IIVG Papers

Veröffentlichungsreihe des Internationalen Instituts für
Vergleichende Gesellschaftsforschung (IIVG)/Arbeitspolitik
des Wissenschaftszentrums Berlin

IIVG/pre83-212

Selbsthilfegruppen im Gesundheits-
wesen unter Anpassungsdruck
- Zwischen Untergang und
Marktkonformität -

Rolf Rosenbrock

Berlin, Oktober 1983

- ISSN 0724-5084

Eine überarbeitete Fassung dieses Papiers erscheint unter dem
Titel: "Selbsthilfe und Marktökonomie - Unheimliche Begegnungen
mit der dritten Art" im ARGUMENT-Sonderband AS 102: Ambulante
Gesundheitsarbeit, Berlin 1983

Publication series of the International Institute for
Comparative Social Research/Labor Policy

Wissenschaftszentrum Berlin

Steinplatz 2, D 1000 Berlin 12

030/313 40 81

Rolf Rosenbrock

Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen unter Anpassungs-
druck

- Zwischen Untergang und Marktkonformität -

Inhalt

1. Neue Bewegungen im Gesundheitswesen	2
2. Die Entwicklung neuer Betriebe im Gesundheitswesen	5
3. Ein Fallbeispiel - "Ambulante Dienste"	12
4. Perspektiven und Ansätze	21
Anmerkungen	25
Literatur	26

Abstract

Der Prozeß der zunehmenden Ersetzung staatlicher Gesundheitspolitik durch eine Kostenpolitik führt zu verstärkten Versuchen der ideologischen und tatsächlichen Vereinnahmung der alternativen Gesundheitsbewegungen (Selbsthilfe als "Subsidiarität von unten"). Die in diesem Sektor vorhandenen innovatorischen Potentiale könnten sich auf dem Gebiet der modernen Volkskrankheiten (Prävention und Betreuung) als sehr nützlich erweisen. Die Frage ihrer Weiterentwicklung oder ihres Untergangs durch Subsumption unter die Prinzipien von Marktökonomie bzw. unbezahlten sozialen Dienstleistungen ist deshalb ein wichtiges Element der Beurteilung der Entwicklung präventiver und kompensatorischer Sozialpolitik.

Die gegenwärtigen Entwicklungen von und in Gruppen innerhalb der alternativen Gesundheitsbewegung verweisen auf drei Tendenzen:

- Solche Gruppen entwickeln sich zunehmend zu arbeitsteilig und nachfrageorientiert organisierten Gebilden zur Erzeugung von Waren und Dienstleistungen für Gesundheit und Wohlbefinden (Prozeß der Verbetrieblichung).
- Insgesamt werden dadurch Produktion und Konsum von Dienstleistungen für Gesundheit und Wohlbefinden ausgedehnt; der Anteil der direkten Marktbeziehungen in diesem gesellschaftlichen Bereich nimmt dadurch zu (Prozeß der Marktorientierung).
- Diese Tendenz koinzidiert mit den aktuellen Tendenzen der staatlichen Sozial- und Gesundheitspolitik; die u.a. dadurch gesetzten ökonomischen Rahmenbedingungen verstärken den Entscheidungsdruck zwischen Marktorientierung oder unbezahlten sozialen Dienstleistungen (Prozeß der Vereinnahmung).

Aspekte dieser Tendenzen, ihrer Verarbeitung in Selbstverständnis und Außendarstellung sowie möglicher Alternativen werden am Beispiel einer relativ hoch entwickelten Service-Einrichtung aus dem alternativen Sektor dargestellt und diskutiert.

Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen unter Anpassungsdruck

- Zwischen Untergang und Marktkonformität -

1. Neue Bewegungen im Gesundheitswesen

Die derzeit vorherrschende Bewegungsrichtung im System sozialstaatlicher und gesundheitlicher Versorgung ist leicht auszumachen: sie verläuft in Richtung auf den "grundsätzlichen Umbau des Systems der sozialen Sicherung mit dem Ziel einer weitgehenden Reprivatisierung sozialer Risiken" (Reinhard 1983, S. 967).

Für die Gruppen und Projekte der alternativen Gesundheitsbewegung wird es in den nächsten Jahren entscheidend darauf ankommen, ob sie ein politisches Verhältnis zu dieser Tendenz entwickeln können, das einen eigenständigen Kurs zwischen Untergang und Vereinnahmung zu steuern erlaubt. Es ist absehbar, daß dieser Prozeß sehr uneinheitlich und widersprüchlich verlaufen wird, zumal es ja nicht eine Bewegung ist, die da zunehmend mit den Sog- und Strudelwirkungen der regressiven staatlichen Sozialpolitik in Berührung kommt.

Schon heute sind verlässliche Aussagen über Umfang und Dynamik alternativer Ansätze gesundheitlicher Versorgung kaum möglich. Dies liegt zum einen daran, daß die einschlägigen Begriffe ("alternativ", "Selbsthilfe") nicht sehr trennscharf sind und zudem durch inflationäre Benutzung immer weiter zerfließen. Zum anderen wird eine nüchterne Zustands- und Entwicklungsbeschreibung auch dadurch erheblich erschwert, daß in die Berichte und Analysen über diesen gesellschaftlichen Sektor allzu häufig tagespolitische Interessen hineinwirken:

- Aus sich selbst heraus produziert der alternative Sektor kaum Informationen, die Aufschluß über seine Entwicklung geben könnten. Einschlägige Verzeichnisse (z.B. Stattdbuch 2, Berlin 1982) sind immer nur Momentaufnahmen, und ihre Herausgeber hüten sich verständlicherweise davor, durchtrennscharfe Kriterien Aus- und Eingrenzungen vorzunehmen (vgl. z.B. VHS 1982, S. 21 ff.).

- Sozialwissenschaftler, reichlich auf diesem Feld vertreten, üben sich in Klassifikationen ("in", "neben", "gegen" das etablierte Gesundheitswesen; "professionell" vs. "laiengetragen", "kommunikativ" vs. "sozialpolitisch" etc.; vgl. Badura 1978, Trojan/Behrendt 1980, Kickbusch 1981), deren praktischer Nutzen außerhalb akademischer Debatten oft zweifelhaft bleibt und die kaum Antworten auf die Frage nach Perspektiven und Dynamik enthalten. Zudem legt ein Blick auf die Interessenlage einschlägig befaßter "(Auftrags-)Wissenschaftler im Gesundheitswesen" (Franzkowiak et al. 1982, S. III) und mehr noch der darüber berichtenden Journalisten die Vermutung nahe, daß von dieser Seite eher euphemistische Bilder der Bewegung gezeichnet werden.

- Ebenso wenig verlässliche Zeugen scheinen Gesundheitspolitiker der verschiedensten Richtungen zu sein: Gleich ob sie Selbsthilfe als "konsequente Verwirklichung individueller Freiheit und Selbstverwirklichung" (Fink 1982, S. 15) oder als Beitrag "für ein humanes Gesundheitswesen" (Brückner 1982, S. 20) oder als Bestandteil der "Gesundheitsbewegung" (E. Huber 1982, S. 12) begreifen: sie alle sind an einer in ihrem jeweiligen Sinne positiven Entwicklung und damit an einem auch zahlenmäßigen Wachstum der Bewegungen interessiert. Zahlenangaben über 500 000 Selbsthilfegruppen in den USA, 5 000 Gesundheitsinitiativen in der Bundesrepublik (z.B. Brückner 1982, S. 20) oder 1 000 bzw. sogar 1 500 Gesundheitsselbsthilfegruppen in Berlin (West) (E. Huber 1982, S. 12 bzw. Fink 1983, S. 48) sind infolgedessen eher als allgemeine Unterstrei-

chung der Bedeutung der Bewegungen denn als konkrete Informationen zu werten.

Eigene Beobachtungen und Erfahrungen deuten - ebensowenig abgesichert - darauf hin, daß die Zahl derjenigen Gruppen zunimmt, die Mühe haben, die Fassade einer funktionsfähigen Existenz zumindest nach außen hin aufrechtzuerhalten.

Unabhängig von der empirisch derzeit also nur schwer zu beantwortenden Frage nach der Entwicklung des gesamten alternativen Sektors dürfte unstrittig sein, daß Anteil und Bedeutung jener Gruppen zunimmt, die ihren Mitgliedern oder einem Teil derselben die individuelle Reproduktion in Form von Honoraren der Gehältern ermöglichen sollen. Mit anderen Worten: Der Prozeß der Verbetrieblichung von Gruppen aus der Alternativ- und Selbsthilfebewegung hat eingesetzt und gewinnt an Tempo. Damit ergeben sich auch für diese Gruppen im Übergangsbereich zwischen "selbstbestimmtem Kollektiv" und "marktorientiertem Kleinunternehmen" eine ganze Reihe von Alternativen, Sackgassen, Entwicklungsmöglichkeiten und Gefahren, die z.B. J. Huber (1980) für die Alternativbewegung insgesamt beschrieben hat. Diese gewissermaßen "normalen" Entwicklungsprobleme werden bei Alternativgruppen im Gesundheitssektor dadurch beeinflusst, daß sie sich nicht in irgendeinen beliebigen Markt hineinentwickeln, sondern in einem gesellschaftlichen Bereich tätig sind, in dem die Gesetze der Marktökonomie zumindest teilweise nicht gelten (sollen) und dessen Unterwerfung unter eben diese Gesetze gerade jetzt Gegenstand heftiger gesellschaftlicher Auseinandersetzungen ist.

Im folgenden sollen zunächst einige für den Gesundheitssektor spezifische Triebkräfte und Verlaufsformen dieses Entwicklungsprozesses skizziert sowie Aspekte seiner ideologischen Verarbeitung kritisiert werden. Diese Kritik wird im dritten Abschnitt an der Praxis eines Projektes aus der Selbsthilfebewegung exemplifiziert. Den Abschluß bilden einige Überlegungen zur weiteren Dynamik der Verbetrieb-

lichung von Initiativen im Gesundheitswesen sowie zu einem produktiven Umgang mit dieser Entwicklung.

2. Die Entwicklung neuer Betriebe im Gesundheitswesen

Der Übergang von mehr oder weniger spontanen Selbsthilfegruppierungen im Gesundheitswesen zu institutionalisierten Formen der arbeitsteilig organisierten Waren- und Dienstleistungsproduktion weist gegenüber der Produktion für andere Märkte mindestens fünf Besonderheiten auf:

- Die Produktion von Dienstleistungen und Waren für Gesundheit und Wohlbefinden trifft auf eine Nachfrage, bei der es noch weniger als auf anderen Märkten eine objektive Sättigungsgrenze gibt, sondern Nachfrage unter bestimmten Umständen die Folge von einmal begonnenem Konsum ist (z.B. auf einigen psychotherapeutischen Gebieten, vgl. Bopp 1982, S. 105-143)
- Das etablierte Gesundheitssystem ist nach wie vor nicht in der Lage, aus sich selbst heraus Versorgungsstrukturen zu entwickeln, die den Bedürfnissen nach psychosozialer Betreuung gerecht werden könnten. Dies führt nicht nur zu einer derzeit fast unbegrenzt erscheinenden Nachfrage, sondern auch dazu, daß sich Gruppen, die auf diese gesellschaftliche Nachfrage eingehen, fast nur außerhalb des offiziellen Gesundheitssystems etablieren können.
- Eine Bestimmung des Gebrauchswertes von Gütern und Dienstleistungen für Gesundheit ist wegen der sehr erheblichen Unbestimmtheiten und Unschärfen objektiv kaum möglich (Rosenbrock/Abholz 1980, S. 153 f.). Noch viel weniger kann vom einzelnen Individuum bei intransparentem Markt und meist unter subjektivem Leidensdruck eine rationale Selektionsentscheidung erwartet werden. Von diesem Sachverhalt profitieren neben herkömmlichen

Scharlatanen und Ärzten sowie der Pharmaindustrie zunehmend auch Dienstleistungsangebote mit "alternativem" Hintergrund bzw. Marketing.

- Die Kritikfähigkeit gegenüber dubiosen Dienstleistungs- bzw. Therapieangeboten wird durch die Zugehörigkeit der Anbieter zur gleichen "Scene", der auch die Nachfrager angehören, gesenkt. Das gilt auch dann, wenn diese Zugehörigkeit nur in der verbal behaupteten "Distanzierung zur offiziellen Medizin" besteht und eine irgendwie "ganzheitliche Aufgehobenheit" etc. verspricht (Schoene 1980, S. 230).
- Die zahlreichen Mitglieder der Gruppen, die in den vergangenen Jahren zunächst ehrenamtlich mit der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen in Selbsthilfegruppen, Gesundheitsinitiativen, Stadtteilgruppen, begonnen hatten, stehen irgendwann fast alle vor der persönlich-motivational, arbeitskapazitativ und schlicht ökonomisch erzwungenen Entscheidung, entweder dieses Tätigkeitsfeld zugunsten einer Erwerbstätigkeit in einem anderen Bereich zu verlassen oder mit dieser Arbeit zumindest einen Teil ihres Lebensunterhaltes zu verdienen. Bei gegebener und absehbar sich nicht verbessernder Arbeitsmarktlage verstärkt sich die Tendenz für diese Gruppen, nach Erwerbsmöglichkeiten im ökonomisch noch immer expandierenden Bereich der Gesundheitsdienstleistungen (im weitesten Sinne) zu suchen.

Sowohl Faktoren der Nachfrage wie auch die Struktur der Anbieter begründen demnach die rasche Zunahme eines expandierenden Marktes für alternative Gesundheitsgüter und -dienstleistungen. Dabei ergeben sich zahlreiche fließende Übergänge und Mischformen, die auch hier einer "sauberen Kategorisierung" entgegenstehen:

- Die Entwicklung von ehrenamtlicher, meist aufopferungsvoller bis selbstausbeuterischer Tätigkeit in Gesund-

heitsgruppen zu Formen des kollektiven oder individuellen Kleinunternehmertums bzw. der Lohnarbeit ist in der Regel ein mehrstufiger Prozeß. Dabei werden solche Projekte häufig zunächst durch Lohn- oder Sozialeinkommen aus anderen Quellen subventioniert (J. Huber 1980, S. 44-46; Christ/Gaul/Gehrmann 1982, S.10ff.), erhalten vielleicht offiziell oder auf Umwegen Gelder aus öffentlichen Haushalten, werben eventuell um Spenden etc.. Irgendwann wird dann der Übergang zur Erhebung von Gebühren, zunächst häufig nach Finanzkraft der Klienten sozial gestaffelt, vollzogen. Von dort bis zur Tätigkeit gegen Honorar, zunächst kostendeckend, später nach Maßgabe des sonstigen Preis- und Einkommensniveaus im Gesundheitswesen, ist es ein überschaubarer Weg. Unabhängig von den ursprünglichen Ansprüchen und Bestrebungen der Gründer und Dienstleister solcher Gruppen setzt sich so "die für alle Formen der solidarischen Selbsthilfe bestehende Tendenz (Sozialgesetzlichkeit) zur Transformation in andere Betriebsformen, vor allem die Konvergenz zum Betriebsstil der dominierenden Produktionssysteme (des marktwirtschaftlich-erwerbswirtschaftlichen einerseits und des öffentlich-haushaltswirtschaftlich-bürokratischen andererseits)" durch (Thiemeyer 1981, S. 204). Im Bereich der Ökonomie wird dabei der gleiche Anpassungszwang wirksam wie in bezug auf die Einordnung ins politische System. "Ist eine Selbsthilfegruppe ... überhaupt nicht bereit, vorgegebene Formen sozialen Handelns anzunehmen, wird sie zu einer marginalen Erscheinung" (Labisch 1983, S. 25).

- Der Markt der alternativen Gesundheitsgüter wird auf diese Weise von Gruppen aus den Gesundheitsbewegungen zwar erschlossen, jedoch keineswegs nur von diesen benutzt. In dem Maße, wie es - wieder - üblich wird, über die durch das Sachleistungsprinzip der GKV abgedeckten Leistungen hinaus Güter und Dienste für die Gesundheit gegen direkte Barzahlung zu erwerben, werden auch rein kommerziell motivierte Dienstleister angezogen. Ein Blick in die Kleinanzeigenteile ("Psycho", "Actions", "Gesund-

heit" etc.) in alternativen Zeitungen und Stadt-Illustrierten sowie die "Pinn-Bretter" alternativer Einzelhandelsunternehmen mit ihren vielfältigen und sich weiter differenzierenden Angeboten belegt diese Tendenz. Im Ergebnis sind dabei Angebote von Dienstleistungen, die ursprünglich aus der Gesundheitsbewegung stammen, und rein kommerziell motivierte Offerten oftmals nicht mehr zu unterscheiden.

- Der aus ökonomischen Gründen vor allem auf die Mittelschicht konzentrierten Bereitschaft, Gesundheitsdienstleistungen über den GKV-Rahmen hinaus zu konsumieren und auch selbst zu bezahlen, korrespondiert im übrigen die Tendenz zur privaten Krankenversicherung in dieser "Scene".
- Die Spannweite der Gesundheits-Angebote reicht von seriösen Dienstleistungen über das weite Feld des "Psychodroms" (Bopp 1982) bis hin zu zahlreichen Spielarten von Okkultismus und Metaphysik. Daneben wächst auch die Palette des Warenangebots für gesunde Ernährung, Kleidung, für Amulette und sonstiges Metaphysik-Zubehör. Auch hier kommt den aus der Gesundheitsbewegung stammenden Anbietern die Funktion der Markterschließung und Weckung von Kaufbereitschaft zu. Im Windschatten dieser Entwicklung konnten sich sowohl neue kommerzielle Anbieter etablieren wie auch alte Geschäftszweige, wie z.B. Reformhäuser (vgl. Freese 1982, S.92ff.), beträchtliche Zuwachsraten erzielen.

Ohne damit bereits eine Aussage über die gesundheitspolitische Substanz der Gesundheitsbewegungen treffen zu wollen, muß zusammenfassend festgestellt werden, daß einer ihrer sichtbarsten Effekte darin besteht, daß sie den Markt für Gesundheitswaren und -dienstleistungen in Bewegung gebracht hat: Spannweite und Skala der Anbieter, des Angebots und der Finanzierung haben sich beträchtlich ausgeweitet. Die Rolle des Marktes, auf dem Güter und Dienst-

leistungen für die Gesundheit direkt gegen Geld getauscht werden, hat sich dabei vergrößert. Das zentrale gesundheitspolitische Postulat, nach welchem Entscheidungen in bezug auf die Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Güter und Dienstleistungen frei von monetären Erwägungen und unabhängig von den Einkommensverhältnissen getroffen werden sollen, ist durch diese Entwicklung aufgeweicht worden. Dies kann und soll kein moralisierender Vorwurf an die Adresse der alternativen Gesundheitsakteure sein, zumal das etablierte Versorgungssystem einerseits jene Defizite produziert, auf die sie eingehen und ihnen andererseits auch keine alternativen, nicht der Marktökonomie unterworfenen Organisationsformen anbietet. Festzuhalten bleibt aber, daß die ökonomische Eigendynamik der alternativen Gesundheitsszene, soweit sie sich als Waren- und Dienstleistungsangebot verstetigt und verbetrieblicht, in die gleiche Richtung läuft wie die derzeitig vorherrschende staatliche Politik des Sozialabbaus: in Richtung auf Reprivatisierung der Produktion und auf Marktsteuerung der Verteilung von Gesundheits- und Sozialgütern (MEMORANDUM 1980, S. 140ff.; MEMORANDUM 1983, S. 106ff.)

Die objektiv bestehende Harmonie zwischen der staatlichen Politik der Sozialdemontage und der Eigendynamik der Anbieter von Gesundheitsgütern aus dem alternativen Sektor beschränkt sich nicht auf die ökonomische Formel "weniger Staat - mehr Markt". Bekannt ist die ebenfalls bedeutende ideologische Schnittstelle, an der das Streben nach Autonomie und Dominanz der Betroffenen von einschlägigen Politikern in eine Bejahung des krisenpolitisch zurechtgebogenen Subsidiaritätsprinzips umgemünzt wird. Dabei wird versucht, den Staat von der finanziellen und Regelungs-Verantwortung für die Bekämpfung bzw. Kompensation von Gesundheitsrisiken und -schäden freizustellen und die Lasten auf die "kleinere Einheit", d.h. den einzelnen, die Familie, aber eben auch die Selbsthilfe-Gruppe abzuwälzen. Großzügig werden dann, wie etwa in Berlin, mit der linken Hand noch einige Almosen "unbürokratischer" finanzieller Hilfe an ein paar weniger

aufsässige Selbsthilfe-Gruppen hinterhergeworfen, während die rechte Hand sachlich und effizient den Sozialhaushalt ausräumt und die Scene mit der Diskussion über "ob, wieviel und wie" an "Staatsknete" ein ebenso interessantes wie sozialpolitisch unbrisantes Alternativ-Thema zur Sozialdemontage gefunden hat.

Überhaupt gibt es kaum ein wichtiges Ideologem in der Diskussion über die Gestaltung des Gesundheitswesens und der Gesundheitsversorgung, welches nicht in den Argumentationen sowohl der regressiven Gesundheitspolitiker als auch bei Vertretern alternativer Ideen Verwendung findet. Neben der bereits erwähnten Steuerungs- und Reinigungskraft des Marktes für das Angebot von Gesundheitsleistungen und dem Rückverweis der sozialen Risiken an die Familie bzw. die kleine Gruppe tauchen als Topoi immer wieder auf: "Krankheit als Schicksal", "Verantwortlichkeit des einzelnen für seine Gesundheitsrisiken", Stärkung der Selbsthilfemotive des einzelnen durch die Abwesenheit gesellschaftlicher Versorgungssysteme, unbedingtes Autoritätsverhältnis zum jeweiligen Therapeuten, soziale Differenzierung in Leistungsbedarf und Leistungsnachfrage und vieles anderes mehr. Die meisten der mit diesen Leitthemen der Gesundheitspolitik zusammenhängenden Diskussionen sind in den letzten Jahrzehnten geführt worden und hatten irgendwann ein politisch und wissenschaftlich mehr oder weniger klares Ergebnis gefunden. Oft muß man freilich bei Diskussionen mit Vertretern des alternativen Bereichs die etwas lähmende Entdeckung machen, daß das Wiederaufgreifen der teilweise sehr verstaubten Argumentationsfiguren nicht etwa neuen Argumenten und Einsichten, sondern der schlichten Unkenntnis stattgehabter gesundheitspolitischer Diskussionen zu verdanken ist. Gleiches gilt häufig genug auch für die organisatorischen und ökonomischen Probleme gesundheitsbezogener Waren- und Dienstleistungsproduktion.

Die Folgen solcher Unklarheiten sind vielfältig. Viele Gruppen stemmen sich der Sozialgesetzlichkeit der Verbe-

trieblichung mit formaler Organisation und Arbeitsteilung solange entgegen, bis ihre Projekte - finanziell, arbeits-ökonomisch, menschlich überlastet - zusammenbrechen. Die Gesundheitsbewegungen verlieren auf diese Weise durch individuelle Resignation und Rückzug viele ihrer engagiertesten und kreativsten Mitglieder und Macher. Andere Projekte entdecken kurz vor ihrem drohenden Zusammenbruch das Überlebensangebot, das ihnen die Marktwirtschaft bietet; da sie sich niemals eingehender mit den Risiken und Chancen dieses Wirtschaftssystems - aus der Sicht des Kleinunternehmers! - auseinandergesetzt haben, neigen gerade sie zu marktradikalem Verhalten und übertreffen das von ihnen ursprünglich bekämpfte Gesundheitssystem zumindest in dieser Hinsicht beträchtlich. Beispiele hierfür finden sich reichlich im Psycho- und Einzelhandelsbereich. Nur wenige Projekte schaffen dagegen den organischen Wandel von spontanen Gruppierungen zu stabilen und effizienten Organisationen bei Aufrechterhaltung von möglichst viel kreativem Spielraum, kollektiver Entscheidungsfindung, humaner und gleichmäßiger Form der Arbeitsteilung, Vermeidung von Selbstüberlastung und trotzdem ausreichender finanzieller Grundlagen. Für viele Initiativen im Gesundheitswesen ist diese Alternative zwischen Untergang, marktradikaler Verbetrieblichung und halbwegs humaner Kleinunternehmer-Existenz auf individueller oder kollektiver Basis freilich noch nicht entschieden. Es wäre schon viel gewonnen, wenn sich diese Initiativen über ihre möglichen Entwicklungsperspektiven unter den Bedingungen dieses Wirtschaftssystems und dieses Gesundheitswesens rechtzeitige und realistische Gedanken machen würden. Dabei werden sie zu beachten haben, daß die "an sich" rationale Lösung, nämlich die Integration ihrer Leistungen in ein flexibles und patientenorientiertes Konzept der "gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung" (Labisch 1982) unter den aktuellen und sich absehbar nicht verbessernden politischen Rahmenbedingungen nur als Leitidee fungieren kann. Tatsächlich realisiert werden können dagegen im günstigsten Falle (neben einigen Modellversuchen) eher kleinunternehmerische

oder genossenschaftliche Lösungen in vorsichtiger Kooperation mit staatlichen, professionellen oder kassengetragenen Institutionen des Gesundheitswesens (vgl. u. 4.).

3. Ein Fallbeispiel - "Ambulante Dienste"

Im folgenden sollen einige Aspekte der hier angedeuteten Kritik an der Entwicklungsdynamik alternativer Gesundheitsunternehmungen an zwei Projekten der ambulanten Hilfe für Behinderte exemplifiziert werden. Die Auswahl gerade dieser Projekte beruht neben pragmatischen Gründen vor allem darauf, daß sie bereits einen vergleichsweise sehr hohen und zeitstabilen Organisationsgrad aufweisen, vom Inhalt ihrer Dienstleistungen von vornherein außerhalb des Geruchs von Scharlatanerie stehen und zudem durch Interviews und umfangreiche eigene Broschüren sehr gut dokumentiert sind (VIF 1981; VIF 1982). Sowohl die "Ambulanten Dienste" in Berlin als auch der "VIF-Hilfsdienst für Behinderte" in München dürfen innerhalb des Rahmens alternativer, aus der Selbsthilfebewegung stammender Projekte als weit entwickelt angesehen werden.¹⁾

Entstanden aus der gesundheitspolitischen Bewegung, so vielen Behinderten wie möglich ein Leben außerhalb von stationären Einrichtungen zu ermöglichen, beruht das Konzept der Arbeit auf vier Prinzipien:

1. Der Behinderte bestimmt seinen Hilfsbedarf selber, weil der Behinderte der beste Experte für seine Behinderung ist.
2. Die Hilfe für Behinderte wird von nicht-professionellen Helfern erbracht, weil sich nur so die Dominanz der Betroffenen durchsetzen kann.
3. Der Behinderte leitet seine Helfer jeweils selbst an, weil dies sowohl für das Verhältnis von Helfer zu Be-

hindertem als auch für die bedürfnisgerechte Gestaltung der Hilfe optimal ist.

4. Der Behinderte bezahlt seinen Helfer nach einem festgesetzten Stundensatz direkt und bar, weil auf diese Weise die ohnehin vorhandenen ökonomischen Abhängigkeiten am ehesten transparent werden.

Diesen Prinzipien liegt sowohl eine Diagnose als auch eine Therapievorstellung für die wohl von niemandem bestrittenen Defizite und Unzulänglichkeiten ambulanter Behindertenbetreuung zugrunde. An allen vier Prinzipien muß sich aber auch die Kritik des Konzepts festmachen:

ad 1. Die Forderung, nach der der Behinderte seinen Hilfebedarf selbst zu bestimmen hat, gründet sich auf die Erfahrungen und Vorurteile mit Helferinnen und Helfern von den Wohlfahrtsverbänden. Diese kommen für eine vom Amtsarzt, vom Bezirksamt o.ä. festgesetzte Anzahl von Stunden, verrichten ihre professionell erlernten Routinehilfsleistungen, interessieren sich nicht oder kaum für die speziellen Betreuungswünsche der Behinderten, der Behinderte wird "nur so in der Gegend herumgeschmissen" (Interview). Die Behinderten - so heißt es - trauen sich meist nicht, eine fordernde Haltung einzunehmen oder ein konkretes Eingehen auf ihre Betreuungswünsche zu verlangen. Reklamationen unterbleiben in den meisten Fällen, wo sie erfolgen, hat der Behinderte meist zuvor monatelang gezögert und gelitten.

Dem soll nun dadurch abgeholfen werden, daß der Behinderte nach einem "independent living concept" die Leistungen selbst und ohne ärztlichen Behandlungsplan bestimmt (VIF 1982, S. 182). Woher der Patient, auf diese Weise in die "Rolle des autonomen Konsumenten" (ebd.) versetzt, sowie der nicht ausgebildete Helfer die Kriterien und Kenntnisse für eine optimale Pflege und Betreuung gewinnen sollen, bleibt dabei offen. Vieles spricht dafür, daß Bäcker (1983,

S. 107) Recht zu geben ist, demzufolge hierbei "ein hoher Grad an Fachlichkeit und Wissenschaftlichkeit ... unverzichtbar" ist. Es deutet auch viel darauf hin, daß die Zuspitzung der Defizit-Diagnose auf den Faktor "Professionalismus" den Blick für viel wichtigere Defizite und Fehlsteuerungen der etablierten Behinderten-Betreuung versperrt und deshalb auch zur falschen Rezeptur ("autonomer Konsument") führt: Das Problem der professionellen Helfer ist doch wohl vor allem ihr zu geringes Zeitbudget, welches eine psychosoziale Betreuung der Klienten oft fast ausschließt. darüber hinaus spielen auch Ausbildungsdefizite (also zu geringer Professionalismus) eine wichtige Rolle, die u.a. eine zu geringe Betonung der Notwendigkeit der Aktivierung und Mobilisierung der Behinderten-Klienten zur Folge haben. Diese quantitativen und qualitativen Defizite ambulanter Betreuung, die zu einer raschen, routinisierten und unpersönlichen "Abfertigung" der Klienten führen können und so deren Aktivierungspotential verkommen lassen, sind insofern viel eher ein Problem der Ökonomisierung der etablierten Behindertenbetreuung als eines der Professionalisierung. Es ist keineswegs plausibel, daß bei der Betreuung durch Laien diese Defizite durch höheres persönliches Engagement vermieden werden. Darüber hinaus ist auf die "begrenzte Zuverlässigkeit und die begrenzte Belastbarkeit und Ausdauer von Laien gerade bei den 'unangenehmen' Aufgaben" sowie auf "das häufige Überengagement und das Fehlen von Maßstäben zur Beurteilung des Bedarfs an Hilfe" hinzuweisen. "Auch sind Laien aufgrund der fehlenden fachlichen Qualifikation oft nicht in der Lage, die Hilfsbedürftigkeit auf ihre objektiven Ursachen hin zu reflektieren" (Bäcker 1983, S. 108). Eine konsequente Deprofessionalisierung der Behindertenbetreuung sowie eine Reduktion der Betreuungsleistungen auf das, was den Behinderten selbst einfällt, würde auf Dauer wohl eher zu einer noch wei-

teren Absenkung der Lebensqualität führen. Anders gesprochen: Die Asymmetrie in der Beziehung zwischen Helfern und Behinderten kann durch die Herausnahme der professionellen Kenntnisse und Fertigkeiten wahrscheinlich nur nach unten hin ausgeglichen werden. Durch die Betonung der Notwendigkeit der Aktivierung der eigenen Kräfte sowie ein entsprechendes Zeitbudget des Betreuers und eine klare Definition der Rechte der Behinderten auf Pflegeleistungen wäre dagegen ein Ausgleich auf höherem Niveau von Lebensqualität erreichbar, da dann die Betreuung ebenfalls zur gemeinsam und arbeitsteilig zu lösenden Aufgabe wird.

ad 2. Die Betonung der Laienhilfe im Konzept der "Ambulanten Dienste" hat neben dem Aspekt der Deprofessionalisierung offenbar noch einen weiteren Grund: Ausgebildete Kräfte dürften zu den materiellen Bedingungen, die das Projekt anbieten kann, kaum zu bekommen sein: von den ca. 100 Helfern von Ambulante Dienste in Berlin sind mehr als 80% Studenten zwischen 20 und 30 Jahren. Sie erhalten pro Einsatzstunde DM 10,--, Anfahrten werden nicht bezahlt, Sozialversicherung entfällt, für die Besteuerung sind die Helfer selber zuständig, die Anzahl der Einsatzstunden wird so begrenzt, daß kein Helfer die Krankenversicherungspflichtgrenze überschreitet (!). Für die Vermittlung (Bürodienst, Gemeinkosten) behält der Verein pro Einsatzstunden DM 1,--, weil der Bürodienst professionalisiert werden mußte. Es ist für ambulante Dienste kein Problem, neue studentische Helfer zu diesen Konditionen zu gewinnen:

"Wir haben eben massenhaft Leute und können deshalb die billigste und schnellste Hilfe anbieten. Die Verbände nehmen 17,44 DM für die Einsatzstunde, die außerdem nur 50 Minuten lang ist. Wir machen zudem auch Kurzeinsätze, z.B. je eine halbe Stunde morgens und abends. Auch in wegen der Anfahrt extrem ungünstigen Fällen finden wir innerhalb von

maximal vier Tagen einen Helfer. Überhaupt finden wir immer jemanden, gerade in der gegenwärtigen wirtschaftlichen Lage. Die Studenten, die bei uns arbeiten, haben eben auch geringere Ansprüche als die professionellen Krankenschwestern von den Verbänden, sie wissen auch, daß sie diesen Job nur für ein oder zwei Jahre machen, solange es ihnen ihr Studium eben ermöglicht. Deshalb sind auch ihre Ansprüche ganz klar niedriger. Auf diese Weise können wir wirklich Hilfe an jedem Ort und zu jeder Zeit und in jedem Umfang anbieten." (Interview)

Der Stundensatz von DM 10,-- + Verwaltungskosten ist vom Endpreis her kalkuliert: Ambulante Dienste wollte deutlich billiger sein als die Wohlfahrtsverbände.

Die Studenten arbeiten demnach zu einem sehr niedrigen Stundensatz, ohne soziale Absicherung, zu Lasten ihres Studiums, nach einem zerstückelten Stundenplan, ohne Vergütung der Fahrtzeiten, in einem Beruf, den sie nicht gelernt haben und ohne eine Perspektive in diesem Berufsfeld. Die persönliche Hochachtung vor den Helfern sollte nicht von der Feststellung ablenken, daß auf diese Weise wichtige soziale Dienstleistungen unter völlig unzumutbaren Bedingungen erbracht werden. Die Verhältnisse erinnern an die Ausnutzung einer sozialen Notlage.

Der auf diese Weise erzielte "günstige" Stundensatz wird dann den Selbstkostenpreisen der "anonymen Sozialbürokratie" gegenübergestellt, um auf diese Weise die eigene Leistungsfähigkeit zu betonen. In der Ökonomie wird die Berechnung von Preisen unterhalb der realen Selbstkosten "Dumping-Konkurrenz" genannt und gilt als tendenziell selbst- und marktzerstörerisch. Langfristig entsteht hier die Gefahr, daß sich die verschiedenen in diesem Bereich tätigen Berufsgruppen in ihrem Arbeits- und Vergütungsbedingungen gegenseitig herunterkonkurrieren.

ad 3. "Und was zu tun ist, bestimmt der Behinderte" (Nausner 1981, S. 4). Wenn "gerade das Fachwissen professioneller Pflegekräfte ein wesentliches Element 'sozialer Ungleichheit' in der Beziehung zum Betreuten darstellen kann, so erscheint mit dem umgekehrten Stand der vom VIF-Hilfsdienst betreuten Personen eine wichtige Voraussetzung für die Emanzipation Behinderter gegeben." (VIF 1981, S. 37) Von den Organisatoren wird die beschränkte Gültigkeit dieses Konzepts auch selbst gesehen, weil "- bis auf weiteres - das relativ uneingeführte Konzept selbständigen Lebens, Lernens und Arbeitens für Schwer- und Schwerstbehinderte wesentlich eher von gut informierten und aktiven Behinderten angestrebt, realisiert und praktiziert werden kann." (ebd.) Durch dieses schichten- und lebenslagenspezifische Moment werden die unterprivilegiertesten Behinderten notwendig von den eventuellen Vorteilen dieses Konzepts ausgeschlossen, was ein gewichtiges Argument gegen die Verallgemeinerungsfähigkeit dieses Ansatzes darstellt. Die Geringschätzung des Kriteriums der allgemeinen und gleichen Zugangschancen für alle Betroffenen teilt "Ambulante Dienste" mit sehr vielen Projekten der alternativen Szene.

Schließlich soll noch auf eine dem Konzept immanente Gefahr hingewiesen werden: wenn die Anleitungsfunktion der Betreuer systematisch unterdrückt wird, wenn sie nicht mehr die professionell gestützte Autorität haben, den Behinderten zu möglicherweise unbequemen oder lästigen Verrichtungen und Übungen anzuregen, dann kann dies auch zu einer Paralyse des Konzepts der Aktivierung der Behinderten führen.

ad. 4. Schließlich soll noch kurz das Konzept der stundenweisen und direkten Barzahlung der Betreuer durch die Behinderten erörtert werden. Zu seiner Begründung wird aufgeführt:

- durch Barzahlung werden die ohnehin bestehenden ökonomischen Tauschbeziehungen transparent gemacht;
- der Behinderte gewinnt ein Gefühl dafür, daß er der Auftraggeber einer Dienstleistung ist und nicht um almosenhafte Gefälligkeiten bitten muß;
- der Behinderte kann eine rationale Entscheidung darüber treffen, welche Dienstleistungen er in Anspruch nehmen will, weil er sie gewissermaßen "einzeln kaufen" kann;
- psychisch sei es ganz außerordentlich wichtig, daß der Behinderte im Konfliktfall das Sagen darüber hat, was geschehen und was unterbleiben soll.

Auch hier ist zunächst grundsätzlich auf den schichtenspezifischen Aspekt hinzuweisen, der - trotz der sehr niedrigen Stundensätze - nur solche Behinderten in den Genuß dieser Hilfen kommen läßt, die über entsprechendes Bargeld verfügen. Der Anteil von "Selbstzahlern" wird in Berlin auf ca. 50% geschätzt (Interview), bei VIF-München beläuft er sich auf 61% (VIF 1981, S. 35).

Zudem widerspricht es einem humanen Betreuungskonzept, wenn die Inanspruchnahme pflegerischer Dienstleistungen von einem individuellen Preis-/Leistungs- oder Kosten-/Nutzen-Kalkül abhängig gemacht wird. Die sicherlich existierenden Probleme bei der Beantragung, Bewilligung und Durchführung von Sozial- und Pflegeleistungen können nicht durch einen Rückfall in Zustände wie vor der Existenz des Sozialversicherungssystems gelöst werden. Das Problem asymmetrischer Abhängigkeitsbeziehungen zwischen Betreuer und Behindertem, wo es denn existiert, kann auch nicht durch schlichte Umkehrung der Abhängigkeit gelöst werden. Sinnvolle Wege deuten sich auch hier über ein größeres Zeitbudget für die Betreuer, stärkere Beachtung der Aktivierung der Behinderten und Schaffung größerer Transparenz für die Behinderten an.

Zudem ist die Fähigkeit, gelassen und entspannt persönliche Dienstleistungen gegen Barzahlung an und um sich verrichten zu lassen, besonders in der oberen Mittelschicht und Oberschicht verbreitet, so daß das Konzept am ehesten Angehörigen dieser Schichten und ihrer Routine im Umgang mit Personal entgegenkommt. Darüber hinaus verlangt das Konzept von den Behinderten, daß sie auch solche Leistungen, die für Rehabilitation und Betreuung zwar notwendig, aber unbequem und aktuell sogar schmerzhaft sind (Gymnastik etc.), jeweils nicht nur selbst "in Auftrag geben", sondern auch noch bar bezahlen. Der "Verzicht" auf unbequeme, aber für die Betreuung wichtige Therapien etc. wird auf diese Weise materiell belohnt.

Dennoch wird das Verfahren der "Bargeldleistungen" als optimal angesehen (VIF 1982, S. 184), das Sachleistungsprinzip, etwas irreführend mit "No Payment" umschrieben (ebd.), abgelehnt. Dies steht auch nicht im Widerspruch zu der von den Projekten gleichzeitig erhobenen Forderung nach einer "allgemeinen Pflegeversicherung" (ebd., S. 181), wenn diese etwa wie eine Private Krankenversicherung (Erstattung von Rechnungen) organisiert ist und insoweit das über Jahrzehnte hinweg mühsam durchgesetzte Sachleistungsprinzip der Sozialen Krankenversicherung außer Kraft setzt. Der Sinn des Sachleistungsprinzips besteht darin, den Patienten/Klienten bei der Inanspruchnahme von medizinischen oder pflegerischen Dienstleistungen von jedweden ökonomischen Erwägungen freizustellen. "Ambulante Dienste" meint dagegen, "die Abrechnung mit den Ämtern, über die Köpfe der Betroffenen hinweg, entmündige die Behinderten" (Tagespiegel v. 30.5.82, S. 16). Unterschiede zu einem "Programm einer entstaatlichten Sozialpolitik", in dem sich das "Sparen mit einer Weiterentwicklung zu einer Gesellschaft ohne Vormund" verbinden soll (Blüm 1982), sind bei diesen Formulierungen kaum noch zu entdecken.

Das Konzept der direkten Barzahlung der Helfer durch die Behinderten erweist sich insgesamt als Einbruch der krudesten Marktbeziehungen in den Gesundheits- und Pflegebereich. Kein staatlicher Übergriff ist in dieser Richtung bislang so weit gegangen, die Ansätze von Selbstbeteiligung (z.B. bei Arzneimitteln und Kuren), die als Steuerungsinstrumente in die gleiche Richtung wirken sollen, sind bislang vergleichsweise harmlos geblieben und haben dennoch - zu Recht - allenthalben lebhaften Protest hervorgerufen. Es blieb einem Projekt der alternativen Gesundheitsbewegung vorbehalten, hier möglicherweise richtungsweisend Neuland zu betreten und dafür auch noch in den Schriften der Gesundheitsbewegung zu werben (z.B. Der große Wie-lebst-Du-denn? 1982, S. 140) Zur Vermeidung von Mißverständnissen sei noch einmal betont: Die hier kritisierten Projekte sind weder dunkelmännische Agenturen einer marktorientierten Durchökonomisierung des Gesundheitswesens noch sind ihre Träger Geschäftemacher, die die Not und das Elend von Schwer- und Schwerstbehinderten in klingende Münze verwandeln. Vielmehr handelt es sich um gemeinsam von Behinderten und Nicht-Behinderten gegründete Selbsthilfeeinrichtungen, die auf offenbar hohem organisatorischen Niveau ein emanzipatorisches Konzept der Behindertenarbeit zu realisieren versuchen, das der Passivierung und Entmündigung der Behinderten v.a. bei stationärer Betreuung entgegenwirken soll. Niemand verdient hier viel oder gar zu viel Geld, niemand wird betrogen. Den Machern und Helfern dieses Projektes geht es weder um das Streben nach Profit noch um die Zerstörung des Sozialstaates, sondern darum, mit großem Idealismus quantitative und qualitative Betreuungs-Defizite auszugleichen, die das etablierte Gesundheitssystem selbst beständig produziert.

Andererseits kollidieren Konzept und Praxis dieser Projekte ganz offensichtlich mit dem Kernbestand sozialstaatlicher Prinzipien und befinden sich im sicherlich unbeabsichtigten Einklang mit Strategien des Sozialabbaus und der Vermarktung von Gesundheitsleistungen. Zudem spricht nichts dafür,

daß das heute bei Helfern und Organisatoren anzutreffende Engagement und ihr Idealismus sich auf Dauer gegenüber den Druck- und Sogeffekten des ökonomischen Umfeldes als stärker erweisen. Schließlich gilt die Feststellung nicht nur für den Arzt, daß die derzeitige privatwirtschaftliche Anbieterstruktur für Gesundheitsleistungen "übermenschliche Ansprüche an die Selbstlosigkeit und moralische Widerstandskraft (stellt). Kann man im Ernst von ihm verlangen, daß er mit Eifer darauf bedacht ist, sein Einkommen zu schmälern und seinen Berufserfolg in einem möglichst geringen Einkommen zu suchen?" (W. Schreiber (1966), zit. n. v. Ferber 1982) Ist nicht vielmehr auf Dauer mit einem allmählichen sanften Sieg der ökonomischen Hebel über die idealistische Intention zu rechnen? Und "schützt die liberale und antiautoritäre Grundhaltung und das Ideal eines Lebens in solidarischer und gleichberechtigter Gemeinschaft" auf Dauer "gegen die Vereinnahmung durch reaktionäre Kräfte" (Regus/Walger 1982, S. 13)?

In einigen abschließenden Überlegungen soll angedeutet werden, in welcher Richtung positive Lösungen dieser Dilemmata gefunden werden könnten.

4. Perspektiven und Anstöße

Einen Königsweg gibt es nicht: Das zeitliche Zusammentreffen der Auflösung weiter Teile der Sozialstaatlichkeit durch die Stärkung rücksichtsloser Marktökonomie seitens der staatlichen Gesundheitspolitik (Rosenbrock 1983; Mattfeldt 1983) mit der Notwendigkeit für viele Gesundheitsgruppen, sich in irgendeiner Form betrieblich zu etablieren, bewirkt, daß sich diese Prozesse - bei klarer Dominanz des ersteren - gegenseitig verstärken. In sozialpolitisch ruhigeren Zeiten können sich Ansätze alternativer gesundheitlicher Versorgung erweisen

- als positive Avantgarde für gänzlich neue Formen und Inhalte von Gesundheitsleistungen,
- als Initialzündler oder Katalysatoren für systemimmanente Entwicklungen im Gesundheitswesen,
- als mehr oder weniger einfach in die Organisation oder den Leistungskatalog des Gesundheitssystems integrierbar oder
- als trojanische Pferde der Marktökonomie im Gesundheitswesen bzw. anderer regressiver Entwicklungen.

Mit sich verschärfendem sozialpolitischem Klima werden die ersten beiden Möglichkeiten immer unwahrscheinlicher, und zwar um so mehr, je härter der ökonomische Druck diese Gruppen dazu zwingt, mit ihrer Arbeit ihren Lebensunterhalt zu bestreiten.²⁾

Unter diesen Umständen dürfte das Streben nach kompromißlosen Lösungen nur in seltenen Fällen erfolgreich sein. Die Suche nach gesundheitspolitisch tragbaren Kompromissen setzt dabei einen Reflexions- und Diskussionsprozeß zwischen den Vertretern unterschiedlicher Sichtwinkel im Gesundheitswesen voraus, wie er bislang eher vermieden worden ist. Das dahinterstehende Desinteresse an verbindlicher Auseinandersetzung haben Regus/Walger (1982, S. 16) als "problematische Neigung zu unverbindlichem und allzu selbstgenügsamem Nebeneinander unterschiedlichster Positionen" bezeichnet. Dieser "Neigung" kann gerade unter den gegebenen Vorzeichen des Überwiegens regressiver Tendenzen in der staatlichen Gesundheitspolitik nicht nachgegeben werden. Es muß auch erlaubt sein, dem jeweiligen Diskussionspartner Erläuterungen zu seiner theoretischen Position abzufordern.

Wenn nämlich keine transparenten Kriterien existieren, nach denen sich die Prioritäten des Kampfes gegen (a) bürokratische Strukturen, (b) die Dominanz der Professionals, (c) die privatwirtschaftliche Organisation der Anbieter von Gesundheitsleistungen, (d) vermachtete und verfilzte Politikstrukturen, (e) große und arbeitsteilige Betriebsformen,

(f) fehlende mitmenschliche Wärme, (g) Abbau von Sozialleistungen, (h) Verrechtlichung (Göckenjan 1981), (i) Entrechtlichung (Vobruba 1983), (j) Entmündigung durch Institutionen oder was auch immer bestimmen lassen, dann läßt sich auch der unterschiedliche Rang dieser Ebenen und ihr Verhältnis zueinander nicht mehr erkennen. Damit ist auch jeder Versuch, eine gesundheitpolitische Strategie zu entwickeln und einzelne Schritte in dieselbe einzubetten, zum Scheitern bzw. zu Mehrdeutigkeiten verurteilt. Typischerweise werden in solchen Situationen allzu oft solche Vorstellungen, Pläne und Kampagnen bevorzugt, die wenigstens kurzfristig sichtbare Erfolge versprechen und so den Mangel an Strategie, der tatsächlich wesentlich auch ein Mangel an Theorie ist, verdrängen helfen. Werden dagegen solche Diskussionen systematisch geführt, so dürften sich zahlreiche gesundheitspolitisch kontraproduktive Effekte, wie sie am Fallbeispiel als schichtenspezifisch unterschiedliche Zugangs- und Benutzungsbarrieren, als unfruchtbare Frontstellung gegen "die" Sozialbürokratie und "die" Professionals sowie Rückfall hinter das Sozialstaatsniveau kritisiert wurden, vermeiden bzw. vermindern lassen.

Bei derartige Organisationsprozessen bzw. Betriebsbildungen kann meist nur auf eines der drei folgenden Ziele hin optimiert werden, während in bezug auf die jeweils anderen beiden auch größere Kompromisse erforderlich sein können: Neuartigkeit in bezug auf den Inhalt der Leistung, auf die Organisationsform der Leistungserstellung oder auf das Verhältnis zum bestehenden Gesundheitswesen (einschl. Finanzierung). Ohne die inneren Zusammenhänge zwischen diesen drei Komplexen zu vernachlässigen, wird hier die Vermutung ausgesprochen, daß eine Schwerpunktsetzung auf den Inhalt der Leistung gesundheitspolitisch den größeren Nutzen und sozialpolitisch die größeren Überlebenschancen bietet.

Es ist absehbar, daß solche Diskussions- und Entscheidungsprozesse in vielen Fällen in die Gründung von klein-

unternehmerischen oder genossenschaftlichen Betrieben münden werden. Auch dabei ist die Berücksichtigung bereits erworbener Erfahrungen im Gesundheitswesen, z.B. mit der Gründung von Gruppenpraxen (vgl. Skroblies 1981) oder der Wirksamkeit ökonomischer Hebel (vgl. Dreykluft/Abholz (1983) von Nutzen. Die bei Aufnahme solcher Erfahrungen fälligen Abstriche am Konzept sind - objektiv und wahrscheinlich auch subjektiv - leichter zu ertragen als das organisatorische Scheitern des gesamten Projektes oder eine unaufhaltsam breiter werdende Kluft zwischen Anspruch und Realität.

In größerem Maßstab und mit der Aussicht auf Wirksamkeit auf weitere Teile des Gesundheitswesens könnte das Innovationspotential der Gesundheitsbewegung freilich nur dann nutzbar gemacht werden, wenn sich die Institutionen der Sozialen Krankenversicherung den neuen Entwicklungen mehr als bisher anpassen würden. Bisher besteht deren Politik im wesentlichen darin, neue Anbieter und Strukturen im Gesundheitswesen zunächst naturwüchsig und privatwirtschaftlich wachsen zu lassen, um dann irgendwann einmal, wenn der Angebots- und Nachfragedruck zu stark wird, die Finanzierung zu übernehmen. Organisationsform oder Inhalt der Leistungen können dann meist nicht mehr beeinflusst werden.³⁾ Wenn an die Stelle dieser überwiegend passiven Haltung die praktische Einsicht träte, daß eine leistungssteuernde Strukturpolitik im Gesundheitswesen (Hauss/Naschold/Rosenbrock 1981) dort die besten Chancen hat, wo Strukturen noch nicht verfestigt sind und infolgedessen noch beeinflusst werden können, dann könnte auch der rechtlich und politisch geringe Spielraum der Kassen zur Aufnahme der produktiven Impulse aus der Gesundheitsbewegung genutzt werden.⁴⁾

Anmerkungen:

- 1) Das Interview fand am 6.12.1982 im Mehringhof in Berlin statt. Ich möchte meinen Dank an die Gesprächspartner Carmen und Christian mit der Hoffnung verbinden, daß sie trotz meiner Kritik am Konzept von "Ambulante Dienste" unsere Gemeinsamkeiten in gesundheitspolitischen Grundpositionen nicht aus den Augen verlieren.
- 2) Derzeit ist - aus gänzlich unterschiedlichen Motivlagen kommend - häufig noch das Gegenteil zu vernehmen: Der Zollernkreis sieht in der "alternativen Kultur ... die große Chance für einen geistig neu zu konzipierenden Konservatismus" (Die Welt v. 14.9.1982, S. 3), die BDA-eigene Walter-Raymond-Stiftung sieht die "Wissenschaftseliten unter der Nötigung, den offenen Suchprozessen in der Gesellschaft Experimentierraum zu lassen" (Wellmann 1982, S. 264), zumal "Subsidiarität von unten hier spontan praktiziert" wird (der arbeitgeber v. 15.4.1983, S.254). Und auch aus linksliberaler Sicht wird den "Industriegesellschaften mit ihrem enormen Risikopotential" angeraten, "Selbsthilfepotentiale zu entwickeln, um mit den Folgeproblemen ihrer Entwicklung überhaupt fertig zu werden", den "Alternativen" eine "Sauerteigfunktion" zuzuschreiben (Schüle 1983, S. 272). Es wird hier davon ausgegangen, daß die aktive staatliche Liberalität, die bei gegebener Wirtschaftslage auch eine minimale ökonomische Unterstützung und Absicherung beinhalten müßte, sich zunehmend auf solche Gruppen beschränken wird, deren Ansatz mit den vorherrschenden konservativen und regressiven sozialpolitischen Konzepten vereinbar ist oder zu werden verspricht. Da dies am ehesten solche Gruppen sind, die sich marktwirtschaftlich etablieren wollen/können, werden die tendenziell innovativsten Gruppen im Gesundheitswesen wahrscheinlich eher ohne staatliche Unterstützung bleiben.
- 3) Im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung kann derzeit der dynamische Verlauf einer derart markt- und systemkonformen Entwicklung beobachtet werden: Auf den nicht zuletzt durch die Gesundheitsbewegung stark thematisierten Bedarfs- bzw. Nachfragedruck und nach vorläufiger Abwehr der Diplom-Psychologen reagieren nun zahlreiche niedergelassene Ärzte (v.a. Allgemeinmediziner, Internisten): Durch Teilnahme an Schnellkursen erwerben sie einige Techniken (Verhaltenstherapie, Autogenes Training, Hypnose etc.), die sie dann im Rahmen des Sicherstellungsauftrages konkurrenzlos anbieten und anwenden können. Für alternative Behandlungs- und Betreuungsformen bleibt dann aus Sicht der Kassen kein Raum mehr (zum Primat der Ärzte bei solchen Prozessen vgl. Kühn 1978, S. 115 f.)
- 4) Möglichkeiten und Grenzen einer solchen Perspektive sollen in einem weiteren Papier näher aufgeführt werden. Dabei werden die unterschiedlichen Handlungslogiken der beiden Sozialsysteme (Selbsthilfegruppen, soziale Krankenversicherung) im Hinblick auf rechtliche, politische und interaktionelle Anknüpfungspunkte zu untersuchen sein.

Literatur:

- Abholz, H.H., H.R. Dreykluft (1983): Ärztliches Abrechnungssystem und Qualität der Versorgung, in: Ambulante Gesundheitsarbeit, ARGUMETN-Sonderband AS 102, Berlin, S. 5-22
- Badura, B. (1978): Volksmedizin und Gesundheitsvorsorge, in: WSI-Mitteilungen, Heft 10/1978, S. 542-548
- Bäcker, G. (1983): Ehrenamtliche Dienste - Probleme aus sozialpolitischer Sicht, in: Soziale Sicherheit, Heft 4/1983, S. 105-110.
- Blüm, N. (1982): Hilfe zur Selbsthilfe - gegen die Anmaßung des Staates, in: Themen, Beilage zur "Sozialen Ordnung" Nr. 21, v. 2.11.1982.
- Bopp, J. (1982): Der Tanz im Psychodrom, in: ders., Wir wollen keine neuen Herren, Frankfurt, S. 105-129.
- Brückner, H. (1982): Selbsthilfe - gemeinsam für ein humanes Gesundheitswesen, in: U. Fink (Hrsg.), Wie krank ist unsere Gesundheit? Beiträge zur 50. Konferenz der Gesundheitsminister in Berlin; Frankfurt, Berlin, Wien, S. 20-30.
- Christ, P./R. Gaul/W. Gehrman (1982): Aufstieg in die Fron - die alternative Wirtschaft in der Bundesrepublik, in: dies., Gegenwirtschaft, München, S. 10-46.
- v. Ferber, Chr. (1982): Woran das Gesundheitswesen wirklich krankt, in: Frankfurter Rundschau v. 7.8.1982, S.14f.
- Fink, U. (1983): Selbsthilfe - Veränderung der Gesellschaft von unten, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 35/1983, S. 47-49
- Fink, U. (1982): Mehr Subsidiarität oder mehr Planung, in: ders. (Hrsg.): Wie krank ist unsere Gesundheit? Frankfurt, Berlin, Wien, S. 11-19
- Franzkowiak, P., A. Füller, U. Laaser, Zum Verhältnis von Selbsthilfe und organisierter Prävention, in: Demokratisches Gesundheitswesen, Heft 5/1982, S. I-IX.
- Freese, G. (1982): Das Geschäft ist gesund - Reformhäuser profitieren von der grünen Welle, in: P. Christ/R. Gaul/W. Gehrman (Hrsg.), Gegenwirtschaft, München, S.92-95.
- Göckenjan, G. (1981): Verrechtlichung und Selbstverantwortlichkeit in der Krankenversorgung, in: Leviathan Heft 1/1981, S. 8-38.

- Hauß, F./F. Naschold/R. Rosenbrock (1981): Schichtenspezifische Versorgungsprobleme und leistungssteuernde Strukturpolitik im Gesundheitswesen, in: dies., Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Forschungsbericht Gesundheitsforschung 55 des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, Bonn S. 176-243.
- Huber, E. (1982): Und sie bewegt sich doch, in: Demokratisches Gesundheitswesen Heft 5/1982, S. 10-12.
- Huber, J. (1980): Wer soll das alles ändern? Berlin.
- Kickbusch, J. (1981): Von der Zerbrechlichkeit der Sonne. Einige Gedanken zu Selbsthilfegruppen, in: Kickbusch, J./A. Trojan (Hrsg.): Gemeinsam sind wir stärker; Selbsthilfegruppen und Gesundheit, Frankfurt, S.9-24
- Kühn, H. (1978): Gesellschaftliche Bedingungen der Finanzierung professioneller Gesundheitsleistungen, in: H. Keupp, M. Zaumseil (Hrsg.), Die gesellschaftliche organisierung psychischen Leidens, Frankfurt, S. 90-118.
- Labisch, A. (1982): Medizinische Versorgung ohne Konzept, Kassel.
- Labisch, A. (1983): Selbsthilfe zwischen Auflehnung und Anpassung, in: Alternative Medizin, ARGUMENT-Sonderband AS 77, Berlin, S. 11-26.
- Mattfeldt, H. (1983): Der Vierjahresplan des konservativen Blocks, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, 6/1983, S.829-846.
- MEMORANDUM '80: Gegen konservative Formierung -Alternativen der Wirtschaftspolitik, Köln 1980.
- MEMORANDUM '83: Qualitatives Wachstum, Arbeitszeitverkürzung, Vergesellschaftung, Köln 1983.
- Nausner, P. (1981): "Tausche 10 Jahre Heim gegen 1 Jahr Leben draußen!", in: Behinderte, Heft 2/1981, S. 2-6
- Regus, M./P. Walger (1982): Bloß alternative oder demokratische Medizin? in: Demokratisches Gesundheitswesen Heft 5/1982, S. 13-16.
- Reinhard, K. (1983): Wer hat, dem wird gegeben ... Zur Sozialpolitik der Rechtskoalition, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, Heft 7/1983, S.951-968
- Rosenbrock, R. (1983): Gesundheitsforschung aus der Defensive, Sieben Thesen zur Neubestimmung gesundheitsbezogener Forschung bei regressiver Gesundheitspolitik, erscheint in: GEW (Hrsg.); Wissenschaft in gesellschaftlicher Verantwortung.

- Rosenbrock, R./H. H. Abholz (1980): Klinische Pharmaforschung und Verbrechen, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 6, ARGUMENT-Sonderband AS 53, Berlin, S. 153-174.
- Schoene, W. (1980): Alternative Medizinen und die Medizin: Zum Kontrast ihrer sozialen Funktionweisen, in: Mensch, Medizin, Gesellschaft, Heft 5/1980, S.226-233.
- Schüle, J.A. (1983): Normalität und Opposition, Über Ursachen und gesellschaftliche Funktion der "Alternativbewegung", in: Leviathan, Heft 2/1983.
- Skroblies, H. (1981): Schwierigkeiten der Gesundheitszentren im System der ambulanten Versorgung, in: Jahrbuch für Kritische Medizin Bd. 7, ARGUMENT-Sonderband AS 73, Berlin, S.71-83.
- Thiemeyer, Th. (1981): Selbsthilfe und Selbsthilfebetriebe aus ökonomischer Sicht, in: B. Badura/Chr. v. Ferber (Hrsg.), Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen, München, Wien, S. 203-217.
- Trojan, A./J.U. Behrendt (1980): Lokale Bewegungen: Modelle gemeindebezogener Gesundheitsselbsthilfe in der BRD, in: Österr. Zeitschrift für Politikwissenschaft, Heft 1/1980, S.93-109.
- VHS (1982): Gruppe VHS-Kurs "Was ist los in der Alternativszene?" (Hrsg.): Es geht auch anders -Einblicke in Berliner Alternativprojekte, Berlin
- VIF (Vereinigung Integrationsförderung e.V.) (Hrsg.) (1981): Behindert ist, wer Hilfe braucht, München.
- Vobruba, G. (1983): Entrechtlichung im Wohlfahrtsstaat, in: R. Vogt (Hrsg.), Abschied vom Recht, Frankfurt.
- Wellmann, B. (1982): Elite - Zukunftsorientierung in der Demokratie, Reflexionen aus der Sicht der Geschäftsführung der Walter-Raymond-Stiftung, in: Walter-Raymond-Stiftung (Hrsg.), Elite. Zukunftsorientierung in der Demokratie, Köln, S. 231-264.