

Die gesundheitspolitische Kontroverse um Gesundheitsförderung und deren Konsequenzen für Psychologinnen und Psychologen

Klotter, Christoph

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Klotter, C. (1996). Die gesundheitspolitische Kontroverse um Gesundheitsförderung und deren Konsequenzen für Psychologinnen und Psychologen. *Journal für Psychologie*, 4(4), 47-55. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-29288>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

DIE GESUNDHEITSPOLITISCHE KONTROVERSE UM GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND DEREN KONSEQUENZEN FÜR PSYCHOLOGINNEN UND PSYCHOLOGEN

Christoph Klotter

Zusammenfassung

Seitdem Gesundheitsförderung zum Leistungsangebot der Krankenversicherungen gehört, sind viele Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen in diesem Bereich tätig geworden. Vor allem die und Berufsanfänger finden und fanden als Kursleiter im Bereich der Gesundheitsförderung einen Einstieg in die Praxis - in eine Praxis, die als prätherapeutisch zu kennzeichnen ist: eher anleitend/beratend als therapierend und dennoch vor dem Hintergrund therapeutischer Konzepte arbeitend. Deren Stellen sind durch den neuen Gesetzesentwurf der Bonner Koalition gefährdet. Bundesminister Seehofer möchte den Krankenversicherungen zumindest partiell den Auftrag zur Gesundheitsförderung wieder entziehen. Warum dem so ist, soll im folgenden erörtert werden. Vor allem soll es um das Pro und Contra vom Nutzen der Gesundheitsförderung gehen.

DER GESETZLICHE HINTERGRUND

Gesundheitsförderung hat einen rechtlichen Rahmen. Seit der Verabschiedung des Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (SGB V) durch den Bundestag im Herbst 1988 und seit dessen Inkrafttretens am 01.01.1989 sind die Krankenkassen dazu angehalten, gesundheitsförderliche Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen. § 20 dieses Gesetzes weist den Krankenkassen explizit die gesundheitspolitische Aufgabe zur Prävention zu. Die Spannweite präventiver Interventionen reicht von der Krankheitsverhütung (primäre Prävention) über die Krankheitsfrüherkennung (sekundäre Prävention) bis zur Verhinderung der Verschlimmerung bereits beste-

hender Erkrankungen (tertiäre Prävention). Der Staat hat sich mit dem GRG zunächst von der Last der Aufgabe der Gesundheitsförderung befreit und sie den Krankenkassen übergeben, die darüber nicht immer erfreut waren. Am Anfang jedenfalls waren viele Kassen konzeptuell vollkommen überfordert. Sie waren es gewohnt, Gelder zu verwalten und Leistungen zu erstatten, nicht aber konstruktiv zu arbeiten.

PRÄVENTION VERSUS GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Was Prävention bedeutet, wurde gerade mittels der Aufteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention kurz umrissen. Daß sich Gesundheitsförderung von Prävention absetzt, läßt sich auf folgende Weise veranschaulichen: Gesundheitsförderung geht es nicht nur um die Vermeidung spezieller körperlicher Erkrankungen oder Risiken, sondern um die Erhaltung von Wohlbefinden und Gesundheit des ganzen Individuums (Salutogenese). Gesundheitsförderung zielt nicht nur auf das Individuum, sondern ebenso auf die Umwelt und die Mensch-Umwelt-Interaktion. Dementsprechend wird Gesundheit nicht nur der Verantwortung des Individuums anheimgestellt, sondern auch der der Öffentlichkeit, der Gesellschaft. Gesundheitsförderung ist Hilfe zur Selbsthilfe, also keine Intervention analog zur Medikamentengabe. »Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen« (WHO-Ottawa-Charta, 1988, S. 117). Gesundheitsförderung will demnach der Profession der Mediziner die

Aufgabe der Gesundheitsförderung/Prävention partiell entziehen. Hinter dem Begriff Gesundheitsförderung verbergen sich also andere, mit den Medizinern konkurrierende Berufsgruppen.

DIE AKTUELLE KONTROVERSE

Ob Gesundheitsförderung bei den Krankenversicherungen in den rechten Händen liegt, ist eine aktuell äußerst strittige Frage. Es gibt nicht wenige - wie auch neuerdings Seehofer -, die meinen, daß Krankenversicherungen mittels Gesundheitsförderung im wesentlichen nutzlos und teures Marketing betreiben. In der Bundestagsdebatte vom 24.05.1996 sagte Bundesminister Seehofer:

»Natürlich bleibt die Gesundheitsförderung in der Krankenkasse erhalten, die eine Kontinuität aufweist, die eine wissenschaftliche Begründung hat und auch wissenschaftlich evaluiert ist. Dazu zählen die Schutzimpfung ..., die Vorsorge-Untersuchungen ... oder der Gesundheits-Check-up... Dagegen bekomme ich täglich waschkorbeweise Post, meine Damen und Herren, was so alles im Lande an Gesundheitsförderung unter dem Deckmantel der Gesundheitsförderung durchgeführt wird, in Wahrheit aber Marketing- und Werbemaßnahmen der Kassen sind... Ich habe, und dies ist kein Einzelfall ..., eine Broschüre der AOK Garmisch-Partenkirchen, die Mai/Juni-Ausgabe, 15 Seiten, ein umfangreicheres Angebot als mancher Bundesligaverein, meine Damen und Herren. Und wenn ich so durchblättere: »Badminton für Anfänger« ..., »Power-Walking«, »Kinder pflanzen Pflanzenkinder«, »Muß Süßes sündig sein?«, »Fußreflexzonenmassagen«

Seehofers Ton ist kämpferisch und polemisch. Erhalten bleiben sollen die traditionellen Aufgaben medizinischer Prävention, aber der eher psychosozialen Gesundheitsförderung soll es an den Kragen. Hinter dem Label Gesundheitsförderung verberge sich um Grunde etwas anderes: Marketing.

Wozu aber Marketing? Weil seit 1996 freie Kassenwahl besteht. Man muß nicht mehr Ingenieur sein, um in die Techniker Krankenkasse eintreten zu können, nicht Angestellte, um bei einer Angestelltenkrankenkasse unterzukommen. Jeder kann sich nun die Kasse seiner Wahl aussuchen. Auch die Wahlfreiheit und damit der Wettbewerb unter den Krankenversicherungen war staatlich erwünscht. Der bekannte Slogan »Mehr Wettbewerb« sollte dazu führen, daß die Krankenversicherungen effizienter arbeiten (Senkung der Verwaltungskosten etwa durch Korrektur des kasseninternen Verhältnisses zwischen Anzahl der Angestellten zu der Anzahl der Versicherten). Der Slogan sollte auch dazu führen, daß die Krankenversicherungen ihren Versicherten eine Palette an, über die Grundversorgung hinausgehenden, attraktiven Leistungen anbieten können. »Mehr Wettbewerb« sollte letztlich eine Transformation in die Wege leiten: Aus klassischen Behörden - und Krankenkassen sind in der Regel Behörden alten Stils - sollten marktorientierte moderne Dienstleister werden. Was Seehofer also verschweigt: Er und sein Ministerium haben das Dilemma geschaffen, dessen Folgen sie nun verdammen, indem sie sowohl die freie Kassenwahl schufen als auch die Gesundheitsförderung den Kassen übertragen.

ÖKONOMISCHE HINTERGRÜNDE

Die entscheidende Frage hierbei ist: Warum polemisiert Seehofer gegen die Gesundheitsförderung bzw. warum möchte die Bonner Koalition den erst vor einigen Jahren (unter dem damals für Gesundheit zuständigen Bundesminister Blüm) von ihnen selbst entworfenen § 20 des SGB V wieder abschaffen? Die Antwort ist relativ einfach. Es sind ökonomische Gründe. Trotz der von Blüm und Seehofer initiierten diversen Reformen im Gesundheitswesen, die im wesentlichen auf eine Kostendämpfung zielten, steigen die Kosten im Gesundheits-

wesen weiter. Die Krankenversicherungen sprechen schon wieder von erheblichen Defiziten für das erste Quartal 1996 und kündigen Beitragssatzerhöhungen für das Jahr 1997 an. Das bedeutet allerdings, daß die Lohnnebenkosten weiter steigen, damit der sogenannte Wirtschaftsstandort Deutschland gefährdet erscheint, Produktion zunehmend in die Billiglohnländer ausgelagert wird, damit die Arbeitslosigkeit steigt, die Kaufkraft und die Inlandsnachfrage sinkt sowie das gesamte System der Sozialversicherungen aus den Fugen gerät: Sowohl das System der Rentenversicherungen als auch das der Krankenversicherungen funktioniert nur mit einer geringen Quote an Arbeitslosen.

Die Krankenversicherungen leiden unter einer dreifachen Bürde: Erstens unter einer zu hohen Anzahl von Arbeitslosen sowie zweitens unter der sogenannten Kostenexplosion im Gesundheitswesen: Die Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung stiegen in den letzten drei Jahrzehnten erheblich stärker als das Bruttosozialprodukt. Ein immer höherer Anteil des Bruttosozialproduktes muß deshalb für das Gesundheitswesen aufgebracht werden. Mittlerweile verfügt die Bundesrepublik über eines der teuersten Gesundheitsversorgungssysteme der Welt. Bis Mitte der 70er Jahre forcierte der bundesdeutsche Staat diese Entwicklung im Sinne der Steigerung der Lebensqualität. Seitdem wurde aber offenkundig, daß die expansive Ausweitung des sogenannten medizinisch-industriellen Komplexes (vor allem der High-Tech-Medizin) schwerlich zu finanzieren ist. Nicht vergessen werden darf ein dritter Faktor: die noch bestehende zunehmende Lebenserwartung. Die Bundesdeutschen werden noch immer älter (wie das in 10 Jahren aussehen wird, ist eine offene Frage), und bekanntermaßen bedürfen Menschen im Rentenalter eines Vielfachen an Gesundheitsversorgung. Alle drei Faktoren führen zu erhöhten Beitragssätzen der Krankenversicherungen. Genau diese versucht Seehofer zu begrenzen.

Warum aber soll gerade bei der Gesundheitsförderung gespart werden, die zwar bei den gesamten Ausgaben der bundesdeutschen Krankenversicherungen von ca. 0.6 Mrd. DM im Jahre 1992 auf 1.3 Mrd. DM im Jahre 1995 angestiegen ist, aber dennoch nur ca. 0.6% der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen ausmacht? Warum also Sparen in einem scheinbar marginalen Bereich? Sicherlich bedeutet dies ein Entgegenkommen dem Ärztestand gegenüber. Eine um Gesundheitsförderung bereinigte Prävention liegt nun wieder fast ausschließlich in ärztlicher Hand. Seehofer gibt ihnen gleichsam ein Zuckerl angesichts dessen, daß auch die niedergelassenen Ärzte spürbare Einkommensverluste hinzunehmen haben. Ein anderer Grund für die Stützung des Bereichs der Gesundheitsförderung scheint noch wichtiger zu sein: Es handelt sich bei der möglichen Streichung des § 20 bzw. bei dessen erheblicher Reduzierung um eine zentrale symbolische Geste, die eine andere Republik ankündigen soll. Die faulen Deutschen sollen aus dem vermeintlichen Wohlstandsparadies geschubst werden. In den Worten Seehofers: »Ich werde für keinen Punkt und dessen Realisierung so kämpfen wie dafür, daß die gesetzlichen Krankenversicherungen künftig nicht mehr den Freizeitpark der Bundesrepublik Deutschland finanzieren« (aus der Bundestagsdebatte vom 24.06.1996). Es geht also um die mentale Vorbereitung auf eine deutliche Verringerung der Leistungen des Sozialstaates. Es geht um den drastischen Abbau des Sozialstaates.

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen haben sich im Vorfeld der genannten Bundestagsdebatte gegen eine Streichung des § 20 ausgesprochen (vgl. Ärzte-Zeitung vom 17./18. Mai 1996, S. 5). Sie sehen in der Prävention/Gesundheitsförderung nach wie vor das Mittel der Wahl zur Vorbeugung gegen chronisch-degenerative Erkrankungen, die das derzeitige

Krankheitspanorama beherrschten und die nicht allein kurativ zu bewältigen seien. Interessanterweise argumentieren auch die Spitzenverbände auf ökonomischer Grundlage. 50% der ca. 120 Mrd. DM Lohnkosten, die durch krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit entstehen, seien verursacht durch die chronisch-degenerativen Langzeiterkrankungen. Der Schluß, den die Spitzenverbände nahelegen, ist der: Gesundheitsförderung könne einen Beitrag zur Reduzierung dieser 50% unnötiger Lohnkosten leisten. Dieser Beweis muß aber erst erbracht werden. Und wäre dieser Beweis erbracht, käme er den Intentionen der Gesundheitsförderung entgegen? Ist Gesundheitsförderung im wesentlichen auf volks- und betriebswirtschaftliche Erfolgskriterien ausgerichtet?

EFFEKTE VON GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Doch vor der Thematisierung der letzten Frage soll kurz skizziert werden, welche Erfolge Gesundheitsförderung zeigt. Hierbei soll es vor allem um die Beurteilung von individueller, verhaltensbezogener Prävention gehen, nicht weil sie die Methode der Wahl gegenüber der Verhältnisprävention darstellt, sondern weil sie bei der Umsetzung der Vorgaben des § 20 des SGB V in der Regel ausschließlich praktiziert wird. Von seiten der Krankenversicherungen ist Verhältnisprävention politisch meist nicht durchsetzbar. Zudem scheitert Verhältnisprävention an dem damit verbundenen ökonomischen Aufwand. Syme (1991) kommt angesichts eines der größten, aufwendigsten und methodologisch sehr sorgfältig durchgeführten Verhaltenspräventionsprojekte »MRFIT« zum Schluß: »Wie Sie wahrscheinlich wissen, schlug der Versuch fehl. Nach sieben Jahren hatte unsere Versuchsgruppe keine geringere HKK-Sterberate als die Kontrollgruppe« (S. 97). Auch Kühn (1993) beurteilt die Effekte von Verhaltensprävention skeptisch. Bei eigenen Evaluationen von Gesundheitsförderung wurde deutlich,

daß Gesundheitsförderung als kurzfristige verhaltensbezogene Intervention zwar positive, aber geringfügige - trotzdem subjektiv bedeutsame - Effekte zeitigt (Meschnig, Reutter, Thußbas & Klotter, 1995), daß langfristige Interventionen zwar sehr aufwendig, aber deutlichere positive Effekte erbringen (Klotter & Tuchelt, 1994). Der »Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen« hat 1994 in einem Gutachten (»Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000«) zwar einen weiteren Ausbau von Gesundheitsförderung befürwortet. Ein Mitglied dieses Sachverständigenrates, Henke (1990) kommt allerdings an anderer Stelle zu dem Ergebnis: »Aus den wenigen vorliegenden Studien ergibt sich, daß es sich bei der Prävention mit Sicherheit nicht um ein Patentrezept zur Kostendämpfung handelt.« (S. 111) Henkes Argument bezieht sich hier nicht auf die reine Effektivität von Prävention, sondern auf deren Effizienz im Vergleich etwa zu kurativen Maßnahmen. Würde - zynischerweise - eine volkswirtschaftliche Effizienz als alleiniges Kriterium herangezogen, dann würde sich vermutlich Gesundheitsförderung, sollte sie überhaupt effektiv sein, als sehr schädliches Steuerungsinstrument erweisen: Ein gesundheitsabträgliche Lebensweise wie z.B. lebenslanger Nikotingenuß führt zu einer verkürzten Lebenserwartung und damit zu einer deutlichen Dämpfung der Kosten bei der im Grunde sehr teuren Gruppe der älteren Menschen.

WESSEN KÖRPER? WESSEN GESUNDHEIT?

Die eher vorsichtig zu beurteilenden Effekte von (verhaltensbezogener) Gesundheitsförderung führen zur Frage zurück, ob Gesundheitsförderung volks- oder betriebswirtschaftliche Effekte erzielen soll. Das heißt nicht, daß sie keine volks- und betriebswirtschaftliche Effekte erzielen darf und daß diese, sollten sie eintreten, nicht wohlbedacht sein müssen. Das heißt auch nicht,

daß Gesundheitsförderung nicht evaluiert werden sollte. Aber es könnte bedeuten, Gesundheitsförderung aus dem Joch des aufgeklärten Absolutismus zu entlassen. Hierzu einige, notwendigerweise historische Erläuterungen (vgl. Klotter, 1990): Seit dem 18. Jahrhundert erweitert sich der staatliche Zugriff auf seine Bürger. Das alltägliche Leben der gesunden und der kranken Menschen unterliegt zunehmender staatlicher Kontrolle, einer sogenannten medizinischen Policey. Weniger humanistische oder aufklärerische Ideen scheinen die staatliche Fürsorge ausgelöst zu haben, als der Umstand, daß durch den absolutistischen Staat die Produktivkraft Mensch sozusagen entdeckt wird. Die Stärke des Staates wird berechtigterweise in Abhängigkeit davon gesehen, wieviele Menschen in welchem Gesundheitszustand mit welcher Fügsamkeit in der Armee dienen und in der Manufaktur/Fabrik arbeiten können. Der staatliche Eingriff auf die Gesundheit seiner Bürger wurde von vielen Philosophen vorbereitet, so etwa von Leibniz, der zwar durchaus davon sprach, daß jeder einzelne selbst für das wertvolle Gut Gesundheit verantwortlich sei, zugleich aber beklagte, daß dies nicht gelänge. Die Menschen seien nicht in der Lage, sich um ihr eigenes Wohlergehen zu kümmern. Deshalb müsse der Staat seinen schwachen Untertanen helfen.

Bereits also zu Beginn der Moderne zeichnen sich die Konflikte ab, die heutzutage auch noch virulent ist. Auf der einen Seite ist die Bevölkerung, moralisch und durch zahlreiche praktische Vorkehrungen hierbei unterstützt, dazu angehalten, ihre Gesundheit gleichsam im nationalen und gesamtökonomischen Interesse zu schützen und zu bewahren, auf der anderen Seite gibt es eine Ideologie der Selbstverantwortlichkeit, die dann greift, wenn sich Menschen angeblich gesundheitsabträglich verhalten. Daß der einzelne Bürger zu dem Ergebnis gelangen kann, gewisse Gesundheitsrisiken freiwillig einzugehen (riskante Sportarten etc.),

ist in diesem Modell undenkbar. Diesem Dilemma kann der einzelne schwerlich entkommen, als ob er es in seinem Körper mit jeweils mit zwei Körpern und zwei Gesundheit zu tun habe: einem von übergeordneten Interessen enteigneten Körper und einem privaten, den er selbstverantwortlich zu handhaben habe.

An diesem zweiten Körper setzt Gesundheitsförderung vermeintlich an. Tatsächlich zielt sie meist auf die Optimierung des ersten Körpers. So heiter und frisch verpackt Gesundheitsförderung auch immer herkommen mag, es bleibt an ihr der Geruch entweder von Marketing oder von freiwilliger Optimierung und Disziplinierung haften. Seehofers Freizeitpark erweist sich als Chimäre, als Militärcamp mit hedonistischen Attrappen. Die fröhlich-bunten Farben der Jogginganzüge vermögen den Ernst der Lage (drohende Arbeitslosigkeit etc.) nur unzureichend zu kaschieren. Troschke hat zwar Recht, wenn er bezüglich einer möglichen zukünftigen Gesundheitsförderung ein dialogisches Modell fordert: »Nicht die wohlmeinende Volksbelehrung des aufgeklärten Absolutismus ist gefragt, sondern der öffentliche Diskurs, die Auseinandersetzung in der Bevölkerung mit verschiedenartigen Positionen und Bewertungen, aus deren kritischer Diskussion und Prüfung schließlich eine mehrheitsfähige, öffentliche Meinung entstehen kann.« (Troschke, 1995, S. 5) Doch zunächst scheint sich Seehofer mit dem Abriß des vermeintlichen Freizeitparks durchzusetzen. Dies bedeutet, daß auf die bisherige Gesundheitsförderung als soft control zunehmend verzichtet werden wird. Die Unternehmen werden tendenziell nicht mehr versuchen, mittels betrieblicher Gesundheitsförderung die Lohnkosten zu dämpfen, sondern mittels erleichtertem Kündigungsschutz oder mittels Kürzung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfalle. Die Belegschaft wird nicht mehr motiviert werden durch attraktive Angebote zur Gesundheitsförderung, sondern ihr Interesse, überhaupt

ihren Arbeitsplatz bewahren zu können, wird sie hinreichend motivieren. Der hohe Krankenstand wird wie von selbst dahinschmelzen, wenn die Unternehmensleitung mehr offenkundigen und direkten Druck ausüben können wird.

FÜR EINE ANDERE GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Ist es vorstellbar, Gesundheitsförderung von unmittelbaren ökonomischen Interessen abzukoppeln? Bzw. erscheint dies nicht zwingend notwendig, angesichts der unheilvollen Verstrickung von Gesundheitsförderung in Anliegen der Krankenversicherung (Marketing s.u.) und in (mehr oder minder vermeintliche) ökonomische Nöte? Bei dieser Verstrickung bleibt das Anliegen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Gesundheitsförderung letztlich auf der Strecke. Ungeachtet der prinzipiellen Verwobenheit in das gesellschaftliche Machtfeld haben Psychotherapieformen wie Psychoanalyse oder humanistische Verfahren den Anspruch, auf der Seite des Patienten/Klienten zu stehen. Dessen Belange und Probleme sollen im Vordergrund stehen. Zumindest wird in diesen Therapieverfahren das Konfliktfeld Individuum-Gesellschaft thematisiert und reflektiert. Von der Gesundheitsförderung läßt sich das nicht im geringsten bzw. meistens nicht sagen. Sie zielt bislang unmittelbar auf Erhalt und Wiederherstellung der Arbeitskraft im gesellschaftlich erwünschten Sinne.

Rückenschulen, Bewegungs-, Ernährungs-, Streßbewältigungskurse wenden sich konzeptuell an Menschen, die entweder bereits unerwünschtermaßen körperliche oder psychosoziale Beeinträchtigungen aufweisen, die die Arbeitskraft einschränken, oder die ihre Arbeitskraft antizipierend gefährdet sehen. Ambivalente individuelle Strebungen, wie z.B. auf der einen Seite zwar weiter arbeiten zu wollen, auf der anderen Seite mit dem Arbeitsplatz unzufrieden zu sein und ihn fliehen zu wollen, sind im Rahmen der Gesundheitsförderung kein

Thema. In der von platter Positivität bestimmten Ideologie der üblichen Gesundheitsförderung gibt es nur Menschen, die gesund sein wollen, um arbeiten zu können. Daß Menschen etwa auch krank sein wollen, ist für die Gesundheitsförderer meist undenkbar.

Die weitreichende Diskussion um Krankheit und Gesellschaft in Soziologie und Psychologie ist an den Praktikern der Gesundheitsförderung spurlos vorübergegangen. Daß sich vielleicht in den epidemisch zunehmenden Rückenerkrankungen etwas anderes niederschlägt als Bewegungsmangel oder schlechte Arbeitsbedingungen, daß es sich bei Rückenerkrankungen auch um eine neue Form von ethnischer Störung (vgl. Reutter & Klotter, 1995) handeln könnte, mit Hilfe derer individuelle Probleme und Konflikte der unterschiedlichsten Art in eine legitime Erkrankung verpackt werden können - all dies bleibt Anathema. Dementsprechend wird in Rückenschulen schlicht informiert und geübt. Sie zielen auf Progression und Aktivismus, wo es vielleicht auch um die Bearbeitung von Enttäuschungen, Depressionen und regressiven Wünschen gehen könnte. Würde es um letzteres gehen, dann wäre Gesundheitsförderung Kompensation und Verarbeitung von Erfahrung und nicht nur reine schlichte Anpassung an das Gegebene. Eine Hypothese hierzu: Gerade weil die Anpassung an das Gegebene im Vordergrund steht, bieten Rückenschulen von den Effekten her nur unzureichend Hilfe. Angesichts einer gewissen Parallelität zwischen der Zunahme von Rückenschulen und der von Rückenerkrankungen läßt sich umgekehrt die blasphemische These aufstellen, daß die Rückenschulen kognitive Hilfestellung bieten, um wissensmäßig hinreichend gut gewappnet, sich vom Arzt wegen Rückenerkrankungen krankschreiben zu lassen.

Gesundheitsförderung stellt in der üblichen Form nicht nur zu schlichte Hinführung auf das Gegebene dar, sie reproduziert blind gesellschaftliche Normen - im folgenden Fall

die Schlankheitsnorm, die in diesem ausgehenden Jahrhundert ohne hinreichende medizinische Begründung in Anlehnung an ästhetische Moden stetig gefallen ist. In den zahllosen Gewichtsreduktionskursen, in denen mittlerweile fast nur noch Normalgewichtige verweilen, und dementsprechend die Minderheit der richtig Dicken spontan die Flucht ergreifen läßt, wird Anleitung zur Gewichtsreduktion gegeben, ohne der Frage hinreichend nachzugehen, ob es überhaupt gesundheitsförderlich ist, wenn eine Person mit Normalgewicht weiter Gewicht verlieren will, bzw. ob dies nicht zu erheblichen negativen Interventionseffekten führen kann. Die Mehrzahl der Gewichtsreduktionskurse können dementsprechend im besten Fall als nicht gesundheitsabträglich, häufig aber als gesundheits-schädlich begriffen werden. Wohlgermerkt gibt es nicht einmal eine Indikationsstellung zu Gewichtsreduktionskursen: Jede Anorektikerin darf an diesen Kursen teilnehmen.

Was das Problem der Rückenschule mit dem des Gewichtsreduktionskurses verbindet: In beiden Kursen wird blind etwas angestrebt (Arbeitsfähigkeit, Schlankheit), ohne ein individuelles Verhältnis dazu zu gewinnen: Will ich arbeiten? Wie will ich arbeiten? Oder: Will ich wirklich abnehmen? Wozu? Für wen? Was spricht für das Übergewicht? In beiden Kursarten triumphiert ein Aktivismus über das Gewinnen eines (reflektierten) Verhältnisses zu sich und zu den Dingen. Der gleichsam wahnhaft totalisierende Ökonomismus beherrscht die Gesundheitsförderung. Stattdessen sollte Gesundheitsförderung eher das andere repräsentieren: Nachdenklichkeit, Regression, das Entwickeln einer individuellen Lebenskunst. Derartige Gesundheitsförderung hätte sich eben nicht ökonomisch zu legitimieren. Sie hätte eine relative Autonomie. Sie hätte auch keinen Grund, wie dies die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherungen leider tun, sich zu legitimieren mit zweifelhaften Zahlenspielerien

von etwa 83 Mrd. DM gesamtgesellschaftliche Ausgaben für ernährungsbedingte Erkrankungen, die per Gesundheitsförderung zu reduzieren seien. Warum sollte Gesundheitsförderung die Rolle der medizinischen Polizei übernehmen und einen Verhaltenspräventions-Krieg beginnen, der höchstens hin und wieder zu Pyrrhus-Siegen führt, aber letztlich nicht zu gewinnen ist, weil derartige Gesundheitsförderung naiv eine objektive Vernunft (»Im Grunde wollen alle gesund und glücklich sein, und wir helfen ihnen dabei, und wenn sie das nicht wollen, machen wir Druck, weil wir nämlich Recht haben«) das Zepter schwingen läßt, die im Grund schon längst abgedankt hat.

PROBLEME BISHERIGER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Hätte die Gesundheitsförderung nur die Probleme, die bisher benannt worden sind, dann hätte sich Seehofer sicherlich nicht so vehement gegen die Gesundheitsförderung gestellt. Im Gegenteil. Die Extrembeispiele von vermeintlicher Gesundheitsförderung und tatsächlicher Marketingsarbeit, die Seehofer erwähnt (s.o.), bilden jedoch keineswegs Entgleisungen oder Ausnahmen. Sie sind der bisherigen Gesundheitsförderungspraxis strukturell inhärent. Natürlich gibt es auch Anbieter von Gesundheitsförderung, die ernsthaft Gesundheitsförderung betreiben. Sie scheinen mir eher die Ausnahme zu bilden. Dies soll im folgenden näher stichwortartig erläutert werden.

Von den Krankenversicherungen wurde von Anfang an (seit 1989) nicht deutlich zwischen Marketing und Gesundheitsförderung getrennt. Viele Kassen schäm(t)en sich nicht, die kasseninterne Abteilung Gesundheitsförderung der Marketingabteilung zu unterstellen. Deutlicher läßt sich etwas nicht formulieren. Weder Marketing noch Gesundheitsförderung sind an sich problematisch, jedoch ihre Vermischung. Unter Marketinggesichtspunkten müssen möglichst viele Versicherte und noch nicht

Versicherte mit Gesundheitsförderung möglichst effektiv und kostengünstig angesprochen und für die Kasse gewonnen werden. Gesundheitsförderung kann mit dieser Maxime nicht gedeihen. Im Gegenteil.

Wenn aus marketingsorientierten Kostengründen z.B. auf eine Indikationsstellung und ein individuelles Vorgespräch verzichtet wird, dann sitzen im Gewichtsreduktionskurs Normalgewichtige, im Autogenen Training Psychotiker und in der Rückenschule Personen mit Bandscheibenvorfällen, die der Sportlehrer als Rückenschulenleiter im besten Fall nicht behandeln kann, im schlimmsten Fall mit negativen Effekten behandeln wird.

Gesundheitsförderung als Marketing muß die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Kurse wie Kunden behandeln: nett, freundlich und fröhlich. Damit gerät Gesundheitsförderung zur Animation. Probleme, Konflikte und negative Gefühle in den Gruppenkursen gelten unausweichlich als marketing-abträglich. Seriöse Arbeit ist damit gestorben. Die Klientel wird nicht ernst genommen, wenn sie behandelt wird wie beim Autoverkauf. Die per definitionem freundlich-heitere Animations-Atmosphäre von Gesundheitsförderung kehrt sich notwendigerweise in ihr Gegenteil: in abgrundtiefen Zynismus.

Ungeachtet der Vermischung von Marketing und Gesundheitsförderung sind noch folgende Problempunkte zu nennen:

Das rigorose Kostendiktat, unter dem die Gesundheitsförderung steht, rührt auch aus dem Charakter derjenigen Einrichtungen, die Gesundheitsförderung betreiben. Es sind und waren häufig private Institute, die sich in der Goldgräberstimmung, die seit 1989 ausgebrochen ist, nicht scheu(t)en, Produkte anzubieten, die jeglicher Qualitätssicherung entbehrt(en). Die Autos wurden gleichsam ohne Motor und Bremsen verkauft, aber der Lack glänzte hübsch. Konkret bedeutet dies, daß gründliche Aus-

und Fortbildung von Kursleitern oder regelmäßige Supervision oder das Erstellen von wissenschaftlich fundierten Kursmanualen oder das Überprüfen der Eignung potentieller Teilnehmer in der Regel als obsolet angesehen wurden, als unnötige Kostenfaktoren, die die Rendite unzulässigerweise schmälern.

Das mag nicht für alle Einrichtungen gelten, aber die Kritik trifft ein Grundproblem, daß, da nur wenige Ende der 80er Jahre wußten, wie Gesundheitsförderung zu gestalten ist, die Idee vorherrschte, es reiche aus, einen irgendwie ausgebildeten Kursleiter mit irgendeinem Thema einer irgendwie zusammengewürfelten Gruppe vorzusetzen, die er irgendwie anzuleiten habe - das aber mit tollen Erfolgen und bei einer Super-Atmosphäre, versteht sich. Da Gesundheit und Gesundheitsförderung unzweifelhaft gute Sachen sind, waren negative Interventionseffekte unvorstellbar und deshalb auch nicht existent.

Um dies weniger ironisch zu formulieren: Die konkrete Praxis der verhaltensorientierten Gesundheitsförderung ist noch weit von den hochgesteckten Zielen der WHO-Charta entfernt. Die Aus- und Fortbildung von Kursleitern, die Entwicklung und Erprobung von Manualen, das Entwickeln von Interventionstechniken, die Auswahl der Klientel samt Indikation und Contraindikation und die Evaluation von Gesundheitsförderung stecken noch in den Kinderschuhen. Vor allem aber fehlt eine selbstreflexive Einordnung der Praktiker der Gesundheitsförderung. Wollen sie den Wirtschaftsstandort Deutschland stärken, wollen sie medizinische Polizei spielen oder wollen sie etwas für ihre eigentliche Klientel tun: den Versicherten, die ihre Angebote aufsuchen?

Literatur

- ACKERKNECHT, E.H. (1992): Geschichte der Medizin. Stuttgart: Enke
- ALEXANDER, F. (1950): Psychosomatic Medicine. London: Allen

- ANTONOVSKY, A.** (1987): *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Franzisko: Jossey-Bass
- ANTONOVSKY, A.** (1991): *Meine Odyssee als Streßforscher*. Jahrbuch für Kritische Medizin 17, (S. 94-111)
- BAAS, J.H.** (1895): *Die Geschichtliche Entwicklung des ärztlichen Standes und der medicinischen Wissenschaften*. Wiesbaden: Dr. Martin Sändig oHG
- ENGEL, G. L.** (1977): *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. Science, 196, 129-136
- FALTERMEIER, T.** (1994): *Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union
- FISCHER, A.** (1933): *Geschichte des deutschen Gesundheitswesens*. Bd. 1 und 2. Berlin: Kommissionsverlag F.A. Herbig
- FREIDSON, E.** (1979): *Der Ärztestand*. Stuttgart: Enke
- GERHARDT, U. & FRIEDRICH, H.** (1985): *Risikofaktoren, primäre Prävention und das Problem des richtigen Lebens*. Zur Funktion der Soziologie in der Medizin. In H-U. Deppe, U. Gerhardt & P. Novak (Hg.), *Medizinische Soziologie, Jahrbuch 4*, (S. 128-144). Frankfurt New York: Campus
- HAISCH, J. & ZEITLER, H.-P.** (Hg.) (1991): *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Asanger
- HENKE, K.-D.** (1990): *Zur ökonomischen Evaluation der Prävention von Herz-Kreislaufkrankheiten*. In: M. Arnold, Ch.v. Ferber & K.-D. Henke, *Ökonomie der Prävention*. Gerlingen: Bleicher Verlag
- HERZLICH, C. & PIERRET, J.** (1991): *Kranke gestern Kranke heute*. München: Beck
- HUFELAND, CH.W.** (1795): *Makrobiotik oder die Kunst das menschliche Leben zu verlängern*. Berlin
- KLOTTER, C.** (1989): *Adipositas als wissenschaftliches und politisches Problem*. Unveröffentlichte Dissertation
- KLOTTER, C., ARNDT, W. & KOCH, P.** (1991): *Gesundheitsförderung am Beispiel des Bluthochdrucks*. psychomed, 3/1, 26-28
- KLOTTER, C. & TUCHELT, A.** (1994): *»Kompaktprogramme«*. Zur Vernetzung von ambulanten und stationären Maßnahmen am Beispiel der Behandlung von Adipositas und Hypertonie. In B. P. Hazard (Hg.), *Gesundheitsförderung zur aktiven Vorsorge und Rehabilitation* (S. 73-81). Baden-Baden: Nomos
- KÜHN, H.** (1993): *Healthismus*. Berlin: Edition Sigma
- LABISCH, A.** (1992): *Homo Hygienicus*. Frankfurt: Campus
- MESCHNIG, A., REUTTER, T., THUßBAS, C. & KLOTTER, C.** (1995): *Effekte von Gesundheitsförderung*. Die Betriebskrankenkasse, 11, 680-684
- MITSCHERLICH, A.** (1969): *Krankheit als Konflikt*. Frankfurt: Suhrkamp
- REUTTER, T. & KLOTTER, C.** (1995): *Die Kosten des Rückens*. In H.-W. Hoefert, H. J. Kagelmann & H. P. Rosemeier (Hg.), *Rheuma und Rückenschmerz* (S. 174-189). Berlin, München: Quintessenz
- SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN** (1995): *Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000*
- SOURNIA, J.-Ch.** (1992): *Die Sozialmedizin*. In: R. Toellner, *Illustrierte Geschichte der Medizin*, Bd. 4, (S. 2091-2136). Erlangen: Karl Müller Verlag
- SCHWARZER, R.** (Hg.) (1990): *Gesundheitspsychologie*. Göttingen Toronto Zürich: Hogrefe
- SCHWARZER, R.** (1992): *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen Toronto Zürich: Hogrefe
- SYME, S. L.** (1991): *Individuelle und gesellschaftliche Bestimmungsfaktoren für Gesundheit und Krankheit*. Jahrbuch für Kritische Medizin 17, 94-111
- TROSCHKE, J. v.** (1995): *Gibt es einen Paradigmenwechsel in der Prävention?* Prävention, 1, 18, 3-6
- WHO** (1988): *Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung*. Die Ortskrankenkasse, 4, 117-120