0 Einleitung

„Ich habe hier eine Broschüre der AOK Garmisch-Partenkirchen. Die Mai/Juni-Ausgabe, 15 Seiten, ein umfangreicheres Angebot als mancher Bundesliga-Verein, meine Damen und Herren: ‘Power-Walking’, ‘Kinder pflanzen Pflanzenkinder’, ‘Muß Süßes sündig sein?’, ‘Fußreflexzonenmassage’, ‘Spargelcremesuppen und Joghurtcreme’ -
Ich werde für keinen Punkt und dessen Realisierung so kämpfen, wie dafür, daß die gesetzliche Krankenversicherung künftig nicht mehr den Freizeitpark der Bundesrepublik Deutschland finanziert.“ (Horst Seehofer im Deutschen Bundestag am 24. Mai 1996)

„Du, AOK,
empfiehlst und sponserst das neue Uni-Sportangebot „Gehirn-Jogging“. Wir aber sind mit Herzkranzkegeln, Bandscheibenschießen und Magen-über-die-Schnur im Grunde ausgelastet; ferner gibt es einen Focus-Slogan namens „Focus-Lesen“ ist Jogging fürs Gehirn“, und wer garantiert uns denn, daß nicht auch andersrum ein Schuh draus wird? Du etwa?
Glaubt’s kaum: Titanic“ (Titanic Nr. 8/96)

„Die Gesundheitskassen - motivierende Begleiterinnen im Uni-Frust. Image: ‘fit for fun’. Die Freude am Leben ist wieder in. Individuelle Streßbewältigung statt ewigen Nörgelns am System und strukturellen Rahmenbedingungen, so das Erfolgsrezept gesunder Lebensführung! Emanzipation quo vadis? ‘Rückenschule’ - für die richtige Haltung im Studium und ‘Studentenfutter’ - die richtige Ernährung für den kleinen Geldbeutel sind die Angebote individueller Lebensbewältigung (DAK).“ (ISENBERG/ MALZAHN 1996, S. 15)

„Im nächsten Schritt lassen wir uns dann das Essen selbst von der AOK erstatten. Denn gibt es einen wichtigeren Grundstein für die Gesundheit als die Ernährung? Und wenn Ernährung, warum nicht Wohnung und Kleidung auch? Und haben nicht Unterhaltung, Bildung und Freizeit auch etwas mit Gesundheit zu tun? Am besten, wir überweisen unser ganzes Gehalt gleich an die Krankenkassen.“ (KRÄMER 1989, S. 238)

0.1 Problemstellung

Gesundheitsförderung durch Krankenkassen hat in den letzten Jahren großes öffentliches Aufsehen erregt. Die eingangs aufgeführten Zitate aus unterschiedlichen gesellschaftlichen und politischen Lagern sind nur einige Beispiele für den öffentlichen Zündstoff und das enorme Potential an Kritik und satirischen Überzeichnungen, welche die 1989 erfolgte gesundheitspolitische Aufgabenerweiterung der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Vorsorge und Verhütung von Krankheiten in der Folgezeit ausgelöst hat. Da die wissenschaftlichen und praktischen Fragen einer Programmatik der Prävention von Krankheiten und der Förderung von Gesundheit äußerst komplex sind, ließe sich allein aus den in verschiedenen öffentlichen Debatten vorgenommenen Verkürzungen und (scheinbar bewußten) Mißinterpretationen genügend Stoff für eine gründliche argumentative Aufbereitung, vor dem Hintergrund des interdisziplinären Forschungs- und Wissensstandes, finden.

Eine wissenschaftliche ‘an-und-für-sich’-Betrachtung der Gesundheitsförderung durch Krankenkassen als Antwort auf verkürzte Darstellungen in der Öffentlichkeit würde allerdings den Aufwand nicht rechtfertigen, wenn es sich dabei nicht um ein weitreichendes, über den eigentlichen Gegenstandsbereich bei weitem hinausweisendes gesundheitspolitisches Thema handelte. Gesundheitsförderung als Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen ist jedoch in dreierlei Hinsicht von grundlegender Bedeutung für den gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Diskurs.

Zunächst handelt es sich bei der Gesundheitsförderung durch Krankenkassen um die in den letzten Jahren praktisch dominierende Form bundesdeutscher Präventionspolitik. Dies zeigte sich nicht zuletzt in einer Repräsentativerhebung aus dem Jahre 1994, derzufolge rund 50 Prozent aus dem Gesamtspektrum in Anspruch genommener Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung allein auf Angebote gesetzlicher Krankenkassen entfielen (KIRSCHNER et al. 1995, S. 64). Darüber hinaus spielten Krankenkassen auch als Finanzierer von Maßnahmen anderer Einrichtungen eine erhebliche Rolle, deren Ausmaß sich, bezogen auf die gesamte Präventionslandschaft in Deutschland nur erahnen läßt. Aufgrund der überragenden quantitativen Bedeutung ist letztlich die von den Kassen gewählte Praxis auch ein repräsentatives Beispiel für den politischen und gesellschaftlichen Umgang mit Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland.

Damit zusammenhängend hat die Praxis der Krankenkassen auch maßgeblichen Anteil an der Etablierung und Ausweitung des Berufsfeldes der Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung gehabt. Angesichts des durch die Kassen ermöglichten breiten Betätigungsfeldes für ‘neue Gesundheitsberufe’ - z.B. SportpädagogInnen, ErnährungswissenschaftlerInnen, PsychologInnen - lassen sich aus den Angeboten der Krankenkassen auch unter professionellen Gesichtspunkten Rückschlüsse über Konzepte, Selbstverständnisse und Akzentuierungen, und damit nicht zuletzt über den jeweiligen akademischen Ausbildungs- und Forschungsstand in den relevanten Fachrichtungen ziehen.

Schließlich verweist die praktische Umsetzung der Gesundheitsförderung durch Krankenkassen auch auf die Frage nach Möglichkeiten und Grenzen einer strukturellen und organisatorischen Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Viele theoretische Elemente der Gesundheitsförderung sowie die gesetzlich erweiterten Handlungsspielräume durch das 1989 in Kraft getretene Gesundheitsreformgesetz können im Zusammenhang mit den seit Jahren diskutierten Problemfeldern und Reformansätzen der GKV betrachtet werden.

Ein wesentliches Problem stellt sich dabei aus aktuellem Anlaß durch die 1996 erfolgte Streichung des gesetzlichen Präventions- und Gesundheitsförderungsauftrages. Damit stellt sich nicht nur die theoretische, sondern auch die politisch-praktische Frage nach einer Neupositionierung im Umgang mit dem oftmals als 'sozialutopisch' bezeichneten, dem gewohnten administrativen Zugriff zweifellos schwer zugänglichen Konzept der Gesundheitsförderung. Ist es möglich, dem umfassenden Anspruch der Gesundheitsförderung gerecht zu werden, ohne dabei sogleich der Versuchung zu unterliegen, um jeden Preis vielfältige neue Betätigungsfelder zu erschließen, und dabei 'blinde Flecke' in eigentlichen, traditionellen Aufgabenfeldern entstehen zu lassen? Inwiefern kann Gesundheitsförderung auch dazu beitragen, eben diese vorrangigen Aufgaben in der deutschen Gesundheitspolitik bzw. im gesundheitlichen Versorgungssystem zu bewältigen?

Die zentrale Hypothese, welche in dieser Arbeit bezüglich der angesprochenen Problematik verfolgt werden soll, läßt sich mit dem Begriffspaar 'Addition' und 'Integration' umschreiben. Angesichts der öffentlichen Debatte über die Gesundheitsförderungspraxis, speziell im Kontext der gesetzlichen Krankenversicherung, liegt die Vermutung nahe, daß Gesundheitsförderung und Prävention allzuoft als neue, zusätzlich zum System der gesundheitlichen Versorgung installierte Handlungsfelder begriffen werden, welche einen unmittelbaren Bezug zu den Kernfragen und Problemfeldern der gesundheitlichen Versorgung vermissen lassen. Gegenüber einer bloßen *Addition* von Maßnahmen und Handlungsfeldern ist hingegen die *Integration* von Methoden und Inhalten der Gesundheitsförderung in traditionelle Handlungsfelder erforderlich, um die gesundheitspolitische und auch gesundheitsökonomische Bedeutung der Gesundheitsförderung zur Entfaltung zu bringen. Eine Integration der Gesundheitsförderung, als Querschnittsaufgabe expliziter Gesundheitspolitik, wird jedoch, so die Hypothese, auch dem umfassenden Ansatz der Gesundheitsförderung eher gerecht, als eine additive Expansion gesundheitlicher

Handlungsfelder aus dem Rahmen bisheriger Kernaufgaben, welche nach wie vor als ungelöst betrachtet werden müssen.

Bezogen auf die gesetzliche Krankenversicherung als zentraler Akteur des deutschen Gesundheitswesens bedeutet dabei Integration, traditionelle Handlungsfelder und anstehende Reformaufgaben unter dem Paradigma der Gesundheitsförderung in Angriff zu nehmen. Als 'gesundheitsfördernde Krankenkassenpolitik' wäre demnach eine Integration von Arbeitsprinzipien und Inhalten der Gesundheitsförderung in zentrale Bereiche der Unternehmenspolitik von Krankenkassen zu verstehen. Dies setzt einen Politikbegriff voraus, der weniger der staatlichen Rollenzuweisung an die Krankenkassen, etwa in Form des gesetzlichen Auftrages zur Prävention und Gesundheitsförderung durch das Gesundheitsreformgesetz, sondern vielmehr der eigenen Gestaltungskraft der Kassen die wesentliche Aufmerksamkeit schenkt.

Vor diesem Hintergrund, und unter den drei bereits genannten Gesichtspunkten - Präventionspolitik in Deutschland, akademische und professionelle Ausrichtung 'neuer' Gesundheitsdisziplinen sowie die Frage nach der Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung - ergibt sich die Notwendigkeit einer Bestandsaufnahme der gegenwärtigen und zukünftigen Bedeutung sowie der Realisierbarkeit des Konzeptes der Gesundheitsförderung im Rahmen bundesdeutscher Gesundheitspolitik, und speziell im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung.

0.2 Aufbau der Arbeit

Zunächst geht es um eine begriffliche Klärung dessen, was *Gesundheitsförderung* konzeptionell beabsichtigt. Die Aufgabe besteht dabei in einer Zusammenfassung der verschiedenen wissenschaftlichen Argumentationen, die seit vielen Jahren mit zur Entwicklung des Konzeptes der Gesundheitsförderung beigetragen haben. Dabei sollen die durch diesen Begriff ausgelösten Kontroversen aufgezeigt und dazu genutzt werden, mögliche Abgrenzungen und Konkretisierungen vorzunehmen. Zu nennen sind hier insbesondere die kritischen Debatten bezüglich der vorwiegend auf kurative Biomedizin beschränkten gesundheitlichen Versorgung, sowie die (selbst-)kritischen Reflexionen der bisherigen Unzulänglichkeiten einer auf individuelles Verhalten konzentrierten Prävention bzw. Gesundheitserziehung. Diese beiden für die Entwicklung der Gesundheitsförderung fundamentalen Ansätze verweisen auf einen Gesundheitsförderungsbegriff, welcher die Integration in Kernbereiche des traditionellen Gesundheitswesens zumindest einschließt, wenn nicht gar anderen, eher additiven Konzeptionen voransetzt.

Hinsichtlich der zentralen Arbeitshypothese, der Integration von Gesundheitsförderung in Kernbereiche der gesundheitlichen Versorgung, soll vom theoretischen Standpunkt weiterhin die gesundheitsökonomische sowie gesundheitspolitische Bedeutung der Gesundheitsförderung untersucht werden. Dabei geht es einerseits darum, die Notwendigkeit der Integration von Gesundheitsförderung auch aus der Perspektive der Gesundheitsökonomie sowie der Gesundheitspolitik zu hinterfragen. Andererseits stellt sich aus den genannten Perspektiven die Frage nach Möglichkeiten, wie eine solche Integration sinnvollerweise geschehen sollte.

Aus *gesundheitsökonomischer Sicht* stellt sich einerseits die Frage nach dem ökonomischen Nutzen, der durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung, etwa in Form verbesserter Gesundheit (Lebensdauer und Lebensqualität) oder aber in Form direkter Einsparungen an anderer Stelle des gesundheitlichen Versorgungssystems, erzielt werden kann. Neben - oder besser: wegen - dieser methodisch und theoretisch schwer zu beantwortenden Frage geht es andererseits auch um das Verhältnis bzw. ‘Nicht-Verhältnis’ zwischen prozeßorientierter Gesundheitsförderung und gesundheitsökonomischen Ansätzen der Ergebnisbewertung. Dabei lassen sich Parallelen zwischen der Entwicklung der Gesundheitsökonomie und der Gesundheitsförderung dahingehend aufzeigen, daß der Ausgangspunkt beider wissenschaftlichen Debatten oftmals in der mangelhaften Wirksamkeit und Bedarfsorientierung einer nahezu ausschließlich auf kurative Biomedizin reduzierten gesundheitlichen Versorgung liegt. Vor diesem Hintergrund muß auch die Messung, bzw. die Bewertung der Gesundheitsförderung, sofern überhaupt erforderlich, in einen konzeptionellen Zusammenhang mit anderen gesundheitlichen Versorgungsleistungen gestellt werden.

Aus *gesundheitspolitischer Sicht* gilt es hingegen, das Spannungsfeld zwischen der eng mit Gesundheitsförderung verbundenen Theorie einer Public Health-Politik und der realpolitischen Debatte in Deutschland, welche mehrheitlich auf Konzepte der Privatisierung und Marktorientierung abstellt, zu untersuchen. Dabei ist die Rolle der gesetzlichen Krankenversicherung als zentraler Akteur des deutschen Gesundheitswesens, insbesondere vor dem Hintergrund der 'Vision' eines 'Wachstumsmarktes Gesundheit', auch für die Zukunft bedeutsam. Die vielfältigen Parallelen, welche sich etwa zwischen zentralen Begrifflichkeiten der Gesundheitsförderung - Anwaltschaft, Empowerment, Vermitteln/Vernetzen -, und den Anforderungen an eine Verbraucherschutzpolitik im Gesundheitswesen erkennen lassen, weisen auf die Umsetzungsmöglichkeiten der Gesundheitsförderung durch Krankenkassen hin. Darüber hinaus müssen aber auch die Hindernisse der Umsetzung von Gesundheitsförderung aufgezeigt werden, welche etwa in der politisch induzierten Wettbewerbssituation zwischen den Krankenkassen gesehen werden können. Dies betrifft insbesondere den Anspruch einer allumfassenden Public Health-Politik, welche sich etwa durch Begriffe wie Kooperation, Zielorientierung, Regionalisierung und Partizipation charakterisieren läßt.

In diesem Spannungsfeld zwischen Anforderungen der Gesundheitsförderung und Public Health, sowie den realpolitischen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen muß jedoch das Begiffspaar 'Krankenkassen' und 'Gesundheitsförderung' unter zweierlei Gesichtspunkten diskutiert werden: Im Sinne einer Integration der Gesundheitsförderung geht es nicht nur darum zu fragen, welche Bedeutung Krankenkassen für die Entwicklung einer Public Health-Politik haben können. Es muß auch danach gefragt werden, welche Bedeutung die Gesundheitsförderung für die Krankenkassen hat bzw. haben kann. Welche Rolle kann Gesundheitsförderung für die inhaltliche und organisatorische Weiterentwicklung der GKV (hin zu einer Verbraucherschutzorganisation) spielen? Welche Aufgaben aus dem originären Handlungsrahmen der GKV lassen sich durch das Paradigma der Gesundheitsförderung gegebenenfalls besser als bisher erfüllen?

Während in der Fachdiskussion um Gesundheitsförderung in der GKV zumeist der erste Aspekt der potentiellen Bedeutung von Krankenkassen für die Gesundheitsförderung im Mittelpunkt steht, soll in dieser Arbeit insbesondere auch die zweite Frage nach der Bedeutung der Gesundheitsförderung für Krankenkassen theoretisch und empirisch untersucht werden.

Für eine empirische Untersuchung der Praxis der Krankenkassen in der Gesundheitsförderung ergibt sich daraus die Notwendigkeit, sich nicht nur auf eine deskriptive Darstellung des Handlungsspektrums zu beschränken. Wesentliche Schwerpunkte sind darüber hinaus in der Untersuchung der Bedingungs- und Akteurskonstellationen innerhalb und außerhalb der Kassenorganisationen, sowie - hinsichtlich der Bewertung der Praxis - in der Suche nach theoretisch konsistenten Elementen, welche sich konsequent in Richtung einer weiteren Integration der Gesundheitsförderung in das gesundheitliche Versorgungssystem fortentwickeln lassen, zu setzen. Die Zielsetzung der empirischen Untersuchung läßt sich dementsprechend durch die Beantwortung folgender drei Fragenkomplexe charakterisieren:

1. Wie sieht die Kassenpraxis in der Gesundheitsförderung aus? Welche Maßnahmen umfaßt das Handlungsspektrum der Kassen? Welchem Leitbild folgen die Kassen und welche Zielsetzungen werden dabei verfolgt? Wie werden die Maßnahmen im Hinblick auf ‘Erfolge’ evaluiert?

2. Welche politischen, organisatorischen und persönlich-professionellen Bedingungen tragen zu der gewählten Handlungspraxis bei? Welche organisatorischen Beziehungen und Interessengeflechte bestehen innerhalb der Kasse, welche kooperativen Beziehungen bestehen zu Akteuren außerhalb der Kassenorganisation? Welche Rahmenbedingungen begünstigen die gewählte Praxis und behindern anderweitige Aktivitäten?

3. Welche Elemente der gewählten Handlungspraxis sind vor dem Hintergrund einer umfassenden, auch gesundheitsökonomisch und gesundheitspolitisch fundierten Konzeption konsistent? Wo finden sich praktische Ansatzpunkte der Integration gesundheitsfördernder Maßnahmen in Kernbereiche des gesundheitlichen Versorgungssystems? Welche praktischen Erfahrungen der Kassen können dabei für eine entsprechende Weiterentwicklung und Profilierung genutzt werden?

Um diesen drei Fragenkomplexen hinreichend nachzugehen, waren, wie sich im Verlauf der Arbeit herausstellte, mehrere empirische Untersuchungsschritte notwendig. Zunächst wurde dabei 1995 eine qualitative Untersuchung anhand von Experteninterviews mit KassenvertreterInnen durchgeführt. Diese diente einerseits der deskriptiven Darstellung des Maßnahmenspektrums sowie von prioritären Handlungsfeldern und Strategien. Andererseits konnten anhand der Interviewaussagen wesentliche Erkenntnisse über Hintergründe, organisatorische Rahmenbedingung und sonstige Einflußfaktoren auf die Praxis der Krankenkassen gesammelt werden.

Über den Befragungszeitraum hinaus wurden zudem schriftliche Informationen mit in die Untersuchung aufgenommen. Dabei handelte es sich zunächst um die vielfältigen Informationsbroschüren, Angebotsbeschreibungen und Curricula, welche neben den mündlichen Interviewaussagen tiefere Einblicke in die inhaltlichen und methodischen Aspekte einzelner Maßnahmen erlaubten. Darüber hinaus waren aber insbesondere die, großenteils erst in den letzten Jahren, aus den Reihen der Krankenkassen hervorgegangenen Evaluationsstudien bedeutsam, um sowohl Konzeptionen und Zielsetzungen als auch Effekte der angebotenen Maßnahmen zu verdeutlichen.

Die Ergebnisse dieser kasseninternen Evaluationsstudien sowie die angesichts politischer Entwicklungen im Jahr 1996 (geplante Streichung der Gesundheitsförderung) veränderten Argumentationen aus den Reihen der Kassen veranlaßten schließlich im Herbst 1996 zu einem zweiten Schritt der empirischen Untersuchung. Dabei handelt es sich um eine schriftliche Befragung von TeilnehmerInnen an Gesundheitskursangeboten der Krankenkassen mit dem Ziel, Motivationen zur Kursteilnahme sowie subjektiv beobachtete Effekte bei den TeilnehmerInnen zu ermitteln. Durch diese Teilnehmerbefragung sollte die in einigen kasseninternen Studien aufgezeigte Tendenz, Gesundheitskurse vorwiegend aufgrund von manifesten gesundheitlichen Beschwerden in Anspruch zu nehmen, sowie die daraus resultierenden Konsequenzen hinsichtlich der Angebotsgestaltung und der beobachteten Effekte, der Reduktion von Behandlungshäufigkeiten im medizinischen Versorgungssystem, näher untersucht werden.

Dabei stellte sich sowohl die Reduzierung der gesundheitlichen Beschwerden als auch ein Hinzugewinn an Sicherheit, im Umgang mit der Gesundheit sowie mit gesundheitlichen Versorgungsleistungen, als zwei wesentliche Effekte von Gesundheitskursen heraus, welche auch bezüglich der bis dato praktizierten Gesundheitsförderungsangebote von Krankenkassen auf eine grundsätzlich andere Bedeutung hinweisen, als dies oftmals in der Öffentlichkeit diskutiert wird. Nicht die, von den Kassen vielfach selbst angestrebte, primäre Verhaltensprävention in den klassischen Bereichen ‘Ernährung’, ‘Bewegung’, ‘Entspannung’, sondern eine eher sekundär- und tertiärpräventive Ausrichtung mit Elementen der

Kompetenzförderung von Versicherten als VerbraucherInnen von gesundheitlichen Versorgungsleistungen hat sich, bedingt durch die Nachfrage, als Charakteristikum von Gesundheitskursen herauszubilden begonnen.

Die Hypothese der 'Integration der Gesundheitsförderung in das gesundheitliche Versorgungssystem' wird insofern durch die empirische Untersuchung konkretisiert, als sich aus den durch die Erfahrungen mit Gesundheitskursen offengelegten Bedürfnissen der Versicherten nach Unterstützung und Beratung für die Zukunft sowohl eine Aufgabenbeschreibung an Krankenkassen als auch ein Anforderungsprofil an gesundheitliche Bildungs- und Beratungsangebote ableiten läßt. Auf dieser Basis, und vor dem Hintergrund der aktuellen Problembereiche deutscher Gesundheitspolitik, werden in einem abschließenden Kapitel Handlungsempfehlungen für eine, wenn auch in ihrem Kurs korrigierte, Weiterentwicklung gesundheitsfördernder Strategien durch Krankenkassen formuliert. Darüber hinaus werden die möglichen Konsequenzen einer solchen Kurskorrektur über den Gegenstandsbereich der Krankenkassen hinaus für die politische, professionelle und wissenschaftliche Orientierung in der Gesundheitsförderung aufgezeigt.