C. ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

8 Zusammenfassung der theoretischen und empirischen Ergebnisse

8.1 Ergebnisse der theoretischen Analyse

Im ersten Teil dieser Arbeit (Teil A) wurde eine theoretische Analyse zum Gegenstandsbereich der Gesundheitsförderung im allgemeinen, und im speziellen der Gesundheitsförderung im Kontext der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommen. Grundlage hierfür bildete die Hypothese, daß Gesundheitsförderung als ein integratives Element im Rahmen des Gesundheitswesens im engen Sinne, und nicht als bloße Addition neuer Aufgabenbereiche außerhalb der gesundheitlichen Versorgung verstanden werden sollte. Dies wurde aus der Perspektive der Gesundheitsförderung, der Gesundheitsökonomie und der Gesundheitspolitik begründet, wobei weiterhin Ansatzpunkte darüber, wie eine solche Integration aussehen kann, entwickelt wurden.

Aus der Perspektive der Gesundheitsförderung (Kap. 1) lassen sich methodische und inhaltliche Anforderungen ableiten, welche insbesondere die Partizipation von Betroffenen in den Mittelpunkt der Gesundheitsförderung rücken. Betroffenheit meint in diesem Zusammenhang jedoch, daß auch gesundheitliche Probleme bzw. Probleme im Umgang mit Erkrankungen angesichts eines streng kurativ ausgerichteten medizinischen Versorgungssystems thematisiert werden müssen. Die im Zusammenhang mit der Entwicklung der Gesundheitsförderung bedeutsamen kritischen Diskurse, einerseits über den zumeist auf kurative Biomedizin reduzierten Umgang mit Krankheit und Gesundheit, sowie andererseits über bisherige Unzulänglichkeiten einer weitgehend auf medizinische Risikofaktoren und individuelle Verhaltensmaßregeln reduzierten Prävention, weisen auf zweierlei Zielrichtungen hinsichtlich der Umsetzung von Gesundheitsförderung hin:

Erstens gilt es, von einem einseitig auf individuelles Verhalten abzielenden Präventionsverständnis abzurücken, und sowohl die soziale Verhältnisgestaltung als auch die Partizipation der Adressaten bei der Problemdefinition und Maßnahmenentwicklung hinreichend zu berücksichtigen. Zweitens zeigt sich aber auch die Notwendigkeit, Strategien der Gesundheitsförderung nicht ausschließlich auf 'Gesunde' zu fokussieren. Vielmehr erweisen sich chronisch Erkrankte sowie im weitesten Sinne von gesundheitlichen Beschwerden Betroffene, welche regelmäßig mit Fragen des adäquaten Umgangs mit ihrer Erkrankung sowie mit den verfügbaren Ressourcen des gesundheitlichen Versorgungssystems konfrontiert sind, als die primäre Zielgruppe für Unterstützungsleistungen im Sinne der 'Hilfe zur Selbsthilfe', bzw. der Förderung gesundheitlicher Kompetenzen.

Dies wird auch aus der Perspektive der Gesundheitsökonomie (Kap. 2) unterstrichen. Während die bisherige Debatte über die Ökonomie von Gesundheitsförderung oftmals an die Grenzen ihrer konzeptionellen Beschränkung auf klassische Risikofaktorenprävention stößt, weist die Entwicklung des Fachgebietes der Gesundheitsökonomie dennoch einige Gemeinsamkeiten mit dem Gesundheitsförderungsdiskurs auf. Auch hier wird die geringe Wirksamkeit - und damit auch Wirtschaftlichkeit - medizinischer Behandlungsabläufe beklagt, welche ursächlich auf eine mangelhafte Bedarfsorientierung der kurativen Biomedizin zurückgeführt werden kann. Will man vor diesem Hintergrund ökonomische Erfolge der Gesundheitsförderung aufzeigen, so bietet sich an, gesundheitsfördernde Maßnahmen in einen engeren konzeptionellen Zusammenhang mit gesundheitlichen Versorgungsleistungen zu setzen. Maßnahmen, welche ergänzend zur Behandlung bereits bestehender (chronischer) Erkrankungen angeboten werden, sowie kommunikative und partizipative Strategien, die den Umgang mit gesundheitlichen Versorgungsleistungen im Sinne eines kritischen Patientenempowerments thematisieren, versprechen demzufolge die größten ökonomischen Erfolge.

Die Gegenüberstellung der unterschiedlichen Ansätze der Gesundheitspolitik (Kap. 3), einerseits die Theorie einer sektorübergreifenden, partizipativen und zielorientierten Public Health-Politik, sowie andererseits die realpolitische Debatte über Privatisierung, Markt- und Wettbewerbsorientierung im deutschen Gesundheitswesen, zeigt hingegen die politische Bedeutung der Gesundheitsförderung auf. Angesichts der bestehenden Privatisierungstendenzen bezüglich der Angebotsgestaltung und -finanzierung von

Gesundheitsleistungen gilt es, Gesundheitsförderung auch im Kontext einer auf Anwaltschaft, Empowerment und Vermittlung/Vernetzung basierenden Verbraucherschutzpolitik im Gesundheitswesen zu konzipieren.

Die Gesetzliche Krankenversicherung bietet sich vor diesem Hintergrund als zentrale Institution im deutschen Gesundheitswesen geradezu an, die Interessen der VerbraucherInnen kollektiv und individuell wahrzunehmen. Dem Dialog bzw. dem gegenseitigen Informationsaustausch mit dem Versichertenkollektiv kommt in dieser Hinsicht eine zentrale Bedeutung zu, welche einerseits die individuelle Kompetenzförderung, und andererseits die kollektive Umsetzung der artikulierten Versichertenbedürfnisse, in Form von Vertragsarbeit und gesundheitspolitischem Handeln, einschließt.

Somit ist Gesundheitsförderung, auch und insbesondere im Kontext der gesetzlichen Krankenversicherung, als eine integrative Aufgabe zu betrachten, welche in erster Linie Problemfelder der gesundheitlichen Versorgung und des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit zum Inhalt haben sollte. Hinsichtlich der organisatorischen Umsetzung bedeutet dies jedoch, daß sich die Krankenkassen, mit der Einführung der Gesundheitsförderung durch das Gesundheitsreformgesetz 1989 nicht nur einem neuen Aufgabenfeld, im Sinne eines zusätzlichen Leitungsbereiches zuzuwenden hatten. Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe betrifft vielmehr alle Bereiche des traditionellen Verwaltungshandelns, und fordert zu einer ‘echten’ Organisationsreform im Sinne einer ‘gesundheitsfördernden Krankenkassenpolitik’ auf, deren Realisierung letztlich in der Hand der Krankenkassen selbst lag.

8.2 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Vor dem aufgezeigten theoretischen Hintergrund verfolgte die empirische Untersuchung (Teil B dieser Arbeit) das Ziel, die Praxis der Krankenkassen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung unter drei wesentlichen Gesichtspunkten zu untersuchen:

1. Einer quantitativen und qualitativen Beschreibung des Maßnahmenspektrums sowie damit verbundener Konzeptionen, Leitbilder und Zielsetzungen.

2. Einer Analyse der Bedingungs- und Akteurskonstellationen innerhalb der Kassenorganisation, der politischen Rahmenbedingungen sowie persönlicher und professioneller Einflußfaktoren der inhaltlich verantwortlichen MitarbeiterInnen, mit dem Ziel, Erklärungsansätze für die beschriebene Praxis, sowie auch Hindernisse für anderweitige Aktivitäten herauszuarbeiten.
3. Einer vertiefenden Analyse des Maßnahmenspektrums hinsichtlich der Inhalte sowie der realisierten Effekte; dies mit dem Ziel, empirische Anhaltspunkte für mögliche Ansätze der 'Integration von Gesundheitsförderung in das gesundheitliche Versorgungssystem' innerhalb der von den Kassen praktizierten Maßnahmen zu ermitteln.

8.2.1 Maßnahmen

Hinsichtlich des Maßnahmenspektrums zeigte sich zunächst weitgehende Übereinstimmung mit der gängigen Fachdiskussion, die immer wieder auf die konzeptionelle Beschränkung der Krankenkassen auf verhaltenspräventive Angebote aus den drei klassischen Präventionsthemen Ernährung, Bewegung und Streßbewältigung hinweist. Verhaltensbezogene Maßnahmen in Form von Gesundheitskursen dominierten bei weitem die Aktivitäten der Kassen, wohingegen eher verhältnisbezogene Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, der schulischen Gesundheitsförderung oder der Selbsthilfeförderung zwar angeboten wurden, jedoch insgesamt quantitativ im Hintergrund standen. Dies wurde nicht zuletzt aus den Äußerungen der interviewten KassenvertreterInnen über deren Aufgabenschwerpunkte, und die Verteilung insbesondere zeitlicher Ressourcen deutlich.

8.2.2 Ursachen und Hintergründe

Häufig fanden dabei auch konzeptionelle Modifizierungen statt, indem etwa in der schulischen oder betrieblichen Gesundheitsförderung zweifellos aufwendigere Aktivitäten der Verhältnis- und Organisationsgestaltung - durch Initiierung und Moderation von Arbeitskreisen, Gesundheitsberichten, Mitarbeiterbefragungen etc. - unterblieben, und stattdessen Kurs- oder Vortragsveranstaltungen in Analogie zu den ansonsten praktizierten

Themen angeboten wurden. Statt ‘betrieblicher Gesundheitsförderung’ fand vielfach ‘Gesundheitsförderung im Betrieb’ statt; dies u.a. mit Rücksicht auf die Betriebe, deren Erwartungshaltung selbst eher auf kurzfristige, klassische und in ihren Folgen überschaubare Maßnahmen konzentriert war. Aber auch die Erwartungen einiger Kassenvertreter hinsichtlich des Marketingeffektes wurden auf diese Weise oftmals hinreichend befriedigt: Betriebe und Schulen sind bevorzugte Adressaten auch für die Mitgliederwerbung der Kassen. Besonders deutlich wurde dies in der schulischen Gesundheitsförderung, bei der es durch attraktive Vortragsveranstaltungen primär darum ging, Zugang zu den Schulen und mithin zu den Adressen der zukünftigen Krankenversicherungs-pflichtigen aus den höheren Jahrgangsstufen zu bekommen. Dies wurde von den interviewten KassenvertreterInnen mit erstaunlicher Offenheit zugegeben. Sie selbst, als FachvertreterInnen gesundheitlicher Inhalte, waren dabei stets Mittler zwischen eigenen Ansprüchen und den Interessen ihres Arbeitgebers.

Somit kann zumindest im Falle der schulischen Gesundheitsförderung von einem Bereich gesprochen werden, der sich von der Konzeption zumeist nahtlos in den ansonsten praktizierten Handlungsbereich der gesundheitlichen Öffentlichkeitsarbeit einfügte. Ansprüchliche Konzeptionen fanden sich zwar in Einzelfällen, etwa „dem europäischen Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen“, welches durch eine Kasse unterstützt wurde. Im Rahmen dieser Studie war allerdings in keinem der geführten Interviews von eigenen Aktivitäten, die über Vortragsveranstaltungen hinausgingen, die Rede.

In der betrieblichen Gesundheitförderung finden sich hingegen auch Beispiele für weitergehende Aktivitäten in den genannten Bereichen der betrieblichen Gesundheitszirkel und Gesundheitsberichte. Nicht zuletzt ist auch die Forschung und Entwicklung auf diesem Gebiet in den letzten Jahren maßgeblich mit Hilfe einiger Krankenkassen vorangeschritten. Führend waren dabei die Betriebskrankenkassen sowie einige Ortskrankenkassen mit spezifischem Bezug zu den unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten besonders kostenintensiven Produktionsbetrieben. Dennoch muß auch für diese ausgereiften Konzepte einiger Kassen festgestellt werden, daß die Grenzen des Wirkungsbereiches einer Kasse schnell erreicht wurden, wenn etwa Veränderungen der Arbeitsplatz-, Arbeitszeitgestaltung oder gar tiefergehende Konfliktbewältigungen im Organisationsgefüge der Betriebe anstanden. Die zum Teil ernüchternden Erfahrungen mit betrieblichen Realitäten, und den eingeschränkten Handlungsoptionen der Kassen als externe Initiatoren und Moderatoren

(LENHARDT/ROSENBROCK/ELKELES 1996), wurden auch von einigen Interviewpartnern berichtet.

Dies soll nicht als eine Abwertung der vielen positiven Ansätze der Kassen in diesen Bereichen verstanden werden. Der Hinweis auf die insgesamt nachrangige quantitative und qualitative Bedeutung schulischer und betrieblicher Verhältnisprävention soll jedoch davor warnen, in der gegenwärtigen und zukünftigen Diskussion über die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung durch Krankenkassen allzuviel Hoffnung auf diese verhältnisbezogenen Ansätze zu setzen. Hier waren strukturelle Hindernisse der Betriebs-, aber auch der Schulorganisationen am ehesten erkennbar und für Krankenkassen am wenigsten beeinflußbar.

Als wesentliches Hindernis, zu einer flächendeckenden und gemeinsam von allen Kassenarten getragenen Strategie der organisationsbezogenen Gesundheitsförderung zu gelangen, muß jedoch die Konkurrenzsituation der Kassen betrachtet werden. Bei Betrieben, Schulen oder anderen Organisationen war eine Kooperation verschiedener Kassen praktisch ausgeschlossen. Durch die oftmals heterogene Mitgliederstruktur und die Auflage, Gelder der Gesundheitsförderung versichertenbezogen zu verwenden, war hingegen der Wirkungsbereich einer einzelnen Kasse deutlich eingeschränkt. Dies betraf, neben der betrieblichen und schulischen Gesundheitsförderung, den gesamten Bereich der über den eigenen Versichertenstamm hinausweisenden gesundheitlichen Öffentlichkeitsarbeit sowie auch die Selbsthilfeförderung.

Während die Selbsthilfeförderung daher oftmals über einen gemeinsamen Topf der Krankenkassenverbände stattfand, bestanden hinsichtlich der lokalen und direkten Förderung von Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen noch weitere Hindernisse. In vielen Fällen fand hier eine geradezu künstliche Trennung der Zuständigkeitsbereiche zwischen Prävention/ Gesundheitsförderung einerseits, und den für die Selbsthilfeförderung verantwortlichen Sozialen Dienste bzw. RehabilitationsberaterInnen andererseits, statt. Dabei bestätigte sich der Eindruck, daß der ohnehin, bezogen auf Personal und Ressourcen, stets unterentwickelte Bereich der Rehabilitations- und Sozialberatung innerhalb der Kassenhierarchien durch die Einführung bzw. Verstärkung der Prävention zusätzlich geschwächt wurde. Die unter Zielgruppenaspekten und vor dem Hintergrund der „oft anstrengenden Einzelfallarbeit in der Rehabilitation“ ‘bequemere’ Variante der Prävention (STANGE 1994, S. 271) hatte in der Folge nicht nur in den Kassen mehr Gewicht bekommen, sondern auch inhaltlich eigene

Maßstäbe gesetzt, die oftmals von der eher sozialarbeiterisch orientierten Arbeit mit Selbsthilfe abwichen. Dies war u.a. aus den selbstgesetzten Maßstäben einiger Kassen hinsichtlich Qualität, Professionalisierung und Zielorientierung in der Gesundheitsförderung ablesbar.

Somit konzentrierte sich die Arbeit in der Gesundheitsförderung wesentlich auf ein breites Spektrum an Gesundheitskursangeboten sowie regelmäßigen schriftlichen Informationen in Form von Kursprogrammheften, Informationsbroschüren und Artikeln in den Mitgliederzeitschriften zu gesundheitlichen Themen. Dies war auch vor dem Hintergrund der von den interviewten KassenvertreterInnen mehrheitlich formulierten Leitbildern und Zielsetzungen konsequent. Angestrebt wurde allgemein die Verhaltensmodifikation von Versicherten in Richtung gesundheitsgerechterer Verhaltensweisen in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Streßbewältigung. Der hierzu notwendige Impuls, der nicht primär auf Wissensvermittlung oder gar auf Vorschriften, sondern auf Motivation basieren sollte, wurde als 'Hilfe zur Selbsthilfe' bezeichnet. Als weiterführende Zielsetzungen wurden dabei etwa gleichrangig der Imageeffekt für die Kasse sowie die Möglichkeit der langfristigen Ausgabensenkung bei den Gesundheitsausgaben genannt. Das Leitbild der klassischen Verhaltensprävention, wenngleich nicht als auf spezielle Risikofaktoren beschränkte, sondern als allgemeine und ganzheitliche Risikovermeidung verstanden, stand bei der Mehrheit der befragten Akteure im Mittelpunkt.
Dennoch fanden sich auch Beispiele für ein erweitertes, insgesamt kritischeres und politikbezogenes Leitbild. So wurde von einigen Interviewpartnern die Abkehr von der beinahe stereotypen Gleichung „Gesundheitsförderung = Kursangebote" gefordert, mehr Engagement in der Verhältnisprävention sowie in der gesundheitspolitischen Arbeit angemahnt. Einige betonten auch die Absicht, Gesundheitsförderung als 'kritisches Patientenempowerment' zu nutzen. Zielsetzung war dabei die Thematisierung von Fragen des Gesundheitswesens, die Aufklärung über bzw. die Motivation zu Selbsthilfealternativen sowie die Stärkung der Handlungskompetenzen der Versicherten als „mündige Patienten".

Diese kritische Sicht wurde jedoch unter den Befragten weitaus seltener, und oftmals erst durch gezieltes Nachfragen während der Interviews geäußert. Die Ursachen für diese eher 'verborgene', und bei den Befragten in unterschiedlichem Maße ausgeprägte Zielrichtung, sowie die vordergründige Dominanz des verhaltenspräventiven Paradigmas sind vielfältig.

Ein Erklärungsansatz hierfür ist die Stellung der Gesundheitsförderer in den Unternehmen, deren organisatorische Verflechtungen und die Erwartungen seitens der regionalen Geschäftsleitungen. Der Bereich der Gesundheitsförderung nahm, insbesondere in der Anfangsphase, eine Randstellung innerhalb der Kassenorganisation ein. Das Verhältnis zu den sonstigen Bereichen des Leistungs- und Beitragswesens war kaum durch inhaltliche Zusammenarbeit, teilweise durch räumliche Trennung sowie, zu Beginn, durch einige Vorbehalte der KassenmitarbeiterInnen gegenüber den neu eingestellten, 'sozialversicherungsfremden Akademikern' gekennzeichnet. Zu den für die Vertragsgestaltung mit zentralen Leistungserbringern - Kassenärzten, Krankenhäusern etc. - zuständigen Vertragsabteilungen bestand hingegen i.d.R. überhaupt kein Kontakt. Diese waren üblicherweise auch aus dem Service-Bereich der Kassen gänzlich ausgegliedert, und bildeten einen eigenen, früher im Kassenjargon als „Rechnungsprüfungsabteilungen“ geführten Zweig der Kassenorganisation. Dies mag als Erklärung dafür dienen, daß häufig auch ein entsprechendes Problembewußtsein für zentrale Aufgabenbereiche des Leistungs- und Vertragsgeschäfts kaum gefördert wurde.

Eine starke organisatorische und inhaltliche Verflechtung bestand hingegen zu dem Marketing- und Vertriebsbereich. Die regionalen Fachabteilungen für Gesundheitsförderung waren i.d.R. direkt der Geschäftsführung, bzw. den ebenfalls für den Außendienst maßgeblich verantwortlichen Geschäftsstellenleitern zugeordnet. Somit ist zu erwarten, daß hinsichtlich der Konzeptionen und Ideen vielfach schon durch die organisatorische Verortung eine gewisse 'Vorselektion' stattgefunden hat; das Paradigma der Verhaltensprävention erwies sich vielfach als die kassenpolitisch 'korrekte' Konzeption für die Arbeit der Gesundheitsförderer.

Die Verortung im Kassenmarketing sowie die inhaltliche Konzentration auf Angebote der Verhaltensprävention und Gesundheitserziehung spiegelt sich auch in den realisierten Außenbeziehungen zu externen Kooperationspartnern wider. Wichtigste Kooperationspartner waren kommerzielle und nicht-kommerzielle Anbieter von Gesundheitskursangeboten: Volkshochschulen, Erwachsenenbildungseinrichtungen, Fitneßstudios, freiberufliche Krankengymnasten sowie die Vielzahl der eigens für die Kursdurchführung beschäftigten Honorarkräfte. Konzeptionelle Unterstützung fanden viele Kassen dabei z.B. durch die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung oder andere im Bereich der Gesundheitserziehung aktive wissenschaftliche Einrichtungen.

Die vielfach geforderte Kooperation mit den örtlichen Gesundheitsämtern als Regieinstanz für gemeinschaftliche und koordinierte Aktivitäten, sowie eine Kooperation zwischen den Kassen fand hingegen nur in seltenen Fällen statt. Auf dieses Defizit, insbesondere im Hinblick auf die Errichtung „regionaler Gesundheitskonferenzen“ ist bereits in vielen einschlägigen Veröffentlichungen ausführlich hingewiesen worden (z.B. REINERS 1994). Erwähnt werden sollte in diesem Zusammenhang jedoch der, neben der aufgrund des Kassenwettbewerbs allgemein fehlenden Motivation für einheitliche oder abgestimmte Aktivitäten, viel grundsätzlichere Vorbehalt der Kassen gegenüber regional und einheitlich abgestimmten Strategieentwicklungen. „Regionalisierung“ ist in der Sozialpolitik ein noch mit ganz andereren Zielrichtungen und Konsequenzen besetzter Begriff.[1] Hier wird seitens der Kassen oftmals die Tendenz zu einer regionalisierten Einheitsversicherung gesehen, welche das gegliederte Kassensystem insgesamt und damit die Legitimation einzelner Kassen gefährden würde. Die Vorbehalte von Kassenvertretern gegenüber Aktivitäten, welche in Richtung Regionalisierung und Vereinheitlichung tendieren, waren insofern verständlich.

So sind die weitgehend isolierten Strategien der Kassen insgesamt zu einem wesentlichen Teil den politischen Rahmenbedingungen geschuldet. Innerhalb dieses politischen Rahmens sind die vielfältigen Gründe für den weitgehenden Nichtbezug, etwa zu den zentralen Geschäftsbereichen der Kassen, jedoch vorwiegend innerhalb der Kassenorganisation zu suchen. Gegenüber einer echten ‘Durchmischung’ des Leistungs- und Vertragsgeschäftes durch neue Impulse aus dem Bereich der Gesundheitsförderung erwiesen sich die meisten Kassenstrukturen als weitgehend resistent.

Hinzu kommt aber noch ein dritter Faktor, der eher die persönlichen und professionellen Hintergründe der inhaltlich verantwortlichen Gesundheitsförderer anspricht. Das oben dargestellte Paradigma der Verhaltensprävention in den drei klassischen Verhaltensbereichen Ernährung, Bewegung, Streßbewältigung, verknüpft mit der zumeist gekonnt rezitierten Rhetorik der Gesundheitsförderung - ‘Hilfe zur Selbsthilfe’, ‘ein Prozeß, den selbstbestimmten Umgang mit der Gesundheit zu ermöglichen’, Verweis auf die Ottawa Charta, etc. - spiegelt nicht zuletzt auch professionelle Überzeugungen wider, welche in engem Zusammenhang mit der jeweiligen akademischen Qualifikation, bzw. dem Stand der

[1]Hierbei sei nur an den neuerlichen Vorstoß der Bayerischen und Baden-Würtembergischen Landesregierungen erinnert, die Ende 1997 die Regionalisierung der Sozialversicherungen, insbesondere des Risikostrukturausgleiches in der gesetzlichen Krankenversicherung forderten.

wissenschaftlichen Diskussion in den jeweiligen Fachbereichen gesehen werden müssen. Der in den Interviews oftmals zum Ausdruck gebrachte ‘Präventionsidealismus’ und die mangelhafte Berücksichtigung von Strömungen der Entprofessionalisierung, des Empowerment und der Anerkennung von Laienkompetenz im Rahmen der Kassenaktivitäten, ist nach wie vor auch in einigen wissenschaftlichen Debatten der Gesundheitspädagogik, -psychologie, Sport-, Ernährungs- oder Gesundheitswissenschaften erkennbar (vgl. Kap. 1).

8.2.3 Gesundheitskurse und deren Bedeutung für eine ‘gesundheitsfördernde Krankenkassenpolitik’

Nach dem bisherigen Stand der Zusammenfassung liegt die Vermutung nahe, daß die in der Praxis dominierenden Gesundheitskurse generell als die realexistierende Form der individuellen und risikofaktorenorientierten Verhaltensprävention, und damit als Ergebnis der konzeptionellen Beschränkung seitens der Kassen betrachtet werden müssen. Dies wird in einschlägigen Publikationen auch immer wieder festgestellt. Was allerdings bei diesen Expertisen häufig fehlt, ist eine genauere Analyse dessen, was sich im einzelnen hinter diesen Gesundheitskursangeboten verbirgt. Gesundheitskurse werden bestenfalls exemplarisch und dann nur anhand einzelner Betitelungen pointiert dargestellt. Inhalte, Methoden, Kontexte und Entwicklungen erscheinen hingegen oftmals als ‘Black Box’.

Die vorliegende Arbeit hat versucht, diese Lücke zu schließen und sowohl das Angebotsspektrum der Gesundheitskurse, als auch deren Effekte, welche nicht zuletzt durch die Teilnehmerstruktur bedingt werden, näher zu beleuchten. Dabei wurde zunächst der Begriff der ‘Gesundheitskurse’ hinterfragt, dessen Funktion eher als ein Sammelbegriff angesehen werden muß, um unterschiedliche konzeptionelle Ansätze der Handlungsorientierung, der interaktionsbezogenen Beratung und Moderation, der Aktivierung und Selbsthilfeförderung sowie der gesundheitlichen Information und Wissensvermittlung zu bündeln.

Thematisch wurden, zumeist aus den drei klassischen Handlungsbereichen der Ernährung, Bewegung und Entspannung/Streßbewältigung, die verschiedensten inhaltlichen Verknüpfungen hergestellt, zielgruppenspezifische Maßnahmen angeboten und sowohl Gesunde als auch spezifische Erkrankungs- oder Beschwerdegruppen angesprochen. Eine

Funktion kann dabei zunächst, auch für die vorwiegend fitneßorientierten Angebote, darin gesehen werden, eine Art Anbieter- bzw. Angebotsselektion auf dem immer dichter und unübersichtlicher werdenden Gesundheits- und Fitneßmarkt vorzunehmen.

So wurde bei Bewegungsangeboten der Schutz vor gesundheitlichen Gefährdungen im Sport, bzw. vor übermäßiger sportlicher Belastung bei verschiedenen Erkrankungen betont. Ebenso wurden im Handlungsbereich Ernährung z.B. Übergewichtige vor dem weiterhin kritiklosen Konsum von Diätprodukten oder den öffentlichen Medien entnommenen Diätempfehlungen geschützt. Für den Bereich der Entspannungstechniken, die in enger Verbindung zu dem weiten Feld der alternativen Heilmethoden stehen (Shiatsu, Feldenkreis, Atemtherapie), darf ebenfalls die Beratungs- und Anbieterselektionsfunktion nicht übersehen werden. Statt große Versprechungen zu machen, wurde eher vor überhöhten Heilserwartungen gewarnt, die Sinnhaftigkeit einzelner Ansätze auch in kombinierten Veranstaltungen aufgezeigt („Finden Sie Ihre Entspannungsmethode“) und teilweise Kontexte hergestellt, die auch andere Bereiche, etwa der Streß- oder Schmerzbewältigung, oder gar Lebensgewohnheiten wie den vorschnellen Konsum von Arzneimitteln reflektierten.

Bei vielen Gesundheitskursen kann also hinsichtlich der thematischen, aber auch methodischen Ausrichtung eine sekundäre Funktion als Verbraucherschutzberatung angenommen werden. In dieser Hinsicht zielten Gesundheitskurse nicht nur direkt auf das Gesundheitsverhalten ab, sondern auch auf den Schutz vor Falschinformation, Überinformation, Unsicherheiten und Übertreibungen in der einen oder anderen Richtung. Diese Funktion wurde jedoch auch von den verantwortlichen Akteuren oftmals nicht gesehen, und ließ sich zunächst nur anhand der näheren Betrachtung einzelner Kursthemen vermuten.

Darüber hinaus bestand aber eine weitaus deutlicher erkennbare Funktion vieler Gesundheitskurse in der kurativen und rehabilitativen Unterstützung bei schon vorhandenen Erkrankungen oder gesundheitlichen Beschwerden. Beispielhaft hierfür sind Patientenschulungen bei verschiedenen chronischen Erkrankungen (Diabetes, Asthma, Osteoporose), aber auch Rückenschulen und Wirbelsäulengymnastik sowie Streß- und Schmerzbewältigungsangebote. Diese eher tertiärpräventiv angelegten Kursangebote waren vor allem quantitativ von großer, und in den letzten Jahren zunehmender Bedeutung.

Die *tertiärpräventive Funktion*, sowie auch die teilweise erkennbare *Verbraucherberatungsfunktion* von Gesundheitskursen, wurden durch zwei Faktoren maßgeblich mitbeeinflußt: das offenbar große Interesse der Versicherten an Themen der alternativen Gesundheitspflege bzw. auch der Naturheilkunde, sowie der hohe Anteil an TeilnehmerInnen, die aufgrund von gesundheitlichen Beschwerden den Weg in die Kurse fanden. Dies deckt sich mit den mittlerweile übereinstimmenden Schätzungen verschiedener Experten zu ‘typischen’ Teilnehmerprofilen in Gesundheitskursen: Demnach zeichneten sich TeilnehmerInnen an Gesundheitskursen idealtypisch durch (a) ein höheres Gesundheitsbewußtsein, (b) häufigere Betroffenheit von Krankheit bzw. gesundheitlichen Beschwerden, sowie (c) häufigere Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen aus (vgl. Kap. 6.5.3). Dabei kann die häufigere Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen als ein Resultat aus den beiden erstgenannten Faktoren, häufigere Betroffenheit von Krankheit einerseits und höheres Gesundheitsbewußtsein andererseits, interpretiert werden. Die Mischung aus ‘beschwerdereaktiver Inanspruchnahme’ und dem insgesamt größeren Interesse für gesundheitliche Fragen (Gesundheitsbewußtsein) unter den KursteilnehmerInnen lieferte letztlich die Ausgangsbedingung für die beobachtete qualitative und quantitative Angebotsgestaltung.
Sie lieferte aber auch die Grundlage für gesundheitsökonomische Überlegungen hinsichtlich der direkten Substituierbarkeit von medizinischen Leistungen durch Kurs- und Beratungsangebote sowie dadurch erzielbare Einsparpotentiale (vgl. Kap. 2). Diese Überlegungen bildeten den Kern der 1996 durch die Kassen verbreiteten Argumentationen für die Erhaltung der Gesundheitsförderung aus wirtschaftlichen Gründen: Einsparpotentiale bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen wurden in dem Maße sichtbar, wie diese Leistungen zuvor bereits entsprechend häufig in Anspruch genommen wurden, d.h. sie hingen direkt oder indirekt mit dem hohen Anteil beschwerdereaktiver Nachfrager nach Gesundheitskursen zusammen. Damit ist nun aber das eigentlich angestrebte Ziel der Primärprävention nachhaltig durch die tatsächlich realisierten Effekte der Tertiärprävention, auch in der Argumentation einiger Kassenfunktionäre verdrängt worden.

Dieses Phänomen, durch die tatsächlichen Effekte und die Teilnehmerentwicklung eigentliche Zielsetzungen und damit verbundene Hoffnungen auf langfristige Kosteneinsparungen durch Primärprävention zu verfehlen, gleichzeitig aber zeitnahe Veränderungen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen über die eigenen Erwartungen hinaus zu erzielen, wurde in einer eigenen Teilnehmerbefragung näher untersucht (Kap. 7). Hier zeigte sich, daß einerseits der mit 80 Prozent überaus hohe Anteil an TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden, sowie andererseits die häufig geäußerte Suche nach Alternativen zu medizinischen Behandlungsformen als Teilnahmemotivation (49 Prozent), maßgebliche Einflußfaktoren auch im Hinblick auf die erzielten Ergebnisse bildeten. Die deutliche Senkung der zuvor genannten Beschwerden durch den Kursbesuch (78 Prozent), aber auch der Hinzugewinn an Sicherheit im Umgang mit der Gesundheit (76 Prozent) können als Bedingungsfaktoren dafür genannt werden, daß schließlich auch eine deutliche Reduzierung der zukünftigen Inanspruchnahme zuvor stark frequentierter medizinischer Leistungen, insbesondere in den Bereichen ‘Arzneimittelkonsum’ sowie ‘Facharztbesuche’ (jeweils rund 27 Prozent) durch die Befragten angestrebt wurde.

Zwei wesentliche Schlußfolgerungen können aus diesen Ergebnissen gezogen werden. Einerseits bestätigte sich der hohe Anteil an TeilnehmerInnen mit gesundheitlichen Beschwerden, sowie die insgesamt deutliche Besserung dieser Beschwerden durch die Kursteilnahme. Dies beschreibt die tertiärpräventive bzw. rehabilitative Bedeutung der Gesundheitskurse. Andererseits ist diese Wirkung aber nicht allein auf rein physische Gesundheitsverbesserungen zurückzuführen. Als wesentlicher Effekt ist dabei auch das gestiegene Bewußtsein, bzw. der Hinzugewinn an Sicherheit im Umgang mit der Gesundheit und mit gesundheitlichen Versorgungsleistung zu nennen. Insofern ist neben der tertiärpräventiven Bedeutung auch eine sekundäre Bedeutung als Verbraucherberatung zu konstatieren, deren Ausmaß allerdings im Rahmen der Untersuchung nicht genauer ermittelt werden konnte.

Die tertiärpräventive Bedeutung von Gesundheitskursen, sowie auch deren Bedeutung als Verbraucherberatung in Gesundheitsfragen, können als zwei wesentliche Ergebnisse hinsichtlich der Frage nach integrativen Aspekten der Gesundheitsförderungspraxis durch Krankenkassen herausgehoben werden. Die Tatsache, daß diese Aspekte in den Konzeptionen und Zielsetzungen der Kassen in den vergangenen Jahren zumeist nicht auftauchten, läßt jedoch die Potentiale für die Zukunft erahnen, wenn die dargestellten Gesundheitskursangebote konzeptionell in die aufgezeigten Richtungen, Kompetenzförderung in Fragen des Umgangs mit gesundheitlichen Beschwerden und mit medizinischen Versorgungsleistungen, sowie auch kollektive Wahrnehmung der von den Versicherten artikulierten Bedürfnisse, weiterentwickelt würden.