

IIVG Papers

Veröffentlichungsreihe des Internationalen Instituts für
Vergleichende Gesellschaftsforschung
Wissenschaftszentrum Berlin

IIVG/dp/79-201

Bestimmungsfaktoren und Durchsetzungsmöglichkeiten präventiver Sozialpolitik in der Gesetzlichen Krankenversicherung

von

Gerd Göckenjan

Januar 1979

Publication series of the International Institute for
Comparative Social Research
Wissenschaftszentrum Berlin

Gliederung:

Seite

I.	Einleitender Überblick	1
II.	Symbolische Präventionspolitik als Ausdruck der Immobilität der Gesetzlichen Krankenversicherung	4
III.	Kriterien verursachungszentrierter Gesundheitspolitik	14
IV.	Handlungsbedingungen der Krankenkassen bei innovativer Politik	20
V.	Zum Modell einer verwaltungsdominierten personalen Prävention	28
VI.	Präventive Gesundheitspolitik in der GKV und keine Alternative zu einer unrealistischen Strategie	34

Bestimmungsfaktoren und Durchsetzungschancen präventiver Sozialpolitik in der Gesetzlichen Krankenversicherung¹⁾

I. Einleitender Überblick

In diesem Papier werden Forderungen und Realisierungschancen präventiver Sozialpolitik in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) diskutiert.²⁾

Forderungen und Bekenntnisse zur Einführung oder Weiterentwicklung präventiver Gesundheitsmaßnahmen gehören zum gesicherten Bestand der aktuellen Sozialpolitik. Es scheint hier also ein hohes Konsensniveau zu bestehen, was eher mißtrauisch machen muß in Anbetracht des ansonsten in diesem gesellschaftspolitischen Bereich bestehenden verfestigten Konfliktszenariums. So müßte präventive Gesundheitspolitik, zumindest im System der GKV, eher die Interessengegensätze verstärken, da ja ein sozialpolitisches Maßnahmenpektrum zu entwickeln wäre, das in den Vorerkrankungsbereich intervenieren müßte, um Krankheit zumindest in Häufigkeit und Schweregrad vorzubeugen und zu reduzieren. Mit dieser präventiven Sozialpolitik müßten aber die gleichen Konfliktfronten aufbrechen, die schon in der Debatte um die "Kosten-

-
- 1) Die Arbeit stützt sich in ihrem materialen Kern auf eigene Experteninterviews und Beobachtung von Entscheidungsabläufen auf der Krankenkassenebene. Die Arbeit ist aufzufassen als ein vorläufiger Versuch, die interne Innovationsfähigkeit und externe Steuerbarkeit eines staatlichen Interventionssystems im Sozialsektor, am Gegenstandsreich präventiver Sozialpolitik, exemplarisch zu bestimmen.
 - 2) Der Hauptstrom der Forderungen und Strategien, die sich auf institutionelle Prävention als den wichtigsten Teilbereich der Präventionsbewegung richten, bezieht sich zwar auf den Bereich des Arbeitsschutzes. Die verallgemeinerten und unspezifischen Präventionsvorstellungen richten sich dagegen eher an die Krankenversicherung und werden in der GKV auch als Leistungsanforderung aufgegriffen. Die hierbei entstehenden Effekte, gerade in Hinblick auf umfassende institutionelle Prävention, werden im folgenden untersucht.

explosion" in der GKV aufeinander gestoßen sind. Da dies nicht der Fall ist, sich vielmehr eine große Gemeinsamkeit aller Interessen abzeichnet - ohne daß die GKV strukturellen Veränderungen unterworfen wäre - so muß diese "Koalition" zur präventiven Gesundheitspolitik selbst als ein Politikum im Rahmen der bestehenden Konfliktfronten analysiert werden können.

Hierbei drängt sich der Eindruck auf, daß diese Gesundheitspolitik durch divergierende Zielsysteme überlastet ist, so daß es naheliegt, eher verdeckte Funktionen zu vermuten.

Im folgenden wird dargestellt, daß der Gegenstandsbereich präventiver Gesundheitspolitik in Gefahr steht, zu einem Musterfall symbolischer Politik zu werden. Es soll gezeigt werden, daß der Präventionsbegriff die Funktionen der Dethematisierung und Umtitelung von Konfliktzusammenhängen übernommen hat.

Diese Strategien der Problemverschiebung müssen als symbolische Politikformen aufgefaßt werden aufgrund ihrer Wirkung, Problemwahrnehmungen und Lösungserwartungen der Betroffenen umzubauen (z.B. Verständnis von Erkrankungsursachen), nicht aber - oder nur sehr marginal - an den Problemursachen zu rühren (Erkrankungsursache), und materiale Forderungen zu befriedigen (verbessertes Gesundheitsniveau)¹⁾.

In diesem Papier wird überprüft, welche Präventionsstrategien in diesem Sinne als symbolisch beurteilt werden müssen, und welche Funktionen den Strategien tatsächlich zukommen. Mit dieser Zielrichtung ist es notwendig, die institutionelle Struktur, Aufgabenverteilung und Modus interner Konfliktverarbeitung der GKV in Hinsicht auf die Durchsetzungschancen einer präventiven Gesundheitspolitik zu untersuchen.

1) M. Edelmann, Politik als actual, Frankfurt/M. 1976

Dabei wird sich herausstellen, daß die GKV gesellschaftspolitisch Balanceerfordernisse zu erfüllen hat, die zu den Erfordernissen verursachungszentrierter Gesundheitspolitik querstehen. Dadurch ist auch die Möglichkeit der Dethematisierung der zentralen Ursachenzusammenhänge, insbesondere arbeitsbedingter Erkrankungen, und die Konfliktverschiebung durch symbolische Präventionspolitiken angelegt.

Die folgenden Überlegungen versuchen, in schrittweiser Konkretion die Grenzen, die einer ursachenzentrierten Gesundheitspolitik im System der GKV gesetzt sind, zu bestimmen.

So wird zunächst der Bedeutungsgehalt unterschiedlicher Präventionsvorstellungen geklärt, und es werden Argumentationsfiguren und Zielrichtungen der Ansätze präventiver Sozialpolitik als symbolische Politik dargestellt (Kap. 2). Gegenüber diesen Ansätzen werden Positionen alternativer Gesundheitspolitik aufgegriffen, die zugleich die Grenzen des bestehenden Krankenversorgungssystems thematisieren (Kap. 3). Diese Grenzen werden zunächst auf der Krankenkassenebene allgemein untersucht, wobei das Verhältnis von Kassenverwaltung und Selbstverwaltung im Zentrum steht (Kap. 4). Die hier angelegten Handlungsspielräume werden dann an dem Beispiel eines Modellvorhabens präventiver Gesundheitspolitik einer AOK weiter konkretisiert (Kap. 5).

In abschließenden Überlegungen wird ein Resümee zu den Durchsetzungschancen einer alternativen Gesundheitspolitik versucht. Denn während die Möglichkeit der Transponierung präventiver Gesundheitspolitik in symbolische Politiken durch das Balancierungsmodell quasi strukturgegeben ist, sind strategische Alternativen, insbesondere systemimmanenter Art - d.h. ohne gravierende, gesetzlich abgesicherte organisatorische Maßnahmen -, nur sehr schwer vorstellbar und stehen immer in Gefahr, sich selbst im enggeknüpften Netz symbolischer

Politik zu verfangen¹⁾.

II. Symbolische Präventionspolitik als Ausdruck der Immobilität der Gesetzlichen Krankenversicherung

Wie in jeder Gesellschaftspolitik drücken sich in der Gesundheitspolitik Konjunkturen und Moden aus. Und es muß verwundern, daß der bisher vorherrschenden Publizität der Hochleistungsmedizin mit den Referenzen hohes Versorgungsniveau und Umsetzung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse zunehmend der Rang abgelaufen werden kann durch eher altmodisch klingende Bewertungen wie "Vorbeugen ist besser als Heilen" oder "dem natürlichen Gesundheitsbewußtsein vertrauen".

Derartige Präventionsvorstellungen werden jedoch von allen möglichen Experten und Institutionen entwickelt, dominieren in Tagungen und Festreden und erreichen ein hohes öffentliches Aufmerksamkeitsniveau²⁾.

Dabei erscheint die Konjunktur dieses Gesundheitsthemas zunächst in mehrfacher Hinsicht als paradox:

- Die Flut der Präventionsvorstellungen läuft auf zu einem Zeitpunkt, zu dem nicht nur zunehmend am volksgesundheit-

1) Dabei bleibt die Arbeit unterhalb der Verallgemeinerungsebene, auf der geklärt werden muß, inwieweit präventive Sozialpolitik die Grenzen der Institution Versicherung sprengt, da sie ja proklamiert, prinzipiell über Kompensation hinauszugehen; wobei andererseits zu klären bleibt, ob es diesen allgemeinen kompensatorischen Versicherungscharakter gibt; so etwa Holler, Die Entwicklung der sozialen Krankenversicherung in den Jahren 1945 bis 1975, in: Bartholomäi u.a. (Hrsg.), Sozialpolitik nach 1945, Bonn-Bad Godesberg 1977, S. 304f.; anders: Kirchberger, Prävention als Aufgabe der Gesundheitspolitik, in: PVS, Sonderheft 9/1978, S. 220ff.

2) Presseberichte z.B. vom Deutschen Ärztetag in Köln, dem Bädertag auf Norderney, der Tagung einer europäischen Organisation für die Kontrolle von Kreislauferkrankungen in Bonn bis hin zur Gesundheitsministerkonferenz in Bremen oder Colloquien z.B. des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen in Bad Godesberg.

lichen Wert der meisten Präventionsmaßnahmen gezweifelt wird¹⁾, sondern die Reichweite des begründeten Wissenschaftsansatzes, zumindest die Anwendbarkeit des Risikofaktorenmodells, in Frage steht²⁾.

- Ausgerechnet die professionellen Vertreter des naturwissenschaftlich begründeten Risikofaktorenmodells - als der Hauptströmung der Präventionsbewegung - kommen zu der eher idealistischen Forderung nach verstärkter Gesundheitserziehung. Dies ist um so erstaunlicher als die analytische und praktische Insuffizienz des pädagogischen Modells der Verhaltensveränderung bekannt und weithin akzeptiert ist³⁾.
- Die Begründung für Präventionsmaßnahmen erfolgt immer durch eine Koppelung von Zielen, die bisher als konfligierend aufgefaßt wurden. Wenn aber mit derselben Maßnahme das Gesundheitsniveau zu steigern ist und Kosten zu sparen sind, dann richtet sich das Instrumentarium offensichtlich gegen ökonomische Interessen der Ärzte. Tatsächlich aber markieren die Ärzteverbände exponierte Positionen unter den Befürwortern der Präventionsbewegung.

Eine erste Erklärung dieser verwirrenden Situation deutet sich bei einer genaueren Betrachtung der verwandten Präventionsbegriffe an. Der Begriff selbst ist in der letzten Zeit in der vorherrschenden Verwendungsweise in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention aufgefächert worden und bezeichnet dabei jeweils den Zeitpunkt, zu dem in eine Erkrankung

-
- 1) vgl. M. Pflanz, Grenzen der Medizin, Referat, in: DOK 1/2, 1978, S. 54f. und DOK 4, 1978, S. 158f.
 - 2) Naschold u.a., Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich, Wien 1975; WSI-Studie Sozialpolitik und Selbstverwaltung, Köln 1977
 - 3) auch von der naturwissenschaftlichen Präventivmedizin, so z.B. Schaefer, Das neue Konzept der Medizin, in: DOK 20/1978, S. 733ff.; da Konsens darüber besteht, daß z.B. Raucher nicht wirklich "umerzogen" werden können, wird nurmehr die Herstellung weniger schädlicher Zigaretten gefordert; so auf der Fachtagung des Bundesgesundheitsamtes und der American Health Foundation in Berlin, vgl. FR vom 13.11.1978

geschehen eingegriffen werden soll, d.h. der Begriff bezieht sich hier auf eine "Patientenkarriere" - damit auf die Folgen, nicht auf die Verursachung von Krankheit¹⁾. Diese Begriffsverwendung gibt der landläufigen Vorstellung von "vorbeugen" einen spezifischen Sinn.

Statt dieser Patientenzentrierung wird in der kritischeren Verwendungsweise der Präventionsbegriff zur Bezeichnung von Stadien des Eingriffs in ein Krankheitsverursachungsgeschehen verwandt²⁾. Die verursachungszentrierte Primärprävention setzt bei den krankmachenden Lebensbedingungen an, sie wird zumeist als "institutionelle Prävention" aufgefaßt, die patientenzentrierte Primärprävention setzt dagegen bei frühestmöglicher Gesundheitserziehung und -beratung zur Vorbeugung von Risikoverhalten an, ist "personale Prävention".³⁾

Gesundheitsrelevante Lebensbedingungen umfassen zwei Belastungsbereiche, einmal die Reproduktionsbedingungen im weitesten Sinne, also Wohnverhältnisse, Erholungsmöglichkeiten, Zugangsbedingungen bzw. Qualität der Existenzmittel, Umweltbelastungen usw.; zum anderen die Arbeitsbedingungen im engeren Sinne, also Arbeitsorganisation, Arbeitsschutz rele-

1) vgl. M.Pflanz, Epidemiologie und Präventivmedizin, in: ders., Die soziale Dimension der Medizin, Stuttgart 1975

2) Naschold, Zur Perspektive und Strategie einer arbeitsorientierenden Gesundheitspolitik, in: Gewerkschaftliche Monatshefte 3/1977; WSI-Studie Sozialpolitik, a.a.O.; Abholz, Funke, Hildebrandt, Naschold, Watkinson, Die Entwicklung der Arbeitsmedizin als Beitrag zur Humanisierung der Arbeit, in: WSI-Mitteilungen 2/1978

3) Patientenzentrierung - Verursachungszentrierung bezeichnen Assoziationskreise: Patientenzentrierung umfaßt die individuellen Besonderheiten und persönliches Verhalten (insofern könnte auch von Verhaltenszentrierung gesprochen werden), zugleich aber auch schon die professionelle Behandlung des Einzelnen als Objekt, als Träger von Krankheiten; Verursachungszentrierung dagegen spricht verallgemeinerbare Arbeits- und Lebensbedingungen an, relativ konstante Rahmenbedingungen für Wohlbefinden und Krankheit (insofern könnte auch von Zentrierung auf objektive oder äußere Verhältnisse gesprochen werden).

vante Bedingungen wie Lärm, Staub- und Gasentwicklung, Zeitökonomie, Betriebshierarchien usw.

Als Kernbereich dieses Belastungsspektrums können die sogenannten arbeitsbedingten Erkrankungen gelten. Denn sie resultieren direkt aus profitwirtschaftlicher Arbeitsorganisation und abhängiger Arbeit, Strukturen, die in Verkettungsketten auch wieder Wohnbedingungen, Verkehrsverhältnisse oder Qualität der Lebensmittel prägen. Zugleich ist gegenüber diesem Präventionsbereich der härteste Widerstand zu erwarten, da die Krankheitsfolgen der herrschenden ökonomischen Rationalität direkt thematisiert sind ¹⁾.

Während Forderungen nach Verhinderung insbesondere arbeitsbedingter Erkrankungen in der Öffentlichkeit wenig Wiederhall finden ²⁾, wird die Konzeption der Gesundheitserziehung, die am potentiellen Patienten ansetzt und auf Veränderung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen zielt, umfassend aufgegriffen. Die Attraktivität dieser Konzeption ist so groß, daß dazu aktuell eine neue Arbeitsgemeinschaft und eine neue Zeitschrift gegründet wurden ³⁾, auch die befaßte Bundesministerin bezieht zu jeder Gelegenheit Stellung in diesem Sinne ⁴⁾.

-
- 1) Die Untersuchung der Handlungsmöglichkeiten in der GKV vor dem Hintergrund der Thematisierbarkeit arbeitsbedingter Erkrankungen ist somit der radikalisierte Test auf die Funktionsbedingungen der GKV und zugleich eine Sensibilisierung für die Voraussetzungen wirklich gravierender Änderungen des Gesundheitssystems.
 - 2) vgl. WSI-Mitteilungen 10/78, Präventive Sozialpolitik
 - 3) "Arbeitsgemeinschaft Gesundheit", Gründungsmitglieder sind der Bundesverband der Ortskrankenkassen, der Hartmannbund und die Deutsche Krebshilfe; Ziel der Arbeitsgemeinschaft ist die Förderung der Gesundheitserziehung und Gesundheitsvorsorge, verstanden als pädagogische Aufgabe, die sich an Kinder und Jugendliche richtet, vgl. DOK 17/1978, S. 379; Zeitschrift "Prävention", vgl. DOK 11/1978, S. 379
 - 4) Antje Huber z.B. auf dem Bädertag in Norderney (SZ vom 5.10.); auf der Kundgebung des Kneipp-Bundes in Hamburg (SZ vom 16.10.)

Nur diese Konzeption personaler Prävention hat also Konjunktur und lebt publizistisch von der Eingängigkeit des neu propagierten Gesundheitsbewußtseins. Gesundheit sei z.B. "die hohe Kunst, einfach und vernünftig zu leben", denn "gesund" und "krank" seien ja "nicht fixierte Zustände, die eindeutig zu definieren wären, sondern sehr persönliche Einstellungen, Erwartungen, Verhaltensweisen"¹⁾.

Diese Gesundheitsvorstellung verströmt zwar eine optimistische Essenz, verlegt aber real Krankheit in den individuellen Verhaltensbereich, behauptet eine Entscheidungsfreiheit gegenüber Erkrankung und begründet eine subjektive Selbstverantwortlichkeit. Diese Selbstverantwortung stützt dann sogar die Vorstellung der "sozialen Umwelt als Risikofaktor". So sagt Hans Schaefer²⁾: "Wir dürfen aber nicht vergessen, daß jeder von uns auch für seine Mitmenschen ein Umweltfaktor ist, der ein Gesundheitsrisiko darstellt", und Umwelt zu ändern bedeutet nicht etwa, die Änderung von den anderen zu verlangen, sondern "jede Umweltänderung beginnt mit uns selber".

Damit ist ein Bedeutungsgehalt des Risikofaktorenmodells argumentativ entwickelt, das - vom Risikofaktor Umwelt ausgehend, der einen Moment an die Forderung der Reduzierung arbeits- und umweltbedingter Erkrankungen erinnern könnte - seinen eigentlichen Drehpunkt im "Risikofaktor Mensch" besitzt.

Zunächst liegt die analytische Anfechtbarkeit des Risikofaktorenmodells in der Reduktion komplexer Verursachungszusammenhänge auf einzelne, einem naturwissenschaftlich ausgerichteten Blick gut zugängliche Auffälligkeiten im Krankheitsbild, die leicht isolierbar sind und für die sich statisti-

1) FAZ vom 1.11.78, Bericht von der Tagung der Gesellschaft für Gesundheitsbildung in Stuttgart, hier das Referat von Prof. Schipperges, Heidelberg

2) DOK 20/1978, S. 736

sche Häufigkeiten feststellen lassen. Die solchermaßen als Risiken identifizierten Elemente selbst stehen aber in keinem deutlich angebbaren Zusammenhang zu der Krankheitsentstehung bzw. zum Krankheitsverlauf. Risikofaktoren wie Rauchen, Bewegungsmangel oder Fehlernährung können somit trotz statistischer Häufungen genauso gut begleitende Wirkungen einer primären Krankheitsursache sein¹⁾. Krankheitsursachen im monokausalen Sinne sind Risikofaktoren zweifellos nicht (das wird aber auch von ernstzunehmenden Sozialmediziner nicht vertreten). Die verhaltensbedingten Risiken sind jedoch im "Dunkel" der krankmachenden Verhältnisse leicht fixierbare Anhaltspunkte.

Die strategische Anfechtbarkeit, das wirklich Falsche des Risikofaktorenmodells, liegt vor allem in der hier unmittelbar nahegelegten Gesundheitsstrategie und nicht in der Thematisierung von Risiken. Denn das Aufgreifen personaler Prävention aus pragmatischen Gründen der leichten Zugänglichkeit wird zur Ausweichstrategie vor dem "unbekannten" Feld komplexer Verursachung. Selbst der prominente Sozialmediziner Hans Schaefer kommt so zum "Risikofaktor Mensch", obgleich er prinzipiell an der neuen Belastungsstruktur der Arbeits- und Lebensverhältnisse als Verursachungshorizont festhält²⁾. Ein weiteres Indiz für das Vorliegen von Vermei-

-
- 1) Drogen u.a. sind mit zumindest ebenso großer Plausibilität als arbeitsbedingte Risikofaktoren einzustufen. Rauchen etwa kann u.U. auch als Symptom einer "gesunden" Anpassung an Leistungserfordernisse aufgefaßt werden, im Sinne einer aktiven Situationsbewältigung und rigiden Leistungsbereitschaft; vgl. die von H. Marchant in der DDR durchgeführten Einstellungsuntersuchungen bei Rauchern, laut "Die Rheinpfalz", 19.9.78
 - 2) Schaefer, a.a.O.; diese Unentschiedenheit der Vorstellungen zieht sich auch durch das Forschungsförderungsprogramm zur Gesundheitssicherung der Bundesregierung - wenngleich das in diesem Kontext noch am einsichtigsten ist: Präventionsforderungen beziehen sich hier immer zugleich auf Arbeitsbedingungen und Verhalten, zugegriffen werden soll aber dort, wo es am erfolgversprechendsten scheint, und das ist das Risikoverhalten (S.42), während etwa Forschungen zu Krankheiten des rheumatischen Formenkreises nur unter "zusätzliche Aufgaben" rangieren, vgl. Programm der Bundesregierung zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit 1978-81, Bonn 1978

dungsstrategien besteht in der Verlagerung von Aufmerksamkeit weg von der für die Sozialversicherung zweitwichtigsten Krankheitsartengruppe des rheumatischen Formenkreises - einer Gruppe von unmittelbar auf Arbeitsbedingungen rückgekoppelten Krankheitsbildern - ausschließlich auf das Risikofaktorenmodell der Herz-Kreislauf-Erkrankungen¹⁾.

Die Problemverschiebung im Risikofaktorenmodell auf gesundheitsschädigendes Verhalten, das aus seinem Entstehungszusammenhang herauspräpariert ist, hat wesentliche Funktionen in Hinsicht auf Präventionsstrategien: Die Bedeutung des personalen Präventionsmodells liegt eher in seiner Funktion, den Immobilismus gegenüber Eingriffen in krankmachende Bereiche, insbesondere der Arbeitswelt zu überdecken und Konflikte so thematisch verschieben zu helfen. Wichtig ist dabei nicht so sehr die Effektivität des Modells in Hinblick auf tatsächliche Verhaltensänderungen, was zunächst als paradoxe Situation formuliert werden mußte, sondern die hier enthaltene Möglichkeit, zu einem brisanten Konfliktbereich konfliktarme Perspektiven und Handlungsstrategien formulieren zu können. Damit wird auch der argumentative Bruch der gerade naturwissenschaftlich orientierten Sozialmediziner erklärlich, mit dem sie an der strikten Krankheitsverursachungsforschung festhalten und trotzdem nur Risikoverhalten therapieren wollen. Als Alternative zu dem opportunistischen oder pragmatischen Bruch in der Argumentationsfigur stünde nur noch die Forderung nach gravierenden Veränderungen in den Lebensbedingungen, insbesondere der Arbeitswelt.

Der eigentliche, so verschobene und umgetitelte politische Konflikt liegt in dem hohen Krankheitsrisiko der bestehenden

1) Der funktionelle Sinn von "Moden" besteht, wie auch dieses Beispiel deutlich macht, darin, daß Problembereiche, Sichtweisen und Lösungswege dethematisiert werden; vgl. v.Ferber, Das sozialtherapeutische Instrumentarium der Gesundheitshilfe, in: DOK 7/8, 1978

Arbeits- und Lebensverhältnisse und hat seine Erscheinungsform in der zunehmenden Diskrepanz von Krankheitsprofilen und institutioneller Versorgungsstruktur, die sich anpassungsunfähig zeigt. Als rein monetärer Ausdruck dieser gesellschaftlichen Fehlsteuerung ist der Terminus "Kostenexplosion" politisch diskutiert worden¹⁾.

Personale Präventionsstrategien zielen nur sehr vermittelt auf eine Änderung dieser Fehlsteuerung. Sie formieren stattdessen überwiegend Verhaltensalternativen und sind bemüht, ein neues Gesundheitsbewußtsein aufzubauen²⁾. Als ein Versuch, Wahrnehmungs- und Erwartungsdispositionen umzubauen - dem kein Umbau der Institutionen und Konfliktverarbeitungsmechanismen parallel geht - müssen diese Präventionsstrategien als symbolische Politiken bezeichnet werden. Denn nicht die dem Krankheitsanfall zugrunde liegenden Probleme werden bearbeitet, sondern es werden neue, symbolische Lösungsformen angeboten.

Damit ist die so beschriebene "Präventionsbewegung", wie vorher die "Kostenexplosion", nur ein Ausdruck der strukturellen Immobilität des Systems der Krankenversorgung.

Ein wichtiger Faktor für die Immobilität der GKV ist in der

-
- 1) Naschold, Strukturelle Bestimmungsfaktoren für die Kostenexplosion im Gesundheitswesen, in: Staatliche Politik im Sozialsektor, Hrsg. A. Murswieck, München 1976; Standfest, Zur Kostenentwicklung in der sozialen Sicherung, in: WSI-Mitteilungen 7/1976
 - 2) Es können drei Typen personaler Präventionsstrategien unterschieden werden: kognitive Aufklärungsstrategien, Verfahren operanter Konditionierung und eigenkompetenter Selbstkontrolle. Die zugrunde liegenden Zugriffsphilosophien wären zweifellos differenziert zu diskutieren; da in jedem Fall aber der Zusammenhang von individuellem Verhalten und allgemeinen Verhältnissen nicht gesehen bzw. (u.U. pragmatisch) auseinandergerissen und in den Therapieformen letztlich eliminiert wird, müssen die Erfolgsmöglichkeiten insgesamt skeptisch eingeschätzt werden. Vgl.dazu unten Kap. V

ärztlichen Monopolstellung zu sehen. Denn diesem Professionsinteresse kommt in der GKV - wie später noch auszuführen ist - eine wichtige Pufferwirkung zu. Das kann an den spezifischen Ärzteinteressen in der Präventionsbewegung gezeigt werden. Diese Wirkung besteht hier darin, Lösungsformen und Konfliktlinien aufzubauen, die den Bereich arbeitsbedingter Erkrankungen dethematisieren.

Diese Pufferwirkung des Professionsinteresses, die entsteht durch den Versuch, die ärztliche Monopolstellung weiterhin zu sichern, muß neben der Konfliktverschiebung als zweite wichtige Wirkungsdimension der Präventionsbewegung angesehen werden. Hier wird präventive Gesundheitspolitik durch manifeste Interessenpolitik funktionalisiert.

Für die Ärzteverbände verbinden sich mit der Präventionsbewegung zwei Intentionen. Am offensichtlichsten ist das Interesse, durch Gesundheitsvorsorgeberatungen ihren Leistungskatalog auszuweiten. Dabei verbindet sich allerdings das Interesse an einer weiteren abrechenbaren Leistung mit dem prinzipiellen Interesse, den Gesundheitssektor gegen andere Professionen und nichtprofessionelle Bewältigungsformen abzuschotten: Gesundheitsaufklärung ist Ärztsache, weil "Gesundheit" ohne Leitfunktion des Arztes nicht funktioniert¹⁾! Mit dieser institutionellen Lösung wäre zumindest gesichert, daß - in Kontinuität der bisherigen Mittelstandspolitik - bis auf die Aufnahme einer neuen Leistungsposition nichts passiert.²⁾

1) Forderung des Bundesverbandes der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin, ebenso der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung, ref. in: Der Praktische Arzt, 10.10.78; die Kassenärztliche Bundesvereinigung versucht z.Zt., mit den Ersatzkassen eine Kostenübernahme für einen allgemeinen Anspruch auf Gesundheitsberatung zu vereinbaren, laut: DOK 19/1978, S. 732

2) Die Verdrehtheit etwa der aggressiven "Aufklärungskampagne" der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein gegen die Süßwarenindustrie besteht ja darin, daß sie versucht, politischen Druck zu mobilisieren - aber zur Durchsetzung ihrer Honorarforderungen -, während sie ansonsten mit der "echten Süchtigkeit" des Risikofaktors Zuckerkonsum rechnen!

Eine andere Intention der Ärzteverbände illustriert ebenfalls die Funktionalisierbarkeit der Präventionsforderung: Zielrichtung ist hierbei die politische Abwehr neuer Regelungen, nach denen die GKV zunehmend für andere, nichtärztliche Leistungen die Kosten übernehmen soll.

Die Koppelung des Kostenarguments mit der "Gesundungs"-Strategie der Förderung individueller Selbstverantwortung führt zu der bekannten Wendung gegen einen "Fürsorgestaat", in dem "jede Passivierung des Gesundheitsverhaltens, wie sie durch ein allzu eng geflochtenes Netz sozialer Sicherung begünstigt wird", angeblich ihren Ort hat und der damit die "Kostenlawine" weitertreibt¹⁾.

Der Topf der Krankenkassen soll also nicht durch arztfremde Forderungen angegriffen werden, wie es jetzt z.B. durch das neue Psychotherapeuten-Gesetz vorgesehen ist. So meint etwa der Präsident der Bundesärztekammer, Karsten Vilmar, daß keine "allgemeine Lebensbewältigung" auf Krankenschein verabreicht werden dürfe, andernfalls sei es bis zur Seelsorge als Kassenleistung nicht mehr weit²⁾. An solchen Äußerungen der Standesverteter wird deutlich, daß es ihnen weniger um eine ausreichende, wie immer präventive Versorgung geht, als um die "Besitzstandssicherung" in einem fehlgesteuerten Gesundheitssystem. Dabei fehlt es ihnen nicht an Phantasie, Möglichkeiten zusätzlicher Ressourcen-Mobilisierung zu entdecken. Dies geschieht z.B. mit der abwegig anmutenden Forderung, die Genußmittelsteuern an die Krankenkassen weiterzugeben, natürlich als Instrument der Kostendämpfung in präventiver Absicht³⁾.

1) Tagungsbericht der Gesellschaft für Gesundheitsbildung in Stuttgart, in: FAZ vom 1.11.78

2) Anlässlich des Deutschen Ärztetages in Köln; laut: Hannoversche Allgemeine Zeitung vom 6.11.78; vgl. H.Kühn, Gesellschaftliche Bedingungen der Finanzierung professioneller Gesundheitsleistungen, WZB-preprints, Berlin, Mai 1978

3) "Arzt und Presse" vom 17.10.78; "A und S aktuell" v.3.10.78

Die Unterstützung, die präventive Gesundheitspolitik durch die Ärzteverbände erhält, beruht also auf dem ökonomischen Interesse an neuen Leistungen und auf dem Interesse der Konkurrenzabwehr. Daß sich diese Unterstützung ausschließlich auf personale Prävention bezieht, ist in Anbetracht ihrer Handlungsausrichtung selbstverständlich.

Präventive Gesundheitspolitik ist also in dieser Hinsicht manifeste Interessenpolitik - und keineswegs symbolisch. Das professionsspezifische Ziel gibt der symbolischen Präventionsbewegung eine zusätzliche Wendung: nicht nur die Verursachungsebene wird verdeckt, auch die Lösungsformen sollen in professioneller Neutralität bleiben.

III. Kriterien verursachungszentrierter Gesundheitspolitik

Die Präventionsbewegung mischt also durchaus unterschiedliche Intentionen, deren Gemeinsamkeit aber darin liegt, daß es nur vordergründig oder, richtiger gesagt, symbolisch um eine Änderung des Krankenstandes, des Krankheitsspektrums oder des Niveaus der Volksgesundheit geht. D.h. es kann nicht davon ausgegangen werden, daß die gegenwärtige Präventionsbewegung diese oft als fehlend beklagte "Gesundheitspolitik" sei, die solche Änderungen bewirken würde, und daß sie zumindest tendenziell an den wichtigsten Erkrankungsbedingungen vorbeugend ansetzen würde. Im Gegenteil deutet sich ein Trend an, der wiederum eine hohe Enttäuschungswahrscheinlichkeit in bezug auf Verbesserung des Gesundheitsniveaus besitzt und mit steigenden monetären Kosten einhergeht. In dieser Situation ist es zwingend, auf die Kritikpositionen zu kommen, die aus einer Defizitanalyse des Sozialversicherungssystems Forderungen für eine alternative Gesundheitspolitik entwickeln.¹⁾

1) Vgl. S. 5 ,Anm. 2; S. 6 , Anm. 2; die nachstehenden Ausführungen folgen inhaltlich den zitierten Autoren; hier wird versucht, ihre Aussagen in ein gesellschaftspolitisches Modell umzuformulieren, in dem die Gefahr negativer Effekte symbolischer Politiken deutlich wird.

Die in der kritischen Literatur vertretbaren Positionen können in folgender Weise zusammengefaßt werden:

Als Hauptfaktoren der Immobilität des Systems der Gesundheitssicherung - der institutionellen Unfähigkeit, den veränderten Gesundheitsbelastungen zu begegnen - können zwei korrespondierende Organisationsprinzipien benannt werden: Bürokratisierung und Professionalisierung¹⁾.

Beide Prinzipien, in einer stark arbeitsteiligen und leistungsorientierten Gesellschaft von hoher Wichtigkeit, haben die Zielvorgabe Gesundheitssicherung so weitgehend überformt, daß Gesundheit nur mehr "Abfallprodukt" eigener Zielsysteme geworden ist. Im ersten Fall ist es die Beobachtung verwaltungsmäßiger Erfordernisse, im Kern die Transmission von Auffälligkeiten der Umwelt (Krankheit) in Verwaltungsakte; im zweiten Fall die Beobachtung status- und einkommenspolitischer Erwartungen bei dem mit "ständischen" Wertungen verbrämten profitwirtschaftlichen Verkauf persönlicher Dienste.

Beide Prinzipien verweisen unmittelbar aufeinander, denn sie stehen in einem Verhältnis, in dem sich private gegen kollektive Interessen in ihrer Zielerreichung blockieren und balancieren: Die Krankenkassen sind bürokratische Vermittler von Interessen der Beitragszahler, haben aber trotz ihrer kollektiven Verantwortung keine eigeninitiativen Definitions- und Aktionskompetenzen; sie sind qua Funktionsverteilung passive Verteiler zwischen Anspruchstiteln. Die Ärzte dagegen als

1) Diese Organisationsprinzipien sind Ausdruck gesellschaftlicher Interessenverknüpfungen, sind institutionell "geronnene" Machtverhältnisse, wodurch etwa das Krankenversorgungssystem in die herrschenden gesellschaftlichen Verhältnisse eingebaut ist; insofern läßt sich hier auch kaum etwas einfach per Beschluß oder Verwaltungsanordnung rationalisieren, wie dies als landläufige Bürokratiekritik unterstellt wird; vgl. als Beispiel für viele: Schleberger, Im Griff der Bürokraten. Die Manie staatlichen Regels, in: Die Zeit, 27.10.78

Anbieter von Gesundheitsdiensten verbinden ihr Handlungsmonopol mit persönlichen Erwerbsinteressen und stehen nicht in kollektiver Verantwortlichkeit¹⁾. Beide Regelungsprinzipien haben damit distanzierende Wirkungen, sie konstitutieren eine relative Ferne zu den "Gegenständen" ihrer Tätigkeit - der Lebenslage der Krankgewordenen.

Hauptziel einer alternativen Gesundheitspolitik ist es, dieser abstrakt gewordenen Regelungsstruktur gegenzusteuern. Hierfür werden in der Literatur folgende Prinzipien entwickelt: Die Belastungen aus der Arbeits- und Lebenssituation der Sozialversicherten, die zunehmend nur noch partiell und, wie der hohe Anteil chronifizierter Leiden andeutet, zu spät aufgegriffen werden, erfordern eine Sicherungsstruktur, die die Leistungsarten, die in Lebenszeitperspektive und Zugriffsniveau differieren, integriert und die zugleich kontextnahe ist. Gefordert wird also eine "Lebenslagepolitik", die an den konkreten Verursachungszusammenhängen ansetzt und damit bedarfs- bzw. bedürfnisnahe ist. Eine gesundheitsorientierte Lebenslagepolitik würde sich damit weder an einen einzelnen noch an eine unstrukturierte Vielzahl von Versicherten richten, sondern hätte eine gruppenspezifische Ausrichtung, die die Bedingungen aufgreift, in denen gelebt und gearbeitet wird.

Mit diesen Kriterien (Bedürfnisnähe, Gruppenspezifik, Verursachungsorientierung) wird die Definition von Gesundheit/Krankheit aus biologisch und wirtschaftlich begründeten Sachzwängen oder humanen Ideen überschritten. Gesundheit wird als politisches Gut aufgefaßt, das in jeweils spezifischen Konflikten mit Arbeitgebern, den regionalen Dienstleistern und den kommunalen Behörden ausgehandelt oder erkämpft werden muß.

1) Abgesehen von der nur sehr allgemeinen Bindung der Kassenärztlichen Vereinigungen durch §368 RVO bzw. die ebenso schwer einklagbare individuelle Haftungspflicht.

Das Aktionszentrum dieser kontextnahen Gesundheitspolitik können nur die Versicherten selbst sein, die in ihrer Gesundheit Betroffenen.

Hier könnte - so wird in der genannten Literatur argumentiert - die Selbstverwaltung (SV) der GKV ihren Platz haben¹⁾, nämlich als Instanz, der die Aufgabe der notwendigen Mobilisierung der Versicherten zukäme.

Allerdings entspricht die bestehende Form der SV nicht den hiermit an sie gestellten Anforderungen. Es wird hervorgehoben, daß die SV zur Zeit auf allen Funktionsebenen unzureichend ausgeprägt ist, somit SV-Aktivitäten in der genannten Zielrichtung nur wenig Erfolgchancen zukommen können.

In drei Punkten kann die Kritik an der bestehenden SV-Form zusammengefaßt werden:

- Die SV hat, gemessen am Tätigkeitsspektrum der Krankenversicherung, nur wenig Kompetenzen; die Handlungsspielräume sind zunehmend durch rechtliche Normierungen eingeschränkt worden²⁾.
- Die SV verhält sich in ihrer inhaltlichen Arbeit wie in ihrer Außendarstellung sozialpolitisch unauffällig³⁾; Gründe für diese allgemeine Passivität werden in Motivationsdefiziten gesehen, die aus einer Ursachenbündelung von reduzierten Kompetenzen und neutralisierenden Rekrutierungs- und Qualifizierungsmechanismen resultieren.

1) Die SV-Problematik ist hier zwar auf die GKV beschränkt, ist aber in den allgemeinen Zügen für die gesamte Sozialversicherung gültig; eine Arbeitsschutzpolitik, die über die SV der Unfallversicherung vorgeht, trifft also auf gleiche Probleme.

2) Zur Verrechtlichung vgl. Tennstedt, Zur Ökonomisierung und Verrechtlichung in der Sozialpolitik, in: Murswiek (Hrsg.), Staatliche Politik im Sozialsektor, München 1976

3) Zum Verhältnis von SV und Versicherten vgl. Institut für angewandte Sozialforschung (Infas), Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, in: Bogs u.a., Soziale Selbstverwaltung, Bd. 1, Bonn 1977

- Die SV ist durch einen Systemfehler in ihrer Entscheidungsfähigkeit behindert: durch die paritätische Besetzung aller SV-Organe mit Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern; diese gilt als Grundproblem einer effizienten SV.

Zur Veränderung dieser Situation werden als Konsequenzen gefordert vordringlich die Änderung der Paritäten, aber auch eine Mobilisierung der Arbeitnehmervertreter in der SV, damit ihre Vermittlungsfunktion zwischen Arbeitsbereich und Krankenkasse besser wahrgenommen wird und der bestehende Handlungsspielraum der SV ausgenutzt wird¹⁾.

Diese letzte Forderung der "Mobilisierung der SV" trifft auf eine über kritische Positionen hinausgehende große Übereinstimmung. Da aber in diesen Sichtweisen Forderungen an die SV gestellt werden, ohne daß weitergehende institutionelle Veränderungen mitgedacht sind - die Änderung der Parität sogar als ideologisch belastet aufgefaßt wird -, müssen diese Positionen kritisch aufgefaßt werden. Denn wenn zwar die allgemeine Passivierung der SV etwa durch eine Flut gesetzlicher Regelungen konzidiert wird, dennoch aber erwartet wird, daß die SV in den noch rechtsfreien Gebieten - und hier gilt der Präventionsbereich immer als Paradefall - plötzlich durchsetzungsfähige Initiativen ergreifen soll, dann liegt die Vermutung nahe, daß es sich um recht unverbindliche Erwartungen handelt²⁾.

Forderungen nach gewichtigen institutionellen Änderungen in der GKV - von gewerkschaftlicher Seite immer wieder artiku-

1) vgl. WSI-Studie, a.a.O.; Standfest, Soziale Selbstverwaltung Zum Problem der Partizipation in der Sozialpolitik, in: KZfSS-Sonderheft 19/1977; Holler, Die Aufgaben einer versichertenennahen Krankenversicherung, in: DOK 16/1978

2) Als Vertreter dieser offensichtlich rein proklamativen Motivationskampagne vgl. Töns, 25 Jahre Selbstverwaltung, in: DOK 16/1978; Siebeck, 25 Jahre Selbstverwaltung, in: DOK 9/1978

liert - sind offensichtlich auf Gesetzgebungsebene nicht mehrheitsfähig. Die bestehenden Regelungsstrukturen der GKV scheinen also parlamentarisch ausgedrückten Interessenverhältnissen zu entsprechen.

Wenn es richtig sein sollte, daß die "falsche" Institutionierung der SV strukturell verfestigt ist, dann können Einschätzungen der SV als lediglich symbolische Institutionen, etwa zur Repräsentation von Sozialpartnerschaft, Einübung von Demokratie und sozialer Verantwortung starke Plausibilität beanspruchen¹⁾.

Damit blieben die Vorstellungen alternativer Gesundheitspolitik normativ, mit nur geringer praktischer Bedeutung, weil sie in eine problematische Institution unbegründete Hoffnungen setzten. Strategien, die zur Realisierung von verursachungszentrierter Gesundheitspolitik auf "Mobilisierung der SV" und "Mobilisierung der Versicherten durch die SV" setzen, ständen in Gefahr, durch eine symbolische Institution SV abgefiltert zu werden.

Diese Problemstellung orientiert allerdings für die Durchsetzung verursachungszentrierter Gesundheitspolitik auf zwei gegensätzliche Hebel. Gegenüber der negativsten Variante einer symbolischen Motivierungskampagne mit eher Beschwichtigungsfunktionen (etwa als publikumswirksame Demonstration vergeblicher Anstrengungen) steht nur die hier maximale Variante einer Stärkung der SV durch eine gesetzlich abgesicherte institutionelle Reorganisation. Als Minimalvarian-

1) Zu dieser konservativen bzw. rechtspositivistischen - und nicht etwa kritischen - Position vgl. Bogs, Strukturprobleme der Selbstverwaltung einer modernen Sozialversicherung, in: Bogs u.a.: Soziale Selbstverwaltung, Bd. 1, Bonn 1977; ebenso: Scheuner, Wirtschaftliche und soziale Selbstverwaltung, in: Die Öffentliche Verwaltung, 20/1952

te wäre aber immerhin eine offensive SV-Arbeit denkbar, die die bestehenden Handlungsmöglichkeiten ausschöpft. Denn die aktuelle Passivität der SV hat zwar zweifellos einen zentralen Grund in der institutionellen Begrenzung, andererseits war der Problemdruck im Bereich der Krankenversorgung auch bislang noch nicht so groß, daß z.B. andere als ökonomisch aufwendige Kompensationsstrategien (kurative Medizin) nötig waren - deren Abwicklung der Bürokratie überlassen werden konnte.

Welche Handlungsmöglichkeiten eine aktive SV im Hinblick auf die Durchsetzungschancen verursachungszentrierter Gesundheitspolitik bzw. die Thematisierbarkeit arbeitsbedingter Erkrankungen überhaupt hat, wird im folgenden untersucht.

IV. Handlungsbedingungen der Krankenkassen bei innovatorischer Politik

Es ist nicht sehr fruchtbar, Handlungsmöglichkeiten der SV auf Kassenebene vordringlich anhand der rechtlichen Normierungen zu analysieren, denn hiermit ist nur ein allgemeiner Handlungsrahmen gegeben¹⁾. Aus den folgenden Darstellungen wird sich ergeben, daß die wichtigsten Spielräume der SV in der Nutzung nicht normierter Entscheidungsstrukturen bestehen, die sich aus den informellen Beziehungen zwischen SV und Geschäftsführung ergeben²⁾.

1) Eine solche Untersuchung wird hier nicht vorgenommen; vgl. dazu Bogs, a.a.O.; Becher, Der Selbstverwaltungsbericht der Bundesregierung und die Resonanz darauf. Selbstverwaltungsfreundlich, aber realistisch, in: Sozialer Fortschritt 7/1976

2) Die Überlegungen sind relativ frei formuliert und haben nur den Anspruch, einen Überblick zur Problemlage zu geben und zentrale Verknüpfungen hervorzuheben. Sie beruhen in ihren wesentlichen qualitativen Aussagen auf der Zusammenfassung von Experteninterviews, überwiegend auf Kassenebene, und auf teilnehmender Beobachtung von SV-Organsitzungen. Die Überlegungen sind auf den Kassentyp AOK beschränkt.

Die institutionelle Stellung einer Krankenkasse weist eine Besonderheit darin auf, daß sie Vermittlungsinstanz zwischen verschiedenen Interessenstrukturen ist. Ihr Rechtsstatus bestimmt sie als Teil der Staatsverwaltung und zugleich als Interessenorganisation der von ihr organisierten und repräsentierten Versicherungsgemeinschaft. Diese Mischstruktur beinhaltet auf allen Steuerungsebenen eine Ambivalenz, die sich nur zum Teil aus der historischen Entwicklung erklären läßt¹⁾.

Ausdruck dieser Mischstruktur ist die doppelte Leistungsstruktur einer Kasse. Eine Kasse gilt als selbstverwaltet, weil sie durch gewählte und ehrenamtlich besetzte Organe - insbesondere durch den Vorstand - "verwaltet" wird²⁾. Zugleich führt eine hauptamtliche Geschäftsführung eigenverantwortlich die "laufenden Verwaltungsgeschäfte". Die SV hat die Zuständigkeit, im Rahmen ihrer Satzungshoheit bestimmte Regelungsfunktionen wahrzunehmen; dabei ist sie einerseits durch einen großen Bestand an gesetzlichen Handlungsvorschriften - deren Beobachtung der Geschäftsführung obliegt - gebunden sowie andererseits durch eine staatliche Aufsichtsbehörde, die auch die autonome Satzung zu genehmigen hat.

Als strukturelles Defizit einer SV gegenüber der Geschäftsführung ist die Ehrenamtlichkeit der Organmitglieder anzusehen, da dies ein Gefälle an inhaltlicher Kompetenz und Verbindlichkeit zur Folge hat. Eine direkte Regelungshoheit gegenüber der Kassenverwaltung kann schon aus diesen Gründen nur geringfügige Wirkung haben.

Wichtiger als die positiven Kompetenzen sind jedoch die negativen: eine SV kann die Geschäftsführung in vielfältiger Weise behindern und blockieren. Die Rollenverteilung zwischen

1) Tennstedt, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, in: Handbuch der Sozialmedizin, Bd. 3, Stuttgart 1976;

2) Die sog. Richtlinienkompetenz des Vorstandes, §35,2 SGB

SV und Geschäftsführung beinhaltet einen gewissen Kooperationszwang, der insbesondere von der Kassenverwaltung immer als notwendiges Vertrauensverhältnis apostrophiert wird¹⁾. Solch ein Zwang besteht durch die Offenlegungspflicht der Verwaltungsgeschäfte bzw. durch die Zustimmungspflicht des Vorstandes zu bestimmten Verwaltungserfordernissen (wie haus- haltmäßige und personelle Entscheidungen, Ausführungsbestimmungen, Härtefallregelungen). Dieser Kooperationszwang entsteht besonders dann, wenn Projekte zur Modernisierung und Diversifizierung des Verwaltungshandelns durchgeführt werden sollen.

Für die Geschäftsführung besteht zwar ein Kooperationszwang, andererseits sind die SV-Organen gänzlich auf die Informations- und Beratungsfunktionen der Geschäftsführung angewiesen, so daß sich die Dominanz des Apparates durchsetzen kann.

Es wird z.B. gerne darauf verwiesen, daß der Geschäftsführer zwar nicht stimmberechtigtes Vorstandmitglied sei, ihm aber mit "beratender Stimme" angehöre, da ihm ein "Recht auf Beratung" zukomme²⁾. Das Kompetenzgefälle bedeutet, daß in der

1) Engagierte Verwaltungsbeamte verweisen z.B. auf die Notwendigkeit, die SV-Organen so umfassend wie möglich zu informieren, insbesondere frühzeitig vor einer Entschlußfassung und durch schriftliche Vorlagen (das ist auch ein Mittel vorhergehender informeller Verständigung). Dies beinhaltet natürlich eine Menge zusätzlicher Arbeit, die sich für die Geschäftsführung erst langfristig "auszahlt" und deswegen in den meisten Kassen so knapp wie möglich gehalten wird. Dabei ist das Informationsverhalten der Geschäftsführung selbst schon Teil des erwünschten Vertrauensverhältnisses, das ein "Informiertheitsgefühl" entstehen läßt, auch wenn die angebotene Informationsflut die meisten Organmitglieder überfordert, so ein erfahrener Verwaltungsmann: "Eine SV ist so gut wie sie informiert wird" - von der Geschäftsführung - (eigene Interviews)

2) Töns, der ehemalige Geschäftsführer des BdO, legt gleich nahe, nicht nur die Geschäftsführungen der Kassen zur SV zu rechnen, sondern auch en bloc die Verbände der Ortskrankenkassen, da es sich in jedem Fall um Strukturbestandteile handle, die "unter dem Realisierungsprinzip SV" stehen; a.a.O., S. 561f.

Interaktionsbeziehung von Kassenverwaltung und SV-Organen letztere in der Regel nicht die steuernde Instanz sind, sondern ihnen umgekehrt eher die Funktion als zentrale Aktions- und Legitimationshebel der Verwaltung zukommt. Dies wird um so deutlicher, je ambitionierter eine Geschäftsführung ist, die SV kann dann unter besonderen Bedingungen zu ihrer politischen Handlungsressource werden.

Die Dominanz des Apparates bzw. der Geschäftsführung wird weiterhin unterstützt durch die paritätische Zusammensetzung der SV-Organe. Diese Regelung, die seit 1951 bewußt als "Sozialpartnerschaftsmodell" in die GKV eingeführt wurde - gegen den heftigen Widerstand der SPD-Fraktion im damaligen Bundestag - wird in kritischer Sicht als Systemfehler aufgefaßt. Die Parität von Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern bildet in der GKV Konfliktformen von Tarifverhandlungen nach, die hier in der reinen Arbeitnehmerversicherung gegen Gesundheitsrisiken disfunktional wirken¹⁾.

Für eine konsequente Vertretung der Versicherteninteressen wirkt dieser Kompromißmechanismus paralysierend, als eine Pattsituation, die schon Versicherungstätigkeit im traditionell kompensatorischen Leistungsspektrum behindert²⁾.

1) v. Ferber, Selbstverwaltung und soziale Sicherheit, in: Gewerkschaftliche Monatshefte, 3/1975

2) Der bekannteste Konflikt besteht in dem divergierenden Interesse an der Versicherungsbeitragshöhe. Während Beitragschwankungen für den einzelnen Versicherten im Normalfall nur geringfügige Beträge beinhalten, können die Differenzen bezogen auf eine gesamte Belegschaft für den Arbeitgeber beträchtlich sein. Arbeitnehmervertreter stimmen daher eher für Beitragserhöhungen bzw. gegen Beitragssenkungen, wenn damit der Leistungsstandard gehalten oder verbessert werden kann. Arbeitgebervertreter fordern stattdessen Rücksichtnahme auf Wirtschaftslage usw. Hier hat es in der letzten Zeit interessante Konflikte gegeben. So hat z. B. in der AOK Esslingen die Arbeitnehmerseite der SV eine Beitragssenkung blockiert und Leistungsverbesserungen gefordert, wodurch es zum öffentlichen Konflikt zwischen SPD-Stadtrat und DGB-Kreisvorsitzendem kam - nämlich über die richtige Beachtung der volkswirtschaftlich bedeutenden wirtschaftlichen Wechselwirkungen (Stuttgarter Zeitung vom 28.9.78)

Die paritätische Organisation der SV und ihre negative Kompetenzzuweisung gegenüber der Geschäftsführung paralyisiert sie zuverlässig in ihren Handlungsmöglichkeiten. Besonders engagierte und radikale Organmitglieder, aber auch individualisierende "Nörgler" und "Pfennigfuchser" können die SV-Tätigkeit nachhaltig blockieren.

Hier liegt der objektive Sinn von Behauptungen, die SV-Arbeit sei "unpolitisch", denn sie funktioniert nur, wenn das Konfliktniveau so niedrig wie möglich gehalten wird. So darf es z.B. nicht zu Kampfabstimmungen kommen, die polarisierende Wirkungen haben, denn sie führen u.U. zu langfristigen Vertrauensvorbehalten.

Wie politisch empfindlich das SV-Instrument tatsächlich ist, kann auch darin gesehen werden, daß zwar einerseits Entscheidungsvorbereitungen immer gruppenintern getroffen werden (der Grundkonflikt zwischen Kapital und Arbeit ist immer anwesend), andererseits gerade von erfahrenen Geschäftsführungen versucht wird, ein möglichst einstimmiges Beschlußergebnis zu erreichen.

Damit hat das Verfahren der Konfliktregulation eher Ähnlichkeit mit dem von Honoratiorenengremien¹⁾. Der Geschäftsführer hat hier die Rolle, das größte Konsensniveau festzustellen und in der jeweiligen Beschlußvorlage herauszuarbeiten.

Die Dominanz der Geschäftsführung besteht, neben dem Kompetenzvorschub, in ihrer Fähigkeit, durch informelle Kommuni-

1) So verweisen engagierte Verwaltungsbeamte darauf, daß die Voraussetzung zu einer funktionierenden SV-Arbeit nicht etwa sozialpolitisches Desinteresse der Organmitglieder ist, sondern taktische Fähigkeiten und vor allen Dingen "Stil" im Konfliktverhalten (eigene Interviews) - dies verweist ebenfalls auf einen hohen Anteil informeller Kontakte zwischen einzelnen Organmitgliedern und der Geschäftsführung zur Vorbereitung der Beschlußvorlagen.

kationsprozesse die SV-Organe entscheidungsfähig zu halten¹⁾.

Somit bestehen modellmäßig in der Kasse die größten Progressivitätschancen - in der eine engagierte Geschäftsführung mit einer SV kooperiert, die bereit ist, in vorgeschlagener Weise "mitzuziehen". Diese paradoxe Institutionierung - die beinhalten würde, daß die politisch steuerungsbefugte SV legitimatorische Funktionen hat, die eigentlich nur exekutionsbefugte Verwaltung aber im weiteren Sinne dispositionsfähig ist²⁾ - bedeutet für eine alternative Gesundheitspolitik die Schwierigkeit, ihre oben genannten Kriterien in die Zielsysteme der Verwaltung umzusetzen, falls diese von der Geschäftsführung nicht geteilt werden.

Da der empirische Augenschein Handlungsspielräume eher bei der Geschäftsführung vermuten läßt, müßte zunächst geklärt werden, welche Handlungsressourcen der Verwaltung überhaupt zur Verfügung stehen und wie die SV auf diese Ressourcen Einfluß nehmen kann. Die Problemstellung ergibt sich aus der Notwendigkeit einer nicht nur symbolischen Gesundheitspolitik, ihre Ansatzpunkte und Instrumente auf Zugriffsebene und mögliche Überformung der Versicherteninteressen hin zu überprüfen. Handlungsspielräume sollen am Beispiel der Personalpolitik dargestellt werden, die neben dem Haushaltsrecht zu den wichtigsten Entscheidungsbereichen der SV gehört.

Für den Verwaltungsbereich der Kasse gelten die Normierungen des öffentlichen Dienstes, allerdings wieder mit den Ein-

-
- 1) Wie weit die These reicht, daß die Geschäftsführung für SV-Entscheidungen Geburtshilfefunktion hat, und berechtigt behauptet werden kann, die informellen Entscheidungsprozesse könnten die Pattsituation unterlaufen, das muß noch weiter untersucht werden. Ebenfalls unklar ist, wie diese Geburtshilfefunktion jeweils mit der Staatsfunktion koordiniert ist.
 - 2) Auf der Erscheinungsebene kann sich dieser Eindruck einstellen, z.B. wenn selbstbewußte Geschäftsführungen behaupten: "Wir können alles, es kommt nur darauf an, wie wir es verkaufen." (eigene Interviews)

schränkungen, die der typischen Mischstruktur entspringen. So gelten etwa die für Stellenplan und Karrieremuster ausschlaggebenden Regelungen des Beamtenrechtes.

Zugleich hat der Geschäftsführer in seiner Zuständigkeit für die Einrichtung und Leitung der Verwaltungsgeschäfte - im Unterschied zur unmittelbaren Staatsverwaltung - Spielräume, die aus den formalen Autonomie und der Überschaubarkeit der dezentralen Kassenverwaltung resultieren. Die Geschäftsführung kann spezifische Verwaltungsphilosophien entwickeln, wenn sie die Unterstützung durch die SV-Organen erhält.

Die Entscheidung darüber, wie hoch der Verwaltungsaufwand, z.B. durch zusätzliche Tarifangestellte, im Vergleich zu anderen Kassen steigen kann, ist nun in vieler Hinsicht der entscheidende Verhandlungsgegenstand mit der SV¹⁾. Denn dieser Aspekt der Kostenpolitik entscheidet sowohl darüber, ob die Kasse in der Auseinandersetzung mit ihren Vertragsgegnern (Dienstleistungsanbieter) optimal eingestellt ist (z.B. durch ein internes, personalintensives Berichtssystem zur Kosten- und Krankenstandsentwicklung), als auch darüber, ob zusätzliche Dienstleistungen eingerichtet werden können (wie z.B. im Bereich der psychosozialen Versorgung)²⁾. Über die Personalpolitik bestehen in den Bereichen der Geschäftsverteilung, der Organisation des interenen Kommunikationsflusses und der Leistungsorganisation Dispositionsspielräume, die die Geschäftsführung im wesentlichen in Absprache mit den SV-Organen ausführen können.

Verwaltungsbedürfnisse wie mehr Personal und Betriebsmittel, mehr Weiterbildungschancen, leistungsorientierte Beförderungspolitik usw. sind in ihrer Bedeutung nicht zu überschätzen,

1) Rechtliche Normierungen sind hier dem Gegenstand entsprechend allgemein; neben dem festgelegten Stellenkegel (quasi Beamte), der sich nach der Versichertenzahl richtet, gibt es nur das Wirtschaftlichkeitsgebot - das allerdings bei drastischen Abweichungen von den Aufsichtsbehörden durchgesetzt werden kann.

2) Eichner/Neuhaus, Soziale Dienste der Krankenkassen, Bonn/Bad Godesberg 1976; Dokumentation der AOK Mettmann, Eigendruck 1978

wenn man daran denkt, daß "Bedarfsorientierung" im Sinne der Versicherten in der heute weitgehend vergesetzlichten Sozialpolitik heißt, Lücken im Gesetz zu finden bzw. Gesetze legal zu untelaufen. Das ließe sich etwa an dem KVKG am Beispiel der Vorsorgekuren demonstrieren, deren Genehmigung im alten Umfang für progressive Kassen einige Findigkeit erforderte, wenn sie den alten Leistungsstand halten wollten¹⁾.

Die Verwaltung hat somit Spielräume - wie an etlichen Beispielen gezeigt werden könnte -, die sie zur Schaffung von zusätzlichen Ressourcen nutzen kann; sie kann damit Handlungsfelder und -ziele entwickeln, die sozialpolitisch bedeutsam sind. Die Handlungsspielräume gehen auf Verwaltungsbedürfnisse zurück, die aber politisch offensiv definiert werden können²⁾.

Um diese Definitions- und Initiierungsfunktion direkt zu übernehmen, dazu hat die SV im Normalfall keine Hebel. Die SV kann durch ihre negative Institutionierung Initiativen nur unterstützen, mittragen - aber nur schwer, im wesentlichen nur informell -, veranlassen. Der Selektionsmechanismus gegenüber SV-Initiativen ist dabei so konstruiert, daß die Erfolgswahrscheinlichkeit in hohem Maß von der Geschäftsführung abzuhängen scheint³⁾.

-
- 1) Die alte Fassung des § 187 RVO enthielt keine spezifische Festlegung für Vorsorgekuren. Die neuen Normen gestatten für Nichtarbeitnehmer nur noch Zuschüsse. Kassen können es jetzt z.B. auf einen Konflikt mit den Aufsichtsämtern ankommen lassen, welcher Kostenanteil noch als "Zuschuß" genehmigt wird.
 - 2) Die Steigerung des Leistungsstandards des Apparates selbst ist ein Konkurrenzvorteil in der Auseinandersetzung der Kassentypen um ihre Versichertenzahlen und betrifft damit ihre Verwaltungsbasis direkt.
 - 3) Nach der Einschätzung aktiver Verwalter liegt die innovative Stagnation in der Krankenkassenpolitik zum größten Teil an den Verwaltungen selbst, die viel mehr Kompetenzen an sich ziehen könnten, wenn sie ihre rechtlichen und finanziellen Beschränkungen nicht immer nur restriktiv definieren würden. So gibt die Frage eines Geschäftsführers bei der Präsentation eines innovativen Kassenprojekts die vorherrschende passive Denk- und Wahrnehmungsrichtung wieder: "Wie verbuchen Sie diese Kosten, Herr Kollege?" (eigene Interviews und Beobachtungen)

Die Durchsetzungschancen für eine alternative Gesundheitspolitik in der GKV sind - so kann resümiert werden - tatsächlich skeptisch einzuschätzen. Die negative Institutionierung der SV macht diese als direkten Durchsetzungshebel untauglich. Die Kassenverwaltung selbst steht als Verwaltungsapparat in einem indifferenten Verhältnis zu Versicherteninteressen¹⁾. Allerdings gibt es einen Kontaktbereich zwischen Geschäftsführung und SV, der die Möglichkeit informeller Entscheidungen bietet und damit Chancen, überhaupt Elemente präventiver Gesundheitspolitik durchzusetzen. Der Entscheidungsablauf in dieser verwinkelten Situation besteht aus dem Versuch, die Geschäftsführung informell für bestimmte Ziele zu interessieren, und dem resultierenden Versuch der Geschäftsführung, die SV tatsächlich als Verwaltungsressource zu gewinnen.

Die Tatsache, daß es im Kassenspektrum engagierte Kassen gibt, die die angedeuteten Handlungsspielräume nutzen, macht immerhin die Möglichkeit informeller Funktionalisierung deutlich.

V. Zum Modell einer verwaltungsdominierten personalen Prävention

In der folgenden Darstellung wird am Fallbeispiel eines Projekts präventiver Gesundheitspolitik untersucht, wie weit die

1) Als Indiz für eine Rollendifferenz von Verwaltung und Versicherten kann die Bereitschaft auch in progressiven Kassenverwaltungen angesehen werden, sehr schnell Dienstleistungen für die Arbeitgeberseite zu übernehmen, z.B. den Krankenstand und das Krankschreibungsverhalten der Ärzte in Bezug auf "Bagatellerkrankungen" zu kontrollieren (vgl. auch die Partnerschaftskampagne des VdO Rheinland: Siebeck, AOK - Partner der Versicherten und Arbeitgeber, in: DOK 17/1974). In die gleiche Richtung wirkt das Wissen der Verwaltung, nicht abstrakt aus Steuergeldern, sondern dezentral aus Versichertenbeiträgen finanziert zu werden, und führt eher dazu, Imagepflege und Arbeitgeber-Service zu verbessern (in der Hoffnung auf einen Handel, dafür Angestellte von den Personalbüros zugewiesen zu bekommen).

Restriktionen in der GKV die benannten Kriterien kontextnaher Gesundheitspolitik beeinträchtigen bzw. zu symbolischen Präventionspolitiken reduzieren, und welche Bedeutung im Versicherteninteresse den untersuchten Präventionsstrategien dennoch zukommen kann.

Als eine überhaupt sozialpolitisch engagierte Kasse hat die AOK für den Kreis Mettmann¹⁾ 1976, auf dem Höhepunkt der Debatte zur "Kostenexplosion im Gesundheitswesen", ein Modell präventiver Gesundheitsmaßnahmen entwickelt, das nach einer längeren Anlaufphase organisatorischer und propagandistischer Aktivitäten seit Juni 1978 in die Praxis umgesetzt wird. Die Konzeption eines Sets von Kursen und Beratungsprogrammen ist extern entwickelt worden und wird in der Durchführung

-
- 1) Der Kassenbezirk deckt den Landkreis Mettmann, der an die Städte Düsseldorf, Wuppertal und Essen angrenzt; die Branchenstruktur im Kassenbezirk hat nur einen Schwerpunkt metallverarbeitender Betriebe, in Velbert; es gibt im Kassenbezirk keine Betriebskrankenkassen; für Besonderheiten, etwa der politischen Verhältnisse, die die Arbeit der Kasse beeinflussen, gibt es keine Hinweise (umgekehrt laufen immer wieder Versuche, die politisch anfällige Arbeit der Kasse durch Unterstützung durch örtliche Honoratioren, Ärztestammtische usw. abzusichern); Wahlen zur SV sind nicht durchgeführt worden, der Listenträger der Arbeitnehmervertreter ist der DGB.

Informationen zur Entstehung des Modellprojekts divergieren - was als Hinweis für den informellen Charakter der tragenden Entscheidungsprozesse gelten kann. Die Kosten für die wissenschaftliche Begleitung und für die Entwicklung der Programme werden vom BMA und BMJFG getragen. Alle anderen Kosten, für die Einrichtung von speziellen "Gesundheitszentren" und die personelle Ausstattung, übernimmt die Kasse selbst (gemessen am Finanzvolumen der Kasse betragen diese Kosten ca. 1,4%).

Der wesentliche Kern des Projekts besteht aus Übergewichts-, Raucherentwöhnungs- und Antistresskursen und einem Kranz weiterer Aktivitäten wie Bewegungstraining, Ernährungsberatung, aber auch sozialen Dienstleistungen durch einen angestellten Sozialarbeiter.

Vgl.: Symposium Marketing und Gesundheitssicherung, Ratingen, September 1977 (Eigendruck); Dokumentation Aktion Gesundheit, Mettmann, November 1977 (Eigendruck); Zwischenbericht Stand der Aktion Gesundheit, Mettmann, März 1978 (Eigendruck).

wissenschaftlich begleitet. Die Programme werden in eigens dazu eingerichteten "Gesundheitszentren" durchgeführt, die auf den Kassenbezirk verteilt sind und somit relativ dezentrale Leistungsangebote darstellen.

Nach der Programmatik sind die Maßnahmebündel auf drei Schnittpunkte ausgerichtet:

- es soll Gesundheitssicherung betrieben werden, d.h. die Aktivitäten sollen im Vorfeld von Erkrankungen ansetzen;
- das Aktionsangebot soll auf bestimmte Zielgruppen und Krankheitsbilder zugeschnitten sein und auf die Struktur krankmachender Faktoren einwirken;
- es sollen Hilfen zur Umsetzung von gesundheitsrelevanten Einsichten in verändertes Gesundheitsverhalten gegeben werden.

Diese Orientierungslinien sind charakteristische Substanz des Modells. Durch den Eintritt der wissenschaftlichen Beratung durch das Institut für Therapieforchung (München, seit Dezember 1977) ist die Feinmodellierung geändert worden - insgesamt durch eine Straffung der Konzeption in Hinblick auf Herz-Kreislauf-Risiken. Die anfänglich bestehende starke Überlagerung der inhaltlichen Seite durch eine aggressive werbewirtschaftliche Terminologie ("Soziales Marketing") ist nun abgebaut.

Dem Selbstverständnis nach handelt es sich bei diesem Modell um eine "aktive" Gesundheitpolitik einer Kasse, die von der Verwaltung von Krankheit übergehen will zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes durch Mobilisierung von Gesundheitsbewußtsein. Intendiert ist eine Verhaltensmodifikation insbesondere der Bewegungs- und Ernährungsgewohnheiten. Die Kurse und Beratungsprogramme basieren auf verhaltenstherapeutischen Konzeptionen.

Dieser Modellversuch unterscheidet sich von der dominanten Vorstellung der kritisierten Präventionsbewegung in der Ablehnung einer Gesundheitserziehung, die üblicherweise nur Auf-

klärungskampagne mit hohem Unverbindlichkeitsgrad ist. Ebenso wird der andere Aspekt gesundheitspolitischer "Berieselung", das Fehlen definierbarer Zielgruppen, wegen der fehlenden Effektivität abgelehnt.

Andererseits liegt auch den Aktivitäten der AOK Mettmann das kritisierte Risikofaktorenmodell zugrunde, wird Verhaltensmodifikation angezielt, damit nicht direkt in den Veursachungszusammenhang interveniert, sondern in die Vermittlungskette. Die "Hilfen zur Umsetzung" allerdings enthalten eine wichtige konzeptionelle Wendung, da hiermit gruppentherapeutische Situationen und psychologische Einzelberatung als Instrumente integriert sind. Insofern kann ein Übergewichtskurs, der falsche Ernährungsgewohnheiten anzielt, dennoch in Verursachungszusammenhänge führen, wenn die aufgegriffenen Risiken als Symptome weiterreichender Problemkomplexe aufgefaßt werden. Das angewandte verhaltenstherapeutische Modell läßt diese Möglichkeit offen. In den Kursen soll gesundheitsrelevante Eigenkompetenz gesteigert werden, es soll also durch gruppengestützte Selbstkontrolle Risikoverhalten abgebaut werden - und nicht etwa durch mechanische Konditionierungsmethoden "um-erzogen" werden¹⁾. Über die Möglichkeit des Nachverfolgens des spezifischen Problemdruckesⁱⁿ die verursachende Figuration der Arbeits- und Lebensverhältnisse deuten sich Chancen personenbezogener Prävention an.

Diese Konzeption geht in dem Ansatzpunkt und der Zielrichtung über solch symbolischen Präventionspolitiken hinaus wie sie etwa unspezifische Vorsorgeberatungen darstellen, die nur in dieser Art in den ärztlichen Leistungsrahmen integrierbar sind. Die Chancen dieser personenbezogenen Präventionsstrategien, insbesondere arbeitsbedingte Erkrankungsgefahren zu thematisieren, sind zweifellos skeptisch zu beurteilen. Als Minimalanforderung werden aber immerhin auf diese Weise Defizi-

1) Vgl. Brengelmann u.a. (Institut für Therapieforschung, München), BMJFS (Hrsg.), Verhaltenstherapie des Übergewichts, Bonn - Bad Godesberg 1978

te in der psychosozialen Versorgung aufgegriffen.

Aus der Kritikposition der verursachungszentrierten Gesundheitspolitik bleibt somit immer der Vorbehalt, daß auch ein sozialtherapeutisches Modell der Verhaltensmodifikation zum einen als individueller Ansatz enge Grenzen hat - z.B. bleiben die realen Verhaltensalternativen, die angeboten werden können, auf Kompensation oder Vermeidung angelegt. Zum anderen besteht die Gefahr, daß durch den Einsatz weiterer Gesundheitsexperten einer Klientelisierung, zumindest Entpolitisierung Vorschub geleistet wird. Das Ziel der Veränderung schädigender Lebens- und Arbeitsbedingungen könnte überformt werden durch die Pragmatik von Profis, deren Wahrnehmungs- und Handlungskompetenzen sie im äußersten Fall nur Trainingsprogramme zur Steigerung der Belastungsfähigkeit entwickeln läßt¹⁾.

Aus dieser Kritikposition beurteilt hat das Modell der AOK Mettmann nur eine relativ geringe Reichweite. Aber schon auf diesem Konfliktniveau entstehen Durchsetzungsprobleme, die aus den auf verschiedene Zielsysteme verteilten Interessen an Gesundheit/Krankheit resultieren.

Auch im Rahmen dieser Modellkonzeption zur Gesundheitssicherung macht sich die Dominanz der Ärzte im System der GKV als Grund für Fehlsteuerungen bemerkbar. Da alle angebotenen Aktivitäten der Kasse auf Freiwilligkeit der Teilnahme beruhen, sind sie in starkem Umfang von der ärztlichen Verweisungs- und Überweisungspraxis abhängig in ihrer Funktion als monopolisierte Identifizierungs-, Therapie- und Verweisungsstelle für Krankheit. Die Überweisung ist insbesondere in bezug auf die eigentlichen Problemgruppen wichtig, bei denen, wenn überhaupt, nur mit Autoritätsüberschuß Risikoverhalten therapiert werden kann²⁾.

1) Vgl. v. Ferber, a.a.O.

2) Bei der sowieso bestehenden schichtspezifischen Nutzung von Gesundheitseinrichtungen kann die Freiwilligkeit der Teilnahme also ein Anknüpfen an schon entwickeltes Gesundheitsbewußtsein, als Selektionsinstrument wirken. Gerade eine engagierte Kasse findet sich hier in einem Dilemma, da sie berechtigterweise administrative Maßnahmen ablehnt.

Andererseits besteht allgemein die Notwendigkeit, bei Gesundheitsmaßnahmen jeder Art das Ärzteinteresse einzukaufen, da freihändige Aktivitäten der Kassen, auch durch die verbandspolitische Verstärkung der professionellen Autorität der Ärzte, sofort zerschlagen werden können. Da die Kooperationsbereitschaft der Ärzte gering ist¹⁾ - obgleich die Aktivitäten so angelegt sind, daß keine Konkurrenz entsteht -, könnte das engagierte Konzept der gruppen- und krankheitsbilderspezifischen Maßnahmen scheitern. Dieses mögliche Scheitern antizipierend, sind in den Programmen Weichen eingebaut, die die Teilnehmer turnusmäßig in ärztliche Behandlung zurückschicken - ohne allerdings damit den gewünschten Vertrauenszuschlag von seiten der Ärzte zu bekommen. Es liegt nahe, daß ab bestimmten Schwellenwerten die an sich im Vorerkrankungsbereich, d.h. außerhalb des Bereichs ärztlichen Zugriffs liegenden Aktivitäten der AOK so durch professionsspezifische Sichten, Handlungsmöglichkeiten und Interessen überformt werden, daß den Präventionsmaßnahmen selbst nur mehr die Zubringerfunktion in ärztliche Behandlung zukommt²⁾. Damit wären dann die zentralen Intentionen des Modellprojekts konterkariert. Das Projekt, das zwar im Sinne einer auf die Arbeitswelt bezogenen Gesundheitspolitik zu kurz greift, das aber Bedeutung hat in dem Versuch, einen wichtigen Bedarfsbereich der Versicherten abzudecken, würde ebenfalls auf symbolische Politiken reduziert sein.

Wie weit eine Modellkonzeption präventiver Gesundheitssicherung selbst in dem bezeichneten engen Rahmen Erfolg haben

-
- 1) Die Ärzteverbände betreiben natürlich eher die Politik, die Punktwerte, z.B. für Beratungen, drastisch heraufzusetzen als diese "fachfremden" Institutionen zu überlassen - hier der Kasse.
 - 2) Eine ähnliche Entwicklung ist bekannterweise mit der Institutionalisierung der Früherkennungsmaßnahmen im Leistungsrahmen der niedergelassenen Ärzte abgelaufen, eine Lösung, die zwar nicht dem Maßnahmenprofil entspricht, dafür aber originäre "Mittelstandspolitik" ist.

kann, hängt also davon ab, ob die Ärzte zur Kooperation stimulierbar sind. Denn das privatwirtschaftlich ausgebeutete Behandlungsmonopol der Ärzte hat in der GKV zu einer falschen Interessenverteilung geführt.

Hier kommt den Ärzten als "Spezialisten für Gesundheit" das ökonomische Interesse an Krankheit zu; den Kassen als Profis für die Deckung von Krankheitskosten aber das Interesse am Gesundheitsniveau - dabei aber ohne eine gesellschaftlich vermittelte Kompetenz für die Sicherung von Gesundheit. Eine präventive Gesundheitspolitik, die auf die professionelle Unterstützung der Ärzte nicht verzichten kann, steht so vor dem Problem, deren Profitinteresse abzuwehren. Zu diesem Zweck aber auf das einzige systemkonforme Instrument, eine mobilisierte Öffentlichkeit, zu setzen, ist sicherlich Illusion.

Schon dieses Dilemma professioneller Dominanz blockiert die notwendigen Aktivitäten präventiver Gesundheitspolitik. Dabei ist die Notwendigkeit, den Arbeitsbereich als krankheitsverursachend zu thematisieren, noch gar nicht aufgegriffen und verschwindet auch immer mehr aus dem Problemhorizont.

VI. Präventive Gesundheitspolitik in der GKV und keine Alternative zu einer unrealistischen Strategie

Bei der Durchmusterung der Realisierungsprobleme einer präventiven Gesundheitspolitik, die u.a. auch in den wichtigsten Erkrankungsbereich - die Arbeitswelt - eingreifen will, mußten die strukturbestimmenden Faktoren der GKV selbst aufgezeigt werden.

Die GKV bietet so das Bild eines Balancemodells, in dem gegensätzliche Interessensysteme auf komplizierte Weise rechtsförmig miteinander verkettet sind. Die beiden hauptsächlichen Pole scheinen dabei die Kassenbürokratien und die privatwirtschaftlichen Leistungsanbieter zu sein, während im Vergleich

die polaren Verhältnisse von Bürokratie und Selbstverwaltung und von Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertetern in den SV-Organen in dieser Reihenfolge bedeutungsmäßig abzufallen scheinen.

Die verursachungsbezogene Gesundheitspolitik, so kann resümiert werden, steht damit offensichtlich quer zu den bestehenden Institutionen der GKV. Konsens- und Konfliktlinien scheinen so konstruiert zu sein, daß Forderungen, z.B. an die krankheitsverursachenden Strukturen der Arbeitswelt, in der GKV schon im Vorkonfliktbereich abgefiltert werden. Denn es gibt für diesen Bereich zu den dominierenden Handlungsträgern Kassenbürokratie und Ärzteverbände - entweder durch negative Institutionierung oder durch die spezifische Interessenstruktur - keine unmittelbaren Interessenverknüpfungen mit Versicherteninteressen.

Andererseits überlagern die Zielsysteme der Kassenbürokratien und Ärzteverbände die Forderungen und Ansätze präventiver Strategien. Das ist aufgezeigt worden in der Tendenz, alle Präventionsvorstellungen auf symbolische Politiken zu reduzieren.

Das Ärzteinteresse wirkt im Handlungsgefüge der GKV für nicht-symbolische Präventionsstrategien in spezifischer Weise blockierend. Denn durch die dargestellte Balancierung ihrer Interessen gegen die Kassenbürokratien als dem verwaltungsmäßigen Ausdruck des Interesses der Sozialbeitragszahler sind harte und dominierende Konfliktlinien aufgebaut. Es hat hier den Anschein, als wirkten diese Konfliktlinien bei der Thematisierung von gesundheitsrelevanten Problemen als eben diese verlässlichen Pufferzonen zur Dethematisierung oder Konfliktverschiebung des Verursachungsbereichs mit seinem Kern der arbeitsbedingten Erkrankungen. Während die hier typische Konfliktintensität, die eine Kollision mit Ärzteinteressen her-

vorbringt, leicht ihren begrenzten, berufsständischen Charakter verkennen läßt¹⁾, wobei zusätzlich das Ärzteinteresse immer stärker in der Sog von Industrieinteressen - insbesondere der Pharmaindustrie - gerät²⁾. Somit müßte eigentlich immer umgekehrt gefragt werden, nämlich über welche Vermittlungen die vergleichsweise randständischen, verbandlichen Ärzteinteressen sich selbst als Bollwerk bzw. Sündenbock thematisieren. Das zentrale Hemmnis für die wirksame Thematisierung von Krankheitsursachen in den Arbeits- und Lebensverhältnissen ist damit tatsächlich das ärztliche Professionsinteresse in der GKV, das als Filtermechanismus und Sicherheitskordon wirkt.

Die Zielsysteme der Kassenbürokratien scheinen dagegen, wie das aufgeführte Beispiel der AOK Mettmann zeigt, trotz ihrer formalisierten Handlungsstruktur mit Anforderungen präventiver Gesundheitspolitik vermittelbar. Wie gezeigt wurde, hat die Balancierung von Kassenverwaltung und SV-Organen Filterfunktionen, die eine interessenspezifische Funktionalisierung der Kassenpolitik verhindern.

Die informellen Entscheidungsmechanismen zwischen Geschäftsführung und SV-Organen geben der Geschäftsführung zwar sozialpolitisch wichtige Handlungsspielräume, Beispiele zeigen aber, daß Funktionalisierungsmöglichkeiten Grenzen haben und wesentlich gebunden sind an die dominierende Handlungsrichtung der Verwaltung - diese ist auf die Leistungserbringer und auf die kommunale Umgebung bezogen. Für eine institutionelle Wendung der GKV gegen krankmachende Arbeitsbedingungen als den Kernbereich des Belastungsspektrums gibt es unter den

1) So mußten etwa Streikversuche während der parlamentarischen Verhandlung des KVKG ergebnislos abgebrochen werden, da trotz großen Propagandaaufwandes der einzige Hebel der Ärzteverbände, der hohe öffentliche Legitimationsvorschuß, nicht griff.

2) Vgl. R. Rosenbrock, Der Pharmamarkt, Diss., Bremen 1976

bestehenden Verhältnissen keine interne mehrheitsfähige Koalition¹⁾ und keine externen institutionellen Verknüpfungen²⁾.

Diese prinzipielle Beschränkung trifft auch für eine progressive Kasse wie die AOK Mettmann zu. An diesem Beispiel konnten zugleich die Grenzen einer durch die Bürokratie vermittelten Reform deutlich gemacht werden. So bezieht sich zum einen ihre Handlungslegitimation nur auf personale Präventionsstrategien, wobei sie selbst in diesem Bereich nur Rahmenbedingungen bereitstellen kann, während sie auf deren Nutzung und u.U. offensive Weiterentwicklung kaum Einfluß nehmen kann. Zum anderen kann sie ihre Aktivitäten nur als Dienstleistungen anbieten mit allen Nachteilen professioneller Handlungssysteme wie tendenzielle Neutralisierung, Klientelisierung und Konfliktverlagerung, wobei die Kasse auch in dieser Hinsicht keine Alternative hat, da sie selbst in den sozialen Raum interveniert und nicht u.U. organisierte und manifeste Versicherteninteressen aufgreifen kann³⁾.

-
- 1) Es gibt allerdings Ausnahmefälle, in denen es möglich ist, die gesammelte Autorität gegen Arbeitsbedingungen zu richten. Die RVO sieht die Möglichkeit vor, bei Arbeitsbedingungen, die im Branchenvergleich erheblich erhöhte Erkrankungsgefahren bedeuten, den Beitragsanteil des Arbeitgebers des einzelnen Betriebes zu erhöhen. Diese Sonderfallregelung muß durch die SV als Satzungsbestandteil verabschiedet werden, wodurch gesichert ist, daß nur Branchenaußenseiter davon betroffen sein können (§ 384 RVO). Diese Regelung wird meines Wissens nur sehr selten angewandt.
 - 2) Die Abhängigkeit des Selbstverwalters nur von seinem Gewissen, nach repräsentativ parlamentarischem Vorbild; vgl. dazu auch den Vorschlag, regionale Arbeitsgemeinschaften mehrerer Sozialleistungsträger einzurichten, WSI-Studie, a.a.O.
 - 3) Administrative Präventionsstrategien können offensichtlich - insbesondere wenn andere Zugangsmöglichkeiten als administrative blockiert sind - am leichtesten Individuen aufgreifen. Denn nur diese sind auf einfache Weise isolierbar und damit formalisierbaren Prozeduren, auf die die Bürokratie angewiesen ist, zugänglich. Auch Arbeitsbedingungen müßten, um administrierbar zu sein, etwa für die Berufsgenossenschaften bzw. die Unfallversicherung in quantitative Indikatorensysteme übersetzt werden. Zur Problematik der Objektivierbarkeit von Arbeitsbelastungen vgl. Abholz u.a., s.S. 6, Anm. 2

Die Politik der Krankenkassen findet sich damit in einem Dilemma: In die Zielsysteme der Kassenbürokratie sind zwar Präventionsstrategien integrierbar, allerdings werden wichtige Kriterien wie z.B. Kontextnähe durch die bürokratiespezifische Handlungsstruktur überlagert.

Das Resultat ist die Tendenz einer technokratischen Reform, die darin besteht, neue Handlungsbedingungen durch Professionalisierungsstrategien zu bewältigen (weniger Kompetenz für Ärzte, dafür mehr für Psychologen). Die auf diese Weise entwickelten Präventionsstrategien führen somit - innerhalb der bestehenden institutionellen Struktur - nur zu einer Diversifizierung des Berufsspektrums in der Krankenversorgung¹⁾. Diese Entwicklung perfektioniert eher die "Transformation der Welt in ein Spital" (Illich) und wäre den Zielen der angestrebten präventiven Gesundheitspolitik entgegengesetzt.

Die dominanten Handlungs- und Zielsysteme in der GKV überlagern also, so scheint es, Ziele und Inhalte präventiver, u.a. auf arbeitsbedingte Erkrankungen zentrierter Gesundheitspolitik so sehr, daß sie als symbolische Präventionspolitiken leerlaufen. Symbolische Präventionspolitiken scheint aber tatsächlich die Funktion zuzukommen, institutionelle Prävention - z.B. Eingriffe in den Krankheitsursachenbereich Arbeitswelt - zu verhindern: durch vielfältige Dethematisierungsstrategien, die im balancierten System der GKV angelegt sind, und durch Strategien der Konfliktverschiebung, insbesondere durch Präsentation alternativer Wahrnehmungsmuster (Risikoverhalten) und korrespondierender institutioneller Regelungen (Gesundheitserziehung).

1) und damit zur Neuverteilung des professionellen Zuständigkeitsmonopols; vgl. den Protest von drei psychosozialen Fachgesellschaften gegen den Entwurf des Psychotherapeutengesetzes, der (quasi noch nicht besitzstandssicherndes Professionsinteresse signalisierend) in diese Richtung geht; in: DOK 18/1978, S. 677

Strategische Alternativen, die den in ihrer Gesundheit Betroffenen mehr an Handlungsinitiative und Dispositionsgewalt zuweisen wollen, fordern also begründet die Wiederherstellung der Versichertenmehrheit in den SV-Organen, wie das vor 1933 der Fall war. Jede Forderung nicht symbolischer Gesundheitspolitik scheint andernfalls in der GKV abgefiltert zu werden und eventuell sogar in Strategien mit gegenläufigen Effekten umgebogen zu werden.

Gibt es aber Alternativen zu diesen organisatorischen Änderungen, die auf dem höchsten Konfliktniveau ausgehandelt und gesetzlich abgesichert werden müßten und daher in absehbarer Zeit kaum zu erwarten sind?

Vorstellbar sind hier nur Bewegungen auf regionaler Ebene, auf der das Konfliktniveau zwar begrenzt gehalten werden kann, zugleich aber Betroffenheit und Problemdruck direkt artikulierbar sind. Es konnte gezeigt werden, daß die Durchsetzungsfähigkeit der SV in starkem Maße von der wesentlich informellen Kooperation mit der Geschäftsführung abhängt. In dem so sicher balancierten Interessengefüge kann die Kassenverwaltung anscheinend selbst nur unorthodoxe Problemsichten und Strategien aufgreifen, wenn sie durch politische Unterstützung abgesichert ist und wenn sie Forderungen politischer und sozialer Art in Sachzwänge umsetzen kann¹⁾. In diesem Sinne müßten Arbeitnehmervertreter in den SV-Organen nicht nur selbst - etwa durch gewerkschaftliche Bildungsarbeit - "mobilisiert" werden. Wichtiger ist noch die gesundheitspolitische Arbeit

1) Zu Sachzwängen könnte auch eine weiter zunehmende Kostenbelastung in der GKV führen, die die bisher bestehende Interessenhomogenität der Arbeitgebervertreter in der SV z.B. in bezug auf arbeitsbedingte Erkrankungen in Frage stellen müßte. So ist ja den Arbeitgebervertretern in den SV-Organen, insbesondere den Vorstandsmitgliedern, auch die betriebsspezifische Krankenstandsentwicklung - wie alle anderen Kasseninterna - zugänglich.

in den Betrieben, eine offensive Arbeitsgestaltungspolitik, die das betriebliche Konfliktniveau, insbesondere in bezug auf arbeitsbedingte Erkrankungen, verändert und erst damit den Arbeitnehmersvertretern in der SV der Sozialversicherungen in ihrer überwiegenden Doppelfunktion als Betriebsräte und Selbstverwalter bessere Umsetzungschancen verschafft: in unterstützenden und begleitenden Strategien der Krankenkassen, zur Sicherung und Verbesserung des Gesundheitsniveaus, damit in Strategien, die der bürokratischen Handlungsstruktur entsprechen.