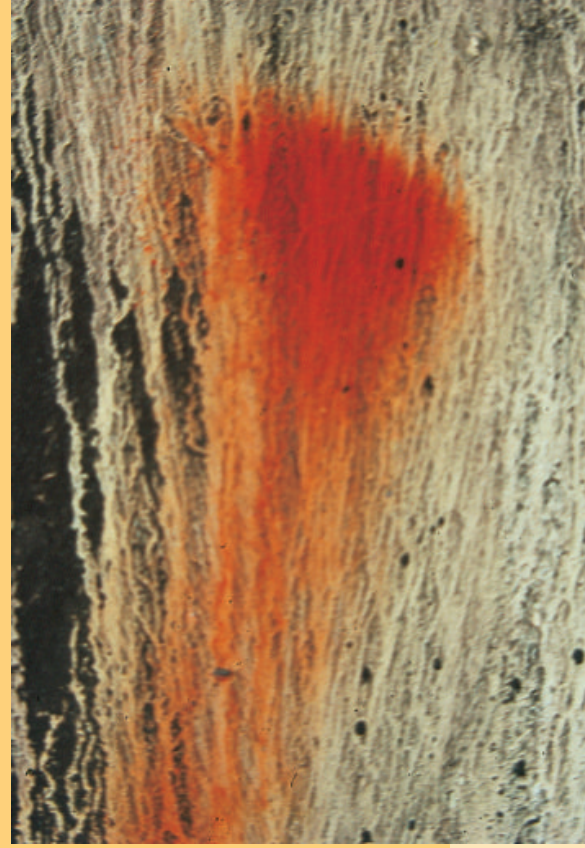


Heft 94 enthält u.a. folgende Beiträge:

- Nadja Rakowitz: **Klassen-Medizin:  
Die Gesundheitsreform als  
Instrument der Umverteilung**
- Rolf Schmucker: **Freiheit für Gesundheitsdienste?  
Zur marktorientierten Euro-  
päisierung der Gesundheitspolitik**
- Winfried Beck: **Privatisierung von Früh-  
erkenntnisleistungen am  
Beispiel der Osteoporose**
- Walburga Freitag: **Von orthopädischer Ordnungs-  
Macht an un-ordentlichen Körpern  
und biographischem Eigen-Sinn**
- Nicola Raschendorfer: **Prozesse der Medizinisierung  
auffälligen Verhaltens am  
Beispiel des Aufmerksamkeits-  
Defizit-Syndroms**
- Renate Schumak: **Die neue Anthropologie des  
Arbeitslosen. Diskursanalyse eines  
Gesetzestextes: Grundsicherung  
für Arbeitssuchende (SGB II)**



# Kampf ums Herz Neoliberale Reform- versuche und Macht- verhältnisse in der ,Gesundheits-Industrie‘



Kleine Verlag

# Widersprüche

Herausgegeben vom Sozialistischen Büro

**Redaktion:** Michael May (Bad Homburg); Christof Beckmann, Fabian Kessl, Holger Ziegler (Bielefeld); Henning Schmidt-Semisch (Bremen); Uwe Hirschfeld (Dresden); Friedel Schütte (Essen); Karl August Chassé, Helga Cremer-Schäfer (Frankfurt); Margret Bülow-Schramm, Frank Düchting, Timm Kunstreich, Michael Lindenberg, Tilman Lutz, Wilfried Manke, Barbara Rose, Wolfgang Völker, Heiner Zillmer (Hamburg); Dietlinde Gipser (Hannover); Kirsten Huckenbeck (Offenbach); Heinz Bartjes, Maria Bitzan, Eberhard Bolay (Reutlingen); Günter Pabst (Schwalbach/Ts.); Gertrud Oelerich, Andreas Schaarschuch, Heinz Sünker (Wuppertal).

**Redaktionsadresse:** Sozialistisches Büro, „Widersprüche“, Holger Adam, Postfach 10 20 62, 63020 Offenbach, Telefon (0 69) 88 50 06, Fax (0 69) 82 11 16, e-mail: widersprueche@gmx.de

**Verlag:** Kleine Verlag GmbH, Postfach 10 16 68, 33516 Bielefeld, Telefon (05 21) 1 58 11, Fax (05 21) 14 00 43, e-mail: KV@Kleine-Verlag.de,  
*Widersprüche* im Internet:  
<http://www.widersprueche-zeitschrift.de>

**Bezugsbedingungen:** Die Zeitschrift *Widersprüche* erscheint viermal jährlich. Die *Widersprüche* können als Einzelhefte oder im Abonnement bezogen werden. Bestellungen über den Buchhandel oder direkt an den Verlag. Jahresabonnement € 36,00, SFr 62,10; StudentInnenabonnement (Studienbescheinigung beilegen) € 23,50, SFr 41,20; Einzelhefte € 11,00, SFr 19,80, jeweils zuzügl. Zustellgebühren. Abbestellungen müssen spätestens acht Wochen vor Ablauf des Jahresabonnements erfolgen, anderenfalls verlängert sich das Abonnement jeweils um ein Jahr.

**Anzeigenannahme, Verwaltung,**

**Herstellung und Auslieferung:** Kleine Verlag GmbH, Postfach 10 16 68, 33516 Bielefeld

**© Kleine Verlag GmbH:** Die in der Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages. Auch jede weitere Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Verlages unzulässig. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Von einzelnen Beiträgen oder Teilen von ihnen dürfen nur einzelne Kopien für den persönlichen und sonstigen eigenen Gebrauch hergestellt werden. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht in jedem Fall die Meinung der Redaktion wieder. Manuskripte zur Veröffentlichung nimmt die Redaktion gerne entgegen. Für unverlangt eingesandtes Material wird keine Gewähr übernommen.

**Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek**

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

# Widersprüche

***Gesellschaft als „Diskurs der Wünsche“ meint das Verfertigen  
des Sozialen im Prozess des sozialen Diskurses,  
nicht Unterwerfung unter vorgefertigte Normierungen.***  
Niko Diemer (1952–1992)

## ***Wir über uns***

1981/82 gründeten Mitglieder der Arbeitsfelder Gesundheit, Sozialarbeit und Schule des Sozialistischen Büros die Zeitschrift „Widersprüche“. In dieser Zeit des grünen Aufbruchs und der radikalisierten konservativen Wende versuchten wir eine erste Standortbestimmung als Redaktionskollektiv: „Verteidigen, kritisieren, überwinden zugleich“. Unter dieser Programmatik wollten wir als Opposition dazu beitragen, die materiellen Errungenschaften des Bildungs- und Sozialbereichs zu verteidigen, dessen hegemoniale Funktion zu kritisieren und Konzepte zu ihrer Überwindung zu konkretisieren. Zur Überzeugung gelangt, dass eine alternative Sozialpolitik weder politisch noch theoretisch ausreichend für eine sozialistische Perspektive im Bildungs- und Sozialbereich ist, formulierten wir unseren ersten Versuch einer Alternative zur Sozialpolitik als Überlegungen zu einer „Politik des Sozialen“. An der Präzisierung dieses Begriffes, an seiner theoretischen und politischen Vertiefung arbeiteten wir, als die Frage nach der „Zukunft des Sozialismus nach dem Verschwinden des realen“ 1989 auf die Tagesordnung gesetzt wurde. Das Kenntlichmachen der „sozialen Marktwirtschaft“ als modernisiertem Kapitalismus im Westen und Kapitalismus „pur“ im Osten erleichtert uns zwar die Analyse, gibt aber immer noch keine Antwort auf die Frage nach den Subjekten und Akteuren einer Politik des Sozialen, nach Kooperationen und Assoziationen, in denen „die Bedingung der Freiheit des einzelnen die Bedingung der Freiheit aller ist“ (Kommunistisches Manifest). Wer in diesem Diskurs der Redaktion mitstreiten will, ist herzlich eingeladen.

# Widersprüche

24. Jahrgang, Dezember 2004

*Knochenbrüche  
Z'ammenbrüche  
Bibelsprüche  
Lehrerflüche  
Mutters Küche  
sind 'ne Menge  
Widersprüche  
(Volksmund)*

## Inhalt

### Schwerpunktthema

#### **Kampf ums Herz**

Neoliberale Reformversuche und Machtverhältnisse  
in der ‚Gesundheits-Industrie‘ ..... 9

#### *Nadja Rakowitz*

Klassen-Medizin:  
Die Gesundheitsreform als Instrument der Umverteilung ..... 9

#### *Rolf Schmucker*

Freiheit für Gesundheitsdienste?  
Zur marktorientierten Europäisierung der Gesundheitspolitik ..... 25

#### *Winfried Beck*

Privatisierung von Früherkennungsleistungen  
am Beispiel der Osteoporose ..... 37

#### *Walburga Freitag*

Von orthopädischer Ordnungs-Macht an un-ordentlichen Körpern und  
biographischem Eigen-Sinn ..... 45

#### *Nicola Raschendorfer*

Prozesse der Medizinisierung auffälligen Verhaltens am Beispiel des  
Aufmerksamkeits-Defizit-Syndroms ..... 59

## Forum

*Renate Schumak*

Die neue Anthropologie des Arbeitslosen. Diskursanalyse eines  
Gesetzestextes: Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II) ..... 75

## Magazin

### Rezensionen

*Tilman Lutz*

über *Michael Zinganel: Real Crime. Architektur, Stadt & Verbrechen.*  
*Edition Selene, Wien 2003* ..... 89

*Andreas Bachmann*

über *Ursula Engelen-Kefer (Hrsg.): „Reformoption Bürgerversicherung“,*  
*Tagungsband, Hamburg 2004* und *Martin Pfaff/Heinz Stapf-Fine (Hrsg.):*  
*„Bürgerversicherung – solidarisch und sicher“, Tagungsband,*  
*Hamburg 2004* ..... 92

*Wolfgang Völker*

über *Volker Eick, Britta Grell, Margit Mayer, Jens Sambale: Non-Profit-*  
*Organisationen und die Transformation lokaler Beschäftigungspolitik.*  
*Westfälisches Dampfboot, Münster 2004* ..... 95

**Informationen, Materialien, Termine** ..... 101

---

## Bildnachweise

Titelfoto sowie Fotos im Innenteil: © Walburga Freitag, Bielefeld

## Zu diesem Heft

---

„Kampf ums Herz“ ist ein Artikel der Süddeutschen Zeitung vom 16. November überschrieben, der die ökonomischen Interessen der Pharmakonzerne offen benennt. Es geht um einen so genannten ‚Cholesterinsenker‘, der binnen eines Jahres den ersten Platz in seiner Arzneimittelklasse errungen hat. 1,5 Millionen Kassenpatienten (wahrscheinlich sind darunter auch einige Patientinnen), so heißt es, müssen sich ab Januar 2005 auf Zuzahlungen in Höhe von 200 Euro jährlich einstellen. Pfitzer, der Hersteller, ist nicht bereit, den vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgelegten Festbetrag für diese Arzneimittelklasse – Statine genannt – zu akzeptieren. Ähnlich wie zuvor Gynäkologen, Zahn- und Augenärzte mit dem Angebot ‚individueller Gesundheitsleistungen‘ – IGeL genannt –, bietet nun ein pharmazeutisches Unternehmen – und hierin liegt das Novum – ein angeblich exklusives Produkt – der Porsche unter den Statinen, wie der Hersteller glauben machen möchte – zum Festpreis plus aus eigener Tasche zu zahlenden Aufpreis an. Die Symbolkraft der Herzmetapher weckt unser verdrängtes Wissen um die Fragilität des Lebens, die Vulnerabilität unserer Körperlichkeit und den Kampf ums Leben. Wer möchte da ‚nein‘ sagen?

Bei den Reformversuchen für das Gesundheitssystem, das wohl zutreffender als medizinisch-industrieller Komplex oder euphemistisch als Gesundheits-Industrie zu bezeichnen ist, geht es im Moment vor allem um eines: um die Festlegung der Regeln, nach denen das Geld verteilt wird, das die gesetzliche Krankenversicherung einnimmt und das aufgrund der seit mehreren Jahren sinkenden Grundlohnsumme und steigenden Arbeitslosenquote weniger statt mehr wird. Von immer mehr Interessengruppen wird daher mit immer härteren Bandagen immer öffentlicher an immer mehr Grenzlinien, die z.T. innerhalb eigener Standesorganisation verlaufen, gekämpft: Die Pharmaindustrie gegen den Bundesausschuss, die Kassenärztlichen Vereinigungen gegen die Krankenkassen, die Allgemeinmediziner gegen die Fachärzte, die gesetzlichen Krankenkassen gegeneinander und gegen die Privaten, das stationäre Behandlungssystem gegen das ambulante.

Etwas außerhalb der derzeitigen Kreuzfeuer, aber nicht weniger bedeutsam, sind die Interessenauseinandersetzungen zwischen den Professionen (Mediziner, Psychotherapeuten, Gesundheitsfachberufe), sowie den PatientInnenvertretern; quer zu den sektoralen Kämpfen verlaufen die Auseinandersetzungen um Ausbildungs- und Studienreformen, Fortbildungen, Rezertifizierungen, Leitlinien und Qualitätssicherung, sowie um die grundsätzliche Frage, wie überhaupt von

evidenzbasierter Medizin gesprochen werden kann, wenn weder Arzneimittel noch Behandlungen darauf geprüft werden, ob sie für Frauen und Männer gleichermaßen heilsam sind. Der Nutzen der formulierten Reformziele Qualitätsverbesserung, Effizienzsteigerung und Bedarfsgerechtigkeit wird bisher ‚ohne Ansehen des Geschlechts‘ (Kuhlmann 2004) diskutiert.

Um wieviel Geld es eigentlich geht, ist nur annähernd zu bestimmen. Im Deutschen Ärzteblatt wird ausgewiesen, dass sich die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2002 auf insgesamt rund 144 Milliarden Euro beliefen, die Ausgaben im Gesundheitswesen insgesamt auf rund 235 Milliarden Euro (Beske 2004). Hinzuzurechnen sind die Ausgaben des Bundesgesundheitsministeriums, das für das Jahr 2003 einen Etat von 363,8 Millionen Euro auswies, sowie alle privat getätigten Zuzahlungen (für Arzneimittel, Krankenhausaufenthalte, sog. IGeL-Leistungen) und Ausgaben für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, Vitamine, Mineralstoffe, Rückenschulung, Massagen, Kuren, Wellness-Angebote etc. – die Grenzen zum Fitness-Bereich sind fließend. Nicht enthalten sind zudem die nicht unbeträchtlichen Ausgaben für Ausbildung und Forschung. Legt man ‚nur‘ die ausgewiesenen 235 Milliarden Euro zugrunde, macht diese Summe bereits ca. 10 % des BIP aus und stellt einen bedeutenden wirtschaftspolitischen Faktor dar. Schenkt man den aktuellen Pressenotizen um die Eröffnung der jährlich stattfindenden Messe für Medizinprodukte (Medica) glauben, so kann „die Gesundheitsbranche“ kontinuierlich Wachstumsraten vorweisen, und dies trotz sinkender GKV-Ausgaben.

## Zu den Beiträgen im Einzelnen

Mit dem Themenschwerpunkt der vorliegenden Ausgabe möchten wir Licht in den Dschungel der Reformen und Debatten bringen, die nicht immer so offen liegen wie bei den Strategien der Pharmazeutischen Industrie. Drei Brennweiten werden eingestellt, um den tiefgreifenden Veränderungen, politischen Rahmenbedingungen, Strategien und grundlegenden Mechanismen auf die Spur zu kommen.

**Die 50 mm-Normal-Perspektive Deutschland:** Die Mythen der Debatte um die Gesundheitsreform aufzudecken ist das Ziel des Beitrags von *Nadja Rakowitz*. Es geht ihr vor allem um den Mythos der Explosion der Kosten und des demographischen Problems sowie um die Beleuchtung der Hintergründe der Einführung von DMP und DRG (Disease-Management-Programme und Diagnosis Related Groups). Nadja Rakowitz kommt dabei zu der überraschenden These, dass es der Bundesregierung nicht um die Senkung der Ausgaben geht und sie dies eher zu verhindern sucht, da davon ein negativer Einfluss auf Konjunktur, Arbeitsmarkt und BIP ausgehen könnte. Statt dessen opfere sie das Solidarsys-

tem zwischen Arbeitgeberinnen und ArbeitnehmerInnen und implementiert über steigende Selbstbeteiligungen einen Selektionsmechanismus, der, wie nicht erst die Einführung der Praxisgebühren deutlich zeigt, zu Lasten der ökonomisch schwachen Schichten geht.

**Die 35 mm-Weitwinkel- Perspektive Europa:** Nationale Gesundheitspolitiken, so wird in dem Beitrag von *Rolf Schmucker* deutlich, werden nicht mehr nur von nationalstaatlichen Rechten, sondern auch durch die Umsetzung von EU-Gesetzen beeinflusst. Schmuckers These ist, dass weniger die europäische Sozial- und Gesundheitspolitik, als vielmehr die drohende Umsetzung einer Dienstleistungsrichtlinie zu einem Deregulierungs- und Privatisierungsprojekt für die Gesundheits- und Pflegedienste werden könnte. Entwicklungen der nationalen Gesundheitssysteme werden bereits jetzt spürbar – und künftig womöglich noch zunehmend – durch das Gemeinschaftsrecht und dessen Auslegung durch den Europäischen Gerichtshof (EuGH) beeinflusst. Eine Privatisierung und Kommerzialisierung z.B. der Krankenversicherung könnte die Folge sein.

**Die 135 mm-Tele-Perspektive der Mechanismen innerhalb des deutschen Systems.** Drei Beiträge versuchen, exemplarisch, z.T. reformunabhängig und aus einer Mikroperspektive Auswirkungen der Strukturen und Mechanismen des Gesundheitssystems aufzuzeigen. Der Beitrag von *Winfried Beck* beschäftigt sich mit dem bereits erwähnten Angebot ‚Individueller Gesundheitsleistungen‘, in der Branche verniedlichend ‚IGeLn‘ genannt, mit der Medikalisierung der Wechseljahre von Frauen und mit etwas, das treffend als ‚Grenzwert-Politik‘ bezeichnet werden kann (Abholz 2002). Dabei kommt Winfried Beck zu der Einschätzung, dass individuelle Gesundheitsleistungen nicht nur teuer sind für die, die sie in Anspruch nehmen, sondern potentiell gefährlich. Früherkennungsleistungen werden, so die These von Beck, nach wie vor in vernünftigem und notwendigem Maß von der GKV übernommen. Am Beispiel der Herabsetzung der Normwerte für die Knochendichte verdeutlicht er, wie die Festlegung neuer Grenzwerte den Bedarf verschreibungspflichtiger Medikamente – in diesem Fall von Hormonen als sogenannte Hormonersatztherapie während und nach den Wechseljahren – mit begründet. Die Hormontherapie, weltweit ca. 100 Millionen Frauen verordnet und von ihnen genutzt, ist massiv in die Schlagzeilen geraten und stellt eines der Musterbeispiele für die Prozesse der Medikalisierung von Lebensphasen dar, an der Ärzteschaft und Pharmazeutische Industrie gleichermaßen verdienen.

Tief in die Mechanismen und Funktionen von Körperpolitiken, Normalisierungspraktiken und Belohnungssystemen dringt *Walburga Freitag* mit ihrem Beitrag über die Praktiken der Orthopädie nach der Geburt der contergangeschädigten Kinder ein. Die orthopädischen (und wie an anderer Stelle gezeigt auch die sonderpädagogischen) Disziplinen haben ihr Angebot, weniger nach dem Bedarf der Kinder, als vielmehr nach den jeweiligen Professionsinteressen ausgerichtet



und mit den Wünschen der Eltern legitimiert. Normalisierungspraktiken und Dispositive zur Regulierung abweichender Körper müssen aber, so zeigt die Studie auch, nicht notwendiger Weise von denen, für die sie geschaffen wurden, anerkannt werden. Im Falle der Gruppe contergangeschädigter Frauen und Männer läßt sich zeigen, dass sie die Normalisierungsangebote der Disziplinen weitgehend ablehnten, Widerstand entwickelten und biographisch ‚wahres‘ Wissen entwickelten.

Die am Beispiel von Contergan sich zeigenden Regeln und Strategien der medizinischen Disziplinen lassen die Hypothese zu, dass sie – nicht zuletzt auf dem Hintergrund der geltenden Vergütungssysteme des medizinischen Systems – zur zunehmenden Medikalisierung und Pathologisierung aller Lebens- und Körperbereiche führen, die die genetische Struktur der Ei-, Samen- und Embryonalzelle längst erreicht hat. Charakteristikum der Bestimmung von Abweichungen und Pathologisierungen ist die parallel mit ihr einhergehende Formulierung eines Normalisierungsangebots. Auch hierüber versuchen die Professionen, ihr Terrain auszuweiten. Aber: die Entwicklung von Dispositiven wird zum Motor der Professionalisierung nicht nur der Medizinischen, sondern fast aller Disziplinen des Wohlfahrts-, Erziehungs- und Gesundheitssystems. An der Schnittstelle von medizinischem und schul- und sonderpädagogischem System setzt der Beitrag von *Nicola Raschendorfer* an. Immer mehr Kinder, und davon fast 70 % Jungen (Fegert, Glaeske u.a. 2002) werden – vorwiegend im Schulalter – mit der Diagnose des Aufmerksamkeits-Defizit-Syndroms (ADS) konfrontiert. In ihrem Beitrag zeigt Nicola Raschendorfer die Prozesse der Medikalisierung der Kindheit und die Verquickung von medizinischen und pädagogischen Interessen auf. Lässt sich mit dem Verweis auf das Phänomen ‚Legasthenie‘ der 1970er Jahre argumentieren, dass Medikalisierungsprozesse nicht neu sind, sondern seit mehr als 50 Jahren das Leben aller Bevölkerungsschichten tangiert, so kann man dem nur zustimmen. Neu ist jedoch die mediale Wucht, die gegenwärtig spürbar ist, mit der Kinder mit Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom, sog. ‚dicke‘ Kinder oder diabetische Kinder in Form einer konzertierten Aktion benannt und stigmatisiert werden, der Begriff der Volksseuche wieder hoffähig und an der Individualisierung der Ursachen und Therapie gearbeitet wird. Selbsttechnologien als Therapeutikum haben die frühe Kindheit erreicht.

**Walburga Freitag für die Redaktion der Widersprüche**

## Literatur

- Abholz, Heinz-Harald, 2002: Grenzwerte bei Früherkennungs-Untersuchungen; in: Jahrbuch für Kritische Medizin 36: 149-169.
- Beske, Fritz 2004: Gesundheitskosten: Vorsicht mit Versprechungen; in: Deutsches Ärzteblatt 101 (27): A-1935/B-1621/C-1555.
- Fegert, Jörg; Gerd Glaeske; Katrin Janhsen u.a. 2002: Untersuchung zur Arzneimittelversorgung von Kindern mit hyperkinetischen Störungen anhand von Leistungsdaten der GKV. Projektbericht. Bremen und Ulm. Universität Bremen
- Kuhlmann, Ellen 2004: Gesundheitsreformen – Ziele, Chancen und Konflikte aus der Geschlechterperspektive. Vortrag auf der Tagung des ‚Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.‘. Berlin, November 2004



Nadja Rakowitz

## **Klassen-Medizin: Die Gesundheitsreform als Instrument der Umverteilung von unten nach oben**

---

Kaum eine öffentliche Debatte ist im Moment mehr von Mythen geprägt als die über das Gesundheitswesen und die Gesundheitsreform. In der Auseinandersetzung finden wir propagandistische Verkürzungen und den Austausch vermeintlicher Evidenzen. Permanent wird das Gespenst der „Kostenexplosion“ und des „Demographieproblems“ an die Wand gemalt – und das alles vor dem Hintergrund einer Debatte über den Standort Deutschland und die „zu hohen Lohnkosten“, von denen ein Teil, nämlich die sogenannten Lohnnebenkosten, nicht weiter belastet werden soll durch steigende Beitragssätze für die Krankenversicherung. Unter diesen Prämissen konnte die rot-grüne Gesundheitsreform nur die Richtung annehmen, die sie nun eben auch hat: faktisch bedeutet sie eine Individualisierung des Risikos, krank zu werden und die Kosten dafür tragen zu müssen. Der folgende Text versucht, die wirklichen Probleme und ihre Ursachen zu analysieren und die Gesundheitsreform vor diesem Hintergrund einzuschätzen.

Im Zuge der erfreulichen Proteste gegen „Hartz IV“ im Spätsommer diesen Jahres droht ein anderer Bestandteil der Agenda 2010 ein wenig in Vergessenheit zu geraten: die Gesundheits-„Reform“, die Anfang des Jahres in Kraft getreten ist. Auch wenn die Bundesregierung im Herbst 2004 in ihrer Propaganda-, pardon Kommunikationsoffensive den Erfolg der Reform feiert, weil die GKV im ersten Halbjahr 2004 Überschüsse in Höhe von fast 2,5 Mrd. Euro erwirtschaftet hat und die Beiträge jetzt prinzipiell sinken könnten (Bundesregierung 2004), zeigt sich doch gerade hierin, der Zweck des Ganzen: Es geht nicht etwa darum, bei Patienten wie bei Fachleuten bekannte Versorgungsmängel des deutschen Gesundheitswesens abzuschaffen, sondern darum, die so genannten Lohnnebenkosten, also die Sozialversicherungsbeiträge für das Kapital zu senken – nicht etwa für die Arbeitnehmer. Denn letztere werden zwar von einer generellen Beitragssatzsenkung – wenn sie denn überhaupt kommt – auch betroffen, aber durch die verschiedenen Maßnahmen sowohl als Beitragszahler als auch als Patienten zusätzlich so belastet, dass die mögliche Beitragssatzsenkung es nicht ausgleichen dürfte.

Außerdem sind zwei große Brocken der „Reform“ bis jetzt noch nicht einmal umgesetzt: nämlich die Alleinfinanzierung des Beitrags für Zahnersatzleistungen und Krankengeld ab 01. Juli 2005. Beide sollen dann – in Gestalt von einem 0,9 % höheren Beitrag – nur noch von den Arbeitnehmern bezahlt werden.<sup>1</sup> Mit der Formel: *Arbeitgeber: x % und Arbeitnehmer: x + 0,9 %* wird dann endgültig die paritätische Finanzierung der GKV auch formal aufgegeben. Es darf spekuliert werden, ob diese weiteren Zumutungen doch noch einmal zu größeren Protesten der Bevölkerung führen werden. Angesichts der ideologischen Vorbereitung des Terrains durch die – maximal unterkomplex – in den Massenmedien geführte Debatte über „Kostenexplosion“, „zu hohe Lohnnebenkosten“ und die „demographische Frage“ ist eher zu vermuten, dass auch die beiden noch ausstehenden nächsten Schritte der Gesundheits-„Reform“ ohne große Reibungsverluste für die Regierung durchgehen werden. Denn schon längst wird in der breiten öffentlichen Debatte das Gesundheitssystem nicht mehr als soziale Errungenschaft angesehen, sondern bloß noch als Belastung für die Arbeitgeber oder als Selbstbedienungsladen – der Patienten bzw. Versicherten. Auch von Krankheit wird dabei heute eher in dem Sinn gesprochen, dass unterstellt wird, die Leute seien „zu oft“ krank, oder die Arbeitnehmer „machten“ krank, also blau, obwohl sie arbeiten könnten – und das bei einem historisch tiefen Krankenstand von im Jahr 2003: 3,61 % (BMGS 2004; vgl. Krankenhaus & Management, 09/2004) mit weiterhin sinkender Tendenz, die eher darauf schließen lässt, dass diejenigen, die noch einen Job haben, eher krank zur Arbeit gehen als dass sie plötzlich gesünder seien. Die Versicherten bzw. die Patienten – so wird in manchen Zeitungen und Fernsehsendungen behauptet und die Konditionierung des Publikums scheint soweit zu funktionieren, dass nahezu jeder das nachplappert – hätten „Freibiermentalität“ etc. und deshalb müsste dies nun über monetäre Anreize, also Zuzahlungen reguliert werden. Längst hat sich bei den Mehrheitssozialdemokraten und bei den Grünen, aber auch bei Teilen der Gewerkschaften die Argumentation soweit verkehrt, dass nicht mehr der Erhalt des solidarischen Gesundheitswesens bzw. sein Ausbau und seine sinnvolle Reform der oberste Zweck von Gesundheitspolitik ist, sondern die Senkung der sogenannten Lohnnebenkosten, der sich dann das Gesundheitswesen und die dort Versorgten, aber auch die dort Beschäftigten unterzuordnen haben.

Um den Überblick nicht zu verlieren und sich nicht von der Hysterie der Debatten über das Gesundheitswesen und dessen „Reform“ irre machen zu lassen, sollen die einzelnen Veränderungen hier noch einmal vorgestellt und die „Reform“ selbst eingebettet werden in einen Zusammenhang, der sowohl die Strukturen als auch die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung beleuchtet.

## **Strukturelle Probleme des Gesundheitswesens**

Experten verweisen schon lange darauf, dass es in Deutschland eine Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitssektor gibt. Dies ist auch die Prämisse des Gesetzentwurfs der Bundesregierung von 2003:

„Aus Beiträgen stehen jährlich rd. 140 Mrd. Euro für die Finanzierung dieses Sozialversicherungszweigs zur Verfügung. Das deutsche Gesundheitssystem ist leistungsfähig. Aufgrund von verkrusteten Strukturen und Fehlentwicklungen erfolgt die Mittelverwendung jedoch nicht zielgenau. Wie speziell der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen festgestellt hat, gibt es in Teilbereichen Fehl-, Unter- und Überversorgung. Gerade im Bereich der großen Volkskrankheiten, die die höchsten Kosten verursachen, sind mangelnde Effektivität und Qualität zu verzeichnen. Obwohl das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich pro Kopf und gemessen am Bruttoinlandsprodukt hohe Aufwendungen zu verzeichnen hat, ist die Qualität der medizinischen Versorgung im internationalen Vergleich verbesserungswürdig.“ (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz 2003)

Denn die Frage ist ja nicht nur, wie viel Geld ausgegeben wird, sondern auch wofür und nach welchen Kriterien. Die Medizin in Deutschland ist ausgesprochen kurativ und – noch – wenig präventiv orientiert. Rolf Rosenbrock verweist darauf, dass gerade die so genannten „big killers“ (v.a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebse, Unfälle) und die so genannten „big crippers“ (v.a. degenerativen Muskel- und Skelett-Erkrankungen) „vor Manifestation in erheblichem Umfang durch zeitgemäße präventive Interventionen, die mit durchdachten Strategien gleichzeitig auf Verhältnisse und Verhalten einwirken, zu verhüten“ seien. Auch er bezieht sich auf das Gutachten des Sachverständigenrats 2001, nach dem durch Prävention 25 % der heute anfallenden Kosten der Krankenversorgung eingespart, aber eben auch viele Leiden vermieden oder wenigstens zeitlich hinausgezögert werden könnten (Rosenbrock 2002: 24ff.). Im Gutachten des Sachverständigenrats wird z.B. bei der Volksseuche Rückenleiden eine „deutliche Überversorgung in bildgebenden diagnostischen und invasiv-therapeutischen Verfahren“ und eine Unterversorgung im „aktivierenden Management chronisch ‚Rückenkranker‘ einschließlich betrieblicher Gesundheitsförderungsansätze und sekundär-/tertiär-präventiver Rückenschulen“ (Gutachten 2000/2001: 12)<sup>2</sup> festgestellt.

Schaut man sich die Strukturen des deutschen Gesundheitssystems an, dann erscheint dies nicht als zufällig. So (ver)führt z.B. die Einzelleistungsvergütung bei den niedergelassenen Ärzten dazu, dass Diagnosen nach betriebswirtschaftlichem Kalkül gestellt werden; die Ärzte können so ihren Verdienst selbst steuern. Dieser von den Ärztevertretern politisch bewusst durchgesetzte Fehlanreiz führt in der Bundesrepublik auch zu oben beschriebenen Fehlversorgungen (Beck 2003; Deppe 1987), die zum Teil drastische Ausmaße annehmen. Hier nur ein paar Beispiele: In Deutschland werden doppelt so viele Röntgenuntersuchungen

gemacht wie z.B. in den Niederlanden oder in Norwegen; die Zahl der Herzkatheter-Labors hat sich in Deutschland in den letzten zehn Jahren verdoppelt und die Zahl der Katheteruntersuchungen ist im gleichen Zeitraum um 250 % gestiegen. Es werden im Vergleich zu anderen europäischen Ländern zu viele Frauen an der Brust operiert, es werden zu viele Gebärmuttern entfernt, zu viele Knieoperationen gemacht usw. Man kann diese Liste lange fortsetzen (Blüchel 2003; Beck 2004: 54).

Zu Recht wird diese Kritik in der gesundheitspolitischen Debatte auch von den Gewerkschaften aufgenommen, die Anbieterdominanz und Überversorgung im deutschen Gesundheitswesen kritisieren, was – wider den Zeitgeist – die Forderung nach Planung zumindest in diesem Bereich impliziert: „Die frühere Großgeräteverordnung regelte eine flächendeckende und wirtschaftliche Aufstellung von teuren medizinischen Spezialgeräten. Sie wurde 1997 nach einem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts abgeschafft ... So ist in Deutschland nach Zahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Zeitraum von 1990 bis 1997 die Anzahl der MRT-Geräte um 329 % gestiegen“ (ver.di 2002: 7). Dass die Großgeräteverordnung abgeschafft wurde, passt zum einen zur allgemeinen ideologischen Tendenz einer Kritik aller gesellschaftlichen bzw. staatlichen Planung und der entsprechenden Forderung nach Steuerung durch den Markt; zum anderen erklärt sich dies auch aus dem Interesse der niedergelassenen Ärzte mit großer technischer Ausstattung (z.B. Radiologen, Orthopäden, Internisten, Urologen), die unter den Ärzten auch deshalb am meisten verdienen, weil man mit „technischen Leistungen“ höhere Punktwerte erreichen kann als mit kommunikativen, sie also besser honoriert werden.

Aber nicht nur dies ist ein Moment von Überversorgung, sondern schon allein die Tatsache, dass es die gesamte Palette an Fachärzten im ambulanten Bereich und im Krankenhaus noch einmal gibt. Eine solche doppelte Facharztstruktur gibt es in kaum einem anderen Land der Welt – auch dies ist ein Ergebnis der Interessenspolitik der Ärzte bzw. konkret der niedergelassenen Ärzte und ihrer „politischen Vertretung“ der Kassenärztlichen Vereinigung (Beck 2003; Deppe 2002: 17). Eine Konsequenz daraus ist die auch vom Gutachten beklagte mangelnde – aber medizinisch sinnvolle – Verzahnung von Behandlungsphasen- und -formen, die unter anderem an der Trennung von ambulantem und stationärem Sektor liegt.

Aber Anbieterdominanz hat man nicht nur auf Seite der ärztlichen Leistungserbringer, sondern auch und gerade auf der Seite der Pharmaindustrie. So ist es z.B. in Deutschland noch keiner Regierung gelungen, eine Positivliste durchzusetzen. Auch die rot-grüne Regierung hatte diese angekündigt. Sie ist nach den „Verhandlungen“ mit der CDU/CSU über die Gesundheitsreform, die ja den Bundesrat zu passieren hatte, nicht mehr im neuen Gesetz zu finden. Gemäß

dem Arzneimittelreport 2003 hat man damit eine Einsparmöglichkeit von rund 800 Mio. Euro verschenkt (Schwabe/Paffrath 2004: 2). Das Defizit der GKV für das Jahr 2002 betrug – bei Gesamtausgaben von 142,6 Mrd. Euro – 3,0 Milliarden Euro. Fast die Hälfte davon ist durch die Steigerung der Arzneimittelausgaben in der GKV um 1,4 Mrd. Euro auf 22,7 Mrd. Euro im Jahr 2002 erklärbar. Damit lag der Umsatzzuwachs zwar niedriger als im Vorjahr (2001: 2,0 Mrd.), aber mit 6,5 % (2001: 10,4 %) immer noch weit über dem langjährigen Durchschnitt der vergangenen Jahre (Schwabe/Paffrath 2004: 1)<sup>3</sup> und auch weit über dem Wachstum anderer Wirtschaftssektoren in der Bundesrepublik.<sup>4</sup> Trotzdem ist es gerade die Pharmaindustrie in Deutschland, die mit Standortverlagerung etc. droht, weil die Akkumulationsmöglichkeiten zu gering seien. Als Produzenten und Anbieter haben die Pharmaunternehmen kein Interesse an einer Ausgabenreduzierung im Gesundheitswesen; als Arbeitgeber dagegen argumentieren sie genauso mit „zu hohen Lohnnebenkosten“ wie alle anderen auch. Das „Kapital“ ist eben nur als widersprüchliches Verhältnis zu begreifen ...

Insgesamt sind die Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen in Deutschland nach dem Interesse und politischen Wünschen der Ärzte und der Großgeräte- und Pharmaindustrie aufgebaut, die deshalb natürlich auch die oben beschriebene Über-, Unter- und Fehlversorgung bestreiten, da sie nicht an den für sie äußerst lukrativen Verhältnissen und Strukturen rütteln wollen. Dies gilt es auch immer zu berücksichtigen, wenn z.B. Ärzte(vetreter) – zum Teil berechnete – Einwände gegen eine Ökonomisierung des Gesundheitswesens vorbringen oder die Vertreter der Pharmaindustrie vor Arzneimittelunterversorgung warnen. Es gibt also genügend Gründe, das deutsche Gesundheitssystem zu kritisieren und eine Reform zu fordern, durch die diejenigen geschwächt werden, die das Gesundheitswesen bis heute gestaltet haben. Wir werden gleich sehen, ob das neue Gesetz hierzu etwas beiträgt.

## **Geldfetische in der Gesundheitsdebatte**

Auf die seit 30 Jahren repetierte Rede von der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen muss ganz klar geantwortet werden, dass die Ausgaben der GKV gemessen am BIP seit 1975 ungefähr bei 6 % liegen (Anstieg 1975 – 2000: 0,6 %). Die Beitragssätze sind im gleichen Zeitraum um 3,1 Prozentpunkte gestiegen sind; das entspricht einem Anstieg um 30 %. (Rosenbrock/Gerlinger 2004: 101f.) Insgesamt werden in der Bundesrepublik 10,6 % des BIP für Gesundheit ausgegeben. So betrachtet, gibt es also kein Kostenproblem als Ausgabenproblem.

Generell wird in der öffentlichen Debatte behauptet, dass die Ausgaben für den Sozialstaat insbesondere die Lohnnebenkosten für die Arbeitgeber zu hoch seien. Beides kann so nicht stehen bleiben. Über die sogenannten Lohnneben-



kosten kann man nur sinnvoll sprechen, wenn man über die Lohnstückkosten spricht. Diese sind lt. Europäischer Kommission im Jahr 2002 in Deutschland um 0,3 % gesunken, während sie im Euro-Land-Durchschnitt um 0,3 % gestiegen sind (Mittelungen 2002; Hein/Truger 2003). Auch die deutschen Rekordexportzahlen des Jahres 2002 und wieder 2003 deuten nicht darauf hin, dass die in Deutschland produzierten Waren zu teuer sind für den Weltmarkt (ver.di 2004; Schubert 2004). Eine im Oktober diesen Jahres erschienene Studie über die Belastung der Arbeitgeber in Deutschland durch gesundheitssystembedingte Kosten im internationalen Vergleich hat berechnet, dass die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung – gemessen am Wert aller in Deutschland produzierten Güter und Dienstleistungen – 3,2 % ausmacht. Das entspricht 3012 Euro pro Beschäftigtem und liegt damit deutlich unterhalb der Werte in Frankreich, den Niederlanden und auch den USA (Ecker e.a.: 2004). Die Studie konnte entsprechend keinen Zusammenhang feststellen zwischen niedriger oder hoher Belastung der Unternehmen durch Gesundheitskosten und dem Schaffen oder Vernichten von Arbeitsplätzen. Ein Zusammenhang, der gerade von den sozialdemokratischen „Volks“-Vertretern mantraartig wiederholt wird, um die Senkung der Lohnnebenkosten und den daran hängenden Sozialstaatsabbau zu legitimieren.

Als einer der Gründe für die behauptete „Explosion“ wird auf der Ausgabenseite in der Regel neben dem medizinisch-technischen Fortschritt das „demographische Problem“ angegeben. Egal ob Gutachten der verschiedenen Regierungs- oder Oppositionskommissionen über Probleme des Gesundheitswesens oder Bericht im TV oder gleich in der BILD-Zeitung, er beginnt in der Regel zunächst damit, das „demographische Problem“ drastisch zu schildern und wie selbstverständlich zu behaupten, dass durch das Älterwerden der Gesellschaft eine unheimliche Kostenlawine auf die Sozialversicherungen zurolle. Das muss für die Rentenversicherung ein Problem sein, aber dass die Ausgaben im Gesundheitswesen immer größer werden, weil die Menschen immer älter werden, scheint nur zunächst plausibel. Dagegen sprechen verschiedene – z.T. allerdings sich widersprechende Thesen: Die Menschen werden zwar älter, aber bleiben auch länger gesund; ein Drittel aller Gesundheitskosten im Leben eines Menschen fallen in den zwölf Monaten vor dem Tod an, egal in welchem Alter (Lauterbach e.a. 2001; Kühn 2004: 748f.). Auch lt. einer Studie der Max-Planck-Gesellschaft, die die Krankenhausdaten von über 430 000 Patienten der AOK Westfalen-Lippe/Thüringen analysiert hat, steigen die Ausgaben für Gesundheit nicht linear mit dem Alter; statistisch nehmen die Ausgaben zumindest für die Krankenhausbehandlung ab dem 60. Lebensjahr deutlich ab (Max-Planck-Gesellschaft 2002; vgl. Kühn 2004: 749). Außerdem scheint es immer weniger Belege für die These der tendenziellen Multimorbidität der alten Menschen zu geben – im Gegenteil: die Tendenzen scheinen eher nach unten zu weisen. Die

Menschen bleiben tendenziell gesünder. Wie alle bloß quantitativen Bevölkerungsaussagen haben allerdings auch diese den Mangel, sozial nicht zu differenzieren. Während für „Angehörige der Mittelschichten und der Oberschicht die ‚Kompression‘ der Krankheit im höheren Lebensalter keine Utopie mehr ist“, gilt für „Angehörige der Unterschicht und Teile der Mittelschicht ... die Verschlechterungsthese“ (Kühn 2004: 750).

Bernd Eggen verweist zu recht auf folgendes: „Bei der derzeitigen politischen Handhabung der ‚demographischen Herausforderung‘ fällt auf, dass die gegenwärtigen Probleme in die Zukunft projiziert werden. Zudem rechnen wir mit Entwicklungen, die diese Probleme in der Zukunft noch verstärken werden. Um der zirkulären Selbstbezüglichkeit gerecht zu werden, werden diese nun verstärkten Probleme auf die Gegenwart zurückprojiziert. Man könnte auch sagen: die Gegenwart wird mit der Zukunft überlastet. Dabei ist zu sagen, dass die gegenwärtigen Probleme auf dem Arbeitsmarkt, in den sozialen Sicherungssystemen und im Erziehungssystem nicht von der bisherigen demographischen Entwicklung ausgelöst wurden“ (Eggen 2002: 257f.). Ähnliche Argumente und Zweifel findet man bei dem Statistiker Gerd Bosbach bezüglich der Vorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes für die Jahre bis 2050 (Bosbach 2004). Hagen Kühn kritisiert die Debatte und verweist auf ihren verteilungspolitischen Charakter: „Innerhalb des Bezugsrahmens einer ‚demographischen Zeitbombe‘ erscheinen Kürzungen in der Kranken- und Rentenversicherung nicht mehr als Resultate des Verteilungskonflikts zwischen Kapital und Arbeit, sondern als Ausdruck von Generationengerechtigkeit, die Sonderinteressen von Banken, Versicherungen und anderen Finanzdienstleistungsunternehmen erhalten den Anstrich privater Vorsorge für künftige Generationen“ (Kühn 2004: 742).

Will man unbedingt die Ausgaben der GKV im Zusammenhang mit verschiedenen Gruppen von Versicherten diskutieren, ist es sinnvoller, qualitativ zu unterscheiden, welche Versichertengruppen die größten Kosten verursachen. So wird z.B. davon ausgegangen, dass die GKV für 1 % aller Versicherten etwa 30 % der Ausgaben braucht, für 10 % der Versicherten etwa 80 % der Ausgaben. Nicht nur unter ethischen Gesichtspunkten, sondern gerade unter finanziellen gälte es also, sich um diese Menschen besser zu kümmern. Es gäbe hier viel zu tun für die richtige und gute Versorgung der chronisch Kranken, aber eben auch für Prävention und Vorsorge, die sich außerdem der Tatsache stellen müssten, dass diese Krankheiten selbst der sozialen Hierarchie dieser Gesellschaft unterliegen. Letztere müsste also Gegenstand der Präventionsdebatten sein und nicht das individuelle Verhalten. Stattdessen – das hat Robert Crawford schon 1979 kritisiert – erscheint in den heutigen Debatten „Krankheit ... als Folge von Risikoverhalten und Gesundheit vor allem erreichbar durch Änderung der Lebensgewohnheiten mittels Erziehung und ökonomischer Sanktionen“ (Crawford 1979: 9). „Die Ideologie des Selbstverschuldens propagiert ein Konzept kluger Lebensführung,

welches das Individuum als unabhängig von seiner Umwelt und unbeeinflusst durch soziale Ereignisse ansieht“ (Crawford 1979: 25).

Insgesamt ist also die These von der sogenannten „Kostenexplosion“ sowohl was die Ausgaben der GKV im Verhältnis zum produzierten Reichtum, aber auch was die Prophezeiungen der Zukunft über Demographie und technischen Fortschritt, erst recht was die Kosten der Unternehmen angeht, in Zweifel zu ziehen. Worum es dabei geht, ist nur eines: die Arbeitgeber von ihren vermeintlichen Belastungen zu befreien. Plausibel ist sie höchstens für die Arbeitnehmer, die immer größere Abzüge von ihren Reallöhnen hinnehmen müssen. Genau diese sind aber nicht gemeint, wenn von der Kostenexplosion in der öffentlichen Debatte die Rede ist. Die Konfusion dieses Bildes ist vielleicht ein Grund dafür, dass diese These bis weit in die Gewerkschaften und das Bewusstsein ihrer Mitglieder eingesickert ist.

## Die Einnahmen

Wenn es keine Ausgabensteigerung gibt, die Beitragssätze trotzdem steigen, muss es an der Einnahmeseite liegen. Die Einnahmen der GKV wie der gesamten Sozialversicherung sind abhängig von den Bruttolöhnen bzw. deren Entwicklung, hängen also von der Lohnquote ab. Sinkt die Lohnquote, führt das – bei einem gleichbleibenden oder gar sinkendem Beitragszahlerkreis und gleichen bzw. proportional zum BIP steigenden Ausgaben – zu steigenden Beitragssätzen. Das war in den letzten Jahren der Fall. Die bereinigte Lohnquote ist gegenüber Anfang der 80er Jahre deutlich gesunken (DGB 2001). „Wäre die Einkommensverteilung seit 1980 gleich geblieben, hätte 2000 rechnerisch der Beitragssatz für Sozialversicherungen nicht 41 sondern nur 32,4 % betragen“ (Kühn 2003: 738). Dann hätte die GKV auch kein Einnahmeproblem.

Das liegt zum einen an der Umverteilung von unten nach oben seit den späten 70er Jahren mit jeweils weiteren Verschärfungen seit der „Wende“ der Regierung Kohl (Schäfer 2003) und dann durch die rot-grüne Bundesregierung, zum anderen an der großen Arbeitslosigkeit, die den Beitragszahlerkreis immer weiter verkleinert. Außerdem kommt hinzu, dass das Wachstum der beitragspflichtigen Einkommen der lohnabhängig Beschäftigten zwischen 1980 und 1999 um 31 % geringer war als das Wachstum des BIP (Wille 2002: 8).

Ein weiteres Problem der Einnahmen ist darin zu sehen, dass die rot-grüne Bundesregierung, wie die konservative vor ihr, die GKV als finanziellen Verschiebebahnhof missbraucht hat. Für den Zeitraum 1995–2003 wird hierfür ein Betrag von 29,61 Mrd. Euro angenommen (Rosenbrock/Gerlinger 2004: 103; igsf 10/2004). Kostenprobleme im Gesundheitswesen könnten ebenso gut von dieser

Seite angegangen werden. Dass dies nicht geschieht, ist Ausdruck des Stands der Klassenauseinandersetzungen in Deutschland.

## Das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz

Angesichts der beschriebenen Strukturen, Mängel und Probleme, gäbe es verschiedene Richtungen, in die eine Reform gehen könnte. Sehen wir uns an, welche das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz eingeschlagen hat. Dem Gesetzentwurf vom 08. September 2003 ging ein Entwurf vom Mai 2003 voraus, der dann in Konsensverhandlungen mit der CDU/CSU modifiziert wurde. Zunächst werden auch hier die üblichen Prämissen in der Gesundheitsdebatte angeführt: „Der medizinische Fortschritt, der sich für viele Menschen positiv auswirken kann, wird tendenziell die Kosten weiter nach oben treiben. Auch die demographische Entwicklung stellt die gesetzliche Krankenversicherung vor große Herausforderungen: Die Zahl der älteren Bürgerinnen und Bürger steigt weiter an, die im Durchschnitt weniger einzahlen und mehr Leistungen in Anspruch nehmen müssen. Angesichts der weltweit angespannten Wirtschaftslage müssen zugleich Wege beschritten werden, die Lohnnebenkosten zu begrenzen, um beschäftigungswirksame Impulse geben zu können“ (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz 2003: 1). Mit diesen Prämissen ist die Richtung der Reform klar. Schauen wir uns also an, an welchen Stellschrauben die Regierung (in großer Koalition) gedreht hat.

Zunächst sind gravierende Zuzahlungen für die Versicherten bzw. die Patienten und Leistungskürzungen bzw. Streichungen beschlossen worden. „Eigenverantwortung“, also Kosten werden dem kranken Individuum aufgebürdet. Im Gegenzug soll der Patient „mehr Souveränität“ erhalten.

- ▷ Grundsätzlich muss zu allen **Arzneimitteln** eine **Zuzahlung** von zehn Prozent – mindestens fünf, höchstens zehn Euro – geleistet werden.
- ▷ Bei erstmaliger Inanspruchnahme eines Arztes zahlt jeder Patient zehn Euro **Praxisgebühr** je Quartal für beliebig viele Behandlungen bei diesem Arzt. Liegt für eine Behandlung beim Spezialisten eine Überweisung vor, muss keine Gebühr gezahlt werden. Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren sind befreit.
- ▷ Im **Krankenhaus** beträgt die **Zuzahlung** täglich zehn Euro, sie soll höchstens 28 Tage im Jahr erhoben werden. Für häusliche Krankenpflege und Heilmittel: zehn Euro Praxisgebühr plus zehn Prozent der Tageskosten; nach 28 Tagen übernimmt die Krankenkasse.<sup>5</sup>
- ▷ **Streichung:** Die Kassen beteiligen sich nicht mehr an den meisten Taxifahrten zur ambulanten Behandlung. Gestrichen werden auch Sterbe- und Entbindungsgeld sowie Mittel für Sterilisation aus nichtmedizinischen Gründen. Sehhilfen erstattet die Kasse nur noch für Jugendliche bis 18 Jahre und schwer

Sehbehinderte. Künstliche Befruchtung wird nur noch eingeschränkt bezahlt. Für den Bund entstehen durch die Übernahme versicherungsfremder Leistungen der Kranken- und Pflegekassen ab dem Jahr 2004 jährliche Mehrausgaben in einer Größenordnung von ca. 4,7 Mrd. Euro; zur Gegenfinanzierung wird die Tabaksteuer um einen Euro je Packung Zigaretten angehoben.

- ▷ Stärkung der **Patientensouveränität** und **Ausbau von Rechten**, Wahl- und Einflussmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten
- ▷ **Verbesserung der Transparenz** auf allen Ebenen und Einführung von Patientenquittungen sowie im Jahr 2006 der elektronischen Gesundheitskarte.

Selbstbeteiligungen haben aber, wie Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, die Wirkung eines Selektionsmechanismus, der vor allem ärmere und ältere Menschen vom Arztbesuch abhält. Dies belegt eine große Studie aus der kanadischen Provinz Quebec (Tamblyn 2001: 521). Die ersten Erfahrungen mit der Gesundheitsreform bestätigen die in der Studie beschriebene Tendenz: Die Zahl der Arztbesuche im regulären Praxisbetrieb ging seit 1. Januar 2004 um mindestens 7 % zurück (Ärzte Zeitung, 29. Juli 2004). Das Wissenschaftliche Institut der AOK machte im Mai eine Umfrage unter den Versicherten, um herauszubekommen, wer nun weniger zum Arzt geht: „Das Ergebnis war nicht überraschend ... 19 % der Befragten mit einem Haushaltsnettoeinkommen von weniger als 1000 Euro hatten im ersten Quartal 2004 auf einen Arztbesuch bewusst verzichtet – aber nur 8 % der Menschen mit einem Haushaltseinkommen von über 3000 Euro“ (Winkelmann 2004, 16). Die Wirkungen dieser Maßnahmen sind eindeutig sozial indiziert. Sie treffen diejenigen, die sowieso früher und öfter krank werden, die auch früher sterben – die Menschen aus den unteren Einkommensgruppen. Sie tragen die Lasten, die von den Arbeitgebern genommen werden sollen, damit letztere sie dann zu noch schlechteren Bedingungen und mit Hilfe von Hartz IV womöglich auch für einen Euro einstellen können ...

Die strukturellen Veränderungen sind dagegen sehr behutsam:

- ▷ Ein zentrales solidarisches Prinzip der GKV, das **Sachleistungsprinzip** wird weiter durchlöchert dadurch, dass in Zukunft Kostenerstattung möglich ist.
- ▷ Die Verwaltung der GKV wie der KV soll gestrafft werden, um die **Verwaltungskosten** zu senken.
- ▷ Kassen müssen **Hausarztmodelle** anbieten. Der Hausarzt wird Gatekeeper. Patienten, die am Modell teilnehmen, verpflichten sich, immer zu diesem Hausarzt zu gehen und sollen dafür einen Bonus bekommen. Krankenhäuser können sich bei hochspezialisierten Leistungen und im Rahmen von Disease Management Programmen (Chroniker Programme) an der ambulanten Behandlung beteiligen.
- ▷ Zwischen 2004 und 2006 stehen bis 1 % der jeweiligen Gesamtvergütung der KV und der Krankenhausvergütung für die **Integrierte Versorgung** zur Ver-

fügung (= 680 Millionen Euro/a). KH dürfen nur in Ausnahmefällen ambulant versorgen.

- ▷ Mit besonders qualifizierten Hausärzten können **Einzelverträge** abgeschlossen werden. Dass nicht mehr, wie noch im ursprünglichen – alleine von der rot-grünen Regierung ausgearbeiteten – Entwurf alle Fachärzte außer Gynäkologen, Kinder- und Augenärzte Einzelverträge mit den Kassen machen sollten, ist dem Einfluss der niedergelassenen Ärzte, also der Kassenärztlichen Vereinigung auf vor allem die CDU-Vertreter zu verdanken.
- ▷ In Zukunft kann es **Medizinische Versorgungszentren** geben, die von den Leistungserbringern gegründet werden können und in denen Ärzte auch im ambulanten Bereich als Angestellte arbeiten können.
- ▷ **Ärzte** müssen Fortbildungsnachweise erbringen, sonst kann es Nachteile bei der Vergütung geben oder Entzug der Zulassung drohen. Fortbildungen müssen unabhängig von wirtschaftlichen Interessen sein.

Bei diesen strukturellen Veränderungen handelt es sich um vorsichtige – von kritischen Ärzten durchaus begrüßte (Beck 2004: 56) – Versuche, die Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor weiter aufzuweichen und das Monopol der kassenärztlichen Vereinigung weiter zu schwächen. Dass letzteres zu gelingen scheint, zeigen die Widersprüche und entsprechende Auseinandersetzungen innerhalb der Ärzteschaft und der KV, die bis zu Neugründungen so genannter Medi-Verbünde geht (Beck 2004: 55). Auch der Kampf um den mit 680 Millionen Euro pro Jahr (Ärzte Zeitung 22. September 2004) gefüllten Topf für die Integrierte Versorgung trägt nicht gerade zur Einigkeit der Ärzteschaft bei. Insgesamt hat sich dadurch an den oben beschriebenen Strukturen nur wenig geändert und die Fehlanreize auf Seiten der Leistungserbringer sind größtenteils erhalten geblieben.

Auch die Dominanz der Pharmaindustrie ist durch die Reform nicht besonders berührt worden. Beide immer noch sehr zurückhaltende diesbezügliche Reformmaßnahmen sind nach den Verhandlungen mit der CDU/CSU verwässert worden:

- ▷ Ein **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin** wird neu errichtet, das Behandlungsleitlinien entwickeln, Empfehlungen für eine zeitgemäße Fortschreibung des Leistungskatalogs erarbeiten und Nutzen-Bewertungen von neuen Arzneimitteln durchführen wird. (Die Überprüfung der **Kosten-Nutzen-Relation**, die im rot-grünen Gesetzentwurf noch zu finden war, hat die Pharmaindustrie offensichtlich zu verhindern gewusst.) Außerdem sitzen Vertreter der Kassen und der KV im Institut (im alten Entwurf war es unabhängig).
- ▷ Die **Rabatte** der **Pharmaindustrie** auf verschreibungspflichtige patentgeschützte Medikamente steigen im Jahr 2004 von 6 auf 16 %, sollen aber im

Jahr 2005 wieder auf 6 % sinken, da dann eine Festbetragsregelung gelten soll, die für neue Medikamente ohne erkennbaren Zusatznutzen gelten soll. Versandapotheken werden zugelassen. Es gibt weder Positiv- noch Negativliste. Re-Importe müssen billiger abgegeben werden und die Preisbindung für rezeptfreie Mittel fällt.

Auf Letzteres haben einige Pharmaunternehmen sofort reagiert, indem sie beim Bundesinstitut für Arzneimittel hunderte Anträge auf Neuzulassung von Präparaten mit bekannten Stoffen gestellt haben. So sollten Arzneimittel, die bislang rezeptfrei sind, z.B. durch höhere oder andere Dosierungen, neue Indikationen oder neue Angaben zu Risiken so modifiziert werden, dass sie als neu zugelassene Arzneimittel rezeptpflichtig sind (Ärzte Zeitung, 5. November 2003). Trotzdem hatten die immer noch vorsichtigen Maßnahmen insofern Erfolg, als die Arzneimittelausgaben durch die größeren Rabatte und einen starken Rückgang der Verordnungsmenge in der ersten Hälfte des Jahres 2004 um über 1,67 Mrd. Euro niedriger waren als im Vorjahreszeitraum; das ist ein Rückgang um 13,16 % (Bundesregierung 2004). Experten befürchten aber, dass das Auslaufen des Rabatt-Zwangs für die Hersteller im nächsten Jahr „kaum durch die Ersatzregelung der Festbeträge kompensiert werden können“ wird (Bergius 2004).

## Wie ist die „Reform“ insgesamt einzuschätzen?

Diese Leistungsstreichungen und Zuzahlungen sollen bis zum Jahr 2007 insgesamt ein Volumen von 23,1 Mrd. Euro ausmachen, von denen 20 Mrd. Euro die Versicherten zukünftig „außerhalb oder innerhalb der GKV alleine zu tragen haben“ (Schneider/Schmacke 2003: 1083). Es handelt sich dabei um das größte Streichvolumen, das in der Bundesrepublik jemals für die gesetzliche Krankenversicherung beschlossen wurde. Diese Maßnahmen sollen dazu führen, dass der durchschnittliche Beitragssatz im Jahr 2007 auf 13,0 % zurückgeführt werden könne. Die Krankenkassen haben zwar im ersten Halbjahr 2004 einen Überschuss von 2,4 Mrd. Euro erwirtschaftet, ihre Beiträge sanken aber durchschnittlich bisher nur von 14,3 auf 14,2 %. Zwar führe die Gesundheitsreform zu Einsparungen im laufenden Jahr von rund sieben Mrd. Euro, doch davon müssten 4 Mrd. für das Defizit aus dem letzten Jahr und noch mal 2 Mrd. Euro für den in den letzten Jahren aufgetürmten Schuldenberg bezahlt werden (Die Welt, 30. Oktober 2004). Sollte es um Kostensenkungen gegangen sein, ist die nächste Reform also jetzt schon abzusehen.

Aber geht es überhaupt, wie oft behauptet wird, um Kostensenkung oder Einsparungen? Nein. Es geht darum, die Arbeitgeber und gegebenenfalls den Staat von

Kosten zu entlasten. Diese sollen aber nicht eingespart werden. Tendenziell geht es hier und heute meines Erachtens darum, mehr Geld in den Gesundheitssektor zu pumpen, weil man sich davon neue Akkumulationschancen erhofft. Dieses Mehr soll aber nicht von den Arbeitgebern bezahlt werden, sondern von den Arbeitnehmern, den Versicherten, den Kranken, den Individuen. Was hier erleben, ist mit den Kategorien von Karl Marx gesprochen, eine weitere Etappe im Prozess der realen Subsumption des öffentlichen Dienstes unter das Kapital, die im Bildungssektor ganz ähnliche aussieht. Das Versprechen, das die sogenannte *new economy* langfristig nicht halten konnte, nämlich den Kapitalismus aus der Krise zu führen, wird nun versucht, den Sektoren der öffentlichen Wohlfahrt aufzubürden. Die „Reform“ ist eingebettet in einen Zusammenhang, den Karl-Heinz Roth kürzlich in Bremen als nach innen expandierenden Kapitalismus, der eine neue Massenarmut erzeugt, analysiert hat und mit dessen düsterer Prognose ich hier schließen will:

„Ein weiterer Schritt zur Dehumanisierung des gesellschaftlichen Lebens wird durch die Beschränkung des Zugangs zu den Ressourcen des Gesundheitswesens eingeleitet. Wer kein ausreichendes Einkommen hat, um den Wechselfällen einer schweren Erkrankung zu begegnen, wird seine gesamten Ersparnisse in die Waagschale werfen oder auf die Errungenschaften der neuen – und kostspieligen – Gesundheitstechnologie verzichten müssen. Auf diese Weise wird eine alte und bittere Parole wieder belebt: Weil du arm bist, mußt du früher sterben.“

So erzeugt der nach innen expandierende Kapitalismus eine neue Massenarmut. War es ihm im Verlauf des 18. und 19. Jahrhunderts gelungen, durch das Ingangsetzen der Industrialisierung die ‚gefährlichen Klassen‘ der Eigentumslosen in Arbeiterklasse und Subproletariat aufzuspalten, so hat er heute, 200 Jahre später, damit begonnen, den umgekehrten Weg einzuschlagen. Die Arbeitsproduktivität seiner Produktions- und Verteilungssysteme ist heute derart angewachsen, daß zur Erzeugung immer größerer Gütermengen immer weniger lebendige Arbeit benötigt wird. Zugleich ist der Kapitalismus dazu übergegangen, dort zu produzieren, wo die Arbeitskosten weltweit am geringsten sind. Deshalb tritt seine ‚Globalisierung‘ zunehmend im Gewand einer Deindustrialisierung der klassischen Akkumulationszentren in Erscheinung, und die von den Propagandisten des Kapitals verhönte Marxsche Verelendungstheorie realisiert sich unter umgekehrten Vorzeichen. Die Massenarmut kehrt im Prozeß der Deindustrialisierung in die Metropolen zurück“ (Roth 2004).

## Anmerkungen

- 1 Kurz nachdem diese Lösung für die Neuregelung der Finanzierung des Zahnersatzes im Oktober diesen Jahres gefunden wurde, ist sie nun zunächst durch den Bundesrat wieder gestoppt und in den Vermittlungsausschuss gegeben worden. Vgl. Agrardiesel 2004
- 2 Wie überhaupt die Ergebnisse der Befragung und die Bewertungen des Rates für zahlreiche chronische Erkrankungen hinreichend sichere oder ernst zu nehmende Hinweise auf eine Unterversorgung mit präventiven Maßnahmen zeigen, wie „z.B. bei ischämischen Herzkrankheiten ..., Schlaganfall ..., Asthma bronchiale und COPD ..., Rückenleiden ..., Lungenkarzinom und Raucherentwöhnung“. Ebd., S. 38



- 3 Für das Jahr 2002 hatte der „Arzneiverordnungsreport“ vorgerechnet, dass 4,2 Milliarden Euro „durch eine wirtschaftlichere Verordnungsweise ohne Qualitätsverlust“ hätten eingespart werden können. Gut 1,5 Milliarden Euro würde die Umstellung auf Generika bringen, der Verzicht auf umstrittene Pillen würde knapp 1,2 Milliarden bringen, Scheininnovationen ohne echten zusätzlichen Nutzen (Analogpräparate) mit altbewährten Mitteln zu ersetzen, würde 1,5 Milliarden einsparen. Vgl. Schwabe/Paffrath 2002: 4
- 4 Wie sich die Ausgaben im Jahr 2004 entwickeln werden wir bei der Betrachtung der Reformmaßnahmen sehen.
- 5 Für alle Zuzahlungen gilt die Höchstgrenze von zwei Prozent des Bruttoeinkommens, bei Chronikern ein Prozent. Sozialhilfeempfänger werden anderen Versicherten gleichgestellt. Es gibt also kaum noch Härtefallregelungen.

## Literatur

- Von Agrardiesel bis Zahnersatz, in: *Süddeutsche Zeitung* vom 06.11.2004
- Beck, Winfried 2003: In diesem Geschäft ist nichts heilig, Interview in: *express. Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit*, Nr.02 und 03/2003
- Beck, Winfried 2004: Beginn des Chaos? Entmachtung der Kassenärztlichen Vereinigung, in: *Dr.med.Mabuse. Zeitschrift im Gesundheitswesen*, Nr.07-08/2004
- Bergius, Michael 2004: Experten warnen vor neuer Kostenwelle bei Medikamenten, in: *Frankfurter Rundschau* vom 16.10.2004
- Blüchel, Kurt G. 2003: Arzneimittel Tollhaus Deutschland, in: *Frankfurter Rundschau* vom 16.08.2003
- Bosbach, Gerd 2004: Die modernen Kaffeesatzleser, in: *Frankfurter Rundschau* vom 23.02.2004
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) 2004: Gesetzliche Krankenversicherung. Krankenstand: 1970 bis 2003, Januar und Mai 2004, in: [www.bmgs.bund.de](http://www.bmgs.bund.de) (Stand: 12.10.2004)
- Bundesregierung 2004: Beiträge sinken, Gesundheitsreform wirkt, in: [www.bundesregierung.de/artikel-,413.668907/Beitraege-sinken\\_-Gesundheitsr.htm](http://www.bundesregierung.de/artikel-,413.668907/Beitraege-sinken_-Gesundheitsr.htm) (Stand: 22.09.2004)
- Crawford, Robert 1979: Gesundheitsgefährdendes Verhalten: Zur Ideologie und Politik des Selbstverschuldens, in: *Das Argument. Sonderband 30: Argumente für eine soziale Medizin*. Berlin
- Deppe, Hans-Ulrich 1987: Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. Frankfurt/M
- Deppe, Hans-Ulrich 2002: Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland, 2. überarbeitete Auflage. Frankfurt/M.
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) 2001: Zur Einkommensentwicklung in Deutschland. Arbeitnehmerkaufkraft seit 1991 stetig gesunken. Berlin 08/2001
- Die Praxisgebühr schreckt doch noch viele Patienten ab, in: *Ärzte Zeitung* vom 29.07.2004
- EGgen, Bernd 2002: Demographische Depressionen. Bevölkerungsentwicklung in Deutschland, in: *Sozialer Fortschritt. Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik*, Nr. 10/2002
- Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG) vom 16.06.2003, Bundestags-Drucksache 15/1170

- Fritz Beske Institut für Gesundheits-Systemforschung Kiel (igsf) 2004: Gesetzliche Krankenversicherung: Politik verursacht höhere Beiträge, Pressemitteilung vom 12.10.2004
- Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, Drucksache 14/6871
- Hein, Eckhard; Truger, Achim 2003: Deutschlands Wettbewerbsfähigkeit ist ausgezeichnet, in: *Frankfurter Rundschau* vom 06.12.2003
- Industrie reagiert auf Ausschluß von OTC-Arznei, in: *Ärzte Zeitung* vom 05.11.2003
- Krankenkassen schließen Beitragssenkungen aus, in: *Die Welt* vom 30.10.2004
- Krankmeldungen: „Historischer Stand setzen sich fort“, in: *Krankenhaus & Management. Informationsdienst für alle Führungskräfte im Gesundheitswesen*, 23.Jg., Nr. 09/2004
- Kühn, Hagen 2003: Leere Kassen. Argumente gegen einen vermeintlichen Sachzwang, in: *Blätter für deutsche und internationale Politik*, Nr.06/2003
- Kühn, Hagen 2004: Demographischer Wandel und demographischer Schwindel. Zur Debatte um die gesetzliche Krankenversicherung, *Blätter für deutsche und internationale Politik*, Nr.06/2004
- Lauterbach, Karl W.; Stock, Stefanie 2001: Zwei Dogmen der Gesundheitspolitik – Unbeherrschbare Kostensteigerungen durch Innovation und demographischen Wandel?, Gutachten für den Gesprächskreis Arbeit und Soziales der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn
- Mitteilungen der Europäischen Kommission vom 14.01.2003 über die Umsetzung der Grundzüge der Wirtschaftspolitik 2002
- Max-Planck-Gesellschaft: Pressemitteilung vom 12.11.2002: „Im hohen Alter sinken die Kosten“
- Rosenbrock, Rolf 2002: Kann die soziale Krankenversicherung in der Marktgesellschaft überleben? in: Hans-Ulrich Depppe/Wolfram Burkhardt (Hg.), *Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin*. Hamburg
- Rosenbrock, Rolf; Gerlinger, Thomas 2004: *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Bern
- Roth, Karl-Heinz 2004: Der Sozialkahltschlag: Perspektiven von oben – Gegenperspektiven von unten, in: *junge Welt* vom 19.03.2004
- Schäfer, Claus 2003: Mit einer ungleichen Verteilung in eine schlechtere Zukunft – Die Verteilungsnetwicklung in 2002 und den Vorjahren, in: *WSI Mitteilungen*, Nr. 11/2003
- Schneider, Werner; Schmacke, Norbert 2003: Die Reform der Reformen. Zur ordnungspolitischen Neujustierung des Gesundheitssektors, in: *Blätter für deutsche und internationale Politik*, Nr. 9/2003
- Schubert, Dieter 2004: Wieder Exportchampion, in: *junge welt* vom 22.10.2004
- Schwabe, Ulrich/Paffrath, Dieter (Hg.) 2003: *Arzneiverordnungsreport 2002. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*. Berlin
- Schwabe, Ulrich/Paffrath, Dieter (Hg.) 2004: *Arzneiverordnungsreport 2003. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*. Berlin
- Tamblyn, Robin u.a. 2001: Adverse Events Associated With Prescription Drug Cost-Sharing Among Poor and Elderly Persons, in: *The Journal of the American Medical Association*, Vol. 285, Nr. 04/2001
- ver.di (Hg.) 2002: Gesundheit solidarisch finanziert. Forderungen und Vorschläge für ein gesundes Gesundheitssystem, in: *Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales*, Nr. 01/2002

- ver.di Wirtschaftspolitik (Hg.) 2004: Mythos Standortschwäche, Berlin 06/2004
- Wille, Eberhard 2002: Reformoptionen der Beitragsgestaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft. Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft*, Nr. 03/2002
- Winkelmann, Ulrike 2004: Neues Gesundheitsgefälle? Erfahrungen mit der Gesundheitsreform, in: *Dr.med.Mabuse. Zeitschrift im Gesundheitswesen*, Nr. 09–10/2004
- Zahlen künftig Vertragsärzte die Alimente für Integrationsverträge, in: *Ärzte Zeitung* vom 22.09.2004

*Nadja Rakowitz, Institut für medizinische Soziologie,  
Klinikum der J.W.Goethe-Universität, Theodor-Stern-Kai 7, D-60590 Frankfurt/M.  
E-Mail: Rakowitz@em.uni-frankfurt.de*

## **Kleine Verlag** *aktuell*

Michael Lindenberg, Lutz Peters (Hrsg.)

### **Die gelebte Hoffnung der Gemeinwesenökonomie**

*Impulse* Werkstatt Fachhochschule, Band 12  
2004, ISBN 3-89370-390-X, 266 Seiten, €22,40 / SFr 39,30

Mit dem Begriff Gemeinwesenökonomie verbindet sich sowohl eine ausgefächerte soziale und wirtschaftliche Praxis als auch eine Diskussion, deren theoretische Bezugspunkte in dem Anspruch auf die mögliche Verwirklichung eines ‚guten Lebens‘ zusammengefasst werden können. In dem Spannungsfeld von lebensweltlicher Praxis im Gemeinwesen und dem nahezu utopisch anmutenden Anspruch, gerade dort eine Rückgewinnung von Sinn und (Existenz-)Sicherheit im globalen Kontext deregulierter Märkte und alternativlos scheinender Kapitallogik zu finden, positioniert sich die Gemeinwesenökonomie. Sie ist dabei gewissermaßen von der Suche nach dem Gelingen des ‚kleinen praktischen Lebens‘ motiviert, gerät damit jedoch sehr schnell mitten hinein in die sozialwissenschaftlichen Fachtraditionen von Sozialer Arbeit, Politologie, Stadtplanung, Pädagogik, Rechtswissenschaft, Soziologie, Wirtschaftswissenschaft etc. Die hieraus entstehenden Theorie-Bezüge und ihre Einarbeitung in die gemeinwesenökonomische Perspektive wirken indes auch als Anfragen nach ihrer theoretischen und praktischen Konsistenz auf die Gemeinwesenökonomie zurück.

Die in diesem Band versammelten Texte stellen oder behandeln diese Anfragen aus sehr unterschiedlichen Blickwinkeln und Erfahrungen. Damit liegt ein zugleich rahmender und abgrenzender wie den Kern der Gemeinwesenökonomie vielschichtig entfaltender Sammelband vor, der den hoffnungsvollen Ansatz der Gemeinwesenökonomie in theoretischer und praktischer Perspektive reflektiert.

Rolf Schmucker

## **Freiheit für Gesundheitsdienste?** Zur marktorientierten Europäisierung der Gesundheitspolitik

---

Entgegen der ursprünglichen Intention der EG-Gründer vollzieht sich in den vergangenen Jahren eine Europäisierung sozial- und gesundheitspolitischer Regulierung. Die Mitgliedsstaaten müssen bei der Gestaltung der Gesundheitspolitik europäisches Recht beachten. Da es sich dabei vor allem um das Recht des Binnenmarktes handelt, kommt es seit einigen Jahren zu einer marktorientierten Deregulierung in den nationalen Gesundheitswesen. Bei der „Marktöffnung“ der Gesundheitssysteme spielen die Kommission und der Europäische Gerichtshof eine entscheidende Rolle. Der aktuell vorgelegte Entwurf einer Dienstleistungsrichtlinie verstärkt diese Entwicklungstendenz. Sollte die Richtlinie in dieser Form in Kraft treten, werden weite Bereiche nationaler gesundheitspolitischer Regulierung auf den Prüfstand einer quasi uneingeschränkt wettbewerbsorientierten Rechtsgrundlage gestellt. Mögliche Folgen, wie die Privatisierung der gesundheitlichen Versorgungssysteme, ein schlechterer Zugang für sozial schwächere Bevölkerungsschichten oder negative Konsequenzen für die Qualitätssicherung werden weitgehend ausgeblendet.

### **Einleitung**

Die gesundheitspolitisch relevantesten Entwicklungen auf europäischer Ebene werden nicht unmittelbar im Politikfeld der Sozial- und Gesundheitspolitik vollzogen, sondern spielen sich in den Kernbereichen des europäischen Integrationsprojektes ab. Seit einigen Jahren wird das europäische Wettbewerbs- und Binnenmarktrecht durch den Europäischen Gerichtshof (EuGH) auf Bereiche der Gesundheitssysteme angewendet, die laut Art. 152 EG-Vertrag in der alleinigen Gestaltungskompetenz der Mitgliedsstaaten liegen. Mit dem seit Anfang des Jahres 2004 vorliegenden Entwurf der Kommission für eine Richtlinie über Dienstleistungen im Binnenmarkt wird diese Entwicklung weiter verschärft. Dieses „gigantische Deregulierungsprojekt“ (Fritz 2004) benennt Gesundheits- sowie Pflegedienste explizit als Bestandteile des Dienstleistungsbinnenmarkts und

beabsichtigt, sie einer marktorientierten Reorganisation zu unterwerfen. Wird die Dienstleistungsrichtlinie in dieser Form umgesetzt, kommt es zu einer nachhaltigen Kompetenzerweiterung der EU bei der Gestaltung der nationalen Sozial- und Gesundheitssysteme, die politisch an einer schon religiös anmutenden neoliberalen Marktgläubigkeit ausgerichtet ist. Die Konsequenz wird in der beschleunigten Privatisierung der Bereiche der nationalen Gesundheitssysteme bestehen, die attraktive Verwertungsmöglichkeiten für private Anbieter und Investoren darstellen. Ähnlich wie in anderen, ehemals öffentlichen Dienstleistungssektoren wird „aus dem Bürger als Träger sozialer Rechte ... ein individualisierter Käufer von Gütern und Dienstleistungen“ (Pelizzari 2004: 21) auf einem liberalisierten Gesundheitsmarkt.

## 1 „Marktöffnungen“ durch Kommission und Gerichtshof

Von der Gründung der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft im Jahr 1958 bis zum Jahr 1998 sind auf der europäischen Ebene 233 binnenmarktbezogene Interventionen ergangen, welche die Regulierung von Gesundheitsdiensten betreffen. Dabei handelt es sich zu knapp zwei Dritteln um Ergebnisse politischer Entscheidungsprozesse (Verordnungen, Richtlinien, Empfehlungen u.a.) und zu mehr als einem Drittel um Entscheidungen des EuGH (vgl. Paton et.al. 2002: 7). Letztere sind von besonderer Bedeutung, weil es sich dabei um politisch nicht intendierte Folgen des Binnenmarktprojektes handelt. Der EuGH hat entschieden, dass die Mitgliedstaaten zwar für die Ausgestaltung ihrer Systeme der Sozialen Sicherheit zuständig seien, dabei jedoch das Gemeinschaftsrecht beachten müssten. Dies bedeutet, dass die „vier Freiheiten“ des Binnenmarkts – der freie Verkehr von Personen, Dienstleistungen, Waren und Kapital –, sowie das Wettbewerbsrecht auch im Gesundheitswesen einzuhalten sind. Ausnahmen sind nur durch besondere Tatbestände zu rechtfertigen, die bislang nicht das Ergebnis eines demokratischen Diskussionsprozesses sind, sondern vom Gerichtshof gesetzt werden. Das sozial- und gesundheitspolitische Vakuum auf europäischer Ebene wird durch die Rechtsprechung eines Gerichts gefüllt, das sich in seinen Entscheidungen vor allem auf eine marktorientierte Rechtsgrundlage stützt. Auch die Europäische Kommission – und hier insbesondere der Wettbewerbskommissar – stoßen Verfahren an, die Verstöße im gesundheitspolitischen Bereich gegen Binnenmarkt- und Wettbewerbsrecht zum Gegenstand haben. Die Reichweite dieser europarechtlichen Konstellation soll im Folgenden anhand einiger Beispiele verdeutlicht werden.

*Beispiel Dienstleistungen:* Eine Beschränkung des Dienstleistungsverkehrs ist in der EU nach Art. 49ff. EGV grundsätzlich untersagt. Dies gilt auch für Gesundheitsdienste. Der EuGH hat nationale Regelungen für unzulässig erklärt, in denen

gesetzliche Krankenversicherungen für ambulante Auslandsbehandlungen ihrer Mitglieder eine Vorabgenehmigung verlangen. Dies gilt auch für Systeme, in denen das Sachleistungsprinzip gilt. Dies bedeutet z.B., dass die deutsche GKV verpflichtet ist, für ambulante Auslandsbehandlungen ihrer Mitglieder ein Kostenersatzsystem anzubieten. Für den stationären Sektor hat der EuGH Vorabgenehmigungen für Auslandsbehandlungen zwar für zulässig erklärt, jedoch genau definiert, unter welchen Bedingungen die Zulassung verweigert werden darf. Mit seinen Entscheidungen hat der EuGH dazu beigetragen, den europaweiten Handel mit Gesundheitsdiensten voranzutreiben. Die nationalen Gesetzgeber und Finanzierungsträger sind an diese Vorgaben gebunden (vgl. Schmucker 2003).

*Beispiel Warenverkehr:* Der freie Warenverkehr (Art. 28ff. EGV) verbietet den Mitgliedsstaaten, Ein- und Ausfuhren zu beschränken, sofern nicht Gründe des Allgemeininteresses dies nötig machen, die jedoch in einem angemessenen Verhältnis zu den verfolgten Zielen stehen müssen. Dieser Grundsatz gilt auch für den Gesundheitsmarkt und wird von der Kommission derzeit in verschiedenen Vertragsverletzungsverfahren verfolgt. Die Kommission moniert Vorschriften für den Handel mit Medizinprodukten in Belgien. Sie beanstandet das irische System zur Kostenerstattung bei Seh- und Hörhilfen sowie zahntechnischen Produkten. Ebenfalls europarechtswidrig sind nach Auffassung der Kommission die Kriterien nach denen in Österreich ein Verzeichnis der von der Krankenkasse zu erstattenden Arzneimittel erstellt wird. Im Dezember 2003 hat die Kommission den EuGH angerufen, um verschiedene Vorschriften, mit denen in Deutschland die Versorgung von Krankenhäusern mit Arzneimitteln geregelt wird, als unvereinbar mit dem EGV erklären zu lassen. Im Verfahren gegen das staatliche Arzneimittelverkaufsmonopol in Schweden vor dem EuGH hat der Generalanwalt im Mai 2004 die Auffassung vertreten, dass das schwedische System gegen den EG-Vertrag verstoße (vgl. *Europort Social* 7–8/2004: 5f.).

*Beispiel Wettbewerbsrecht:* Die private Krankenhausgesellschaft Asklepios Kliniken GmbH – in jüngerer Zeit bekannt geworden durch die geplante Teilübernahme der öffentlichen Hamburger Krankenhäuser – hat eine Klage vor dem EuGH eingereicht, in der die Finanzierung öffentlicher Krankenhäuser in Deutschland als unvereinbar mit dem europäischen Beihilferecht aus den Art. 86ff. EGV moniert wird. Konkret richtet sich die Beschwerde dagegen, dass Betriebsverluste öffentlicher Kliniken aus Steuermitteln von ihren Trägern ausgeglichen werden. Der Konzern wirft der EU-Wettbewerbskommission Untätigkeit vor, weil sie nicht gegen die nach Auffassung von Asklepios rechtswidrigen Subventionen einschreitet (vgl. *Asklepios* 2004). Wird der EuGH die Finanzierungspraxis öffentlicher Krankenhäuser in Deutschland für rechtswidrig erklären, wird dies die deutsche Krankenhauslandschaft nachhaltig verändern. Eine Konsequenz könnte insbesondere ein beschleunigter Privatisierungstrend im Bereich der öffentlichen Krankenhäuser sein.

Ohne im Detail auf die einzelnen Verfahren einzugehen, lässt sich eine Gemeinsamkeit der Streitpunkte festhalten: Es handelt sich durchgängig um von den nationalen Regierungen politisch gesetzte Regulierungen, die entweder der Qualitätssicherung oder der Finanzierung bzw. Kostenbegrenzung im Gesundheitswesen dienen sollen. Sie werden nichtig, sobald der EuGH sie als unvereinbar mit europäischem Recht betrachtet. Über diesen Weg werden Marktöffnungen in Bereichen betrieben, die bislang überwiegend einer öffentlichen sozial- bzw. gesundheitspolitischen Regulierung unterworfen sind. Die Folge ist eine Privatisierung bislang überwiegend solidarisch organisierter Gesundheitssysteme. Der Vorschlag einer Rahmenrichtlinie für den Dienstleistungsbinnenmarkt radikalisiert diese wettbewerbsorientierte Stoßrichtung der europäischen Politik auch und gerade für das Gesundheitswesen.

## 2 Die Dienstleistungsrichtlinie

Im Rahmen der Lissabonner Strategie aus dem Jahr 2000 wurden die existierenden Beschränkungen der Dienstleistungsfreiheit als ein bedeutendes Hindernis für ein stärkeres Wachstum des Binnenmarktes identifiziert. Der Rat forderte die Kommission auf, eine Strategie zu entwickeln, mit der die grenzüberschreitende Erbringung von Dienstleistungen vereinfacht werden sollte. Ergebnis ist der im Januar 2004 vorgelegte Vorschlag für eine Richtlinie über Dienstleistungen im Binnenmarkt (Kommission 2004a). Die Richtlinie soll einen allgemeinen Rechtsrahmen schaffen, der bis auf wenige Ausnahmen für alle Dienstleistungstätigkeiten gilt. Die Reichweite der Richtlinie wird deutlich, wenn man sich vor Augen führt, dass im Dienstleistungssektor in der EU fast 70 Prozent des Bruttoinlandsprodukts und der Beschäftigung entstehen. Die Dienstleistungsstrategie der Kommission soll dafür sorgen, „dass es in Zukunft in der Europäischen Union genauso einfach ist, Dienstleistungen über Ländergrenzen hinweg zu erbringen wie schon jetzt innerhalb eines Mitgliedsstaates“ (ebd.: 7). Die Probleme, die die Kommission bei der Realisierung der Dienstleistungsfreiheit sieht, bestehen zum einen in den Hindernissen für eine Niederlassung in einem anderen Mitgliedsstaat („schwerfällige Genehmigungsverfahren“, „übermäßig bürokratische Formalitäten“, „diskriminierende Anforderungen“). Zu umständliche Vorschriften und Verfahren werden zum anderen dann moniert, wenn ein Dienstleistungsanbieter von seinem Herkunftsland aus Dienstleistungen in einem anderen Mitgliedsland erbringen möchte.

## 2.1 Die wichtigsten Regelungen der Dienstleistungsrichtlinie

Der Vorschlag der Kommission besteht in einem weitreichenden Deregulierungsvorstoß, der die Handlungsfähigkeit der Mitgliedsländer drastisch einschränkt. Als Dienstleistung wird in Art. 4 der Richtlinie jede selbständige wirtschaftliche Tätigkeit erfasst, „bei der einer Leistung eine wirtschaftliche Gegenleistung gegenübersteht“ (ebd.: 50). Dienstleistungen in diesem Sinne können sowohl von natürlichen als auch von juristischen Personen erbracht werden. Der Geltungsbereich der Richtlinie ist damit so unscharf gehalten, dass er praktisch keinerlei Einschränkungen unterliegt. Ausnahmen sind lediglich Tätigkeitsbereiche für die bereits EU-Richtlinien existieren, wie z.B. Finanzdienstleistungen oder die elektronische Kommunikation.

Die vorgeschlagenen Maßnahmen der Richtlinie sind auf zwei zentrale Bereiche fokussiert: die Niederlassungs- und die Dienstleistungsfreiheit. Kapitel II der Richtlinie beinhaltet eine europäisch einheitliche Regelung der *Niederlassungsfreiheit* von Dienstleistungsunternehmen. Zentraler Bestandteil ist die Einschränkung von Anforderungen, die an die Niederlassung eines Dienstleistungserbringers in einem anderen Mitgliedsland gestellt werden. Eine Reihe von Genehmigungsvoraussetzungen werden komplett für unzulässig erklärt: Das Zielland darf an die Genehmigung keine Auflagen in Bezug auf die Form der Niederlassung (Hauptniederlassung, Zweigstelle, Tochterunternehmen), die Dauer der Tätigkeit oder den Eintrag in ein Unternehmensregister stellen (Art. 14). Andere Anforderungen wie mengenmäßige oder territoriale Beschränkungen eines Dienstleistungsangebots, Mindest- und Höchstpreise einer Leistung, Vorgaben für die Rechtsform oder die Mindestkapitalausstattung eines Unternehmens (Art. 15) sind nur unter drei Bedingungen erlaubt: Sie dürfen keine Diskriminierung aufgrund der Staatsangehörigkeit oder des Gesellschaftssitzes bedeuten, sie müssen erforderlich, d.h. durch ein „zwingendes Erfordernis des Allgemeininteresses objektiv gerechtfertigt sein“, und sie müssen verhältnismäßig sein, d.h. es ist keine „weniger einschneidende Maßnahme“ denkbar, mit der das angestrebte Ziel erreicht werden kann (Art. 15, Abs. 3). Die Mitgliedsstaaten müssen einen Bericht vorlegen, in dem sie darstellen, welche Anforderungen an eine Dienstleistungstätigkeit in ihrem Hoheitsgebiet sie beibehalten wollen, und warum sie die Auffassung vertreten, dass diese Anforderungen mit den genannten Bedingungen vereinbar sind (Art. 15, Abs. 4). Die anderen Mitgliedsstaaten und die Kommission nehmen zu den Berichten Stellung. Plant ein Mitgliedsstaat neue Rechts- und Verwaltungsvorschriften für den Dienstleistungsbereich, so muss er diese „im Entwurfsstadium“ der Kommission mitteilen, die die Vereinbarkeit der Vorschriften mit dem Gemeinschaftsrecht überprüft (Art. 15, Abs. 6).

Die Regelungen zur Niederlassungsfreiheit hätten unmittelbare, weitreichende Auswirkungen. Die Mitgliedsstaaten müssten ihre Rechtsvorschriften im Dienst-



leistungssektor daraufhin überprüfen, ob sie mit der Richtlinie vereinbar sind und unvereinbare Regelungen beseitigen. Für Unternehmen, die in anderen Mitgliedsländern Niederlassungen betreiben, würden Optionen geschaffen, durch Sitzverlagerungen oder Briefkastenfirmen im europäischen Ausland das für den konkreten Bereich niedrigste Regulierungsniveau auszuwählen. Höhere Schutzniveaus gerieten unter einen verstärkten Anpassungsdruck. Wie schon bei der Steuergesetzgebung käme es zu einem Abwärtswettbewerb der Mitgliedsländer hinsichtlich sozialer, ökologischer, gesundheitlicher oder qualitätsorientierter Mindeststandards im Dienstleistungsbereich. Mittelbar beinhaltet die Richtlinie mit der gegenseitigen Evaluation von Rechtsvorschriften sowie der Vorlagepflicht geplanter Regelungen einen deutlichen Eingriff in die Gestaltungskompetenzen gewählter Regierungen. Die Kommission macht sich zur Prüfstelle für die Rechtmäßigkeit geplanter nationalstaatlicher Regulierungen, wobei ihr entscheidendes Kriterium die „Entfesselung“ des Dienstleistungsmarktes ist. Arbeits-, Umwelt- und Qualitätsstandards werden in dieser Sichtweise zu Markthemmnissen, die nur dann zulässig sind, wenn sie besonderen Begründungsanforderungen entsprechen. Die Mitgliedsländer werden damit hinsichtlich des Dienstleistungssektors unter eine Art „EU-Vormundschaft“ (vgl. Fritz 2004: 14f.) gestellt, die ihre eigene Handlungsfähigkeit nachhaltig einschränkt.

Das dritte Kapitel der Richtlinie dreht sich um die Dienstleistungsfreiheit, d.h. um die Erbringung von Dienstleistungen in anderen EU-Mitgliedsländern. Von zentraler Bedeutung ist dabei die generelle Anwendung des *Herkunftslandprinzips* (Art. 16ff.). Die Kommission beabsichtigt, dass allein die Bestimmungen des Herkunftslandes für die Aufnahme und Ausübung der Dienstleistung gelten. Den Regierungen der Zielländer soll untersagt werden, Dienstleistungserbringer aus anderen EU-Mitgliedsstaaten zur Einhaltung der in ihrem Hoheitsgebiet geltenden Anforderungen zu verpflichten. Die Dienstleistungserbringer müssen im Zielland keine Niederlassung, keine Anschrift oder Vertretung haben, keine Meldung abgeben, keine Genehmigung beantragen, sich nicht in einem Register eintragen oder in einer Standesorganisation Mitglied werden (Art. 16, Abs. 3). Die Bestimmungen des Herkunftslandes dürfen allein durch den Herkunftsmitgliedstaat kontrolliert werden, auch wenn die Dienstleistung in einem anderen Mitgliedsstaat erbracht wird.

Die Anwendung des Herkunftslandprinzips für Dienstleistungen in der EU würde bedeuten, dass das jeweilige Zielland keinerlei Kontrollmöglichkeiten hinsichtlich der Aktivitäten ausländischer Dienstleistungserbringer hat. Es wäre lediglich in der Lage, Normen und Standards für inländische Anbieter zu entwerfen und durchzusetzen, ausländische Anbieter wären allein den Regelungen ihres Herkunftslandes unterworfen. Die Anwendung dieses Prinzips würde zu der paradoxen Situation führen, dass innerhalb eines Landes bis zu 25 verschiedene Regulierungen in einem einzigen Dienstleistungsbereich gültig wären.

Ebenso abwegig erscheint die Vorstellung, dass das Herkunftsland eines Dienstleistungsanbieters dessen Tätigkeiten in 25 EU-Mitgliedsländern kontrollieren soll. Dies wäre einerseits mit einem unglaublichen finanziellen und bürokratischen Aufwand verbunden, andererseits rechtlich kaum praktikabel, da die Herkunftsländer nicht über die entsprechenden Befugnisse in den Hoheitsgebieten anderer Länder verfügen. Generell ist zudem fraglich, wie groß das Interesse eines Herkunftslandes überhaupt sein kann, die Aktivitäten inländischer Dienstleistungserbringer im EU-Ausland zu kontrollieren. Viel wahrscheinlicher werden die Absichten der Kommission dazu führen, dass Dienstleistungsanbieter ihren Sitz in das EU-Land verlagern, das die für sie günstigsten, d.h. niedrigsten Standards für Arbeitsbedingungen, Umwelt- und Gesundheitsschutz und Qualitätssicherung aufweisen. Die nationalen Rechtssysteme werden stärker noch als bisher in einen direkten Wettbewerb gesetzt. Das seit Jahren spürbare Bemühen der Politik, den eigenen Standort für (internationale) Unternehmen durch steuer- und sozialpolitisches Entgegenkommen attraktiver zu machen, würde durch die Dienstleistungsrichtlinie auf neue Bereiche ausgedehnt. Die Klagen deutscher Unternehmensverbände über zu lange und komplizierte Genehmigungsverfahren sowie zu hohe Umweltstandards wären mit einem Schlag hinfällig, da durch die Wahl des Firmensitzes innerhalb der EU das gewünschte Regulierungsniveau ausgesucht werden könnte. Dass die Sicherung von Qualitätsstandards im Dienstleistungsbereich von der Kommission nicht unbedingt als originäre staatliche Aufgabe verstanden wird, zeigt sich auch in Art. 31. Dort wird die Option freiwilliger Standards und Zertifizierungen gegenüber verbindlichen Festlegungen in den Vordergrund gerückt. Angesichts der unmittelbaren und potenziell drastischen Folgen mangelnder Qualität bei Gesundheitsdienstleistungen ist die Orientierung an freiwilligen Standards außerordentlich prekär (vgl. Deutsche Sozialversicherung 2004: 5).

## 2.2 Die gesundheitspolitische Dimension

Die Umsetzung der Dienstleistungsrichtlinie würde einen umfassenden Privatisierungsschub nach sich ziehen. Die besondere Brisanz liegt im kaum eingeschränkten Geltungsbereich, der alle Dienste umfasst, die gegen Entgelt erbracht werden, unabhängig davon, wer sie bezahlt. Damit sind große Teile der „Dienstleistungen von allgemeinem Interesse“ einbezogen, bei denen es sich um gesellschaftlich besonders sensible und für das Gemeinwohl unverzichtbare Bereiche handelt. Gesundheitsdienste und Altenpflege werden explizit als Dienstleistungen genannt, die in den Geltungsbereich der Richtlinie fallen. Im Gesundheitswesen findet sich eine Vielzahl von Regulierungen, die entsprechend der politischen Stoßrichtung der Richtlinie einen potenziellen Verstoß gegen den freien Dienstleistungsverkehr darstellen. Zulassungsanforderungen, mengenmäßige Be-

schränkungen, Bedarfsplanungen sowie Mindest- und Höchstpreise sind Instrumente, die im stationären, im ambulanten sowie im Arzneimittelsektor vielfach genutzt werden, um die Kosten im Gesundheitswesen zu dämpfen, die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen und die Qualität der Versorgung zu gewährleisten (vgl. z.B. Deutsche Sozialversicherung 2004: 3). Grundsätzlich geraten all diese Anforderungen durch die Dienstleistungsrichtlinie unter Rechtfertigungszwang. Für Ausnahmeregelungen, mit denen bestimmte Anforderungen an die Genehmigung oder Ausübung von Dienstleistungen gestellt werden, gibt es feste Kriterien. Sie dürfen den Dienstleistungserbringer nicht diskriminieren (z.B. aufgrund seiner Herkunft), müssen erforderlich und verhältnismäßig sein. Erforderlich ist z.B. eine Genehmigungsregelung nach Art. 9 der Richtlinie dann, wenn sie „durch zwingende Erfordernisse des Allgemeininteresses objektiv gerechtfertigt“ ist. Diese „objektive“ Rechtfertigung durch das Allgemeininteresse ist jedoch letztlich immer eine politische Entscheidung. Unter der herrschenden Rechtslage wird diese politische Frage allerdings durch den EuGH beantwortet, der sich dabei auf Rechtsgrundlagen stützt, die explizit der „Entfesselung“ des Marktes dienen.

Der Richtlinienvorschlag weist neben der allgemeinen Einbeziehung des Gesundheitswesens in den Dienstleistungsbinnenmarkt eine zusätzliche gesundheitspolitische Besonderheit auf. In Art. 23 wird explizit eine Regelung entwickelt, die die Erstattung der Behandlungskosten im EU-Ausland zum Gegenstand hat. Damit betreibt die Europäische Kommission, gestützt auf die Rechtsprechung des EuGH, einen Prozess der gesundheitspolitischen Selbstermächtigung. Wie bereits erwähnt, liegt die alleinige Gestaltungskompetenz für die nationalen Gesundheitssysteme nach Art. 152 EGV bei den Mitgliedsländern. Die Finanzierung der Systeme und die Organisation der Erstattung medizinischer Leistungen machen einen Kernbereich dieser Gestaltungskompetenz aus. Es wurde bereits erwähnt, dass dies den EuGH nicht daran hindert, Entscheidungen zu diesem Themengebiet zu treffen, sofern er eine ungerechtfertigte Einschränkung der Binnenmarktfreiheiten sieht. Seit Mitte der Neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts hat der EuGH eine Reihe von Entscheidungen bezüglich der Erstattung von Auslandskrankenbehandlungen getroffen (vgl. z.B. Schulte 2001 und 2002). Diese Vorgaben werden nun in Art. 23 der Dienstleistungsrichtlinie aufgenommen und damit in den Rang europäischen Sekundärrechts der EU erhoben. Die Kommission vollendet auf diese Weise in der Gesundheitspolitik den Weg von der Nichtzuständigkeit zur verbindlichen Rechtsetzung, ohne dass die entscheidende vertragliche Grundlage – der Art. 152 EGV – verändert worden wäre. Es kommt zu einem schleichenden, über das Binnenmarktrecht vorangetriebenen Kompetenzzuwachs der EU und gleichzeitig zu einer Einschränkung der Handlungsoptionen der nationalen Ebene.

Neben dem schleichenden Kompetenzzuwachs der EU ist mit der Regelung aus Art. 23 eine Aufwertung des Kostenerstattungsprinzips verbunden. Anders als

beim Sachleistungsprinzip, wie es grundsätzlich in der deutschen GKV angewendet wird, muss der Versicherte beim Kostenerstattungsprinzip die Behandlungskosten zuerst aus eigener Tasche bezahlen, um sie sich anschließend von der Versicherung erstatten zu lassen. Mit der Dienstleistungsrichtlinie wird das Kostenerstattungsprinzip für medizinische Behandlungen im Ausland zum generellen Zahlungsmodus gemacht. Dies ist zumindest aus zwei Gründen kritisch zu bewerten. Zum einen kommt es zu einer verstärkten Monetarisierung der Arzt-Patient-Beziehung. Ein wichtiges Merkmal des Sachleistungsprinzips besteht darin, dass im Verhältnis von Arzt und Patient – idealerweise – finanzielle Aspekte keine Rolle spielen. Die medizinische Versorgung soll sich dadurch allein auf die gesundheitlich relevanten Aspekte konzentrieren. Dieses Prinzip wurde in der Vergangenheit durch das Vergütungssystem sowie gesteigerte Zuzahlungen der PatientInnen bereits eingeschränkt. Die grundsätzlich als Kostenerstattung zu finanzierende Auslandsbehandlung würde jedoch einen weiteren Schritt in Richtung der Umgestaltung des Arzt-Patient-Verhältnisses zu einem Geschäftsverhältnis bedeuten. Zum anderen stellt sich die Frage, wer die – möglicherweise medizinisch sinnvolle – Option einer Auslandsbehandlung in Anspruch nehmen kann, wenn die Kosten aus eigener Tasche vorgelegt werden müssen. Neben den zusätzlich anfallenden Belastungen durch Reise- und Unterbringungskosten können medizinische Behandlungen schnell in eine finanzielle Größenordnung vorstoßen, die von Personen mit geringeren Mitteln schwerlich vorfinanziert werden können. Hinzu kommt die Unsicherheit, welchen Anteil der Kosten die heimische Krankenkasse letztlich erstatten wird. Ein Risiko, das von sozial schwächeren Gruppen schwerlich eingegangen werden kann (vgl. Fritz 2004: 20). Von der an sich positiven und von der Europäischen Kommission nachdrücklich unterstützten PatientInnenmobilität in der EU könnten daher in erster Linie finanziell besser gestellte Gruppen profitieren.

## **Ausblick**

Die Dienstleistungsrichtlinie stellt einen weitreichenden Vorstoß dar, politische Regulierungen (auch) im Sozial- und Gesundheitsbereich abzubauen. In der Konsequenz läuft dies darauf hinaus, den ohnehin schon begonnen Prozess der Privatisierung im Gesundheitswesen zu beschleunigen und die nationalen Regierungen auf diese Entwicklungsrichtung zu verpflichten. Neben der bereits kritisierten schleichenden Kompetenzerweiterung der EU im Bereich der Sozial- und Gesundheitspolitik sind vor allem die potenziellen Konsequenzen für die gesundheitlichen Versorgungssysteme problematisch.

Während mit der Richtlinie auf der einen Seite das europäische Deregulierungsprojekt im Bereich der Dienstleistung nachdrücklich vorangetrieben werden soll,

wurde der Versuch, gemeinwohlorientierte Dienstleistungen vor negativen Marktwirkungen zu schützen von der Kommission vorerst auf Eis gelegt. Der von europäischen Gewerkschaften, der Organisation der öffentlichen Arbeitgeber und anderen Organisationen getragene Vorstoß, den Schutz der „Dienstleistungen von allgemeinem Interesse“ in einer Rahmenrichtlinie zu verankern, wurde abgelehnt. Statt dessen bleibt es bei dem allgemeinen Bekenntnis, „dass jeder Bürger und jedes Unternehmen in der Union effektiv Zugang zu hochwertigen Dienstleistungen zu erschwinglichen Preisen“ haben soll (Kommission 2004b: 4). Doch während die Kommission einerseits einräumt, dass „sich manche Dienstleistungen von allgemeinem Interesse durch die Märkte allein nicht voll befriedigen [lassen], weil entweder ihr Marktpreis für Verbraucher mit niedriger Kaufkraft zu hoch ist oder weil die Kosten, die bei der Erbringung dieser Leistungen entstehen, sich durch den Marktpreis nicht abdecken lassen“ (Kommission 2003: 9), forciert sie andererseits die Marktkräfte, ohne die betreffenden sozialen Mindeststandards im Europarecht verankern zu wollen.

Der Glaube an die positiven Wirkungen der Marktkräfte – höhere Effizienz, niedrigere Preise, bessere Qualität – ist in der EU offenbar so stark, dass Erfahrungen mit Privatisierungsfolgen im Gesundheitswesen systematisch ignoriert werden. Insbesondere in einigen Ländern Lateinamerikas sind in den achtziger und neunziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts umfangreiche gesundheitspolitische Privatisierungsprogramme durchgeführt worden, die in der Konsequenz zu verschärften Zugangsproblemen und einer Vertiefung der Zweiklassenmedizin geführt haben. Das Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen hat in einem Bericht aus dem Jahr 2003 einige Folgen der Privatisierungen in Lateinamerika aufgeführt: So hat der Einstieg privater (ausländischer) Krankenversicherungen dazu geführt, dass die Verwaltungskosten gestiegen sind. Der Versuch, höhere Erträge für die Investoren zu erwirtschaften verschlechterte den Zugang schwächerer sozialer Gruppen zur Gesundheitsversorgung und reduzierte die Ausgaben für Krankenhausleistungen. Die privaten Krankenversicherungen betreiben eine Risikoselektion, d.h. sie bemühen sich um gesündere, gut verdienende Versicherte, während kränkere Patienten in den meist schlecht ausgestatteten öffentlichen Sektor abgeschoben werden. Unregulierte Arzneimittelmärkte haben zu einer aggressiven Arzneimittelproduktion und einem „irrationalen Einsatz“ von Medikamenten geführt. Dies betrifft insbesondere arme Bevölkerungsschichten, die sich eine professionelle medizinische Betreuung nicht leisten können und häufig zu riskanten Selbsttherapien greifen (vgl. UNDP 2003: 139ff.).

Nun sind die sozioökonomischen Bedingungen in den EU-Mitgliedsländern nicht unbedingt mit denen in Lateinamerika zu vergleichen. Dennoch lassen sich die Wirkungen von Marktmechanismen auch in den europäischen Gesundheitssystemen beobachten. Die Erkenntnisse hinsichtlich der Einführung von Wett-

bewerbs-elementen in die Gesundheitssysteme der EU-Mitgliedsländer werden von der Kommission jedoch ebenfalls weitgehend ausgeblendet. Eine aus EU-Mitteln finanzierte Studie kam diesbezüglich zu dem folgenden Ergebnis: „Eine Lektion, die man aus dem Versuch, wettbewerbsorientierte Märkte in die staatlichen Gesundheitssysteme in den Mitgliedsstaaten einzuführen, lernen kann, ist, daß eine solche Einführung unbeabsichtigte Nebenwirkungen haben kann. Selbst wenn der Wettbewerb aus dem einen oder anderen Grund erwünscht ist, kann er beispielsweise der geeigneten Planung der Krankenhausdienstleistungen, damit sie die Bedürfnisse der Bevölkerung erfüllen, im Wege stehen. In ähnlicher Weise kann der Europäische Binnenmarkt, wenn man ihn auf die Gesundheitsversorgung anwendet, dort zu einem Durchsetzen des Wettbewerbs führen, wo eine Kooperation unter den Leistungserbringern kosteneffektiver wäre“ (Paton 2000: 56). Private Anbieter garantieren weder eine höhere Effizienz noch eine bessere Qualität der medizinischen Versorgung. Sie sorgen allerdings für einen schlechteren Zugang unterprivilegierter Bevölkerungsschichten zum Gesundheitswesen

Es wäre allerdings verkehrt, die Bedrohung öffentlich regulierter Gesundheitssysteme allein der europäischen Ebene anzulasten. Einerseits sind die Mitgliedsstaaten an der Ausarbeitung der grundlegenden europäischen Strategien (z.B. die Lissabon Strategie) beteiligt und für diese verantwortlich. Andererseits werden Deregulierungs- und Privatisierungsprozesse auch auf nationalstaatlicher Ebene vorangetrieben. Gesundheitspolitik befindet sich in einer „Klammer“ zwischen nationaler und europäischer Privatisierungspolitik, durch die eine Individualisierung und Entsolidarisierung der Systeme beschleunigt wird. Die Verteidigung nationaler Standards ist daher zwar einerseits notwendig, andererseits jedoch nicht ausreichend. Um das ungeschützte Vordringen privater Profitinteressen in die Gesundheitssysteme zu verhindern, ist die europäische Verankerung von umfassenden Rechten und Standards in den Bereichen des Arbeits-, Umwelt- und Gesundheitsschutzes notwendig. So lange dies nicht der Fall ist, wird das europäische Binnenmarkt- und Wettbewerbsrecht weiterhin solidarische Prinzipien in der Gesundheitspolitik gefährden.

## Literatur

- Asklepios Kliniken GmbH 2004: EU-rechtswidrige Subventionen öffentlicher Krankenhäuser. Asklepios klagt in Luxemburg gegen EU-Wettbewerbskommissar Monti wegen Untätigkeit, Pressemitteilung vom 12.05.2004, [www.asklepios.com](http://www.asklepios.com).
- Deutsche Sozialversicherung, Europavertretung 2004: Richtlinienvorschlag der Europäischen Kommission „über Dienstleistungen im Binnenmarkt“ vom 13. Januar 2004. Gemeinsame Stellungnahme der Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung, Brüssel, April 2004.

- Europort Social. Das europäische Nachrichtenmagazin der deutschen Sozialversicherung, 12. Jahrgang, 7–8/2004.
- Fritz, Thomas 2004: Auf dem Weg zur Sonderwirtschaftszone. Die Dienstleistungsrichtlinie der EU, Arbeitspapier der Berliner Landesarbeitsgemeinschaft Umwelt und Entwicklung e.V., Berlin.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2004a: Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über Dienstleistungen im Binnenmarkt, KOM(2004)2 endgültig/2, Brüssel, den 25.02.2004.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2004b: Weißbuch zu Dienstleistungen von allgemeinem Interesse, Mitteilung der Kommission KOM(2004)374 endgültig, Brüssel, den 12.05.2004.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2003: Grünbuch zu Dienstleistungen von allgemeinem Interesse, KOM (2003) 270 endgültig, Brüssel, den 21.05.2003.
- Paton, Calum 2000: Die Auswirkungen von Marktkräften auf Gesundheitssysteme. Eine Übersicht der Evidenz in den 15 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, European Health Management Association, Dublin.
- Paton, Calum et.al. 2002: The European Union and Health Services: Summary, in: Busse, Reinhard/Wismar, Matthias/Berman, Philip C. (eds.), The European Union and Health Services, Amsterdam et.al., pp 1–13.
- Pelizarri, Alessandro 2004: „Besser, billiger bürgernäher“? Privatisierungspolitik und ihre Hintergründe, in: Huffschmid, Jörg (Hrsg.), Die Privatisierung der Welt, Hamburg, S. 20–26.
- Schmucker, Rolf 2003: Europäischer Binnenmarkt und nationale Gesundheitspolitik. Zu den Auswirkungen der „vier Freiheiten“ auf die Gesundheitssysteme der EU-Mitgliedsländer, in: Jahrbuch Kritische Medizin 38, Hamburg, S. 107–120.
- Schulte, Bernd 2001: Warenverkehrsfreiheit und Dienstleistungsfreiheit im Gemeinsamen Markt: Auswirkungen auf das deutsche Gesundheitswesen. Teil 1: Bestandsaufnahme, in: Arbeit und Sozialpolitik 7–8/2001, S. 36–49.
- Schulte, Bernd 2002: Warenverkehrsfreiheit und Dienstleistungsfreiheit im Gemeinsamen Markt: Auswirkungen auf das deutsche Gesundheitswesen. Teil 2: Perspektiven, in: Arbeit und Sozialpolitik 1–2/2002, S. 43–57.
- UNDP Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (2003), Bericht über die menschliche Entwicklung 2003, Berlin.

*Rolf Schmucker, Institut für Medizinische Soziologie,  
Klinikum der J.W. Goethe-Universität Frankfurt a.M.,  
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt;  
E-Mail: r.schmucker@em.uni-frankfurt.de*

Winfried Beck

## Privatisierung von Früherkennungsleistungen am Beispiel der Osteoporose

---

Die Erfindung von neuen chronischen Massenkrankheiten und die Bereitstellung von dagegen wirkenden Medikamenten ist ein neues und besonders lukratives Operationsgebiet des medizinisch-industriellen Komplexes. Am Beispiel der Osteoporose und der Hormonersatztherapie in der Menopause der Frauen wird gezeigt, wie und mit welchen Folgen für die Bevölkerung die Öffentlichkeit und die ÄrztInnen manipuliert werden. Bei der Durchsetzung der kommerziellen Interessen der medizinisch-technischen und der pharmazeutischen Industrie kann diese nicht auf die Ärzteschaft verzichten. Deren Korruption ist daher trotz aller Standesgesetze an der Tagesordnung.

Beim Arztbesuch erleben Patienten immer häufiger die Anpreisungen vorbeugender Diagnostik über Broschüren, Plakate, aber auch durch die direkte Ansprache seitens der Arzthelferinnen oder durch den Arzt selbst. Dabei handelt es sich fast ausschließlich um Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden und deshalb individuell bezahlt werden müssen. Mit Recht empören sich die PatientInnen über diesen Sachverhalt, zahlen sie doch von Jahr zu Jahr höhere Prämien in ihre Krankenkasse. Gleichzeitig entsteht der Eindruck, der Versicherungsschutz sei unvollständig und gerade die so wichtigen vorbeugenden Maßnahmen würden nicht bezahlt. Beim genaueren Hinsehen zeigt sich allerdings, dass wissenschaftlich begründete Früherkennungsleistungen unverändert und in vernünftigen und notwendigem Maße nach wie vor von der GKV übernommen werden und dass es sich bei den angepriesenen Leistungen in der überwiegenden Zahl um fragwürdige Zusatzangebote handelt. Deren Sinn besteht in erster Linie darin, das Honorar der von Budgetierung gebeutelten ÄrztInnen mit Hilfe dieser sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) aufzubessern.

Beispiele: Da bieten AugenärztInnen zusätzliche Untersuchungen des Augeninnendrucks an, obwohl diese Leistung von der GKV in ausreichender Häufigkeit und Dichte angeboten werden. Frauenärzte bieten zusätzliche Krebsfrüherkennungsuntersuchungen an, obwohl wissenschaftlich kein Zweifel daran



besteht, dass die von der GKV übernommenen sinnvoll und ausreichend sind. Schwangeren werden zusätzliche Ultraschalluntersuchungen angeboten, obwohl auch hier eine anerkanntermaßen ausreichende Dichte an Untersuchungen übernommen wird. Gynäkologen und Orthopäden bieten Knochendichtemessungen an, weil von der GKV eine solche aufwändige Untersuchung nur noch dann übernommen wird, wenn bereits ein Knochenschwund mit Knochenbrüchen in der Wirbelsäule (osteoporotische Frakturen) eingetreten ist.

Die Zahl der Beispiele ließe sich beliebig vermehren. Gerade die Osteoporosefrüherkennung zeigt aber exemplarisch, wie die Ärzteschaft von der Industrie benutzt wird, welche Folgen eine solche Maßnahme hat und welche Interessen dahinter stecken.

Grundsätzlich sind in der Medizin nicht notwendige diagnostische und therapeutische Maßnahmen kein Luxus, sondern potenziell gefährlich. Das nicht notwendige Medikament, die nicht notwendige Röntgenaufnahmen, die nicht notwendige Operation sind mit Risiken verbunden. Aber auch eine nicht notwendige Diagnostik ist nicht risikofrei, da es keine Methode ohne falsch positive Befunde gibt. Darunter versteht man scheinbar krankhafte Veränderungen, die dann entsprechende weitere Maßnahmen erzwingen, scheinbar, weil *de facto* kein krankhafter Befund vorliegt. Die unter PatientInnen verbreitete Ansicht ist, dass man gar nicht genug Diagnostik betreiben kann, um umfassende Klarheit zu gewinnen, ist also falsch, weil mit diesem Vorgehen Risiken in Form von unnötigen und gefährlichen Eingriffe verbunden sind. Wo viel geröntgt wird, wird auch viel operiert, und zwar mehr als notwendig. Gerade hat eine Studie des Institutes of Medicine die Öffentlichkeit wachgerüttelt. Demnach gehen in den USA zwischen 44 000 und 98 000 Todesfälle pro Jahr auf „unerwünschte Ereignisse“ zurück; das in Kliniken gebräuchliche Wort für Fehler. Nach Angaben der Kongressleitung handelten sich zwischen drei und fünf Prozent aller aufgenommenen Patienten im Krankenhaus Infektionen ein. Die „Sterblichkeit durch Arzneimittel bedingter unerwünschter Ereignisse“ betrage zwischen 0,04 und 0,95 Prozent (Frankfurter Rundschau vom 17. Oktober 2004).

Zurück zur Osteoporose. Noch vor wenigen Jahren war diese Diagnose ein Ausnahmefall. Heute ist daraus eine Volkskrankheit geworden, von der überwiegend Frauen in den Wechseljahren, aber auch Männer befallen werden. Wie ist es dazu gekommen. Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat Anfang der 90er Jahre eine Konferenz zu den geltenden diagnostischen Kriterien der so genannten *postmenopausalen Osteoporose = Knochenschwund in den Wechseljahren* durchgeführt und beschlossen, dass die für die Osteoporose typischen Knochenbrüche nicht zur Diagnostik erforderlich sind und dass bereits eine Knochendichte von weniger als 2 1/2 Standardabweichungen derjenigen junger Frauen als Osteoporose zu bezeichnen sind. Diese Konferenz wurde von den Pharmafirmen

Rohrer, Sandoz und Smith Kline Beecham gefördert. Damit war der entscheidende Schritt für die Umwandlung der bisher seltenen Erkrankung zu einer Volkskrankheit gemacht. Parallel dazu waren Medikamente entwickelt worden, die weiblichen Geschlechtshormone Östrogene und Gestagene, seit einigen Jahren auch die so genannten Biphosphonate. Um die Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung sowohl in der Öffentlichkeit, aber vor allem in der Ärzteschaft zu verankern – schließlich handelt es sich um verschreibungspflichtige Arzneimittel – wurden zahlreiche, zum Teil neuartige Wege beschritten. Selbsthilfegruppen wurden gegründet und großzügig gesponsert, Artikel in die Laienpresse lanciert und die Ärzteschaft mit einer Flut von wissenschaftlichen Artikeln in der Standespresse, Fortbildungsveranstaltungen, Werbebriefen etc. überschwemmt. Die Folge war, dass kaum ein Besuch beim Frauenarzt ohne den Hinweis auf die gewissermaßen grundsätzlich in den Wechseljahren einzunehmenden Östrogene auch zur Vermeidung der Osteoporose erfolgte. Millionen von Frauen in den Wechseljahren wurde ein schlechtes Gewissen gemacht, wenn sie nicht auch zu den Östrogen einnehmenden Frauen gehörten, und damit leichtfertig das Risiko nicht nur von Knochenschwund, sondern auch eines frühzeitigen Herzinfarktes, einer Alzheimer Krankheit, eines gestörten Sexuallebens, eines hohen Cholesterinspiegels usw. usf. in Kauf nehmen wollten. Und da sich mit einer Tabelle Schwarz auf Weiß besser argumentieren lässt, wurden mehr und mehr diagnostische Geräte zur Messung der Knochendichte in den Praxen angeschafft und gegen privates Honorar eingesetzt. Dass es sich dabei um zum Teil äußerst unzuverlässige Methoden handelte wie etwa die Ultraschalluntersuchung des Fersenbeins, wurde in der Öffentlichkeit nicht beachtet. Weder ÄrztInnen noch Industrie waren an einer Kostenübernahme durch die GKV interessiert, fielen doch dann diese Leistungen unter die Budgetierung und könnten somit nicht mehr zusätzlich privat abgerechnet werden. Außerdem käme es dann zu lästigen Qualitätskontrollen mit möglicher Sanktionierung für ÄrztInnen und Hersteller. (Privat erbrachte Leistungen können im Gegensatz zu GKV-Leistungen ohne jede Qualitätskontrolle erbracht werden.)

Dass es sich bei diesem wahrscheinlich größten bekannten Menschenversuch, nämlich an der Hälfte der Frauen zur Hälfte ihrer Lebenszeit, zum Schaden ihrer Gesundheit gehandelt hat ist seit kurzem belegt. Eine der weltweit größten Studien zur so genannten Hormonersatztherapie für Frauen nach den Wechseljahren in den USA, die Women's Health Initiative, bei der 16 000 Frauen im Durchschnitt über fünf Jahre eine kombinierte Östrogen-/Gestagen-Mischung einnahmen, wie sie auch bei uns üblich ist, wurde von den Aufsichtsgremien in den USA vorzeitig gestoppt, weil sich die Risiken als größer erwiesen als der Nutzen. Die Zunahme des Brustkrebses betrug 26 %, eine bereits erwartete Größe. Überraschender war, dass auch das Herzinfarkttrisiko nicht sank, sondern stieg. Von 10 000 Frauen müssen pro Jahr im Vergleich zu Placebo, also einem unwirk-

samen Scheinmedikament zusätzlich sieben mit einem Herzinfarkt, acht mit einem Schlaganfall und 18 mit Thrombosen rechnen. Die Vermeidung von sechs Darmcarinomen und fünf Hüftgelenksfrakturen reichten nach Auffassung der Aufsichtsbehörde nicht aus, um die Risiken aufzuwiegen.

In den USA rät inzwischen jeder zweite Arzt von der Einnahme dieser Medikamente ab. Anwälte bereiten Sammelklagen von Frauen vor, die sich durch die Einnahme der Hormone geschädigt fühlen. Schließlich hatten die Studienleiter u.a. öffentlich erklärt: „Nutzen Sie keine Östrogen-Gestagen-Präparate um einer chronische Erkrankung vorzubeugen“ und: „Das Herzinfarkt- und Thromboserisiko ist schon zu Beginn der Therapie erhöht“. Hierzulande geschah allerdings eher das Gegenteil. Wer mit einem Paradigmenwechsel im Umgang mit Wechseljahrsbeschwerden gerechnet hätte, sah sich zunächst getäuscht. Die Pharmaindustrie und die von deren Werbung abhängigen Fachzeitschriften eröffneten sofort nach Bekanntwerden ein publizistisches Feuerwerk, um an der Östrogen/Gestagen-Therapie zu retten, was zu retten war. Schließlich nahmen täglich 11 Millionen Frauen diese Medikamente ein, machte alleine das Unternehmen Wyeth mit diesen Präparaten Jahr für Jahr einen Umsatz von zwei Milliarden Dollar. Anerkannte Professoren lassen sich gegen ein natürlich nicht genanntes Honorar für diese Kampagnen einspannen. Im Gegensatz zu den USA fühlen sich Wissenschaftler bei uns nur in Ausnahmefällen verpflichtet, ihre finanziellen Verflechtungen zu veröffentlichen, ihre Auftraggeber und die Höhe des Honorars zu nennen. Allen voran ist der Vorsitzende des Arbeitskreises „Steroide in Kontrazeption und Substitution“ des Berufsverbandes der Frauenärzte Prof. Dr. med. Alexander Teichmann zu nennen. In einem sog. Patienten-Informationsblatt, per fax an alle 11000 Mitglieder des Berufsverbandes versandt, wurden die Ergebnisse der Studie auf bizarre Weise verdreht, nicht einmal der Abbruch und die Begründung dazu erwähnt. „Weitere Exemplare dieses Patientenaufklärungsbogens können sie über die Unternehmen Schering beziehungsweise Jenapharma die freundlicherweise auch diese Faxaktion unterstützt haben unter folgender Faxnummer anfordern.“ Dass Teichmann selbst ein gefragter Referent bei Firmen wie Schering ist bleibt natürlich im Dunkeln. Auch die durch die Bundesrepublik tourende „Mobile Osteoporose-Forschungsstation“, die eine eingehende Vorsorgeuntersuchung bietet und von der Patientenorganisation Kuratorium Knochengesundheit e.V. und dem Zentrum für Muskel- und Knochenforschung Berlin initiiert wurde, ist keineswegs über jeden Zweifel erhaben, wird diese Aktion doch durch 14 Pharma- und Medizinproduktehersteller und einer Stiftung gesponsert. In einem mir vorliegenden Bericht über eine bis dahin beschwerdefreie 78-jährige Frau wird nach Diagnose einer deutlich erniedrigten Knochendichte mit einem deutlich erhöhten Knochenbruchrisiko „im Sinne einer Osteoporose per Definition der WHO“ die Einnahme von Medikamenten empfohlen. Erst danach heißt es: „Ein Muskulatur aufbauender Sport wirkt ebenfalls schützend

gegen einen weiteren Knochenmassenverlust“, während auf eine entsprechende Diät bzw. ein vernünftiges Ernährungsverhalten überhaupt nicht eingegangen wird. Genau umgekehrt wäre die Reihenfolge richtig, weil nämlich in erster Linie die um sich greifende Bewegungsarmut in den westlichen Zivilisationen, verbunden mit einer falschen Ernährung, gekennzeichnet durch Fast Food, zu viel Fleisch und Fett bei zu wenig Gemüse, Obst und Kräutern die wesentlichen Ursachen für die Entwicklung eines krankhaften Knochenschwundes im Alter sind.

Das Beispiel der Hormonersatztherapie in den Wechseljahren wird nicht das letzte sein. Die Pharmaindustrie setzt weltweit auf eine veränderte Wahrnehmung von Krankheit. Normale Lebensprozesse werden zunehmend zum medizinischen Problem erklärt, z.B. Glatze bei Männern, milde Symptome eines gutartigen Leidens werden zu Vorboten einer schweren Erkrankung, z.B. Reizdarmsyndrom, Krankheitshäufigkeiten werden überzeichnet, Beispiel Erektionsstörungen. In Großbritannien gar wurde spekuliert, ob es nicht sinnvoll sei, eine Megapille gegen die häufigsten Zivilisationskrankheiten auf den Markt zu bringen: Eine „Gegenallespille“ zur medikamentösen Generalabsolution für ungesundes Essen, Trinken und überhaupt Leben (gedacht war an ASS, ein Betablocker, ein CSE Hemmer, Allopurinol ...) Wie aber diese „Errungenschaften“ an die Konsumenten und Verordner bringen? Die Ausgaben der Pharmaindustrie für Endverbraucherwerbung (die USA und Neuseeland sind die einzigen Länder, in denen Pharmakonzerne direkt beim Patienten in Fernseh- und Radiospots oder in Zeitschriften auch für verschreibungspflichtigen Arzneimittel werben dürfen!) stiegen nach Angaben der Marktforschungsgesellschaft TNS Media Intelligence allein im vergangenen Jahr um 24 % auf 3,2 Milliarden US-Dollar (FAZ vom 14.10.2004). Für das Potenzmittel *Viagra* von Pfizer betrug das Werbebudget beispielsweise 112 Millionen US-Dollar. Klarer Spitzenreiter ist das Magen-Darm-Präparat *Nexium* des britisch-schwedischen Konzerns Astra-Zeneca mit Werbeausgaben von 257 Millionen US-Dollar bei einem Gesamtumsatz von 3,1 Milliarden US-Dollar, also von mehr als 8 %.

Und nicht immer kommen die Werbefeldzüge so plump daher wie bei der Anpreisung von Magnesium in Tablettenform gegen alle möglichen Alltagsbeschwerden, wenn es in der Werbeaussage in Apothekerzeitungen heißt: „Jetzt auch als leckere Lutschtablette, mehr Umsatz für Sie, mehr Geschmack für den Kunden.“ (Immerhin werden jährlich 50 Millionen Euro für diese Präparate ausgegeben, obwohl es nur ganz wenige Indikationen für die Verordnung, etwa bei einem ernährungsbedingten Magnesiummangel, bei schwerwiegender Grundkrankheit gibt.)

Die Ärztin Marcia Angell, ehemalige Chefredakteurin des bedeutenden Fachmagazins „New England Journal of Medicine“ fasste die Problematik treffend

zusammen: „Früher haben Pharmakonzerne Medikamente vermarktet, um Krankheiten zu behandeln. Heute vermarkten sie Krankheiten, die zu ihren Medikamenten passen.“

Die ÄrztInnen seien daran erinnert, dass sie die vier Grundsätze einer professionellen ärztlichen Arbeit nicht durch die Beziehung zur Industrie gefährden dürfen.

- ▷ 1. ÄrztInnen müssen im besten Interesse der PatientInnen handeln (benefiz)
- ▷ 2. ÄrztInnen müssen PatientInnen vor Schaden bewahren (non malefiz)
- ▷ 3. ÄrztInnen müssen PatientInnen und deren Willen respektieren und einen aufgeklärten Konsens anstreben (Autonomie)
- ▷ 4. ÄrztInnen müssen die dem Gesundheitssystem zur Verfügung stehenden Mittel problembezogen auf alle PatientInnen verteilen (Gerechtigkeit)

(Aus: Positionspapier der Sektion Innere Medizin des American College of Physicians – Ann. Intern. Med. 2002, 136, 396)

Das große Geld wird also sowohl in der Industrie als auch innerhalb der Ärzteschaft zunehmend nicht mit der Heilung von Krankheiten, der Betreuung chronisch kranker und behinderter Menschen gesehen, sondern im Ausschlachten von Befindlichkeitsstörungen verdient. Aus dem Patienten wird ein Kunde, aus dem Solidarprinzip ein Kaufkraftprinzip und aus dem öffentlichen Gut Gesundheit ein privatwirtschaftliches. Die Gesundheit wird zur Ware. Angesichts der geradezu grenzenlosen finanziellen und logistischen Möglichkeiten der großen Konzerne aus dem medizinisch-industriellen Komplex ist eine Gegenöffentlichkeit nur sehr schwer herzustellen. Entscheidend wird sein, das kritische Bewusstsein der Menschen wach zu halten, Misstrauen gegenüber Anregungen in der Laienpresse oder beim Arztbesuch zu behalten und sich daran erinnern, dass in der Medizin fast immer weniger mehr ist und dass eine gesunde Lebensweise mit einer ausgewogenen Ernährung, viel Bewegung und der Vermeidung von Genussgiften die beste Vorbeugung für alle Krankheiten darstellt.

*Winfried Beck, Facharzt für Orthopädie,  
Vorstandsmitglied im Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte,  
Wolframstr. 10, 63067 Offenbach am Main  
E-Mail: dr.w.beck@t-online.de*



Andrea Löther (Hrsg.)

## **Erfolg und Wirksamkeit von Gleichstellungsmaßnahmen an Hochschulen**

CEWS Beiträge Frauen in Wissenschaft und Forschung, Band 3

2004, ISBN 3-89370-399-3, 262 Seiten  
€ 22,40 / SFr 39,30

Gleichstellungsmaßnahmen sind seit 15 Jahren Bestandteil der Reformbestrebungen an Hochschulen. Vor allem die von Bund und Ländern gemeinsam getragenen Hochschulsonderprogramme und seit 2001 das Hochschul- und Wissenschaftsprogramm stellen die finanziellen Ressourcen für qualifizierungsbezogene Maßnahmen, Projekte zur Erhöhung des Studentinnenanteils in naturwissenschaftlich-technischen Studiengängen und Maßnahmen zur Etablierung der Frauen- und Geschlechterforschung zur Verfügung. In der Schweiz soll das Bundesprogramm Chancengleichheit den Frauenanteil an den Professuren bis 2006 verdoppeln.

Evaluationen sollen die Qualität dieser Gleichstellungspolitik sichern und zugleich notwendige Anpassungen und Veränderungen aufzeigen. Eine Diskussion über die Evaluation von Gleichstellungsmaßnahmen an Hochschulen fehlt jedoch bisher ebenso wie eine Zusammenschau unterschiedlicher Evaluationsstudien.

Diese Lücke schließt der vorliegende Band. Vorgestellt werden Evaluationsstudien zu Maßnahmen und Programmen einzelner Bundesländer und Hochschulen sowie zu den Modulen des Bundesprogramms Chancengleichheit der Schweiz. Diese Studien werden ergänzt durch einen Überblick über die Entwicklung gleichstellungspolitischer Programme in Deutschland und durch einen rechtsphilosophischen Beitrag zum Thema Frauenförderung und Gerechtigkeit. Ein Literaturüberblick rundet die Zusammenstellung von Evaluationsstudien ab.

Der Band richtet sich an Akteure und Akteurinnen in den Hochschulen, Ministerien und der Politik, die fundierte Informationen und Diskussionen zu den Erfolgen gleichstellungspolitischer Maßnahmen in Wissenschaft und Forschung suchen.



Walburga Freitag

## Von orthopädischer Ordnungs-Macht an un-ordentlichen Körpern und biographischem Eigen-Sinn

---

Im Mittelpunkt des Beitrags<sup>1</sup> stehen Ergebnisse einer foucaultschen Analyse orthopädischer Behandlungsdiskurse, die für die in den frühen 1960er Jahren geborenen durch Contergan geschädigten Kinder in Westdeutschland entwickelt wurden, sowie die Frage, in welcher Weise diese diskursiven Praktiken das Leben der contergangeschädigten Frauen und Männern beeinflusste, ob sie aus biographischer Perspektive als bedeutsam bewertet oder gar anerkannt<sup>2</sup> wurden. Wochen- bis monatelange Krankenhausaufenthalte und die Verpflichtung der Mütter als ‚Kotherapie‘ waren für die Umsetzung erforderlich. Die Normalisierung des Körpers (Foucault) wurde von den orthopädischen Disziplinen mit der Aussicht auf einen in der Ferne liegenden ‚Dauerarbeitsplatz‘ legitimiert. Obschon früh deutlich wurde, dass die Kinder die Prothesen nicht wie erwartet in ihr Körperschema einbezogen, sondern ablehnten, konnten die orthopädischen Disziplinen mit dem ‚Versorgungsbedarf‘ der contergangeschädigten Kinder bzw. Jugendlichen nahezu 25 Jahre lang Mittel in Millionenhöhe akquirieren, die in erster Linie der technologischen Weiterentwicklung und somit Professionalisierungszielen der orthopädischen Disziplinen dienten. Auf der biographischen Ebene konnte zwar Widerstand mobilisiert werden, die Folgen der Normalisierungspraktiken für das Leben der geschädigten Frauen und Männer sind jedoch gravierend.

„Die Medizin ist ein Macht-Wissen, das sich zugleich auf die Körper wie die Bevölkerung, auf den Organismus wie die biologischen Prozesse erstreckt und also disziplinierende und regulierende Wirkungen hat.“  
(Foucault 1999: 298).

Seit jeher gelten, so Hagner (1995), Missgestalten als eine Herausforderung an die natürliche und moralische Ordnung der Welt und werden mit gefährlichen, kaum erfassbaren und übernatürlichen Seiten des Lebens assoziiert (a.a.O.: 73). Missbildungen scheinen auf vielfältige – rationale und weniger rationale – Weisen mit den Vorstellungen von körperlichen Normen und Angeboten der Normalisierung des falschen, un-ordentlichen Körpers vergesellschaftet zu sein und zahlreiche Praktiken der Vermessung, des Vergleichs, der Registratur und Korrektur nach sich zu ziehen.



Auch die Diskurse der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts über Missgestalten und Missbildungen sind eng mit der Erforschung der Ursachen, Teratologie genannt, gleichzeitig aber enger als jemals zuvor mit der Frage verknüpft, wie die Missbildungen ‚korrigiert‘ und die abweichenden Körper normalisiert werden können. Waldenfels (1998) hält die Normalisierung aus phänomenologischer Perspektive für eine Strategie derjenigen, die sich zur Gruppe der Normalen zugehörig fühlen, mit dem ‚Fremden‘ fertig zu werden, während für den Poststrukturalisten Michel Foucault (1978a, 1978b) die Schaffung von Normativitätstypen und damit einhergehende Normalisierungspraktiken politische Strategien sind, in denen auf subtile Weise Machtverhältnisse verwoben sind, durch die eine immer weiterreichende Regulation der Bevölkerung umgesetzt werden soll.<sup>3</sup>

Im Folgenden werde ich mein Augenmerk auf die in den 1960er Jahren Westdeutschlands entwickelten Normalisierungspraktiken richten, die von den orthopädischen Disziplinen in Reaktion auf die Geburt von 5 000 – 10 000 durch das Schlaf-, Beruhigungs-, ...-Mittel Contergan körperlich missgebildeten Kindern entwickelt wurden. Wie konnten die medizinischen Disziplinen nach der Geburt contergangeschädigter Kinder ‚wahres‘ Wissen herstellen, Machtverhältnisse gestalten und die Umsetzung der diskursiven Praktiken legitimieren und forcieren? Zu Wort kommen lassen werde ich aber auch diejenigen, an die sich die ‚Ordnungsversuche des Körpers‘ richteten: sieben vorgeburtlich contergangeschädigte Frauen und Männer, 32 bis 36 Jahre alt, haben 1997 und 1998 mit mir ein biographisch narratives Interview (Schütze 1984) geführt, das ich hinsichtlich der Frage analysiert habe (Rosenthal 1995), wie sich die für eine bestimmte Gruppe entwickelten wissenschaftlichen Dispositive aus der Perspektive derjenigen darstellen, für die sie geschaffen wurden. Hintergrund dieses methodologischen Vorgehens<sup>4</sup> ist die These, dass Dispositive, gleich welcher Art, nicht ungebrochen biographische Wirklichkeit werden und in den biographischen Erzählungen Veränderungen, Nichtwahrnehmung, Ignoranz, Widerstand und Kritik deutlich werden.

Zunächst möchte ich für die mit Foucault nicht vertrauten LeserInnen den Hinweis geben, dass sich der foucaultsche Diskursbegriff von dem linguistischen Diskursbegriff deutlich unterscheidet. Diskurse im foucaultschen Sinne stellen die Regelmäßigkeit von Aussagen innerhalb einer wissenschaftlichen Disziplin dar, werden von legitimierten SprecherInnen (wie z.B. ProfessorInnen einer Disziplin) geschaffen, deren Anzahl knapp gehalten wird. Diskurse und daraus sich entwickelnde Dispositive<sup>5</sup> unterliegen somit Regeln, die über die Ausgestaltung des Diskurses entscheiden. Weiterhin wird Diskursen eine strategische Dimension unterstellt: nicht die Suche nach Wahrheit oder reiner Erkenntnis, sondern z.B. die Fortentwicklung zentraler Hypothesen der Disziplin, die Akquise von Forschungsmitteln und somit die Stärkung der Profession sollen, so Foucault, das steuern, was schließlich als ‚wahres‘ Wissen von den legitimierten Wissenschaft-

lerInnen anerkannt wird. Die Begriffe wissenschaftlich ‚wahres‘ Wissen und Dispositiv sind somit stark ‚geladene‘ Begriffe. In ihnen sind die Regeln, Prozesse und (politischen) Machtverhältnisse stets mitzudenken, die dazu führen, dass sie zu ‚wahrem‘ Wissen werden und unsere Denksysteme beeinflussen. Schließlich geht Foucault davon aus, dass es zu den spezifischen Dispositiven, die Ergebnis der Diskurse sind, Alternativen gegeben hätte. Somit erscheint das ‚wahre‘ Wissen als kontingent.

Für die Einordnung der Ergebnisse der biographischen Interview habe ich in Anlehnung an den foucaultschen Begriff des wissenschaftlich ‚wahren‘ Wissens den Begriff des biographisch ‚wahren‘ Wissens konzipiert.<sup>6</sup> In ihm sind die biographischen Erfahrungen, Prozesse, Handlungskapazitäten, signifikanten und generalisierten Anderen, Machtverhältnisse und Regeln mitzudenken, die bei den Subjekten dazu führen, dass ‚etwas‘ zu ihrer biographischen ‚Wahrheit‘ bzw. Wirklichkeit wird und das Denken, Handeln und Zur-Welt-Sein beeinflusst. Auch dieses Wissen stellt sich als kontingent dar. Ein zentrales Ergebnis kann an dieser Stelle schon vorweg genommen werden: die Schaffung biographisch ‚wahren‘ Wissens folgt anderen Regeln als die Schaffung wissenschaftlich ‚wahren‘ Wissens und steuert die Anerkennung oder Ablehnung dieses Wissens. Dazu später mehr.

## Die Dominanz des orthopädischen Blicks

„Die Norm, das ist das, was sich auf einen Körper, den man disziplinieren will, ebenso anwenden läßt, wie auf eine Bevölkerung, die man regulieren will.“

(Foucault 1999: 298)

Wendet man den Blick von den Publikationen ab, die ein intensives wissenschaftliches Interesse an den Mechanismen der Missbildungsentstehung zeigen<sup>7</sup>, so wird schnell deutlich, dass die Orthopädie den medizinischen Diskurs früh dominiert und ihn fast ausschließlich in orthopädischen Fachzeitschriften führt. Die bei der Suche nach den Symptomen sichtbar werdende Fokussierung auf die sichtbaren Fehlbildungen zeigt hier ihre erste Wirkung.<sup>8</sup> Die Pädiatrie überlässt der technischen und chirurgischen Orthopädie das Feld. Das contergangeschädigte Kind – im Diskurs als ‚Dysmelie-Kind‘ oder als ‚Kind mit Phokomelie‘ bezeichnet, da über die Ursache aus moralischen wie politischen Gründen nicht gesprochen werden sollte – wird in diesem Prozess zu einem gliedmaßengeschädigten Kind.

Für das Verständnis des orthopädischen Diskurses und den von der Orthopädie entwickelten (Re-)Habitationspraktiken ist wichtig zu erwähnen, dass sie sich klassischer Weise als *Leitdisziplin* der Krüppelfürsorge, bzw. der Fürsorge Behinderter sah. „Wie Sie wissen“, heißt es hierzu in der Eröffnungsansprache einer

Fachtagung, „sind an der Rehabilitation alle ärztlichen Sparten beteiligt, wenn auch der Orthopädie der unbestrittene Ruhm zukommt, als erste systematische Rehabilitation im medizinischen und sozialen Bereich betrieben zu haben“ (Hackenbroch 1962: 5). Der Orthopädie wird hier nicht nur die Führungsrolle unter den medizinischen Disziplinen zugewiesen und die nichtärztlichen Disziplinen werden gar nicht erst erwähnt, sie dehnt darüber hinaus ihre Zuständigkeit auf den sozialen Bereich aus, von der sie auch im Falle der Rehabilitation der contergangeschädigten Kinder, stark Gebrauch zu machen versucht. Als erstrebenswertes „Endziel“ von Rehabilitation wird auf der Tagung die Arbeitsfähigkeit des Patienten und der Erwerb eines „Dauerarbeitsplatz“ genannt (Jahrbuch 1962: 20).

Eine ‚Versorgung‘ der Kleinstkinder ab dem ersten Lebensjahr mit Armprothesen, das Eingipsen der abgewinkelten Hände und Füße – Frühredression genannt – und die chirurgische Gestaltung eines Daumens entwickelten sich zu Dispositiven der chirurgischen und technischen Orthopädie. Das orthopädiotechnische Dispositiv nahm seinen Ausgangspunkt in der Heidelberger und Münsteraner, das der chirurgischen Veränderungen in der Tübinger Orthopädie. Zu Wortführern des orthopädischen Diskurses wurden recht schnell die Chef- und Oberärzte der Orthopädischen Klinik in Heidelberg und Münster. Beide Kliniken waren 1959 noch völlig unerfahren in der Behandlung von Kindern, jedoch ausgewiesen in der Prothesenversorgung für Kriegsverletzte. So versuchten sie, für die Behandlung der Kinder an dieses Wissen anzuschließen. Gesundheitspolitisch legitimiert und mit starker finanzieller wie ideeller Unterstützung des Staates wurden die contergangeschädigten Kinder zum Gegenstand vielfältigster orthopädisch technischer und chirurgischer Interventionen.

## Frühredression und Quengelschienen

„Die Mechanismen der Macht zielen auf den Körper, auf das Leben, auf seine Expansion, auf die Erhaltung, Ertüchtigung, Ermächtigung oder Nutzbarmachung.“  
(Foucault, 1977: 176)

Redressiert werden die Hände und Füße der Kinder, wenn sie nicht gerade gewachsen, sondern zum Arm, zur Schulter oder zur Hüfte hin gewinkelt sind. Ziel ist es, die Gelenkachse der Hände und Füße zu drehen und somit ‚gerade‘ zu bekommen.

*Wolfgang Maier:* „Den Beginn der Redressionsbehandlung legten wir in die Zeit unmittelbar nach der Geburt. Unsere Ergebnisse rechtfertigen die Ansicht, dass man nur durch eine frühzeitige Korrektur schrittweise die Einstellung der rechtwinkelig nach radial abgebogenen Hand vor das distale Ulnaende<sup>9</sup> erreichen kann“ (Maier 1963: 72).

Vera Nickel: (...) Und ähm – weiß ich genau – muß ich drei Wochen für in dieser blöden Klinik bleiben als Kind. Da war ich gerade sechs. Noch nicht in der Schule – und äh – ich weiß noch – da sind meine Eltern immer Sonntags gekommen und haben mir Quark mit Erdbeeren mitgebracht – vergesse ich nie – also das sind so Sachen die so hängen bleiben – und erst mal hat ich Heimweh – aber hinterher fand ich das total klasse ne. Und äh – na ja – dann haben sie mir noch gesagt – wenn das Ding dann mal zu klein ist – also die Arme gewachsen wären und nicht mehr passen würden – dann sollt ich mich wieder melden. Und ich hatte das Ding eine Woche zu hause – dann war’s kaputt. Das war so ’n dünner Draht – das konnte auch nicht halten. Ich hatte mich bei uns an die Turnstange gehängt – hatte dieses Drahtgeflecht irgendwie an den Armen – und dann hat sich das mit der Turnstange verhakt – ich lasse los und reiße das ganze Ding auseinander. Und meine Mutter hat gesagt – so ein Quatsch – das brauchst du nicht. Und dann hab ich das auch nie wieder – wir haben es gar nicht gemeldet (Suprasegment 5/Z. 406–419).<sup>10</sup>

## Armprothesen

Haben die Professoren der Orthopädie Lindemann und Hepp in den 1962 veröffentlichten Aufsätzen die Fachwelt bereits darauf eingestimmt, dass die Prothesenversorgung bei Kindern vor einer Wende steht, so untermauert die Buchveröffentlichung „Behandlung und Versorgung bei Fehlbildungen und Amputationen der oberen Extremitäten“ von Lindemanns Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Jentschura, Marquardt und Rudel (1963), den Richtungswechsel in der prothetischen ‚Versorgung‘ von Kindern. Das Behandlungsdispositiv der Frühprothetisierung wird konstituiert. Von der bisherigen Praxis, die Kinder erst nach Abschluss des Wachstums – im Alter von ungefähr 18 Jahren – mit Prothesen zu versorgen, wird zu einer Praxis der Früh- bzw. Frühestversorgung gewechselt: Der Termin könne bei entsprechender körperlicher und geistiger Entwicklung des Kindes in den 8. Lebensmonat vorverlegt werden (a.a.O.: 30). Den zur Behandlung ihrer Kinder in die Heidelberger Klinik kommenden Eltern wird zur ‚Prothesenversorgung‘ geraten, wenn die Kinder ohne Arme geboren wurden, mit ihren Armen nicht zum Mund gelangen oder die Arme sich gegenseitig nicht erreichen können (Jentschura et al. 1963: 9). Begründet wird dieser Richtungswechsel mit den „günstigen Erfahrungen“, die in den 1950er Jahren in den USA gesammelt wurden, und der „plötzliche(n) Zunahme der Zahl der Kinder mit angeborenen Mißbildungen“ (a.a.O.: 1). Diese große Zahl fordere zur Überprüfung der bisherigen Einstellung heraus.

*Kurt Lindemann:* „Auch beim Fehlen der oberen Gliedmaßen gilt für uns der Grundsatz, die Kinder frühzeitig, etwa vom Beginn des zweiten Lebensjahres an, mit dem Gebrauch von aktiven Prothesen vertraut zu machen (...). So zeigte sich, daß auch Kinder mit einseitigem Fehlen einer Hand oder eines Armes die Prothesen innerhalb von Tagen oder Wochen wie einen zugehörigen Körperteil in Gebrauch nehmen“ (Lindemann, 1962: 305).

*Susanne Grün:* Und als Schmuckprothese habe ich sie auch nicht empfunden. Eher als Übungsobjekt oder Sportmittel (lacht). Ja – eine Prothese zu benutzen ist dann mehr so wie wenn andere halt Sport treiben und irgendwelche Hilfsmittel benutzen, also Bodybuilding oder so – wie so ne Bodybuildingmaschine vielleicht – nur daß das ja auch was ist – was man freiwillig macht (Suprasegment 6/Z. 1540–1544).

## Beinprothesen und chirurgische Eingriffe zur Anpassung der Prothesen

*Götz Gerd Kuhn:* „Kinderprothesen sehen (...) nach 6 Monaten fast regelmäßig schon viel verschlissener aus als die von arbeitenden Erwachsenen. Damit ist schließlich der beste Beweis für die Notwendigkeit der Frühversorgung erbracht“ (D-AT 1964: 2).

*Heiner Offel:* Und ich hatte früher auch Beinprothesen. TJA das ging ja zuerst einmal so ganz gut – also als ich die ersten bekam. So mit zweidrei Jahren oder so mit vier – weiß ich nicht mehr ganz genau – so da kann ich mich nicht ganz genau erinnern – aber so mit – das wurde von mal zu mal quasi irgendwie schlechter und meine Hüftgelenke oder so die konnten das – die konnten die Kraft nicht so gut umsetzen daß ich damit akzeptabel laufen konnte. Für mich war dann zuletzt hier dies – dieses Laufen mit diesen künstlichen Beinen das war für mich Schwerstarbeit. Und äh was dabei rausgekommen ist war nicht akzeptabel es war eigentlich nur – ich hatte die Dinger zuletzt praktisch nur um – äh zum trainieren oder so und mehr auch nicht und das war mir dann zu anstrengend (Suprasegment 1/Z. 60–68).

Walter Blauth, Oberarzt der Orthopädischen Universitäts-Klinik, Tübingen, bestimmt die chirurgische Behandlung maßgeblich. Auf der ersten Dysmelie-Arbeitstagung 1964 berichtet er bereits von Erfahrungen, die er während 236 so genannter ‚Unterstelloperationen‘ habe sammeln können (D-AT 1964: 145). Bei den Operationen werden die Schien- oder Wadenbeine verkürzt, verlegt, verdrahtet, die Achillessehnen vernäht, andere Sehnen verkürzt. Nach der Operation wird über 4–6 Wochen mit Gips fixiert, anschließend wird mit Nachtschienen und mit Gehapparaten versorgt. Bei den Tagungsdiskussionen geht es um die Frage, ob das Bein so ‚eingestellt‘ werden soll, dass es möglichst für eine prothetische Versorgung zu gebrauchen ist oder eher anatomisch. Ebenso wie bei den zum Gesicht hin gewinkelten Armen, ist auch eine Spitz-Klumpfußstellung bei Kindern mit kurzen Armen günstiger zum Greifen, und vieles spricht dafür, sie aus diesem Grunde zu erhalten. In der Münsteraner Orthopädie gilt die Maxime, Gliedmaßen dann zu operieren, wenn sie keinen ‚Nutzen‘ erfüllen können. Argument für die Operationen ist eine einfachere und kosmetisch bessere Prothesenversorgung (Poets, in: Arbeitsgemeinschaft für Technische Orthopädie und Rehabilitation 1974: 204). Wird bei der Diskussion der Operation der Hände und Finger zumindest so hin und wieder die Sensibilität der eigenen Körperteile erwähnt, so gewinnt dieses Argument für die Füße so gut wie keine Bedeutung. Niedergelassene Ärzte raten den Eltern vielfach, den Unterschenkel

des Kindes amputieren zu lassen, um die Prothesenanpassung zu erleichtern (Köchling 1963).

*Heiner Offel:* – es gab ja mal die Überlegung – die Dinger abzuschneiden um äh ne bessere Möglichkeit halt zu haben hier wegen den künstlichen Beinen oder so – aber –

*I:* aber?

*H.O.:* Äh ich weiß nicht – ich hatte das nie in Erwägung gezogen – nicht ernsthaft – also –

*I:* Aber die Ärzte wollten das?

*H.O.:* Joo – die dachten das mal und so – und das war mal so angedacht – aber – na ja – die sind – doch die sind schon wichtig (Suprasegment 18/Z. 2797–2802).

Der Diskurs über die Behandlung der Beine und Füße unterscheidet sich noch in anderer Weise von dem der Behandlung der Arme und Hände. Das Kind ist noch stärker Behandlungsobjekt, auf seine Mitarbeit ist die Chirurgie während der Operation (noch) weniger angewiesen als die technische Orthopädie bei dem Versuch der Anpassung einer Armprothese. Wurden die Amputation von Fingern und die Verordnung einer kosmetischen Hand mit den Wünschen der Eltern legitimiert, wird bei der Thematisierung der Behandlung der Beine und Füße über die Eltern nicht gesprochen. Es erfolgt jedoch die Zuweisung von Schuld bei misslungenen Eingriffen. Drei seiner fünf Misserfolge seien dadurch bedingt, „daß diese Fälle alle zum Teil über Monate zu Hause ohne Nachtschienen gelegen haben“ (Blauth D-AT 1964: 175). Über Schmerzen und die sozialen Folgen ihrer Eingriffe wird nicht gesprochen, zufrieden ist die Chirurgie, wenn das Ergebnis nicht schlechter ist als die Funktion vor der Operation (a.a.O.).

## Chirurgische Veränderung der Hände

*Kurt Daubenspeck:* „Man sollte auch die seelische Situation des Kindes berücksichtigen. Man sollte möglichst eine fünfvingrige Hand erreichen. Wenn ein Daumen passiv ist, ist er immerhin besser als ein prothetischer Daumen. Auch ein nicht sensibler Daumen ist wertvoll. Ich habe nach dem Kriege etliche Daumen hergestellt und sie später beobachtet; z.B. ein Zeichner macht alles mit diesem Daumen, auch ein Holzhacker hackt Holz damit. In diesen zunächst nicht sensiblen Daumen wächst Gefühl hinein. Man soll ruhig nicht zu bescheiden sein und nur die Funktion sehen, sondern soll neben der Funktion auch die Kosmetik betrachten. Man sollte m.E. einen Daumen auch als Daumen verwenden., (D-AT 1964: 29).

*Elisabeth Henze:* Ich weiß nur äh – also daß äh – ich sehr traurig darüber war daß eben dann letztendlich also – es ist dann beschlossen worden an – ein\_ eine Operation an einer Hand durchzuführen und sozusagen den Versuch zu starten oder das ist so eine Lehrbuchoperation – einen Daumen zu gestalten – also ein\_ den Finger so zu versetzen daß man mehr Greiffläche hat – also eine größere Greiffähigkeit so – und dann haben sie eben beschlossen das an der linken Hand zu machen. Und äh – ja – das hab ich halt auch wieder nicht verstanden ne. So – und – da äh – fühlte ich da

kann ich heute sagen kann ich das so interpretieren daß ich das eben auch das äh – nich so gesehen hab – daß sie zwar also meine Eltern mit mir darüber gesprochen haben aber trotzdem irgendwie so nicht letztendlich meine Wünsche dann auch – oder so wie ich eben als Linkshänderin war (Suprasegment 1/Z. 71–90).

## Legitimationen der orthopädischen Behandlungspraktiken

Drei Legitimationslinien lassen sich im Diskurs finden: die Behandlungen werden durchgeführt, da die Mediziner (nur) einen ‚normalisierten‘ Körper für gesellschafts- und sozialfähig halten und davon überzeugt sind, dass ihre Behandlungen einen wichtigen Beitrag dazu leisten. Vor allem die orthopädische Disziplin ist in der Lage, den Eindruck zu vermitteln, dass sie das Problem – den missgestalteten Körper zu normalisieren – erfolgreich lösen kann. Ein weiterer Teil der Behandlungen wird mit den Wünschen der Eltern legitimiert, und quer zu diesen beiden Linien findet sich die dritte: die Behandlungen dienen dem strategischen Ziel der Professionalisierung des wissenschaftlichen Feldes.

Diese mehrfache Absicherung scheint notwendig, denn weder sind die Kinder in der Lage, ihre Behandlungswünsche zu äußern, noch gibt es die Möglichkeit, kurzfristige Erfolge vorzuweisen. Es werden nur selten – wie bei einer Blinddarm- oder Mandelentzündung – Schmerzen gelindert, sondern Schmerzen zugefügt. Es kann auch nicht auf die Heilung einer akuten Verletzung, z.B. eines Beinbruchs verwiesen werden, eher wird eine Verletzung zugefügt. Darüber hinaus liegen die von der Orthopädie benannten Ziele für die Kinder und ihre Eltern in einer fernen und unbestimmten Zukunft. Das von der Orthopädie gezeichnete Zukunftsszenario des ‚tüchtigen, vollwertigen Gesellschaftsmitglieds‘ (Hepp 1962: 423) scheint bei der Politik wie der Gesellschaft auf Anerkennung zu stoßen. Dieser durchgängig primär gesellschaftlichen und weniger medizinischen Legitimation ist auch das Ziel zuzuordnen, die Kinder „schul- und berufsreif zu machen“ (a.a.O.: 419) und durch die Prothesen eine Greiffähigkeit zu ermöglichen, die die Zahl der zur Verfügung stehenden Berufe stark erweitern soll.

Mit dem Versprechen der Anfertigung und Anpassung künstlicher Körperteile und chirurgischer Eingriff, so meine Interpretation, wird das Leiden der Eltern und der Gesellschaft an der Katastrophe zu lindern versucht. Das Leiden der Kinder wird im Prozess der Normalisierung aber hingegen zunächst verstärkt. Für sie bleibt nur die Hoffnung auf die Realisierung der zentralen Arbeitshypothese der Orthopädie, dass die gesellschaftliche Teilhabe und berufliche Integration nur zum Preis der prothetischen und chirurgischen Normalisierung ihres Körpers zu haben sei. Dieses Ziel, das als Teil des Programms des Spätkapitalismus eingeordnet werden kann, bei dem Herstellung von Arbeitsfähigkeit und

Arbeitsdisziplin sehr zentral ist, wird von der Orthopädie gebetsmühlenartig als formale Begründung für ihre Arbeit an den Körpern der Kinder vorgebracht. Die Dispositive der Frühprothetisierung und Frühredression sowie der operativen Herstellung einer Greifhand sind empirisch schwach fundiert, bei der großen Zahl der geschädigten Kinder nur mit Mühe und mit der Unterstützung der Mütter umsetzbar und eine große Herausforderung für alle Disziplinen.

## **Professionalisierung als wichtiges Ziel der Disziplinen**

Nach vier Jahren gesteht die Orthopädie die ersten Fehler ein, die auf ihr Konto gehen. Marquardt räumt ein, dass in Heidelberg den Kindern, die mit kurzen Armen (Ektromelien) geboren waren, zu früh Prothesen gegeben wurden. Unter entsprechendem Training, so die Erfahrung von Marquardt, sei „die Eigenleistung vieler dieser Arme wesentlich besser ist als alles, was die Technik bieten kann“ (D-AT 1965: 12). Ungeachtet der Probleme ‚versorgte‘ die Orthopädie die Kinder weiter. Dabei konnten sich die orthopädischen Disziplinen weiterhin des Rückhalts der Politik sicher sein. Die von 1962 an bereitgestellten Mittel des Bundesgesundheitsministerium flossen bis 1971 weiter: Für die Erweiterung oder Einrichtung von Sonderabteilungen und Zentren für die Behandlung der geschädigten Kinder wurden jährlich 1,1 Million DM zur Verfügung gestellt und weitere 1 Million DM jährlich für die Entwicklung und Erprobung technischer Hilfen (Paul 1971: 9). Die Forschung zur Entwicklung weitaus komplexerer Prothesen als in Heidelberg hergestellt, wird an anderer Stelle mit Mitteln des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG) forciert. Ein 1967 gegründeter Arbeitskreis für biophysikalische Prothetik in Bonn stellt auf der vierten Dismelie-Arbeitstagung sein Programm, die Entwicklung einen kompletten, elektronisch gesteuerten Armsatzes, vor (D-AT 1967: 159). Volle Habilitation oder Rehabilitation ist das Ziel „und dabei ein körpereigenes Gefühl für die ihm applizierte Prothese zu entwickeln“ (a.a.O.).

1971 beginnt an der Universität Münster der Sonderforschungsbereichs 88 „Teratologische Forschung und die Rehabilitation Mehrfachbehinderter“, für den insgesamt von 1971 bis 1983 mehr als 37 Millionen DM Fördermittel von der DFG fließen. „Das Forschungsprogramm beschäftigt sich mit wissenschaftlichen Problemen der Rehabilitation Mehrfachbehinderter. So wird. u.a. unter Mitarbeit aller oben genannten Fachrichtungen die somatische und psychische Entwicklung von Kindern mit Thalidomid-Embryopathien genau verfolgt mit dem Ziel, optimale Rehabilitationspläne aufzustellen und schließlich ein allgemeingültiges Rehabilitationsprogramm für Mehrfachbehinderte zu erstellen“ (DFG 1975: 561). Als Teilprojektthemen werden aufgeführt: die Verbesserung der Anpassung von Prothesen und Orthesen durch neue Methoden der mehrdimensionalen



Formerfassung, die Anwendung der Hydraulik bei Armprothesen zur Versorgung Mehrfachbehinderter sowie die Rehabilitation von angeborenen Hörstörungen bei Mehrfachbehinderten. Ebenfalls 1971 fließt die Arbeit des Arbeitskreises für biophysikalische Prothetik in eine Studie, genannt BIONIK, ein. Hierbei handelt es sich um ein Forschungsprogramm des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, bei dem die Integration biologischer und technischer Systeme im Mittelpunkt steht (BMJFG & Kluge 1971: 30), und zu einem ehrgeizigen „Anthropotechnikprogramm“ (a.a.O.) wird. Die Prothesen werden komplexer, neben der pneumatischen wird eine myoelektrische Prothese entwickelt, bei der Muskeln und Nerven für die Prothesensteuerung genutzt werden sollen. Die Argumentationen für die Weiterentwicklung der Prothesen ähneln sich auch Jahre nach der Anpassung der ersten Prothesen noch, man könnte auch sagen, die Orthopädietechnik hat aus den gemachten Erfahrungen an der Schnittstelle Mensch und Technik wenig gelernt. Professionalisierungsziele beherrschen die Entwicklung des Wissens.

## Relevanz biographisch ‚wahren‘ Wissens

Zurück zu den biographischen Erfahrungen. Die gewählten Passagen der biographischen Interviews deuten schon darauf hin, dass die Gruppe, für die die Dispositive entwickelt wurden, diese nicht anerkannt haben. Deutlich wird, dass die individuellen biographischen Erfahrungen die Grundlage bilden für Brechungen, Verschiebungen und Verwerfungen des ‚wahren‘ Wissens der Disziplinen. Die ErzählerInnen entwickeln eigene Theorien über dieses Wissen und ihre subjektive Bedeutsamkeit. Die Apothekertochter, die die Umwelt im Alter von 6 Jahren über Contergan aufklären kann und sich früh über das Ansinnen der Orthopäden empört, ihre Hände zu begradigen, greift aus Gründen der sozialen Herkunft wie des Involviertsein in medizinische Behandlungspraktiken auf andere biographische Erfahrungen mit dem ‚wahren‘ Wissen über Contergan zurück als die Arbeitertochter Vera Nickel, die erst im Alter von 5 oder 6 Jahren mit Quengelschienen konfrontiert wird, über deren Nutzen sie nichts sagen kann und die bis zum siebten Lebensjahr glaubt, ihre kurzen Arme seien von Gott gemacht. Biographische Erfahrungen beeinflussen somit, welche Bereiche des ‚wahren‘ Wissens der Disziplinen zu subjektivem ‚wahren‘ Wissen werden. Es ist dieses subjektiv mehrfach gebrochene ‚wahre‘ Wissen, das Teil des Bedingungsrahmens wird und in Bezug auf das die ErzählerInnen eine biographische Haltung entwickeln.

Im Hinblick auf dieses Wissen werden in den biographischen Erzählungen Absetzbewegungen deutlich, die zum Teil über Jahre hinweg verlaufen und bei denen die Prothesen, Redressionen und die meisten weiteren Hilfsmittel abge-

lehnt werden. Die Dispositive haben die Lust am Leben nicht vergrößert, sondern verringert.<sup>11</sup> Stellt man die Frage, unter welchen Bedingungen sie anerkannt oder abgelehnt werden, wird deutlich, dass Gefühle eine entscheidende Rolle spielen. Abgelehnt wird das ‚wahre‘ Wissen, wenn es Schmerzen verstärkt, die Mobilität einschränkt, einen hohen Aufwand mit sich bringt und die Differenz zu anderen Kindern vergrößert. Die Ablehnung der Prothesen erfolgt in allen Fällen in Rücksprache mit den Eltern und ohne Einbeziehung der Orthopädie.

Auf der Grundlage dieses Erfahrungswissens entwickeln die ErzählerInnen *biographisch* ‚wahres‘ Wissen: die Prothesen bereiten Schmerzen und mit dem kombinierten Gebrauch von Hand und Fuß können sie schmerzlos agieren; mit den Prothesen können sie nichts spüren, ihre Finger sind hingegen sehr viel sensibler; die Prothesen schränken den Aktionsradius ein und mit dem Rollstuhl sind sie mobiler; die Prothesen sind stör anfällig; das Prothesentraining führt zu Eifersucht in der Familie; mit den Armschienen können sie nicht erreichen, was sie möchten; die Funktion der abgewinkelten aber beweglichen Hände ist ihnen wichtiger als die Ästhetik gerader Hände mit steifen Handgelenken. Es ist dieses biographisch entwickelte ‚wahre‘ Wissen, das die Ablehnung und Anerkennung des subjektiv erfahrenen ‚wahren‘ Wissens der Disziplinen steuert. Wichtige Regeln, die für die Herstellung biographisch ‚wahren‘ Wissens für die contergangeschädigten Frauen und Männer Gültigkeit besitzen, sind: Ich fühle (mich) ‚gut‘/schlecht. Ich kann/ich kann nicht. Ich bin (werde) anerkannt/nicht anerkannt. Was ich tue ist sinnvoll/sinnlos. Das biographisch ‚wahre‘ Wissen wird durch die Gefühle der Subjekte reguliert und gleichzeitig produktiv.

Aber Vorsicht: Die Anerkennung oder Ablehnung der Dispositive sagt noch nichts über die auf verschiedenen Erfahrungsebenen liegende biographische Bedeutsamkeit aus, die den Versuchen der Umsetzung von Normalisierungspraktiken aus biographischer Perspektive beigemessen werden. Wenn z.B. die Erfahrungen mit der chirurgischen Orthopädie ohne Erwähnung irgendeiner Person geschildert werden und die Kindheitserzählung dominieren, müssen die Fragen gestellt werden, welche biographischen Auswirkungen eine langdauernde frühkindliche Trennung von den Eltern (gehabt) hat und welche Bedeutung den mehrfachen und mehrmonatigen Krankenhausaufenthalten in den ersten Lebensjahren zukommt. Nicht erinnerte monatelange Krankenhausaufenthalte stellen für die ErzählerInnen ein großes Problem dar und chirurgische Veränderungen der Hand sind nicht rückgängig zu machen. Andererseits: Die Möglichkeit, Prothesen tragen zu können, machte das Handeln der ErzählerInnen kontingent. Die hinter der Prothesenversorgung liegende Anforderung eines ‚Anders-sein-sollens‘, schuf die Möglichkeit des ‚Anders-sein-könnens‘ und gleichzeitig die Möglichkeit, beides abzulehnen. Die Ablehnung beeinflusst positiv die biographische Wirklichkeit der Erzählerinnen und Erzähler, da sie langfristig die Weise

verändert, wie sie sich auf ihren Körper und seine Stärken beziehen. Diese Beziehung wäre eine völlig andere, hätte es das Angebot, Prothesen zu tragen, nicht gegeben.

Mit der These, den Körper und die Gefühle als Positivitäten der Macht auszumachen, liegt Foucault völlig richtig. Den Fokus auf die Regulation durch positive Gefühle oder ihre Substitution durch Belohnungen zu legen, hat aber seinen Blick dafür verstellt, dass Normalisierungspraktiken, die überwiegend negative Gefühle hervorrufen und nicht mit einer erfahrbaren Belohnung zu verknüpfen sind, abgelehnt werden.

## Anmerkungen

- 1 Der Artikel basiert auf empirischem Material und Thesen meiner Dissertation, ‚Contergan – Eine genealogische Studie des Zusammenhangs diskursiver Praktiken und biographischer Erfahrungen‘, die im Frühjahr 2005 im Verlag Waxmann, Münster, erscheint.
- 2 Foucault verfolgte bei der Ausarbeitung der Geständnistechnologien gleichzeitig das Ziel, die Form heraus zu arbeiten, in denen sich Individuen in modernen Gesellschaften als Subjekte dieses ‚wahren‘ Wissens (an)erkennen müssen. Für diese Anerkennung macht er die Ethik und Moral als Medium aus.
- 3 In dem foucaultschen Begriff der Bio-Politik ist die Verschränkung der Staats- und der Wissenschafts- und Institutionenpolitik mit dem Körper der Individuen zum Ausdruck gebracht. Der Frage der Subjektivierung von Normativitätstypen versucht die Dissertation durch eine empirische Studie näher zu kommen.
- 4 Das Vorgehen ähnelt am ehesten der von Flick (1992, 2000) beschriebenen ‚systematischen Perspektiven-Triangulation‘, wobei der Begriff der Perspektive unzutreffend ist, da es sich um Wissensformen und Praktiken handelt, die den Körper tief greifend verändern.
- 5 Die Weise, wie Foucault den Begriff des Dispositivs konstruiert, ähnelt der Kuhnschen Konstruktion des Begriffs der Paradigmata (Kuhn, 1976: 57 ff.)
- 6 Es ist an dieser Stelle nicht möglich, die methodologischen Grundlagen dieser Denkfigur zu entfalten. Verwiesen sei daher auf die Publikation.
- 7 Noch 1968 sollen 97,5 % der von der Deutschen Forschungsgemeinschaft bereitgestellten drei Millionen DM für Forschungsaufgaben mit dem Schwerpunkt Teratologie ausgegeben worden sein (Strasser, 1968b: 19). Von den durch das Bundesgesundheitsministerium bereitgestellten Mitteln flossen wiederum 90 % in die Prothesenforschung und nur 10 % in Projekte mit heilpädagogischen oder psychosozialen Zielsetzungen (Strasser, 1968b: 19).
- 8 Über die Frage, was dem Syndrom zugehörig ist und was nicht, gab es jahrelange Auseinandersetzungen. Deutlich wird dabei, dass das, was als ‚Conterganschädigung‘ juristisch anerkannt ist, eine Konstruktion der Medizin ist. Aus dem Blick gerieten die Schädigungen innerer Organe, die ohne Gliedmaßenmissbildungen einhergingen (Freitag 2003: Kapitel 3).

- 9 Radial = zum Unterarmknochen hin; distal = entfernt liegend; Ulna = Elle.
- 10 Alle Interviewpassagen in: Freitag, 2003. Alle Personen-, Einrichtungs- und Ortsnamen wurden verändert, um die Anonymität zu gewährleisten.
- 11 Anders sieht es bei Herz- oder Augenoperationen oder der Nutzung eines Hörgerätes aus.

## Literatur

- Arbeitsgemeinschaft für Technische Orthopädie und Rehabilitation (Hg.) 1974: 10 Jahre Entwicklung und Erprobung von Hilfen und Hilfsmitteln für behinderte Kinder. Bonn
- Bundesministerium für Gesundheitswesen 1965: Monographie über die Rehabilitation der Dismelie-Kinder. Dismelie-Arbeitstagung am 17. und 18. Oktober 1964 in der Orthopädischen Universitätsklinik und Poliklinik Münster. Frechen (Zitiert als D-AT 1964)
- Bundesministerium für Gesundheitswesen (Hg.) 1967: 2. Monographie über die Rehabilitation der Dismelie-Kinder. Dismelie- Arbeitstagung am 5. und 6. November 1965 in der Orthopädischen Anstalt der Universität Heidelberg. Dismelie-Arbeitstagung. Frechen (Zitiert als D-AT 1965)
- Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG) und Karl-J. Kluge (Hg.) 1971: Entwicklungsphänomene, Pubertätsprobleme und sexualpädagogische Aufklärung behinderter Kinder und Jugendlicher. Neuburgweier/Karlsruhe
- Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) 1975: Jahresbericht. Band 2: Programme und Projekte. Bonn-Bad Godesberg
- Foucault, Michel 1973: Die Archäologie des Wissens. Frankfurt am Main
- Foucault, Michel 1978a: Die Machtverhältnisse durchziehen das Körperinnere. Ein Gespräch mit Lucette Finas. In: Michel Foucault (Hg.): Dispositive der Macht. Michel Foucault. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit. Berlin, S. 104–117
- Foucault, Michel 1978b: Wahrheit und Macht (Interview mit Alessandro Fontana und Pasquale Pasquino); in: Foucault, Michel (Hg.): Dispositive der Macht. Michel Foucault. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit. Berlin; S. 21–54
- Foucault, Michel 1999: In Verteidigung der Gesellschaft. Vorlesungen am Collège de France (1975–1976). Frankfurt am Main
- Freitag, Walburga 2003: Contergan – Eine genealogische Studie des Zusammenhangs wissenschaftlicher Diskurse und biographischer Erfahrungen. Fakultät für Pädagogik. Bielefeld: Universität Bielefeld (erscheint in Kürze im Verlag Waxmann, Münster)
- Hackenbroch, M. 1962: Eröffnung und Begrüßungsansprache; in: Jahrbuch der Fürsorge für Körperbehinderte, S. 2–9
- Hagner, Michael 1995: Vom Naturalienkabinett zur Embryologie. Wandlungen des Monströsen und die Ordnung des Lebens; in: Ders. (Hg.): Der falsche Körper. Beiträge zu einer Geschichte der Monströsitäten. Göttingen, S. 73–107
- Hepp, Oskar 1962: Die Häufung der angeborenen Defektmißbildung der oberen Extremitäten in der Bundesrepublik Deutschland, in: Medizinische Klinik 57 (16. März): 419–426
- Jentschura, Günter, Ernst Marquardt und Eva-Maria Rudel 1963: Behandlung und Versorgung von Fehlbildungen und Amputationen der oberen Extremität. Stuttgart

- Köchling, Dr. Dr. h.c. (Hg.) 1963: Die Betreuung von Kindern mit angeborenen Mißbildungen der Extremitäten aus ärztlicher Sicht nach Sitzungsberichten einer Arbeitsgemeinschaft. Münster
- Kuhn, Thomas S. 1976: Die Struktur wissenschaftlicher Revolution. Frankfurt am Main
- Lindemann, Kurt 1962: Zur Prognose und Therapie schwerer Gliedmaßenfehlbildungen. In: Acta orthopaedica Scandinavica 32: 298–306
- Lindemann, Kurt 1964: Angeborene Mißbildungen: Grundlagen, Ausgangspunkte und Erfahrungen in der Habilitation von Kindern mit Dysmelien; in: Jahrbuch der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter. Stuttgart: 20–25
- Maier, Wolfgang 1963a: Die Frühbehandlung der Extremitäten-Dysmelien. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 88 (2): 69–74
- Paul, H. A. 1971: Mehrfach behinderte Kinder und Jugendliche als Aufgabe der medizinischen Rehabilitation; in: Familie und Gesundheit Bundesministerium für Jugend (Hg.): Rehabilitation von Mehrfachbehinderten und Dysmelie-Kindern. Frechen: 9–26
- Rosenthal, Gabriele 1995: Erlebte und erzählte Lebensgeschichte: Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen. Frankfurt am Main
- Schütze, Fritz 1983: Biographieforschung und narratives Interview; in: Neue Praxis (3): 283–293
- Strasser, Hellmut 1968b: Über einige Möglichkeiten, die psychologische und pädagogische Betreuung der gliedmaßenfehlgebildeten Kinder zu verbessern; in: Die Rehabilitation 7: 10–21
- Waldenfels, Bernhard 1998: Grenzen der Normalisierung. Frankfurt am Main

*Dr. phil. Walburga Freitag, Siechenmarschstr. 11A, 33615 Bielefeld*  
*E-Mail: walburga.freitag@uni-bielefeld.de*

Nicola Raschendorfer

## **Prozesse der Medizinisierung auffälligen Verhaltens am Beispiel des Aufmerksamkeits-Defizit-Syndroms (ADS)<sup>1</sup>**

---

Prozesse der Medizinisierung abweichenden Verhaltens lassen sich am Beispiel des Aufmerksamkeits-Defizit-Syndroms nachweisen. Als besonders problematisch muss dabei die von vornherein stark eingeschränkte und auf das Individuum fixierte Ursachenforschung und die daraus abzuleitende gesamtgesellschaftliche Bedeutung (Entpolitisierung) gesehen werden. Die Aufdeckung dieses Phänomens ist ein erster Schritt, um den negativen sozialen Folgen der Medizinisierung abweichenden Verhaltens entgegenzuwirken. Diese sozialen Aspekte sollten dringend in die öffentliche Diskussion eingebracht werden.

Ansätze einer Diskussion um Medizinisierungstendenzen in der Gesellschaft sind aktuell kaum wahrnehmbar. Das war nicht immer so. In den 70er Jahren wurde insbesondere von Zola eine Debatte angestoßen, in der offen gelegt wurde, dass Medizin „gesund“ und „krank“ werden dabei, so Zola (1979: 57), zunehmend zum entscheidenden Faktor für immer mehr Lebensbereiche. Vorgänge der Medizinisierung wurden im Rahmen dieser Diskussion sowohl für ursprünglich natürliche Prozesse (z.B. Schwangerschaft oder Altern) als auch in der Bewertung abweichender Verhaltensweisen (Drogenabhängigkeit, Alkoholumismus, Essverhalten, Gewalttätigkeit, Verwahrlosung) aufgedeckt. Conrad u. Schneider (1992, in Forster 1997: 155) bezeichnen Kinder und Jugendliche als besondere „Risikogruppe für die Ausweitung medikalisierten Sichtweisen“. Der vorliegende Artikel zeigt die Prozesse der Medizinisierung auffälligen Verhaltens am Beispiel des ADS auf und plädiert für eine öffentliche Diskussion der daraus entstehenden sozialen Folgen.

## Das medizinische Modell des ADS

Das medizinische Modell des ADS hat eine längere begriffliche Vorgeschichte. Mit leichten Schwerpunktverschiebungen in der Zusammenfassung der Symptome beschreiben MCD (Minimale Cerebrale Dysfunktion), POS (Psychoorganisches Syndrom), Hyperkinetisches Syndrom und ADS Kinder, die durch unaufmerksames, impulsives und motorisch unruhiges Verhalten störend auffallen. Erklärungsversuche des Verhaltens beziehen sich im Rahmen der genannten medizinischen Modelle insbesondere auf neurophysiologische Wirkmechanismen. Verwiesen wird dabei derzeit auf eine Dysbalance oder Dysfunktion von Botenstoffen (Transmitter) in abgegrenzten Hirnbereichen. Die Ursachenforschung ist sehr stark darauf konzentriert, abweichende Transmitterfunktionen zu beschreiben und den organischen Ort der Störung zu identifizieren. Sie bedient sich dazu verschiedener, neuer bildgebender Verfahren. Die Ergebnisse laufen insgesamt auf die Erstellung einseitiger Ursache-Wirkungs-Mechanismen hinaus. Direkt aus den Erklärungsansätzen des medizinischen Modells wird dann auch die bevorzugte Therapie abgeleitet. „Die Lern- und Verhaltensstörung ADS ist primär ein physiologisch-neurologisches Problem und muss daher vom grundlegenden Therapieansatz her medizinisch angegangen werden“ (Ortner u. Ortner 1991: 205). Die Behandlung erster Wahl besteht seit Mitte der 50er Jahre in der Medikation mit dem psychopharmakologischen Wirkstoff Methylphenidat, der als Amphetaminderivat zur Gruppe der Stimulanzien gehört. Die gängigen Präparate aus dieser Grundsubstanz sind in Deutschland derzeit Ritalin und Medikinet. Methylphenidat löste damals die in die Kritik geratenen Tranquilizer ab, die zuvor zur Medikation schwieriger Kinder eingesetzt worden waren. Parallel zu dieser Ablösung verlief ein steigendes Forschungsinteresse an Methylphenidat und dessen Wirkung auf ADS-typische Verhaltensweisen. Kritische Autoren werten diese Ereignisse als eine Art Initialzündung für die „Entdeckung der Hyperkinese“: „Dem öffentlichen Druck, den Gebrauch von Psychopharmaka bei Verhaltens- und Lernproblemen im Kindesalter zu rechtfertigen, wurde Genüge getan: Die Hyperkinese wurde entdeckt“ (Voß u. Wirtz 1996: 48, vgl. auch Breggin 1997: 97).

Im Folgenden soll nun gezeigt werden, wie der Grad der Medizinisierung ADS-typischer Verhaltensweisen derzeit einzustufen ist und welche Faktoren den Medizinisierungsprozess unterstützt haben. Im Anschluss daran werden einige soziale Folgen der Medizinisierung angesprochen.

## Medizinisierungsgrade

Conrads Definition folgend, bezeichnet Medizinisierung die Tendenz, dass „Verhalten als medizinisches Problem oder Krankheit definiert und dem medizinischen Berufsstand der Auftrag oder die Erlaubnis erteilt wird, eine Behandlungsmethode dafür anzubieten“ (Conrad 1983: 93).

Dabei muss es nicht immer um die Medizinisierung bisher nicht-medizinisch definierter Phänomene gehen. Die Medizinisierung betrifft vielmehr eine Frage ihres Grades. Anschaulich wird diese am Medizinisierungsmodell von Conrad u. Schneider (1980, in Forster 1997: 154). Sie unterscheiden drei Ebenen des medizinischen Einflusses: Ein Phänomen befindet sich auf der konzeptuellen Ebene, wenn vorwiegend medizinische Begriffe oder Modelle zur Erklärung benutzt werden. Dabei müssen weder Ärzte direkt in die Diagnose oder Behandlung einbezogen sein, noch muss der Umgang mit diesem Sachverhalt medizinischer Natur sein. Die nächste Stufe bezeichnen die Autoren als die institutionelle Ebene. Das Phänomen ist hierbei bereits fest in medizinische Erklärungsmodelle eingebunden und auch die Diagnose ist medizinisch organisiert. Dabei kann das Maß der Einbeziehung von Ärzten sehr unterschiedlich sein. Auf der interaktiven Ebene besetzen Ärzte bereits die zentralen Positionen von Diagnose und Therapie. Erst auf dieser Ebene hat sich die Anwendung eines „ätiologischen Paradigmas der individuellen Störung“ und eines „prozessualen Paradigmas der individuellen Behandlung“ (Bruns 1992, in Forster 1997: 154) durchgesetzt.

Tritt ein spezielles Phänomen von einer auf eine andere Ebene über, und zwar in Richtung von der konzeptuellen hin zur institutionellen, nimmt der Grad der Medizinisierung zu. Auch Gegenbewegungen, also Phänomene der Demedizinisierung, sind denkbar (vgl. Forster 1997: 154 f.). Medizinisierung muss, diesem Ansatz folgend, als Prozess verstanden werden, der in der absoluten Durchsetzung eines medizinischen Modells gipfeln kann, aber nicht muss. Eine gesellschaftliche Tendenz zur Medizinisierung kann darum auf einer Zunahme neuer medizinischer Definitionen bisher als nicht-krankhaft eingestufte Phänomene oder auf einer Verschärfung des Grades der Medizinisierung basieren.

Der Grad der Medizinisierung ADS-typischer Verhaltensweisen entspricht am ehesten der institutionellen Ebene. Der Umgang mit dem Verhalten der Kinder geht über die Verwendung medizinischer Begriffe oder Modelle (konzeptuelle Ebene) hinaus. Wichtige gesellschaftliche Gruppen fordern die medizinisch, fachmännische Diagnose. Auch die Tatsache, dass die bevorzugte Behandlungsform der typisch – und vor allem exklusiv – medizinischen entspricht, ist ein deutliches Indiz für ein „organisiertes, medizinisch legitimes Herangehen“ an das Problem (Forster 1997: 154). Der Grad der Einbeziehung der Ärzte ist sehr hoch und sogar zwingend, wenn eine Behandlung mit verschreibungspflichtigen



Medikamenten durchgeführt werden soll. Von einer gesamtgesellschaftlichen Durchsetzung medizinischer Sichtweisen im Sinne der interaktiven Ebene kann jedoch noch nicht gesprochen werden. Nach wie vor gibt es auch alternative Erklärungsmodelle für störende, kindliche Verhaltensweisen, die im medizinischen Modell als Ausdruck einer Krankheit gewertet werden.

## **Prozesse der Medizinisierung am Beispiel des ADS**

Im Folgenden sollen die Prozesse der Medizinisierung dargestellt werden, die abliefen, bis das Phänomen des ADS den eben beschriebenen Medizinisierungsgrad erreicht hatte. Dabei wird auf das von Conrad u. Schneider (1980, in Forster 1997: 156) entwickelte Stufenmodell Bezug genommen. Danach können vier Phasen des Medizinisierungsprozesses unterschieden werden, der schließlich in der Anerkennung des medizinischen Modells als herrschendes Paradigma mündet. Diese Phase ist in Deutschland für das ADS noch nicht abgeschlossen.

### **Die Definition des Phänomens als unerwünschte Abweichung und die Suche nach organischen Grundlagen und die Anwendung medizinischer Interventionsformen**

An den Anfang ihres Stufenmodells setzten Conrad u. Schneider die „Definition eines Phänomens als unerwünschte Abweichung“. Dass dies beim Verhalten von Kindern, die heute mit dem ADS diagnostiziert werden, der Fall ist, zeigt ein Blick in die Geschichte. Insbesondere Schulkinder wurden bereits in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts aufgrund ihres Verhaltens als auffällig beschrieben. Auch Hoffmanns Kurzgeschichten im Struwelpeter, die im Zusammenhang mit dem ADS immer gerne zitiert werden, beziehen sich auf eine Gruppe von Kindern, die als störend und ungehorsam wahrgenommen wird. Zu diesem Zeitpunkt wurden die kindlichen Verhaltensweisen allerdings noch nicht professionell, sondern in erster Linie moralisch definiert. In der zweiten Phase werden zwei weitere wesentliche Voraussetzungen für die Medizinisierung geschaffen.

Die erste ist erfüllt, wenn organische Grundlagen in Zusammenhang mit dem Phänomen gebracht werden können. Noch sehr vage schilderte Still (1902, in Barkley 1990: 4) vor mehr als 100 Jahren diesen Zusammenhang. Der moralische Aspekt hatte in seinem Modell große Bedeutung. Dennoch führte er den „Mangel an moralischer Kontrolle“, den die von ihm beschriebenen Kinder zeigten, auf biologische Ursachen zurück. Sehr direkt wurde die Verbindung von diagnostiziertem Verhalten und organischer Ursache mit der ‚postencephalic behavior

disorder‘ und den darauf folgenden Modellen bis zum ‚minimal brain damage‘ hergestellt. Die Klassifikation berief sich zunächst wesentlich auf anatomische Anomalien. Später, als sich organische Defekte als nicht nachweisbar erwiesen, ging man zu einer „Pathologie der Funktionen“ (Grmek 1964, in Illich, 1995: 117) über. Dem entspricht das Modell der minimalen cerebralen Dysfunktion oder auch das aktuelle Konzept der Neurotransmitterdysfunktion.

Eine zweite Bedingung für die Medizinisierung einer Erscheinung ist die Anwendung einer medizinischen Interventionsform, von der man annimmt, Effekte auf das definierte Erscheinungsbild zu haben. Die Entdeckung von Kontrollmechanismen kann also der tatsächlichen Medizinisierung zeitlich noch vorgeordnet sein. Für dieses Phänomen ist das ADS ein ausgezeichnetes Beispiel: Die Wirkung von Amphetaminen auf das Verhalten entdeckte Bradley bereits 1939. Lange Jahre blieben diese Effekte jedoch „ungenutzt“. Erst mit einer deutlichen Einstellungsänderung gegenüber der medikamentösen Behandlung abweichender, kindlicher Verhaltensweisen in Wechselwirkung mit der Entdeckung der Hyperkinese wurde der Einsatz dieser Psychopharmaka gerechtfertigt (vgl. Voß 1983: 40). Diese Einstellungsänderung ist sowohl bei den Ärzten – Conrad (1983: 96 f.) beschreibt sie als Folge einer „pharmazeutischen Revolution“ – als auch bei den Eltern zu beobachten.

Die tatsächliche Medizinisierung des Problems hatte zu diesem Zeitpunkt noch nicht begonnen. Mit der Definition als Abweichung sowie der Verknüpfung mit organischen Ursachen und medizinischen Interventionsformen wurden lediglich günstige Bedingungen für die Medizinisierung geschaffen. Ob sich die medizinische Sichtweise und Art der Problembewältigung etabliert (Stadium drei), hängt entsprechend dem Modell von Conrad u. Schneider (1980, zitiert in Forster 1997: 157) davon ab, ob sich eine gesellschaftliche Gruppierung aktiv dafür einsetzt.

## **Der Einsatz gesellschaftlicher Interessengruppen für die Etablierung des medizinischen Modells**

In der kritischen Literatur werden insbesondere drei Interessengruppen genannt, die sich für die Etablierung des medizinischen Modells und der medizinischen Behandlung des ADS einsetzen. Dies sind die Pharma-industrie, der Personenkreis, der sich professionell mit „ADS-Kindern“ befasst, also Ärzte, Psychologen, aber auch Pädagogen und schließlich Selbsthilfeorganisationen betroffener Eltern, in den USA insbesondere die Gesellschaft für Kinder mit Lernstörungen.

## Interessen der Pharmaindustrie

Laut Voß (1987: 37) ist die Entdeckung des ADS eine notwendige Bedingung, um die Behandlung von Kindern mit Psychopharmaka zu rechtfertigen. An Gewinnsteigerungen interessiert, ist die Pharmaindustrie abhängig von der Schaffung neuer Krankheitsbilder, für die dann neue Mittel produziert und verkauft werden können. Im vorliegenden Beispiel eröffnete die Krankheitsdefinition abweichender kindlicher Verhaltensweisen die Erschließung einer neuen Marktlücke – die des Kindes. Dies schlägt sich in der Verbrauchsentwicklung von Methylphenidat in der Bundesrepublik Deutschland deutlich nieder. Zwischen den Jahren 1991 und 1998 wurde eine Steigerung der Anzahl abgegebener Tagesdosen um das zwölfwache festgestellt. Bis zum Jahr 1999 hat sich die Anzahl sogar verzwanzigfach (Dt. Ärzteblatt 2001: 542).

## Interessen des Personenkreises, der sich professionell mit „ADS-Kindern“ befasst

Die Krankenrolle einer Person impliziert auch immer deren Hilfsbedürftigkeit (Behandlungsappell). Darüber legitimieren sich die so genannten helfenden Berufe, zu denen unter anderem Ärzte, Therapeuten, Pflege- und Sozialberufe zählen. Sie leiten ihre professionelle Identität aus der Kompetenz ab, reaktiv Handlungstechniken zu entwickeln. Dabei müssen sie sich gegenüber den Leistungen anderer Berufe (z.B. der Justiz) durchsetzen. Die Übernahme des medizinischen Modells durch diese Berufsgruppen muss also auch vor dem Hintergrund von Professionalisierungsinteressen betrachtet werden. Mit dieser Übernahme gewinnen helfende Berufe „ein anerkanntes Referenzsystem, das es ihnen möglich macht, den eigenen Gegenstandsbereich abzustecken, darauf bezogene Deutungs- und Arbeitsformen zu entwerfen und somit ihre professionelle Handlungsfähigkeit allererst herzustellen“ (Herriger 1978: 224). Für die Ärzteschaft ergab sich im Bereich der Kinderheilkunde ein besonderes Problem, das durchaus in Verbindung zu bringen ist mit ihrem Einfluss auf die fortschreitende Medizinisierung abweichender kindlicher Verhaltensweisen. Der deutliche Rückgang klassischer Kinderkrankheiten entzog den Kinderärzten eine wesentliche Basis der beruflichen Legitimation. Die Beschäftigung mit „Verhaltensstörungen“ gewann an Bedeutung, was zu einer verstärkten Überschneidung mit dem Arbeitsgebiet der Lehrer oder Pädagogen vor allem in Fragen der Allgemein- und Schulerziehung führte. Im Bereich der Schule stellt Voß (1987: 109) dagegen eine „Entpädagogisierung“ fest. Da sich Lehrer, so Voß (1987: 71 f.), eher als Fachwissenschaftler denn als Pädagogen verstehen, sind sie geneigt, problematische Schüler an andere Bereiche oder Autoritäten zu überweisen. Bevorzugte

Instanz für das Abtreten von Entscheidungs- und Handlungskompetenz ist die Medizin. Diese Übergabe von Verantwortung hat vor allem Entlastungsfunktion, denn sie spricht den Lehrer von der Aufgabe frei, Ursachen für das kindliche Verhalten in seiner eigenen Person als Lehrer, in seiner Interaktion mit dem Schüler oder in strukturellen Bedingungen von Schule zu suchen.

## Interessen von Selbsthilfeorganisationen und Eltern

Eine weitere Gruppe, die wesentlich zur medizinischen Konzeptualisierung des ADS beigetragen hat, ist die Gesellschaft für Kinder mit Lernstörungen, ein von Eltern und Professionellen gegründeter Verband in den USA. In Deutschland gibt es ganz ähnliche Gruppen, etwa die Vereinigung zur Förderung von Kindern mit Teilleistungsschwächen (MCD) e.V. in Koblenz. Ihr Ziel ist es, die Öffentlichkeit zu informieren und für Probleme von Kindern mit Lernstörungen im Allgemeinen und ADS im Speziellen zu sensibilisieren. Von diesen Gruppen wurde das medizinische Konzept übernommen und seither streng verteidigt.

Für Eltern kann die Übernahme des medizinischen Modells ebenso Entlastungsfunktion haben wie für Lehrer. Das durch den Arzt ausgestellte Rezept belegt, dass das Kind *objektiv* krank ist. Die entlastende Eigenschaft der Krankenrolle gilt demnach beim ADS sowohl für den Kranken selbst als auch für diejenigen, die mit seiner Erziehung betraut sind. Sobald das medizinische Modell als gültig erklärt wurde, ist niemand für das Verhalten des Kindes direkt verantwortlich zu machen. So entfaltet es seine befreiende und erleichternde Wirkung. Eltern können dem Vorwurf, in der Regel sogar Selbstvorwurf, in der Erziehung versagt zu haben, eine gesellschaftlich anerkannte Erklärung entgegensetzen. Dieser Aspekt findet sich in der gesamten Literatur zum Thema ADS, meist unter dem Stichwort „Schuld“. Die Frage danach, wer schuld am Verhalten des Kindes ist, scheint immer im Hintergrund zu schweben, und das medizinische Modell gibt eine eindeutige Antwort. Die Eltern, aber auch das gesamte soziale Umfeld, sind/ist nicht schuldig am Verhalten des Kindes, denn dieses basiert auf einer Krankheit. Zudem ist niemand für die Entstehung dieser Krankheit verantwortlich zu machen, denn Ursache ist eine „Fehlfunktion im Organismus“ (Hallowell u. Ratey 1999: 405). Dabei wird das Ursache-Wirkung-Problem, in der Medizin durchaus bekannt, völlig unerwähnt gelassen. Selbst wenn bei Kindern mit dem ADS eine Neurotransmitterdysfunktion eindeutig nachgewiesen werden könnte, bedeutet dies noch nicht, dass die physiologische Auffälligkeit auch Ursache für das auffällige Sozialverhalten ist. Es ist ebenso gut denkbar, dass die Transmitterstörung Folge sozialer Prozesse ist, d.h. dass die besonderen sozialen Bedingungen, unter denen Kinder mit auffälligem Verhalten leben, die Funktion der Neurotransmitter determinieren.

Andere Ansätze, die den Einfluss des Verhaltens und der Interaktion von Erwachsenen mit einbeziehen, werden, da sie Eltern und vor allem die Mutter beschuldigen, als kontraproduktiv abgewertet.

Ob Schule oder Familie – die Übernahme des medizinischen Modells und der entsprechenden Behandlungsform entlastet jene Institutionen der Erwachsenen, die möglicherweise selber das als problematisch und störend wahrgenommene Verhalten der Kinder mitbedingen.

Eine isolierte Betrachtung der Interessengruppen ohne Einbeziehung des gesellschaftlichen Hintergrundes wirkt jedoch sehr einseitig und anklagend. Die Etablierung des medizinischen Modells darf nicht als reines Machtspiel von Interessengruppen verstanden werden. Vielmehr ist sie als interaktiver Prozess zwischen Ärzten und medizinischen Laien zu verstehen, bei dem beide Gruppen wechselseitig aufeinander angewiesen sind. Nach De Swaan (1990 in Forster, 1997: 137) gewinnen die Betroffenen – angewendet auf das vorliegende Beispiel sind darunter wohl eher die Eltern oder allgemein jene, die sich vom Verhalten der Kinder gestört fühlen, als die Kinder selber zu verstehen – vor allem dadurch, dass ihre Erfahrungen und Probleme als ernstzunehmend anerkannt werden. Als sekundärer Gewinn gilt die zumindest zeitweise Entlastung oder Freistellung von den eigentlichen Rollenverpflichtungen im sozialen System. Wie gezeigt stößt die Medizinisierungstendenz in Bezug auf biomedizinische Modelle im Gegensatz zur Zuschreibung psychischer Krankheiten also nicht auf Widerstand von Seiten der potentiellen Patienten. Forster (1997: 136) stellt im Gegenteil fest, dass die Tendenz „aktiv gesucht und befürwortet“ wird.

Die soziale Umwelt als die stärkere Konfliktpartei zieht ihren Vorteil vor allem aus der Individualisierung des Problems, die die „politischen und sozialen Arrangements“ (ebenda) unangetastet lässt. Der Arzt als die mit der Lösung des Problems betraute Instanz gewinnt an Prestige und Einkommen und kann zugleich seine beruflichen Ideale verwirklichen.

## **Das Ringen um offizielle Anerkennung**

Die vierte Phase des Medizinisierungsprozesses zeichnet sich durch das „Ringen um offizielle (im weitesten Sinne staatliche) Anerkennung“ aus.

Bezüglich der Anerkennung der Krankheitsdefinition des ADS gibt es große internationale Unterschiede. Laut Barkley (1990: 20) ist die Anerkennung der Krankheitsdefinition in Nordamerika wesentlich weiter fortgeschritten als in Europa. Voß (1983: 39) stellt bei seiner Untersuchung zur „Entdeckung kindlicher ‚Verhaltensstörungen‘ in der Bundesrepublik Deutschland“ fest, dass die von Conrad aufgezeigte US-amerikanische Entwicklung hier mit einer ca. zeh-

jährigen Verzögerung einsetzte. Der Prozess der Medizinisierung des vorliegenden Beispiels zeichnet sich in Deutschland darum zusätzlich durch die unkritische Übernahme der amerikanischen Literatur zum ADS aus. Voß (1987: 108) bezeichnet dies als das „Importieren eines Mythos“. Ist in den USA das Ringen um die staatliche Anerkennung bereits erfolgreich beendet, wird derzeit in Deutschland bei Krankenkassen, beim Jugendamt und bei „unaufgeklärten“ Lehrern um Anerkennung gerungen. Dies geschieht, wenn auch nicht so gut organisiert wie in den Vereinigten Staaten, so dennoch nicht weniger engagiert auch in Deutschland.

Zur Förderung des medizinischen Modells und dessen offizieller Anerkennung werden zwei Strategien parallel eingesetzt. Zum einen bemühen sich die Wissenschaftler nachzuweisen, dass „alternative Definitions- und Interventionsformen“ inakzeptabel bzw. unwirksam sind (vgl. Forster 1997: 157). Herriger (1978: 216) bezeichnet diese Einschränkung der Ursachenforschung auf biologische Prozesse als „Primat des Biologismus“. Ein Beispiel hierfür ist die Untersuchung von Campbell u. Redfering (1979: 77). Die Autoren verglichen demographische Daten und Umweltfaktoren – dazu zählten: Geschlecht, Zugehörigkeit zu einer ethnischen Gruppe, Stellung in der Geschwisterreihe, Zahl der Geschwister, Familieneinkommen, Umzüge seit der Geburt, Alter und Bildungsgrad der gegenwärtigen Vaterfigur, Alter und Bildungsgrad der gegenwärtigen Mutterfigur, Art der Disziplinierung der Kinder (verbal, physisch, Isolation, kombinierte Formen) sowie Familienstand der Eltern – bei Kindern mit und ohne ADS<sup>2</sup>. Campbell u. Redfering kommen dabei zu dem Ergebnis, dass außer dem Geschlecht keine signifikanten Unterschiede bestehen (ebenda). Allerdings scheint die Methode der Informationsgewinnung zumindest für einige inhaltliche Punkte sehr fragwürdig. Für den Erwerb von Informationen bezüglich Alter, Geschlecht oder Zahl der Geschwister mag ein strukturiertes Interview mit relativ geringem Umfang ausreichen. Die Frage ist nur, in wie weit komplexere Zusammenhänge, wie der Erziehungsstil der Eltern, mit dieser Methode tatsächlich erfasst wurden. Gerade diese Inhalte sind aber für alternative Erklärungskonzepte des kindlichen Verhaltens von zentraler Bedeutung. Auch Barkley (1999: 32), ein vielzitatierter US-amerikanischer Wissenschaftler im Bereich des ADS, betont, dass es der Forschung nicht gelungen sei, einen Einfluss von Erziehung auf die Entstehung des ADS nachzuweisen. Auf der Ebene der Interventionsformen fand parallel eine Abwertung psychotherapeutischer Maßnahmen statt. Sie wurden nur noch in Verbindung mit einer Pharmakotherapie als sinnvoll bewertet. Dies ist ein weiteres Indiz für eine unkritisch Übernahme medizinischer Konzepte, und das obwohl positive Langzeiteffekte einer rein medikamentösen Therapie bisher nicht zweifelsfrei nachgewiesen werden konnten (vgl. Raschendorfer 1999: 77 f.)

Der Einfluss der Wissenschaft auf die Medizinisierung ist auch bei der Durchsetzung der medizinischen Behandlung des ADS von zentraler Bedeutung. Auf die-

ser Ebene verweisen die Vertreter des medizinischen Modells immer wieder auf die ausführliche wissenschaftliche Erforschung der Pharmakotherapie und rechtfertigen so die Medikation störender Verhaltensweisen, ohne ernsthaft auf die möglichen Nebenwirkungen einzugehen. Insbesondere Voß (1983: 38, 1987: 106, vgl. auch Conrad 1983: 99) betont den Einfluss der Pharmaindustrie auf das von der Wissenschaft ausgearbeitete Bild vom ADS und der Herausbildung der Medikation als bevorzugte Behandlungsform. Dieses Einwirken erkennt er insbesondere in der Förderung interessengeleiteter Forschung.

Die zweite Strategie, die genutzt wird, um das medizinische Modell der „Krankheit ADS“ zu etablieren, soll als Aufklärungsarbeit bezeichnet werden. Kliniken geben Informationsheftchen heraus, Therapeuten erstellen Konzepte, gründen Institute, bieten Fortbildungsseminare für Eltern und pädagogische Fachkräfte an und Selbsthilfegruppen laden zu Informationsabenden mit klinischen oder therapeutischen Experten ein. Ausgesprochenes Ziel ist es, wissenschaftliche Kenntnisse weiterzugeben und nutzbar zu machen.<sup>3</sup> Vor diesem Hintergrund müssen die Veröffentlichungen zum ADS, vor allem die zahlreichen Elternratgeber eingeordnet werden. All diese Aktionen sollen hier nicht grundsätzlich verurteilt werden. Es ist aber wichtig, den übergeordneten Prozess, nämlich den der Medizinisierung, zu erkennen und dessen Folgen aufzudecken.

Aufklärungsarbeit der Pharmaindustrie leistet darüber hinaus die Werbung. Laut Voß (1983: 38) dient sie dazu, Verhaltensauffälligkeiten als „allgemein bekannte Kategorie zu installieren“. Sowohl in den USA als auch in Deutschland wenden sich die Pharmakonzerne mit großem Aufwand an zwei Zielgruppen: Anzeigen in medizinischen Fachzeitschriften oder die regelmäßige Versendung eigener „Fachzeitschriften“, die von Arzneimittelfirmen herausgegeben werden und die über Diagnose und Behandlung des neuen Syndroms informieren, sollten die medizinische Öffentlichkeit ansprechen.

Die zweite Zielgruppe der Werbung war der Bildungssektor, wobei über die Schule auch die Eltern erreicht wurden. Dies hatte zur Folge, dass Lehrer und vor allem Eltern mit genauen Vorstellungen von Diagnose und Therapie an die Ärzte herantraten. Letztlich führt die Diagnose von Eltern oder Lehrern zur Medikation mit Psychopharmaka oder gar zur Einweisung in die Psychiatrie<sup>4</sup>. Eingeschränkt wurde die Werbung für Psychopharmaka erst mit dem Betäubungsmittelgesetz von 1978, nach dem in der Öffentlichkeit keine Werbung für Psychopharmaka mehr gemacht werden darf.

## **Soziale Folgen der Medizinisierung**

In Bezug auf die sozialen Folgen der Medizinisierung nennt Forster (1997: 134) drei Teilaspekte, die Zuordnung bzw. Lokalisierung des Problems auf der Ebene des Individuums, die Zuweisung der Problemlösung an die Medizin und schließlich die scheinbar neutrale gesellschaftliche Bewertung von krankheitsbezogenen Abweichungen.

### **Zuordnung des Problems auf der Ebene des Individuums**

Mit der medizinischen Konzeptionierung eines Problems wird es vorwiegend auf der Ebene des Individuums betrachtet. Verschiedene Autoren verwenden darum auch den Begriff der Individualisierung (vgl. Forster 1997: 135, Conrad 1983: 103, Voß 1987: 110). Laut Forster (1997: 135) hat die Individualisierung zwar, vor allem im Vergleich zu anderen Reaktionssystemen – etwa dem rechtlichen – den Vorteil, die Reaktion besser auf die Situation des Betroffenen abstimmen zu können. Als bedenklich wertet er jedoch die Herauslösung des Problems aus seinen komplexen gesellschaftlichen Bezügen. Die eingeschränkte Ursachenforschung verengt dabei den Blick für den sozialen Kontext. Herriger (1978: 216) bezeichnet dies als „soziale Ignoranz“ biotroper Modellkonstruktionen. Die Individualisierung führt damit gleichzeitig zu einer Entpolitisierung abweichender Verhaltensweisen (vgl. Conrad 1983: 104). Fast zwangsläufige Konsequenz ist, dass auch die Reaktion auf das Problem auf der Ebene des Individuums ansetzt.

Individualisierungsphänomene können am Beispiel des medizinischen Umgangs mit ADS-typischen Verhaltensweisen ohne weiteres gezeigt werden. Eine Neurotransmitterdysfunktion ist nach dem medizinischen Modell der Auslöser, andere Faktoren, wie Familie oder Schule können danach allenfalls zu einer Verschärfung der Problematik beitragen. Entsprechend ist die Behandlungsform konzipiert: Medikamente gelten als Therapeutikum erster Wahl. Auch sogenannte multimodale Vorgehensweisen, die auf den ersten Blick durch den Einbezug andere Interventionsverfahren weniger individualistisch wirken (wie von Döpfner 1995 konzipiert), erweisen sich bei genauer Betrachtung als kindzentriert. Die Schwerpunkte zusätzlicher Interventionsformen liegen auf Selbstinstruktionstraining, Selbstmanagementverfahren, spielbezogene Interventionen, soziale Kompetenztrainings und Problemlösetrainings oder Übungsbehandlungen. Das Problem der Individualisierung bleibt damit also weiter bestehen.

Familienzentrierte bzw. kindergarten- und schulzentrierte Verfahren sind hingegen als Ansätze zu verstehen, die darauf zielen, Bedingungen zu verändern,



die außerhalb des Kindes liegen. Der Einfluss dieser Bedingungen wird von vornherein jedoch ausschließlich in der Aufrechterhaltung und nicht in der Verursachung des störenden Verhaltens gesehen. Auch diese Verfahren beziehen sich auf relativ kleine Systeme, wie die Familie. Und was sich schulzentrierte Ansätze nennt, meint eigentlich die Bedingungen im Klassenraum und die Interaktion mit dem Lehrer. Das Gesamtsystem Schule oder gar gesellschaftliche Bedingungen werden nicht problematisiert. Natürlich wirken diesbezügliche Forderungen oft wenig handfest und sind noch schwerer umzusetzen. Die entpolitisierende Wirkung des medizinischen Modells setzt jedoch früher an und macht es gar nicht erst erforderlich, politische Forderungen zu stellen. Dennoch ist die Adaption dieses Modells nur scheinbar unpolitisch. Tatsächlich stärkt sie eine Politik, die auf den Erhalt und nicht auf die Veränderung sozialer oder politischer Strukturen zielt. Da soziale und politische Verhältnisse durch diesen Zusammenhang eher erhalten als in Frage gestellt werden, bezeichnet Forster (1997: 135) die Medizinisierung als eine „tendenziell ‚konservative‘ Lösung“.

## Zuweisung der Lösung des Problems an die Medizin

Die Zuweisung der Problemlösung an die Medizin hat für den „Kranken“ durchaus Vorteile. Probleme, die der Medizin zugeordnet sind, werden, so Forster, von verschiedenen Faktoren günstig beeinflusst. Dazu zählt unter anderem der zur Norm erhobene Humanismus in der Medizin. Die Einführung von Krankheitsbegriffen trägt nach Auffassung verschiedener Autoren zu einer Humanisierung der Behandlung von Abweichung bei, vor allem – da mit Anerkennung bestimmter Verhaltensweisen als krankhaft – zunehmend von körperlichen Strafen abgesehen wird (vgl. Ausubel 1972: 60, Hallowell u. Raley 1999: 403)<sup>5</sup>. Der Begriff der „Humanisierung“ kann in Anlehnung an Foucault (1969: 159) allerdings nur in Anführungszeichen stehen bleiben, denn er entdeckt hinter dieser Humanisierung seinerseits ein subtileres Moralisieren und zwar durch die Verinnerlichung der moralischen Instanz. Dies lässt sich gut am Beispiel des ADS verdeutlichen. Störendem Verhalten wird – außerhalb der Krankheitsdefinition – mit mehr oder weniger offenen Formen der Auseinandersetzung (physische Bestrafung, aber auch psychische Bestrafung durch Liebesentzug, Schuldzuweisung oder Erniedrigung) begegnet. Mit der Einordnung des Verhaltens in Krankheitskategorien eröffnet sich eine neue Möglichkeit der Intervention und zwar die der Medikation. Der Konflikt wird nicht mehr ausgetragen. Das Ziel der Intervention bleibt jedoch das gleiche. Besonders deutlich macht dies Voß' (Voß u. Wirtz 1996: 41, vgl. auch Voß 1983: 30) Bezeichnung der „pharmakologischen Disziplinierung“.

Als weiteren Vorteil der Anerkennung medizinischer Sichtweisen für den „Kranken“ nennt Forster die optimistische Sichtweise und die aktivistische Heran-

gehensweise an Probleme. Dass die aktivistische Herangehensweise gesellschaftlichen Werten entgegenkommt, zeigte Zola (1979: 61) bereits in seinem richtungsweisenden Aufsatz. Wie konkret sich diese Haltung auf der persönlichen Ebene wiederfinden kann, soll hier anhand eines Zitates gezeigt werden: „Eine regelrechte Erleichterung war es für uns zu erfahren, dass die Verhaltensweise unseres Joachim krankhaft ist und er medikamentös behandelt werden kann.“ (Voß u. Wirtz, 1996: 11) Ob im Zusammenhang mit der Anerkennung des medizinischen Modells beim ADS allerdings von einer optimistischen Sichtweise gesprochen werden kann, ist fraglich. Schließlich schreibt es beim betroffenen Kind eine dem Grunde nach irreversible Funktionsstörung und damit, dem medizinischen Modell konsequent folgend ein dauerhaftes Angewiesensein auf Medikamente fest. Hansen spricht in diesem Zusammenhang darum von „pädagogischem Pessimismus“ (1997: 97, vgl. auch Raschendorfer 2003: 13).

Die beschriebenen Vorteile des Krankheitsstatus für die Kinder und die erziehenden Personen, begünstigen dessen Übernahme und damit auch die medizinische Lösung des Problems. Die Notwendigkeit, für bestehende Auseinandersetzungen der Kinder und ihrer Familien mit ihrer Umwelt auch gesellschaftlich Verantwortung zu übernehmen, wird verdeckt. Damit bereitet die Durchsetzung medizinischer Problemlösungen ebenso wie die Individualisierung den Weg für eine Entpolitisierung der Herangehensweise. Zusammenfassend muss festgestellt werden, dass, wie die Individualisierung, auch die Durchsetzung medizinischer Problemlösungen den Weg für eine Entpolitisierung der Herangehensweise frei macht.

## Normalisierung

Erst und ausschließlich mit der Annahme der Krankenrolle und der kompetenten Hilfe durch den Arzt kann der vermeintliche Patient den Kampf gegen die Krankheit gewinnen und so sein wollen, wie er wollen soll<sup>6</sup>, nämlich brav und aufmerksam.

Moralische Theorien über Normalität, optimale Leistung oder ähnliche Ideale spielen bei der Definition des Krankheitsmodells ADS offensichtlich eine große Rolle. Verhaltensweisen werden vor allem als abweichend erkannt, weil sie den normierten Erwartungen der sich gestört Fühlenden nicht entsprechen. Handlungsauftrag des Arztes ist es, dem „Patienten“ zur Erfüllung von „Normalitätsstandards“ (Forster 1997: 143) zu verhelfen. Dabei erzeugt die Definition auffälligen Verhaltens als medizinisches Problem für viele Kinder, Jugendliche und deren Eltern eine fatale Verknüpfung von Hilfsbedürftigkeit und Mitwirkungspflicht. Den Betroffenen wird abgesprochen, Herr ihrer selbst zu sein. Sie werden beschrieben als „Opfer ihrer Befindlichkeit“ oder „Sklaven ihrer Impulsi-

tät“ (Hallowell u. Ratey, 1999: 109). Wer jedoch das Mitwirken im medizinischen Hilfsprozess versagt und den professionellen Rat des Arztes nicht befolgt oder wer sich gegen die Übernahme der Krankenrolle wehrt, wird als „doppelt abweichend“ (vgl. Cavadion 1989, zitiert in Forster 1997: 143) angesehen.

## Anmerkungen

- 1 Dieser Aufsatz basiert auf meiner Diplomarbeit „Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS) unter Berücksichtigung von Aspekten der Medizinisierung abweichenden Verhaltens“ als cand. Dipl. Soz. Päd. Um eine konsistente Rechtschreibung zu gewährleisten wurden Zitate nach den Regeln der neuen Rechtschreibung überarbeitet.
- 2 Die Kinder wurden von ihren Lehrern mit der umstrittenen Kurzform der Connors Rating Scale (vgl. Voß 1983: 21 f.) bewertet.
- 3 Vgl. Informationsbroschüre „im Team zum Ziel“ des Opti Mind Instituts Wiesbaden, S. 2
- 4 Zu Forderungen der Eltern nach Medikation vgl.: Voß 1987; 70, 106, zum Einfluss der Lehrer vgl. Kennedy, zitiert im Anhang bei: Hartmann 1997; 146, Breggin 1997; 90; zur Einweisung in die Psychiatrie vgl. Breggin 1997; 129
- 5 Im Gegensatz dazu vgl. Szasz 1976; 207 f.
- 6 „Die Kinder wollen sich sehr wohl ‚gut‘ verhalten und für sich verantwortlich sein, aber sie können leider nicht so wollen, wie sie wollen sollen“ (in Anlehnung an Neuhaus, 1999: 55)

## Literatur

- Armstrong, Thomas 1995: The myth of the A.D.D. child: 50 ways to improve your Child's behavior and attention span without drugs, labels or coercion. New York, London u.a.
- Aust-Claus, Elisabeth 1999: Das ADS-Buch. Ratingen
- Ausubel, David P. 1972: Persönlichkeitsstörung ist eine Krankheit, in: Keupp, H. (Hg.): Das Krankheitsbild in der Psychopathologie. München
- Bakley, Russell A. 1990: Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. New York
- Barkley, Russell A. 1999: Hyperaktive Kinder, in: Spektrum der Wissenschaft, 3, 30
- Breggin, Peter R. 1997: Giftige Psychiatrie, Teil 2. Heidelberg
- Campbell, Elisabeth S.; Redfering, David L. 1979: Relationship among environmental and Demographic Variables and Teacher-Rated Hyperactivity, in: Journal of Abnormal Child Psychology, 1, 77
- Conrad, Peter 1983: Die Entdeckung der Hyperkinese: Anmerkungen zur Medizinisierung abweichenden Verhaltens, in: Voß, Reinhard (Hg.): Pillen für den Störenfried? Hamm u.a.
- Döpfner, Manfred 1995: Hyperkinetische Störungen, in: Petermann, Franz (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen u.a.

- Dt. Ärzteblatt, 2001, 98: A 541–544 (Heft 9)
- Eichseder, Walter 1998: Unkonzentriert? Hilfen für hyperaktive Kinder und ihre Eltern. Weinheim
- Foucault, Michel 1969: Wahnsinn und Gesellschaft. Frankfurt am Main
- Forster, Rudolf 1997: Psychiatriereform zwischen Medikalisation und Gemeindeorientierung. Opladen
- Hallowell, Edward M.; Ratey, John 1999: Zwanghaft zerstreut oder die Unfähigkeit, aufmerksam zu sein., Reinbek bei Hamburg
- Hansen, Gerd 1997: Hyperaktivität, in: Hansen, Gerd; Stein, Roland (Hg.) Sonderpädagogik konkret. Bad Heilbrunn
- Hartmann, Thom 1997: Eine andere Art, die Welt zu sehen. Lübeck u.a.
- Herriger, Norbert 1978: Verwahrlosung und medizinisches Modell – Argumente wider die Medikalisation abweichenden Verhaltens, in: Neue Praxis, 213
- Illich, Ivan 1995: Die Nemesis der Medizin – die Kritik der Medikalisation des Lebens. München
- Neuhaus, Cordula 1999: Das hyperaktive Kind und seine Probleme. Berlin
- Ortner, Alexander; Ortner, Reinhold 1991: Verhaltens- und Lernschwierigkeiten: Handbuch für die Grundschulpraxis. Weinheim
- Psychologie heute 1991: Hyperaktivität: eine Hirnanomalie? 5, 43
- Raschendorfer, Nicola 1999: Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS) unter Berücksichtigung von Aspekten der Medizinisierung abweichenden Verhaltens. Wiesbaden, Fachbereich Sozialwesen
- Raschendorfer, Nicola 2003: ADS – Und wenn es das gar nicht gibt. Mülheim
- Ryffel, Meinhard 1998: Wann und warum helfen Medikamente, in Thierstein, Claudia (Hg.): Unruhige, unkonzentrierte und auffällige Kinder im Alltag – POS, ADS und HKS. Bern u.a.
- Schlich, Thomas 1996: Die Konstruktion der notwendigen Krankheitsursache: Wie die Medizin Krankheit beherrschen will, in: Borck, Cornelius (Hg.): Anatomien medizinischen Wissens. Frankfurt am Main
- Szasz, Thomas S. 1972: Der Mythos von der seelischen Krankheit, in: Keupp, Heinrich (Hg.): Das Krankheitsbild in der Psychopathologie), München
- Voß, Reinhard 1983: Pillen für den Klassenfrieden, in: ders (Hg.): Pillen für den Störenfried? Hamm
- Voß, Reinhard 1987: Anpassung auf Rezept: die fortschreitende Medizinisierung auffälligen Verhaltens von Kindern und Jugendlichen. Stuttgart
- Voß, Reinhard; Wirtz, Roswita 1990: Keine Pillen für den Zappelphilipp. Reinbek bei Hamburg
- Zola, Irving K. 1997: Gesundheitsmanie und entmündigende Medikalisation, in: Illich, Ivan et al. (Hg.): Entmündigung durch Experten – zur Kritik der Dienstleistungsberufe. Reinbek bei Hamburg

*Dipl. Sozialpädagogin Nicola Raschendorfer, Luisenstr. 27b, 55124 Mainz  
E-Mail: dienicola@gmx.de*



Renate Schumak

## **Die neue Anthropologie des Arbeitslosen** Diskursanalyse eines Gesetzestextes: Grund- sicherung für Arbeitssuchende (SGB II)

---

Das neue Sozialgesetzbuch II, besser bekannt als Hartz IV, regelt ab 2005 die Existenzgrundlage für alle Erwerbsfähigen und ihre engsten Angehörigen, die keine Arbeit finden können bzw. deren Arbeitseinkommen nicht zum Lebensunterhalt ausreicht. Der Beitrag untersucht, wie der Gesetzestext seine Adressaten konstruiert: Mit zunächst wohlklingenden Vokabeln wie ‚Grundsicherung‘, ‚Eigenverantwortung‘ oder ‚Eingliederungsvereinbarung‘ werden Praktiken festgeschrieben, die die Handlungsspielräume der Betroffenen erheblich einschränken und ihre Rechte beschneiden. Hintergrund ist die Konstruktion von Erwerbslosen als Inaktive, die motiviert und aktiviert werden müssen (unter Androhung des Entzugs der Existenzgrundlage) sowie als Anspruchsvolle, denen Grenzen aufgezeigt werden müssen. Diese Konstruktion wird im Rahmen des folgenden Beitrags mit praktischen Erfahrungen in der psychologischen Beratungsarbeit mit Erwerbslosen sowie deren eigenen Aussagen konfrontiert. Es ergibt sich ein paradoxes Bild: Maßnahmen, deren ausgemachtes Ziel es ist, die Eigenverantwortung ihrer Adressaten zu stärken, führen tatsächlich zu Bevormundung und Entmutigung. Der Beitrag schließt mit Überlegungen dazu, unter welchen Bedingungen diese scheinbar widersinnige Psychologie des Gesetzes dennoch folgerichtig sein könnte.

### **1 Einführung in Text und Gesetz**

Unter dem Namen ‚Gesetz zur Grundsicherung für Arbeitssuchende‘ (welches an zweiter Stelle in das Sozialgesetzbuch eingeordnet wurde, daher auch ‚SGB II‘) haben Bundestag und Bundesrat ein Gesetz beschlossen, das für diejenigen Erwerbslosen, die keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld (mehr) haben, die Existenzsicherung ab 1.1.2005 regelt. Der bekannteste Inhalt ist die Zusammenlegung von der bisherigen Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe für erwerbsfähige Personen und ihre engsten Angehörigen zum sogenannten ‚Arbeitslosengeld II‘ (ALGII).

In Zusammenhang mit meinem Arbeitsfeld der psychologisch-sozialen Beratung für Erwerbslose in einer Beratungsstelle in Hamburg, der Solidarischen Psycho-sozialen Hilfe (Schultz 2002 und [www.spsh.de](http://www.spsh.de)), musste ich mich selbstverständlich mit diesen gesetzlichen Neuerungen für Erwerbslose befassen. Dabei standen zunächst Fragen im Vordergrund wie: Welche neuen Rechte und Pflichten kommen auf die Betroffenen zu, welche Handlungsspielräume haben sie, d.h. auch, welche Handlungsspielräume gibt es für die Beratung? Im Rahmen der Arbeitsgruppe Sozialhilfe der Sozialpolitischen Opposition Hamburg ist hierzu gerade ein übersichtliches Informationsblatt in Arbeit (demnächst zu finden unter: [www.lichter-der-grossstadt.de](http://www.lichter-der-grossstadt.de), weitere aktuelle Infos unter: [www.alg-2.info](http://www.alg-2.info) ).

Im Zuge dieser Arbeit fand ich dann den Gesetzestext selbst immer interessanter, und zwar insbesondere dahingehend, wie die Betroffenen darin vorkommen, d.h. von welchen impliziten Vorstellungen über die betroffenen Menschen darin ausgegangen wird. Ich las den Text also unter folgenden Fragestellungen: Was sagt der Gesetzestext über seine Adressaten aus? Welche (impliziten) Annahmen werden über sie angestellt? Wie müssen sie charakterisiert sein, damit die ihnen zgedachte Behandlung im Text Sinn macht? Den Ergebnissen dieser Befragung des Textes ist dieser Beitrag gewidmet.

Nach einer (sehr) knappen Einführung in die Grundlagen des SGB II werde ich an Hand einiger zentraler Passagen des Gesetzes (Zielstellung Eigenverantwortung, Grundsatz des Forderns, Zumutbarkeit von Arbeit und Arbeitsgelegenheiten, Eingliederungsvereinbarungen und Sanktionen) die Konstruktion der Erwerbslosen im Gesetzestext darlegen, um diese dann mit den Ergebnissen einer kleinen Befragung von Erwerbslosen zu kontrastieren.

Als viertes Gesetz, welches die Vorschläge der Hartz-Kommission zur Reform der Arbeitsmarktpolitik (vgl. Hartz-Kommission 2002) umsetzen soll, sorgt das SGB II unter dem Stichwort ‚Hartz IV‘ inzwischen für große Aufregung in den Medien und unter den (potenziell) Betroffenen, geht es doch um die Absicherung des Existenzminimums für alle erwerbsfähigen Menschen und ihre Familien, die keine Arbeit haben oder von der Arbeit, die sie haben, nicht leben können (dies ist eine wichtige Neuerung: Voraussetzung des Bezugs von Leistungen nach dem SGB II ist nicht mehr nur Arbeitslosigkeit). Die besondere Brisanz dieser Gesetzesreform wird dabei in der Öffentlichkeit erst nach und nach deutlich: denn sie betrifft nicht nur einen wie auch immer gearteten unteren Rand der Gesellschaft, sondern reicht sowohl hinsichtlich der Anzahl also auch hinsichtlich des möglichen vorangegangenen Werdegangs und Status der Betroffenen bis weit in die sogenannte Mitte der Gesellschaft hinein. Zudem hat die Reform Auswirkungen über die direkt Betroffenen hinaus auf wesentliche Teile des gesellschaftlichen Lebens: auf die Ausgestaltung von Arbeitsverhältnissen insgesamt, indem durch Verzicht auf jegliche Grenzen der Zumutbarkeit von Arbeit

für einen großen Teil der Arbeitsuchenden tarifliche Absicherung und Arbeitnehmerrechte suspendiert werden, was die Tarifpolitik und den Arbeitsmarkt insgesamt unter Druck setzt (s. Kap. 2.3.); auf die Wohnungs- und Stadtteilpolitik, indem durch Festlegung von Mietobergrenzen Menschen indirekt gezwungen werden können, umzuziehen; auf die Familienpolitik durch das Heranziehen von Einkommen und Vermögen von Partnern und von Kindern, auf die Gesundheits- und Rentenpolitik, u.a. durch die weitgehende Heranziehung von Rücklagen; auf die Wirtschaftspolitik, indem durch die Verunsicherung der KonsumentInnen die Binnennachfrage weiter geschwächt werden wird; auf die Jugend- und Bildungspolitik durch die besonders restriktiven Sanktionen für Menschen unter 25 Jahren.

Im Zentrum steht dabei die Abschaffung der Arbeitslosenhilfe und der Sozialhilfe für erwerbsfähige Menschen, die keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld haben (für Arbeitslosengeldbezieher bleibt das SGB III maßgebend). Beide Leistungen werden ersetzt durch das sogenannte Arbeitslosengeld II (ALG II), dessen Berechnung unabhängig vom vorherigen Verdienst ähnlich der bisherigen Sozialhilfe erfolgt und in etwa auf deren Niveau (das Niveau der alten Sozialhilfe wird dabei insbesondere für Familien mit Kindern eher unter- als überschritten, vgl. Schruth 2004, S. 3) den minimalen Bedarf der so genannten Bedarfsgemeinschaft (Partner und minderjährige Kinder) absichern soll – unter Anrechnung sämtlicher Einkünfte und fast des ganzen Vermögens. Die Leistung ist also nachrangig und wird nur bei Bedürftigkeit ausbezahlt (ausführliche Informationen zum Stand der Diskussion um das Gesetz und seine Folgen findet sich unter: [www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik](http://www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik)).

Mit anderen Worten: die Leistung ist nur für Personen und ihre Angehörigen vorgesehen, die ausschließlich auf Erwerbsarbeit zur Sicherung ihres Lebensunterhaltes angewiesen sind, aber keine Arbeit finden können, die diesen sichert. Dies gilt es im Auge zu behalten: abgesichert wird mit dieser Leistung ausschließlich das Existenzminimum (entsprechend der Sozialhilfe), alle Leistungsempfänger sind auch mit dieser Leistung arm, und alle Vorschriften und Sanktionen betreffen das Existenzminimum.

## **2 Einige zentrale Regelungen des Gesetzes und ihre Aussagen über erwerbslose Menschen**

### **2.1 Eigenverantwortung statt Menschenwürde**

Im ersten Paragraphen des Gesetzes werden Aufgaben und Ziel der neuen ‚Grundsicherung für Arbeitsuchende‘ näher bestimmt:



### § 1 Aufgabe und Ziel der Grundsicherung für Arbeitsuchende

(1) Die Grundsicherung für Arbeitsuchende soll die Eigenverantwortung von erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und Personen, die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft leben, stärken und dazu beitragen, dass sie ihren Lebensunterhalt unabhängig von der Grundsicherung aus eigenen Mitteln und Kräften bestreiten können. Sie soll erwerbsfähige Hilfebedürftige bei der Aufnahme oder Beibehaltung einer Erwerbstätigkeit unterstützen und den Lebensunterhalt sichern, soweit sie ihn nicht auf andere Weise bestreiten können

Das erste Wort im Gesetz (außer dem Namen des Gesetzes) lautet: Eigenverantwortung. Diese zu stärken, ist das vordringlichste Ziel des Gesetzeswerks, und zwar noch vor der Absicherung des Lebensunterhalts der Menschen, die diesen *per definitionem* ja nicht selbst bestreiten können. Wenn die erstgenannte Aufgabe des Gesetzes auch seine wichtigste ist, sollen also das Gesetz und die mit ihm verbundenen Institutionen in erster Linie auf die Eigenverantwortung der Betroffenen abzielen.

Aber warum muss Eigenverantwortung gestärkt werden, und zwar durch ein Gesetz? Denkbar wären schließlich auch Appelle oder freiwillige Vereinbarungen, wie sie bei anderen Adressaten der Arbeitsmarktpolitik wie den Unternehmen durchaus üblich sind, in etwa bei der Diskussion um Ausbildungsplätze. In letztgenanntem Zusammenhang hat sich der Bundesminister für Wirtschaft und Arbeit, Wolfgang Clement, paradigmatisch so geäußert: „Freiwillig ist besser.“ Und weiter: „Ich bin überzeugt: Wir werden langfristig nicht leistungsstark bleiben, wenn Wirtschaft und Gesellschaft ihre ureigensten Aufgaben nicht aus eigenem Antrieb lösen.“ (Clement 2004, S. 2) Für Erwerbslose gilt hingegen etwas anderes: ihre ‚Eigenverantwortung‘ wird gesetzlich verordnet und sanktioniert.

Dieses macht nur Sinn, wenn

- ▷ erstens es den Menschen, auf die das Gesetz abzielt, auch in erster Linie an Eigenverantwortung mangelt,
- ▷ zweitens dieser Mangel die Hauptursache der Misere ist,
- ▷ und dieser Mangel drittens anders nicht behoben werden kann.

Genauer ausbuchstabiert setzt der Gesetzestext folgendes voraus: Die betroffenen erwerbslosen und arbeitssuchenden Menschen handeln nicht eigenverantwortlich genug. Statt ihr Leben in die eigene Hand zu nehmen, tendieren sie dazu, andere für ihr Schicksal verantwortlich zu machen und von anderen zu erwarten, sich um sie zu kümmern. Diese Haltung stellt in der impliziten Logik des Gesetzes eine der Hauptursachen ihrer Hilfebedürftigkeit und Abhängigkeit von staatlichen Transferleistungen dar, also ihrer Arbeitslosigkeit, und wird deshalb auch zur ersten Zielscheibe der gesetzlichen Maßnahmen.

Entsprechend zeigen die nächstgenannten Ziele – unabhängig von der Grundsicherung den Lebensunterhalt aus eigenen Kräften und Mitteln bestreiten zu können und Erwerbstätigkeit aufzunehmen oder beibehalten zu können – deut-

lich die Intention des Gesetzes: die Verantwortung für Arbeitslosigkeit und Armut weitestgehend an die einzelnen abzugeben und Staat und Politik davon zu entlasten. Erst ganz am Ende der Aufzählung von Aufgaben und Zielen findet sich die Sicherung des Lebensunterhalts der Betroffenen, soweit diese ihn eben nicht auf andere Weise bestreiten können.

Der Vergleich mit dem noch gültigen Bundessozialhilfegesetz (BSHG), welches ja u.a. auch für diejenigen Erwerbslosen zuständig ist, die weder Arbeitslosengeld noch Arbeitslosenhilfe bekommen können, mag den besondern Gehalt der neuen Zielbestimmung des SGB II verdeutlichen: Im BSHG heißt es an gleicher Stelle: „Aufgabe der Sozialhilfe ist es, dem Empfänger der Hilfe die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht.“ (BSHG §1 Abs.2) Der erste Paragraph des neuen Gesetzes lehrt demnach: Eigenverantwortung anstatt Menschenwürde ist der Kern der neuen Grundsicherung.

## 2.2 Grundsatz des Forderns

Im zweiten Paragraphen, der festlegt, welchen Grundsätzen das Gesetz verpflichtet ist, wird konkretisiert, welcher Art die Eigenverantwortung ist, die das Gesetz stärken will und auf welche Weise dies in erster Linie geschehen soll: nämlich dadurch, dass Forderungen an die Hilfebedürftigen gestellt werden:

### § 2 Grundsatz des Forderns

(1) Erwerbsfähige Hilfebedürftige und die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen müssen alle Möglichkeiten zur Beendigung oder Verringerung ihrer Hilfebedürftigkeit ausschöpfen. Der erwerbsfähige Hilfebedürftige muss aktiv an allen Maßnahmen zu seiner Eingliederung in Arbeit mitwirken, insbesondere eine Eingliederungsvereinbarung abschließen. Wenn eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in absehbarer Zeit nicht möglich ist, hat der erwerbsfähige Hilfebedürftige eine ihm angebotene zumutbare Arbeitsgelegenheit zu übernehmen.

(2) Erwerbsfähige Hilfebedürftige und die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen haben in eigener Verantwortung alle Möglichkeiten zu nutzen, ihren Lebensunterhalt aus eigenen Mitteln und Kräften zu bestreiten. Erwerbsfähige Hilfebedürftige müssen ihre Arbeitskraft zur Beschaffung des Lebensunterhalts für sich und die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen einsetzen.

Schon die Überschrift mag verwundern: der Grundsatz der aktivierenden Sozialpolitik, auf den in nahezu jedem Leitartikel und nahezu jeder Talkshow hingewiesen wird, heißt ‚Fördern und Fordern‘. Man könnte erwarten, diesen Grundsatz auch im Gesetz wieder zu finden. Doch hier ist das Fördern verloren gegangen; übrig bleiben nur Forderungen an die Hilfebedürftigen.

Diese teilen sich in zwei Abschnitte: der erste Absatz bezieht sich auf die im Sozialgesetzbuch festgelegten Maßnahmen zur Eingliederung in Arbeit, dabei

werden insbesondere die Eingliederungsvereinbarung und die Arbeitsgelegenheiten hervorgehoben (weswegen ich auf diese im dritten und vierten Abschnitt dieses Kapitels auch ausführlicher eingehen werde). An diesen aktiv mitzuwirken ist die erste Pflicht der Hilfebedürftigen. Im zweiten Absatz sind die grundsätzlichen Pflichten der Hilfebedürftigen genannt: sie haben in eigener Verantwortung alle Möglichkeiten zu nutzen, ihren Lebensunterhalt selbst zu bestreiten und dabei insbesondere ihre Arbeitskraft einzusetzen. Was wird nun über Menschen gesagt, von denen dieses gefordert werden muss? Offensichtlich nutzen sie von sich aus nicht alle Möglichkeiten, ihren Lebensunterhalt selbst zu bestreiten und sie setzen von sich aus ihre Arbeitskraft nicht (genügend) ein. Dies setzt voraus, dass sie arbeiten könnten und mit Erwerbsarbeit ihren Unterhalt absichern könnten, wenn sie wollten. In Frage gestellt wird hier also implizit die Arbeitsbereitschaft der Hilfebedürftigen. Dies zeigt auch die Formulierung im ersten Absatz des Paragraphen: dass die Forderung an die Hilfebedürftigen erst herangetragen werden muss, an Maßnahmen mitzuwirken, die sie in Arbeit bringen sollen, setzt wiederum voraus, dass sie an solchen Maßnahmen nicht besonders interessiert sind. Gleichzeitig geht der Text hier noch weiter: nicht nur die Mitwirkung an Maßnahmen wird gefordert, es geht ausdrücklich um die aktive Mitwirkung. Also ist auch die Passivität der Hilfebedürftigen ein gesetzlich zu lösendes Problem. Die ersten beiden Paragraphen des Gesetzes im Zusammenhang geben also über die Adressaten der neuen Arbeitsmarktpolitik, die Erwerbslosen, implizit folgende Auskünfte: sie übernehmen von sich aus nicht genügend Verantwortung dafür, eine Arbeit zu bekommen und unabhängig von staatlichen Leistungen zu leben. Zweifel an ihrer Aktivität und Arbeitsbereitschaft sind angebracht. Die Gefahr von Verantwortungslosigkeit, Inaktivität und Arbeitsunwilligkeit ist so schwerwiegend, dass gesetzlicher Eingriff nötig ist.

### 2.3 Arbeitskraft einsetzen!

Das wichtigste – und im Gesetz einzig genannte Mittel (denkbar wären bei einiger Fantasie z.B. auch Heirat oder Erbschaft) – um unabhängig von der staatlichen Grundsicherung den Lebensunterhalt zu bestreiten, ist es, seine Arbeitskraft einzusetzen. Darauf zielen denn auch die genannten Maßnahmen und Forderungen, und daher scheint es sinnvoll, die entsprechenden Paragraphen zu betrachten – denn immerhin ist der Einsatz ihrer Arbeitskraft scheinbar das, was die Hilfebedürftigen nicht in ausreichender Eigenverantwortung tun. Die zentralen Stichworte dazu sind: Zumutbarkeit und Arbeitsgelegenheiten.

#### § 10 Zumutbarkeit

(1) Dem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen ist jede Arbeit zumutbar (...)

Dies ist die lapidare Kernaussage: Jede Arbeit ist zumutbar. (Ausgeschlossen werden im folgenden nur Arbeiten, zu denen jemand körperlich oder geistig nicht in der Lage ist, oder die gegen Gesetze verstoßen oder sittenwidrig sind. Ausdrücklich zuzumuten sind hingegen Arbeiten, deren Bezahlung gering ist – auch sind z.B. geringfügige Beschäftigungen zumutbar – sowie Arbeiten, die nicht der Qualifikation der Betroffenen entsprechen oder die weite Fahrwege erfordern.)

In der Begründung des Gesetzes heißt es dazu: „Die Anforderungen an die Erwerbsfähigen sind schärfer als diejenigen bei dem Versicherungssystem des Dritten Buches. Grundsätzlich ist dem Erwerbsfähigen jede Arbeit zumutbar, weil er verpflichtet ist, die Belastung der Allgemeinheit durch seine Hilfebedürftigkeit zu minimieren. ... Grundsätzlich müssen eigene Interessen zurückstehen“ (Deutscher Bundestag 2003, S. 53 ). Was sagt also das Gesetz über die Hilfebedürftigen, von denen solche Arbeit in der Arbeitsmarktreform gesetzlich gefordert wird? Sie sind offenbar bislang nicht ausreichend bereit gewesen zu arbeiten, d.h. sie haben Möglichkeiten gefunden, Arbeit zu vermeiden. Vielleicht waren sie grundsätzlich träge oder faul, vielleicht waren und sind sie zu anspruchsvoll, in jedem Falle muss wiederum durch die gesetzliche Vorschrift ihre Bereitschaft und Motivation, um jeden Preis zu arbeiten, erst hergestellt werden. Die Begründung des Gesetzes verdeutlicht die Dringlichkeit dieser Aufgabe: die Erwerbslosen und ihre Hilfebedürftigkeit sind eine Belastung für die Allgemeinheit. Dies stellt die Erwerbslosen in Gegensatz zur ‚Allgemeinheit‘ als Subjekt. Sie sind eine Belastung. Ihre Interessen, Bedürfnisse und Standpunkte zählen nicht so wie die anderer, und können und dürfen nicht gleichermaßen berücksichtigt werden. Mit Judith Butler könnte man sagen: sie bilden das Außen der Allgemeinheit, sie sind nicht gleichermaßen intelligibel, vernünftig, beachtenswert und bilden „genau jene ‚nicht lebbar‘ und ‚unbewohnbar‘ Zonen des sozialen Lebens, die dennoch dicht bevölkert sind von denjenigen, die nicht den Status des Subjekts genießen, deren Leben im Zeichen des ‚Nicht-Lebbar‘ jedoch benötigt wird, um den Bereich des Subjekts einzugrenzen“ (Butler 1997, S. 23).

Das Subjekt hat zu arbeiten. Was aber, wenn es trotz alledem kein Arbeitsplatz findet? Auch hierzu hat das Gesetz eine Antwort, nämlich die Arbeitsmöglichkeiten:

#### § 16 Leistungen zur Eingliederung

(1) Für erwerbsfähige Hilfebedürftige, die keine Arbeit finden können, sollen Arbeitsmöglichkeiten geschaffen werden. Werden Gelegenheiten für im öffentlichen Interesse liegende, zusätzliche Arbeiten nicht nach Absatz 1 als Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen gefördert, ist den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen zuzüglich zum Arbeitslosengeld II eine angemessene Entschädigung für Mehraufwand zu zahlen; diese Arbeiten begründen kein Arbeitsverhältnis im Sinne des Arbeitsrecht; (...)

Um die Arbeit soll also zukünftig niemand herumkommen, selbst wenn es keine Arbeitsplätze gibt. Die Arbeitsgelegenheiten ohne richtigen Lohn (nur gegen stundenweise Aufwandsentschädigung) und ohne Arbeitnehmerrechte sind dabei genauso verpflichtend wie jede andere Arbeit. (Diese Form der Arbeitsgelegenheiten gegen Mehraufwand wurde im Rahmen der Sozialhilfe in den letzten Jahren schon erprobt; kritisch zur Hamburger Praxis: AG Soziales 2002) Da diese Arbeitsgelegenheiten nicht vom Arbeitslosengeld II unabhängig machen, müssen sie anderen Zielen dienen, wie z.B. der Überprüfung der Arbeitsbereitschaft. Zudem machen sie es möglich, reguläre Arbeitsverhältnisse abzubauen, d.h. tarifliche und sozialversicherte Arbeitsplätze durch Arbeitsgelegenheiten zu ersetzen, die nichts kosten, und deren Inhaber kaum Rechte haben. An dieser Stelle wird besonders deutlich, wie sehr die Regelungen des Gesetzes über die direkt betroffenen Erwerbslosen hinaus auf den gesamten Arbeitsmarkt wirken (beispielhaft dazu das Projekt des Chefs der Bundessagentur für Arbeit, Weise, arbeitslose Erzieherinnen zur Kinderbetreuung zu verpflichten).

Leider steht zu befürchten, dass die Arbeitsgelegenheiten für einen weiten Kreis von ALG-II-Empfängern zur praktisch einzigen ‚Eingliederungsleistung‘ werden könnten. Rolf Steil, der Direktor der Arbeitsagentur Hamburg, hat angesichts des Arbeitsmarktes und angesichts leerer Kassen auf die Frage nach Eingliederungshilfen für Langzeitarbeitslose „eine harte, aber realistische Antwort“, nämlich eben die „gemeinnützige Arbeit, für Akademiker in Museen oder Kitas, für andere als Straßenfeger oder Unkrautzupfer“ (Weikert 2004). Allerdings reiche das für Eingliederungsmaßnahmen vorgesehene Geld selbst in diesem Segment in Hamburg nur für ein paar tausend Arbeitslose (ebd.).

## 2.4 Eingliederungsvereinbarung abschließen!

Als letzten Punkt möchte ich noch auf das Instrument der Eingliederungsvereinbarung eingehen, das im Grundsatzparagrafen des Gesetzes genannt wurde, und mit dem es schon jetzt im Rahmen des SGB III praktische Erfahrungen gibt:

### § 15 Eingliederungsvereinbarung

(1) Die Agentur für Arbeit soll mit jedem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen die für seine Eingliederung erforderlichen Leistungen vereinbaren (Eingliederungsvereinbarung). Die Eingliederungsvereinbarung soll insbesondere bestimmen,

1. Welche Leistungen der Erwerbsfähige zu Eingliederung in Arbeit erhält,
2. Welche Bemühungen der erwerbsfähige Hilfebedürftige in welcher Häufigkeit zur Eingliederung in Arbeit mindestens unternehmen muss, und in welcher Form er die Bemühungen nachzuweisen hat.

(...) Kommt eine Eingliederungsvereinbarung nicht zustande, sollen die Regelungen nach Satz 2 durch Verwaltungsakt erfolgen.

Möglicherweise überrascht der Gesetzestext an dieser Stelle: Vereinbarungen zu treffen heißt in der Regel, dass man es mit Menschen zu tun hat, mit denen man sich auf der berühmten ‚gleichen Augenhöhe‘ trifft, um auszuhandeln, was vereinbart werden soll. Ist das mit diesen Hilfebedürftigen, denen schon soviel Misstrauen entgegengebracht wurde, und die zur Eigenverantwortung erst noch motiviert werden müssen, überhaupt denkbar? Die Antwort gibt der letzte Satz des zitierten Textes, der vorschreibt, dass die Vorgaben für die Hilfebedürftigen per Verwaltungsakt erlassen werden können, sollten diese der Vereinbarung nicht zustimmen.

Das bedeutet: Die Vereinbarung ist nur solange eine Vereinbarung, wie die eine Seite ‚freiwillig‘ zustimmt; tut sie das nicht (es wäre allerdings in ihrem Interesse, denn es droht eine Kürzung der Bezüge), wird aus der Vereinbarung eine Anordnung, deren Einhaltung wiederum einseitig sanktioniert werden kann. Das heißt aber, die Vereinbarung war nie eine. Die prinzipielle Asymmetrie dieses Verhältnisses bringt Schruth in der Sprache der aktivierenden Sozialpolitik auf den Punkt: „Individuelle Rechte werden aufgehoben, indem das Fördern als Kann-Leistung und das Fordern als Muss-Leistung in den neuen Gesetzentwürfen ausgestaltet wurde“ (Schruth 2004, S. 2). Das wird noch deutlicher, wenn man einen Blick auf die Sanktionen wirft:

#### § 31 Absenkung und Wegfall des Arbeitslosengeldes II

(1) Das Arbeitslosengeld II wird (...) in einer ersten Stufe um 30 von Hundert der für den Hilfebedürftigen nach § 20 maßgebenden Regelleistung abgesenkt, wenn

1. Der erwerbsfähige Hilfebedürftige sich trotz Belehrung über die Rechtsfolgen weigert,
  - a) eine ihm angebotene Eingliederungsvereinbarung abzuschließen
  - b) in der Eingliederungsvereinbarung festgelegte Pflichten zu erfüllen, insbesondere in ausreichendem Umfang Eigenbemühungen nachzuweisen
  - c) eine zumutbare Arbeit, Ausbildung oder Arbeitsgelegenheit aufzunehmen oder fortzuführen oder
  - d) zumutbare Arbeit nach § 16 Abs. 3 Satz 2 auszuführen (...)

Die Sanktionen verdeutlichen nochmals den Zwangscharakter aller genannten Maßnahmen: Tun die Hilfebedürftigen nicht, was von ihnen verlangt wird, wird ihr Arbeitslosengeld II empfindlich gekürzt. Die Kürzungen gelten jeweils für drei Monate und werden bei mehreren Verfehlungen kumuliert, ausdrücklich können dabei auch die Unterkunftskosten angegriffen werden. Da es sich beim ALG II um das Existenzminimum handelt, bedeuten diese Sanktionen, dass die Existenzgrundlage unterschritten wird. Die Hilfebedürftigen haben also keine Wahl, nicht, was die genannten Arbeitsgelegenheiten betrifft, nicht, was die so genannten Eingliederungsvereinbarungen betrifft und auch nicht was alle ande-

ren Maßnahmen der Arbeitsagentur betrifft (z.B. auch die Profiling und Assessmentverfahren; vgl. Schumak 2003).

Vor diesem Hintergrund diagnostiziert Wolfgang Völker eine zunehmende Entrechtung und Entmündigung von Erwerbslosen: „Die neu geschaffenen gesetzlichen Regelungen zur Bearbeitung des Problems Erwerbslosigkeit bzw. unzureichender Einkommen ... verstärken im Verhältnis zwischen Amt und Erwerbslosen die asymmetrische, herrschaftliche Beziehung. ... Die Arbeitslosen sind rechtlich und faktisch in keiner Position gleicher Augenhöhe, wie es die Rede von der Koproduktion sozialer Dienstleistungen unterstellt“ (Völker 2004).

### 3 Praxis und Stimmen von Betroffenen

In der Praxis heißt ‚Eingliederungsvereinbarung‘, dass von der Arbeitsagentur Nachweise über Bewerbungen gefordert werden, als Voraussetzung des Bezugs von Arbeitslosengeld. Dies wird heute schon praktiziert: Üblich sind Zielzahlen von 3 bis 7 Bewerbungen pro Woche. Die Festlegung der Zahl liegt im Ermessen der Arbeitsvermittler, und soll gesteigert werden, falls diese den Eindruck haben, der Mensch bemühe sich nicht selbst genug. (Eine Mitarbeiterin der Arbeitsagentur Hamburg nannte diesen Vorgang anlässlich einer Schulung zum SGB III bezeichnenderweise „die Daumenschrauben anziehen“.)

Dabei spielt es für die Vorgaben keine Rolle, ob die Bewerbungen sinnvoll und aussichtsreich sind. Bei der gegenwärtigen Arbeitsmarktlage ist es für die meisten Menschen nicht möglich, entsprechend viele passende Stellenangebote zu finden, d.h. sie müssen sich auf Stellen bewerben, für die sie eigentlich nicht in Frage kommen, und sie müssen sich blind bewerben. Folglich bewerben sie sich in vielen Fällen ausschließlich, um die Auflagen der Arbeitsagentur zu erfüllen und handeln sich dabei entsprechend viele Absagen und Ablehnungen ein. Dieser Prozess führt zu Angst und Druck auf Seiten der Betroffenen, steht doch die Absicherung des Lebensunterhalts auf dem Spiel, und er führt zudem zu zusätzlichen Frustrationen, was im Ergebnis demotivierend wirkt.

Wie diese und ähnliche Verfahrensweisen bei den Betroffenen ankommen, mögen die Ergebnisse einer Befragung verdeutlichen, die ich zur Vorbereitung dieses Beitrags im Rahmen eines Kurses zur Beruflichen Orientierung im Dezember 2003 in der Beratungsstelle der SPSH unter Erwerbslosen durchgeführt habe. Die Erwerbslosen antworteten in offener Runde auf die Frage: „Was finden Sie wichtig, was die Öffentlichkeit über die Situation und Stimmung von Erwerbslosen wissen sollte?“ Im Folgenden sind einige Antworten dokumentiert – und sollen für sich sprechen:

„Da wird man unmündig gehalten: der Zwang ist doch nur um des Zwanges willen. Die sagen ja nicht, aus der Abhängigkeit raus, damit du wieder dein Leben lebst, sondern, damit wir hier Geld sparen.“

„Bewerbungen nachweisen müssen ist irrsinnig, die widersprechen sich selbst bei dem, was sie fordern, denn so bekommt man die Stelle garantiert nicht, man muss nur Absagen als Belege sammeln“

„Der Druck und der Bewerbungszwang – das sind echte Motivationskiller.“

„Man steht unter enormen psychischen Druck, und es ist auch ein Gefühl von Ungerechtigkeit, weil es unverständlich bleibt, wer unter Druck gesetzt wird und wer nicht.“

„Der Druck bewirkt echt das Gegenteil, macht krank und so ängstlich, dass man keinen Mut mehr hat.“

„Es ist irgendwie eine grausame Vorstellung, dass man irgendwo rein gesteckt wird. Ein Gefühl, als ob man in einen Fleischwolf gerät – was für einen gut ist, ist ganz egal.“

„Man sieht sich als Außenseiter, weil man eigentlich auch so behandelt wird.“

## 4 Zur Psychologie des Gesetzes

Zusammenfassend stehen wir vor einem Paradox: ein Gesetz, dessen oberstes Ziel es ist, die Eigenverantwortung der Menschen zu stärken, führt mit seinen Maßnahmen dazu, dass die Menschen sich gedemütigt, demotiviert, bevormundet und entmutigt fühlen, ja dass sie systematisch bevormundet und entmutigt werden. Wie konnte das passieren?

Den Gesetzestext durchzieht die grundsätzliche psychologische Vorstellung, dass Menschen durch Zwang zur Verantwortung gebracht werden können. Diese Vorstellung hat hier zwei strategischen Ausblendungen zur Voraussetzung:

- ▷ erstens wird durchgehend die Verantwortung anderer Personen und Instanzen ignoriert: nämlich der Mangel an Arbeitsplätzen als wirtschaftliches und politisches (und keineswegs individuelles) Problem;
- ▷ zweitens wird gleichzeitig den einzelnen Arbeitslosen die Möglichkeit bestritten, eigene Ziele zu verfolgen: ihnen wird Subjektivität und begründetes Handeln abgesprochen.

Anders formuliert: den Arbeitssuchenden wird paradoxerweise zweierlei unterstellt, nämlich sie seien selbstverschuldet in ihrer Lage, *und* sie seien nicht in der Lage, verantwortlich für ihr Leben zu handeln.

Eine solche Psychologie funktioniert nicht. Verantwortung ohne Freiheit ist nicht zu haben. So formuliert Klaus Holzkamp schon 1986: „Verantwortung und



Freiheit heben sich selbst auf, wenn man die für das Subjekt bestehenden Alternativen vorhersagbar macht. Sofern sich die subjektiven Gründe lediglich aus den Rahmenbedingungen ergeben, ist mein Handeln nicht begründet, sondern eben nur bedingt.“ (Holzkamp 1986, 390)

Man könnte also zu dem Schluss kommen, das Gesetz sei einer falschen Psychologie aufgefressen. Insofern wäre das Vorgehen zum Scheitern verurteilt. Anders verhält es sich allerdings, wenn das Ziel des Gesetzes in eben jener Vorstellung von Verantwortung liegt, die Holzkamp in obigem Zitat aus psychologischer Sicht kritisiert. Nämlich die Menschen durch Zwang zu etwas zu bringen, was tatsächlich nicht wirklich in ihrem eigenen Interesse liegt. Vielleicht wollen die Menschen ja wirklich nicht alle Ansprüche an Arbeit aufgeben, vielleicht wollen sie nicht jederzeit mobil und flexibel sein, vielleicht wollen sie ihre Arbeitskraft nicht um jeden Preis verkaufen (vgl. ausführlich Gruppe Blauer Montag 2002, 721). Wenn ‚eigenverantwortlich‘ im Sinne des SGB II aber genau dieses heißt, nämlich eigene Lebensansprüche der Verwertung der eigenen Arbeitskraft jederzeit hintanzustellen, dann ist der Zwang genauso folgerichtig wie die Entmutigung derjenigen, die noch an anderen Zielen festhalten möchten. Vielleicht funktioniert das aber auch nicht.

## Literatur

- AG Soziales 2002: Arbeitszwang und Niedriglohn. [www.lichter-der-grossstadt.de/html-Dokumente/Lichter-Index.htm](http://www.lichter-der-grossstadt.de/html-Dokumente/Lichter-Index.htm) vom 12.8.04
- Butler, Judith 1997: Körper von Gewicht. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Clement, Wolfgang 2004: Freiwillig ist besser. In: *Informationen aus Wirtschaft und Arbeit* 2, Berlin: Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit., 2
- Deutscher Bundestag 2003: Entwurf eines Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 5.9.2003. Bundestagsdrucksache 15/1516. <http://dip.bundestag.de/btd/15/015/1501516.pdf> vom 12.8.04
- Gruppe Blauer Montag 2002: Arbeitskraftunternehmer, Ich-AG und ‚aktivierender Sozialstaat‘. Die neuen Hierarchien des Arbeitsmarktes. In: *Argument* 248, 709–723.
- Hartz-Kommission 2002: Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt. Bericht der Kommission. Berlin
- Holzkamp, Klaus 1986: Handeln. In: Günter Rexilius, Siegfried Grubitsch (Hg.): *Psychologie*. Reinbek: Rowohlt, 381–402.
- Schruth, Peter 2004: Hartz IV bzw. das neue SGB II: Auf dem Weg in den autoritären Staat. <http://www.tacheles-sozialhilfe.de/aktuelles/2004/brj-info-hartz.pdf> vom 12.8.04
- Schumak, Renate; Schultz, Christian 2001: Arbeitslosigkeit – ein psychologisches Thema? In: *Forum Kritische Psychologie* 43, 59–76
- Schumak, Renate 2003: Diagnostische Verfahren in der Arbeitsmarktpolitik: Profiling im aktivierenden Sozialstaat. In: *Widersprüche* 88, 61–72.

- Schultz, Christian 2002: Arbeit ist wichtig. Leben auch. Die SPSH wird fünfzehn. In: *Standpunkt: Sozial* 3/2002, 69–73
- Völker, Wolfgang 2004 (in Druck): Aktivierende Arbeitsmarktpolitik – Auf dem Weg zu mehr Zwang und Existenzdruck. In: Homfeld, Hans Günther u.a. (Hg): *Aktivierende soziale Arbeit: Konzept – Handlungsfelder – Fallbeispiele*. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag.
- Weikert, Eva: Steil-Pass in die Armut. In: *taz Hamburg* 7.7.2004, 21

*Renate Schumak, Psychologin, Sozialpolitische Opposition Hamburg (SPSH), Bartelsstr. 30, 20357 Hamburg*

## Kleine Verlag aktuell

Maren A. Jochimsen, Stefan Kesting, Ulrike Knobloch (Hrsg.)

### Lebensweltökonomie

Reihe Lebensweltökonomie, Band 1

2004, ISBN 3-89370-397-7, 439 Seiten, €28,80 / SFr 50,30

*Lebensweltökonomie* stellt die erwerbsorientierte Wirtschaftsweise in ihren gesellschaftlichen, ökologischen, historischen, räumlichen und normativen Zusammenhang. Ihren Ausgangs- und Bezugspunkt bilden die Lebenswelt, die in ihr zum Tragen kommenden Handlungsprinzipien, das in ihr zum Ausdruck gebrachte Verständnis vom Wirtschaften, vom Menschen und von der Natur.

*Lebensweltökonomie* macht die spezifischen ökonomischen Charakteristika der Lebenswelt sichtbar und erforscht das Zusammenspiel von Lebenswelt und Ökonomie bei der Gestaltung einer zukunftsfähigen Wirtschaftsweise.

Der erste Band der gleichnamigen Reihe *Lebensweltökonomie* versammelt internationale Beiträge ganz unterschiedlicher Forscherinnen und Forscher. Gemeinsam ist ihnen der Stellenwert, den sie der Lebenswelt und ihrer Perspektive auf die Wirtschaft und die Wirtschaftswissenschaften in ihren ökonomischen Ansätzen beimessen. Sie umreißen das Forschungsprogramm der Lebensweltökonomie, indem sie exemplarisch ihre zentralen Themen aufgreifen und aus unterschiedlicher Perspektive bearbeiten:

- Reflexion der Wertgrundlagen des Wirtschaftens
- Alltag als zentraler Ort wirtschaftlichen Handelns
- Geschlecht als Kategorie lebensweltorientierter ökonomischer Analyse
- Zeitenvielfalt und die Einheit von Produktivität und Reproduktivität
- Partizipation und Kooperation im Wirtschaftsleben
- Nachhaltige Entwicklung aus lebensweltlicher Perspektive
- Gestaltungsaufgaben sozialökologischer Wirtschaftspolitik



## Wem nützt unsere Furcht?

*Michael Zinganel: Real Crime. Architektur, Stadt & Verbrechen. Edition Selene, Wien 2003, 360 Seiten, 25 Euro*

Verbrechen zählt sich nicht nur – und schon gar nicht immer – für ‚den Verbrecher‘ oder sein Opfer aus, sondern vor allem für die Träger jener Maßnahmen, die gegen ‚das Verbrechen‘ gerichtet sind – die „Nutznießer der Angst“ (34): Polizei; Strafrecht und Strafjustiz; Kriminalberichterstattung; ästhetische Produktionen; Autoren und Wissenschaftler; populistische Politiker und Planer; Baustoff-, Versicherungs- und Sicherheitsindustrie sowie die hier neben den Massenmedien im Zentrum der Empirie stehende (Sicherheits-)Architektur und Stadtplanung. Die Marx’sche These von der „Produktivkraft des Verbrechens“, dessen „Aufgabe es ist, das Gleichgewicht immer wieder ins Schwanken zu bringen, um den ‚produktiven Kräften einen Sporn‘ zu geben“ (15) dient Zinganel als Fix- und Ausgangspunkt seiner Beschäftigung mit der Geschichte realer und symbolischer Befestigungs- und Präventionsmaßnahmen gegen ‚das Verbrechen‘ und verbindet seine mannigfaltigen und teilweise widersprüchlichen Zugänge, um die „bislang in ihrer Tragweite nicht reflektierte strukturbildende Kraft eines imaginären Sicherheitsdenkens im Urbanismus nachzuzeichnen“ (13), aus denen sich eine Indizienkette zur Neuformulierung der Architekturgeschichte formen ließe. Sein *trans*-disziplinärer Anspruch, lässt ihn dabei durch unterschiedliche „Archive des Wissens“ (26) flanieren – von den Literatur- und Kulturwissenschaften über Kriminologie, Geografie, Architektur und Stadtplanung bis ins Internet und Videotheken –, wodurch seine im Kern politisch-ökonomische Argumentation um viele Facetten reicher wird.

Seine Indizienkette legt Zinganel in elf als „eigenständige Erzählungen“ angelegten Kapiteln dar, in denen er mit viel Liebe zur Detailrecherche die Entwicklungen der Sicherheitsarchitektur in all ihren Facetten aufblättert und unter anderem analog zu den Konfektionsgrößen in Small – Medium – Large – X-Large kategorisiert: Vom Wettstreit zwischen Schlossern und Einbrechern bis zu den heutigen Hightechanlagen zum Schutz der Wohnung (Small) über die Befestigungen von Wohnungen bzw. kleinen Einheiten wie den gated communities (Medium) und die Fortzifizierung von Großbauvorhaben – Einkaufszentren und Bürohochhauskomplexen mit computergesteuerten Zugangskontrollen bzw. smarten und martialischen Vertreibungspraktiken – (Large) bis hin zur sicherheitsarchitektonischen bzw. militärstrategischen Entwicklung von ganzen Stadtteilen und Städten – die umfassende Videoüberwachung in London bzw. die Aufwertung von Problemzonen durch Programme wie „Soziale Stadt“ oder stadtähnlichen Gebilden wie Großflughäfen (X-Large).

Obwohl sein Schwerpunkt in der Moderne liegt, macht Zinganel weite Ausflüge in die Vergangenheit, um Parallelen und Konstanten aufzuzeigen und die Veränderungen bzw. ihre Ursachen präziser zu fassen. Neben dem Wettlauf von Schlossern und Einbrechern, der bis in die Zeit des römischen Reiches zurückreicht, seien an dieser Stelle die „Superblocks“ des ‚Roten Wien‘ erwähnt: Diese von der Sozialdemokratie als würdiger (und günstiger) Wohnraum für die Arbeiterklasse geplanten Bauten können in ihrer kontrollierenden und zurichtenden Funktion auch als „Vorläufer der postmodernen Architektur und der (...) gated communities“ (191) interpretiert werden. An solchen Beispielen zeigt sich die „krasse Diskrepanz zwischen der Unmittelbarkeit eines Verbrechens, den unterschiedlichen Geschwindigkeiten, mit denen

‚Wissen‘ in massenmedialen und wissenschaftlichen Diskursen produziert und distribuiert wird, sowie der radikalen Trägheit baulicher Formationen“ (19).

Diese miteinander verwobenen Erzählungen bleiben nicht auf die Entwicklung der Sicherheitstechnik und Architektur beschränkt, sondern beziehen u.a. soziale und kulturhistorische Veränderungen mit ein und leuchten unterschiedliche theoretische und (sicherheits-)architektonische Schwerpunkte aus. Aufgrund ihrer Vielfältigkeit und Anschaulichkeit verführen sie dazu, weitere Schlaglichter in diese Rezension hineinzupacken, um diese nicht noch länger werden zu lassen komme ich an dieser Stelle jedoch wieder auf eine abstraktere Betrachtungsebene zurück.

Die „montageartige Aneinanderreihung von *case studies*“ (24) ist mit passenden Beispielen aus der Belletristik bzw. mit Kinofilmen aus der ‚Traumfabrik‘ Hollywood illustriert. Mit dieser an James Donald anknüpfenden Methode, anhand von Texten und Bildern *über* die Stadt *mit* der Stadt zu denken legt Zinganel Zugänge zu den realen und imaginären Archiven der Stadt frei, die sich „in den übereinandergelagerten Schichten der realen Stadt ebenso ein[schreiben], wie im Unterbewusstsein der Individuen“ (24). Damit verbindet er die These der zentralen Bedeutung der gebauten Architektur als kulturelles Leitmedium der Gesellschaft, an der sich die Struktur und das Wertesystem einer Gesellschaft ablesen lassen könne, mit der medien- und kulturwissenschaftlichen These, die Wahrnehmungen der ‚realen‘ Stadt seien seit dem Buchdruck von Tageszeitungen, Kino und Fernsehen (in dieser Reihenfolge) überlagert und soziale Erfahrungen würden durch kontinuierliche Simulationen ersetzt. Ähnliches gilt auch für seinen zweiten Gegenstand: Die Produktivkraft des Verbrechens unterscheidet nicht zwischen realer und imaginiertes Kriminalität, vielmehr wird die Furcht von den „Nutznießern der Angst“ instrumentalisiert und geschürt: Auch wenn es „echte

Feinde – nicht eben nur Feindbilder“ gibt, scheinen „die Erfahrungen des realen Verbrechens durch die Opfer und deren Angehörige allein [nicht auszureichen], den Sicherheitstechnikern, Architekten und Stadtplanern einen ertragreichen (Massen-)Markt zu erschließen“ (33).

Der Reiz an Zinganel Buch liegt zu einem guten Teil an seinem Blick für Details und der durch die Mischung von Fiktion, Repräsentation und Realität erzeugten Plastizität und Dichte seiner Beschreibungen und Analysen – insbesondere, wenn man die Filme selbst gesehen und dem Mainstream Kino nicht abgeneigt ist. Auf diese Weise löst Zinganel den hohen Anspruch seines Werks ein, der Leserin „begrifflich zu machen, wie die Angst vor dem ‚Verbrechen‘ im Alltagsleben produziert und re-produziert wird, in welcher Form und zu welchem Zweck sie in Architektur und Stadtplanung produktiv umgesetzt wird, wie wirksame Feindbilder und Risikoszenarien etabliert werden, um (bauliche) Präventionsmaßnahmen zu legitimieren, die sich schlußendlich in international angeglichenen (Bau-)Normen und Versicherungspolicen niederschlagen“ (18).

Ein anderer Teil des Reizes liegt im Zulassen von Widersprüchen und dem Aufzeigen von gegenläufigen Tendenzen, Gegenreaktionen und unerwarteten Nebenwirkungen, die natürlich weitere Entwicklungen nach sich ziehen – eine Art ‚architektonisches Wettrüsten‘. Besonders deutlich wird die Widersprüchlichkeit der sicherheitsarchitektonischen Maßnahmen an den Facetten der beiden (auch heute noch) dominanten, sich widersprechenden (und in ihrer Reinform weder finanzierbaren noch politisch erwünschten) architektonischen Präventionsstrategien liegt. Zum einen die Trennung von Innen und Außen durch bestmögliche Befestigung und Abschottung und zum anderen die Kontrolle durch Transparenz – die Stadt aus Licht und Glas (36). Gegenläufige Tendenzen finden sich in allen Kapiteln bzw. in den Querverweisen

zwischen ihnen. Besonders einprägsam war mir die Kehrseite der Kontroll- bzw. Überwachungsgesellschaft, die Zinganel anhand von Reality Shows (Big Brother & Co), deren „Bedeutung (...) zum einen in der Naturalisierung von Überwachung als bloßen Formen von Entertainment [liegt] und zum anderen im Aspekt der totalen Kommerzialisierung“ (266) und ihren ‚Gegenkulturen‘ nachzeichnet: Kinofilme, die ausschließlich aus Aufzeichnungen von Überwachungskameras bestehen bzw. einer Theatergruppe, die nur vor solchen Kameras auftritt. Ähnlich unterschiedliche Folgen zeigt bspw. die eingangs erwähnte Bedeutung der Massenmedien, mit deren Hilfe die reale durch die imaginierte Stadt abgelöst wurde: Der Thrill des Verbrechens ist die letzte Grundlage für die Schaffung einer gemeinsamen Öffentlichkeit und Identität zwischen entfremdeten und einander fremden Individuen. Gleichzeitig verweist Zinganel auf den demokratisierenden und emanzipativen Effekt dieser allgemein zugänglichen Konsumtion des Alltagslebens, das dadurch auch „die Grenzen von Klasse, Geschlecht, Geografie und sogar von Zeitlichkeit überwinden half“ (67). Der erste Effekt wird in seinem Postskriptum zum 11.09. – in dem alle Theoriestränge Zinganel hervorragend miteinander verknüpft werden – anhand der schlagartig existenten *imagined community* New York noch einmal brandaktuell dargestellt.

In seiner Zusammenfassung stellt Zinganel die Auswirkungen der neoliberalen Politik in den Vordergrund und wagt einen düsteren Ausblick: Die rasanten Deindustrialisierung stelle einen neuen markanten historischen Wendepunkt für die Entwicklung der Stadtgestalt dar. Durch die Unterordnung unter rein ökonomische Kriterien im Rahmen der Privatisierung und Standort-sicherung etablieren sich neue Raumkonzepte, die in Verbindung mit der Ausweitung der Angst vor Verbrechen auf die

Angst vor der Präsenz von Armut zu weiterem ungebremsen Wachstum der Sicherheitsindustrie führe und gleichzeitig mit der Reetablierung von gefährlichen Klassen eine Rückkehr zu den Feindbildern des 19. Jahrhunderts. Ein Paradebeispiel ist die Deutsche Bahn, die als „Pionier innerstädtischer Ausgrenzung“ (292) ihre Bahnhöfe von „Kathedralen des Verkehrs“ in „Kathedralen des Konsums“ verwandelt.

Seine knappen, leider kaum mit weiteren Verweisen und Quellen belegten, kritischen Gesellschaftsdiagnosen verweisen auf verschiedene Debatten um Neoliberale Politiken und die Kontrollgesellschaft, die u.a. Anschlussmöglichkeiten für die an Foucault anknüpfende Gouvernementalitätstheorien, die actuarial justice Debatten usw. aufweisen, die sich in Zinganel's Empirie wiederfinden lassen und gleichzeitig von ihr herausgefordert werden. Damit löst Zinganel seinen Anspruch ein, durch den Verzicht auf vorgefertigte akademische Erkenntnisstränge und disziplinierende Zitationskartelle „den Lesern (...) produktive Hinweise zum Erkenntnisgewinn innerhalb ihrer eigenen privaten Forschungen“ (27) zu geben.

Dies macht die Lektüre seiner detailliert recherchierten und mit echter Freude lesbaren Erzählungen auf der einen Seite äußerst attraktiv und spannend. Auf der anderen Seite habe ich teilweise die vertiefende theoretische Anknüpfung an Ort und Stelle vermisst, durch die sicherlich weitere Widersprüche in seiner Argumentation sichtbar werden könnten und die möglicherweise über die These der „Produktivkraft des Verbrechens“, die an die marxistische Kriminologie der 1970er erinnert (z.B. W. Chambliss: *Political Economy of Crime*), als kleinsten gemeinsamen Nenner hinausweisen würden.

Tilman Lutz,  
Kirchenstraße 20, Waren (Müritz)

## Reformoption Bürgerversicherung?

*Ursula Engelen-Kefer (Hrsg.): „Reformoption Bürgerversicherung“, Tagungsband, Hamburg 2004 (A)  
Martin Pfaff/Heinz Stapf-Fine (Hrsg.): „Bürgerversicherung – solidarisch und sicher“, Tagungsband, Hamburg 2004 (B)*

*Die im Hamburger VSA-Verlag erschienenen Titel dokumentieren die überarbeiteten Referate und Diskussionsbeiträge anlässlich einer Tagung des DGB und des „netzwerks gesundheits“<sup>1</sup> vom Dezember 2003 (A) sowie entsprechende Beiträge auf drei Anhörungen des DGB, des o.g. „netzwerks gesundheits“ und der „Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen“ in der ersten Jahreshälfte 2004 (B) zur Weiterentwicklung der Krankenversicherung als Bürgerversicherung. Bürgerversicherung ist hier der Sammelbegriff für unterschiedliche Ansätze, der gesetzlichen Krankenversicherung neue Versichertengruppen und voraussichtlich stabilere Beitragseinnahmen zu erschliessen.*

Die Reformoption Krankenversicherung als Bürgerversicherung ist eine ambivalente Sache, in der sich unterschiedliche politische Ansprüche und Interessen bündeln. Im Regierungslager ist die Bürgerversicherung ein symbolisches Profilierungsobjekt für den Bundestagswahlkampf 2006. Sie soll als *light-Version* von Privatisierung und Leistungssenkung bei gleichzeitigem Erhalt und wirtschaftlicher Konsolidierung einer umlagefinanzierten Krankenversicherung die eigene Wählerschaft mobilisieren. Diese soll – von der *hardcore-Variante* Kopfpause der CDU eingeschüchtert – zur Wahl von rot-grün motiviert werden. Für Teile der Gewerkschaften und die sozialpolitische

Linke hingegen ist die Bürgerversicherung sowohl Vehikel von Umverteilung als auch Instrument der Konsolidierung des Solidarprinzips in der Krankenversicherung und der Sozialpolitik überhaupt. Diese Ambivalenz prägt auch die beiden Tagungsbande, in der GesundheitsökonomInnen aus dem sozialdemokratischen Spektrum und JuristInnen neben gewerkschaftlichen FachpolitikerInnen, VertreterInnen der Krankenkassen und FunktionärInnen aus der Wohlfahrtspflege zu Wort kommen. Sogar Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt erhielt die Gelegenheit, die Gesundheitsreform 2003 samt Zuzahlungen und Praxisgebühren zu loben und sich dennoch als Förderin der Bürgerversicherung zu empfehlen (A; 14ff.). Für die stellvertretende DGB-Vorsitzende Engelen-Kefer steht die Bürgerversicherung auch für mehr kostensenkenden Wettbewerb im Gesundheitswesen (A; 11). Angenehm abweichend vom rot-grünen Mainstream stellt sich die Vorsitzende des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Barbara Stolterfoht dar: Sie kritisiert die Grünen, die an der alten Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auch bei der Bürgerversicherung festhalten wollen, und die SPD, die sich eine friedliche Koexistenz von privat-kommerzieller und gesetzlich-sozialer Krankenversicherung auf die Fahnen geschrieben hat (A; 19). Der positive Eindruck verstärkt sich noch, insofern sie fast die einzige Sachverständige ist, die auch gesellschaftspolitische Probleme und gesellschaftliche Kräfteverhältnisse anspricht. Stolterfoht gibt zu bedenken, dass die neoliberale Hegemonie im öffentlichen Diskurs nicht durchbrochen ist und dass auch die sozialpolitische Linke die Vorherrschaft neoliberaler Vorstellungen im öffentlichen Raum nicht schwächen konnte. (A; 19). Sie ist auch fast die einzige Sachverständige, die ein notwendiges, nicht zu unterschreitendes Leistungsniveau der

Bürgerversicherung als wichtigen Eckpunkt anspricht. Ihrem Vorschlag nach soll der Leistungskatalog der GKV von 2003 – also vor Leistungskürzungen unter Ulla Schmidt – als Eckwert gelten (B, S. 46). Dieser Hinweis ist umso wichtiger, als für den Paten der Bürgerkrankenversicherung in Deutschland, Karl Lauterbach, Bürgerversicherung auch für einen durch private Zusatzversicherungen kompensierten reduzierten Leistungskatalog der GKV steht.<sup>2</sup>

Einen breiten Raum nimmt die Diskussion verfassungsrechtlicher Probleme ein, wenn über eine Bürgerversicherung weitere Einkommensarten (Vermögenserträge, Mieten, Pachten) in die Beitragspflicht und neue Personengruppen (Beamte und Selbstständige) in die Pflichtversicherung einbezogen werden sollen. Diese Probleme und den Großkonflikt mit den kommerziellen Krankenversicherungen, deren traditioneller Absatzmarkt durch eine Bürgerversicherung eingeschränkt wird, halten der Sozialrechtler Karl-Jürgen Bieback (A, B) und Volker Neumann von der Humboldt-Universität (A) jedoch für rechtlich lösbar.<sup>3</sup>

Sehr umfangreich ist auch die Behandlung der Probleme der Übergangsperiode, nach der es – zumindest im idealtypischen Bürgerversicherungsmodell – private Vollkrankenversicherungen als Neuabschlüsse nicht mehr geben wird, sowie die Debatte unterschiedlicher Modelle der Ausgestaltung der Beitragserhebung. Sehr bedenkenswert sind dabei einige Hinweise der VertreterInnen der gesetzlichen Krankenkassen, die den Ausbau und die Erneuerung der Krankenversicherung als primäre ArbeitnehmerInnenversicherung<sup>4</sup> und damit eine Variante der Bürgerversicherung zur Diskussion stellen. Beispielhaft dafür steht Birgit Micklej vom Verband der Angestellten-Ersatzkassen und des Arbeiter-Ersatzkassenverbandes, die ganz pragmatisch überprüfen will, ob der (wirtschaftliche) Effekt, den die Einbeziehung der Selbstständigen in die

GKV hätte, den Aufwand (und die Folgeprobleme z.B. in der Selbstverwaltung) lohnt (B; 36). Auf das zentrale Problem gerechter Verbeitragung zusätzlicher Einkommensarten wie Kapitalerträge, Mieten und Pachten weist der ver.di-Sekretär Ralf Krämer hin: Bei einer gemeinsamen einheitlichen Beitragsbemessung und Bemessungsgrenze für alle Einkommensarten, d.h. Vermögens- und Erwerbseinkommen komme es zu der verteilungspolitisch problematischen Wirkung, dass nur Vermögenseinkommen von Versicherten mit niedrigem (Arbeits-)Einkommen zu Beiträgen herangezogen werden. Vermögenseinkommen von Versicherten, deren Erwerbseinkommen ohnehin die Beitragsbemessungsgrenze übersteigt, führen nicht zu zusätzlichen Einnahmen der GKV. Daher schlägt ver.di zwei getrennte Beitragssäulen vor: eine für Erwerbseinkommen und eine für Vermögenseinkommen (B; 114). Bei einem Zweisäulenmodell würde das Gesamteinkommen von Versicherten mit einem hohen Erwerbseinkommen und gleichzeitig nennenswerten Vermögenserträgen effektiver und gerechter bis zur jeweiligen spezifischen Beitragsbemessungsgrenze erfasst, als bei einem Einsäulenmodell.

Bei ver.di und dem Paritätischen Wohlfahrtsverband sowie in der Tendenz auch bei den Krankenkassen steht kurzfristig eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 3.500 Euro auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung (5.100 Euro) auf der Tagesordnung.

### **Nachtrag:**

SPD und Grüne haben zwischenzeitlich im August (SPD) und im Oktober (Grüne) ihre Modelle der Bürgerversicherung der Öffentlichkeit vorgestellt. Beide Parteien stellen den Aspekt der Lohnnebenkosten- und Beitragssenkung durch eine Bürgerversicherung in den Mittelpunkt. So un-



konkret und in den Details beliebig diese Modelle sich auch darstellen, zeichnen sich bei den Parteien folgende Tendenzen ab: Bei der SPD gibt es immerhin die Überlegung, zusätzliche Einkommensarten in einer weiteren Beitragssäule (s.o.) oder über Sondersteuern auf Vermögenserträge in den Solidarausgleich einzubeziehen. An eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze ist nicht gedacht, Mieteinkünfte sollen nicht in die Verbeitragung einbezogen werden.

Bei den Grünen wurde eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze definitiv ausgeschlossen. Eine aus verteilungspolitischen Gründen erforderliche zweite Beitragssäule wurde offengelassen, sogar eine einheitliche Bemessungsgrenze für alle Einkommensarten wird für möglich gehalten.<sup>5</sup> Außerdem soll der Beitragssatz auf jeweils 6,5 Prozentpunkte für die Arbeitnehmer und vor allem für die Arbeitgeberseite gedeckelt werden, um die Arbeitskosten zu senken. Vor dem Hintergrund der Positionierung von SPD und Grünen, ist es für eine „Reformoption Bürgerversicherung“ der sozialpolitischen Linken überlebenswichtig, sich eigenständig und weg vom Regierungsdiskurs zu bewegen. Der Regierungsdiskurs ist vom Dogma der Lohnnebenkostensenkung geprägt und orientiert auf eine weitere Verschlechterung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung, die sich schon aus der Deckelung der Einnahmen und dem Einfrieren des Arbeitgeberanteils ergibt.

## Anmerkungen

- 1 Neben DGB und Einzelgewerkschaften gehören zu diesem Arbeitskreis die meisten Wohlfahrtsverbände sowie einige Fachorganisationen aus dem Gesundheitswesen.
- 2 Hamburger Abendblatt vom 13. August 2003
- 3 Im Einzelnen geht es da um die Kompetenz des Bundesgesetzgebers für eine Ausweitung der Sozialversicherung, den Rechtfertigungsbedarf dafür, neue Personengruppen und Einkommen in eine „Zwangsversicherung“ einzubeziehen und um die Rechtfertigungen, Einschränkungen der unternehmerischen Freiheit bezüglich der kommerziellen Krankenversicherungen durchzusetzen.
- 4 Zu dem Versichertenkreis dieses Modells würden alle ArbeitnehmerInnen gehören, auch die Gutverdienenden, die heute über der Pflichtversicherungsgrenze liegen, sowie die Beamten. Außerdem müssten m.E. auch schutzbedürftige Kleinselbstständige einbezogen werden.
- 5 Parteitagbeschluss der Grünen zur Bürgerversicherung vom 2/3. Oktober 2004, Seite 5

*Andreas Bachmann  
Bismarckstr 106, 20253 Hamburg*

Eine gekürzte Fassung dieser Rezension erschien bereits in Express 11/2004.

## Good news about bad practice

*Volker Eick, Britta Grell,  
Margit Mayer, Jens Sambale:  
Non-Profit-Organisationen und  
die Transformation lokaler  
Beschäftigungspolitik. Westfälisches  
Dampfbboot, Münster 2004, 254 S.  
24,80 Euro*

Beim vorliegenden Buch handelt es sich um den Abschlussbericht eines Forschungsprojekts, das von Februar 2000 bis Januar 2003 unter dem Titel „From welfare to Work“ mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft durchgeführt wurde. Ziel des Projektes war es, die Tätigkeit von Non-Profit-Organisationen (NPOs) auf dem Feld der Beschäftigungspolitik zu untersuchen. Bei der Definition der NPOs greifen die AutorInnen pragmatisch auf die in der sozialwissenschaftlichen Diskussion gängige Charakterisierung des John-Hopkins-Projektes zurück. Dabei sind sie sich bewusst, dass die dort gebrauchten Zugehörigkeitskriterien keinesfalls immer trennscharf sind und es „zunehmend fließende Übergänge und Überschneidungen zwischen öffentlichen Institutionen, privatwirtschaftlichen Unternehmen und Nonprofits geben kann“ (12).

Gegenstand der Untersuchung sind die Praxen von NPOs in Berlin und Los Angeles (L.A.) im Feld lokaler Beschäftigungspolitik und ihre „Einbindung in die jeweiligen nationalstaatliche und lokalstaatlichen Programme der Beschäftigungsförderung“ (12). Die zentrale Fragestellung des Vorhabens lautet: „Was passiert aber mit beschäftigungs- und sozialpolitischen Projekten, wenn sich Zielsetzungen und Anforderungen staatlicher Förderpolitik – wie in den letzten Jahren geschehen – verschieben?“ (9). Diese Frage ist von besonderem

Interesse für Organisationen, die angetreten waren „für Langzeitarbeitslose, Jugendliche ohne Schulabschluss, oder ‚benachteiligte‘ Gruppen wie Migranten neue Weiterbildung-, Arbeits- und Existenzmöglichkeiten zu erschließen“ (8). Grundsätzlicher gefragt: was wird aus dem sich emanzipatorisch begründenden Anliegen, „überflüssigen“ und nicht unmittelbar wirtschaftlich im Arbeitsprozess verwertbaren Bevölkerungsgruppen über die Schaffung von öffentlich geförderter Wirtschaft und Arbeit einen Zugang zum immer noch primären Muster der gesellschaftlichen Teilhabe und Anerkennung, der Erwerbsarbeit, zu verschaffen, wenn sich die staatliche Politik auf „Aktivierung“ und schnelle Vermittlung in den erstbesten Job konzentriert. Vom Autorenteam werden verschiedene politische Handlungsfelder und die Aktivitäten von NPOs darin betrachtet: die Sozialhilfepolitik, die Arbeitsmarktpolitik und sozialräumlich orientierte Stadtentwicklungspolitiken. Dass die Metropolen Berlin und Los Angeles unter diesen Blickwinkeln miteinander verglichen werden hat für das Autorenteam den pragmatischen Grund der Städtepartnerschaft zwischen beiden und den gewichtigeren Grund „der enormen sozialpolitischen Herausforderungen, die beide Städte verbinden“ (10). Zu diesen gemeinsamen Herausforderungen gehört ihre Charakterisierung als Armutsmetropolen und Einwanderungszentren sowie die Existenz so genannter Problemquartiere. Eine Differenzierung ist insofern festzustellen, dass in L.A. Armut trotz Erwerbstätigkeit einen ebenso hohen politischen Stellenwert hat wie in Berlin Armut aufgrund lang anhaltender Erwerbslosigkeit (11). Eine besondere wissenschaftliche und politische Bedeutung hat dieses Buch u.a. deswegen, weil es zu einer Zeit erscheint, da im Rahmen der Umsetzung der Hartz-IV-Gesetzgebung sich in Deutschland deutlicher als bisher ein Arbeitsmarkt-

und Sozialhilferegime enthüllt, welches unter dem Slogan „Fordern und Fördern“ emanzipatorischen sozial- und arbeitsmarktpolitischen Strategien den Boden entzieht. Es lässt sich in diesem Forschungsbericht nachlesen, welche Vorgeschichte an kontinuierlichen Veränderungen eine Arbeitsmarktpolitik und lokale Beschäftigungspolitik hat, die heute allzu schnell als fundamentaler Paradigmenwechsel beschrieben wird. Und es lässt sich jenseits aller populistischen Analysen der „Amerikanisierung“ am Beispiel von Los Angeles nachlesen, in welchem sozialen, ökonomischen und politischen Konfliktfeld sich NPOs dort bewegen.

Im Kapitel „Die Transformation lokaler Sozial(hilfe)- und Beschäftigungspolitik“ (16–55) zeigen die AutorInnen, wie beschäftigungspolitisch aktive NPOs „in die neu entstehenden governance-Strukturen auf der lokalen Ebene“ einbezogen werden: durch die Beteiligung an der Implementierung neuer beschäftigungspolitischer Programme wie durch die „Übernahme von Aufgaben, die aus den Verwaltungen ausgegliedert werden“ (16). In den USA wie in Deutschland hat sich, so argumentieren die AutorInnen im Rückgriff auf Trube u.a., ein neuer sozialpolitischer Konsens herausgebildet, der Aktivierung und Workfirst-Politiken zum Kern einer Veränderung der Sozialhilfesysteme macht. Die Details und Unterschiedlichkeiten dieser Politiken werden jeweils für die nationale Politik und die lokale Umsetzung dargestellt. Deutlich wird dabei z.B. in L.A. eine Fokussierung der Verwaltungen auf Programme gemeinnütziger Arbeit und Motivations- und Bewerbungstrainings sowie eine Zunahme der Aufgabe von NPOs, „noch mehr Verantwortung für die Grundversorgung und Existenzsicherung bedürftiger Bevölkerungsgruppen zu übernehmen.“ – nicht zuletzt, weil immer mehr Personen „an den strikten Arbeits- und Mitwirkungspflichten“

scheitern und aus der staatlichen Unterstützung fallen (25). Für die Berliner Entwicklung kann das Autorenteam konstatieren, dass weder der Ausbau gemeinnütziger Arbeit als Mehraufwandsvariante noch die „verstärkte Ausrichtung der Berliner Sozialämter auf eine direkte Vermittlung [von Sozialhilfeberechtigten, WV] in den ersten Arbeitsmarkt [...] nennenswerte Erfolge bei der Senkung der Empfängerzahlen“ brachte (31). Dass parallel zu diesem Prozess relativ erfolgreiche, auf Freiwilligkeit setzende Programme „aus vermeintlichen Kostengründen“ abgeschafft wurden, weist darauf, dass ebenso wie in den USA in Deutschland ein Moral- und Pflichten-diskurs die Oberhand in der Sozialhilfepolitik gewonnen hat. Zusätzlich zu diesem Trend kann bei der Betrachtung der Veränderungen in den Arbeitsmarktpolitiken der beiden Länder und Kommunen ein Prozess der Rationalisierung und Ökonomisierung nachvollzogen werden. Die wesentlichen institutionellen Orte dieser Veränderungen sind in L.A. die Workforce Investments Boards, „eine Art institutionalierter lokaler Beschäftigungsbündnisse“ (36). Diese erhalten über die Bundesstaaten Mittel aus nationalen Programmen und sind auch zuständig für die Durchführung von Ausschreibungen für die Trägerschaft der One-Stop-Center mit ihren weitgehend standardisierten Angeboten. Diese Angebote folgen einer Hierarchie der Zugänglichkeit für unterschiedlich charakterisierte Zielgruppen. Kritiker in den USA beklagen den hohen bürokratischen Aufwand dieser Verfahren (Mittelverwendung, Vermittlungsqouten) und die systematische Ausgrenzung von sogenannten „schwierigen“ Klienten (38/39). Als Hauptentwicklungslinie für die bundesdeutsche Arbeitsmarktpolitik wird der Wechsel von der „Maßnahme- zur Individualförderung“ beschrieben sowie die Etablierung der These vom *mismatch von Arbeitskraftangebot* –

und Nachfrage als zentrales Problem für die Massenarbeitslosigkeit. Parallel wird die Zunahme der Nutzung von Profiling und Assessment als Steuerungsinstrumente für die Arbeitslosen und die Finanzen konstatiert (41). Als drittes Politikfeld werden sozialräumlich orientierte Aktivierungsstrategien dargestellt und verglichen. Im Unterschied zu Deutschland haben in den USA „quartiersbezogene Ansätze und Programme zur Förderung von local economic development eine lange Tradition“ (45). Die Ursache sehen die AutorInnen in der starken sozialen Segregation und im Konfliktpotential, welches sich teilweise in Aufständen unterprivilegierter Gruppen manifestierte. Als Folge solcher Konflikte wurden schon seit den 1940er Jahren Stadterneuerungs- und Entwicklungsprogramme aufgelegt. Die Schaffung von „nachbarschaftsbasierten Entwicklungsorganisationen, so genannten Community Development Corporations“ führte allerdings nicht zur Auflösung der geografischen Konzentration von Armut. Die Einbeziehung, ja die Verlagerung von Aufgaben staatlicher Politiken auf nichtstaatliche Organisationen wurde unter der Reagan-Administration ausgeweitet und durch die Mobilisierung von Bürgerengagement ergänzt („new federalism“: 47). Die Förderung von Bürgerengagement wurde von den späteren Regierungen weiter verfolgt. Zum Bürgerengagement gehört dabei nicht nur die Förderung nachbarschaftlicher gemeinnütziger Arbeit sondern auch die Förderung von Organisationen über private Stiftungsmittel. Im Lauf der Zeit hat sich in den USA ein bundesweites Netz von Funds herausgebildet, die lokale NPOs unterstützen. Die Förderlogik betrachtend stellen die AutorInnen einen Wandel fest von der Wohnungsbauförderung für arme Bevölkerungsgruppen hin zu Maßnahmen, bei denen „die wirtschaftliche und beschäftigungswirksame Revitalisierung mit unter-

nehmerischen Methoden oberste Priorität hat“ (50). Für Deutschland beginnen die AutorInnen mit dem 1999 verabschiedeten Programm Soziale Stadt und beschreiben die wissenschaftlichen Unklarheiten, was denn unter Quartiers- und Stadtteilmanagement als neues Instrument genau zu verstehen ist. Deutlich wird, dass sich in diesem Ansatz verschiedene Handlungsansätze verknüpfen. Dazu gehören Stadterneuerung, Gemeinwesenarbeit und Konzepte der Verwaltungsmodernisierung mittels neuer Steuerung, die Zivilgesellschaft und Bürgerengagement als Ressourcen für so genannte lokale Partnerschaften in den Blick nehmen (52). Mit der Etablierung dieser Bund-Länder-Programmen erhält auch „das Konzept der lokalen Ökonomie eine verstärkte Aufmerksamkeit“ (53). Dieses Konzept enthält aus Sicht des AutorInnen-teams vor allem die Felder der „lokalen Wirtschaftsförderung und Existenzgründung“, der „Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen“ und die Förderung einer „Sozialen Ökonomie (53), womit Sozialunternehmen gemeint sind, die Arbeitsplätze für sozial benachteiligte Gruppen schaffen. In der Bewertung der bisherigen Praxis stellen die AutorInnen fest, dass „hohe politische Erwartungen“ einer geringen Kapitalausstattung und pragmatischem Vorgehen der Akteure vor Ort gegenüberstehen. Neben der Behandlung dieser politisch-programmatischen Vorgaben auf nationaler Ebene widmen sich die AutorInnen der Empirie der NPOs in beiden Städten. Dies tun sie, indem sie die Handlungsfelder, die Beschäftigtenzahlen, die Finanzierung und auch die räumliche Verteilung der Aktivitäten in den beiden Städten – jeweils bezogen auf die Beschäftigungspolitik – darstellen. Hervorzuheben wäre hier u.a., dass die Zahl der beschäftigungspolitischen Aktivitäten von NPOs in Los Angeles in Relation zur Einwohnerzahl und Armutssituation im Vergleich zu Berlin we-

sentlich geringer ist und dass die NPOs in Los Angeles weniger stark und existenziell von staatlichen Mitteln abhängig sind als in Berlin.

Ergänzt wird diese Darstellung durch die informative Beschreibung der sich wandelnden Aktionsfelder der NPOs „zwischen Niedriglohnmärkten und lokalem empowerment“ (92ff). Nachgezeichnet werden vor allem die Aktivitäten auf dem Feld der Arbeitsvermittlung, wo sich in den letzten Jahren verstärkte Kooperationen zwischen staatlichen und freien Trägern entwickelt haben.“ Damit sind grundsätzlich neue Anforderungen und Zumutungen an die involvierten Nonprofits verbunden, die in diesem Feld zunehmend mit anderen privaten und öffentlichen Trägern um Leistungsverträge, Fördermittel, aber auch teilweise bereits um Klienten konkurrieren müssen (104). Neben der Tatsache, dass in beiden Städten das „Ziel einer nachhaltigen Arbeitsmarktintegration mit existenzsichernden Löhnen“ nicht erreicht wird, ist für die hiesigen Lesenden sicherlich interessant, dass unter dem aktuellen Welfare-to-Work-Regime in L.A. zwei Prozesse deutlich erkennbar sind: „Es finden gleichzeitig *creaming* und *dumping the poor*-Prozesse statt“ (104). Während *creaming* auch in der deutschsprachigen arbeitsmarktpolitischen Diskussion weitgehend bekannt ist, kann der Verweis auf das *dumping* für die Beobachtung der aktuellen Entwicklung in Deutschland zusätzliche Aufmerksamkeit hervorrufen. „Dumping the poor findet dort statt, wo die Menschen mit den größten Problemen von der Verwaltung in die Zuständigkeit karitativer und gemeinnütziger Organisationen abgeschoben werden“ (105) und dies zu weniger egalitären Versorgungsstrukturen für die betroffenen armen Bevölkerungsgruppen führen kann. Die Beobachtung der Entwicklung der Arbeit der künftigen Jobcenter mit ihrem Fallmanagement könnte unter diesem Aspekt

ein lohnendes Vorhaben sein. Im Unterschied zu den auf unmittelbare Arbeitsaufnahme zielenden dominanten Praktiken erkennen die AutorInnen auch auf „Sozialintegration“ ausgerichtete Ansätze, bei denen „eigene sozialpolitische Zwecke und Aufgaben“ (105) im Zentrum stehen. Dabei stellen sie fest, dass Angebote, die der Alltagsbewältigung jenseits des Erwerbslebens dienen, derzeit „sowohl eine gesellschaftliche Abwertung als auch eine widersprüchliche Instrumentalisierung“ erfahren (105). Die Instrumentalisierung solcher Praxen wird darin gesehen, dass sie „unter der Überschrift ‚Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der Beschäftigungs- oder Ausbildungsfähigkeit‘ subsumiert“ werden (106). Die widersprüchliche Instrumentalisierung wird anhand von beispielhaften Angeboten für unterschiedlichen Zielgruppen (Langzeitarbeitslose, ältere Erwerbslose, erwerbslose Jugendliche) beschrieben. Die Stärkung lokaler Ökonomien, „der Aufbau eigenständiger Wirtschaftsformen- und Kreisläufe in ‚benachteiligten Stadtteilen““ spielt in der Landschaft der Beschäftigungsträger in Berlin eine untergeordnete Rolle, wohingegen in der Region L.A. unter dem Einfluss von sozialen Bewegungen, die auf prekäre Arbeits- und Lebensverhältnisse reagieren, sich „politische Allianzen herausgebildet (haben), die über einen kleinteiligen Quartiersansatz hinausweisen“ und versuchen, sozialpolitische und sozialräumliche Ansätze mit gewerkschaftlichen Forderungen (bessere Qualifizierung, höhere Löhne, mehr Arbeitsplätze) zu verbinden (117). Die AutorInnen weisen auch darauf hin, dass in Berlin mit der Entwicklung neuer Kooperations- und Verantwortungsformen zwischen Staat und NPOs keine neuen „Mitbestimmungs- und Entscheidungsstrukturen für lokale Initiativen oder Bewohner geschaffen worden“ sind (130). Solche Politiken führen – so ließen sich diese Erkenntnisse interpre-

tieren – also nicht zu mehr power to the people, sondern in der Regel zu mehr power to NPOs.

In den letzten Abschnitten des Buches bewerten die AutorInnen, die von ihnen betrachtete Praxis der NPOs in der lokalen Beschäftigungspolitik und fragen nach Entwicklungsperspektiven. Unter der Überschrift „good, ambivalent und bad practice“ ordnen sie die NPOs angesichts der vorhandenen Handlungsoptionen einer politisch reflektierten Einteilung zu. Als grundsätzliches Dilemma für die NOP wird die Abkehr der staatlichen und lokalen Politik vom Prinzip der Freiwilligkeit gegenüber Beschäftigungsangeboten genannt. Auch wenn Arbeitsbereitschaftsüberprüfungen und Zuweisungen in Maßnahmen eine lange Tradition in der Sozialhilfe- und Arbeitsmarktpolitik haben, liegen die AutorInnen richtig, wenn sie dieses Dilemma so hervorheben. Denn der „mittlerweile durchgängige Verpflichtungscharakter“ der Maßnahmen ist eine Provokation vor allem für diejenigen NPOs, die sich einer emanzipatorischen Tradition sozialer Bewegungen zuordnen (131ff.). Kriterien für eine good practice werden auf zwei Ebenen benannt. Die eine Ebene ist die Praxis, „die beschäftigungspolitische Projekte mit strukturpolitischen, sozialen und kulturellen Ansätzen zu ‚ganzheitlichen‘ Planungen unter aktiver Beteiligung der Quartiersbevölkerung verknüpfen“ (132). Die zweite Ebene ist gegeben, „wo Nonprofits trotz einer zunehmend dominanten Work-first-Philosophie an Bildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen festhalten“ (132). Als „ambivalent practice“ werden solche Aktivitäten bezeichnet, die mit „gesellschaftspolitisch problematischen Implikationen verbunden sind. Solche Programme bieten vom Anspruch her zwar eine Unterstützung für ‚benachteiligte‘ Personengruppen und Quartiere, forcieren strukturell jedoch weitere Ausgrenzungen und Prekarsierungen.“ (139). Daneben gilt

den AutorInnen eine Praxis als ambivalent, wenn Beschäftigungsprogramme mit sicherheits- und ordnungspolitischen Aufgaben verknüpft werden – in der Regel zur Hebung des subjektiven Sicherheitsgefühls in bestimmten Quartieren oder im öffentlichen Personennahverkehr. Bei diesen Aktivitäten gibt es den Umschlag zur bad practice dann, wenn „die Ordnungs- und Sicherheitsdienstleistungen repressive Elemente in sich tragen und gegenüber so genannten Randgruppen ausgrenzend und kriminalisierend wirken. Als bad practice gelten uns auch Programme und Projekte, die explizit auf die Schaffung von Niedriglohnmärkten zielen“ und in denen Existenzsicherung als Ziel nicht mehr vorkommt (144). Für alle drei practice-Formen werden Beispiele aus L.A. und Berlin vorgestellt. Dabei machen sie deutlich, dass die Handlungsoptionen der NOPs nicht in ihr Belieben gestellt sind, sondern die AutorInnen betonen, dass die Spielräume vom Druck sozialer Bewegungen und vom Vorhandensein einer freien Finanzierung abhängig ist. Wer komplett von staatlichen Finanzierungen in der Beschäftigungspolitik abhängig ist, hat – so auch die Erfahrung des Rezensenten – die geringsten Spielräume, den genannten ambivalenten oder schlechten Praxen zu entgehen, da sie zumindest was die Arbeitsverpflichtung und den Niedriglohn angeht, wesentliche Standards der staatlichen Programme sind. Was die Perspektiven für NPOs in der lokalen Beschäftigungspolitik angeht, diskutieren die AutorInnen drei Aspekte einer stärkeren Marktorientierung, weil unter den NPOs eine Orientierung an Prinzipien unternehmerischen Handelns als zukunfts-trächtig gilt (151ff.). Der erste Aspekt ist der eines verstärkten Rückgriffs auf „betriebswirtschaftliche Methoden und Prinzipien der Unternehmensführung“ um in der Konkurrenz der Anbieter um öffentliche Gelder bestehen zu können. Der zweite

Aspekt ist die verstärkte Zusammenarbeit mit Unternehmen, um ihnen gegenüber als (Personal)Dienstleister agieren zu können und um besseren Zugang zu privaten Finanzen zu haben. Der dritte Aspekt ist die Entwicklung von „sozialwirtschaftlichen Betrieben“ oder „Sozialunternehmen“, die eingebunden in wachsende lokale Ökonomien Eigenmittel erwirtschaften können, mit denen sie selbständige, den Welfare-to-Work-Programmen entkommene Aufgaben bestimmen können. Die im Buch vorgestellten Erfahrungen mit diesen drei Aspekten lassen lediglich die Option der Sozialunternehmen als politisch wünschbaren Weg erscheinen. Dieser Weg ist aber nur dann gangbar, wenn er als Unterbau eine breite politische Unterstützung hat und wenn die „größte Herausforderung“, „eine nachhaltige wirtschaftliche Basis (für solche Unternehmen) herzustellen“ überhaupt bewältigt werden kann – was wiederum die Frage nach staatlichen Fördermitteln stellt (162/163). Zum Ausblick für die NPOs gehört auch die Betrachtung ihrer Rolle als politische Akteure (163 ff.). Ermutigung ist bei der Lektüre dieser Teile nicht in Berlin zu finden. Die beschäftigungspolitisch aktiven NPOs treten der repressiven Sozialpolitik nicht öffentlich entgegen. „Die Sorge um die eigene Existenz (übt) eine disziplinierende Funktion“ aus (171). Aus L.A. dagegen werden Nachrichten verbreitet, die hier der Nachahmung harren. Berichtet wird von Bündnissen von Nonprofits, Gewerkschaften und Wissenschaftlern (die) nicht nur die Rechte von Sozialhilfebeziehenden gegenüber dem Lokalstaat zu verteidigen versuchen oder die Stadtverwaltung dazu bewegen können, Erwerbslose einzustellen, sondern auch Einfluss nehmen auf Lohnhöhen, ÖPNV-System und private Arbeitgeber. Angesichts der massenhaften Einführung von Pflichtarbeit im Rahmen der neuen deutschen

Arbeitsmarktpolitik ist die Praxis der Association of Community Organizations for Reform Now (ACORN) zu erwähnen, die zur gemeinnützigen Arbeit verpflichtete Menschen gewerkschaftlich zu organisieren sucht, denn deren Situation ist wie hier vom Fehlen basaler Arbeitnehmerrechte gekennzeichnet (169/170). Die AutorInnen berichten nicht nur von Erfolgen wie der Erkämpfung eines formalen Beschwerderechts oder von Einstellungskorridoren in reguläre Arbeit, sondern sie sehen die Aktivitäten von ACORN als Gegenthese zur Behauptung, „man könne Sozialhilfebezieher und andere Arme nicht dauerhaft organisieren“ (175). Buch und Rezension gleichen einem weniger guten Hollywoodfilm, würden sie mit diesen positiven Nachrichten enden. Die AutorInnen prognostizieren auch auf dem Hintergrund des gesellschaftlichen Mainstreams eine Zunahme von bad practice in den beschäftigungspolitischen Aktivitäten. „Nonprofits würden dann noch stärker als bisher vor der Herausforderung stehen, im Auftrag der Verwaltung die ‚Regulierung‘ sich ausweitender Niedriglohnmärkte zu übernehmen und den Erwerbslosen die Pflicht zur Arbeit um jeden Preis einzuspiegeln“ (184). Wie die NPOs und andere politische Akteure diese Herausforderung annehmen und ob die workfare-Politik sich eins zu eins ohne Widerständigkeit umsetzen lässt, sind aufregende Fragen für das Alltagsleben mit Hartz & Co. Die Lektüre des hier besprochenen Buches ist eine good practice, um sich mit guten Argumenten zu wappnen, selbst wenn man weiß, dass Veränderung mehr bedarf als der besseren Argumente.

*Wolfgang Völker*

*Hellkamp 39*

*20255 Hamburg*

*E-Mail: wvoelker-hamburg@t-online.de*

## 1. Sozialforum in Deutschland Für Gerechtigkeit, Frieden und Bewahrung der Natur

In Deutschland werden unter dem Begriff „Reformen“ profitorientierte Interessen mit Maßnahmen durchgesetzt, die zu Lasten der Bevölkerung gehen.“ Diese Politik führt zu steigender Erwerbslosigkeit, Verarmung und dem finanziellen Kollaps der Kommunen, der Länder und des Bundes. Dies ist ein weltweiter Prozess. Die neoliberale Globalisierung führt heute auch in den reichen Ländern zu Entwicklungen, unter denen die Menschen in der südlichen Erdhälfte schon seit Jahren – allerdings weitaus schlimmer – zu leiden haben. Dort wie hier zerstört sie die natürlichen Lebensgrundlagen dieser und kommender Generationen. Die Durchsetzung wirtschaftlicher Interessen wird zunehmend mit kriegerischen Mitteln betrieben. Während für das Kapital alle regulierenden Schranken fallen, werden, wie bei der „Festung Europa“, die Mauern gegen den Zustrom von MigrantInnen und Flüchtlingen hochgezogen. Die sozialen Grundbedürfnisse werden durch Privatisierung öffentlicher Güter sowie der Daseinsvorsorge ausgehebelt. Im Namen der globalen Wettbewerbsfähigkeit und der Konkurrenz aller gegen alle werden Tausende Arbeitsplätze vernichtet. Soziale und demokratische Rechte werden abgebaut. Die gesellschaftliche Unzufriedenheit wird immer größer. Das provoziert die Frage, welche Veränderungen notwendig sind, um die sozialen Grundbedürfnisse und natürlichen Lebensgrundlagen der Menschen zu sichern, Frauen und Männern eine existenzsichernde und gesellschaftlich sinnvolle Beschäftigung zu bieten, ihre Würde zu wahren und ihre demokratischen Mitwirkungsmöglichkei-

ten zu erweitern. Immer weniger Menschen fühlen sich in ihren Anliegen vertreten. Wir müssen uns selber auf den Weg machen. Wir brauchen dafür ein zivilgesellschaftliches Forum, um uns über verschiedene soziale Milieus hinweg auszutauschen. Dort wollen wir Formen des Widerstands entwickeln und Widersprüche im Streben nach gemeinsamen Handlungsmöglichkeiten und der Entwicklung von Alternativen überwinden. Dazu bedarf es eines gesellschaftlichen Dialogs in einem offenen Raum jenseits von Parteien und weltanschaulichen Abgrenzungen. Dieser Dialog ist Teil eines weltweit wachsenden Prozesses. Im südbrasilianischen Porto Alegre fanden sich im Jahr 2001 erstmals Menschen aus aller Welt unter der Losung „Eine andere Welt ist möglich“. Parallel zu ähnlichen kontinentalen Foren in Afrika und Asien traten 2002 in Florenz das Erste, 2003 in Paris das Zweite Europäische Sozialforum zusammen. In Deutschland gibt es Sozialforen in vielen Städten und Regionen. Wir laden alle ein, die sich auf die Suche nach einer gerechten, friedlichen und ökologischen Gesellschaft machen wollen, sich am

### **Ersten Sozialforum in Deutschland vom 21. bis 24. Juli 2005 in Erfurt**

mit ihren eigenen Vorschlägen und Vorstellungen zu beteiligen und am Vorbereitungsprozess mitzuwirken. Das Sozialforum in Deutschland ist Teil des Weltsozialforums und arbeitet auf der Grundlage der Charta von Porto Alegre. Anmeldungen für Seminare und Workshops sind seit Oktober 2004 auf der Homepage [www.sozialforum2005.de](http://www.sozialforum2005.de) möglich. Dort finden sich auch die Ansprechpartner für die vorbereitenden Arbeitsgruppen.



## **6. Bundeskongress Soziale Arbeit „Die Produktivität des Sozialen – Den sozialen Staat aktivieren“**

Der nächste Bundeskongress Soziale Arbeit findet vom 22. bis 24. September 2005 in Münster statt. Er dient dem Wissenstransfer zwischen der Theorie und Praxis Sozialer Arbeit, der Verständigung von PraktikerInnen und WissenschaftlerInnen über die gegenwärtigen sozialen Probleme und Unsicherheiten, über ihre je spezifischen Äußerungsformen und über die Aufgaben, die der Sozialen Arbeit daraus erwachsen. Die Bundeskongresse sind inzwischen ein unverzichtbares Forum sowohl für die theoretischen Vergewisserungen und für die Entwicklung handlungsorientierter Praxismodelle wie auch für die sozialpädagogischen Reflexionen bezüglich des fachlichen und politischen Umgangs mit den immer riskanter werdenden sozialen Ungleichheitslagen und den Bedingungen, die sie mit reproduzieren. Der sechste Bundeskongress Soziale Arbeit „Die Produktivität des Sozialen – Den sozialen Staat aktivieren“ thematisiert damit die Leistungen der Sozialen Arbeit für die Gesellschaft und fragt kritisch an, welche Möglichkeiten einer sozial gerechten Gestaltung dieser Gesellschaft bestehen. Während die Produktivität des Sozialen den Nutzen Sozialer Arbeit für die Gesellschaft in das Zentrum der Debatte rückt, ist die Forderung nach

der Aktivierung des sozialen Staates als kritische Anfrage zu sehen, ob unsere Gesellschaft ohne den sozialen Staat vorstellbar bzw. wünschenswert ist. Eingebunden in die allgemeinen gesellschaftlichen Wandlungs- und Modernisierungsprozesse ist die Soziale Arbeit kontinuierlich dazu aufgefordert, ihre Ziele und ihre Methoden in Abstimmung zwischen öffentlichen Erwartungen, Politik und Ökonomie, sozialpädagogischer Praxis und Wissenschaft aufs Neue zu bestimmen und ihre Produktivität für die Gesellschaft zu erweisen. Es gilt somit nicht, soziale und ökonomische Produktivität gegeneinander auszuspielen, sondern vielmehr die wechselseitige Angewiesenheit aufeinander zu erkennen, was derzeit vor allem bedeutet, den unverzichtbaren Beitrag des Sozialen für eine funktionierende Ökonomie und Gesellschaft zu würdigen. Dabei reicht das Soziale weit über die konkreten Leistungen Sozialer Arbeit hinaus. Es umfasst den sozialen Zusammenhalt in der Zivilgesellschaft ebenso, wie die gelebte Solidarität in privaten Beziehungen. In diesem Sinne ist der Einsatz für einen sozialen Staat auch unter veränderten internationalen Rahmenbedingungen rational und lohnenswert und ist die Soziale Arbeit eine zentrale Akteurin in laufenden Aushandlungsprozessen über zukünftige soziale Standards.

*Weitere Informationen unter:  
[www.bundeskongress-soziale-arbeit.de](http://www.bundeskongress-soziale-arbeit.de)*

## 10. Deutscher Präventionstag „Gewaltprävention im sozialen Nahraum“

Am 6. und 7. Juni 2005 findet im Convention Center der Messe Hannover unter der Schirmherrschaft des Ministerpräsidenten des Landes Niedersachsen, Christian Wulff, der 10. Deutsche Präventionstag zum Thema „Gewaltprävention im Sozialen Nahraum“ statt. Der Kongress gliedert sich in fünf Bereiche:

- ▷ Vorträge zum Schwerpunktthema „Gewaltprävention im sozialen Nahraum“
- ▷ Vorträge im Offenen Forum
- ▷ Ausstellung
- ▷ Kinderuniversität
- ▷ Eventbühne

*Detaillierte Informationen zum Programm des 10. Deutschen Präventionstages sowie Online-Formulare zur Anmeldung unter: [www.praeventionstag.de/](http://www.praeventionstag.de/)*

### **Kleine Verlag** *aktuell*

Michael Langhanky, Cornelia Frieß, Marcus Hußmann, Timm Kunstreich

#### **Erfolgreich sozialräumlich handeln Die Evaluation der Hamburger Kinder- und Familienhilfezentren**

*Impulse* Werkstatt Fachhochschule, Band 13  
2004, ISBN 3-89370-396-9, 208 Seiten, €20,60 / SFr 36,20

In der aktuellen sozialen Arbeit gibt es erfolgreiche sozial-räumliche Handlungsansätze und Praxen, die einer eingehenden Untersuchung wert sind. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie die theoretisch hinreichend ausbuchstabierte Forderungen nach Lebensweltorientierung, Regionalisierung, Vernetzung und Sozialraumorientierung tatsächlich in die Praxis umsetzen.

In diesem Band wird – basierend auf einer umfassenden Evaluation von acht Hamburger Kinder- und Familienhilfezentren – die gelingende Praxis sozial-räumlichen Handelns vorgestellt, mit der die Organisationen eine Versäulung von Hilfen, Selbstreferenz und Konkurrenz hinter sich lassen. Stattdessen orientieren sie sich am ‚Einzelfall im Feld‘ und an den dort zur Verfügung stehenden Ressourcen. Sie stellen responsive Organisationsstrukturen und eine gewinnbringende Kooperation in den Mittelpunkt ihres Handelns.

Das erfolgreiche sozial-räumliche Handeln der Hamburger Kinder- und Familienhilfezentren wird in insgesamt 60 Arbeitsprinzipien für die vier wesentlichen Ebenen institutionellen Handelns zusammengefasst und ausbuchstabierte: für die Gestaltung von Binnenstrukturen der Organisationen, die Subjektorientierung, die Kooperation und das Quartiersmanagement.

Die Ergebnisse dieses Blicks auf gelingende Praxen weiterentwickelnd, skizzieren die Autoren mit Noam Chomsky und Paulo Freire eine empirisch fundierte generative Grammatik sozial-räumlichen Handelns. Mit diesen Überlegungen soll die Debatte um Methoden und Könnerschaft in der Sozialen Arbeit bereichert werden.

Das Buch schließt in Anlehnung an Michel Polanyi mit einigen offenen Überlegungen zur Nutzung von Intuition, Ahnung und zu implizitem Wissen in der sozialraum-orientierten Arbeit.

# Widersprüche

Eine Übersicht über alle noch lieferbaren Bände der Widersprüche unter [www.widersprueche-zeitschrift.de](http://www.widersprueche-zeitschrift.de)

## Lieferbar sind u.a.:

**Heft 63:** Management des Kriminellen. Soziale Kontrolle als unternehmerische Dienstleistung  
104 Seiten, € 11,00

**Heft 64:** Modernisierung der Wohlfahrt ... don't worry, be happy!  
128 Seiten, € 11,00

**Heft 65:** Zur Politischen Produktivität von Gemeinwesenarbeit  
128 Seiten, € 11,00

**Heft 66:** Gesellschaft ohne Klassen? Politik des Sozialen wider Ausgrenzung und Repression  
256 Seiten, € 11,00

**Heft 67:** Multioptionale Männlichkeiten?  
132 Seiten, € 11,00

**Heft 68:** '68 wird 30. Zur Kontinuität eines Bruches  
116 Seiten, € 11,00

**Heft 69:** Soziale Politiken International  
116 Seiten, € 11,00

**Heft 70:** abseits fallen. Abstieg bis zum Ausschluß?  
108 Seiten, € 11,00

**Heft 71:** Biologisierung des Sozialen?  
112 Seiten, € 11,00

**Heft 72:** Glücklose Arbeit – Arbeitsloses Glück. Zum gesellschaftlichen Diskurs über Arbeit und Arbeitslosigkeit  
123 Seiten, € 11,00

**Heft 73:** Transversale Bildung – wider die Umbilden der Lerngesellschaft  
120 Seiten, € 11,00

**Heft 74:** 1989 – 1999 – 2010: Brüche und Reformperspektiven  
198 Seiten, € 11,00

**Heft 75:** Der „Dritte Sektor“: Modernisierung von Markt und Staat?  
118 Seiten, € 11,00

**Heft 76:** Zivilgesellschaft von oben. Regulation der Kooperation  
118 Seiten, € 11,00

**Heft 77:** Der kontraktuelle Sozialstaat – Herrschaft des Managements? Ende der Profession?  
112 Seiten, € 11,00

**Heft 78:** Fragmente städtischen Alltags  
130 Seiten, € 11,00

**Heft 79:** Alles im Griff. Prävention als Sozialtechnologie  
118 Seiten, € 11,00

**Heft 80:** Wir können auch anders – Soziale Utopie heute  
116 Seiten, € 11,00

**Heft 81:** Da war doch was ...!? Zugänge zur Erinnerung an Nazizeiten  
116 Seiten, € 11,00

**Heft 82:** Raum-Effekte. Politische Strategien und kommunale Programmierung  
128 Seiten, € 11,00

**Heft 83:** Zur globalen Regulierung des Bildungswesens  
128 Seiten, € 11,00

**Heft 84:** Der oder die Sozialstaat? Doing Gender europäischer Wohlfahrtsregime  
108 Seiten, € 11,00

**Heft 85:** Politische Bildung – Bildung des Politischen?  
120 Seiten, € 11,00

**Heft 86:** Safety first – Smile you're on camera  
132 Seiten, € 11,00

**Heft 87:** Selbsttechnologien – Technologien des Selbst  
104 Seiten, € 11,00

**Heft 88:** Neo-Diagnostik – Modernisierung klinischer Professionalität?  
136 Seiten, € 11,00

**Heft 89:** Zum Umbau von Bildung und Sozialstaat  
124 Seiten, € 11,00

**Heft 90:** Noch auf Kurs? – Zehn Jahre „Neue Steuerung“ in der Jugendhilfe  
116 Seiten, € 11,00

**Heft 91:** Scheiternde Erfolge oder: Die Früchte politischer Emanzipationsprojekte  
116 Seiten, € 11,00

**Heft 92:** Familienunternehmen – zur neoliberalen (Neu)Ordnung der Familie  
136 Seiten, € 11,00

**Heft 93:** Eliten-Schwindel. Gesellschaft zwischen Demokratisierung und Privilegierung  
92 Seiten, € 11,00

**Kleine Verlag**  
Kleine Verlag