Soziologie und Sozialpolitik

Herausgegeben von Bernhard Badura,
Christian von Ferber, Franz-Xaver Kaufmann,
Eckart Pankoke, Theo Thiemeyer

Band 1

R. Oldenbourg Verlag München Wien 1981

Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen

Die Bedeutung nicht-professioneller Sozialsysteme für Krankheitsbewältigung, Gesundheitsvorsorge und die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen

Herausgegeben von
Bernhard Badura und Christian von Ferber

R. Oldenbourg Verlag München Wien 1981

CIP-Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen : d. Bedeutung nicht-professioneller Sozialsysteme für Krankheitsbewältigung, Gesundheitsvorsorge u.d. Kostenentwicklung im Gesundheitswesen / hrsg. von Bernhard Badura u. Christian von Ferber. – München ; Wien : Oldenbourg, 1981. –
(Soziologie und Sozialpolitik ; Bd. 1)
ISBN 3-486-50641-2

NE: Badura, Bernhard [Hrsg.]; GT

© 1981 R. Oldenbourg Verlag GmbH, München

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, der Funksendung, der Wiedergabe auf photomechanischem oder ähnlichem Wege sowie der Speicherung und Auswertung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben auch bei auszugsweiser Verwertung vorbehalten. Werden mit schriftlicher Einwilligung des Verlages einzelne Vervielfältigungsstücke für gewerbliche Zwecke hergestellt, ist an den Verlag die nach § 54 Abs. 2 Urh.G. zu zahlende Vergütung zu entrichten, über deren Höhe der Verlag Auskunft gibt.

Gesamtherstellung: R. Oldenbourg Graph. Betriebe, Kirchheim

ISBN 3-486-50641-2

Vorwort

Während die sozialpolitische Diskussion sich über Jahrzehnte hinweg auf Organisationsprobleme sozialstaatlicher Einrichtungen sowie auf Fragen der Einkommenspolitik konzentrierte, verstärkt sich neuerdings wieder das Interesse am klassischen Thema der Selbsthilfe und Selbstorganisation. So wertvoll in diesem Zusammenhang auch das Aufarbeiten historischer Parallelen zur Frühzeit der deutschen Arbeiterbewegung und zu den Anfängen der Bismarckschen Sozialpolitik erscheint, so bedeutsam und dringlich stellt sich die Aufgabe der Aufarbeitung aktueller Entwicklungen und der Diskussion neuer analytischer Instrumente zum Verständnis einer zum Teil tiefgreifend gewandelten gesellschaftlichen Situation. Diese zweite eher systematische Aufgabenstellung verbindet die Autoren der in diesem Bande abgedruckten Beiträge. Sie fassen erste Diskussionsergebnisse der innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Soziologie neugegründeten Sektion „Soziologie und Sozialpolitik" zusammen, sind zugleich also auch Produkte langjährigen gemeinsamen Forschens über das Verhältnis professioneller und nichtprofessioneller Hilfen unter den Bedingungen des entwickelten Sozialstaates. Entzündet hatte sich diese Diskussion an einem bereits anderweitig veröffentlichten Beitrag über „Volksmedizin und Gesundheitsvorsorge"* von Bernhard Badura und an einer Entgegnung von Christian von Ferber.

Die gemeinsame Diskussion von Ansätzen und Befunden wäre in dieser Kontinuität und Ausführlichkeit nicht möglich gewesen ohne die Unterstützung der Werner Reimers Stiftung, der wir an dieser Stelle im Namen aller Mitglieder der Studiengruppe noch einmal sehr herzlich danken möchten. Die zweite Hälfte der innerhalb unserer Studiengruppe erarbeiteten Beiträge wird demnächst von Franz Xaver Kaufmann herausgegeben und unter dem Titel „Staatliche Sozialpolitik und Familie" als zweiter Band der neuen Reihe „Soziologie und Sozialpolitik" im Oldenbourg Verlag erscheinen.

Bernhard Badura — Christian v. Ferber

* in: WSI, 10/1978.

Inhalt

A. Einleitung: Sozialpolitische Perspektiven

Bernhard Badura, Christian von Ferber, Jürgen Krüger, Barbara Riedmüller, Theo Thiemeyer, Alf Trojan

1. Sozialpolitische Ortsbestimmung 5
2. Nicht-professionelle Sozialsysteme als Antwort auf Defizite der professionellen Gesundheitssicherung 12
   2.1. Vernachlässigung wichtiger Krankheitsgruppen 12
   2.2. Vernachlässigung relevanter Versorgungsprinzipien 14
   2.3. Ausgleich der Defizite durch nicht-professionelle Sozialsysteme? 16
3. Zur sozialepidemiologischen Ortsbestimmung: Selbsthilfe als Ressource 19
4. Verteilung und Inanspruchnahme ökonomischer Ressourcen: Genossenschaftliche Grundlagen der Selbsthilfe 25
5. Selbsthilfe und Selbsthilfeorganisation als Gegenmacht 29

B. Krankheitsbewältigung

1. Sozialstationen im Bereich der ambulanten Sozial- und Gesundheitspflege

Dieter Grunow, Friedhart Hegner

1.1. Vorbemerkung 39
1.2. Entstehungsbedingungen staatlich geförderter Einrichtungen für professionelle ambulante Pflegedienste 40
   1.2.1. Formen der Hilfsbedürftigkeit und Art der Hilfe 40
   1.2.2. Die bisher dominierenden Anbieter von ambulanten sozial- und gesundheitspflegerischen Diensten 43
   1.2.3. Scherenförmige Entwicklung von Bedarf und Angebot ambulanter Pflegedienste 47
1.3. Organisation und Finanzierung professioneller und nichtprofessioneller Hilfeangebote in staatlich geförderten Sozialstationen 49
   1.3.1. Sozialpolitische Hintergründe und Interessen bei der Sozialstationenförderung 49
   1.3.2. Zielsetzung der Neuorganisation und Formen ihrer Verwirklichung ... 51
1.4. Unterstützung und Organisation der familialen Selbsthilfe und der Nachbarschaftshilfe durch Sozialstationen 55
   1.4.1. Bedingungen nicht-professioneller Hilfeleistungen im Pflegebereich .. 55
   1.4.2. Auswirkungen der Förderung von Sozialstationen auf die Laienaktivierung 58
1.5. Fazit: Entwicklungsmöglichkeiten der Sozialstationenkonzeption 62

2. Der gemeindepsychiatrische Dienst im Widerspruch zwischen professionellen und nicht-professionellen Hilfen

Barbara Riedmüller

2.1. Gemeindepsychiatrie als alternatives Versorgungskonzept 67
2.1.1. Sozial- und gesundheitspolitische Reformziele: Mängel der Versorgung 67
2.1.2. Was ist Gemeindepsychiatrie? 69
2.1.2.1. Gemeindeorientierung als politisches Programm 69
2.1.2.2. Die Gemeinde als Handlungsfeld 72
2.2. Der sozialpsychiatrische Dienst als Gemeindepsychiatrie 75
2.2.1. Formen der Institutionalisierung gemeindenaher Dienste in der Bundesrepublik 75
2.2.2. Professionalisierung und Selbsthilfe in der Gemeindepsychiatrie 80
2.2.2.1. Berufliches Handeln 80
2.2.2.2. Verankerung von Selbsthilfe 83

3. Selbsthilfegruppen vor der Vereinnahmung?

Zur Verflechtung von Selbsthilfezusammenschlüssen mit staatlichen und professionellen Sozialsystemen

Jörn-Uwe Behrendt, Christiane Deneke, Rolf Itzwerth, Alf Trojan

3.1. Ausgangssituation 91
3.2. Einstellung von Professionellen zu Selbsthilfegruppen und zur Zusammenarbeit mit ihnen 93
3.3. Einstellung von Betroffenen zu Professionellen und zur Zusammenarbeit mit ihnen 99
3.4. Verflechtungen zwischen Selbsthilfezusammenschlüssen und professionellen Systemen auf Gruppenebenen 102
3.5. Selbsthilfezusammenschlüsse werden zu Organisationen (Beispiele der Institutionalisierung und Professionalisierung von Selbsthilfezusammenschlüssen) 105
3.6. Institutionalisierte Verflechtungen von Selbsthilfezusammenschlüssen mit staatlichen und professionellen Sozialsystemen 111
3.7. Zusammenfassende Überlegungen zum Verhältnis von Selbsthilfezusammenschlüssen und professionellen/staatlichen Instanzen .....

4. Formen sozialer Alltäglichkeit: Selbsthilfe im Gesundheitswesen

Dieter Grunow

4.1. Vorbemerkung: Zur Begründung der Fragestellung 125
4.2. Der Alltag als Gegenstand sozialwissenschaftlicher Konzeptualisierung 129
4.3. Figurationsanalyse der Selbsthilfe im Gesundheitswesen 134
4.4. Konzepte und Ergebnisse der Selbsthilfe – Forschung im Rahmen der alltagsweltlichen Betrachtungsweise 139

5. Sozialpolitik und Selbsthilfe aus traditioneller und aus sozialepidemiologischer Sicht

Bernhard Badura

5.1. Von Heimann zu Achinger 147

5.2. Gewandelte Problemstellungen 152
5.3. Zur sozialepidemiologischen Perspektive: „coping" und „social support" ... 154
5.4. Selbsthilfe und Selbstorganisation als Kollektive Aktion 159

C. Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz

1. Vorbemerkung 161

Fritz Böhle, Christian von Ferber, Erich Standfest

2. Gesundheitsvorsorge gegen arbeitsbedingte Krankheiten

Zur Zusammenarbeit von Betriebsärzten, Sicherheitsbeauftragten, Betriebsräten und den Systemen sozialer Sicherheit

Christian von Ferber, Erich Standfest

2.1. Pathogenität gesellschaftlicher Lebensbedingungen – Folge des sozialen Wandels 165
2.2. Strategien der Sozialpolitik 166
2.3. Gesundheitsvorsorge gegen „arbeitsbedingte" Krankheiten (ASiG § 3IIIc) . 168
2.4. Gesundheitsrisiken der „sozialen Arbeitsumwelt" 171
2.4.1. Risikofaktor oder Risikosituation? 175
2.4.2. „Einwirkung" oder Auseinandersetzung? 176
2.4.3. Naturwissenschaftlicher oder soziologischer Ansatz? 177
2.5. Mängelanalyse des innerbetrieblichen Arbeitsschutzes 178
2.6. Ergänzung des innerbetrieblichen Arbeitsschutzes durch betriebsbezogene Sozialversicherungspolitik 180

3. Gesundheitsvorsorge und Interessenvertretung am Arbeitsplatz – Erfahrungen aus Großbritannien

Fritz Böhle

3.1. Abwehr und Kontrolle von Leistungsanforderungen durch die Interessenvertretung im Betrieb 186
3.1.1. Zum Problem der Intensivierung der Arbeit 186
3.1.2. Zur Organisation und Strategie der gewerkschaftlichen Interessenvertretung im Betrieb 189
3.1.3. Inhalte und Ansatzpunkte der Interessenvertretung – Kontrolle und Abwehr von Leistungsanforderungen 193
3.2. Verhandeln statt Beraten – Gesetzliche Regelungen zum Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz und zur Interessenvertretung 197

D. Selbsthilfe und Selbsthilfebetriebe aus ökonomischer Sicht

Theo Thiemeyer

1. Selbsthilfe als alternative Organisationsform der Produktion von Gütern und Diensten 203
2. Soziale Gebilde der solidarischen Selbsthilfe als „Betriebe" 205
3. Vielfalt der Selbsthilfebetriebe 206
4. Selbsthilfebetriebe und Gemeinnützigkeit 207
5. Selbsthilfe und neoklassische Theorie 210
6. Einige finanzwirtschaftlich-verteilungspolitische Aspekte von solidarischer „Selbsthilfe" und „Hilfe zur solidarischen Selbsthilfe" 211

7. Förderung von Selbsthilfe als Substitution öffentlicher Ausgaben durch private Kosten 213
8. Einige verteilungspolitische Aspekte der familialen Selbsthilfe 214
9. „Selbsthilfediskussion" und „Privatisierungsdebatte" 215
10. Selbsthilfe und Transformationsgesetzlichkeit (Konvergenz) 215

E. Zur Systematisierung nicht-professioneller Sozialsysteme

Friedhart Hegner

1. Was bedeutet laienhaftes Handeln mit Bezug auf Gesundheit bzw. Krankheit? ... 219
2. Wodurch sind nicht-professionelle Sozialsysteme gesundheitsbezogenen Helfens gekennzeichnet? 225
3. Welches sind zentrale Merkmale der organisatorischen Binnenstruktur nicht-professioneller Sozialsysteme im Gesundheitsbereich? 234
4. Welche Formen des Umweltbezuges lassen sich bei nicht-professionellen Sozialsystemen im Gesundheitsbereich identifizieren? 243
5. Wie lassen sich die Überlegungen zu Typen gesundheitsbezogener Hilfesysteme in einen weiteren sozialpolitischen Zusammenhang stellen? 246

Register 255

A. Einleitung: Sozialpolitische Perspektiven

Bernhard Badura, Christian von Ferber, Jürgen Krüger, Barbara Riedmüller, Theo Thiemeyer, Alf Trojan

Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen ist der Sache nach nichts Neues. Die Pflege kranker Familienmitglieder, die Selbstbehandlung, die gegenseitige Hilfe unter Freunden und Nachbarn, ja die Gründung von Unterstützungskassen auf genossenschaftlicher Basis gehören zu den traditionellen Erscheinungsformen gesellschaftlicher Bewältigung von Krankheit (*Kohn/White* 1976). Sie den Selbstverständlichkeiten des Alltags zu entreißen, um sie zu einem sozialpolitischen Problem zu machen, bedarf besonderer Anlässe. Wenn der Selbsthilfe und der Selbstorganisation gegenwärtig Sozialpolitiker und Sozialwissenschaftler ihre Aufmerksamkeit zuwenden, dann ist dies nicht allein Ausdruck einer politischen Zeitströmung (*Gross* 1980).

Zwar wird die öffentliche Selbstdarstellung von Selbsthilfe und Selbstorganisation von einer allgemeinen Skepsis mitgetragen, die seit Ende der 60er Jahre der technischen Effizienz der medizinischen und sozialstaatlichen Dienstleistungen mißtraut und die eine Abhängigkeit von Versorgungseinrichtungen nicht länger als Entlastung, sondern eher als Bedrohung empfindet (*Flöhl* 1979). Auch finden allgemeinere politische Zielvorstellungen wie effektivere Machtkontrolle durch Demokratisierung und Verstärkung der Bürgerbeteiligung auf diesem Wege in das Gesundheitswesen Eingang (*Standfest* 1977).

Unabhängig aber von solchen zeitbedingten Veränderungen politischer Wahrnehmungsmuster, durch die die bis dahin als selbstverständlich angesehene Selbstbehandlung und gegenseitige Unterstützung im Krankheitsfall als ein sozialpolitisch bedeutsamer Vorgang gewertet wird, gibt es Wandlungen im Gesundheitswesen selbst, die der Selbsthilfe und Selbstorganisation eine sozialpolitische Perspektive eröffnen. Besondere Beachtung verdienen dabei der Wandel der Bedürfniskonstellationen, an denen sich die medizinischen und sozialen Dienstleistungen orientieren sollen, und die sozialstaatlich geförderte Expansion dieser Dienstleistungen selbst. Letztere spiegelt sich in wachsenden Ausgaben der Sozialhaushalte sowie in der Zunahme und Differenzierung der angebotenen Dienstleistungen.

Der Wandel der Bedürfniskonstellationen – häufig mit der zunehmenden Bedeutung chronisch-degenerativer Krankheiten beschrieben – meint das erwachende Interesse der Bürger an Unterstützung und an eigener Kompetenz im

Vor- und Umfeld akuter Krankheitsepisoden. Erfahrungen während der beiden zurückliegenden Jahrzehnte haben in der Bevölkerung zu zwei offenbar weit verbreiteten Einsichten geführt.

Den Krankheiten, die zum Tode und/oder zu lebensverändernden Behinderungen führen, kann mit größerem Erfolg begegnet werden, wenn sie früh erkannt werden oder wenn sich die Risiken beeinflussen lassen, die den Eintritt solcher Krankheiten begünstigen. Mit dieser Einsicht verbindet sich daher die Erwartung auf Gesundheitsvorsorge, sei es als Krankheitsfrüherkennung, sei es als Gesundheitsberatung, -bildung oder -erziehung, sei es als verstärkter Arbeitsschutz oder Schutz gegen andere umweltbedingte Gesundheitsgefahren.

Zum andern zeichnet sich die Grenze medizinisch-ärztlicher Interventionen bei der Bewältigung eingetretener Krankheiten deutlicher ab als bisher. Mit den Krankheitsfolgen, die den Lebensalltag und die Lebensperspektive der Patienten verändern, finden sich diese in der Regel allein gelassen. Die Erfahrung der Hilfsbedürftigkeit motiviert die Suche nach Fremdhilfe, aber auch nach angemessenen Techniken bei der Bewältigung von Alltagsproblemen des Krankseins, wie sie beispielhaft von Goffman als Stigma-Management vorgestellt werden.

Gesundheitsvorsorge und die Alltagsprobleme, vor die sich chronisch Kranke gestellt sehen, finden in dem Angebot an medizinischen und sozialpolitischen Dienstleistungen keine oder wenigstens keine adäquate Berücksichtigung (*Trojan/Waller* 1980). Ärzte, Krankenhäuser, Sozialleistungsträger tun sich schwer mit der Gesundheitsvorsorge und sind auf die Alltagsprobleme der Patienten nicht eingestellt. Auch stellt sich die Frage, ob hier nicht auch fremde Dienstleistungen an eine in der Sache liegende Grenze stoßen: Stellt ein von Berufs wegen erbrachtes oder – wie wir es mit einem sich einbürgernden Terminus benennen – ein „professionelles" Angebot an medizinischen und sozialen Dienstleistungen überhaupt einen geeigneten Lösungsweg dar, um Gesundheitsgefahren zu begegnen und Krankheitsfolgen zu verringern? (*Badura/Gross* 1976). Denn Gesundheitsvorsorge läßt sich nur zum geringeren Teil medizinisch begründen – das lehrt der andauernde Streit der Epidemiologen um die sogenannten Risikofaktoren für die Herz-Kreislaufkrankheiten – vor allem läßt sie sich nicht ärztlich verordnen. Ähnlich verhält es sich mit den Alltagsproblemen von Krankheiten und Behinderungen, auch sie liegen in der Regel außerhalb des Ziel- und Handlungsrahmens spezialisierter professioneller Dienstleistungen, zumeist auch außerhalb der Aufwandschwellen, die ökonomisch deren Einsatz rechtfertigen.

Der Wandel der Bedürfniskonstellationen reißt daher eine Lücke, die sich zwischen den Erwartungen der Bürger, ihre Gesundheit zu schützen und ihre Betroffenheit von Krankheit und Behinderung zu verringern, und der Leistungsfähigkeit der professionellen Dienstleistungen auftut. Diese Lücke wird gegenwärtig zum öffentlichen Ärgernis. Denn die Bereitstellung eines vermehrten Angebots an professionellen Dienstleistungen bildet seit jeher den zentralen Be-

standteil sozialpolitischer Programme: „Neuordnung sozialer Leistungen" 1955, „Sozialplan für Deutschland" 1957, „Sozialenquête" 1966, „Gesundheitsbericht" 1971, WSI-Studie zur Gesundheitssicherung 1971, „Sozialberichte" 1970ff. Die Enttäuschung über die Erfolglosigkeit vielversprechender Programme bereitet den Boden für Alternativen. Sie empfiehlt Selbsthilfe, Selbstorganisation und Bürgerinitiativen als Alternative zur staatlichen Sozialpolitik. Die Selbsthilfebewegung beansprucht ein Tätigkeitsfeld, auf dem die Institutionen der medizinischen Versorgung und die Sozialleistungsträger zu versagen scheinen oder sich nicht engagieren wollen. Selbsthilfe und Bürgerinitiativen erlangen öffentliche Aufmerksamkeit, weil ihr Engagement das sozialstaatliche Ärgernis anprangert, daß trotz wachsender Aufwendungen für medizinische und soziale Dienstleistungen wesentliche Erwartungen der Bürger nicht erfüllt werden. Hierin liegt die politische Chance der Selbsthilfebewegung. Sie wird in dem Maße an Boden gewinnen, wie vor- und paraprofessionelle Hilfen den Bürgern mehr Kompetenz geben, ihre Gesundheit zu erhalten und mit ihren Krankheiten und Behinderungen im Alltag zurecht zu kommen.

Ob und in welchem Umfange Selbsthilfe, Selbstorganisation und Bürgerinitiativen tatsächlich und auf Dauer gesehen neben dem professionellen Sozialleistungssystem ein neues sozialpolitisches Potential entfalten werden, ist derzeit sozialwissenschaftlich und sozialpolitisch eine offene Frage. Welchen Weg die Laienbewegung oder – wie ein neutraler Terminus sie benennt – die „nicht-professionellen Sozialsysteme" einschlagen werden, wenn das etablierte Versorgungssystem sich den veränderten Bedürfniskonstellationen anzupassen beginnt, ist Gegenstand einer kontroversen Diskussion. Dies umso mehr, als eine eingehende Beschäftigung mit den sehr verschiedenen Formen von Selbsthilfe und Selbstorganisation, die unter der wissenschaftlichen verfremdeten Bezeichnung „nicht-professionelle Sozialsysteme" hier vorgestellt werden, sehr rasch auf ganz unterschiedliche Deutungsmuster wissenschaftlicher und politischer Art stößt.

Eine Unterscheidung nach den sozialwissenschaftlichen Aspekten, unter denen gegenwärtig Selbsthilfe, Selbstorganisation und Bürgerinitiativen erforscht werden, dient nicht allein der besseren Übersicht, vielmehr kann dadurch der Gefahr begegnet werden, daß die Selbsthilfebewegung einseitig vereinnahmt wird. Denn es besteht ein verständliches Interesse daran, sich den innovativen Charakter des Selbsthilfegedankens zuzueignen, etwa als das geeignete Mittel zur Lösung lange anstehender Probleme: Kostendämpfung durch Laienmobilisierung, oder als Tatsachennachweis für die vermutete Krise der staatlichen Sozialpolitik: Alternative Politik durch Bürgerinitiativen oder als Neuauflage der „kleinen Gruppe" in Form von Selbsthilfegruppen usf. Unter dieser Interessenlage ist es nicht schwierig, eine Philosophie der Selbsthilfebewegung zu verfassen, in der sie als Versatzstück für vorgefertigte wissenschaftliche Denkmodelle Verwendung findet.

Wer sich vor naheliegenden Kurzschlüssen bewahren und sich ein realistisches Bild von der Tragfähigkeit „nicht-professioneller Sozialsysteme" machen will, wird sich der Zumutung multidisziplinären Denkens unterziehen müssen. Ihm bleibt es nicht erspart, die verschiedenen Zugangsweisen nachzuvollziehen, über die Wissenschaftler ein Bild von der Bedeutung, von den charakteristischen Eigenschaften der Selbsthilfebewegung zu zeichnen versuchen. Im folgenden stellen wir fünf Deutungsmuster vor, die jeweils die Selbsthilfe im Rahmen eines wissenschaftlichen Ansatzes diskutieren, sie systematischen Gesichtspunkten zuordnen.

Sozialpolitische Ortsbestimmung: Selbsthilfe, Selbstorganisation und Bürgerinitiativen entstehen innerhalb eines sozialpolitischen Systems. Sie sind eine Reaktion auf konkrete Erfahrungen mit den Sozialleistungssystemen. Ihre faktische Bedeutung als Reformstrategie läßt sich daher auf dem Hintergrund der Geschichte sozialpolitischer Reformansätze seit Gründung der Bundesrepublik verständlich machen.

Die *Defizitthese* geht von den Mängeln des Gesundheitswesens aus. Sie unterstellt, daß wesentliche Erwartungen der Bürger in die medizinischen und sozialen Dienstleistungen nicht erfüllt werden können, weil deren Organisation einer bedarfsadäquaten Versorgung entgegensteht. In diesem Sinne handelt es sich um strukturelle Mängel, deren Behebung einen neuen Ansatz erfordert. Können nicht-professionelle Sozialsysteme die Defizite der medizinischen Versorgung verringern?

Die *sozialepidemiologische* Begründung führt in doppelter Hinsicht auf die soziologischen Voraussetzungen der Selbsthilfe hin: wenn Selbsthilfe etwas Selbstverständliches ist, die Pflege kranker Familienmitglieder sich in der Regel von selbst versteht, der Schutz gegen Gesundheitsgefahren sich eigentlich im Alltag selbst herstellt, dann werden soziologisch gesehen zwei Fragen von Bedeutung: in welchen Situationen stellen sich diese Selbstverständlichkeiten nicht länger her? Und welche sozialen Bedingungen tragen die Selbsthilfe im problemlosen Vollzug des Alltags? Die Sozialepidemiologie macht deutlich, daß Selbsthilfe nicht voraussetzungslos ist. Kompetenz zur Selbsthilfe ist auch eine Eigenschaft von Personen, zugleich aber eine Qualität von primären Lebensbeziehungen, von „primären Netzwerken", wie sie der Soziologe in einem verfremdenden Ausdruck bezeichnet. Kompetenz zur Selbsthilfe als Qualität primärer Lebensbeziehungen ist in der Gesellschaft nicht gleich oder zufällig verteilt, auch hier gibt es defizitäre primäre Netzwerke!

Selbsthilfe, sofern sie gemessen an dem, was faktisch geschieht, diesen Namen auch verdient, erbringt wirtschaftliche Leistungen, Dienstleistungen, die, würden sie von Berufs wegen erbracht, einen Geldwert hätten. Sie wären wirtschaftliche Güter, die einen Umsatz verursachten bei den Sozialleistungsträgern, bei den dienstleistenden Ärzten, Krankenhäusern usf. Selbsthilfe im Gesundheitswesen bildet daher ein wichtiges Thema der *Gesundheitsökonomie*.

Und schließlich stellt sich die Frage nach dem politischen Selbstverständnis der Selbsthilfebewegung, nach ihrem Geltungsanspruch als Gegenmacht in einem Gesundheitswesen, das unter dem Einfluß mächtiger Interessenverbände steht. Bringt die Selbsthilfebewegung als direkte Aktion, als Bürgerinitiative, neue Formen einer direkten Bürgerbeteiligung ins Spiel? Erzeugt die unmittelbare Motivation, auf der sie beruht, eine *politische Gegenmacht* gegen die Herrschaft der Verbände?

Alle diese Überlegungen sind bei dem gegenwärtigen Forschungsstand vorläufiger Natur. Sie sind auf Bestätigung und Widerlegung hin angelegt. Daher wäre es unvertretbar, ihnen eine „Zusammenfassung" folgen zu lassen, sie in einer interdisziplinären Theorie der nicht-professionellen Sozialsysteme zu versammeln. Wer sich mehr Systematisierung erhofft, der möge das abschließende Kapitel des ganzen Bandes von F. Hegner „Zur Systematisierung nicht-professioneller Sozialsysteme" lesen, das Ansätze zur Typologie der Selbsthilfe vorstellt.

1. Sozialpolitische Ortsbestimmung

Kritik an der staatlichen Sozialpolitik ist so alt wie die staatliche Sozialpolitik. Dabei stehen sich seit Anbeginn zwei Positionen gegenüber: eine, die das staatliche Tätigwerden – grundsätzlich oder in seinem Maß – in Frage stellt und eine andere, die – prinzipiell oder situativ – das quantitative oder qualitative Ungenügen des jeweiligen sozialpolitischen Status quo angreift.

Innerhalb der gegenwärtigen Debatten um den Sozialstaat (nicht nur) in der Bundesrepublik Deutschland gewinnt nun offenbar eine Position zunehmend an Resonanz, die weithin übereinstimmend ihre Kritik gegenüber der sozialstaatlichen Verfassung gerade an deren zentralen Gestaltungsprinzipien festmacht: An ihrem dominant *monetären* Leistungscharakter, an der *juristisch-bürokratischen* Administration sowie an der *professionellen zentralistischen* Bereitstellung der sozialpolitischen Güter. Zugleich werden in der Kritik die Formen staatlicher Sozialpolitik im Umkehrschluß zu Richtungsanzeigern der unterschiedlichen radikal geforderten Neuorientierungen sozialpolitischer Aktion. Die neuen Stichworte lauten nun: Entmonetarisierung der Leistungen, Individualisierung und Entprofessionalisierung, Entstaatlichung oder positiv formuliert: Stärkung der kleinen sozialen Netze in Familie und Nachbarschaft, Reaktivierung der Selbsthilfe (*Pankoke/Nokielski/Beime* 1975, *Badura/Gross* 1976, *Badura/Gross* 1977).

In den folgenden Ausführungen soll versucht werden, zentrale Merkmale der staatlichen Sozialpolitik in der Bundesrepublik Deutschland, wie sie sich nach 1945 herausgebildet haben und wie sie parallel im Wissenschaftssystem reflektiert – bestätigt oder kritisiert – wurden, zu skizzieren. Vor diesem Hintergrund

wird es möglich, Prämissen und Konsequenzen der oben erst angedeuteten sozialpolitischen Reorientierungsforderungen im Sinne der Selbsthilfe-Strategie sowohl politisch-historisch wie wissenschaftsgeschichtlich zu verorten.

Die allgemeinste und zugleich wichtigste Grundlage des sozialstaatlichen Gestaltungsanspruchs wie der Gestaltungsverpflichtung der Sozialordnung in der Bundesrepublik ist das Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes (Artikel 20 und 28). Wie die entstehungsgeschichtliche Analyse dieser Verfassungsnorm belegt (*Hartwich* 1970), ist die Offenheit des Sozialstaatspostulats, also das weitgehende Fehlen positiver Rechtsnormen zur Ausgestaltung der Sozialordnung, Reflex der innenpolitischen Machtverhältnisse und außenpolitischen Einflußfaktoren im Nachkriegsdeutschland. Die Realisierung, und das heißt immer zugleich: die *Interpretation* des Verfassungsgebots der Sozialstaatlichkeit, ging damit nach der Etablierung der zentralstaatlichen Gewalt in der Bundesrepublik Deutschland auf den einfachen Gesetzgeber über.

Ihre Wahlerfolge erlaubten es den bürgerlich-konservativen Parteien nach 1945 ihre sozialpolitische Programmatik legislativ umzusetzen. Die grundgesetzliche Sozialstaatsforderung wurde in der Folge als „Soziale Marktwirtschaft", als „Sozialer Kapitalismus" (*Hartwich*) realisiert. Inhaltlich aufgefüllt wurde dieses Ordnungsmodell aus heterogenen Denktraditionen und Interessenpositionen, die in der neuen Parteigruppierung CDU/CSU repräsentiert waren (*Narr* 1966). Insbesondere neoliberales Ordnungsdenken und Elemente der christlichen Soziallehre konturierten in der Folge das Leitbild der Sozialpolitik für die CDU/CSU (*Becker* 1965). Konstitutiv, wenn auch in der Realität vielfach durchbrochen, wurden für dieses Leitbild die Organisationsprinzipien der Marktkonformität, der Äquivalenz von ökonomischer Leistung und sozialpolitischem Anspruch und der Subsidiarität. Gerade der aus der katholischen Soziallehre übernommene Subsidiaritätsgedanke, der die jeweils vorrangige Selbsthilfe – bzw. Sorgeverpflichtung der kleineren Sozialverbände vor dem (subsidiären) Eintreten übergeordneter Sicherungssysteme verlangt, war kompatibel mit ökonomisch-liberalem Ordnungsdenken; er ließ sich sowohl theoretisch wie politisch scheinbar problemlos mit diesem verschmelzen. Gleichwohl blieb auch in den innerparteilichen Auseinandersetzungen immer wieder kontrovers, ob eine enge oder weite Interpretation des Subsidiaritätsgedankens als Orientierungsmaßstab für eine realitätsbezogene Sozialpolitik unter spätkapitalistischen Existenzbedingungen angemessen war (*Nell-Breuning* 1957).

Die sozialpolitische Gesetzgebung, die sich im Prinzip an diesem Ordnungsmodell orientiert, bestätigte und verstärkte in der Folge das überkommene Sicherungssystem mit seiner Trägervielfalt wie auch die organisatorische Trennung von Versicherungssystemen, Versorgungseinrichtungen und Fürsorgeinstitutionen (Sozialhilfe).

Dabei zeigte sich die *ökonomische Fixierung* der staatlichen Sozialpolitik, das Postulat der Marktkonformität also, in doppelter Weise: In der geforderten

Nachrangigkeit gegenüber ökonomischen Systemerfordernissen und in der Integration sozialpolitischer Bedürfnisse, Ansprüche und Anreize in fiskalischen Verrechnungseinheiten, in Geld. Der homo oeconomicus wurde zum Leitbild der sozialpolitischen Praxis – *und* der diese Praxis rechtfertigend begleitenden sozialpolitischen Theorie. So formulierte Liefmann-Keil 1961, das erste Jahrzehnt der bundesdeutschen Sozialpolitik gleichzeitig resümierend wie bestätigend: „Die Sozialpolitik ist eine Politik der Einkommensverteilung geworden, ungeachtet mancher Ansätze und Bestrebungen, aus ihr eine Gesellschaftspolitik zu machen." Und: „Mit der These, die Sozialpolitik sei Politik der Einkommensverteilung, sei zugleich eine Betrachtungsweise und zwar die ökonomische ausgewählt." (*Liefmann-Keil* 1961, 1/2). Und auch noch im Jahr 1971 postulierten Külp und Schreiber entsprechend, daß die Behandlung sozialpolitischer Gegenstände im „besonderen Maße wirtschaftswissenschaftliche Kenntnisse" voraussetze (*Külp/Schreiber* 1971, 13).

Zu den wichtigen und frühen Versuchen, „gesellschaftspolitische" Dimensionen der Sozialstaatsentwicklung in der Bundesrepublik auszuloten und damit zugleich den begrenzten ökonomischen Thematisierungshorizont zu durchbrechen, gehören die Arbeiten Achingers. Sie treffen den hier interessierenden Zusammenhang darüber hinaus auch in spezifischer Weise. In seiner programmatischen wie bilanzierenden Schrift „Sozialpolitik als Gesellschaftspolitik" (*Achinger* 1958) thematisiert Achinger manifeste wie latente Folgen des entfalteten Systems sozialer Sicherung. Die „Institute" (*Achinger*), die bürokratisch-professionellen Verwaltungseinheiten des Sozialstaats, erhielten darin einen prominenten Rang. Sie sind die „Apparaturen des Vollzugs sozialer Geld- und Sachleistungen . . ., die Dauer besitzen, von eigenem Geist erfüllt sind und ihrerseits nach kurzer Zeit beginnen, die soziale Intention der Gesamtheit zu beeinflussen, zu deklarieren und zu steuern" (*Achinger* 1958, S. 102).

Achinger hatte damit sehr früh Stichworte formuliert, die in der einleitend angesprochenen jüngsten Sozialpolitik-Kritik im Horizont der Selbsthilfestrategie zentral sind: Die (weitgehende) Ablösung des „privaten, ehrenamtlichen Stils" in der sozialen Arbeit zugunsten der „Berufsarbeit" (Professionalisierung) und die faktische Umformung – im Sinne einer Generalisierung sozialer Tatbestände –, die die „Verrechtlichung aller sozialen Bezüge" bewirkt habe. Zwar sieht Achinger zum einen, daß dieser Verrechtlichung des sozialpolitischen Geschehens die „Sicherheit und Gleichmäßigkeit des Ablaufs" parallel geht. Die sozialen Kosten des juristisch-bürokratischen Rationalisierungsprozesses sind jedoch möglicherweise gravierend: Denn nun definiert die „Aktenlage" den sozialen Notstand, sie grenzt ein und schließt aus. Das Recht „vereinfacht und simplifiziert . . ., es opfert die größtmögliche Annäherung an die tatsächliche Situation, um Durchschnittsergebnisse sicher zu haben" (*Achinger* 1958, alle Zitate S. 105).

Achingers kritische Vorbehalte gelten auch für die 1966 erschienene Sozial-

enquête als einen in der bundesdeutschen Sozialpolitikdiskussion besonders prominent gewordenen Beitrag zur wissenschaftlichen (Sozial-) Politikberatung (*Krüger* 1975, S. 126ff.). Die wissenschaftlichen Autoren der Sozialenquête, zu denen kein Sozialwissenschaftler im engeren Sinne gehörte, bestätigten in ihrer ebenfalls ökonomisch-juristischen Orientierung das im Nachkriegsdeutschland entwickelte Sozialmodell explizit. Dies geschah angesichts breiter sozialwissenschaftlicher Kenntnisdefizite, wie auch einer der Mitautoren der Enquête später bekannte, als er feststellte, daß „einmal eine Sozialenquête ganz anderer Art anzufertigen d. h., einmal die Frage nach den sozialen Tatsachen aufzuwerfen" sei (*Achinger* 1967, S. 137). Von den Regierungsparteien konnte und wurde die Sozialenquête jedoch als *Bestätigung* ihrer sozialpolitischen Orientierungen nachdrücklich in Anspruch genommen. Auch in diesem Sinne hat also die akademische Sozialpolitik – und die Sozialenquête-Kommission war für sie repräsentativ – den in *sozialwissenschaftlicher* Hinsicht prekären Status quo der sozialpolitischen Debatte in der Bundesrepublik Deutschland verfestigt (*Krüger* 1975, S. 131 ff.).

Einen wichtigen Beitrag zu der von Achinger geforderten sozialwissenschaftlichen Analyse der etablierten sozialpolitischen Praxis bildet die Untersuchung Kaufmanns „Sicherheit als soziologisches und sozialpolitisches Problem" (*Kaufmann* 1970). Damit wurde erstmals theoretisch wie empirisch zum sozialwissenschaftlichen Thema gemacht, was die offizielle Sozialpolitik als von ihr realisiertes bzw. zu realisierendes Ziel bis dahin nur unproblematisiert unterstellte, nämlich „soziale Sicherheit" bei den Adressaten sozialpolitischer Aktion zu erzeugen.

Die Resultate der Kaufmannschen Arbeit veranlaßten 1970, also nach der Etablierung der sozial-liberalen Koalition in Bonn, das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, einen Forschungsauftrag „Zum Verhältnis zwischen Sozialversicherungsträgern und Versicherten" (*Kaufmann/Hegner/-Hoffmann/Krüger* 1971) zu vergeben. In dieser, als theoretische Problemexplikation verfaßten Studie über die Beziehungen zwischen organisierten Sozialsystemen und ihren nicht organisierten Publika wurden die Umrisse eines späteren, sehr ausdifferenzierten empirischen Forschungsschwerpunkts „Verwaltung und Publikum" an der Universität Bielefeld (*Grunow* 1978, *Hegner* 1978, *Grunow/Hegner/Kaufmann* 1978) skizziert.

Selbst zu diesem Zeitpunkt, zum Beginn der 70er Jahre war die sozialwissenschaftliche Bearbeitung sozialpolitischer Themen jedoch immer noch die Ausnahme (zur Ursachendiskussion: *Krüger* 1979), weiterhin dominierten Ökonomie und Jurisprudenz das sozialpolitische Terrain. Allerdings zeichnete sich allmählich der Beginn der (Wieder-)Entdeckung der Sozialpolitik durch die zeitgenössische Sozialwissenschaft ab, wobei allerdings, zunächst jedenfalls, diese Entdeckung nicht einem originären Interesse an der Sozialpolitik entsprang. Das Interesse an ihr war abgeleitet aus zwei allgemeinen sozialwissenschaftlichen

Forschungsbereichen: aus der staatstheoretischen Debatte einerseits und der Soziale-Indikatoren-Forschung andererseits. Die staatstheoretische Diskussion versuchte in der Sozialpolitik deren makrosoziologischen Voraussetzungen, die Grenzen und die Reichweite staatlicher (Reform-)Politik im Spätkapitalismus, Systemstabilität, Systemintegration und Sozialintegration zu formulieren (u.a. *Müller/Neusüß* 1970, *Habermas* 1973, *Narr/Offe* 1975, *Murswieck* 1976, *Lenhardt/Offe* 1977).

Die Wiederentdeckung des sozialpolitischen Gegenstandes im Rahmen der Soziale-Indikatoren-Forschung fand über den Import dieser Forschungsrichtung aus den USA statt (*Zapf* 1972, *Zapf* 1973). Dort war bereits in den 60er Jahren das verbreitete sozialwissenschaftliche Informationsdefizit staatlicher Politik in einem Ausmaß zum Thema und Arbeitsfeld reformierter Sozialwissenschaftler geworden, daß der Begriff Soziale-Indikatoren-*Bewegung* legitim erschien. Es gehört zu den offenkundigen Merkmalen auch gegenwärtiger Soziologieentwicklung in der Bundesrepublik, daß über die USA die professionsinterne Legitimität und Attraktivität von Arbeitsgegenständen gefördert wird. Denn wie oben angedeutet, waren frühere autonome Versuche in der Bundesrepublik, die Sozialwissenschaften für die jetzt von der Indikatorenforschung aufgenommene Arbeit zu gewinnen, weithin erfolglos geblieben. Inzwischen ist die soziale Indikatorenforschung in der Bundesrepublik zu einem etablierten Arbeitsschwerpunkt auch im Horizont der Sozialpolitik entwickelt worden. Sie verfolgt das Ziel, im Sinne einer Reformstrategie die institutionelle Sozialpolitik informierter zu organisieren. Die Breite – und zugleich die Heterogenität – der jüngeren sozialwissenschaftlichen Aufnahme des sozialpolitischen Gegenstandes dokumentierte der 18. Deutsche Soziologentag 1976 eindrücklich (*v. Ferber/Kaufmann* 1977): die Intensität des neuen sozialwissenschaftlichen Interesses an dem alten Gegenstand führte 1977/1978 zur Gründung einer Sektion Sozialpolitik in der Deutschen Gesellschaft für Soziologie.

In dieser Phase, während der sich das sozialwissenschaftliche Interesse an der Sozialpolitik verstärkt, entsteht eine neue Position, die nicht nur die staatliche Sozialpolitik besser machen will, sondern eine Alternative zur staatlichen Sozialpolitik eröffnet. Im Unterschied zu zeitlich parallelen theoretischen Richtungen, die sich als Soziologie *der* Sozialpolitik (Staatstheorie) oder als Soziologie *in der* Sozialpolitik (Indikatorenforschung) kennzeichnen lassen, verbindet sich diese Position mit einer Strategie praktischer Sozialpolitik, mit der Selbsthilfe. Damit kritisiert oder zumindest relativiert sie zugleich die Positionen, die die ökonomisch juristische Begrenztheit der überkommenen Sozialpolitik durch eine angemessene sozialwissenschaftliche Informationsbasis auflösen wollten und wollen. Denn die Diskussionsrichtung im Horizont der Selbsthilfe-Strategie will nicht die überkommene staatlich-institutionelle Sozialpolitik besser, das meint im Sinne der Indikatorenforschung: sozialwissenschaftlich informierter, organisieren. Für sie bildet es auch kein zentrales Anliegen, wie für das

staatstheoretische Interesse an der Sozialpolitik, die (system-spezifischen) Voraussetzung, Grenzen und Folgen staatlicher Politik auszuloten. Die Selbsthilfe-Strategie ist radikaler: Führte, wie hier in einem knappen Bogen angedeutet, seit Achingers Publikation „Sozialpolitik als Gesellschaftspolitik" (*Achinger* 1958) die sozialwissenschaftlich ausgerichtete Kritik am ökonomisch-juristischen Reduktionismus des institutionell verfaßten Sozialstaats zu der Forderung *in und mit* den sozialpolitischen Institutionen eine höhere sozialpolitische Rationalität zu realisieren, so setzt die Selbsthilfe-Strategie am Gegenpol an: Entstaatlichung, Stärkung der informellen kleinen sozialen Netze, kurz: Reaktivierung von Selbsthilfe-Potentialen lautet nun das Programm. Diese Konzeption geht, wie ersichtlich, an die Wurzel des etablierten Sozialstaats in zweifacher Weise. Zum einen behauptet die Selbsthilfe-Strategie, daß prinzipielle (nicht nur ökonomische) Leistungsschranken des überkommenen Sozialstaats erreicht seien. Und zum zweiten ist für sie die These zentral, daß die hoch-professionalisierte sozialpolitische Praxis, zumindest teilweise, erst die sozialpolitischen Bedürfnisse schaffe, auf die sie dann – und naturgemäß immer nur in den limitierten Grenzen ihrer eigenen Entwicklungslogik – bürokratisch-institutionell reagiere und mit dieser „entmündigenden Expertenherrschaft" (*Illich* 1979) zugleich die Basis für die Selbstperpetuierung des deformierenden Sozialstaats schaffe, in dem sie (noch bestehende oder aktivierbare) Selbsthilfe-Potentiale entmutige und zerstöre.

Das Thema der Leistungsdefizite überkommener Sozialpolitik ist, wie auch in diesem kursorischen Überblick sichtbar wurde, nicht neu. Neu ist, daß nun auch von Sozialwissenschaftlern, gerade nach ihrer Entdeckung des sozialpolitischen Gegenstandes, mit der Selbsthilfestrategie ein Programm favorisiert wird, das nicht mehr die Frage nach den Modifikationsnotwendigkeiten und Änderungsmöglichkeiten der *bestehenden* Systeme sozialer Sicherung stellt, sondern das darauf zielt, soziale Sicherung *ohne* oder bei doch geringer Dominanz staatlich-institutioneller Hilfe zu organisieren. Dabei ist unübersehbar, daß ein solches Programm zunächst mehr (Forschungs-)Fragen aufwirft, als es Antworten hinsichtlich der – bisher nur unterstellten – höheren Leistungsfähigkeit der ‚kleinen sozialen Netze' als zu (re)aktivierendes Strukturelement sozialer Hilfe bereithält.

So wird theoretisch und empirisch informiert bisher kaum erörtert (vgl. dazu jetzt: *Hegner* 1979), ob die (schon bei Achinger genannten) positiven Wirkungen einer institutionalisierten Sozialpolitik, ihre juristisch-bürokratische Verläßlichkeit, ihre Berechenbarkeit, ihre potentielle Informationsstärke wie auch die in ihren routinisierten Verwaltungsabläufen liegende Entlastungsfunktion für die Betroffenen ebenfalls durch Selbsthilfestrategien herstellbar sind.

Tatsächlich repräsentieren denn auch die gegenwärtig besonders resonanzstarken (vgl. beispielhaft *Strasser* 1979; *Dahrendorf* 1980), wissenschaftlich wie politisch heterogenen Stimmen zugunsten der Laisierungsstrategie *nur ein* Ar-

gumentationsspektrum innerhalb der sozialpolitisch interessierten Sozialwissenschaften. Andere Ansätze zielen dahin ein Programm *‚bürgernaher Sozialpolitik'* (*Kaufmann* 1977, *Kaufmann* 1979) zu konzeptualisieren. Es soll die Leistungsschwächen institutionalisierter und zentralisierter Sozialpolitik sowohl bei der Identifizierung von sozialpolitischen Bedürfnissen wie bei der Vermittlung sozialpolitischer Güter und Dienste eliminieren oder doch reduzieren, ohne das (zumindest potentielle) Leistungsvermögen organisierter Systeme sozialer Sicherung aufzugeben.

Daß die in Deutschland traditionsreiche Institution der sozialen *Selbstverwaltung* in den Sozialversicherungsträgern (zur Geschichte: *Tennstedt* 1975) ein bisher unausgeschöpftes Potential für die *Formulierung und Durchsetzung* einer (stärker) an den Interessen der sozialpolitischen Klientel orientierten Sozialpolitik berge, wird von anderen Sozialwissenschaftlern hervorgehoben (*Krüger* 1971, *v. Ferber* 1975, *Standfest* 1977, *Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut des DGB* 1977). So sieht von Ferber in einer *reformierten* sozialen Selbstverwaltung ein Organisationsprinzip, das erfolgversprechender, effektiver und verläßlicher als ein generalisiertes Laisierungskonzept Gefahren einer hochentwickelten und zentralisierten Sozialleistungsbürokratie zu reduzieren vermag, zugleich aber die Leistungsfähigkeit und Gegenmachtposition eines organisierten Systems sozialer Sicherung erhält: „Die Selbstverwaltung ist geeignet, durch Partizipation die Legitimationslücke zu schließen, die notwendigerweise mit einem zunehmenden staatlich-bürokratischen Einfluß entsteht; (sie ist geeignet), eine gleichberechtigte Inanspruchnahme herzustellen, indem sie die Interessen benachteiligter Gruppen wahrt (und sie ist in der Lage), eine Bedürfnisorientierung der sozialstaatlichen Leistungssysteme gegen die Eigeninteressen der Experto- und Technokratie durchzusetzen, indem sie Bedürfnisse der Leistungsempfänger feststellt und vermittelt" (*v. Ferber* 1975; S. 101).

Alle diese Überlegungen, gleich ob sie darauf abzielen, die bestehenden Organisationsformen effektiver, bürgernäher oder bedürfnisorientierter einzurichten oder ob sie die Bürger, die „Laien" selbst mobilisieren, ihnen mehr Kompetenzen geben, sie zur Selbsthilfe ermutigen wollen, müssen sich vor der Wirklichkeit bewähren. Es stellt sich daher die Frage nach den tatsächlichen Mängeln des derzeitigen Versorgungssystems: Welche Mängel gehen aus der ungeeigneten, den Versorgungsproblemen gegenüber unangemessenen Organisation des Gesundheitswesens bzw. der staatlichen Sozialpolitik hervor? Hier sind vor allem zwei immer wieder auch in der internationalen Literatur genannte Mängel zu nennen.

- die Vernachlässigung wichtiger Krankheitsgruppen
- die Vernachlässigung relevanter Versorgungsprinzipien.

Zur Behebung dieser Mängel – so lautet die These – sind nicht-professionelle Sozialsysteme eher imstande als das Dienstleistungsangebot der staatlichen Sozialpolitik.

2. Nicht-professionelle Sozialsysteme als Antwort auf Defizite der professionellen Gesundheitssicherung

Einen der wichtigsten Ansätze, das Entstehen bzw. das Aktivwerden nicht-professioneller Sozialsysteme zu erklären, stellt die Defizit-These dar. Nach dieser These werden nicht-professionelle Sozialsysteme immer dann aktiv, wenn die staatliche Sozialpolitik bzw. das professionelle Versorgungssystem Lücken und Mängel aufweist. Ganz zweifellos zeigt die wissenschaftliche und sozialpolitische Diskussion der letzten 10–15 Jahre, daß Versorgungsmängel und -lücken tatsächlich bestehen und daß sie auch zunehmend ins Bewußtsein der Öffentlichkeit gelangt sind.

Die Gründe für diese Entwicklung sind nicht – wie es manchmal scheinen könnte – einfach in Finanzierungsproblemen der Gesundheitssicherung zu suchen. Die tiefere Ursache liegt vielmehr in der *Verschiebung des Krankheitsspektrums von akuten zu chronischen Erkrankungen* einerseits und andererseits in dem *Verharren der professionellen Helfer in einem antiquierten Selbstverständnis als naturwissenschaftlich-technisch orientierte Heiler von Akutkrankheiten* (vgl. zusammenfassend *Trojan/Waller* 1980).

Aus dieser These läßt sich zweierlei ableiten: erstens, daß die Mängel und Lücken des professionellen Systems bei bestimmten Patientengruppen von chronisch Kranken besonders deutlich zu Tage treten werden und, zweitens, daß sich eine relative Vernachlässigung derjenigen Versorgungsprinzipien nachweisen lassen wird, die der Medizin *mehr* als naturwissenschaftlich-technisch-kurative Fähigkeiten abverlangen.

Im folgenden sollen zentrale Defizite der professionellen Gesundheitssicherung anhand dieser beiden Punkte – Vernachlässigung wichtiger Krankheitsgruppen und bestimmter Versorgkngsprinzipien – exemplarisch aufgezeigt werden.

Anschließend wird die Frage gestellt, in wieweit nicht-professionelle Sozialsysteme bestehende Lücken füllen und Mängel kompensieren können.

2.1. Vernachlässigung wichtiger Krankheitsgruppen

Der Begriff *„chronisch Kranke und Behinderte"* hat sich in letzter Zeit als eine Art Sammelbezeichnung eingebürgert, wenn diejenigen angesprochen werden sollen, die im bestehenden professionellen Versorgungssystem zu kurz kommen. Es läßt sich zwar feststellen, daß die Aufmerksamkeit für die Probleme bestimmter – volkswirtschaftlich besonders bedeutsamer – Gruppen von chronisch Kranken gewachsen ist (z.B. Herzinfarkt-, Krebs-, Rheumapatienten), insgesamt gesehen haben aber auch diese Patienten unter den bestehenden struktu-

rellen Mängeln zu leiden. Als allgemeine Probleme hervorzuheben sind besonders: die fehlende regionale Planung des Gesundheitswesens und die damit eng verknüpfte mangelnde Integration kurativer und rehabilitativer Dienste; die scharfe Trennung zwischen den drei Bereichen öffentliche, ambulante und stationäre Versorgung; der mangelnde Informationsfluß zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen; das Fehlen organisatorischer Verbindungen und persönlicher Kontakte zwischen medizinischen und sozialen Institutionen sowie häufige Zuständigkeitsprobleme und langwierige Gutachtenprozeduren der Sozialleistungsträger. Diese Probleme wirken sich besonders nachteilig aus für die etwa 25 bis 50% chronisch Kranker unter den stationären Patienten (vgl. z. B. *Koch/Jochheim* 1974; *Schubert/Füsgen* 1976).

Ein besonders hoher Anteil chronisch Kranker findet sich unter den *Alterspatienten*. Die oft unentwirrbare Verflechtung von medizinischen, psychischen und sozialen Problemen in dieser Gruppe ist allgemein bekannt. In einer Studie des WSI (1976) über die Lebenslage älterer Menschen in der BRD wird diese Aussage mit umfangreichem empirischen Material untermauert. Dabei sind die verwitweten älteren Haufrauen häufig diejenigen, deren materielle Lage und von Isolation gekennzeichnete psychische Situation uns besonders betroffen machen. – Ein Bericht aus dem BMJFG (Informationen Nr. 39 vom 29.9.1977) macht keinen Hehl aus der desolaten Situation hinsichtlich der Pflege alterskranker Menschen: Hohe Kosten in der stationären Pflege und in Altersheimen; die Mehrzahl pflegebedürftiger alter Menschen benötigt Sozialhilfe zusätzlich zu ihren Rentenzahlungen; trotz bekannter Defizite an ambulanten Pflegediensten weiterer Rückgang dieser Einrichtungen; mangelnde Qualität von Altenpflegeheimen; fehlende Möglichkeiten rehabilitativer Reaktivierung und daraus resultierende Fehlbelegung von Krankenhausbetten mit Pflegebedürftigen.

Als exemplarisch für alle diejenigen, die häufig ihr Leben den Errungenschaften der naturwissenschaftlich-technischen Medizin zu verdanken haben, dann aber mit den psychosozialen Folgen großer Operationen bzw. bleibender Behinderungen allein gelassen werden, sollen hier nur die *Krebspatienten* erwähnt werden. Eine Brustamputation, ein künstlicher Darmausgang, die Entfernung des Kehlkopfs, all dies schafft eine Vielzahl von Alltagsproblemen, die der Nichtbetroffene nicht nachfühlen und der Betroffene nicht allein bewältigen kann. Professionelle Helfer für diese Probleme stehen in aller Regel nicht zur Verfügung (z. B. Psychologen) oder in viel zu geringer Zahl (z. B. Sozialarbeiter im Krankenhaus und in der Nachsorge). Das medizinische Personal hat fast ausnahmslos verständliche, aber trotzdem beklagenswerte Ängste, über diese Probleme zu kommunizieren; der allgemeine Zeitmangel im Krankenhaus dient oft als plausible Entschuldigung, sich auf die rein medizinische Problematik zu beschränken (und dafür, daß der Patient vielfach gar nicht erst über die wahre Diagnose aufgeklärt wird).

Die desolate Situation *psychiatrischer Patienten* und ihre systematische Benachteiligung hat die Psychiatrie-Enquête (1975) in eindrucksvoller Weise belegt. Etwa 60% der fast 100000 Plätze in psychiatrischen Fachkrankenhäusern sind mit Langzeitpatienten (chronisch Kranken, seelisch und geistig Behinderten) belegt. Ihre Lebensumstände werden in der Enquête als „elend" und „menschenunwürdig" gekennzeichnet.

Eine sich kontinuierlich zuspitzende Problematik, die auch von den Medien stark beachtet wird, zeigt sich bei den *Alkohol- und Drogenabhängigen*. Quantität und Qualität der Versorgungsangebote stehen in einem krassen Mißverhältnis zum tatsächlichen Bedarf.

In engem Zusammenhang zu den psychiatrischen Patienten ist das *Klientel der ambulanten primärmedizinischen Versorgung* zu sehen. Eine neuere Untersuchung zeigt, daß bei ca. $^1/_3$ der Patienten psychiatrische Diagnosen von Allgemeinärzten gestellt werden. Bei den allgemein hohen Raten von 30–60% psychosozialen und funktionellen Beschwerden (vgl. als Übersicht z.B. *Speidel* 1972) und der andererseits nur wenige Minuten dauernden Sprechstundenzeit, die für den einzelnen Patienten zur Verfügung steht (z.B. *Ahrens* 1976), können nur sehr wenige „Fälle" eine Hilfe bei ihren persönlichen und sozialen Problemen erhalten (vgl. a. *Saekel* 1978).

2.2. Vernachlässigung relevanter Versorgungsprinzipien

Die Defizite der momentanen Versorgung lassen sich auch aufzeigen, indem man die Vernachlässigung einiger besonders wichtiger Grundprinzipien der Gesundheitssicherung nachweist. Ursache dieses Problems ist die Dominanz des naturwissenschaftlichen Krankheitskonzepts mit seiner *Überbetonung der kurativen Medizin*, seiner tendenziellen *Blindheit gegenüber psychosozialen Entstehungs- und Verlaufsfaktoren, seiner Konzentration auf Krankheit statt Krank-Sein*. Der Patient gerät immer nur als Objekt oder als Träger eines Symptoms, als der „Infarkt" usw., in ein hochroutinisiertes Dienstleistungssystem; seine Wünsche, Ängste, seine Vorstellungen über Gesundheit/Krankheit, seine Lebensumstände finden in diesem System keine Beachtung.

Die einseitig naturwissenschaftlich-technische Ausrichtung der Medizin hat insgesamt zu einer *Vernachlässigung des Präventionsprinzips* geführt; so entfielen 1972 nur 6,7% aller Gesundheitsleistungen im Sozialbudget der BRD auf Prävention, meist Früherkennung (*BMJFG*, 1977), 1980 nur 5,8% (*Sozialbericht* 1980, S. 85). Programme zur Gesundheitserziehung haben die instrumentelle Haltung der Medizin, in der menschliches Fehlverhalten lediglich als ein Störfaktor betrachtet wird, bislang kaum überwinden können.

Unzulänglich ist besonders die Verhütung von Krankheiten am Arbeitsplatz, wo präventive Maßnahmen auf Grund von Kosten-Nutzen-Erwägungen nur

sehr eingeschränkt angewendet werden. In den Statistiken der Rentenversicherung zeigen sich besonders deutlich die Gesundheitsgefährdungen des Arbeitslebens bzw. des Arbeiterlebens: 1972 erfolgten noch 50–60% aller Rentenzugänge in der Altersgruppe von 60–64 Jahren wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit (*Kulpe* 1977). *Ricke, Karmaus* und *Höh* (1977) weisen nach, daß das Schicksal der Frühinvalidität die Gruppe der Arbeiter nicht nur häufiger als Angestellte, sondern auch früher trifft und von weiteren Grobindikatoren der sozialen Lage, wie Einkommen und Wohngebiet abhängig ist.

Ursache der Frühinvalidität sind am häufigsten chronische Krankheiten. Für chronische Krankheiten lassen sich allgemein fast ausnahmslos soziale Faktoren als die wesentlichsten Entstehungsbedingungen ausmachen. Die Hauptgruppen solcher sozialen Faktoren sind: Umweltschäden (wie z. B. Luftverschmutzung), physikalisch-chemische Arbeitsplatzeinflüsse, psychosozialer Streß (durch einseitige An- und Überforderungen) und – meist als Folge des eben genannten Faktors – schädliche Konsumgewohnheiten (wie z. B. Rauchen, Fehlernährung, Medikamenten- und Alkoholkonsum). Die Vernachlässigung der Prävention im Arbeits- und Lebensbereich führt zu einem vom professionellen System nicht zu bewältigenden Anstieg chronischer Krankheiten.

Die Vernachlässigung der psychosozialen Dimension zeigt sich auch in der starken *Kritik am Kommunikationsmangel in der medizinischen Versorgung und an der Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung*. Die Kritik an der Macht des medizinischen Experten stellt einen zentralen Punkt in der Diskussion um Mängel der bestehenden Gesundheitsversorgung dar.

Siegrist (1978) hat dies durch Untersuchung von Visitengesprächen im Krankenhaus nachgewiesen. *Engelhardt/Wirth* und *Kindermann* (1973) haben entsprechende Ergebnisse in einer anderen Arbeit über 120 Patienten aus der stationären Versorgung berichtet; ihre Arbeit trägt den Untertitel „Zur Ergänzungsbedürftigkeit naturwissenschaftlich-technischer Medizin". *Dubach/-Rechenberg* (1977) befragten 96 ambulante Patienten: Nur 76 konnten die Diagnose des Arztes richtig wiedergeben; die Hälfte der Patienten fand die Erklärung des Arztes nicht verständlich (häufigster Grund: zuviele lateinische Fremdwörter). Eine Reihe von Arbeiten (zit. nach *Breitkopf u.a.* 1980, S. 54/55) belegt, wie wichtig die Berücksichtigung der psychosozialen Dimension gerade bei chronisch Kranken ist:

Nach der Studie von *Majou* (1976) bei Infarktpatienten und der Studie von *Magarey/Todd/Blizard* (1977) bei brustamputierten Patientinnen konnte festgestellt werden, daß die Patientenzufriedenheit und das Ausmaß der Compliance dann weitaus größer waren, wenn der jeweilige Arzt über den körperlichen Genesungsprozeß hinaus Interesse am psychischen Bewältigungsprozeß des Patienten zeigte.

In einer anderen Untersuchung wurde bei Multiple-Sklerose-Patienten und deren Familien über 2 Jahre hindurch zusätzlich zur medizinischen auch eine

psychosoziale Betreuung durchgeführt. Das genaue Wissen um die Krankheit wirkte sich in vieler Hinsicht positiv aus: die Krankheit wurde berechenbarer, und die Zukunft konnte besser geplant werden.

Durch das Verständnis, das man ihnen entgegenbrachte, akzeptierten der Patient und seine Familie eher die Folgen und Auswirkungen der Krankheit auf das tägliche Leben. Die Bereitschaft, nicht nur die Therapievorschläge zu befolgen, sondern auch Eigeninitiativen zur Krankheitsbewältigung zu entwickeln, nahm erheblich zu (*Power/Sax* 1978).

Möglicherweise lassen sich viele der angesprochenen Defizite auf einen weiteren Mangel zurückführen: das völlige *Fehlen irgendwelcher Partizipationsmöglichkeiten für Patienten*. Während in den USA zahlreiche Gesetze für die Gesundheitsplanung die Mitwirkung und teilweise eine echte Mitbestimmung der „Konsumenten" gesundheitlicher Dienstleistungen vorsehen, ist dies in der Bundesrepublik allein den vielfältigen „Experten" vorbehalten. Auch für die englischen „Gemeindegesundheitsräte" (community health councils) gibt es in der BRD nicht einmal andeutungsweise irgendwelche Parallelen (vgl. *Trojan* 1980).

Die fehlenden Partizipationsmöglichkeiten sind durch die organisatorische Struktur des Gesundheitswesens bedingt. Es gibt keine regionale Gliederung und daher auch *kaum Ansätze für eine gemeindenahe Versorgung*. Das Konzept der gemeindebezogenen Gesundheitssicherung ist in vielen Ländern zumindest für den psychiatrischen Bereich schon weitgehend Praxis geworden; auch in der BRD wird es in der Enquête als Leitgedanke für die psychiatrische Versorgung gefordert. In welchem Maße dieses Prinzip generell für den gesamten Bereich der Gesundheitssicherung – also auch organischer Erkrankungen – nötig ist, wird in einem Grundsatzpapier der WHO deutlich, das auf die Weltkonferenz über „primary health care" 1978 in Alma Ata zurückgeht (vgl. *Kaprio* 1980). Gemeindenahe Gesundheitssicherung bedeutet vor allem: Prävention im Arbeits- und Lebensbereich des Patienten, Kenntnis und Verständnis seiner psychosozialen Situation als Voraussetzung umfassender Behandlungs- und Rehabilitationsbemühungen sowie die Aktivierung der Patienten bzw. Bürger zur Wahrnehmung und Vertretung ihrer gesundheitlichen Interessen.

2.3. Ausgleich der Defizite durch nicht-professionelle Sozialsysteme?

Für viele der vernachlässigten Krankengruppen bzw. Versorgungsprinzipien liegt es nahe, daß nicht-professionelle Sozialsysteme eine Antwort auf ungedeckte Bedürfnisse und Bedarf darstellen könnten.

Bei der Bewältigung von Krankheiten, insbesondere chronischen Behinderungen, haben *primäre Sozialsysteme wie Familie, Bekannte und Nachbarschaft* in der Vergangenheit immer eine große Rolle gespielt. Daß es Ansätze gibt, die-

ses Potential an Hilfe wieder stärker anzuerkennen und systematischer zu nutzen, wird in allen Beiträgen des Kapitels B in diesem Band deutlich.

Die meisten der heutigen *Selbsthilfezusammenschlüsse* stellen relativ neue soziale Gebilde dar. Bei ihnen drängt sich am unmittelbarsten der Gedanke auf, daß sie als Reaktion auf Mängel des Versorgungssystems entstanden sind: Die ersten dieser Zusammenschlüsse sind von Personen gebildet worden, die man als am stärksten vernachlässigt ansehen kann: von den Behinderten und chronisch Kranken, den Alkohol- und Drogenabhängigen, den psychiatrischen Patienten und denjenigen, die an Lebensproblemen psychischer und sozialer Art leiden. Auch die quantitative Verteilung der Selbsthilfegruppen in Hamburg bestätigt, daß vor allem in *den* Bereichen viele Zusammenschlüsse entstanden sind, wo die Hilflosigkeit der professionellen Helfer gegenüber den psychosozialen Komponenten der Krankheit am krassesten ist (*Behrendt u.a.* 1980, S. 19ff.).

Auch die übrigen vom professionellen System vernachlässigten Prinzipien finden sich in Selbsthilfegruppen als Leitgedanken wieder: Die Prävention psychischer und psychosomatischer Störungen spielt eine wesentliche Rolle in denjenigen Gruppen, die sich zur Bewältigung von Lebensproblemen (wie z. B. Einsamkeit, Paarproblemen, mangelnder Selbstsicherheit etc.) zusammenfinden. In diesen Gruppen stehen Gespräche über emotionale und soziale Probleme im Vordergrund; das Prinzip gegenseitiger Hilfe verhindert eine Asymmetrie der Kommunikation wie sie in der Arzt-Patient-Beziehung vorherrschend ist.

Auch Mitwirkung bei der Verbesserung der Gesundheitsversorgung wird auf dem Wege der Selbsthilfe in Gruppen erreicht. Beispiele sind etwa das Aktionskomitee „Kind im Krankenhaus", Patientenschutzverbände, die selbstorganisierten Beschwerdestellen für psychiatrische Patienten (z.B. „Sozialistische Selbsthilfe Köln") oder die Frauengruppen zur Abschaffung des § 218. Letztere können als eine Art Schrittmacher, nicht nur für andere Frauengruppen mit Selbsthilfecharakter gelten, sondern für die Selbsthilfebewegung ganz allgemein. Auch bezüglich der Frauen stimmt die „Defizit-These", daß die benachteiligsten Gruppen die meisten und vielfältigsten Selbsthilfegruppen hervorgebracht haben.

Die neuentfachte Diskussion um die Gestaltung der Selbstverwaltung der Sozialleistungsträger betont ebenfalls die Notwendigkeit, den Laien, den Bürger für seine gesundheitlichen Belange zu aktivieren. Der Vorschlag regionaler Arbeitsgemeinschaften, in denen die Sozialversicherten mit Stimmenmehrheit vertreten sind, würde einer institutionalisierten „Konsumenten"-Mitbestimmung auf Gemeindeebene gleichkommen (vgl. *WSI* Studie Nr. 35 1977).

Die Dezentralisierung bzw. Gemeindeorientierung der professionellen Versorgung als Voraussetzung für die Aktivierung und „Anbindung" nicht-professioneller Sozialsysteme wird in den ersten Beiträgen des Kapitels B deutlich; sowohl die Sozialstationen als auch die gemeindepsychiatrischen Dienste sind auf geographisch und sozial definierte Einzugsbereiche ihrer Klientel bezogen. Eine