

rung der Forschungsergebnisse; Analyse der Interessen der beteiligten Gruppen.

3. Schließlich, und das scheint uns besonders wichtig, gilt es einen veränderten Bezug zu den Adressaten sowohl in der Gesundheitsversorgungspraxis als auch in der Gesundheitsforschung herzustellen.

## **Schwerpunkt I: Sozialpolitik – Ökonomie – Gesundheitswesen**

---

### **Arbeitsgruppe I A: Strategien der Sozialpolitik an den Beispielen Rehabilitation und Arbeitslosigkeit**

**Barbara Riedmüller: Einleitende Thesen**

Die folgenden Diskussionspunkte sollen sozialpolitische Reformansätze im Hinblick auf ihre gesundheitspolitischen Konsequenzen zusammenfassen und die Richtung der Diskussion auf Grenzen und Alternativen der Gesundheitsversorgung akzentuieren.

1) Die Reform der Gesundheitsversorgung in der BRD hängt in ihren wesentlichen Prämissen von den bestehenden Strukturen des Systems sozialer Sicherheit ab: der Dominanz des Versicherungssystems mit der Abhängigkeit der Leistungen vom Beitragsaufkommen der Versichertengemeinschaft und einem restriktiven kompensatorischen System sozialer Hilfen. Die gegenwärtige Entwicklung zeigt, in welchem Maße Sozialpolitik/Gesundheitspolitik von ökonomischen Konjunkturen abhängig ist; dafür beispielhaft ist das Kostendämpfungsgesetz, der Abbau von Leistungen im Rahmen des Arbeitsförderungsgesetzes und die stärkere Kontrolle im Bereich der Sozialhilfe. Unter dem Zwang ökonomischer Knappheit werden gesundheitspolitische Reformen zurückgestellt, die Verschlechterung der sozialen Lage der Bevölkerung zum individuellen Schicksal privatisiert.

2) In dieser Abhängigkeit von ökonomischer Krise und Sozial- bzw. Gesundheitspolitik erscheint die öffentliche Reformdiskussion vorrangig ökonomische Größen zu betreffen, die gerechtere und effizientere Verteilung der knappen Finanzmittel unter anderem die linken Wissenschaftler zu beschäftigen. Ein ökonomischer Determinismus würde aber erstens zu einer Vernachlässigung der politischen Konjunkturen bei der Durchsetzung staatlicher Sozial-

politik führen und zweitens den tendenziellen Wandel der Sozialpolitikstrategien von einer rein monetären zu einer inhaltlichen Gestaltung sozialer Lebenslagen übersehen. Damit wäre die Reformdiskussion auf quantitative Sollzahlen verkürzt und die Perspektive alternativer Versorgungsmodelle auf die Bedingungen wirtschaftlichen Wachstums verschoben.

3) In der wissenschaftlichen Diskussion der Sozialpolitik ist der Übergang von monetären zu qualitativen Sozialpolitikstrategien als notwendige Überwindung einer rein kompensatorischen staatlichen Sozialpolitik, mit der auf soziale Risiken nur reagiert wird, betont worden. Eine "aktive Sozialpolitik", d.h. strukturgestaltende Politik sollte nicht nur vermeiden, daß Leistungen an der tatsächlichen Lebenslage der Betroffenen vorbeigehen, indem die jeweiligen Zugangsregelungen von vorneherein ihre Wirkung verfehlen, sondern eine aktive Sozialpolitik sollte selbst an den Entstehungszusammenhängen sozialer Probleme ansetzen. In diesem Kontext stehen Forderungen nach präventiver Gesundheitspolitik, effektiveren Rehabilitationsstrategien (z.B. Wiedereingliederung Behinderter), arbeitsfördernder Maßnahmen im Rahmen des Arbeitsförderungsgesetzes (AFG) u.a. Das mit dem Begriff "aktiver Sozialpolitik" verbundene Reformziel bedeutet Orientierung der Politik an sozialen Problemen (Konflikten) und deren betroffenennahe Verarbeitung und damit in der Konsequenz die Forderung nach aktiver Beteiligung der betroffenen Gruppen an der Gestaltung und Organisierung der Sozialinvestitionen. Das Problem der politischen Partizipation führt dieser Forderung gemäß zur Kritik staatlicher Dienstleistungen und der Veränderung der bestehenden Beteiligungsformen in den Selbstverwaltungsorganen der Sozialversicherungsinstitutionen.

4) In diesen Reformvorstellungen einer qualitativen Umgestaltung staatlicher Dienstleistungen und über mehr Partizipation der Betroffenen wirken normative Sollsätze z.B. nach mehr Sozialstaat, mehr Demokratie, indem der Akzent auf der Problemverarbeitung sozialer Risiken nicht auf deren Verursachung gelegt wird. Indem von den gesellschaftlichen Ursachen von Krankheit, von Armut etc. abstrahiert wird, muß die Reformpraxis auch notwendig an den Interessen und Bedürfnissen vorbeigehen, denn die realen Belastungen und Bedürfnisse der Betroffenen lassen sich nicht "advokatorisch" formulieren. Auf der anderen Seite zeigen genannte Reformansätze den Zusammenhang auf zwischen der Gestaltung der sozialen Sicherungssysteme und dem Ausmaß sozialer Kontrolle im Hinblick auf die Definition defizitärer Lebenslagen der Abnehmer von sozialen Leistungen. Die Reform der Gesundheitsversorgung kann z.B. daran gemessen werden, inwieweit die angebotenen Hilfen auf der Basis von objektiv/subjektiv erfahrbaren Belastungen und artikulierbaren Bedürfnissen (am Arbeitsplatz, in der Familie etc.)

entwickelt werden oder administrativen (expertenorientierten) Definitionen überlassen bleiben. Ob die Begriffe Belastung und Bedürfnis dem Anspruch betroffenenaher Gesundheitspolitik gerecht werden, sollte in der Diskussion geklärt werden.

5) Betrachtet man unter dem Gesichtspunkt von realen Belastungen und artikulierten Bedürfnissen die für die Gesundheitsversorgung wesentlichen sozialpolitischen Formen der Institutionalisierung, zeigt sich das Ausmaß an Ineffizienz der Leistungen und der Grad an sozialer Normierung von Lebenssituationen. Das beginnt mit dem Krankheitsbegriff im Sozialgesetz: da die Systeme sozialer Sicherung insgesamt auf die Erhaltung und Wiederherstellung der Arbeitskraft ausgerichtet sind, wird Krankheit als Voraussetzung für eine Leistung als Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit definiert. Die Erhaltung der Marktgängigkeit der Arbeitskraft stellt das Hauptziel der Versicherungssysteme dar, deren Beitragsaufkommen auch vom vorhandenen Beschäftigungspotential abhängt, d.h. im Handeln der Sozialverwaltung erscheint das Ziel der Eingliederung in den Arbeitsmarkt in der Form der Bestandssicherung der Beiträge bzw. der Abwehr von Ansprüchen (dafür lassen sich Beispiele aus der Rentenversicherung und der Arbeitsverwaltung diskutieren). Dagegen beziehen die staatlichen Leistungen der Sozialhilfe stärker als die übrigen Sozialsysteme die Person als ganzes ein, deren Lebenssituation soll insgesamt "geordnet" werden.

Unter dem Aspekt der Institutionenkritik wird demnach einmal die Inadäquatheit von Leistungen bzw. die wissenschaftliche und administrative Umdefinition von Lebenslagen relevant, zum anderen der Herrschaftscharakter, den diese Institutionen durch ihre Definitionsmacht innehaben.

6) Dem Bezug der sozialen Sicherung auf das individuelle Arbeitsvermögen liegt prinzipiell die Arbeitsmarktabhängigkeit bzw. Konjunkturabhängigkeit in zeitlicher und sachlicher Dimension zugrunde, (wobei zeitliche und institutionelle Verschiebungen dieser Abhängigkeit existieren können) d.h., daß je nach Lage des Arbeitsmarktes, dem erforderlichen Umfang und der erforderlichen Qualität an Arbeitskräften, Leistungen zur Integration bzw. Absorption von Arbeitskräften dominieren. "Integration" betrifft z.B. Maßnahmen zur Förderung der Wiederaufnahme der Arbeit (z.B. Arbeitsbeschaffungsmassnahmen (ABM), "Absorption" bedeutet überflüssige Arbeitskraft vom Arbeitsmarkt fernzuhalten (z.B. Frauen durch Mutterschaftsgeld, Behinderte durch Sondereinrichtungen etc.). Doch sind diese Strategien abhängig von politischen und ideologischen Entwicklungen, d.h. ökonomische Zwänge setzen sich nicht einfach blind durch, sondern müssen entsprechend diesen gesellschaftlichen Entwicklungen umgeformt bzw. reformiert werden. Die Orientierung am Arbeitsmarkt in der oben genannten Dimension

von Integration und Absorption bestimmt zugleich das Ausmaß an sozialer Kontrolle im Hinblick auf die generelle Bereitschaft der Erhaltung und Verbesserung des individuellen Arbeitsvermögens und dem Zwang diese Bereitschaft durchzusetzen. Die administrative Kontrolle der Arbeitsbereitschaft im Sozialhilferecht wäre dafür ein Beispiel. Der Aspekt der sozialen Kontrolle in der Sozialpolitik muß stärker als bisher in die Reformdiskussion eingebracht werden.

7) Als Diskussionsziele der Arbeitsgruppe könnten demnach gelten: die Abhängigkeit der Reform der Gesundheitsversorgung im System sozialer Sicherheit vom Arbeitsmarkt im Hinblick auf Bedingungen der Veränderung zu bestimmen und zugleich die "politische" Definition von sozialen Lebenslagen zum Ausgangspunkt alternativer betroffenennaher Modelle zu machen. Die wissenschaftliche Kritik an den Institutionen der Sozialpolitik, deren Abstraktion von Bedürfnissen und Interessen der betroffenen Gruppen hätte demnach nicht nur zum Ziel, Defizite aufzuzeigen und mehr Gerechtigkeit einzuklagen, sondern sie könnte die Basis für die Diskussion einer alternativen Gesundheitsversorgung sein. Zu dieser Diskussion gehört die Frage nach der Interessenvertretung in und gegenüber den Institutionen, die Rolle der Professionellen, Strategien der Durchsetzung alternativer Ansätze in und außerhalb der Institutionen. Die Diskussionspunkte Arbeitslosigkeit und Rehabilitation leisten in erster Linie einen Beitrag zu Institutionenkritik. Beispiele der Rehabilitation im Bereich medizinischer Nachsorge (Selbsthilfegruppen und offener Behindertenarbeit können als Ansätze alternativer Versorgungsmodelle gelten, deren Durchsetzungsprobleme zu diskutieren sind.

### Elke Portugall: Rehabilitation

Die zunehmende Verteuerung des Produktionsfaktors Arbeit macht seine professionell betriebene Restaurierung in eigens dafür geschaffenen Institutionen notwendig. Rehabilitationsmaßnahmen werden nicht nur durch den Ausbau von Sozialleistungen zur Wiederherstellung beschädigter Arbeitskraft volkswirtschaftlich gesehen immer wichtiger, sie sind auch im letzten Jahrzehnt aufgrund der stärkeren sozialen Sichtbarkeit der großen Gruppe Arbeitsunfähiger, Behinderter und Kranker von einer programmatischen Hinwendung zu den besonderen Bedürfnissen dieser Gruppe begleitet worden. Dies wird deutlich in einer teils erweiterten, teils gänzlich neu formulierten Sozialgesetzgebung zugunsten dieser Gruppe (Neufassung des BSHG, 1969; Gesetz zur Weiterentwicklung des Schwerbeschädigtenrechts, 1974; Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter, 1975) (Sozialstaatsillusion?).

Neben dieser weitgehend moralisch motivierten Orientierung an