

Digitalisierte Patienten – verkaufte Krankheiten

Elektronische Gesundheitskarte
und die Kommerzialisierung
des Gesundheitswesens



■ Komitee für
Grundrechte und
Demokratie e.V.

Impressum

Herausgeber und Bestelladresse:

■ Komitee für Grundrechte und Demokratie e.V.
Aquinostr. 7 - 11 · 50670 Köln
www.grundrechtekomitee.de
info@grundrechtekomitee.de

gefördert aus Mitteln der Stiftung bridge

Redaktion: Astrid André-Nimrich, Ursula Ganßauge, Svante Gehring,
Hans-Joachim Krauß, Jan Kuhlmann, Wolfgang Linder, Wolf-Dieter Narr,
Elke Steven

Foto: Umbruch Bildarchiv

Presserechtlich verantwortlich:

Elke Steven, Köln

Druck und Herstellung: hbo-druck, Einhausen

1. Auflage: April 2011, 800 Exemplare

gedruckt auf alterungsbeständigem Offsetpapier aus 100% Altpapier

Preis: 12,- Euro

ISBN: 978-3-88906-136-2

II. Aktuelle Entwicklungslinien im Gesundheitssystem, die durch die eGK unterstützt werden sollen

Elektronische Gesundheitskarte und Prävention – Ein Mittel, unsere Gesundheit vorab zu gewährleisten?

Wolf-Dieter Narr

A: Notate zur Prävention allgemein

- (1) Prävention erweckt den Eindruck einer Banalität des Guten. Ist Gefahren zu vermeiden nicht offenkundig ratsamer, als sich erst mit den Folgen von Unfällen zu befassen? Will man warten, bis das Kind in den Brunnen gefallen ist, um dann darüber nachzudenken, wie die Blessuren geheilt werden könnten? Vielleicht sind schon Effekte aufgetreten, die man nicht wieder gut machen kann? Darum erscheint es selbstverständlich, Unfälle, Krankheiten, Leiden aller Art möglichst vorab zu vermeiden. Die kurative Medizin behält ihren Ort. Grenzen des Wissens und der Vorhersehbarkeit sind gegeben und bleiben. Diese sind jedoch verschieb- und vielleicht erheblich reduzierbar. Darum kommt es darauf an, präventive Medizin in ihren verschiedenen Aspekten und mit ihren jeweils erprobten diagnostisch therapeutischen Werkzeugen zu fördern. Damit recht-, das heißt frühzeitig geholfen, korrigiert und verändert werde, was krank und behindert machen kann. Und das, bevor Behinderungen, Krankheiten, Leiden sich ballen. Anders kämen Änderungen und Eingriffe wie die Reue zu spät, nämlich hinterher.
- (2) Prävention wirkt so wie das Einfache, das allenfalls schwer zu machen geht. Ist das aber tatsächlich der Fall? Besehen wir uns einige Aspekte im Zusammenhang präventiver Vorkehrungen im Kontext des Gesundheitssystems. Sie sind darauf geeicht, gesundheitliche Gefahren mög-

lichst zu vermeiden und konsequent das Paket aus kurativen und präventiven medizinischen Tätigkeiten zugunsten der präventiven zu verlagern.

- a) Wissen wir denn, was ein gesunder Mensch ist? Folgt man dem hochgemuten Ziel der WHO (World Health Organization), die positiv „Gesundheit“ als ihren Menschenrechtsbezug nennt, dann hat es den Anschein, als sei das einfache, wohl von allen Menschen erstrebenswerte Ziel maßstäblich gegeben. Wir wüssten, was „gesund“ ist. Es käme „nur“ noch darauf an, die wechselnde Fülle der Gefährdungen und deren Ursachen ausfindig zu machen. Schon Genese und Funktion der Krankheitsursachen sind jedoch bei allen schweren Krankheiten kaum klar und eindeutig zu „orten“. Schwierigkeiten gesellen sich hinzu, treffscharfe Mittel zu (er-)finden, meist nicht genau identifizierte Ursachen zu beheben. Vor allem: Die Prämisse stimmt nicht. Es gibt keinen feststehenden Typus *des gesunden* Menschen, als Ideal- und zugleich Normaltyp aller Menschen. Nicht nur wechselt, was wir unter „Gesundheit“ und „Krankheit“ verstehen, so wie untergründig deren Erscheinungsformen sich verändern. Vielmehr ist unbeschadet wesentlicher Elemente/Charakteristika des homo sapiens, dessen Konturen allen Menschen eignen, die Variabilität der Menschen räumlich und zeitlich so groß, dass es die „gesunde“ und „kranke“ Normalität nicht gibt. Auch wenn man sie spektral fasst. Mit anderen Worten: die Bezugskategorie „Gesundheit“ bietet keinen sicheren Grund der Erkenntnis und des Urteils. Menschliche Gesundheit und Krankheiten im nicht reduzierbaren Plural sind in sozialem Raum und sozialer Zeit wechselbezüglich. Sie überlagern und durchdringen sich. Sie sind, ob nun „gesund“ oder „krank“, keine absoluten, sondern komparative Größen. Sie nehmen zu und ab. Sie sind durchgehend ambivalent. Nur in ihren Extremen tauchen sie kurz auf und verschwinden. Als Fülle des Lebens. Als Tod.
- b) Prävention und ihr Bezug, „der gesunde Mensch“, sind also alles andere als einfache „Sachen“. Sie sind hochgradig komplex und im Sinne lebender Organismen voll sich überlagernder, also mehrfach komplizierender Rückkoppelungsschleifen. Je nach aktueller Gesundheit und Krankheit

als dauernden „Zuständen“, von Entwicklungsdynamik beunruhigt, mal komplexer, mal in ihrer Komplexität reduziert. Dadurch wachsen die Schwierigkeiten des großen Vorhabens: Prävention. Sein eindeutiger, urteilsfester Bezug geht flöten. Und das nicht nur je nach Erkenntnis aktuell. Das vielmehr infolge der condition humaine prinzipiell und permanent. Die Komplexitäten je zeit-, raum- und personbesonderer Gesundheit und Krankheiten dürfen typologisch nur ineins mit je erneuerter Anamnese und ihr folgender Therapie reduziert werden. Sie müssen vielmehr so weit wie möglich mit allen ärztlichen Mitteln nachgestellt werden. Hierbei ist darauf zu achten, schon anamnetisch diagnostisch die ihrerseits lebenswichtigen Integritäten nicht in abstrakter Rekonstruktionsabsicht irreparabel zu verletzen. Die präventiven Schwierigkeiten nehmen aber oberhalb der prekären „Basis“ angezielte Gesundheit und wahrgenommener Gesundheitsrisiken zu. Das, was „Gesundheit“ „ist“, selbst wenn man sie nach dem Muster naturwissenschaftlich orientierter Medizin primär physiologisch bestimmte, wird wiederum von einem nicht einheitlich in seinen Zuflüssen scheidbaren, in sich rückkoppelungsreichen Syndrom konstituiert und gefährdet in einem. Zu deutsch: einem Ge-rinsel. In diesem Syndrom (griechischen Ursprungs) oder Konfluentes (Koblenz, lateinisch; Zusammenfluss) vereinen sich synthetisch nicht additiv, umgangssprachlich ausgedrückt: personale Erbanlagen; individuelle Lebensläufe im Doppelpass physiologischer und (sozial-)psychologischer Einflüsse; kontextuelle Faktoren, die den gesellschaftlichen und den gesellschaftlich angeeigneten und verwandelten natürlichen Raum ausmachen. Sie umfassen die Person holistisch von der, ja, vor der Wiege bis zur Bahre. „Synthetisch“ meint hierbei, dass die zusammenwirkenden, nur unzureichend vereinzelbaren „Faktoren“ eine Einheit bilden, die qualitativ mehr und anders ist, als reihte man die Faktoren nebeneinander auf und addierte sie. Letzteres wäre infolge ihrer verschiedenen Qualitäten ohnehin nicht möglich. Es wäre verfehler als die sprichwörtlichen Kräuter und Rüben auf einen Faktor zu verkürzen.

- c) Präventive Medizin, die im § 20 GKV (korrekt zitiert § 20 SGB V) einen hauptsächlichen Anker geworfen hat, umfasst also ein Bündel von Ansichten, gesetzlichen Normierungen und mehr oder minder institu-

tionalisierten Maßnahmen in einem Feld von ungenügendem Wissen. Dieses holperige, gräbendurchzogene Feld kann nie durch fixe Gewissheiten fundiert werden. Unzureichende Instrumente zeichnen seine gesundheitspolitischen Akteure im weiten Sinne aus. Ungenügende, für einzelne Gesellschaften geltende Entscheidungen wie deren Verwirklichung („Implementation“) werden darüber hinaus von globalen Zusammenhängen beeinflusst. Je besser das Wissen um den Mangel an Einzel- und Zusammenhangs-, bzw. Kontextwissen begriffen würde, desto mehr müssten sich alle Institutionen und Personen, die sich gesundheitspolitisch tummeln – die potentiell gesund-kranken Bürgerinnen und Bürger inbegriffen –, dessen bis ins Detail jeder Diagnose, jeder Versicherung und jeder präventiven und/oder kurativen Handlung bewusst sein. Nur dann könnten den Gefahren, sich in präventiver Arroganz und ihren Vorkehrungen zu übernehmen, angemessene Riegel vorgeschoben werden – oder, anders mit der antiken Tragödie gesagt, „Hybris“ etwa gleich Anmaßung vermieden werden. Damit verbunden sind – oder könnten sein – Gefahren professionellen Fehlverhaltens und bürgerlicher Fehlerwartungen. Diese Gefahren könnten das in präventiver Medizin, ihren professionellen und bürgerlichen Folgen enthaltene Versprechen negativ akzentuieren, ja pervertieren.

- (3) Die widerstreitenden Beweggründe aktueller Präventionen, präventive Medizin zu verwirklichen.

Heterogene Motive verbinden und widerstreiten sich, ihrerseits einem schwer auseinander sortierbaren Syndrom gleich.

- a) Das Motiv einer fast unmittelbaren Koppelung von Wissen und Herstellen lebt von der (weithin unkritischen) Emphase nachhaltig wachsenden identifikatorischen Wissens. Das soll sich weitende, fein ziselierende Rekonstruktionen von Krankheiten erlauben. Ein konstruktives Wissen und Können ist (wäre) die Folge. Letzteres macht(e) Verbesserungen naturgegebener physiologischer Gegebenheiten möglich. Descartes hat – unbeschadet allen quantitativen und qualitativen wissenschaftlichen Fortschritts seither – die Devise in seinem Discours de la méthode vorgegeben: „Wenn ihr meiner Methode folgt, so werden wir die Krankheiten und vielleicht sogar das Alter besiegen.“

- b) Wissenschaftliche und therapeutisch praktische Rekonstruktionen im Wechselspiel machen mit einer prinzipiell offenen Reihe von experimentell erprobtem Wissen über genetische und molekularbiologische Zusammenhänge konstruktive Eingriffe möglich. Das Feld somatischer Naturbeherrschung expandiert. Ineins damit nehmen maschinell aufbereitete Informationen zu, von ihnen ermöglichte Diagnosen und der Chance nach (re-)konstruierte Eingriffe, Krankheiten vorweg zu erkennen, z.B. Krebs, in sich entwickelnde Krankheiten hemmend oder behebend einzugreifen, operativ Ersatzorgane zu schaffen und/oder medikamentös zu vermeiden oder zu blockieren. U.ä.m. Damit ist ein potentiell unbegrenzter Markt wissenschaftlich-industrieller und technologischer Mittel und Anwendungen eröffnet. In globaler Konkurrenz der „Gesundheit“ produzierenden Konzerne auf allen Ebenen kurativer und präventiver Medizin kennt er unter der orientierenden Führung der letztgenannten nur noch je aktuelle Grenzen wissenschaftlich technologischen Wissens und Könnens zugleich. Der Markt gesundheitsökonomischer Möglichkeiten ist zur Innovation verdammt.
- c) Der – hochgradig vermachtete – Markt expandierte nicht, wäre er nicht anlage- und gewinnträchtig. Er zieht mit seinen expansiven Investitionen, Innovationen, Kosten und Gewinnen, wie schon das ihm zugrundeliegende cartesische Muster der Identifikation und (Re-)Konstruktion, alle um Gesundheit/Krankheit (um Tod und Leben) kreisenden, letztlich kaum noch öffentlich und/oder privat unterscheidbaren Institutionen und Professionen in seinen Bann. Die Steigerung der Gewinne ist unvermeidlich mit einer der Kosten verbunden. Sie werden von einem Kranz damit verflochtener demographischer, versicherungspolitischer und gesellschaftlicher Faktoren verstärkt. Darum geht es im Unterstrom der Gewinnsteigerung um Kostenersparnis. Beide sind mit der präventiven Kehre der Gesundheitsökonomie und -politik verbunden. Wo lassen sich und wie am ehesten Gewinne erwarten? Wo, wie und an wem sind – damit korrespondierend – am leichtesten, also durchsetzbar Kosten zu sparen? Die alles andere als selbstverständlichen Antworten auf diese mehrere Ebenen umfassenden Fragen entscheiden das, was und wie an Prävention mit Folgen für wen installiert wird.

B. Prävention gesundheitspolitisch gewendet

Die Reichweiten und Adressaten der Prävention sind kategorisch verschieden. Prävention ist, auch wenn sie gesundheitspolitisch beschränkt wird, nicht gleich Prävention. Wenn also von Prävention die Rede ist, ist es geboten, das, was sie ist oder sein soll, in jedem Fall den folgenden Fragen gemäß zu differenzieren. Zum einen: was soll vorauswissend, vorausgreifend vermieden oder hergestellt werden? Zum zweiten: wer verfügt über das Präventionswissen, wie wird solches begründet und vermittelt? Zum dritten: welche Konsequenzen wie begründeter Eingriffe/Handlungen für wen hat das präventionswissend fundierte Prävenieren? Zum vierten: wer ist wie am Verfahren des Prävenierens beteiligt, wer kontrolliert es, wer sanktioniert Mängel präventionsorientierten Handelns? Zum fünften: welche unterschiedlichen Kosten erzeugt das Prävenieren, wer trägt sie? Zum sechsten: welche kurz-, mittel- und langfristigen Effekte an Hand welcher Kriterien sind zu erwarten? Zum siebten: welche Interessen oder welche Interessenhierarchie ist hinter dem Konzept, den Adressaten, dem Verlauf und den Effekten der Prävention auszumachen?

- (4) Im gesundheitspolitischen Zusammenhang werden drei Arten von Prävention geschieden¹: die primäre, die sekundäre und die tertiäre. Sie unterscheiden sich im skizzierten Feld der Präventionen vor allem durch ihre sich verjüngende Reichweite und die sich zuspitzenden Adressaten. Genauer besehen machen sie unter sich eine Differenz ums Ganze aus. (a) Primäre Prävention umfasst alle gesamtgesellschaftlich fassbaren Faktoren, die Krankheiten, Behinderungen, Tod, positiv, die freies, gleiches und selbstbewusstes Verhalten erheblich beeinflussen. Dazu gehören die groben und feinen gesellschaftlichen Unterschiede, gehören die hauptsächlichen Strukturen und Funktionen sozialer Ungleichheiten. In diesen Sack von Lebenschancen (quality of life, Gegebenheiten und Abwesenheiten „struktureller Gewalt“), mit denen Menschen in einer Gesellschaft klassen- und schichtspezifisch unterschiedlich ausgestattet werden, der reproduziert und neu gefüllt wird, gehören die geltenden Formen der Arbeitsteilung, der aktuelle Arbeitsmarkt, die Bildungs- und Karrierechancen, die Arbeits- und Lebensorte samt ihren

¹ vgl. Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas: Gesundheitspolitik, 2006

materiellen, vor allem hygienischen und umweltbezogenen Bedingungen, ebenso die inner- und außerberuflichen Teilnahmechancen – kurzum die materiellen soziopolitischen Bedingungen, die Habitus und Bewusstsein der Menschen prägen. An einem in sich komplexen Indikator allein kann abgelesen werden, welche Bedeutung diese eine Gesellschaft kennzeichnenden Strukturen und Funktionen besitzen, ihr institutionelles Gesamtgerüst, ihre „reale“ Verfassung insgesamt, also ihre ökonomischen, politischen und kulturellen Produktionsformen und „Kapitale“ und deren Verteilung: Am durchschnittlichen Sterbedatum. In europäisch „entwickelten“, „wohlständischen“ Gesellschaften, darunter die Bundesrepublik Deutschland, unterscheiden sich die Zeiten, da ihre Einwohner sterben, um runde 10 Jahre. Diejenigen, die sich auf der Sonnenseite des Habens, Bildens und Mitherrschens befinden, leben qualitativ besser und quantitativ länger. Ein schlafender gesamtgesellschaftlicher Skandal.

(b) Sekundäre Prävention wirft ihren gesamtgesellschaftlichen Umhang ab, zutreffender, sie verzichtet darauf, die kollektiv und individuell konstitutiven Faktoren zu beachten. Sie setzt im arbeitsteilig-professionell und versicherungspolitisch abgehobenen Feld der Gesundheitspolitik an. Sie sieht also prinzipiell von allgemeineren sozialen Ursachen ab. Krankheiten bewirkende Risikofaktoren werden ausfindig gemacht. Ihnen soll durch Früherkennungen und Behandlungen gewehrt werden.

(c) Hin zur tertiären Prävention macht das präventiv ausgeschnittene Feld selbst im gesundheitspolitischen Rahmen nur noch sachte Änderungen erforderlich. Nun wird vom professionellen Rahmen medizinisch behandelnder und versichernder Berufe und Institutionen „umgesprungen“ auf die ihrer potentiell bedürftigen Bürgerinnen und Bürger. Die Schmälerung der Adressaten, denen präventionsgemäßes Verhalten in einem enger gewordenen potentiellen Krankheitsspektrum abverlangt werden soll, wird durch eine individualisierende Verjüngung zugespitzt. Auch im arbeits- und versicherungsteilig eigenen System der Gesundheits-, respektive der Krankheitsleistungen und ihrer versichernden finanziellen Fundierung ist nun die exklusive Orientierung an den Bürgerinnen als potentiellen Patienten Trumpf. „Risikofaktoren“ à la Fettleibigkeit, Raucherverhalten, Bewegungsmangel und andere werden

profiliert. Von den Bürgerinnen als potentiellen, auch aktuellen Patienten werden Eigenleistungen abverlangt, die Krankheitsfälle vermeiden, mildern oder rehabilitativ beheben sollen.

(5) Der oben apostrophierte § 20 SGB V lautet:

„§ 20 **Prävention und Selbsthilfe.**

(1) Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in den Sätzen 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständes prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.

(2) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 und nach den §§ 20a und 20b sollen insgesamt im Jahr 2006 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 2,74 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.

§ 20a **Betriebliche Gesundheitsförderung**

(1) Die Krankenkassen erbringen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung), um unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und deren Umsetzung zu unterstützen. § 20 Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend.

(2) Bei der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger zusammen. Sie können Aufgaben nach Absatz 1 durch andere Krankenkassen, durch ihre Verbände oder durch zu diesem Zweck gebildete Arbeitsgemeinschaften (Beauftragte) mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen und sollen bei der Aufgabenwahrnehmung mit anderen Krankenkassen zusammenarbei-

ten. § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend.

§ 20b **Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren**

(1) Die Krankenkassen unterstützen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Insbesondere unterrichten sie diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.

(2) Zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen eng mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen. Dazu sollen sie und ihre Verbände insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend.

§ 20c **Förderung der Selbsthilfe**

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände fördern Selbsthilfegruppen und -organisationen, die sich die gesundheitliche Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben, sowie Selbsthilfekontaktstellen im Rahmen der Festlegungen des Absatzes 3. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren gesundheitlicher Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Vertretungen der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen zu beteiligen. Selbsthilfekontaktstellen müssen für eine Förderung ihrer gesundheitsbezogenen Arbeit themen-, bereichs- und indikationsgruppenübergreifend tätig sein.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe und zur Verteilung der Fördermittel auf die verschiedenen Förderebenen und Förderbereiche. Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Vertretungen der Selbsthilfe sind zu beteiligen.

Die Förderung kann durch pauschale Zuschüsse und als Projektförderung erfolgen.

(3) Die Ausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2006 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,55 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen. Für die Förderung auf der Landesebene und in den Regionen sind die Mittel entsprechend dem Wohnort der Versicherten aufzubringen. Mindestens 50 vom Hundert der in Satz 1 bestimmten Mittel sind für kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung aufzubringen. Über die Vergabe der Fördermittel aus der Gemeinschaftsförderung beschließen die Krankenkassen oder ihre Verbände auf den jeweiligen Förderebenen gemeinsam nach Maßgabe der in Absatz 2 Satz 1 genannten Grundsätze und nach Beratung mit den zur Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe jeweils maßgeblichen Vertretungen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen. Erreicht eine Krankenkasse den in Satz 1 genannten Betrag der Förderung in einem Jahr nicht, hat sie die nicht verausgabten Fördermittel im Folgejahr zusätzlich für die Gemeinschaftsförderung zur Verfügung zu stellen.“

Eine politisch administrative Philologie des Textes des § 20 SGB V (Prävention und Selbsthilfe) im Zusammenhang der Paragraphen des SGB V insgesamt bis hin zum § 313 a ist an dieser Stelle nicht beabsichtigt. Sie unterstriche den erkenntlichen Sinn dieses Präventionsparagraphen. Einige wenige Hinweise mögen ihn ein wenig erhellen:

- der Gesetzgeber bezieht sich auf die GKV. Schon deswegen kann er – textimmanent erkenntlich – nicht anders, als die von ihm aufgegriffene „primäre Prävention“ wie eine Hohlformel zu gebrauchen und sogleich mehrfach einzuengen. Indem er sie von vornherein als wohlgefällige „Soll“-Bestimmung unbestimmt lässt und es den sachverständig ergänzten Spitzenverbänden der Krankenkassen überlässt, zu definieren, was das pauschale Versprechen im Einzelnen bedeute;
- der pauschal beschränkten, krankenkasseninteressiert auszufüllenden oder leer zu lassenden Vorgabe folgen bürokratische Verengungen viergestaltig. Zum einen sind es durchgehend die eigeninteressierten Spit-

zenverbände der Krankenkassen, die zum Konsens gezwungen – darum der wiederholte Topos „gemeinsam und einheitlich“ – beschließen, was geschieht. Zum zweiten folgt sachlich die Einengung auf „Arbeitsbedingungen“. Deren Voraussetzungen werden ebenso unterstellt wie die Erkenntnis möglicher Probleme durch eine weitere Bürokratie, die „Träger der gesetzlichen Unfallversicherung“. Damit ist die Vereinzelung möglicher Erkrankungen im Zusammenhang der „Arbeitsbedingungen“ gesetzt. Gleichzeitig werden diejenigen, die ob ihrer Arbeitsbedingungen krank werden könnten, als mitbestimmende Subjekte namen- und funktionslos gelassen. Zum dritten werden ohne weitere An- und Vorgaben Pauschalbeträge für die möglichen Kosten benannt. Unbeschadet von ihrer Höhe als mutmaßliche Erfahrungswerte lassen sie erneut erkennen, dass präventive Maßnahmen bestenfalls Epiphänomenen gelten. Diese werden insgesamt ausschnittartig, bürokratisch und fiskalisch interessiert wahrgenommen, indem die Arbeits-, Krankenkassen- und Unfallversicherungsbeziehungen bestehen. „Primärprävention“?! Da lachen die Hühner! Die „Selbsthilfe“, auf die sich bezeichnender Weise „präventive“ Entscheidungen der Spitzenverbände zuspitzen, werden „unten“ also von „oben“ nicht nur monetär begrenzt. Sie runden den status quo der Krankheits- und Gesundheitsbedingungen. Nur der letzte Schritt, die Individualisierung von Prävention durch Verhaltensaufgaben für die Versicherten steht noch aus. Er folgt im Verlauf der Paragraphenflut später.

- (6) Die eGK ist zur Prävention bestenfalls im Sinne der Spitzenverbände aus Politik, Versicherung und gesundheitsökonomisch einschlägiger Wirtschaft zu gebrauchen.
- a) Ungleich der GKV und ihren präventiven Verheißungen über Verlagerung von Kosten durch individualisiertes Verhalten von Patienten und Ärzten in Einzelpraxen hinaus – letztere werden im Sinne eines alldurchdringenden ökonomischen Kalküls zu Pseudounternehmern geformt – setzt die eGK das „Gesundheitssystem“, seine Ökonomie und Politik uneingeschränkt voraus. Mit Vorsorge für die Gesundheit, die allgemeinen und besonderen gesellschaftlichen Bedingungen gälte und Bürgerinnen und Bürger wie Ärztinnen und Ärzte als mitbestimmende Personen dazu instand setzte, hat die eGK nichts zu tun.

- b) Das Gegenteil träte zu, würde sie eingeführt. Und nur bürger- und ärztedeckend wäre sie bestenfalls immanent sinnvoll.
- Die eGK zöge Daten von Ärzten, Patienten, gegebenenfalls Apotheken ab;
 - auf diese Weise trüge sie dazu bei, den aktuell ohnehin unzureichenden sozialen Kontakt der Patienten mit Ärzten (und Apothekern) weiter zu verdünnen;
 - die Behandlung der zuständigen Ärzte würde mehr durch die Datenkonstellation – pc-ergänzt – bestimmt als durch je erneuerte Anamnese. Darum konterkarierte die eGK einer entscheidenden Qualität angemessener Prävention, der immer wieder erneuten Anamnese. Wegfielen auch der soziale Umgang als Teil dessen, was man Sozialprävention nennen könnte;
 - der Bürgerpatient, der im Zeichen der galoppierenden medizinischen und pharmakologischen Innovationen ohnehin einer gesundheitspolitischen Ausbildung bedürfte, würde mit Hilfe der eGK zusätzlich entmündigt. Seine Daten wären chipabstrakt;
 - das, was die eGK erlaubte, ist auf der Ebene der Kassenärztlichen Verbände voll der Missbrauchsgefahren, die in anderen Kapiteln schon dargelegt worden sind. Die Gefahr, dass nur massenstatistisch erprobte Durchschnittsgrößen in Diagnose, Therapie und in der Vergabe von Pharmaka ärztliches Handeln nicht zuletzt in den Krankenhäusern bestimmen, unterwanderte die medizinische Intimbeziehung Arzt – Patient zusätzlich;
 - in Summe: in Sachen aller drei Präventionsvarianten könnten allenfalls in Sachen dritte Variante durch patientenabstrakte Verallgemeinerungen individuelles Verhalten kostengünstig beeinflusst werden. Das wäre aber nur dann der Fall, nähme man billigend in Kauf, die Bürgerpatienten durch das vermeintlich interessenneutrale Gesetz der großen Zahl sachzwangsartig zu dirigieren.