

Rainer Müller, Jürgen Tempel, Christine Bachmeier (1992)

Prävention in einer Kassenarztpraxis – Möglichkeiten und Präventionsmaßnahmen bei Versicherten mit arbeitsbedingten Belastungen und hohem Krankheitsrisiko

1. Arbeitsunzufriedenheit eines Kassenarztes

Ein in der Basisversorgung tätiger Arzt für Allgemeinmedizin erlebt in Kontakt mit nicht wenigen Fällen seiner Patienten die Grenzen seines Handlungsrepertoires der kurativen Medizin, welche ihm durch inhaltliche, finanzielle, zeitliche und strukturelle Verengungen gesetzt sind. Er beobachtet bei sich wie seinen Patienten eine Unzufriedenheit mit wechselnden Anteilen mit Mißtrauen und Resignation. Ausdrücklich bei Erwerbstätigen mit chronischen Leidenssymptomen, ohne daß ein pathologischer körperlicher Befund diagnostiziert werden konnte, offenbart sich das Dilemma der Arzt-Patientenbeziehung. Beide Partner "wissen" um die soziale Strukturierung der Leidensbiographie durch sowohl erfahrene Risiken als auch infolge mangelnder Bewältigungsressourcen in der Arbeits- und Lebenswelt, verständigen sich jedoch auf eine technisch-medizinische-pharmakologische Umdeutung und inadäquate Behandlungsform.

Als medizin-soziologisch Gebildeter weiß der Arzt um die sozialen Bedingungen in der Individualgeschichte von Erkrankung. Ihm sind Konzepte und Diskurse über arbeitsbedingte Erkrankungen vertraut. Dieses Erleben und Wissen motiviert ihn, die Chance zu nutzen, einen Ausweg aus der gelernten Hilflosigkeit der Drehtürmedizin zu beschreiten. Er greift ein Angebot zur Rehabilitation bzw. Gesundheitsförderung in der Nähe seiner Kassenpraxis auf und sucht die Kooperation mit einer pädagogisch vorgebildeten Psychologin. In dieser interdisziplinären Zusammenarbeit werden dann mit den Patienten adäquate Bearbeitungsformen der chronischen z.T. arbeitsbedingten Leiden praktiziert.

Einsicht und Handlungsfähigkeit sind die eine Seite, finanzielle und organisatorische Unterstützung von Dritten sind die andere Seite dafür, daß das nachfolgend beschriebene Modellprojekt möglich wurde.

2. Biomedizinisches Modell als Wissensbasis des Kassenarztes

Das Handeln von Kassenärzten, eben auch in der Grundversorgung, beruht auf dem Konzept der naturwissenschaftlich-klinischen Medizin, kurz auch als Biomedizin bezeichnet. Dieses Konzept der Biomedizin prägt entscheidend die medizinisch-ärztlichen Leistungen, wie sie gemäß SGB V von den Krankenkassen ihren Versicherten "zur Verfügung" gestellt werden.

Traditionelle medizinisch-ärztliche Leistungen sind zunächst kurative Leistungen, d.h. sie zielen auf Heilung oder Linderung von Krankheit, Krankheitssymptomen oder -beschwerden.

Die Leistungen beziehen sich typischerweise auf eine einzelne Person. Die Arzt-Patient-Beziehung prägt entscheidend diese Individualmedizin.

Das klassische Handlungsschema der medizinisch-ärztlichen Leistung besteht aus der Abfolge von Diagnose, Therapie und Prognose. Die Wissensbasis oder der theo-

retische Bezug dieses Handlungsschemas ist die naturwissenschaftliche-klinische Medizin. Die naturwissenschaftlich-klinische Medizin operiert mit einer Krankheitslehre, die von Krankheiten (Entität) mit mehr oder weniger typischen Zeichen (Symptomen, Syndromkomplexen) und Krankheitsabläufen ausgeht. Die Krankheitseinheiten, Krankheitsbilder oder auch Krankheiten werden nach ätiologischen (im oder außerhalb des Körpers liegenden Ursachen z.B. Erbkrankheiten, Infektionskrankheiten), nach anatomisch-morphologischen (z.B. schmerzhafte Wirbelkörpersyndrome), nach funktionellen (z.B. Bluthochdruck) oder nach biochemischen (z.B. Stoffwechselstörungen) Kriterien definiert. Die naturwissenschaftliche Medizin geht in ihrer Reinform von einem erlebnisunabhängigen pathogenetischen Prozeß aus oder weist dem Erleben, dem Subjektiven, dem Sinnhaften bzw. dem biographischen nur eine Parallelfunktion zu. Für diesen Teil des Erkrankens und Krankseins erklärt sie sich nicht für zuständig.

Gemäß diesem naturwissenschaftlichen Reduktionismus werden Diagnosen durch anatomisch-morphologische, physikalische, chemische und biologische Untersuchungsmethoden erstellt. Es werden Daten über biochemische, physiologische, morphologische Parameter erhoben und zu einem Krankheitsbild zusammengefaßt. Die erhobenen Daten werden nach Vorstellungen über Normalität bzw. Grad der Normabweichung in ihrer pathologischen Wertigkeit beurteilt und einem Stadium des pathogenetischen Prozesses (biologischer Determinismus) zugeordnet. Die naturwissenschaftlich-klinische Medizin definiert sich also vom Defekt, vom Anormalen, vom Krankhaften her.

Entsprechend dem synthetisierten bzw. konstruierten Krankheitsbild und seinen zeitlichen Entwicklungsstadien wird therapeutisch interveniert. Die Interventionsmaßnahmen sind wiederum naturwissenschaftlich-technisch ausgelegt. Es wird durch chirurgisch-operative Eingriffe, durch physikalisch-technische Interventionen und durch chemische Maßnahmen in physikalisch, biochemisch definierte Organprozesse eingegriffen.

Ein weiteres Charakteristikum der naturwissenschaftlich-klinischen Medizin besteht darin, daß sie unter der Annahme tätig ist, sie behandle akute einzelne Krankheiten bzw. zeitlich begrenzte Krankheitsepisoden. In Bezug auf die Zeitdimension ist weiterhin typisch, daß vielfach in Endstrecken pathologischer Körperprozesse hinein interveniert wird (Endpunkt- bzw. Endstreckenmedizin).

Weitere Gesichtspunkte zur Charakterisierung der klinischen Biomedizin sind die Verhaltensstile und ideologischen Überhöhungen der ärztlichen Profession.

Die ideologische Überhöhung besteht u.a. darin, daß Kliniker vorgeben, es ginge in ihrem Handlungskontext immer "um Leben und Tod". Aus dieser Selbstdeutung bei Zustimmung durch Laien erwächst der hohe soziale Status der Ärzte.

Der Verhaltensstil von Ärzten ist geprägt von dem Habitus, angeblich permanent Entscheidungen treffen und entsprechend handeln zu müssen.

Dieses so in seiner Grobstruktur beschriebene naturwissenschaftlich-klinische Krankheitskonzept ist vielfach und gründlich eben auch von Ärzten kritisiert worden. Die Kritik läßt sich in folgenden Punkten zusammenfassen:

- Die soziale, psychische und körperliche Einheit der Person wird gespalten. Der körperliche (somatische) Teil gilt als der eigentlich entscheidende. Er unterliegt in dieser Auffassung einem naturgesetzlichen Determinismus. Körperliche Struk-

turen, Prozesse, Parameter und Meßdaten gelten als real und objektiv. Der psychische Teil wird als unwichtig angesehen, er kann das körperliche Geschehen nur "begleitend kommentieren".

- Es werden spezifische Ursachen für den Erkrankungsprozeß verantwortlich gemacht (Spezifitätsthese). Die impliziten und expliziten Kausalitätstheorien bleiben jedoch unbefriedigend. Monokausale Theorien wurden zwar zurückgedrängt, die Vorstellungen über additive bzw. multifaktorielle Verursachungen verweisen zwar auf hohe Komplexität, können die Krankheitsprozesse aber nicht darstellen. Unterscheidungen über wesentliche und unwesentliche, beeinflussbare und unbeeinflussbare Bedingungen, Disposition und Auslöser von Krankheiten verbleiben erkenntnistheoretisch und methodisch auf einem unzulänglichen Niveau.
- Tendenziell verlagert die naturwissenschaftliche Medizin ihre Analyse- und Handlungsebenen immer weiter in den Mikrobereich hinein. Waren früher Körpersäfte, Organe, Gewebe und Zellen Orte der Krankheit (Lokalismussthese), so wird heute durch die Molekularbiologie (Genetik) der Sitz der Krankheit in die Gene, die Erbsubstanz, verlegt. Krankheiten, insbesondere Alterskrankheiten, d.h. chronische Krankheiten, werden der Disposition, also dem genetischen Code zugeschlagen. Humangenetische Diagnostik und Therapie wird zunehmend propagiert.
Biochemisch bzw. molekulargenetisch diskutiert, kann man gegen diese Eindimensionalität einwenden, daß es für die Diagnose von komplexen menschlichen Eigenschaften, die durch das Zusammenwirken einer Vielzahl von Genen und Umweltfaktoren bestimmt werden, bis heute noch keinen ausreichenden methodischen Ansatz gibt. "Es ist auch fraglich, ob dies prinzipiell jemals möglich sein wird." (Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages 1987, S. 147).
Es geht nämlich um polygen, d.h. durch viele verschiedene Gene und Netzwerke innerhalb der Zell- und Organismussysteme bedingte Vorgänge; also um hochkomplexe und dynamische Prozesse, deren Struktur nur im Ansatz bisher verstanden wird.
- Die fortschreitende Molekularisierung des Krankheitsverständnisses mit seiner weiteren Technisierung besonders von Diagnostik und von Therapie führt zu einer stärkeren Arbeitsteilung und Spezialisierung im Medizinsystem mit seinen negativen Konsequenzen der Depersonalisierung der Kranken und der Angehörigen der Gesundheitsberufe (Iatrogenese). Diese biomedizinische Fortschrittseuphorie der Humangenetik als fachübergreifende Grundlage einer allgemeinen Krankheitslehre wird jedoch auch an organisatorische und ökonomische Grenzen stoßen.

In meinen bisherigen Ausführungen habe ich eine schematische Charakterisierung der dominanten traditionellen naturwissenschaftlich-klinischen Medizin gegeben. Mir kam es darauf an, das Grundmuster in seiner theoretischen Basis herauszuarbeiten. Denn nur wenn man sich die einer Praxis zugrundeliegenden theoretischen Vorstellungen klarmacht, kann man beurteilen, ob in diese Praxis Sicht- und Handlungsweisen integrierbar sind, die einem anders gearteten theoretischen Modell, hier also Gesundheit und Gesundheitsförderung verpflichtet sind. Denn in der kassenärztlichen Praxis, erst recht selbstverständlich im stationären Versorgungsbereich, wird das naturwissenschaftlich-klinische Theorie- und Handlungsmodell weiterhin vorherrschend bleiben. Das Gesundheitsreformgesetz hat bei Licht gesehen gerade zu einer Stärkung des "medizi-

nisch-technischen" (z.B. § 25, Gesundheitsuntersuchungen) Krankheitsverständnisses geführt.

Selbstverständlich wird in den Praxisfeldern der naturwissenschaftlichen Medizin, nämlich Klinik und Kassenarztpraxis, nicht in abstrakt naturwissenschaftlich orientierter und damit technokratischer Manier gehandelt. Schließlich agieren Menschen in diesem Organisationsmuster miteinander, so daß das Soziale, Emotionale und Biographische im Umgang von Arzt und Patient, Gesundheitsberufen und Patienten durchaus zum Zuge kommt. Entscheidend ist dennoch, daß im Konzept, in den theoretischen Vorstellungen der ambulanten und klinischen Medizin und den daraus abgeleiteten, von der GKV finanzierten medizinisch-ärztlichen Leistung, das Soziale und Emotionale sowie Biographische nicht explizit und bewußt eingebaut ist, sondern eher hinterrücks sich einstellt. Bestärkt wird dieser theoretische und praktische Reduktionismus durch organisatorische Strukturen wie Spaltung zwischen ambulanter und stationärer Medizin, Spezialisierung und hochgradige Arbeitsteilung, Einzelpraxis im ambulanten Sektor sowie durch ein spezifisches Verfahren der Finanzierung bzw. Entgeltung der medizinisch-ärztlichen Leistungen.

3. Prophylaktische oder soziale Medizin

Neben der angesprochenen Biomedizin gibt es eine Tradition der sozialen Medizin, der allgemeinen Hygiene, der Sozialhygiene, der Gewerbehygiene und der öffentlichen Gesundheitspflege. Dieser Typus von Medizin thematisiert die gesellschaftlichen, ökonomischen, technischen und kulturellen Bedingungen von Gesundheitsgefährdung, von Krankheitsverursachung und Gesundheitsschädigung. Im Mittelpunkt des Interesses steht weniger der einzelne, sondern steht das Verhältnis von Gruppen und Populationen zu ihren jeweiligen materiellen und sozialen Umwelten. Dieses präventive Medizin-konzept wurde innerhalb der Auseinandersetzungen des Staates, der Gemeinden, Unternehmen und eben auch der Krankenversicherungen mit dem gesundheitlichen Konsequenzen von schlechten Arbeits- und Lebensbedingungen entwickelt. Die soziale Medizin belegte den Zusammenhang von Seuchen mit Mangelernährung und sozialem Elend. Die Gewerbehygiene bzw. Arbeitsmedizin konnte die Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen der Atmungsorgane (z.B. Staublunge, Lungenkrebs), des Bewegungsapparates durch körperliche Schwerarbeit und hohe klimatische Belastungen, Erkrankungen der Haut durch z.B. irritative und allergisierende Arbeitsstoffe sowie den generellen Gesundheitsverschleiß durch überlange Tages- und Wochenarbeit oder durch Nacht- und Schichtarbeit, durch psychosozialen Streß usw. offenlegen.

4. Das Modellprojekt

4.1. Die Kassenpraxis und ihre Patienten

Die Kassenpraxis liegt im Münchener Stadtteil Milbertshofen mit etwa 40.000 Einwohnern im Kern dieses Gebiets. Der Bezirk wird durch enge räumliche Beziehungen zwischen Wohngebieten und Industriebetrieben geprägt. Es sind dort Betriebe des Fahrzeug- und Maschinenbaus, der Textil- und Bekleidungsindustrie sowie der Nahrungs- und Genußmittelherstellung angesiedelt. In der Bevölkerung überwiegen Arbeiter/innen in aktiven Altersjahrgängen. Der Anteil ausländischer Bürger überschreitet mit 25 % den

Münchener Durchschnitt von 16 %. Die Arbeiter/innen gehören den unteren bzw. mittleren Lohngruppen an. Ihre Arbeitsbelastungen lassen sich grob mit Hinweisen auf körperliche Arbeitsanforderungen bei Schicht- und Akkordarbeit in Kombination mit anderen physikalischen bzw. chemischen Belastungen wie z.B. Lärm, Staub und Gase umschreiben.

Die Praxis besteht seit 1950 und wurde bis 1978 von einem Arzt geführt. Seit 1980 wird sie als Gemeinschaftspraxis von zwei und ab 1986 von drei Ärzten (eine Ärztin) betrieben. Kassenarztrechtlich werden die drei Ärzte als eine Person gezählt. In den 12 Jahren seit der Übernahme stieg die durchschnittliche Patientenzahl von 1.500 pro Quartal auf 1.650. Je Arzt fiel sie auf 500. Circa 1000 Patienten gehören den Primärkassen (AOK, BKK, IKK u.a.) und 500 den Ersatzkassen an. Bei der AOK sind etwa 650, bei "besonderen Kostenträgern" 50 und bei privaten Versicherungen 80 Patienten versichert. Letztere bringen etwa 7 % vom Gesamtumsatz der Praxis. Etwa 30 bis 50 % der Patienten weisen nach allgemeiner Einschätzung der Kassenärzte sogenannte "psychosomatische Symptome" auf (siehe auch Hönmann 1985? oder 86). Dieser Kreis von Patienten läßt sich in zwei Gruppen teilen. Zu der ersten Gruppe gehören Personen mit psychosozialen Auffälligkeiten, ohne körperliche pathologische Befunde. Die zweite Gruppe besteht aus Patienten mit psychosozialen und körperlichen Befunden. Zur ersteren zählen eher jüngere Patienten, welche an unklaren Herz- und Kreislaufbeschwerden, Schlaf- bzw. Konzentrationsstörungen und allgemeiner Abgeschlagenheit leiden. Bei Patienten der zweiten Gruppe - eher ältere - zeigen sich insbesondere labiler bzw. fixierter Bluthochdruck, chronisch degenerative Gelenk- und Wirbelsäulenbeschwerden, arterielle Verschlusskrankheiten, koronare Herzerkrankungen und diabetische Stoffwechsellage.

Die Patienten beider Gruppen wurden einer gründlichen Diagnostik unterzogen, um pathologische Befunde bzw. Krankheiten auszuschließen - so bei den Patienten mit unklarer Beschwerdesymptomatik - oder um krankhafte Befunde dingfest zu machen. Die üblichen therapeutischen Routinepraktiken waren jedoch in beiden Fällen für Arzt wie Patient unbefriedigend, da sie keine eigentliche Lösung der Problemlage zur Folge hatten. Arzt wie Patient verblieben nämlich auf Diagnostik und Krankheit fixiert und waren nicht auf die Exploration der Erkrankungsgeschichte und der sozialen wie individuellen Bewältigungskompetenzen des Patienten orientiert. Therapeutisch kann es in beiden Fällen i.d.R. zu Verordnungen von Pharmaka. Im ersten Fall wurden Analgetika und Psychopharmaka, im zweiten Fall Antihypertonika bzw. Antidiabetika und eventuell ebenso Schmerzmittel und Psychopharmaka verordnet. Durch die Bearbeitungsweise wurde die Fixierung auf "Körperstörung" verstärkt, eine biographische Deutung der Sinnhaftigkeit der Erkrankungsgeschichte unterblieb.

4.2. Kooperation des Kassenarztes mit Psychologie und Gesundheitsförderung

Aus diesem Zirkel einer diagnose- und pharmazentrierten Medizin können sich Arzt und Patient nur befreien, wenn sie die Schranken der üblichen Kassenpraxis überschreiten und langjährig bekannte Verfahren der Psychologie und Soziologie zur Bewältigung von Erkrankung gemeinsam praktizieren.

Für den Kassenarzt bedeutet dies, zur Kooperation mit anderen Fachdisziplinen bereit und fähig zu sein. Für die Patienten verlangt ein Überschreiten der Begrenzungen der

üblichen kassenärztlichen Routineversorgung, die Einsicht und Bereitschaft, in Unterstützung durch den Arzt die eigenen Fähigkeiten in der Sinnggebung und Bewältigung der individuellen Erkrankung zu erkennen und aktiv für sich zu nutzen. Solche Möglichkeiten der Selbsterfahrung bieten gruppenzentrierte Konzepte der Gesundheitsförderung.

Vor diesem Hintergrund haben sich ein Kassenarzt und eine Psychologin zusammengetan und Angebote einer Institution der Gesundheitsförderung aufgegriffen. Nach ausführlichen Diskussionen wurde folgende Vorgehensweise verabredet: Für Patienten der Kassenpraxis mit chronischen Leiden - ohne und mit körperlichen pathologischen Befunden -, die in ihren Arbeitsverhältnissen erhöhten Beanspruchungen ausgesetzt sind und denen mit der üblichen auf Körperstörungen fixierte kurative Medizin nicht geholfen werden kann, wird folgendes Betreuungsprogramm angeboten:

- Medizin-ärztliche Untersuchung (familiäre, persönliche Kranken- und Arbeitsbelastungsgeschichte, Feststellung des Ganzkörperstatus, Laboruntersuchungen auf Funktion von Nieren, Stoffwechsel, Lungen-Herz-Kreislauf-Ausdauerbarkeit mittels Ergometrie)
- Biographische und psychologische Diagnostik (Fragebogen zur Sozialanamnese, Beschwerdeliste nach Zerssen, Fragebögen zur Arbeitszufriedenheit, zu Belastungen am Arbeitsplatz und im privaten Bereich, Freiburger Persönlichkeitsinventar-Test, Gießentest zur Erhebung des Selbstbildes und der Beziehung zur sozialen Umwelt)
- Erstellung einer Gesamtdiagnose durch Arzt und Psychologin (zunächst unabhängig voneinander, um anschließend gemeinsam die gesundheitliche Situation des Patienten auf Möglichkeit der Verbesserung und Beachtung des Arbeits- und Lebenskontextes zu beurteilen). Die Ebenen der Gesamtdiagnose sind:
 - physiologische Zustände (Ganzkörperstatus)
 - Herzkreislaufsituation
 - subjektive Befindlichkeitssituation
 - Arbeitsplatzsituation
 - Arbeitszufriedenheit
 - psychosoziales Persönlichkeitsbild
 - private Lebensbedingungen.

Es wurde eine gemeinsame Einschätzung des Krankheitsrisikos bezogen auf Herzkreislauferkrankungen, überwiegend psychisch bedingte Auffälligkeiten, für Erkrankungen des Bewegungsapparates, des Magen-Darm-Traktes wie der Atemwege sowie sonstige chronische Erkrankungen vorgenommen. Die Ergebnisse wurden mit den Patienten besprochen.

Die Methode der Gewinnung einer Gesamtdiagnose zwischen Arzt, Psychologin und Patient wurde von Balint (1980) entwickelt, um das Dilemma von Allgemeinmedizinern, mit sozialen und psychischen Problemlagen ihrer Patienten nicht medikalisierend umzugehen, bearbeitungsfähig zu machen.

Aus der "stummen" arztbestimmten, diagnosezentrierten Medizin wird ein Prozeß, der

den Patienten als mündig ansieht und ihm die Gelegenheit bietet, in Kommunikation mit Arzt und Psychologin seine gesundheitliche Gesamtsituation selbst zu deuten und Möglichkeiten der "Selbsteilung" zu erkennen und zu nutzen.

Mit dem Konzept der Gesamtdiagnose können Arzt und Patient unter Einbeziehung psychologischer Kompetenz aus dem Zirkel der gemeinsamen kognitiven und emotionalen Blockierung in der Bewältigung von chronischen Leiden einen Ausweg finden.

Das Konzept der Gesamtdiagnose unterscheidet sich deutlich von üblichen Screeningverfahren der Früherkennungsmedizin (§ 25 SGB V), in denen Körperstörungen gesucht und mit chemischen bzw. physikalischen Interventionen bzw. Ratschlägen hinsichtlich Alkohol, Nikotin, Ernährung und Bewegung reagiert wird, ohne die subjektiven und sozialen Handlungsbedingungen der Patienten zu würdigen.

Nach der diagnostischen Abklärung wurden im zweiten Teil des Programms Sequenzen von 10 Kurseinheiten in vier Blöcken über ein Jahr, bestehend aus Gruppenarbeit und Lauftraining, im "Gesundheitspark" für Patienten angeboten.

Die Gruppenarbeit bediente sich der themenzentrierten interaktionalen Methodik nach Cohn (1988). Sie bezog Rollenspiele, Situationsanalysen, Informationsveranstaltungen und Techniken der Streßbewältigung ein. Eine strenge Orientierung an der motivationalen, soziobiographischen und kognitiven emotionalen Ausgangssituation der Teilnehmer war für das Ziel der Arbeit, nämlich Stärkung der Eigenkompetenz und Verbesserung der gesundheitlichen Befindlichkeit, entscheidend. Das Lauftraining nach dem Prinzip des mühelosen Laufens wurde über eine halbe Stunde im Anschluß an die Gruppensitzungen durchgeführt.

Nach Ende der Sequenz von 20 oder 40 Kursterminen wurde die medizinische und psychologische Untersuchung sowie die Erstellung der Gesamtdiagnose zur Bilanzierung der Effekte bei den Patienten z.T. wiederholt.

4.3. Die beteiligten Patienten/Patientinnen

Aus dem Kreis der infrage kommenden chronisch kranken Patienten der Praxis konnten zu Beginn des Programms nur 13 Personen gewonnen werden. Von ihnen kamen bis Ende der 20. Sitzung 11 und bis Ende der 40. Sitzung 7 Patienten fast regelmäßig. Aufseiten der Patienten lassen sich drei Typen von Verweigerern charakterisieren:

Die erste Gruppe - meistens noch jung - bringt ihre unspezifischen Körpersymptome ohne eigentliche Befunde nicht mit Arbeitsbelastungen, wie Schichtarbeit, Akkord oder Lärm oder psychosoziale Belastungen auch aus dem Privatleben in Verbindung. Für sie sind z.T. die Beschwerden noch in ihren Alltagsverständnissen integriert und gelten als passager. Sie halten ihre persönlichen Kompetenzen und Bewältigungsstrategien noch für ausreichend, um damit zurechtzukommen.

Zur zweiten Gruppe gehören Patienten, die durch ihre prekäre soziale Situation, wie z.B. allein erziehende Mütter oder Personen mit finanziellen Nöten oder erhöhten Konsumansprüchen, gezwungen sind, sich erhöhten Arbeitsbelastungen und -beanspruchungen auszusetzen. Ihnen ist ein Ausbrechen aus den z.T. gesundheitsriskanten Tätigkeiten in ihrer eigenen Deutung der Arbeits- und Lebenssituation nicht möglich. Sie nehmen die rigiden Zwänge hin, weil sie sonst aus ihren z.T. mühsam austarierten Arbeits- und Lebensregimen herausfallen würden. Im Verständnis dieser Patienten ist

die übliche kurative Medizin eine Möglichkeit, ihre Problemlagen kompensierbar zu halten.

In die dritte Gruppe fallen Patienten mit bereits fortgeschrittenen manifesten schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die sich mit ihrer Situation entweder aus Resignation mit dem Leiden abgefunden haben oder aus einer Gewinnerfahrung in der Krankenrolle eine Entlastung von sozialen Anforderungen oder von Zuwendungen erleben.

Literatur

Tempel, J.; Bachmeier, Ch.: Prävention in der Kassenarztpraxis – Möglichkeiten von Präventionsmaßnahmen bei Versicherten mit arbeitsbedingten Belastungen und hohem Krankheitsrisiko, Hans-Böckler-Stiftung, graue Reihe, Neue Folge 54, Düsseldorf 1993

Tempel, J.: Prävention in der hausärztlichen Vertragspraxis, Bremerhaven 1994