,

vorlagen. Dabei wurden insbesondere „Rückenschulen“, „Stressbewältigungskurse“ und Kurse zu „Ernährung“ bzw. „Gewichtsreduktion“, aber auch „Kurse zur Pflege von Angehörigen“ oder „Raucherentwöhnungskurse“ untersucht. Da sich die Zahl der publizierten Evaluationsstudien seit dem Untersuchungszeitraum deutlich erhöht hatte, wurde bei der Ergebnisauswertung auch auf die über diesen Zeitraum hinaus erschienenen Studien zurückgegriffen.

6.6.2 Ergebnisse der Evaluationsstudien der Krankenkassen

Die Ergebnisse der Evaluationsstudien der Krankenkassen lassen sich in drei Kernbereiche gliedern.

1) Ein erster Schwerpunkt der Evaluationsstudien lag, insbesondere bei den in früheren Jahren erschienen Studien, auf der Erhebung von Faktoren wie Teilnehmerzahlen, Abbrecherquoten, Akzeptanz und Zufriedenheit der TeilnehmerInnen. Hinzu kommen einige detailliertere Studien, welche auch Einstellungs- und Verhaltensvariablen untersucht haben, und somit im engeren Sinne einer Ergebnisevaluation zuzurechnen sind.

2) Nur vereinzelt, und erst in den letzten Jahren in zunehmendem Maße, haben einige Evaluationsstudien auch die Erfolge im Sinne einer Reduktion von gesundheitlichen Beschwerden nach dem Kursbesuch aufgezeigt. Dies geht insbesondere damit einher, daß bei einem großen Teil der untersuchten KursteilnehmerInnen offenbar zuvor nennenswerte gesundheitliche Beschwerden vorlagen.

3) Ein dritter Schwerpunkt der Evaluationsergebnisse liegt auf den wenigen, im Zusammenhang mit dem zweiten Ergebnisschwerpunkt der Reduktion von gesundheitlichen Beschwerden zu betrachtenden, Ergebnissen hinsichtlich ökonomischer Erfolge im Sinne von reduzierter Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungsleistungen nach dem Kursbesuch. Diese wurden jedoch 1996 zu einem bedeutenden Bestandteil der Argumentationen der Kassen gegen die geplante Streichung der Gesundheitsförderung aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. Einleitung, Kap. 0). Gerade in diesen Argumentationen läßt sich der ‘Sinneswandel’ seitens der Krankenkassen hinsichtlich der auch nach außen vertretenen Zielrichtungen nachvollziehen.

6.6.2.1 Teilnehmerzahlen, Zufriedenheit, Einstellungs- und Verhaltensänderungen

Eine Übersicht über die Aktivitäten in der Gesundheitsförderung sowie die Teilnehmerentwicklung gibt z.B. ein Gesundheitsbericht über „Routinestatistiken“ der Barmer Ersatzkasse für das Jahr 1992 (MEIERJÜRGEN/SCHULTE 1993). In diesem Bericht wurde u.a. der hohe Frauenanteil (86% aller TeilnehmerInnen) sowie die Dominanz von Bewegungsprogrammen im Angebotsspektrum (58,9% aller TeilnehmerInnen) festgestellt, wobei hier und wiederum die Themenfelder „Rückenschule“ und „Wirbelsäulengymnastik“ einen beinahe 90prozentigen Anteil der TeilnehmerInnen an Bewegungsprogrammen ausmachten. Darüber hinaus wurde die relativ hohe Abbrecherquote (rund 20%, bei Raucherentwöhnungskursen bis 34,9%) als Indiz für die teilweise noch zu gering entwickelte Akzeptanz einzelner Angebote gewertet (ebd.).

Akzeptanz und Zufriedenheit der TeilnehmerInnen wurde bei nahezu allen der vorliegenden Evaluationsstudien erhoben. Regelmäßig wurde dabei über eine sehr hohe Teilnehmerzufriedenheit (zumeist weit über 90% der befragten TeilnehmerInnen) berichtet, welche jedoch durch die Berücksichtigung der Kursabbrecher, welche i.d.R. nicht mehr für die Abschlußbefragung zur Verfügung standen, relativiert werden mußte.

Entsprechend hoch war auch z.B. die Bereitschaft, „das Gelernte in die Praxis umzusetzen“, wie die Evaluation eines Vollwert-Ernährungskurses ergab. Nach eigenem Bekunden waren dies 97% der TeilnehmerInnen, wobei knapp die Hälfte der Befragten ihre Ernährungsweise langfristig auf Vollwert-Ernährung umstellen wollte (RUDISCHER et al. 1996). Die Hälfte aller befragten KursteilnehmerInnen eines BKK-Gesundheitszentrums gab an, „der Kurs sei eine wichtige Unterstützung für ein gesünderes Leben gewesen. Immerhin 9,6 v.H. sagen sogar, der Kurs wäre in dieser Hinsicht ein entscheidender Veränderungsanstoß gewesen“ (MESCHNIG et al. 1995).

Neben der einfachen Erhebung subjektiver Daten wie z.B. ‘Teilnehmerzufriedenheit’, ‘Zufriedenheit mit dem Kursleiter’, ‘Verbesserungsvorschläge’ (etc.) gehen einige Evaluationsstudien aber im Hinblick auf Prozeß- und Ergebnisevaluation erheblich weiter und fragen z.B. detailliert nach Effekten hinsichtlich des (hinzugewonnenen) Wissens, der gesundheitsbezogenen Einstellung sowie des (veränderten) Gesundheitsverhaltens.

Eine der wohl am weitesten entwickelten Evaluationsstudien im Rahmen der Krankenkassenangebote ist die Evaluation des Kursbausteins „Ernährung“ aus dem Präventionsprogramm „Gesund alt werden“ (WALTER/GÜNTHER et al. 1995). Da bei dem Programm „Gesund alt werden“ eine spezifische Zielgruppe angesprochen wird (die Gruppe der über 40jährigen), wurde zunächst anhand der Teilnehmerdaten die Erreichung dieser Zielgruppe überprüft: nur 5% der TeilnehmerInnen waren unter 39, so daß die beabsichtigte Zielgruppe für den Kursbaustein „Ernährung“ in hohem Maße erreicht wurde. Darüber hinaus war auch bei diesem Programm der hohe Anteil weiblicher Teilnehmerinnen auffällig (80%).

Hinsichtlich des Ernährungswissens, der gesundheitsbezogenen Einstellung sowie des Ernährungs- und Gesundheitsverhaltens wurden durch eine detaillierte Evaluation zu drei Zeitpunkten (zu Beginn und am Ende der Kursreihe sowie zwei Monate nach Kursende) durchweg positive Effekte festgestellt. Lediglich die Messung der gesundheitsbezogenen Einstellungen (Anhand des psychologischen Konzeptes der „gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen“; vgl. Kap. 2.3.3) wies keine eindeutigen positiven Veränderungen auf, was entweder auf die noch ungenügende Entwicklung dieses Meßinstrumentes, oder auf die unterschiedliche Stichprobengröße zu den drei Meßzeitpunkten zurückzuführen sein könnte (zu Beginn wiesen 20% „eine gesundheitsförderliche Einstellung“ auf, nach Ende des Kurses waren dies 15% und zwei Monate nach Kursende nur noch 10% der an der Befragung Teilnehmenden; WALTER/GÜNTHER et al. 1995, S. 281/282).

Andere Evaluationsstudien fragten z.B. nach Veränderungen des Gesundheitszustandes nach der Kursteilnahme in den Bereichen „Subjektives Wohlbefinden“, „Lebensstil“ und „objektiven Indikatoren (wie Blutdruck, Gewicht [...])“ (MESCHNIG et al. 1995) oder, im Falle von Gewichtsreduktionskursen, nach der Entwicklung des Körpergewichtes und des kontrollierten Eßverhaltens (nach Beendigung des Kurses sowie sechs Monate nach dem Kurs) (DRILLER 1994). Auch hier wurden zumeist positive Veränderungen festgestellt. Bei der Evaluation des multidisziplinären Kurs- und Beratungskonzeptes „Wege zum Wohlbefinden“ wurden positive Veränderungen in allen drei Verhaltensbereichen (Bewegung, Ernährung, Entspannung) sowie eine Verbesserung der psychosozialen Befindlichkeit anhand einer detaillierten Fragebogenerhebung festgestellt (DLUGOSCH/KRIEGER 1996).

Weitere Studien fragten z.B. nach subjektiv beobachteten Verhaltensänderungen nach Beendigung des Kurses. Hierbei nannten 74,4% „häufigere körperliche Betätigung und Bewegung“, 72,1% ein „anderes Verhältnis zum Thema Gesundheit“, 70,6% eine „gesündere/altergerechtere Ernährung“ und 67,4% allgemein eine „Verbesserung des körperlichen Befindens“ (DÖRNING et al. 1992). In der Evaluation der Seminare im Rahmen des IKK-Projektes „Meisterfrauen“ wurde von den Teilnehmerinnen insbesondere das Element „Erfahrungsaustausch“ bzw. „offenes Gespräch“ als bedeutsam hervorgehoben (42,9%) und die langfristige Fortsetzung der Bekanntschaften und der gegenseitigen Unterstützung angestrebt. Allerdings nahmen in der nachfolgenden Zeitspanne von sechs Wochen nur 18,6% der Teilnehmerinnen tatsächlich untereinander Kontakt auf (CHRIST 1995, vgl. Kap. 6.5.2.3).

6.6.2.2 Reduzierung von gesundheitlichen Beschwerden nach dem Kursbesuch

Viele der untersuchten Kursangebote wiesen darüber hinaus einen hohen Anteil an TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden auf. Auffällig waren z.B. die Nennungen von chronischen oder akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen bei dem Seminar „Meisterfrauen“. Knapp die Hälfte der befragten Teilnehmerinnen nannte mindestens eine chronische Erkrankung, insbesondere des Muskel- und Skelett-Systems. Beinahe ebenso häufig wurden akute Erkrankungen angegeben, über Beschwerden im weitesten Sinne klagten dabei nahezu alle Befragten (durchschnittlich gab jede Teilnehmerin 11 von 20 aufgelisteten Beschwerden an; CHRIST 1996, S. 25-27).

Aber auch bei Evaluationsstudien von Rückenschulkursen und ähnlichen Bewegungsprogrammen (Wirbelsäulengymnastik, Wassergymnastik etc.) oder von Streßbewältigungskursen war durchweg ein hoher Anteil an TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden feststellbar. Entsprechend wurde in diesen Studien vielfach auch der Rückgang der Beschwerden nach dem Kursbesuch erhoben (KYBURZ 1993, KALLUS 1993, ROTHFUß/NICKEL 1996, BANZER et al. 1995, PRADEL/MÖHLMANN 1996). Dort wo zu Kursbeginn die größten gesundheitlichen Beschwerden vorhanden waren - oftmals waren dies Angebote zu Streßbewältigung - wurden demzufolge auch die größten Erfolge hinsichtlich einer Verbesserung des Gesundheitszustandes erzielt (z.B. MESCHNIG et al. 1995).

Bemerkenswert ist an diesen Ergebnissen zunächst, daß sie oftmals im Rahmen der Ergebnisdarstellung ‘ganz nebenbei’ erwähnt wurden, daß die Frage nach gesundheitlichen Beschwerden und einer Reduzierung dieser Beschwerden also oftmals nicht im Vordergrund der ‘eigentlichen’ Evaluationsfragestellung stand. Im Rahmen der Evaluation von primärpräventiven Effekten (Verhaltensänderung, Erreichung der Lernziele etc.) ‘bot’ sich die Frage nach Beschwerden als ergänzender und ohne großen Aufwand zu untersuchender Aspekt offenbar ‘an’, ohne jedoch damit eine klar erkennbare Zielrichtung zu verfolgen. Die daraus entstandenen Ergebnisse erschienen daher oftmals als ein eher zufälliges Nebenprodukt.

Dennoch wurden aus diesen Ergebnissen in Einzelfällen auch wesentliche Schlußfolgerungen hinsichtlich der Bedarfsermittlung von Gesundheitsförderungs- und -beratungsangeboten gezogen. So wurde in einem Pilotprojekt zu „Inanspruchnahme und Effekte[n] von Gesundheitsberatungen bei Erkrankungen am Stütz- und Bewegungsapparat“ festgestellt, „daß die subjektive Notwendigkeit zur Teilnahme an einer Gesundheitsberatung stark mit der gesundheitlichen Einschränkung zusammenhängt und somit davon auszugehen ist, daß hauptsächlich bereits erkrankte Personen bzw. Personen mit relevanten Beschwerden und Einschränkungen am Stütz und Bewegungsapparat Interesse an einer Gesundheitsberatung haben“ (HÄRTER/WAGENSOMMER et al. 1996, S. 12).

Erst in den letzten Jahren wurden in einzelnen Beispielen die Ergebnisse zur Reduzierung von gesundheitlichen Beschwerden auch systematisch erhoben, und als Grundlage weiterer Untersuchungen von ökonomischen Effekten durch Gesundheitskurse genutzt.

6.6.2.3 Ökonomische Effekte: Reduzierung der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungsleistungen

Im Jahre 1996 sind vermehrt Studien seitens der Krankenkassen erschienen, welche auch die ökonomischen Erfolge durch Gesundheitskurse nachzuweisen versuchten. Dies kann insbesondere im Zusammenhang mit dem wachsenden politischen Druck, angesichts der seit Mitte 1996 drohenden Streichung der Gesundheitsförderung aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen gesehen werden. Eindrückliche Stellungnahmen von Seiten führender Kassenfunktionäre unterstreichen dies (z.B. KIRCH 1996).

Bei der Begründung des 'Nutzens' von Gesundheitsförderungsmaßnahmen wurde dabei gleichwohl auch auf die eher klassischen Modellrechnungen der risikofaktorenorientierten Prävention zurückgegriffen - wie eine Stellungnahme der AOK-Hessen vom 8. Mai 1996 verdeutlicht:

„[...] die AOK [hat] in den letzten Jahren bundesweit rund 4000 Nichtraucherurse durchgeführt mit einer Erfolgsquote von 55 Prozent. Nach einem Jahr entsagten immerhin noch 40 Prozent der Kursteilnehmer dem Nikotin. Jeder Raucher verursacht jährlich krankheitsbedingte Mehrkosten von 1000 Mark, d.h. durch die Kurse der AOK für ihre Versicherten werden jährlich rd. 16 Millionen Mark eingespart. Dem stehen Aufwendungen von 2 Millionen Mark gegenüber - eine Investition, die sich lohnt.“(AOK-Hessen 1996)

Das Beispiel macht erneut deutlich, wie der Umweg von einer Kursevaluation (Erfolgsparameter: Zahl der Nichtraucher nach dem Kurs und ein Jahr nach Kursende) über epidemiologische Daten (krankheitsbedingte Mehrkosten infolge des Rauchens) direkt zur Quantifizierung mutmaßlicher monetärer Einspareffekte genutzt werden kann. Diese Modellrechnung läßt jedoch außer Acht, zu welchem Zeitpunkt die ökonomischen Erfolge, wenn überhaupt, eintreten werden, es stellt sich u.a. das Problem der ‚Diskontierung‘ (denn es ist nicht davon auszugehen, daß jene Kursteilnehmer, die sich das Rauchen abgewöhnt haben, unmittelbar im darauffolgenden Jahr rd. 1000 Mark weniger Krankheitskosten verursachen werden). Weder die Art der Einsparungen (Fehltage im Betrieb, Arzneimittel, Krankenhausaufenthalte) noch der Grund bzw. die Motivation für die geringeren verursachten Kosten können auf dieser Datenbasis hypothetisch untermauert werden. Die Rechnung bleibt, wie grundsätzlich bei Kosten/Nutzen-Fragen der Prävention, in hohem Maße spekulativ (vgl. Kap. 2.1.3 und 2.2.1).

Ein anderes Beispiel der Techniker Krankenkasse in Nordrhein-Westfalen zeigt hingegen auf, wie aufgrund einer internen Datenanalyse Jugendliche, die durch einen hohen Konsum an Psychopharmaka auffällig wurden, als Zielgruppe für Maßnahmen zur psychosozialen Prävention und Beratung ausgewählt wurden. Mündlichen Aussagen der zuständigen Akteure zufolge wurde dabei eine ‚deutliche Verringerung des Verbrauchs an Psychopharmaka‘ bei diesen Jugendlichen festgestellt. Bei der hier anvisierten Zielgruppe handelt es sich jedoch bereits, deutlicher als bei der Gruppe der Raucher, um Betroffene, bei denen ein regelmäßig erhöhter Konsum an Arzneimitteln bereits eingetreten ist. Als unmittelbarer ökonomischer Erfolg meßbar war somit der Rückgang des Konsums dieser Medikamente.

Einige Evaluationsstudien zu Rückenschulen und Streßbewältigungsprogrammen benutzen ebenfalls das Kriterium der verringerten Leistungsanspruchnahme als Maßstab für die Effektivität der Maßnahme. So wurde etwa in einer Evaluationsstudie von „Streßmanagement“-Kursen der Techniker Krankenkasse parallel zu dem deutlichen Rückgang an Schmerzsymptomen (insbesondere Kopfschmerzen) auch ein verringerter Konsum an Medikamenten (Schmerzmittel u.ä.) festgestellt (KALLUS 1993, S. 30).

In einer von der Barmer Ersatzkasse in Auftrag gegebenen Studie wurde bei TeilnehmerInnen an Rückenschulprogrammen, auf der Basis von Befragungsergebnissen, der deutliche Rückgang an Arztkonsultationen, Medikamentenkonsum und Inanspruchnahme nicht-ärztlicher Heilmittelerbringer (Masseur, Krankengymnasten) festgestellt (MAG 1996). Die DAK zitiert diese Ergebnisse in ihrer Mitgliederzeitschrift (3/96, S. 3) wie folgt:

„Untersuchungen haben ergeben, daß 70 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Anschluß an den Kurs nicht einmal halb so oft zum Arzt, Krankengymnasten oder Masseur mußten wie vorher.“

In der Vergleichsstudie zur Gesundheitsförderung durch Krankenkassen in Berlin berichtet MABHOLDER über Vorsorgekuren der BKK Berlin, in denen der „Erfolg“ etwa daran gemessen wurde, „daß ein Drittel der BlutdruckpatientInnen im Anschluß an die Kur ohne oder mit erheblich weniger blutdrucksenkenden Mitteln auskommen kann“ (MABHOLDER 1995, S. 100).

Der AOK-Landesverband Sachsen-Anhalt berichtet unterdessen über Evaluationsergebnisse von Bewegungs- und Ernährungsprogrammen, denenzufolge sich der Medikamentenkonsum und die Häufigkeit von Arztbesuchen im beobachteten Zeitraum (innerhalb von 12 Monaten) verringert hatte (GÖLLNITZ 1997).

Insgesamt zeigt sich an diesen Beispielen, wie nicht nur der Rückgang von zu Beginn eines Kurses vorhandenen gesundheitlichen Beschwerden, sondern auch die damit zusammenhängende Reduktion von Behandlungshäufigkeiten (Arztkontakte, Arzneimittel etc.) vermehrt zum Beurteilungskriterium für die Effektivität gesundheitsfördernder Kurs- und Beratungsangebote geworden ist. Gleichwohl fehlen verbindliche, objektive Daten über die tatsächliche Leistungsanspruchnahme. Diese Daten liegen, so ein Befragter, bei den Kassenärztlichen Vereinigungen vor und dürfen aus Gründen des Datenschutzes nicht

personenbezogen an die Krankenkassen weitergegeben werden. Bei der Erhebung von Leistungsanspruchnahmedaten waren die Kassen also auf die dargestellten Fragebogenerhebungen angewiesen.

Vielfach wurden diese Befragungsergebnisse jedoch auch durch persönliche Erfahrungen der Kassenmitarbeiter bestätigt. Einige Befragte berichteten z.B. über TeilnehmerInnen, die nach der Kursteilnahme in die Geschäftsstellen kamen, um („freudestrahlend“) über die deutlich verringerten Schmerzen (Migräne) und die dadurch ermöglichte Absetzung der Schmerzmittel zu erzählen. Die Beobachtung, daß KursteilnehmerInnen aufgrund gesundheitlicher Beschwerden in die Kurse kamen, und aufgrund des Kursbesuches ihre Beschwerden und dabei vielfach auch die Notwendigkeit der Inanspruchnahme kurativmedizinischer Leistungen reduzieren konnten, kann als ein in der Praxis durchaus häufig erkanntes Phänomen angesehen werden.

Was jedoch trotz der zitierten Einzelbeispiele insgesamt fehlte, war eine systematische und auch theoretisch untermauerte Untersuchung dieses beinahe alltäglichen Phänomens. Beispielsweise wurde in den untersuchten Evaluationsstudien regelmäßig die Frage offen gelassen, welche gesundheitlichen und möglicherweise auch motivationalen Faktoren, z.B. Wissens-, Einstellungs- und Verhaltensvariablen, mit zu der reduzierten Inanspruchnahme von gesundheitlichen, insbesondere kurativmedizinischen Versorgungsleistungen beigetragen hatten.

Hinsichtlich der Teilnahmemotivation wurde etwa für das bereits angesprochene Gesundheitsberatungsangebot der Hamburg-Münchener Ersatzkasse (HÄRTER/WAGENSOMMER et al. 1996) festgestellt, daß nicht nur die gesundheitlichen Beschwerden ‘an sich’ Grund für die Teilnahme an der Gesundheitsberatung lieferte: „25% der Teilnehmer wollten erfahren, ob ihre Beschwerden und Schmerzen am Bewegungsapparat richtig diagnostiziert und behandelt werden“ (ebd., S. 12). Dies zeigt die offenbar bestehende Verunsicherung bei den TeilnehmerInnen hinsichtlich des Umgangs mit den medizinischen Behandlungsangeboten (und -anbietern), welche auch eine wesentliche Motivation zur Teilnahme an dem genannten Beratungsangebot gewesen sein dürfte. Daraus läßt sich weiterhin die Vermutung ableiten, daß die erzielten Effekte der Reduzierung von Behandlungshäufigkeiten nicht nur ein ‘rein somatisches’ Phänomen darstellten, sondern auch im Zusammenhang mit psychologischen

Faktoren des Hinzugewinns an Sicherheit und Kompetenz im Umgang mit der Erkrankung gesehen werden müssen.

Gleichwohl fehlt eine Studie, welche diese motivationalen Faktoren in einen Erklärungszusammenhang mit der Reduzierung der Behandlungshäufigkeiten stellt, und damit auf die eher subjektiven Einflußfaktoren auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Sinne der theoretisch möglichen Substitutionalität und Komplementarität durch gesundheitsfördernde Maßnahmen hinweist (vgl. Kap. 2.2.2.3).

6.6.3 Fazit

Die Untersuchung der Evaluationspraxis der Krankenkassen zeigt, daß zwar einerseits ein großes Interesse und eine große Bereitschaft zu einer verstärkten Wirksamkeitsdokumentation und „Qualitätssicherung“ seitens der befragten KassenvertreterInnen erkennbar war, daß aber andererseits erhebliche Defizite hinsichtlich einer flächendeckenden Strategie der Evaluation bestanden.

Diese Defizite können teilweise in der organisatorischen Vernachlässigung der systematischen Evaluation gesehen werden, da die verantwortlichen Akteure vor Ort stets mit dem Aufgabenbereich der Organisation und Durchführung der Gesundheitskursangebote mehr als ausgelastet waren. Personelle Ressourcen für eine verstärkte Evaluation waren daher nicht im notwendigen Umfang verfügbar.

Noch schwerwiegender erscheint hingegen das offenbar vielfach bestehende Theoriedefizit, hinsichtlich der Evaluationsmethodik, aber insbesondere bezüglich der eigentlichen Zielsetzungen, deren Erreichung es zu evaluieren galt. Die häufig genannten Erfordernisse hinsichtlich der Überprüfung formaler Qualifikationskriterien, sowie auch der wissenschaftlichen a priori-Evaluation im Rahmen einer Modellphase, entsprechen keineswegs den theoretischen Anforderungen an eine kontinuierliche Prozeß- und Ergebnisevaluation. Darüber hinaus waren aber insbesondere die oftmals genannten Zielsetzungen der primären Verhaltensprävention nicht geeignet, die eigentlichen Effekte vieler Gesundheitskursangebote hinreichend zu erfassen.

Die nur im Rahmen von vereinzelt, zumeist auf der Ebene der Zentralabteilungen (Hauptverwaltungen, Bundesverbände) durchgeführten Modellstudien zur Evaluation belegen

die Diskrepanz zwischen den eigentlich angestrebten Zielen der Primärprävention, und den konzeptionell nicht beabsichtigten Effekten der Reduzierung von gesundheitlichen Beschwerden, sowie auch von medizinischen Behandlungshäufigkeiten.

Der überwiegende Teil der vorliegenden Evaluationsstudien gibt Aufschluß über Teilnehmerzahlen, Abbrecherquoten, Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Kursteilnahme. Einige detailliertere Evaluationsstudien haben darüber hinaus auch die Effekte hinsichtlich des in den Kursen vermittelten Wissens, der gesundheitsbezogenen Einstellungs- sowie Verhaltensänderungen erhoben. Teilweise wurde auch die Reduzierung von manifesten Risikofaktoren (z.B. Übergewicht) gemessen. Hervorzuheben ist dabei die Evaluationsstudie zum Kursbaustein „Ernährung“ aus dem Präventionsprogramm „Gesund alt werden“ (WALTER/GÜNTHER et al. 1995), welche auch bezüglich der Frage nach gesundheitsbezogenen Einstellungen bei den TeilnehmerInnen theoretisch sehr in die Tiefe geht. Diese Studie ist aber zugleich beispielhaft dafür, daß auch auf höchster wissenschaftlicher Ebene kein Bezug zu der Frage nach dem zukünftigen Umgang mit medizinischen Versorgungsleistungen hergestellt wurde.

Dies muß auch nicht grundsätzlich als unabdingbare Voraussetzung einer ‘guten Evaluation’ gesehen werden, insbesondere dann nicht, wenn von der Zielsetzung der primären Verhaltensprävention nach dem Muster der Risikofaktorenvermeidung ausgegangen wird. Gerade in diesem Punkt zeigt sich aber die Diskrepanz zwischen dieser Konzeption der Primärprävention und der vielfach festgestellten Realität bei den KursteilnehmerInnen. Viele Evaluationsstudien stellen, gewissermaßen als ‘Nebenprodukt’, den hohen Anteil an TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden, sowie die Reduzierung dieser Beschwerden durch die Kursteilnahme fest.

In diesem Zusammenhang wurde dann teilweise auch die Reduzierung von medizinischen Behandlungshäufigkeiten nach dem Kursbesuch, gleichwohl auf subjektiven Daten der Versichertenbefragungen basierend, festgestellt. Dies wurde, im Zuge der 1996 entbrannten Debatte über die Streichung der Gesundheitsförderung als Aufgabe der Krankenkassen, dankbar aufgegriffen, um auf den ökonomischen Nutzen dieser Maßnahmen öffentlich hinzuweisen.

Dennoch fehlt bei diesen zuletzt erschienenen Studien, welche die potentiellen ökonomischen Effekte durch einige Gesundheitskurse aufzeigen, eine übergreifende Systematik sowie eine theoretische und empirische Untermauerung bezüglich der 'Logik' der durch Gesundheitskurse möglicherweise entstandenen Substitutionseffekte im gesundheitlichen Versorgungssystem. Hier finden sich 'Fragmente' in verschiedenen, voneinander unabhängigen Arbeiten: In einer Studie wird z.B. auf die Teilnahmemotivation durch Unsicherheiten im Umgang mit der Erkrankung und mit den bereits in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen hingewiesen (HÄRTER/WAGENSOMMER et al. 1996); in einer anderen Studie werden die gesundheitsbezogenen Einstellungsvariablen vor und nach dem Kursbesuch untersucht (WALTER/GÜNTHER et al. 1995); und in einem dritten Beispiel werden schließlich die reduzierten Inanspruchnahmehäufigkeiten von medizinischen Leistungen, im Falle der 'Rückenschulen' aufgezeigt (MAG 1996). Zusammengenommen könnten die genannten Beispiele durchaus zu einer Untermauerung der integrativen Effekte von Gesundheitskursen, bezogen auf das gesundheitliche Versorgungssystem herangezogen werden, wenn sie nicht gänzlich voneinander unabhängig und in ihren Ergebnissen auf jeweils andere Untersuchungsstichproben bezogen entstanden wären.

Es läßt sich also zusammenfassend feststellen,

- daß die Integration von Gesundheitsförderung in das gesundheitlichen Versorgungssystem durchaus auch in den beschriebenen Gesundheitskursmaßnahmen angelegt sein könnte,
- daß diese integrativen Effekte fragmentartig in einigen Evaluationsstudien, welche auch die Substitutionserfolge bezüglich der Inanspruchnahmehäufigkeiten von gesundheitlichen Versorgungsleistungen aufzeigen, angedeutet werden,
- daß aber diese integrativen Effekte insgesamt nicht Bestandteil einer übergreifenden Strategie der Kassen waren, sondern eher zufällig und unter dem erhöhten Erfolgsdruck angesichts der drohenden Streichung der Gesundheitsförderung als Kassenleistung, aufgedeckt wurden.

Die systematische Untersuchung der genannten fragmentartigen Befunde hinsichtlich integrativer Effekte von Gesundheitskursen kann als Aufgabe weiterer Forschungsarbeiten angesehen werden. Hierzu soll der zweite Teil dieser empirischen Untersuchung einen 'explorativen' Beitrag leisten (Kap. 7).

7 Teilnehmerbefragung zu Motiven der Inanspruchnahme und Effekten von Gesundheitskursen

„Gesundheitsförderung nützt nichts, wenn der Patient nicht auch kritikfähig gegenüber den Ärzten ist.“
(Interviewpartner)

7.1 Einleitung

7.1.1 Fragestellung der Untersuchung

Wie bereits im vorangegangenen Abschnitt (6.6) ausgeführt, hat die Diskussion über die Streichung der Gesundheitsförderung als Kassenleistung seit Mitte 1996 einen wachsenden Rechtfertigungsdruck seitens der Kassen erzeugt. Wenngleich die hierdurch provozierten deutlichen Stellungnahmen die Entscheidung des Gesetzgebers nicht zu revidieren vermochten, sind im Zuge dieser Debatte dennoch einige interessante Argumentationen sowie einige zielgerichtete Studien zur ökonomischen Wirksamkeit von Gesundheitskursen hervorgebracht worden (z.B. MAG 1996).

Diese Studien und Argumentationen verdeutlichen u.a., daß die nunmehr nach außen vertretene Zielrichtung der Kassen hinsichtlich gesundheitsfördernder Maßnahmen anders als bisher formuliert wurde. In einigen Stellungnahmen war z.B. zu lesen und zu hören, daß Gesundheitskurse zu einem großen Teil Personen mit bereits bestehenden gesundheitlichen Beschwerden ansprechen und daß sich diese gesundheitlichen Beschwerden im Verlauf der Kursteilnahme oftmals deutlich gebessert hatten. Daraus wurde weiterhin geschlossen, daß, bedingt durch die Teilnahme an Gesundheitskursen, oftmals auch eine Reduzierung der Inanspruchnahme von gesundheitlichen, insbesondere kurativmedizinischen Versorgungsleistungen erzielt wurde, daß also Gesundheitsförderung im Sinne der bis dato praktizierten Kassenangebote „eine nachweisbar rentable Investition“ sei (KIRCH 1996).

Das in der Debatte über Prävention zuvor oftmals kritisierte Phänomen der „beschwerdereaktiven Nachfrage“ nach Gesundheitskursen (z.B. KIRSCHNER et al. 1995; vgl. Kap. 6.5/6.6) wurde also nunmehr zur Grundlage für Argumentationen über die Sinnhaftigkeit und die gesundheitliche, sowie auch ökonomische Bedeutung dieser Kursangebote. Ohne

weiter auf die geradezu ironischen Aspekte dieses ‘Sinneswandels’ einzugehen, können diese Feststellungen, im Hinblick auf die theoretische Bedeutung von Gesundheitsförderung, durchaus als bemerkenswert betrachtet werden. Die in dieser Arbeit theoretisch und empirisch untersuchte Hypothese der Notwendigkeit, Gesundheitsförderung als integratives Element, mit verstärktem Bezug zur Problematik der gesundheitlichen Versorgung, wahrzunehmen und zu praktizieren, fand durch die veränderte Argumentation der Kassen in vieler Hinsicht eine empirische Stütze. Es schien geradezu so, als ob die Nutzer gesundheitsfördernder Maßnahmen durch ihr Inanspruchnahmeverhalten genau das zum Ausdruck brachten, was sich theoretisch aus der Analyse des Gesundheitsförderungsdiskurses (Kap. 1) sowie der gesundheitsökonomischen Debatte (Kap. 2) ableiten läßt: nämlich daß Gesundheitsförderung mit dazu beitragen sollte, die Probleme im Zusammenhang mit der weitgehend auf kurative und somatische Medizin beschränkten gesundheitlichen Versorgung aufzudecken, und hierzu u.a. ergänzende Unterstützungsangebote zu bieten.

Gleichwohl waren die hierzu verfügbaren Evaluationsergebnisse aus den Reihen der Kassen äußerst fragmentarisch und ließen eine systematische Untersuchung sowie eine theoretische Unterfütterung der festgestellten Effekte vermissen (vgl. Kap. 6.6.2.3/6.6.3).

So ist erstens die Frage nach den motivationalen Einflußfaktoren auf die beobachtete Verringerung der Inanspruchnahme von kurativmedizinischen Versorgungsleistungen offengeblieben. Handelt es sich denn bei den beobachteten Substitutions- und Rationalisierungseffekten tatsächlich um eine im somatischen Sinne verringerte ‘Notwendigkeit’ von Arztkonsultationen, Medikationen (etc.)? In diesem Falle würden die angebotenen Gesundheitskurse geradezu ein Art der Krankenbehandlung darstellen. Wird also der Gesundheitskurs für die Betroffenen als ‘Alternative’ zum Arztbesuch betrachtet? Oder trägt der Besuch eines Kurs- und Beratungsangebotes der Krankenkasse auch dazu bei, bei den Versicherten das Bewußtsein für die Möglichkeiten und Grenzen medizinischer Fremdhilfe zu schärfen, also Einstellungsvariablen und Kompetenzen im Umgang mit gesundheitlichen Versorgungsleistungen zu beeinflussen? Sind die potentiellen Substitutionseffekte dann vielmehr auf eine erhöhte Kompetenz bei der Auswahl und der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen zurückzuführen? Dann wären Gesundheitskurse eher als eine Art der ‘Verbraucherberatung’ bzw. des ‘Patienten-Empowerment’ zu verstehen.

Die zweite, durch die vorliegenden Evaluationsergebnisse offengebliebene Frage ist die nach einer möglichen Generalisierung der nur für einzelne Kursangebote, insbesondere Rückenschulen und Streßbewältigungskurse, untersuchten Effekte. Für welche Angebote trifft also die Feststellung der beschwerderekativen Nachfrage, der durch den Kurs bedingten Reduzierung manifester gesundheitlicher Beschwerden, sowie der dadurch bedingten Reduzierung medizinischer Behandlungshäufigkeiten zu?

Um diesen Fragen nachzugehen und somit zu einer systematischen Betrachtung des Gesundheitskursspektrums unter dem genannten Blickwinkel zu gelangen, wurde im Herbst 1996 eine ergänzende empirische Untersuchung, in Form einer Teilnehmerbefragung zu Inanspruchnahmemotivation und Effekten von Gesundheitskursen durchgeführt.

7.1.2 Zielsetzung der Untersuchung

Ziel dieser Befragung von KursteilnehmerInnen war es nicht, eine detaillierte Evaluation einzelner Kurse zu liefern. Dies kann und will eine derart breit angelegte Befragung von KursteilnehmerInnen durch einen standardisierten Fragebogen nicht leisten, da hierfür auf die inhaltlichen Spezifika der einzelnen Themen eingegangen werden müßte. Ziel der Untersuchung war es vielmehr, themenübergreifend eine Aussage über Teilnahmemotivationen und, insbesondere psychologische, Effekte durch die Kursteilnahme, welche sich dann wiederum in einer veränderten Einstellung zum Umgang mit gesundheitlichen Versorgungsleistungen niederschlagen konnten, zu machen.

Zunächst ging es darum, zu überprüfen, ob und inwieweit eine Generalisierung der genannten Beobachtungen, der beschwerderekativen Nachfrage sowie der Reduzierung gesundheitlicher Beschwerden durch den Kursbesuch, möglich ist. Dabei kann durch eine stichprobenartige Erhebung laufender Kurse zu einem festen Zeitpunkt auch eine Aussage über die Häufigkeit verschiedener Themenangebote gemacht werden. Da sich das Angebot der Gesundheitskurse der Kassen größtenteils an der Nachfrage orientierte (vgl. Kap. 6.5.3), werden schon über dessen Analyse indirekt die Präferenzen der Versicherten bei der Auswahl gesundheitsfördernder Maßnahmen deutlich, m.a.W.: Durch die themenübergreifende Analyse der Motive für eine Kursteilnahme kann einerseits überprüft werden, für welche Kurse die Beobachtung der beschwerderekativen Inanspruchnahme ganz oder teilweise zutrifft,

andererseits aber auch, welche Größenordnung jene Kurse, für die diese Beobachtung zutrifft, im Spektrum des Kursangebots insgesamt einnehmen.

Darüber hinaus sollten aber auch die Motivationen zur Kursteilnahme durch die Versicherten genauer untersucht werden. Dabei stellt sich nicht nur die Frage nach dem Vorhandensein gesundheitlicher Beschwerden, sondern auch, welche Erwartungen in diesem Zusammenhang an den Kursbesuch gestellt wurden.

Drittens sollten, im Rahmen der methodologischen Möglichkeiten einer einmaligen Befragung, auch Hinweise auf die Effekte der Kursmaßnahmen gesammelt werden. Dies sollte sowohl auf der Ebene der subjektiv empfundenen Verringerung bestehender gesundheitlicher Beschwerden als auch durch eine Selbsteinschätzung gesundheitsbezogener Einstellungen und Kompetenzen geschehen. Auf dieser Grundlage sollte dann eine Selbsteinschätzung der befragten KursteilnehmerInnen über die erwartete zukünftige Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen erfolgen.

Die vorgesehene Selbsteinschätzung zukünftigen Inanspruchnahmeverhaltens diene dabei vorrangig dazu, Intentionen, die sich aus gesundheitsbezogenen Einstellungen und Kompetenzen ergeben, zu erfragen. Die tatsächliche zukünftige Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen war, angesichts der Abhängigkeit von nicht beeinflussbaren Faktoren (z.B. neu auftretende Erkrankungen), in diesem Zusammenhang sekundär. Die an dieser Stelle häufig diskutierte Fehlallokation medizinischer Ressourcen, sei es durch eine überhöhte Erwartungshaltung der Patienten oder durch großzügige Verschreibungs- und Behandlungspraktiken seitens der Leistungserbringer (vgl. Kap. 2) sollte vielmehr konstruktiv als Grundlage der Hypothese genutzt werden, daß eben durch den Besuch gesundheitsfördernder Maßnahmen, zumindest auf Seiten der Patienten eine 'rationalere' bzw. bedarfsgerechtere Leistungsanspruchnahme gefördert werden kann. Da sich eine solche Entwicklung zu mehr Kompetenz und Inanspruchnahmebewußtsein vorrangig auf kognitiv-psychologischer Ebene vollzieht, sind die verwendeten Antwortkategorien dieses Fragebogens bewußt subjektiv gewählt (siehe Anhang II).

Die Ergebnisse aus dieser Kursteilnehmerbefragung sind daher nicht so sehr als endgültige Beweise über die Wirksamkeit der Gesundheitsförderung im allgemeinen, und im speziellen über die Chancen, vorhandene gesundheitliche Beschwerden zu lindern, zu bewerten. Die

Ergebnisse sollen vielmehr die Möglichkeiten ausdrücken, durch Gesundheitsförderung, und hier speziell durch Gesundheitskurse, Kompetenzen bei den von verschiedenen gesundheitlichen Einschränkungen Betroffenen zu fördern, und damit auch positiv auf Faktoren einzuwirken, die außerhalb eines starren 'Reiz-Reaktions-Mechanismus' die Inanspruchnahme des gesundheitlichen Versorgungssystems mitbestimmen.

7.1.3 Rahmen und Durchführung der Untersuchung

Angesichts der größtenteils zum Ende 1996 auslaufenden Gesundheitskurse wurde als Zeitraum für die Untersuchung die jeweils letzte Kursstunde, zwischen Ende November und Mitte Dezember 1996, gewählt. Aufgrund der Meldungen der an der Untersuchung teilnehmenden Krankenkasse wurden für 97 laufende Kurse mit ca. 1160 TeilnehmerInnen Fragebögen vorbereitet und an die jeweiligen Geschäftsstellen in Hessen versandt.

Der Fragebogen wurde so gestaltet, daß eine knappe Beantwortung während der letzten Kursstunde ohne große zeitliche Verluste für die KursleiterInnen und TeilnehmerInnen möglich war. Auf diese Weise sollte eine möglichst hohe Bereitschaft zur Beantwortung und Weiterleitung der Fragebögen gefördert werden. Angesichts der demotivierenden politischen Situation, insbesondere für die KursleiterInnen, erschien dies keinesfalls selbstverständlich. Insofern ist die gute Rücklaufquote, die sich schließlich aus dem Zusammenwirken von TeilnehmerInnen, KursleiterInnen, den verantwortlichen GesundheitsberaterInnen der Geschäftsstellen sowie der Abteilungsleitung für Gesundheitsförderung bei der untersuchten Krankenkasse ergab, überaus erfreulich: Die Auswertung ergab einen Rücklauf an verwertbaren Fragebögen von 623 (54%) aus 84 Kursen (87%).

7.2 Kursspektrum und Teilnehmerstruktur

Die Kurse konnten nach 14 verschiedenen Kursthemen unterschieden werden. Am häufigsten vertreten waren die Themen „Wirbelsäulengymnastik“ (18 Kurse/144 Teilnehmer), „Yoga“ (12/109) und „Autogenes Training“ (13/93). Aus dem Themenbereich „Ernährung“ befanden sich lediglich 5 Kurse in der Stichprobe (3x „Gesunde - bzw. Vollwerternährung“, 2x „Gewichtsreduktion“). Anhand dieser ungleichen Verteilung der Themenkomplexe

„Ernährung, Bewegung und Entspannung“ wird bereits ein Wandel gegenüber früheren Jahren deutlich, als insbesondere dem Themenkomplex „Ernährung“ eine zentrale Bedeutung im Kursspektrum zukam (vgl. Kap. 6.5.2).

Die Teilnehmerstruktur wurde anhand der Merkmale „Geschlecht, Alter und Beruf“ differenziert. Darüber hinaus wurde zwischen ErstteilnehmerInnen und solchen, die bereits einen oder mehrere Kurse absolviert hatten, unterschieden.

7.2.1 Geschlecht

Die Geschlechterverteilung ergibt einen Anteil von insgesamt 39,7% männlichen und 60,3% weiblichen TeilnehmerInnen. Dieses Verhältnis variiert jedoch etwas in Abhängigkeit des jeweiligen Kursthemas; z.B. liegt der Anteil männlicher Teilnehmer in Kursen zu „Gesunder Ernährung“ deutlich unter dem Durchschnitt (22,2%), während bei Streßbewältigung über die Hälfte der TeilnehmerInnen männlich sind (55,7%). (siehe Tab. 7.1)

Tab. 7.1: Kursspektrum und Teilnehmerstruktur

Kursthemem	Anzahl der Kurse	Teilnehmer- Innen gesamt	Geschlechtsverteilung	
			männlich	weiblich
Wirbelsäulengymnastik	18	144	67	77
Yoga	12	109	36	73
Autogenes Training	13	93	40	53
Rückenschule	10	61	24	37
Streßbewältigung	10	61	34	27
Progressive Muskelentspannung	8	45	15	30
Gesunde Ernährung	3	27	6	21
Prüfungsstreß bewältigen	2	24	6	18
Beweglichkeitsschulung	1	13	5	8
Gewichtsreduktion	2	12	4	8
Venengymnastik	1	11	3	8
Beckenbodentraining	1	9	0	9
Schmerzbewältigung	1	7	3	4
Nicht-Rauchen	2	7	4	3
Gesamt	84	623	247 (39,7%)	376 (60,3%)

7.2.2 Alter

Die Altersverteilung der TeilnehmerInnen ergab folgendes Bild: Mit 33% war die Gruppe der 30-40jährigen am häufigsten vertreten. Der Anteil der über 60jährigen war bei den Kursthemen „Wirbelsäulengymnastik“ (17%), „Rückenschule“ (14,8%), „Beweglichkeitsschulung“ (15,4%) sowie „Schmerzbewältigung“ (14,3%) überdurchschnittlich hoch. Der Anteil der 20-30jährigen lag dagegen beim Thema „Prüfungsstreß bewältigen“ (82,6%) (erwartungsgemäß) besonders deutlich über dem Durchschnitt (Tab. 7.2).

Tab. 7.2: Altersstruktur der TeilnehmerInnen

Kursthemen	Altersverteilung (in %)						
	10-19 J.	20-29 J.	30-39 J.	40-49 J.	50-59 J.	60-69 J.	> 70 J.
Wirbelsäulengymnastik	0,7	5,7	27,7	21,3	27,7	13,5	3,5
Yoga		16,7	32,4	27,8	17,6	4,6	0,9
Autogenes Training		20,4	36,6	11,8	18,3	10,8	2,2
Rückenschule		18	34,4	23	9,8	14,8	
Streßbewältigung		16,7	50	23,3	10		
Progressive Muskelentspannung		27,3	31,8	13,6	22,7	2,3	2,3
Gesunde Ernährung	7,4	11,1	40,7	18,5	11,1	11,1	
Prüfungsstreß bewältigen		82,6	17,4				
Beweglichkeitsschulung			7,7	61,5	15,4	15,4	
Gewichtsreduktion		16,7	41,7	25	16,7		
Venengymnastik			27,3	18,2	45,5	9,1	
Beckenbodentraining			22,2	55,6	22,2		
Schmerzbewältigung				71,4	14,3	14,3	
Nicht-Rauchen		14,3	57,1	14,3	14,3		
Gesamt	0,5	16,7	33	21,8	18,3	8,3	1,5

7.2.3 Beruf

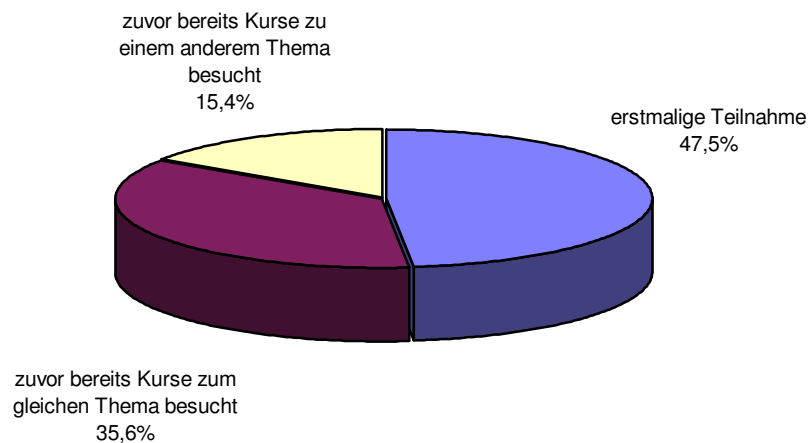
Eine Unterteilung nach sozialen Schichten erschien anhand der erhobenen Daten über den gegenwärtigen und den erlernten Beruf, entgegen der gängigen Unterteilung nach Arbeitern, Angestellten und höheren Angestellten/Akademikern etc., die in der Literatur als signifikanter Marker für die Schichtzugehörigkeit gilt (z.B. MIELCK 1994), nicht geeignet. Nur selten wurden 'typische' Arbeiterberufe, die auf einen evtl. niedrigeren Bildungsstand bzw. ein evtl. niedrigeres Einkommen hinweisen, angegeben. Es kann jedoch festgestellt werden, daß der

Anteil der Erwerbstätigen 63,1% betrug. Der Akademikeranteil (erwerbstätige + nichterwerbstätige Akademiker) betrug im Durchschnitt 44,8 %.

7.2.4 Bisherige Kursteilnahmen

47% der TeilnehmerInnen haben zum ersten Mal einen Kurs der Gesundheitsförderung besucht. 52% hatten zuvor bereits einen oder mehrere Kurse besucht, hiervon wiederum 69,8% (35,6% aller Teilnehmer) zum gleichen Thema, 30,2% (15,4% aller Teilnehmer) zu einem anderen Thema (Abb. 7.1).

Abb. 7.1: Bisherige Kursteilnahme

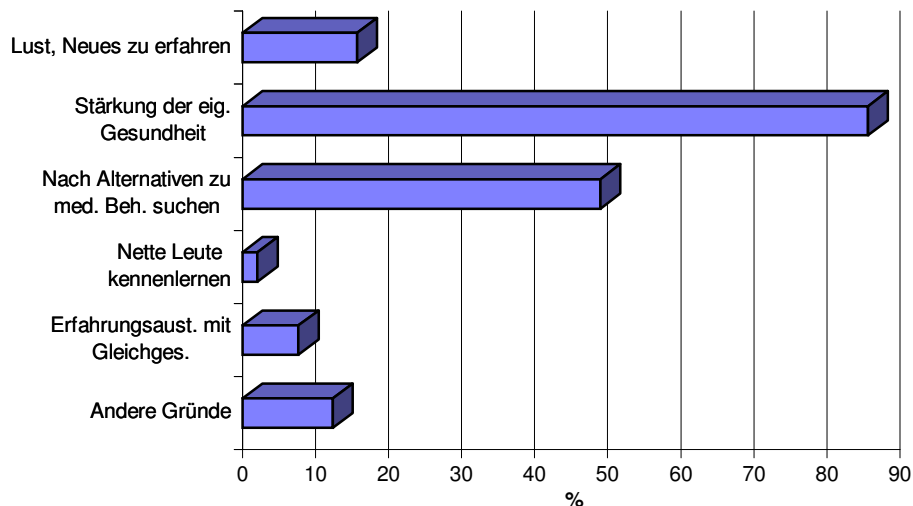


7.3 Motivation zur Kursteilnahme

Aus einer Auswahl von 6 Antwortmöglichkeiten konnten die Befragten 2 für sie wesentliche Motive für eine Kursteilnahme angeben. Mit 85,6% am häufigsten wurde das Motiv „Stärkung der eigenen Gesundheit“ genannt. An zweiter Stelle mit 49% folgte das Motiv „Nach Alternativen zu medizinischen Behandlungen suchen“. Während ersteres eine unspezifische gesundheitsbewußte Einstellung signalisiert, zeigt letzteres eine konkretere Erwartungshaltung an den Kursbesuch, die im Zusammenhang mit dem Umgang mit gesundheitlichen Beschwerden stehen könnte, zumindest aber eine gewisse Unzufriedenheit

mit konventionellen Behandlungsmöglichkeit andeutet. Die Antwortmöglichkeit „Erfahrungen austauschen“, die als direkt beschwerdebezogen interpretiert werden kann, wurde hingegen nur von 7,7% genannt (Abb. 7.2).

Abb. 7.2: Wesentliche Motive für die Kursteilnahme



Die in Abb. 7.2 unter der Rubrik „andere Gründe“ (12,4%) verzeichneten Angaben wurden frei formuliert. Großenteils handelte es sich dabei um den Wunsch, bereits bestehende Beschwerden (Rückenschmerzen, Streß etc.) zu lindern.

7.3.1 Gesundheitliche Beschwerden

Hinsichtlich der Motivation zur Kursteilnahme wurde weiterhin untersucht, ob bei den TeilnehmerInnen gesundheitliche Beschwerden vorlagen, die im Zusammenhang mit dem Kursbesuch standen. 80,5% aller Befragten beantworteten diese Frage mit „Ja“. Die dabei genannten Beschwerden korrelierten stark mit dem jeweiligen Kursthema; z.B. wurden unter den genannten Beschwerden bei TeilnehmerInnen an Rückenschulen zu 83,1% „Rückenschmerzen“ und zu 15,1% „Verspannungsschmerzen im Nacken- und Schulterbereich“ angegeben. 5,7% der angegebenen Rückenschmerzen waren darüber hinaus schwere Fälle infolge einer oder mehrerer Bandscheibenvorfälle. TeilnehmerInnen an Streßbewältigungskursen nannten entsprechend häufig „Streß/Nervosität“, „Schlaflosigkeit“

(34%) und andere psychosomatische Symptome (32%)¹ als gesundheitliche Beschwerden (Tab. 7.3).

Tab. 7.3: Gesundheitliche Beschwerden im Zusammenhang mit dem Kursbesuch

Kursthema	Anteil TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden (in %)	Art der gesundheitlichen Beschwerden (% aller genannten Beschwerden)								
		Rücken- schmer- zen	schwere Rücken- schmer- zen infolge BS- Vorfall	Verspan- nungs- schmerz. (Nacken, Schulter u.ä.)	Kopf- schmer- -zen/ Migrän e	Streß/ Nervo- sität /Schlaf- losigk.	multiple psycho- somat. Beschw.	Ernäh- rungs- abh. Erkrank./ Risiko- faktoren	Allerg.	Sonst.
Rückenschule	88,5	77,4	5,7	15,1			1,9			
Wirbelsäulen- gymnastik	84	75,4	8,5	10,2	1,7			3,4		0,8
Streß- bewältigung	83,1	4		6	6	34	32	8		10
Yoga	82,4	47,1		24,1	2,3	8	16,1			2,3
Autogenes Training	76,3	13		2,9	4,3	43,4	29	1,4		5,8
Progressive Muskelentsp.	81,8	33,3		27,8	8,3	13,9	8,3			8,4
Gesunde Ernährung	37					11,1	11,1	55,6	11,1	11,1
Gewichts- reduktion	83,3	11,1						88,9		
Schmerz- Bewältigung	85,7	33,3			33,3		33,3			
Prüfungsstreß Bewältigen	79,2					38,9	55,6		5,6	
Beckenboden- Training	66,7									100
Venengymnastik	90,9			10			10			80
Beweglichkeits- schulung	92,3	83,4	8,3				8,3			
Nichtrauchen	71,4									100
Gesamt	80,5	37,3	2,9	11,7	3,1	13,7	15	3,7	0,4	7,1

Während der Anteil der TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden bei nahezu allen Kursthemen gleichermaßen hoch war, lag dieser Anteil lediglich beim Thema „Gesunde Ernährung“ mit 37% deutlich unter dem Durchschnitt. Ernährungskurse nahmen also auch hier eine Sonderstellung ein. Als gesundheitliche Beschwerden wurden dort z.B. ernährungsabhängige Krankheiten (z.B. Verdauungsbeschwerden, in einem Fall Krebs) oder Risikofaktoren (Bluthochdruck, Hypercholesterinämie) genannt. Risikofaktoren wurden jedoch vermutlich nur zum Teil von den Betroffenen als gesundheitliche Beschwerden

¹Unter „multiple psychosomatische Beschwerden“ sind Mehrfachnennungen aus den Bereichen „Magen-Darm, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Verspannungen, Nervosität, Depression, Herz-Kreislauf“ zusammengefaßt. Zur Illustration soll folgende Antwort eines Teilnehmers dienen: „Psychosomatisches Krankheitsbild: Wirbelsäule, Verdauungsorgane, Spannungskopfschmerz, Migräne“.

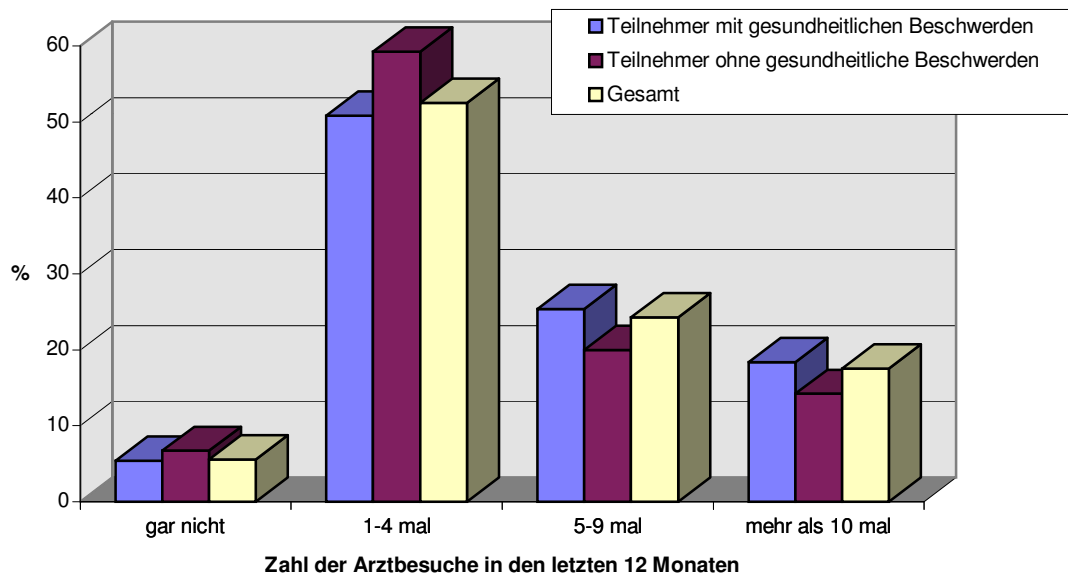
wahrgenommen, da oftmals kein direkter 'Leidensdruck' besteht. Beim Thema Gewichtsreduktion lag der Anteil derer, die ihren 'Risikofaktor' Übergewicht als gesundheitliches Leiden empfanden, dagegen mit 88,9% weitaus höher. Hinzu kamen hier beispielsweise Rückenschmerzen infolge der Belastung des Bewegungsapparates (11,1%).

Auf die Darstellung der Beschwerden bei besonderen Kursthemen (z.B. Inkontinenz beim Thema Beckenbodengymnastik) wird nicht weiter eingegangen, sie sind unter der Rubrik „Sonstiges“ zusammengefaßt (ebenso: Raucherhusten, Asthma, Tinnitus, Colitis Ulcerosa; ebf. Tab. 7.3).

7.3.2 Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen im Zusammenhang mit den genannten Beschwerden

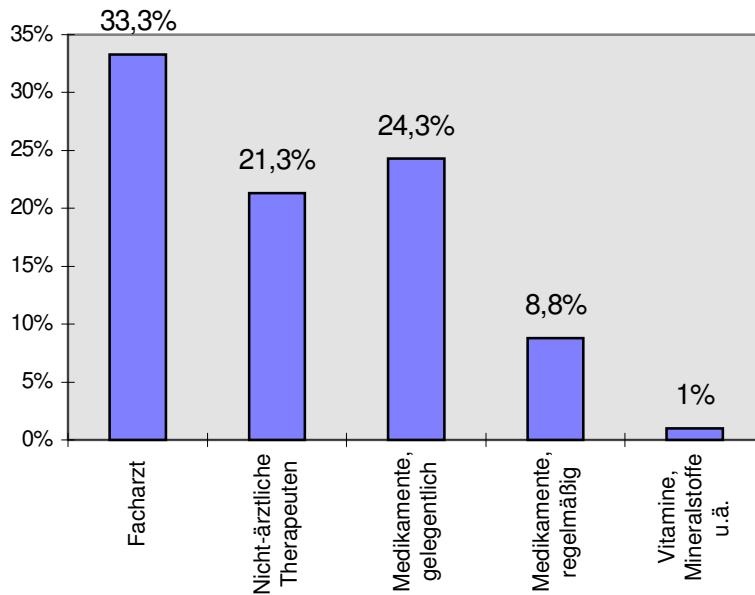
Über den Schweregrad der gesundheitlichen Beschwerden läßt sich außer in den Beispielen „schwere Rückenbeschwerden infolge eines Bandscheibenvorfalles“ oder „multiple psychosomatische Beschwerden“ nicht viel sagen. Die Zahl der Arztbesuche, Facharztbesuche und der eingenommenen Medikamente im Zusammenhang mit den genannten Beschwerden kann jedoch als Indikator für die Bedeutung dieser Beschwerden, sowohl für die Betroffenen als auch, aufgrund der entstehenden Behandlungskosten, für die Krankenkasse gewertet werden.

Die Gegenüberstellung der angegebenen Zahl der Arztbesuche insgesamt (in den letzten 12 Monaten) mit den Angaben zu gesundheitlichen Beschwerden zeigt einen geringfügigen statistischen Zusammenhang (nicht signifikant: $p=0,078$). Die Zahl derer, die in den letzten 12 Monaten mehr als 10x einen Arzt aufgesucht haben (insgesamt 17,5%), ist für die Gruppe der TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden (im Zusammenhang mit dem Kursthema) nur geringfügig höher (18,4%) (Abb. 7.3).

Abb. 7.3: Arztbesuche in Abhängigkeit der genannten Beschwerden

Im Zusammenhang mit den genannten gesundheitlichen Beschwerden hatten jedoch 33,3% der betroffenen TeilnehmerInnen mindestens einmal einen Facharzt aufgesucht, 21,3% einen nicht-ärztlichen Therapeuten (Krankengymnasten, Masseur, Psychotherapeut, Heilpraktiker u.a.) sowie 24,3% gelegentlich und 8,8% regelmäßig Medikamente eingenommen. 1% der Befragten gaben darüber hinaus den regelmäßigen Gebrauch von Vitamin-, Mineralstoff- oder sonstigen „natürlichen“ Präparaten im Zusammenhang mit den gesundheitlichen Beschwerden an (Abb. 7.4).

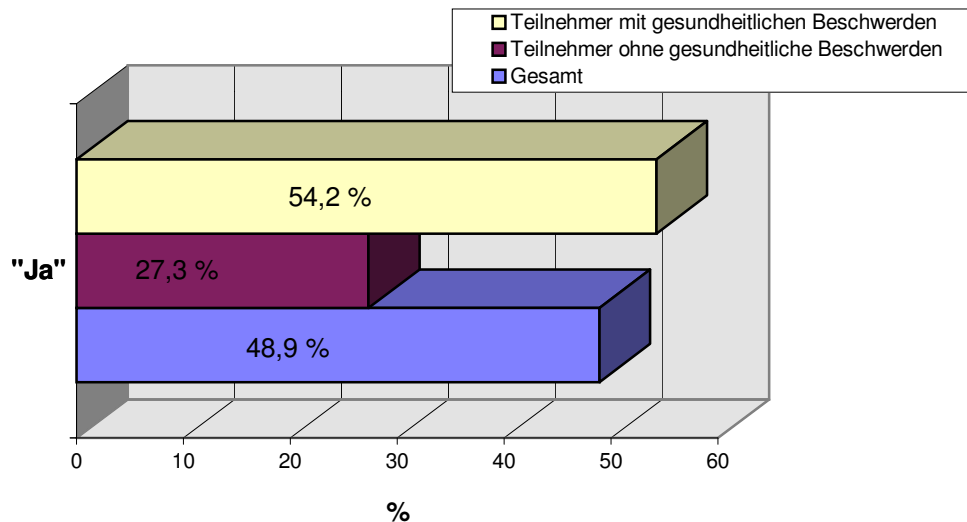
Abb. 7.4: Leistungsanspruchnahme in Zusammenhang mit den genannten Beschwerden



7.3.3 Suche nach Behandlungsalternativen im Zusammenhang mit den genannten Beschwerden

Schließlich wurde untersucht, inwieweit das zuvor genannte Motiv „nach Alternativen zu medizinischen Behandlungen suchen“ mit dem Vorhandensein gesundheitlicher Beschwerden korrelierte. Es ergab sich ein höchst signifikanter Zusammenhang ($p < 0,001$) dahingehend, daß 54,2% der TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden angaben, die Suche nach Behandlungsalternativen sei ein wesentliches Motiv für die Kursteilnahme gewesen (gegenüber 27,3% der Gruppe ohne Beschwerden; Abb. 7.5).

Abb. 7.5: Nach Alternativen zu medizinischen Behandlungen suchen?



Damit läßt sich zusammenfassen, daß

- a) ein Großteil der Befragten (80,5%) vor Kursbeginn unter gesundheitlichen Beschwerden litt,
- b) wiederum die Mehrheit der TeilnehmerInnen mit Beschwerden (54,2%) angab, auf der Suche nach Alternativen zu herkömmlichen medizinischen Behandlungsformen gewesen zu sein, die
- c) bereits von vielen Befragten (jeweils ca. ein Drittel bei Facharztbesuchen sowie Medikamenteneinnahmen) in den letzten 12 Monaten aufgrund der geäußerten Beschwerden - mehr oder weniger erfolgreich - in Anspruch genommen wurden.

Eine Ausnahme bildete jedoch, wie gesehen, die Teilnehmergruppe der Kurse zu „Gesunder Ernährung“. Mit 37% lag der Anteil der TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden hier deutlich unter dem Durchschnitt des sonstigen Kursspektrums. Darüber hinaus wiesen Ernährungskurse aber auch andere Besonderheiten bzgl. der Teilnehmerstruktur auf; z.B. lag der Anteil männlicher Teilnehmer mit 22,2% deutlich unter dem ansonsten überraschend hohen Anteil von durchschnittlich 39,7%. Ernährungskurse bildeten also insgesamt eine Ausnahme von den bis dato festgestellten Tendenzen bezüglich der Nachfrage nach den hier untersuchten Gesundheitskursen.

Diese Sonderstellung des Themenbereiches 'Ernährung' wird jedoch insofern für das Gesamtergebnis relativiert, als der Anteil dieser Kurse an der Gesamtstichprobe mit 3,6% sehr gering ist. Damit liegt die Vermutung nahe, daß das noch vor einigen Jahren zentrale Kursthema „Gesunde Ernährung“ nunmehr u.a. deshalb in weit geringerem Umfang angeboten wurde, weil hier die Nachfrage durch die Versicherten offenbar dem Muster der Beschwerdereaktivität nicht in dem Maße folgte, wie das bei anderen Kursthemen der Fall war.

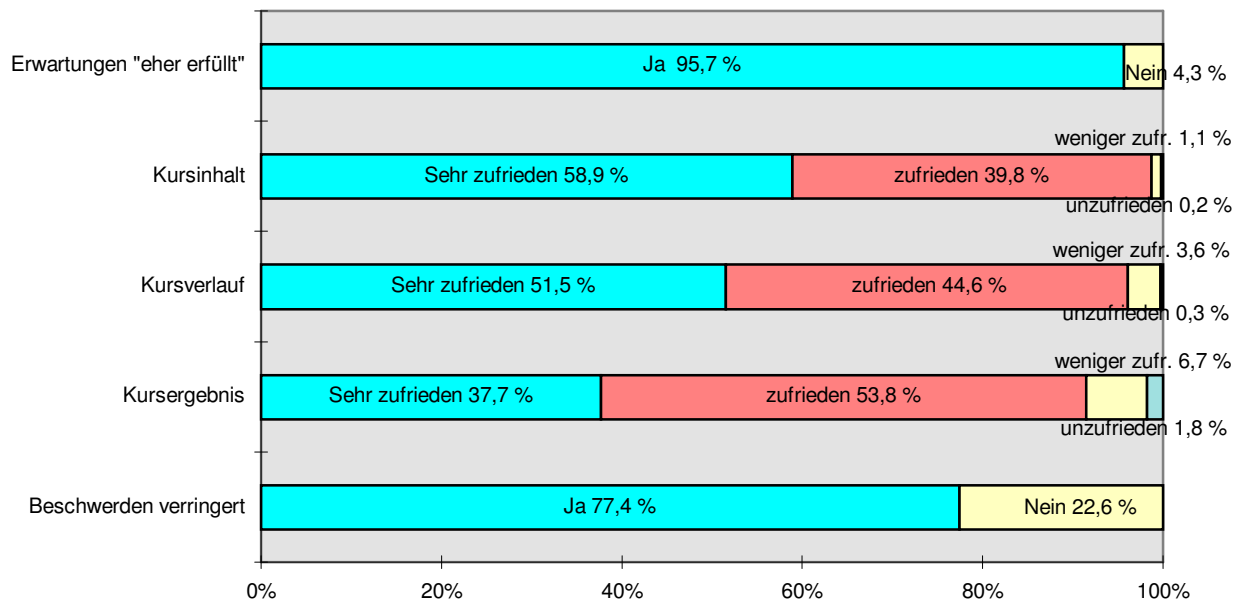
7.4 Effekte der Kursteilnahme

7.4.1 Zufriedenheit mit der Kursteilnahme

Die folgenden Fragen zur Zufriedenheit der TeilnehmerInnen mit den jeweiligen Kursen sind nicht als Bestandteil einer themenbezogenen Kursevaluation zu verstehen. An dieser Stelle sollten lediglich Daten über allgemeine Zufriedenheit mit Inhalt, Verlauf und Ergebnis sowie die Erfüllung der an den Kursbesuch gestellten Erwartungen durch die TeilnehmerInnen erhoben werden, welche dann wiederum auf die Ergebnisse hinsichtlich der Linderung vorhandener Beschwerden bezogen werden konnten.

Erwartungsgemäß bestand insgesamt eine große Teilnehmerzufriedenheit. 95,7% der TeilnehmerInnen sahen ihre Erwartungen an den Kurs als „eher erfüllt“ an. 98,7% waren mit den Inhalten des Kurses „zufrieden“ oder „sehr zufrieden“ - wobei unter den 4,3% TeilnehmerInnen, die ihre Erwartungen als „eher nicht erfüllt“ ansahen, ein Großteil dennoch mit den Inhalten „zufrieden“ bis „sehr zufrieden“ war. 96,1% waren mit dem Verlauf des Kurses „zufrieden“ bis „sehr zufrieden“, und 91,5% zeigten sich mit dem Ergebnis des Kurses „zufrieden“ bis „sehr zufrieden“ (Abb. 7.6).

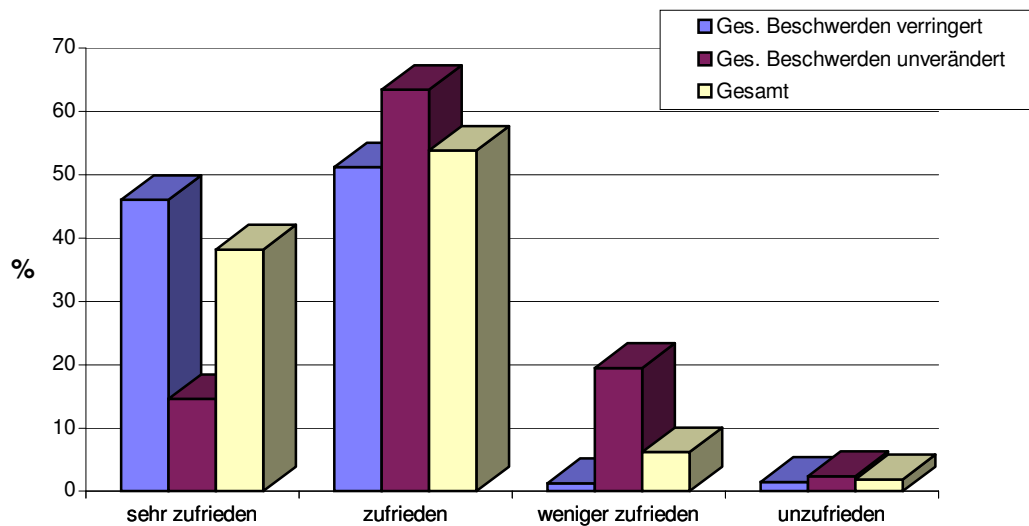
Dabei zeigt die Darstellung der Ergebniszufriedenheit in Abhängigkeit des jeweiligen Kursthemas eine besonders hohe Zufriedenheit bei den Themen „Rückenschule“, „Wirbelsäulengymnastik“ und „Beweglichkeitsschulung“, also bei denjenigen Kursthemen, die durch einen besonders hohen Anteil an TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden auffielen.

Abb. 7.6: Teilnehmerzufriedenheit

7.4.2 Reduzierung gesundheitlicher Beschwerden

Im Zusammenhang mit der Teilnehmerzufriedenheit ist weiterhin festzustellen, daß ein Großteil der TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden (77,4%, entspricht 63,2% aller Befragten) angaben, daß sich ihre genannten Beschwerden im Verlauf des Kurses verringerten, und daß sie diese positive Veränderung ganz oder teilweise auf den Kursbesuch zurückführten (ebf. Abb. 7.6). Diese an sich überzeugende Zahl zeigt auch einen Zusammenhang mit den Erwartungen vieler TeilnehmerInnen an das Kursergebnis: Während 97,2% der TeilnehmerInnen, deren Beschwerden sich im Kursverlauf verringert haben, mit dem Ergebnis des Kurses „zufrieden“ bis „sehr zufrieden“ waren, zeigten sich in der Gruppe derer, deren Beschwerden gleichgeblieben sind, 21,9% „weniger zufrieden“ bis „unzufrieden“ mit dem Kursergebnis (Abb. 7.7).

Abb. 7.7: Ergebniszufriedenheit im Zusammenhang mit der Reduzierung gesundheitlicher Beschwerden



7.4.3 Gesundheitsbezogene Einstellungen

Um der Frage nach psychologischen Effekten im Sinne veränderter gesundheitsbezogener Einstellungen nachzugehen, wurden einige ausgewählte Fragen zur subjektiven Beurteilung des Gesundheitsbewußtseins sowie dessen Veränderungen durch die Kursteilnahme gestellt. Darüber hinaus wurde der Versuch unternommen, diese subjektiven Aussagen anhand einiger 'objektivierender' Fragen zu erhärten. Hierzu wurde u.a. auf das theoretische Konzept der ‚gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen‘ (*locus of control*; vgl. Kap. 2.3.3) zurückgegriffen.

Dabei ist allerdings anzumerken, daß es sich bei den hier gestellten Fragen nicht um eine, dem derzeitigen Stand der Instrumentarientwicklung entsprechend umfassende Erhebung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen handelte (vgl. z.B. NICKEL 1995). Dies hätte den Rahmen dieses Fragebogens gesprengt, und wäre darüber hinaus nicht der hier im Mittelpunkt stehenden Fragestellung, nämlich: ‚Lassen sich überhaupt Veränderungen der gesundheitsbezogenen Einstellungen durch den Kursbesuch feststellen?‘, gerecht geworden. Die im Rahmen einer einmaligen Befragung eng gesetzten methodologischen Möglichkeiten

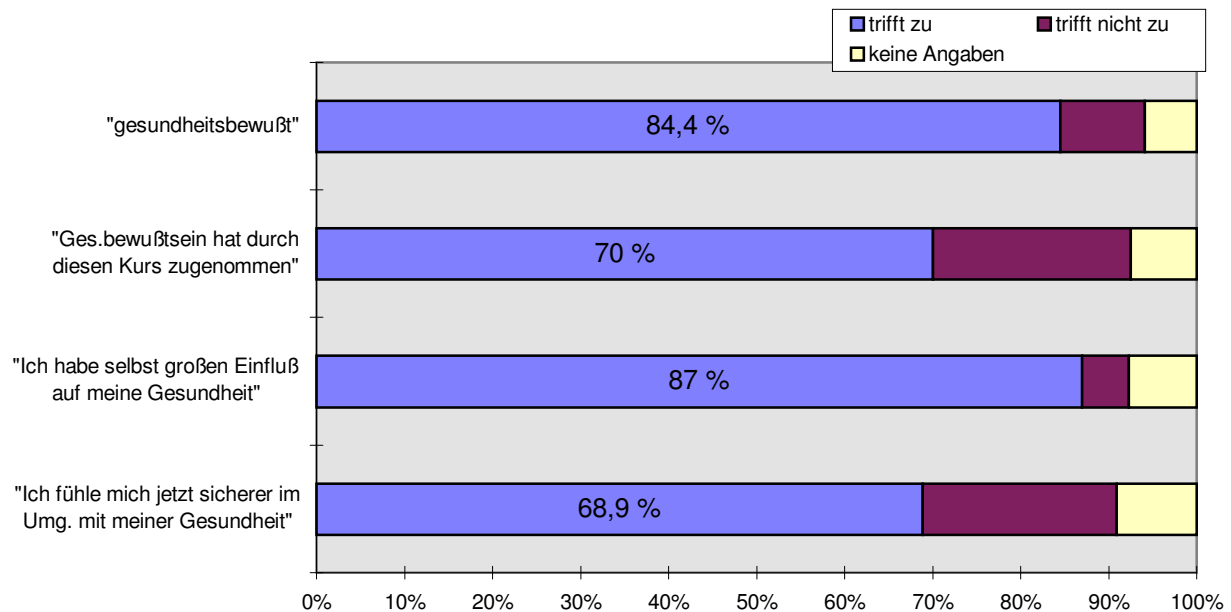
sollten jedoch dahingehend ausgeschöpft werden, daß 'explorativ' nach den Übereinstimmungen zwischen subjektiven Aussagen über das Gesundheitsbewußtsein aus verschiedenen Blickwinkeln gesucht wurde.

Auf die Frage nach einer Selbsteinschätzung des Gesundheitsbewußtseins antworteten 84,4% aller TeilnehmerInnen, daß sie sich selbst als ‚gesundheitsbewußt‘ bezeichneten (89,7% aller gültigen Antworten). Nach dem Alter unterteilt zeigt sich, daß dieser Anteil für die 20-29jährigen (93,9%) sowie für die 50-59jährigen (94,3%) und über 60jährigen (100%) überdurchschnittlich hoch war, während lediglich 66,7% der 10-19jährigen dieser Aussage zustimmten (30-39jährige: 84%, 40-49jährige: 87,3%). Die Aufteilung nach Geschlecht zeigte einen höheren Anteil ‚Gesundheitsbewußter‘ unter den weiblichen Teilnehmerinnen (92,1% gegenüber 86% bei männlichen Teilnehmern).

Dabei ist zu berücksichtigen, daß auch der Anteil der TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden für weibliche Teilnehmerinnen mit 83,2% etwas über dem Gesamtwert von 80,5% lag (76,4% für männliche Teilnehmer). Bei der Altersverteilung zeigte sich mit 90,2% ebenfalls ein etwas höherer Anteil an TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden in der Gruppe der 60-69jährigen (73,5% der 20-29jährigen). Ein Vergleich der Teilnehmergruppe mit gesundheitlichen Beschwerden und jener, die sich selbst als ‚gesundheitsbewußt‘ bezeichnete, zeigt jedoch keinen signifikanten Zusammenhang: 90,7% der TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden bezeichneten sich als ‚gesundheitsbewußt‘ (gegenüber 89,7% aller gültigen Antworten).

Eine Unterscheidung nach der Berufsausbildung zeigt schließlich, daß sich Akademiker etwas seltener (87,8%) als ‚gesundheitsbewußt‘ bezeichneten als Nicht-Akademiker (91,7%).

70% aller TeilnehmerInnen gaben darüber hinaus an, daß durch den Kursbesuch ihr ‚Gesundheitsbewußtsein‘ zugenommen habe (75,7% der gültigen Antworten). Entsprechend fühlten sich 68,9% aller Befragten durch den Besuch des Kurses ‚jetzt sicherer im Umgang mit der eigenen Gesundheit‘ (Abb. 7.8).

Abb. 7.8: Gesundheitsbewußtsein der TeilnehmerInnen

Das insgesamt hohe Gesundheitsbewußtsein der TeilnehmerInnen wird auch durch die Analyse weiterer ausgewählter Items bestätigt. Die Antwortkategorien „ich habe selbst großen Einfluß auf meine Gesundheit“, „Gesundheit ist vor allem durch äußere Einflüsse bedingt“, „- vor allem durch das Schicksal/Zufall“, „- vor allem durch den Arzt/die Medizin“ und „- vor allem durch die sozialen Umgebung“ repräsentieren - wenn auch in verkürzter Form - das Konzept der „gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen“ (siehe oben).

Während, wie gesehen, 87% der TeilnehmerInnen der Überzeugung waren, selbst großen Einfluß auf ihre Gesundheit zu haben (Abb. 7.8), gaben nur 34,2% an, Gesundheit sei vor allem durch äußere Einflüsse bestimmt. Hierbei wurde wiederum von 21% aller Befragten dem Schicksal/Zufall, von 20,9% dem Arzt/der Medizin und von 61,3% der sozialen Umgebung ein wesentlicher Einfluß auf die Gesundheit zugeschrieben. Der letzten Aussage, Gesundheit werde vor allem durch die soziale Umgebung (Familie, Freunde, Arbeitsplatz) bestimmt, wurde damit insgesamt häufiger zugestimmt, als der allgemeineren Aussagen, daß Gesundheit vor allem durch äußere Einflüsse bedingt sei.

Der Theorie der gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen folgend, würde ein hoher Wert bei „Selbstbestimmung“ (I-HLC, internal health locus of control scale) und bei

„Einflüsse anderer Personen“ (P-HLC), kombiniert mit einem niedrigen Wert bei „Einflüsse des Schicksals/Zufalls“ (C-HLC) die günstigste Kombination der drei Antwortkategorien hinsichtlich des ‘Gesundheitsbewußtseins’ darstellen (vgl. Kap. 2.3.3). Deshalb wurde auch die Frage nach den Häufigkeiten verschiedener Antwortkombinationen aus den drei genannten Kategorien untersucht. Zu diesem Zweck wurden zunächst in einem clusteranalytischen Verfahren ‘typische’ Antwortkombinationen ermittelt. Wenngleich sich bei diesem Verfahren die Anzahl verwertbarer Fragebögen auf $n=347$ reduzierte (nach Abzug von ‘Missing’-Werten in einer oder mehreren der 5 Fragen), konnte auch innerhalb der verbleibenden Teilstichprobe die oben beschriebene Tendenz - hoher Wert bei „Selbstbestimmung“; niedriger Wert bei „Einflüsse des Schicksals/Zufalls“ sowie eine differenzierte Beurteilung der „Einflüsse anderer Personen“ - beobachtet werden.

Am häufigsten wurden dabei ausschließlich die Antwortkategorien „ich habe selbst großen Einfluß auf meine Gesundheit“ und „Gesundheit ist vor allem durch die soziale Umgebung bestimmt“ mit „Ja“ beantwortet (Typ I: 19,0%) (alle anderen Kategorien jeweils mit „Nein“). Der mit 17,9% am zweithäufigsten beobachtete Antworttyp (Typ II) stimmte lediglich der Aussage „ich habe selbst großen Einfluß auf meine Gesundheit“ zu, der dritthäufigste Typ (Typ III: 15,9%) beantwortete auch die Items „Gesundheit ist vor allem durch äußere Einflüsse bestimmt“, sowie „vor allem durch die soziale Umgebung“ mit „Ja“. Andere Antworttypen, die auch den Faktoren „Schicksal/Zufall“ oder „Arzt/Medizin“ großen Einfluß auf die Gesundheit einräumten, waren erheblich seltener vorzufinden (Typ IV: 8,6%; Typ V: 8,1%; Typ VI: 6,9%; Typ VII: 6,1%; Abb. 7.9).

Abb. 7.9: Häufigste Antworttypen bezüglich gesundheitsbezogener Einstellungen

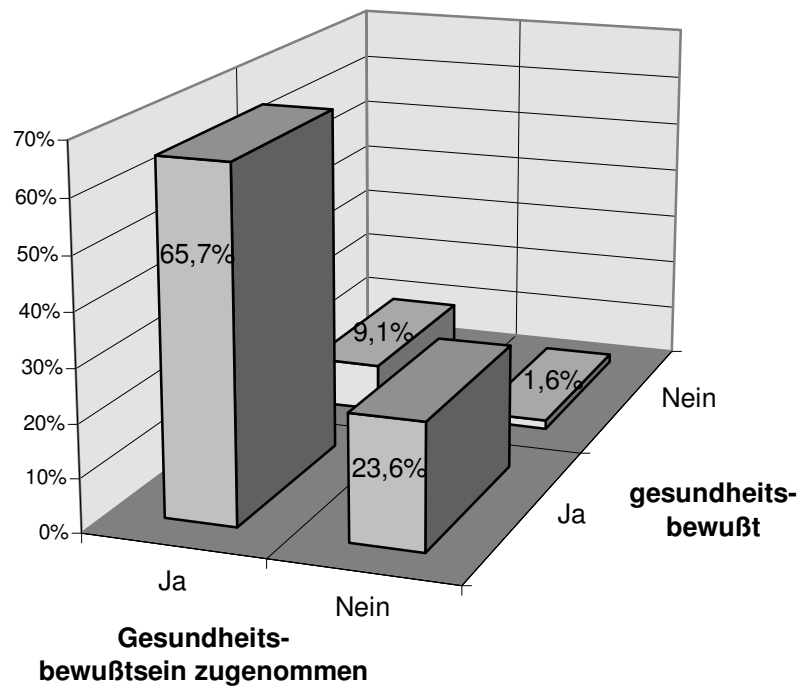
	Typ I: 19%		Typ II: 17,9%		Typ III: 15,9%	
	"Nein"	"Ja"	"Nein"	"Ja"	"Nein"	"Ja"
"Ich habe selbst gr. Einfluß auf meine Gesundheit"		x		x		x
"Gesundh. ist vor allem d. äußere Einfl. bedingt"	x		x			x
"Gesundh. ist vor allem d. Schicksal/ Zufall bed."	x		x		x	
"Gesundh. ist vor allem d. Arzt/ Medizin bed."	x		x		x	
"Gesundh. ist vor allem d. soziale Umgebung bed."		x	x			x

Vergleicht man nun diese Antworttypen mit den jeweiligen subjektiven Angaben über das Gesundheitsbewußtsein, bzw. über die Zunahme des Gesundheitsbewußtseins im Kursverlauf, so zeigt sich eine weitgehende Übereinstimmung. Insbesondere die Antworttypen II (95%) und III (90,7%) bezeichneten sich auch größtenteils selbst als gesundheitsbewußt, der Antworttyp I lag mit 86,2% immer noch geringfügig über dem Durchschnitt (wie gesehen 84,4%).

Während die Typen II und III auch bei der Aussage „mein Gesundheitsbewußtsein hat durch diesen Kurs zugenommen“ über dem Durchschnitt von 70% lagen (81,7% resp. 77,8%), lag der Typ I hier mit 66,2% etwas darunter. Diese Abweichungen hängen möglicherweise damit zusammen, daß die Gruppe der Gesundheitsbewußten nicht immer mit der Gruppe derer, deren Gesundheitsbewußtsein durch den Kursbesuch zugenommen hat, übereinstimmen mußte. Bei TeilnehmerInnen, die ohnehin vor dem Kursbesuch bereits ein hohes Gesundheitsbewußtsein aufwiesen, lag die Vermutung nahe, daß dies durch den Kursbesuch nicht mehr bedeutend verändert wurde.

Eine kreuztabellarische Gegenüberstellung dieser beiden Items zeigt jedoch, daß der Anteil der TeilnehmerInnen, die sowohl angaben, gesundheitsbewußt zu sein als auch, daß ihr Gesundheitsbewußtsein durch den Kursbesuch zugenommen hatte, mit 65,7% den größten Anteil der Gesamtstichprobe ausmachten. Bei dieser Gruppe kann davon ausgegangen werden, daß das nunmehr hohe Gesundheitsbewußtsein durch den Kursbesuch mitbeeinflußt wurde. Bei 23,6% aller TeilnehmerInnen, die sich als gesundheitsbewußt bezeichnen, hatte der Kursbesuch jedoch keinen nennenswerten Einfluß hierauf. Bei 9,1% hatte dagegen umgekehrt das Gesundheitsbewußtsein zwar zugenommen, sie bezeichnen sich aber dennoch nicht als „gesundheitsbewußt“ (Abb. 7.10).

**Abb. 7.10: Gesundheitsbewußtsein/
Zunahme während des Kursbesuchs**

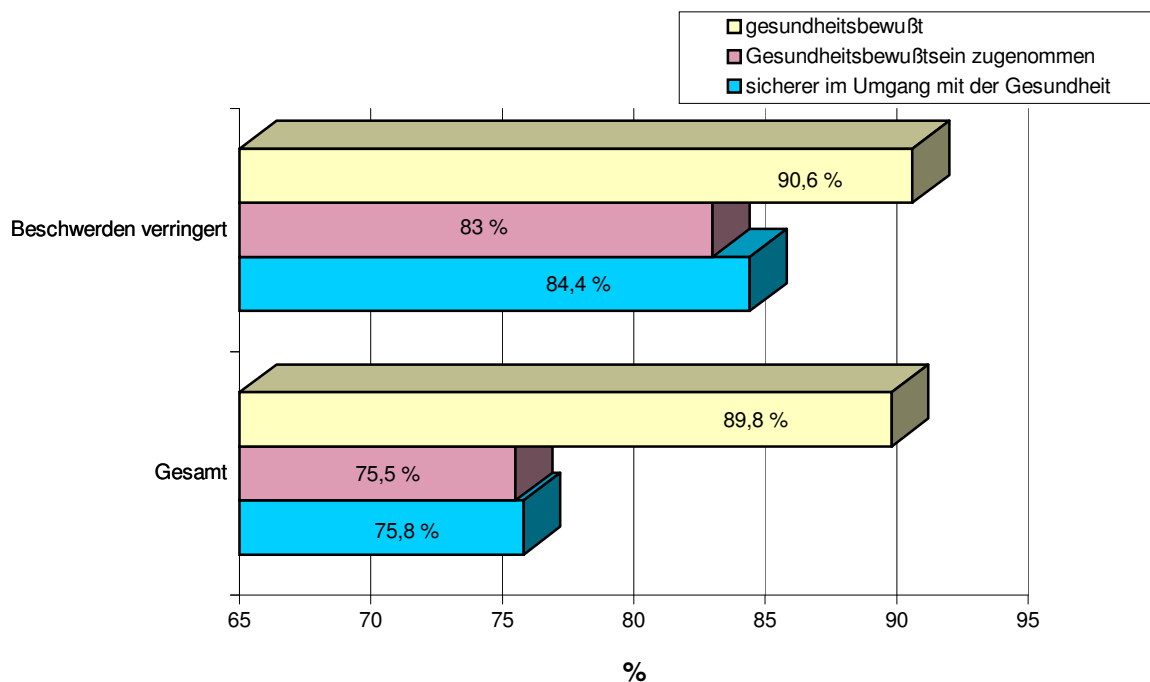


Auch bei dieser Frage nach der Zunahme des Gesundheitsbewußtseins gab es geschlechtsspezifische Unterschiede: Während insgesamt 75,7% der TeilnehmerInnen (valide Prozent, entspricht 70% der Gesamtstichprobe) eine Zunahme des Gesundheitsbewußtseins durch den Kursbesuch angaben, lag dieser Anteil bei männlichen Teilnehmern mit 79% über dem Durchschnitt und bei weiblichen Teilnehmerinnen mit 73,5% geringfügig darunter. Demgegenüber bezeichneten sich Männer, wie gesehen, insgesamt etwas seltener als gesundheitsbewußt als Frauen.

Schließlich stellt sich die Frage, ob die Angaben über ein während des Kursbesuchs erhöhtes Gesundheitsbewußtsein auch mit einer Reduzierung gesundheitlicher Beschwerden in Zusammenhang stehen. Während sich insgesamt 89,8% der TeilnehmerInnen als „gesundheitsbewußt“ bezeichnen, lag dieser Anteil für die Gruppe, deren Beschwerden sich im Verlauf des Kurses verringert hatten, mit 90,6% geringfügig höher (s.o.). Deutlicher ist der Unterschied zur Gesamtstichprobe jedoch für diejenigen Fragen, welche sich auf eine Zunahme des Gesundheitsbewußtseins gegenüber dem Kursbeginn beziehen: 83% der TeilnehmerInnen, deren gesundheitliche Beschwerden sich verringert hatten, gaben

gleichzeitig an, daß sich ihr Gesundheitsbewußtsein durch den Kursbesuch erhöht hatte (gegenüber 75,5% der Gesamtstichprobe); und 84,8% fühlten sich „jetzt sicherer im Umgang mit der eigenen Gesundheit“ (gegenüber 75,8% der Gesamtstichprobe; Abb. 7.11).

Abb. 7.11: Gesundheitsbewußtsein der TeilnehmerInnen mit verringerten Beschwerden



Somit besteht eine positive Korrelation zwischen der festgestellten häufigen Zunahme des Gesundheitsbewußtseins und der Reduzierung der gesundheitlichen Beschwerden durch die Kursteilnahme. Die festgestellten somatischen Verbesserungen des Gesundheitszustandes wurden also in vielen Fällen auch durch psychologische Faktoren, wie etwa der Zunahme des Gesundheitsbewußtseins bzw. der subjektiv empfundenen Sicherheit im Umgang mit der eigenen Gesundheit, begleitet.

Dies ist im Hinblick auf die Frage nach der zukünftigen Inanspruchnahmehäufigkeit von gesundheitlichen Versorgungsleistungen ein entscheidendes Ergebnis, da hierdurch ersichtlich wird, daß mehrere Faktoren zu einer möglichen Reduzierung der Behandlungshäufigkeiten beigetragen haben können: Einerseits der deutliche Rückgang der zu Beginn des Kurses

bestehenden gesundheitlichen Beschwerden, andererseits aber auch ein insgesamt verändertes Bewußtsein bzw. ein Hinzugewinn an Sicherheit im Umgang mit der Gesundheit, und möglicherweise auch mit dem gesundheitlichen Versorgungssystem.

7.4.4 Veränderungen der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungsleistungen

Im letzten Teil des Fragebogens sollte ermittelt werden, ob und inwieweit die Reduzierung der gesundheitlichen Beschwerden, sowie das erhöhte Gesundheitsbewußtsein auch Auswirkungen auf die zukünftige Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen hatte. Neben medizinischen Leistungen im engen Sinne (Hausarztbesuch, Facharztbesuch, Medikamentengebrauch, Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen) wurden bei diesen Fragen auch nicht-ärztliche Leistungen miteinbezogen (alternative/ nicht-ärztliche Therapeuten, Gesundheitsförderung). Die erhaltenden Ergebnisse sollten dabei auch Tendenzen über veränderte Präferenzen der befragten Versicherten erkennbar machen.

Bei den Fragen zur Häufigkeit zukünftiger Hausarzt-, und Facharztbesuche sowie des Medikamentengebrauchs glaubten 20,4%, zukünftig seltener einen Hausarzt aufzusuchen (häufiger: 0,6%), 24,9% vermuteten, zukünftig seltener fachärztliche Behandlung zu benötigen (häufiger: 1,8%) und 24,1% beabsichtigten, zukünftig weniger Medikamente einzunehmen (mehr: 0,5%). Bei alternativen bzw. nicht-ärztlichen Therapeuten war dieses Bild dagegen etwas differenzierter: 13,5% wollten zukünftig seltener und 17,5% häufiger nicht-ärztliche Therapeuten konsultieren.

40,6% der Befragten beabsichtigten darüber hinaus eine häufigere Inanspruchnahme von Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen, und 74,5% der TeilnehmerInnen äußerten schließlich den Wunsch, zukünftig vermehrt Kurse der Gesundheitsförderung zu besuchen. Dieses Ergebnis drückt einerseits das erhöhte Gesundheitsbewußtsein sowie die Zufriedenheit der TeilnehmerInnen mit dem Kursbesuch aus. Andererseits ist dieses Ergebnis dennoch auf den ersten Blick überraschend, da trotz der mehrheitlich erzielten guten Erfolge durch den Kursbesuch offenbar weitere Kursbesuche für notwendig gehalten wurden. Damit wurde allerdings die zuvor aufgezeigte Tendenz bei den TeilnehmerInnen, mehrere Gesundheitskurse zum gleichen, oder zu einem anderen Thema zu besuchen (52% der befragten TeilnehmerInnen), durch den geäußerten Wunsch nach weiterführenden Kursen

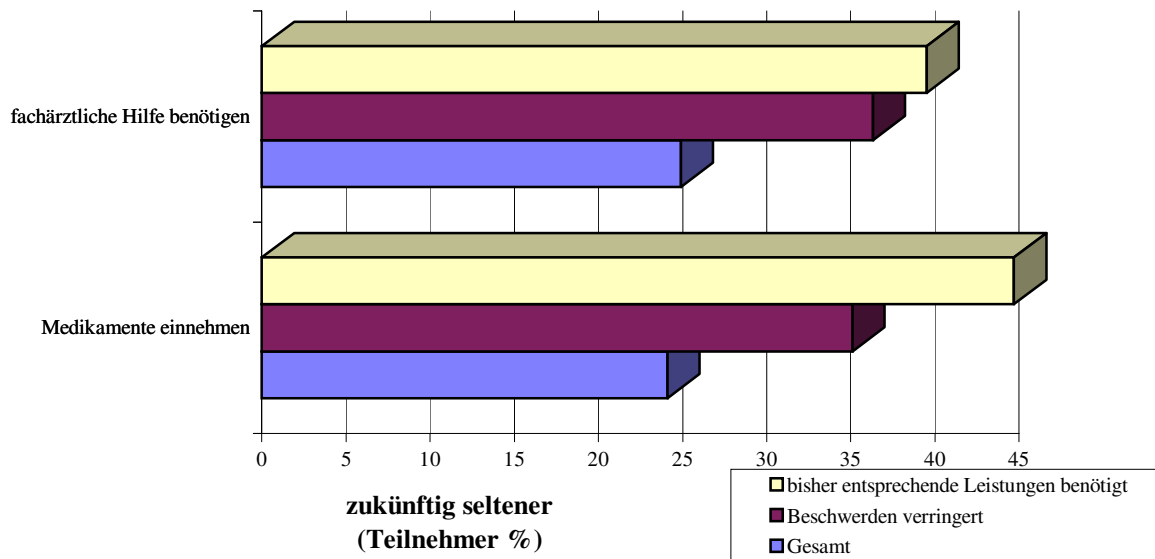
bestätigt. Gesundheitskurse wurden also offenbar aus Teilnehmersicht nicht nur als ein einmaliges Angebot, sondern eher als eine dauerhafte Unterstützung wahrgenommen.

Während also insgesamt die geäußerte Nachfrage nach Gesundheitsförderung, Vorsorgeuntersuchungen sowie alternativen bzw. nicht-ärztlichen Therapeuten nach dem Kursbesuch erhöht war, wurde bei medizinisch-kurativen Leistungen eine deutlich verringerte zukünftige Inanspruchnahme angestrebt.

Um das durch die tendenziell verringerte Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistung mögliche Substitutionspotential etwas genauer zu ermitteln, wurde zudem überprüft, inwieweit die beabsichtigten Veränderungen der Leistungsanspruchnahme gezielt auf jene TeilnehmerInnen entfielen, die zuvor angegeben hatten, dauerhafte medizinische Leistungen im Zusammenhang mit ihren genannten Beschwerden in Anspruch genommen zu haben.

Die Ergebnisse hierzu zeigen deutlich den Zusammenhang zwischen der Häufigkeit bisheriger Leistungsanspruchnahme und der zukünftigen angestrebten Reduzierung. Innerhalb der Gruppe, die bislang fachärztliche Hilfe im Zusammenhang mit ihren genannten gesundheitlichen Beschwerden benötigten, lag der Anteil derer, die zukünftig seltener einen Facharzt zu benötigen glaubten, mit 39,5% deutlich über der Gesamtstichprobe (24,9%). Beim Medikamentenkonsum wies besonders die Personengruppe, die bislang gelegentlich Medikamente im Zusammenhang mit den angegebenen gesundheitlichen Beschwerden einnahmen, einen hohen Anteil an Antworten, zukünftig weniger Medikamente einnehmen zu wollen, auf (44,7% gegenüber 24,1% der Gesamtstichprobe).

Darüber hinaus lag innerhalb der Teilnehmergruppe, deren gesundheitliche Beschwerden sich im Kursverlauf verringert hatten, der Anteil derer, die beabsichtigen, zukünftig seltener fachärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen, mit 36,3% ebenfalls deutlich über der Gesamtstichprobe. Auch für die zukünftig verringerte Medikamenteneinnahme war in dieser Gruppe mit 35,1% ein überdurchschnittlich hoher Anteil festzustellen (Abb. 7.12).

Abb. 7.12: Verringerte Leistungsanspruchnahme

Der Trend, zukünftig weniger medizinische Leistungen in Anspruch nehmen zu wollen, zeigte sich jedoch auch für die (kleinere) Gruppe derer, deren gesundheitliche Beschwerden durch den Kursbesuch unbeeinflusst blieben. Immerhin 12,3% dieser TeilnehmerInnen ohne Verbesserung des Gesundheitszustandes gaben an, zukünftig seltener zum Facharzt gehen zu wollen. Bei den Hausarztbesuchen waren dies 9,7%, und bei den Medikamenteneinnahmen 14,2% der TeilnehmerInnen.

Es wäre also zu kurz gegriffen, aus der angestrebten Reduzierung kurativmedizinischer Leistungsanspruchnahmen diese Absicht ausschließlich auf die Reduzierung gesundheitlicher Beschwerden durch den Kursbesuch zurückzuführen. Auch hier können motivationale Faktoren im Zusammenhang mit der angestrebten zukünftigen Reduzierung der Behandlungshäufigkeiten vermutet werden.

So zeigt schließlich die Auswertung der Antworthäufigkeiten bezüglich einer reduzierten Leistungsanspruchnahme den deutlichen Zusammenhang mit der Teilnehmergruppe, deren Gesundheitsbewußtsein während des Kursbesuches zugenommen hatte: 26,3% der TeilnehmerInnen, deren Gesundheitsbewußtsein zugenommen hatte, strebten an, zukünftig seltener einen Hausarzt aufzusuchen (gegenüber 20,4% der Gesamtstichprobe); 30,3% dieser

Teilnehmergruppe, gab an, zukünftig seltener zum Facharzt zu gehen (gegenüber 24,9% der Gesamtstichprobe) und 31,7% dieser Gruppe äußerten die Absicht, zukünftig weniger Medikamente einzunehmen (gegenüber 24,1% der Gesamtstichprobe).

Ähnliche Ergebnisse waren auch für die Gegenüberstellung mit der Gruppe derer zu verzeichnen, die sich durch den Kursbesuch sicherer im Umgang mit der Gesundheit fühlten. Hier lag der Anteil derer, die zukünftig seltener zum Hausarzt gehen wollten, bei 28,0% (gegenüber 20,4%), die seltener einen Facharzt aufsuchen wollten, bei 33,3% (gegenüber 24,9%), sowie derjenigen, die weniger Medikamenten einnehmen wollten, bei 36,1% (gegenüber 24,1%).

Insgesamt zeigt sich damit erstens die Tendenz, bedingt durch den Besuch des Gesundheitskurses zukünftig weniger medizinische Leistungen zu benötigen, und zweitens der Zusammenhang mit den beiden hierfür als ursächlich anzunehmenden Faktoren: Einerseits die Reduzierung der vor Beginn des Kurses bestehenden gesundheitlichen Beschwerden, sowie andererseits der Hinzugewinn an Sicherheit und Bewußtheit im Umgang mit der eigenen Gesundheit.

7.5 Diskussion der Ergebnisse der Teilnehmerbefragung

Ein wesentliches Ergebnis dieser Teilnehmerbefragung ist zweifellos der hohe Anteil an TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden. Damit bestätigen sich letztlich die verschiedenen Stellungnahmen, sowie vereinzelt Studienergebnisse aus den Reihen der Kassen, welche darauf hinweisen, daß ein großer Anteil der Nutzer von Gesundheitskursen diese nicht primärpräventiv, sondern sekundär- bzw. tertiärpräventiv, aufgrund vorhandener gesundheitlicher Beschwerden aufsuchen.

Dabei ist einerseits die mit 80,5% aller Befragten äußerst große Zahl an 'beschwerdereaktiven TeilnehmerInnen' bemerkenswert, andererseits auch die Tatsache, daß es sich bei den genannten Beschwerden keineswegs nur um geringfügige Beeinträchtigungen handelte, sondern vielfach um ernstzunehmende Erkrankungen, die auch größtenteils zur mehrfachen Inanspruchnahme von medizinischen Behandlungseinrichtungen, insbesondere von Fachärzten sowie zur Einnahme von Arzneimitteln geführt hatten.

Weiterhin läßt sich anhand der Befragungsergebnisse ermitteln, für welche Themen aus dem reichhaltigen Angebot von Gesundheitskursen die Beobachtungen der beschwerdereaktiven Inanspruchnahme besonders zutreffen. Hier ist festzustellen, daß nahezu alle der untersuchten Kursthemen eine ähnliche Tendenz zeigten. Neben 'Rückenschulskursen' und 'Wirbelsäulengymnastikangeboten', welche auch im Rahmen dieser Stichprobe - zusammen mit den Themen 'Yoga', 'Autogenes Training' und 'Stressbewältigung' - den quantitativ größten Anteil an dem angebotenen Kursspektrum ausmachten, war die Tendenz der beschwerdereaktiven Inanspruchnahme auch für andere Kursthemen zu beobachten. Lediglich das Kursthema 'Gesunde Ernährung' zeigte einen deutlich niedrigeren Anteil an TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden (37%). Entsprechend gering war aber auch das Angebot an diesem Kursthema. Da sich das Angebot stark an der Nachfrage orientierte (vgl. Kap. 6.5.3), wird durch das geringe Angebot an Ernährungskursen die These der beschwerdereaktiven Nachfrage nach Gesundheitskursen zusätzlich gestützt.

Die These der beschwerdereaktiven Nachfrage wird aber insbesondere dadurch unterstrichen, daß die TeilnehmerInnen nicht nur gesundheitliche Beschwerden aufwiesen, die auch im Zusammenhang mit dem Kursbesuch standen, sondern daß dies auch eine wesentliche Motivation zur Kursteilnahme war. Dies zeigt sich z.B. daran, daß die Zufriedenheit mit dem

Kursbesuch dort am größten war, wo die genannten Beschwerden durch den Kursbesuch zurückgingen. Dies zeigt sich aber auch an den Antworten zu wesentlichen Motiven der Kursteilnahme. Über die Hälfte der Befragten mit gesundheitlichen Beschwerden gaben an, auf der Suche nach Alternativen zu den medizinischen Behandlungsmöglichkeiten gewesen zu sein.

Es läßt sich also zunächst sagen, daß ein großer Teil der TeilnehmerInnen aufgrund von gesundheitlichen Beschwerden in die Kurse gingen, und dabei auf der Suche nach Alternativen zu den bisher praktizierten Versuchen der Beschwerdebewältigung (insbesondere Facharztbesuche, Medikamentenkonsum) waren.

Hinsichtlich der Effekte der Kursteilnahme läßt sich weiterhin feststellen, daß die als wesentliche Teilnahmemotivation genannten Beschwerden zu einem großen Teil reduziert werden konnten (77,4% der TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden, 63,2% aller Befragten). Damit einhergehend wurde von vielen TeilnehmerInnen angegeben, daß sie zukünftig seltener einen Hausarzt (20,4%) bzw. einen Facharzt (24,9%) aufsuchen sowie Medikamente (24,1%) einnehmen würden. Die Angaben zu verringerter Inanspruchnahme der genannten Leistungen korrelierten dabei auch stark mit der Reduzierung der gesundheitlichen Beschwerden, sowie mit den Antworten bezüglich der bisherigen Leistungsanspruchnahme aufgrund der genannten Beschwerden.

Die Ergebnisse hinsichtlich einer Reduzierung der Inanspruchnahmehäufigkeiten von medizinischen Leistungen sind jedoch insoweit zu relativieren, als im Rahmen der methodischen Möglichkeiten dieser einmaligen Befragung keine Aussagen über tatsächliche Leistungsanspruchnahmen, vor und nach dem Kursbesuch, sondern lediglich subjektive Einschätzungen hierzu ermittelt werden konnten. Eine verlässliche Aussage über tatsächliche Inanspruchnahmehäufigkeiten hätte dagegen erstens eine mehrfache Untersuchung (z.B. vor und nach dem Kursbesuch, sowie einer Follow-up-Studie, etwa 6 oder 12 Monate nach dem Kursbesuch), und zweitens tatsächliche Inanspruchnahmedaten erfordert, welche aus vielerlei Gründen derzeit nicht öffentlich verfügbar sind (vgl. Kap. 6.6.2.3).

Ziel dieser Untersuchung war es aber auch nicht primär, die tatsächliche Reduzierung von Leistungsanspruchnahmehäufigkeiten aufgrund des Kursbesuchs zu ermitteln. Die hierzu gestellten Fragen sollten vielmehr aufzeigen, inwieweit sich die Einstellungen der

TeilnehmerInnen, bezüglich des Umgangs mit der Gesundheit, sowie auch mit gesundheitlichen Versorgungsleistungen, durch die Kursteilnahme verändert hatten, denn: Der Zusammenhang zwischen einer Verbesserung des Gesundheitszustandes durch den Kursbesuch, und der nach dem Kursende möglichen Reduzierung des Konsums kurativ-medizinischer Leistungen darf nicht über die psychologischen Wirkungen hinwegtäuschen, die insgesamt zu der beobachteten Einstellungsänderung beigetragen haben können ('größere Sicherheit im Umgang mit der Gesundheit', 'erhöhtes Gesundheitsbewußtsein' etc.).

Die vielfältigen kognitiven, affektiven und Verhaltensdeterminanten, die zu den Aussagen, zukünftig seltener medizinische Leistungen in Anspruch nehmen zu wollen, geführt haben können, wurden im Rahmen dieses Fragebogens gleichwohl nur ansatzweise und in hohem Maße 'explorativ' ermittelt. Auch hier besteht für die Zukunft weiterer Forschungsbedarf, etwa bezüglich der Frage, wie sich gesundheitsbezogene Einstellungen (z.B. in Form von 'gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen') durch gesundheitsfördernde Maßnahmen verändern können, und wie sich dies letztlich auf das Verhalten als Patienten bzw. 'Konsumenten' von gesundheitlichen Versorgungsleistungen auswirkt (vgl. Kap. 2.3.3). Im Rahmen dieser einmaligen Befragung sollten lediglich Hinweise dafür gesammelt werden, daß dieser Zusammenhang grundsätzlich besteht.

Dabei zeigt sich der Trend, daß einerseits ein relativ großes Gesundheitsbewußtsein bei den TeilnehmerInnen bestand, und sich andererseits dieses Gesundheitsbewußtsein oftmals durch den Kursbesuch erhöhte. Die Gruppe derer, deren Gesundheitsbewußtsein im Kursverlauf zugenommen hatte, antwortete demzufolge überdurchschnittlich häufig, zukünftig weniger medizinische Leistungen in Anspruch nehmen zu wollen. Interessant ist dabei weiterhin festzustellen, daß die Gruppe derjenigen, welche die zukünftige Reduzierung der Leistungsanspruchnahme anstrebten, auch - wenngleich in weit geringerem Ausmaß - TeilnehmerInnen einschloß, deren Gesundheitszustand sich im Laufe des Kursbesuches nicht verändert hatte. Demnach handelte es sich bei der angestrebten Reduzierung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nicht immer nur um objektiv verringerte Behandlungsnotwendigkeiten.

Die beabsichtigte Reduzierung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen repräsentiert somit, bezogen auf die Gesamtstichprobe, nicht nur ein ausschließliches 'Reagieren' auf die Verringerung gesundheitlicher Beschwerden, sondern auch ein bewußtes 'Agieren', im Sinne

hinzugewonnener Sicherheit im Umgang mit der Gesundheit und dem gesundheitlichen Versorgungssystem. Trotz des subjektiven Charakters der hier gestellten Fragen lassen sich durch die erhaltenen Antworten Hinweise dafür finden, daß unter den TeilnehmerInnen an Gesundheitskursen vielfach die Einstellung gegenüber dem medizinischen Versorgungssystem 'kritischer', 'mündiger', jedenfalls 'bewußter' geworden ist.

Gleichzeitig tendierten die Befragten - trotz der damals bevorstehenden gesetzlichen Streichung - zu vermehrten Teilnahmen an Maßnahmen der Gesundheitsförderung (74,5%) sowie auch zu vermehrter Inanspruchnahme alternativer bzw. nicht-ärztlicher gesundheitlicher Dienstleistungen (17,5%). Die Auseinandersetzung mit der Frage nach einer adäquaten Behandlungsform, die sich in diesen Angaben widerspiegelt, zeigte sich demnach gerade für die in dieser Studie untersuchte Gruppe der - überwiegend gesundheitsbewußten - TeilnehmerInnen an Gesundheitskursen. Einige frei formulierte, sehr engagierte Kommentare am Ende der Fragebögen unterstrichen diese Einstellung der TeilnehmerInnen: Zumeist wurde die Streichung der Gesundheitskurse sehr bedauert, da sie nach Ansicht dieser Befragten eine wichtige Ergänzung zum Angebot medizinischer Leistungen darstellten bzw. auch in der Lage seien, unnötige Ausgaben im Gesundheitswesen zu vermeiden.

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse dieser Teilnehmerbefragung wird damit insgesamt der Eindruck erhärtet, daß aus Sicht der Nutzer von Gesundheitsförderungsangeboten der Krankenkassen zumeist andere Fragen im Vordergrund standen, als das primärpräventive Einüben von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen. Vielfach wurde die Motivation, und auch das Resultat der Teilnahme an Gesundheitskursen in einen engeren inhaltlichen Zusammenhang mit Fragen der Bewältigung gesundheitlicher Beschwerden, sowie der adäquaten Therapieform im Rahmen des gesundheitlichen Versorgungsangebotes gestellt, als dies etwa in den Konzeptionen und Zielsetzungen seitens der Anbieter zum Ausdruck gebracht wurde (vgl. Kap. 6.3, 6.5). Eine gewisse Integration der Gesundheitsförderung in den Kontext des gesundheitlichen Versorgungssystems läßt sich also am Beispiel der Gesundheitskurse zumindest für die Erwartungen und die Teilnahmemotivationen der Nutzer feststellen.

C. ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

8 Zusammenfassung der theoretischen und empirischen Ergebnisse

8.1 Ergebnisse der theoretischen Analyse

Im ersten Teil dieser Arbeit (Teil A) wurde eine theoretische Analyse zum Gegenstandsbereich der Gesundheitsförderung im allgemeinen, und im speziellen der Gesundheitsförderung im Kontext der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommen. Grundlage hierfür bildete die Hypothese, daß Gesundheitsförderung als ein integratives Element im Rahmen des Gesundheitswesens im engen Sinne, und nicht als bloße Addition neuer Aufgabenbereiche außerhalb der gesundheitlichen Versorgung verstanden werden sollte. Dies wurde aus der Perspektive der Gesundheitsförderung, der Gesundheitsökonomie und der Gesundheitspolitik begründet, wobei weiterhin Ansatzpunkte darüber, wie eine solche Integration aussehen kann, entwickelt wurden.

Aus der Perspektive der Gesundheitsförderung (Kap. 1) lassen sich methodische und inhaltliche Anforderungen ableiten, welche insbesondere die Partizipation von Betroffenen in den Mittelpunkt der Gesundheitsförderung rücken. Betroffenheit meint in diesem Zusammenhang jedoch, daß auch gesundheitliche Probleme bzw. Probleme im Umgang mit Erkrankungen angesichts eines streng kurativ ausgerichteten medizinischen Versorgungssystems thematisiert werden müssen. Die im Zusammenhang mit der Entwicklung der Gesundheitsförderung bedeutsamen kritischen Diskurse, einerseits über den zumeist auf kurative Biomedizin reduzierten Umgang mit Krankheit und Gesundheit, sowie andererseits über bisherige Unzulänglichkeiten einer weitgehend auf medizinische Risikofaktoren und individuelle Verhaltensmaßregeln reduzierten Prävention, weisen auf zweierlei Zielrichtungen hinsichtlich der Umsetzung von Gesundheitsförderung hin:

Erstens gilt es, von einem einseitig auf individuelles Verhalten abzielenden Präventionsverständnis abzurücken, und sowohl die soziale Verhältnisgestaltung als auch die Partizipation der Adressaten bei der Problemdefinition und Maßnahmenentwicklung hinreichend zu berücksichtigen. Zweitens zeigt sich aber auch die Notwendigkeit, Strategien der Gesundheitsförderung nicht ausschließlich auf 'Gesunde' zu fokussieren. Vielmehr erweisen sich chronisch Erkrankte sowie im weitesten Sinne von gesundheitlichen Beschwerden Betroffene, welche regelmäßig mit Fragen des adäquaten Umgangs mit ihrer Erkrankung sowie mit den verfügbaren Ressourcen des gesundheitlichen Versorgungssystems konfrontiert sind, als die primäre Zielgruppe für Unterstützungsleistungen im Sinne der 'Hilfe zur Selbsthilfe', bzw. der Förderung gesundheitlicher Kompetenzen.

Dies wird auch aus der Perspektive der Gesundheitsökonomie (Kap. 2) unterstrichen. Während die bisherige Debatte über die Ökonomie von Gesundheitsförderung oftmals an die Grenzen ihrer konzeptionellen Beschränkung auf klassische Risikofaktorenprävention stößt, weist die Entwicklung des Fachgebietes der Gesundheitsökonomie dennoch einige Gemeinsamkeiten mit dem Gesundheitsförderungsdiskurs auf. Auch hier wird die geringe Wirksamkeit - und damit auch Wirtschaftlichkeit - medizinischer Behandlungsabläufe beklagt, welche ursächlich auf eine mangelhafte Bedarfsorientierung der kurativen Biomedizin zurückgeführt werden kann. Will man vor diesem Hintergrund ökonomische Erfolge der Gesundheitsförderung aufzeigen, so bietet sich an, gesundheitsfördernde Maßnahmen in einen engeren konzeptionellen Zusammenhang mit gesundheitlichen Versorgungsleistungen zu setzen. Maßnahmen, welche ergänzend zur Behandlung bereits bestehender (chronischer) Erkrankungen angeboten werden, sowie kommunikative und partizipative Strategien, die den Umgang mit gesundheitlichen Versorgungsleistungen im Sinne eines kritischen Patientenempowerments thematisieren, versprechen demzufolge die größten ökonomischen Erfolge.

Die Gegenüberstellung der unterschiedlichen Ansätze der Gesundheitspolitik (Kap. 3), einerseits die Theorie einer sektorübergreifenden, partizipativen und zielorientierten Public Health-Politik, sowie andererseits die realpolitische Debatte über Privatisierung, Markt- und Wettbewerbsorientierung im deutschen Gesundheitswesen, zeigt hingegen die politische Bedeutung der Gesundheitsförderung auf. Angesichts der bestehenden Privatisierungstendenzen bezüglich der Angebotsgestaltung und -finanzierung von

Gesundheitsleistungen gilt es, Gesundheitsförderung auch im Kontext einer auf Anwaltschaft, Empowerment und Vermittlung/Vernetzung basierenden Verbraucherschutzpolitik im Gesundheitswesen zu konzipieren.

Die Gesetzliche Krankenversicherung bietet sich vor diesem Hintergrund als zentrale Institution im deutschen Gesundheitswesen geradezu an, die Interessen der VerbraucherInnen kollektiv und individuell wahrzunehmen. Dem Dialog bzw. dem gegenseitigen Informationsaustausch mit dem Versichertenkollektiv kommt in dieser Hinsicht eine zentrale Bedeutung zu, welche einerseits die individuelle Kompetenzförderung, und andererseits die kollektive Umsetzung der artikulierten Versichertenbedürfnisse, in Form von Vertragsarbeit und gesundheitspolitischem Handeln, einschließt.

Somit ist Gesundheitsförderung, auch und insbesondere im Kontext der gesetzlichen Krankenversicherung, als eine integrative Aufgabe zu betrachten, welche in erster Linie Problemfelder der gesundheitlichen Versorgung und des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit zum Inhalt haben sollte. Hinsichtlich der organisatorischen Umsetzung bedeutet dies jedoch, daß sich die Krankenkassen, mit der Einführung der Gesundheitsförderung durch das Gesundheitsreformgesetz 1989 nicht nur einem neuen Aufgabenfeld, im Sinne eines zusätzlichen Leitungsbereiches zuzuwenden hatten. Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe betrifft vielmehr alle Bereiche des traditionellen Verwaltungshandelns, und fordert zu einer 'echten' Organisationsreform im Sinne einer 'gesundheitsfördernden Krankenkassenpolitik' auf, deren Realisierung letztlich in der Hand der Krankenkassen selbst lag.

8.2 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Vor dem aufgezeigten theoretischen Hintergrund verfolgte die empirische Untersuchung (Teil B dieser Arbeit) das Ziel, die Praxis der Krankenkassen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung unter drei wesentlichen Gesichtspunkten zu untersuchen:

1. Einer quantitativen und qualitativen Beschreibung des Maßnahmenspektrums sowie damit verbundener Konzeptionen, Leitbilder und Zielsetzungen.

2. Einer Analyse der Bedingungs- und Akteurskonstellationen innerhalb der Kassenorganisation, der politischen Rahmenbedingungen sowie persönlicher und professioneller Einflußfaktoren der inhaltlich verantwortlichen MitarbeiterInnen, mit dem Ziel, Erklärungsansätze für die beschriebene Praxis, sowie auch Hindernisse für anderweitige Aktivitäten herauszuarbeiten.
3. Einer vertiefenden Analyse des Maßnahmenspektrums hinsichtlich der Inhalte sowie der realisierten Effekte; dies mit dem Ziel, empirische Anhaltspunkte für mögliche Ansätze der 'Integration von Gesundheitsförderung in das gesundheitliche Versorgungssystem' innerhalb der von den Kassen praktizierten Maßnahmen zu ermitteln.

8.2.1 Maßnahmen

Hinsichtlich des Maßnahmenspektrums zeigte sich zunächst weitgehende Übereinstimmung mit der gängigen Fachdiskussion, die immer wieder auf die konzeptionelle Beschränkung der Krankenkassen auf verhaltenspräventive Angebote aus den drei klassischen Präventionsthemen Ernährung, Bewegung und Streßbewältigung hinweist. Verhaltensbezogene Maßnahmen in Form von Gesundheitskursen dominierten bei weitem die Aktivitäten der Kassen, wohingegen eher verhältnisbezogene Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, der schulischen Gesundheitsförderung oder der Selbsthilfeförderung zwar angeboten wurden, jedoch insgesamt quantitativ im Hintergrund standen. Dies wurde nicht zuletzt aus den Äußerungen der interviewten KassenvertreterInnen über deren Aufgabenschwerpunkte, und die Verteilung insbesondere zeitlicher Ressourcen deutlich.

8.2.2 Ursachen und Hintergründe

Häufig fanden dabei auch konzeptionelle Modifizierungen statt, indem etwa in der schulischen oder betrieblichen Gesundheitsförderung zweifellos aufwendigere Aktivitäten der Verhältnis- und Organisationsgestaltung - durch Initiierung und Moderation von Arbeitskreisen, Gesundheitsberichten, Mitarbeiterbefragungen etc. - unterblieben, und stattdessen Kurs- oder Vortragsveranstaltungen in Analogie zu den ansonsten praktizierten

Themen angeboten wurden. Statt 'betrieblicher Gesundheitsförderung' fand vielfach 'Gesundheitsförderung im Betrieb' statt; dies u.a. mit Rücksicht auf die Betriebe, deren Erwartungshaltung selbst eher auf kurzfristige, klassische und in ihren Folgen überschaubare Maßnahmen konzentriert war. Aber auch die Erwartungen einiger Kassenvertreter hinsichtlich des Marketingeffektes wurden auf diese Weise oftmals hinreichend befriedigt: Betriebe und Schulen sind bevorzugte Adressaten auch für die Mitgliederwerbung der Kassen. Besonders deutlich wurde dies in der schulischen Gesundheitsförderung, bei der es durch attraktive Vortragsveranstaltungen primär darum ging, Zugang zu den Schulen und mithin zu den Adressen der zukünftigen Krankenversicherungspflichtigen aus den höheren Jahrgangsstufen zu bekommen. Dies wurde von den interviewten KassenvertreterInnen mit erstaunlicher Offenheit zugegeben. Sie selbst, als FachvertreterInnen gesundheitlicher Inhalte, waren dabei stets Mittler zwischen eigenen Ansprüchen und den Interessen ihres Arbeitgebers.

Somit kann zumindest im Falle der schulischen Gesundheitsförderung von einem Bereich gesprochen werden, der sich von der Konzeption zumeist nahtlos in den ansonsten praktizierten Handlungsbereich der gesundheitlichen Öffentlichkeitsarbeit einfügte. Ansprüchliche Konzeptionen fanden sich zwar in Einzelfällen, etwa „dem europäischen Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen“, welches durch eine Kasse unterstützt wurde. Im Rahmen dieser Studie war allerdings in keinem der geführten Interviews von eigenen Aktivitäten, die über Vortragsveranstaltungen hinausgingen, die Rede.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung finden sich hingegen auch Beispiele für weitergehende Aktivitäten in den genannten Bereichen der betrieblichen Gesundheitszirkel und Gesundheitsberichte. Nicht zuletzt ist auch die Forschung und Entwicklung auf diesem Gebiet in den letzten Jahren maßgeblich mit Hilfe einiger Krankenkassen vorangeschritten. Führend waren dabei die Betriebskrankenkassen sowie einige Ortskrankenkassen mit spezifischem Bezug zu den unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten besonders kostenintensiven Produktionsbetrieben. Dennoch muß auch für diese ausgereiften Konzepte einiger Kassen festgestellt werden, daß die Grenzen des Wirkungsbereiches einer Kasse schnell erreicht wurden, wenn etwa Veränderungen der Arbeitsplatz-, Arbeitszeitgestaltung oder gar tieferegehende Konfliktbewältigungen im Organisationsgefüge der Betriebe anstanden. Die zum Teil ernüchternden Erfahrungen mit betrieblichen Realitäten, und den eingeschränkten Handlungsoptionen der Kassen als externe Initiatoren und Moderatoren

(LENHARDT/ROSENBROCK/ELKELES 1996), wurden auch von einigen Interviewpartnern berichtet.

Dies soll nicht als eine Abwertung der vielen positiven Ansätze der Kassen in diesen Bereichen verstanden werden. Der Hinweis auf die insgesamt nachrangige quantitative und qualitative Bedeutung schulischer und betrieblicher Verhältnisprävention soll jedoch davor warnen, in der gegenwärtigen und zukünftigen Diskussion über die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung durch Krankenkassen allzuviel Hoffnung auf diese verhältnisbezogenen Ansätze zu setzen. Hier waren strukturelle Hindernisse der Betriebs-, aber auch der Schulorganisationen am ehesten erkennbar und für Krankenkassen am wenigsten beeinflussbar.

Als wesentliches Hindernis, zu einer flächendeckenden und gemeinsam von allen Kassenarten getragenen Strategie der organisationsbezogenen Gesundheitsförderung zu gelangen, muß jedoch die Konkurrenzsituation der Kassen betrachtet werden. Bei Betrieben, Schulen oder anderen Organisationen war eine Kooperation verschiedener Kassen praktisch ausgeschlossen. Durch die oftmals heterogene Mitgliederstruktur und die Auflage, Gelder der Gesundheitsförderung versichertenbezogen zu verwenden, war hingegen der Wirkungsbereich einer einzelnen Kasse deutlich eingeschränkt. Dies betraf, neben der betrieblichen und schulischen Gesundheitsförderung, den gesamten Bereich der über den eigenen Versichertenstamm hinausweisenden gesundheitlichen Öffentlichkeitsarbeit sowie auch die Selbsthilfeförderung.

Während die Selbsthilfeförderung daher oftmals über einen gemeinsamen Topf der Krankenkassenverbände stattfand, bestanden hinsichtlich der lokalen und direkten Förderung von Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen noch weitere Hindernisse. In vielen Fällen fand hier eine geradezu künstliche Trennung der Zuständigkeitsbereiche zwischen Prävention/Gesundheitsförderung einerseits, und den für die Selbsthilfeförderung verantwortlichen Sozialen Dienste bzw. RehabilitationsberaterInnen andererseits, statt. Dabei bestätigte sich der Eindruck, daß der ohnehin, bezogen auf Personal und Ressourcen, stets unterentwickelte Bereich der Rehabilitations- und Sozialberatung innerhalb der Kassenhierarchien durch die Einführung bzw. Verstärkung der Prävention zusätzlich geschwächt wurde. Die unter Zielgruppenaspekten und vor dem Hintergrund der „oft anstrengenden Einzelfallarbeit in der Rehabilitation“ ‘bequemere’ Variante der Prävention (STANGE 1994, S. 271) hatte in der Folge nicht nur in den Kassen mehr Gewicht bekommen, sondern auch inhaltlich eigene

Maßstäbe gesetzt, die oftmals von der eher sozialarbeiterisch orientierten Arbeit mit Selbsthilfe abwichen. Dies war u.a. aus den selbstgesetzten Maßstäben einiger Kassen hinsichtlich Qualität, Professionalisierung und Zielorientierung in der Gesundheitsförderung ablesbar.

Somit konzentrierte sich die Arbeit in der Gesundheitsförderung wesentlich auf ein breites Spektrum an Gesundheitskursangeboten sowie regelmäßigen schriftlichen Informationen in Form von Kursprogrammheften, Informationsbroschüren und Artikeln in den Mitgliederzeitschriften zu gesundheitlichen Themen. Dies war auch vor dem Hintergrund der von den interviewten KassenvertreterInnen mehrheitlich formulierten Leitbildern und Zielsetzungen konsequent. Angestrebt wurde allgemein die Verhaltensmodifikation von Versicherten in Richtung gesundheitsgerechterer Verhaltensweisen in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Streßbewältigung. Der hierzu notwendige Impuls, der nicht primär auf Wissensvermittlung oder gar auf Vorschriften, sondern auf Motivation basieren sollte, wurde als 'Hilfe zur Selbsthilfe' bezeichnet. Als weiterführende Zielsetzungen wurden dabei etwa gleichrangig der Imageeffekt für die Kasse sowie die Möglichkeit der langfristigen Ausgabensenkung bei den Gesundheitsausgaben genannt. Das Leitbild der klassischen Verhaltensprävention, wenngleich nicht als auf spezielle Risikofaktoren beschränkte, sondern als allgemeine und ganzheitliche Risikovermeidung verstanden, stand bei der Mehrheit der befragten Akteure im Mittelpunkt.

Dennoch fanden sich auch Beispiele für ein erweitertes, insgesamt kritisches und politikbezogenes Leitbild. So wurde von einigen Interviewpartnern die Abkehr von der beinahe stereotypen Gleichung „Gesundheitsförderung = Kursangebote“ gefordert, mehr Engagement in der Verhältnisprävention sowie in der gesundheitspolitischen Arbeit angemahnt. Einige betonten auch die Absicht, Gesundheitsförderung als 'kritisches Patientenempowerment' zu nutzen. Zielsetzung war dabei die Thematisierung von Fragen des Gesundheitswesens, die Aufklärung über bzw. die Motivation zu Selbsthilfealternativen sowie die Stärkung der Handlungskompetenzen der Versicherten als „mündige Patienten“.

Diese kritische Sicht wurde jedoch unter den Befragten weitaus seltener, und oftmals erst durch gezieltes Nachfragen während der Interviews geäußert. Die Ursachen für diese eher 'verborgene', und bei den Befragten in unterschiedlichem Maße ausgeprägte Zielrichtung, sowie die vordergründige Dominanz des verhaltenspräventiven Paradigmas sind vielfältig.

Ein Erklärungsansatz hierfür ist die Stellung der Gesundheitsförderer in den Unternehmen, deren organisatorische Verflechtungen und die Erwartungen seitens der regionalen Geschäftsleitungen. Der Bereich der Gesundheitsförderung nahm, insbesondere in der Anfangsphase, eine Randstellung innerhalb der Kassenorganisation ein. Das Verhältnis zu den sonstigen Bereichen des Leistungs- und Beitragswesens war kaum durch inhaltliche Zusammenarbeit, teilweise durch räumliche Trennung sowie, zu Beginn, durch einige Vorbehalte der KassenmitarbeiterInnen gegenüber den neu eingestellten, 'sozialversicherungsfremden Akademikern' gekennzeichnet. Zu den für die Vertragsgestaltung mit zentralen Leistungserbringern - Kassenärzten, Krankenhäusern etc. - zuständigen Vertragsabteilungen bestand hingegen i.d.R. überhaupt kein Kontakt. Diese waren üblicherweise auch aus dem Service-Bereich der Kassen gänzlich ausgegliedert, und bildeten einen eigenen, früher im Kassenjargon als „Rechnungsprüfungsabteilungen“ geführten Zweig der Kassenorganisation. Dies mag als Erklärung dafür dienen, daß häufig auch ein entsprechendes Problembewußtsein für zentrale Aufgabenbereiche des Leistungs- und Vertragsgeschäfts kaum gefördert wurde.

Eine starke organisatorische und inhaltliche Verflechtung bestand hingegen zu dem Marketing- und Vertriebsbereich. Die regionalen Fachabteilungen für Gesundheitsförderung waren i.d.R. direkt der Geschäftsführung, bzw. den ebenfalls für den Außendienst maßgeblich verantwortlichen Geschäftsstellenleitern zugeordnet. Somit ist zu erwarten, daß hinsichtlich der Konzeptionen und Ideen vielfach schon durch die organisatorische Verortung eine gewisse 'Vorselektion' stattgefunden hat; das Paradigma der Verhaltensprävention erwies sich vielfach als die kassenpolitisch 'korrekte' Konzeption für die Arbeit der Gesundheitsförderer.

Die Verortung im Kassenmarketing sowie die inhaltliche Konzentration auf Angebote der Verhaltensprävention und Gesundheitserziehung spiegelt sich auch in den realisierten Außenbeziehungen zu externen Kooperationspartnern wider. Wichtigste Kooperationspartner waren kommerzielle und nicht-kommerzielle Anbieter von Gesundheitskursangeboten: Volkshochschulen, Erwachsenenbildungseinrichtungen, Fitneßstudios, freiberufliche Krankengymnasten sowie die Vielzahl der eigens für die Kursdurchführung beschäftigten Honorarkräfte. Konzeptionelle Unterstützung fanden viele Kassen dabei z.B. durch die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung oder andere im Bereich der Gesundheitserziehung aktive wissenschaftliche Einrichtungen.

Die vielfach geforderte Kooperation mit den örtlichen Gesundheitsämtern als Regieinstanz für gemeinschaftliche und koordinierte Aktivitäten, sowie eine Kooperation zwischen den Kassen fand hingegen nur in seltenen Fällen statt. Auf dieses Defizit, insbesondere im Hinblick auf die Errichtung „regionaler Gesundheitskonferenzen“ ist bereits in vielen einschlägigen Veröffentlichungen ausführlich hingewiesen worden (z.B. REINERS 1994). Erwähnt werden sollte in diesem Zusammenhang jedoch der, neben der aufgrund des Kassenwettbewerbs allgemein fehlenden Motivation für einheitliche oder abgestimmte Aktivitäten, viel grundsätzlichere Vorbehalt der Kassen gegenüber regional und einheitlich abgestimmten Strategieentwicklungen. „Regionalisierung“ ist in der Sozialpolitik ein noch mit ganz anderen Zielrichtungen und Konsequenzen besetzter Begriff.¹ Hier wird seitens der Kassen oftmals die Tendenz zu einer regionalisierten Einheitsversicherung gesehen, welche das gegliederte Kassensystem insgesamt und damit die Legitimation einzelner Kassen gefährden würde. Die Vorbehalte von Kassenvertretern gegenüber Aktivitäten, welche in Richtung Regionalisierung und Vereinheitlichung tendieren, waren insofern verständlich.

So sind die weitgehend isolierten Strategien der Kassen insgesamt zu einem wesentlichen Teil den politischen Rahmenbedingungen geschuldet. Innerhalb dieses politischen Rahmens sind die vielfältigen Gründe für den weitgehenden Nichtbezug, etwa zu den zentralen Geschäftsbereichen der Kassen, jedoch vorwiegend innerhalb der Kassenorganisation zu suchen. Gegenüber einer echten ‘Durchmischung’ des Leistungs- und Vertragsgeschäftes durch neue Impulse aus dem Bereich der Gesundheitsförderung erwiesen sich die meisten Kassenstrukturen als weitgehend resistent.

Hinzu kommt aber noch ein dritter Faktor, der eher die persönlichen und professionellen Hintergründe der inhaltlich verantwortlichen Gesundheitsförderer anspricht. Das oben dargestellte Paradigma der Verhaltensprävention in den drei klassischen Verhaltensbereichen Ernährung, Bewegung, Streßbewältigung, verknüpft mit der zumeist gekonnt rezipierten Rhetorik der Gesundheitsförderung - ‘Hilfe zur Selbsthilfe’, ‘ein Prozeß, den selbstbestimmten Umgang mit der Gesundheit zu ermöglichen’, Verweis auf die Ottawa Charta, etc. - spiegelt nicht zuletzt auch professionelle Überzeugungen wider, welche in engem Zusammenhang mit der jeweiligen akademischen Qualifikation, bzw. dem Stand der

¹Hierbei sei nur an den neuerlichen Vorstoß der Bayerischen und Baden-Württembergischen Landesregierungen erinnert, die Ende 1997 die Regionalisierung der Sozialversicherungen, insbesondere des Risikostrukturausgleiches in der gesetzlichen Krankenversicherung forderten.

wissenschaftlichen Diskussion in den jeweiligen Fachbereichen gesehen werden müssen. Der in den Interviews oftmals zum Ausdruck gebrachte 'Präventionsidealismus' und die mangelhafte Berücksichtigung von Strömungen der Entprofessionalisierung, des Empowerment und der Anerkennung von Laienkompetenz im Rahmen der Kassenaktivitäten, ist nach wie vor auch in einigen wissenschaftlichen Debatten der Gesundheitspädagogik, -psychologie, Sport-, Ernährungs- oder Gesundheitswissenschaften erkennbar (vgl. Kap. 1).

8.2.3 Gesundheitskurse und deren Bedeutung für eine 'gesundheitsfördernde Krankenkassenpolitik'

Nach dem bisherigen Stand der Zusammenfassung liegt die Vermutung nahe, daß die in der Praxis dominierenden Gesundheitskurse generell als die realexistierende Form der individuellen und risikofaktorenorientierten Verhaltensprävention, und damit als Ergebnis der konzeptionellen Beschränkung seitens der Kassen betrachtet werden müssen. Dies wird in einschlägigen Publikationen auch immer wieder festgestellt. Was allerdings bei diesen Expertisen häufig fehlt, ist eine genauere Analyse dessen, was sich im einzelnen hinter diesen Gesundheitskursangeboten verbirgt. Gesundheitskurse werden bestenfalls exemplarisch und dann nur anhand einzelner Betitelungen pointiert dargestellt. Inhalte, Methoden, Kontexte und Entwicklungen erscheinen hingegen oftmals als 'Black Box'.

Die vorliegende Arbeit hat versucht, diese Lücke zu schließen und sowohl das Angebotsspektrum der Gesundheitskurse, als auch deren Effekte, welche nicht zuletzt durch die Teilnehmerstruktur bedingt werden, näher zu beleuchten. Dabei wurde zunächst der Begriff der 'Gesundheitskurse' hinterfragt, dessen Funktion eher als ein Sammelbegriff angesehen werden muß, um unterschiedliche konzeptionelle Ansätze der Handlungsorientierung, der interaktionsbezogenen Beratung und Moderation, der Aktivierung und Selbsthilfeförderung sowie der gesundheitlichen Information und Wissensvermittlung zu bündeln.

Thematisch wurden, zumeist aus den drei klassischen Handlungsbereichen der Ernährung, Bewegung und Entspannung/Streßbewältigung, die verschiedensten inhaltlichen Verknüpfungen hergestellt, zielgruppenspezifische Maßnahmen angeboten und sowohl Gesunde als auch spezifische Erkrankungs- oder Beschwerdegruppen angesprochen. Eine

Funktion kann dabei zunächst, auch für die vorwiegend fitneßorientierten Angebote, darin gesehen werden, eine Art Anbieter- bzw. Angebotsselektion auf dem immer dichter und unübersichtlicher werdenden Gesundheits- und Fitneßmarkt vorzunehmen.

So wurde bei Bewegungsangeboten der Schutz vor gesundheitlichen Gefährdungen im Sport, bzw. vor übermäßiger sportlicher Belastung bei verschiedenen Erkrankungen betont. Ebenso wurden im Handlungsbereich Ernährung z.B. Übergewichtige vor dem weiterhin kritiklosen Konsum von Diätprodukten oder den öffentlichen Medien entnommenen Diättempfehlungen geschützt. Für den Bereich der Entspannungstechniken, die in enger Verbindung zu dem weiten Feld der alternativen Heilmethoden stehen (Shiatsu, Feldenkreis, Atemtherapie), darf ebenfalls die Beratungs- und Anbieterselektionsfunktion nicht übersehen werden. Statt große Versprechungen zu machen, wurde eher vor überhöhten Heilserwartungen gewarnt, die Sinnhaftigkeit einzelner Ansätze auch in kombinierten Veranstaltungen aufgezeigt („Finden Sie Ihre Entspannungsmethode“) und teilweise Kontexte hergestellt, die auch andere Bereiche, etwa der Streß- oder Schmerzbewältigung, oder gar Lebensgewohnheiten wie den vorschnellen Konsum von Arzneimitteln reflektierten.

Bei vielen Gesundheitskursen kann also hinsichtlich der thematischen, aber auch methodischen Ausrichtung eine sekundäre Funktion als Verbraucherschutzberatung angenommen werden. In dieser Hinsicht zielten Gesundheitskurse nicht nur direkt auf das Gesundheitsverhalten ab, sondern auch auf den Schutz vor Falschinformation, Überinformation, Unsicherheiten und Übertreibungen in der einen oder anderen Richtung. Diese Funktion wurde jedoch auch von den verantwortlichen Akteuren oftmals nicht gesehen, und ließ sich zunächst nur anhand der näheren Betrachtung einzelner Kursthemen vermuten.

Darüber hinaus bestand aber eine weitaus deutlicher erkennbare Funktion vieler Gesundheitskurse in der kurativen und rehabilitativen Unterstützung bei schon vorhandenen Erkrankungen oder gesundheitlichen Beschwerden. Beispielhaft hierfür sind Patientenschulungen bei verschiedenen chronischen Erkrankungen (Diabetes, Asthma, Osteoporose), aber auch Rückenschulen und Wirbelsäulengymnastik sowie Streß- und Schmerzbewältigungsangebote. Diese eher tertiärpräventiv angelegten Kursangebote waren vor allem quantitativ von großer, und in den letzten Jahren zunehmender Bedeutung.

Die *tertiärpräventive Funktion*, sowie auch die teilweise erkennbare *Verbraucherberatungsfunktion* von Gesundheitskursen, wurden durch zwei Faktoren maßgeblich mitbeeinflusst: das offenbar große Interesse der Versicherten an Themen der alternativen Gesundheitspflege bzw. auch der Naturheilkunde, sowie der hohe Anteil an TeilnehmerInnen, die aufgrund von gesundheitlichen Beschwerden den Weg in die Kurse fanden. Dies deckt sich mit den mittlerweile übereinstimmenden Schätzungen verschiedener Experten zu 'typischen' Teilnehmerprofilen in Gesundheitskursen: Demnach zeichneten sich TeilnehmerInnen an Gesundheitskursen idealtypisch durch (a) ein höheres Gesundheitsbewußtsein, (b) häufigere Betroffenheit von Krankheit bzw. gesundheitlichen Beschwerden, sowie (c) häufigere Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen aus (vgl. Kap. 6.5.3). Dabei kann die häufigere Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen als ein Resultat aus den beiden erstgenannten Faktoren, häufigere Betroffenheit von Krankheit einerseits und höheres Gesundheitsbewußtsein andererseits, interpretiert werden. Die Mischung aus 'beschwerderekativer Inanspruchnahme' und dem insgesamt größeren Interesse für gesundheitliche Fragen (Gesundheitsbewußtsein) unter den KursteilnehmerInnen lieferte letztlich die Ausgangsbedingung für die beobachtete qualitative und quantitative Angebotsgestaltung.

Sie lieferte aber auch die Grundlage für gesundheitsökonomische Überlegungen hinsichtlich der direkten Substituierbarkeit von medizinischen Leistungen durch Kurs- und Beratungsangebote sowie dadurch erzielbare Einsparpotentiale (vgl. Kap. 2). Diese Überlegungen bildeten den Kern der 1996 durch die Kassen verbreiteten Argumentationen für die Erhaltung der Gesundheitsförderung aus wirtschaftlichen Gründen: Einsparpotentiale bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen wurden in dem Maße sichtbar, wie diese Leistungen zuvor bereits entsprechend häufig in Anspruch genommen wurden, d.h. sie hingen direkt oder indirekt mit dem hohen Anteil beschwerderekativer Nachfrager nach Gesundheitskursen zusammen. Damit ist nun aber das eigentlich angestrebte Ziel der Primärprävention nachhaltig durch die tatsächlich realisierten Effekte der Tertiärprävention, auch in der Argumentation einiger Kassenfunktionäre verdrängt worden.

Dieses Phänomen, durch die tatsächlichen Effekte und die Teilnehmerentwicklung eigentliche Zielsetzungen und damit verbundene Hoffnungen auf langfristige Kosteneinsparungen durch Primärprävention zu verfehlen, gleichzeitig aber zeitnahe Veränderungen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen über die eigenen Erwartungen hinaus zu

erzielen, wurde in einer eigenen Teilnehmerbefragung näher untersucht (Kap. 7). Hier zeigte sich, daß einerseits der mit 80 Prozent überaus hohe Anteil an TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden, sowie andererseits die häufig geäußerte Suche nach Alternativen zu medizinischen Behandlungsformen als Teilnahmemotivation (49 Prozent), maßgebliche Einflußfaktoren auch im Hinblick auf die erzielten Ergebnisse bildeten. Die deutliche Senkung der zuvor genannten Beschwerden durch den Kursbesuch (78 Prozent), aber auch der Hinzugewinn an Sicherheit im Umgang mit der Gesundheit (76 Prozent) können als Bedingungsfaktoren dafür genannt werden, daß schließlich auch eine deutliche Reduzierung der zukünftigen Inanspruchnahme zuvor stark frequentierter medizinischer Leistungen, insbesondere in den Bereichen 'Arzneimittelkonsum' sowie 'Facharztbesuche' (jeweils rund 27 Prozent) durch die Befragten angestrebt wurde.

Zwei wesentliche Schlußfolgerungen können aus diesen Ergebnissen gezogen werden. Einerseits bestätigte sich der hohe Anteil an TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden, sowie die insgesamt deutliche Besserung dieser Beschwerden durch die Kursteilnahme. Dies beschreibt die tertiärpräventive bzw. rehabilitative Bedeutung der Gesundheitskurse. Andererseits ist diese Wirkung aber nicht allein auf rein physische Gesundheitsverbesserungen zurückzuführen. Als wesentlicher Effekt ist dabei auch das gestiegene Bewußtsein, bzw. der Hinzugewinn an Sicherheit im Umgang mit der Gesundheit und mit gesundheitlichen Versorgungsleistung zu nennen. Insofern ist neben der tertiärpräventiven Bedeutung auch eine sekundäre Bedeutung als Verbraucherberatung zu konstatieren, deren Ausmaß allerdings im Rahmen der Untersuchung nicht genauer ermittelt werden konnte.

Die tertiärpräventive Bedeutung von Gesundheitskursen, sowie auch deren Bedeutung als Verbraucherberatung in Gesundheitsfragen, können als zwei wesentliche Ergebnisse hinsichtlich der Frage nach integrativen Aspekten der Gesundheitsförderungspraxis durch Krankenkassen herausgehoben werden. Die Tatsache, daß diese Aspekte in den Konzeptionen und Zielsetzungen der Kassen in den vergangenen Jahren zumeist nicht auftauchten, läßt jedoch die Potentiale für die Zukunft erahnen, wenn die dargestellten Gesundheitskursangebote konzeptionell in die aufgezeigten Richtungen, Kompetenzförderung in Fragen des Umgangs mit gesundheitlichen Beschwerden und mit medizinischen Versorgungsleistungen, sowie auch kollektive Wahrnehmung der von den Versicherten artikulierten Bedürfnisse, weiterentwickelt würden.

9 Ausblick

*„Wenn man das zu Ende denkt in Richtung Case Management, dann spielt die Gesundheitsförderung doch wieder rein, aber so weit sind wir sozialpolitisch noch lange nicht.“
(Interviewpartner, Anfang 1995)*

9.1 Perspektiven für die Gesundheitsförderung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung

Zweifellos sind für die Vergangenheit einige Versäumnisse der Krankenkassen bezüglich des Anspruchs einer ganzheitlichen, allumfassenden Gesundheitsförderungs politik zu beklagen. Im Rahmen der Debatte um Gesundheitsförderung und Public Health wurde immer wieder auf die Notwendigkeit der sozialen und ökologischen Verhältnisgestaltung durch organisations- bzw. ‘setting’-bezogene Strategien der betrieblichen, schulischen und gemeindeorientierten Gesundheitsförderung hingewiesen.

Dennoch zeigen auch die Ergebnisse dieser Arbeit, daß Krankenkassen hier oftmals an ihre institutionellen und strategischen Grenzen stoßen. Den zahlreichen kritischen Beobachtern ist in diesem Punkt zuzustimmen, wenn sie etwa von einer ‘Unterinstrumentierung’ der Krankenkassen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung sprechen. Die Forderung nach einer politischen Aufgabenbeschreibung dessen, was die GKV auf diesem Gebiet leisten sollte, bzw. insbesondere nach einer (staatlichen) Aufgabenzuschreibung mit entsprechender Ressourcenausstattung für Einrichtungen, welche jene Aufgaben übernehmen, die die GKV eben nicht erfüllen kann (ROSENBROCK 1988), bleibt daher aus Sicht der Gesundheitsförderung nach wie vor aktuell.

Diese Arbeit verfolgte jedoch das Ziel, nicht wie sonst üblich, nur danach zu fragen, ‘was die Krankenkassen für die Gesundheitsförderung tun können’. Ebenso sollte es bei der Diskussion des Begriffspaares ‘Krankenkassen’ und ‘Gesundheitsförderung’ um die Frage gehen, ‘was die Gesundheitsförderung für die Krankenkassen tun kann’. Anders ausgedrückt: Neben oder trotz der gesetzlichen Rahmenbedingungen - der gesetzliche Auftrag 1989 sowie dessen Streichung 1997 - sollte es unternehmenspolitisch rationale Gründe, jenseits von Marketing und Imagepflege, geben, welche eine stärkere Berücksichtigung der Gesundheitsförderung im

Kerngeschäft der Krankenkassen empfehlen. Diese liegen insbesondere in der weiteren Integration der begonnenen Wege der Gesundheitsförderung in zentrale Aufgabenbereiche des Leistungs- und Vertragsgeschäftes.

Die in der Krankenkassenpraxis bislang dominierende Form der Gesundheitsförderung durch Gesundheitskursangebote liefert hierzu einige interessante empirische Anhaltspunkte. Gesundheitskursangebote von Krankenkassen haben vor diesem Hintergrund zweifellos mit dazu beigetragen, bestehende Versorgungslücken im streng an ärztlicher Leistung und kurativer Medizin orientierten deutschen Gesundheitswesen aufzudecken, und diese auch aus Sicht der Betroffenen - zumindest für die Gruppe derer, die den Weg in die Kurse gefunden haben - zu schließen. Die gesetzlich verordnete Streichung dieser Angebote hinterläßt hingegen erneut eine Lücke, welche vermutlich nur durch die nunmehr bestehenden Versorgungsalternativen - Rehabilitation, ärztlich verordnete Krankengymnastik etc. -, wenn nicht geschlossen, so zumindest aufgefangen werden kann; dies um den Preis verschlechterter Zugangschancen für die Betroffenen sowie erhöhter Kosten für das immernoch größtenteils solidarisch finanzierte Gesundheitswesen.

Die verbleibenden Möglichkeiten, auch nach der Gesetzesänderung durch das Beitragsentlastungsgesetz Gesundheitsförderung zu betreiben und in Richtung einer 'gesundheitsfördernden Krankenkassenpolitik' weiterzuentwickeln, sind unterdessen vielfältig. In Anlehnung an ein Rechtsgutachten im Auftrag der AOK Niedersachsen kommen SCHWARTZ und WALTER (1997) gar zu der Einschätzung, daß sich die Rechtsgrundlage durch das Beitragsentlastungsgesetz „praktisch nicht geändert“ hat (S. 63). Hervorzuheben ist dabei weiterhin die Verpflichtung zur Aufklärung und Beratung (§ 1 SGB V) sowie die Bedeutung des Wirtschaftlichkeitsgrundsatzes (SGB V und SGB IV). Von zunehmender Bedeutung wird daher für die Zukunft der Nachweis von Effektivität und Kosteneffizienz für gesundheitsfördernde Maßnahmen, aber auch die Ausrichtung von Aufklärungs- und Beratungsleistungen an den Erfordernissen der im SGB V vorgesehenen Versorgungsleistungen sein.

Wegbereiter für die explizite und nahtlose Fortsetzung der Gesundheitsförderung nach dem Beitragsentlastungsgesetz war bislang u.a. die AOK Niedersachsen. Die größere Rechtssicherheit aufgrund des oben zitierten Rechtsgutachtens beflügelte hier offenbar auch strategische Überlegungen zu einer, allerdings in ihrem Kurs korrigierten,

Gesundheitsförderungspolitik. So wurden Gesundheitskursangebote nunmehr verstärkt krankheitsbezogen und in Richtung Tertiärprävention gestaltet (SCHWARTZ/WALTER 1997). Auch andere Kassen nutzten zunächst den Spielraum, der ihnen für die ohnehin im Ergebnis überwiegend tertiärpräventiv wirksamen Kursangebote, z.B. Rückenschulen (vgl. Kap. 7), auch per Gesetz eingeräumt werden. Als „Ergänzende Leistungen der Rehabilitation“ (§ 43 SGB V) deklariert, ging es insbesondere darum, die ‚Dehnbarkeit‘ dieses Paragraphen gegenüber der Bundesaufsicht (im Falle der Ersatzkassen), bzw. der jeweiligen Landesaufsichten (im Falle der Orts- und Betriebskrankenkassen) auszuloten.

Allerdings sind vielfach nicht nur die finanziellen, sondern auch die personellen Ressourcen für eine konsequente Weiterführung im beschriebenen Sinne weggebrochen. Viele Kassen reagierten bereits mit Beginn des Jahres 1997 organisatorisch und personell auf die anstehenden Änderungen: Fachabteilungen wurden aufgelöst, MitarbeiterInnen wurden entlassen oder mit (fachfremden) Aufgaben der Sozialversicherung betraut, Kooperationen wurden aufgekündigt (SCHWARTZ/WALTER 1997, S. 65). So ist es u.a. zu erklären, daß selbst die nach wie vor explizit im Sozialgesetz verankerten Möglichkeiten der betrieblichen Gesundheitsförderung, die nach dem Beitragsentlastungsgesetz insbesondere in Zusammenarbeit mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung erfolgen soll (§ 20 Abs. 1 SGB V i.d.F.v. 1.11.96), bislang nur zögerlich erhalten bzw. weiterentwickelt wurden. „Die Krankenkassen sind dabei, sich vor dem Hintergrund des geänderten § 20 neu zu positionieren“ (ebd.).

Beinahe zeitgleich zu diesen Veränderungen hat sich in der GKV aber eine breite Diskussion über neue Ansätze des integrierten Gesundheitsmanagements entfaltet: *Managed Care*, *Case Management*, *Disease Management*. Trotz aller Kontroversen über diese der anglo-amerikanischen Empirie entnommenen Begriffe (exemplarisch: v.STILLFRIED 1996, KÜHN 1997) lassen sich darin zumindest einige theoretische Gemeinsamkeiten mit Konzepten der Gesundheitsförderung erkennen.

So wird etwa für den amerikanischen Gesundheitsmarkt durch die Übernahme von Managed Care-Elementen die Entwicklung „von einem Anbietermarkt zu einem Nachfragemarkt“ konstatiert (v.STILLFRIED 1996). Konstitutive Elemente des Case Management und Disease Management werden in einer ‚Führung‘ des Patienten durch die Einzelinstitutionen der gesundheitlichen Versorgung gesehen. Darüber hinaus habe sich eine Kultur der regelmäßigen

Qualitätsüberprüfung von Leistungserbringern („credentialing“) und der statistischen Überwachung von Behandlungsmustern, Abrechnungsmustern, Kunstfehlerprozessen sowie der regelmäßigen Erhebung von Patientenzufriedenheit entwickelt (ebd.).

Viele amerikanische Managed-Care-Organisationen (MCO) vermitteln dabei auch gegenüber ihren Versicherten aktiv die Rolle des ‘Anwalts in Gesundheitsfragen’: Regelmäßige Befragungen zur Behandlungszufriedenheit der Patienten, Beschwerdemanagement, Telefonberatung zu Gesundheitsfragen sowie zu Fragen medizinischer Versorgung gehören ebenso zum Repertoire, wie etwa eine aktive Einbindung sozialarbeiterisch ausgerichteter Pflegedienste oder die Kooperation mit Selbsthilfegruppen. Alle diese beispielhaften Befunde werden hierzulande oftmals angeführt, um den Eindruck zu vermitteln, daß es sich bei den praktizierten Managed Care-Ansätzen in den USA nicht nur um eine „kommerzielle Bürokratisierung“ der medizinischen Versorgung (KÜHN 1997), sondern auch um Beispiele für ‘gelebte Gesundheitsförderung’ durch Krankenversicherungsträger handelt (BONVIE/HILDEBRANDT 1996).

Die auch in Deutschland, und insbesondere von Krankenkassenvertretern, lebhaft geführte Debatte über Managed Care macht unterdessen deutlich, daß sich auch in Deutschland ein neues Verständnis der Gestaltung gesundheitlicher Versorgungsstrukturen und der aktiven Einbindung der Patientenseite herauszubilden beginnt. Bislang bekannte Beispiele für Managed Care in Deutschland sind insbesondere die von einigen Krankenkassen begonnenen „Modellversuche“ im ambulanten ärztlichen Sektor (nach §§ 63 ff. SGB V): Das ‘Hausarzt-Modell’ der AOK, das Modell ‘Vernetzte Praxen mit kombinierten Budgets’ der BKK oder die ‘Qualitätsgemeinschaft’ der Ersatzkassen (VdAK), um nur einige zu nennen.

Während diese Entwicklungen rund um Managed Care einerseits das Risiko beinhalten, einer weiteren Ökonomisierung der bundesdeutschen Gesundheitspolitik Vorschub zu leisten, müssen gleichwohl andererseits die Chancen gesehen werden, wenn etwa Elemente der Gesundheitsförderung unter neuem Namen und mit nur teilweise veränderten Inhalten wieder Einzug in die gesundheitspolitische Debatte halten. Der begriffliche Wechsel zu angloamerikanischen Management-Termini birgt jedenfalls die Chance, dem aktuellen Zeitgeist entsprechend breiteres politisches Gehör mit Konzepten zu finden, die unter der Überschrift ‘Gesundheitsförderung’ vielerorts kaum noch wahr genommen werden.

Dabei können auch die durch die ökonomischen Hintergründe des Managed Care, Case Management oder Disease Management eingebrachten inhaltlichen Konkretisierungen durchaus als eine Bereicherung der oftmals allzusehr auf additive Konzepte reduzierten Gesundheitsförderungspraxis, bzw. gar als ein Schritt in Richtung Integration angesehen werden. Um jedoch einer Verengung dieser Konzeptionen und Debatten auf gesundheitsökonomische Aspekte vorzubeugen, müssen diese Debatten rechtzeitig auch unter sozialpolitischen Gesichtspunkten geführt werden, etwa was den Aspekt der bürgerschaftlichen Partizipation und Interessenartikulation von PatientInnenkollektiven betrifft. Statt nur als Konsumenten bzw. individuell befähigte Coproduzenten im Gesundheitswesen müssen PatientInnen auch als kollektiv partizipierende Akteure begriffen werden, auch und gerade im Kontext der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die große zukünftige Chance für die Gesundheitsförderung liegt dabei in der Einbeziehung der Patienten- bzw. Versichertenperspektive in eine qualitativ erneuerte Vertragsgestaltung. Dabei geht es vorrangig darum, den Dialog mit den Versicherten zu verstärken, etwa durch die oben beschriebenen Ansätze der Patientenbefragungen, des Beschwerdemanagements, der Rechtsberatung oder der Kooperation mit Selbsthilfeeinrichtungen und Verbraucherberatungsstellen. Die Bedeutung von Beratungsleistungen durch Krankenkassen wird dabei neuerlich, auch hinsichtlich der Erwartungen von Versicherten, betont (MARSTEDT 1998).

In dieser Hinsicht bilden auch 'Gesundheitskurse', aufgrund ihres 'Settings' als Beratungen in Kleingruppen, sowie aufgrund der Erwartungen der TeilnehmerInnen bezüglich der Reduzierung von gesundheitlichen Problemen, eine gute Grundlage für weiterführende Strategien des Versichertendialogs und der Patientenberatung. Allerdings müssen diese Ansätze, die unter gänzlich anderen Vorzeichen und Zielsetzungen begonnen wurden, konsequent in der oben skizzierten Richtung weiterentwickelt werden. So muß sich auch die Zielsetzung zukünftiger Gesundheitskursmaßnahmen von der ausschließlichen Fixierung auf, dem klassischen Risikofaktorenmodell folgenden, Verhaltensänderungen der Ernährung, Bewegung und Streßbewältigung lösen. Für zukünftige Konzeptionen gilt es, sowohl gesundheitliche Risiken außerhalb des gesundheitlichen Versorgungssystems als auch Risiken im Gesundheitssystem, etwa der Arzneimittelübersorgung, der Unter- oder Fehlbehandlung (z.B. bei chronischen Krankheiten), der Mehrfachdiagnostik oder der zu langen stationären Krankenhausbehandlung und zu spät einsetzenden Rehabilitation (etc.), zu thematisieren.

Darüber hinaus muß aber insbesondere ein Rückkoppelungsmechanismus installiert werden, welcher etwa den TeilnehmerInnen an Gruppenberatungs- bzw. Kursveranstaltungen die Chance bietet, als aktive Versicherte ihrerseits den Dialog mit der Krankenkasse zu nutzen, und nachfrageseitige Impulse für das Leistungs- und Vertragsgeschäft im Gesundheitswesen zu geben. Nur so kann der angestrebte Wandel der Krankenkassen vom 'Payer zum Player' auch im sozialpolitischen Sinne gelingen, wenn etwa Krankenkassen zukünftig nicht nur als Wirtschaftsunternehmen, sondern auch als selbstverwaltete Körperschaften des öffentlichen Rechts bzw. als Nachfragerkollektive im Gesundheitswesen Bestand haben sollen.

9.2 Konsequenzen für die politische, professionelle und akademische Ausrichtung der Gesundheitsförderung

Die Ergebnisse dieser Arbeit unterstreichen die Notwendigkeit, Strategien der Gesundheitsförderung durch Krankenkassen inhaltlich stärker in zentrale Aufgabenbereiche der gesundheitlichen Versorgung zu integrieren. Dies ist auch jenseits des Gegenstandes der gesetzlichen Krankenversicherung von erheblicher Bedeutung für die politische, professionelle und akademische Ausrichtung der Gesundheitsförderung.

Wie die vielfältigen Stellungnahmen im Zuge der Streichung der Gesundheitsförderung aus dem Leistungskatalog der GKV verdeutlichen, sind durch diese Entwicklungen auch die wissenschaftlichen und professionellen Perspektiven im gesundheitspolitischen Umfeld nachhaltig betroffen gewesen. So forderten über 100 Wissenschaftler im einem offenen Brief an Bundesgesundheitsminister Seehofer die Beibehaltung und den Ausbau der Gesundheitsförderung durch Krankenkassen (DOK 13/96, S. 403). Die Zeitschrift „UGB-Forum“ widmete dieser Thematik eine ganze Ausgabe (1/97), in der sich engagierte Stellungnahmen, etwa des Berufsverbandes der Diplom-Oecotrophologen (VDOE) oder renommierter Wissenschaftler wiederfanden (LEITZMANN 1997). Schließlich versammelten sich auf der Fachtagung „Gesundheitsförderung zwischen Utopie und Realität“ Mitte 1996 in Celle zahlreiche namhafte Wissenschaftler zu einer gemeinsamen „Celler Erklärung zur Gesundheitsförderung“ (ALTGELD/LASER/WALTER 1997).

Die im Zuge des Beitragsentlastungsgesetzes entbrannte Debatte über die Notwendigkeit der Weiterführung der Gesundheitsförderung hat dabei auch zu einigen kritischen Reflexionen bezüglich der bisherigen Praxis geführt. Diese bezogen sich nicht nur auf die Praxis der Krankenkassen, sondern auf die allgemeine politisch-professionelle Orientierung in der Gesundheitsförderung. Hervorzuheben ist dabei die vereinzelt zum Ausdruck gebrachte (Selbst-)Kritik an den bisher zu sehr auf additive Maßnahmen außerhalb des Gesundheitswesens ausgerichteten Gesundheitsförderungsstrategien. So wird von einem der Protagonisten der Gesundheitsförderung in Deutschland eindrücklich die Notwendigkeit der zukünftigen Integration der Gesundheitsförderung in Kernbereiche der gesundheitlichen Versorgung betont:

„Meines Erachtens war es ein Fehler, die Gesundheitsförderung neben dem Gesundheitswesen aufzubauen und nicht auch in ihm. Gesundheitsförderung ist - bei genauer Betrachtung von Krankheitspanorama und Altersaufbau unserer Gesellschaft und den davon ableitbaren Erfordernissen - auch ein integraler Teil jeder guten Akutversorgung und Rehabilitation. [...] Gesundheitsförderung kann mit anderen Worten auch maßgeblich zur Qualitätsverbesserung in Kernbereichen unserer Krankenversorgung beitragen, auch zur Kostendämpfung von Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege. Es war ein, wie sich im nachhinein herausstellte, schwerwiegender Fehler, daß wir dies nicht von Anbeginn deutlich genug erkannt und ausgesprochen haben. Die von den Promotoren der Gesundheitsförderung favorisierte, institutionelle Trennung der Gesundheitsförderung von Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege hat vielmehr zum Kästchendenken und zur weiteren Fragmentierung in unserem Gesundheitswesen beigetragen, auf Kosten der Versicherten und Patienten und nicht zur Reform von Kernbereichen der Krankenversorgung im Sinne einer ganzheitlichen, am Leitbild von Selbständigkeit und Selbsthilfe orientierten Reorientierung. Erforderlich sind heute vernetztes Denken und eine vernetzte Praxis, sind Umbau- statt Anbaumaßnahmen. Gesundheitsförderung bei chronisch Kranken und Pflegebedürftigen muß zum Thema gemacht werden und das bestehende Versorgungssystem entsprechend umgestaltet werden, damit integrierte Versorgungskonzepte und interdisziplinäre Teamarbeit zur Selbstverständlichkeit werden. Kästchendenken und vielleicht auch der schnell gesuchte Erfolg haben unserem Wahrnehmungsvermögen und unserer Problemlösungsfähigkeit zu lange im Wege gestanden.“ (BADURA 1997, S. 32)

Diese eindrückliche Feststellung bedeutet sicherlich nicht, daß zukünftig Anstrengungen bezüglich der außerhalb der gesundheitlichen Versorgung liegenden Themenbereiche, etwa der sozioökonomischen, psychosozialen, sozialökologischen und politischen Verhältnisprävention, aus der Sicht von gesundheitswissenschaftlichen Fachvertretern unterbleiben sollen. Die Verhältnisprävention sollte hingegen weiterhin auch von dieser Seite als politische Aufgabe verstanden werden, welche nicht nur die Gesundheitspolitik, sondern auch Umwelt-, Sozial-, Renten-, Familien-, Bildungs-, Einwanderungs-, Arbeitsmarkt- und Wirtschaftspolitik tangiert. Das Ausmaß dieser Durchdringung unterschiedlicher Politikfelder

durch Gesundheitsförderung wird auch in Zukunft - so ist zu hoffen - Gegenstand des gesellschaftlichen und politischen Diskurses bleiben.

Diese Aussagen bezüglich einer Integration der Gesundheitsförderung in das gesundheitliche Versorgungssystem sind aber insbesondere bedeutsam für die in Deutschland nach wie vor dominierenden Ansätze der Gesundheitserziehung, Gesundheitsberatung und Verhaltensprävention. Für diesen Handlungsbereich zeigen auch die empirischen und theoretischen Ergebnisse dieser Arbeit nachhaltig die Bedeutung des methodischen und inhaltlichen Bezuges zu den Erfordernissen der Nutzer von Gesundheitsbildungs- und Gesundheitsberatungsmaßnahmen, welche mehrheitlich innerhalb, und nicht außerhalb des gesundheitlichen Versorgungssystems angesiedelt sind.

TeilnehmerInnen von Gesundheitsbildungs- und -beratungsmaßnahmen zeigen oftmals ein überdurchschnittliches Interesse an Fragen der gesundheitlichen Versorgung durch Arzneimittel, schulmedizinische wie alternativmedizinische Behandlungsmethoden, sowie an den Möglichkeiten gesundheitlicher Selbsthilfe. Darüber hinaus weisen sie ein erhebliches Potential an Krankheiten, Schmerzen und anderen gesundheitlichen Beschwerden auf, welches vielfach den Ausgangspunkt für die Teilnahme an einer gesundheitsfördernden Maßnahme bildet. Diese in vielen akademischen Diskussionen beklagte Tatsache, daß 'viele eben erst Interesse für ihre Gesundheit zeigen, wenn schon ein Leidensdruck besteht', gilt es zur Kenntnis zu nehmen und in konzeptionelle und strategische Überlegungen zur Prävention und Gesundheitsförderung einzubeziehen.

Dies soll nicht als eine grundsätzliche Absage an Strategien der Primärprävention mißverstanden werden. Vielfältige Argumentationen und Forschungsergebnisse über soziale Verhaltensdeterminanten, aber auch über ethische Implikationen, stellen jedoch seit Jahren die Möglichkeiten der direkten und zielgerichteten Verhaltenssteuerung in Frage, und heben die Bedeutung der Beteiligung der vermeintlichen Zielgruppen vor dem Hintergrund der eigenen Betroffenheit hervor. Vor diesem Hintergrund ist zu erwarten, daß auch primärpräventive Inhalte im dem Maße öffentliche Aufmerksamkeit erlangen werden, wie die vordringlichen Defizite in der Sekundär- und Tertiärprävention hinreichend in Angriff genommen werden. Die von den betroffenen BürgerInnen und PatientInnen artikulierten Problembereiche dienen sozusagen als 'Aufhänger', um auch primärpräventive Botschaften zu transportieren, und

insgesamt eine neue Kultur des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit langfristig zu fördern.

Auf diese Herausforderung, im Rahmen der Gesundheitsförderung nicht nur Inhalte und Methoden einer individuellen Gesundheitserziehung zu vermitteln, sondern auch eine qualifizierte Unterstützung bei sozialmedizinischen und bürokratischen Problemen der adäquaten Gesundheitsversorgung zu bieten, müssen sich zukünftig auch die professionellen und wissenschaftlichen Fachrichtungen der Gesundheitsbildung- und -beratung mehr als bisher einlassen. Statt Gesundheitsberatung im klassischen Sinne könnte die Zukunft der sogenannten neuen Gesundheitsberufe - aus den Fachrichtungen Psychologie, Pädagogik, Sozialwissenschaften, Sportwissenschaften, Haushalts- und Ernährungswissenschaften (etc.) - vielmehr in einer *Verbraucherberatung im Gesundheitswesen* liegen, welche zugleich auch nach außen gewandt, politisch für die Überwindung der vielfältigen Hürden und Defizite des gesundheitlichen Versorgungssystems eintritt. Damit müssen schließlich auch sozialmedizinische sowie gesundheitspolitische Inhalte mehr als bisher zum Gegenstand von Forschung, Lehre und Praxis in den genannten Fachrichtungen gemacht werden.

Literaturverzeichnis

- Abholz, H.H./ Borgers, D./ Karmaus, W./ Korporal, J. (Hg.; 1982):** Risikofaktorenmedizin - Konzept und Kontroverse. Berlin, New York
- Abholz, H.H. (1994a):** Grenzen medizinischer Prävention. In: Rosenbrock et al. (Hg.): Präventionspolitik. Berlin: Ed. Sigma, S. 55-82
- Abholz, H.H. (1994b):** Rationalitäten in der Medizin. Falldarstellung am Beispiel des Mammographie-Screenings. In: Jahrbuch für kritische Medizin 22, Hamburg, Berlin: Argument, S. 79-95
- Abholz, H.H. (1993):** Arzt-Konsumenten-Verhältnis: Ein Blick in die Zukunft. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 21, Hamburg, Berlin: Argument, S. 46-55
- Abt, H.G. (1989):** Gesundheitsförderung durch Krankenkassen: Eine gesundheitspolitische Hoffnung für die Zukunft? In: Medizinsoziologie 1/89, S. 31-52
- Adam, H. (1983):** Ambulante ärztliche Leistungen und Ärztedichte. Zur These der anbieterinduzierten Nachfrage im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung. Beiträge zur angewandten Wirtschaftsforschung. Bd. 11, Berlin
- Adam, H./Henke, K.D. (1993):** Gesundheitsökonomie. In: Hurrelmann, K./Laaser, U. (Hg.): Gesundheitswissenschaften. Weinheim, Basel: Beltz, S. 347-360
- Adam, H./ Behrens, C./ Henke, K.D. (1991):** Modellüberlegungen zur Kosten-Effektivitäts-Analyse einer Senkung des Cholesterinspiegels durch medikamentöse Therapie. In: Gäfgen, G./ Oberender, P.: Evaluation gesundheitspolitischer Maßnahmen. Baden-Baden: Nomos, S. 29-56
- Ader, R. (HG.; 1981):** Psychoneuroimmunology. New York: Academ. press.
- Alber, J./ Bernardi-Schenkluhn, B. (Hg.; 1992):** Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich. Frankfurt, New York: Campus
- Altgeld, Th./ Laser, I./ Walter, U. (Hg.; 1997):** Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Weinheim, München: Juventa
- Andersen, H.H./ Schulenburg, J.-M. Graf v. (1991):** Forschungsfragen und Gegenstände der Gesundheitsökonomie. In: Schwartz, F.W./ Badura, B./ Brecht, J.G., et al.: Public Health. Berlin, Heidelberg
- Antonovski, A. (1987):** Unraveling the mystery of health. San Francisco
- AOK Hessen (1996):** Gute Erfolge bei Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Presse- und Informationsdienst der AOK, Eschborn
- Arnold, H. (1993):** Solidarität 2000. Die medizinische Versorgung und ihre Finanzierung nach der Jahrtausendwende. Stuttgart
- Arnold, M. (1990):** Grenzen der Prävention. Anspruch und Wirklichkeit eines Programms zur Vermeidung von Herz-Kreislaufkrankheiten. In: Arnold, M./ Ferber, C.v./ Henke, K.-D. (Hg.): Ökonomie der Prävention. Beiträge zur Gesundheitsökonomie 22, Robert Bosch Stiftung, Gerlingen: Bleicher, S. 15-64
- Arnold, M./ Ferber, C.v./ Henke, K.-D. (1990):** Ökonomie der Prävention. Beiträge zur Gesundheitsökonomie 22, Robert Bosch Stiftung, Gerlingen: Bleicher
- Arrow, K. (1963):** Uncertainty and the welfare economics of medical care. In: The American Economic Review, 5/63, S. 941-972
- Aufenanger, S. (1991):** Qualitative Analyse semi-strukturierter Interviews - Ein Werkstattbericht. In: Garz, D./ Kraimer, K. (Hg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 35-60
- Badura, B. (1997):** Zehn Jahre Ottawa-Charta: Was bleibt vom enthusiastischen Aufbruch? In: Altgeld, Th./ Laser, I./ Walter, U. (Hg.): Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Weinheim, München: Juventa, S. 29-35
- Badura, B. (1993a):** Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K./Laaser, U. (Hg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim, Basel: Beltz, S. 63-87
- Badura, B. (1993b):** Freud versus Seyle. Zur Bedeutung der Gefühlsregulierung für die Streßbewältigung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 1/93, S. 47-60
- Badura, B. (1992):** Effecting institutional change. In: Kaplun, A. (Hg.): Health Promotion and Chronic Illness. WHO Regional Publications, European Series, Nr. 44, Kopenhagen, S. 73-86
- Badura, B. (1988):** Örtliche Gesundheitsdienste und die Idee der Gesundheitsförderung. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 13, Hamburg/Berlin: Argument, S. 146-153
- Badura, B. (1983):** Sozialepidemiologie in Theorie und Praxis. In: Europ. Mon. z. Gesundheitserziehung, Bd. 5, S. 29-48

- Badura, B./ Ferber, C.v. (1985):** Einwände gegen Uta Gerhardts und Hannes Friedrichs 'Risikofaktoren, primäre Prävention und das Problem des richtigen Lebens'. In: Deppe, H.U./ Gerhardt, U./ Novak, P. (Hg.): Medizinische Soziologie, Jahrbuch 4. Frankfurt, New York: Campus, S. 128-142
- Bäcker, G./ Bispinck, R./ Hofemann, K./ Naegele, G. (1989):** Sozialpolitik und soziale Lage in der Bundesrep. Deutschland, Bd. 2: Gesundheit - Familie - Alter - Soziale Dienste. 2. Aufl., Köln: Bund
- Baier, H. (1989):** Pflicht zur Gesundheit. Auf dem Weg zum autoritären Sozialstaat. In: WiSt, 12/89, S. 593
- Bandura, A. (1977):** Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 84, S. 191-215
- Banzer, W./ Brettmann, K./ Fratz, R. et al. (1995):** Projektbericht zur Evaluation eines Rückenschulprogramms mit Hilfe eines mehrdimensionalen Testverfahrens. Univ. Frankfurt a.M., Abt. Sportmedizin (in Zusammenarb. mit der Techniker Krankenkasse; unveröff. Manuskript)
- Becker, G.S. (1965):** A Theory of the Allocation of Time. In: Economic Journal, 75, S. 493-517
- Becker, M.H. (Hg.; 1974):** The health belief model and personal health behavior. Thorofare: Slack
- Behrends, B. (1989):** Gesundheit als Herausforderung. Erfolgreicher WHO/AOK-Kongreß. In: DOK 14/89, S. 435-440
- Berkman/ Syme, S.L. (1979):** Social Networks, Host Resistance and Mortality. In: American Journal of Epidemiology Vol. 109, S. 186-204
- Bieback, K.J. (Hg.; 1992):** Das Gesundheits-Reformgesetz - Eine gescheiterte Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung? St. Augustin: Asgard-Verlag
- Bieback, K.J. (1990):** Herausforderung des § 20 SGB V - Gesundheitsförderung. In: DOK 2/90, S. 77-83
- Bindzius, F. (1994):** Gesundheitsberatung durch Krankenkassen. In: Prävention, 4/94, S. 119-120
- Blanz, M. (1993):** Das Placebo-Phänomen aus sozialpsychologischer Perspektive: Zur Rolle von Erwartungen. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 21. Hamburg, Berlin: Argument, S. 77-99
- Blättner, B. (1997):** Gesundheitsbildung als Empowermentstrategie. In: Altgeld, Th./ Laser, I./ Walter, U. (Hg.): Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Weinheim, München: Juventa, S. 163-170
- Bös, K./ Gröben, F. (1995):** Betriebliche Gesundheitsförderung. Eine Umfrage zum aktuellen Stellenwert und zu Perspektiven. Prävention 1/95, S. 11-14
- Boland, H. (1983):** Überlegungen zu einem interaktionsorientierten Evaluierungsansatz. In: Besch, M./Kuhlmann, F./Lorenzo, G. (Hg.): Vermarktung und Beratung. Schriften der Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften des Landbaus. Bd.20, Münster-Hiltrup, S. 503-525
- Bonvie, H./ Hildebrandt, H. (1997):** Managed Care Elemente im berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren. In: Sozialer Fortschritt 6-7/97, S. 150 ff.
- Borgers, D. (1993):** Realitätsgehalte einer einseitig stofflich-energetischen Gesundheitsdebatte. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 21, Hamburg, Berlin: Argument, S. 112-134
- Borgers, D. (1988):** Lassen sich durch Prävention Kosten sparen? In: Argument-Sonderband 178, Berlin, Hamburg, S. 50-62
- Boschke, W.L. (1997):** Budgetkürzungen wegen Fehlbelegung. In: f&w 3/97, S. 192-197
- Boschke, W.L. (1995):** Seehofer: Die Dritte. Vom sektoralen zum globalen Budget. In: f&w, 2/95, S. 107-115
- Bormann, C. (1993):** Notwendigkeit von Effizienzbestimmungen im Rahmen qualitätssichernder Maßnahmen in der primären Prävention - aus der Sicht der Krankenkassen. In: Prävention 1/93, S. 13-15
- Braun, B. (1991):** Einleitung in: Braun, B./ Glaeske, G. (Hg.): Lieber Handeln als Schlucken. Strategien gegen den Arzneimittelmisbrauch. Forum Sozial- und Gesundheitspolitik, Bd. 5, St. Augustin: Asgard, S. 12-14
- Braun, B./ Friedrich, W. (1994):** Kooperation und Gesundheitsförderung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Arbeit und Sozialpolitik 9-10/94, S. 55-59
- Braun, B./ Glaeske, G. (Hg.; 1991):** Lieber Handeln als Schlucken. Strategien gegen den Arzneimittelmisbrauch. Forum Sozial- und Gesundheitspolitik, Bd. 5 Sankt Augustin: Asgard
- Braun, B./ Reiners, H. (1991):** Public Health und Gesundheitsförderung als Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In: Deppe, H.-U. (Hg.): Öffentliche Gesundheit - Public Health. Frankfurt, New York: Campus, S. 193-214
- Braun, B./ Reiners, H./ Teske, U. (1984):** Selbstverwaltung und Gesundheitspolitik. Argument-Sonderband, AS 113. Hamburg, S. 147-159
- Braun, J. (1994):** Selbsthilfeförderung durch Länder, Kommunen und Krankenkassen. Förderpraxis in den neuen Bundesländern und Empfehlungen zur Förderung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen [Hg.: Bundesministerium für Familie und Senioren; Schriftenreihe Bd. 42/ISAB-Schriftenreihe Nr. 23]. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Brecht, J.G. et al. (1991):** Langfristige Entwicklungstrends im Gesundheitswesen. In: Schwartz, F.W./ Badura, B./ Brecht, J.G., et al.: Public Health. Berlin, Heidelberg
- Brenner, H. (Hg.; 1989):** Das große Buch der Entspannungstechniken. München: Humboldt
- Breyer, F/ Zweifel, P. (1992):** Gesundheitsökonomie. Berlin: Springer
- Brückel, S./ Klein, R. (1989):** Gesundheitsreform und Prävention. DOK 10-11/89, S. 290-296

- Brunkhorst, J. (1989):** Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung. Zur zukünftigen Rolle der Krankenkassen. In: DOK 10-11/89, S. 277-282
- Bulk, W. (1989):** "Noncompliance". Volkswirtschaftliche Bedeutung und Konsequenzen für die soziale Krankenversicherung. In: DOK 8-9/1989, S. 266-271
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA; 1984):** Kostenwirksamkeitsanalysen im Gesundheitswesen, Forschungsbericht Bd. 98, Bonn
- Bundesministerium für Familie und Senioren (BMFuS; 1993):** Familie und Beratung. Familienorientierte Beratung zwischen Vielfalt und Integration. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen beim BMFS, Bd. 16 Schriftenreihe des BMFS. Stuttgart: Kohlhammer
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG; 1996):** Bericht über die Entwicklung chronischer Krankheiten in Deutschland. In: Deutsches Ärzteblatt 93, H. 34/35, 8/96, S.1682
- Busse, R./ Wismar, M. (1997):** Funktionen prioritärer Gesundheitsziele für Gesundheitssysteme. In: Arbeit und Sozialpolitik 3-4/97, S. 27-36
- Callahan, D. (1990):** What kind of life. The limits of medical progress. New York: Simon and Schuster
- Christ, G. (1995):** Evaluation von Seminaren zur Gesundheitsförderung im Rahmen des Meisterfrauenprojektes - Untersuchungsbericht (unveröff. Manuskript; IKK-Bundesverband)
- Clade, H. (1989):** Prävention und Gesundheitsökonomie: Noch viele Fragen offen. In: Arbeit und Sozialpolitik 4/89, S. 96-98
- Cochrane, A.L. (1972):** Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services. Nuffield: Burgess and Sons
- Conrad, G./ Kickbusch, I. (1989):** Der Beitrag der WHO zur Gesundheitsförderung. Möglichkeiten der Kooperation mit den Krankenkassen. In: DOK 10-11/89, S. 283-289
- Conrad, G./ Kickbusch, I. (1988):** Die Ottawa-Konferenz zur Gesundheitsförderung. In: Grenzen der Prävention, Argument-Sonderband AS 178, Hamburg, S. 142-150
- Coward, R. (1995):** Nur Natur? Die Mythen der Alternativmedizin - Eine Streitschrift. München: Kunstmann
- Crawford, R. (1977):** You are dangerous to your health: The ideology and politics of victim blaming. In: International Journal of Health Services 7, S. 663-679
- DAK (o.J.):** Informationsbroschüre "Leben und Umwelt - Neue Wege zur Gesundheitsförderung"
- DAK (o.J.):** Informationsbroschüre „Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz“
- Davies, L. (1994):** Current status of economic appraisal of health technology in the European Community: Report of the Network, In: Social Science and Medicine, Vol. 38, S. 1601-1607
- Denzinger, P./ Kaiser, E. (1982):** Arbeitsdokumentation der Beraterfortbildung durch Projektarbeit in Baden-Württemberg. Ostfildern-Kemnat, Oktober 1982
- Deppe, H.U. (1996):** Die Stellung des Kranken zwischen Patient und Konsument. In: Arbeit und Sozialpolitik 7-8/96, S. 51-54
- Deppe, H.U. (Hg.; 1987):** Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. Frankfurt: Suhrkamp
- Derwein, U. (1997):** Perspektiven für eine integrierte Gesundheitsversorgung. Vorstellungen der Gewerkschaft ÖTV. In: Mabase 3-4/97, S. 48-52
- Dlugosch, G./ Krieger, W. (1996):** „Wege zum Wohlbefinden“ - Evaluation eines Modellprojektes im Bereich der Gesundheitsförderung. In: Prävention 4/96, S. 111-114
- Dörning, H./ Kunstmann, W./ Lorenz, C./ Röseler, S. (1992):** Angebote und Akzeptanz des BKK-Modellprojektes „Gesund älter werden“. In: Die Betriebskrankenkasse 8-9/92, S. 490-495
- Donabedian, A. (1980):** The Definition of Quality and Approaches to its Assessment and Monitoring. Vol. 1, Ann Arbor
- DOK (1996):** Aus dem Bundestag: Gesundheitsförderung und Selbsthilfearbeit. In: DOK 19-20/96, S. 628-630
- Driller, U. (1994):** Schritte zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung - Evaluation des AOK-Programms „Pfund um Pfund“. In: Prävention 2/94, S. 47-50
- Drummond, M./ Stoddart, G./ Torrance, G. (Hg.; 1987):** Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford University Press
- Dubos, R. (1959):** Mirage of Health. New York
- Eichner, H. (1981):** Aktion Gesundheit - Theoretische Einordnung und Begründung. In: Grundlagenbericht zur Aktion Gesundheit. Schriften der AOK für den Kreis Mettmann, Bd. 11. Velbert
- Elkeles, T./ Lenhardt, U./ Rosenbrock, R. (1996):** Bedingungs- und Akteurskonstellationen für Gesundheitsförderung im Betrieb - Ergebnisse aus vier Fallstudien. Berlin: WZB für Sozialforschung, P96-201
- Elkeles, T./ Lenhardt, U./ Rosenbrock, R. (1994):** Betriebliche Prävention von Rückenschmerzen. In: Rosenbrock, R./ Kühn, H. u.a. (Hg.): Präventionspolitik. Berlin: Sigma, S. 167 ff.
- Emanuel, E./ Emanuel, L. (1996):** What is Accountability in Health Care? In: Annals of Internal Medicine Vol. 124, Nr. 2, S. 229-239

- Ernst, H. (1992):** Gesund ist, was Spaß macht. In: Trojan, A./ Stumm, B. (Hg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen. Frankfurt a. M.: Fischer, S. 153-166
- Etzioni, A. (1995):** Die Entdeckung des Gemeinwesens. Stuttgart: Schäffer-Poeschel
- Evers, A. (1990a):** Towards a Different Paradigm of Public Policy-Making in Health and Welfare? Identifying Common Features within a Diversity of Cases. In: Evers, A./ Farrant, W./ Trojan, A. (Hg.): Healthy Public Policy at the Local Level. Frankfurt a. M.: Campus, S. 199-217
- Evers, A. (1990b):** Entwicklungspolitiken für soziale Netzwerke, Selbsthilfeinitiativen und freie Träger. In: Gesundheitsförderung - Eine Investition für die Zukunft. Ergänzungsband Nr. 7 zum Konferenzbericht, S. 49-56
- Evers, A. (1998a):** Zielsetzungen und Möglichkeiten von Politik im Gesundheitsbereich. In: Forum Public Health Nr. 20 (6. Jg.), S. 2-3
- Evers, A. (1998b):** Consumers, Citizens and Coproducers - A Pluralistic Perspective on Democracy in Social Services. In: Flösser, G./ Otto, H.U. (Hg.): Towards more democracy in social services: models and culture of welfare. Berlin, New York: de Gruyter, S. 43-52
- Felkner, C. (1996):** Der Bedarf einer Strukturreform im Gesundheitswesen - Ausgaben- oder Strukturkrise als Ursache? In: Düllings, J., u.a.: Von der Budgetierung zur Strukturreform im Gesundheitswesen. Heidelberg: Decker, S. 7-30
- Ferber, C. v. (1994):** Gesundheitsförderung durch Krankenkassen. In: Die Betriebskrankenkasse 1/94, S. 22-27
- Ferber, C. v. (1990):** Effektivität und Effizienz von Primärprävention nach dem psychosozialen 'Risikofaktorenansatz'. In: Arnold, M./ Ferber, C.v./ Henke, K.-D. (Hg.): Ökonomie der Prävention. Beiträge zur Gesundheitsökonomie 22, Robert Bosch Stiftung, Gerlingen: Bleicher, S. 289-318
- Finsinger, J. (1983):** Versicherungsmärkte. Frankfurt, New York
- Forschungsgruppe „Gesundheitsberichterstattung“ (1991):** Zum Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung: Bestandsaufnahme und Konzeptvorschlag. In: Schwartz, F.W./ Badura, B./ Brecht, J.G. et al. (Hg.): Public Health. Texte zu Stand und Perspektiven der Forschung. Berlin, Heidelberg, S. 389-407
- Franzkowiak, P./ Sabo, P. (Hg.; 1993):** Dokumente der Gesundheitsförderung. Mainz
- Friczewski, F. (1994):** Gesundheitszirkel als Organisations- und Personalentwicklung: Der „Berliner Ansatz“. In: Westermayer, G./ Bähr, B. (Hg.): Betriebliche Gesundheitszirkel. Göttingen: Hogrefe, S. 14-24
- Fries, J.F. (1983):** The compression of morbidity. Milbank Quarterly 61, S. 397-419
- Funke-Wittig, B./ Klein, R. (1990):** Umwelt und Gesundheit. Herausforderung für die AOK-Prävention. In: DOK 8/90, S. 262-266
- Garz, D./ Kraimer, K. (Hg.; 1991):** Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Gäfigen, G./ Oberender, P. (Hg.; 1991):** Evaluation gesundheitspolitischer Maßnahmen. Baden-Baden: Nomos
- Gerhardt, U. (1986):** Patientenkarrieren. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Gerhardt, U./ Friedrich, H. (1985):** Risikofaktoren, primäre Prävention und das Problem des richtigen Lebens. In: Deppe, H.U./ Gerhardt, U./ Novak, P. (Hg.): Medizinische Soziologie, 4. Jahrbuch. Frankfurt, New York: Campus, S. 107-127 sowie „Postskriptum“: S. 143-144
- Gerkens, K./ Grigoleit, H. (1993):** Ersatzkassen unterstützen Hilfe zur Selbsthilfe. In: Die Ersatzkasse 12/93, S. 523-528
- Glaeske, G. (1996):** Qualitätszirkel - Instrument zur Optimierung der Arzneimittelversorgung. In: Die Ersatzkasse 12/96, S. 447-452
- Glaeske, G. (1992):** Verordnungsrationalität und Verbraucherschutz - Arzneimittelberatung in Krankenkassen. In: DOK 4-5/92, S. 113-119
- Glaeske, G. (1988):** Vermeidbare oder unvermeidbare Katastrophen? In: Argument-Sonderband AS 178, S. 168-187
- Glaeske, G./ Stillfried, D.v. (1996):** Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung im Rahmen einer solidarischen Wettbewerbsordnung. In: Die Ersatzkasse 7/96, S. 245-251
- GMK (1991):** Möglichkeiten zur Gesundheitsvorsorge, Krankheitsfrüherkennung und Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland. Entschließung der 64. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen MinisterInnen und SenatorInnen der Länder. Wiesbaden
- Göllnitz, S. (1997):** Bewertung der Wirksamkeit präventiver Kurse. In: DOK 22/97, S. 706 - 707
- Grace, V. (1991):** The Marketing of Empowerment and the Construction of the Health Consumer: A Critique of Health Promotion. International Journal of Health Services, Vol. 21, No. 2, S. 329-343
- Grande, G./ Schott, T./ Badura, B. (1996):** Ergebnisorientierte Evaluation kardiologischer Rehabilitation. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 4/96, S. 335-347
- Grunow, D. et al. (1983):** Gesundheitsselbsthilfe im Alltag. Ergebnisse einer repräsentativen Haushaltsbefragung über gesundheitsbezogene Selbsthilfeeferfahrungen und -potentiale. Stuttgart
- Griesewell, G. (1994):** Markt oder Staat - Wettbewerb oder Dirigismus? Zur Psychopathologie der ordnungspolitischen Diskussion im Gesundheitswesen. In: Arbeit und Sozialpolitik 1-2/94, S. 28-41

- Grossman, M. (1972):** The Demand for Health. A Theoretical and Empirical Investigation. New York
- Haag, A. (1992):** Zum Problem der psychischen Gesundheit heute - Psychoanalytische Reflexionen zu einer empirischen Studie. In: Trojan, A./ Stumm, B. (Hg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen. Frankfurt a. M.: Fischer, S. 72-83
- Härter, M./ Wagensommer, C./ Barth, J./ Friderich, C./ Koch, U. (1996):** Inanspruchnahme und Effekte von Gesundheitsberatungen bei Erkrankungen am Stütz- und Bewegungsapparat. In: Prävention 1/96, S. 10-13
- Hagen, P./ Horlbeck, F./ Sturm, J. (1993):** Soziodemographie und die Strategie einer Krankenkasse. In: Arbeit und Sozialpolitik, 11-12/93, S. 26-34
- Hass, W./ Lehmann, F. (1996):** Schulung von KrankenkassenmitarbeiterInnen zur Gesundheitsförderung im Rahmen des § 20 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V). Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 3/96, S. 248-259
- Hauptert, B. (1991):** Vom narrativen Interview zur biographischen Typenbildung. In: Garz, D./ Kraimer, K. (Hg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen. Westdeutscher Verlag, S. 213-254
- Hauß, F. (1991):** Krankenkassen und präventive Gesundheitspolitik. In: May, H./ Klein-Lange, M.: Gesundheit in Niedersachsen, Wege der Zusammenarbeit bei Prävention und gesundheitlicher Primärversorgung, Loccumer Protokolle 51/1991. Rehburg-Loccum, S. 257-268
- Hebel, D./ Schwarz, F.W./ Dörning, H. (1994):** Gesundheitsförderung und Prävention - Interessen und Wünsche der Versicherten. In: Die Ersatzkasse 3/94, S. 95 ff.
- Heckhausen, H. (1980):** Motivation und Handeln. Berlin: Springer
- Henke, K.-D. (1990):** Zur ökonomischen Evaluation der Prävention von Herz-Kreislaufkrankheiten. In: Arnold, M./ Ferber, C.v./ Henke, K.-D. (Hg.): Ökonomie der Prävention. Beiträge zur Gesundheitsökonomie 22, Robert Bosch Stiftung, Gerlingen: Bleicher, S. 95-122
- Herder-Dorneich, P./ Schuller, A. (1983):** Die Anspruchspirale. Stuttgart: Kohlhammer
- Heyll, U. (1993):** Risikofaktor Medizin. Gesundheitsschäden und Kostenexplosion als Folgen ärztlicher Übertherapie. Frankfurt am Main/ Berlin: Ullstein
- Hildebrandt, H. (1988):** Gesundheitsförderung - Die neue Zielvorstellung der Weltgesundheitsorganisation. Vorschläge für eine andere Strukturreform. In: DOK 4/88, S. 113-116
- Hildebrandt, H./ Besser, G. (1997):** Mehr Wettbewerb und Qualitätssicherung im Krankenhaus - eine Chance für Gesundheitsförderung? Überlegungen zu Vergangenheit und Zukunft der Gesundheitsförderung. In: Altgeld, Th./ Laser, I./ Walter, U. (Hg.): Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Weinheim, München: Juventa, S. 121-131
- Hildebrandt, H./ Domdey, A. (1996):** Disease Management. In: Die Ersatzkasse 2/96, S. 50 ff.
- Hildebrandt, H./ Faltis, M. (1986):** Gesundheitsförderung als Nebenzweck. Ergebnisse einer Erhebung von Vereinen, Initiativen und sozialen Einrichtungen (Dritter Sektor) in Lüneburg. Vortrag auf der Wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin in Bielefeld, Sept. 1986
- Hildebrandt, H./ Stauss, S. (1992):** „Das finde ich ganz toll, daß man uns mal fragt“- Mitgliederversammlung zu Umwelt und Gesundheit. In: DOK 23-24/92, S. 857-862
- Hildebrandt, H./ Stauss, S. (1991):** Pilotprojekt Gesundheitsförderung durch die AOK. Mitgliederversammlung zu Umwelt und Gesundheit in Harburg und Billstedt-Horn. Dokumentation der Wertstatt Gesundheit.
- Hildebrandt, H./ Trojan, A. (1990):** Neue Brücken-Einrichtungen als Instrument für gesundheits- und gesellschaftspolitische Innovationen. In: Thiele, W./ Trojan A. (Hg.): Lokale Gesundheitsberichterstattung. Hilfen auf dem Weg zu einer neuen Gesundheitspolitik? Sankt Augustin, S. 187-200
- Hildebrandt, H./ Trojan, A. (Hg.; 1986):** Gesundere Städte - kommunale Gesundheitsförderung. Hamburg
- Hildebrandt, H./ Trojan, A. (1988):** Gesundheitsförderung und Krankenkassen. In: Die Krankenversicherung; IKK, 3/88, S. 63-71
- Hildebrandt, B./ Schulte, T./ Hildebrandt, H./ Lantow, G./ Horn, H./ Franke, S./ Trojan, A. (1996):** Patienten sehen Kliniken positiv, aber Probleme an den Schnittstellen nach außen - Patientenbefragung zur Qualität Hamburger Krankenhäuser 1996. In: Krankenhaus Umschau 12/96, S. 904-909
- Hirschman, A.O. (1970):** Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Declines in Firms, Organizations, and States. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Homfeldt, H.G./ Hünersdorf, B. (1996):** Gesundheitsförderung und soziale Arbeit - ein Trendbericht. In: Sozialwissenschaftliche Literatur Rundschau, 31-32/96, S. 145 ff.
- Huber, E. (1996):** Das Gesundheitssystem neu denken! In: Troschke, J.v./ Reschauer, G./ Hoffmann-Markwald, A. (Hg.): Die Bedeutung der Ottawa Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland, S. 53-60

- Huber, E. (1991):** Handeln statt Schlucken - Gesundheitspolitische Strategien zum rationalen Umgang mit Arzneimitteln. In: Braun, B./ Glaeske, G. (Hg.): Lieber Handeln als Schlucken. Strategien gegen den Arzneimittelmisbrauch. Forum Sozial- und Gesundheitspolitik, Bd. 5, St. Augustin: Asgard, S. 28-36
- Huber, E. (1989):** Der Arzt dient der Gesundheit. In: Landesverband der Betriebskrankenkassen Berlin (Hg.): Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung, Berlin, S. 125-128
- Huer, E. (1992):** AOK und Freizeitsport. In: Die Ortskrankenkasse 9/92, S. 654-657
- Hungeling, G. (1995):** Ökologische Gesundheitspolitik im Kontext eines alternativen Sozialstaatsmodells. Diplomarbeit an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.
- Hurrelmann, K./ Nordlohne, E. (1993):** Gesundheitsförderung in der Schule. Erfahrungen und Evaluationsergebnisse. In: Pelikan, J./ Demmer, H./ Hurrelmann, K. (Hg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim: Juventa, S. 100-118
- IKK (1988):** Presseerklärung des Bundesverbandes der Innungskrankenkassen vom 18.2.1988. In: Die Krankenversicherung; IKK, 3/88, S. 65
- Illich, I. (1977):** Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens. Reinbek
- Isenberg, Th./ Malzahn, J. (1996):** Impulse - bewegt studieren. Hochschulsport als Instrument des Krankenkassen-Wettbewerbs. In: Mabase 5-6/96, S. 15-17
- Jakobs, K./ Reschke, P. (1994):** Angleichung der GKV-Ausgaben fast erfolgt: Für einen ungeteilten Risikostrukturausgleich ab 1996. In: Sozialer Fortschritt, 10/94, S. 248-252
- Johannes, D. (1993):** Qualitätszirkel, Gesundheitszirkel und andere Problemlösungsgruppen - eine vergleichende Darstellung der verschiedenen Konzepte. Amtliche Mitteilungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz (Sonderdruck)
- Kallus, K.W. (1993):** Wissenschaftliche Begleituntersuchung zu den Streß-Management-Kursen der hessischen Geschäftsstellen der Techniker Krankenkasse. Universität Würzburg, Lehrstuhl für Psychologie II (unveröff. Manuskript)
- Kaplun, A. (Hg.; 1992):** Health Promotion and Chronic Illness. WHO Regional Publications, European Series, Nr. 44, Kopenhagen
- Karl, H.R./ Nittner, K.R. (1982):** Das Modellgesundheitsamt Marburg-Biedenkopf. Bd. 99 der Schriftenreihe des BMJFG. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz
- Kaufmann, F. X. (1982):** Elemente einer soziologischen Theorie sozialpolitischer Intervention. In: Kaufmann F. X. (Hg.): Staatliche Sozialpolitik und Familie, München, Wien: Oldenbourg, S. 49-86
- Keupp, H. (1997):** Chancen des Umbruchs - das soziale Kapital Deutschlands. Vortrag beim Zukunftsforum „Chancen des Umbruchs - Können wir unsere Stärken aktivieren?“ der Hanns-Seidel-Stiftung am 14. Mai 1997 im Europäischen Patentamt München
- Keupp, H. (1993):** Von der Fremd- zur Selbstvergesellschaftung - Gesundheitsdiskurse als Identitätspolitik. In: Jahrbuch für Rechtssoziologie und Rechtstheorie. Bd. 15, Westdeutscher Verlag, S. 194-208
- Kirch, P. (1996):** Präventionsangebote der AOK sind eine nachweisbar rentable Investition. In: DOK 7/96, S. 399-400
- Kirschner, W./ Radoschewski, M./ Kirschner, R. (1995):** § 20 SGB V Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen. Bd. 6 der Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik, Beiträge der Sozial- und Gesundheitswissenschaften zu Praxis und Politik. Sankt Augustin: Asgard
- Kleinfeld, A./ Schulte, M. (1994):** Entwicklung der Inanspruchnahme der orthopädischen Rückenschule. In: Krankengymnastik (KG), 11/94, S. 1590-1591
- Knieps, F. (1997):** Gesundheitsziele und gesundheitspolitische Orientierung der Krankenkassen. In: Arbeit und Sozialpolitik 3-4/97, S. 37-44
- Knieps, F. (1995):** Perspektiven einer solidarischen Gesundheitspolitik. In: Arbeit und Sozialpolitik, 1-2/95, S. 12-21
- Kohlmeier, L./ Kroke, A./ Pötsch, J./ Kohlmeier, M./ Martin, K. (1993):** Ernährungsabhängige Krankheiten und ihre Kosten. Schriftenreihe des BMG, Bd. 27. Baden-Baden: Nomos
- Köhler, B.M./ Feichtinger, E./ Barlösius, E./ Dowler, E. (Hg., 1997):** Poverty and Food in Welfare Societies. Berlin: Ed. Sigma
- Korzilius, H. (1996):** Ersatzkassenverbände kritisieren: Risikostrukturausgleich behindert Wettbewerb. In: Deutsches Ärzteblatt 93, H. 39, 27.9.96, S. B-1920
- Kotler, Ph./ Roberto, E. (1991):** Social Marketing. Düsseldorf: Econ
- Krämer, W. (1992):** Bedarf, Nachfrage und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. In: Andersen, H./ Henke, K.-D./ Schulenburg, J.-M. Graf v. (Hg.): Basiswissen Gesundheitsökonomie. Bd. I: Einführende Texte. Berlin: Ed. Sigma, S. 63-82
- Krämer, W. (Hg.; 1989):** Die Krankheit des Gesundheitswesens. Frankfurt/M.: Fischer
- Kranich, Ch. (1993):** Warum gibt es keine Patienten-Bewegung? In: Kranich, Ch./ Müller, C. (Hg.): Der mündige Patient - eine Illusion? Frankfurt a.M.: Mabase, S. 13-15

- Kranich, Ch./ Böcken, J. (Hg.; 1997):** Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa. Nomos
- Kroll, P. (1996):** Diabetesbedingte Erblindungen - Programme zur Senkung der Inzidenz. In: Die Forderungen von St. Vincent - Stand 1996 in Deutschland, Mainz, S. 51-54
- Kronberger Kreis (Engels, W. et al.; 1987):** Mehr Markt im Gesundheitswesen. Frankfurter Institut für wirtschaftspolitische Forschung, Bad Homburg
- Kühn, H. (1997):** Managed Care-Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung. Am Beispiel USA. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, WZB Berlin, P97-202
- Kühn, H. (1993a):** Arzt-Konsumenten-Verhältnis: Der gesunde Patient. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 21, S. 6-20
- Kühn, H. (Hg.; 1993b):** Healthismus: eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A. - Berlin: Ed. Sigma
- Kyburz, G. (1993):** Kreative Gesundheitserziehung im pädagogisch-medizinischen Team. Eine Evaluationsstudie zur Effizienzmessung eines Rückenprogramms aus der betrieblichen Prävention. (unveröff. Manuskript)
- Laaser, U./ Hurrelmann, K./ Wolters, P. (1993):** Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In: Hurrelmann, K./ Laaser, U. (Hg.): Gesundheitswissenschaften. Weinheim, Basel: Beltz, S. 176-205
- Labisch, A. (1984):** Die Wiederaneignung der Gesundheit - Zur sozialen Funktion des Gesundheitsbegriffes. In: Wie teuer ist uns Gesundheit? Argument Sonderband AS 113. Berlin, Hamburg
- Lalonde, M. (1974):** A New Perspektive on the Health of Canadians. Ottawa
- Lancaster, K. (1966):** A New Approach to Consumer Theory. In: Journal of Political Economy 74, S. 132-157
- Lange, S./ Richter, K./ Köbberling, J. (1994):** Knochendichtemessung zur Früherkennung einer Osteoporose. In: Jahrbuch für kritische Medizin 22, Hamburg, Berlin: Argument, S. 56-78
- Lehmann, M. (1993):** Qualitätssicherung und Interessenlagen. In: Prävention 1/93, S. 21-23
- Lehmann, F./ Hassel, H. (1996):** Qualifizierung von Krankenkassenmitarbeitern. In: Prävention 1/96, S. 30-32
- Leidl, R. (1994):** Gesundheitsökonomie als Fachgebiet. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 2/94, S. 131-148
- Leitzmann, C. (1997):** Gesundheitsförderung auf neuen Wegen. In: UGB-Forum 1/97, S. 22
- Lemke-Goliasch, P./ Zenker, C. (1992):** Aktionen in Kooperation mit den Krankenkassen. In: Lemke-Goliasch, P./ Troschke, J.v./ Geiger, A. (Hg.): Gesund Leben in der Gemeinde. Erfahrungen aus der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP). Sankt Augustin: Asgard, S. 65-70
- Lenhardt, U. (1989/1990):** Primärprävention als Aufgabe der Krankenkassen? (Teil 1). In: GwG Zeitschrift 12/1989, S. 411-415; (Teil 2) In: GwG Zeitschrift 3/90, S. 20 ff.
- Leopold, D. (1991):** Daten über Therapiekosten von Typ I-Diabetikern pro Jahr. In: Laube, H.: Kursus der speziellen Pharmakologie - Diabetes Mellitus. Kursbegleitendes Skript. Medizinische Poliklinik der Universität Gießen
- Leu, R. (1991):** Ansätze der Outputmessung in der Kosten-Nutzen-Analyse im Gesundheitswesen: Das MIMIC-Modell. In: Gäfgen, G./ Oberender, P.: Evaluation gesundheitspolitischer Maßnahmen. Baden-Baden: Nomos, S. 83-142
- Leu, R./ Doppmann, R. (1986):** Gesundheitszustandsmessung und Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in der Schweiz. In: Wille, E. (Hg.): Informations- und Planungsprobleme in öffentlichen Aufgabenbereichen: Aspekte der Zielbildung und Outputmessung unter bes. Berücksichtig. d. Gesundheitswesens. Frankfurt, Bern, New York: Lang, S. 1-91
- Leu, R./ Schaub, T. (1990):** Gesundheit, Behinderung und Lebensqualität: Der Patient hat das Wort. Gesundheitsökonomische Beiträge, Bd. 11. Baden-Baden: Nomos
- Leu, R./ Schaub, T. (1983):** Does Smoking increase medical care expenditure? In: Social science medicine, Vol.17, Nr. 23, S. 1907-1914
- Lorig, K./ Kranes, R.C./ Richardson, N. (1985):** A Workplace Health Education Program Which Reduces Outpatient Visits. In: Med. Care 9/85, S. 1044-1054
- Mackenthun, G. (1994):** Medien, Medizin und Hysterie. Ein Beitrag zur Medienverdrossenheit. In: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 23, Hamburg, Berlin: Argument, S. S. 54-74
- MAG (1996):** Auswertungspapier zur Evaluationsstudie „Orthopädische Rückenschule - Datenstand 15.11.96 (unveröff. Manuskript)
- Marstedt, G. (1998):** Krankenkassen - Die neuen Gesundheitsberater der Risikogesellschaft? In: Marstedt, G./ Müller, R. (Hg.): Gesundheitswissenschaft 2001 - Gesellschaftlicher Strukturwandel und gesundheitswissenschaftliche Paradigmen. Bremerhaven: Nordwest-Verlag (i.E.)
- Marstedt, G (1996):** Bauchtanz und Snowboarding auf Kosten der Solidargemeinschaft? In: Psychologie heute 6/96, S. 44-45

- Marstedt, G. (1994):** Gesundheitsverhalten als Risikomeidung: Postulat und Alltagsrealität. Empirische Befunde zu arbeits- und gesundheitsbezogenen Wahrnehmungs- und Verhaltensmustern der Bevölkerung. In: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 23, Hamburg, Berlin: Argument, S. 75-99
- Maschewsky, W. (1988):** Psychosomatisch oder neurotoxisch? In: Argument-Sonderband AS 155, Hamburg, Berlin, S. 154-164
- Maschewsky-Schneider, U. (1993):** Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. In: Prävention 1/93, S. 24, 25
- Maßholder, F. (1995):** Krankenkassen und Gesundheitsförderung. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung in Berlin.
- McKeown, Th. (1982):** Die Bedeutung der Medizin - Traum, Trugbild oder Nemesis. Frankfurt/M.
- MDS (1997):** Presseerklärung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen am 24.1.97, Bonn
- McKinlay, J.B./ McKinlay, S.M./ Beaglehole, R. (1989):** A review of the evidence concerning the impact of medical measures on recent mortality and morbidity in the U.S. In: International Journal of Health Services 19/89, S. 181-208
- Meierjürgen, R. (1995):** Hilfen für pflegende Angehörige. In: Die Ersatzkasse 2/95, S. 52-58
- Meierjürgen, R. (1994):** Gesundheitsförderung und Krankenkassenwettbewerb. In: Arbeit und Sozialpolitik 1-2/94, S. 58-64
- Meierjürgen, R./ Schulte, M. (1993):** Routinestatistiken im Gesundheitsförderungsbereich: Aufgaben - Ziele - erste Ergebnisse. In: Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung 5/93, S. 61-66
- Meschig, A./ Reutter, T./ Thußbas/ Klotter, C. (1995):** Effekte von Gesundheitsförderung - Ergebnisse einer retrospektiven Befragung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern an Kursen des BKK Gesundheitszentrums Berlin. In: Die Betriebskrankenkasse 11/95, S. 680-684
- Merbecks, M./ Kühl, R. (1996):** Beurteilung der Methoden von Effizienzanalysen zur Prävention ernährungsabhängiger Krankheiten. In: Arbeit und Sozialpolitik 7-8/96, S. 34-40
- Metzinger, T. (1985):** Neuere Beiträge zur Diskussion des Leib-Seele-Problems. Bern: Lang
- Meyer, D. (1994):** Dynamische Steuerungswirkungen bei Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen. In: WISU 10/94, S. 796-800
- Mickley, B./ Standfest, E. (1995):** Szenarien für die nächste Reformstufe im Gesundheitswesen. In: WSI-Mitteilungen 6/95, S. 374-384
- Mielck, A. (Hg.; 1994):** Krankheit und soziale Ungleichheit. Opladen: Leske und Budrich
- Mielke, R. (Hg.; 1982):** Interne/externe Kontrollüberzeugungen. Bern: Huber
- Milio, N. (1991):** Making healthy public policy; developing the science by learning the art: an ecological framework for policy studies. In: Badura, B./ Kickbusch, I. (Hg.): Health promotion research. WHO Regional Publications, European Series No. 37, Kopenhagen, S. 7-28
- Milz, H. (1992):** „Healthy ill people“: social cynism or new perspectives? In: Kaplun, A. (Hg.): Health Promotion and Chronic Illness. WHO Regional Publications, European Series No. 44, Kopenhagen, S. 32-40
- Mühlhauser, I./ Sulzer, M./ Berger, M. (1992):** Quality assessment of diabetes care according to the recommendations of the St. Vincent Declaration: a population-based study in a rural area of Austria. In: Diabetologia 35, S. 429-435
- Müller, W./ Laaser, U./ Kröger, E./ Murza, G. (1991):** Zur Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes: Wertung der gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Literatur. In: Schwartz, F.W./ Badura, B./ Brecht, J.G. et al. (Hg.): Public Health. Berlin, Heidelberg, S. 331-350
- Münch, E. (1996):** Gesundheitsförderung im Krankenhaus - Evaluation von Gesundheitszirkeln als Instrumente der Arbeits- und Organisationsgestaltung. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 4/96, S. 318-334
- Muurinen, J.M. (1982):** Demand for Health - A Generalized Grossman Modell. In: Journal of Health Economics, Vol.1, S. 5-28
- Neubauer, G. (1997):** Heilsamer Wettbewerb. Experteninterview. In: Potential 2/97, S. 12-13
- Neugebauer, G. (1996):** Das Wirtschaftlichkeitsgebot in der gesetzlichen Krankenversicherung. Beiträge zur Sozialpolitik und zum Sozialrecht Bd. 21, Berlin: Schmidt
- Neuhaus, R. (1979):** Gutachten der Gesellschaft für sozialen Fortschritt.
- Nickel, U. (1996):** Das BKK-Arbeitsplatzprogramm. In: Die Betriebskrankenkasse 2/96, S. 72-74
- Nickel, U. (1995):** Entwicklung und Erprobung eines Fragebogens zur Erfassung von Kontrollüberzeugungen bei Wirbelsäulenerkrankungen und Rückenbeschwerden. Dissertation, philosophische Fakultät I der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen.
- Oberender, P. (1990):** Deregulierung und Privatisierung im Gesundheitswesen. In: Aufderheide, D. (Hg.): Deregulierung und Privatisierung. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, S. 65-79
- Oberender, P./ Daumann, F. (1996):** Brauchen wir eine administrierte Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung? In: Arbeit und Sozialpolitik 5-6/96, S. 43-46

- Oberender, P./ Hebborn, A. (1994):** Wachstumsmarkt Gesundheit. Therapie des Kosteninfarkts. Frankfurt a.M.: Fischer
- Ockene, J./ Sorensen, G./ Kabat-Zinn, J./ Ockene, I./ Donnelly, G. (1988):** Benefits and Costs of Lifestyle Change to Reduce Risk of Chronic Disease. *Preventive Medicine* 17, S. 224-234
- OECD (1995):** Die Kosten des Gesundheitswesens. Ausgaben in % der Wirtschaftsleistung. In: *Sozialpolitische Umschau* Nr. 299/1995, S. 17
- Okoniewski, U. (1994):** Zur Sinnhaftigkeit von AOK-Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. In: Westermayer G., Bähr, B. (Hg.): *Betriebliche Gesundheitszirkel*. Göttingen: Hogrefe, S. 223-239
- Oldiges, F.J. (1995):** Budgetierung - was sonst? In: *Sozialer Fortschritt*, 4/95, S. 81-84
- Oppen, M. (Hg.; 1995):** Qualitätsmanagement: Grundverständnisse, Umsetzungsstrategien und ein Erfolgsbericht: die Krankenkassen. Berlin: Ed. Sigma
- Oppen, M. (Hg.; 1991):** Vom Verwaltungsapparat zum Dienstleistungsunternehmen? Klientenorientierte Gestaltungsvarianten sozialpolitischer Administration. Berlin: Ed. Sigma
- Paquet, R. (1995):** GKV und Verbraucherinteressen. In: *Die Betriebskrankenkasse* 2/95, S. 87-95
- Paquet, R. (1994):** Individualisierung der Gesundheitsbedürfnisse und Wahlfreiheit der Versicherten. In: *Arbeit und Sozialpolitik* 1-2/94, S. 49-57
- Pelikan, J./ Demmer, H./ Hurrelmann, K. (Hg.; 1993):** Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim: Juventa
- Pfaff, M. (1985):** Kann die Selbstbeteiligung gleichzeitig „sozial tragbar“ und „kostendämpfend“ sein? In: *Sozialer Fortschritt* 12/1985, S. 272-276
- Popper, K.R./ Eccles, J.C. (1984):** Das Ich und sein Gehirn. München: Piper
- Pradel, C./ Möhlmann, H. (1996):** Wege zur Evaluation gesundheitsfördernder Maßnahmen. In: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 2/96, S. 111-119
- Rappaport, J. (1985):** Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des „empowerment“ anstelle präventiver Ansätze. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 2/85, S. 257-277
- Rebscher, H. (1994):** Solidarische Wettbewerbsordnung. Zukunftskonzept gegen staatliche Regulierung und Leistungsausgrenzung. In: *Arbeit und Sozialpolitik* 1-2/94, S. 42-48
- Reichelt, H. (1996):** TK-Prognostiker auf „ordnungspolitischer Geisterfahrt“. In: *DOK* 21/96, S. 657-661
- Reiners, H. (1994):** Zuständigkeiten und Kompetenzen in der gesundheitlichen Prävention: eine organisierte Verantwortungslosigkeit? In: Rosenbrock, R. (Hg.): *Präventionspolitik*. Berlin: Ed. Sigma, S. 96-114
- Reiners, H. (1993a):** Das Gesundheitsstrukturgesetz - Ein Hauch von Sozialgeschichte? Werkstattbericht über eine gesundheitspolitische Weichenstellung. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin (ISSN-0935-8137)
- Reiners, H. (1993b):** Die Dritte Stufe der Gesundheitsreform: Wahlleistungen in der GKV. Ein sinnvolles Steuerungsinstrument? In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 21, S. 159-176
- Reiners, H. (1989):** Selbstverwaltung zwischen Ideologie und Praxis. In: *Argument-Sonderband AS 186*, Berlin, Hamburg, S. 34 ff
- Reiners, H. (1987):** Wettbewerb in der GKV. Anmerkungen zu einer ordnungspolitischen Diskussion. In: *DOK* 22/87, S. 640-642
- Renn, H. (1993):** Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung: Editorial und Einführung. In: *Prävention* 1/93, S. 3
- Rick, J./ Schäfer, U. (1992):** Unverwechselbar: AOK. In: *Die Ortskrankenkasse* 9/92, S. 643-648
- Riesman, D., et al. (1958):** Die einsame Masse. Hamburg
- Ritz, E./ Lippert, J./ Keller, C. (1996):** Rapider Anstieg der Zahl niereninsuffizienter Typ-II-Diabetiker. In: *Deutsche medizinische Wochenschrift* 121/96, Stuttgart, New York: Thieme, S. 1247
- Rogers, C.R. (1972):** Die nicht-direktive Beratung. München
- Rosenbrock, R. (1997):** Hemmende und fördernde Faktoren in der Gesundheitspolitik - Erfahrungen aus dem vergangenen Jahrzehnt. In: Altgeld, Th./ Laser, I./ Walter, U. (Hg.): *Wie kann Gesundheit verwirklicht werden?* Weinheim, München: Juventa, S. 37-52
- Rosenbrock, R. (1993):** Prävention und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt - Der mögliche Beitrag der Krankenkassen zum Paradigmenwechsel betrieblicher Gesundheitspolitik. Berlin: WZB für Sozialforschung, ISSN-0935-8137
- Rosenbrock, R. (1992):** Gesundheitspolitik. Veröffentlichung der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Berlin: WZB für Sozialforschung, ISSN-0935-8137
- Rosenbrock, R. (1988):** Gesundheitssicherung durch Krankenkassenpolitik? Veröffentlichung der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Berlin: WZB für Sozialforschung, P88-201

- Rothfuß, R./Nickel, U. (1996):** Kursevaluation im BKK-Gesundheitszentrum Wiesbaden (unveröff. Manuskript)
- Rotter, J.B. (1971):** Internal and external control. *Psychology Today* 5, S. 37-42
- Rudischer, M./ Günnewig, U./ Wichmann, F.J. (1996):** Vollwertkurse waren voller Erfolg. In: *UGB-Forum* 3/96
- Rumke, R./ Knobel, R./ Schulze, M. (1996):** Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen. In: *Die Ersatzkasse* 2/96, S. 61-63
- Ruprecht, Th. (Hg.; 1998):** Experten fragen - Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen - Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Bd. 12 der Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik, St. Augustin: Asgard
- Russell, L. (1984):** The economics of prevention. In: *Health Policy* 4/84, S. 85-100
- Sabersky, A. (1995):** Test: Gesundheitsvorsorge - Masse statt Klasse. *ÖKO-TEST* 12/95
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG 1997):** Sondergutachten: Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Bd. 2: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung. Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG 1996):** Sondergutachten: Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Bd. 1: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung. Baden-Baden.
- Schäfer, C. (1996):** Es gibt kein Standortproblem, sondern ein Verteilungsproblem. In: *Arbeit und Sozialpolitik* 9-10/96, S. 12-26
- Schaper, K. (1979):** Zur Kritik des moral-hazard-Theorems der Überinanspruchnahme medizinischer Leistungen. In: *Sozialer Fortschritt* 7-8/79, S. 178 ff.
- Schmacke, N. (1997):** Patientenschutz - eine vernachlässigte Dimension der Strukturreformdebatte. In: *Arbeit und Sozialpolitik* 7-8/97, S. 25-31
- Schmeinck, W. (1993):** Gesundheitsförderung als Zukunftsaufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Badura, B./ Elkeles, T. u.a. (Hg.): *Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung*. Frankfurt: Mabuse, S. 43-48
- Schmidt, W. (1993):** Zielsysteme der Unternehmung. In: *Handwörterbuch der Betriebswirtschaft*, Bd. 3, 5. Aufl., Stuttgart
- Schmidt, E.M./ Malin, E.M. (1996):** Kostendämpfung oder Risikoselektion? Die Wirkung von Maßnahmen zur Stärkung der Eigenverantwortung am Beispiel Beitragsrückzahlungen. In: Düllings, J., u.a.: *Von der Budgetierung zur Strukturreform im Gesundheitswesen*. Heidelberg: Decker, S. 49-68
- Schmitz, C. (1996):** Gesundheitsförderung in der Krankenversicherung: Ein sinnvoller Ansatz zur Strukturreform. In: Düllings, J., u.a.: *Von der Budgetierung zur Strukturreform im Gesundheitswesen*. Heidelberg: Decker, S. 69-88
- Schneider, G. (1988):** Hermeneutische Strukturanalyse von qualitativen Interviews. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 40/1988, S. 223-244
- Schöffski, O./ Rose, K. (1994):** Das QALY-Konzept. In: *WiSt*, 1/94, S. 31-34
- Schönbach, K.H. (1997):** Marktorientierung der Krankenkassen auf der Grundlage von Gesundheitszielen. In: *Arbeit und Sozialpolitik* 3-4/97, S. 45-55
- Schuhmacher, H. (1995a):** Die ökonomische Evaluation medizinischer Leistungen. In: *Sozialer Fortschritt* 4/95, S. 98-105
- Schuhmacher, H. (1995b):** Ökonomische Evaluationsverfahren im Gesundheitssystem. *Public Management - Diskussionsbeiträge*, Nr. 23 Hamburg, Hochschule für Wirtschaft und Politik
- Schwartz, F.W. (1993):** Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. In: Hurrelmann, K./ Laaser, U. (Hg.): *Gesundheitswissenschaften*. Weinheim, Basel: Beltz, S. 399-420
- Schwartz, F.W. (1990):** Gesundheitsförderung als zukunftsweisendes Instrument der Krankenversicherung. In: *Arbeit und Sozialpolitik* 10/90, S. 346-350
- Schwartz, F.W. (1988):** Chancen und Kostenfragen einer verstärkten Prävention in der Krankenversicherung. In: *Argument-Sonderband AS 178*, Berlin, Hamburg, S. 31-49
- Schwartz, F.W./ Busse, R. (1994):** Fünf Mythen zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 23. *Argument*, S. 149-170
- Schwartz, F.W./ Walter, U. (1997):** Gesundheitsförderung im Spannungsfeld der Gesundheitsreformen. In: Altgeld, Th./ Laser, I./ Walter, U. (Hg.): *Wie kann Gesundheit verwirklicht werden?* Weinheim, München: Juventa, S. 53-68
- Schwarz, J. (1989):** Gesund leben macht Spaß. In: *DOK* 17/1989, S. 572-575
- Schwarzer, R. (1992):** Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen: Hogrefe
- Schweitzer, R. v. (1991):** Einführung in die Wirtschaftslehre des privaten Haushalts. Stuttgart: Ulmer
- Seidler, A./ Busse, R./ Schwartz, F.W. (1996):** Auswirkungen einer weiteren Steigerung der Lebenserwartung auf den medizinischen Versorgungsbedarf. In: *Die Ersatzkasse* 9/96, S. 317-322

- Selbmann, H.K. (1990):** Epidemiologische und methodische Probleme bei der Evaluation primärer Prävention. In: Arnold, M./ Ferber, C.v./ Henke, K.-D. (Hg.): Ökonomie der Prävention. Beiträge zur Gesundheitsökonomie 22, Robert Bosch Stiftung, Gerlingen: Bleicher, S. 65-94
- Settertobulte, W./ Hoepner-Stamos, F./ Hurrelmann, K. (1997):** Gesundheitsförderung in der Schule. In: Altgeld, Th./ Laser, I./ Walter, U. (Hg.): Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse. Juventa, S. 91-101
- Shephard, R. (1987):** The economics of prevention: a critique. In: Health Policy 7/87, S. 49-56
- Siegenführ, T. (Hg.; 1993):** Optimale Gesundheitsinvestition in das Humankapital. Eine mikroökonomisch-dynamische Analyse. Heidelberg: Physika-Verlag
- Siegrist, J. (1994):** Berufliche Gratifikationskrisen und Herz-Kreislauf-Risiko - ein medizinsoziologischer Erklärungsansatz sozial differentieller Morbidität. In: Mielck, A. (Hg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Opladen: Leske+Budrich
- Simon, G. (1993):** Der Arbeitgeber-Beitrag - ein Anachronismus. In: Arbeit und Sozialpolitik 1-2/93, S. 7-9
- Slesina, W. (1994):** Gesundheitszirkel: Der „Düsseldorfer Ansatz“. In: Westermayer, G./ Bähr, B. (Hg.): Betriebliche Gesundheitszirkel. Göttingen: Hogrefe, S. 25-36
- Snow, C.P. (1969):** The Two Cultures: And a Second Look. London: Cambridge Univ. Press
- Sochert, R. (1993):** Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitszirkel - Das Gesundheitsförderungskonzept des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen (BKK BV). In: ErgoMed 3/93, S. 88-91
- Stark, W. (1993):** Die Menschen stärken. Empowerment als eine neue Sicht auf klassische Themen von Sozialpolitik und sozialer Arbeit. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 2/93, S. 41-44
- Statistisches Bundesamt (1996):** Die Kosten der Gesundheit. In: Sozialpolitische Umschau 27/96, S. 17
- Stegmüller, K. (1993):** Wählen und Teilen. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 21, S. 177-191
- Steptoe, A./ Appels, A.: Stress, personal control and health.** New York: Wiley 1989
- Stiftung Warentest (1995):** Krankenversicherung und Kassen: Chancen für alternative Medizin. In: test 5/95, S. 548-551
- Stillfried, D. Graf v. (1996):** Managed Care in den USA. In: Die Ersatzkasse 2/96, S. 15 ff.
- Stock, C./ Badura, B. (1995):** Fördern positive Gefühle die physische Gesundheit? - Eine Forschungsnotiz. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 1/95, S. 74-89
- Straub, Ch. (1997):** Die Rolle der Qualitätssicherung bei der Gestaltung der medizinischen Versorgung. In: Arbeit und Sozialpolitik 3-4/97, S. 56-60
- Syme, S.L. (1991):** Individuelle und gesellschaftliche Bestimmungsfaktoren für Gesundheit und Krankheit, Erfahrungen und Perspektiven. In: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 17: Rationierung der Medizin. Argument-Sonderband AS 196. Hamburg, S. 94-111
- TAZ (21.1.1995):** „Vorsorgen statt Nachkarten“, S. 20
- Thomann, Ch./ Schulz von Thun, F. (1992):** Klärungshilfe. Handbuch für Therapeuten, Gesprächshelfer und Moderatoren in schwierigen Gesprächen. Reinbek: Rowohlt
- Thiele, W. (1993):** Gesundheitsberichterstattung (GBE) für die Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung. In: Prävention 1/93, S. 9-12
- Thiele, W./ Trojan, A. (1990):** Lokale Gesundheitsberichterstattung. Hilfen auf dem Weg zu einer neuen Gesundheitspolitik? Bd. 2 der Schriftenreihe Forum Sozial- u. Gesundheitspolitik. St. Augustin: Asgard
- Trapp-Zuschlag, A. (1994):** Betriebskrankenkassen und Selbsthilfegruppen. Partner in der Gesundheitsförderung und Rehabilitation. In: Die Betriebskrankenkasse 1/94, S. 28-31
- Trautner, C. (1996):** Studien zur Epidemiologie von Amputationen. In: Die Forderungen von St. Vincent - Stand 1996 in Deutschland, Mainz, S. 64-72
- Trautner, C. (1993):** Gesundheitsreform, rationale Medizin und Public Health. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 1/93, S. 61-72
- Trautner, C./ Berger M. (1993):** Medizinische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K./ Laaser, U. (Hg.), Gesundheitswissenschaften, Weinheim, Basel: Beltz, S. 26-45
- Trautner, C./ Richter, B./ Berger, M. (1993):** Cost-Effectiveness of a Structured Treatment and Teaching Programme on Asthma. In: The European Respiratory Journal 6, S. 1485-1491
- Trojan, A. (1993):** Ohnmacht kränkt. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, 2/93, S. 58-61
- Trojan, A. (1992):** Stichwort "Gesundheitsförderung". In: Bauer, Rudolph (Hg.): Lexikon des Sozial- und Gesundheitswesens. Bd. 2, S. 809-810
- Trojan, A./ Hildebrandt, H. (Hg.; 1990):** Brücken zwischen Bürgern und Behörden. Innovative Strukturen für Gesundheitsförderung. Bd.3 der Schriftreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik. St. Augustin: Asgard
- Troschke, J.v. (1995):** Gibt es einen Paradigmenwechsel in der Prävention? In: Prävention 1/95, S. 3-6
- Troschke, J.v. (1993):** Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Prävention 1/93, S. 4-8
- Uexküll, T. v. (Hg.; 1994):** Psychosomatische Medizin. München: Urban und Schwarzenberg

- Uexküll, T. v. (1993):** Das Placebo-Phänomen. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 21. Hamburg, Berlin: Argument, S. 56-76
- Ullrich, C. (1995):** Moral Hazard in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 4/95, S. 681-705
- Vickery, D.M./ Kalmer, H./ Lowry, D. et al. (1983):** Effect of Selfcare Education Program on Medical Visits. In: Journal of the American Medical Association, 250, S. 2952-2956
- Vogt, I. (1993):** Psychologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K./ Laaser, U. (Hg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim, Basel: Beltz, S. 46-62
- Voß, K.-D. (1996):** Mögliche Wettbewerbsfelder der GKV, ihre Besetzung und Weiterentwicklung. In: Sozialer Fortschritt 5/96, S. 117-123
- Walter, H./ Ullrich, C./ Wemken, I. (1995):** Malus- und Bonus-Regelungen als Steuerungsinstrumente im System der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 2/95, S. 100-110
- Walter, U./ Günther, U./ Lorenz, C./ Schwartz, F.W. (1995):** Präventionsprogramm „gesund alt werden“. Beurteilung des Kursprogramms Ernährung aus Sicht der Teilnehmer/innen und Kursleiterinnen. In: Ernährungs-Umschau 8/95, S. 279-286
- Warner, K. (1979):** The economic implications of preventive health care. In: Social Science & Medicine, Vol. 13c, S. 227-237
- Wasem, J. (1995):** Gesetzliche und private Krankenversicherung - auf dem Weg in die Konvergenz? In: Sozialer Fortschritt 4/95, S. 89-95
- Webber, D. (1988):** Krankheit, Geld und Politik: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland. In: Leviathan, 16. Jg., S. 156-203
- Weber, I./ Abel, M. et al. (1990):** Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Baden-Baden: Nomos
- Weigt, S. (1997):** Krankenkassen: Abschied von der Gesundheitsförderung? In: UGB-Forum 1/97, S. 6-9
- Wengle, E. (1984):** Wissenschaftliche Vorbereitung und Begleitung des Modells Gesundheitsberatung in der gesetzlichen Krankenversicherung am Beispiel der AOK Mettmann, Bd. I, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.), Bonn
- Wenzel, E. (1990):** Gesundheit als Epidemie. Zur Kritik der Gesundheitsförderung. Diss. Univ. Bremen.
- Wenzel, E. (Hg.; 1986):** Die Ökologie des Körpers. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Westermayer, G./ Bähr, B. (1994):** Gesundheitszirkel als Instrument einer integrierten Personal- und Organisationsentwicklung. In: Westermayer, G./ Bähr, B. (Hg.): Betriebliche Gesundheitszirkel. Göttingen: Hogrefe, S. 37-45
- Westhoff, G. (1993):** Handbuch psychosozialer Meßinstrumente. Göttingen: Hogrefe, 1993
- WHO (1991):** Neue Brücken-Instanzen für Gesundheitsförderung. Aktivieren - Vermitteln - Beteiligen. Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa, Kopenhagen
- Wiedemann, P. (1987):** Entscheidungskriterien für die Auswahl qualitativer Interviewstrategien. Forschungsbericht Nr. 1/1987, TU Berlin
- Wiedemann, P./ Schütz, H. (1994):** Risikokommunikation als Aufgabe. Neue Entwicklungen und Perspektiven der Risikokommunikationsforschung. In: Rosenbrock, R. (Hg.): Präventionspolitik. Berlin: Ed. Sigma, S. 115-138
- WZB-Arbeitsgruppe (1995):** Public Health hierzulande. In: WZB-Mitteilungen 67, März 1995, S. 17-21
- Zörner, C. (1996):** Geriatrie und geriatrische Versorgung. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA; Hrsg.): Rund ums Alter. Alles Wissenswerte von A bis Z, S. 139-144
- Zumbusch, J. (1995):** Bazillus im System. Mit fragwürdigen Methoden wollen sich die Krankenkassen für den Wettbewerb fit machen. In: WirtschaftsWoche 3/95, S. 24-25

Anhang I: Gesprächsleitfaden der Interviews mit KrankenkassenmitarbeiterInnen (Kap. 6)

Hintergründe, Entwicklungen, Organisation

Ausbildung und Werdegang der befragten Person? Wie sind Sie zur Gesundheitsförderung gekommen?

Wann hat Ihre Kasse mit der Gesundheitsförderung begonnen? Wie hat sich dieser Bereich entwickelt?

Welche Rolle hat das GRG 1989 für den Aufbau der Gesundheitsförderung gespielt? Welche Rolle hat das GSG 1993 gespielt?

Wie ist die Gesundheitsförderung in Hessen organisiert? Wieviele Geschäftsstellen? Wieviel Personal? Welche finanziellen Mittel stehen zur Verfügung?

Beschreiben Sie bitte ihren Tätigkeitsbereich (Aufgabenschwerpunkte). Inwieweit sind Sie hinsichtlich der Konzeption 'selbständig' (unabhängig von Vorgaben der überregionalen Ebenen)?

Ziele und Bedeutung des Aufgabenbereichs Gesundheitsförderung

Was heißt für Sie "Gesundheitsförderung"?

Welche Ziele verfolgen Sie? Welche Ziele verfolgt die Kasse?

Maßnahmenspektrum? Wo liegen Schwerpunkte, warum?

Was sind Zielgruppen (soziale Schicht, Alter, Geschlecht, sonstige Merkmale)?

Inhalte, Art und Umfang der Gesundheitskursangebote

Welche Themen umfaßt das Gesundheitskursangebot? Wo liegen Ihre persönlichen Schwerpunkte?

Gehören die verschiedenen Kursthemen konzeptionell zusammen (Sport, Ernährung, Entspannung)? Gibt es kombinierte Angebote?

Welche Kurse werden am meisten nachgefragt? Welche Bedeutung hat die Nachfrage für das Angebot?

Welche 'Lernziele' setzen Sie für KursteilnehmerInnen? ('gesunder Lebensstil'?)

Welche Rolle spielt die psycho-soziale Umwelt in der Gesundheitsförderung? Wie setzen Sie das bei Ihrer Arbeit um? Beispiele für Verhältnisprävention?

Wird der Aspekt der 'Verbraucherberatung in Sachen gesundheitlicher Versorgung' in Ihrem Kursangebot berücksichtigt? Wie? Wo liegen Möglichkeiten und Hindernisse?

Betriebliche Gesundheitsförderung

Seit wann ist Ihre Kasse in der betrieblichen Gesundheitsförderung aktiv? Art und Umfang der Aktivitäten? Eigenes Personal für diesen Bereich?

Was sind die Gründe, betriebliche Gesundheitsförderung zu betreiben? Ziele?

Erfahrungen? Wie ist die Akzeptanz bzw. Nachfrage bei den Betrieben?

Selbsthilfeförderung

Welche Bedeutung hat für Sie Selbsthilfe?

'Wie fördern' Sie Selbsthilfegruppen, -kontaktstellen, -organisationen?

Besteht ein inhaltlicher oder organisatorischer Bezug zu sonstigen Maßnahmen der Gesundheitsförderung?

Sonstige Aktivitäten

Gesundheitsförderung in der Schule?

Aktionen, gesundheitliche Öffentlichkeitsarbeit, Medien?

Externe Kooperationen, Kostenerstattung von Fremdanbietern

Bei welchen externen Angeboten bzw. Anbietern erstatten Sie die Kosten?

Mit welchen Institutionen kooperieren Sie?

- private Anbieter, Fitneßcenter, Krankengymnasten
- Sportvereine, Verbände
- Bildungseinrichtungen, VHS, Pro Familia, sonstige
- Wohlfahrtsverbände
- Gesundheitsämter
- Ärzte, Krankenhäuser
- andere Krankenkassen
- medizinischer Dienst
- andere

Welche Gründe gibt es für die bestehenden Kooperationen? Wer ist innerhalb Ihrer Kasse für die Kontakte zuständig?

Interne Kooperationen/Vernetzung innerhalb der Kassenorganisation

Wie ist das Verhältnis zu anderen Abteilungen Ihrer Kasse? Wie ist die Akzeptanz der Gesundheitsförderung in der Kasse? Wird Gesundheitsförderung auch intern umgesetzt?

Bestehen Kooperationen in der Arbeit? Welche anderen Abteilungen sind durch Gesundheitsförderung betroffen? Wie ist die Zusammenarbeit?

- Marketing, Vertrieb, Öffentlichkeitsarbeit
- Leistungs- und Beitragssachbearbeitung
- Sozial-/Rehabilitationsberatung, Pflege
- Gesundheitspolitik, Vertragswesen
- andere

Wie ist das Verhältnis zur Geschäftsführung? Welche Ziele verfolgt die Geschäftsführung? Welche Erwartungen werden an die Gesundheitsförderung gestellt?

Evaluation, Ergebnisdokumentation, Erfolge

Welche Bedeutung hat die Evaluation bzw. Qualitätssicherung?

Werden die Maßnahmen evaluiert? Von wem, wie?

Welche Ergebnisse liegen vor?

Haben Sie eine Gesundheitsberichterstattung?

Von welchen Personengruppen wird Ihr Angebot vorwiegend genutzt?

Welche Qualifikation ist für die Kursleiter und das Personal notwendig? Gibt es Weiterbildungen? Supervisionen?

Nach welchen Kriterien erstatten Sie die Kosten anderer Angebote (z.B. anderer Kassen)?

Ausblick

Wo liegen für Sie die Grenzen der Gesundheitsförderung? Was ist 'legitim', was nicht (Stichwort 'Bauchtanz')?

Wo sollte Ihrer Meinung nach mehr getan werden, was wurde bislang zu wenig beachtet?

Wohin geht der Trend? Hoffnungen, Befürchtungen?

Was habe ich vergessen, Sie zu fragen?

Anhang II: Fragebogen an KursteilnehmerInnen

Ihr Alter: _____ männlich/weiblich (zutreffendes bitte unterstreichen)

derzeitiger Beruf: _____

gelernter Beruf: _____

Titel des laufenden Gesundheitskurses: _____

War dieser Gesundheitskurs der erste, den Sie besucht haben? ja nein

⇒ falls nicht, welche anderen Gesundheitskurse haben Sie bisher besucht? (ungefähre Themenangabe genügt)

Welches war der hauptsächliche Beweggrund für Sie, diesen Kurs zu besuchen?
(bitte höchstens 2 Antworten ankreuzen)

- ⇒ Lust, Neues zu erfahren
 - ⇒ Stärkung der eigenen Gesundheit
 - ⇒ Nach Alternativen zu medizinischen Behandlungen suchen
 - ⇒ Nette Leute kennenlernen
 - ⇒ Erfahrungsaustausch mit Gleichgesinnten
 - ⇒ andere
- wenn ja, welche? _____

Hatten Sie vor Beginn des Kurses gesundheitliche Beschwerden, die direkt mit dem Kursthema zusammenhängen (z.B. Rückenschmerzen, Schlaflosigkeit, etc.)?

ja nein

wenn ja, welcher Art? _____

Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten vor Kursbeginn eine der folgenden Leistungen in Anspruch genommen? (ungefähre Zahlenangaben genügen)

• Arzt aufgesucht:

- Hausarzt _____

- Facharzt _____ welche? (keine namentlichen Nennungen der Anbieter!):

- alternative Therapeuten _____ welche? _____

• Medikamente eingenommen:

regelmäßig

gelegentlich

- welche? _____

Haben sich Ihre Erwartungen an diesen Kurs 'eher erfüllt' oder 'eher nicht erfüllt'?

eher erfüllt

eher nicht erfüllt

Waren Sie mit dem Kursinhalt, -verlauf und -ergebnis zufrieden?

	sehr zufrieden	zufrieden	weniger zufrieden	unzufrieden
Inhalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergebnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie vor Beginn dieses Kurses gesundheitliche Beschwerden hatten, haben sich diese Beschwerden inzwischen: (zutreffendes bitte ankreuzen)

verringert

verstärkt

sind gleichgeblieben

Führen Sie das auf diesen Kurs zurück? ja teilweise nein

Nennen Sie bitte diejenigen Aussagen, die für Sie zutreffen

	Trifft zu/ trifft nicht zu	
- ich würde mich insgesamt als „gesundheitsbewußt“ bezeichnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mein Gesundheitsbewußtsein hat durch diesen Kurs zugenommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		
- ich habe selbst großen Einfluß auf meine Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gesundheit ist vor allem durch äußere Einflüsse bedingt,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vor allem durch das Schicksal/ Zufall bedingt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vor allem durch den Arzt/ die Medizin bedingt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vor allem durch die soziale Umgebung (Familie, Freunde, Arbeitsplatz) bedingt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ich fühle mich durch diesen Kurs jetzt sicherer im Umgang mit meiner Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bei der Flut an Informationen durch die Medien weiß man heutzutage gar nicht mehr, woran man mit seiner Gesundheit ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Werden Sie nach diesem Kurs vermutlich **häufiger** oder **seltener**:

	häufiger	seltener	weder, noch
zum Hausarzt gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fachärztliche Behandlung benötigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente einnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alternative Therapeuten konsultieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen wahrnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurse der Gesundheitsförderung besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentare

(z.B. war dieser Fragebogen

- klar formuliert?
- leicht zu beantworten?
- interessant zu lesen und bearbeiten?
- Ihrer Meinung nach vollständig?,
oder ähnliches):

Fragebogenaktion zu gesundheitlichen Beschwerden

Liebe Kursleiterin,
Lieber Kursleiter,

aufgrund der derzeitigen gesundheitspolitischen Situation ist uns sehr daran gelegen, einen sachlichen Beitrag zur Diskussion um die Weiterführung und -entwicklung gesundheitsfördernder Maßnahmen zu leisten.

Trotz aller bisherigen Teilnehmerbefragungen und Evaluationsstudien ist bislang wenig bekannt über die - gesundheitspolitisch äußerst bedeutsamen - Zusammenhänge zwischen **gesundheitlichen Beschwerden** und der **Motivation zur Kursteilnahme**. Diese Lücke möchten wir durch diesen kurzen Fragebogen schließen.

Wir möchten Sie daher bitten, den Fragebogen im Rahmen der letzten Kursstunde zu verteilen und die ausgefüllten Bögen wieder einzusammeln. Das Ausfüllen dürfte **höchstens 5 Minuten** ihres Kurses beanspruchen - wir haben uns bemüht, die Fragen möglichst kurz und 'nutzerfreundlich' zu gestalten.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Ihr Verständnis!

Ihre TK-Landesvertretung

- In Kooperation mit dem Lehrstuhl für
vergleichende Gesundheits- und Sozialpolitik
der Justus-Liebig-Universität Gießen -

Bitte tragen Sie hier Datum, Teilnehmerzahl, sowie den Titel Ihres Kurses ein:

Datum _____

Teilnehmerzahl _____

Kurstitel _____