

Prävention von Herz-Kreislaufkrankheiten in Zusammenarbeit zwischen Arzt und Krankenkassen - das Problem der Qualitätssicherung

Quality assurance of health promotion performed by sickness funds

von
Günter Ollenschläger und Arndt Denecke

Dezernat Fortbildung, Gesundheitsförderung und Arzneimittelwesen der Bundesärztekammer
(Leiter: PD.Dr.Dr.med.G.Ollenschläger)

Herrn Professor Dr.med. Werner Kaufmann, ehemaliger Direktor der Medizinischen Klinik II und Poliklinik der Universität zu Köln, gewidmet aus Anlaß der Vollendung des 70. Lebensjahres

Herz/Kreisl 1994; 26: 403-407

Für die Autoren:

Priv.-Doz. Dr.Dr.med. G.Ollenschläger
Medizinische Fakultät der Universität zu Köln
c/o Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Str. 1
50931 Köln

www.ollenschlaeger.net

Zusammenfassung:

Die veränderte Altersstruktur und das Fortschreiten chronischer Erkrankungen macht die stärkere Konzentration der ärztlichen Tätigkeit hin auf Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen einer effizienten Gesundheitsversorgung zu einer immer wichtigeren Aufgabe. Umfassende Prävention ist nur möglich, wenn die Bemühungen des Arztes ergänzt werden durch diejenigen weiterer Spezialisten. Aus diesem Grund wurde versucht, die Qualität der präventiven Maßnahmen einer Allgemeinen Ortskrankenkasse unter besonderer Berücksichtigung der Herz-Kreislauf-Risiken retrospektiv über einen Zeitraum von 5 Jahren zu erfassen, und zwar anhand folgender Kriterien: organisatorische Rahmenbedingungen, Kompetenz der Mitarbeiter, fachliche bzw. wissenschaftliche Grundlagen der präventiven Leistungen, Dokumentation des Erfolges. Im Beobachtungszeitraum war eine flächendeckende präventive Versorgung aller Versicherten bei einem Etat von ca. 0,42 % des Gesamt-Etats der AOK für Prävention unmöglich. Ein Großteil der Maßnahmen wurde nicht mit dem Ziel der Primärprävention, sondern bei bereits Kranken durchgeführt. Eine Beurteilung der Qualität bzw. Effektivität der präventiven Maßnahmen und der ärztlichen Kooperationspartner war anhand der dokumentierten Daten nicht möglich.

Abstract

Due to demographic changes and an increase in chronic diseases a stronger concentration of medical care on prevention and health promotion becomes a task of growing importance to ensure efficient health care.

Comprehensive prevention is possible, only if the efforts of the physician are accompanied by those of additional specialists. For this reason we have tried to record the quality of preventive measures of a general local sickness fund (AOK) with special consideration of cardiovascular risks over a period of 5 years in retrospect, using the following criteria: organizational basic conditions, staff competence, medical or scientific basis of preventive measures, documentation of success. During the survey period it was impossible to cover all insured persons with preventive care, as the budget amounted to only 0.42 % of the total budget of the AOK for prevention. A large part of the measures did not serve primary prevention but involved people already suffering from diseases. From the documented data it was impossible to assess the quality or efficiency of the preventive measures and of medical cooperation partners.

Schlüsselworte:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen - Prävention -
Qualitätssicherung im Gesundheitswesen - Krankenkassen

Key words

Prevention of Cardiovascular diseases
Quality assurance of health promotion
Prevention
Sickness funds

1. Einleitung

Die multifaktorielle Genese der Herz-Kreislauf-Erkrankungen macht ein vielschichtiges Vorgehen sowohl in Kuration als auch in Prävention notwendig. So lassen sich erwünschte Verhaltensänderungen von Menschen mit Herz-Kreislauf-Risiken - z. B. in den Handlungsfeldern Ernährung und Bewegung - dauerhaft oft nur dann erreichen, wenn die Beratung des Arztes durch qualifizierte Betreuung von seiten nichtärztlicher Spezialisten ergänzt wird (19). Dabei ist der Arzt gegenüber seinem Patienten für die Qualität einer von ihm veranlaßten präventiven oder kurativen Maßnahme verantwortlich. Er muß sich deshalb ein Bild von der Qualität der Arbeit seiner Kooperationspartner machen können. Dies ist in den letzten Jahren zunehmend schwieriger geworden, da Anbieter präventiver Maßnahmen diese verstärkt zu Marketingzwecken benutzen, und zwar möglicherweise auf Kosten der Qualität. Jedoch ist es Ziel qualifizierter Gesundheitsförderung, die Gesundheitschancen nachweislich zu verbessern sowie die Entstehung von Krankheiten zu beeinflussen bzw. zu verhindern. Aus diesem Grund müssen präventive Interventionen - ebenso wie kurative - einer Qualitätskontrolle standhalten. Zu diesem Zweck verabschiedeten die Ersatzkassen-Verbände im Januar 1994 Empfehlungen zur Qualitätssicherung für Gesundheitsförderungsmaßnahmen (8).

Ortskrankenkassen und Betriebskrankenkassen publizierten bereits vor Jahren Leitfäden für die inhaltlichen und methodischen Grundlagen ihrer Präventionsarbeit (4,7). Allerdings war bisher nicht systematisch untersucht worden, ob und inwieweit gesetzliche Krankenkassen bei ihrer Präventionsarbeit solche Qualitätskriterien berücksichtigen.

Zur Klärung dieser Frage wurden die Präventionsangebote einer großen Allgemeinen Ortskrankenkasse unter dem Aspekt der Qualität analysiert.

2. Methodik

In einer retrospektiven Analyse wurde versucht, für einen Zeitraum von 5 Jahren folgende Qualitätskriterien der von einer AOK (Mitgliederzahl: ca. 170.000 Mitgliedern) durchgeführten präventiven Maßnahmen zu erfassen und auszuwerten: die organisatorischen Rahmenbedingungen, die Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die fachlichen bzw. wissenschaftlichen Grundlagen der präventiven Leistungen, ihre Akzeptanz und Erfolg. Alle zur Beantwortung der Fragestellung notwendigen Daten wurden aus den internen Dokumentationen, Arbeitsprogrammen, Erfahrungs- und Geschäftsberichten, Jahresstatistiken, Informationsbroschüren, Medienpaketen der Gesundheitsabteilung dieser Kasse zusammengetragen. Die Datenanalyse 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.

3. Ergebnisse

3.1 Präventionsziele und -methoden

Die Präventions-Ziele und Methoden der untersuchten AOK entsprachen grundsätzlich den im "Leitfaden Prävention" festgelegten Rahmenbedingungen für gesundheitsfördernde Maßnahmen des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen (7). Das Präventionskonzept orientierte sich vorwiegend am Modell der Verhaltensprävention. Dabei wurden während des

Beobachtungszeitraumes folgende Bereiche der Verhaltensintervention bei Risiken bzw. Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems bearbeitet:

Ernährungsberatung: Einzelberatungen nach allgemeinen ernährungs-wissenschaftlichen 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).

Gesundheitssport: Sportangebote nach allgemeinen sportmedizinischen Grundsätzen (Kursdauer 10-15 Wochen, einmal wöchentlich).

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).

Antistress-Kurs: Gruppenangebot "Erholen vom Streß" des Instituts für Erwachsenenbildung und Kommunikationsforschung, Würzburg (16).

3.2 Nutzer der gesundheitsfördernden Maßnahmen der analysierten AOK

Aus der Altersstruktur der Nutzer der gesundheitsfördernden Maßnahmen (s. Tab. 1) ist abzuleiten, daß ein Großteil der Angebote nicht von Menschen mit einem Gesundheitsrisiko, sondern von bereits Kranken genutzt wurde.

Tab. 1: Altersstruktur der Teilnehmer an präventiven Maßnahmen der analysierten AOK 1986 bis 1990 (in % von Gesamt / Mediane, Bereiche)

Angebot	Alter			
	< 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

Bezüglich der Geschlechtsverteilung wurde die Ernährungsberatung in ca. 88 % der Fälle von Frauen genutzt, der Gesundheitssport in 80 %, die Nichtraucherurse in 57 %. Die Geschlechterverteilung der Anti-Streß-Kurse war nicht dokumentiert worden.

Die Einzelberatungen der analysierten AOK betrafen im Beobachtungszeitraum vorrangig die Bereiche

- Blutdruck-Kontrolle, Gewichts-Kontrolle und allgemeine Beratung mit einer Frequenz zwischen ca. 7600 und 15000 Beratungen;
- Ernährung mit ca. 2000 bis 2500 Beratungen.

Aus den Angaben zu den Einzelberatungen kann - im Gegensatz zu den Gruppenberatungen nicht auf die absolute Menge der Nutzer geschlossen werden, da die Zahlen der Wiederholer nicht getrennt dokumentiert wurden (s. Tab. 2).

Tab. 2: Frequentierungszahlen der Einzelberatungen und Gruppenberatungen

	1986	1987	1988	1989	1990
I. Einzelberatungen					
(angegeben sind Betreuungsstunden, nicht Personenzahlen)					
Ernährung	2204	1929	2278	2594	2115
RR-Kontrolle, Gewichts- Kontrolle	10536	7624	8954	10295	9868
II. Gruppenberatungen					
(Anzahl von Kursen und Teilnehmern)					
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

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

Nutzer des Gesundheitssports: Die Teilnehmer an den Bewegungskursen litten im Beobachtungszeitraum zu 38 bis 54 % an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, zu 78 bis 86 % an Beschwerden des Bewegungsapparates und zu 5 bis 12 % an Stoffwechselstörungen. Im Beobachtungszeitraum nahmen die Ernährungsberatungen in Gruppen zugunsten der Sportgruppen deutlich ab.

3.3 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 %.

Tab. 3: Ausgaben der analysierten AOK für gesundheitsfördernde Maßnahmen in den Jahren 1986-1990 im Vergleich zum Gesamthaushalt (in Millionen)

	Ges.Haushalt	Gesundhf. Maßnahmen	% des Gesamthaushalts
1986	624,6	2,779	0,44
1987	632,8	2,853	0,45
1988	659,2	3,362	0,51
1989	652,5	4,073	0,62
1990	666,6	4,280	0,64

3.4 Organisation und Vermittler der gesundheitsfördernder Angebote der analysierten AOK

Die Organisation und Vermittlung der analysierten präventiven Maßnahmen fielen in den Aufgabenbereich der Fachbereiche Ernährungsberatung, Gesundheitssport der "AOK-Gesundheitsabteilung". Neben diesen etablierten Verwaltungseinheiten wurden zum Zeitpunkt der Analyse Maßnahmen zur Raucherentwöhnung und zur Streßbewältigung ohne festen Personalstamm durch Kurse auf Honorarbasis angeboten. Die Qualifikationen der Beratungskräfte sind in Tab. 4 zusammengestellt.

Tab. 4: Qualifikationen der Beratungskräfte der analysierten AOK

Tätigkeit	Qualifikationen
Ernährungsberatung	6 Diätassistentinnen mit Weiterbildung zur Diätküchenleiterin (DKL), davon 2 zusätzlich Weiterbildung zur Ernährungsmedizin. Beraterin (EMB-DGE) 5 Sachbearbeiterinnen (Arzthelferinnen)
Gesundheitssport	4 (1987:2) angestellte Diplom-sportlehrer 13 (1988: 6) Honorarkräfte (Dipl.-Sportlehrer und Sportstudenten mit Vordiplom, 1 Dipl.Psychologe, 1 Yoga-Lehrer) 1 Sachbearbeiterin
Raucherentwöhnung	3 geschulte Verwaltungsangestellte (Ausbildung und Begleitung nach dem Konzept der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) auf Honorarbasis
Anti-Streß-Kurse	1 geschulter Verwaltungsangestellter (Training nach Scharrer) auf Honorarbasis

3.5 Kooperationspartner

Niedergelassene Ärzte:

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

Andere Kooperationspartner:

Die Fachbereiche Ernährungsberatung und Gesundheitssport pflegten intensive Kooperationen auf individueller Basis mit zahlreichen regionalen und überregionalen Spezialisten und Fachinstitutionen, u. a.:

Selbsthilfegruppen (Deutscher Diabetikerbund, Herzhilfe), Diabeteschulungsteams 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, Deutsche Sporthochschule.

3.6 Erfolgskontrollen

Die Erfolgskontrollen wurden je nach Fachbereich sehr unterschiedlich durchgeführt.

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.

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

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 bis 33 %, die Nichtraucherquote nach vollständiger Teilnahme bei 42 bis 49 %. Daten über Langzeiterfolge lagen nicht vor.

Antistress-Kurs: Als Erfolgskontrollen wurden von den Kursleitern Erregbarkeitstests mittels eines Biometers bei Kursbeginn und nach Kursende durchgeführt. Die Entspannungsfähigkeit stieg von ca. 25 % der Teilnehmer zu Beginn auf ca. 75 % am Ende an.

3.7 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 Krankheitsindikatoren mit Interventionsparametern präventiver Maßnahmen der Betreuten in Verbindung gesetzt werden müssen.

Dies scheiterte vorrangig an folgenden Problemen: (a) Fehlen einer modernen, EDV-gestützten Dokumentationsmöglichkeit in der Gesundheitsabteilung. (b) Unregelmäßige Erfassung von Begleiterkrankungen, Medikamenten und Blutparametern, sowie von Gewichts- und Blutdruckverläufen während der Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen. (c) Fehlen des Datenaustauschs über Krankheitsindikatoren (z. B. Arztbesuche, Medikamentenverbrauch, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Klinikaufenthalte) zwischen Leistungsabteilung und Gesundheitsabteilung. (d) 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.

4. Diskussion

Gerade unter Berücksichtigung der Altersstruktur der Bevölkerung und des Fortschreitens chronischer Erkrankungen wird die stärkere Konzentration der ärztlichen Tätigkeit hin auf Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen einer effizienten Gesundheitsversorgung zu einer immer wichtigeren Aufgabe. Präventive Maßnahmen - auch im Bereich der Herz-Kreislaufkrankheiten - sind nur dann langfristig erfolgreich, wenn sie auf die Belange des Einzelnen abgestimmt sind. Dabei ist die Stärkung der individuellen Fähigkeiten, mit den Problemen von Gesundheit und Krankheit selbstverantwortlich umzugehen, von vorrangiger Bedeutung. Möglich wird dies durch (a) Vermittlung der Kenntnisse über gesunde Lebensweise und über krankmachende Faktoren, (b) durch Hilfe bei der Entwicklung einer persönlichen Einstellung zu gesundem Lebensstil sowie - wenn nötig - (c) durch die Motivation zur Verhaltensänderung. Es handelt sich also um Maßnahmen, die üblicherweise Ziele des individuellen Arzt-Patienten-Gesprächs sind. Allerdings ist umfassende Prävention nur möglich, wenn die Bemühungen des Arztes ergänzt werden durch diejenigen weiterer Spezialisten aus den Gesundheitsberufen. In diesem Zusammenhang waren die Auflagen des Sozialgesetzbuchs V (SGB V) vom 20.12.1988 interessant, nach denen Gesundheitsförderung auch zur Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen wurde. Diese sollen bei der Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung unter anderem mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und kompetenten Ärzten zusammenarbeiten. Vor diesem Hintergrund sollte die vorliegende Untersuchung einen Beitrag zur Beantwortung der Frage leisten, ob die Arbeit der gesetzlichen Krankenkassen in den Bereichen Prävention / Gesundheitsförderung die Gesundheitschancen der Betreuten nachweislich verbessern kann. Zu diesem Zweck wurde die Arbeit einer großen Ortskrankenkasse (Mitgliederzahl: ca. 170.000) analysiert.

Die finanziellen Rahmenbedingungen

Der Etat für die gesundheitsfördernden Maßnahmen der AOK war mit einem Anteil von zuletzt 4,3 Mill. DM - gemessen an den Gesamtausgaben von 666 Millionen DM im Jahr 1990 - nur von untergeordneter Bedeutung. Damit bestätigte sich das von verschiedenen Autoren kritisierte zurückhaltende finanzielle Engagement der Krankenkassen im präventiven Bereich (11,14,20).

Dies ist insbesondere deshalb von Bedeutung, da der Erfolg gesundheitsfördernder Maßnahmen von ausreichenden finanziellen Investitionen abhängt (13, 14, 17). Dem gegenüber stehen 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).

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 (bezüglich 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).

Innerhalb der Angebote der analysierten AOK lassen sich entsprechend der Zielsetzung und Zielgruppen 2 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).

Ein wesentlicher Teil der individuenbezogenen Angebote richtete sich an Personen mit Risikofaktoren und an Kranke, zum Beispiel 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 (18), 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 rund 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.

Qualität der gesundheitsfördernden Angebote

Bezüglich der Qualität angebotener Maßnahmen war keine konkrete Beurteilung möglich.

Einerseits waren nur in wenigen Bereichen wissenschaftlich fundierte Programme verwandt worden, andererseits nur unzulängliche (oder gar keine) Effektivitätskontrollen erfolgt.

Allerdings entsprach die Qualifikation der Mitarbeiter durchweg den konsentierten Anforderungen an präventiv tätige Fachleute (8, 15). Über die Beziehungen zu den Ärzten der von der AOK betreuten Versicherten lagen keine dokumentierten Angaben vor.

Schlußfolgerung

An die Qualität präventiver Maßnahmen sollten ähnliche Anforderungen gestellt werden wie dies in der Kuration allgemein üblich ist. Aus diesem Grund erscheint es erforderlich, daß der Vorschlag der Ersatzkassenverbände zur Einführung qualitätssichernder Maßnahmen in die Gesundheitsförderung (8) auch von anderen Krankenkassen übernommen wird.

Literatur

- 1 Abt H. G., Gieseke O.: Perspektiven der Gesundheitsvorsorge am Beispiel des Kreises Mettmann. In: Ferber, C.v., Badura B (Hrsg): Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe. Oldenbourg München, 1983, S. 95-117
- 2 AOK für den Kreis Mettmann (Hrsg): Sofort aktiv zum Nichtraucher - Konzept und Manual zum Sofort-Aufhör-Kurs. Velbert, 1986. AOK-Rheinland, Landesverband:
- 3 AOK-Landesverband Schleswig Holstein (Hrsg): Pfund um Pfund - Ein Gruppentraining der AOK zum Schlankwerden. AOK-Verlag Bonn, 1989
- 4 Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg) Handbuch zur Gesundheitsförderung. Essen 1991.
- 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, 25-27 (1991)
- 10 Jörgens V., Grüßer M., Kronsbein P.: Wie behandle ich meinen Diabetes? Kirchheim Verlag, Mainz 1992
- 11 Lenhard U.: Primärprävention als Aufgabe der Krankenkassen. Demokratisches Gesundheitswesen 6/1989, 20-22 (1989)
- 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., Schipperges H., Wagner G. (Hrsg) Präventive Medizin. Springer, Heidelberg 1987, S. 101-109
- 14 Nowak M.: Gesundheitsförderung im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes - neue Perspektiven für Krankenkassen und Kommunen. TM ff.Gesundh.Wes. 52, 243-246 (1990)
- 15 Ollenschläger G.: Ärztliche Gesundheitsberatung - Möglichkeiten der Qualitätssicherung. Prävention 16, 100-102 (1993)
- 16 Scharrer J.: Erholen vom Streß - Gesundheitstraining 1 - Trainingsheft. Institut für Erwachsenenbildung und Kommunikationsforschung. Würzburg 1992
- 17 Schwartz F.W.: Chancen und Kostenfragen einer verstärkten Prävention in der Krankenversicherung. In: Das Argument: Argument-Sonderband AS 178. Argument-Verlag Berlin, 1988, S. 31-49
- 18 Veskovi G.: Modelle einer primären Prävention. In: Schaefer H., Schipperges H., Wagner G. (Hrsg) Präventive Medizin. Springer, Heidelberg 1987, S. 209-231
- 19 von Troschke J., Kreuter H., Stünzner W.: Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) - Der Beitrag der Ärzte zum Studienerfolg -. Prävention 17, 15-18 (1994)
- 20 Wiche E.: Zum Stand der Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen nach dem GRG. Prävention 13, 3-7 (1990)