

Themen dieser Ausgabe:

Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland: Eine Bestandsaufnahme.

Seite 1

Das Solidarprinzip auf der Kippe

Seite 2

Gesundheitsbezogene Bachelor- und Masterstudiengänge

Seite 3

Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland: Eine Bestandsaufnahme.

■ Guido Grunenberg

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat sich in Band III „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ seines Gutachtens „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ nachdrücklich für den Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung eingesetzt. [\[Mehr dazu\]](#)

Grund genug für eine Bestandsaufnahme und der Frage nach dem Stand der betrieblichen Gesundheitsförderung in Deutschland.

Der IPG_Newsletter_ Gesundheitsförderung informiert kurz, knapp und bündig über aktuelle gesundheitsbezogene Themen und erschließt weitere Informationsquellen zu den jeweiligen Themenkomplexen. Der Newsletter erscheint alle drei Monate und kann abonniert werden durch einen Eintrag in unseren [Verteiler](#).

Neben inhaltlichen Beiträgen werden Hinweise auf Tagungen oder Veranstaltungen veröffentlicht. Hinweise für interessante Veranstaltungen nimmt die [Redaktion](#) entgegen.

Nicht alle Leser konnten unsere externen Verweise (links) nutzen. Sollten auch sie ähnliche Probleme haben, Kritik oder Anmerkungen los werden wollen, senden Sie uns eine [E-Mail](#).

Mit der Neufassung des § 20 SGB V durch das [GKV Gesundheitsreformgesetz 2000](#) haben die gesetzlichen Krankenkassen auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung wieder einen erweiterten Handlungsrahmen erhalten.

Durch die Eingrenzung der Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen auf „den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung“ soll gewährleistet werden, dass die paritätisch finanzierten Krankenkassen keine originären Aufgaben des Arbeitsschutzes (mit) finanzieren, die nach dem Arbeitsschutzgesetz in die alleinige Zuständigkeit des Arbeitgebers fallen, der für die Durchführung und Organisation des Arbeitsschutzes im Betrieb verantwortlich ist.

Die Reform des [Arbeitsschutzgesetzes](#) 1996 (im gleichen Jahr wurde der Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen zur Prävention durch die Novellierung des § 20 SGB V drastisch zurechtgestutzt) verpflichtete die Arbeitgeber zur Verhütung „arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren einschließlich Maßnahmen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit“. Insofern wurde der bis dahin geltende Verantwortungsbereich der Arbeitgeber (Arbeits- und Gesundheitsschutz) um gesundheitsförderliche Aspekte erweitert.

Bereits 1997 unterzeichneten darauf hin die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die – neben den Arbeitgebern - als zweite Säule des überbetrieblichen Arbeitsschutzes fungieren, eine [Rahmenvereinbarung](#) über ihre zukünftige Kooperation, um bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren gemeinsame Wege zu gehen. Dieser „gemeinsame Weg“ manifestierte sich z.B. in den Grundlagenprojekten [KOPAG](#), Kooperationsprogramm Arbeit und Gesundheit sowie [IPAG](#), Integrationsprogramm Arbeit und Gesundheit.

Durch die abermalige Novellierung des § 20 SGB V im Jahr 2000 wurde den Krankenkassen

Veranstaltungen/Tagungen

27.02.-01.03.2003

7. Kongress für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin im ICC Berlin. [\[Mehr dazu\]](#)

27.03.-29.03.2003

Symposium zur Prävention an der Eberhard-Karls-Universität in Tübingen zu Problemen der Effektivität von gesundheitlichen und psychologischen Präventionsmaßnahmen. [\[Mehr dazu\]](#).

14.05.-17.05.2003

Im Congress Centrum Hamburg findet der 9. Deutsche und 14. Österreichische AIDS-Kongress 2003 statt. [\[Mehr dazu\]](#)

22.05.-25.05.2003

In Berlin findet die VIII European Conference on Traumatic Stress statt. Konferenzsprache ist Englisch. [\[Mehr dazu\]](#)

für die Durchführung der über die originären Aufgaben des Arbeitsschutzes hinausgehenden (und diese somit ergänzenden) Maßnahmen ein Initiativrecht eingeräumt.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen fühlen sich dabei einem ganzheitlichen Ansatz verpflichtet, der neben verhaltensbezogenen Maßnahmen vor allem auch die Gestaltung der Arbeitsbedingungen und der Arbeitsorganisation (verhältnisbezogene Maßnahmen) umfasst.

In ihrem [Leitfaden](#) zur Umsetzung der gesetzlichen Forderung (§ 20 SGB V) haben die Spitzenverbände der Krankenkassen zur Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung einheitliche, prioritäre Handlungsfelder und Qualitätskriterien beschlossen. Arbeitsbedingte körperliche Belastungen, Betriebsverpflegung, psychosozialer Stress, gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung sowie Genuss- und Suchtmittelkonsum sind die prioritären Handlungsfelder für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sieht hinreichende Hinweise dafür, dass die Potenziale betrieblicher Gesundheitsförderung nicht ausgeschöpft sind und empfiehlt weiter, Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung mit einem partizipativen und kombinierten Ansatz zur Verhältnis- und Verhaltensprävention im Rahmen evaluierter Modelle vermehrt durchzuführen.

Um einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten, empfehlen ebenso die Spitzenverbände der Krankenkassen in ihrem Leitfaden den Setting-Ansatz, dem auch die betriebliche Gesundheitsförderung zuzuordnen ist und der durch die Verknüpfung verhaltens- und verhältnisbezogener Maßnahmen charakterisiert ist.

In diesem Zusammenhang ist auch die ausdrückliche Forderung einer kassenartenübergreifenden Zusammenarbeit zu verstehen, da

die Umsetzung von Maßnahmen im Setting-Ansatz eine großen organisatorischen Aufwand erfordert und der Ansatz an sich versicherten-übergreifend zu verstehen ist. (Maßnahmen im Setting richten sich in der Regel an die Versicherten sämtlicher Krankenkassen).

Obwohl eine ganze Reihe von erfolgreichen Praxisbeispielen und wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen den Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung durch die Kombination von verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen belegen, bevorzugen die gesetzlichen Krankenkassen als Zugangsweg jedoch den individuellen Ansatz, in dem ausschließlich verhaltensorientierte Maßnahmen in den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Stressreduktion/Entspannung und Sucht Anwendung finden.

Offensichtlich liegt das Interesse der Krankenkassen verstärkt darauf sich mit attraktiven Maßnahmen direkt gegenüber ihren eigenen Versicherten zu profilieren.

Ob dadurch dem eigens formulierten Ziel - einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten - entsprochen werden kann, ist zumindest zweifelhaft. Die langfristige Wirkung von rein verhaltenspräventiven Maßnahmen ist wissenschaftlich nach wie vor umstritten.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob mit den überwiegend verhaltenspräventiven Angeboten verstärkt Personen mit höheren gesundheitlichen Gefährdungen und niedrigerem Sozialstatus angesprochen werden (eine weitere Forderung im Leitfaden der Spitzenverbände).

Gerade im Hinblick auf das milliardenschwere Defizit im letzten Halbjahres und das wettbewerbsbedingte Ringen um junge, gut gebildete und sozial eingebundene Versicherte (die sog. „guten Risiken“) der gesetzlichen Krankenkassen untereinander, ist mit einem weiteren Ausbau von Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung – ohne politischen Druck – in der Zukunft kaum zu rechnen.

Das Solidarprinzip auf der Kippe

■ Siegfried Dierke

Fast täglich tauchen neue Vorschläge in der Presse auf, welche Leistungen aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenversicherungen gestrichen werden könnten und wie diese zu finanzieren sind. Gibt es denn wirklich keine Alternative zu Reformvorschlägen, nach denen die GKV am Ende den privaten Krankenversicherern zum Verwechseln ähnlich sehen? Einen Überblick über den Diskussionstand 100 Tage nach der Bundestagswahl und Konzepte zur Beibehaltung des Solidarprinzips gibt der nachfolgende Artikel..

Die Vorschläge aus dem Strategiepapier des Kanzleramtes und das bisher aus dem Kreis der Rürup-Kommission bekannt gewordene klingt nicht neu: Mehr Möglichkeiten für den Bürger, den Krankenversicherungsschutz „mitzugestalten“ (durch Wahltarife mit Eigenleistung, Beitragsrückerstattungen, Selbstbehalten und mehr Selbstbeteiligung an den Krankheitskosten), Herausnahme des Zahnersatzes aus den Pflichtaufgaben der GKV oder das Einfrieren des Arbeitgeber-Anteils, das alles war schon vor einem halben Jahr im Wahlprogramm nachzulesen. Allerdings nicht in dem der rot-grünen Koalitionäre, sondern in dem der FDP! ([siehe Newsletter vom 22.10.2002](#)). Auch Ulla Schmidt bedient sich hier: Keine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze, keine Ausdehnung der Beitragsbemessung auf andere Einkommensarten sowie die Unterstützung von Bonus-systemen für die Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen, auch da geht die Politik des sozialdemokratisch gelenkten Gesundheitsministeriums d'accord mit den FDP-Forderungen. Was sich aber selbst die freidemokratischen Wahlkämpfer nicht trauten: Die Idee von Prof. Henke (TU Berlin), den Krankenschutz über einen pauschalen Kopf-Beitrag zu finanzieren, wird von dem Chef der Regierungs-Kommission Rürup (SPD) aufgegriffen.

Einigen Sozialdemokraten geht dieses zu weit : Der Vorsitzende des Bundestags-Gesundheitsausschusses Kirschner (SPD) erkennt in diesen Vorschlägen zu recht ein fatales Zeichen, das konträr zum Wahlprogramm seiner Partei und gegen den Kern des Solidarsystems gerichtet ist. Bei Wahlтарifen mit Eigenleistungen können sich Wohlhabendere eine bessere und umfassendere Medizin leisten, was zu einer Zwei-Klassen-Medizin führe. Und von Beitragsrückerstattungen für den Verzicht auf Arztbesuche

(TK-Modell) ist der Weg nicht mehr weit zu Risikozuschlägen für Patienten mit schweren Krankheiten, wie in der Privatsicherung üblich.

Das von GRÜNEN und SPD vor der Wahl als absolut unumstößlich bezeichnete Solidar-Prinzip wäre damit kurz vor dem Ende: Nur noch diejenigen, die hin und wieder krank sind und Arztbesuche nicht vermeiden können, würden die noch Kränkeren finanziell mittragen müssen. Die Gesunden (und v.a. die Wohlhabenderen) könnten sich dem durch Rabatt-Modelle oder Flucht in die Privatsicherung stärker noch als bisher entziehen.

Eine Zwei-Klassen-Medizin und Aufteilung der Leistungen in Grund- und Wahlleistungen würde es mit SPD und GRÜNE niemals geben, so lautete noch vor 100 Tagen das Credo. Doch ohne große Gegenwehr scheinen sich beide Parteien nun den neoliberalen Vorstellungen aus dem Kanzleramt und der Regierungskommission zu beugen: Zur Zeit ist von Rot-Grün kein Wort mehr zu hören von einer Verbreiterung des Kreises der Pflichtversicherten (durch Einbeziehung von Beamten und Selbständigen) und der Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage (um Einkommensarten wie Zinsen, Mieten oder Spekulationsgewinnen), obwohl dies - gekoppelt an eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau bei der gesetzlichen Rentenversicherung jeweils einen 2-stelligen Milliardenbetrag in die Kassen der gesetzlichen Krankenversicherungen spülen würde.

Noch schließt wenigstens die Bundesgesundheitsministerin Schmidt Leistungskürzungen in der GKV oder eine Erhöhung der Zuzahlung für Patienten aus. Dies will sie erreichen u.a. durch mehr Wettbewerb bei Kassen und Ärzten, der

Möglichkeit zum Abschluss von Einzelverträgen zwischen Ärzten und Kassen neben den bislang praktizierten Kollektivverträgen, obligatorischen Kosten-Nutzen-Analysen vor Einführung neuer Behandlungsformen, Einsparungen im Arzneimittelbereich, Vermeidung unnötigen Arzthopings, durch einen Gesundheitspass und Senkung der Verwaltungsausgaben von Krankenkassen durch interne Rationalisierung oder Kassen-Zusammenschlüsse.

Ob diese Maßnahmen allerdings ausreichen werden, das Defizit der Kassen auszugleichen, ist nicht sicher. Doch weitergehenden Veränderungen widersetzt sich das Ministerium bislang: Außer durch Halbierung des Sterbegelds sind die Krankenkassen bei den so genannten versicherungsfremden Leistungen nicht entlastet worden. Auf der Einnahmeseite stagniert die Versicherungspflichtgrenze für die gesetzliche Krankenversicherung bei 75% der Beitragsbemessungsgrenze für die Rentenversicherung, und die Beitragsbemessungsgrenze für die GKV liegt noch bedeutend niedriger.

Der Druck auf Ulla Schmidt und das Tempo, in dem wöchentlich neue Ideen präsentiert werden, ist enorm. Und schon jetzt ist ein Einknicken ihrer zuvor rigiden Ablehnung gegen jegliche Form von Selbstbehalttarifen oder Rückerstattungsmodellen in der GKV zu verzeichnen: Im Streit mit der TK einigte sie sich auf den „Kompromiss“, dass ausschließlich freiwillig Versicherte, die ein Jahr lang keinen Arzt aufgesucht haben, in den Genuss einer Rückerstattung kommen können. Für die Finanzlage der GKV ist es zwar besser, diesen Personenkreis nicht gänzlich in die private Krankenversiche-

rung abwandern zu lassen, doch mutet es schon eigenwillig an, dass unter Solidarität verstanden werden soll, relativ gut verdienende Gesunde finanziell zu entlasten, Kranke und Ärmere hingegen nicht. Und gänzlich inkonsequent muss in diesem Zusammenhang auch der neueste Vorschlag aus dem Bundesministerium erscheinen, Sport- und Freizeitunfälle aus dem gesetzlichen Leistungskatalog auszugliedern.

Wo aber bleiben energische Schritte hin zu mehr Prävention und Gesundheitsförderung? Hatten nicht Sachverständige und Gesundheitsexperten hierdurch Einsparpotentiale von 20-30% der Gesundheitsausgaben in Aussicht gestellt? Allein mit Bonusregelungen für die Inanspruchnahme von Verhaltenspräventionsangeboten oder für gesundheitsbewusstes Verhalten kann dies zweifelsohne nicht erreicht werden.

Das deutsche Gesundheitswesen wird oft so beschrieben: Wir bezahlen für einen Mercedes, erhalten dafür aber nur einen VW Golf. Nun, das sollte aber noch lange kein Grund sein, stattdessen Mercedes-Taxi für die Wohlhabenden und 3-Gang-Fahrrad für die anderen zu fordern. Volkswagen für alle Bürger ist so verkehrt gar nicht: Man könnte ihn etwas billiger machen (s. Vorschläge oben) und etwas aufmöbeln (mehr Patientenorientierung, Behebung der Unter-, Über- und Fehlversorgung), dann lässt sich damit trefflich leben.

Gesundheitsbezogene Bachelor und Masterstudiengänge

■ Burkhard Gusy

Master of Public Health, of Science in Business Administration, of Nursing and Administration, of Science in International Health, of interprofessional health and community care sind einige Titel, die im Anschluss an ein gesundheitsbezogenes Studium an Hochschulen vergeben werden. Die derzeitigen Berufschancen gelten übereinstimmend als gut.

Die Perspektiven werden stark davon bestimmt sein, ob es den Ausbildungsanbietern gelingt marktfähige Qualifikationen zu vermitteln und dieses gegenüber potenziellen Arbeitgebern transparent zu machen.

„Das Gesundheitswesen in Deutschland – Kostenfaktor und Zukunftsbranche heißt ein Sondergutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen aus dem Jahre 1996 in dem die Wachstumspotentiale des Gesundheitswesens thematisiert werden. Dieser Teilarbeitsmarkt beschäftigt nach Angaben verschiedener Autoren zwischen 3 und 4,1 Millionen Beschäftigte, die neben direkten medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen am Patienten auch andere Aufgaben wahrnehmen (z.B. Gesundheitsgüter entwickeln, herstellen oder mit diesen handeln; neue Versorgungsformen entwickeln etc.). Seit 1970 ist ein starkes Beschäftigungswachstum in diesem Marktsegment zu verzeichnen, das weiterhin anhält (Public Health Forum 34, 2002). Diese Erweiterung ist nicht nur quantitativer sondern auch qualitativer Art und zeigt sich z. B. in:

- zunehmender Ausdifferenzierung und Spezialisierung etablierter Gesundheitsberufe
- Verschmelzung bisheriger Ausbildungen (z.B. Modellversuche zu gemeinsamer Grundausbildung von Pflegefachkräften für verschiedene Bereiche)
- neuen Aufgabenbereichen (wie Gesundheitsförderung, Umweltmedizin, Public Health).

Hinzu kommen zahlreiche administrative Bemühungen das Gesundheitssystem zu reformieren (Gesetzesinitiativen, Fachkommissionen etc.) die auf Veränderungen des Systems insgesamt und in Folge auch auf Qualifikationsanforderungen an dort beschäftigte Fachkräfte zielen. Immer mehr sich differenzierende Ausbildungsangebote an Hochschulen, an Schulen des Gesundheitswesens und bei (nicht-) kommerziellen Ausbildungsträgern versuchen diesen Bedarf zu decken. Berufsbilder und potenzielle Arbeitsfelder sind auf Grund der derzeitigen Dynamik im Gesundheitssystem erst schemenhaft erkennbar. Für die Ausbildungsträger birgt diese Situation die Gefahr am Markt vorbei zu qualifizieren, da keineswegs immer gesichert ist, dass die vermittelten Fachkompetenzen auf dem Arbeitsmarkt auch nachgefragt werden. Das Risiko tragen die Absolventen ebendieser Studiengänge, die in eine Ausbildung investieren, deren Zugewinn im ungünstigsten Fall gleich Null ist. Ungleich häufiger als in anderen Bereichen weisen die Ausbildungsträger den Bedarf an der von ihnen angebotenen spezifischen Qualifikation durch (retrospektive) Absolventenbefragungen nach und belegen unisono gute Berufschancen ihrer Absolventen. Prognosen der Berufschancen derzeit in Ausbildung befindlicher Fachkräfte

für das Gesundheitswesen sind –was nicht verschwiegen werden sollte- auf Grund des Markt wandels des Ausbildungs- und des Arbeitsmarktes mit Risiken behaftet.

30 gesundheitsbezogenen Studienangeboten Anfang der neunziger Jahre des letzten Jahrtausends stehen derzeit knapp 300 grundlegende und weiterqualifizierende Angebote an Hochschulen gegenüber mit neuen thematischen Schwerpunkten und Zielgruppen (z.B. Gesundheitskommunikation an der Universität Bielefeld), die im Wettbewerb zu einander stehen.

Diese nicht nur für potenzielle Arbeitgeber undurchsichtige Situation soll durch Qualitätssicherung und besondere Anerkennungsverfahren direkt bei der Einrichtung dieser Studiengänge aufgefangen werden. Hierzu wurde eine Akkreditierungsagentur für Studiengänge im Bereich Heilpädagogik, Pflege, Gesundheit und

Soziale Arbeit (AHPGS) mit Sitz in Freiburg eingerichtet, die für Transparenz sorgen soll. Einer von 34 bei Kälble (2001) gelisteten Studiengänge macht von dieser Möglichkeit Gebrauch.

Festzuhalten bleibt an dieser Stelle, dass in den letzten zehn Jahren eine beeindruckende Vielzahl innovativer Weiterbildungsangebote an Hochschulen entwickelt wurde, die die Herausforderungen eines sich verändernden Arbeitsmarktes für Fachkräfte im Gesundheitswesen aufgreifen und darauf bezogene Fachkompetenzen vermitteln. Die nachweislich guten Berufschancen (bisheriger) Absolventen bestätigen diese Entwicklung. Ob die Aufnahmefähigkeit des Arbeitsmarktes mit den steigenden Ausbildungskapazitäten Schritt hält, ist derzeit offen. Eine Binnendifferenzierung zwischen den Angeboten tut not, die nicht nur Interessenten sondern ebenso potenziellen Arbeitgebern eine gut Orientierung über Qualifikationsprofile und Einsatzmöglichkeiten der Absolventen bietet.

Impressum

Herausgeber:

Arbeitsbereich Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung
FU Berlin
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin
e-Mail: newsletter-redaktion@ipg-berlin.de

Redaktion:

Siegfried Dierke, Burkhard Gusy, Guido Grunenberg

Redaktionsschluss für die nächste Ausgabe

15.04.2003

Abonnement

Falls sie den Newsletter auch in Zukunft beziehen wollen, sollten sie sich in den Verteiler aufnehmen lassen.