9 Ausblick

„Wenn man das zu Ende denkt in Richtung Case Management, dann spielt die Gesundheitsförderung doch wieder rein, aber so weit sind wir sozialpolitisch noch lange nicht.“
(Interviewpartner, Anfang 1995)

9.1 Perspektiven für die Gesundheitsförderung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung

Zweifellos sind für die Vergangenheit einige Versäumnisse der Krankenkassen bezüglich des Anspruchs einer ganzheitlichen, allumfassenden Gesundheitsförderungspolitik zu beklagen. Im Rahmen der Debatte um Gesundheitsförderung und Public Health wurde immer wieder auf die Notwendigkeit der sozialen und ökologischen Verhältnisgestaltung durch organisations- bzw. ‘setting’-bezogene Strategien der betrieblichen, schulischen und gemeindeorientierten Gesundheitsförderung hingewiesen.

Dennoch zeigen auch die Ergebnisse dieser Arbeit, daß Krankenkassen hier oftmals an ihre institutionellen und strategischen Grenzen stoßen. Den zahlreichen kritischen Beobachtern ist in diesem Punkt zuzustimmen, wenn sie etwa von einer ‘Unterinstrumentierung’ der Krankenkassen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung sprechen. Die Forderung nach einer politischen Aufgabenbeschreibung dessen, was die GKV auf diesem Gebiet leisten sollte, bzw. insbesondere nach einer (staatlichen) Aufgabenzuschreibung mit entsprechender Ressourcenausstattung für Einrichtungen, welche jene Aufgaben übernehmen, die die GKV eben nicht erfüllen kann (ROSENBROCK 1988), bleibt daher aus Sicht der Gesundheitsförderung nach wie vor aktuell.

Diese Arbeit verfolgte jedoch das Ziel, nicht wie sonst üblich, nur danach zu fragen, ‘was die Krankenkassen für die Gesundheitsförderung tun können’. Ebenso sollte es bei der Diskussion des Begriffspaares ‘Krankenkassen’ und ‘Gesundheitsförderung’ um die Frage gehen, ‘was die Gesundheitsförderung für die Krankenkassen tun kann’. Anders ausgedrückt: Neben oder trotz der gesetzlichen Rahmenbedingungen - der gesetzliche Auftrag 1989 sowie dessen Streichung 1997 - sollte es unternehmenspolitisch rationale Gründe, jenseits von Marketing und Imagepflege, geben, welche eine stärkere Berücksichtigung der Gesundheitsförderung im

Kerngeschäft der Krankenkassen empfehlen. Diese liegen insbesondere in der weiteren Integration der begonnenen Wege der Gesundheitsförderung in zentrale Aufgabenbereiche des Leistungs- und Vertragsgeschäftes.

Die in der Krankenkassenpraxis bislang dominierende Form der Gesundheitsförderung durch Gesundheitskursangebote liefert hierzu einige interessante empirische Anhaltspunkte. Gesundheitskursangebote von Krankenkassen haben vor diesem Hintergrund zweifellos mit dazu beigetragen, bestehende Versorgungslücken im streng an ärztlicher Leistung und kurativer Medizin orientierten deutschen Gesundheitswesen aufzudecken, und diese auch aus Sicht der Betroffenen - zumindest für die Gruppe derer, die den Weg in die Kurse gefunden haben - zu schließen. Die gesetzlich verordnete Streichung dieser Angebote hinterläßt hingegen erneut eine Lücke, welche vermutlich nur durch die nunmehr bestehenden Versorgungsalternativen - Rehabilitation, ärztlich verordnete Krankengymnastik etc. -, wenn nicht geschlossen, so zumindest aufgefangen werden kann; dies um den Preis verschlechterter Zugangschancen für die Betroffenen sowie erhöhter Kosten für das immernoch großenteils solidarisch finanzierte Gesundheitswesen.

Die verbleibenden Möglichkeiten, auch nach der Gesetzesänderung durch das Beitragsentlastungsgesetz Gesundheitsförderung zu betreiben und in Richtung einer ‘gesundheitsfördernden Krankenkassenpolitik’ weiterzuentwickeln, sind unterdessen vielfältig. In Anlehnung an ein Rechtsgutachten im Auftrag der AOK Niedersachsen kommen SCHWARTZ und WALTER (1997) gar zu der Einschätzung, daß sich die Rechtsgrundlage durch das Beitragsentlastungsgesetz „praktisch nicht geändert“ hat (S. 63). Hervorzuheben ist dabei weiterhin die Verpflichtung zur Aufklärung und Beratung (§ 1 SGB V) sowie die Bedeutung des Wirtschaftlichkeitsgrundsatzes (SGB V und SGB IV). Von zunehmender Bedeutung wird daher für die Zukunft der Nachweis von Effektivität und Kosteneffizienz für gesundheitsfördernde Maßnahmen, aber auch die Ausrichtung von Aufklärungs- und Beratungsleistungen an den Erfordernissen der im SGB V vorgesehenen Versorgungsleistungen sein.
Wegbereiter für die explizite und nahtlose Fortsetzung der Gesundheitsförderung nach dem Beitragsentlastungsgesetz war bislang u.a. die AOK Niedersachsen. Die größere Rechtssicherheit aufgrund des oben zitierten Rechtsgutachtens beflügelte hier offenbar auch strategische Überlegungen zu einer, allerdings in ihrem Kurs korrigierten,

Gesundheitsförderungspolitik. So wurden Gesundheitskursangebote nunmehr verstärkt krankheitsbezogen und in Richtung Tertiärprävention gestaltet (SCHWARTZ/WALTER 1997). Auch andere Kassen nutzten zunächst den Spielraum, der ihnen für die ohnehin im Ergebnis überwiegend tertiärpräventiv wirksamen Kursangebote, z.B. Rückenschulen (vgl. Kap. 7), auch per Gesetz eingeräumt werden. Als „Ergänzende Leistungen der Rehabilitation“ (§ 43 SGB V) deklariert, ging es insbesondere darum, die ‘Dehnbarkeit’ dieses Paragraphen gegenüber der Bundesaufsicht (im Falle der Ersatzkassen), bzw. der jeweiligen Landesaufsichten (im Falle der Orts- und Betriebskrankenkassen) auszuloten.
Allerdings sind vielfach nicht nur die finanziellen, sondern auch die personellen Ressourcen für eine konsequente Weiterführung im beschriebenen Sinne weggebrochen. Viele Kassen reagierten bereits mit Beginn des Jahres 1997 organisatorisch und personell auf die anstehenden Änderungen: Fachabteilungen wurden aufgelöst, MitarbeiterInnen wurden entlassen oder mit (fachfremden) Aufgaben der Sozialversicherung betraut, Kooperationen wurden aufgekündigt (SCHWARTZ/WALTER 1997, S. 65). So ist es u.a. zu erklären, daß selbst die nach wie vor explizit im Sozialgesetz verankerten Möglichkeiten der betrieblichen Gesundheitsförderung, die nach dem Beitragsentlastungsgesetz insbesondere in Zusammenarbeit mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung erfolgen soll (§ 20 Abs. 1 SGB V i.d.F.v. 1.11.96), bislang nur zögerlich erhalten bzw. weiterentwickelt wurden. „Die Krankenkassen sind dabei, sich vor dem Hintergrund des geänderten § 20 neu zu positionieren“ (ebd.).

Beinahe zeitgleich zu diesen Veränderungen hat sich in der GKV aber eine breite Diskussion über neue Ansätze des integrierten Gesundheitsmanagements entfaltet: *Managed Care*, *Case Management*, *Disease Management*. Trotz aller Kontroversen über diese der anglo-amerikanischen Empirie entnommenen Begriffe (exemplarisch: V.STILLFRIED 1996, KÜHN 1997) lassen sich darin zumindest einige theoretische Gemeinsamkeiten mit Konzepten der Gesundheitsförderung erkennen.

So wird etwa für den amerikanischen Gesundheitsmarkt durch die Übernahme von Managed Care-Elementen die Entwicklung „von einem Anbietermarkt zu einem Nachfragemarkt“ konstatiert (V.STILLFRIED 1996). Konstitutive Elemente des Case Management und Disease Management werden in einer ‘Führung’ des Patienten durch die Einzelinstitutionen der gesundheitlichen Versorgung gesehen. Darüber hinaus habe sich eine Kultur der regelmäßigen

Qualitätsüberprüfung von Leistungserbringern („credentialing“) und der statistischen Überwachung von Behandlungsmustern, Abrechnungsmustern, Kunstfehlerprozessen sowie der regelmäßigen Erhebung von Patientenzufriedenheit entwickelt (ebd.).

Viele amerikanische Managed-Care-Organisationen (MCO) vermitteln dabei auch gegenüber ihren Versicherten aktiv die Rolle des ‘Anwalts in Gesundheitsfragen’: Regelmäßige Befragungen zur Behandlungszufriedenheit der Patienten, Beschwerdemanagement, Telefonberatung zu Gesundheitsfragen sowie zu Fragen medizinischer Versorgung gehören ebenso zum Repertoire, wie etwa eine aktive Einbindung sozialarbeiterisch ausgerichteter Pflegedienste oder die Kooperation mit Selbsthilfegruppen. Alle diese beispielhaften Befunde werden hierzulande ofmals angeführt, um den Eindruck zu vermitteln, daß es sich bei den praktizierten Managed Care-Ansätzen in den USA nicht nur um eine „kommerzielle Bürokratisierung“ der medizinischen Versorgung (KÜHN 1997), sondern auch um Beispiele für ‘gelebte Gesundheitsförderung’ durch Krankenversicherungsträger handelt (BONVIE/ HILDEBRANDT 1996).

Die auch in Deutschland, und insbesondere von Krankenkassenvertretern, lebhaft geführte Debatte über Managed Care macht unterdessen deutlich, daß sich auch in Deutschland ein neues Verständnis der Gestaltung gesundheitlicher Versorgungsstrukturen und der aktiven Einbindung der Patientenseite herauszubilden beginnt. Bislang bekannte Beispiele für Managed Care in Deutschland sind insbesondere die von einigen Krankenkassen begonnenen „Modellversuche“ im ambulanten ärztlichen Sektor (nach §§ 63 ff. SGB V): Das ‘Hausarzt-Modell’ der AOK, das Modell ‘Vernetzte Praxen mit kombinierten Budgets’ der BKK oder die ‘Qualitätsgemeinschaft’ der Ersatzkassen (VdAK), um nur einige zu nennen.

Während diese Entwicklungen rund um Managed Care einerseits das Risiko beinhalten, einer weiteren Ökonomisierung der bundesdeutschen Gesundheitspolitik Vorschub zu leisten, müssen gleichwohl andererseits die Chancen gesehen werden, wenn etwa Elemente der Gesundheitsförderung unter neuem Namen und mit nur teilweise veränderten Inhalten wieder Einzug in die gesundheitspolitische Debatte halten. Der begriffliche Wechsel zu angloamerikanischen Management-Termini birgt jedenfalls die Chance, dem aktuellen Zeitgeist entsprechend breiteres politisches Gehör mit Konzepten zu finden, die unter der Überschrift ‘Gesundheitsförderung’ vielerorts kaum noch wahr genommen werden.

Dabei können auch die durch die ökonomischen Hintergründe des Managed Care, Case Management oder Disease Management eingebrachten inhaltlichen Konkretisierungen durchaus als eine Bereicherung der oftmals allzusehr auf additive Konzepte reduzierten Gesundheitsförderungspraxis, bzw. gar als ein Schritt in Richtung Integration angesehen werden. Um jedoch einer Verengung dieser Konzeptionen und Debatten auf gesundheitsökonomische Aspekte vorzubeugen, müssen diese Debatten rechtzeitig auch unter sozialpolitischen Gesichtspunkten geführt werden, etwa was den Aspekt der bürgerschaftlichen Partizipation und Interessenartikulation von PatientInnenkollektiven betrifft. Statt nur als Konsumenten bzw. individuell befähigte Coproduzenten im Gesundheitswesen müssen PatientInnen auch als kollektiv partizipierende Akteure begriffen werden, auch und gerade im Kontext der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die große zukünftige Chance für die Gesundheitsförderung liegt dabei in der Einbeziehung der Patienten- bzw. Versichertenperspektive in eine qualitativ erneuerte Vertragsgestaltung. Dabei geht es vorrangig darum, den Dialog mit den Versicherten zu verstärken, etwa durch die oben beschriebenen Ansätze der Patientenbefragungen, des Beschwerdemanagements, der Rechtsberatung oder der Kooperation mit Selbsthilfeeinrichtungen und Verbraucherberatungsstellen. Die Bedeutung von Beratungsleistungen durch Krankenkassen wird dabei neuerlich, auch hinsichtlich der Erwartungen von Versicherten, betont (MARSTEDT 1998).

In dieser Hinsicht bilden auch ‘Gesundheitskurse’, aufgrund ihres ‘Settings’ als Beratungen in Kleingruppen, sowie aufgrund der Erwartungen der TeilnehmerInnen bezüglich der Reduzierung von gesundheitlichen Problemen, eine gute Grundlage für weiterführende Strategien des Versichertendialogs und der Patientenberatung. Allerdings müssen diese Ansätze, die unter gänzlich anderen Vorzeichen und Zielsetzungen begonnen wurden, konsequent in der oben skizzierten Richtung weiterentwickelt werden. So muß sich auch die Zielsetzung zukünftiger Gesundheitskursmaßnahmen von der ausschließlichen Fixierung auf, dem klassischen Risikofaktorenmodell folgenden, Verhaltensänderungen der Ernährung, Bewegung und Streßbewältigung lösen. Für zukünftige Konzeptionen gilt es, sowohl gesundheitliche Risiken außerhalb des gesundheitlichen Versorgungssystems als auch Risiken im Gesundheitssystem, etwa der Arzneimittelüberversorgung, der Unter- oder Fehlbehandlung (z.B. bei chronischen Krankheiten), der Mehrfachdiagnostik oder der zu langen stationären Krankenhausbehandlung und zu spät einsetzenden Rehabilitation (etc.), zu thematisieren.

Darüber hinaus muß aber insbesondere ein Rückkoppelungsmechanismus installiert werden, welcher etwa den TeilnehmerInnen an Gruppenberatungs- bzw. Kursveranstaltungen die Chance bietet, als aktive Versicherte ihrerseits den Dialog mit der Krankenkasse zu nutzen, und nachfrageseitige Impulse für das Leistungs- und Vertragsgeschäft im Gesundheitswesen zu geben. Nur so kann der angestrebte Wandel der Krankenkassen vom 'Payer zum Player' auch im sozialpolitischen Sinne gelingen, wenn etwa Krankenkassen zukünftig nicht nur als Wirtschaftsunternehmen, sondern auch als selbstverwaltete Körperschaften des öffentlichen Rechts bzw. als Nachfragerkollektive im Gesundheitswesen Bestand haben sollen.

9.2 Konsequenzen für die politische, professionelle und akademische Ausrichtung der Gesundheitsförderung

Die Ergebnisse dieser Arbeit unterstreichen die Notwendigkeit, Strategien der Gesundheitsförderung durch Krankenkassen inhaltlich stärker in zentrale Aufgabenbereiche der gesundheitlichen Versorgung zu integrieren. Dies ist auch jenseits des Gegenstandes der gesetzlichen Krankenversicherung von erheblicher Bedeutung für die politische, professionelle und akademische Ausrichtung der Gesundheitsförderung.

Wie die vielfältigen Stellungnahmen im Zuge der Streichung der Gesundheitsförderung aus dem Leistungskatalog der GKV verdeutlichen, sind durch diese Entwicklungen auch die wissenschaftlichen und professionellen Perspektiven im gesundheitspolitischen Umfeld nachhaltig betroffen gewesen. So forderten über 100 Wissenschaftler im einem offenen Brief an Bundesgesundheitsminister Seehofer die Beibehaltung und den Ausbau der Gesundheitsförderung durch Krankenkassen (DOK 13/96, S. 403). Die Zeitschrift „UGB-Forum“ widmete dieser Thematik eine ganze Ausgabe (1/97), in der sich engagierte Stellungnahmen, etwa des Berufsverbandes der Diplom-Oecotrophologen (VDOE) oder renommierter Wissenschaftler wiederfanden (LEITZMANN 1997). Schließlich versammelten sich auf der Fachtagung „Gesundheitsförderung zwischen Utopie und Realität“ Mitte 1996 in Celle zahlreiche namhafte Wissenschaftler zu einer gemeinsamen „Celler Erklärung zur Gesundheitsförderung“ (ALTGELD/LASER/WALTER 1997).

Die im Zuge des Beitragsentlastungsgesetzes entbrannte Debatte über die Notwendigkeit der Weiterführung der Gesundheitsförderung hat dabei auch zu einigen kritischen Reflexionen bezüglich der bisherigen Praxis geführt. Diese bezogen sich nicht nur auf die Praxis der Krankenkassen, sondern auf die allgemeine politisch-professionelle Orientierung in der Gesundheitsförderung. Hervorzuheben ist dabei die vereinzelt zum Ausdruck gebrachte (Selbst-)Kritik an den bisher zu sehr auf additive Maßnahmen außerhalb des Gesundheitswesens ausgerichteten Gesundheitsförderungsstrategien. So wird von einem der Protagonisten der Gesundheitsförderung in Deutschland eindrücklich die Notwendigkeit der zukünftigen Integration der Gesundheitsförderung in Kernbereiche der gesundheitlichen Versorgung betont:

> „Meines Erachtens war es ein Fehler, die Gesundheitsförderung neben dem Gesundheitswesen aufzubauen und nicht auch in ihm. Gesundheitsförderung ist - bei genauer Betrachtung von Krankheitspanorama und Altersaufbau unserer Gesellschaft und den davon ableitbaren Erfordernissen - auch ein integraler Teil jeder guten Akutversorgung und Rehabilitation. [...] Gesundheitsförderung kann mit anderen Worten auch maßgeblich zur Qualitätsverbesserung in Kernbereichen unserer Krankenversorgung beitragen, auch zur Kostendämpfung von Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege. Es war ein, wie sich im nachhinein herausstellte, schwerwiegender Fehler, daß wir dies nicht von Anbeginn deutlich genug erkannt und ausgesprochen haben. Die von den Promotoren der Gesundheitsförderung favorisierte, institutionelle Trennung der Gesundheitsförderung von Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege hat vielmehr zum Kästchendenken und zur weiteren Fragmentierung in unserem Gesundheitswesen beigetragen, auf Kosten der Versicherten und Patienten und nicht zur Reform von Kernbereichen der Krankenversorgung im Sinne einer ganzheitlichen, am Leitbild von Selbständigkeit und Selbsthilfe orientierten Reorientierung. Erforderlich sind heute vernetztes Denken und eine vernetzte Praxis, sind Umbau- statt Anbaumaßnahmen. Gesundheitsförderung bei chronisch Kranken und Pflegebedürftigen muß zum Thema gemacht werden und das bestehende Versorgungssystem entsprechend umgestaltet werden, damit integrierte Versorgungskonzepte und interdisziplinäre Teamarbeit zur Selbstverständlichkeit werden. Kästchendenken und vielleicht auch der schnell gesuchte Erfolg haben unserem Wahrnehmungsvermögen und unserer Problemlösungsfähigkeit zu lange im Wege gestanden.“ (BADURA 1997, S. 32)

Diese eindrückliche Feststellung bedeutet sicherlich nicht, daß zukünftig Anstrengungen bezüglich der außerhalb der gesundheitlichen Versorgung liegenden Themenbereiche, etwa der sozioökonomischen, psychosozialen, sozialökologischen und politischen Verhältnisprävention, aus der Sicht von gesundheitswissenschaftlichen Fachvertretern unterbleiben sollen. Die Verhältnisprävention sollte hingegen weiterhin auch von dieser Seite als politische Aufgabe verstanden werden, welche nicht nur die Gesundheitspolitik, sondern auch Umwelt-, Sozial-, Renten-, Familien-, Bildungs-, Einwanderungs-, Arbeitsmarkt- und Wirtschaftspolitik tangiert. Das Ausmaß dieser Durchdringung unterschiedlicher Politikfelder durch Gesundheitsförderung wird auch in Zukunft - so ist zu hoffen - Gegenstand des gesellschaftlichen und politischen Diskurses bleiben.

Diese Aussagen bezüglich einer Integration der Gesundheitsförderung in das gesundheitliche Versorgungssystem sind aber insbesondere bedeutsam für die in Deutschland nach wie vor dominierenden Ansätze der Gesundheitserziehung, Gesundheitsberatung und Verhaltensprävention. Für diesen Handlungsbereich zeigen auch die empirischen und theoretischen Ergebnisse dieser Arbeit nachhaltig die Bedeutung des methodischen und inhaltlichen Bezuges zu den Erfordernissen der Nutzer von Gesundheitsbildungs- und Gesundheitsberatungsmaßnahmen, welche mehrheitlich innerhalb, und nicht außerhalb des gesundheitlichen Versorgungssystems angesiedelt sind.

TeilnehmerInnen von Gesundheitsbildungs- und -beratungsmaßnahmen zeigen oftmals ein überdurchschnittliches Interesse an Fragen der gesundheitlichen Versorgung durch Arzneimittel, schulmedizinische wie alternativmedizinische Behandlungsmethoden, sowie an den Möglichkeiten gesundheitlicher Selbsthilfe. Darüber hinaus weisen sie ein erhebliches Potential an Krankheiten, Schmerzen und anderen gesundheitlichen Beschwerden auf, welches vielfach den Ausgangspunkt für die Teilnahme an einer gesundheitsfördernden Maßnahme bildet. Diese in vielen akademischen Diskussionen beklagte Tatsache, daß ‘viele eben erst Interesse für ihre Gesundheit zeigen, wenn schon ein Leidensdruck besteht’, gilt es zur Kenntnis zu nehmen und in konzeptionelle und strategische Überlegungen zur Prävention und Gesundheitsförderung einzubeziehen.

Dies soll nicht als eine grundsätzliche Absage an Strategien der Primärprävention mißverstanden werden. Vielfältige Argumentationen und Forschungsergebnisse über soziale Verhaltensdeterminanten, aber auch über ethische Implikationen, stellen jedoch seit Jahren die Möglichkeiten der direkten und zielgerichteten Verhaltenssteuerung in Frage, und heben die Bedeutung der Beteiligung der vermeintlichen Zielgruppen vor dem Hintergrund der eigenen Betroffenheit hervor. Vor diesem Hintergrund ist zu erwarten, daß auch primärpräventive Inhalte im dem Maße öffentliche Aufmerksamkeit erlangen werden, wie die vordringlichen Defizite in der Sekundär- und Tertiärprävention hinreichend in Angriff genommen werden. Die von den betroffenen BürgerInnen und PatientInnen artikulierten Problembereiche dienen sozusagen als ‘Aufhänger’, um auch primärpräventive Botschaften zu transportieren, und insgesamt eine neue Kultur des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit langfristig zu fördern.

Auf diese Herausforderung, im Rahmen der Gesundheitsförderung nicht nur Inhalte und Methoden einer individuellen Gesundheitserziehung zu vermitteln, sondern auch eine qualifizierte Unterstützung bei sozialmedizinischen und bürokratischen Problemen der adäquaten Gesundheitsversorgung zu bieten, müssen sich zukünftig auch die professionellen und wissenschaftlichen Fachrichtungen der Gesundheitsbildung- und -beratung mehr als bisher einlassen. Statt Gesundheitsberatung im klassischen Sinne könnte die Zukunft der sogenannten neuen Gesundheitsberufe - aus den Fachrichtungen Psychologie, Pädagogik, Sozialwissenschaften, Sportwissenschaften, Haushalts- und Ernährungswissenschaften (etc.) - vielmehr in einer *Verbraucherberatung im Gesundheitswesen* liegen, welche zugleich auch nach außen gewandt, politisch für die Überwindung der vielfältigen Hürden und Defizite des gesundheitlichen Versorgungssystems eintritt. Damit müssen schließlich auch sozialmedizinische sowie gesundheitspolitische Inhalte mehr als bisher zum Gegenstand von Forschung, Lehre und Praxis in den genannten Fachrichtungen gemacht werden.