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 (WENGLE 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 (MAßHOLDER 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 ingesamt 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 geäußterten 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 ExpertInnneninterviews 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 Kassenleistung[1] 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.

[1]Modifizierung 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.