7 Teilnehmerbefragung zu Motiven der Inanspruchnahme und Effekten von Gesundheitskursen

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

7.1 Einleitung

7.1.1 Fragestellung der Untersuchung

Wie bereits im vorangegangenen Abschnitt (6.6) ausgeführt, hat die Diskussion über die Streichung der Gesundheitsförderung als Kassenleistung seit Mitte 1996 einen wachsenden Rechtfertigungsdruck seitens der Kassen erzeugt. Wenngleich die hierdurch provozierten deutlichen Stellungnahmen die Entscheidung des Gesetzgebers nicht zu revidieren vermochten, sind im Zuge dieser Debatte dennoch einige interessante Argumentationen sowie einige zielgerichtete Studien zur ökonomischen Wirksamkeit von Gesundheitskursen hervorgebracht worden (z.B. MAG 1996).

Diese Studien und Argumentationen verdeutlichen u.a., daß die nunmehr nach außen vertretene Zielrichtung der Kassen hinsichtlich gesundheitsfördernder Maßnahmen anders als bisher formuliert wurde. In einigen Stellungnahmen war z.B. zu lesen und zu hören, daß Gesundheitskurse zu einem großen Teil Personen mit bereits bestehenden gesundheitlichen Beschwerden ansprechen und daß sich diese gesundheitlichen Beschwerden im Verlauf der Kursteilnahme oftmals deutlich gebessert hatten. Daraus wurde weiterhin geschlossen, daß, bedingt durch die Teilnahme an Gesundheitskursen, oftmals auch eine Reduzierung der Inanspruchnahme von gesundheitlichen, insbesondere kurativmedizinischen Versorgungsleistungen erzielt wurde, daß also Gesundheitsförderung im Sinne der bis dato praktizierten Kassenangebote „eine nachweisbar rentable Investition“ sei (KIRCH 1996).

Das in der Debatte über Prävention zuvor oftmals kritisierte Phänomen der „beschwerdereaktiven Nachfrage“ nach Gesundheitskursen (z.B. KIRSCHNER et al. 1995; vgl. Kap. 6.5/6.6) wurde also nunmehr zur Grundlage für Argumentationen über die Sinnhaftigkeit und die gesundheitliche, sowie auch ökonomische Bedeutung dieser Kursangebote. Ohne weiter auf die geradezu ironischen Aspekte dieses ‘Sinneswandels’ einzugehen, können diese Feststellungen, im Hinblick auf die theoretische Bedeutung von Gesundheitsförderung, durchaus als bemerkenswert betrachtet werden. Die in dieser Arbeit theoretisch und empirisch untersuchte Hypothese der Notwendigkeit, Gesundheitsförderung als integratives Element, mit verstärktem Bezug zur Problematik der gesundheitlichen Versorgung, wahrzunehmen und zu praktizieren, fand durch die veränderte Argumentation der Kassen in vieler Hinsicht eine empirische Stütze. Es schien geradezu so, als ob die Nutzer gesundheitsfördernder Maßnahmen durch ihr Inanspruchnahmeverhalten genau das zum Ausdruck brachten, was sich theoretisch aus der Analyse des Gesundheitsförderungsdiskurses (Kap. 1) sowie der gesundheitsökonomischen Debatte (Kap. 2) ableiten läßt: nämlich daß Gesundheitsförderung mit dazu beitragen sollte, die Probleme im Zusammenhang mit der weitgehend auf kurative und somatische Medizin beschränkten gesundheitlichen Versorgung aufzudecken, und hierzu u.a. ergänzende Unterstützungsangebote zu bieten.

Gleichwohl waren die hierzu verfügbaren Evaluationsergebnisse aus den Reihen der Kassen äußerst fragmentarisch und ließen eine systematische Untersuchung sowie eine theoretische Unterfütterung der festgestellten Effekte vermissen (vgl. Kap. 6.6.2.3/6.6.3).

So ist erstens die Frage nach den motivationalen Einflußfaktoren auf die beobachtete Verringerung der Inanspruchnahme von kurativmedizinischen Versorgungsleistungen offengeblieben. Handelt es sich denn bei den beobachteten Substitutions- und Rationalisierungseffekten tatsächlich um eine im somatischen Sinne verringerte ‘Notwendigkeit’ von Arztkonsultationen, Medikationen (etc.)? In diesem Falle würden die angebotenen Gesundheitskurse geradezu ein Art der Krankenbehandlung darstellen. Wird also der Gesundheitskurs für die Betroffenen als ‘Alternative’ zum Arztbesuch betrachtet? Oder trägt der Besuch eines Kurs- und Beratungsangebotes der Krankenkasse auch dazu bei, bei den Versicherten das Bewußtsein für die Möglichkeiten und Grenzen medizinischer Fremdhilfe zu schärfen, also Einstellungsvariablen und Kompetenzen im Umgang mit gesundheitlichen Versorgungsleistungen zu beeinflussen? Sind die potentiellen Substitutionseffekte dann vielmehr auf eine erhöhte Kompetenz bei der Auswahl und der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen zurückzuführen? Dann wären Gesundheitskurse eher als eine Art der ‘Verbraucherberatung’ bzw. des ‘Patienten-Empowerment’ zu verstehen.

Die zweite, durch die vorliegenden Evaluationsergebnisse offengebliebene Frage ist die nach einer möglichen Generalisierung der nur für einzelne Kursangebote, insbesondere Rückenschulen und Streßbewältigungskurse, untersuchten Effekte. Für welche Angebote trifft also die Feststellung der beschwerdereaktiven Nachfrage, der durch den Kurs bedingten Reduzierung manifester gesundheitlicher Beschwerden, sowie der dadurch bedingten Reduzierung medizinischer Behandlungshäufigkeiten zu?

Um diesen Fragen nachzugehen und somit zu einer systematischen Betrachtung des Gesundheitskursspektrums unter dem genannten Blickwinkel zu gelangen, wurde im Herbst 1996 eine ergänzende empirische Untersuchung, in Form einer Teilnehmerbefragung zu Inanspruchnahmemotivation und Effekten von Gesundheitskursen durchgeführt.

7.1.2 Zielsetzung der Untersuchung

Ziel dieser Befragung von KursteilnehmerInnen war es nicht, eine detaillierte Evaluation einzelner Kurse zu liefern. Dies kann und will eine derart breit angelegte Befragung von KursteilnehmerInnen durch einen standardisierten Fragebogen nicht leisten, da hierfür auf die inhaltlichen Spezifika der einzelnen Themen eingegangen werden müßte. Ziel der Untersuchung war es vielmehr, themenübergreifend eine Aussage über Teilnahmemotivationen und, insbesondere psychologische, Effekte durch die Kursteilnahme, welche sich dann wiederum in einer veränderten Einstellung zum Umgang mit gesundheitlichen Versorgungsleistungen niederschlagen konnten, zu machen.

Zunächst ging es darum, zu überprüfen, ob und inwieweit eine Generalisierung der genannten Beobachtungen, der beschwerdereaktiven Nachfrage sowie der Reduzierung gesundheitlicher Beschwerden durch den Kursbesuch, möglich ist. Dabei kann durch eine stichprobenartige Erhebung laufender Kurse zu einem festen Zeitpunkt auch eine Aussage über die Häufigkeit verschiedener Themenangebote gemacht werden. Da sich das Angebot der Gesundheitskurse der Kassen großenteils an der Nachfrage orientierte (vgl. Kap. 6.5.3), werden schon über dessen Analyse indirekt die Präferenzen der Versicherten bei der Auswahl gesundheitsfördernder Maßnahmen deutlich, m.a.W.: Durch die themenübergreifende Analyse der Motive für eine Kursteilnahme kann einerseits überprüft werden, für welche Kurse die Beobachtung der beschwerdereaktiven Inanspruchnahme ganz oder teilweise zutrifft, andererseits aber auch, welche Größenordnung jene Kurse, für die diese Beobachtung zutrifft, im Spektrum des Kursangebots insgesamt einnahmen.

Darüber hinaus sollten aber auch die Motivationen zur Kursteilnahme durch die Versicherten genauer untersucht werden. Dabei stellt sich nicht nur die Frage nach dem Vorhandensein gesundheitlicher Beschwerden, sondern auch, welche Erwartungen in diesem Zusammenhang an den Kursbesuch gestellt wurden.

Drittens sollten, im Rahmen der methodologischen Möglichkeiten einer einmaligen Befragung, auch Hinweise auf die Effekte der Kursmaßnahmen gesammelt werden. Dies sollte sowohl auf der Ebene der subjektiv empfundenen Verringerung bestehender gesundheitlicher Beschwerden als auch durch eine Selbsteinschätzung gesundheitsbezogener Einstellungen und Kompetenzen geschehen. Auf dieser Grundlage sollte dann eine Selbsteinschätzung der befragten KursteilnehmerInnen über die erwartete zukünftige Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen erfolgen.

Die vorgesehene Selbsteinschätzung zukünftigen Inanspruchnahmeverhaltens diente dabei vorrangig dazu, Intentionen, die sich aus gesundheitsbezogenen Einstellungen und Kompetenzen ergeben, zu erfragen. Die tatsächliche zukünftige Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen war, angesichts der Abhängigkeit von nicht beeinflußbaren Faktoren (z.B. neu auftretende Erkrankungen), in diesem Zusammenhang sekundär. Die an dieser Stelle häufig diskutierte Fehlallokation medizinischer Ressourcen, sei es durch eine überhöhte Erwartungshaltung der Patienten oder durch großzügige Verschreibungs- und Behandlungspraktiken seitens der Leistungserbringer (vgl. Kap. 2) sollte vielmehr konstruktiv als Grundlage der Hypothese genutzt werden, daß eben durch den Besuch gesundheitsfördernder Maßnahmen, zumindest auf Seiten der Patienten eine 'rationalere' bzw. bedarfsgerechtere Leistungsinanspruchnahme gefördert werden kann. Da sich eine solche Entwicklung zu mehr Kompetenz und Inanspruchnahmebewußtsein vorrangig auf kognitiv-psychologischer Ebene vollzieht, sind die verwendeten Antwortkategorien dieses Fragebogens bewußt subjektiv gewählt (siehe Anhang II).

Die Ergebnisse aus dieser Kursteilnehmerbefragung sind daher nicht so sehr als endgültige Beweise über die Wirksamkeit der Gesundheitsförderung im allgemeinen, und im speziellen über die Chancen, vorhandene gesundheitliche Beschwerden zu lindern, zu bewerten. Die

Ergebnisse sollen vielmehr die Möglichkeiten ausdrücken, durch Gesundheitsförderung, und hier speziell durch Gesundheitskurse, Kompetenzen bei den von verschiedenen gesundheitlichen Einschränkungen Betroffenen zu fördern, und damit auch positiv auf Faktoren einzuwirken, die außerhalb eines starren 'Reiz-Reaktions-Mechanismus' die Inanspruchnahme des gesundheitlichen Versorgungssystems mitbestimmen.

7.1.3 Rahmen und Durchführung der Untersuchung

Angesichts der großenteils zum Ende 1996 auslaufenden Gesundheitskurse wurde als Zeitraum für die Untersuchung die jeweils letzte Kursstunde, zwischen Ende November und Mitte Dezember 1996, gewählt. Aufgrund der Meldungen der an der Untersuchung teilnehmenden Krankenkasse wurden für 97 laufende Kurse mit ca. 1160 TeilnehmerInnen Fragebögen vorbereitet und an die jeweiligen Geschäftsstellen in Hessen versandt.

Der Fragebogen wurde so gestaltet, daß eine knappe Beantwortung während der letzten Kursstunde ohne große zeitliche Verluste für die KursleiterInnen und TeilnehmerInnen möglich war. Auf diese Weise sollte eine möglichst hohe Bereitschaft zur Beantwortung und Weiterleitung der Fragebögen gefördert werden. Angesichts der demotivierenden politischen Situation, insbesondere für die KursleiterInnen, erschien dies keinesfalls selbstverständlich. Insofern ist die gute Rücklaufquote, die sich schließlich aus dem Zusammenwirken von TeilnehmerInnen, KursleiterInnen, den verantwortlichen GesundheitsberaterInnen der Geschäftsstellen sowie der Abteilungsleitung für Gesundheitsförderung bei der untersuchten Krankenkasse ergab, überaus erfreulich: Die Auswertung ergab einen Rücklauf an verwertbaren Fragebögen von 623 (54%) aus 84 Kursen (87%).

7.2 Kursspektrum und Teilnehmerstruktur

Die Kurse konnten nach 14 verschiedenen Kursthemen unterschieden werden. Am häufigsten vertreten waren die Themen „Wirbelsäulengymnastik“ (18 Kurse/144 Teilnehmer), „Yoga“ (12/109) und „Autogenes Training“ (13/93). Aus dem Themenbereich „Ernährung“ befanden sich lediglich 5 Kurse in der Stichprobe (3x „Gesunde - bzw. Vollwerternährung“, 2x „Gewichtsreduktion“). Anhand dieser ungleichen Verteilung der Themenkomplexe

„Ernährung, Bewegung und Entspannung“ wird bereits ein Wandel gegenüber früheren Jahren deutlich, als insbesondere dem Themenkomplex „Ernährung“ eine zentrale Bedeutung im Kursspektrum zukam (vgl. Kap. 6.5.2).

Die Teilnehmerstruktur wurde anhand der Merkmale „Geschlecht, Alter und Beruf“ differenziert. Darüber hinaus wurde zwischen ErstteilnehmerInnen und solchen, die bereits einen oder mehrere Kurse absolviert hatten, unterschieden.

7.2.1 Geschlecht

Die Geschlechterverteilung ergibt einen Anteil von insgesamt 39,7% männlichen und 60,3% weiblichen TeilnehmerInnen. Dieses Verhältnis variiert jedoch etwas in Abhängigkeit des jeweiligen Kursthemas; z.B. liegt der Anteil männlicher Teilnehmer in Kursen zu „Gesunder Ernährung“ deutlich unter dem Durchschnit (22,2%), während bei Streßbewältigung über die Hälfte der TeilnehmerInnen männlich sind (55,7%). (siehe Tab. 7.1)

Tab. 7.1: Kursspektrum und Teilnehmerstruktur

Kursthemen	Anzahl der Kurse	TeilnehmerInnen gesamt	Geschlechtsverteilung	
			männlich	weiblich
Wirbelsäulengymnastik	18	144	67	77
Yoga	12	109	36	73
Autogenes Training	13	93	40	53
Rückenschule	10	61	24	37
Streßbewältigung	10	61	34	27
Progressive Muskelentspannung	8	45	15	30
Gesunde Ernährung	3	27	6	21
Prüfungsstreß bewältigen	2	24	6	18
Beweglichkeitsschulung	1	13	5	8
Gewichtsreduktion	2	12	4	8
Venengymnastik	1	11	3	8
Beckenbodentraining	1	9	0	9
Schmerzbewältigung	1	7	3	4
Nicht-Rauchen	2	7	4	3
Gesamt	84	623	247 (39,7%)	376 (60,3%)

7.2.2 Alter

Die Altersverteilung der TeilnehmerInnen ergab folgendes Bild: Mit 33% war die Gruppe der 30-40jährigen am häufigsten vertreten. Der Anteil der über 60jährigen war bei den Kursthemen „Wirbelsäulengymnastik“ (17%), „Rückenschule“ (14,8%), „Beweglichkeitsschulung“ (15,4%) sowie „Schmerzbewältigung“ (14,3%) überdurchnittlich hoch. Der Anteil der 20-30jährigen lag dagegen beim Thema „Prüfungsstreß bewältigen“ (82,6%) (erwartungsgemäß) besonders deutlich über dem Durchschnitt (Tab. 7.2).

Tab. 7.2: Altersstruktur der TeilnehmerInnen

Kursthemen	Altersverteilung (in %)						
	10-19 J.	20-29 J.	30-39 J.	40-49 J.	50-59 J.	60-69 J.	> 70 J.
Wirbelsäulengymnastik	0,7	5,7	27,7	21,3	27,7	13,5	3,5
Yoga		16,7	32,4	27,8	17,6	4,6	0,9
Autogenes Training		20,4	36,6	11,8	18,3	10,8	2,2
Rückenschule		18	34,4	23	9,8	14,8	
Streßbewältigung		16,7	50	23,3	10		
Progressive Muskelentspannung		27,3	31,8	13,6	22,7	2,3	2,3
Gesunde Ernährung	7,4	11,1	40,7	18,5	11,1	11,1	
Prüfungsstreß bewältigen		82,6	17,4				
Beweglichkeitsschulung			7,7	61,5	15,4	15,4	
Gewichtsreduktion		16,7	41,7	25	16,7		
Venengymnastik			27,3	18,2	45,5	9,1	
Beckenbodentraining			22,2	55,6	22,2		
Schmerzbewältigung				71,4	14,3	14,3	
Nicht-Rauchen		14,3	57,1	14,3	14,3		
Gesamt	0,5	16,7	33	21,8	18,3	8,3	1,5

7.2.3 Beruf

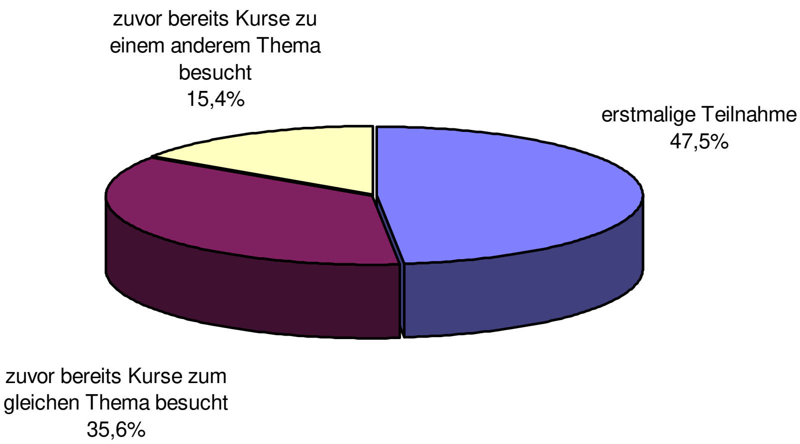
Eine Unterteilung nach sozialen Schichten erschien anhand der erhobenen Daten über den gegenwärtigen und den erlernten Beruf, entgegen der gängigen Unterteilung nach Arbeitern, Angestellten und höheren Angestellten/Akademikern etc., die in der Literatur als signifikanter Marker für die Schichtzugehörigkeit gilt (z.B. MIELCK 1994), nicht geeignet. Nur selten wurden ‘typische’ Arbeiterberufe, die auf einen evtl. niedrigeren Bildungsstand bzw. ein evtl. niedrigeres Einkommen hinweisen, angegeben. Es kann jedoch festgestellt werden, daß der

Anteil der Erwerbstätigen 63,1% betrug. Der Akademikeranteil (erwerbstätige + nichterwerbstätige Akademiker) betrug im Durchschnitt 44,8 %.

7.2.4 Bisherige Kursteilnahmen

47% der TeilnehmerInnen haben zum ersten Mal einen Kurs der Gesundheitsförderung besucht. 52% hatten zuvor bereits einen oder mehrere Kurse besucht, hiervon wiederum 69,8% (35,6% aller Teilnehmer) zum gleichen Thema, 30,2% (15,4% aller Teilnehmer) zu einem anderen Thema (Abb. 7.1).

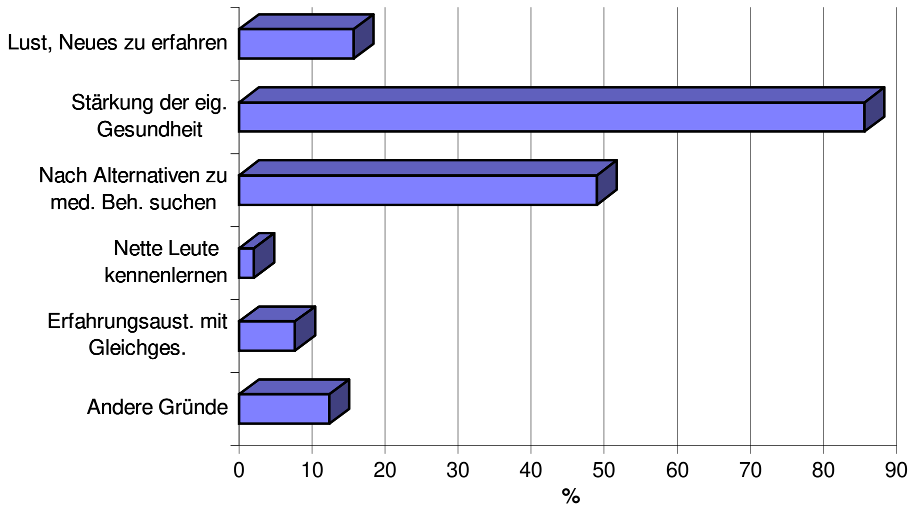
Abb. 7.1: Bisherige Kursteilnahme



7.3 Motivation zur Kursteilnahme

Aus einer Auswahl von 6 Antwortmöglichkeiten konnten die Befragten 2 für sie wesentliche Motive für eine Kursteilnahme angeben. Mit 85,6% am häufigsten wurde das Motiv „Stärkung der eigenen Gesundheit“ genannt. An zweiter Stelle mit 49% folgte das Motiv „Nach Alternativen zu medizinischen Behandlungen suchen“. Während ersteres eine unspezifische gesundheitsbewußte Einstellung signalisiert, zeigt letzteres eine konkretere Erwartungshaltung an den Kursbesuch, die im Zusammenhang mit dem Umgang mit gesundheitlichen Beschwerden stehen könnte, zumindest aber eine gewisse Unzufriedenheit mit konventionellen Behandlungsmöglichkeit andeutet. Die Antwortmöglichkeit „Erfahrungen austauschen“, die als direkt beschwerdebezogen interpretiert werden kann, wurde hingegen nur von 7,7% genannt (Abb. 7.2).

Abb. 7.2: Wesentliche Motive für die Kursteilnahme



Die in Abb. 7.2 unter der Rubrik „andere Gründe“ (12,4%) verzeichneten Angaben wurden frei formuliert. Großenteils handelte es sich dabei um den Wunsch, bereits bestehende Beschwerden (Rückenschmerzen, Streß etc.) zu lindern.

7.3.1 Gesundheitliche Beschwerden

Hinsichtlich der Motivation zur Kursteilnahme wurde weiterhin untersucht, ob bei den TeilnehmerInnen gesundheitliche Beschwerden vorlagen, die im Zusammenhang mit dem Kursbesuch standen. 80,5% aller Befragten beantworteten diese Frage mit „Ja“. Die dabei genannten Beschwerden korrelierten stark mit dem jeweiligen Kursthema; z.B. wurden unter den genannten Beschwerden bei TeilnehmerInnen an Rückenschulen zu 83,1% „Rückenschmerzen“ und zu 15,1% „Verspannungsschmerzen im Nacken- und Schulterbereich“ angegeben. 5,7% der angegebenen Rückenschmerzen waren darüber hinaus schwere Fälle infolge einer oder mehrerer Bandscheibenvorfälle. TeilnehmerInnen an Streßbewältigungskursen nannten entsprechend häufig „Streß/Nervosität“, „Schlaflosigkeit“

(34%) und andere psychosomatische Symptome (32%)[1] als gesundheitliche Beschwerden (Tab. 7.3).

Tab. 7.3: Gesundheitliche Beschwerden im Zusammenhang mit dem Kursbesuch

Kursthema	Anteil TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden (in %)	Art der gesundheitlichen Beschwerden (% aller genannten Beschwerden)								
		Rückenschmerzen	schwere Rückenschmerzen infolge BS-Vorfall	Verspannungsschmerz. (Nacken, Schulter u.ä.)	Kopfschmerzen/ Migräne	Streß/ Nervosität /Schlaflosigk.	multiple psychosomat. Beschw.	Ernährungsabh. Erkrank./ Risikofaktoren	Allerg.	Sonst.
Rückenschule	88,5	77,4	5,7	15,1			1,9			
Wirbelsäulengymnastik	84	75,4	8,5	10,2	1,7		3,4			0,8
Streßbewältigung	83,1	4		6	6	34	32	8		10
Yoga	82,4	47,1		24,1	2,3	8	16,1			2,3
Autogenes Training	76,3	13		2,9	4,3	43,4	29	1,4		5,8
Progressive Muskelentsp.	81,8	33,3		27,8	8,3	13,9	8,3			8,4
Gesunde Ernährung	37					11,1	11,1	55,6	11,1	11,1
Gewichtsreduktion	83,3	11,1						88,9		
Schmerz-Bewältigung	85,7	33,3			33,3		33,3			
Prüfungsstreß Bewältigen	79,2					38,9	55,6		5,6	
Beckenboden-Training	66,7									100
Venengymnastik	90,9			10			10			80
Beweglichkeitsschulung	92,3	83,4	8,3				8,3			
Nichtrauchen	71,4									100
Gesamt	80,5	37,3	2,9	11,7	3,1	13,7	15	3,7	0,4	7,1

Während der Anteil der TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden bei nahezu allen Kursthemen gleichermaßen hoch war, lag dieser Anteil lediglich beim Thema „Gesunde Ernährung“ mit 37% deutlich unter dem Durchschnitt. Ernährungskurse nahmen also auch hier eine Sonderstellung ein. Als gesundheitliche Beschwerden wurden dort z.B. ernährungsabhängige Krankheiten (z.B. Verdauungsbeschwerden, in einem Fall Krebs) oder Risikofaktoren (Bluthochdruck, Hypercholesterinämie) genannt. Risikofaktoren wurden jedoch vermutlich nur zum Teil von den Betroffenen als gesundheitliche Beschwerden

[1]Unter „multiple psychosomatische Beschwerden“ sind Mehrfachnennungen aus den Bereichen „Magen-Darm, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Verspannungen, Nervosität, Depression, Herz-Kreislauf“ zusammengefaßt. Zur Illustration soll folgende Antwort eines Teilnehmers dienen: „Psychosomatisches Krankheitsbild: Wirbelsäule, Verdauungsorgane, Spannungskopfschmerz, Migräne“.

wahrgenommen, da oftmals kein direkter ‘Leidensdruck’ besteht. Beim Thema Gewichtsreduktion lag der Anteil derer, die ihren ‘Risikofaktor’ Übergewicht als gesundheitliches Leiden empfanden, dagegen mit 88,9% weitaus höher. Hinzu kamen hier beispielsweise Rückenschmerzen infolge der Belastung des Bewegungsapparates (11,1%).

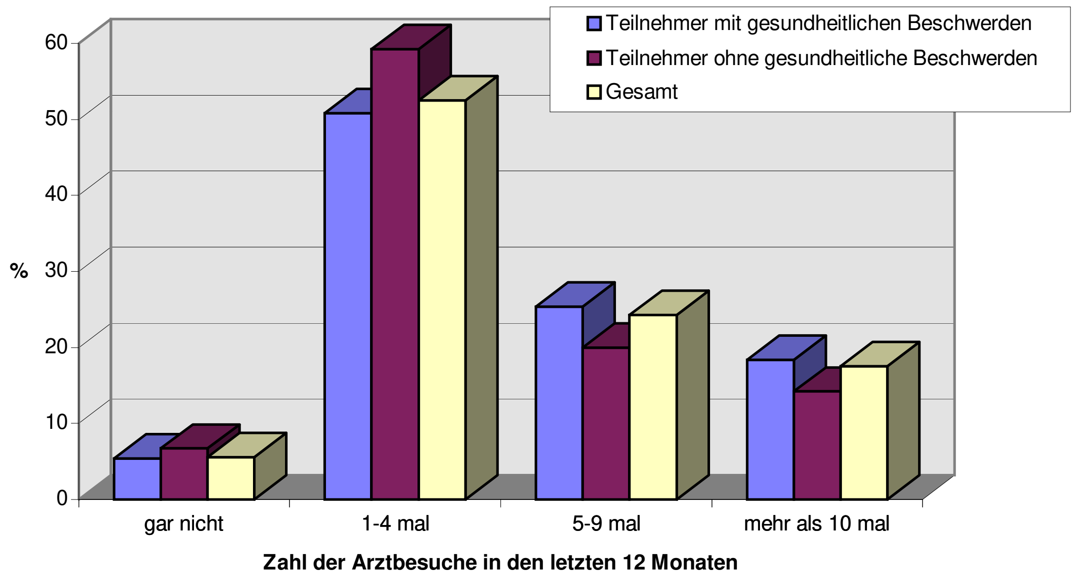
Auf die Darstellung der Beschwerden bei besonderen Kursthemen (z.B. Inkontinenz beim Thema Beckenbodengymnastik) wird nicht weiter eingegangen, sie sind unter der Rubrik „Sonstiges“ zusammengefaßt (ebenso: Raucherhusten, Asthma, Tinnitus, Colitis Ulcerosa; ebf. Tab. 7.3).

7.3.2 Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen im Zusammenhang mit den genannten Beschwerden

Über den Schweregrad der gesundheitlichen Beschwerden läßt sich außer in den Beispielen „schwere Rückenbeschwerden infolge eines Bandscheibenvorfalles“ oder „multiple psychosomatische Beschwerden“ nicht viel sagen. Die Zahl der Arztbesuche, Facharztbesuche und der eingenommenen Medikamente im Zusammenhang mit den genannten Beschwerden kann jedoch als Indikator für die Bedeutung dieser Beschwerden, sowohl für die Betroffenen als auch, aufgrund der entstehenden Behandlungskosten, für die Krankenkasse gewertet werden.

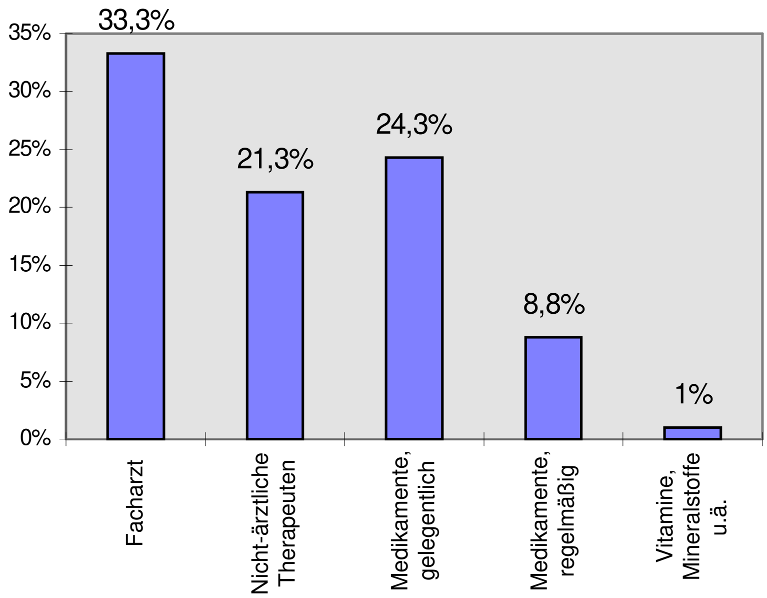
Die Gegenüberstellung der angegebenen Zahl der Arztbesuche insgesamt (in den letzten 12 Monaten) mit den Angaben zu gesundheitlichen Beschwerden zeigt einen geringfügigen statistischen Zusammenhang (nicht signifikant: p=0,078). Die Zahl derer, die in den letzten 12 Monaten mehr als 10x einen Arzt aufgesucht haben (insgesamt 17,5%), ist für die Gruppe der TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden (im Zusammenhang mit dem Kursthema) nur geringfügig höher (18,4%) (Abb. 7.3).

Abb. 7.3: Arztbesuche in Abhängigkeit der genannten Beschwerden



Im Zusammenhang mit den genannten gesundheitlichen Beschwerden hatten jedoch 33,3% der betroffenen TeilnehmerInnen mindestens einmal einen Facharzt aufgesucht, 21,3% einen nicht-ärztlichen Therapeuten (Krankengymnasten, Masseur, Psychotherapeut, Heilpraktiker u.a.) sowie 24,3% gelegentlich und 8,8% regelmäßig Medikamente eingenommen. 1% der Befragten gaben darüber hinaus den regelmäßigen Gebrauch von Vitamin-, Mineralstoff- oder sonstigen „natürlichen“ Präparaten im Zusammenhang mit den gesundheitlichen Beschwerden an (Abb. 7.4).

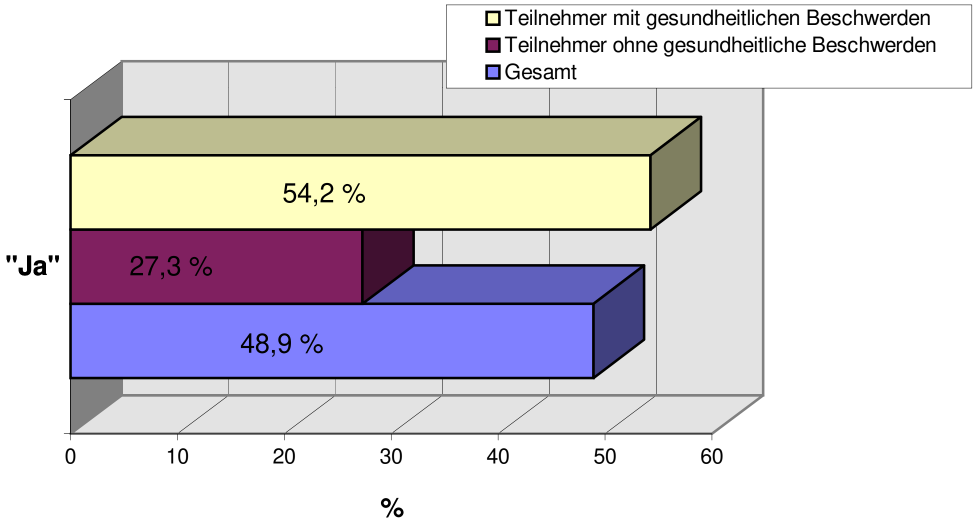
Abb. 7.4: Leistungsinanspruchnahme in Zusammenhang mit den genannten Beschwerden



7.3.3 Suche nach Behandlungsalternativen im Zusammenhang mit den genannten Beschwerden

Schließlich wurde untersucht, inwieweit das zuvor genannte Motiv „nach Alternativen zu medizinischen Behandlungen suchen“ mit dem Vorhandensein gesundheitlicher Beschwerden korrelierte. Es ergab sich ein höchst signifikanter Zusammenhang ($p<0,001$) dahingehend, daß 54,2% der TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden angaben, die Suche nach Behandlungsalternativen sei ein wesentliches Motiv für die Kursteilnahme gewesen (gegenüber 27,3% der Gruppe ohne Beschwerden; Abb. 7.5).

Abb. 7.5: Nach Alternativen zu medizinischen Behandlungen suchen?



Damit läßt sich zusammenfassen, daß

a) ein Großteil der Befragten (80,5%) vor Kursbeginn unter gesundheitlichen Beschwerden litt,

b) wiederum die Mehrheit der TeilnehmerInnen mit Beschwerden (54,2%) angab, auf der Suche nach Alternativen zu herkömmlichen medizinischen Behandlungsformen gewesen zu sein, die

c) bereits von vielen Befragten (jeweils ca. ein Drittel bei Facharztbesuchen sowie Medikamenteneinnahmen) in den letzten 12 Monaten aufgrund der geäußerten Beschwerden - mehr oder weniger erfolgreich - in Anspruch genommen wurden.

Eine Ausnahme bildete jedoch, wie gesehen, die Teilnehmergruppe der Kurse zu „Gesunder Ernährung". Mit 37% lag der Anteil der TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden hier deutlich unter dem Durchschnitt des sonstigen Kursspektrums. Darüber hinaus wiesen Ernährungskurse aber auch andere Besonderheiten bzgl. der Teilnehmerstruktur auf; z.B. lag der Anteil männlicher Teilnehmer mit 22,2% deutlich unter dem ansonsten überaschend hohen Anteil von durchschnittlich 39,7%. Ernährungskurse bildeten also insgesamt eine Ausnahme von den bis dato festgestellten Tendenzen bezüglich der Nachfrage nach den hier untersuchten Gesundheitskursen.

Diese Sonderstellung des Themenbereiches ‘Ernährung’ wird jedoch insofern für das Gesamtergebnis relativiert, als der Anteil dieser Kurse an der Gesamtstichprobe mit 3,6% sehr gering ist. Damit liegt die Vermutung nahe, daß das noch vor einigen Jahren zentrale Kursthema „Gesunde Ernährung“ nunmehr u.a. deshalb in weit geringerem Umfang angeboten wurde, weil hier die Nachfrage durch die Versicherten offenbar dem Muster der Beschwerdereaktivität nicht in dem Maße folgte, wie das bei anderen Kursthemen der Fall war.

7.4 Effekte der Kursteilnahme

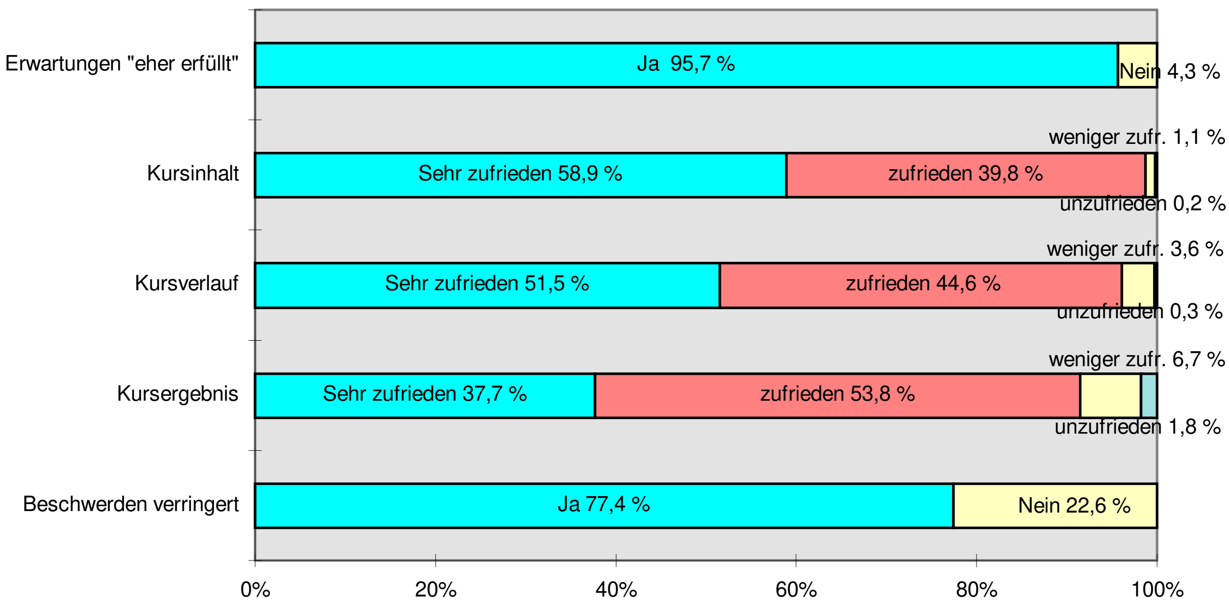
7.4.1 Zufriedenheit mit der Kursteilnahme

Die folgenden Fragen zur Zufriedenheit der TeilnehmerInnen mit den jeweiligen Kursen sind nicht als Bestandteil einer themenbezogenen Kursevaluation zu verstehen. An dieser Stelle sollten lediglich Daten über allgemeine Zufriedenheit mit Inhalt, Verlauf und Ergebnis sowie die Erfüllung der an den Kursbesuch gestellten Erwartungen durch die TeilnehmerInnen erhoben werden, welche dann wiederum auf die Ergebnisse hinsichtlich der Linderung vorhandener Beschwerden bezogen werden konnten.

Erwartungsgemäß bestand insgesamt eine große Teilnehmerzufriedenheit. 95,7% der TeilnehmerInnen sahen ihre Erwartungen an den Kurs als „eher erfüllt“ an. 98,7% waren mit den Inhalten des Kurses „zufrieden“ oder „sehr zufrieden“ - wobei unter den 4,3% TeilnehmerInnen, die ihre Erwartungen als „eher nicht erfüllt“ ansahen, ein Großteil dennoch mit den Inhalten „zufrieden“ bis „sehr zufrieden“ war. 96,1% waren mit dem Verlauf des Kurses „zufrieden“ bis „sehr zufrieden“, und 91,5% zeigten sich mit dem Ergebnis des Kurses „zufrieden“ bis „sehr zufrieden“ (Abb. 7.6).

Dabei zeigt die Darstellung der Ergebniszufriedenheit in Abhängigkeit des jeweiligen Kursthemas eine besonders hohe Zufriedenheit bei den Themen „Rückenschule“, „Wirbelsäulengymnastik“ und „Beweglichkeitsschulung“, also bei denjenigen Kursthemen, die durch einen besonders hohen Anteil an TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden auffielen.

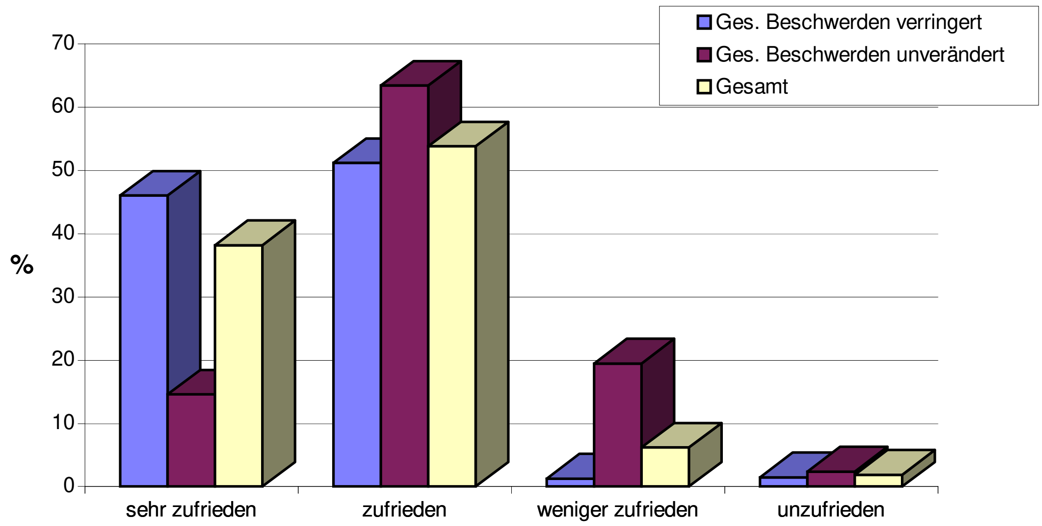
Abb. 7.6: Teilnehmerzufriedenheit



7.4.2 Reduzierung gesundheitlicher Beschwerden

Im Zusammenhang mit der Teilnehmerzufriedenheit ist weiterhin festzustellen, daß ein Großteil der TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden (77,4%, entspricht 63,2% aller Befragten) angaben, daß sich ihre genannten Beschwerden im Verlauf des Kurses verringerten, und daß sie diese positive Veränderung ganz oder teilweise auf den Kursbesuch zurückführten (ebf. Abb. 7.6). Diese an sich überzeugende Zahl zeigt auch einen Zusammenhang mit den Erwartungen vieler TeilnehmerInnen an das Kursergebnis: Während 97,2% der TeilnehmerInnen, deren Beschwerden sich im Kursverlauf verringert haben, mit dem Ergebnis des Kurses „zufrieden“ bis „sehr zufrieden“ waren, zeigten sich in der Gruppe derer, deren Beschwerden gleichgeblieben sind, 21,9% „weniger zufrieden“ bis „unzufrieden“ mit dem Kursergebnis (Abb. 7.7).

Abb. 7.7: Ergebniszufriedenheit im Zusammenhang mit der Reduzierung gesundheitlicher Beschwerden



7.4.3 Gesundheitsbezogene Einstellungen

Um der Frage nach psychologischen Effekten im Sinne veränderter gesundheitsbezogener Einstellungen nachzugehen, wurden einige ausgewählte Fragen zur subjektiven Beurteilung des Gesundheitsbewußtseins sowie dessen Veränderungen durch die Kursteilnahme gestellt. Darüber hinaus wurde der Versuch unternommen, diese subjektiven Aussagen anhand einiger 'objektivierender' Fragen zu erhärten. Hierzu wurde u.a. auf das theoretische Konzept der „gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen" *(locus of control*; vgl. Kap. 2.3.3) zurückgegriffen.

Dabei ist allerdings anzumerken, daß es sich bei den hier gestellten Fragen nicht um eine, dem derzeitigen Stand der Instrumentarienentwicklung entsprechend umfassende Erhebung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen handelte (vgl. z.B. NICKEL 1995). Dies hätte den Rahmen dieses Fragebogens gesprengt, und wäre darüber hinaus nicht der hier im Mittelpunkt stehenden Fragestellung, nämlich: 'Lassen sich überhaupt Veränderungen der gesundheitsbezogenen Einstellungen durch den Kursbesuch feststellen?', gerecht geworden. Die im Rahmen einer einmaligen Befragung eng gesetzten methodologischen Möglichkeiten sollten jedoch dahingehend ausgeschöpft werden, daß 'explorativ' nach den Übereinstimmungen zwischen subjektiven Aussagen über das Gesundheitsbewußtsein aus verschiedenen Blickwinkeln gesucht wurde.

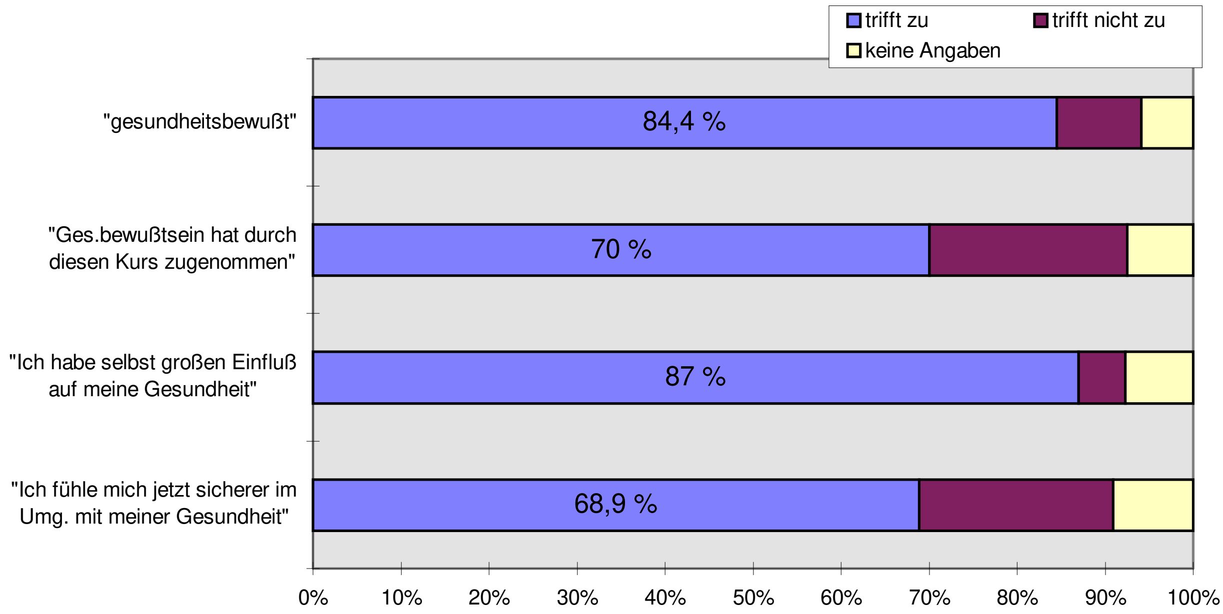
Auf die Frage nach einer Selbsteinschätzung des Gesundheitsbewußtseins antworteten 84,4% aller TeilnehmerInnen, daß sie sich selbst als „gesundheitsbewußt" bezeichneten (89,7% aller gültigen Antworten). Nach dem Alter unterteilt zeigt sich, daß dieser Anteil für die 20-29jährigen (93,9%) sowie für die 50-59jährigen (94,3%) und über 60jährigen (100%) überdurchschnittlich hoch war, während lediglich 66,7% der 10-19jährigen dieser Aussage zustimmten (30-39jährige: 84%, 40-49jährige: 87,3%). Die Aufteilung nach Geschlecht zeigte einen höheren Anteil 'Gesundheitsbewußter' unter den weiblichen Teilnehmerinnen (92,1% gegenüber 86% bei männlichen Teilnehmern).

Dabei ist zu berücksichtigen, daß auch der Anteil der TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden für weibliche Teilnehmerinnen mit 83,2% etwas über dem Gesamtwert von 80,5% lag (76,4% für männliche Teilnehmer). Bei der Altersverteilung zeigte sich mit 90,2% ebenfalls ein etwas höherer Anteil an TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden in der Gruppe der 60-69jährigen (73,5% der 20-29jährigen). Ein Vergleich der Teilnehmergruppe mit gesundheitlichen Beschwerden und jener, die sich selbst als „gesundheitsbewußt" bezeichnete, zeigt jedoch keinen signifikanten Zusammenhang: 90,7% der TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden bezeichneten sich als „gesundheitsbewußt" (gegenüber 89,7% aller gültigen Antworten).

Eine Unterscheidung nach der Berufsausbildung zeigt schließlich, daß sich Akademiker etwas seltener (87,8%) als „gesundheitsbewußt" bezeichneten als Nicht-Akademiker (91,7%).

70% aller TeilnehmerInnen gaben darüber hinaus an, daß durch den Kursbesuch ihr „Gesundheitsbewußtsein zugenommen" habe (75,7% der gültigen Antworten). Entsprechend fühlten sich 68,9% aller Befragten durch den Besuch des Kurses „jetzt sicherer im Umgang mit der eigenen Gesundheit" (Abb. 7.8).

Abb. 7.8: Gesundheitsbewußtsein der TeilnehmerInnen



Das insgesamt hohe Gesundheitsbewußtsein der TeilnehmerInnen wird auch durch die Analyse weiterer ausgewählter Items bestätigt. Die Antwortkategorien „ich habe selbst großen Einfluß auf meine Gesundheit“, „Gesundheit ist vor allem durch äußere Einflüsse bedingt“, „- vor allem durch das Schicksal/Zufall“, „- vor allem durch den Arzt/die Medizin“ und „- vor allem durch die sozialen Umgebung“ repräsentieren - wenn auch in verkürzter Form - das Konzept der „gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen“ (siehe oben).

Während, wie gesehen, 87% der TeilnehmerInnen der Überzeugung waren, selbst großen Einfluß auf ihre Gesundheit zu haben (Abb. 7.8), gaben nur 34,2% an, Gesundheit sei vor allem durch äußere Einflüsse bestimmt. Hierbei wurde wiederum von 21% aller Befragten dem Schicksal/Zufall, von 20,9% dem Arzt/der Medizin und von 61,3% der sozialen Umgebung ein wesentlicher Einfluß auf die Gesundheit zugeschrieben. Der letzten Aussage, Gesundheit werde vor allem durch die soziale Umgebung (Familie, Freunde, Arbeitsplatz) bestimmt, wurde damit insgesamt häufiger zugestimmt, als der allgemeineren Aussagen, daß Gesundheit vor allem durch äußere Einflüsse bedingt sei.

Der Theorie der gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen folgend, würde ein hoher Wert bei „Selbstbestimmung“ (I-HLC, internal health locus of control scale) und bei

„Einflüsse anderer Personen“ (P-HLC), kombiniert mit einem niedrigen Wert bei „Einflüsse des Schicksals/Zufalls“ (C-HLC) die günstigste Kombination der drei Antwortkategorien hinsichtlich des ‘Gesundheitsbewußtseins’ darstellen (vgl. Kap. 2.3.3). Deshalb wurde auch die Frage nach den Häufigkeiten verschiedener Antwortkombinationen aus den drei genannten Kategorien untersucht. Zu diesem Zweck wurden zunächst in einem clusteranalytischen Verfahren ‘typische’ Antwortkombinationen ermittelt. Wenngleich sich bei diesem Verfahren die Anzahl verwertbarer Fragebögen auf n=347 reduzierte (nach Abzug von ‘Missing’-Werten in einer oder mehreren der 5 Fragen), konnt auch innerhalb der verbleibenden Teilstichprobe die oben beschriebene Tendenz - hoher Wert bei „Selbstbestimmung“, niedriger Wert bei „Einflüsse des Schicksals/Zufalls“ sowie eine differenzierte Beurteilung der „Einflüsse anderer Personen“ - beobachtet werden.

Am häufigsten wurden dabei ausschließlich die Antwortkategorien „ich habe selbst großen Einfluß auf meine Gesundheit“ und „Gesundheit ist vor allem durch die soziale Umgebung bestimmt“ mit „Ja“ beantwortet (Typ I: 19,0%) (alle anderen Kategorien jeweils mit „Nein“). Der mit 17,9% am zweithäufigsten beobachtete Antworttyp (Typ II) stimmte lediglich der Aussage „ich habe selbst großen Einfluß auf meine Gesundheit“ zu, der dritthäufigste Typ (Typ III: 15,9%) beantwortete auch die Items „Gesundheit ist vor allem durch äußere Einflüsse bestimmt“, sowie „-vor allem durch die soziale Umgebung“ mit „Ja“. Andere Antworttypen, die auch den Faktoren „Schicksal/Zufall“ oder „Arzt/Medizin“ großen Einfluß auf die Gesundheit einräumten, waren erheblich seltener vorzufinden (Typ IV: 8,6%; Typ V: 8,1%; Typ VI: 6,9%; Typ VII: 6,1%; Abb. 7.9).

Abb. 7.9: Häufigste Antworttypen bezüglich gesundheitsbezogener Einstellungen

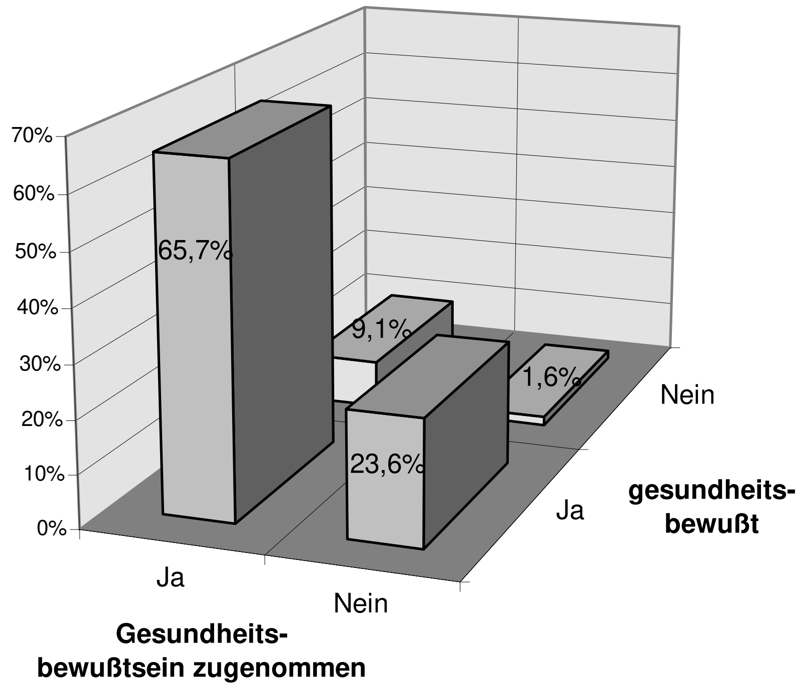
	Typ I: 19%		***Typ II: 17,9%***		***Typ III: 15.9%***	
	"Nein"	"Ja"	"Nein"	"Ja"	"Nein"	"Ja"
"Ich habe selbst gr. Einfluß auf meine Gesundheit"		x		x		x
"Gesundh. ist vor allem d. äußere Einfl. bedingt"	x		x			x
"Gesundh.ist vor allem d. Schicksal/ Zufall bed."	x		x		x	
"Gesundh. ist vor allem d. Arzt/ Medizin bed."	x		x		x	
"Gesundh. ist vor allem d. soziale Umgebung bed."		x	x			x

Vergleicht man nun diese Antworttypen mit den jeweiligen subjektiven Angaben über das Gesundheitsbewußtsein, bzw. über die Zunahme des Gesundheitsbewußtseins im Kursverlauf, so zeigt sich eine weitgehende Übereinstimmung. Insbesondere die Antworttypen II (95%) und III (90,7%) bezeichneten sich auch großenteils selbst als gesundheitsbewußt, der Antworttyp I lag mit 86,2% immer noch geringfügig über dem Durchschnitt (wie gesehen 84,4%).

Während die Typen II und III auch bei der Aussage „mein Gesundheitsbewußtsein hat durch diesen Kurs zugenommen“ über dem Durchschnitt von 70% lagen (81,7% resp. 77,8%), lag der Typ I hier mit 66,2% etwas darunter. Diese Abweichungen hängen möglicherweise damit zusammen, daß die Gruppe der Gesundheitsbewußten nicht immer mit der Gruppe derer, deren Gesundheitsbewußtsein durch den Kursbesuch zugenommen hat, übereinstimmen mußte. Bei TeilnehmerInnen, die ohnehin vor dem Kursbesuch bereits ein hohes Gesundheitsbewußtsein aufwiesen, lag die Vermutung nahe, daß dies durch den Kursbesuch nicht mehr bedeutend verändert wurde.

Eine kreuztabellarische Gegenüberstellung dieser beiden Items zeigt jedoch, daß der Anteil der TeilnehmerInnen, die sowohl angaben, gesundheitsbewußt zu sein als auch, daß ihr Gesundheitsbewußtsein durch den Kursbesuch zugenommen hatte, mit 65,7% den größten Anteil der Gesamtstichprobe ausmachten. Bei dieser Gruppe kann davon ausgegangen werden, daß das nunmehr hohe Gesundheitsbewußtsein durch den Kursbesuch mitbeeinflußt wurde. Bei 23,6% aller TeilnehmerInnen, die sich als gesundheitsbewußt bezeichnen, hatte der Kursbesuch jedoch keinen nennenswerten Einfluß hierauf. Bei 9,1% hatte dagegen umgekehrt das Gesundheitsbewußtsein zwar zugenommen, sie bezeichnen sich aber dennoch nicht als „gesundheitsbewußt“ (Abb. 7.10).

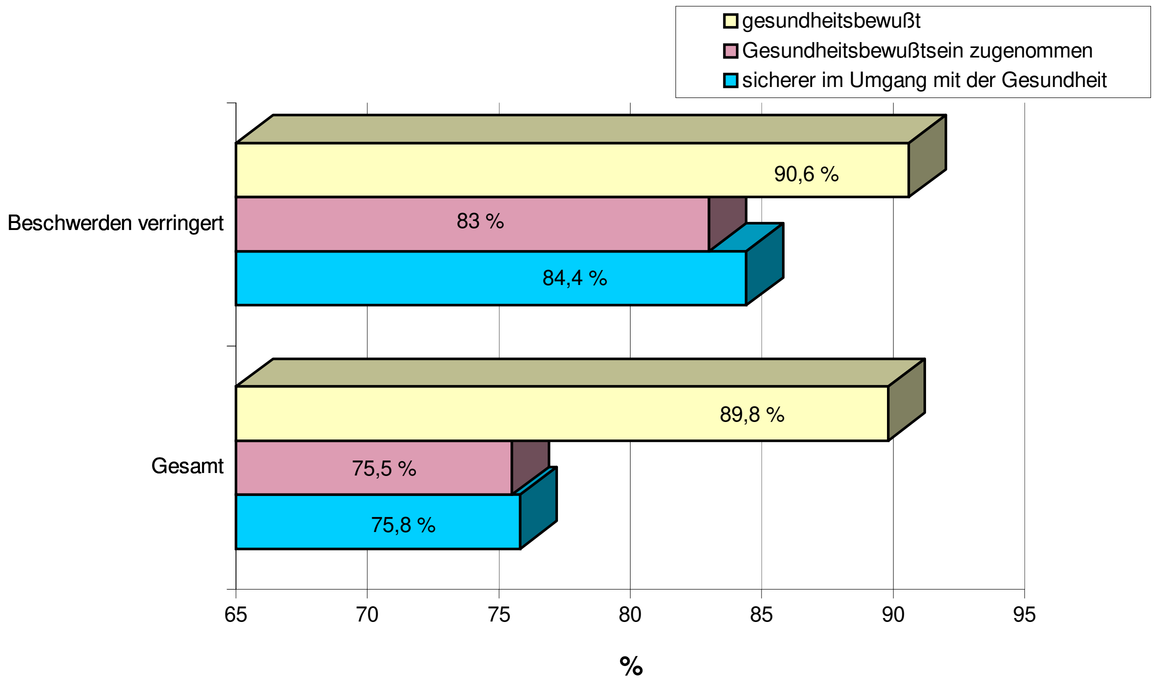
**Abb. 7.10: Gesundheitsbewußtsein/
Zunahme während des Kursbesuchs**



Auch bei dieser Frage nach der Zunahme des Gesundheitsbewußtseins gab es geschlechtsspezifische Unterschiede: Während insgesamt 75,7% der TeilnehmerInnen (valide Prozent, entspricht 70% der Gesamtstichprobe) eine Zunahme des Gesundheitsbewußtseins durch den Kursbesuch angaben, lag dieser Anteil bei männlichen Teilnehmern mit 79% über dem Durchschnitt und bei weiblichen Teilnehmerinnen mit 73,5% geringfügig darunter. Demgegenüber bezeichneten sich Männer, wie gesehen, insgesamt etwas seltener als gesundheitsbewußt als Frauen.

Schließlich stellt sich die Frage, ob die Angaben über ein während des Kursbesuchs erhöhtes Gesundheitsbewußtsein auch mit einer Reduzierung gesundheitlicher Beschwerden in Zusammenhang stehen. Während sich insgesamt 89,8% der TeilnehmerInnen als „gesundheitsbewußt" bezeichnen, lag dieser Anteil für die Gruppe, deren Beschwerden sich im Verlauf des Kurses verringert hatten, mit 90,6% geringfügig höher (s.o.). Deutlicher ist der Unterschied zur Gesamtstichprobe jedoch für diejenigen Fragen, welche sich auf eine Zunahme des Gesundheitsbewußtseins gegenüber dem Kursbeginn beziehen: 83% der TeilnehmerInnen, deren gesundheitliche Beschwerden sich verringert hatten, gaben gleichzeitig an, daß sich ihr Gesundheitsbewußtsein durch den Kursbesuch erhöht hatte (gegenüber 75,5% der Gesamtstichprobe); und 84,8% fühlten sich „jetzt sicherer im Umgang mit der eigenen Gesundheit“ (gegenüber 75,8% der Gesamtstichprobe; Abb. 7.11).

Abb. 7.11: Gesundheitsbewußtsein der TeilnehmerInnen mit verringerten Beschwerden



Somit besteht eine positive Korrelation zwischen der festgestellten häufigen Zunahme des Gesundheitsbewußtseins und der Reduzierung der gesundheitlichen Beschwerden durch die Kursteilnahme. Die festgestellten somatischen Verbesserungen des Gesundheitszustandes wurden also in vielen Fällen auch durch psychologische Faktoren, wie etwa der Zunahme des Gesundheitsbewußtseins bzw. der subjektiv empfundenen Sicherheit im Umgang mit der eigenen Gesundheit, begleitet.

Dies ist im Hinblick auf die Frage nach der zukünftigen Inanspruchnahmehäufigkeit von gesundheitlichen Versorgungsleistungen ein entscheidendes Ergebnis, da hierdurch ersichtlich wird, daß mehrere Faktoren zu einer möglichen Reduzierung der Behandlungshäufigkeiten beigetragen haben können: Einerseits der deutliche Rückgang der zu Beginn des Kurses bestehenden gesundheitlichen Beschwerden, andererseits aber auch ein insgesamt verändertes Bewußtsein bzw. ein Hinzugewinn an Sicherheit im Umgang mit der Gesundheit, und möglicherweise auch mit dem gesundheitlichen Versorgungssystem.

7.4.4 Veränderungen der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungsleistungen

Im letzten Teil des Fragebogens sollte ermittelt werden, ob und inwieweit die Reduzierung der gesundheitlichen Beschwerden, sowie das erhöhte Gesundheitsbewußtsein auch Auswirkungen auf die zukünftige Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen hatte. Neben medizinischen Leistungen im engen Sinne (Hausarztbesuch, Facharztbesuch, Medikamentengebrauch, Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen) wurden bei diesen Fragen auch nicht-ärztliche Leistungen miteinbezogen (alternative/ nicht-ärztliche Therapeuten, Gesundheitsförderung). Die erhaltenden Ergebnisse sollten dabei auch Tendenzen über veränderte Präferenzen der befragten Versicherten erkennbar machen.

Bei den Fragen zur Häufigkeit zukünftiger Hausarzt-, und Facharztbesuche sowie des Medikamentengebrauchs glaubten 20,4%, zukünftig seltener einen Hausarzt aufzusuchen (häufiger: 0,6%), 24,9% vermuteten, zukünftig seltener fachärztliche Behandlung zu benötigen (häufiger: 1,8%) und 24,1% beabsichtigten, zukünftig weniger Medikamente einzunehmen (mehr: 0,5%). Bei alternativen bzw. nicht-ärztlichen Therapeuten war dieses Bild dagegen etwas differenzierter: 13.5% wollten zukünftig seltener und 17,5% häufiger nicht-ärztliche Therapeuten konsultieren.

40,6% der Befragten beabsichtigten darüber hinaus eine häufigere Inanspruchnahme von Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen, und 74,5% der TeilnehmerInnen äußerten schließlich den Wunsch, zukünftig vermehrt Kurse der Gesundheitsförderung zu besuchen. Dieses Ergebnis drückt einerseit das erhöhte Gesundheitsbewußtsein sowie die Zufriedenheit der TeilnehmerInnen mit dem Kursbesuch aus. Andererseits ist dieses Ergebnis dennoch auf den ersten Blick überraschend, da trotz der mehrheitlich erzielten guten Erfolge durch den Kursbesuch offenbar weitere Kursbesuche für notwendig gehalten wurden. Damit wurde allerdings die zuvor aufgezeigte Tendenz bei den TeilnehmerInnen, mehrere Gesundheitskurse zum gleichen, oder zu einem anderen Thema zu besuchen (52% der befragten TeilnehmerInnen), durch den geäußerten Wunsch nach weiterführenden Kursen bestätigt. Gesundheitskurse wurden also offenbar aus Teilnehmersicht nicht nur als ein einmaliges Angebot, sondern eher als eine dauerhafte Unterstützung wahrgenommen.

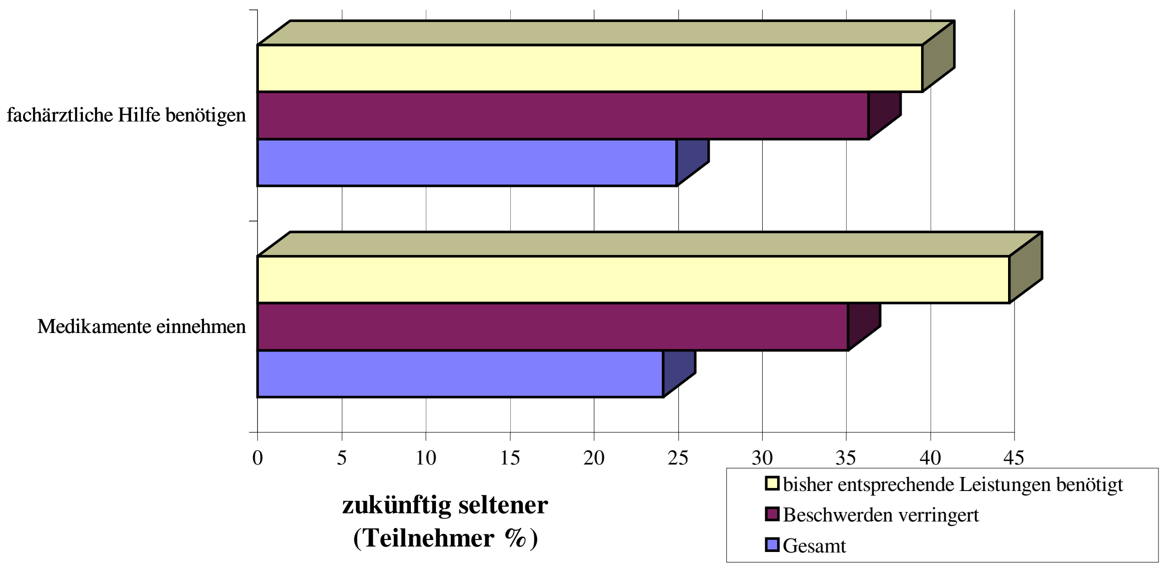
Während also insgesamt die geäußerte Nachfrage nach Gesundheitsförderung, Vorsorgeuntersuchungen sowie alternativen bzw. nicht-ärztlichen Therapeuten nach dem Kursbesuch erhöht war, wurde bei medizinisch-kurativen Leistungen eine deutlich verringerte zukünftige Inanspruchnahme angestrebt.

Um das durch die tendenziell verringerte Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistung mögliche Substitutionspotential etwas genauer zu ermitteln, wurde zudem überprüft, inwieweit die beabsichtigten Veränderungen der Leistungsinanspruchnahme gezielt auf jene TeilnehmerInnen entfielen, die zuvor angegeben hatten, dauerhafte medizinische Leistungen im Zusammenhang mit ihren genannten Beschwerden in Anspruch genommen zu haben.

Die Ergebnisse hierzu zeigen deutlich den Zusammenhang zwischen der Häufigkeit bisheriger Leistungsinanspruchnahme und der zukünftigen angestrebten Reduzierung. Innerhalb der Gruppe, die bislang fachärztliche Hilfe im Zusammenhang mit ihren genannten gesundheitlichen Beschwerden benötigten, lag der Anteil derer, die zukünftig seltener einen Facharzt zu benötigen glaubten, mit 39,5% deutlich über der Gesamtstichprobe (24,9%). Beim Medikamentenkonsum wies besonders die Personengruppe, die bislang gelegtlich Medikamente im Zusammenhang mit den angegebenen gesundheitlichen Beschwerden einnahmen, einen hohen Anteil an Antworten, zukünftig weniger Medikamente einnehmen zu wollen, auf (44,7% gegenüber 24,1% der Gesamtstichprobe).

Darüber hinaus lag innerhalb der Teilnehmergruppe, deren gesundheitliche Beschwerden sich im Kursverlauf verringert hatten, der Anteil derer, die beabsichtigen, zukünftig seltener fachärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen, mit 36,3% ebenfalls deutlich über der Gesamtstichprobe. Auch für die zukünftig verringerte Medikamenteneinnahme war in dieser Gruppe mit 35,1% ein überdurchschnittlich hoher Anteil festzustellen (Abb. 7.12).

Abb. 7.12: Verringerte Leistungsinanspruchnahme



Der Trend, zukünftig weniger medizinische Leistungen in Anspruch nehmen zu wollen, zeigte sich jedoch auch für die (kleinere) Gruppe derer, deren gesundheitliche Beschwerden durch den Kursbesuch unbeeinflußt blieben. Immerhin 12,3% dieser TeilnehmerInnen ohne Verbesserung des Gesundheitszustandes gaben an, zukünftig seltener zum Facharzt gehen zu wollen. Bei den Hausarztbesuchen waren dies 9,7%, und bei den Medikamenteneinnahmen 14,2% der TeilnehmerInnen.

Es wäre also zu kurz gegriffen, aus der angestrebten Reduzierung kurativmedizinischer Leistungsinanspruchnahmen diese Absicht ausschließlich auf die Reduzierung gesundheitlicher Beschwerden durch den Kursbesuch zurückzuführen. Auch hier können motivationale Faktoren im Zusammenhang mit der angestrebten zukünftigen Reduzierung der Behandlungshäufigkeiten vermutet werden.

So zeigt schließlich die Auswertung der Antworthäufigkeiten bezüglich einer reduzierten Leistungsinanspruchnahme den deutlichen Zusammenhang mit der Teilnehmergruppe, deren Gesundheitsbewußtsein während des Kursbesuches zugenommen hatte: 26,3% der TeilnehmerInnen, deren Gesundheitsbewußtsein zugenommen hatte, strebten an, zukünftig seltener einen Hausarzt aufzusuchen (gegenüber 20,4% der Gesamtstichprobe); 30,3% dieser

Teilnehmergruppe, gab an, zukünftig seltener zum Facharzt zu gehen (gegenüber 24,9% der Gesamtstichprobe) und 31,7% dieser Gruppe äußerten die Absicht, zukünftig weniger Medikamente einzunehmen (gegenüber 24,1% der Gesamtstichprobe).

Ähnliche Ergebnisse waren auch für die Gegenüberstellung mit der Gruppe derer zu verzeichnen, die sich durch den Kursbesuch sicherer im Umgang mit der Gesundheit fühlten. Hier lag der Anteil derer, die zukünftig seltener zum Hausarzt gehen wollten, bei 28,0% (gegenüber 20,4%), die seltener einen Facharzt aufsuchen wollten, bei 33,3% (gegenüber 24,9%), sowie derjenigen, die weniger Medikamenten einnehmen wollten, bei 36,1% (gegenüber 24,1%).

Insgesamt zeigt sich damit erstens die Tendenz, bedingt durch den Besuch des Gesundheitskurses zukünftig weniger medizinische Leistungen zu benötigen, und zweitens der Zusammenhang mit den beiden hierfür als ursächlich anzunehmenden Faktoren: Einerseits die Reduzierung der vor Beginn des Kurses bestehenden gesundheitlichen Beschwerden, sowie andererseits der Hinzugewinn an Sicherheit und Bewußtheit im Umgang mit der eigenen Gesundheit.

7.5 Diskussion der Ergebnisse der Teilnehmerbefragung

Ein wesentliches Ergebnis dieser Teilnehmerbefragung ist zweifellos der hohe Anteil an TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden. Damit bestätigen sich letztlich die verschiedenen Stellungnahmen, sowie vereinzelten Studienergebnisse aus den Reihen der Kassen, welche darauf hinweisen, daß ein großer Anteil der Nutzer von Gesundheitskursen diese nicht primärpräventiv, sondern sekundär- bzw. tertiärpräventiv, aufgrund vorhandener gesundheitlicher Beschwerden aufsuchen.

Dabei ist einerseits die mit 80,5% aller Befragten äußerst große Zahl an ‘beschwerdereaktiven TeilnehmerInnen’ bemerkenswert, andererseits auch die Tatsache, daß es sich bei den genannten Beschwerden keineswegs nur um geringfügige Beeinträchtigungen handelte, sondern vielfach um ernstzunehmende Erkrankungen, die auch großenteils zur mehrfachen Inanspruchnahme von medizinischen Behandlungseinrichtungen, insbesondere von Fachärzten sowie zur Einnahme von Arzneimitteln geführt hatten.

Weiterhin läßt sich anhand der Befragungsergebnisse ermitteln, für welche Themen aus dem reichhaltigen Angebot von Gesundheitskursen die Beobachtungen der beschwerdereaktiven Inanspruchnahme besonders zutreffen. Hier ist festzustellen, daß nahezu alle der untersuchten Kursthemen eine ähnliche Tendenz zeigten. Neben ‘Rückenschulkursen’ und ‘Wirbelsäulengymnastikangeboten’, welche auch im Rahmen dieser Stichprobe - zusammen mit den Themen ‘Yoga’, ‘Autogenes Training’ und ‘Streßbewältigung’ - den quantitativ größten Anteil an dem angebotenen Kursspektrum ausmachten, war die Tendenz der beschwerdereaktiven Inanspruchnahme auch für andere Kursthemen zu beobachten. Lediglich das Kursthema ‘Gesunde Ernährung’ zeigte einen deutlich niedrigeren Anteil an TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden (37%). Entsprechend gering war aber auch das Angebot an diesem Kursthema. Da sich das Angebot stark an der Nachfrage orientierte (vgl. Kap. 6.5.3), wird durch das geringe Angebot an Ernährungskursen die These der beschwerdereaktiven Nachfrage nach Gesundheitskursen zusätzlich gestützt.

Die These der beschwerdereaktiven Nachfrage wird aber insbesondere dadurch unterstrichen, daß die TeilnehmerInnen nicht nur gesundheitliche Beschwerden aufwiesen, die auch im Zusammenhang mit dem Kursbesuch standen, sondern daß dies auch eine wesentliche Motivation zur Kursteilnahme war. Dies zeigt sich z.B. daran, daß die Zufriedenheit mit dem

Kursbesuch dort am größten war, wo die genannten Beschwerden durch den Kursbesuch zurückgingen. Dies zeigt sich aber auch an den Antworten zu wesentlichen Motiven der Kursteilnahme. Über die Hälfte der Befragten mit gesundheitlichen Beschwerden gaben an, auf der Suche nach Alternativen zu den medizinischen Behandlungsmöglichkeiten gewesen zu sein.

Es läßt sich also zunächst sagen, daß ein großer Teil der TeilnehmerInnen aufgrund von gesundheitlichen Beschwerden in die Kurse gingen, und dabei auf der Suche nach Alternativen zu den bisher praktizierten Versuchen der Beschwerdenbewältigung (insbesondere Facharztbesuche, Medikamentenkonsum) waren.

Hinsichtlich der Effekte der Kursteilnahme läßt sich weiterhin feststellen, daß die als wesentliche Teilnahmemotivation genannten Beschwerden zu einem großen Teil reduziert werden konnten (77,4% der TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden, 63,2% aller Befragten). Damit einhergehend wurde von vielen TeilnehmerInnen angegeben, daß sie zukünftig seltener einen Hausarzt (20,4%) bzw. einen Facharzt (24,9%) aufsuchen sowie Medikamente (24,1%) einnehmen würden. Die Angaben zu verringerter Inanspruchnahme der genannten Leistungen korrelierten dabei auch stark mit der Reduzierung der gesundheitlichen Beschwerden, sowie mit den Antworten bezüglich der bisherigen Leistungsinanspruchnahme aufgrund der genannten Beschwerden.

Die Ergebnisse hinsichtlich einer Reduzierung der Inanspruchnahmehäufigkeiten von medizinischen Leistungen sind jedoch insoweit zu relativieren, als im Rahmen der methodischen Möglichkeiten dieser einmaligen Befragung keine Aussagen über tatsächliche Leistungsinanspruchnahmen, vor und nach dem Kursbesuch, sondern lediglich subjektive Einschätzungen hierzu ermittelt werden konnten. Eine verlässliche Aussage über tatsächliche Inanspruchnahmehäufigkeiten hätte dagegen erstens eine mehrfache Untersuchung (z.B. vor und nach dem Kursbesuch, sowie einer Follow-up-Studie, etwa 6 oder 12 Monate nach dem Kursbesuch), und zweitens tatsächliche Inanspruchnahmedaten erfordert, welche aus vielerlei Gründen derzeit nicht öffentlich verfügbar sind (vgl. Kap. 6.6.2.3).

Ziel dieser Untersuchung war es aber auch nicht primär, die tatsächliche Reduzierung von Leistungsinanspruchnahmehäufigkeiten aufgrund des Kursbesuchs zu ermitteln. Die hierzu gestellten Fragen sollten vielmehr aufzeigen, inwieweit sich die Einstellungen der

TeilnehmerInnen, bezüglich des Umgangs mit der Gesundheit, sowie auch mit gesundheitlichen Versorgungsleistungen, durch die Kursteilnahme verändert hatten, denn: Der Zusammenhang zwischen einer Verbesserung des Gesundheitszustandes durch den Kursbesuch, und der nach dem Kursende möglichen Reduzierung des Konsums kurativ-medizinischer Leistungen darf nicht über die psychologischen Wirkungen hinwegtäuschen, die insgesamt zu der beobachteten Einstellungsänderung beigetragen haben können (‘größere Sicherheit im Umgang mit der Gesundheit’, ‘erhöhtes Gesundheitsbewußtsein’ etc.).

Die vielfältigen kognitiven, affektiven und Verhaltensdeterminanten, die zu den Aussagen, zukünftig seltener medizinische Leistungen in Anspruch nehmen zu wollen, geführt haben können, wurden im Rahmen dieses Fragebogens gleichwohl nur ansatzweise und in hohem Maße ‘explorativ’ ermittelt. Auch hier besteht für die Zukunft weiterer Forschungsbedarf, etwa bezüglich der Frage, wie sich gesundheitsbezogene Einstellungen (z.B. in Form von „gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen“) durch gesundheitsfördernde Maßnahmen verändern können, und wie sich dies letztlich auf das Verhalten als Patienten bzw. ‘Konsumenten’ von gesundheitlichen Versorgungsleistungen auswirkt (vgl. Kap. 2.3.3). Im Rahmen dieser einmaligen Befragung sollten lediglich Hinweise dafür gesammelt werden, daß dieser Zusammenhang grundsätzlich besteht.

Dabei zeigt sich der Trend, daß einerseits ein relativ großes Gesundheitsbewußtsein bei den TeilnehmerInnen bestand, und sich andererseits dieses Gesundheitsbewußtsein oftmals durch den Kursbesuch erhöhte. Die Gruppe derer, deren Gesundheitsbewußtsein im Kursverlauf zugenommen hatte, antwortete demzufolge überdurchschnittlich häufig, zukünftig weniger medizinische Leistungen in Anspruch nehmen zu wollen. Interessant ist dabei weiterhin festzustellen, daß die Gruppe derjenigen, welche die zukünftige Reduzierung der Leistungsinanspruchnahme anstrebten, auch - wenngleich in weit geringerem Ausmaß - TeilnehmerInnen einschloß, deren Gesundheitszustand sich im Laufe des Kursbesuches nicht verändert hatte. Demnach handelte es sich bei der angestrebten Reduzierung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nicht immer nur um objektiv verringerte Behandlungsnotwendigkeiten.

Die beabsichtigte Reduzierung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen repräsentiert somit, bezogen auf die Gesamtstichprobe, nicht nur ein ausschließliches ‘Reagieren’ auf die Verringerung gesundheitlicher Beschwerden, sondern auch ein bewußtes ‘Agieren’, im Sinne hinzugewonnener Sicherheit im Umgang mit der Gesundheit und dem gesundheitlichen Versorgungssystem. Trotz des subjektiven Charakters der hier gestellten Fragen lassen sich durch die erhaltenen Antworten Hinweise dafür finden, daß unter den TeilnehmerInnen an Gesundheitskursen vielfach die Einstellung gegenüber dem medizinischen Versorgungssystem ‘kritischer’, ‘mündiger’, jedenfalls ‘bewußter’ geworden ist.

Gleichzeitig tendierten die Befragten - trotz der damals bevorstehenden gesetzlichen Streichung - zu vermehrten Teilnahmen an Maßnahmen der Gesundheitsförderung (74,5%) sowie auch zu vermehrter Inanspruchnahme alternativer bzw. nicht-ärztlicher gesundheitlicher Dienstleistungen (17,5%). Die Auseinandersetzung mit der Frage nach einer adäquaten Behandlungsform, die sich in diesen Angaben widerspiegelt, zeigte sich demnach gerade für die in dieser Studie untersuchte Gruppe der - überwiegend gesundheitsbewußten - TeilnehmerInnen an Gesundheitskursen. Einige frei formulierte, sehr engagierte Kommentare am Ende der Fragebögen unterstrichen diese Einstellung der TeilnehmerInnen: Zumeist wurde die Streichung der Gesundheitskurse sehr bedauert, da sie nach Ansicht dieser Befragten eine wichtige Ergänzung zum Angebot medizinischer Leistungen darstellten bzw. auch in der Lage seien, unnötige Ausgaben im Gesundheitswesen zu vermeiden.

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse dieser Teilnehmerbefragung wird damit insgesamt der Eindruck erhärtet, daß aus Sicht der Nutzer von Gesundheitsförderungsangeboten der Krankenkassen zumeist andere Fragen im Vordergrund standen, als das primärpräventive Einüben von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen. Vielfach wurde die Motivation, und auch das Resultat der Teilnahme an Gesundheitskursen in einen engeren inhaltlichen Zusammenhang mit Fragen der Bewältigung gesundheitlicher Beschwerden, sowie der adäquaten Therapieform im Rahmen des gesundheitlichen Versorgungsangebotes gestellt, als dies etwa in den Konzeptionen und Zielsetzungen seitens der Anbieter zum Ausdruck gebracht wurde (vgl. Kap. 6.3, 6.5). Eine gewisse Integration der Gesundheitsförderung in den Kontext des gesundheitlichen Versorgungssystems läßt sich also am Beispiel der Gesundheitskurse zumindest für die Erwartungen und die Teilnahmemotivationen der Nutzer feststellen.