4 Zusammenfassung der theoretischen Analyse

Grundlage der theoretischen Analyse in Teil A dieser Arbeit ist die Hypothese, daß Gesundheitsförderung sinnvollerweise als integrativer Bestandteil des gesundheitlichen Versorgungssystems verstanden und umgesetzt werden sollte. Dies umso mehr, wenn Gesundheitsförderung als Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen diskutiert wird. Gegenüber einer reinen Addition von neuen Leistungen und neuen Aktionsfeldern lassen sich vielfältige Gründe finden, einen stärkeren konzeptionellen und inhaltlichen Bezug zu Aufgaben- und Problemfeldern des Gesundheitswesens herzustellen.

Aus der Perspektive der Gesundheitsförderung wird dies insbesondere anhand der Eckpunkte der WHO-Ottawa-Charta sowie anhand der wissenschaftlichen Kontroversen, welche im Vorfeld wesentlich zu deren Entwicklung beigetragen haben, verdeutlicht. Dabei ist die medizinkritische Debatte für die Entstehungsgeschichte der Ottawa-Charta ebenso immanent wie die selbstkritische Reflexion der bis dato gemachten Erfahrungen mit Ansätzen der Verhaltensprävention und Gesundheitserziehung.

Gesundheitsförderung hat demgegenüber die Intention, nicht zu einem weiteren Ausweiten des kurativen Medizinbetriebes, und auch nicht zu einer Kolonialisierung der sozialen Lebenswelten durch medizindominierte Präventionsbotschaften des ‘richtigen Lebens’ beizutragen. Statt einer risikofaktorenorientierten Prävention steht die Unterstützung und Förderung von Laienkompetenzen im Hinblick auf die Bewältigung von gesundheitlichen Bedrohungen und Problemlagen im Mittelpunkt. Dies schließt auch die Thematisierung von Defiziten der gesundheitlichen Versorgung mit ein.

Aus gesundheitsökonomischer Sicht wird der Zusammenhang zwischen Gesundheitsförderung und dem gesundheitlichen Versorgungssystem besonders deutlich. Eine ökonomische Betrachtung der Gesundheitsförderung läßt sich nur dann durchführen, wenn der thematische Bezug zu anderen Gesundheitsleistungen hergestellt wird. Der ökonomische Nutzen, von Gesundheitsförderung wie auch von gesundheitlichen Versorgungsleistungen, besteht jeweils entweder in einem ‘mehr’ an Gesundheit (Effektivität) oder in einem ‘weniger’ an verursachten Kosten im Gesamtsystem der gesundheitlichen Versorgung (Effizienz). Dabei ist eine integrative Strategie der Gesundheitsförderung theoretisch sowohl dazu geeignet, die

Effektivität der gesundheitlichen Versorgung, durch verbesserte *Komplementarität* zwischen gesundheitlichen Versorgungsleistungen ('Fremdleistungen') und eigener Gesundheitsproduktion von Laien zu erhöhen als auch infolgedessen weitere Behandlungen und Behandlungskosten zu vermeiden (*Substitutionalität*). Maßnahmen, welche ergänzend zur Behandlung bereits bestehender (chronischer) Erkrankungen angeboten werden, sowie kommunikative und partizipative Strategien, die den Umgang mit gesundheitlichen Versorgungsleistungen im Sinne eines kritischen Patientenempowerments thematisieren, versprechen demzufolge die größten ökonomischen Erfolge.

Die wesentliche Gemeinsamkeit zwischen dem 'boom'-artigen Aufkommen gesundheitsökonomischer Theorien und Debatten sowie der Gesundheitsförderung besteht dabei in den von beiden Seiten festgestellten Effektivitäts- und Effizienzmängeln einer zunehmend nicht bedarfsgerechten medizinzentrierten Gesundheitsversorgung. Beide Ansatzpunkte, der Gesundheitsökonomie wie auch der Gesundheitsförderung, diskutieren darüber hinaus die Möglichkeiten, durch eine stärkere Beteiligung der Nachfrageseite der durch die Angebotsdominanz im 'Gesundheitsmarkt' induzierten mangelnden Bedarfsorientierung entgegenzuwirken. Allerdings besteht der wesentliche Unterschied zwischen diesen beiden Betrachtungsweisen darin, daß die Gesundheitsökonomie von einem individualisierenden Marktmodell mit 'souveränen Konsumenten' ausgeht, wohingegen die Gesundheitsförderung auch die kollektive politische Gestaltungskraft der BürgerInnen und PatientInnen hervorhebt.

Dieses Spannungsfeld zwischen kollektiver und individueller Steuerung der gesundheitlichen Versorgung findet sich auch auf gesundheitspolitischer Ebene. Kapitel 3 stellt die beiden unterschiedlichen Ansatzpunkte der Gesundheitspolitik, die Theorie einer sektorübergreifenden, partizipativen und zielorientierten Public Health-Politik einerseits, sowie die realpolitische Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems andererseits, gegenüber. Wenn eine bundesdeutsche Politik der Deregulierung, Marktorientierung und Privatisierung langfristig nicht zu einem gänzlich die Gesundheit der Bevölkerung als Allgemeingut, und die dem bisherigen System immanenten Aspekte der sozialen Gleichverteilung bedrohenden Szenario werden soll, gilt es insbesondere, die Seite der Nutzer von gesundheitlichen Versorgungsleistungen kollektiv und individuell zu stärken. Eine solche nachfrageorientierte Gesundheitspolitik entspricht dem Kern der durch die Ottawa Charta angestrebten Kurskorrektur durch Anwaltschaft, Vermittlung/Vernetzung und Empowerment. Sie führt aber auch direkt zu einer konkreten Aufgabenbeschreibung für gesetzliche Krankenkassen, nicht zuletzt zum Zwecke ihrer Selbsterhaltung.

Krankenkassen haben vor diesem Hintergrund die Aufgabe, als Verbraucherlobby im Gesundheitswesen aufzutreten und kollektive Versicherteninteressen bei der Vertragsgestaltung in der gesundheitlichen Versorgung anwaltschaftlich zu vertreten. Auf individueller Ebene gilt es darüber hinaus, die Kompetenzen der Versicherten in Sachen Gesundheit sowie bedarfsgerechter Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungsleistungen zu fördern.

Dies wurde auch im Zuge der durch das Gesundheitsreformgesetz 1989 eingeführten Gesundheitsförderung als Aufgabe der Krankenkassen vielfach betont. Eine genaue Betrachtung der schon damals entwickelten Thesen verdeutlicht, daß viele Erwartungen und Handlungsempfehlungen an die Krankenkassen im Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung explizit auf deren Rolle als Verbraucherschutz- und Verbraucherberatungsinstitution verweisen. Nur wenige Handlungsempfehlungen legen hingegen eine additive Einführung von Leistungen der primären Verhaltensprävention, ohne zusätzlichen Bezug zu Fragen der gesundheitlichen Verhältnisgestaltung oder des Gesundheitswesens im engen Sinne nahe.

Vielmehr wird ein breites und nach außen hin kooperatives Engagement in der Verhältnisprävention (in Schulen, Betrieben und Gemeinden) sowie ein gänzlich verändertes Verwaltungshandeln der Kassen im Umgang mit Fragen der medizinischen Versorgung gefordert. Damit ist letztlich die ‘ganze Organisation Krankenkasse’, und nicht nur eine neu zu installierende Fachabteilung aufgefordert, sich mit Fragen eines veränderten Umgangs mit Krankheit und Gesundheit zu beschäftigen.