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

[3] Zu „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 MAßHOLDER (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 Ortskankenkassen (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-Münchner 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 Anworten 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 Maßnahmenschwerpunkte 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“[4]beschränkte 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).

[4]Wörtliche 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) verstärkt 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 großenteils 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 großenteils 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 eigenene 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 „Berührungsängste“ 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 Abendverantstaltungen 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. zehnminütige 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 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 Fälle 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-Bezuges 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 zuviele 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 Leibild 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 evalieren, 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 Krankenstandsenkung 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 „Krankenstandsenkung“ allzusehr in den Vordergrund der Begründung für die betriebliche Gesundheitsförderung zu stellen:

> „Krankenstandsenkung 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. HAUß 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 Maßnahmenspektrums auf den Handlungsbereich der Gesundheitskurse entfiel.

Die Einschätzung, daß im Rahmen des Maßnahmenspektrums 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, Kapagnen 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 intensivierte 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" unterschieden (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 der 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 verordnungspflichten 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 Gesundheiterziehung (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 MAßHOLDER 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 Aktiväten 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 (MAßHOLDER 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-Münchner Ersatzkasse federführend für dieses Projekt, während sich die anderen beteiligten Kassen lediglich durch Kostenübernahme sowie durch die Auslage entsprechender Programmankündigkungen 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 Wirkbereich 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 (SETTERTOBULTE/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 inbesondere 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 Verantstaltungen, 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" berücksichtige. 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 betriebsbezoge 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 Unterschungen 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 täten:

> „Wenn sich ein Betrieb für Gesundheitsförderung entscheidet, möchte er ein paar Erfolge haben, aber nicht seinen Laden umkrempeln. 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 Bereitsschaft 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 Befragungsergebnissen[10] 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“, „Famile/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

[9] „Die 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 Hierarchiebenen der Kassen (Bundes-, Landes-, regionale Ebene), zwischen verschiedenen Kassen und Kassenarten, sowie zwischen den Abteilungen für Prävention/Gesundheitsförderung und den für die Selbsthilfe ‘zuständigen’ Rehabilitations-abteilungen 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. Kurs-angebote) 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 vereinzelten 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 gruppendynamische 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 Angebotsspektrum 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 zufolgen 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 aufrechzuerhalten. 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 Vernuft’ 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 MAßHOLDER festgestellte Tendenz, das „Kurssystem zu einem Fortsetzungs- und Aufbaukurssystem auszubauen“ (MAßHOLDER 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“ entfaltete, 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 Vernuft“. 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, gruppendynamische 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-malige Veranstaltungen; teilweise als Vorträge, z.B. 'Ernährung und Krebs' (geringe Intensität der Interaktion)
Beratung: „individuelle Ernährungsberatung" „Ernährungsberatung im Gruppengespräch" „Yemek yemek bir hazdir 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 inclusive 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- bw. 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 unterstützen 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

[12]Ein 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 (!); zielgruppenspezi-fische 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“, „Prüfungsstreß! 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 gruppendynamischen 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 Unterschied 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 Entspannungkursen 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 Heiwirkung 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 Frauengesundheits-zentrum“ 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 haufig	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" „Prüfungsstreß! 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 dahingegend 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 Angebots-schwerpunkte korrelierten dabei manchmal auch mit den fachlichen Hintergründen der verantwortlichen Akteure (z.B. Ernährungsangebote bevorzugt durch OecotrophologInnen, 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“, „Weihnachstbäckerei“
- „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 lebhafte 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) - jaja, 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 vorhandender 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 ‘Wirbelsäulen-gymnastik’.

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 KassenvertrerInnen 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 Qualifikations-anforderungen war gegenüber früheren Jahren, als die Kassen oftmals auch auf „interessierte LaienkursleiterInnen“ zurückgriffen (MAßHOLDER 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 augearbeiteter 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 Hälfe 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 Evaluations-studien 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 Beeindigung 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 ofmals 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 Nichtraucherkurse 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 Leistungsinanspruchnahme 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 (Masseure, 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 MAßHOLDER 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" (MAßHOLDER 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 Leistungsinanspruchnahme. 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 Leistungsinanspruchnahmedaten 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-Münchner 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 vereinzelten, 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).