

Elke Portugall und Barbara Riedmüller: Protokoll

Die Arbeitsgruppe setzte sich den Schwerpunkt Arbeitslosigkeit und Rehabilitation aus zwei Gründen: einmal erschien uns der Gesamtzusammenhang von Sozialpolitik und Gesundheitspolitik in der zur Verfügung stehenden Zeit zu umfangreich für die Diskussion gesundheitspolitischer Ziele zu sein; zum anderen verfolgten wir mit der Wahl dieser beiden Bereiche die Absicht, konkrete sozialpolitische/gesundheitspolitische Prozesse zu untersuchen, die die Verbesserung der Gesundheitsversorgung determinieren. Eine zentrale Intention der Diskussion war, an diesen beiden Beispielen eine konkretere Ebene der Ableitung der Gesundheitspolitik von ökonomischen Mechanismen zu erreichen als dies in ökonomischen Theorien der Knappheit und Umverteilung der ökonomischen/staatlichen Ressourcen geschieht. Der wesentliche theoretische Bezugspunkt war dabei die Abhängigkeit der Gesundheitspolitik von der Arbeitsmarktpolitik, die sich in den institutionellen Mechanismen der Zuweisung und Verschiebung von Arbeitslosigkeit und Krankheit niederschlägt. Die Hervorhebung der institutionellen Zuweisungen von Krankheit und Arbeitslosigkeit hatte den Sinn, die aktuellen politischen Prozesse der Umsetzung ökonomischer und politischer Konjunkturen (der Knappheit) in konkrete sozialpolitische Handlungsstrategien der beteiligten Instanzen zu analysieren und deren Folgen für die Lebenslage der Arbeitslosen/Kranken zu bestimmen. Denn die Definition von Lebenslagen (Frührentner, Behinderter usw.) ist ein politischer Prozess, dessen Analyse und Kritik in der bisherigen gesundheitspolitischen Diskussion zu kurz gekommen ist. Einschränkung muß bemerkt werden, daß bei dieser Diskussion des Verhaltens der Sozialversicherungsträger das Problem von Krankheit als Folge von Arbeitslosigkeit nicht berücksichtigt wurde. Der Analyse von Arbeitslosigkeit als Belastungsfaktor (These: Arbeitslosigkeit macht krank) wurde entgegengehalten, daß mit dieser Betrachtungsweise die institutionelle Verarbeitung von Krankheit unter den restriktiven Bedingungen des Arbeitsmarktes vernachlässigt wird, d.h. daß der Prozess der Umdefinition von Arbeitslosigkeit in Krankheit seitens der Arbeits- und Sozialverwaltung aus dem Blick gerät (These: Sozialverwaltung macht krank).

Vernachlässigt man den Anteil der Institutionen bei der Zuweisung von Krankheit und Behinderung, so geht auch die politische Rolle dieser Institutionen und damit auch die Rolle der Professionellen in den Institutionen unter. Eine wichtige Fragestellung der Gruppe war, welche politischen Handlungsspielräume der Experte, bzw. der Praktiker in den Institutionen unter Bedingungen einer engen Handhabung der Rehabilitationsleistungen bzw. der Aussichts-

losigkeit einer beruflichen Integration chronisch Kranker und Behinderter haben kann. Welche Möglichkeiten hat der Praktiker, die Enge der Wahl zwischen vorzeitiger Berentung oder aussichtsloser Rehabilitation zu durchbrechen. Welche politisch-organisatorischen Bezugspunkte kann der Praktiker in diesem Dilemma nützen (z.B. Selbsthilfegruppen).

Unsere relativ kleine Gruppe setzte sich aus Praktikern auf dem Gebiet der medizinischen und beruflichen Rehabilitation und in der Forschung Tätigen zusammen, was die Möglichkeit bot, wissenschafts- bzw. forschungspolitische Fragen mit Problemen der Praxis zu verbinden. Zu Beginn der Arbeitsgruppe lagen drei Thesenpapiere vor (siehe oben) die die Diskussion strukturieren sollten. Zusätzliche mündliche Beiträge waren ein Kurzreferat von K.-D. Thomann über den Einfluss von Arbeitslosigkeit auf Gesundheit und Krankheit, ein Kurzbericht über eine Arbeitsloseninitiative in München und ein Kurzbericht über eine Selbsthilfegruppe von Behinderten in München. Nachfolgende Zusammenfassung der Diskussion rekonstruiert den tatsächlichen Diskussionsverlauf, dabei lag ein Tonbandprotokoll zugrunde.

1. Einleitende Thesen

Die Konjunkturabhängigkeit der Sozialpolitik zeigt sich nicht nur in ökonomischen Größen, sondern auch in einer politischen Gestaltung sozialer Lebenslagen. Diese konjunkturellen Schwankungen wirken sich auf die Betroffenen entweder permissiv oder/und restriktive aus. Am deutlichsten wird eine restriktive Politik im Bereich der Sozialhilfe, da hier die Beziehung zum Hilfesuchenden immer auch soziale Kontrolle beinhaltet. Geringe Verrechtlichung mit entsprechend hohem Ermessensspielraum, sowie die mit dem Subsidiaritätsprinzip verbundene mangelnde Generalisierung des Verwaltungshandels läßt hinreichend Lücken für eine situative Praxis der Sozialhilfverwaltung.

Während in den Behindertengesetzen (Rehabilitationsangleichungsgesetz, Schwerbehindertengesetz, Gesetz zur Sozialversicherung Behinderter u.a.) eine Ausweitung des Leistungskatalogs für Behinderte stattgefunden hat und der Gedanke der Rehabilitation stark in den Vordergrund trat, wird durch die gegenwärtige Arbeitsmarktlage der sozial kontrollierende Trend wieder stärker (Engpässe in der Leistungsvergabe, Verstärkung der Kontrollmechanismen, z.B. der Arbeitsbereitschaft, in der Sozialhilfe) Der Bezug auf die Arbeitsmarktpolitik läßt sich in einer konjunkturabhängigen Zuweisung bzw. Gewährung von Leistungen zeigen, etwa an dem statistischen Verlauf der Rehabilitationsleistungen im Verhältnis zur Berentung (Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrenten), der gesetz-

lichen Veränderungen im Rahmen des Arbeitsförderungsgesetzes und der betrieblichen Praktiken der Frühberentung bzw. Umsetzung auf einen beschützten Arbeitsplatz.

Der gesetzliche Auftrag der Wiederherstellung, Verbesserung und Erhaltung der Arbeitskraft, der für die Sozialversicherung im Sozialgesetz formuliert wird, ist praktisch von konjunkturellen Schwankungen begrenzt.

Ohne im einzelnen zu behandeln, inwieweit die Arbeitsmarkt-abhängigkeit in die Konstruktion der Sozialversicherungssysteme historisch eingebaut ist, gingen wir von der Prämisse der aktuellen Wirkung dieser Abhängigkeit auf die Betroffenen aus. Denn ein großer Teil der chronisch Kranken und Behinderten, vor allem im psychiatrischen Bereich, wird durch die Rehabilitationsmaßnahmen nicht in den Arbeitsmarkt integriert, sondern in Sondereinrichtungen abgeschoben, deren Funktion eine langfristige Absorption von "wertloser" oder "überflüssiger" Arbeitskraft ist. Wir faßten dieses Problem in der These zusammen, daß in wertvolle Arbeitskraft hoch investiert wird, daß aber die große Gruppe der leicht ersetzbaren Arbeitskraft je nach Arbeitsmarktlage von integrativen oder desintegrativen Strategien absorbiert oder nur kurzfristig rehabilitiert wird. Integrativ/desintegrativ sollte dabei den Bezug auf den Arbeitsmarkt und auf die rehabilitativen Strategien der jeweiligen Institutionen bezeichnen, wobei der Wechsel zwischen diesen beiden Strategien der politische bzw. politisierbare Faktor z.B. im Rahmen der Gewerkschaftspolitik ist.

Die Gruppe, auf die sich eine restriktive Sozialpolitik am stärksten auswirkt, umfaßt vor allem jene "Problemgruppen" auf die derzeit eine ganze Reihe sozialpolitischer Sonderprogramme ausgerichtet sind: Jugendliche Arbeitslose, Obdachlose, Suchtgefährdete, psychisch Kranke.

Die Sozialpolitik wird somit zum flexiblen Steuerungsinstrument, das von politischen Variablen in Richtung auf eine Verschiebung (und Absorption) von Problemgruppen beeinflußt wird. An dieser Variablen setzt der, jeweils verengte oder erweiterte, Handlungsspielraum der Professionellen bei der Entscheidung über das weitere Schicksal der Betroffenen an. An dieser Stelle konnten bereits mehrere Beispiele aus unserer eigenen Berufspraxis aufgeführt werden, die als "individuelle Sozialpolitik" diesen engen Handlungsspielraum zu überwinden versuchen, indem aus den ohnehin schon begrenzten Möglichkeiten für den Betroffenen die günstigste Lösung herausgeholt wird. Wir fragten, was unter Berücksichtigung sozialpolitischer Gegebenheiten aus dieser institutionenkritischen Betrachtungsweise für die Praxis der Professionellen folgen kann und stießen auf zwei wesentliche Probleme: Einmal, wie läßt sich der Bezug zu den Betroffenen so herstellen, daß Entscheidungsalternativen über-

haupt entstehen können. Wir meinten, daß nur die konkrete Kenntnis der Lebenslage der Betroffenen Grundlage für eine solche Entscheidung sein kann. Zum andern, wie läßt sich soziale Kontrolle in der täglichen Praxis (z.B. einer Behindertenwerkstatt) durchsichtig machen und umgehen. Läßt sich das Leitbild der Integration in den Arbeitsmarkt im Umgang mit z.B. chronisch Kranken und Behinderten aufrechterhalten. Die Arbeitsmarktpolitische Zuweisung der sozialen Rolle "Lohnabhängiger" versus sozialer Rolle "Behinderter" vermittelt sich in der beruflichen Praxis von Medizinern, Psychologen, Sozialarbeitern als konkrete Entscheidung über die Lebensperspektive eines Kranken bis hin zu einer endgültigen Ausgrenzung.

Der berufspolitische Bezug auf Rehabilitation/Arbeitslosigkeit bedeutet in der Praxis die Entwicklung alternativer Handlungsmodelle in den Institutionen oder in Auseinandersetzung mit diesen. Der wissenschaftspolitische Bezug besteht demgegenüber darin, die Prozesse sozialer Integration/Desintegration zu dokumentieren und die jeweiligen Maschen oder Filter im System sozialer Sicherung sichtbar zu machen und alternative Konzepte in Hinblick auf die Verbesserung von Lebenslagen der Betroffenen Gruppen zu entwickeln.

2. Arbeitslosigkeit und Krankheit

Wir gingen in der Diskussion von der These aus, daß der Verursachungszusammenhang von Krankheit in der offiziellen Darstellung und administrativen Arbeitslosen-Statistik (Arbeitsamt, Rentenversicherung) eliminiert wird, indem Krankheit als Attribut von Arbeitslosigkeit gesehen wird.

2.1. *Arbeitslosigkeit als Ursache von Krankheit*

Als kritischer Einstieg in den Problemzusammenhang von Arbeitslosigkeit und Krankheit dienten uns Thesen zum Einfluß der Arbeitslosigkeit auf Gesundheit und Krankheit (vgl. Thesen von Thomann).

Dabei beeinflusste die Frage nach den konjunkturellen Überformungen der Sozialpolitik, den institutionellen Einflußfaktoren auf die Definition von Krankheit, und Verschiebungseffekten zwischen Arbeitslosigkeit und Krankheit die Rezeption der vorgetragenen Thesen. Zwar bestand weitgehend Einigkeit darüber, daß Arbeitslosigkeit krank macht — dazu liegen ja auch eine Reihe von Untersuchungen vor — aber in einer isolierten Betrachtungsweise von Arbeitslosigkeit als Belastungsfaktor wurde nur eine Bestätigung der ohnehin stattgefundenen Entwicklung einer Umdefinition von Arbeitslose in Kranke und Behinderte gesehen. Arbeitslosigkeit als

Krankheitsfaktor sollte dagegen als integratives Moment in der Kette von Krankheitsverursachung durch betriebliche und situative Belastungen, der Rolle der Institutionen bei der Zuweisung von Krankheit bzw. Arbeitslosigkeit und der zusätzlichen Belastung durch Arbeitslosigkeit als eine verlaufsbedingte Belastung im Unterschied zur kausalen Erklärung von Krankheit durch Arbeitslosigkeit mit einer spezifischen Symptomatik (wie vegetative Dystonie u.a.) gesehen werden (vgl. Thesen von Guldemann). Für eine solche Krankheitskarriere wurden einige Beispiele genannt und vor allem die Wirkung der Institutionen (z.B. Arbeitsverwaltung) auf diese Karriere diskutiert.

Im Kontext eines solchen Verlaufs (Karriere) von Krankheit stellt die Arbeitslosigkeit dann einen wesentlichen Einschnitt dar. Arbeitslosigkeit als krisenhaftes Erlebnis im Leben des Individuums kann durchaus in dem Sinne krank machen, als mit dem Beginn und der Fortdauer der Arbeitslosigkeit in Verbindung mit existentiellen und ökonomischen Ängsten die Schwelle zur Krankheit überschritten werden kann. Dennoch steht man in jedem Einzelfall vor der gleichen Definitionsfrage: was ist Arbeitslosigkeit? Was ist Krankheit? "Ein Friseurlehrling bricht die Lehre, ab, weil sie nicht so lange stehen kann, also aus gesundheitlichen Gründen. Da weiß man jetzt nicht, ist ihr das nahegelegt worden, ist das eine Arbeitsamtstrategie, oder sind diese jungen Mädchen tatsächlich so krank. . . ."

Die Schwelle von Arbeitslosigkeit zur Krankheit bzw. zur gesundheitlichen Gefährdung und zu Folgeerkrankungen könnte etwa überschritten werden, wenn man folgendes Phasenmodell einer "normalen" Arbeitslosenkariere zugrundelegt:

1. Phase: 4 bis 8 Wochen nach Beginn der Arbeitslosigkeit: psychische und physische Entlastung, Freiheitsgefühl, verschiedene Aktivitäten
2. Phase: nach einem halben Jahr Arbeitslosigkeit: beginnende Unzufriedenheit, soziales Ausweichverhalten, beginnende Selbstdesintegration, aber immer noch Selbstinitiative und Suche nach einem neuen Arbeitsplatz
3. Phase: nach einem Jahr oder mehr Arbeitslosigkeit: Fatalismus, Verlust des Lebensziels, Suchtgefährdung (Alkohol), Suchtkrankheiten, Folgeerkrankungen der Arbeitslosigkeit.

Hier taucht allerdings die Frage auf, ob eine solche Darstellung der Arbeitslosigkeit als potentielle Krankheitsursache nicht bereits zu einseitig ist. Die Medizinalisierung und Individualisierung sozialer Probleme ist nur möglich vor dem sozialpolitischen Hintergrund des "Subsidiaritätsprinzips" d.h. der individuellen Verantwortlichkeit für Krankheit oder Behinderung. Dadurch bekommt der Krankheitsbegriff seine entpolitisierte Funktion. Entgesellschaftung

durch das Subsidiaritätsprinzip wird gerade heute von allen politischen Instanzen verstärkt verfolgt. Desweiteren hat die Sozialgesetzgebung Anti-Klassenbewußtseins-Funtion, indem sie Hierarchien der Arbeitslosen, der Behinderten etc. vorgibt, die ideologisch einen Solidarisierungseffekt der Arbeitslosen verhindern und Konkurrenzverhältnisse im Arbeitslosen- und Behindertenbereich fortsetzen sollen. Selbst über die Gewerkschaften ist kaum ein Kontakt zu Arbeitslosengruppen herzustellen. In der Öffentlichkeit werden die Arbeitslosen, wenn nicht als krank im Sinne von Arbeitsunfähig, dann zumindest als arbeitsunwillig bzw. arbeitsscheu oder gar zur Kriminalität neigend dargestellt.

Eine weitere wichtige Frage war, welche Rolle die Arbeitsverwaltung bei diesem Prozeß der Individualisierung spielt. Festzuhalten ist vor allem, daß die Arbeitsverwaltung sich für die Betriebe instrumentalisieren läßt und entgegen ihrem gesetzlichen Auftrag einen Dienstleistungsbetrieb für die Unternehmen darstellt — sich in jedem Fall nicht um die Belange des einzelnen Arbeitnehmers kümmert. Alle sozialpolitischen Institutionen ignorieren das Problem der institutionellen Einflußfaktoren auf Arbeitslosigkeit. Um in Institutionen alternativ handeln zu können, muß man vor allem die Individualisierungsstrategien herausgreifen und thematisieren.

Selbst die Gewerkschaften unterstützen primär die (noch) Beschäftigten und thematisieren die Entlassenen nur am Rande. In der Sozialpolitik gilt das gleiche Prinzip: Gruppen von Leuten werden aufgrund eines Merkmals zusammengefaßt (Arbeitslose, Behinderte etc.) und einzeln thematisiert. Es ist jedoch ein Fehler, die einzelnen Gruppen isoliert für sich zu diskutieren, entlang den sozialpolitisch vorgegeben Definitionen, weil sich dadurch die Isolierungsstrategie (ideologisch) und Individualisierungsstrategie (faktisch) in der kritischen Analyse der Sozialpolitik wiederholt und den Zusammenhang des Problems nicht mehr erkennen läßt.

Bei der Umdefinition von Arbeitslosigkeit in Krankheit spielt der vorherrschende Krankheitsbegriff eine Rolle, denn ein Krankheitsbegriff, der von allen sozialen, situationsbezogenen und umweltbedingten Belastungen absieht, ist daher auch beliebig instrumentalisierbar für konjunkturabhängig notwendige Manipulationen. Es liegt im medizinischen Kompetenzanspruch mitbegründet, daß eine Zuweisung an die Medizin erfolgen kann, welche dann Probleme behandeln soll, die auf einem außermedizinischen Feld liegen, also von ihrer Verursachung her medizinisch nicht lösbar sind. In der Medizinalisierung von Arbeitslosigkeit verschwindet aber der Verursachungszusammenhang von Krankheit. Ein Beispiel dafür sind Untersuchungen über psychische Krankheiten von Arbeitslosen: zunächst wird der Situationsbezug vernachlässigt und schließlich wird als Therapie Psycho-Training für Arbeitslose angeboten,

womit der Zustand der Arbeitslosigkeit erträglicher gemacht werden soll. Mit einer Medizinalisierung von Arbeitslosigkeit lassen sich dann umstandslos Forderungen nach einer besseren medizinischen Versorgung von Arbeitslosen begründen, ohne die soziale Lage der Arbeitslosigkeit selbst in Frage stellen zu müssen. Gerade die Psychiatrie übernimmt gerne die Rolle der Versorgung von Personen, die von den Sozialversicherungsinstitutionen ausgesteuert wurden. Es existiert heute eine gefährliche Tendenz zur Psychiatriisierung auch unter fortschrittlichen Sozialpsychiatern, die sich selbst eine zunehmende Kompetenz zuschreiben und dies mit Interesse an sozialen Problemen motivieren. Wenn z.B. die Einweisungsquote in psychiatrische Krankenhäuser mit der Arbeitslosigkeit positiv korreliert, wie es als Beweis für die These: Arbeitslosigkeit macht krank angeführt wurde, so heißt das eben nicht, daß es der Zustand der Arbeitslosigkeit ist, der krank macht, sondern: die Institutionen, die beteiligten Berufsgruppen tendieren stärker zur Einweisung — auch weil sie für den Patienten nichts tun können.

2.2. Zur These des hohen Krankenstandes der Arbeitslosen

Der Krankenstand der Arbeitslosen wird von einer Vielzahl von institutionellen Faktoren mitbeeinflußt, die man berücksichtigen muß, wenn man etwas über den tatsächlichen Gesundheitszustand aussagen will. Ein wesentlicher Faktor ist, daß die Beschäftigten sich in einer sich verschärfenden Arbeitsmarktlage zurückhalten, ihre Krankheiten offenzulegen, sich krank zu melden, zum Arzt zu gehen, eine Kur durchzuführen. D.h. man kann annehmen, daß sich ihr Gesundheitszustand eher verschlechtert. Zusätzlich steigt die Belastung am Arbeitsplatz. Dies bedeutet, daß sich der Gesundheitszustand der Beschäftigten unter solchen verschärften Arbeitsmarktbedingungen tendenziell verschlechtert, dies aber nicht immer in den Statistiken erscheint.

Bei den Arbeitslosen passiert genau das Umgekehrte. Arbeitslose werden vom ärztlichen Dienst des Arbeitsamtes untersucht, und in dem Moment, in dem sich herausstellt, daß der Gesundheitszustand eines Arbeitslosen ein Hindernis darstellen könnte für eine neuerliche Vermittlung, wird dieses Krankheitsbild, das u.U. im Zustand der Arbeit überhaupt nicht relevant war, herausgestrichen, um festzuschreiben, daß der Arbeitnehmer nicht mehr vermittelbar ist.

Man kann also sagen, daß eine tendenzielle Unterschätzung stattfindet bei der (positiven) Beurteilung des Krankheits- bzw. Gesundheitsstandes der Beschäftigten, und eine tendenzielle Überschätzung beim Krankheitsstand der Arbeitslosen. Allerdings muß man mitbedenken, daß tatsächliche Krankheit manchmal erst sichtbar wird durch den Umstand, daß Arbeitnehmer qua Arbeitslosigkeit in die

medizinische Institution geraten. Im Zustand der Beschäftigung fallen manchmal schwere Krankheiten gar nicht auf und beeinflussen auch nur unwesentlich die Arbeitsfähigkeit bzw. Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz. Ein Beispiel für diese These: In Hannover bei VW arbeitet ein großer Teil von Suchtkranken, die von den Betriebsärzten Schmerzmittel verabreicht bekommen, weil sie aufgrund des Lärms in der Karosseriehalle Ohrenschäden oder Kopfschmerzen haben. Diese im engeren Sinne Tablettenabhängigen funktionieren im Rahmen dieses betriebsärztlichen Systems gut. Sobald sie aber arbeitslos werden, erscheinen sie als "Suchtkranke" und sind dann nicht mehr vermittelbar. Andererseits weigern sich Suchtkranke, die noch einen Arbeitsplatz haben, eine Therapie zu beginnen, weil dies wahrscheinlich den endgültigen Verlust ihres Arbeitsplatzes bedeuten würde.

2.3. Die Rolle der Institutionen bei der "Verursachung" von Krankheit

Der hohe Krankenstand bei den Arbeitslosen ist also mitbedingt durch soziale Zuschreibungsprozesse, die man vor allem am Beispiel der Arbeitsverwaltung zeigen kann. Es wurde die Rolle der Arbeitsverwaltung bei der Zuweisung von Krankheit diskutiert ("Macht die Arbeitsverwaltung krank?") Einmal findet schon durch die Gutachterfunktion des ärztlichen und psychologischen Dienstes eine Zuschreibung von Krankheit statt, zum andern stellen die Praktiken der Arbeitsverwaltung für den Arbeitslosen einen wesentlichen Belastungsfaktor dar. Über diesen zweiten Aspekt wurde ausführlich diskutiert. In den institutionellen Abläufen, auch und besonders dann, wenn sie korrekt gehandhabt werden, sind stark krankheitsverursachende Momente enthalten. Am Beispiel einer typischen Arbeitslosenkariere wird diese These erhärtet. Es beginnt mit der Entlassung bzw. Arbeitsaufgabe, die bereits mit 4 Wochen Sperrfrist "bestraft" wird, wenn der Arbeitnehmer selbst gekündigt hat. Eine weitere prägnante Situation ist die Stellenbewerbung. Der Arbeitgeber hat für das Arbeitsamt eine "Richterfunktion", da er mit darüber entscheidet, ob der Bewerber arbeitswillig ist oder nicht. Erscheint der Arbeitnehmer arbeitsunwillig, reagiert das Arbeitsamt mit einer Sperrfrist. Denn dadurch, daß häufig die angebotene Arbeit mit dem vorhandenen Qualifikationsprofil nicht übereinstimmt, hat der Arbeitgeber die Möglichkeit, den Bewerber beim Arbeitsamt regelrecht anzuschwärzen -was das Arbeitsamt dann als "Arbeitsunwilligkeit" auslegt. Die zweite Sperrzeit löst in der Regel den vollständigen finanziellen Ruin aus. Widerspruch gegen die Sperrzeit hat keine aufhebende Wirkung, und über den Widerspruch entscheidet die Institution Arbeitsverwaltung, also

kein unabhängiges Gremium. Die Hürde des Sozialgerichts mit Beschwerdeformulierung etc. und langen Wartezeiten nahmen wenige — es bleibt die finanziellen Notlage, die den Arbeitslosen schließlich zum Sozialamt führt. Beim Sozialamt kann es sogar vorkommen, daß ihm gesagt wird, er sei nicht berechtigt, Sozialhilfe zu bekommen. Richtig ist, daß er berechtigt ist, aber er bekommt 25% weniger als die anerkannte Mindestgrenze, bis zu einer endgültigen Entscheidung des Sozialgerichts. Diese Phase des Übergangs ist für den Arbeitslosen höchst angstausslösend und existenziell bedrohend. Die betroffenen Arbeitslosen sind in starkem Maße abhängig von der Institution Arbeitsverwaltung in ihrer gesamten Lebensplanung. Die objektive Verschlechterung der Lebenslage, die möglichen psychisch belastenden Größen, die u.U. meßbar wären, sind noch sehr wenig dokumentiert, sollten aber als institutionell bedingte Krankheitsfaktoren, als krankheitsverursachend untersucht werden.

Der hier beschriebene Degradierungsprozeß des arbeitslos gewordenen Individuums hat Elemente von "Hospitalismus" in sich: Arbeitslosigkeit als Prozeß der schrittweisen Verfügbarmachung des Individuums mit dem Ergebnis der Auflösung des Selbstbildes.

Angstausslösend ist die quasi staatliche Verordnung des beruflichen Abstiegs und die relative Unbeeinflussbarkeit dieses Prozesses von seiten des Individuums. Im Verlauf dieser hochgradigen Abhängigkeit des Individuums von der Institution muß die Arbeitsverwaltung dem Betroffenen wie eine "totale Institution" erscheinen und hat auch sicherlich in manchen Fällen eine ähnlich destruktive Wirkung auf die Persönlichkeit des Betroffenen.

Arbeitslosigkeit und Krankheit werden in ihrem Verlauf demnach von institutionellen Zuweisungs- und Ausgrenzungspraktiken geprägt, die man als institutionelle Karriere von Arbeitslosigkeit und Krankheit bezeichnen kann. Solche Praktiken lassen sich ebenso an den übrigen Institutionen der Sozialversicherung, Sozialhilfverwaltung und der betriebs- und vertrauensärztlichen Dienste zeigen. Angefangen vom ersten Kontakt beim niedergelassenen Arzt oder Sozialdienst, zu den Kostenträgern Krankenkasse oder Rentenversicherung etc. läßt sich ein System von Filterwirkungen rekonstruieren, an dessen Ende der Kranke, Behinderte, Arbeitslose steht. Vom Standpunkt des Betroffenen aus gesehen, ist Krankheit allerdings auch eine häufig gewählte Lösungsstrategie, weil sie als individuelle Reaktionsform auf situative Konflikte anerkannt ist. So daß die individualisierende Praxis der Sozialversicherung der individuellen Konfliktlösung durch Krankheit entsprechend funktioniert.

3. Zur Praxis der Rehabilitation von Behinderten

Es wurde die These diskutiert, daß es sich bei der "Rehabilitation" Behinderter in entsprechenden Einrichtungen (Werkstätten, Behindertenzentren, Wohnheime etc.) in der Mehrzahl der Fälle um ein schlichtes Ausgrenzungsphänomen handelt: mit der Aufnahme in eine oder mehrere Institutionen zur Integration Behinderter (insbesondere Behindertenzentren) werden "Desintegrations-Karrieren" programmiert (vgl. Thesen von Portugal). Die Forderung nach einer Rehabilitation körperlich, geistig und psychisch Behinderter kann nur beinhalten, daß die verschiedenen vorgesehenen Behandlungen so integriert wie möglich geschehen. Rehabilitation heißt also: integriertes Wohnen, berufliche Rehabilitation am Arbeitsplatz und nicht in Sondereinrichtungen. Daran muß sich die Forderung nach ambulanter Hilfe für die einzelnen Behinderungsarten anschließen. Fehlen diese ambulanten Hilfen, wie es z.Z. der Fall ist, werden Spezialeinrichtungen für Behinderte zur Notwendigkeit bzw. sind tatsächlich nicht zu ersetzen (Überforderung der Familie oder der Angehörigen des Behinderten, mangelnde Ausstattung der Arbeitsplätze mit behindertengerechten Arbeitshilfen etc.). Daran schließt sich die Forderung nach einem Ausbau oder Aufbau einer gemeindenahen Versorgungsstruktur für Behinderte an. Demnach geht es um die Entwicklung von Rehabilitationshilfen, die dem Dilemma zwischen einer einerseits krankmachenden Arbeitswelt und dem Zwang, in diese Arbeitswelt zu integrieren, soweit wie möglich entgeht. Bislang gibt es wenig Versuche in diese Richtung, da die gesetzlichen Leistungen der Rehabilitation die Möglichkeiten determinieren, zumal die unkoordinierte Zuständigkeit und mangelnde Kooperation der Kostenträger eine Integration beruflicher, medizinischer und sozialer Integration verhindern. Da die einzig denkbare Integration Behinderter nur im Rahmen des normalen Arbeitslebens stattfinden kann, stellt sich die Frage, inwieweit und unter welchen Voraussetzungen diese Arbeitswelt, aus der die Behinderten ausgestoßen wurden, Behinderte aufnehmen kann. Die durchschnittliche und derzeit steigende Arbeitsbelastung verträgt keine Behinderten: es wird vom Arbeitnehmer 150% Arbeitsleistung erwartet, unter diesem Zeit- und Leistungsdruck wird seine Toleranzgrenze Nicht-Voll-Arbeitsfähigen gegenüber überschritten. Darum muß eine weitere Forderung an die Arbeitswelt lauten, Bedingungen zu schaffen, unter denen eine Integration Behinderter von seiten der Arbeitnehmerschaft möglich wird.

Die Voraussetzungen für eine gesellschaftliche Integration Behinderter bestehen nicht nur in monetären Vergünstigungen für die Betriebe, sofern sie Behindertenarbeitsplätze schaffen, sondern auch in sog. behindertengerechten Arbeitsplätzen.

Grundsätzlich muß durch Entwicklung und Durchführung alternativer Versorgungsmodelle die Integrationsideologie sowohl am Beispiel der bestehenden Sondereinrichtungen als auch am Beispiel betrieblicher Integrationsstrategien aufgedeckt werden bzw. beide Bereiche, die Absorption in Sondereinrichtungen und die Arbeitswelt sind zusammen zu sehen. Die tarifrechtliche Gleichstellung von Behinderten mit den übrigen Arbeitnehmern ist nur eine Voraussetzung für deren Integration. Für die Behinderten-Arbeit in Sondereinrichtungen sollte eine tarifrechtliche Absicherung angestrebt werden. Die durchschnittlichen Einkommen Behinderter sind, bei vollem Acht-Stunden-Tag, ein Skandal und lassen den behinderten Arbeitnehmer weit unter das Existenzminimum fallen, was soziale Desintegration in jedem Fall fördert. Die tarifrechtliche Regelung der Behinderten-Arbeit wäre Aufgabe der Gewerkschaften, die die soziale Lage von Behinderten bisher wenig berücksichtigt haben, obgleich sich aktuell die Tendenz verstärkt, ältere und kranke Arbeitnehmer auszusteuern, indem sie zu Frührentnern gemacht werden oder zu Behinderten. In diese Richtung ist auch innerhalb der Gewerkschaften verstärkt Aufklärungsarbeit notwendig.

4. Diskussionsergebnisse

Aus der Diskussion ergaben sich zwei politische Bezugspunkte: die wissenschafts- bzw. forschungspolitische Perspektive und das Problem der praktisch-politischen Umsetzung der Analysen mit der Perspektive auf eine Veränderung (auch der eigenen) Praxis in oder gegenüber den Institutionen.

4.1. Zur Wissenschaftspolitik

In der Diskussion ergaben sich zwei Schwerpunkte, einmal die ideologiekritische Analyse der offiziellen Arbeitslosenstatistiken und der administrativen Epidemiologie, zum andern institutionenkritische Analysen, die den institutionell bedingten Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Krankheit zum Gegenstand haben. Wir sahen im Fehlen vor allem wissenschaftlicher Analysen, die den Zusammenhang von Krankheitsverursachung, Krankheitsverlauf in Bezug auf soziale Lage (Arbeitslosigkeit) und im Resultat die Verschlechterung der Lebenslage des Arbeitslosen/Kranken insgesamt thematisieren, ein politisch folgenreiches Forschungsdefizit. Für die Aufspaltung von Forschungsansätzen in z.B. partielle Belastungsanalysen, ökonomische Analysen über Arbeitslosigkeit, die z.T. administrative Statistiken unhinterfragt übernehmen, gibt es disziplinspezifische und forschungspolitische Gründe.

Denn auf der einen Seite wird von der medizinischen und psychologischen Fachrichtung der Bezug zur sozialpolitischen und verwaltungsmäßigen Verarbeitung von Krankheit nicht gesehen, auf der anderen Seite bleibt die ökonomische und politische Analyse

des Systems sozialer Sicherheit zumeist abstrakt gegenüber den realen Prozessen des Umgehens mit Arbeitslosigkeit und Krankheit und damit der Lebenslage und dem Bewußtsein der Betroffenen gegenüber äußerlich. Diese Tendenz der Zergliederung von sozialen Lebenslagen in disziplinspezifische Sichtweisen wird durch die institutionelle Anbindung und Vergabe von Forschungsmitteln verstärkt, die eine Gesamtsicht von sozialen Problemen durch institutionelle und politische Eigeninteressen verhindern. Hier hätte die Kooperation mit den Gewerkschaften eine wichtige Funktion, aufklärerisch zu wirken, z.B. um Forschungen über betriebliche Belastungen mit der Erforschung von Rehabilitationsmaßnahmen der Sozialhilfeträger und deren Wirkung in Zusammenhang mit den Verursachungsfaktoren zu verbinden. Da in der Bundesrepublik die Datenlage über Gesundheit/Krankheit insgesamt durch politische Filter verengt und vereinseitigt ist, müssen Forschungsansätze verstärkt mit gewerkschaftlichen Interessen gemeinsam entwickelt werden.

4.2. Zur politischen Umsetzung

Wir stellten die Frage nach der Perspektive des Praktikers: Welche Politischen Handlungsspielräume hat der Mediziner, Psychologe, Sozialarbeiter, Pfleger etc., wenn er auf dem Hintergrund der eben dargestellten Thesen zum Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Krankheit konkrete Veränderungen durchsetzen will. Natürlich gibt es einen begründeten Katalog von politischen Forderungen, die man an Parteien und Regierung richten kann — so z.B. in Bezug auf die Novellierung des Arbeitsförderungsgesetzes, die eine Verschlechterung der Arbeits- und Lebenssituation von Lohnabhängigen bedeutet —, doch bleiben solche Stellungnahmen von Wissenschaftlern wirkungslos, wenn sie gegenüber den Interessen der Betroffenen äußerlich bleiben — so z.B. wenn man mehr Behinderten-Arbeitsplätze fordert, ohne das damit verbundene Lebensschicksal zu berücksichtigen. Der Praktiker steht in direkten Handlungszwängen, versucht er beispielsweise bei der derzeitigen Arbeitsmarktsituation, Behinderte in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Wie läßt sich die Praxis der Ausgrenzung und Individualisierung der sozialpolitischen Institutionen verhindern? Greift man das Problem der Individualisierung heraus, so stellt sich die Frage nach einer möglichen politischen Verallgemeinerung der Interessen der Betroffenen. In diesem Zusammenhang wurde die Rolle der Gewerkschaften problematisiert. Dazu ein Praktiker:

“Was in der gewerkschaftlichen Diskussion überhaupt nicht auftaucht, ist das Problem der institutionellen Einflußfaktoren, überspitzt: die Arbeitsverwaltung

macht krank.

Die Gewerkschaften sind ja in den Gremien drin und an diesem Mechanismus beteiligt, d.h. diese Diskussion muß stärker in die Gewerkschaften hineingetragen werden."

Da die Gewerkschaften immer diejenigen vertreten, die noch im Arbeitsprozeß sind, werden auch hier — wie von den übrigen sozialpolitischen Institutionen — die bereits Kranken, Arbeitslosen nur noch am Rande thematisiert. Dazu kommt es zu einer politischen Ausgrenzung bzw. Marginalisierung bestimmter Personengruppen, was den ohnehin stattfindenden Individualisierungstrend noch verstärkt. Die Organisation von Selbsthilfegruppen z.B. in Arbeitsloseninitiativen, Behindertengruppen etc. entsteht aus diesem politischen Defizit, da diese Gruppen z.T. die Erfahrung machen mußten, daß die Gewerkschaften an ihnen desinteressiert sind. In der Alltagspraxis von Behinderteneinrichtungen ist eine Selbsthilfegruppe oft die einzige Möglichkeit, die Behinderten nicht "hängen" zu lassen oder sie von der Institution völlig abhängig zu machen. Selbsthilfegruppen sind daher nicht nur Ausdruck einer defizitären und wirkungslosen Sozialpolitik, sondern auch Ausdruck dafür, daß die Betroffenen ihr Vertrauen in die offizielle Politik verloren haben. Auf regionaler Ebene stellen daher Selbsthilfegruppen sozusagen den letzten Versuch der Artikulation von Bedürfnissen von unten dar. Obgleich der derzeitige Trend staatlicher Sozialpolitik nicht übersehen werden darf, Selbsthilfe für eine Reprivatisierungsstrategie zu instrumentalisieren, darf die Gefahr einer Abkoppelung von öffentlichen Politikformen nicht bagatellisiert werden.

Arbeitsgruppe I B: Gesundheitssystem und ökonomische Interessen

Hans-Ulrich Deppe und Rolf Rosenbrock: Protokoll*

1. Wie alle gesellschaftlichen Teilbereiche ist auch des *Gesundheitswesen* von der Entwicklung des *ökonomischen Gesamtsystems* abhängig. Erst vor dem Hintergrund dieser Beziehung gewinnen

* Diesen Ausführungen liegt teilweise ein Thesenpapier von Hagen Kühn zugrunde, das zur Fachtagung vorgelegt wurde.