

Rosenbrock, Rolf

Article — Digitized Version

Primärprävention durch GKV: dreizehn Thesen und Gegenthesen

Soziale Sicherheit: Zeitschrift für Arbeit und Soziales

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1985) : Primärprävention durch GKV: dreizehn Thesen und Gegenthesen, Soziale Sicherheit: Zeitschrift für Arbeit und Soziales, ISSN 0490-1630, Bund-Verlag, Köln, Vol. 34, Iss. 1, pp. 1-9

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122808>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB).

Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH

Bibliothek und wissenschaftliche Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)

Library and Scientific Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**.

More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

Soziale Sicherheit

DIE SOZIALPOLITISCHE MONATSZEITSCHRIFT DER GEWERKSCHAFTEN

Bund-Verlag GmbH, Hansestraße 63 a, 5000 Köln 90

34. JAHRGANG · JANUAR 1985 · HEFT 1

Primärprävention durch GKV*) — Dreizehn Thesen und Gegenthesen —

Von Rolf Rosenbrock, Berlin

Dem Satz, daß Vorbeugen besser als Heilen sei, ist angesichts seiner unschlagbaren Plausibilität und der zunehmenden Unfähigkeit der Medizin, „heilende“ Antworten auf das Massengeschehen der chronisch verlaufenden Volkskrankheiten zu finden, vorläufig noch fast ungeteilte Zustimmung gewiß.

Sobald es aber ein wenig konkreter wird, stößt man auf eine Fülle von Widersprüchen. Widersprüche nicht nur zwischen verschiedenen Präventionskonzepten und -praktiken, sondern auch Einwände gegen die Wünschbarkeit und Machbarkeit gesundheitspolitischer Präventionsbemühungen überhaupt. Diese Gegenargumente kommen aus unterschiedlichen Disziplinen und politischen Richtungen. Teilweise haben sie bereits die Gewalt materieller Politik angenommen, teils deuten sie sich erst in vorsichtigen Formulierungen als Bedenken an. Sie liegen auf unterschiedlichen Argumentationsebenen und werden in unterschiedlichen Kombinationen angeboten.

Daraus folgt zunächst, daß es kein geschlossenes „anti-präventives Weltbild“ gibt. Doch ist andererseits festzuhalten, daß in den politischen und wissenschaftlichen Auseinandersetzungen derzeit solche Argumente zunehmen, die auf ein Abrücken von Prävention als gesundheitspolitischem Konzept hinauslaufen**). Da sich angesichts der staatlichen Maßnahmen des Ab- und Umbaus des Sozialleistungssystems mancherorts auch die politischen Prioritäten verschieben, könnte aus alledem ein Trend zur Abkehr vom gesundheitspolitisch kaum betretenen Feld der Prävention entstehen.

Wer am Konzept einer auf Krankheitsverhütung zielenden Gesundheitspolitik und der Möglichkeit ihrer Um-

setzung (auch durch die Institutionen der GKV) festhält, bewegt sich demnach gegen die derzeitige Hauptstromrichtung. Er muß daher die Argumente aufgreifen und ihnen Gegenthesen, zumindest aber offene Fragen entgegensetzen. Das soll hier anhand einiger exemplarischer Stichpunkte jeweils in Rede und Widerrede gesche-

*) Diese Thesen entstanden teilweise in Weiterentwicklung von Ergebnissen des Projekts „Betriebskrankenkassen und Prävention“ am Schwerpunkt Arbeitspolitik des Internationalen Instituts für Vergleichende Gesellschaftsforschung im Wissenschaftszentrum Berlin, an dem neben dem Verfasser die Kollegen *Friedrich Hauß* und *Gerd Göckenjan* gearbeitet haben. Das Projekt wurde im Rahmen des Forschungsvorhabens „Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen“ vom BMAuS unter der Projekträgerschaft der DFVLR (Kennzeichen 82/05/09-01) gefördert. Zugleich enthalten diese Thesen einige Vorüberlegungen für ein Forschungsprojekt unter dem Arbeitstitel „Implikationen und Wirkungen alternativer Regulierungsformen in der Sozialpolitik“, das der Verfasser am gleichen Schwerpunkt des WZB vorbereitet.

***) Unter Prävention werden dabei alle Bemühungen verstanden, die die Verhütung der Entstehung von Krankheiten durch Einwirkung auf gesundheitsbelastende Faktoren zum Gegenstand haben (Primärprävention). Dabei ist die Frage, ob solche Bemühungen auf die Veränderung gesundheitsrelevanter Lebens- und Arbeitsbedingungen oder auf gesundheitsriskantes Verhalten der Betroffenen zielen, zuvörderst eine der Zweckmäßigkeit, bei deren Beantwortung ethische und juristisch fixierte Grenzen beachtet werden müssen. Maßnahmen und Strategien, die lediglich den Diagnosezeitpunkt bereits eingetretener Gesundheitsstörungen vorverlegen (Früherkennung), zählen nach dieser Definition nur dann zur Prävention, wenn sie die Umkehrung eines ohne Früherkennung nicht reversiblen Erkrankungsprozesses, also eine Heilung ermöglichen.

hen***). Dabei wird auf die großen Unterschiede in Rang, Konsistenz und Gewicht der einzelnen Argumente ebensowenig eingegangen wie auf die Widersprüche, die zwischen ihnen bestehen. Ziel der Darstellung ist vielmehr, die trotz aller Einwände gegebenen Möglichkeiten des Einstiegs in präventive Gesundheitspolitiken sichtbar zu halten.

1. *Die gesundheitsgerechte Veränderung bzw. Gestaltung von Arbeits- und Lebensbedingungen überfordert jede Gesundheitspolitik, da dies in der Konsequenz die Unterordnung aller anderen Politikfelder (Wirtschafts-, Umwelt-, Produktions-, Technologie-, Forschungs-, Verkehrs-, Außen-, Bildungs-, Rechts-Politik etc.) unter den Primat eines zudem höchst unbestimmten Konzepts namens „Gesundheit“ bedeuten würde.*

Dieser These liegt eine vorwiegend unter ideologiekritischen Gesichtspunkten interessante Argumentationsfigur zugrunde: Vor allem konservative Stimmen warnen und häufig schon vor den ersten Schritten auf einem neuen Weg, weil entweder das Ende dieses Weges (noch) nicht absehbar (operationalisierbar) ist, oder weil der Weg — konsequent eindimensional zu Ende gedacht — zu einem Ziel führen kann, das neuartige Übel oder Gefahren in sich bergen könnte. Bezogen auf präventive Gesundheitspolitik kleidet sich dieses Argument in Formulierungen vom „drohenden Krankenkassenstaat“ oder von der „staatlich verordneten Pflicht zur Gesundheit“.

Demgegenüber ist zunächst auf die überall feststellbare politische Realität zu verweisen, in der die Beachtung gesundheitlicher Wirkungen politischer Maßnahmen die ganz seltene Ausnahme ist. Gegenüber dieser Realität wäre es schon ein gewaltiger Fortschritt, wenn Gesundheit als ernstgenommene Nebenbedingung politischer Entscheidungen berücksichtigt würde. Der Streit kann deshalb eigentlich nicht darum gehen, ob uns der „Krankenkassenstaat“ droht, sondern ob es möglich ist, Gesundheit als *eine* Zielvariable in den verschiedenen Politikbereichen (z. B. als Querschnittsaspekt in den verschiedenen Ressorts) zu verankern (Prüfung der Gesundheitsverträglichkeit politischer Maßnahmen).

Zudem übersehen die Verfechter dieser These, daß sich derartige zu Beginn notwendigerweise breit angelegte Konzepte in aller Regel erst im Verlaufe ihrer Umsetzung konkretisieren lassen. Das zeigt auch ein Blick auf erfolgreiche Präventionspolitiken in der Vergangenheit (Impfschutz, Wasserhygiene etc.). Und welche in der Sache liegenden Gründe sollte es beim Konzept gesundheitsbezogener Politiken für den ehern konservativen Standpunkt des „Wehret den Anfängen!“ geben? Die gesundheitspolitische und gesundheitliche Situation gibt dafür jedenfalls kein Argument her.

2. *Der vor allem in den siebziger Jahren groß angelegte Versuch, durch Prävention Krankenstände und damit Kosten zu senken, muß als gescheitert angesehen werden. Eine Weiterverfolgung dieses Weges lohnt sich demzufolge nicht.*

Dieser Argumentationsfigur liegen drei Mißverständnisse bzw. Irrtümer zugrunde:

a) Die siebziger Jahre waren mehr eine Phase der präventiven Programmatik als der präventiven Politik. Es sind demzufolge nicht so sehr die Konzepte präventiver Gesundheitspolitik an den Realitäten der Lebens- und Arbeitsbedingungen gescheitert. Vielmehr ist der Versuch, präventive Programmatik auch umzusetzen, überwiegend im Gestrüpp widerstreitender wirtschaftlicher und wissenschaftlicher Interessen hängengeblieben, zumal er durch Halbherzigkeit, unzureichende Mobilisierung und politische Rücksichtnahmen seiner Initiatoren nur mit von vornherein verminderter Schubkraft ausgestattet war. Hier gilt es, der Legendenbildung und Geschichtsklitterung vorzubeugen.

b) Ziel präventiver Gesundheitspolitik ist die Verhütung von Krankheit und damit die Verminderung von Leiden sowie die Verlängerung von Leben. Die gemeinsame Zielvariable ist Lebensqualität. Die Senkung von Krankenständen ist demgegenüber nur *ein* möglicher Indikator unter vielen. Seine Aussagekraft ist durch die vorherrschende Meßmethode (ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit) zudem stark eingeschränkt. Im übrigen liegt eine halbwegs flächendeckende Wirkungsanalyse der Gesundheitspolitik der siebziger Jahre bis heute nicht vor.

c) Inwieweit es zum Zielkatalog von Präventionsstrategien gehören soll, „die Kosten zu senken“, ist eine alte und immer noch offene Streitfrage. Prävention findet jedenfalls die Begründung ihrer Notwendigkeit zunächst in *positiven* Zielkonzeptionen, die sich nicht auf Kalküle in Geldeinheiten stützen (lassen/müssen).

3. *Die Durchsetzung von Gesundheitszielen und -standards in allen relevanten Politikbereichen führt zu einer Medikalisierung der Gesellschaft. Sie stärkt damit die Macht sowie die aus ihr resultierenden Privilegien und Allkompetenz-Ansprüche der Ärzte.*

Über die optimale Funktionszuweisung der ärztlichen Profession zu Fragen der Gesundheit und Krankheit bestehen tatsächlich noch viele Unklarheiten. Gegenüber der These ist jedoch festzuhalten, daß es nach wie vor keinen ersichtlichen Grund gibt, Prävention für eine *vorwiegend* ärztliche Aufgabe zu halten. Die Kritik am vorherrschenden medizinischen Paradigma und an der ärztlichen Standespolitik ergibt vielmehr gute Gründe dafür, Präventionsstrategien ohne ärztliche Dominanz zu entwerfen. Dabei ist es sinnvoll, gesundheitspolitische und gesundheitliche Aufgaben und Funktionen in berufliche und Lebensvollzüge anderer Gruppen hineinzudenken und aus *diesem* Denkmaterial gesundheitspolitische Strategien zu destillieren.

4. *Prävention führt zu einer immer umfassenderen Kontrolle des Verhaltens von Individuen. Am Horizont zeichnet sich der „soziale Sicherheitsstaat“ ab, in*

***) Unberücksichtigt bleiben dabei offenkundig ideologische Konzepte ohne spezifizierbaren Realitätsgehalt wie etwa die Thesen von „Krankheit als Schicksal“ oder die Behauptung, nur durch Rückbindung der Menschen an mystische oder esoterische Hoffnungs- oder Energieträger könne Gesundheit hergestellt werden. Auch wird hier daran festgehalten, daß das Ziel von Gesundheitspolitik tatsächlich Gesundheit ist.

welchem Politiken der „inneren Sicherheit“ mit Maßnahmen der gesundheitlichen und sozialen Sicherung zu einer unentwirrbaren und unentrinnbaren Gesamtheit von mehr oder weniger sanfter Repression zusammenfließen.

Angesichts der unbezweifelbaren Tendenz des Staates und von Privatunternehmen, immer mehr individuelle und gesellschaftliche Merkmale und Prozesse in Form von „Datenschatten“ abzubilden und damit ihre Kontroll- und Steuerungskapazität auszudehnen und zugleich intransparenter werden zu lassen, kommt diesem Argument ein großes Gewicht zu.

Bezogen auf die hier diskutierten Zusammenhänge ist demgegenüber jedoch darauf hinzuweisen, daß die „Mittel der Wahl“ präventiver Gesundheitspolitik darin bestehen, materielle Lebens- und Arbeitsbedingungen zu schaffen und zu sichern, in denen sich die Individuen und Gruppen möglichst unbeeinträchtigt entfalten können, und zwar unbeeinträchtigt sowohl von Krankheit als auch von unerwünschter Kontrolle. Die datenförmige Herstellung des „gläsernen“ Bürgers bzw. Versicherten bzw. Patienten, wo sie denn tatsächlich eine reale Gefahr ist, bedient sich daher in der Regel entweder zu Unrecht der gesundheitlichen Prävention nach Art einer falschen Fassade, oder sie geht von einem systematisch verkürzten Präventionskonzept aus, welches Krankheitsverhütung auf individuelle Verhaltenskontrolle reduziert. In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, daß solche Warnungen bemerkenswert häufig von solchen Berufsgruppen und Wirtschaftszweigen vorgebracht werden, deren wirtschaftliches Verhalten mit den Mitteln moderner Datenverarbeitung kontrolliert werden soll. Auch gegen die Erfassung objektiver Daten über die Belastungen in der Arbeits- und Lebenswelt sind Einwände häufig gerade von denjenigen zu hören, in deren Verantwortungsbereich die Entstehung daraus resultierender Gesundheitsgefahren liegt.

Zudem errichtet das im Jahre 1983 vom Bundesverfassungsgericht konstatierte „informationelle Selbstbestimmungsrecht“ des Bürgers Schranken und Transparenzkriterien, deren Respektierung nicht zuletzt von den Gewerkschaften gefordert und ansatzweise auch durchgesetzt wird, also jenen Organisationen, die auch am ehesten die gesellschaftlichen Interessen an Prävention artikulieren und vertreten. Diese gesundheits- und kontrollpolitische Doppelfunktion der Gewerkschaften beinhaltet die Tendenz zu wachsender Sensibilität und mindert Mißbrauchsgefahren. Weiterhin ist zu berücksichtigen, daß sich die Mehrzahl der empirisch belegten Problemfälle von Kontrolle auf außerstaatlichen, in der Regel wirtschaftlich motivierten Mißbrauch des durch Datenverfügung gegebenen Kontrollpotentials bezieht. Auf diesen Feldern bestehen für gewerkschaftliche und Verbraucher-Organisationen noch große und ungelöste Aufgaben, die jedoch keine hinreichende Begründung für Perhorreszierung und Dämonisierung der technisch gegebenen Möglichkeiten bieten.

Bei der für jede Arbeits- und Sozialepidemiologie notwendigen Erhebung von Merkmalen von Personen und Lebensverhältnissen handelt es sich im schlimmsten Fall

um ein Kontrollpotential, nicht um Kontrolle selbst. Das auch gesundheitspolitisch wichtige Problem besteht darin, ob der Übergang von der (potentiellen) Kontrolle durch Daten zu der (tatsächlichen) Kontrolle durch Daten politisch kontrolliert werden kann.

Für eine realistische Abschätzung des politischen (auch gesundheitspolitischen) Risikopotentials ist dazu eine Analyse der wirtschaftlichen und politischen Interessen wie auch der monetären und politischen Kosten der (meistens illegalen) Realisierung des Interesses an derartiger Kontrolle unerlässlich. Solche Analysen werden nur selten durchgeführt; wo sie — z. B. in betrieblichen Zusammenhängen — vorgenommen werden, relativiert sich zumeist die ursprünglich angenommene Gefährdung: Angesichts des hohen Wissensstandes von Unternehmen über die Beschäftigten und angesichts der relativ geringen prognostischen Qualitäten der meisten medizinischen Befunde erweist sich der *Grenznutzen zusätzlicher Informationen* über gesundheitliche Sachverhalte aus epidemiologisch angelegten Untersuchungen als relativ gering im Hinblick auf die Kontrolle von Arbeitskraft. Jedenfalls ist er in der Regel zu gering, um den Erwerb solcher Daten durch Verletzungen des Datenschutzes als politisch oder wirtschaftlich sinnvoll erscheinen zu lassen.

Die Akzeptanz und damit Durchsetzbarkeit der für epidemiologische Zwecke tatsächlich notwendigen Datenerfassung und -auswertung wird in Zukunft nicht zuletzt davon abhängen, ob Staat und Privatunternehmen ihr datenförmiges Kontrollpotential weiterhin zielstrebig und mit wenig sozialer Sensibilität ausbauen werden. Es könnte sich dann ein politisches Klima verfestigen, in dem die Differenz zwischen Datenerhebung für Epidemiologie sowie Krankheitsverhütung und Datenverwendung für tendenziell umfassende Verhaltenskontrolle nicht mehr vermittelt werden kann.

5. Die Erfahrungen der siebziger Jahre haben erwiesen, daß die gewachsenen Interessen- und Machtstrukturen zu stark und zu unflexibel sind, als daß ihre Zielfunktionen durch gesundheitsbezogene Parameter wirksam modifiziert werden könnten. Das gilt für die Gestaltung der Arbeitswelt ebenso wie für die Produkt- und Umweltpolitik der produzierenden Einheiten wie auch für die Ausrichtung der Struktur des Medizinsystems.

So richtig es ist, die gesundheitspolitischen Erfolge der siebziger Jahre nicht zu hoch zu veranschlagen, so irreführend ist es auch, die Erfolgsarmut dieser relativ kurzen Phase für unabänderlich zu halten.

Überdies zeigen gerade die gesundheitspolitischen Ergebnisse dieser Jahre die prinzipielle Möglichkeit der Überwindung vorher für unüberwindlich gehaltener Hindernisse. Erinnert sei z. B. an die Welle von arbeitsweltbezogenen Gesetzen aus dieser Phase, deren Wirkungen sich zwar nicht auf die zentralen gesundheitlichen Gefährdungen dieser Sphäre erstrecken, die aber ernstzunehmende Ansätze staatlich garantierter Schutz- und Mindestnormen in diesem wichtigen Gefährdungsbereich darstellen. Die Politik, die diese, bei aller Relativierung, unbestreitbaren Erfolge erreichte, war zudem im-

mer auf möglichst weitgehende Befriedung aller beteiligter Interessengruppen sowie auf möglichst breiten Konsens bedacht und deshalb nicht sehr durchsetzungsfähig konzipiert. Wenn die *Themenkarriere der Prävention* (vgl. unten 9.b) unter diesen Umständen häufig in der *Konsensfalle* (vgl. unten 8.a) steckenblieb (und deshalb überwiegend unterhalb der Wirksamkeitsschwelle liegende oder sogar kontraproduktive Lösungen und Ersatzhandlungen hervorbrachte), so darf dies nicht mit einer auf ewig vorprogrammierten Erfolglosigkeit für derartige Politik verwechselt werden.

Überdies deutet vieles darauf hin, daß auch die Interessenlagen bislang überwiegend blockierender Interessengruppen aus Gründen einer sich verändernden Wirtschaftlichkeitssicht (Unternehmen) oder infolge eines langsam wirksam werdenden Paradigmenwechsels (Gesundheits-Professionals) in Bewegung geraten. Diese Verschiebungen von Interessenlagen und Sichtweisen sind (theoretisch und praktisch) daraufhin zu prüfen, inwieweit sie neue (zumindest punktuelle) Bündnisse ermöglichen und damit die politischen Handlungsfelder für Prävention vergrößern können.

6. *Den volksgesundheitlichen Problemen ist nur mit Verhaltensprävention beizukommen, die die Masse der gesundheitsriskant lebenden Bevölkerung durch multimedial organisierte Bewußtseinsbildung und Gesundheitserziehung erreicht. Solange die Sozialwissenschaften keine wissenschaftlich gesicherten und praktisch erfolgreichen Wege zu diesem Ziel der Verhaltenssteuerung der Menschen weisen können, sollten sie nicht für sich in Anspruch nehmen, ihr Gegenstandsbereich sei die Prävention.*

Hinter der mit dieser These verbundenen Ablehnung von Prävention mittels gesundheitsgerechter Gestaltung von Lebensbedingungen verbirgt sich häufig eine logisch unzulässige Vermengung zwischen „derzeit politisch nicht durchsetzbar“ und „gesundheitspolitisch nicht wirksam“. Nun ist gerade der allzu häufig verdrängte Aspekt der politischen Durchsetzbarkeit ein zentrales Anliegen der Sozialwissenschaften, der Wissenschaft von der Arbeitspolitik zumal.

Was die gesundheitliche Wirksamkeit angeht, so können die Verfechter der am je individuellen Fehlverhalten ansetzenden Prävention bislang kaum große Erfolge für sich in Anspruch nehmen. Die Kritik an weitergehenden Konzepten ist daran zu messen und entsprechend zu relativieren. Vor allem die nimmermüde ärztliche Standespolitik versucht trotzdem immer wieder, präventionspolitische Ansätze auf solche der bloßen Gesundheitserziehung und Verhaltenssteuerung zu reduzieren, weil derartige Projekte mit der behaupteten ärztlichen Kompetenz für Fragen der Gesundheit am ehesten vereinbar sind. Durch die Präsenz bzw. Dominanz von Ärzten wird dabei den meisten dieser Projekte der Stempel des verengten medizinischen Paradigmas aufgedrückt. Durch die dabei z. T. offensichtliche Überdehnung seines Kompetenzbereiches liefert der Ärztestand ungewollt zahlreiche Anknüpfungspunkte für einen in der Konsequenz irrationalen Anti-Professionalismus.

Massenhaftes Verhaltenstraining setzt zu seiner Wirksamkeit zudem einigermaßen zwingend teilgruppen- und schichtenspezifische Programme voraus. Solange die verhaltensorientierten Präventionsstrategien von dieser Tatsache nicht systematisch Kenntnis nehmen, werden sie auch weiterhin weitgehend an ihrem Gegenstand vorbei agieren.

Nehmen sie aber die soziale Schichtung, die im wesentlichen durch diese bestimmten Lebensstile und die dadurch unterschiedlichen Bedeutungszuschreibungen für „Gesundheit“ zur Kenntnis, werden sie um zwei Erkenntnisse nicht herumkommen:

a) Gesundheitliches Fehlverhalten ist durch die soziale Umwelt wenn nicht determiniert, so doch zumindest geprägt. Lernprogramme, die durch Information und Motivierung massenhaft individuelles Ausscheren aus gesundheitsriskantem Verhalten erleichtern oder bewirken sollen, stoßen auf eine Reihe theoretisch und praktisch nach wie vor überwiegend ungelöster Probleme: Zum einen erweisen sich Einstellungen zur Gesundheit und zu gesundheitsgerechtem Verhalten als ziemlich resistent gegenüber Informationen und „Botschaften“, soweit diese die Zielgruppe überhaupt erreichen; zum anderen entspricht das reale Verhalten durchaus nicht immer der jeweiligen Einstellung. Verhalten und Einstellung sind dabei nicht nur individuelle Gegebenheiten, sondern auch Bestandteile sozial kollektiv geprägter Verhaltens- und Interpretationsmuster. Es ist deshalb erforderlich, die Lernschritte und -ziele sowie die Medien auf das jeweilige Sozialmilieu der gemeinten Teilgruppen auszurichten. Dazu müssen die Lebensbedingungen und die daraus resultierenden Bewußtseinsformen wenigstens in Umrissen bekannt sein. Für die Lösung dieser Aufgabe ist die Mitwirkung von Sozialwissenschaften unverzichtbar. Die geringe Berücksichtigung dieser Zusammenhänge läßt sich z. B. an so gut wie allen Kassenmaßnahmen bis hin zu kassengeträgten Gesundheitszentren ablesen.

b) Ist auf diese Weise in der Praxis (auch an erfolgssarmer Praxis kann gelernt werden) deutlich geworden, daß verhaltensänderndes Lernen ohne konkrete Bezugnahme auf den sozialen Kontext der Zielgruppen die Ausnahme bleibt, so wird sich in einem nächsten Schritt die häufig untrennbare Verschmelzung zwischen sozialen Engen und — keineswegs nur extremen — Lebenslagen einerseits und gesundheitsschädigendem Fehlverhalten andererseits erweisen. Daraus folgt die Notwendigkeit, die sozialen Lebensbedingungen derer, die ihr Verhalten ändern sollen, nicht nur als Datenkranz für die professionelle Erstellung von Lernprogrammen zu berücksichtigen, sondern die Zielgruppe auch darauf zu orientieren, die krankmachenden Faktoren in ihren Lebenszusammenhängen als änderungsbedürftige Variable zu sehen. Das Defizit an solcher Orientierung tritt auch bei den fortgeschrittensten Konzepten und Projekten der Verhaltensprävention besonders deutlich zutage, sobald es sich um den Abbau von Gesundheitsgefahren aus der Arbeitswelt handelt.

Werden diese Defizite systematisch angegangen, so ergeben sich deutliche Bezugslinien zu einem Verständnis

von Prävention, das von vornherein plausibel prekäre, objektiv faßbare Lebensbedingungen und Arbeitsbelastungen (auch wenn sie als Noxen nicht naturwissenschaftlich identifizierbar sind) und die Möglichkeit der Betroffenen, auf diese Bedingungen und Belastungen verändernd einzuwirken, zu seinem Gegenstand genommen hat.

In diesen Bereichen liegen weite Gemeinsamkeiten zwischen dem Konzept einer „leistungssteuernden Strukturpolitik im Gesundheitswesen“ und möglichen Konkretisierungen der WHO-Strategie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“.

7. *Die Institutionen der GKV als spezifisch deutsche Mischform (para-)staatlicher Regulierung gesundheitlicher Probleme sind von ihrer Geschichte und Struktur her unfähig und ungeeignet, Probleme der Prävention wirksam anzugehen bzw. zu bewältigen.*

a) Der *historische* Teil dieses Arguments bezieht sich meist auf die Entwicklung der deutschen Sozialversicherung (als Modernisierungsstrategie oder als Produkt eines labilen Klassengleichgewichts begriffen) mit ihrer systematischen Herausbildung der Trennung zwischen Sphären der Krankheitsentstehung und dem (professionellen und finanziellen) System der Krankheitsbewältigung. Gerade Untersuchungen der letzten Jahre haben dagegen immer wieder interessante Grenzüberschreitungen in der Geschichte der GKV ans Tageslicht gebracht. Untersuchungen dieser „Grenzüberschreitungen“ ergeben, daß sie überwiegend aus je verschiedenen, historisch zu benennenden Gründen gescheitert bzw. durch Einverleibung in bestehende Machtstrukturen ihrer Wirksamkeit beraubt worden sind. Es sind deshalb keine struktur-inhärenten oder sonstwie zwingenden Gründe erkennbar, die einer Veränderung, Verlagerung oder Vergrößerung des Aufgabenbereichs der GKV-Institutionen entgegenstehen. Wenn aber ein wesentliches Hindernis für den Erfolg die unzureichende Schubkraft der Initiativen bzw. ihre mangelnde Verknüpfung mit sozialen Bewegungen gewesen sein sollte, so ist zu berücksichtigen, daß diese Variable von den beteiligten Organisationen z. B. durch Strategievorgaben und Qualifizierungsmaßnahmen beeinflussbar ist.

Auch die letzten Jahre haben — bei aller Kritik an der unzureichenden Eingriffstiefe und der Fülle von wirkungslosen Ersatzmaßnahmen vor allem in Folge des Wirkens der Konsensfalle (vgl. u. 8a) — zahlreiche Beispiele von Kassenaktivitäten erbracht, die den ursprünglich durch die ehernen Kategorien der „Verrechtlichung“ und „Ökonomisierung“ gezogenen Handlungsrahmen überschreiten (z. B. Soziale Dienste, Gesundheitszentren, Ernährungsberatung, Gesundheitsatlanten etc.). Es spricht nichts dafür, daß dieser Spielraum bereits ausgeschöpft ist. Er wird zum gesundheitspolitischen Handlungsraum werden, wenn die hinter „Verrechtlichung“ und „Ökonomisierung“ liegenden Hindernisse als gesundheitspolitische Probleme begriffen werden. Diese Hindernisse bestehen im wesentlichen in der Interessen- und Machtbesetzung der für Prävention wichtigen Interventionsfelder.

b) Das Argument der „*Unfähigkeit*“ bezieht sich *zum einen* auf die unterstellte *gesundheitspolitische Unterlegenheit* der Kassen gegenüber diesen Machtkonstellationen. Es kann dabei auf die lähmenden Effekte der paritätischen Zusammensetzung in der Selbstverwaltung zwischen Kapital und Arbeit verweisen. Es übersieht allerdings die Chancen, die in einer Weiterentwicklung von Interessenpositionen bei den beteiligten Gruppen liegen können. Damit solche Veränderungen im Kassengeschehen politikrelevant werden können, müssen die zentralen Verursachungsbereiche von Krankheit immer wieder als Gegenstand des Kassenhandelns thematisiert werden. Zudem zeigt ein Blick auf konkrete Erfahrungen aus der Selbstverwaltung, daß es keineswegs durchgängig die Unternehmenseite ist, die die Thematisierung von präventiven Konzepten und Projekten blockiert. Vielfach wird ihr mangels Initiativen der Versichertenvertreter nicht einmal die Möglichkeit geboten, ihre tatsächlichen Interessenlagen (mit ihren positiven Ansatzpunkten für Koalitionen wie auch mit ihren Veto-Elementen) zum Ausdruck zu bringen.

Die gesundheitspolitische Belastbarkeit der GKV-Institutionen im Hinblick auf Prävention kann noch keineswegs als ausgetestet gelten.

c) Das Argument der „*Unfähigkeit*“ der Kassen bezieht sich *zum anderen* auch auf ihre *innere Struktur* und ihre Wirkungen auf die Politikprozesse in der Kasse. Die Rede ist von Machtlosigkeit der Selbstverwaltung und der Dominanz bürokratischer und finanztechnischer Verhaltens- und Sichtweisen der Geschäftsführungen und Verwaltungen. So unbestreitbar solche Analysen ein Stück Realität einfangen, so wenig werden sie den folgenden Tendenzen gerecht:

— Eine nicht mehr nur auf Verwaltung, sondern zunehmend auch auf Gesundheitspolitik bezogene Professionalisierung der Kassengeschäftsführungen führt zu einer wachsenden Unzufriedenheit dieser Gruppe mit nur finanztechnischer und bürokratischer Routine im Kassengeschehen. Daraus können — bei entsprechender Förderung durch die Institutionen und Verbände — wachsendes Interesse und zunehmende Kompetenz für gesundheitliche und gesundheitspolitische Fragestellungen erwachsen.

— Die Beobachtung einer überwiegend in Routine und peripheren Konflikten leerlaufenden Selbstverwaltung unterschätzt die gesundheitspolitische Impulskapazität dieser Gremien bzw. einzelner ihrer Mitglieder. Gezielte gesundheitspolitische Orientierung und Ermutigung durch Rückkopplung mit positiven Beispielen aus anderen Kassen können diese Kapazität vergrößern.

d) Das Argument der „*Nichteignung*“ der Kassen für präventive Politik bezieht sich überwiegend auf den *rechtlich eng gezogenen Rahmen* des Kassenhandelns. Dabei entsteht oft ein immunisiertes System gegenseitiger Schuldzuweisungen: Staatliche Stellen verweisen angesichts der unübersehbaren gesundheitspolitischen Defizite auf die Untätigkeit der Kassen. Kassen wiederum begründen ihr Verhalten mit den ihnen vom Staat auferlegten Rechtsschranken. Demgegenüber ist auf die

Erfahrung aus anderen Politikbereichen zu verweisen, nach denen sich staatlich zugelassene Handlungsräume in der Regel nicht durch huldvoll gewährte Zugeständnisse erweitern. Vielmehr kommt es zu auch rechtlichen Ausdehnungen der Kompetenz dann (und dadurch), wenn die betreffenden Gruppen bzw. Institutionen bei der Verfolgung konkreter und gesellschaftlich einsichtiger Projekte durch diese Grenzen behindert werden. Solange die Institutionen der GKV den ihnen heute gegebenen Spielraum nicht adäquat nutzen, kann von der staatlichen Gesundheitspolitik (wer immer sie gerade administriert) kaum erwartet werden, daß sie darin einen hinreichenden Anlaß zur Erweiterung dieser Grenzen sieht.

8. *Die Struktur der paritätischen Selbstverwaltung in den Institutionen der GKV führt zur „paritätischen Selbstlähmung“. Wo nur noch „das geht, was die jeweils restriktivere Gruppe mitträgt“, kann eine Politik der Prävention nicht in Gang kommen.*

Dieses Argument verkürzt die Probleme der gesundheitsbezogenen Politisierung der Selbstverwaltung unzulässig auf die griffige Formel der Stimmen-Verhältnisse und entläßt die Selbstverwaltung der GKV dadurch faktisch aus der Verantwortung. Einer differenzierteren Betrachtung eröffnen sich dagegen folgende politisch angehbare Problembereiche:

a) In der Praxis der Selbstverwaltung kommt es selten zu offenen Kampfabstimmungen oder Blockierungen durch eine Gruppe. Die Regel besteht vielmehr darin, daß die Thematisierung präventiver Probleme von vornherein unterbleibt oder bereits im Vorfeld potentiell konfliktiver Erörterungszonen abgebrochen bzw. auf konsensfähige, und dann meist gesundheitlich wirkungsärmere Ersatzthemen und -projekte umgelenkt wird. Der dem zugrundeliegende Mechanismus der *Konsensfalle* kann durch adäquate Thematisierungsformen, die auch die Gefahren der blockierenden *Konfliktfalle* vermeiden, umgangen bzw. zumindest verzögert oder modifiziert werden. Voraussetzung sind strategische und nicht nur taktische gesundheitspolitische Konzepte auf Seiten der Initiatoren solcher Projekte in der Selbstverwaltung. Derartige Konzepte müssen nicht auf die Handlungsmöglichkeiten der Kassen selbst beschränkt bleiben. Im Gegenteil kann die Verzahnung oder Koordination mit anderen gesundheitspolitisch wirkenden Institutionen (z. B. Sportvereine, Selbsthilfegruppen, Schulen, betriebliche Interessenvertretungen) Handlungsmöglichkeiten eröffnen, die der Kasse selbst verschlossen sind. Da der Beitrag der Kassen sich häufig auf eher unauffällige Hilfestellungen (z. B. Stellung des technischen Apparates, Erhebung und Übermittlung epidemiologischer Befunde) beschränken kann, ist die mancherorts zu beobachtende hohe Gewichtung der Öffentlichkeitsarbeit im Kassenhandeln nicht hilfreich.

b) Ein weiterer Aspekt des Argumentes zielt auf die gesundheitspolitische Qualifikation und Impulskapazität vor allem der Versichertenvertreter in der Selbstverwaltung. Die darin liegende Geringschätzung für die ehrenamtliche Arbeit zehntausender Selbstverwalter wird der Problematik nicht gerecht. Übersehen wird nämlich zu meist das Wechselverhältnis zwischen Qualität und Um-

setzbarkeit gesundheitspolitischer Strategievorgaben durch die (z. B. gewerkschaftlichen) Zentralen einerseits und dem Aktivitätsniveau sowie den Rekrutierungsmechanismen der Selbstverwaltung andererseits. Zudem haben neuere Untersuchungen über die reale Tätigkeitsstruktur der ehrenamtlichen Selbstverwalter ergeben, daß angesichts der Flut von Routineangelegenheiten das Zeitbudget und die Verarbeitungskapazität der meist anderweitig voll berufstätigen Selbstverwalter definitiv überfordert ist. Die Möglichkeiten von Informationsrationalisierung, (Teil-)Freistellung und Qualifizierung im Sinne der Vermittlung von gesundheitspolitischen Relevanzkriterien scheinen bei weitem noch nicht ausgeschöpft. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Mehrzahl der Selbstverwalter durchaus traditionelle, dem herkömmlichen Medizinbetrieb verpflichtete Vorstellungen von Gesundheitspolitik mitbringt und deshalb die Notwendigkeit und Möglichkeiten von Prävention häufig eher unterschätzt. Voraussetzung für darauf zielende Qualifizierungsmaßnahmen wäre ein entschiedener Ausbau z. B. der gewerkschaftlichen Infrastruktur für Fragen der Gesundheitspolitik.

9. *Die Durchführung von Maßnahmen der Prävention erfordert regelmäßig andere organisatorische Träger als die Institutionen der GKV. Wichtiger als die Aktivierung der GKV für Maßnahmen und Kampagnen, die eher außerhalb ihrer bisherigen Aufgabenwahrnehmung liegen, wäre die Orientierung bzw. Mobilisierung der bereits vorhandenen Institutionen auf bzw. für Ziele der Gesundheit.*

a) Es ist eine unbestreitbare Tatsache, daß die meisten der „an sich“ für Primärprävention geeigneten Institutionen dieser Aufgabe nicht oder nur sehr unzureichend gerecht werden (z. B. öffentlicher Gesundheitsdienst, professioneller Medizinbetrieb, Schulen, Kommunal- und Regionalverwaltungen, Sportvereine, Berufsgenossenschaften, Betriebsärzte, Sicherheitsfachkräfte und betriebliche Interessenvertretungen, Verbraucherorganisationen etc.). Unter diesem Aspekt könnte die Entwicklung der GKV-Institutionen zu *Regie-Instanzen*, die Anregungen geben, organisatorische Hilfe leisten und Aufgaben der Koordination übernehmen, eine bislang unbesetzte Leerstelle füllen. Ansätze für Gesundheitspolitik könnten so schrittweise in die jeweils erfolgversprechendsten *Politik-Arenen* integriert werden. Das heutige Gesundheitssystem könnte von seiner überfordernden Rolle der alleinigen Zuständigkeit für Gesundheitsprobleme entlastet werden.

b) An möglichen Ansatzpunkten für konkrete Kassenaktivitäten besteht kein Mangel. Am Beispiel einer möglichen präventiven Orientierung von Betriebskrankenkassen kann diese Vorstellung modellhaft als *Themenkarriere* skizziert werden:

Systematische Informationen über Gesundheitsprobleme (einschließlich subjektiver Befindlichkeitsäußerungen) und über Belastungskonstellationen gelangen von Versicherten, Vertrauensleuten, Betriebsräten, Versichertenvertretern, Betriebsärzten, betrieblichen Instanzen, aber auch von niedergelassenen Ärzten zur BKK. Auf der Ebene der Kasse führt dies zur Identifikation

gesundheitsgefährdender Konstellationen und/oder gesundheitlich gefährdeter Gruppen im Betrieb. Je nach Verursachung und Eingriffsmöglichkeiten lassen sich die weiteren Schritte, die von der BKK angestoßen oder selbst durchgeführt werden können, in drei Gruppen unterscheiden:

— Liegen die Ursachen der Gesundheitsprobleme im Bereich des betrieblichen Arbeitsschutzes, so kann die BKK mit ihrem informellen „gesundheitspolitischen Mandat“ an die betrieblichen Instanzen herantreten. Sie kann dadurch entweder direkt eine Änderung in Gang setzen oder ihre Stellungnahme in den Betrieb einbringen und damit die Thematisierung in der betrieblichen Arena unterstützen. Als institutioneller Impulsgeber bzw. -verstärker auf der Basis fundierter Informationen bietet sich die BKK hierfür förmlich an (*Präventionsanwalt*).

— Zum Abbau von Gesundheitsgefährdungen, die auf den ersten Blick verhaltensverursacht sind, ist an die Entwicklung und koordinierte Umsetzung gezielter Programme mit aufeinander abgestimmten Instrumenten zu denken: Wenn solche Programme akzeptiert werden sollen, dann müssen die dem (Fehl-)Verhalten meist zugrundeliegenden objektiven Belastungskonstellationen in die Bearbeitung einbezogen werden. Daneben und darüber hinaus ist an organisatorische Veränderungen im Betrieb in Kombination mit modernen Formen der Verhaltensbeeinflussung zu denken.

— Andere Verursachungskomplexe sind schwerer zu beeinflussen: Spezifische und unspezifische Streßkonstellationen, Zusammenwirken von Belastungen innerhalb und außerhalb der Arbeitswelt, Probleme, die vorwiegend in betrieblichen Lohnformen, Arbeitszeitregimes und der Arbeitsgestaltung liegen. Aber auch für diese Problembereiche gibt es einen breiten Erfahrungsschatz über denkbare bzw. auch schon erprobte Programme, bei denen betriebsstrukturelle, verhaltensbezogene und eventuell das Freizeitangebot einbeziehende Maßnahmekombinationen zum Einsatz kommen. Die Tatsache, daß sich derartige Modelle bislang überwiegend im Ausland (z. B. USA) finden und sich auch dort meist auf die höheren Ränge des Managements beziehen, spricht nicht gegen ihre prinzipielle Machbarkeit. Zur Fundierung mit den notwendigen Informationen sowie zu Konzipierung und Koordination solcher Programme bietet die BKK gegenüber den anderen, betrieblichen Akteuren strukturelle und institutionelle Vorteile.

c) Als geeigneter und auch im Kassengefüge konsensfähiger Einstieg für solche konkreten Kassenstrategien bieten sich die systematische Erhebung und Auswertung von arbeits- und sozialepidemiologischen Daten durch die Institutionen der GKV an. Für die Durchführung solcher Aktivitäten durch die Kassen spricht deren (zumindest potentielle) Kontrolle durch die Selbstverwaltung, ihre Kontextnähe und ihre fachliche Kompetenz. Wegen der Kontrollproblematik (vgl. oben 4) kann diese Aufgabe weder von rein staatlichen Stellen noch von privaten Unternehmen erfüllt werden.

Dabei kommt es nicht so sehr darauf an, ob die Umsetzung der aus den (anonymisierten) Daten zu entwickelnden Strategien der Prävention von der Kasse oder von anderen politischen Akteuren in anderen Arenen getragen bzw. umgesetzt werden. Wichtig ist vielmehr die epidemiologische und teilgruppenspezifische Fundierung präventiver Gesundheitspolitiken überhaupt.

10. Angesichts der allgemeinen Mittelknappheit und dem Zwang zum Sparen in der Sozial- und Gesundheitspolitik können die Kassen keine zusätzlichen Mittel für präventive Maßnahmen aufbringen.

Abgesehen davon, daß der „Zwang zum Sparen in der Sozialpolitik“ auch als politisches Konstrukt und weniger als ökonomischer Zwang interpretiert werden kann, trifft das Argument der knappen Mittel nicht die Dimensionen des Problems: Die Ausgaben für Gesundheitspflege und Prävention bewegen sich derzeit eher im Promille-Bereich der Kassenausgaben und müßten bei Ingangsetzung präventiver Strategien diesen Rahmen auch nicht wesentlich überschreiten. Gegenwärtig liegen z. B. die Kosten für den Vertrauensärztlichen Dienst oder die Aufwendungen für Öffentlichkeitsarbeit häufig höher als die Ausgaben für Prävention. Selbst unter Ansehung der engen staatlichen Reglementierung der Kassenausgaben könnten die Mittel für die derzeit konkretisierbaren Maßnahmen präventiver Gesundheitspolitik durch die Kassen mobilisiert werden.

11. Das GKV-System kann aus sich selbst heraus weder gesundheitspolitische Ziele finden noch notwendige Prioritäten setzen. Dies ist eine politische Aufgabe, die dem Staat zukommt.

Da die GKV-Kassen in den vergangenen Jahren als Initiatoren oder Träger gesundheitspolitischer Strategien tatsächlich kaum in Erscheinung getreten sind, spricht für dieses Argument zunächst ein gutes Stück empirischer Evidenz. Auch wäre es sicher verfehlt, die staatlichen Instanzen zu Lasten der Kassen aus der gesundheitspolitischen Programm-Verantwortung zu entlassen. Staatliche Gesundheitsprogramme (von Bund, Ländern und Gemeinden) z. B. in bezug auf den Abbau schichten- und lebenslagenspezifischer Ungleichheiten der Gesundheits- und Lebenschancen und/oder zur Konzentration auf die wichtigsten Volkskrankheiten könnten für die Thematisierung und Erreichung gesundheitlicher Ziele sicher sehr hilfreich sein.

Doch werden die gegenüber staatlichen Instanzen sowie anderen Institutionen des Gesundheitswesens gegebenen *komparativen Vorteile der GKV-Kassen* für Aufgaben der Prävention unterschätzt, wenn ihre Aufgabe z. B. auf individuelle Gesundheitsvorsorge oder gar die finanztechnische Abwicklung der Krankenversorgung reduziert wird. Der optimale Aufgabenzuschnitt der Kassen und die institutionelle Arbeitsteilung in der Gesundheitspolitik sind — oberhalb dieses Minimal-Niveaus — daher derzeit offene Fragen.

12. Prävention in Lebens- und Arbeitswelt kann nur von den jeweils Betroffenen selbst in Gang gebracht und durchgesetzt werden. Die Beteiligung oder gar Initiative von staatlichen oder parastaatlichen Institutio-

nen würde die Authentizität und die politische Stoßkraft solcher Basis-Aktivitäten verfälschen bzw. abschwächen.

Dieses Argument hat auf den ersten Blick eine hohe Plausibilität: Die direkte Einflußnahme von direkt Betroffenen auf gesundheitsbeeinträchtigende Faktoren aus der ökologischen, ökonomischen und sozialen Umwelt ist wichtig und unverzichtbar. Strategien, die auf ein Handeln von Institutionen oder Experten *anstelle* der Betroffenen laufen oder diese auf eine Position der „abhängigen Partizipation“ verweisen, sind meist zum Scheitern verurteilt. Sie lassen nämlich die Kompetenz der Betroffenen für die Identifikation der Gefährdungen, ihre Kenntnis der bedingenden Faktoren, ihre Kapazität für den Entwurf von Handlungsstrategien, ihr Durchsetzungs- und Konfliktpotential sowie ihre Fähigkeit zur (zeitstabilen) Kontrolle eingeleiteter Änderungen weitgehend ungenutzt brachliegen.

Andererseits entfaltet sich diese Potenz in der Regel auch nicht von selbst. Das gilt besonders für soziale Gruppen und Schichten, deren gesundheitliche und politische Artikulationskraft durch Sozialisation und Lebenserfahrung nicht eben gefördert worden ist. Gerade bei solchen Gruppen finden sich aber häufig besonders gravierende Probleme der Gesundheitsbelastung und des Zugangs zu Versorgungseinrichtungen.

Darüber hinaus gilt fast generell, daß spontane gesundheitsbezogene Aktivitäten und Gruppen einen hohen Bedarf an technischer Hilfestellung, verwendbaren Daten, fachlicher Beratung (nicht Bevormundung!) und kommunikativer Vermittlung mit (gesundheits-)politischen Instanzen haben.

Vor allem ein Teil der eher von Angehörigen der Mittelschicht initiierten Selbsthilfeaktivitäten tendiert außerdem dazu, sich in marktorientierte Dienstleistungsbetriebe zu transformieren, wenn ihnen keine organisatorische und gesundheitspolitische Alternative angeboten wird.

Diese Defizite und Fehlsteuerungen heben sich nicht von selber auf. Für die Anregung, Orientierung und Wirkungsoptimierung gesundheitsbezogener Aktivitäten sowohl von unmittelbar Betroffenen als auch von sensibilisierten Professionals müssen deshalb Instrumente der Initiierung, der Steuerung und Rückkopplung entwickelt werden, die sowohl die Illusionen einer „Fetischisierung der Basis“ als auch die Gefahren einer Lähmung solcher Aktivitäten durch Übersteuerung und Bevormundung vermeiden. Wegen ihrer dezentralen Struktur, der Repräsentanz wichtiger gesellschaftlicher Gruppen in der Selbstverwaltung und ihres nicht unmittelbar staatlichen Charakters weisen die Institutionen der GKV auch hierbei komparative Vorteile gegenüber anderen möglichen Trägern auf.

13. Präventionspolitik scheitert vor allem an den Menschen. Anspruchsmentalität und Versorgungsdenken haben einen „sozialpervertierten“ Verhaltenstyp gefördert, der nur durch wirksame ökonomische Hebel, vor allem durch spürbare finanzielle Sanktionen, zu einer gesundheitsgerechten Lebensweise und zu einer maßvollen Inanspruchnahme des Gesundheitswesens zurückgeführt werden kann.

Diesem derzeit dominanten gesundheitspolitischen Argument kann eine wissenschaftliche Fundierung nicht zugesprochen werden.

a) Das Schwergewicht der Verursachung der *Kostenentwicklung* im Gesundheitswesen liegt erwiesenermaßen auf der Angebots- und nicht auf der Nachfrageseite. Vorschläge zur Kostensteuerung über direkte Zuzahlungen der Versicherten („Selbstbeteiligung“) müssen sich deshalb die Vermutung gefallen lassen, daß sie in Wahrheit primär auf eine ökonomische Umverteilung zu Lasten sozial Schwächerer abzielen.

b) Über die Wirksamkeit ökonomischer Hebel auf *Gesundheits-/Krankheitsverhalten* liegen kaum gesicherte Ergebnisse vor. Die Wirkungsannahmen können sich bei gegebenem Stand des Wissens weithin nur auf Plausibilitätsniveau bewegen. Der häufig gezogene Rückschluß von beobachtbar ungesunden Lebensweisen auf die Sozialschädlichkeit eines Vollversicherungsschutzes auf Sachleistungsbasis im Krankheitsfall beruht weder auf empirischer Evidenz noch auf theoretischer Plausibilität. Sein Realitätsgehalt verflüchtigt sich weiter, wenn Erkenntnisse über die Zusammenhänge zwischen sozialer Schicht und Lebenslage einerseits sowie Lebensstil und Gesundheitsverhalten andererseits berücksichtigt werden. Die Wirksamkeit ökonomischer Hebel vor allem in Form der Aufhebung des Solidarprinzips durch individuelle Zuzahlungen besteht auch in diesem Zusammenhang wahrscheinlich vor allem in einer Umverteilung von unten nach oben.

Die Vertreter derartiger „Gesundheitspolitik“ tragen dem teilweise durch den Einbau von „Härteklauseln“ auf Basis von „Bedürftigkeitskriterien“ Rechnung. Dabei bleibt die z. B. aus der Sozialhilfe bekannte Tatsache unberücksichtigt, daß gerade die Bedürftigsten unter den davon Betroffenen den Zugang zu solchen „sozialen Öffnungsklauseln“ oftmals nicht finden. Damit wird der inverse schichtenspezifische Effekt gesundheitspolitischer Steuerung durch individuelle Zuzahlung verdupelt.

Diese Aussage kann derzeit nur qualitativ getroffen werden; eine Quantifizierung ist angesichts des Fehlens einer nach sozialen Gesichtspunkten geführten staatlichen Gesundheitsstatistik in der Bundesrepublik Deutschland nicht möglich. Die Lückenhaftigkeit der theoretischen und methodischen Voraussetzungen für eine solche Statistik ist auch Resultat einer staatlichen Forschungspolitik, die die Tatsache der sozialen Schichtung und der ungleichen Verteilung von Lebenschancen in der Gesellschaft nur widerwillig zur Kenntnis nimmt.

In der Kenntnis solcher Zusammenhänge sind Marketing-, Werbungs- und Verkaufsstrategien der privaten Wirtschaft (z. B. auch der Pharma-Industrie) der staatlichen und kassengestützten Gesundheitspolitik um Jahre voraus. Eine verstärkte „Marketing-Orientierung“ der GKV-Kassen im Sinne der Erforschung und Berücksichtigung schichten- und lebenslagen-spezifischer Gesundheitsprobleme und Bewältigungsmöglichkeiten könnte infolgedessen wichtige Lücken füllen. Dies gilt für die Zusammenhänge zwischen sozialer Lage und Gesundheit/Krankheit ebenso wie für die Unter- bzw.

Fehlinanspruchnahme von Versorgungsleistungen durch verschiedene soziale Gruppen und Schichten.

c) Zudem übersieht die Fixierung auf die Steuerung von Gesundheitspolitik mit Hilfe finanzieller Sanktionen gegen die Versicherten den wahrscheinlich schichtenunspecifisch zutreffenden Leitsatz auch der WHO, nach dem die besten Erfolge auch einer lediglich auf Verhalten bezogenen Gesundheitsstrategie dann zu erwarten sind, wenn sie dem Prinzip „make the healthy way the easy way“ folgen.

d) Die weiten Bereiche objektiv faßbarer Gesundheitsbelastungen aus der beruflichen Sphäre und aus der sozialen und ökologischen Umwelt werden von der derzeit gesundheitspolitisch dominanten Strömung der Re-Indivi-

dualisierung von Gesundheitsproblemen im Sinne eines „blaming the victim“ zunehmend ausgeblendet. Die Tatsache, daß dies trotz zahlreicher, auch wissenschaftlich erhärteter Evidenzen der gesundheitlichen Relevanz dieser Zusammenhänge politisch möglich ist, führt zahlreichen Gesundheitsforschern die beschränkte Wirksamkeit ihrer Wissensproduktion und das geringe Gewicht des besseren Arguments in der Politik vor Augen.

Dies lenkt die Aufmerksamkeit auf Fragen nach dem Wirken jener gesellschaftlichen Mechanismen, als deren abgeleitetes Ergebnis die politische und wissenschaftliche Handhabung des Themas „Gesundheit“ erscheint und die der Nutzung der vorhandenen Möglichkeiten wirksamer Präventionspolitik entgegenstehen.