

Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen – dargestellt am Beispiel einer Ortskrankenkasse

G. Ollenschläger, A. Denecke

Medizinische Fakultät der Universität zu Köln, Bundesärztekammer, Köln

Prevention and Health Promotion as a Task to be Performed by the German Statutory Health Insurance Bodies as Exemplified by a Local German Health Insurance Bureau ("Ortskrankenkasse")

Zusammenfassung

The German statutory health insurance bodies are legally obliged to support health promotion of the assured, as stipulated by German social legislation since 1988. An analysis was performed covering a period of 5 years (1986–1990) in respect of all health-promoting and preventive measures carried out by a local so-called "Allgemeine Ortskrankenkasse (= AOK)" looking after 170 000 insured persons, to find out the impact of the new legislation on the practice of that particular local insurance body. During the period under report no changes in activities were recorded that would be worth mentioning. Although expenditure for prevention rose by 50 %, it was nevertheless impossible to administer preventive measures to all the insured persons throughout the area since the total amount reserved for this purpose was only 0.42 % of the overall expenditure. A major portion of the documented measures such as consultation on foods, health-promoting sports, getting rid of the smoking habit, social counselling, anti-stress training courses and the like were not performed for primary prevention but on subjects who were already sick (diabetics, cardiovascular patients, patients suffering from diseases of the locomotor apparatus). Definite statements on the quality or success of the measures were possible in selected cases only. The results of the study prompted organisational improvements in that particular insurance body. Since their financial resources are limited, these bodies should shift the emphasis of their expert possibilities in prevention to on-target care of high-risk groups and to the training of multipliers.

Durch das Sozialgesetzbuch V sind die gesetzlichen Krankenkassen seit 1988 angewiesen, zur Gesundheitsförderung ihrer Versicherten beizutragen. Mit Hilfe einer Analyse aller über einen Zeitraum von 5 Jahren (1986–1990) durchgeführten gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen einer Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) mit einer Mitgliederzahl von ca. 170 000 Versicherten wurde untersucht, wie sich dieses Gesetz auf die praktische Arbeit einer gesetzlichen Krankenkasse ausgewirkt hatte. Im Beobachtungszeitraum änderten sich die Aktivitäten der AOK nicht nennenswert. Zwar stiegen die Ausgaben für Prävention um 50 %. Eine flächendeckende präventive Versorgung aller Versicherten war aber mit einem Gesamtetat von zuletzt insgesamt 0,42 % aller Ausgaben unmöglich. Ein Großteil der dokumentierten Maßnahmen (Ernährungsberatung, Gesundheitssport, Raucherentwöhnung, Soziale Beratung, Anti-Stresskurse) wurde nicht mit dem Ziel der Primärprävention, sondern bei bereits Kranken (Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krankheiten des Bewegungsapparates) durchgeführt. Aussagen über die Qualität oder die Erfolge der Maßnahmen waren nur in einzelnen ausgewählten Fällen möglich. Die Ergebnisse der Untersuchung waren Anlaß zu einer Organisationsverbesserung in der analysierten AOK. Aufgrund der begrenzten finanziellen Möglichkeiten sollten die Ortskrankenkassen ihre fachlichen Möglichkeiten auf dem Gebiet der Prävention auf die gezielte Betreuung von Risikogruppen und das Training von Multiplikatoren verlagern.

Key words

Health promotion measures – Organisation and administration of health promotion – Quality assurance – Programme development – Health care costs – Health insurance

Einleitung

Steigende Kosten im Gesundheitswesen und die teilweise begrenzten Erfolge kurativer Maßnahmen in der Bekämpfung der bedeutendsten Gesundheitsprobleme unserer Gesellschaft begründen das Interesse an alternativen Handlungsansätzen. In der gegenwärtigen gesundheitspolitischen Diskussion wird dabei der Prävention und Gesundheitsförderung ein zunehmender Stellenwert eingeräumt. In diesem Zusammenhang wurden die Krankenkassen gesetzlich beauftragt, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsvorsorge ihrer Versicherten zu ergreifen. Aufgrund des großen Spielraumes, den das Sozialgesetzbuch V (SGB V) vom 20. 12. 1988 den Krankenkassen in diesen Bereichen eröffnet hat, bestand die Hoffnung, daß sich dadurch die präventive Versorgung der Bevölkerung verbessern würde. Da sich diese Vorstellung bisher nicht erfüllt hat, erschien die Frage berechtigt, ob die Vorgaben des SGB V überhaupt in die konkrete Arbeit der gesetzlichen Krankenkassen eingeflossen sind. Um hierauf eine Antwort zu finden, wurden die gesundheitsfördernden Maßnahmen, welche von einer Allgemeinen Ortskrankenkasse im Verlauf von 5 Jahren durchgeführt worden waren, analysiert. Insbesondere wurde überprüft, ob sich die präventiven Angebote in den Jahren vor und nach dem Inkrafttreten des SGB V voneinander unterschieden hatten.

Methodik

Ziel der Untersuchung war es, mit einer retrospektiven Analyse die finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen, den Interventionsansatz, die Methoden der Durchführung, die fachlich wissenschaftlichen Inhalte und die Akzeptanz der Angebote sowie die Effektivität und Effizienz der gesundheitsfördernden Maßnahmen einer großen Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) zu beurteilen. Zu diesem Zweck erfaßte einer der Autoren (A.D.) im Rahmen eines Arbeitsvertrages bei der AOK mit einer Mitgliederzahl von ca. 170 000 Mitgliedern alle zur Beantwortung der Fragestellung notwendigen Daten aus internen Dokumentationen, Arbeitsprogrammen, Erfahrungs- und Geschäftsberichten, Jahresstatistiken, Informationsbroschüren, Medienpaketen der Gesundheitsabteilung dieser Kasse. Die Datenanalyse umfaßte die Jahre 1986 bis 1990 und wurde ergänzt durch eine teilstrukturierte Befragung von Mitarbeitern der Gesundheitsabteilung der AOK in Form eines offenen Experteninterviews. Neben Auskünften über die konkrete Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen, die persönlichen Erfahrungen und Einschätzungen der Experten konnten Erkenntnisse über Probleme und Defizite gesammelt werden, die nicht in schriftlicher Form dokumentiert worden waren.

Ergebnisse

Präventionsziele und -methoden

Die Präventionsziele und -methoden der AOK entsprachen grundsätzlich den im „Leitfaden Prävention“ festgelegten Rahmenbedingungen für gesundheitsfördernde Maßnahmen des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen (BdO). Das Präventionskonzept orientiert sich am Modell der Verhältnis- und Verhaltensprävention, wobei der Schwerpunkt der Maßnahmen der AOK im Bemühen lag, den persönlichen Lebensstil des Einzelnen zu beeinflussen. Die zur Umsetzung dieser Ziele vom BdO empfohlenen Vorgehensweisen sind: Unspezifische Motivation, Information, zielgruppenorientierte Motivation, Verhaltenstraining, Hilfe zur Selbsthilfe, Kooperation

mit anderen Anbietern gesundheitsfördernder Maßnahmen, spezielle Angebote zur Ergänzung regionaler Defizite (7). In der analysierten AOK wurden während des Beobachtungszeitraumes folgende Bereiche der Verhaltensintervention bearbeitet:

a) Ernährungsberatung

Einzelberatungen nach allgemeinen ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen. Gewichtsreduktionsprogramm „Pfund um Pfund“ des AOK-Landesverbandes Schleswig-Holstein (3). „Wir-machen-weiter-Kurs“ zur Stabilisierung der Gewichtsreduktion ohne schriftliches Konzept. Beratungskurse für Typ-II-Diabetiker nach hauseigenem Kursmanual unter Berücksichtigung von (10). Vollwertkost-Kurs nach hauseigenem Manual auf der Grundlage der Aussagen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung. Kurs zur Ernährung bei erhöhten Fettwerten ohne schriftlich fixiertes Konzept unter Berücksichtigung von Informationsbroschüren und Folien des Margarine-Instituts (12).

b) Gesundheitssport

Sportangebote nach allgemeinen sportmedizinischen Grundsätzen (Kursdauer 10–15 Wochen, einmal wöchentlich).

c) Sozialer Dienst

Einzelberatungen bei folgenden Problemen: Suchtkranke, Eßstörungen, psychosomatische Erkrankungen, psychische Erkrankungen, Krebskranke, Herz-Kreislauf-Kranke, AIDS, körperliche Behinderungen, geistige Behinderungen, soziale Probleme.

d) Raucherentwöhnung

Individuelle Raucherberatung. Kurs „Nichtraucher in 10 Wochen“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (5,6), „Sofort-Aufhör-Kurs“ der AOK für den Kreis Mettmann (2).

e) Antistress-Kurs

Gruppenangebot „Erholen vom Stress“ des Instituts für Erwachsenenbildung und Kommunikationsforschung, Würzburg (18).

Zielgruppen

Effiziente Gesundheitsförderung erfordert neben fachlich und methodisch qualifizierten Angeboten auch zielgruppenspezifische Ansprache. Zielgruppen der gesundheitsfördernden Maßnahmen der AOK waren vorwiegend die eigenen Versicherten und darunter insbesondere die in Tab. 1 aufgeführten. Die Auswahl der Zielgruppen erfolgte dabei nach den Kriterien Kostendämpfung, Imagepflege, Mitgliedererhalt und Mitgliederwerbung.

Dabei betrafen die Interventionsansätze – Tab. 2 – (noch) Gesunde (Kinder, Jugendliche), gesundheitlich stark Gefährdete (Versicherte mit mehreren Risikofaktoren) oder bereits chronisch Kranke (z.B. Diabetiker). Zu diesem Zweck wurden im Beobachtungszeitraum die in Tab. 3 zusammengefaßten Maßnahmen angeboten.

Tab. 1 Zielgruppen und intendierter Nutzen der präventiven Maßnahmen der analysierten AOK.

Kriterium/ Zielgruppe	Kosten- dämpfung	Image- pflege	Mitglieder- erhalt	Mitglieder- zugewinn
Kinder/Schüler	X	X		X
20–35jährige	X	X	X	X
Risikogruppen	X			
Arbeitnehmer	X	X	X	X
Senioren	X			

Tab. 2 Die zielgruppenorientierten Interventionsansätze der analysierten AOK.

Zielgruppe	Konzept	Methode
Gesunde	Motivation und Anleitung zur Gesunderhaltung	1. Informationsmedien 2. gesundheitsbezogene Werbemaßnahmen
Risiko- gruppen	Individual- prävention	1. indiv. Gesundheitsberatung 2. Gruppenkurse
chronisch Kranke/ Arbeits- unfähige	Rehabilitation (Tertiärpräv.) soziale Hilfen	1. Hilfe zur Selbsthilfe 2. Unterstützung von Selbsthilfegruppen 3. Kur-, Kurvor- und -nachsorge 4. Sach- und Geldleistung

Tab. 3 Gesundheitsfördernde Maßnahmen der analysierten AOK 1986–1990.

I. Individualberatungen	
Umsetzung von Diätverordnungen	
Ernährung und Bewegung bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen	
Ernährung bei Diabetes mellitus	
Ernährung bei Fettstoffwechselstörungen	
Raucherentwöhnung	
Streßbewältigung	
Beratung pflegender Angehöriger	
II. Gruppenkurse	
Vollwerternährung	
Ernährung bei Diabetes mellitus	
Ernährung bei Fettstoffwechselstörungen	
gesundes Abnehmen	
Kombinationskurs Ernährung und Bewegung bei Übergewicht	
Gesprächskreis für Eßgestörte	
Bewegung bei Übergewicht	Gymnastik für Untrainierte
Wirbelsäulengymnastik	Stretching
Gymnastik mit Musik	Seniorengymnastik
Seniorentanz	Wassergymnastik
Skigymnastik	Lauftraining
autogenes Training	Yoga
Anti-Streßkurse	Raucherentwöhnung
III. Öffentliche Veranstaltungen	
Ausstellungen	Vortragsveranstaltungen
Spielfeste	Aktivitäten in Schulen
Gesundheitstage in Betrieben	
Unterstützung von Selbsthilfegruppen	
Unterstützung des Jugendzahnärztlichen Dienstes	
IV. Multiplikatoren-Schulungen	
Lehrer	Eltern
Erzieher	Altenpfleger
Familienpfleger	Kantinenleiter

Tab. 4 Altersstruktur der Teilnehmer an präventiven Maßnahmen der analysierten AOK 1986–1990 (in % von gesamt/Mediane, Bereiche).

Angebot	Alter (in Jahren)			
	< 10	11–20	21–50	> 50
Ernährungs- beratung (1986–1990)	1,0 (0,6–1,2)	5,4 (3,0–6,6)	50,2 (47,5–53,5)	43,5 (40,0–48,4)
Gesundheits- sport (1988–1990)	–	–	52,0 (49,0–54,0)	48,0 (46,0–51,0)
Raucher- entwöhnung (1986–1989)	–	2,0 (1,0–3,2)	80,0 (75,6–84,4)	18,0 (12,4–22,2)

Nutzer der gesundheitsfördernden Maßnahmen der analysierten AOK

Die Altersstruktur der Teilnehmer an ausgewählten präventiven Maßnahmen der analysierten AOK (Tab. 4) – mit einem hohen Anteil von Versicherten über 50 Jahren – läßt den Schluß zu, daß ein Großteil der Angebote von Patienten mit manifestem Krankheitsrisiko bzw. von bereits Kranken genutzt wurde.

Bez. der Geschlechtsverteilung wurde die Ernährungsberatung in ca. 88 % der Fälle von Frauen genutzt, der Gesundheitssport in 80 %, die Nichtraucherkurse in 57 %, der soziale Dienst in ca. 50 % der Fälle. Die Geschlechtsverteilung der Antistress-Kurse war nicht dokumentiert worden.

Die Einzelberatungen der analysierten AOK betrafen im Beobachtungszeitraum vorrangig die Bereiche

- Blutdruckkontrolle, Gewichtskontrolle und allgemeine Beratung mit einer Frequenz zwischen ca. 7600 und 15 000 Beratungen;
- Ernährung mit ca. 2000 bis 2500 Beratungen;
- soziale Beratungen mit einer Frequenz von ca. 1100 bis 1900.

Aus den Angaben zu den Einzelberatungen (Tab. 5) kann – im Gegensatz zu den Gruppenberatungen (Tab. 6) – nicht auf die absolute Menge der Nutzer geschlossen werden, da die Zahlen der Wiederholer nicht getrennt dokumentiert wurden.

a) Nutzer der Ernährungsberatung

Die Grunderkrankungen der Teilnehmer an Ernährungsberatungen waren im Beobachtungszeitraum nicht systematisch dokumentiert worden.

b) Nutzer des Gesundheitsreports

Die Teilnehmer an den Bewegungskursen litten im Beobachtungszeitraum zu 38–54 % an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, zu 78–86 % an Beschwerden des Bewegungsapparates und zu 5–12 % an Stoffwechselstörungen.

Tab. 5 Frequentierungszahlen der Einzelberatungen (angegeben sind Betreuungsstunden, nicht Personenzahlen) der analysierten AOK.

	1986	1987	1988	1989	1990
Ernährung	2 204	1 929	2 278	2 594	2 115
RR-Kontrolle, Gewichtskontroll., allgem. Beratung	10 536	7 624	8 954	10 295	9 868
soziale Beratung	1 127	1 571	1 900	1 725	1 603
gesamt	13 867	11 126	13 132	14 614	13 586

Tab. 6 Anzahl und Teilnehmer der gesundheitsfördernden Kurse der analysierten AOK.

Kurs	1986	1987	1988	1989	1990
Ernährung					
- Kurse	58	63	63	52	29
- Teilnehmer	800	792	852	732	403
Sport/Bewegung					
- Kurse	-	16	36	37	54
- Teilnehmer	-	181	549	554	729
Nichtraucher					
- Kurse	24	31	29	27	26
- Teilnehmer	270	314	309	275	314
Anti-Streß					
- Kurse	-	-	8	10	10
- Teilnehmer	-	-	90	113	104
gesamt					
- Kurse	82	110	136	126	119
- Teilnehmer	1 070	1 287	1 800	1 674	1 486

Tab. 7 Ausgaben der analysierten AOK für gesundheitsfördernde Maßnahmen in den Jahren 1986–1990 im Vergleich zum Gesamthaushalt.

	Ges.- Haushalt	Gesundhf.- Maßnahmen	% des Gesamt- haushaltes
1986	624,6	2,779 (1,758)	0,44 (0,28)
1987	632,8	2,853 (1,782)	0,45 (0,28)
1988	659,2	3,362 (2,319)	0,51 (0,35)
1989	652,5	4,073 (2,637)	0,62 (0,40)
1990	666,6	4,280 (2,767)	0,64 (0,42)

Angaben der mittleren Spalten in Millionen. Angaben in der Klammer: Kosten für gesundheitsfördernde Maßnahmen *ohne* Mitgliederzeitschrift.

c) *Nutzer des sozialen Dienstes* waren im Beobachtungszeitraum: Suchtkranke (im Beobachtungszeitraum 20–30 % der Klienten des sozialen Dienstes), Eßstörungen (0–4 %), psychosomatische Erkrankungen (13–21 %), psychische Erkrankungen (9–22 %), Krebskranke (7–11 %), Herz-Kreislauf-Kranke (5–10 %), AIDS (0–1 %), körperliche Behinderungen (11–24 %), geistige Behinderungen (0–1 %), soziale Probleme (7–15 %). Maßnahmen zur Suchtprävention wurden nur punktuell vorgenommen.

Die Beratungsfrequenzen aller Einzel- und Gruppenberatungen zeigen keine Beziehung zum Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches V. Im Beobachtungszeitraum nahmen

Tab. 8 Qualifikationen der Beratungskräfte der analysierten AOK.

Tätigkeit	Qualifikationen
Ernährungsberatung	6 Diätassistentinnen mit Weiterbildung zur Diätküchenleiterin (DKL), davon zwei zusätzlich Weiterbildung zur Ernährungsmedizin. Beraterin (EMB-DGE) 5 Sachbearbeiterinnen (Arztthelferinnen)
Gesundheits-sport	4 (1987: 2) angestellte Diplom-sportlehrer 13 (1988: 6) Honorarkräfte (Dipl.-Sportlehrer und Sportstudenten mit Vordiplom, 1 Dipl.-Psychologe, 1 Yoga-Lehrer) 1 Sachbearbeiterin
Sozialer Dienst	8 Diplom-Sozialarbeiter
Raucher-entwöhnung	3 geschulte Verwaltungsangestellte (Ausbildung und Begleitung nach dem Konzept der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) auf Honorarbasis
Anti-Streß-Kurse	1 geschulter Verwaltungsangestellter (Training nach <i>Scharrer</i>) auf Honorarbasis

die Ernährungsberatungen in Gruppen zugunsten der Sportgruppen deutlich ab.

Kosten der gesundheitsfördernden Maßnahmen der analysierten AOK

Die Ausgaben für gesundheitsfördernde Maßnahmen stiegen über den gesamten Beobachtungsverlauf gesehen zwar um 50 % an, lagen aber insgesamt – gemessen an den Gesamtausgaben – deutlich unter 1 %. In den offiziellen Statistiken wurden Mitgliederzeitschriften auch zu gesundheitsfördernden Maßnahmen gezählt. Da diese Medien nach Auffassung der Autoren aber eher Marketingstrategien zum Ziel haben, werden sie in Tab. 7 separat aufgeführt. Es bestanden keine Beziehungen zwischen Kosten und Zeitpunkt des Inkrafttretens des Sozialgesetzbuches V.

Organisation und Vermittler der gesundheitsfördernden Angebote der analysierten AOK

Die Organisation und Vermittlung gesundheitsfördernder Maßnahmen fielen bei der analysierten AOK in den Aufgabenbereich einer „Gesundheitsabteilung“ mit den Fachbereichen Ernährungsberatung, Gesundheitssport, Sozialer Dienst, Rehabilitation/Kuren. Neben diesen etablierten Verwaltungseinheiten wurden zum Zeitpunkt der Analyse Maßnahmen zur Raucherentwöhnung, zur Streßbewältigung und zur Kariesprophylaxe ohne festen Personalstamm durch Kurse auf Honorarbasis angeboten. Die Qualifikationen der Beratungskräfte sind in Tab. 8 zusammengestellt.

Kooperationspartner

a) Niedergelassene Ärzte

Eine vertraglich vereinbarte Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten bestand während des Beobachtungszeitraums nicht. Eine Rahmenvereinbarung über die Zu-

sammenarbeit auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung zwischen der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und dem AOK-Landesverband trat erst 1991 in Kraft. Über die Beziehungen zu den Ärzten der von der AOK betreuten Versicherten lagen keine dokumentierten Angaben vor.

b) Andere Kooperationspartner

Die Fachbereiche Ernährungsberatung, Gesundheitssport, Soziale Dienste pflegten intensive Kooperationen auf individueller Basis mit zahlreichen regionalen und überregionalen Spezialisten und Fachinstitutionen u. a.: Selbsthilfegruppe (Deutscher Diabetikerbund, Herzhilfe, Allergiker- und Asthmatikerbund), Diabetesschulungsteams und Diätassistentinnen verschiedener Krankenhäuser, städtisches Gesundheitsamt, Sportvereine, Sport- und Bäderamt, konfessionelle Gruppen, AOK-Verbände, Volkshochschule, Schulamt, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Deutsche Herzstiftung, Institut für Therapieforschung München, Deutsche Sporthochschule, psychosoziale Arbeitsgemeinschaften Sucht – Erwachsenenpsychiatrie – AIDS, Arbeitskreis Schuldnerberatung.

Erfolgskontrollen

Die Erfolgskontrollen wurden je nach Fachbereich sehr unterschiedlich durchgeführt:

a) *Ernährungsberatung*: So wurden im Fachbereich Ernährungsberatung keine verwertbaren Effektivitätsparameter (Gewichts-, Blutdruckverläufe, Ernährungsverhalten) dokumentiert. Kriterien des Erfolges waren die subjektiven Einschätzungen der Diätassistentinnen sowie die Menge der Beratungsstunden.

b) *Gesundheitssport*: Nach Kursabschluß wurden von den Kursteilnehmern Abschlußfragebogen zur Bewertung der Kurse auf freiwilliger Basis ausgefüllt. Die Rücklaufquote lag durchschnittlich bei 20%. Informationen über die Anzahl der Teilnehmer, die nach Kursanschluß weiterhin sportlich aktiv blieben, lagen nicht vor.

c) *Sozialer Dienst*: Als Erfolgskriterium wurde von den Sozialarbeitern die Anzahl der mit Erfolg betreuten Fälle (z. B. erfolgreiche Motivation zur Inanspruchnahme einer Entwöhnungstherapie) seit 1989 dokumentiert. Die Einschätzung der positiven Veränderungen unterlagen dabei der subjektiven Einschätzung sowohl der Betreuer als auch der Klienten. Für 1989 wurde eine Erfolgsrate von 58,9% angegeben, für 1990 von 46,9%.

d) *Raucherentwöhnung*: Als Effektivitätskontrolle wurden die Absprungrate während des Kurses sowie das Raucherverhalten während und sofort nach Beendigung des Entwöhnungskurses dokumentiert. Die Absprungrate lag im Beobachtungszeitraum bei 26–33%, die Nichtraucherquote nach vollständiger Teilnahme bei 42–49%. Daten über Langzeiterfolge lagen nicht vor.

e) *Antistress-Kurs*: Als Erfolgskontrollen wurden von den Kursleitern Erregbarkeitstests mittels eines Biometers bei Kursbeginn und nach Kursende durchgeführt. Die Ent-

spannungsfähigkeit stieg von ca. 25% der Teilnehmer zu Beginn auf ca. 75% am Ende an.

Beurteilung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses

Im Laufe der Datenerfassung wurde offensichtlich, daß eine globale Analyse des Kosten-Nutzen-Verhältnisses der gesundheitsfördernden Maßnahmen nicht möglich war. Zu diesem Zweck hätten zu Krankheitsindikatoren mit Interventionsparametern präventiver Maßnahmen der Betreuten in Verbindung gesetzt werden müssen.

Dies scheiterte vorrangig an folgenden Problemen: (1) Fehlen einer modernen, EDV-gestützten Dokumentationsmöglichkeit in der Gesundheitsabteilung. (2) Unregelmäßige Erfassung von Begleiterkrankungen, Medikamenten und Blutparametern sowie von Gewichts- und Blutdruckverläufen während der Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen. (3) Fehlen des Datenaustauschs über Krankheitsindikatoren (z. B. Arztbesuche, Medikamentenverbrauch, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Klinikaufenthalte) zwischen Leistungsabteilung und Gesundheitsabteilung, (4) Fehlen der personenbezogenen Daten von Teilnehmern an Präventionsangeboten der AOK, die bei anderen Krankenkassen versichert waren.

Beurteilungen des Interventionserfolges oder gar der Kosten-Nutzen-Beziehung der gesundheitsfördernden Maßnahmen waren deshalb für einen Zeitraum von 5 Jahren nicht möglich.

Diskussion

Trotz ihrer wissenschaftlich belegten Erfolge haben präventive Maßnahmen derzeit im Gesundheitssystem eine zu geringe Bedeutung. Folgende Faktoren werden hierfür vorrangig verantwortlich gemacht:

1. Der geringe Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention in der Gesellschaft und damit in der Politik, im Gesundheitssystem, in der Wissenschaft und bei medizinischen Laien.
2. Die unzureichende Qualifikation der Gesundheitsberufe auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention.
3. Die ungenügende Finanzierung bzw. Honorierung von Maßnahmen, die auf Prävention ausgerichtet sind (16).

Um die präventive Versorgung der Bevölkerung zu verbessern, wurde durch das Sozialgesetzbuch V (SGB V) vom 20. 12. 1988 Gesundheitsförderung zur wesentlichen Aufgabe der Krankenkassen. So ist in § 20 SGB V festgelegt, daß die Krankenkassen ihre Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdungen und über die Verhütung von Krankheiten aufzuklären und darüber zu beraten haben, wie Gefährdungen vermieden und Krankheiten verhütet werden können. Sie sollen den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden nachgehen und auf ihre Beseitigung hinwirken. Die Krankenkassen sollen bei der Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und kompetenten Ärzten sowie mit den Gesundheitsämtern und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zusammenarbeiten.

Vor diesem Hintergrund sollte die vorliegende Arbeit einen Beitrag zur Beantwortung der Frage leisten, ob die Auflagen des SGB V kurzfristig in die Versichertenbetreuung der gesetzlichen Krankenkassen umgesetzt werden konnte. Zu diesem Zweck wurde die Arbeit einer großen Ortskrankenkasse (Mitgliederzahl: ca. 170 000) auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung analysiert. Die beschriebene AOK wurde deshalb ausgewählt, weil sie schon vor Inkrafttreten des SGB V mit anderen Anbietern präventiver Maßnahmen (z.B. Sportamt, Hochschulen, Kliniken) langfristig und eng kooperiert hatte. Es war deshalb zu vermuten, daß die Voraussetzungen für die Umsetzung der Vorgaben des SGB V hier sowohl organisatorisch als auch finanziell besonders günstig seien. Interessant war weiterhin die Frage, ob und in welcher Weise das SGB V die gesundheitsfördernden Aktivitäten der AOK stimulierten.

Die finanziellen Rahmenbedingungen

Zu unserem Erstaunen ergab unsere Analyse der gesundheitsfördernden Maßnahmen der AOK, daß dieser Bereich mit einem Anteil von zuletzt 4,3 Mio. DM (bzw. – wenn man die Hauszeitschrift eher als Marketingmedium denn als eine Maßnahme zur Gesundheitsförderung ansieht – mit 2,8 Mio. DM) gemessen an den Gesamtausgaben von 666 Mio. DM im Jahr 1990, nur von untergeordneter Bedeutung war. Trotz steigender Tendenz von 1986 bis 1990 (allerdings zeitlich unbeeinflusst durch das SGB V) gab die analysierte AOK zuletzt im Jahr 1990 lediglich rd. 0,42 % ihrer Gesamtausgaben für präventive Maßnahmen aus.

Damit bestätigte sich das von verschiedenen Autoren kritisierte zurückhaltende finanzielle Engagement der Krankenkassen im präventiven Bereich. So waren bei der AOK Mettmann 1989 nur 0,5 % ihrer Gesamtausgaben der Prävention im engeren Sinne zuzuordnen (14). Insgesamt scheinen die finanziellen Ausgaben der Krankenkassen für präventive Maßnahmen zum Zeitpunkt der Untersuchung weit unter 1 % ihres Etats gelegen zu haben (21). Nach *Lenhard* bezifferte sich der Anteil, der für die eigentlich gesundheitsfördernden (primärpräventiven) Leistungen ausgegeben wurden auf lediglich 0,16 % (11).

Dies ist insbesondere deshalb von Bedeutung, weil der Erfolg gesundheitsfördernder Maßnahmen von finanziellen Investitionen abhängt (13, 14, 19). *Münnich* (1989) fordert von dem, der Prävention will, „daß er dazu steht, daß sie auch etwas kostet und daß gesundheitspolitische Überlegungen den Vorrang vor ökonomischen Aspekten haben sollten“ (13). Demgegenüber steht die durch die aktuellen gesetzlichen Änderungen im Gesundheitssystem verschärfte Konkurrenz- und Wettbewerbssituation unter den einzelnen Krankenkassen. *Nowak* (1990) sieht darin die Gefahr, daß die Gesundheitsförderung auf „symbolische Politik“ reduziert und eine reale Verbesserung nicht erreicht wird (14). *Rosenbrock* (1985) sieht in den teilweise kollidierenden Interessen der unterschiedlichen Akteure in der Organisation der Krankenkassen (Unternehmerseite, Versichertenseite, Krankenkassen-Management) mit die Hauptgründe für den geringen Stellenwert. Prävention sei nur ein Anliegen unter vielen und bei weitem nicht das dominante. Innerhalb der Selbstverwaltung gebe es keinen Präventionsanwalt der „dieses Ziel aufgrund seiner eigenen Interessenlage dauerhaft so hoch besetzt oder besetzen könne, daß daraus ein für das Kassengeschehen dominanter Problemdruck entsteht“ (17).

Für die einzelnen Krankenkassen kommt erschwerend hinzu, daß bisher keine konkreten Berechnungen darüber vorliegen, welche Beträge aufgewendet werden müßten, um die Gesundheit der Versicherten positiv zu beeinflussen, ohne dabei andere Aufgaben entscheidend zu vernachlässigen.

Der Interventionsansatz zur Gesundheitsförderung der analysierten AOK

Die wesentliche konzeptionelle Grundlage der präventiven Maßnahmen der untersuchten AOK bildete im Beobachtungszeitraum das Risikofaktorenkonzept mit dem Versuch, das Verhalten der Versicherten (bez. Ernährung, Bewegung, Rauchen, Streß) zu beeinflussen. Dabei waren die begrenzten Erfolge eines ausschließlich am individuellen „Fehlverhalten“ orientierten Präventionskonzeptes im Bereich der Ortskrankenkassen durchaus bekannt (7). Gleichwohl war man seinerzeit offensichtlich der Auffassung, daß die notwendige Verhältnisprävention nicht zur Aufgabe der Ortskrankenkassen gehörte.

Innerhalb der Angebote der analysierten AOK lassen sich entsprechend der Zielsetzung und Zielgruppen zwei Kategorien präventiver Angebote unterscheiden:

- massenmediale Maßnahmen, die sich ungezielt an die Bevölkerung richten (Ausstellungen, Stadtteilstellen etc.) sowie
- eine Vielzahl von Kursen und Einzelberatungen.

Bei den bevölkerungsbezogenen Aktivitäten dominierten unter inhaltlichen Gesichtspunkten eher gesundheitsaufklärerische Aspekte, deren Nutzen eher gering eingeschätzt wird (1, 9). Dies deckt sich auch mit den Aussagen eines Arbeitspapiers des Landesverbandes Rheinland der AOK, nach denen „das Thema Gesundheitsförderung insbesondere ein PR-Thema ist, das mit einem entsprechenden Aufwand systematisch, im Sinne einer Corporate Identity für alle Allgemeinen Ortskrankenkassen mit langem Atem genutzt werden sollte“ (3).

Ein wesentlicher Teil der individuenbezogenen Angebote richtete sich an Personen mit Risikofaktoren und an Kranke, z. B. Diabetiker, Hypertoniker, Patienten Erkrankungen des Bewegungsapparates und Herz-Kreislauf-Kranke.

Dabei standen Maßnahmen der Verhaltensintervention auf der Basis von Einzelberatungen im Vordergrund. Neben der Tatsache, daß der alleinigen Verhaltensintervention nur begrenzte Erfolge eingeräumt werden (20), war das Konzept von vorneherein auf geringe Teilnehmerzahlen ausgerichtet und konnte somit eine kontinuierliche, umfassende präventive Betreuung aller ca. 170 000 Versicherten der analysierten AOK nicht leisten. So wurden z. B. in den verhaltensorientierten Gruppenkursen jährlich nur rd. 1500 Versicherte betreut. Die übrigen Kontakte entfielen in den Bereich Blutdruckmessung, Gewichtskontrolle und allgemeine Beratung. Männer und jüngere Versicherte waren deutlich unterrepräsentiert. Gesundheitsfördernde Maßnahmen für die Arbeitswelt wurden nur sporadisch angeboten.

Darüber hinaus entsprach ein Großteil der Angebote nicht dem im § 20 SGB V formulierten Auftrag zur Gesundheitsförderung bzw. Primärprävention. Vielmehr handelte es sich (insbesondere in den Fachgebieten Ernährung und

Gesundheitssport) zum großen Teil um Maßnahmen der Sekundär- und Tertiärprävention bzw. Kuration.

Qualität der gesundheitsfördernden Angebote

Bez. der Qualität angebotenen Maßnahmen war keine konkrete Beurteilung möglich. Einerseits waren nur in wenigen Bereichen wissenschaftlich fundierte Programme verwandt worden, andererseits nur unzulängliche (oder gar keine) Effektivitätskontrollen erfolgten. Allerdings entsprach die Qualifikation der Mitarbeiter durchweg den konsentierten Anforderungen an präventiv tätige Fachleute (8, 15).

Schlußfolgerung

Mit der vorliegenden Arbeit liegt erstmals eine systematische Untersuchung der präventiven und gesundheitsfördernden Angebote einer gesetzlichen Krankenkasse über den Zeitraum von 5 Jahren (3 Jahre vor und 2 Jahre nach Inkrafttreten des SGB V von 1988) vor. Während des Beobachtungszeitraumes hatten die Vorgaben des § 20 SGB V keinen offensichtlichen, d. h. an den dokumentierten Daten faßbaren Einfluß auf die Präventionsarbeit der analysierten Krankenkasse. Ein Großteil der Angebote wurde nicht im Rahmen der Primärprävention/Gesundheitsförderung durchgeführt, sondern waren nachweislich sekundär-/tertiärpräventive bzw. kurative Maßnahmen. Mit einem Etat von weniger als 0,5 % der Gesamtausgaben war eine flächendeckende präventive Betreuung aller Versicherten der analysierten AOK nicht möglich. Eine Beurteilung der Qualität bzw. Effektivität der präventiven Maßnahmen war anhand der dokumentierten Daten nicht möglich.

Aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Analyse führte die analysierte AOK nach Ende der Studie in ihrer Gesundheitsabteilung ein neues Dokumentationswesen ein. Der Geschäftsführung der AOK wurde vorgeschlagen, ihre finanziellen und fachlichen Möglichkeiten auf dem Gebiet der Prävention auf die gezielte Betreuung von Risikogruppen und das Training von Multiplikatoren zu verlagern.

Literatur

- 1 *Abt, H. G., O. Gieseke*: Perspektiven der Gesundheitsvorsorge am Beispiel des Kreises Mettmann. In: *Ferber, C. v., B. Badura* (Hrsg.): *Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselfhilfe*. Oldenbourg, München (1983) 95–117
- 2 AOK für den Kreis Mettmann (Hrsg.): *Sofort aktiv zum Nichtraucher – Konzept und Manual zum Sofort-Aufhör-Kurs*. AOK-Rheinland, Landesverband, Velbert 1986
- 3 AOK-Landesverband Rheinland: *Studie über die Bedeutung der Gesundheitsförderung durch die AOK*. Düsseldorf 1989
- 4 AOK-Landesverband Schleswig-Holstein (Hrsg.): *Pfund um Pfund – Ein Gruppentraining der AOK zum Schlankwerden*. AOK-Verlag, Bonn 1989
- 5 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Nichtraucher in 10 Wochen – Ein Trainingsprogramm*. Köln 1987
- 6 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Ja, ich werde Nichtraucher – Begleitheft für Kursleiter*. Köln 1988
- 7 *Eberle, G.*: Leitfaden Prävention des wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen. Asgard-Verlag, St. Augustin 1990
- 8 Ersatzkassenverbände (Hrsg.): *Gemeinsame Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände. Qualitätskriterien für Gesundheitsförderungsmaßnahmen nach § 20 Abs. 3 SGB V vom 14. 1. 1994*. Siegburg 1994
- 9 *Flatten, G.*: Ärztliche Gesundheitsberatung. *Z. Präventivmed. Gesundheitsförd.* 3 (1991) 25–27
- 10 *Jörgens, V., M. Größer, P. Kronsbein*: *Wie behandle ich meinen Diabetes?* Kirchheim-Verlag, Mainz 1992
- 11 *Lenhard, U.*: Primärprävention als Aufgabe der Krankenkassen. *Demokratisches Gesundheitswesen* 6 (1989) 20–22
- 12 *Margarine-Institut für gesunde Ernährung* (Hrsg.): *Foliensatz: Fett in der Nahrung*. Hamburg 1988
- 13 *Münnich, F. E.*: Wirtschaftliche Aspekte der Prävention. In: *Schaefer, H., H. Schipperges, G. Wagner* (Hrsg.): *Präventive Medizin*. Springer, Heidelberg (1987) 101–109
- 14 *Nowak, M.*: Gesundheitsförderung im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes – neue Perspektiven für Krankenkassen und Kommunen. *Öff. Gesundh.-Wes.* 52 (1990) 243–246
- 15 *Ollenschläger, G.*: Ärztliche Gesundheitsberatung – Möglichkeiten der Qualitätssicherung. *Prävention* 16 (1993) 100–102
- 16 *Ollenschläger, G., J. Engelbrecht*: Gesundheitsförderung und Prävention in der ärztlichen Weiter- und Fortbildung. *Prävention* 17 (1994) 24–27
- 17 *Rosenbrock, R.*: Re-Politisierung der Selbstverwaltung als Voraussetzung und Folge wirksamer Prävention durch Institutionen der GKV – Einige Ergebnisse aus dem Projekt BKK und Prävention. In: *Rosenbrock, R., F. Hauß*: *Krankenkassen und Prävention*. Edition Sigma Berlin (1985) 153–164
- 18 *Scharrer, J.*: Erholen vom Streß – Gesundheitstraining 1 – Trainingsheft. Institut für Erwachsenenbildung und Kommunikationsforschung. Würzburg 1992
- 19 *Schwartz, F. W.*: Chancen und Kostenfragen einer verstärkten Prävention in der Krankenversicherung. In: *Das Argument: Argument-Sonderband AS 178*. Argument-Verlag, Berlin (1988) 31–49
- 20 *Veskovi, G.*: Modelle einer primären Prävention. In: *Schaefer, H., H. Schipperges, G. Wagner* (Hrsg.): *Präventive Medizin*. Springer, Heidelberg (1987) 209–231
- 21 *Wiche, E.*: Zum Stand der Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen nach dem GRG. *Prävention* 13 (1990) 3–7

Priv.-Doz. Dr. Dr. med. G. Ollenschläger

Medizinische Fakultät der Universität zu Köln
c/o Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Str. 1
50931 Köln