3 Gesundheitspolitische Aspekte

„Centralizers are fearful of what ordinary people may do to their systems.
Decentralizers are fearful of what those systems may do to us.“
(Barbara Garson, zit. n. WENZEL 1990, S. 6)

3.1 ‘Public Health’ - Gesundheitspolitik im weitesten Sinne

3.1.1 Public Health-Innovationen in und außerhalb expliziter Gesundheitspolitik

„Gesundheitspolitik im Sinne von Public Health findet nicht nur dort statt, wo über Gesundheit geredet wird, sondern überall dort, wo durch die Gestaltung von Verhältnissen, Verhaltensbedingungen und -anreizen populationsbezogene Wahrscheinlichkeiten von Erkrankungen, Progredienz, Chronifizierung, krankheitsbedingter Einschränkung von Lebensqualität und Tod - positiv oder negativ - beeinflußt werden“ (WZB 1995, S. 20).

Public Health kann zurecht als „soziale Innovation“ (ebd.), nicht nur im Rahmen traditioneller Gesundheitspolitik, sondern im Querschnitt gesellschaftspolitischer Handlungen angesehen werden. Dabei hat die populationsbezogene Perspektive von Gesundheit - *Public Health* - allerdings eine lange Tradition bis weit in das 19. Jahrhundert hinein. Protagonisten der öffentlichen Gesundheit sahen stets den Bezug des Sozialstaats und der Politik zur Medizin und umgekehrt. „Medizin ist eine sociale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts, als eine Medizin im Grossen“ (Virchow 1848, zit. n. HUNGELING 1995, S. 1), m.a.W.: „So wie die Medizin der Gesundheit des Einzelnen diene, müsse die Politik der Gesundheit der Gesamtheit dienen“ (ebd). Da heute zunehmend gesichert ist, daß andere gesellschaftliche Bereiche und Politikfelder weitaus größeren Einfluß auf die Gesundheit der Bevölkerung haben als das Gesundheitswesen selbst (BUSSE/WISMAR 1997), wird bisweilen sogar diskutiert, ob nicht Gesundheitspolitik der Oberbegriff sei, unter dem Sozialstaat und Sozialpolitik zu subsumieren seien (HUNGELING 1995).

Diese Abgrenzungsproblematik wird auf der Ebene der Weltgesundheitsorganisation unter dem Begriffspaar „Public Health Policy“ und „Healthy Public Policy“ diskutiert (CONRAD/KICKBUSCH 1988). ‘Healthy Public Policy’ meint dabei die weiteste Perspektive gesundheitsrelevanter Handlungen in allen Bereichen der Politik. Dies führt in der Konsequenz dazu, daß zunehmend auch Fragen der Arbeitsmarktpolitik, der Familienpolitik, der Umweltpolitik oder der Verbraucherschutzpolitik unter dem Gesichtspunkt der Gesundheit diskutiert werden müssen (ebd.).

Public Health-Politik kann demgegenüber - etwas bescheidener - als Versuch gedeutet werden, das Phänomen Gesundheit wieder als eine die Bevölkerung in ihrer Gesamtheit betreffende Angelegenheit zu betrachten, und nicht lediglich auf die Privatsphäre der medizinischen Praxis und die damit einhergehende Individualperspektive zu reduzieren. Das Public Health-Paradigma als 'Makro-Perspektive' macht dabei politisches Handeln im Sinne einer an gesellschaftlichen und gesundheitlichen Zielen orientierten Gesundheitspolitik erst möglich. Der auf der Ebene der Gesetzgebung üblicherweise vorgenommenen Reduktion von

- Gesundheitspolitik auf Krankenversorgungspolitik
- Krankenversorgungspolitik auf Ausgabenpolitik und
- Ausgabenpolitik auf die Steuerung des Versicherten- bzw. Patientenverhaltens (ROSENBROCK 1988)

wird im Rahmen von Public Health eine 'echte', an inhaltlichen „Gesundheitszielen" orientierte Politik gegenübergestellt (KNIEPS 1997).

Neben dieser Zielorientierung, die sich u.a. aus dem Zusammenspiel mit (sozial-) epidemiologischer Forschung und Gesundheitsberichterstattung (vgl. Kap. 1.3.2) ergibt, beinhaltet Public Health aber eine Reihe weiterer sozialer Innovationen, die in engem Zusammenhang mit dem Begriff der Gesundheitsförderung (vgl. Kap. 1.1) stehen.

So werden auf der Ebene der Problemwahrnehmung („assessment") neben rein physiologisch-quantitativen zusätzlich qualitative, soziale bzw. psychosoziale Faktoren miteinbezogen. Wie bereits in Kap. 1 ausgeführt, liegt dieser Betrachtung ein grundsätzliches anderes Ätiologiekonzept von Krankheit und Gesundheit zugrunde, welches nicht nur, zumeist stoffliche, Risikofaktoren berücksichtigt, sondern vielmehr auch an vorhandenen und zu fördernden gesundheitlichen Ressourcen ansetzt (WZB 1995, S. 18; Abb. 3.1).

Abb. 3.1: Public Health: Problemwahrnehmung („assessment“) (WZB 1995)

	bisheriger Standard	Public Health-Innovation
Problemdefinition	fallbezogen	populationsbezogen
Risikokonzept	physiologisch quantitativ	zusätzlich psychosozial qualitativ
Ressourcenkonzept	Geld, Recht, Information	zusätzlich sozial und psychosozial
Ätiologiekonzept	Belastungen, Noxen	Ungleichgewicht Belastungen/Ressourcen

Bezüglich der Interventionslogik („policy formulation“) stehen gegenüber der traditionell kurativ orientierten Gesundheitspolitik vorwiegend präventive Potentiale im Vordergrund. Diese berücksichtigen jedoch, wiederum in Anlehnung an die Ottawa-Charta, insbesondere kollektive sowie durch Lebenslagen bedingte Risikofaktoren; die individuelle Gefahrenabwehr des Einzelnen durch herkömmliche Ansätze der Verhaltensprävention bildet dabei lediglich einen, nicht jedoch den wesentlichen präventiven Einflußfaktor. Als Ziel einer solchen präventiven Gesundheitspolitik ist demnach auch nicht primär die Vermeidung oder Kompensation gesundheitlicher Verhaltensdefizite anzusehen, sondern die ganzheitliche Förderung von *Handlungsautonomie* auf allen Ebenen gesundheitlicher Handlungen (ebd., Abb. 3.2).

Abb. 3.2: Interventionslogik („policy formulation“) (WZB 1995)

	bisheriger Standard	Public Health-Innovation
Aufgreifkriterium	eingetretene Risiken	präventive Potentiale
Interventionskonzept	individuelle Gefahren-abwehr	kollektive Gefahren-vorsorge
Interventionstyp	Normen (v.a. Grenz-werte) Wissen-Einstellung-	zusätzlich Faktoren der Lebenslage, Lebensweise
Interventionsziel	Kompensation von Autonomiedefiziten	Autonomieförderung (enabling, empowerment)

Wesentliche Umsetzungselemente auf der Ebene der Steuerung sind Vernetzung und Kooperation der beteiligten Akteure, modernes Organisationslernen und Organisationsentwicklung sowohl innerhalb als auch zwischen den beteiligten Institutionen. Dabei sind neben „top down-“ gleichermaßen „bottom up-Strategien“ zu entwickeln, welche die Perspektive der Betroffenen in den Mittelpunkt rücken.

Partizipation der Bürger (bzw. Versicherten, Patienten etc.) hat dabei, so die These des Empowerment (vgl. Kap. 1.1), nicht nur die wichtige Funktion, Angebots- und Versorgungsstrukturen besser an die psychosozialen und sozioökonomischen Lebensverhältnisse der Nutzer anzupassen, sondern hat darüber hinaus selbst eine quasi-therapeutische Wirkung: Wenn „Ohnmacht kränkt“, so trägt die Förderung von Problem- und Selbstbewußtsein sowie die Stärkung einer aktiven, auch politischen Handlungsbereitschaft der Bürger mit zu einer neuen, ‘gesünderen’ Gesundheits- und Sozialpolitik bei (TROJAN 1993). Während im vorangegangenen Abschnitt (Kap. 2) noch von einem ‘souveränen Konsumenten’ die Rede war, besteht die sozialpolitische Version dieses Menschenbildes darin, die Betroffenen selbst als partizipierende Akteure, als Entscheidungsträger im gesundheitsbezogenen Versorgungsprozeß, der selbstverständlich weit über das Medizinsystem hinaus geht, zu begreifen.

Als relevante Handlungsfelder stehen demzufolge in erster Linie paramedizinische Bereiche wie Nachbarschaftshilfe und die Ausbildung sozialer und familialer Netzwerke, etwa bei der Bewältigung alltäglicher Versorgungsaufgaben wie der Altenpflege und der Kinderbetreuung (etc.) im Vordergrund. Solche Netzwerke, ebenso wie Bürgerinitiativen des Verbraucher-, Umwelt- oder Lärmschutzes und erst in zweiter Linie Selbsthilfegruppen mit direktem Gesundheits- bzw. Krankheitsbezug bilden gemeinsam eine neue politische Kultur, in deren Rahmen das medizinische Versorgungssystem gleichberechtigt neben anderen gesundheitsrelevanten Berufsgruppen - Sozialarbeiter, Oecotrophologen etc. - besteht und von den Nutzern durch Nachfrage, aber auch durch aktive Steuerung, Kooperation und Partizipation wahrgenommen wird (DEMMER 1992; EVERS 1990b; Abb. 3.3).

Abb. 3.3: Steuerung/Akteure („policy fomulation/assurance“) (WZB 1995)

	bisheriger Standard	Public Health-Innovation
Steuerungssubjekt	Staat: Sozialversicherungs-träger	zusätzlich: policy-networks in Interventionsbereichen
Steuerungs-instrumente	Geld, Norm, Information	zusätzlich Partizipation, Organisationsentwicklung Organisationslernen
Steuerungsbereiche	explizite Gesundheits-politik	explizite und implizite Gesundheitspolitik
Professionelle Zuständigkeit	Gesundheitsberufe	gesundheitswirksame Berufe

Dies ist keineswegs als eine Abwertung des Medizinsystems oder der von staatlicher Steuerung in hohem Maße abhängigen Sozialversicherungsträger gemeint, sondern lädt vielmehr dazu ein, sich auch von dieser Seite an einer problem- und zielorientierten Politik zu beteiligen. Um eine bürgernahe Politik und die Partizipation der Betroffenen (*policy-networks*) zu gewährleisten, bedeutet dies jedoch z.B. die Aufwertung der öffentlichen Gesundheitsdienste als Repräsentanten einer regionalisierten und an den gesundheitlichen Problemlagen ‘vor Ort’ unmittelbar anknüpfenden Gesundheitspolitik (MÜLLER et al. 1991, BADURA 1988).

Public Health-Politik läßt sich also durch eine ganze Reihe sozialer Innovationen auf verschiedenen Ebenen politischer Handlungen charakterisieren. Dabei spielen Schlagworte der Gesundheitsförderung (Vermitteln/Vernetzen, Anwaltschaft, Empowerment) eine ebenso zentrale Rolle wie allgemein angemahnte ‘Regeln’ des politischen, wirtschaftlichen oder administrativen Handelns, etwa Kooperation und Partizipation. Arbeitsprinzipien der Gesundheitsförderung lassen sich also auf den erweiterten Rahmen gesundheitspolitischer Handlungen bzw. gesundheitsrelevanter politischer Handlungen im weitesten Sinne übertragen. Dabei wird durch die vielen konzeptionellen Parallelen zwischen Gesundheitsförderung und den hier skizzenhaft dargestellten Grundprinzipien von Public Health offenkundig, daß es sich um eine weitgehende Deckungsgleichheit beider Konzepte in jeweils unterschiedlichen Diskussionskontexten handelt. Public Health bildet gewissermaßen den Rahmen der Gesundheitsförderung.

Das Begriffspaar 'Public Health Policy' sowie 'Healthy Public Policy' zeigt indes auf, daß es bei der Reorientierung der Gesundheitspolitik an Public Health-Prinzipien nicht unmittelbar darum gehen kann, eine sektoral begrenzte, explizite Gesundheitspolitik durch eine grenzenlose Perspektivenausweitung auf alle gesundheitsrelevanten Bereiche des gesellschaftlichen Lebens (Healthy Public Policy) zu ersetzen. Vielmehr besteht auch hier eine Wechselwirkung zwischen expliziter und impliziter Gesundheitspolitik, welche im Bedarfsfall und auf der Grundlage autonomer Entscheidungen der betroffenen Bürger den Rahmen gesundheitspolitischer Handlungen beinahe beliebig erweitern, aber auch wieder auf den eigentlichen 'Kernbereich' des Gesundheitswesens verengen kann. Prioritäre gesundheitliche Zielsetzungen richten sich demzufolge nach der Dringlichkeit der wahrgenommenen gesundheitlichen oder, im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen entstandenen sozialen oder wirtschaftlichen Probleme in der Bevölkerung.

Schließlich wird Public Health aber durch zwei, im Ansatz scheinbar gegensätzliche Elemente gekennzeichnet. Einerseits steht dabei die Orientierung an gesundheitlichen Zielen im Vordergrund, andererseits aber auch der Prozeß der kooperativen und partizipativen Zielfindung im Rahmen von Politik-Netzwerken. Während gesundheitliche Ziele an sich eher auf eine planerische - und traditionellerweise dem Zentralstaat zugeordnete - Aufgabe verweisen, erfordert der Anspruch der Bürgernähe und Partizipation umgekehrt den Abbau staatlich-bürokratischer Regulierungsdichte (Deregulierung) sowie eine in hohem Maße dezentralisierte und regionalisierte Organisation der Gesundheits- und Sozialpolitik.

3.1.2 Zielorientierung vs. Deregulierung im Gesundheitswesen

Der Anspruch inhaltlicher Gesundheitspolitik wird seit Jahren eng mit der Formulierung von Gesundheitszielen verbunden (KNIEPS 1997). Anknüpfend an die WHO-Initiative „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" aus dem Jahr 1977 sowie an die Vorreiterschaft der kanadischen Bundesregierung (LALONDE 1974) haben sich in den letzten Jahren verschiedene Länder auf die Adaptation einiger der von der WHO formulierten Zielbündel geeinigt (BUSSE/WISMAR 1997)[1].

[1] Neben Kanada und später den USA auch: Australien, Frankreich, Schottland, England, Wales, die Niederlande, die skandinavischen Länder sowie einige Regionen Spaniens. In Deutschland existieren bislang Gesundheitsziele für die Bundesländer Nordrhein-Westfalen und Berlin (BUSSE/WISMAR 1997).

In der Bundesrepublik waren die Bemühungen um die Entwicklung ökonomischer und medizinischer Orientierungsdaten zur Formulierung von Gesundheitszielen seit den frühen 80er Jahren zunächst durch die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (KAiG), später durch die Einrichtung einer Arbeitsgruppe „Prioritäre Gesundheitsziele“ durch das Bundesgesundheitsministerium (WEBER et al. 1990) sowie durch die Einberufung eines Sachverständigenrates der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) gekennzeichnet. All diese Bemühungen haben allerdings bis heute, trotz dreier Reformstufen, nicht zu einer Umorientierung der „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“ (SCHÖNBACH 1997) bzw. der in hohem Maße durch Lobby- und Verbandsinteressen bestimmten deutschen Gesundheitspolitik geführt (FELKNER 1996).

Dabei wurde bereits vor der ersten Gesundheitsreform 1989 die Notwendigkeit erkannt, „Gesundheitspolitik nicht mehr von Institutionen, sondern von Problemen her zu konzipieren“ (ROSENBROCK 1988). Da das Krankheits- und Sterbegeschehen heute von wenigen chronischen Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Karzinome, chronische Bronchitis, Diabetes mellitus, nicht entzündliches Rheuma), psychischen Erkrankungen und vermeidbaren Unfällen (incl. Selbsttötungen) dominiert wird (zusammen ca. 90% der Gesamtmorbidität und -mortalität), geht es bei einer zielorientierten Gesundheitspolitik zunächst um eine genauere Analyse der Bedingungsfaktoren sowie der Interventionsmöglichkeiten für diese dominierenden Krankheitsarten. Dabei stellen sich u.a. drei Leitfragen:

„- Welche gesundheitlichen Probleme lassen sich vor ihrer Manifestation verhindern? (Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung)

- Wie sollen Übergänge, Zwischenzonen und Verweisungswege zwischen der ‘gesunden Lebenswelt’ und dem ‘professionellen Krankenversorgungssystem’ gestaltet werden? (Übergänge und Zugangsregulierung)

- Mit welchen Strukturen und Instrumenten kann das Verhalten der Akteure im Inneren des Krankenversorgungssystems problemadäquat (d.h. gesundheitsgerecht, effizient und effektiv) gestaltet bzw. gesteuert werden?“ (ebd., S. 15)

Auf diesen drei Ebenen gilt es, Zielvorstellungen zu entwickeln, um den verschiedenen gesundheitspolitischen Akteuren überhaupt konkrete Aufgaben zuweisen zu können (ROSENBROCK 1988). ROSENBROCK führt hierzu, unter kritischem Bezug auf die noch darzustellende Einführung der Prävention als GKV-Leistung (vgl. Kap. 3.3.1), weiterhin aus:

> „Unterbleibt dies (wie üblich), so wird z.B. der GKV ein allgemeiner Präventionsauftrag zugeschrieben, ohne zu untersuchen, was die GKV auf diesem Gebiet kann, welche Instrumente sie dafür benötigt und wer die Aufgaben erfüllen soll, die die GKV auf diesem Gebiet eben nicht erfüllen kann." (ebd., S. 15)

Auch die Formulierung von Gesundheitszielen steht also in einem engem Bezug zu einer Politik der Prävention und Gesundheitsförderung bzw. bildet sogar deren Voraussetzung. Dabei liefert eine differenzierte Gesundheitsberichterstattung in den vier maßgeblichen Bereichen Risikoberichterstattung, Krankheitsberichterstattung, Versorgungsberichterstattung und Politikberichterstattung die Grundlage zur Entwicklung prioritärer Handlungsfelder, sowohl für den präventiven als auch für den kurativen und rehabilitativen Bereich (vgl. Kap. 1.3.2).

Hinzu kommt die Notwendigkeit, auch die subjektive Problemwahrnehmung durch die Nutzer gesundheitlicher Versorgungsleistungen zu berücksichtigen, die Betroffenen bzw. ihre Interessenvertreter daher bei der Formulierung prioritärer Handlungsfelder miteinzubeziehen (vgl. Kap. 1.3.2). Partizipation der betroffenen Bürger läßt sich jedoch politisch insbesondere auf der regionalen Ebene erreichen, die einen direkten Bezug zu den Problemen 'vor Ort' sowie die organisatorischen Voraussetzungen für eine möglichst breite Bürgerbeteiligung gewährleistet. HILDEBRANDT und TROJAN weisen auf diesen Umstand eindrücklich hin, indem sie die Möglichkeiten der persönlichen Identifikation und Problemwahrnehmung als Voraussetzungen für bürgerschaftliches Engagement in gesundheitspolitischen Angelegenheiten betonen:

> „Welches ist nun der soziale Ort für eine Verwirklichung einer solchen neuen Art von öffentlicher Gesundheitspolitik. Dieser Ort ist die Stadt bzw. die Gemeinde, in der wir leben und in der wir uns halbwegs auskennen, wo die Entfernung voneinander noch nicht so groß ist, daß die Politik nur noch über den Fernseher flimmert und weder die Bürger noch die Offenziellen sich untereinander kennen. Und wo gleichzeitig die Probleme von industriellem Wandel, Veränderungen in der Familienstruktur, neue Lebensstile, Hoffnung und Hoffnungslosigkeit für alle sichtbar zum Ausdruck kommen." (HILDEBRANDT/TROJAN 1988, S. 64)

Ausdruck der regionalen Orientierung von Public Health ist, neben der bereits angesprochenen Diskussion um die Stärkung der öffentlichen Gesundheitsdienste (s.o.), z.B. das Aktionsprogramm der WHO „Healthy Cities" (HILDEBRANDT/TROJAN 1986) sowie insbesondere die Forderung nach regionalen Gesundheitskonferenzen (REINERS 1994). Eine regionale Gesundheitskonferenz bildet dabei das Forum, um unter Beteiligung aller Interessengruppen (Ärzte, Apotheker, Krankenhäuser, nicht-medizinische Anbieter, Selbsthilfegruppen, Verbraucherorganisationen, Krankenkassen etc.) bei der Gestaltung gesundheitlicher Versorgung letztlich gemeinsame Ziele zu entwickeln. Die Moderations- bzw. Koordinierungsfunktion kommt dabei sog. „Brückeninstanzen“ (TROJAN/HILDEBRANDT 1990) zu, die idealerweise an die Entscheidungsträger regionaler und kommunaler Politik angegliedert sind.

Gesundheitspolitik im Sinne von Public Health ist mithin nicht primär eine zentralstaatliche, sondern eine dezentral, für jede Region selbst zu gestaltende Aufgabe. Vordringliche politische Aufgabe ist dabei der Abbau zentralstaatlicher und bürokratischer Regulierungsdichte, sowie die Aktivierung eines offenen Dialogs zwischen Leistungserbringern und den betroffenen Bürgern, letztlich also auch die Flexibilisierung von Angebot und Nachfrage.

Hieran knüpfen in gewisser Weise auch die in den letzten Jahren vielfältig eingebrachten Reformideen der *Deregulierung* und Marktorientierung im Gesundheitswesen an (z.B. OBERENDER 1990, NEUBAUER 1997). Auch von dieser Seite wird die hohe Regulierungsdichte und die zentralstaatliche Orientierung deutscher Gesundheitspolitik beklagt, welche Innovationen mit dem Ziel der Effektivität und Effizienz, sowie ein flexibles Reagieren auf die zunehmend differenzierten gesundheitlichen Bedürfnisse in der Bevölkerung behinderten.

Allerdings hat sich diese Diskussion über Deregulierung und Marktorientierung im Gesundheitswesen vielfach von den eigentlichen gesundheitspolitischen Fragestellungen entfernt, und vielmehr zu einer Grundsatzdebatte über die Vor- und Nachteile der Marktwirtschaft verselbständigt (REINERS 1987, S. 640): In einer Art „aprioristischer Ordnungspolitik“ im Gesundheitswesen zeige sich die spezifisch deutsche Tradition in der Wirtschaftswissenschaft, welche im Prinzip nur zwei verschiedene Lenkungssysteme kenne, nämlich die „zentral verwaltungswirtschaftliche Lenkung und die Wettbewerbsordnung“ (ebd.). Dieser ordnungspolitische Dualismus führt letztlich dazu, daß „das Fehlen marktwirtschaftlicher Steuerungsprinzipien per se für ein Strukturdefizit“ gehalten wird (REINERS 1987, S. 640).

Durch diese Grundsatzdebatte sind jedoch nicht nur spezifische gesundheitliche Fragestellungen vielfach vernachlässigt worden. Auch die zuvor angemahnte gesundheitspolitische Orientierung, ‘weg von Institionen, hin zu gesundheitlichen Problemen’ und somit zu gesundheitlichen Zielvorstellungen, ist gerade durch die vorwiegend von ökonomischer Seite geführte Privatisierungsdebatte gelähmt worden. Dies wird u.a. damit begründet, daß die Entwicklung und Formulierung von (Gesundheits-)Zielen als planerische Komponente, vom theoretischen Standpunkt betrachtet, der Marktwirtschaft wesensfremd ist: „Die Klassik in der ökonomischen Wissenschaft geht von einem Menschenbild aus, bei dem jedes Individuum - seinem Selbstinteresse folgend - den eigenen Nutzen zu steigern sucht. Die persönlichen Präferenzen dürfen nicht durch gesellschaftliche Ziele überlagert werden“ (BUSSE/WISMAR 1997, S. 33).

Gunnar GRIESEWELL spricht in diesem Zusammenhang gar von einer „Psychopathologie der ordnungspolitischen Diskussion im Gesundheitswesen“ (GRIESEWELL 1994), welche zwei wesentliche Elemente einer fortschrittlichen Public Health-Politik, Zielorientierung einerseits und Deregulierung im Sinne partizipativer, regionaler Politik andererseits, nicht miteinander in Einklang zu bringen vermag. Wettbewerb wird dabei als Konzept der Zielorientierung entgegengestellt und gewissermaßen als Selbstzweck propagiert. Dabei bietet sich gerade im Gesundheitswesen, das in hohem Maße inhaltliche Anforderungen an die Akteure stellt, an, auch das Element ‘Wettbewerb’ in eine gemeinsame, an gesundheitlichen Zielen orientierte Politik zu integrieren: „Wettbewerb ist schließlich kein Selbstzweck, sondern ein Instrument zur Erreichung von ... , ja was, wenn nicht von Gesundheitszielen?“ (SCHÖNBACH 1997, S. 46)

Das hier dargestellte Spannungsfeld zwischen Zielorientierung und Deregulierung verweist jedoch in seiner Konsequenz auf eine noch viel grundsätzlichere Differenzierung: Wenn nicht das gemeinsame Erreichen, so doch zumindest das gemeinsame Formulieren von Gesundheitszielen erfordert statt Wettbewerb vielmehr eine Kooperation zwischen den beteiligten Akteuren. Das Begriffspaar ‘*Kooperation* und *Wettbewerb*’ deutet damit schließlich den grundlegenden Unterschied zwischen Public Health-Politik und einer neoliberalen Gesundheitspolitik an, die seit Jahren von der Erschließung von Rationalisierungs- und Effizienzreserven durch Privatisierung, Wettbewerb und entsprechende Anreizsysteme schwärmt (z.B. KRONBERGER KREIS 1987). Die politisch-praktischen Konsequenzen dieser Differenzierung bzw. der Dominanz des letztgenannten Paradigmas der Konkurrenz und des freien Marktes lassen sich anhand der gesundheitspolitischen Reformdiskussion in der Bundesrepublik Deutschland aufzeigen.

3.2 Die Reformdebatte der bundesdeutschen Gesundheitspolitik

3.2.1 Die gesetzliche Krankenversicherung - zentrale Säule des deutschen Gesundheitswesens

Die Reformdebatte im deutschen Gesundheitswesen konzentrierte sich von Beginn an auf den Gegenstand der gesetzlichen Krankenversicherung (ROSENBROCK 1988). Wenngleich dies nicht immer als problemadäquat und das gesamte Spektrum gesundheitspolitischer Handlungen abdeckend betrachtet wird (ebd.), zeigt es doch zumindest die zentrale Bedeutung, welche der gesetzlichen Krankenversicherung im deutschen Gesundheitswesen zukommt:

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die als erste Säule der deutschen Sozialversicherung im Jahre 1883 unter Reichskanzler Bismarck begründet wurde, versichert bis heute rund 90 % der bundesdeutschen Bevölkerung. Bei einem Finanzvolumen von über 200 Mrd. DM (1993) entfallen knapp die Hälfte aller Ausgaben für Gesundheit in Deutschland auf die GKV (STATISTISCHES BUNDESAMT 1996, BÄCKER et al. 1989, ROSENBROCK 1992).

Im internationalen Vergleich zeichnet sich dieses Versicherungssystem durch einen 'Mittelweg' zwischen einer überwiegend marktwirtschaftlichen Orientierung (wirtschaftsliberales Modell, Bsp. USA) und einem vorwiegend staatlich geregelten Gesundheitssystem (sozialdemokratisches Modell, Bsp. Schweden) aus (ESPING-ANDERSEN 1990). Während die Leistungserbringung gemischtwirtschaftlich, jedoch mit starkem „Privatisierungssog" in den gewinnträchtigsten Sektoren (z.B. in Form niedergelassener Ärzte, ROSENBROCK 1992, S. 8), organisiert ist, besteht staatlicherseits eine Krankenversicherungspflicht, die in enger Anlehnung an den Terminus der „Schutzbedürftigkeit" von der Höhe des Erwerbseinkommens abhängig ist.

Diese gesetzliche Krankenversicherung wird durch parastaatliche Institutionen, sog. „selbstverwaltete Körperschaften öffentlichen Rechts" verwaltet. Diesen gesetzlichen Krankenkassen ist es wiederum überwiegend nicht gestattet, Leistungen der gesundheitlichen Versorgung selbst zu erbringen. Hierfür besteht ein gesetzlicher Sicherstellungsauftrag, z.B. durch die kassenärztlichen oder kassenzahnärztlichen Vereinigungen, welche ebenso wie andere Leistungserbringer (z.B. Krankenhäuser) auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene Verträge über Leistungsart, -umfang sowie Vergütung mit den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen schließen (BÄCKER et al. 1989).

Konstitutive Merkmale der GKV sind das „Sachleistungsprinzip“ sowie das „Umlageverfahren“ (ebd.). Gegenüber privaten Versicherungssystemen bedeutet das „Sachleistungsprinzip“, daß gesundheitliche Leistungen grundsätzlich ohne finanzielle Vorleistung sowie anschließende Kostenerstattung erbracht, sondern durch kollektive Verträge mit den Verbänden der Leistungserbringer sichergestellt werden. Das „Umlageverfahren“ garantiert darüber hinaus die Unabhängigkeit des Krankenversicherungsschutzes von der Risikostruktur, alle Versicherten zahlen Beiträge nur in Abhängigkeit der Höhe ihres Einkommens. Diese Solidarität innerhalb der Versichertengemeinschaft einer Krankenkasse manifestiert sich schließlich sowohl auf der Einnahmen- wie der Ausgabenseite in dem Finanzausgleich zwischen:

- Kranken und Gesunden (*risikobezogene Umverteilung*)
- Erwerbstätigen und Rentnern (*Generationenausgleich*)
- Ledigen und Familien durch die kostenfreie Mitversicherung von Familienangehörigen (*Familienlastenausgleich*)
- Besserverdienenden (bis zur Beitragsbemessungsgrenze) und geringer Verdienenden (*Einkommensumverteilung*) (BÄCKER et al. 1989, S. 97).

Viele dieser Elemente können an sich schon als ‘gesundheitsfördernd’ im Sinne einer „Healthy Public Policy“ (vgl. Kap. 3.1.1) betrachtet werden, da z.B. die Zugangschancen zum System gesundheitlicher Versorgung zumindest vom Prinzip her für alle Bevölkerungsschichten, unabhängig von Einkommen, Alter, Geschlecht oder Zahl der Familienangehörigen, gleich sind. Darüber hinaus werden auch aus verwaltungsökonomischer Sicht eine Reihe von Vorteilen dieses Systems hervorgehoben, etwa die im internationalen wie im Vergleich mit bundesdeutschen Privatversicherungen äußerst geringen Verwaltungskosten (rund 5% der Gesamtausgaben der GKV), die durch das Sachleistungsprinzip und das Umlageverfahren ermöglicht werden. Das GKV-System gilt deshalb nicht zuletzt auch im internationalen Vergleich in vieler Hinsicht als vorbildlich (ALBER et al. 1992, BÄCKER et al. 1989, WASEM 1994).

Dennoch zeichnete sich bereits seit den 70er Jahren ein zunehmender Reformbedarf der GKV ab, nicht zuletzt aufgrund wachsender Finanzierungsprobleme, die nur durch beständige Kostendämpfungsbemühungen durch den Gesetzgeber während der 70er und 80er Jahre gebremst werden konnten (REINERS 1993a, vgl. Kap. 2.1.2).

Neben dem Problem der Finanzentwicklung wurden aber zunehmend auch strukturelle Defizite im System der GKV diagnostiziert, etwa die strikte Gliederung zwischen Primär- und Ersatzkassen, die sich auf einer anachronistisch anmutenden Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten gründete. In der dadurch fehlenden Wahlfreiheit für sozial Schwächere (Arbeiter, Sozialhilfeempfänger etc.) bei gleichzeitigem Werben um Bessergestellte (junge, gutverdienende Angestellte, idealerweise alleinstehend) wurde ein erhebliches Solidaritätsdefizit innerhalb der Versichertengemeinschaft gesehen, welches durch die Gründung von Betriebskrankenkassen überall dort, wo die Risikostruktur einer Belegschaft einen günstigeren Beitragssatz gegenüber der allgemeinen Ortskrankenkasse versprach, noch verschärft wurde (REINERS 1987).

Bezüglich der internen Organisation der selbstverwalteten Krankenkassen wurde darüber hinaus seit geraumer Zeit ein wachsendes „Macht-, Partizipations- und Interessendefizit“ der Selbstverwaltungsorgane beklagt, was sich sowohl intern, im Interessenkonflikt zwischen den paritätisch beteiligten Arbeitgeber- und Arbeitnehmerparteien, als auch nach außen, gegenüber der an Einfluß gewinnenden Geschäftsführung manifestierte, indirekt aber schließlich mit zu einer Schwächung der Position der Kasse gegenüber ihren Vertragspartnern beitrug (LENHARDT 1989, BRAUN/REINERS/TESKE 1984).

Auf Seiten der Kassen wurde hingegen bereits seit Jahren eine Liberalisierung der durch das historisch gewachsene Monopol der kassenärztlichen Vereinigungen sowie durch weitgehende Kompetenzen der Länder und Gemeinden bei der Krankenhausbedarfsplanung gekennzeichneten Vertragsstrukturen mit der Leistungserbringerseite gefordert. In der flexiblen Vertragsgestaltung mit einzelnen Leistungserbringern wurde ein wirksames Mittel gesehen, den kostentreibenden Effekten bestehender Überkapazitäten (Überhang an Krankenhausbetten, steigende Ärztezahlen etc.) entgegenzuwirken und zu einer wirtschaftlicheren und qualitätsorientierten Gestaltung des Versorgungsangebotes zu gelangen (IKK 1988).

Schließlich wurde im Zuge der allgemeinen Reformdiskussion öffentlicher Verwaltungen auch für die Krankenkassen ein Wandel des Selbstverständnisses angemahnt, um den wachsenden und komplexer werdenden Bedürfnissen der ‘Kunden’ gerecht zu werden (REINERS 1989, OPPEN 1991):

> „Das Image der bürokratischen, Siechtum verwaltenden und pfennigfuchserischen Schalter-Krankenkasse soll sich zu dem eines modernen Dienstleistungsunternehmens, einer Gesundheitskasse oder eines ‘freundlichen Unternehmens’ wandeln.“ (BRAUN/FRIEDRICH 1994, S. 55)

3.2.2 Reformansätze zwischen Privatisierung und Ausgabenbegrenzung

Die verschiedenen Problembereiche des GKV-Systems ließen bereits vor Jahren den Ruf nach einer strukturellen Reform des Gesundheitswesens und der GKV als dessen zentraler Akteur laut werden. Dabei ging es stets um die Weiterentwicklung eines ansonsten bewährten Systems, nicht zuletzt um dieses System selbst zu stabilisieren. Von den oben skizzierten Problembereichen rückte dabei allerdings insbesondere einer wiederholt in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses: Das Problem der Ausgabenbegrenzung.

Betrachtet man die seit Jahrzehnten beklagte Finanzierungskrise im deutschen Gesundheitswesen, so fällt auf, daß trotz angebotsinduzierten Leistungsausweitungen, insbesondere im ambulanten und stationären Versorgungssystem (z.B. durch steigende Ärztezahlen), der Anteil der Gesundheitsausgaben, gemessen an der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, relativ konstant geblieben ist (REINERS 1993a, vgl. Kap. 2.1.2). Vielmehr ist eine Einnahmenkrise durch sinkende Reallöhne sowie steigende Arbeitslosenzahlen festzustellen (FELKNER 1996).

Dennoch wurde in der vorherrschenden politischen Debatte zumeist von dem faktisch bestehenden Einnahmeproblem abgelenkt und der Blickwinkel für Reformansätze auf die Ausgabenseite verlagert. Alternative Vorschläge der Erschließung neuer Finanzierungquellen - etwa die Anhebung der Beitragsbemessungs- bzw. der Pflichtversicherungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung - blieben weithin unbeachtet (DERWEIN 1997).

Als Reformmaßnahmen wurden hingegen (und werden bis heute) auf der Ausgabenseite insbesondere Zuzahlungen der Versicherten zu verschiedenen Leistungsbereichen (Arzneimittel, Kuren, Krankenhaustage, Hilfsmittel etc.), wenn auch kritisch diskutiert (z.B. PFAFF 1985), so doch mit einiger Regelmäßigkeit in den verschiedenen Gesundheitsreformstufen umgesetzt. Darüber hinaus wird seit Jahren über die Idee der Begrenzung des Leistungskataloges der GKV auf sogenannte „Kernleistungen“ mit aus dem

GKV-System auszulagernden Zusatzleistungen (bzw. ‘Wahlleistungen’) nachgedacht. Während Kernleistungen weiterhin solidarisch finanziert werden sollen, würden Zusatz- bzw. Wahlleistung dann alternativ durch die Patienten selbst, durch private Zusatzversicherungen oder durch freiwillige Satzungsleistungen der Krankenkassen, allerdings unter Verzicht auf den hälftigen Arbeitgeberbeitrag finanziert (STEGMÜLLER 1993, REINERS 1993b).

Als dritte und einschneidenste Variante wurde dabei insbesondere von wirtschaftsliberaler Seite die Möglichkeit einer generellen Festschreibung der Arbeitgeberbeiträge diskutiert (SIMON 1993). Dies habe den Vorteil, daß Ausgabensteigerungen nicht mehr zu Lasten der von den Unternehmen aufzubringenden ‘Lohnnebenkosten’ gingen. Darüber hinaus sei aber letztlich - so die Argumentation - auch die *Solidarität*, wenn nicht zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer, so doch zumindest innerhalb der Arbeitnehmerschaft eher durch ein Modell der Arbeitgeberfestbeiträge gewährleistet, als durch ständig steigende Zuzahlungen für den einzelnen Patienten. Als konsequenteste Variante wurde dabei vorgeschlagen, den Arbeitgeberbeitrag direkt mit dem Lohn an die versicherten Arbeitnehmer auszuzahlen und diese dann selbst über das Ausmaß ihres Krankenversicherungsschutzes entscheiden zu lassen.[2]

Alle diese Reformvorschläge zielen jedoch weniger auf eine generelle Ausgabenbegrenzung im Gesundheitswesen, sondern vielmehr auf eine Stabilisierung bzw. Senkung der Lohnnebenkosten im Interesse der Arbeitsmarktpolitik, oder besser: der sogenannten ‘Standortsicherungspolitik’ (SCHÄFER 1996). Die alternativ hierzu diskutierte Notwendigkeit der Budgetierung (z.B. OLDIGES 1995) verliert aus standortpolitischer Sicht in dem Maße an Brisanz, wie die Ausgaben im Gesundheitswesen nicht mehr öffentlich bzw. durch Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitgeber und Arbeitnehmer finanziert werden, sondern von den privaten Haushalten als Nachfrager selbst aufgebracht werden müssen. Peter OBERENDER sieht in einem weithin privatisierten Gesundheitswesen gar einen „Wachstumsmarkt“, der zudem positive Beschäftigungseffekte im Interesse der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung bewirken könne (OBERENDER/HEBBORN 1994)[3]. Von dem ursprünglichen Problem der wachsenden Ausgaben im Gesundheitswesen ist also aus dieser Sicht keine Rede mehr.

---

[2] Rede von Jürgen Möllemann auf dem FDP-Kongreß „Liberale Gesundheitsreform“ am 2.5.1995, zit. n. MICKLEY/STANDFEST 1995

[3]siehe auch: Jahresgutachten des Sachverständigenrates der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen 1996 (SVRKAIG 1996)

Gleichwohl werden dabei nicht nur aus sozialpolitischer, sondern auch aus volkswirtschaftlicher Sicht zentrale Fragen der Verteilungsgerechtigkeit untergraben (SCHUHMACHER 1995b, SCHÄFER 1996). Kritiker dieser Reformdiskussion sehen deshalb zunehmend den Einstieg in die „Zwei-Klassen-Medizin“ sowie grundsätzliche Auflösungstendenzen des solidarischen Krankenversicherungssystems (z.B. KNIEPS 1995).

Diese Tendenz der ‘Entsolidarisierung’ und ‘Privatisierung’ beinhaltet jedoch für ein konzeptionelles Weiterdenken der zukünftigen Rolle gesetzlicher Krankenkassenunternehmen einige interessante Ansatzpunkte. So wird etwa durch zunehmende Privatisierung von Gesundheitsleistungen auch die Problematik der bilateralen Beziehungen zwischen Leistungsanbietern und PatientInnen im Gesundheitsmarkt wesentlich verschärft. Das Problem der Anbieterdominanz sowie der mangelnden Konsumentensouveränität der Nachfrageseite, welches auch in dem bestehenden solidarischen Finanzierungssystem kennzeichnend für die gesundheitliche Versorgung ist und dabei wesentlich mit zu der Problematik fehlender Bedarfsorientierung und mangelnder Qualität und Wirtschaftlichkeit in einzelnen Teilbereichen der Versorgung beigetragen hat (vgl. Kap. 2), geht durch eine Privatisierung von Leistungen in doppelter Hinsicht zu Lasten der PatientInnen. Nicht nur haben die Nachfrager von Gesundheitsleistungen wenig Einflußmöglichkeiten auf die Qualität der durch Professionelle definierten Versorgung, sie müssen auch für evtl. nicht bedarfsgerechte oder nicht im Sinne der PatientInnen qualitätsgesicherte Leistungsabläufe selbst bezahlen.

Diese doppelte Benachteiligung der Nachfrageseite läßt den Ruf nach einer starken ‘Nachfragerlobby’ laut werden. PatientInnen sind in zunehmendem Maße auf einen ‘Anwalt’, welcher deren gesundheitliche Interessen gegenüber der Anbieterseite zu vertreten vermag, angewiesen (PAQUET 1995). Unter Bezug auf den Gesundheitsförderungsdiskurs der Ottawa-Charta läßt sich aus der hier dargestellten Problematik ersehen, daß neben ‘Empowerment’ und ‘Vermittlung/Vernetzung’ eben auch ‘Anwaltschaft’ im Sinne einer kollektiven nachfrageseitigen Interessenvertretung wesentlich für die Realisierung von gesundheitlichen Chancen und gesundheitlichen Kompetenzen ist, bzw. zukünftig sein wird (vgl. Kap. 1).

Diese Rolle des Anwalts und kompetenten Partners in medizinischen Angelegenheiten wird in den letzten Jahren vermehrt als zentrale Aufgabe der Krankenkassen reklamiert:

> „Die gleichzeitig notwendige Ausweitung der Aufklärungs-, Informations- und Beratungsaufgaben gegenüber Versicherten und Leistungserbringern im Sinne einer Verbraucherschutzorganisation und die Umgestaltung der Steuerungsaufgaben auf

> individueller und globaler Ebene bedingen eine Erhöhung der medizinischen Kompetenz der Krankenkassen und verlangen entsprechenden Einfluß auf die Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung.“ (KNIEPS 1995, S. 19)

Die Institution der gesetzlichen Krankenversicherung bietet sich dabei in der Bundesrepublik Deutschland geradezu an, das kollektive und individuelle Machtdefizit der Nachfrageseite auszugleichen, und Partizipation der betroffenen BürgerInnen über die Solidargemeinschaft einer Krankenkasse zu realisieren. Dabei ist der Dialog mit der Versichertengemeinschaft gleichsam wichtig, um einerseits kollektive Interessen zu ermitteln und im Vertragsgeschehen mit der Leistungserbringerseite umzusetzen, sowie andererseits individuelle Kompetenzen der bedarfsgerechten und qualitätsgesicherten Inanspruchnahme von Ärzten, Krankenhäusern, Arzneimitteln u.v.m. zu fördern.

Der in der heutigen Zeit vermeintlich ‘angestaubte Wert’ der Solidarität hat also durch die zunehmende gesellschaftliche und auch wirtschaftliche Bedeutung von Gesundheit und des Gesundheitswesens eine neue Qualität erhalten. Die Vision des Gesundheitsmarktes als Produktivitätsgarant und ‘Wachstumsmarkt der Zukunft’ erfordert organisierte Formen des Verbraucherschutzes und der nachfrageseitigen Angebotsgestaltung. Wenn dabei nicht ‘das Rad neu erfunden’, sondern auf bestehenden Strukturen des bundesdeutschen Gesundheitswesens aufgebaut werden soll, ist nicht der Abbau des solidarischen Krankenversicherungssystems, sondern dessen konsequente Weiterentwicklung in Richtung Verbraucherschutz geboten.

3.2.3 Wettbewerb in der GKV

In gewissem Sinne analog zu den dargestellten Privatisierungstendenzen im Gesundheitswesen wird in den letzten Jahren vielfach auch für die gesetzliche Krankenversicherung eine Markt- und Wettbewerbsorientierung angemahnt. Da der Wettbewerb zwischen den Kassen um sogenannte ‘gute Risiken’ (günstige Einnahmen-Ausgabenrelation durch junge, gutverdienende und alleinstehende Versicherte) jedoch faktisch bereits seit Jahren bestand (REINERS 1994), fand auch die Idee eines offenen Kassenwettbewerbs, nicht zuletzt, um die dadurch bedingten Ungleichheiten zwischen den Krankenkassen bzw. ihrer Mitgliederstruktur (Arbeiter vs. Angestellte, Betriebskrankenkassen vs. Ortskrankenkassen etc., vgl. Kap. 3.2.1) auszugleichen, breiten politischen Konsens (PFAFF 1995, REBSCHER 1994, NEUBAUER 1997).

Eine Möglichkeit, die faktische Benachteiligung einzelner Kassenarten und der bei ihnen Versicherten auszugleichen, wurde in einem kassenartenübergreifenden Finanzausgleich - „Risikostrukturausgleich (RSA)" - gesehen (JAKOBS/RESCHKE 1994). Durch die Einführung des RSA sollten die wesentlichen Risikostrukturmerkmale der Versicherten - Alter, Geschlecht, Einkommen, Zahl der Familienversicherten - derart ausgeglichen werden, daß ein Werben um günstige Risiken und damit der sozialpolitisch unerwünschte Nebeneffekt der Risikoselektion entfiele.

Da es sich dabei nicht um einen vollständigen Ausgleich der a posteriori zu ermittelnden tatsächlichen Ausgaben, sondern um einen 'prognostischen' Ausgleich der a priori anhand von durchschnittlichen Ausgabenprofilen berechneten Ausgabenrisiken handelt, ebnet der RSA gleichsam den Weg für eine wettbewerbliche Orientierung der Kassen. Angesichts einer bestehenden Versichertenstruktur soll der RSA einzelnen Kassen 'Anreize' bieten, ihre Versicherten, durch Anstrengungen des Versorgungsmanagements sowie auch der Gesundheitsförderung (HAGEN et al. 1993), buchstäblich 'gesünder zu machen' und somit die Ausgabenseite selbst zu beeinflussen. Während finanzielle Nachteile des Risikoprofils durch den RSA ausgeglichen werden („Beitragsbedarf"), besteht der eigentliche Wettbewerb der Kassen darin, 'besser zu wirtschaften', d.h.: unnötige Diagnostik und Therapie zu vermeiden und Versorgungsstrukturen effektiver und effizienter zu gestalten (JAKOBS/RESCHKE 1994).

Eine zweite Voraussetzung für den Kassenwettbewerb wurde in der Öffnung aller Kassen für Angestellte und Arbeiter sowie der grundsätzlichen Wahlfreiheit der Versicherten gesehen. Kritiker des RSA merken dabei regelmäßig an, daß ein solches System, welches freien Zugang für die Versicherten zu allen Krankenkassen garantiert ('Kontrahierungszwang'), einen Risikostrukturausgleich - zumindest langfristig - entbehrlich machen würde. Die bestehenden Ungleichheiten zwischen den Kassen und Kassenarten würden sich langfristig ohnehin ausgleichen, wenn alle Versicherten berechtigt wären, die jeweils kostengünstigste und leistungsstärkste Krankenkasse zu wählen - so die Argumentation[4].

[4] Siehe hierzu die Position der Ersatzkassen, die gemeinhin als sog. 'Zahlerkassen' zu den Befürwortern eines zeitlich befristeten Risikostrukturausgleichs zählen (KORZILIUS 1996) sowie die gegensätzliche Sicht der Ortskrankenkassen als sog. 'Empfängerkassen' (REICHELT 1996).

Allerdings wird dabei wiederum ein generalisierendes Menschenbild des Krankenversicherten als ‘Homo Oeconomicus’ unterstellt. Die Vorstellung, daß sich Risikoselektion einzig und allein durch Wahlfreiheit und Kontrahierungszwang vermeiden ließe, geht davon aus, daß jede(r) Versicherte, unabhängig von Alter, Einkommen und sozialer Herkunft von seinem Kassenwahlrecht gleichermaßen Gebrauch machen würde.[5] Vielmehr muß jedoch angenommen werden, daß gezielte Maßnahmen des Kassenmarketings zusätzlich dazu beitragen dürften, nur bestimmte Zielgruppen, insbesondere die ohnehin ‘wechselbereiteren’ jüngeren und besserverdiendenden Versicherten, anzuziehen (REINERS 1994).

Beide Maßnahmen, die Öffnung der Kassen für alle gesetzlich Versicherten sowie der kassenartenübergreifende Risikostrukturausgleich, können also als unabdingbare Voraussetzungen dafür angesehen werden, die gesetzliche Krankenversicherung wettbewerblich auszurichten, ohne sogleich der Gefahr der Risikoselektion anheim zu fallen. Dies wurde, nach langjähriger Debatte, in den vielzitierten „Lahnsteiner Beschlüssen“ zur Grundlage der Organisationsreform der GKV, welche 1992 in der zweiten Stufe der Gesundheitsreform, dem sogenannten „Gesundheitsstrukturgesetz (GSG; in Kraft: 1.1.1993)“ umgesetzt wurde (REINERS 1993a).

Allerdings ist dabei anzumerken, daß auch nach Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes rund 95 Prozent der GKV-Leistungen gesetzlich festgeschrieben und somit über alle Kassen und Kassenarten hinweg einheitlich sind. Dies beschränkt den Wettbewerb zwischen den Kassen auf Nebenschauplätze der Mitgliederwerbung sowie auf das sogenannte ‘Randsortiment’ der Leistungsbereiche Kuren und Rehabilitation sowie Prävention und Gesundheitsförderung. Wenn man die historische Leistungsentwicklung in der GKV betrachtet, so fällt auf, daß Themen der Gesundheitsvorsorge oder Krankheitsfrüherkennung schon zu Zeiten der alten Reichsversicherungsordnung (RVO) genutzt wurden, um sich in einem während der 70er und 80er Jahre immer stärker vereinheitlichenden Rahmen an gesetzlich festgelegten medizinischen ‘Kernleistungen’ zu profilieren (VOß 1996). Diese Tendenz wurde durch das GSG nachhaltig verstärkt, da es in einem offenen Kassenwettbewerb mehr denn je darum ging, Mitglieder, insbesondere aus den oberen Einkommensschichten, zu gewinnen. Hierfür boten sich Themen der Prävention und

[5]Man stelle sich eine 80jährige, alleinstehende und von diversen chronischen Krankheiten geplagte Rentnerin vor, die im Wirtschaftsbericht des Handelsblattes regelmäßig die aktuellen Beitragssätze der Krankenkassen studiert und am nächsten Tag zu der jeweils günstigsten Kasse geht, um sich dort zu versichern.

Gesundheitsförderung geradezu an, da sie vornehmlich „gebildete und besser verdienende Schichten ansprechen [...], die es als ‘gute Risiken’ für den Versichertenbestand zu halten oder zu gewinnen gilt“ (REINERS 1994, S. 101).

Weiterhin ist dabei anzumerken, daß der Konzeption des RSA in seiner letztlich realisierten Form von einigen kritischen Beobachtern Skepsis entgegengebracht wird, was ihre Durchschlagskraft hinsichtlich der Verhinderung von Risikoselektion betrifft. So wird darauf hingewiesen, daß der RSA längst nicht alle Risikoparameter umfaßt. Genannt werden dabei z.B. die sogenannten „Härtefälle“, d.h. die aufgrund von Einkommensuntergrenzen von der Zuzahlung befreiten Versicherten (REICHELT 1996). Darüber hinaus berücksichtigt der RSA etwa das Einkommen, wie auch die Zahl der Familienversicherten lediglich auf der Einnahmenseite (‘Einnahmenausgleich’). Auf der Ausgabenseite fließen hingegen nur die Parameter ‘Alter’ und ‘Geschlecht’ in die Berechnung der Risikoprofile ein. Ein sogenannter „Schichtgradient“, d.h. der empirisch nachgewiesene Zusammenhang zwischen Einkommenshöhe als Kennzeichen für die sozioökonomische Schichtzugehörigkeit, und dem erhöhten Morbiditätsrisiko unterer sozioökonomischer Schichten (MIELCK 1994), wird dabei nicht berücksichtigt (vgl. JAKOBS/RESCHKE 1994). Durch Controlling-Instrumentarien, etwa der „Deckungsbeitragsrechnung“ werde es daher den Krankenkassen zunehmend ermöglicht, eine „immer subtilere Risikoselektion“ vor dem Hintergrund des RSA zu betreiben (KNIEPS 1997, S. 39).

Beide Faktoren, einerseits die geringen Gestaltungsmöglichkeiten der Kassen auf die gesetzlich festgelegten Hauptleistungsbereiche der ambulanten und stationären Krankenbehandlung sowie andererseits die von einigen Kritikern nach wie vor unterstellte Attraktivität der Risikoselektion, können als Schwächen der mit dem GSG eingeleiteten Wettbewerbsorientierung der GKV angesehen werden. Dabei stellt sich die Frage, welche Absichten und Erwartungen eigentlich damit verbunden werden, den „Bazillus Wettbewerb“ überhaupt in das System der GKV zu bringen (ZUMBUSCH 1995)?

Drei Zielrichtungen und Erwartungen an den Kassenwettbewerb lassen sich unterscheiden. Diese sind einerseits stark mit parteipolitischen Vorstellungen über die Zukunft des GKV-Systems und der gesundheitlichen Versorgung im allgemeinen verbunden, und weisen andererseits auf drei unterschiedliche Idealbilder des ‘Unternehmens Krankenkasse’ im betriebswirtschaftlichen Sinne hin:

1) *Ein Wettbewerb um Kundenzufriedenheit in der Verwaltung*. Das bescheidenste Unternehmensmodell einer Krankenkasse ist jenes des klassischen Verwaltungsunternehmens. Hier knüpfen die Diskussionen um „Qualitätsmanagement in der Verwaltung“ an, die insbesondere die Kundennähe, unbürokratische Sachbearbeitung sowie Partizipationsmöglichkeiten der Kunden propagieren (OPPEN 1995). Elemente der Beratung und Klientenzentrierung sind hier Ausdruck eines ‘guten Services’ bei allgemein vereinheitlichten Rahmenbedingungen der Anbieter. Dieser Wettbewerb zwischen Verwaltungseinheiten entspricht dem „postmodernen gesundheitspolitischen Modell“, wie es z.B. von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vertreten wurde (HUNGELING 1995; S. 67). Umfassender und einheitlicher Versorgungsschutz trifft hier zusammen mit Pluralität und Konkurrenz der Anbieter, allerdings ausschließlich im Bereich des Kundenservices und ohne direkte finanzielle Konsequenzen.

2) *Ein Wettbewerb um Versicherungstarife*. Das von neo-liberaler Seite bevorzugte Krankenversicherungsmodell ist jenes der privatwirtschaftlichen Krankenversicherung. Um gleichsam ‘Anreize’ für ein kosten- und leistungsbewußtes Versichertenverhalten zu setzen, sollen differenzierte Versicherungstarife mit den Optionen der Kostenerstattung, der Beitragsrückerstattung, der Selbstbehalte oder der Wahl- und Zusatzleistungen möglich sein. Wenngleich seit geraumer Zeit und empirisch untermauert die Steuerungswirkung solcher Modelle bestritten wird (z.B. FINSINGER 1983, PAQUET 1994, SCHMIDT/MALIN 1996), wird insbesondere aus Gründen der ‘Kundenzufriedenheit’ an diesen Ideen beharrlich festgehalten. Für Krankenkassen bietet sich dabei insbesondere die Option, Versicherte mit hohen Beiträgen und geringer Leistungsinanspruchnahme - ‘gute Risiken’ - gegenüber anderen Kassen, aber auch gegenüber der privaten Krankenversicherung (PKV) an sich zu binden (ebd.)[6].

3) *Ein Wettbewerb um Beitragssätze und Versorgungsleistungen*. Das umfassendste Unternehmensverständnis einer Krankenkasse bezieht die Vertragspartner (Ärzte, Krankenhäuser etc.) und somit den wesentlichen Ausgabenanteil der Kasse mit ein. Dies ist insofern konsequent, als ein eigenständiges Unternehmen in der Lage sein muß, die zentralen betriebswirtschaftlichen Elemente, wie etwa Planung, Finanzierung, Controlling und Marketing, aufeinander abstimmen zu können, und die eigentliche Produktionsleistung der gesundheitlichen Versorgung in die Gesamtkonzeption der Betriebsführung zu integrieren

---

[6] So zeigen etwa Leserumfragen wie jene der Zeitschrift „Capital“ eindeutig die diesbezüglichen Präferenzen, wenn nicht der allgemeinen Bevölkerung, so doch wenigsten der hier angesprochenen Leserschaft (Capital 9/96).

(SCHMIDT 1993). Wesentliche Wettbewerbsfelder wären dann die Hauptleistungsbereiche der ambulanten und stationären Versorgung, wohingegen Zusatzleistungen im Randbereich des Leistungsspektrums ebenso wie Rationalisierungsmaßnahmen im Bereich der kasseneigenen Verwaltungskosten zu, zumindest finanziell, relativ bedeutungslosen Nebenschauplätzen werden. An Stelle des „überkommenen Leistungsrechts“ in der GKV würde eine „marktorientierte Produktpolitik“ treten (SCHÖNBACH 1997).

Diese idealtypische Darstellungen von Unternehmens- und (analog dazu) Wettbewerbstypen soll die Bandbreite möglicher Entwicklungen innerhalb des GKV-Systems durch eine wettbewerbliche Orientierung aufzeigen. Das gegliederte System der Kassen an sich bedingt dabei schon eine, wie auch immer zu begrenzende, Wettbewerbsausrichtung. Allein die unter Punkt 1) angesprochene Diskussion über Verwaltungseffizienz und Kundenorientierung zeigt die positiven Elemente, die, gegenüber einer einheitlichen, verstaatlichten Verwaltungsstruktur, durch das gegliederte System der GKV möglich sind. Je nach dem, wie man - auf dieser gegebenen Pluralität aufbauend - ‘Kundenzufriedenheit’ für sich definiert und mithin auch Zielgruppen benennt (auf politischer Ebene wie auf Seiten der Kassen selbst), ergeben sich dann fließende Übergänge in die eine (Modell 2) oder andere (Modell 3) Richtung.

Dabei sind auch die Übergänge zwischen den Modellen 2) und 3) fließend. Wenn z.B. der Wettbewerb um Beitragssätze und Versorgungsleistungen (Modell 3) mit einer vollständigen Liberalisierung der Vertragsstrukturen mit Leistungserbringern einhergehen würde, wäre in der Konsequenz auch eine Differenzierung der Leistungsangebote und mithin entweder zu- bzw. abwählbare Leistungen innerhalb einer Kasse, oder zwischen verschiedenen Kassen, die dann für jeweils verschiedene Leistungsspektren stehen würden, langfristig denkbar (⇒ Unterschiedliche Versicherungstarife; Modell 2). Ebenso könnte der Wettbewerb um Beitragssätze als wesentliches Verkaufsargument zu einer Differenzierung der Versicherungstarife innerhalb der Kasse führen bzw. viel grundsätzlicher: zu einer Leistungsausgrenzung insbesondere für jene, als besonders kostentreibend identifizierte Behandlungsarten und Versichertenklientels (z.B. Diabetiker, Dialysepatienten) mißbraucht werden. Dies würde wiederum einen relativen Beitragssatzvorteil gegenüber der Konkurrenz garantieren und käme somit einer Differenzierung der Versicherungstarife in Abhängigkeit des gewählten Versicherungsschutzes und damit der angesprochenen Risikoselektion gleich.

Es lassen sich also gute Gründe finden, das Element ‘Wettbewerb’ innerhalb der GKV in mehr oder weniger enge sozialpolitische Rahmenbedingungen zu verpacken. „Die gesetzliche Krankenversicherung hat nicht nur Leistungs- und Vesorgungs-, sondern auch soziale Verteilungsziele“ (PAQUET 1994, S. 53). Im Rahmen der aus diesen Gründen von den Kassen selbst proklamierten „solidarischen Wettbewerbsordnung“ (REBSCHER 1994) bilden schließlich gesundheitspolitische Zielvorstellungen wiederum die Grundlage für einen Wettbewerb um eine effektivere und effizientere gesundheitliche Versorgung.

Solche Ziele können jedoch konsequenterweise nur gemeinsam, durch Kooperation der ansonsten konkurrierenden Akteure formuliert werden. Weder können Ziele von außen, gewissermaßen ‘planwirtschaftlich’ (z.B. durch den Gesetzgeber) diktiert werden noch von einzelnen Kassenunternehmen für sich selbst definiert werden, „da von jedem für sich selbst festgelegte Ziele (und deren Erreichung) zu einem reinen Werbeargument verkämen, da sie von außen kaum durchschaubar und kontrollierbar wären“ (BUSSE/WISMAR 1997, S. 34). Es bedarf also auch in einem wettbewerblich organisierten System zumindest auf der Ebene der Leistungsplanung und Zieldefinition der *Kooperation*; sowohl zwischen den Krankenkassen als auch zwischen Kassen und Leistungserbringern, sowie nicht zuletzt mit den betroffenen BürgerInnen und PatientInnen (*Partizipation*).

3.2.4 Fazit

Aufgabe dieses Abschnittes war es, die Chancen und Risiken, die sich aus der aktuellen Reformdebatte im bundesdeutschen Gesundheitswesen ergeben, zu benennen. Dies insbesondere mit Blick auf die gesundheitspolitische Rolle, welche der Gesundheitsförderung vor diesem Hintergrund zukommt.

Analysiert man das seit Jahrzehnten bestehende Finanzierungsproblem im deutschen Gesundheitswesen, so ist augenfällig, daß weniger eine Ausgabenkrise, denn eine Einnahmenkrise, durch sinkende Reallöhne sowie steigende Arbeitslosenzahlen zu verzeichnen ist (vgl. Kap. 3.2.2). Diese Diagnose wird jedoch dadurch konterkariert, daß - ebenfalls vor dem Hintergrund der Arbeitslosigkeit und der wirtschaftspolitischen ‘Standortdebatte’ - Gesundheit und gesundheitliche Versorgung als ein Wachstumsmarkt der Zukunft angesehen werden, der allerdings nicht mehr über ein solidarisches

Finanzierungssystem, welches die Lohnnebenkosten der Unternehmen belastet, vollständig abzudecken ist. Dies bedeutet eine nur schwer aufzuhaltende politische Entwicklung in Richtung Privatisierung von Gesundheitsleistungen.

Die durch diese Entwicklungen induzierte doppelte Benachteiligung der Nachfrageseite weist auf die Notwendigkeit einer an den Prinzipien der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung orientierten, organisierten Verbraucherschutzpolitik hin. Organisierte kollektive Interessenvertretung im Sinne von 'Anwaltschaft', 'Empowerment' und 'Vermittlung/Vernetzung' ist somit die gebotene Aufgabe, auch einer Public Health-Politik, welche jedoch das in Deutschland zentrale System der gesetzlichen Krankenversicherung nicht außen vor lassen darf:

> „Immerhin stellt die GKV die herrschende gesellschaftliche Form des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit in der BRD dar." (BRAUN/REINERS 1991, S. 195)

Gesetzliche Krankenkassen bieten sich aufgrund ihrer institutionellen Bedeutung geradezu an, den Prinzipien der Gesundheitsförderung hinsichtlich anwaltschaftlicher Vertretung von Verbraucherinteressen Geltung zu verschaffen, und damit auf die gesundheitspolitisch brisante Problematik der Unausgewogenheit von Angebot und Nachfrage in einem auf Wachstum und Privatisierung ausgerichteten Gesundheitsmarkt zu reagieren. Gesundheitsförderung im Sinne von anwaltschaftlicher Interessenvertretung sowie auch individueller Kompetenzförderung bedeutet somit eine große Chance, das GKV-System auf lange Sicht zu stabilisieren und die Planung und Gestaltung des gesundheitlichen Versorgungsangebotes nicht gänzlich der Anbieterseite zu überlassen (vgl. Kap. 3.2.2).

Demgegenüber beinhaltet die wettbewerbliche Ausrichtung des GKV-Systems selbst sowohl Chancen, einzelne Kassenunternehmen auf den Weg einer stärker in die Versorgungsprozesse involvierten Institution zu bringen, als auch Risiken im Hinblick auf stärker einzelwirtschaftlich, analog der privaten Versicherungsunternehmen agierende Krankenkassen. Während der Risikostrukturausgleich (RSA) einerseits die Intention verfolgen soll, Risikoselektion zu verhindern, ebnet er andererseits den Weg für einen politisch legitimierten Wettbewerb, dessen langfristige Konsequenzen, nicht zuletzt aufgrund der schwierigen Durchschaubarkeit der Details des RSA, derzeit noch kaum abschätzbar sind. Zumindest ist einige Skepsis angebracht, inwieweit sich der von den Kassen selbst gesetzte Maßstab der „solidarischen Wettbewerbsordnung" (vgl. Kap. 3.2.3) umsetzen lassen wird, wenn zunehmend einzelwirtschaftliche Interessen der Kassenunternehmen im Mittelpunkt stehen, und dabei gleichzeitig nur wenig Handlungsspielräume im Bereich der Vertragsgestaltung mit Leistungserbringern bestehen bleiben.

Für die Gesundheitsförderung eröffnet sich durch den Kassenwettbewerb die Chance, als Instrumentarium eines ‘klugen’ Versorgungsmanagements im oben skizzierten Sinne genutzt zu werden (vgl. Kap. 1, Kap. 2) und etwa unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten zu einer weitergehenden Integration gesundheitsfördernder Elemente in gesundheitliche Versorgungsprozesse beizutragen.

Darüber hinaus bedeutet der Kassenwettbewerb für die Gesundheitsförderung aber insbesondere das Risiko, in die Nähe einer auf Randleistungen sowie auf Werbestrategien beschränkten Marketingkonzeption zu gelangen. Dieses Risiko scheint dabei deshalb zu überwiegen, weil die spezifischen Marketingwirkungen derzeit weit besser abschätzbar sind, insbesondere was die Attraktivität von klassischen Themen der Verhaltensprävention für höhere Einkommens- und Bildungsschichten betrifft (KÜHN 1993b). Während jedoch Werbewirksamkeit und Marketingnutzen an sich noch nichts Schlechtes bedeuten müssen, besteht die wesentliche Gefahr der Instrumentalisierung von Gesundheitsförderung für Marketingzwecke darin, die angesprochene Risikoselektion gerade durch Instrumentarien der Gesundheitsförderung zu forcieren, und dabei weitergehende Aspekte der Integration in gesundheitspolitische Aufgaben des Versorgungs- und Kostenmanagements sowie des kollektiven Verbraucherschutzes tendenziell aus dem Blick zu verlieren.

Unter Rückbezug auf die Kontroverse zwischen Addition und Intergration der Gesundheitsförderung (vgl. Kap. 1) bildet sich also aus politischer Sicht eine weitere Analogie heraus. Während Addition der Gesundheitsförderung, sofern sie das GKV-System betrifft, durch den politisch induzierten Wettbewerb tendenziell in die Nähe eines zielgruppenspezifischen Marktinginstrumentariums führt, knüpft die Idee der Integration gesundheitsfördernder Elemente in das gesundheitliche Versorgungssystem an die, aus Public-Health-Sicht und vor dem Hintergrund realpolitischer Tendenzen der Privatisierung, notwendige Weiterentwicklung des GKV-Systems in Richtung Verbraucherschutz- und Verbraucherberatungsorganisation an.

3.3 Gesundheitsförderung und Public Health als Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung

3.3.1 Zur Geschichte des Paragraphen 20 SGB V

Die in Kapitel 3.2 aufgezeigte gesundheitspolitische Reformdebatte läßt sich bis weit in die 80er Jahre zurückverfolgen. Eine Durchsicht der bereits im Zuge der ersten sogenannten „Gesundheitsreform" (Gesundheitsreformgesetz, GRG 1988, in Kraft ab 1.1.1989) entwickelten Forderungen und Konzeptionen zeigt, daß die bis heute diskutierten Eckpunkte schon damals in ähnlicher Weise auf der Tagesordnung standen (REINERS 1993a, ROSENBROCK 1988, IKK 1988). Dabei ebnete sowohl der breite öffentliche Diskurs, welcher in Deutschland u.a. durch die Anfang der 80er Jahre in Berlin, Hamburg und Bremen durchgeführten Gesundheitstage, sowie international durch die Weltgesundheitsorganisation (Ottawa Charta) angestoßen wurde, als auch die erstmalige nennenswerte Beteiligung von Wissenschaftlern an der sozial- und gesundheitspolitischen Reformdebatte den Boden für eine Gesundheitsreform, welche weit über die bis dato durchgeführten Kostendämpfungsgesetze (sog. „K-Gesetze") der 70er und 80er Jahre hätte hinausgehen können. Ebenso waren aber schon damals die Hindernisse des „derartig interessenverminten Geländes" im Gesundheitswesen sowie die durch wirtschaftsliberale Ökonomen eingebrachten Forderungen nach Markt und Wettbewerb zu verzeichnen (REINERS 1993a, S. 10/11).

Vor diesem Hintergrund kann das von dem damaligen für das Gesundheitsressort zuständigen Bundesminister Norbert Blüm angekündigte „Jahrhundertgesetz" getrost als im Ergebnis enttäuschend angesehen werden. Notwendige Reformschritte der kassenarztzentrierten Versorgung, der Krankenhausfinanzierung und des gegliederten Systems der GKV wurden unterlassen; stattdessen wurden im Gesundheitsreformgesetz (GRG) Zuzahlungen der Versicherten für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel eingeführt, welche auch durch die als eigentliches „Herzstück" der Reform bezeichnete Festbetragsregelung praktisch nicht nennenswert abzufedern waren: „Es lief mal wieder - ganz nach dem Muster der K-Gesetze - auf reine Kostenverlagerungen zu Lasten der Versicherten hinaus." (REINERS 1993a)

Wenngleich viele Kritiker von einer „gescheiterten Reform“ sprachen (BIEBACK 1992), hatte dennoch der nachhaltige Druck durch die Ottawa Charta sowie durch die in Deutschland geführte medizinkritische Debatte dazu beigetragen, daß auf diese vielfältigen Impulse im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung und Public Health reagiert werden mußte. Die auch in den Empfehlungen der eigens eingerichteten Enquetekommission zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung angemahnte Neuverteilung der Gewichte zwischen Prävention, Kuration und Rehabilitation (ROSENBROCK 1988) wurde letztlich damit beantwortet, daß im Rahmen des neu eingeführten fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) Gesundheitsförderung und Prävention als Aufgaben der GKV benannt wurden.

Das Gesundheitsreformgesetz sah vor, daß Krankenkassen als Solidargemeinschaft nunmehr die erweiterte Aufgabe haben sollten, „die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern“ und den Versicherten „durch Aufklärung, Beratung und Leistungen“ dabei zu helfen, ihre Gesundheit mitverantwortlich zu fördern sowie auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken (§ 1 SGB V). Darüber hinaus wurden im Paragraph 20 SGB V (Gesundheitsförderung) sowie in den Paragraphen 67 und 68 SGB V (Erprobungsregelungen) die gesetzlichen Grundlagen für gesundheitsfördernde Leistungen gelegt.

Dies wurde jedoch erst im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens nachträglich realisiert und wird von vielen Beobachtern als Beweis dafür genommen, daß es sich bei der Einführung der Gesundheitsförderung lediglich um den Versuch handelte, sonstige Mängel des Gesundheitsreformgesetzes zu überdecken:

> „Die Entstehungsgeschichte dieses Paragraphen (§ 20 SGB V) ist weniger mit Einsichten der Bundesregierung in seine sachliche Notwendigkeit verbunden als mit der politischen Legitimation eines ansonsten völlig verunglückten Gesetzes, das seinen Anspruch, eine ‘Gesundheits’-Reform zu enthalten, irgendwie einlösen mußte. In den achtziger Jahren hatte sich ein Paradigmenwechsel in der gesundheitspolitischen Diskussion angebahnt, der in anderen Ländern längst vollzogen worden war und in der ‘Erklärung von Alma Ata’ (1978) und der ‘Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung’ (1986) der WHO seinen Niederschlag gefunden hatte. Darauf mußte reagiert werden, wobei wesentliche Teile des § 20 SGB V erst im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens in das Gesetz aufgenommen wurden.“ (REINERS 1994, S. 98)

Wenn man also die vielfältigen Reformansätze, welche sich aus der schon damals engagiert geführten Public-Health-Debatte entwickelten, berücksichtigt, und dann das Ergebnis der Gesetzgebung, welches sozusagen neben die unterlassenen Reformschritte im Kern des gesundheitlichen Versorgungssystems einen Paragraphen 20 SGB V zur Gesundheitsförderung durch Krankenkassen setzte, betrachtet, so läßt sich dies nicht nur als „symbolische Politik“ betiteln (HAUß 1991). Dies kann gleichsam als ein Lehrstück für die Problematik der reinen Addition von Gesundheitsförderung angesehen werden. Während integrative Aspekte der Gesundheitsförderung ausgeblendet wurden, sollten die „Vorsorge-Pioniere“ in den Reihen der Krankenkassen sowie auch in der gesundheitswissenschaftlichen Öffentlichkeit durch eine additive Variante der Gesundheitsförderung hinreichend befriedigt werden. So wurde denn auch das neue Gesetz aus diesen Reihen vielfach begrüßt, die „Erwartungen an die Krankenkassen [wurden] wesentlich weiter gesteckt, als selbst die ‘Vorsorge-Pioniere’ unter den Krankenkassen zu fordern bereit waren“ (ABT 1989, S. 32).

Bemerkenswert sind in diesem Zusammenhang auch die Feststellungen einiger Kritiker des Gesundheitsreformgesetzes. So wird etwa als positiver Aspekt des § 20 SGB V eingeräumt, daß nunmehr Leistungen möglich und gesetzlich legitimiert waren, „die außerhalb des traditionellen Feldes der medizinisch orientierten kurativen Leistungen liegen. Das in Kassenverwaltungen beliebte ‘Killer-Argument’ gegenüber entsprechenden Forderungen, wo denn, bitte schön die Rechtsgrundlage für die geforderten Initiativen in der Prävention und Gesundheitsförderung zu finden sei, wurde damit hinfällig“ (REINERS 1994, S. 99). Hieran schließt auch die Feststellung an, daß z.B. der § 20 Abs. 3 SGB V ausdrücklich vorsieht, „daß die Leistungen der Gesundheitsförderung nicht dazu dienen dürfen, die im SGB V ansonsten geregelten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu erweitern“. Krankenkassen erhalten also „gerade den Auftrag, neue Leistungen und Handlungsformen zu entwickeln, die außerhalb des klassischen Feldes der medizinisch orientierten Versicherungsleistungen liegen“ (Bieback, zit.n. BRAUN/REINERS 1991, S. 199).
Dies ist insofern bedeutsam und als positive Entwicklung zu verzeichnen, als Krankenkassen damit einerseits die Chance eröffnet wurde, aus den ansonsten eng gesetzten Grenzen der kurativen Versorgung auszuscheren. Andererseits haben Krankenkassen damit die Möglichkeit, wenigstens teilweise aus ihrer klassischen Rolle als Drittfinanzierer ansonsten durch andere Anbieter erbrachter Leistungen herauszutreten, und Leistungen selbst mitzugestalten. Kritisch muß aber auch hier angemerkt werden, daß der ausdrückliche ‘Nicht-Bezug’ zu Leistungen der kurativen, durch Vertragspartner sicherzustellenden Versorgung eben nicht dazu geeignet war, ein stärkeres Einmischen der Kassen in den Versorgungsbereich unter den Vorzeichen der Gesundheitsförderung zu fördern. Durch die Beschränkung auf

Randbereiche des Leistungsspektrums der GKV setzte der § 20 SGB V bestenfalls vom Prinzip her neue Zeichen für eine inhaltlich stärker in den Versorgungsbereich involvierte Krankenkasse.

Dennoch wurden nach dem Gesundheitsreformgesetz viele Erwartungen, auch hinsichtlich der bereits aufgezeigten Reformbedarfe der GKV (vgl. Kap. 3.2.1), an die Einführung der Gesundheitsförderung geknüpft. Während also in der Bewertung des GRG von 1989 einerseits die Risiken einer kategorischen Einführung der Gesundheitsförderung als Kassenleistung ohne konkrete Aufgabenzuweisung und Einbindung in eine gesundheitspolitische Gesamtstrategie gesehen wurden, wurde andererseits dennoch viel Hoffnung in die eigene Handlungs- und Reformfähigkeit der Kassen gesetzt.

3.3.2 Erwartungen und Handlungsempfehlungen an die Krankenkassen

Die Erwartungen und Handlungsempfehlungen, welche von wissenschaftlicher Seite an die Krankenkassen herangetragen wurden, sind ebenso vielschichtig, wie die ansprüchlichen Publikationen zu dem Thema „Krankenkassen und Gesundheitsförderung“ aus den Reihen der Kassen selbst (z.B. LENHARDT 1989, HILDEBRANDT 1988, HILDEBRANDT/TROJAN 1988, CONRAD/KICKBUSCH 1989, BIEBACK 1990, BRUNKHORST 1989, BRÜCKEL/KLEIN 1989, SCHMEINCK 1993).

Viele dieser Publikationen beziehen sich auf Handlungsvorschläge für außengerichtete Maßnahmen und Aktionen; ein großer Teil der Arbeiten bezieht sich jedoch explizit auch auf die strukturellen und organisatorischen Veränderungen, welche sich im Zusammenhang mit dem Paradigma der Gesundheitsförderung auch für ein erneuertes Selbstverständnis der Kassen ergeben.

Hinsichtlich der außengerichteten Maßnahmen und Aktionen ging es zunächst um den Ausbau eines versichertennahen Leistungs- und Beratungsangebotes im präventiven Bereich. Damit sollte u.a. der angemahnte Wandel des Selbstverständnisses von einem lediglich Krankheit verwaltenden, hin zu einem modernen und kundenorientierten Dienstleistungsunternehmen vollzogen werden. In dieser Hinsicht sollten etwa Krankenkassen beispielhaft für den möglichen Wandel „vom Verwaltungsapparat zum Dienstleistungsunternehmen“ unter verwaltungsökonomischen Gesichtspunkten sein (OPPEN 1995). Allerdings ist im Rahmen dieser Debatte zu beklagen, daß die Gesundheitsförderung dort nur als zusätzliche „Serviceleistung“ diskutiert wurde (ebd.).

Eine interessante Abhandlung zu den Möglichkeiten der Prävention durch Krankenkassen ist hingegen jene von SCHWARTZ, der sowohl die Notwendigkeit der Zielgruppenorientierung präventiver Maßnahmen betont als auch insbesondere eine Fokusierung auf die Zielgruppe der älteren Menschen vorschlägt (SCHWARTZ 1988, 1990). Unter epidemiologischen und gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten wird dabei u.a. das Konzept der Tertiärprävention hervorgehoben (vgl. Kap. 2.2.2).

Gleichwohl ist dies eine eng an der verhaltensbezogenen Prävention orientierte Handlungsempfehlung. Demgegenüber wurde in vielen anderen Artikeln die Bedeutung verhältnispräventiver Maßnahmen hervorgehoben. „Wichtiger als der Versuch, individuelles Gesundheitsverhalten isoliert verändern zu wollen“, sei auch für Krankenkassen „das Bemühen, solche gesellschaftlichen Bedingungen zu schaffen, die gesundheitlich ungefährlich sind und gesundheitsgerechtes Verhalten ermöglichen und fördern“ (NEUHAUS 1979, zit.n. HILDEBRANDT/TROJAN 1988, S. 68).

So wurden etwa die Themen „Umwelt und Gesundheit“ (FUNKE-WITTIG/KLEIN 1990) sowie inbesondere die Aktionsmöglichkeiten der Gesundheitsförderung in Betrieben und Schulen als mögliche Handlungsbereiche für Krankenkassen erkannt (PELIKAN/DEMMER/ HURRELMANN 1993). Gerade in der betrieblichen Gesundheitsförderung seien den Kassen gute Möglichkeiten gegeben, als Vermittler zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerinteressen aufzutreten und Prozesse der innerbetrieblichen Organisationsentwicklung auch unter dem Gesichtspunkt der Gesundheit in Gang zu setzen (ROSENBROCK 1993). Schließlich wurde im Rahmen verstärkter Verhältnisprävention auch auf die Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen in der gemeindeorientierten Gesundheitsförderung hingewiesen (CONRAD/KICKBUSCH 1988, HILDEBRANDT/TROJAN 1988). Die u.a. durch das WHO-Programm „Healthy Cities“ initiierten Prozesse der kommunalen Gesundheitsförderung sollten durch die Krankenkassen mitgetragen werden, um insbesondere die Aktivierung und (finanzielle) Unterstützung von Selbsthilfeinitiativen zu gewährleisten.

Die Förderung von Selbsthilfe hat aber im Zusammenhang mit Krankenkassen noch weitere Aspekte. So wurde angeregt, auch innerhalb der jeweiligen Versichertengemeinschaft die Bildung von themenbezogenen Mitgliedergruppen zu fördern, etwa zu Themen „der Ernährung, des Verkehrs, der Nachbarschaftshilfe usw.“. Dies könne schließlich auch zu einem (Wieder-)Aufleben der demokratischen Selbstverwaltung, und zu einer Mitgestaltung der strategischen Ausrichtung der Kassen durch die Versicherten beitragen (HILDEBRANDT/TROJAN 1988, S. 68, siehe auch: NEUHAUS 1979).

Darüber hinaus hat die Förderung von gesundheitlicher Selbsthilfe nicht nur präventive, sondern auch kurative Aspekte der Bewältigung von gesundheitlichen Belastungen und chronischen Erkrankungen. Für Krankenkassen bedeutet dies eine Ausdehnung des gesundheitlichen Engagements, auch auf Problembereiche der gesundheitlichen Versorgung. Gerade der Aspekt der Interessenvertretung der Versicherten in Fragen der gesundheitlichen Versorgung nimmt einen überraschend großen Raum in der Diskussion über Handlungsempfehlungen an die Krankenkassen ein. So ist über den 1989 in Hamburg gemeinsam von der AOK und der WHO durchgeführten Kongreß „Zur neuen Rolle für die Krankenversicherung“ (BEHRENDS 1989) u.a. zu lesen:

> „Die Aufgaben der Krankenkassen werden sich zukünftig nach Einschätzung vieler Teilnehmer verstärkt auf Beratung ihrer Mitglieder verlagern. Dafür wurden konkrete Beispiele gegeben:
>
> - Arzneimittelberatung für Versicherte und Ärzte, um den übermäßigen und gesundheitsschädlichen Arzneimittelkonsum einzudämmen.
> - Ernährungsberatung nicht nur für Versicherte, sondern auch für Kantinen, Restaurants, Einzelhandelsbetriebe, und Nahrungsmittelhersteller, um ein positives Umfeld für ein geändertes Ernährungsverhalten zu schaffen.
> - Betriebliche Beratung über Gesundheitsprogramme und Arbeitsbelastungen für Personalleitungen und Betriebsvertretungen und Unterstützung bei der Einrichtung betrieblicher Arbeitskreise ‘Arbeit und Gesundheit’.
>
> [...] Deutlich wurde in vielen Beiträgen, daß die Anwaltsrolle der Krankenkassen sich auf den Konsumentenschutz ausdehnen kann. Dies gilt sowohl hinsichtlich der medizinischen Leistungen als auch für Mittel des täglichen Bedarfs, wie zum Beispiel bei Nahrungsmitteln deutlich wird.“ (BEHRENDS 1989, S. 440)

Weiterhin wurden im Rahmen dieses Kongresses auch Vorschläge für ein aktives Eintreten für eine Reorientierung gesundheitlicher Dienste gemacht. Folgende Themen wurden dabei u.a. genannt:

- „Die stärkere Berücksichtigung psychosozialer Aspekte in präventiven und kurativen Angeboten
- Angebote zur Unterstützung pflegender Angehöriger
- Die Schaffung interdisziplinärer und stadtteilbezogener Pflegeeinrichtungen“ (ebd.)

Das Engagement für Themen der gesundheitlichen Versorgung durch Krankenkassen hat also nach den zitierten Expertenvorschlägen zwei Zielrichtungen: Einerseits die Zielrichtung des Konsumentenschutzes und der Konsumentenberatung, bezogen sowohl auf gesundheitliche Aspekte alltäglicher Konsumgüter als auch auf medizinische Leistungen; sowie andererseits das direkte inhaltliche Einmischen in die Gestaltung von kurativen und insbesondere pflegerischen Leistungen im Gesundheitswesen.

Diese beiden Stoßrichtungen finden sich auch in anderen Publikationen im Kontext der Gesundheitsförderung durch Krankenkassen. HAUß benennt beispielsweise die „Thematisierung von Gesundheitsproblemen“ sowie die „Qualität der medizinischen Versorgung als Präventionsbeitrag“ (HAUß 1991, S. 267). In diesem Zusammenhang wird oftmals darauf hingewiesen, daß „die Kassen [...] über ein immenses Potential an präventionsrelevanten Daten und Informationen [verfügen]“ (LENHARDT 1989, S. 412), welches z.B. für den Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung, und damit zur Aufklärung über gesundheitliche Risiken sowie über Versorgungsdefizite im Gesundheitswesen genutzt werden könne (HAUß 1991, S. 267).

Ein oftmals zitiertes Beispiel für Verbraucherschutzberatung im Gesundheitswesen ist etwa die Arzneimittelberatung, wie sie bereits in den 80er Jahren durch die ‘Modell’-AOK Mettmann erprobt wurde (HAUß 1991). Pharmakologische Beratungsdienste durch Krankenkassen werden als „aktiv umgesetzte Gesundheitsförderung“ und „längst überfälliges Engagement“ in einem Bereich verstanden, der durch massive interessengeleitete Werbung der Produzenten und nicht zuletzt durch infolgedessen erhebliche gesundheitliche Risiken und Nebenwirkungen für die Verbraucher gekennzeichnet ist (GLAESKE 1992, S. 118/119). An anderer Stelle ist hierzu zu lesen:

> „Will sich die GKV ernsthaft zu einer Gesundheitsversicherung wandeln und in den Mittelpunkt ihres Handelns Gesundheitsförderung stellen, so muß sie sich auch um die gesundheitliche Qualität und Wirksamkeit der Maßnahmen des immer noch vorwiegend medizinischen Krankenversicherungs- und -versorgungssystems kümmern. Da die Versorgung mit Arzneimitteln den Haupt-Stützpfeiler in der ambulanten Behandlung von Krankheiten darstellt, kann sich eine auf Gesundheitsförderung bedachte GKV weder um die Bewertung der jeweiligen Nützlichkeit von Medikamenten noch um eine aktive

> Haltung im Feld der iatrogenen, d.h. durch Ärzte verursachten, Schädigungen durch Medikamente herumdrücken.“ (BRAUN 1991, S. 13)

Ein weiteres oftmals diskutiertes Tätigkeitsfeld ist die Versichertenberatung bei Behandlungsfehlern. HILDEBRANDT und TROJAN machen auf die Möglichkeiten von Krankenkassen aufmerksam, sich im Rahmen der Gesundheitsförderung zu Patientenschutzorganisationen zu entwickeln, welche die Qualität der medizinischen Versorgung direkt mit den Versicherten besprechen und sie bei entsprechenden Beschwerden unterstützen. Dabei könnte es u.a. um die juristische Beratung und tatkräftige Unterstützung bei Kunstfehlerprozessen gehen, welche - nebenbei erwähnt - auch der jeweiligen Krankenkasse die Möglichkeit bescheren würde, eigene Behandlungskosten durch vermehrte Regreßklagen gegen Leistungserbringer wieder einzufordern (HILDEBRANDT/TROJAN 1988, S. 69, hierzu ausführlicher: KRANICH/BÖCKEN 1997).

Wenn man also die Fülle der Handlungsempfehlungen, welche 1989 im Zuge der Einführung der Gesundheitsförderung als Aufgabe der Krankenkassen diskutiert wurden, betrachtet, so fällt auf, daß darin ‘herkömmliche’ Maßnahmen der Verhaltensprävention den allergeringsten Raum einnehmen. Vielmehr wurden äußerst vielfältige Vorschläge für mögliche Betätigungsfelder gemacht, welche einerseits in der von der WHO proklamierten Gestaltung der Verhältnisse, in Gemeinden, Schulen und Betrieben, sowie andererseits in dem viel weitergehenden Engagement in Fragen des gesundheitlichen Verbraucherschutzes und der aktiven Umgestaltung des gesundheitlichen Versorgungssystems ihre Schwerpunkte setzten.

Diese Handlungsempfehlungen haben auch erhebliche Konsequenzen für die Organisationsgestaltung der Krankenkassen. So ist hinsichtlich der außengerichteten Aktivitäten, etwa in der gesundheitlichen Verhältnisprävention, festzustellen, daß sich die Kassen zunehmend auch bis in Bereiche hinein engagieren müßten, welche nicht mehr ausschließlich in ihrem eigenen Zuständigkeitsbereich liegen. Dies erfordert ein Umdenken im Verwaltungshandeln der Kassen in Richtung Kooperation auch mit anderen gesundheitspolitischen Akteuren. Bedingt durch das gegliederte System der Krankenversicherung, sowie auch durch die vielfältigen Kompetenzen von Ländern, Gemeinden, den öffentlichen Gesundheitsdiensten u.a., können verhältnisbezogene Aufgaben sowohl innerhalb als auch außerhalb des gesundheitlichen Versorgungssystems nur gemeinsam mit diesen Akteuren angegangen werden:

> „Die Institution GKV muß ihre Sichtweise über antragstellende und bedürftige Individuen hinaus auf soziale Zusammenhänge, kollektive Lebens- und Problemlagen und Institutionen erweitern. Überwiegend liegen diese nicht in ihrem traditionellen ‘Zuständigkeitsbereich’ und können daher auch nicht von ihr allein oder hauptsächlich beeinflußt werden.“ (BRAUN/FRIEDRICH 1994, S. 57)

Kooperation ist eine der vordringlichen Aufgaben im Zusammenhang mit den aufgezeigten Handlungsfeldern in der Gesundheitsförderung. Dabei lassen sich vier „Ebenen und Dimensionen“ der Kooperation von Krankenkassen benennen (BRAUN/FRIEDRICH 1994, Abb. 3.4).

Zunächst geht es um die Kooperation mit „neuen Partnern“ außerhalb des klassischen Handlungsrahmens der GKV. So bietet etwa die Kooperation mit Gesundheitsämtern auf örtlicher Ebene, aber auch die Förderung präventiver und rehabilitativer Infrastrukturen, im kommerziellen (Gesundheits- und Fitneßanbieter) und nicht-kommerziellen (Selbsthilfeinitiativen) Bereich Perspektiven für die Erweiterung des traditionellen Einflußbereiches der Kasse.

Die Kooperation mit „bekannten Partnern“ erstreckt sich hingegen auf traditionelle Leistungserbringer im Gesundheitswesen (Ärzte, Apotheker, Krankengymnasten etc.), mit denen eine neue Qualität der vertraglichen Zusammenarbeit im kurativen, präventiven und rehabilitativen Bereich angestrebt werden soll.

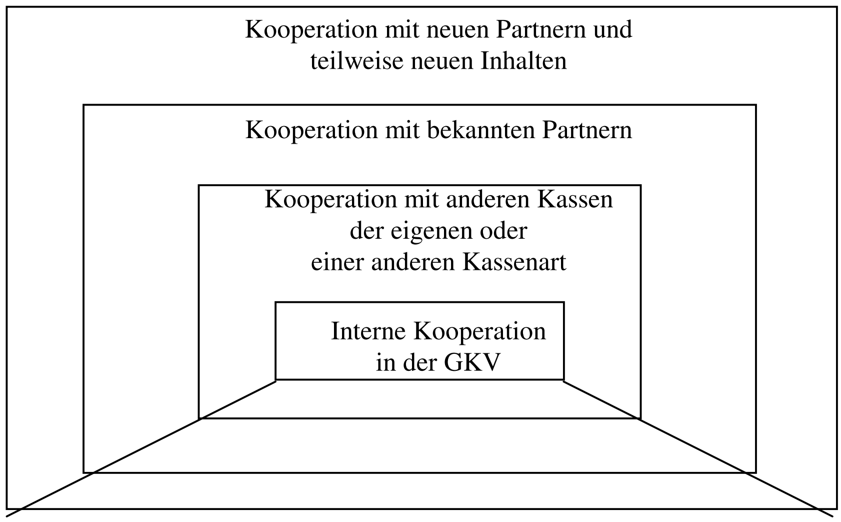
Beide Ebenen der Kooperation, sowohl zu neuen als auch zu bereits bekannten Vertragspartnern, erfordern drittens auch die Kooperation der Kassen untereinander. Dies erscheint zwar angesichts der aufgezeigten politischen Rahmenbedingungen des zunehmenden Kassenwettbewerbs und der Konkurrenz um Imagewirkung und neue Mitglieder als beinahe illusionäre Forderung, ist aber im Hinblick auf die gesundheitsbezogene Verhältnisgestaltung unabdingbar. Die Forderung nach Kooperation der Kassen untereinander repräsentiert letztlich eine der Hoffnungen in die eigenständige Gestaltungskraft der Kassen ‘trotz’ der politischen Rahmenbedingungen:

> „Hier ist gefordert über den Schatten der unnötigen und letztlich nicht die Aufgaben der GKV (Gesundheit) verfolgenden ‘Konkurrenz’ zu springen.“ (BRAUN/FRIEDRICH 1994, S. 56)

Schließlich besteht eine vierte Ebene der Kooperation in der internen Kooperation und Vernetzung einzelner Fachbereiche der Kassenorganisation:

> „Da Kooperation oftmals über den Tellerrand einzelner und isolierter Leistungsfälle hinausgeht und Querschnittsprobleme umfaßt oder ganzheitlich wird, muß dies in der GKV selber seine institutionelle und qualifikatorische Entsprechung finden. Dies bedeutet eine systematische und stetige horizontale Vernetzung der traditionellen organisatorischen Einheiten der GKV." (BRAUN/FRIEDRICH 1994, S. 58)

Abb.3.4: Dimension und Ebenen von Kooperation in der GKV (nach Braun/ Friedrich 1994)



Kooperation kann also als eine Querschnittsaufgabe im Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung betrachtet werden. Die Einführung der Gesundheitsförderung in den Aufgabenbereich der GKV bedeutet aus dieser Sicht nicht nur die Planung und Initiierung von Leistungen und außengerichteten Aktionen. Es geht vielmehr in einem ersten Schritt darum, die organisationsinternen Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß überhaupt Gesundheitsförderung wirksam nach außen kommuniziert, sowie mit den vielfältigen Partnern in der Gesundheitsförderung kooperiert werden kann:

> „Wer unter nichtkooperativen und nichtkommunikativen Bedingungen arbeitet, kann nach außen nicht plötzlich ein kompetenter Kooperator und Kommunikator sein. [...] Der Auftritt rigide weisungsgebundener und -abhängiger Mitarbeiter/innen wäre in kooperativen Bezügen kontraproduktiv und würde deren Sinn für die GKV kurzfristig wieder paralysieren." (BRAUN/FRIEDRICH 1994, S. 56)

Kooperation, und damit auch Gesundheitsförderung, beginnt also bei der eigenen Kassenorganisation. In der Debatte um Gesundheitsförderung in der GKV wurde oftmals auf diesen Umstand hingewiesen. So mahnt V. FERBER (1994) an, daß es neben der Programmgestaltung in der Verhaltens- und Verhältnisprävention für die Kassen insbesondere wichtig sei, „sich bewußt mit ihrer eigenen Organisation zu beschäftigen“. Allein drei von vier Zielrichtungen der Gesundheitsförderung zielen nach V. FERBER primär auf die eigene Kassenorganisation, und erst in zweiter Linie auf außengerichtete Maßnahmen ab:

- „Die Beteiligung an der öffentlichen Diskussion über Gesundheitsförderung,
- die betriebliche Gesundheitsförderung als unverzichtbares Element der krankenkasseneigenen Organisationsentwicklung und
- Gesundheitsförderung als strategischer Bestandteil von Managemententscheidungen zur Erreichung der Ziele ‘Wirtschaftlichkeit und Qualität der gesundheitlichen Versorgung’.“ (VON FERBER 1994, S. 23)

Die besondere Berücksichtigung interner Organisationsveränderungen im Zuge der Einführung von Gesundheitsförderung hat auch erhebliche Konsequenzen im Hinblick auf die für eine Umsetzung der Inhalte des § 20 SGB V notwendigen personellen oder organisatorischen Ressourcen. Für Krankenkassen stellt sich dabei zwangsläufig die Frage, durch welche personellen und organisatorischen Veränderungen bzw. Ausweitungen die neuen Aufgaben der Gesundheitsförderung bestmöglich bewältigt werden können.

Eine naheliegende Möglichkeit der organisatorischen Umsetzung der Gesundheitsförderung bestand in dem Aufbau einer eigenen Fachabteilung durch externe ExpertInnen. Begleitend oder alternativ dazu wurde auch die stärkere Aktivierung der Selbstverwaltung für die Belange der Gesundheitsförderung diskutiert (ABT 1989, LENHARDT 1989). Gegenüber diesen beiden Ansätzen zeichnet sich jedoch vor dem Hintergrund der oben aufgezeigten kasseninternen Reformnotwendigkeiten ein dritter, viel weitreichenderer Weg der Veränderung, quer zu allen vorhandenen organisatorischen und personellen Strukturen ab. Eine flächendeckende Weiterqualifizierung von Kassenmitarbeitern bis hin zu den oberen Etagen der Geschäftsführung wäre die Konsequenz, wenn die Gesundheitsförderung nicht als additive, innerhalb der Kassenorganisation isolierte Leistung, sondern als integrative Querschnittsaufgabe aller Fachbereiche verstanden und umgesetzt würde (HASS/LEHMANN 1996, LEHMANN/HASSEL 1996).

Das Spannungsfeld zwischen Addition und Integration der Gesundheitsförderung spiegelt sich also auch in den Organisationsstrukturen der Kassen wider. Eine reine *Addition* läuft aus organisatorischer Sicht weitgehend auf die isolierte Gründung von Fachabteilungen, und in der Konsequenz auf die von anderen Aufgabenbereichen der Kasse abgrenzbare Durchführung von Aktionen und Leistungen der klassischen gesundheitlichen Aufklärung und Verhaltensprävention hinaus. Demgegenüber bedeutet *Integration* vielmehr auch die kooperative Ausrichtung, sowohl extern, zu alten und neuen Partnern in der Gesundheitspolitik, als auch intern, bezogen auf die eigene Organisationsstruktur. Durch interne und externe Kooperationsstrukturen im Rahmen der Gesundheitsförderung sollte es letztlich möglich sein, zu einer durch die gesamte Organisation der Kasse mitzutragenden Förderung gesundheitlicher Initiativen zu gelangen; insbesondere jener, welche ohne die Unterstützung der gewichtigen Institution GKV nicht die Durchschlagskraft besitzen, neben der rein additiven auch eine integrative Wirkung der Gesundheitsförderung zu erzielen:

> „Wenn etwa die mehr als 100.000 Beschäftigten der Krankenkassen in ihren Kontakten mit Krankenversicherten und der gesamten Öffentlichkeit weiterhin vom absoluten Vorrang und der unerschütterten Bedeutung der kurativen Medizin ausgehen und dies auch propagieren oder wenn die GKV z.B. in ihrer gesamten Denk- und Handlungsweise nichts gegen die millionenfache Medikalisierung sozialer Risikolagen durch Medikamente tut, so hat es eine notwendigerweise uneinheitlichere und organisatorisch wesentlich schwächere ‘Gesundheitsbewegung’ sehr schwer, wenn sie nicht gar tendenziell wirkungslos wird.“
> (BRAUN/REINERS 1991, S. 205)