

Johann Behrens // Andreas Weber // Michael Schubert (Hrsg.)

Von der fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe?

Beiträge zur Transformation des
Gesundheits- und Sozialsystems nach 1989



Verlag Barbara Budrich



Von der fürsorglichen Bevormundung über
die organisierte Unverantwortlichkeit zur
professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe?

Johann Behrens
Andreas Weber
Michael Schubert (Hrsg.)

Von der fürsorglichen
Bevormundung über die
organisierte Unverantwortlichkeit
zur professionsgestützten
selbstbestimmten Teilhabe?

Beiträge zur Transformation des
Gesundheits- und Sozialsystems nach 1989

Verlag Barbara Budrich
Opladen • Berlin • Toronto 2012



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Rechte vorbehalten.

© 2012 Verlag Barbara Budrich, Opladen, Berlin & Toronto
www.budrich-verlag.de

ISBN 978-3-86649-499-2

eISBN 978-3-86649-521-0 (eBook)

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Umschlaggestaltung: Walburga Fichtner, Köln

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	7
--------------	---

TEIL I: Die Transformation von fürsorglicher Bevormundung zur organisierten Unverantwortlichkeit ...

1	„Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen!“ – Rehabilitation und Pflege nach dem Systemumbruch <i>Johann Behrens, Christiane Becker, Almuth Berg, Steffen Fleischer, Gero Langer, Katrin Parthier, Michael Schubert, Yvonne Selinger, Markus Zimmermann, Andreas Weber</i>	15
2	Betriebszentrierte Gesundheits- und Sozialpolitik in der DDR: Rehabilitation und Reintegrationsmechanismen vor der Transformation <i>Michael Schubert, Susanne Weidemann, Anke Höhne, Steffen Fleischer, Almuth Berg, Markus Zimmermann, Christiane Becker, Yvonne Selinger, Johann Behrens</i>	43
3	Rehabilitative Inklusion versus Exklusion durch organisierte Unverantwortlichkeit am Beispiel der Rehabilitation nach Schlaganfall <i>Christiane Becker, Silke Lorenz, Susanne Saal, Michael Schubert, Markus Zimmermann, Johann Behrens</i>	73
4	Bedarfsgerechte Steuerung und Qualitätsentwicklung der stationären Langzeitpflege – Eine rationalisierungstheoretische Untersuchung am Beispiel des Resident Assessment Instrument (RAI) <i>Christiane Becker, Johann Behrens</i>	91
5	Erwerbsbezogene Inklusion und gesundheitsbedingte Exklusionsrisiken gesundheitlich beeinträchtigter Menschen am Beispiel institutioneller Strukturen und Prozesse der Arbeitsverwaltung <i>Michael Schubert, Johann Behrens</i>	123

TEIL II: ... zur professionsunterstützten selbstbestimmten Teilhabe

6	Blieb nach 1989 nur die Diätetik als Lehre richtigen Lebens übrig? Das Funktionssystem der Krankenversorgung, das Funktionssystem pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung und die Nebenwirkungen von Gesundheitsaposteln auf soziale Ungleichheit <i>Johann Behrens, Markus Zimmermann, Yvonne Selinger, Christiane Becker, Almuth Berg, Steffen Fleischer, Michael Schubert, Gero Langer, Andreas Weber</i>	157
---	---	-----

7	Die „Gesellschaft der Individuen“ geht „in Rehabilitation“: Medizinische Rehabilitation in Zeiten der Individualisierung <i>Andreas Weber, Johann Behrens</i>	185
8	International vergleichende Analyse von Leitlinien zur Rehabilitation nach Schlaganfall – als Strategie der Unterfütterung alltäglicher, professionell an je einzigartigen Patienten orientierter Pflege mit externer Evidence <i>Almuth Berg, Steffen Fleischer, Andreas Weber, Gero Langer, Johann Behrens</i>	203
9	Pflege im Kontext von Differenzierungsprozessen im System der Krankenbehandlung <i>Markus Zimmermann, Anja Bathe, Johann Behrens</i>	215
10	Inkludierende individuelle Indikation und die handlungswissenschaftliche Rationalisierungsstrategie der Evidence-Basierung: Jedem nach seinen Bedürfnissen <i>Johann Behrens, Gero Langer, Almuth Berg, Steffen Fleischer</i>	259
11	Soziologie der Pflege und Soziologie des Professions-Systems „pflegerische Unterstützung“ <i>Johann Behrens, Almuth Berg, Steffen Fleischer, Gero Langer, Andreas Weber</i>	273
12	Auf dem Weg zur selbstbestimmten Teilhabe trotz Pflegebedürftigkeit in europäischen Ländern <i>Yvonne Selinger, Andreas Weber, Johann Behrens</i>	293
	Literaturverzeichnis	307
	Publikationsliste des Teilprojekts C 5 des SFB 580 von 2004 - 2011	353
	Abbildungsverzeichnis.....	368
	Autorenverzeichnis	370

Vorwort

Die Geschichte, die in den Kapiteln dieses Buches über die gesellschaftliche Entwicklung nach dem Systemumbruch 1989 erzählt wird, ist einfach. Aber ihr Ende ist offen: „Von fürsorglicher Bevormundung über organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsunterstützten selbstbestimmten Teilhabe?“

Die Jahre um 1989 haben sich zumindest in Europa als eine Sattelzeit erwiesen, vergleichbar einer Wasserscheide im Gebirge, von der ab Flüsse für geraume Zeit in eine andere Richtung fließen. Zwei Ausdifferenzierungsschübe kamen zusammen und verstärkten sich. Zum einen die Ausdifferenzierung der Sphären der Gerechtigkeit. Mit dem befreienden Umbruch der Institutionen der Comecon-Staaten gewann das Versprechen der Marktwirtschaft, durch ihre Orientierung an Kaufkraft besser als staatliche Politik die Bedürfnisse selbst bestimmender Bürger erfüllen zu können, in ganz Europa Glaubwürdigkeit. Sie hielt bis zur Lehmann-Pleite und hält vielerorts noch lange danach. Damit differenzierte sich der Geltungsbereich der Norm Jedem nach seinen Bedürfnissen (also völlig unabhängig von seiner Kaufkraft), jeder nach seinen Fähigkeiten (Mitteln) aus und spezialisierte sich auf ein Funktionssystem der Gesellschaft, das System der Krankenversorgung. So selbstverständlich und legitim es wurde, dass Glücksgüter wie Autos, Häuser, Restaurantbesuche, Reisen und andere der Person zukommen, die sie sich finanziell leisten kann, so selbstverständlich wurde es umgekehrt, dass notwendige pflegerische, therapeutische und medizinische Dienste keinesfalls nach der Kaufkraft, sondern nur nach dem individuellem Bedürfnis verteilt werden (dürfen). Sie nach Kaufkraft zu verteilen, stellt in den meisten Gesellschaften einen Tabubruch dar, der zwar oft, aber nur heimlich begangen und eigentlich nie in Gesetzestexten offengelegt wird. Hierbei ist der Unterschied der immer höchstindividuell zu dosierenden Krankenversorgung zu sicherheitsbezogenen öffentlichen Gütern (wie einem Deich oder dem Bundesgrenzschutz) wichtig: Während niemandem, der hinterm Deich oder dem Bundesgrenzschutz lebt, der Schutz des Deiches oder des Bundesgrenzschutzes individuell entzogen werden kann (ohne dass auch alle Nachbarn überflutet werden), ist Krankenbehandlung ein höchst individuelles Gut, das jedem nach seinen individuellen Bedürfnissen zuteil werden muss, soll es überhaupt wirken. Die gleichzeitige Geltung der Verteilungsregeln „Jedem nach seiner Kaufkraft“ und „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ in nebeneinander liegenden Systemen derselben Gesellschaft erzeugt eine ständige Dynamik und lässt an den Grenzen des System der Krankenversorgung fürsorgliche Grenzwächter erwarten, die wir auch tatsächlich fanden. Für soziologische und politologische Selbstbeschreibungen moderner Gesellschaften wurde das System der Krankenversorgung zum zentralen Referenzsystem für Bedarfsgerechtigkeit. Keine politologische, keine soziologische Theorie der

Gesellschaft kommt mehr ohne einen zentralen Bezug auf die Systeme der Krankenversorgung und der pflegerischen Gesundheitsförderung aus. Dazu trug auch bei, dass alle anderen detaillierten Lehren des richtigen Lebens (religiöse, nationalökonomische u.a.) schon vor 1989 an Autorität verloren hatten und nahezu als einzige die Diätetik, die pflegerische Lehre vom gesunden Leben, übrigblieb.

Diese Ausdifferenzierung verstärkte nach 1989 ein zweiter Ausdifferenzierungsschub. In der DDR wie in den Comecon-Ländern hatten die Betriebe multifunktional viele Aufgaben und kulturelle (Integrations-)leistungen mitzubedenien, die in der BRD und den meisten OECD-Staaten auf spezielle Einrichtungen verteilt waren. Nach 1989, mit der Insolvenz oder dem Verkauf der Kombinate, wurden viele dieser Aufgaben und kulturellen Integrationsansprüche aus den Betrieben ausdifferenziert. Aus betrieblichen Kontexten wurden sie zu speziellen öffentlich-staatlichen sowie privaten Einrichtungen und in die zivilgesellschaftliche Sphäre externalisiert. Die ausdifferenzierten Einrichtungen, die es in kleinerem Maßstab vorher schon gegeben hatte, wuchsen enorm mit ihren je speziellen Funktionen. Hatten viele Bürger die bisherige betriebszentrierte Form staatlicher Sozialpolitik, die ihnen ihren Bedarf zumaß, als fürsorgliche Bevormundung wahrgenommen, so sahen sie sich nach der Befreiung 1989 zunehmend einer Vielzahl von Einrichtungen gegenüber, die jede nur für eine eng begrenzte Aufgabe verantwortlich war. Den Zusammenhang dieser Einrichtungen hatten die individuellen Nutzer in ihrem Leben herzustellen, sofern er sich überhaupt als herstellbar erwies und die Bedürftigen nicht zwischen alle Zuständigkeiten fielen. Tendenzen zu einer hochdifferenzierten, hochorganisierten Unverantwortlichkeit wurden unverkennbar.

Die Tendenz zu organisierter Unverantwortlichkeit war allerdings auch in der BRD schon vor 1989 kritisiert worden. Insofern trifft der Buchtitel des Historikers Ritter „Die Krise des Sozialstaats als Preis der Einheit“ vielleicht einen verbreiteten Zeitgeschmack, aber nicht die Realität des Sozialstaats der Bundesrepublik vor der Vereinigung. Die Krise war schon vorher da. Die Übertragung von Institutionen aus der alten Bundesrepublik in die neuen Länder erschien schon 1990 als nicht ganz den Erkenntnissen angemessen, die bereits in der alten Bundesrepublik zur Kritik an der organisierten Unverantwortlichkeit geführt hatten. Im SFB 580 benutzen wir dafür den etwas sperrigen Begriff der doppelten Transformation. „Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, dass die institutionelle Transformation Ostdeutschlands nach westdeutschem Vorbild unter den Bedingungen sich weltweit verflechtender und verändernder politischer und ökonomischer Verhältnissen erfolgte, die ihrerseits auch die überlieferten institutionellen und kulturellen Rahmenbedingungen des Westens unter Reformdruck setzen“ (Rosa/Schmidt 2012).

Die Kritik sowohl an der fürsorglichen Bevormundung als auch an der organisierten Unverantwortlichkeit im Sozialstaat hat eine Reihe von Rationalisierungsstrategien (im Sinne Max Webers) im Sozialstaat ausgelöst, die individuelle Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben der Gesellschaft (§ 1 Sozialgesetzbuch IX) professionsgestützt verwirklichen sollen. Durch Orientierung am individuellem Bedürfnis (denn nur um einen Bedarf, der ein Bedürfnis ist, bemühen sich Bedürftige selber) sollen Professionen Über-, Fehl- und Unterversorgung vermeiden helfen. Unter diesen auf Bedürfnisgerechtigkeit zielenden Rationalisierungsstrategien ist die Strategie der Evidencebasierte besonders typisch.

Diese Strategien von der fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsunterstützten selbstbestimmten Teilhabe sind der Gegenstand dieses Buches. Wie und ob diese Strategien realisiert werden, ist offen. Das Buch hat zwei Teile. Der erste befasst sich mit den Entwicklungen von der fürsorglichen Bevormundung zur organisierten Unverantwortlichkeit. Der zweite erörtert die Tendenzen zur professionsunterstützten selbstbestimmten Teilhabe. Alle Autorinnen und Autoren dieses Bandes forschen im Projekt C 5 (mit dem unhandlichen Titel „Rehabilitation zwischen Transformation und Weiterentwicklung - Individualisierung und Differenzierung von Rehabilitation im Falle gesundheitsbedingter Exklusionsrisiken in Ost- und Westdeutschland, Schweden, Schweiz, Italien und Tschechien“) des DFG-Sonderforschungsbereichs 580 „Gesellschaftliche Entwicklungen nach dem Systemumbruch“. Die DFG förderte das Projekt von Ende 2004 bis Anfang 2012 mit 1,5 Pflege- und Therapiewissenschaftlerstellen und Sachmitteln, das Land Sachsen-Anhalt unterstützte das Projekt mit einer weiteren halben Wissenschaftlerstelle. Für diese beiden befristeten Stellen für Pflege- und TherapiewissenschaftlerInnen sei der DFG und dem Land Sachsen-Anhalt gedankt. Während sich die empirischen Ergebnisse der Projektgruppe in den weit über 120 pflege-, therapie- und rehawissenschaftlichen Publikationen finden, die von 2004 bis 2011 erschienen und im Anhang aufgeführt sind, konzentriert sich dieses Buch auf Argumente für gesellschaftstheoretisch interessierte Leserinnen und Leser aus allen Disziplinen, die sich bisher nicht besonders für Pflege- und Therapiewissenschaften interessierten.

Das erste Kapitel ist das Einleitungskapitel. Unter dem Titel „Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen! – Rehabilitation und Pflege nach dem Systemumbruch“ skizziert es die Relevanz des Themas für die soziologische und politologische Reflexion moderner Gesellschaften – und begründet, warum gerade Rehabilitation und Pflege zum Testfall dafür wurden. Das zweite Kapitel rekonstruiert die fürsorgliche Bevormundung in der Betriebszentrierung der DDR-Sozialpolitik. Dabei stellt es sich den Fragen, die eine allzu lineare Version der Entwicklung in Zweifel ziehen: Handelte es sich in der DDR um betriebliche Sozialpolitik oder lediglich um

betriebliche Verwaltung staatlicher Sozialpolitik? Weiter war in Auseinandersetzung mit der Institutionenökonomie A.O.Hirschmanns die Frage zu erörtern, ob Betriebszentrierung der Sozialpolitik mit dem Kapitalismus schlecht vereinbar ist oder im Gegenteil gerade im Kapitalismus immer wieder erzeugt wird. Das dritte Kapitel schließt zeitlich an das DDR-Kapitel an. Es diskutiert am Beispiel der Rehabilitation nach Schlaganfall, wieweit die neu verbreiteten Institutionen der Rehabilitation Inklusion, also Selbstbestimmung und Teilhabe an der Gesellschaft bedarfsgerecht gefördert haben oder aber ob sie Exklusionsrisiken durch organisierte Unverantwortlichkeit (Zuständigkeitszersplitterung) erhöhen. Das vierte Kapitel leitet schon zu Rationalisierungsstrategien über, die durch individuelle Bedarfsgerechtigkeit (jedem nach seinen Bedürfnissen) Über-, Fehl- und Unterversorgung reduzieren sollen. Dafür ist Pflege nach der Pflegeversicherung besonders einschlägig – und das in 35 Ländern gesetzlich vorgeschriebene bzw. erprobte Resident Assessment Instrument ist besonders geeignet, diese Rationalisierungsstrategie einer bedarfsgerechten Steuerung und Qualitätsentwicklung in ihren Voraussetzungen und Chancen zu evaluieren. Auch die Arbeitsverwaltung versteht sich als Einrichtung, die die Inklusion der Partizipation am Erwerbsleben gerade bei allfälligen gesundheitlichen Einschränkungen und Einschränkungen fördern soll – und dieses explizite Ziel hat im Beobachtungszeitraum der vergangenen sieben Jahre eine Fülle von Rationalisierungsstrategien ausgelöst. Sie sind der Gegenstand des fünften Kapitels. Das fünfte Kapitel nimmt damit Beobachtungen der vorangehenden Kapitel wieder auf und bezieht sie auf die Arbeitsverwaltung. Es schließt den ersten Teil des Buches ab, der die Entwicklung zwischen fürsorglicher Bevormundung und organisierter Unverantwortlichkeit der Institutionen nachvollzog.

Damit ist der Boden für den zweiten Teil des Buches bereitet, für die soziologische Erörterung der Ansätze einer Unterstützung selbstbestimmter Teilhabe durch Professionen. Der zweite Teil des Buches knüpft in mehreren Kapiteln an die Systemtheorie an. Das sechste Kapitel versucht in Auseinandersetzung mit Luhmann, Bourdieu und Sen ein Funktionssystem der Krankenversorgung von einem System pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung zu unterscheiden. Damit kommt dieses Kapitel zu einer genaueren Formulierung der Entwicklungen an der Sattelzeit um 1989, die die Rede von der Gesundheitsgesellschaft in ihrem Kontext verständlich und die Nebenwirkungen der Gesundheitsapostel für sozial ungleiche Exklusionen sichtbar macht.

Kapitel sieben geht der Frage nach wie die Medizinische Rehabilitation die Orientierung an individuellen Bedürfnissen und Ressourcen zur Vermeidung von Fehl-, Unter- und Überversorgung nutzt – und welchen Problemen sie dabei gegenübersteht, ein Ausgangspunkt, der im achten Kapitel unter dem Aspekt der international vergleichende Analyse von Leitlinien zur Rehabilitation nach Schlaganfall – als Strategien der Unterfütterung alltäglicher

professioneller Pflege mit externer Evidence unmittelbar in größerem Zusammenhang aufgegriffen wird.

Der Aufgabe Pflege im Kontext von Differenzierungsprozessen innerhalb des Systems der Krankenversorgung zu verorten, geht an Luhmann anknüpfend das Kapitel neun nach, womit eine theoretische Grundlage zum Verständnis des Kapitels zehn gelegt wurde, die dort jedoch mit handlungswissenschaftlichen Elementen weiterdiskutiert wird. Das Kapitel zehn kann auf dieser Basis die am weitesten reichende Strategie einer inkludierenden individuellen Indikation beschreiben: Die Evidencebasierung als Selbstreflexion von Therapie, Medizin und Pflege als Handlungswissenschaften. Das Kapitel 11 resümiert die Ergebnisse der vorangegangenen Kapitel, indem es die Soziologie des Professionssystems pflegerischer Unterstützung von der Soziologie der innerfamiliären Pflege deutlich unterscheidet, um sie umso besser in Beziehung setzen zu können. Das Schlusskapitel zwölf fasst die unterschiedlichen Wege zusammen, die europäischen Länder zur Verwirklichung professionsunterstützter selbstbestimmter Teilhabe trotz Pflegebedürftigkeit beschritten haben.

Der DFG und dem Land Sachsen-Anhalt haben wir für die Finanzierung von zwei Stellen für Pflege- und Therapiewissenschaftlern bereits gedankt. Die Herausgeber und die Autorinnen und Autoren dieses Buches möchten sich bei denen bedanken, die in den vergangenen sieben Jahren ihre Arbeit unterstützt haben: Dörte Anders, Manuela Friede, Wencke Gabert, Christina Galander, Daniela Büchner sowie all unseren studentischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die im Laufe der Jahre an den theoretischen und empirischen Herausforderungen gewachsen sind und so den Weg in pflege- und therapiewissenschaftliche sowie medizinsoziologische Kontexte gefunden haben. Ohne das Engagement und die Freude am gemeinsamen Forschen wären viele Arbeiten nicht möglich gewesen. Herzlichen Dank allen Beteiligten!

Halle, den 13. März 2012
Johann Behrens für alle Autorinnen, Autoren und Herausgeber

TEIL I:

Die Transformation fürsorglicher Bevormundung zur organisierten Unverantwortlichkeit ...

1 „Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen!“ – Rehabilitation und Pflege nach dem Systemumbruch

Johann Behrens, Christiane Becker, Almuth Berg, Steffen Fleischer, Gero Langer, Katrin Parthier, Michael Schubert, Yvonne Selinger, Markus Zimmermann, Andreas Weber

1.1 Übersicht

Das Projekt glaubt, eine kulturelle Universalie gegenwärtiger Gesellschaften (wieder)entdeckt zu haben, die für die soziologische und politologische Reflektion dieser Gesellschaften von großer Bedeutung ist (Behrens 1996; Honneth 2011): in allen diesen Gesellschaften gilt wie selbstverständlich, wenn auch kontrafaktisch, der Grundsatz „Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen“ – allerdings nur im System der Krankenversorgung und – viel weniger eindeutig – im System pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung. Wie die Herkunft des zitierten Grundsatzes aus der Kritik des Gothaer Programms von Marx schon vermuten lässt, war der Geltungsbereich dieses Grundsatzes keineswegs immer und für alle Zukunft programmatisch auf das System der Krankenversorgung begrenzt. Der Systemumbruch nach 1989 lässt sich in diesem – einen Überblick über die Fragestellungen des Buches und die Inhalte der folgenden Kapitel gebenden – Einleitungskapitel als Schub der Ausdifferenzierung von Wirtschafts- und Sozialsystemen begreifen, so dass der Grundsatz „Jedem nach seinen Bedürfnissen, jeder nach seinen Fähigkeiten“ auf das System der Krankenversorgung eingegrenzt wird, während in den Wirtschaftssystemen „Jedem nach seiner Leistung“ oder „Jedem nach seinem Erfolg“ oder „seinem Stand“ gilt. Überall stehen an den Grenzen des Krankenversorgungssystems Wärter (d.h. heute wissenschaftliche Gutachter), die darüber wachen, dass die Norm ‚Jedem nach seinen Bedürfnissen!‘ wirklich nur im Krankheitsfall in Anspruch genommen und gewährt wird. Aus dem Nebeneinander dieser so unterschiedlichen Verteilungsregeln „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ versus „Jedem nach seiner Leistung“ oder „Jedem nach seinem Erfolg“ muss keineswegs auf einen Widerspruch geschlossen werden. In der Tradition von Parsons kann, wie unten noch auszuführen ist, das „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ geradezu als komplementäre Voraussetzung dafür gelten, dass

das Versprechen der Märkte auf leistungsgerechte Befriedigungschancen glaubwürdig und erfüllbar wird.

Wie allerdings insbesondere an der Rehabilitation und der auch präventiv und gesundheitsfördernd arbeitenden Pflege gezeigt werden kann, sind die angezielten „outcomes“ des Systems Krankenversorgung nicht im System selber zu erreichen, sondern nur zu verwirklichen, wenn pflegerisch, präventiv und rehabilitativ auch in die Wirtschafts-, Bildungs- und politischen Systeme (Arbeitsmärkte, Wohnungsmärkte, kommunale Infrastrukturen) ausgegriffen wird. Diese Durchdringung der Systeme im Namen von pflegerischer Gesundheitsförderung und Rehabilitation sind die eigentliche Herausforderung für jene Gesellschaften, die Gerechtigkeitsnormen bereichsspezifisch differenzieren. Die Herausforderung wird noch dadurch gesteigert, dass es für alle individuellen und kollektiven Probleme (z. B. Unlust, Burn-out, Trauer, Müdigkeit, Aggressivität, Klauen, Schlagen) lohnend wird, sie in Termini der Krankheit und der Krankheitsvorsorge darzustellen, weil sie als Krankheit im Normbereich ‚Jedem nach seinen Bedürfnissen!‘ behandelt werden können (Stichworte sind Medikalisierung, Gesundheitsapostolische Beratung, Propaganda und Resozialisation, Therapie statt Strafe).

Für ganz Deutschland nach 1989 und auch in den vergleichend hinzugezogenen Ländern Tschechien, Schweden, Schweiz, Italien gilt der buchstäblich individualisierende Grundsatz ‚Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen!‘ als völlig selbstverständliche gesetzliche Norm des Systems der Krankenversorgung – und wird eindeutig und umfassend zur Begründung der Rationalisierungs-, Evidencebasierungs-, Inklusions- und Integrationsstrategien herangezogen, die seine Geltung selbst in den zersplitterten Einrichtungen der Krankenversorgung und im Kontext der wirtschaftlichen und politischen Systeme der Gesellschaft umsetzen sollen, also die response auf die challenge nebeneinander bestehender Gerechtigkeiten darstellen. Die wichtigste dieser Strategien zur Sicherung individueller Bedarfsgerechtigkeit ist die Strategie der Evidencebasierung, die gesamtgesellschaftlich und individuell Fehl- und Überversorgung ausschließen soll. Hier konnte das SFB-Projekt nachweisen, dass eine organmedizinische Diagnose plus aller Therapieerfahrungen der Welt (also externe Evidence aus Studien) zwar eine notwendige, aber keinesfalls hinreichende Voraussetzung sind, um individuellen Bedarf feststellen zu können. Hierzu bedarf es des Aufbaus interner Evidence in der Begegnung mit den je einzigartigen Patienten und Pflegebedürftigen (Behrens/Langer 2010a). Die Erfolge und Ambivalenzen dieser Strategien werden nun einer Zwischenevaluation unterzogen. Bezug dieser Zwischenevaluation sind keine abstrakten philosophischen Prinzipien, sondern ein empirisch fassbarer Zusammenhang rechtlich verankerter und institutionell selbstverständlich eingespielter Handlungsnormen, die als gerecht gelten, auch wenn sie in vielen Einzelfällen nicht eingehalten werden. (Auch die Normen „Du sollst nicht stehlen!“ und „Du sollst nicht töten!“

gelten ja bekanntlich völlig unbeschadet dessen, dass sie täglich millionenfach übertreten werden.) In modernen ausdifferenzierten Gesellschaften ist zwar die Idee eines führenden Teilsystems völlig obsolet, aber für politologische und soziologische Theorien des Staates und der Sittlichkeit sind zwei Teilsysteme zentral: das System der Krankenversorgung und das System der pflegerisch unterstützten Gesundheitsförderung. Aus 2500 Jahren Tradition leuchten sie den Sozialstaaten heim.

1.2 Das System „Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen“

Der – durchaus individualisierende – Grundsatz „Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen“ gilt als Norm international nach 1989 weitgehend nur in einem einzigen Bereich unbestritten, dem Gesundheitswesen, also den beiden Systemen der Krankenversorgung und der Gesundheitspflege (Behrens 1990, 2009). In allen anderen Bereichen gilt es als legitim, dass derjenige sich mehr Glücksgüter leisten kann, der über höhere Kaufkraft verfügt oder „very important“ ist – nur im Gesundheitswesen gilt es in allen modernen Ländern als „Skandal“, wenn mehr Geld einen besseren Zugang zum therapeutisch Notwendigen bewirkt.

Und noch ein zweiter Anspruch ist nach 1989 in einem höheren Maß als je zuvor in die Zuständigkeit des Gesundheitswesens gekommen. Das ist der Anspruch auf selbstbestimmte Partizipation am sozialen Leben.

Partizipation wird gesetzlich, nämlich z.B. im deutschen Sozialgesetzbuch IX ab 2001, zum Ziel rehabilitativer Pflege und Therapie erklärt. Im 19. und im „kurzen 20. Jahrhundert“ (Hobsbawm) war der Anspruch auf selbstbestimmte Teilhabe am sozialen Leben eher demokratietheoretisch oder sozialistisch begründet worden als gesundheitlich. Die Hoffnungen und Begründungen auf selbstbestimmte Partizipation, die sich über 150 Jahre erst mit dem Nationalstaat, dann mit dem Sozialismus verbanden und vielfach enttäuscht worden waren, wurden spätestens nach 1989 zuständigkeitshalber in jenem gesellschaftlichen Teilsystem bewahrt, in dem galt und gilt: Jedem nach seinen Bedürfnissen.

Dass das Gesundheitswesen mit ihren beiden Systemen, dem der Krankenversorgung und der Gesundheitspflege für diese beiden Werte „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ und „selbstbestimmte Partizipation am sozialen Leben“ zuständig, wird, erhöht die Zentralität des Gesundheitswesens für moderne Gesellschaften. Es bedarf eigentlich keiner Erwähnung, dass das System der Krankenversorgung und das System der Gesundheitspflege nicht auf ein System der Armenunterstützung reduziert werden können. Der Grundsatz „jedem nach seinen Bedürfnissen“ und der Anspruch auf Unter-

stützung „selbstbestimmter Teilhabe am sozialen Leben“ gilt genauso für Besserverdienende wie für Arme, für junge, akut von Krankheit betroffene Menschen wie für ältere, chronisch kranke Patienten. Die normativ nur an den individuellen Bedürfnissen orientierte gebührenfreie Krankenversorgung gilt – völlig gleichgültig, ob sie durch eine gesetzliche Krankenversicherung wie in Deutschland oder durch Steuern finanziert ist wie in Italien, Kanada und vielen anderen Staaten – für alle Behandlungsbedürftigen, nicht nur für die Armen. Es handelt sich definitiv nicht um Systeme der Armenunterstützung wie z.B. vielfach die Sozialhilfe.

Während die Zuteilung der Gesundheitsversorgung nahezu überall normativ (nicht faktisch) „jedem nach seinen Bedürfnissen“ folgt, so folgt die Aufbringung der Mittel fast überall der Norm „jeder nach seinen Fähigkeiten“ (in durchaus umstrittenen Operationalisierungen des Begriffs „Fähigkeiten“): Nach seiner finanziellen Leistungsfähigkeit, operationalisiert durch den Lohn, zahlt man in Deutschland in die gesetzliche Krankenversicherung, in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen zahlt man nach derselben Norm Einkommenssteuern. Die Aufbringung der Mittel für das Gesundheitswesen nach Leistungsfähigkeit und die Zumessung der Krankenversorgung nach Bedürfnissen entspricht normativ (nicht unbedingt faktisch) in nahezu allen Ländern, die überhaupt geschriebene gesetzliche Regelungen kennen, dem Motto der Kritik des Gothaer Programms: Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen.

In der Soziologie und allgemein in der Theorie der Gesellschaft hat die klassifikatorische Differenzierung zwischen diesen beiden Bereichen eine große, wenn auch überwiegend implizite, Bedeutung eingenommen – bis hin zu der impliziten Position, beide Bereiche seien gerade durch ihre sich widersprechenden Allokationsregeln für einander funktional. Darauf ist kurz einzugehen.

1.3 Die Bedeutung des Gesundheitswesens für die Soziologie sozialer Ungleichheit und den Gerechtigkeitsdiskurs in (modernen) Gesellschaften

Für die allgemeine Soziologie sozialer Ungleichheit hat die Reflektion über ungleiche Gesundheit zwei Funktionen: Die Systeme der Krankenversorgung und der Gesundheitsförderung versorgen die Gesellschaft mit einer Bezugsnorm „Jedem nach seinen Bedürfnissen“, von der her „soziale Ungleichheit“ überhaupt erst ein heiß diskutierter, relevanter Gegenstand wird. Und zweitens werden am Thema gesundheitlicher Ungleichheit in der alltäglichen Kommunikation wesentliche Geltungssphären voneinander getrennt (Beck

2008; Behrens 1990; Stollberg 2008; siehe auch Walzer 1983): An der sozialen Ungleichheit in der Gesundheit unterscheiden nicht nur moderne Gesellschaften die Sphären, in denen Leistung zählen soll, von denen, in denen der Bedarf ausschlaggebend sein soll. Am Fall der gesundheitlichen Ungleichheit diskutieren sie auch die Unterscheidung von Bereichen, in denen Herkunft ungleichen Zugang zu Glücksgütern legitimiert, von denen, in der das Schicksal hinzunehmen oder Solidarität gefordert ist.

Die Diskussion über soziale Gerechtigkeit findet im Alltag der Gesellschaften nur ausnahmsweise statt als Diskussion über Prinzipien, sondern ist im Alltag abzulesen aus selbstverständlichen und nicht weiter hinterfragten, nicht weiter begründungsbedürftigen Entscheidungen und Bewertungen des Alltags. Individualpsychologisch sind solche umlaufenden und für jedes Individuum vorfindliche Deutungen als Ressourcen zu sehen (Silbereisen 2012; Behrens 1990); Deutungen können uns aber sehr wohl auch unter Druck setzen, dann sind sie „demands“, die als Herausforderungen oder Belastungen bewältigt werden müssen, sollen sie nicht krank machen (Behrens 1983; Silbereisen 2012). Deutungen können als selbstverständliche in Anspruch genommen werden, gerade auch da, wo sie empirisch verletzt werden. Vor allem in modernen Gesellschaften sind weltweit ganz wenige Beispielp Probleme für die Prozedierung der Hauptkonzepte von Gerechtigkeit (Honneth 2011; Behrens 1996) tragend. Diese Hauptkonzepte sind bei der Begründung ungleicher Verfügung über Glücksgüter erstens „Leistung“ bzw. „Erfolg“, zweitens „Bedürftigkeit“, drittens „Herkunft“ und viertens „Schicksal“. Es ist geradezu typisch für moderne Gesellschaften, dass alle diese Begründungskonzepte für die Verfügung über Glücksgüter nebeneinander koexistieren – aber jeweils in unterschiedlichen Bereichen.

In den meisten Gesellschaften wird zwischen drei Verteilungsprinzipien unterschieden: Stand, Kaufkraft und Bedarf.

Tabelle 1.1: Empirisch in Anspruch genommene, nebeneinander bestehende Prinzipien gerechter Verteilung

Verteilungsprinzip	Stand	Kaufkraft	Bedarf
Beispiel	> Adelsgüter > Standeskleidung > Titel	> Villen und Häuser > Restaurantessen	> medizinisch und pflegerisch notwendige Dienste > Güter, soweit medizinisch und pflegerisch notwendig

Für Theorien, die stratifikatorische und funktionalistische Differenzierung in einem erklärenden Zusammenhang bringen wie die Parsonianische (aber keineswegs nur sie), erwies sich die gesundheitliche Ungleichheit als zentral: Die stratifikatorische und funktionalistische Differenzierung, also Differenzierung nach Kriterien sozialer Ungleichheit, und die funktionale Differenzierung nach Leistung und Kompetenz, hatte schon seit den 40er Jahren des vorigen Jahrhunderts die parsonianische Theorie zusammengebracht. Sie hatte bis Ende der 70er Jahre schichtungstheoretische Kontroversen mit dem Programm ausgelöst, stratifikatorische Ungleichheit in modernen Gesellschaften funktionalistisch zu erklären: Soziale Ungleichheit sollte aus Leistungsunterschieden resultieren. Das Leistungsprinzip sollte geradezu den konstitutiven Unterschied bei der Erklärung sozialer Ungleichheit in modernen und vormodernen Gesellschaften ausmachen. Sowenig dieses Programm nach 1970 als Erklärung Akzeptanz fand (Behrens 1984), so sehr sickerte es als Begründung in den Alltag ein: Auch wo faktisch nach anderen als Leistungskriterien verteilt wurde, wurde doch die Verteilung nach Leistung zur legitimen (wie immer dies im Einzelfall durch Spezialisten für Leistung definiert und gemessen sein mag, incl. der Messung von „Leistung“ durch „Erfolg“). Dieser Gedanke führt in der Handlungstheorie Parsons (1977) zu einer durch Uta Gerhardt (1993: 85ff.) pointiert herausgearbeiteten Konsequenz: „Erst dadurch, dass bei anderen stets Gesundheit als gleicher Ausgangszustand des Rollenhandelns unterstellt wird, kann die Differenzierung nach unterschiedlicher Leistung und Kompetenz zwischen Gesellschaftsmitgliedern erfolgen“ (Gerhardt 1993: 86). Da faktisch aber Gesundheit als gleicher Ausgangszustand nicht unterstellt werden kann, meint „kann erfolgen“ bei Uta Gerhardt und vorher Parsons wohl offenbar: kann legitim erfolgen, ohne die Deutung der Gesellschaft als Leistungsgesellschaft zu falsifizieren. Dass Menschen bei Krankheit aus dem Bereich „Jedem nach seiner Leistung“ aus- und in den Bereich „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ eintreten können, bildet daher den entscheidenden Flankenschutz des Leistungsdiskurses moderner Gesellschaften. Das Gesundheitswesen mit der Norm ‚Jedem nach seinen Bedürfnissen‘ ist für Parsons und Uta Gerhardt funktional unverzichtbar für die Selbstdeutung der Gesellschaft als Leistungsgesellschaft („Jedem nach seiner Leistung“), weil sonst jeder schwer Kranke die Leistungsgesellschaft illegitim machte (ausführlicher Behrens 1990). Im ausdifferenzierten, geschützten Bereich „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ arbeiten Kranke mit allen ihren verbliebenen Kräften an ihrer Genesung, um wieder in den Bereich „Jedem nach seiner Leistung“ zurückkehren zu können. Diese Rückkehr heißt Rehabilitation, wörtlich Wiederbeheimatung. Nicht alle wollen immer so schnell wie möglich zurückkehren. Viktor v. Weizsäcker hat diesen mangelnden Rückkehrwillen selber als Krankheit zu diagnostizieren versucht. Für diese Krankheit gab es den Begriff „Rentenneurose“. Talcott Parsons hat einen recht großen Teil seiner allgemeinen

Soziologie der Auflistung jener Pflichten gewidmet, die sich aus der „Krankenrolle“ ergäben. Alle diese Pflichten lassen sich in der einen Pflicht zusammenfassen, alles dafür zu tun, um die „Krankenrolle“ so schnell wie möglich wieder zu verlassen.¹

1.4 Bedeutung für Theorie sozialer Rechte des Wohlfahrtsstaates: Komplementarität von unterstellter Selbstverantwortlichkeit und der Überbrückung gesundheitlicher Schwächen

Das Anrecht auf Gleichbehandlung Gleichbedürftiger ist – im Krankheitsfall – weit älter als alle Wohlfahrtsstaaten, weit älter als das Recht auf gleiche Bildungschancen oder gleiche politische und juristische Teilhabechancen. Das dreht in gewisser Weise die von Marshall und Zacher verbreitete Periodisierung der Entstehung sozialer Rechte um. Während Marshalls Unterscheidung zwischen zivilen, politischen und sozialen Komponenten der Bürgerrechte (Marshall 1964: 78) in der Regel als zeitliche Abfolge verstanden wird, geht im Krankheitsfall der soziale Anspruch an der Teilhabe der Versorgung den zivilen und politischen Rechten voraus. Der Anspruch im Krankheitsfall leuchtet gewissermaßen aus der fernen Vergangenheit den

1 Auch im Alltag setzt die unterstellte Selbstverantwortlichkeit der Lebensführung voraus, dass gesundheitsbedingte Schwächen in dieser Selbstverantwortlichkeit als vorübergehende oder endgültige abgegrenzt und überbrückt werden, denn sonst würde bei jeder schwereren Krankheit die alltäglich unterstellte Selbstverantwortlichkeit für unsere Handlungen unglaubwürdig (Behrens 1990). Wie die Banken nicht geschäftsfähig wären, garantierten die Staaten (die Steuerzahler) nicht regelmäßig für ihre Schulden, wie Geschäfts- und seit einiger Zeit auch Privatleute nicht geschäftsfähig blieben, gäbe es nicht die Insolvenz, so wäre die Selbstverantwortlichkeit der Lebensführung nicht unterstellbar, gäbe es nicht die Rehabilitation im Bereich „Jedem nach seinen Bedürfnissen“. (Behrens 1994 in Geissler). Sehr Ähnliches ergab der Vergleich mit Tschechien: Im einst zentralistischen Versorgungssystem wurden ärztliche und stationäre Leistungen, Medikamente, Hilfs- und Heilmittel von den Trägern des Gesundheitssystems gebührenfrei bereitgestellt. Beschäftigte und ihre Angehörigen waren verpflichtet, die medizinischen Einrichtungen der Betriebe zu nutzen, Kuren wurden durch die Gewerkschaften getragen. Galt das tschechische Gesundheitssystem in den 1960ern hinsichtlich verschiedener Inputgrößen wie Ärztezahl, Krankenhäusern oder Krankenhausbetten, zu den bestausgestatteten Gesundheitssystemen der Welt, war doch gleichzeitig der Gesundheitszustand der Bevölkerung auf recht niedrigem Niveau (vgl. Heinrich, Koop et al. 1996: 30ff). (Industrie- und Ballungszentren waren hier besser gestellt als eher ländliche Räume). Zudem führte dieses fürsorglich geprägte System der sozialen Sicherung zu sozialer Passivität und übersteigertem Anspruchsdenken seitens der Bevölkerung, was Partizipation und Verantwortung der Bürger zu zentralen Zielen anstehender Reformen im Rahmen des Transformationsprozesses machen sollte (vgl. Tröster 2000: 209).

modernen Sozialstaaten heim. Wegen dieses Anspruchs auf bedürfnisgerechte Versorgung wird es für andere Bereiche attraktiv, sich nach dem Muster der bedürfnisgerechten Krankenversorgung und Gesundheitspflege zu verstehen. Das ließ sich zeigen für die Status der Armut und der Kriminalität (Behrens et al. 1996).

Es gibt zwar nicht den Begriff der klassenlosen Wohnungseinrichtung, wie es den Begriff des klassenlosen Krankenhauses gibt (die ersten gebührenfreien Krankenhäuser unterhielten die Araber im 12. Jahrhundert), aber es gibt – typischerweise gesundheitlich und nicht mit dem Stand begründete – Mindeststandards des Wohnens.

Wie Armut als gesundheitsschädliche Situation bekämpft werden muss, so kann Kriminalität als Krankheit klassifiziert und behandelt werden. Zweifellos ließe sich das Gerechtigkeitsprinzip „jedem nach seinen Bedürfnissen, jeder nach seiner Leistung“ auch anders als nur als Norm der Krankenversorgung und familiären Innenverteilung begründen. Es wurde ja auch – in der Bibel, im Kommunistischen Manifest und anderswo – anders begründet. Tatsache ist aber, dass dieses Gerechtigkeitsprinzip vor allem in der Krankenversorgung seine Selbstverständlichkeit bewahrt hat – und zwar dort, wo sie die Einengung dieses Prinzips auf einen abgrenzbaren Bereich zu gewährleisten scheint und den nach Leistungs- und Erfolgskriterien stratifizierten Bereich der Gesellschaft dadurch nicht in Frage stellt, sondern absichert: Durch Überbrückung vorübergehende Krisen der Erwerbsfähigkeit nach dem Bedarfsprinzip wird das Leistungsprinzip erst begründbar.

Nach dem Systemumbruch 1989 wird die Forderung nach Partizipation (im deutschen Sozialgesetzbuch mit „Teilhabe“ übersetzt) dem Zuständigkeitsbereich des Gesundheitssystems überantwortet, nachdem es vorher nahezu hauptsächlich eine demokratische und sozialistische Forderung war. Die Last der Verwirklichung von Partizipation wird im Sozialgesetzbuch IX explizit der medizinischen, pflegerisch-sozialen und beruflichen Rehabilitation auferlegt. Dabei ist unser Argument nicht, dass eine Aufgabe, die weder das System der Krankenversorgung noch das System der pflegerischen Gesundheitsförderung vorher gehabt hätten, nun von der Politik in das Gesundheitswesen wandere. Vielmehr ist die Behauptung, dass eine Zuständigkeit, die das Gesundheitswesen neben vielen anderen Einrichtungen schon vorher hatte, nun wesentlich an das System der Gesundheitsförderung fällt – weil die anderen Institutionen an utopischem Glanz einbüßen: Von allen Lehren des richtigen und insofern guten Lebens, die das Leben minutiös vom Geschlechts- bis zum Geschäfts- und Gefechtsverkehr beraten und anleiten, war schon 1983, also lange vor 1989, eigentlich nur die Gesundheitslehre übrig geblieben. Alle anderen Lehren, die vorher mit Autorität das richtige und gute Leben normiert hatten, von den religiös-theologischen über die absolutistisch-ökonomischen, die philosophisch-nationalistischen, die demokratischen und sozialistischen Theorien, hatte nur die Gesundheitslehre nicht an

Autorität verloren oder sich nicht, wie die Theologie und Philosophie, vom Anspruch detaillierter normativer Regelung aller Lebensbereiche zurückgezogen. Allein die Diätetik, jene auf Kos 400 Jahre vor unserer Zeitrechnung in ihrem umfassenden Anspruch formulierte normative Theorie der Pflege (Selbst- und Fremdpflege), war übrig geblieben. Infolgedessen wurde nun unter Bezug auf Gesundheit begründet, was vorher unter Bezug auf Religion, Nation, Sozialismus und Demokratie begründet worden war: Während vorher für höhere religiöse oder nationale Ziele durchaus die Gesundheit hintanzustellen war, rechtfertigten Städtebauer und Architekten jetzt ihre Gebäude als gesund, Betriebe mussten nicht nur Geld machen, sondern ihre Arbeitsbedingungen sollten gesund sein, Oberbürgermeister rechtfertigten ihre Stadtentwicklungen als gesund.

1.5 Individualisierung und Differenzierung von Rehabilitation und Pflege im Falle gesundheitsbedingter Exklusionsrisiken in Ost- und Westdeutschland, Schweden, Schweiz, Italien und Tschechien

Der paradigmatische Fall

Sucht man nach einem beispielhaften Fall an dem das Schicksal des Gesellschaftsentwurfs „Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen“ nach dem Systemumbruch besonders gut an der Schnittstelle zwischen den Systemen der Krankenversorgung, dem System pflegerischer Gesundheitsförderung, dem Wirtschaftssystem und dem System sozialpolitischer Hilfe zu erforschen ist, dann bietet sich der Fall der pflegerischen und medizinischen Rehabilitation nach Schlaganfall als ein besonders ergiebiges Beispiel an, und zwar aus vier Gründen:

- (1) Die medizinische und pflegerische Rehabilitation bezieht sich nach den deutschen Sozialgesetzbüchern, insbesondere SGB IX – anders als eine einzelne Operation – explizit (gesetzlich) auf die Wiedererlangung selbstbestimmter Partizipation („Teilhabe“), sei es am Erwerbsleben, sei es am sozialen Leben überhaupt.
- (2) Im Verlauf nach Schlaganfall – die Rehabilitation benötigt oft mehr als 2 Jahre, um neue Entwicklungen und Erfolge, Übergänge in neue tragfähige Ordnungen des Lebens zu ermöglichen – werden sehr viele der ausdifferenzierten stationären und ambulanten Einrichtungen des Ge-

sundheitswesens mit ihren gelingenden Übergängen, Versorgungsabbrüchen und Zonen der Vernachlässigung durchlaufen und dadurch beobachtbar.

- (3) Eine Verlaufsuntersuchung kann bei Schlaganfall an einem schlagartig auftretenden Beginn, eben den „Schlaganfall“ ansetzen, einem Zeitpunkt t_0 . Diesem plötzlichen Ereignis des Schlaganfalls gehen zwar Entwicklungen voraus, der Schlaganfall unterscheidet sich aber doch von den vorhergehenden Zeiträumen überaus deutlich. Für Rückenschmerzen und Depressionen ist ein solcher schlagartiger Beginn schwerer als beim Schlaganfall auszumachen, die Chronifizierungsprozesse haben einen anderen, schleichenderen Verlauf.
- (4) Der mehr als zwei Jahre nach Schlaganfall erfordernde Rehabilitationsprozess hat die rehabilitativ notwendige Individualisierung (Jedem nach seinen Bedürfnissen) ebenso unabweisbar auf die administrative Tagesordnung gesetzt wie die Notwendigkeit der Integration ausdifferenzierter Einrichtungen als administrative Rationalisierungsstrategie.

Challenge erster Ordnung: Zusammenbruch der Betriebe als Instanzen von „Sozialpolitik“

Die Zuständigkeit der Betriebe für nahezu alle sozialen und sogar familiären Aufgaben in der DDR war keineswegs nur ein Versprechen in Sonntagsreden und Präambeln. Auch in der „Anordnung über die Finanzierung der betrieblichen Einrichtungen und Maßnahmen zur Betreuung der Werktätigen – Finanzierung der betrieblichen Betreuung – vom 28.03.1972“ wird im § 2, Abs.1 aufgeführt, welche Einrichtungen und Maßnahmen unter betrieblicher Betreuung zu fassen und zu finanzieren sind. Es zählen dazu a) die Arbeiterversorgung, b) die Entwicklung des geistigkulturellen Lebens der Werktätigen, c) die gesundheitliche und soziale Betreuung der Werktätigen, d) sportliche Betätigung und Jugendbetreuung, e) Kinderbetreuung, f) Ferienbetreuung und Naherholung und g) die Wohnungswirtschaft. (Vollmer 1990: 132).

Der Zusammenbruch der großen, für die genannten sozialen Aufgaben mitzuständigen Betriebe, die sich in der DDR flächendeckend als „forces intermédiaires“ verbreitet hatten, erwies sich nach dem Systemumbruch als eine, große Teile der ostdeutschen Bevölkerung betreffende, in ihrem Ausmaß nur von wenigen vorhergesehene, Challenge erster Ordnung. In den staatssozialistischen Gesellschaften war der soziale Sektor außerhalb der Betriebe verhältnismäßig klein, und selbst bei den existierenden außerbetrieblichen Einrichtungen spielten die Betriebe eine funktionssichernde Rolle, etwa in der Rehabilitation, der betriebsärztlichen Krankenversorgung und der Organisation von Bildungsmaßnahmen, bei der Mobilisierung und Betreuung von Rentnern, bei der Sorge für die Vereinbarkeit von Erwerbstä-

tigkeit und Kindererziehung bzw. Pflege, der Jugendhilfe und auch bei den zur Mobilisierung von Engagement gegründeten sozialen Gruppen (z. B. Sozialistischer Frauenbund, Junge Pioniere, FDJ, Volkssolidarität)². Die solchermaßen sozialpolitisch aktiven Großbetriebe hatten zwar im Unterschied zu den politischen Einrichtungen in der neuen demokratischen Ordnung formal Platz finden können, doch konnten sie den plötzlichen Zusammenbruch der Nachfrage nach ihren Produkten und Dienstleistungen nicht unbeschadet überstehen. 70% der Arbeitsplätze in diesem Sektor wurden Anfang der 90er Jahre abgebaut, mehr als in allen anderen Transformations-

-
- 2 Die betriebszentrierte fürsorglich Bevormundung: Besonders angestrengt widmete sich das betriebszentrierte Gesundheitssystem der ‚Überwachung‘/‚Kontrolle‘, ‚Herstellung‘, ‚Erhaltung‘ des Gesundheitszustandes der Erwerbsbevölkerung. Die medizinische Versorgung des Einzelnen und Erhaltung der Arbeitskraft für die Volkswirtschaft fielen hier praktisch in eins: etwa ein Viertel der Gesamtbevölkerung wurde über das Betriebsgesundheitswesen betreut; innerhalb der Gruppe der Werktätigen waren es sogar mehr als zwei Drittel. Zu den Aufgaben des Betriebsgesundheitswesens gehörten
- a) die allgemeine medizinische Betreuung (ärztliche Hilfe bei Unfällen, allg. und Spezialsprechstunden etc.),
 - b) die Arbeitshygienische Beratung (vorwiegend Kontrolle und Unterstützung bezüglich des Gesundheits- und Arbeitsschutzes),
 - c) Hygienische Normenkontrollen,
 - d) Gesundheitserziehung und vor allem
 - e) die Arbeitsmedizinische Betreuung.

Letztere beinhaltete auch die per Gesetz geforderten Tauglichkeits- und Überwachungsuntersuchungen und die Überwachung von Werktätigen im Rahmen insbesondere der betrieblichen Rehabilitation (welche über den Betrieb angeordnet und koordiniert wurde). Hinsichtlich der theoretischen Vorgaben waren die Strukturen des Betriebsgesundheitswesens der DDR somit nachgerade prädestiniert dafür, präventive und kurative Medizin miteinander zu verknüpfen und Allen in gleicher Weise zu Teil werden zu lassen (Behrens 1994 in Geissler). Sehr Ähnliches ergab der vergleich mit Tschechien: Im einst zentralistischen Versorgungssystem wurden ärztliche und stationäre Leistungen, Medikamente, Hilfs- und Heilmittel von den Trägern des Gesundheitssystems gebührenfrei bereitgestellt. Beschäftigte und ihre Angehörigen waren verpflichtet, die medizinischen Einrichtungen der Betriebe zu nutzen, Kuren wurden durch die Gewerkschaften getragen.

Faktisch war in kaum einem anderen Bereich die Diskrepanz zwischen gesellschaftlichem Ideal und alltäglicher Wirklichkeit in der DDR so groß, wie in der Sozialpolitik (Geissler 1994, Behrens 1994). Entsprechend lässt sich auch für das Gesundheitswesen als Bestandteil dieser Politik vermuten, dass der Befund von nachweislich flächendeckenden Strukturen allein noch keinen Aufschluss über Qualität und gerechte Verteilung gibt. Schon allein durch die niedrige finanzielle Ausstattung (Obgleich aufgrund der unterschiedlichen Wirtschaftssysteme nur bedingt miteinander vergleichbar, wendete die DDR im Jahr 1987 lediglich 6,7 % ihres Staatshaushaltes für das Gesundheits- und Sozialwesen auf – im Gegensatz z.B. zu Island (46,0%), Dänemark (44,4%) oder der BRD (32,7%) (Quelle: Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1987)) konnte sich die DDR hier nur auf einem eher niedrigem Niveau bewegen – hinzu kamen territoriale Unterschiede hinsichtlich Verteilung und Ausstattung, so dass entgegen der staatlichen Programmatik Ungleichheiten anzunehmen sind und bewiesen wurden.

ländern. Die neuen sozialpolitischen Eliten hatten mit Arbeitslosigkeit, Abwanderungs- und Schrumpfungsprozessen statt mit Produktion und Wachstum umzugehen; die wenigen alternativen, etwa kirchlichen Träger sozialer Leistungen, zu Zeiten der DDR operativ marginalisiert, bildeten nach dem Systemumbruch wohlfahrtsstaatliche Gegeneliten. Für die Eliten wie die Bevölkerung stellte der Zusammenbruch der sozialistischen Betriebe eine „Challenge erster Ordnung“ dar. Während von den Institutionen des demokratischen Rechtsstaates eine Stabilisierung und Steigerung der persönlichen Autonomie erwartet wurde, erzeugten die Umbrüche im Beschäftigungssystem eine neue Unsicherheit der persönlichen Existenz, die die politischen Autonomiegewinne zu konterkarieren und zu unterlaufen drohte.

Response erster Ordnung: Dreifache Externalisierung in den sozialen Sektor

Sehr klar lässt sich nun der faktische, keineswegs durchgängig geplante Entwicklungspfad gesellschaftlicher Anpassungsreaktionen erkennen: Drei Externalisierungsprozesse (von Funktionen, Personen und Allokationsmechanismen) aus dem betrieblichen Bereich bildeten die „Response erster Ordnung“. Die Externalisierung sozialer Funktionen aus den Betrieben in den sich professionalisierenden, an der Förderung von Autonomie im Sinne selbstwirksamer Lebensplanung orientierten sozialen Sektor lässt sich modernisierungstheoretisch (Srubar 2003) als typischer Differenzierungsprozess erfassen, der allerdings zugleich die Anforderungen systemischer Integration erhöht. Die massenhafte Externalisierung von Erwerbspersonen aus den Betrieben in den sozialen Sektor, vor allem als Frührentner, aber auch als Arbeitslose, Umschüler und Sozialhilfeempfänger sowie, in geringem Ausmaß, als sozialpolitisch gestützte bürgerschaftlich Engagierte führte im Gesamteffekt zu einer extremen Belastung der außerbetrieblichen, arbeitsmarkt-externen sozialen Sicherungssysteme. Schließlich wurden entsprechend der marktwirtschaftlichen Operationslogik die ehemals betrieblichen Allokationsfunktionen von Arbeit und Einkommen auf den externen Arbeitsmarkt übertragen, für welchen der soziale Sektor wiederum berufliche und gesundheitliche Befähigungsmaßnahmen organisieren sollte, um damit die gegeneinander ausdifferenzierten Teilsysteme wieder aneinander anschlussfähig zu machen.

Challenge zweiter Ordnung: Überlastung des sozialen, insbesondere sozialstaatlichen Sektors

In der Folge dieser drei Externalisierungsprozesse transformierte sich eine planwirtschaftlich strukturierte Volkswirtschaft mit nach 1990 kaum nachgefragten Produkten und niedriger Produktivität in eine – geschrumpfte –

Volkswirtschaft mit weltmarktfähigen Waren und raschen Produktivitätsfortschritten. Das ostdeutsche Durchschnittseinkommen pro Kopf näherte sich, bei allerdings wachsender Spreizung, dem westdeutschen in großen Schritten an, ohne es ganz zu erreichen. Bei Übernahme der westdeutschen Basisinstitutionen – insbesondere ihrer gesellschaftlichen Leitbilder und Einrichtungen, langsamer ihrer sozialen Praktiken – in den sozialen Sektor führten diese Prozesse zu finanziellen Belastungen, allokativen Fehlsteuerungen und professionellen Fehlentwicklungen, die zuerst und vor allem von vielen Funktions-Eliten sowie den meisten Parteien und Interessenverbänden als Überlastungsphänomen und Funktionsproblem apostrophiert wurde: als eine transformationsbedingte „Krise des Sozialstaats“ als „Preis der Einheit“ (Ritter 2006). Diese Challenge zweiter Ordnung wurde allerdings erheblich verstärkt durch politisch-ökonomische und sozio-demographische Kontextbedingungen, von der globalisierenden Öffnung der nationalen Volkswirtschaften bis zum Wandel der Altersstruktur der Gesellschaft. Die „Krise des Sozialstaats“ ist daher nicht allein, wie Gerhard A. Ritters Buchtitel aus dem Jahr 2006 suggeriert, der „Preis der deutschen Einheit“, sondern auch den genannten, in ganz Europa wirkenden, Kontextbedingungen geschuldet. Die meisten ihrer Merkmale finden sich schon vor der Vereinigung (Rosenbrock/Gerlinger 2000; Gerlinger 1999; Behrens 1982, 1983). Diese machen eine Antwort auf die Challenge zweiter Ordnung allerdings eher dringlicher, als dass sie geeignet wären, deren Bedeutung zu relativieren.

*Response zweiter Ordnung: interne Rationalisierung,
Reprivatisierung, Aktivierung, Evidencebasierung*

Auf die Challenge zweiter Ordnung, die (tatsächliche oder jedenfalls behauptete) Überlastung des sozialstaatlichen Sektors, bildeten „aktivierende“ interne Rationalisierungsstrategien (i. S. Max Webers) und Reprivatisierungen die sozialpolitische Antwort. Diese „Response zweiter Ordnung“ beinhaltet insbesondere die Neuverteilung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten zwischen Familien, Betrieben, sozialen Diensten und bürgerschaftlichem Engagement. Sie wurde durch „aktivierende“ Reprivatisierung bisheriger Aufgaben des sozialen Sektors, durch Förderung der Autonomie der individuellen Klienten anstelle ihrer autoritären Bevormundung, durch sozialstaatliche Mobilisierung oder Nutzung des bürgerschaftlichen Engagements, mittels einer „aktivierenden“ Pflege-, Rehabilitations- und Arbeitsmarktpolitik oder auch durch Reintegrationsversuche sozialer Aufgaben in die Betriebe erreicht. Die Neuausrichtung sozialer Interventionen auf wissenschaftlich geprüfte Wirksamkeit und wissenschaftlich, nicht bürokratisch begründete Leitlinien für individuell verantwortete Fallarbeit wird gegenwärtig im Gesundheits- und Sozialwesen als weitere sozialpolitische Rationalisierungs-

strategie betont und (vor allem im Gesundheitssektor) in Form einer Evidenzbasierung von Interventionen im Sinne der Verantwortungsethik Max Webers angestrebt. Ob dieser „Response zweiter Ordnung“ die sozialpolitische Challenge wirksam beantwortet wird – und mit welchen Nebenwirkungen und Emergenzeffekten – ist zurzeit noch offen. Die Verlaufshypothese zur dreifachen Externalisierung lässt sich nicht erörtern, ohne sie auf die Divergenz Eliten/Nichteliten und das Phänomen der soziokulturellen ‚Distanznahme‘ zu beziehen. Aus psychologischer Perspektive lassen sich die genannten „challenges“ als Anforderungen („demands“) interpretieren, welche die Bewältigungsmöglichkeiten der Individuen auf eine Probe stellen, bezüglich deren Erfolg es wiederum auf vielfältige weitere Umstände ankommt, beispielsweise auf persönliche und soziale Ressourcen der (je nach Geschlecht, Alter, Region etc. in unterschiedlichem Maße) Betroffenen. Hier kann man zwischen eher vermeidenden und eher zupackenden Bewältigungsversuchen unterscheiden, deren Effizienz den bisherigen Untersuchungen zufolge freilich je nach regionalem Kontext unterschiedlich ausfällt (Silbereisen et al. im Erscheinen 2012). In diesem Umfeld sind die Rationalisierungs- und Evidencebasierungsstrategien zu analysieren, mit denen das Prinzip „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ – jetzt nur noch im System der Krankenversorgung und der Gesundheitsförderung – umgesetzt werden soll.

1.6 Rehabilitation und Pflege nach dem Systemumbruch

Nach dem Systemumbruch wurden die sozialpolitischen und sozialfürsorgischen Aufgaben der Betriebe in den neuen Bundesländern weitgehend, wie eben resümiert, externalisiert und in einen analog zur alten Bundesrepublik gebildeten sozialen und gesundheitlichen Sektor transferiert. Dieser trug nun die Hauptlast der „Response“ auf die „Challenges“ der Bewältigungskrise sozialer Aufgaben der großen Betriebe.

Dabei folgte die Externalisierung keiner geplanten Differenzierungsstrategie. Sondern sie war der Effekt zweier voneinander teilweise unabhängiger Entwicklungen. Die erste Entwicklung war der Zusammenbruch der großen Betriebe. Die Betriebe gaben ihre sozialen Einrichtungen nicht ab (outsourcing), sondern sie gingen in Konkurs. Die neuen, von der Treuhandanstalt dazu gemachten Eigentümer übernahmen die Reste dann in der Regel ohne die Sozialeinrichtungen der Betriebe. Die zweite Entwicklung war die Gründung von Filialen westdeutscher sozialer Einrichtungen und die Übernahme ostdeutscher, die die stark wachsenden Sozialerfordernisse in Anspruch nahmen. Dadurch entstand in den neuen Bundesländern eine Kopie des ausdifferenzierten gegliederten Systems, obwohl viele Grundzüge dieses Systems bereits in der Fachdiskussion in der alten Bundesrepublik als dringend erneuerungs-

bedürftig galten (Rosenbrock/Gerlinger 2000; Gerlinger 2000; Behrens 1983).

So waren in der alten Bundesrepublik allgemein- und fachärztliche Einzelpraxen als zu klein kritisiert worden und sollten durch größere Einheiten (Ärztelhäuser, Versorgungszentren) abgelöst werden; wie sie in Schweden als Gesundheitszentren (vardcentral) eingeführt waren. Trotzdem lösten sich die ambulanten Polikliniken fast durchweg in Einzelpraxen auf, deren Reintegration umgehend wieder auf die Tagesordnung kam (Rosenbrock/Gerlinger 2000).

Die Rentenversicherung führte die Trennung in Arbeiterrentenversicherung und Angestelltenversicherung erst neu in die neuen Bundesländer ein, um sie Jahre später in der Deutschen Rentenversicherung wieder zu vereinen.

Die Sozialversicherung trug einen großen Anteil der Kosten der Vereinigung, die nicht durch Steuern finanziert wurden (das Kapital für Bauinvestitionen wurde vielmehr durch Steuerersparnisse mobilisiert). Die Sozialversicherung machte eine Existenzgründung im stark vergrößerten sozialen Sektor lohnend und prägte ihm die differenzierte Struktur des „gegliederten Systems der deutschen Sozialversicherung“ auf.

Der ausdifferenzierte soziale Sektor befreite einerseits von vielen Zumutungen der fürsorglichen Bevormundung durch einen Betrieb, gegen den in der DDR kaum Betriebsexterne zur Hilfe gerufen werden konnten. Andererseits breiteten sich an den Schnittstellen und in den Lücken des ausdifferenzierten Sozialsystems Zonen freiheitlicher Vernachlässigung aus, die von den Individuen nun allein zu koordinieren waren³.

Das war für die Individuen und ihre Familien umso besser zu schaffen, je mehr soziales, kulturelles und ökonomisches Kapital im Sinne Bourdieus zur Verfügung standen. Der für das Gesundheitsförderungs- wie für das Krankenversorgungssystem konstitutive Grundsatz des Zugangs „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ war so gefährdet, die Wirksamkeit der ausdifferenzierten rehabilitativen Einrichtungen zur Teilhabe am Leben der Gesellschaft außerhalb des sozialen Sektors so offensichtlich in Frage gestellt, dass die Challenge der Reintegration der ausdifferenzierten sozialen und betrieblichen Einrichtungen sofort auf die Tagesordnung kam.

3 Diese Entwicklung lässt sich auch in Tschechien erkennen: Dezentralisierende, privatisierende und kapazitätsreduzierende Reformen haben auch hier den sozialen Sektor tiefgreifend verändert. Zwar hat das weiter sehr komplexe Versorgungssystem seine paternalistischen Elemente eingebüßt, gleichzeitig hat sich der Staat jedoch aus vielen Bereichen der sozialen Verantwortung zurückgezogen (vgl. Tröster 2000). Hier erzeugen neue Muster Unsicherheiten, während alte Muster zu Resignation führen (vgl. Merten 2006). Trotz flächendeckender medizinischer Versorgung, ist etwa die ambulante Versorgung mangels entsprechender Steuerungsinstrumente seitens der Hausärzte und ausreichender Abstimmung der Versorgung auf unterschiedlichen Ebenen sowie zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern und –trägern noch immer von einer hohen Über-, Unter- und Fehlversorgung geprägt (vgl. AOK-Bundesverband 2004).

1.7 Die Dynamik „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ im Kontext gesundheitlicher Exklusionsrisiken und individueller Selbstbestimmung

Nimmt man Bezug auf das Mehrebenenmodell des SFB 580, so wirft das Prinzip „Jedem nach seinen Bedürfnissen!“ in Krankenversorgung und Rehabilitation für die fremdreferentielle externe wie für die selbstreferentielle interne Steuerung Herausforderungen auf (vgl. Tabelle 1.2). Die Bedürftigkeitsprüfung für einen Zutritt zu einer bedürfnisgerechten Behandlung wird nämlich in einer eigentümlichen Kooperation von fremdreferentieller und selbstreferentieller Prüfung absolviert:

Für die fremdreferentielle externe Steuerung geht es vor allem zuerst darum, über Bedarfsdefinitionen den Bereich abzugrenzen, in dem „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ gilt. Die Last dieser Abgrenzung liegt einzig und allein auf der Bedarfsprüfung: Es ist in den Krankenversorgungssystemen der Sozialstaaten fast durchweg unmöglich, eine Person, die notwendiger gesundheitlicher Versorgung bedürftig ist, von dieser Versorgung auszuschließen mit dem Argument, diese Versorgung für sie sei der Gemeinschaft zu teuer (Das Wirtschaftlichkeitsargument kann erst greifen, wenn es um den Vergleich zweier gleich wirksamer Behandlungen geht: Nur dann dann ist die kostengünstigere Variante zu wählen, vgl. Behrens 2002, Behrens/Langer 2010b). Wenn es auch für das Gesundheitswesen insgesamt Budgetrestriktionen gibt, so gibt es sie gesetzlich nicht für die einzelne bedürftige Person. Das konzentriert die Last die Abgrenzung des Systems auf die Bedürftigkeitsprüfung.

Für diese Bedürftigkeitsprüfung ist der Code „krank/nicht krank“ notwendig, aber keinesfalls hinreichend. Man kann nämlich logisch nur einer Behandlung bedürftig sein, die einem mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auch nützt. Einer Behandlung, die einem schadet, bedarf niemand. Daher bedarf auch niemand einer Behandlung, die Mühe macht und Nebenwirkungen verursacht, aber kaum nützt. Diese Behandlung führte nämlich zu einem negativen Nettonutzen.

Deshalb läuft jede Bedürftigkeitsprüfung in zwei Stufen. Auf der ersten Stufe wird einer Liste der Behandlungen erstellt, die nachweislich bereits häufig nützliche Wirkungen zeigten (sogenannte „externe Evidence“ (Behrens/Langer 2010a, b). Diese Liste erstellt in Deutschland der „Gemeinsame Bundesausschuss (GBA)“, zumindest bemüht er sich darum. Da statistisch prinzipiell nie von einer häufig nützlichen Wirkung auf eine Wirkung im Einzelfall geschlossen werden kann (Behrens/Langer 2010a), ist eine zweite Stufe nötig, in der die einzelne Therapeutin, Fachpflegerin oder Ärztin zusammen mit ihrem individuellen Patienten dessen individuelle Bedürfnisse und Wahrnehmungen klärt, also interne Evidence aufbaut. Erst auf der zwei-

ten Stufe, also im Aufbau interner Evidence, prüft und entscheidet der einzelne Therapeut (z.B. Psychotherapeut, Physiotherapeut) oder Arzt mit seinem Patienten, ob eine der Behandlungen auf der Liste extern wirkungsevidenter Behandlungen auch seinem individuellen Patienten helfen kann (Behrens/Langer 2010b). Erst nach diesem zweiten Schritt kommt es zur individuellen bedarfsbezogenen Verschreibung. Denn erst nach dem Aufbau interner Evidence ist ein Urteil möglich, ob eine Person einer bestimmten Behandlung bedarf oder nicht. Für die Prüfung der Bedürftigkeit erwies sich das Verhältnis von externer und interner Evidence, das der SFB 580 erstmalig herausarbeitete als zentral (Behrens/Langer 2010a, b). Es wissenschaftlich zu klären, war eine der Hauptherausforderungen, die das SFB-Projekt in den vergangenen Jahren zu bewältigen hatte.

Vor diesem Hintergrund wird verständlich, was unsere Untersuchungen zeigten: In Deutschland wird man von einer Behandlung nicht ausgeschlossen, weil sie zu teuer sei. Die meisten Ausschlüsse von spezifischen Behandlungen erfolgen vielmehr mit der Begründung, diese Behandlung würde nicht nützen. Niemand hat Bedarf an einer Behandlung, die mehr schadet als nützt. Statt mit der Rationierung wird also mit individuellem Bedarf argumentiert (Behrens/Langer 2010a).

Steuerung an der Grenze des Systems ist auf die Binnensteuerung angewiesen. Nur im Einzelfall kann festgestellt werden, ob einer krank ist und wessen er bedarf. Und: Je mehr behandelbar wird oder auch nur behandelbar scheint, umso mehr wird behandlungsbedürftig. Daher lassen sich (vgl. Tabelle 1.2) Makro-, Meso- und Mikroebene der externen und der Binnensteuerung unter der dominierenden „Challenge“ verstehen, den individuellen Bedarf im Wortsinne zu definieren (abzugrenzen), individuell zu erkennen und individualisiert zu gewähren. Dabei basiert die Mikroebene, auf der in der Interaktion zwischen Professionsangehörigen und Klienten interne Evidence unter Nutzung externer Evidence aufgebaut wird, auf der Meso- und der Makroebene: Nur weil es auf der Makroebene Funktionsbereiche differenziert sind und auf der Mesoebene Organisationen Professionen stützen, gibt es auf der Mikroebene überhaupt Professionsangehörige und Klienten als individuelle Akteure.

Wie die meisten Projekte des SFB 580 hat es auch dieses Projekt mit der Spannung zweidimensionaler gesellschaftlicher Rationalisierungsstrategien, institutioneller Praktiken und den expliziten und impliziten Handlungsorientierungen der Akteure zu tun – allerdings in dem zentralen Bereich der Gesellschaft, der das Prinzip „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ bewirtschaftet, also im Gesundheitswesen.

Denn dieses zielt im Bereich von Rehabilitation und Pflege genau auf die aktuellen gesellschaftlichen Diskurse über selbstbestimmte Partizipation (Inklusion) unter den Bedingungen der endlich erreichten Langlebigkeit und der Globalisierung. Ließen sich oben die Transformationsfolgen als Challen-

ges erster und zweiter Ordnung beschreiben und analysieren, so sind bereits die bundesweiten Implementierungen der Sozialgesetzbücher XI im Jahre 1996 (Pflege), IX im Jahre 2001 (Rehabilitation, Teilhabe) und II im Jahre 2005 (Grundsicherung für Arbeitsuchende) als spezifische Reaktion auf die parallel neben der Transformation stattfindenden Herausforderungen der Errungenschaft der Langlebigkeit und der damit zum Teil im Zusammenhang stehenden epidemiologischen Umbrüche (Zunahme chronischer Krankheiten) zu verstehen. Diese zuletzt genannten Entwicklungen sind nicht abgeschlossen, sondern gewinnen an Tempo und Bedeutung und entwickeln sich nach der Einführung der neuen Sozialgesetzbücher in Einheit mit spezifischen Transformationsfolgen zu gemeinsamen Ost- und Westdeutschland betreffenden Challenges dritter Ordnung. Somit muss die Untersuchung des sozialen Wandels genau diese Bedingungen reflektieren.

Gleiches galt für die Ebene der Organisationen, in denen die Akteure des Gesundheitssystems als Professionsangehörige ihre Leistungen erbringen bzw. als Klienten erhalten oder an ihnen mitwirken (vgl. Tabelle 1.2). Dieses Mehrebenenszenario international vergleichend zu diskutieren, gab den Untersuchungsrahmen eine Dreidimensionalität, die damit nicht nur zeitlich (Transformation), sondern auch regional (Tschechien, Südtirol) an Tiefe und Vergleichsoptionen gewinnt.

1.8 Befund: Individualisierung und Bedarfsgerechtigkeit gegen Über-, Fehl- und Unterversorgung

„Jedem nach seinen Bedürfnissen!“ ist schon wortwörtlich eine Forderung nach Individualisierung. Das Wirksame zur richtigen Zeit bedarfsgerecht zu gewähren, erscheint nicht nur als individuelles Recht, sondern auch als Sparstrategie gegen Über- und Fehlversorgung. Auf allen Ebenen des folgenden Schaubilds (Tabelle 1.2) wird seitdem an dieser Individualisierungsstrategie gearbeitet: Nach 1989 wurde die Forderung „jedem nach seinen Bedürfnissen“ aus einer ganz anderen Richtung noch verstärkt. Als „Kostenexplosion“ waren die steigenden Sozialabgaben in den Lohnkosten thematisiert worden.⁴ Der Kostendruck rief nach Individualisierung als Rationalisierungsstrategie: Über- und Fehlversorgungen, deren das Individuum gar nicht bedarf, sollten durch bessere individuelle Steuerung, durch Evidencebasierung reduziert werden.

4 Gemessen am Bruttonettoprodukt explodierten die Kosten des Gesundheitswesens zwar keineswegs, ihr Anteil am BSP stieg nur allmählich. Weil die Sozialabgaben aber nicht auf alle Einkommensarten, sondern nur auf Löhne und Gehälter erhoben wurden, ergab sich ein anderes Bild. Als der Anteil der Löhne und Gehälter an allen Einkommen sank, schienen die Gesundheitsausgaben zu explodieren.

Tab 1.2: Mehrebenenszenario des sozialen Wandels im Kontext gesundheitsbedingter Inklusionsrisiken

	Gesellschaft (Makro) Funktionsbereiche (Politik, Krankenbehandlung)	Organisationen (Meso) Kliniken, Heime, Betriebe, Berufsförderungswerke	Interaktionen, individuelle Akteure (Mikro)	
			Professionsangehörige	Betroffene (Patienten, ihre Familien und Freunde)
Externe Steuerung (fremdreferentiell)				
Explizit	Sozialpolitik, Bedarfsgerechtigkeit, Privatisierung von Risiken	Qualitätsprüfungen, Budgetierung, Definition von Verteilungskriterien, Betriebliche Strategien bei begrenzter Tätigkeitsdauer	Gesetze (externe Aufgabendefinition)	Therapieplanung und -durchführung, Informationsbereitstellung, Technisierte Assistenz, Risikoverantwortung
Implizit	Effizienzerwartung, Bedarfsgerechtigkeit, Wirtschaftlichkeit, Subsidiarität	Ressourcenknappheit, Rationierung, Priorisierung	Arbeitsverdichtung und Komplexitätssteigerung	Morbidität
Binnensteuerung (selbstreferentiell)				
Explizit	Evidenzentwicklung Leitlinien, Behandlungspfade; Genetik Assessment von Bedarfen	Interne Organisations- und Qualitätsentwicklung, Qualitätssicherung, Behandlungspfade, Personalentwicklung, um externe Evidence erkennen und interne aufbauen zu können	Weiterbildung, Akademisierung Semi- und Entprofessionalisierung	Selbstorganisation, Netzwerkbildung Communitarismus
Implizit	Reflexivität im System der Krankenbehandlung: Theoriebildung	Kosten- und Innovationsdruck, Marketing, Technisierung	Ethos, Partizipation	Techniken der Selbstsorge: Gesundheit, Krankheit und Hilfe als Ressource und Sinnstiftung

Die Kompetenz, externe Evidence für den Aufbau interner Evidence zu nutzen, Leitlinien, Behandlungspfade, das Versprechen zukünftiger Anpassung der Medikation an die individuelle Genetik dienen diesem Ziel ebenso wie externe und interne Qualitätsentwicklung, die hierarchische Routine-Organisationen erst befähigen soll, auf externe wie interne Evidence zu reagieren. Weiterbildung und Professionsbildung soll die Professionsangehörigen, Selbstorganisation und Netzwerkbildung die Klienten zu dieser individuellen Steuerung selbstbestimmter Partizipation (Inklusion) befähigen (Behrens/Langer 2010a, b). Steuerungsstrategien, die nach dem Neunten Sozialgesetzbuch „Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ fördern und ermöglichen sollen, konnten untersucht werden am exemplarischen „Versorgungsproblem“ der medizinischen, pflegerischen, beruflichen und soziale Rehabilitation nach dem Ereignis eines Schlaganfalls – exemplarisch deshalb, weil Rehabilitation explizit und immer mit den Mitteln des Gesundheitswesens die Partizipation (Inklusion) an allen anderen gesellschaftlichen Teilsysteme sichern soll.

Die in den folgenden Kapiteln erörterten und in den Projektpublikationen (siehe Anhang) belegten Projektergebnisse zeigen, dass bei der Analyse von Exklusionsrisiken aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen zwischen dem Zugang und inhaltlicher Zielsetzung bzw. Ausgestaltung dieser Leistungen zu unterscheiden ist. Individualisierung oder individuelle Passfähigkeit ist in den Programmen der medizinischen Rehabilitation und insbesondere der Anschlussrehabilitation nach Schlaganfall nicht durchgängig zu finden, obwohl die Therapeuten und Einrichtungsleiter die Notwendigkeit hierzu in ihren expliziten Handlungsorientierungen durchaus betonen.

Schon in der medizinischen stationären Rehabilitation unmittelbar nach Schlaganfall deuten sich für Deutschland Versorgungsabbrüche an. Hierzu wurde im Teilprojekt C5 des SFB 580 ein Datensatz verschiedener Datenquellen der Rentenversicherung zusammengefügt und die Darstellung der KTLs (Klassifikation therapeutischer Leistungen) nach Schlaganfall berechnet (vgl. Kapitel 7 in diesem Band). Es entstand einen Überblick über die rehabilitative Versorgung von 4705 Patienten aus vier Bundesländern nach einem Schlaganfallereignis in den Jahren 1996 bis 2006 mit dem Ziel, die Hypothese der bedarfsgerechten (von der Deutschen Rentenversicherung als „evidenzbasiert“ bezeichneten) und individuellen Gestaltung der medizinischen (Anschluss-) Rehabilitation nach dem Ereignis eines Schlaganfalls zu überprüfen. Die ausgewerteten Daten sind Routinedaten der Rentenversicherungen und beinhalten neben Patientencharakteristika insbesondere die Codes der individuell bedarfsgerecht verordneten therapeutischen Leistung nach der Klassifikation Therapeutischer Leistung (KTL). Zur Analyse der KTL wird die im Rahmen des von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) initiierten Leitlinienprogramms von Schönle et al. vorgeschlagene Klassifikation von 8 sogenannten „evidenzbasierten“ Therapiemodulen

(ETM)“ verwendet. Diese wurden gewonnen, indem verschiedene therapeutische Verfahren mit dem gleichen Therapieziel aggregiert wurden. Zusätzlich wurden fünf sogenannte (allein) „praxisbasierte Therapiemodule (PTM)“ gebildet. Individualisierung wird hier konkret bis hin in die Rehabilitationskliniken der Deutschen Rentenversicherung im Rahmen der Flexibilisierung und Individualisierung der KTLs aufgegriffen. Die Analysen zeigten, dass der Großteil der Patienten an vielen verschiedenen Therapiemodulen teilnimmt (im Durchschnitt an 7,9 Modulen). Während in den sogenannten „evidenzbasierten Therapiemodulen“ besonders die Therapiemodule zur Verbesserung der motorischen Leistungsfähigkeit im Vordergrund stehen, finden bei den sogenannten „praxisbasierten Therapiemodulen“ besonders häufig die Module zur Motivationsförderung und der Klinischen Sozialarbeit Anwendung. Dies ist im Hinblick auf die sogenannte Nachsorge interessant, denn in diesen beiden Modulen finden sich die Leistungen, die sich mit der Zeit nach der Rehabilitation befassen. Diese nehmen allerdings in ihren Modulen keinen allzu großen Anteil ein (z. B. h21 „Organisation weiterer Maßnahmen“ lediglich 3,9% aller Leistung im Modul Klinische Sozialarbeit), so dass hier ein Mehrbedarf zu vermuten wäre.

Während die Rehabilitation von Versicherten nach einem Schlaganfall bis auf die individuelle Anpassung überwiegend als zentral und hilfreich angesehen wird, sind Probleme einer anschließenden Versorgung virulent. Schnittstellen und Zufälle prägen hier weitaus mehr das Versorgungsgeschehen, als strukturierte Programme und Behandlungspfade. Ebenso ist die poststationäre Rehabilitation (Nachsorge nach der Anschlussheilbehandlung) von Schlaganfallpatienten in Deutschland uneinheitlich gestaltet, die Kontinuität einer weiteren individualisierten therapeutischen und hauswirtschaftlichen Versorgung hängt weitgehend von den persönlichen Kenntnissen und sozialen Ressourcen der einzelnen Patienten und deren Bezugspersonen ab (also, in der Terminologie Bourdieus, von deren kulturellem, sozialen und ökonomischen Kapital) (Schaepe et al. 2009; Behrens 2009). Alle Befragten berichteten von starken Widerständen bei allen Trägern der Gesundheitsversorgung – diese konnten bei einigen Betroffenen nur mit Unterstützung durch Bezugspersonen, Sozialverbände und/oder Hausärzte überwunden werden, für andere Betroffene fand nahezu keine weitere individualisierte Versorgung poststationär statt, obwohl Therapieeffekte über einen Zeitraum von zwei Jahren nach dem Ereignis eines Schlaganfall belegt sind (vgl. auch Dean et al. 2000).

Die bedarfsgerechte und individuelle pflegerische Versorgung in der Langzeitpflege in Deutschland ist derzeit weitgehend von der Kompetenz der einzelnen Pflegeperson abhängig, die die Verantwortung trägt, den Pflegeprozess zu gestalten. Hier zeigte sich in Bezug auf die Verantwortungsübernahme für den Pflegeprozess und die einzelnen Fähigkeiten der Pflegenden ein sehr heterogenes Bild, das es dem Zufall überlässt, ob es zu einer indivi-

duell, bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung kommt. In der Schweiz (u.a.) wird diesem Problem durch ein systematisches an geriatrischen Problembereichen orientiertes Assessment (Resident Assessment Instrument) beantwortet, welches durch vierteljährliche Erhebungen den Pflegebedarf eines pflegebedürftigen Menschen erfasst und damit die Basis für eine individuelle Pflege legt. Im Rahmen einer randomisiert kontrollierten Studie, die die Anwendung des Resident Assessment Instruments (RAI) in Deutschland begleitend testete, konnte allerdings bisher der Effekt einer individualisierten pflegerischen Versorgung, der sich in einer Qualitätsverbesserung der Pflege (Qualitätsindikatoren) oder zumindest einem gleichbleibendem Pflegezustand und in der Erhöhung der Lebensqualität des Pflegebedürftigen zeigen sollte, ein Jahr nach Anwendung des Assessments nicht nachgewiesen werden (Becker et al. 2010).

Auf der Ebene der Handlungsorientierung sind also die individualisierenden Handlungsnotwendigkeiten bewusst geworden. Trotzdem reagieren die Akteure auf allen Ebenen auf die Exklusionsrisiken nach Schlaganfall, vor allem in Deutschland, noch vielfach mit Standardprogrammen, die sie selber für zu wenig individuell und zielbezogen halten⁵. Dieser Widerspruch in Deutschland zwischen explizit gesehenen Notwendigkeiten einerseits und institutionellen Praktiken und tatsächlichen Handlungen andererseits geht darauf zurück, dass jede Einrichtung nur für einen begrenzten Abschnitt der Leistungserbringung im Behandlungsnetz zuständig ist. Auch sind je nach Ziel der Rehabilitation andere Einrichtungen und Finanzierungsträger (z. B.

5 In der Schweiz sind die Programme in den Rehakliniken individualisierter als in Deutschland, aber es ist die Frage, ob diese individualisierten Programme im ambulanten Bereich durchgeführt werden können. Auch in Schweden wurden unsere Fallvignetten sehr individualisiert bearbeitet und erörtert. Aus vielfältigen Programmen werden in Schweden dem Anspruch nach die individuell passendsten, die in Schweden typischerweise die Betriebe übergreifen (wie dem Anspruch nach in der früheren DDR), herausgesucht: „in-patient reha, day-care units oder home-care „based reha“ mit einem multidisciplinary rehabilitation team with knowledge of stroke care“ Das beansprucht auch die Nationale Leitlinie: „Early discharge from hospital with rehabilitation at home → Health and Medical Care may discharge stroke patients with mild to moderate symptoms from hospital earlier than normal if the patient obtains rehabilitation at home from a multidisciplinary rehabilitation team with knowledge of stroke care“ (vgl. Socialstyrelsen 2009 „Nationella riktlinjer för strokesjukvård. <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerforstrokesjuk-var>“). Noch klarer formuliert die schwedische Leitlinie: „För att undvika både under- eller överbehandling, bör sjukvården följaktligen göra skillnad beroende på om patienten har en lång eller kort förväntad överlevnad och också bedöma behandlingens möjligheter att förbättra livskvaliteten för patienten. I den kliniska situationen måste sjukvården alltid göra en individuell bedömning av patientens förväntade livslängd och livskvalitet“, zu deutsch etwa: Zur Vermeidung von Unter- oder Überbehandlung sollen die Überlebenserwartung des Patienten und ebenfalls Behandlungsmöglichkeiten zur Lebensqualitätsverbesserung beurteilt werden. In klinischen Situationen ist immer eine individuelle Beurteilung über Lebenserwartung und Lebensqualität durchzuführen.)

Krankenversicherung vs. Rentenversicherung) zuständig⁶. Diese Zersplitterung oder Gliederung des Systems der Krankenversorgung ist, wie der internationale Vergleich zeigte, ein spezifisch deutsches Phänomen. Kanada, aber auch Italien haben formal ein Versorgungssystem aus einer – föderalstaatlichen und steuerfinanzierten – Hand. Dabei zeigte die Analyse Italiens in unserem Projekt, dass die Teilung sehr vieler Praxen in morgens staatlich finanziert und nachmittags privat zu neuen Exklusionen führt.

Im gegliederten deutschen System werden die spezifischen individuellen Bedarfe, die über funktionale Verbesserungen hinausgehen, wie Sorgen über die Fortsetzung der beruflichen Laufbahn oder die Befürchtung, den Verpflichtungen gegenüber der Familie nicht gerecht werden zu können oder bestimmten Identität stärkenden Tätigkeiten nicht mehr nachgehen zu können, nur teilweise berücksichtigt – trotz des im SGB IX kodifizierten Ziels der Rehabilitation, Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben der Gesellschaft zu fördern (vgl. §1 SGB IX). Über die Anschlussrehabilitation wissen Betroffene unseren Interviewern zu berichten, dass zwar Absprachen über den Therapieplan stattfinden, aber darüber hinaus kaum Planungen der weiteren Zukunft bzw. dessen, was mit und nach der Rehabilitation erreicht werden soll.

Sehr unterschiedlich verläuft in der Regel die weitere Nachsorge nach der Akutversorgung und der Anschlussheilbehandlung. Aus den Projekt-Ergebnissen wird deutlich, dass die eigentliche Krankheitsverarbeitung nach einem Schlaganfall vielfach nicht in der direkten Anschlussrehabilitation erfolgt oder abgeschlossen ist, sondern im weiteren Verlauf bis zu einer Dauer von fünf und mehr Jahren sich stetig entwickeln kann. Allerdings bleibt diese Betreuung über fünf und mehr Jahre weitgehend der individuellen Integrationskompetenz der Rehabilitanden und ihrer privaten Netze überlassen. So gibt es inzwischen eine gewisse Evidence für den rehabilitativen Erfolg von Physiotherapie, auch noch sechs Jahre nach dem Ereignis eines Schlaganfalls. Die Befunde zeigen somit, dass der Rehabilitationsprozess nach einem Schlaganfall nicht mit dem Verlassen der Akut- oder Rehabilitationsklinik endet. Der weitere Verlauf nach einem Schlaganfall bedarf einer individuellen Antwort, in der der Betroffene seinen eigenen Weg findet, sei es durch Begleitung oder Steuerung oder durch Inanspruchnahme eines per-

6 Das gilt noch mehr für Tschechien. Während Deutschland mit dem Sozialgesetzbuch IX, das allerdings wenig Verbindlichkeit im Alltag entfaltet, über einen einheitlichen gesetzlichen Rahmen u.a. für Leistungen zur Teilhabe verfügt, erbringen in Tschechien Krankenversicherung und Rentenversicherung auf unterschiedlicher gesetzlicher Grundlage Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Definierte Kriterien, wie Zeitpunkt der Rehabilitation oder entsprechende Leitlinien für Rehabilitationsprogramme fehlen. Vielmehr bilden unterschiedliche und häufig novelierte Einzelgesetze und Verordnungen, die eine Vielzahl an Beschreibungen von Inhalten und Verfahrensvorgaben enthalten, die Rechts- und Handlungsgrundlage (Lewerenz 2004). Träger der beruflichen Rehabilitation sind die Arbeitsämter. Ein umfassendes System im Sinne einer „comprehensive rehabilitation“ gibt es daher nicht.

sönlichen Budgets, wie es das SGB IX vorsieht. Gerade bei Patienten, die die Rehabilitationsfähigkeit (stationär, ambulant) nicht erreichen und auf häusliche Pflege oder Rehabilitation im Pflegeheim angewiesen sind, werden individuelle Lösungen diejenigen partizipatorischen Elemente nicht erreichen können, die die Chance auf soziale Teilhabe eröffnen. Während aber konsequente Therapien in manchen Fällen trotz bleibender Einschränkung nicht stattfinden, gelingt es anderen Rehabilitanden vor allem mit starker Unterstützung durch Nachbarn, Bekannte, Familienmitglieder oder des Hausarztes und der ambulanten Pflege eine kontinuierliche therapeutische Versorgung und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu erhalten und für ihre Rehabilitation zu nutzen. Übereinstimmend berichten sie jedoch von deutlichen Schwierigkeiten im Vorfeld der Leistungsgewährung bei allen Trägern der Gesundheitsversorgung. Individualisierung scheint somit eine Prozessvariable zu sein, die sich vor allem auf den fehlenden Zugang und bedingt auch auf die Wahl der Interventionen bezieht. Die Integrationsaufgabe der ausdifferenzierten, spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen erfüllen diese nicht, sondern überlassen sie in einem großen Ausmaß den Rehabilitanden, ihren Familien und privaten Netzwerken allein. Die Rehabilitanden und ihre privaten Netzwerke verfügen allerdings über sehr unterschiedliche Ressourcen. Obwohl rehabilitative und allgemeine gesundheitliche Versorgung in Deutschland völlig unabhängig von sozial ungleich verteilten Ressourcen allen, gemäß ihrem Bedarf, zugänglich sein soll und innerhalb einer Einrichtung vermutlich auch ist, verschärft sich soziale Ungleichheit in der Rehabilitation, je mehr die Integrationsaufgabe weitgehend den Rehabilitanden und ihren privaten Netzen überlassen ist. In den Termini Bourdieus: Trotz des Versprechens einer bedarfsgerechten individuellen Versorgung für alle bleibt der Zugang zu diesen Leistungen und ihre Nutzung vom sozialen und kulturellen Kapital abhängig (Behrens 2008)⁷.

1.9 Differenzierungsprozesse

Rehabilitation wie auch Pflege greifen, wollen sie wirksam sein, weit in das Wirtschaftssystem aus: Unter ihrem Kriterium der Krankenversorgung „jedem nach seinen Bedürfnissen“ werden Maßnahmen nötig, die den Kriterien

7 Auch dies ist in Schweden mit seinen Assessments im Intervall, die von Physio- und Ergotherapeuten in eigener Praxis durchgeführt werden und in betriebsübergreifende Programme eingehen, besser geregelt (Nationale Leitlinie des National Board of Health and Welfare: Socialstyrelsen (2009): Nationella riktlinjer för strokesjukvård) Aber Organisation, Zuständigkeiten, Finanzierung über die Provinzlandtage und Kommunen begleitend auch aktuelle Daten durch das National Board of Health and Welfare: z.B. Socialstyrelsen (2011): Nationell utvärdering 2011. Strokevård. Delrapport: Landstingens insatser.