Klaus Priester

Gesundheitsförderung light?

Zur gesetzlichen Neuregelung von Gesundheitsförderung und Primärprävention im Rahmen der »Gesundheitsreform 2000«[1]

1. Aufstieg und Fall der Gesundheitsförderung 1988-1996

Die gesetzlich geregelte Gesundheitsförderung kann in Deutschland auf eine zehnjährige, sehr wechselvolle Geschichte zurückblicken (vgl. Priester 1998a, 120ff.) Eingeführt in das Krankenversicherungsrecht mit dem Gesundheitsreformgesetz von 1988, erlebte die Gesundheitsförderung bis zur Mitte der neunziger Jahre einen rasanten Aufschwung. Auf der Grundlage insbesondere der Paragraphen 11 und 20 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V) in der Fassung von 1988 erhielten gesetzlich Krankenversicherte erstmals einen Rechtsanspruch auf Leistungen »zur Förderung der Gesundheit« (§ 11 Abs. 1). Die gesetzlichen Krankenkassen wurden verpflichtet, »ihre Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdungen und über die Verhütung von Krankheiten aufzuklären und darüber zu beraten, wie Gefährdungen vermieden und Krankheiten verhütet werden können« (§ 20 Abs. 1). Die Kassen sollten »den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden nachgehen und auf ihre Beseitigung hinwirken« (§ 20 Abs. 1). Die Kassen wurden ferner ermächtigt, »bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit(zu)wirken«, wobei sie mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammenarbeiten sollten (§ 20 Abs. 2). Der Gesetzgeber erlaubte den Krankenkassen schließlich, in ihren Satzungen Ermessensleistungen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit sowie zur Krankheitsverhütung vorzusehen und Art und Umfang dieser Leistungen zu bestimmen (§ 20 Abs. 3). Bei der Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen waren die Kassen gehalten, mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, »erfahrenen Ärzten«, Gesundheitsämtern und anderen »dafür zuständigen Stellen« zusammenzuarbeiten (§ 20 Abs. 4).

Die Anwendung dieser neuen Rechtsvorschriften führte in den neunziger Jahren zu einer raschen Zunahme entsprechender Leistungsangebote

der Kassen, die vorwiegend allgemein-gesundheitsfördernd, risikofaktorenmedizinisch-verhaltenspräventiv und individuenbezogen ausgerichtet waren. Verhältnispräventiv orientierte Angebote, Modellprojekte und Interventionen im betrieblichen Bereich mit Blick auf die Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen entwickelten sich, vorwiegend bei Betriebs-, Orts- und Innungskrankenkassen, in nennenswerter, wenn auch weit geringerer Zahl (vgl. Lenhardt 1998; Priester 1998a). Mit dem Auf- und Ausbau einer präventiv-gesundheitsfördernden inhaltlich-programmatischen, personellen und organisatorischen Infrastruktur erlangten Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen eine vergleichsweise große Außenwirkung, die allerdings weit über ihren realen Stellenwert im Leistungsgeschehen der Kassen hinausging: Die Kassenausgaben für Gesundheitsförderung im engeren Sinne[2] stiegen von rund 322 Millionen DM im Jahr 1989 (alte Länder) auf einen Höchststand von 1,622 Milliarden DM im Jahr 1996 (alte und neue Länder) an. Gleichwohl betrugen sie immer deutlich weniger als ein Prozent der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (Priester 1999).

Stellten die Konzepte, Angebote und Interventionen der Kassen im Bereich der Gesundheitsförderung in ihrer Vielfalt und Ausrichtung zweifellos eine positiv zu bewertende Erweiterung des fast ausschließlich krankheitszentrierten Handlungsauftrags der Krankenkassen dar, so konnten sie aus vielerlei Gründen letztlich doch nur sehr begrenzt auch zur tatsächlichen Durchsetzung gesundheitszentrierter gesundheitspolitischer Optionen beitragen. Die inhaltliche Ausrichtung der Kassenangebote zur Gesundheitsförderung entsprach vielfach nur sehr bedingt den vergleichsweise weitreichenden Ansätzen der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1986). Dies gilt prinzipiell – wenn auch mit Abstrichen – ebenso für die betriebliche Gesundheitsförderung in Kassenregie (vgl. Lenhardt 1998; Priester 1998a; Rosenbrock 1998). Insbesondere der fehlende sozialpolitisch-sozialmedizinisch begründete Zielbezug und ein entsprechend fundiertes Zielgruppenkonzept, die (objektiv begründete) Begrenzung von Interventionsbereichen und -konzepten durch die vor allem auf der betrieblichen Ebene geringen Einflußmöglichkeiten der Kassen, die Ausrichtung von Kassenangeboten nach Wettbewerbsgesichtspunkten (z.B. attraktive Mitgliedergruppen), die lange Zeit vernachlässigten Bemühungen um Qualitätssicherung sowie die weithin fehlende systematische Kooperation zwischen Kassen und anderen Akteuren im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung erwiesen sich als nicht zu übersehende Fehlsteuerungen und Defizite (Rosenbrock 1999; Priester 1998a).

Unter anderem hierauf gründete sich ab Mitte der neunziger Jahre auch die öffentliche Kritik an der Praxis der Gesundheitsförderung. Im Zuge der primär ökonomisch motivierten Debatte über »Globalisierung« und »Standortsicherung« geriet die Gesundheitspolitik – wie die gesamte Sozialpolitik – ins Visier einer zum Regierungsprogramm erhobenen Deregulierungsstrategie, die auf »mehr Markt«, »mehr Subsidiarität«, »mehr Eigenverantwortung« sowie die Senkung von Arbeitskosten setzte. In der Gesundheitspolitik hat dies mit Blick auf den Gesundheitsförderungsgedanken innerhalb nur weniger Jahre zu einem nahezu vollständigen Paradigmenwechsel geführt: Galt die Einführung der Gesundheitsförderung in das Krankenversicherungsrecht am Ende der achtziger Jahre als mehr oder minder überfälliger, zudem gesundheitswissenschaftlich legitimierbarer Schritt, so war die Idee der Gesundheitsförderung nur ein knappes Jahrzehnt später im »offiziellen« gesundheitspolitischen Diskurs nahezu vollständig diskreditiert (Priester 1998b).

Wenn – empirisch wenig fundiert – beispielsweise in Bundestagsdebatten[3] öffentlich unterstellt werden konnte, die Praxis der Gesundheitsförderung im Bereich der Krankenkassen weise deutlichen »Wildwuchs«[4] auf, und auf dieser Grundlage gefordert wurde, Krankenkassenbeiträge von Versicherten und Arbeitgebern dürften nicht länger dazu mißbraucht werden, »Bauchtanzkurse aus dem Solidartopf« zu finanzieren[5], wenn der damalige Bundesgesundheitsminister Seehofer erklärte, die »Verbesserung des Wohlbefindens« sei – im Unterschied zur Krankheitsbehandlung – keineswegs eine Aufgabe der Krankenversicherung[6], dann wird deutlich, wie gering der Stellenwert ist, der der Idee der Gesundheitsförderung als Beitrag zu einer stärker präventiv orientierten Gesundheitspolitik im Bewußtsein eines großen Teils der gesundheitspolitischen Fachöffentlichkeit jenseits von Sonntagsreden tatsächlich beigemessen wird.

Folgerichtig hat der Gesetzgeber – zwar wider alle gesundheitswissenschaftliche Evidenz, aber durchaus in konsequenter Umsetzung der »Standortsicherungs«-Politik der damaligen Bundesregierung und der sie tragenden Parteien – mit dem 1996 verabschiedeten Beitragsentlastungsgesetz (Gesetz 1996) die Gesundheitsförderung als eigenständige Krankenkassenleistung wieder aus dem Krankenversicherungsrecht gestrichen. In der seither geltenden Fassung des §20 SGB V ist lediglich noch von »Krankheitsverhütung« die Rede. Den Krankenkassen blieb das Mandat, »bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen(zuarbeiten)« (§20 Abs. 1 in der Fassung des Beitragsentlastungsgesetzes von 1996).

2. Neubeginn unter rot-grünen Vorzeichen?

Seit der Bundestagswahl vom September 1998 existieren neue parlamentarische Mehrheiten auf Bundesebene. Wenngleich die Gesundheitspolitik auch nicht das wahlkampfbeherrschende Thema des Jahres 1998 war und der gesundheitspolitische Diskurs von anderen Fragen dominiert wurde, so konnte doch davon ausgegangen werden, daß Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext einer rot-grünen Gesundheitspolitik künftig ein stärkeres Gewicht erlangen würden. Zumindest ließen dies entsprechende Initiativen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen in der vergangenen Legislaturperiode des Bundestages sowie Ankündigungen im Vorfeld der Wahlen erwarten (vgl. Knoche/Hungeling 1998). In ihrer Koalitionsvereinbarung vom 20. Oktober 1998 versprachen die Regierungsparteien dann auch: »Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation erhalten einen hohen Rang, das Instrument der Selbsthilfe wird gestärkt.« (Aufbruch und Erneuerung 1998, Kap. 6, Abschn. 3) Allerdings waren diese Programmpunkte noch nicht Bestandteile des als »Vorschaltgesetz« verstandenen ersten gesundheitspolitischen Gesetzgebungsakts der neuen Mehrheit, dem Solidariätsstärkungsgesetz vom Dezember 1998 (vgl. Priester 1998d). Doch wurde im Gesetzgebungsverfahren und im Gesetzentwurf der Regierungskoalition selbst mehrfach darauf verwiesen, Gesundheitsförderung und Prävention ausbauen zu wollen (vgl. Gesetzentwurf 1998; Priester 1998c). Erste Präzisierungen enthielt dann das »Eckpunktepapier« der Koalitionsparteien und des Bundesgesundheitsministeriums zur »Gesundheitsreform 2000« vom März 1999 (Eckpunkte 1999; Ziff. II.6), eine ausführlichere Formulierung und Begründung der angestrebten Neuregelungen erfolgte in dem Arbeitsentwurf (Bundesministerium für Gesundheit 1999a), dann in dem Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums zu einem »Gesundheitsreformgesetz 2000« (Bundesministerium für Gesundheit 1999b) vom April und Mai 1999. Letzterer ging – hinsichtlich der Neuregelungen in § 20 SGB V weitgehend unverändert – in den Ende Juni 1999 vom Bundeskabinett verabschiedeten Gesetzentwurf (1999) ein, auf den sich die folgenden Ausführungen beziehen.

2.1 Kein Rechtsanspruch auf Kassenleistungen zur Gesundheitsförderung

Dem Gesetzentwurf zufolge sollen gesetzlich Krankenversicherte künftig offenbar keinen individuellen Rechtsanspruch auf Kassenleistungen zur Gesundheitsförderung erhalten. Dies hatte § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V bis zu seiner Änderung im Jahr 1996 noch vorgesehen. Diese alte

Rechtslage soll also nicht wiederhergestellt werden. Es bliebe demnach bei der derzeit gültigen Formulierung des § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V, nach der Versicherte einen Anspruch auf Kassenleistungen »zur Verhütung von Krankheiten« haben, was künftig ergänzt werden soll durch den Zusatz »und von deren Verschlimmerung«.

Bereits bei der Definition der Leistungsarten der gesetzlichen Krankenversicherung ist also erkennbar, daß dem Entwurf an dieser Stelle zwar der Vorsorge- oder Präventionsgedanke durchaus nicht fremd ist (»Verhütung von Krankheiten«), der entscheidende weiterführende Schritt in Richtung auf Gesundheitsförderung aber nicht getan wird. Konsequenterweise wird man erwarten müssen, daß aus einem nicht formulierten Rechtsanspruch für Krankenversicherte auf Gesundheitsförderungsleistungen auch keine konkreten Finanzierungsregelungen für derartige Leistungen folgen können.

2.2 »Allgemeine Gesundheitsförderung« in »Eigenverantwortung« der Versicherten

In der Neufassung des § 20 SGB V, der im Gesetzentwurf nunmehr die Überschrift »Gesundheitsförderung, Prävention und Selbsthilfe« erhält, wird in Abs. 1 zunächst ein allgemeines Recht der gesetzlichen Krankenkassen zur Information ihrer Mitglieder über Angebote zur Gesundheitsförderung festgelegt. Hierbei handelt es sich um eine schwache Kann-, keine stärkere Soll- oder gar zwingende Muß-Bestimmung. Mit den Gesundheitsförderungsangeboten sind – der amtlichen Begründung zum Text des Gesetzentwurfs zufolge – ausdrücklich Angebote Dritter, etwa von Sportvereinen oder anderer (auch privater) Anbieter, gemeint.

Der Gesetzentwurf geht davon aus, daß durch Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen »die Eigenverantwortung und die Souveränität der Bürgerinnen und Bürger im Umgang mit ihrer Gesundheit gestärkt« werden. Folglich sollten die Krankenversicherten entsprechende Maßnahmen »im eigenen Interesse und in eigener Verantwortung wahrnehmen«. Die Kosten derartiger »Investitionen in die eigene Gesundheit« seien – soweit es sich hierbei um »Leistungen zur allgemeinen Gesundheitsförderung« (im Unterschied zu anderen Präventionsleistungen) handelt – von den Betroffenen selbst zu tragen; jedenfalls »ist für Leistungen zur allgemeinen Gesundheitsförderung von den Versicherten gegenüber der Krankenkasse kein Finanzierungsanspruch abzuleiten«, heißt es in der Gesetzesbegründung.

Diese Regelung geht einerseits über das seit 1997 geltende Recht hinaus, indem sie überhaupt wieder Informationsangebote der Kassen im Bereich der Gesundheitsförderung zuläßt. Andererseits wird der alte, zwischen

1989 und 1996 geltende Rechtszustand, nachdem derartige Gesundheitsförderungsangebote von den Kassen selbst vorgehalten und finanziert werden konnten, nicht wieder hergestellt. Auch die Angebote Dritter, über die die Kassen ihre Versicherten zwar informieren können, dürfen bei Inanspruchnahme durch die Versicherten nicht aus Kassenmitteln finanziert werden.

Es soll hier nach dem Willen der Regierungskoalition offenbar keinen Weg zurück in die oftmals beklagten »alten Zustände« geben: Weder die seinerzeit vielzitierten Bauchtanz- und Free-climbing-Kurse (die sicher nicht zum engsten Kernbereich kassenfinanzierbarer Gesundheitsförderung gehören) noch die vielfältigen Ernährungs-, Bewegungs-, Entspannungs- und Streßbewältigungsangebote (deren gesundheitlicher Nutzen kaum bestreitbar sein dürfte) soll es als Kassenleistung wieder geben. Es scheint, als würde die grüne Führung des Bundesgesundheitsministeriums hier nahtlos an das unsägliche Diktum von Ex-Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer (CSU), es sei keine Aufgabe der Krankenversicherung, die Verbesserung des Wohlbefindens der Versicherten zu finanzieren, anknüpfen. In der damaligen Debatte um die Eliminierung der Gesundheitsförderung aus dem Krankenversicherungsrecht war bereits darauf hingewiesen worden, daß vereinzelte »Verirrungen« im Bereich von kassenfinanzierten Gesundheitsförderungsangeboten nicht das gesamte Programm der »allgemeinen Gesundheitsförderung« diskreditieren sollten (Priester 1998a, 129f.; Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen 1996). Dies scheint die grüne Ministeriumsspitze vergessen zu haben. Hilfreich wäre es, zu dieser Frage noch einmal die Ottawa-Charta der WHO zu konsultieren.

Überdies fällt auf, daß sich die Verfasser des Gesetzentwurfs offenbar leicht damit tun, den von der christlich-liberalen Koalition schon in den achtziger Jahren flächendeckend in die Sozialpolitik-Debatte eingeführten »Eigenverantwortungs-Eigenfinanzierungs«-Diskurs fortzuführen (vgl. Kühn 1998). Soll künftig etwa noch mehr von dem, was »im wohlverstandenen Interesse und in der Eigenverantwortung des einzelnen« (so die Gesetzesbegründung) liegt, wie die Sorge um die eigene Gesundheit, privat finanziert werden? Mit welcher Begründung sollten demnach künftig noch Vorsorgekuren durch die Krankenversicherung finanziert werden?

Aus »Eigenverantwortung« folgt nicht zwingend auch »Eigenfinanzierung«. »Eigenverantwortung« im Sinne der Ottawa-Charta der WHO bedeutet zuallererst individuelle und kollektive Selbstbestimmung, meint Stärkung der Handlungsautonomie von Individuen und Gruppen zur Verbesserung der eigenen Gesundheit in (möglichst) gesunden

Verhältnissen. Aufgabe der (Gesundheits-) Politik ist es, Individuen und Gruppen wie die Bevölkerung insgesamt bei der Realisierung dieser Zielsetzungen zu unterstützen (WHO 1986). Das in dem Entwurf erkennbare reduktionistische Verständnis von Eigenverantwortung ist unzulässig, weil es den Begriff auf seine vermeintlichen ökonomischen Konsequenzen »verschlankt«. Welchen Nutzen dann noch die bloße Kasseninformation über allgemeine Gesundheitsförderungsangebote haben soll, die der interessierte Versicherte im Bedarfsfall selbst finanzieren muß, bleibt rätselhaft. Wer braucht seine Krankenkasse schon dafür, um über das Angebot der Sportvereine oder der Volkshochschule vor Ort informiert zu werden?

Aus der Debatte der letzten Jahre über die Sinnhaftigkeit und den gesundheitlichen Nutzen kassengetragener Gesundheitsförderungsangebote sollte hingegen eine andere Konsequenz gezogen werden: Notwendig, sinnvoll und möglich wäre es, zumindest einen Kernbestand wirksamer, bedarfsgerechter und qualitätsgesicherter Maßnahmen zur allgemeinen Gesundheitsförderung mit verhaltenspräventiver Orientierung in den Leistungskatalog der Krankenversicherung – und sei es nur als Kann-Leistungen – aufzunehmen. Über die Zusammensetzung eines solchen Angebots-Sets könnten die Spitzenverbände der Kassen unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes gemeinsam entscheiden.

2.3 Primärprävention als satzungsmäßige Kann-Leistung

In klarem Gegensatz zur Ablehnung einer Leistungsverpflichtung der Kassen für die »allgemeine Gesundheitsförderung« sieht der Gesetzentwurf die Krankenkassen hinsichtlich der Finanzierung von »Leistungen zur Prävention« wenn nicht in der Pflicht, so doch in einer gewissen Verantwortung: Als satzungsmäßige Kann-Leistungen sollen bestimmte Angebote zur Primärprävention möglich sein. Diese müssen in einer Positivliste (»Katalog von Leistungen«) aufgeführt sein, die von den Spitzenverbänden der Kassen »gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes und unter Beteiligung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes« im Ergebnis einer Wirksamkeits-, Wirtschaftlichkeits-, Bedarfs- und Qualitätsprüfung erstellt werden soll (§ 20 Abs. 1 Satz 3).

Auch wenn der Gesetzentwurf – im Unterschied zum vorangegangenen Referentenentwurf – nicht mehr von »Leistungen zur primären Prävention«, sondern allgemeiner von »Leistungen zur Prävention« spricht, ergibt sich aus der amtlichen Begründung des Gesetzentwurfs, daß hierunter eindeutig »primäre Prävention« verstanden wird. Worum kann es sich bei diesen primärpräventiven Maßnahmen – im Unterschied zur

allgemeinen Gesundheitsförderung – handeln? In der Begründung des Gesetzentwurfs heißt es hierzu, Primärprävention diene der Verhinderung oder Verzögerung des Eintritts eines Schadensfalls durch gezielte Maßnahmen. Wohl um sich nicht dem berechtigten Vorwurf auszusetzen, primärpräventive Angebote lediglich »an spezielle Risikogruppen« (z.B. im riskofaktorenmedizinischen Sinne) zu richten – so lautete noch die entsprechende Formulierung im Referentenentwurf –, und dies womöglich noch mit ausschließlich oder überwiegend verhaltenspräventiver Orientierung (woraus eine abermalige Verengung, diesmal des Präventionsbegriffs, auf die medizinische Prävention von als Risikofaktoren geltenden individuellen Verhaltensweisen wie Rauchen, übermäßigem Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, Übergewicht usw. resultiert hätte), wird in der Begründung des Gesetzentwurfs nunmehr definitiv klargestellt: »Sie (die primäre Prävention; K.P.) kann sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Maßnahmen umfassen. Kinder und Jugendliche sind dabei als wichtige Zielgruppe besonders zu berücksichtigen.« Auch wenn sich diese Formulierung leider nur in der Begründung und nicht im Gesetzestext selbst findet, ist sie als klarer Auftrag an die gesetzlichen Krankenkassen zu verstehen, bei der Definition und Finanzierung von Leistungen zur primären Prävention ihren Blick auch auf (potentiell) krankmachende Elemente von Lebensbedingungen und nicht allein auf gesundheitsriskante oder (potentiell) krankmachende individuelle Verhaltensweisen zu richten.

Um sich ferner gegen Kritik aus Kreisen der Gegner vorgeblich »zu weicher« Präventionsmaßnahmen, die in erster Linie unter Ökonomen und Medizinern zu suchen sein dürften, abzusichern, heißt es in der Gesetzesbegründung weiter: Für kassenfinanzierbare Leistungen der primären Prävention müsse »im Grundsatz der gleiche Anspruch auf Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit gelten wie in der kurativen Medizin«. Was wie eine Selbstverständlichkeit klingt, muß vor der Hintergrund der Gepflogenheiten im deutschen Gesundheitswesen und insbesondere im Medizinsystem offenbar besonders betont werden: daß nämlich kassenfinanzierte Präventionsmaßnahmen als wirksam belegt, auf die anvisierten Zielgruppen übertragbar sein und zudem »eine akzeptable oder gute Kosten-Nutzen-Relation« aufweisen müssen. Allerdings ist gerade das kurativ-medizinisch orientierte Krankenbehandlungswesen hierzulande aber derzeit noch stellenweise recht weit davon entfernt, diesen Anspruch, den der Gesetzentwurf ausgerechnet an Präventionsleistungen richtet, verwirklicht zu haben (zu hohe und teilweise überflüssige Medikamentenausgaben, unwirksame, überflüssige und gefährliche diagnostische und therapeutische Verfahren und Leistungen, unwirtschaftliche

Leistungserbringung durch fehlende Verzahnung von Versorgungssektoren usw.). Gleichwohl bleibt die Forderung, daß nur nachweislich nützliche Maßnahmen der primären Prävention finanziert werden sollten, natürlich richtig.

2.4 Gesetzliche Verankerung der betrieblichen Gesundheitsförderung

Zum ersten Mal im deutschen Krankenversicherungsrecht soll nunmehr ausdrücklich die betriebliche Gesundheitsförderung gesetzlich verankert werden. In § 20 Abs. 2 des Gesetzentwurfs heißt es: »Die Krankenkassen können den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen und wirken bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit.« Diese Formulierung geht weiter als der alte § 20 aus dem Jahr 1988, indem sie das Tätigkeitsfeld der Kassen über arbeitsweltbezogene primärpräventive Maßnahmen (»Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren«) hinaus auch auf Gesundheitsförderungsmaßnahmen in der Arbeitswelt ausweitet. Was es demnach künftig an kassenfinanzierten Gesundheitsförderungsleistungen nach SGB V geben soll, bezieht sich also – von den bereits erwähnten Informationsangeboten zur allgemeinen Gesundheitsförderung abgesehen – explizit auf die Arbeitswelt bzw. die Betriebe.

Allerdings will der Gesetzentwurf die Kassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung offenbar nicht förmlich verpflichten, sondern die Durchführung entsprechender Maßnahmen wird den Kassen im Rahmen einer Kann-Bestimmung ermöglicht. Als verpflichtende Aufgabe der Kassen muß dem Wortlaut des Textes hingegen deren Mitwirkung bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren interpretiert werden.

Kassenaktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung werden ausdrücklich auf »den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen« bezogen. Daß es sich hierbei um eine gewollte Beschränkung handelt, belegt die amtliche Begründung. Dort heißt es: »Durch die Eingrenzung der Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen auf ›den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung‹ wird gewährleistet, daß die sich paritätisch finanzierenden Krankenkassen keine originären Maßnahmen des Arbeitsschutzes (mit-)finanzieren, die gemäß EG-Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz und Arbeitsschutzgesetz in die alleinige Zuständigkeit des Arbeitgebers fallen.«

Dies ist zunächst einmal in sozialrechtssystematischer Hinsicht richtig: Unternehmen sollen sich aus ihrer organisatorischen und finanziellen Verantwortung für den Arbeits- und Gesundheitsschutz im Betrieb nach dem geltenden Arbeitsschutzrecht auch nicht in Teilbereichen zu Lasten

der gesetzlichen Krankenversicherung befreien können. Allerdings dürfte in der betrieblichen Praxis eine klare Abgrenzung von Arbeitsschutz- und betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen jenseits der im Gesetzentwurf nicht sehr eindeutigen analytischen Differenzierung[7] mitunter schwierig sein. Gleichwohl – und dies ist zu unterstreichen – erhalten die Krankenkassen ein eindeutiges Mandat, in der betrieblichen Gesundheitsförderung eigenständig initiativ zu werden – und zwar insbesondere auch unabhängig von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung. Die Kassen wirken darüber hinaus jedoch ausdrücklich bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, also im primärpräventiven Bereich, mit, und arbeiten dabei mit den Unfallversicherungsträgern zusammen (§ 20 Abs. 2, Satz 2). Bei diesen Maßnahmen haben dem Sinn des Gesetzestextes zufolge auch die Unfallversicherungsträger ein Initiativrecht.

Die kassengetragenen Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung unterliegen im Hinblick auf ihre Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit den gleichen Anforderungen wie die Leistungen zur primären Prävention nach §20 Abs. 1 des Gesetzentwurfs. Demzufolge wären auch für die betriebliche Gesundheitsförderung auf Kassen-Spitzenverbandsebene und unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes sowie des Öffentlichen Gesundheitsdienstes entsprechende »Positivlisten« finanzierungsfähiger Angebote und Leistungen zu erstellen.

Die übrigen Regelungen des Abs. 2 entsprechen der geltenden Rechtslage. Den Spitzenverbänden der Kassen und der Unfallversicherungsträger wird darüber hinaus aufgegeben, »Näheres zur Zusammenarbeit« zu vereinbaren.

Auf der betrieblichen Ebene bzw. mit Blick auf die Arbeitswelt wären demnach künftig in Kassenverantwortung folgende präventiv-gesundheitsfördernde Aktivitäten möglich:

- Informationsangebote für Versicherte zur allgemeinen Gesundheitsförderung nach §20 Abs. 1 Satz 1;
- individuelle und kollektive verhältnis- und verhaltenspräventiv ausgerichtete Angebote und Maßnahmen zur (primären) Prävention nach §20 Abs. 1 Satz 2;
- individuelle und kollektive verhältnispräventiv ausgerichtete Maßnahmen zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefährdungen nach §20 Abs. 2 Satz 1 und 2, in Zusammenarbeit mit den Unfallversicherungsträgern;
- individuelle und kollektive Maßnahmen zur arbeitsschutzergänzenden betrieblichen Gesundheitsförderung nach §20 Abs.2 Satz1, in alleiniger Verantwortung der Kassen;

- Aktivitäten zur arbeitsweltbezogenen und betrieblichen Gesundheitsberichterstattung und anderweitigen Gewinnung von Erkenntnissen über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen nach § 20 Abs. 2 Satz 2, über die dann die Unfallversicherungsträger unterrichtet werden müssen.

2.5 Leistungsbegrenzung durch sektorale Ausgabenbudgetierung

Wohl um befürchteten »überbordenden« Ausgaben zur Gesundheitsförderung präventiv zu begegnen, sieht der Gesetzentwurf in § 20 Abs. 3 eine strikte Begrenzung vor: Für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Abs. 1 und 2, also alle primärpräventiven und gesundheitsfördernden Informationsangebote, Leistungen und Maßnahmen innerhalb und außerhalb der Arbeitswelt, dürfen die Kassen »insgesamt einen Betrag von fünf Deutschen Mark für jeden ihrer Versicherten je Kalenderjahr nicht überschreiten«.

Für die in diesem Bereich der Kassenleistungen eingeführte Budgetierung wird im Gesetzentwurf also eine fixe Kopfpauschale gewählt, deren Dynamisierung nicht vorgesehen ist. Der vorgeschlagene Betrag von 5 DM je Versicherten und Jahr ergibt bezogen auf die Versichertenzahl des Jahres 1997 (rund 71,6 Millionen) ein maximales Ausgabenvolumen für die Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten nach § 20 SGB V in Höhe von rund 360 Millionen DM für alle gesetzlichen Krankenkassen. Zum Vergleich: Im Jahr 1996 haben die Kassen ca. 1,622 Milliarden DM für Gesundheitsförderung im engeren Sinne, allerdings einschließlich Selbsthilfeförderung, ausgegeben. Allein für allgemeine Aufklärungs- und Beratungsaktivitäten zur Prävention und Gesundheitsförderungen wurden in diesem Jahr ca. 365 Millionen DM aufgewendet (Priester 1999). Ein etwa gleich hoher Betrag stünde künftig sowohl für die Information der Versicherten über Gesundheitsförderungsangebote als auch für primärpräventive Leistungen sowie Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß den vorgesehenen Regelungen des neuen § 20 Abs. 1 und 2 zur Verfügung. Zu Vergleichszwecken hinzuzurechnen wären etwa 72 Millionen DM für die künftige Selbsthilfeförderung (1 DM je Versicherten und Jahr) nach § 20 Abs. 4 der Neufassung. Für den gesamten vom künftigen § 20 abgedeckten Leistungsbereich »Gesundheitsförderung, Prävention, Selbsthilfe« könnten demnach ca. 430 Millionen DM jährlich ausgegeben werden. Dies entspräche nur etwa einem Viertel der Gesundheitsförderungsausgaben im engeren Sinne des Jahres 1996 bzw. einem Drittel der Kassenausgaben für den (umfassenderen) Leistungskomplex »Soziale Dienste und Gesundheitsförderung« des Jahres 1998 (vgl. Priester 1999).

Beabsichtigt wird mit den nunmehr vorgesehenen Finanzierungsregelungen also nicht nur eine einfache Begrenzung, sondern offenkundig eine Abschmelzung der Präventions- und Gesundheitsförderungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber dem bisherigen Stand. Eigentümlicherweise tauchen die neuen Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V im finanziellen Teil der Begründung des Gesetzentwurfs aber lediglich als »Mehrbelastungen« in Höhe von »ca. 180 Mio. DM« im Jahr 2000 und »ca. 360 Mio. DM« im Jahr 2001 auf (Gesetzentwurf 1999, Begründung, Teil C, Ziff. 1a), während andererseits die momentanen Krankheitsverhütungsaufwendungen an anderer Stelle, z.B. als »Entlastungen« oder unter »Einsparpotentiale«, nicht aufgeführt werden. Zumindest ein (in quantitativer Hinsicht unbekannter) Teil dieser momentanen Aufwendungen müßte künftig aber aus der geplanten Kopfpauschale finanziert werden. Handelte es sich bei den neuen Leistungen nach § 20 des Gesetzentwurfs um echte zusätzliche Aufwendungen, so müßten sie auf die bisherigen Krankheitsverhütungs- und Präventionsausgaben aufgeschlagen werden. Das Rechenwerk des Gesetzentwurfs ist an dieser Stelle nicht schlüssig.

Fragwürdig erscheint auch die in dem Gesetzentwurf angenommene Ausschöpfungsquote von nur 50 % (180 Millionen DM) der maximalen möglichen Ausgaben im Jahr 2000 (360 Millionen DM) für Prävention und Gesundheitsförderung gemäß § 20 SGB V. Will man hiermit Kritikern des Gesetzentwurfs, die Zweifel an der insgesamt präsentierten Gegenfinanzierungsrechnung hegen, bereits im Vorfeld entgegenkommen?

Alles in allem: Es liegt auf der Hand, daß mit einer festen Kopfpauschale in Höhe von 5 DM pro Jahr allenfalls »Gesundheitsförderung, Primärprävention und Selbsthilfeförderung light« betrieben werden könnten. Die von der Regierungskoalition vollmundig angekündigte Aufwertung von Prävention und Gesundheitsförderung kann dies – jedenfalls in finanzieller Hinsicht – nicht sein. Machten die Gesundheitsförderungsaufwendungen der gesetzlichen Krankenkassen bislang etwa 0,5 Prozent der Kassenausgaben aus, so würden sie künftig vielleicht noch 0,15 Prozent betragen – und das bei starren Kopfpauschalen und mutmaßlich weiter steigenden Kassenausgaben noch mit sinkender Tendenz. Kann aus einer bislang schon nur symbolisch betriebenen Gesundheitsförderungspolitik noch weniger werden? Es dürfte leicht nachvollziehbar sein, daß bei dieser Budgetierungsvariante die Pro-Kopf-Beträge mindestens vervier- bis verfünffacht werden müßten, um eine wenigstens einigermaßen plausible finanzielle Manövriermasse für die Gesundheitsförderung zur Verfügung zu haben. Gleiches gilt natürlich auch für die Selbsthilfeförderung.

Alternativ wäre eine prozentuale Begrenzung der Gesundheitsförderungsaufwendungen – gemessen an den jeweiligen Leistungsausgaben der Kassen insgesamt – denkbar. Diese Budgetierungsvariante hätte aus präventions- und gesundheitsförderungspolitischer Sicht immerhin den Vorteil, daß sie die zur Verfügung stehenden Mittel dynamisch an die gesamte Ausgabenentwicklung der Kassen im Zeitverlauf anpassen würde. Aber auch hierbei käme die Regierungskoalition um eine deutliche Aufstockung der Budgetobergrenze nicht herum, wenn sie ihren eigenen Anspruch auf Anhebung des Stellenwertes von Prävention und Gesundheitsförderung nicht völlig über Bord werfen wollte.

Nur am Rande sei schließlich noch erwähnt, daß die – sektorale – Budgetierung der Gesundheitsförderungs- und Primärpräventionsausgaben durchaus auch als im Widerspruch zu der im Rahmen der »Gesundheitsreform 2000« einzuführenden Globalbudgetierung stehend begriffen werden kann. Man könnte sie daher auch als schlicht überflüssig betrachten.

3. *Vorläufiges Resümee: Partieller sachlicher Fortschritt – finanzieller Rückschritt*

Es fällt schwer, gerade vor dem Hintergrund der absolut unzureichenden finanziellen Ausstattung von Primärprävention und Gesundheitsförderung die in dem Gesetzentwurf vorgesehenen Neuregelungen in der vorliegenden Form als die von den Regierungsparteien angekündigte Aufwertung von Prävention und Gesundheitsförderung zu begreifen. Hierbei handelt es sich jedoch um mehr als ein bloß quantitatives Problem: Es geht vielmehr um die qualitative Neubestimmung des Stellenwerts von Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext einer rot-grünen Gesundheitspolitik. Wenn auch Prävention und Gesundheitsförderung schon allein wegen ihrer nur marginalen quantitativen Bedeutung kaum zu einem der wesentlichen Kristallisationspunkte in der politischen Auseinandersetzung um die »Gesundheitsreform 2000« werden dürften, kommt diesen Feldern der Gesundheitspolitik ein vergleichsweise hoher symbolischer Stellenwert zu. Denn sie markieren Eckpunkte eines Reformkonzepts, das die traditionell auf die Krankenversorgung verkürzte Gesundheitspolitik in Richtung auf eine Politik der Gesundheitssicherung erweitern will. Die Regierungskoalition selbst verweist auf diese Zusammenhänge, wenn sie in der Begründung zu ihrem Gesetzentwurf formuliert: »Für ein modernes Gesundheitswesen ist die Gesundheitsförderung ebenso unverzichtbar wie wirksame Maßnahmen zum Patientenschutz, stärkere Rechte und Informationsmöglichkeiten

für die Patienten und die aktive Einbindung und Förderung der Selbsthilfe.« (Begründung, Teil A, Ziff. I.1) Die hier durchscheinenden Gedanken stammen aus dem begrifflich-konzeptionellen Fundus der WHO, auch wenn diese an keiner Stelle des Gesetzentwurfs erwähnt wird. Ein Jahr, bevor bilanziert werden müßte, ob und ggf. inwieweit die WHO-Strategie »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000« auch in der Bundesrepublik umgesetzt worden ist, gewinnen deshalb diese Programmpunkte einer »Gesundheitsreform 2000« auch unabhängig von ihrem konkreten quantitativen Stellenwert an politischer Bedeutung.

Insofern ist es gerechtfertigt, die Meßlatte für die Bewertung der beabsichtigten Änderungen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung eher höher als niedriger zu hängen. Trotz der geäußerten allgemeinen Bedenken sind in dem Gesetzentwurf Fortschritte gegenüber den derzeit geltenden Regelungen in Teilbereichen erkennbar: Positiv ins Gewicht fallen in erster Linie die ausdrückliche Verankerung der betrieblichen Gesundheitsförderung als eigenständiger Kassenaufgabe im Krankenversicherungsrecht sowie die abermals rechtlich fixierte Mitzuständigkeit der Kassen für die arbeitsweltbezogene Prävention insgesamt.

In der vorliegenden Form unzureichend geregelt sind hingegen die gesundheitsfördernden Aufgaben der Kassen in den außerbetrieblichen Lebensbereichen: Es sollte sehr wohl zu den Aufgaben der Krankenkassen gehören, über »allgemeine Gesundheitsförderung« ihre Mitglieder nicht nur informieren zu dürfen, sondern entsprechende Angebote auch vermitteln und finanzieren zu können. Die im Gesetzentwurf vorgenommene Begrenzung der Kassenfinanzierung auf bloß primärpräventive, nicht jedoch auch allgemein-gesundheitsfördernde Maßnahmen ist – auch im Sinne der Ottawa-Charta der WHO – nicht sachgerecht.

Eindeutig negativ schlagen die vorgesehenen Budget-Obergrenzen für die Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung zu Buche, denn sie würden zu einer kräftigen Absenkung des gegenwärtig für Prävention aufgewendeten Finanzvolumens führen. Sie müssen kräftig angehoben oder sogar gänzlich gestrichen werden, wenn das ohnehin nur schwach entwickelte präventiv-gesundheitsfördernde Standbein der Krankenversicherung nicht vollends amputiert werden soll.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. rer. med. Klaus Priester
Ev. Fachhochschule für Sozialwesen
Postfach 21 06 28
67006 Ludwigshafen
E-mail: Prof.Dr.Klaus.Priester@t-online.de

Anmerkungen

1 Der Beitrag bezieht sich auf den am 23. Juni 1999 vom Bundeskabinett beschlossenen »Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000« (Gesetzentwurf 1999). Manuskriptabschluß: 26. Juni 1999.

2 Hierunter werden im wesentlichen die Kassenaufwendungen für Leistungen nach §20 Abs. 1 bis 3a SGB V in der bis Ende 1996 gültigen Fassung verstanden. Zur Abgrenzung siehe näher: Priester (1999).

3 So insbesondere in der ersten Beratung des Gesetzes zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz) am 24. Mai 1996 im Deutschen Bundestag (s. Deutscher Bundestag 1996).

4 So etwa der CDU-Abgeordnete Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid) in dieser Debatte (ebd., 9545).

5 So der FDP-Abgeordnete Jürgen W. Möllemann in dieser Debatte (ebd., 9554).

6 Vgl. ebd., 9561. – In der gleichen Rede führte der Bundesgesundheitsminister aus: »Meine Damen und Herren, ich sage Ihnen klipp und klar: Ich werde für nichts so kämpfen wie dafür, daß die gesetzliche Krankenversicherung künftig nicht mehr den Freizeitpark der Bundesrepublik Deutschland finanziert.« (Ebd., 9563)

7 Im Gesetzestext werden die Begriffe »allgemeine Gesundheitsförderung« (§20 Abs. 1 Satz 1), »Prävention« (§20 Abs. 1 Satz 2), »den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung« (§20 Abs. 2 Satz 1) sowie »Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren« (§20 Abs. 2 Satz 1 und 2) verwendet, aber nicht inhaltlich ausgefüllt und genau genug gegeneinander abgegrenzt. Während die »(primäre) Prävention« in der Begründung des Gesetzentwurfs wenigstens noch ansatzweise definiert wird, fehlt eine inhaltliche Bestimmung des Gesundheitsförderungsbegriffs vollständig. Im »Allgemeinen Teil« der Gesetzesbegründung wird die (primäre) Prävention offenkundig gar als »spezielle Gesundheitsförderung« bezeichnet (Gesetzentwurf 1999, Begründung, Teil A, Ziff. II.6). Ein ähnliches Begriffswirrwarr zeichnete bereits die Textfassung des §20 SGB V aus dem Jahr 1988 aus (vgl. Priester 1998a, 120ff, bes. 125ff). Gerade von einem von Bündnis 90/Die Grünen geführten Bundesgesundheitsministerium darf erwartet werden, daß im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens erstens Klarheit über Inhalte, Zielsetzungen und Reichweite der Gesundheitsförderung geschaffen und zweitens hierbei auf die entsprechenden Konzepte der WHO, namentlich die Ottawa-Charta, auch explizit Bezug genommen wird.

Literaturverzeichnis

Aufbruch und Erneuerung (1998): Aufbruch und Erneuerung – Deutschlands Weg ins 21. Jahrhundert. Koalitionsvereinbarung zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands und Bündnis 90/Die Grünen. Bonn, den 20. Oktober 1998. Bonn (vervielfält. Manuskript)

Borgers, D. (1997): Bauchtanz der Prävention. In: Dr. med. Mabuse – Zeitschrift im Gesundheitswesen 22 (105), 38-39

Bundesministerium für Gesundheit (1999a): Entwurf eines Gesetzes zur... (GKV-Gesundheitsreform 2000). Arbeitsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit, Stand: 30. April 1999. Bonn (vervielfält. Manuskript; Titel im Original unvollständig)

Bundesministerium für Gesundheit (1999b): Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000), Stand: 25. Mai 1999. Bonn (vervielfält. Manuskript)

Deutscher Bundestag (1996): Plenarprotokoll 13/108 vom 24.5.1996. Bonn, 9542-9583

Eckpunkte (1999): Eckpunkte zur Gesundheits-Reform 2000, vereinbart zwischen den Arbeitskreisen »Gesundheit« der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen und dem Bundesministerium für Gesundheit, 2. März 1999. Bonn (vervielfält. Manuskript)

Gesetz (1996): Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz – BeitrEntlG) vom 1. November 1996. In: Bundesgesetzblatt 1996, Teil I, 1631-1633

Gesetzentwurf (1998): Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz – GKV-SolG). Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, Drucksache 14/24. Bonn

Gesetzentwurf (1999): Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000). Deutscher Bundestag. 14. Wahlperiode. Drucksache 14/... Bonn (vervielfält. Manuskript; die Drucksachen-Nummer stand bei Drucklegung dieses Beitrages noch nicht fest)

Knoche, M.; Hungeling, G. (Hg.) (1998): Soziale und ökologische Gesundheitspolitik. Standorte und Grundlagen einer grünen Gesundheitspolitik. Frankfurt a.M.: Mabuse

Kühn, H. (1998): »Selbstverantwortung« in der Gesundheitspolitik. In: Jahrbuch für kritische Medizin 30: Zwischenzeiten. Hamburg: Argument, 7-20

Lenhardt, U. (1998): Betriebliche Gesundheitsförderung: vom Innovationsprojekt zum Auslaufmodell? In: H.-J. Dahme; N. Wohlfahrt (Hg.): Umsteuerung oder Ende der Gesundheitsförderung? Neue Herausforderungen an die Prävention. Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, 112-138.

Priester, K. (1998a): Betriebliche Gesundheitsförderung. Voraussetzungen – Konzepte – Erfahrungen. Frankfurt/M.:Mabuse

Priester, K. (1998b): Perspektiven der betrieblichen Gesundheitsförderung. Plädoyer für einen Neubeginn. In: Dr. med. Mabuse – Zeitschrift im Gesundheitswesen 23 (116), 22-24

Priester, K. (1998c): Stellungnahme zur Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: »Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung« – Bundestags-Drucksache 14/24 – am 25. November 1998, Bonn, Bundeshaus. Bonn (vervielfält. Manuskript)

Priester, K. (1998d): Kostendämpfung und Entlastung ohne Prävention. In: Arbeit & Ökologie-Briefe 25-26/1998, 2-3

Priester, K. (1999): Zur Entwicklung der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland 1970-1998. argus-Information 31/1999. Speyer

Rosenbrock, R. (1998): Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), P 98-201. Berlin: WZB

Rosenbrock, R. (1999): Prävention und Gesundheitsförderung als Handlungsfeld der Gesetzlichen Krankenversicherung. Stichworte zu dem Referat auf dem Initiativworkshop. In: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (Hg.): Gesundheitsförderung, Prävention und Selbsthilfe als Zukunftsaufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitspolitische Perspektiven. Initiativworkshop am 25./26.3.1999 in Hannover zur Verankerung der Gesundheitsförderung in der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Strukturreform 2000. Hannover, 15-22

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen: Gemeinsame Erklärung zu einer gesundheitspolitisch sinnvollen, bedarfsorientierten und qualitätsgeprüften Gesundheitsförderung im Rahmen von § 20 SGB V. In: Priester (1998a), 420-423

WHO (1986): Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung. In: Priester (1998a), 369-375