

dienen. Darüber hinaus sind sie in der Lage, sich auf unterschiedlichen »Beziehungsmärkten« situationsspezifisch selbst inszenieren. Voß und Pongratz entwickeln in diesem Zusammenhang den Begriff des »Arbeitskraftunternehmers«,<sup>48</sup> Richard Sennett den Begriff des »flexiblen Menschen«, Ulrich Bröckling den des »unternehmerischen Selbst«<sup>49</sup> und – jüngst – Andreas Reckwitz den der »Singularität«.<sup>50</sup> Die amerikanische Soziologin Sherry Turkle kommt – angesichts des sich ausbreitenden Internets mit seinen verschiedenen sozialen Netzwerken – zu dem Ergebnis, dass Menschen situationsspezifische »Patchwork-Identitäten« ausbilden.<sup>51</sup>

Eine etwas andere Deutung nimmt der englische Philosoph und Soziologe Zygmund Bauman vor. Für ihn ist die Moderne gekennzeichnet durch eine (rationale) Suche nach Eindeutigkeit, die letztlich ihre schreckliche Vollendung im deutschen Faschismus fand, der alles »Ambivalente« und Nicht-Eindeutige zu vernichten trachtete. In der nun eingesetzten Postmoderne erst bricht sich die Ambivalenz Bahn, eine Zweideutigkeit, die einerseits mit der Globalisierung auch Nationalismus und Rassismus oder auch mit der Erweiterung menschlicher Freiheitsgrade zugleich auch neue Zwänge und Herausforderungen für das Individuum hervorbringt. Ambivalenz, also Widersprüchlichkeit, ist eine Signatur der Postmoderne.<sup>52</sup> Später wird Bauman, der oft von sozialpsychiatrischen Autoren rezipiert wird, diese These noch radikalieren und von einer »flüchtigen Moderne« sprechen, in der durch die sich beschleunigende globale Entwicklungsdynamik haltgebende Strukturen und Institutionen zunehmend erodieren.<sup>53</sup>

## 5.2 Aspekte der Sozial- und Gesundheitspolitik in den 1990er-Jahren

Für die Sozial- und Gesundheitspolitik in den 1990er-Jahren ist es äußerst schwierig, sie mit einem Satz zusammenzufassen, da sie von vielen widersprüchlichen Bewegungen gekennzeichnet war. Zunächst war sie stark beansprucht und beeinflusst durch die Herausforderungen, die durch den Beitritt der »neuen Bundesländer« entstanden waren. Das galt nicht nur für die Frage der Einrichtungen und Dienste im Gesundheits- und Sozialwesen, sondern auch für die Schaffung von völlig neuen politischen und administrativen Rahmenbedingungen und Akteuren in den jeweiligen Politikfeldern, die sich ihrerseits entschieden wandelten. Darüber hinaus kam es – insbesondere Mitte der 1990er-Jahre, als der Sozialstaat in die Krise kam – unter dem Signum der Eigenverantwortung und Selbstbeteiligung zu einigen gravierenden Leistungseinschränkungen auf individueller Ebene. Es kam zu einer weiteren eher marktwirtschaftlichen Ausrichtung sozialstaatlicher Institutionen aber auch zur Einführung einer neuen »Säule« des Sozialversicherungssystems, der Pflegeversicherung (SGB XI) oder anderen Ausweitungen innerhalb psychotherapeutischer Leistungen sowie auch zu einer Neube-

48 Pongratz und Voß 2004.

49 Bröckling 2002b, 2007.

50 Reckwitz 2017.

51 Turkle 1998. Eine Position, die vor allem Keupp et al. 2013a aufgreifen, aber auch Illouz 2011 und Precht 2012. Reckwitz 2017 vertieft sie kultursoziologisch als »Kuratierung des eigenen Lebens«.

52 Bauman 1992.

53 Bauman 2016.

stimmung sozialer Teilhabe (-Rechte) von behinderten Menschen durch die Reform des Betreuungsrechtes sowie die Etablierung eines Diskriminierungsverbotes für behinderte Menschen im Art. 20 GG.

Ganz zu Beginn der 1990er-Jahre wurde nach langer Diskussion das Betreuungsrecht umfassend neu geregelt und löste das bis dahin geltende Entmündigungs- und Vormundschaftsrecht ab.<sup>54</sup> In dem nun so genannten Betreuungsgesetz kann nun auf zivilrechtlicher Basis die Selbstbestimmung von behinderten Menschen in der Regel nur noch in bestimmten Rechtskreisen eingeschränkt werden. Selbstbestimmung bleibt ein Leitbild, indem der nun genannte »Betreuer« an die Wünsche des Betroffenen gebunden ist, soweit sie dessen Wohl nicht zuwiderlaufen. Zwar sind die Betreuungen im Verlauf der Gültigkeit nicht zurückgegangen, sondern gravierend gestiegen, jedoch wird – folgt man Münner und Sierck – eine Betreuung nicht als so diskriminierend empfunden wie eine Entmündigung. Darüber hinaus etabliert sich in diesem Zusammenhang der Begriff der »Assistenz«, der die Selbstbestimmung auch bei der Abhängigkeit von Hilfeleistungen betont.<sup>55</sup>

Ein weiterer Schritt zur Inklusion – wie man heute sagen würde – oder zur Entwicklung der Rechte von Menschen mit Behinderungen wurde 1994 unternommen.<sup>56</sup> Es wurde ein Diskriminierungsverbot für behinderte Menschen in das Grundgesetz eingefügt.<sup>57</sup> Nun hieß es im Artikel 3 Abs 3 Satz 2: »Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden«.

Daneben lassen sich einige für unser Thema relevante Grundlinien skizzieren. Auf eine scheinbar paradox anmutende Entwicklung weist Lessenich hin. Für ihn besteht die Besonderheit der Entwicklung darin, dass unter der Kontinuität der sozialstaatlichen Institutionen gewissermaßen der Wandel ermöglicht und eingeleitet wurde. Diese »strukturkonservative, formstabile und ideentreue gesellschaftspolitische Transformationsdynamik« nennt er »Dynamischen Immobilismus«.<sup>58</sup> Die Richtung der Transformationsdynamik ist für Lessenich der Übergang »von der Logik der Bedarfsdeckung zu einer Logik der Grundversorgung«, die einhergeht mit der (tendenziellen) Auflösung kollektivvertraglich geregelter gesellschaftlicher Beziehungen, Etablierung individueller, marktwirtschaftlich geregelter Elemente, die eine »Politik der gesellschaftlichen Risikoumverteilung bzw. Solidaritätsschrumpfung«<sup>59</sup> darstellen. Den letzteren Aspekt betont Ebert, indem er den »Paradigmenwechsel in der deutschen Sozialpolitik« infolge der Krise des Sozialstaates als ein »radikalen Bruch mit dem sozialstaatlichen Gerechtigkeitsparadigma« bezeichnet.<sup>60</sup> Leisering (2003) betont dahingegen, dass sich der

54 Deutscher Bundestag 1990a.

55 Münner und Sierck 2013, S. 112.

56 Vgl. zum politischen Prozess Schliehe und Zollmann 2007, S. 760.

57 Deutscher Bundestag 1994a.

58 Lessenich 2003.

59 Lessenich 2003, S. 297 Später erweitert Lessenich die These dahingehend ab, dass sich der Sozialstaat von einer »statusorientierten Arbeitnehmersicherung« zu einer »marktzentrierten Erwerbsförderung« wandle (Lessenich 2014, S. 812).

60 Ebert 2012, S. 12 Als dessen bisherige Leitideen nennt er: Begrenzung der Macht des Kapitals, »Recht auf Arbeit«, umfassende kollektive soziale Sicherheit und Verteilungsgerechtigkeit (S. 127).

sozialstaatliche Diskurs verändert habe. »Soziale Gerechtigkeit wird zunehmend gedeutet als Gerechtigkeit zwischen Familien (versus Kinderlose), Generationen [...] und den Geschlechtern – statt als bloßer Austausch zwischen oberen und unteren Einkommensgruppen, [...].<sup>61</sup> Darüber hinaus dringen finanzwirtschaftliche Überlegungen in die »neue Sozialstaatskritik« ein, die »lange selbstverständliche Sicherungsziele und Bedarfsnormen stillschweigend ausblenden«.<sup>62</sup>

Diese Diskurse, bilden – zusammen mit dem Ost-West-Gegensatz, der zunehmenden Armut sowie der globalen, bzw. europäischen Eingebundenheit von Nationalstaaten – neue Konfliktlinien, auf die sich der Sozialstaat einstellen muss.<sup>63</sup> Darüber hinaus beschreiben Döhler und Manow einen deutlichen Wandel von Politikfeld und Politikstil, die zum Strukturwandel führen. Er besteht in »hierarchisch eingebetteten« (neuen) gleichgewichtigen Verhandlungsstrukturen zwischen den sich ausdifferenzierenden Akteuren, einer Sektoralisierung von Sozial- und Gesundheitspolitik als je eigenständige Politikfelder mit kompetenten Ministerien, eine zunehmend kompetenter werdende »Professionalisierung« im politischen Diskurs, sowie eine Veränderung des Politikstils.<sup>64</sup>

In eine ähnliche Richtung wie Lessenich argumentiert Nullmeier, der jedoch einen anderen Aspekt der Sozialstaatsentwicklung betont, den der zunehmenden Marktorientierung. Dieser Aspekt der zunehmenden Ökonomisierung des Sozialstaates zeigt sich in dreierlei Hinsicht:<sup>65</sup> In einer externen Vermarktlichung, die im Rahmen zunehmender Globalisierung bedeutet, dass der Sozialstaat hinsichtlich seines Beitrages zur Steigerung der nationalen Wettbewerbsfähigkeit als »Competition State«<sup>66</sup> betrachtet wird. Zweitens in der aktiven Schaffung von Wohlfahrtsmärkten. Hierunter können, so Nullmeier, »alle marktförmigen wirtschaftlichen Strukturen verstanden werden, die auf die Produktion und Verteilung von Gütern und Diensten gerichtet sind, die traditionell unter dem Schutz des Sozialstaats stehen oder standen und als Märkte weiterhin einer spezifisch sozialpolitischen Regulation unterliegen«.<sup>67</sup> Diese Strategie wird in den 90er-Jahren weite Teile wohlfahrtsstaatlicher Arrangements erfassen, nicht nur im Bereich der Gesundheitsversorgung bzw. im Krankenhauswesen, sondern auch im Bereich der Pflegeversicherung, der Jugend- und Eingliederungshilfe sowie auch -mit Verzögerung – in der Rentenversicherung.<sup>68</sup>

Die dritte Strategie bezieht sich auf eine »Erziehung zur Marktlichkeit«. Ähnlich wie Lessenich bezieht sich Nullmeier auf die oben schon erwähnte, von Foucault angestoßene Forschung zur Gouvernamentalität, die insbesondere von Lemke und Bröckling aufgenommen wurde.<sup>69</sup> Nullmeier definiert dies als »Umformung der Individuen, ihres Denkens, Handelns und Verhaltens. In ihren zentralen Lebensäußerungen soll die

61 Leisering 2003, S. 178.

62 Leisering 2003, S. 179.

63 Nullmeier 2003.

64 Döhler und Manow 1995. Vgl. auch Leisering 2003, S. 176.

65 Vgl. zum folgenden Nullmeier 2004.

66 Jessop 2004, zit.n. Streeck 2018, S. 13.

67 Nullmeier 2004, S. 495.

68 Nullmeier 2002.

69 Vgl. hierzu Foucault 2014b, 2014a; Bröckling et al. 2000; Bröckling 2007.

einzelne Person sich auf die Befähigung zum Markt, auf die Beherrschung von Wettbewerbshandeln, auf die Einsicht in die Funktionsweise von Wettbewerb und die Legitimation des Marktes ausrichten«. <sup>70</sup> Dies kann in der Motivation zu einem bestimmten Verhalten geschehen, wie oben im Fall der AIDS-Kampagne beschrieben, das kann jedoch auch soz. mit »härteren Bandagen« erfolgen, und zwar durch »Zuzahlungsregelungen«, wie im Fall der Krankenversicherung oder Rehabilitation, durch Mitwirkungspflichten und/oder durch Sanktionsandrohungen bei Nicht-Befolgung von Regeln, wie im SGB II und SGB III. Der Sozialstaat, der hier die »Schattenseite der Teilhabe« offenbart wird zu einer »Erziehungsagentur«, <sup>71</sup> in der nicht nur befähigende Unterstützung zur Erlangung von Kompetenzen und Teilhabe gewährt wird, sondern: Der Sozialstaat versucht auf Systemebene »in der Gesellschaft auf breiter Front Verhaltensänderungen zur erzwingen. Mehr Flexibilität statt institutioneller Regulierung, Leistungsbereitschaft statt Versorgungsdenken und Eigenverantwortung statt kollektiver Absicherung sollen eine stärkere wirtschaftliche Dynamik erzeugen und das Land »zukunftsfähig« machen«. <sup>72</sup>

Ganz besonders zeigt sich die Strategie Schaffung von Wohlfahrtsmärkten in dem sog. »Neuen Steuerungsmodell« (NSM), welches zu Beginn der 1990er-Jahre durch die »Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung« (KGSt) insbesondere in den Landes- und Kommunalverwaltungen propagiert und (zumindest teilweise) umgesetzt wurde. <sup>73</sup> Zentrale Momente dieser umfassenden Strategie war die Umorganisation der Administrationen in dezentral organisierte »Profitcenter«, die Schaffung von »Quasi-Märkten« <sup>74</sup> hinsichtlich der Beziehungen zu den »Leistungserbringern«, die im Rahmen von »Kontrakt-Management« inklusive eines »Contracting-out« sowie einem Output-, Outcome- und wirkungsorientiertem (effect/impact) Controlling und Qualitätsmanagement unterliegen sollen. <sup>75</sup> Zum propagierten Kontraktmanagement gehörte neben anderem auch die Variante der Budgetierung von Leistungen im Rahmen von Globalbudgets oder ergebnisorientierte Budgetierung <sup>76</sup>. Die Betroffenen oder die Bürger, d.h., die Adressaten der Dienstleistungen, wurden nun als »Kunden« bezeichnet. Obwohl der Umsetzungsprozess des NSM in vielen Ländern und Kommunen stockend bzw. nur fragmentarisch vonstattenging bezeichnen Grunow und Olk diesen Umstrukturierungsprozess als den »größten Paradigmenwechsel in der deutschen Sozialdienst-Architektur«. <sup>77</sup>

Im Rahmen des deutschen Vereinigungsprozesses mussten jedoch zunächst die politischen Strukturen und Akteure entwickelt werden, um Rahmenbedingungen, eine In-

70 Nullmeier 2004, S. 497.

71 Lessenich 2012b.

72 Ebert 2012, S. 130.

73 KGSt 1993.

74 Le Grand 1993. Quasi Märkte deshalb, weil diese »Märkte« einerseits starken rechtsstaatlich vorgegebenen Rahmenbedingungen unterliegen; aber auch, weil der Staat, als Nachfrager von Leistungen Monopolist ist und deshalb keine »echten« Wettbewerbsbedingungen vorliegen.

75 Halfar und Schellberg 2013.

76 Vgl. im Überblick Budäus 1994; Merchel und Schrappner 1996; Heinze und Strünk 1996; Reis und Schulze-Böing 1998.

77 Grunow und Olk 2007, S. 1012.

frastruktur und die entsprechenden Einrichtungen und Dienste zu schaffen. Die ehemalige DDR musste politisch in Länder und Kommunen neu gegliedert werden, das westdeutsche Sozialrecht musste implementiert und in die Struktur der Leistungserbringung mussten Einrichtungen und Dienste der Wohlfahrtsverbände neu eingebunden werden. Darüber hinaus zeigte sich, dass in der DDR zwar die Leistungen für (berufstätige) Frauen und Mütter oder ambulante Gesundheitsleistungen (Polikliniken) auf einem relativ hohen Standard waren, jedoch die Versorgungssituation für Menschen mit Behinderungen sich auf einem zum Teil katastrophalen Niveau befand, insbesondere in den großen stationären Einrichtungen (Anstalten), die auch in DDR-Zeiten zum Teil von der Caritas oder Diakonie betrieben wurden und von staatlicher Unterstützung wenig profitieren konnten.<sup>78</sup> In vielen Bereichen, insbesondere in der Selbsthilfe, aber auch in den ambulanten Hilfen (z.B. im Rahmen der Eingliederungshilfe) für seelisch behinderte Menschen existierte in der DDR kaum eine Unterstützungsstruktur; der Aufbau solcher Strukturen musste im Rahmen des – nun gesamtdeutschen – Subsidiaritätsprinzips erfolgen, wobei die damit befassten Wohlfahrtsverbände durchaus unterschiedliche Ausgangsbedingungen vorfanden, auf die hier nicht eingegangen werden kann.<sup>79</sup>

Eine weitere Schwierigkeit bestand in der Umbruchphase darin, dass der Einigungsvertrag bei den Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe wesentliche Einschränkungen vorsah. Den Sozialhilfeträgern wurde faktisch ein Leistungsverweigerungsrecht, das an ein Vorhandensein entsprechender Dienste und Einrichtungen gekoppelt war, eingeräumt. Die Leistungsträger hatten also Zeit, um Dienstleistungsstrukturen aufzubauen – wenn sie denn über entsprechende Finanzmittel verfügten. »Sowohl zeitliche Restriktionen als auch die mangelnde Finanzkraft ostdeutscher Kommunen begründeten also das Leistungsverweigerungsrecht der Sozialhilfeträger.«<sup>80</sup> Wieder einmal waren – neben anderen – die schwer psychisch kranken bzw. seelisch behinderten Menschen die besonders Benachteiligten und Diskriminierten bei Reformen.

Die Bundesregierung verband wichtige gesetzliche Reformen mit weiteren, strukturierenden Schritten in Richtung Wohlfahrtsmärkte. Wichtige Beispiele sind die Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes 1994 und die Reform der Sozialhilfe 1996. Schon viele Jahre wurde – infolge der demografischen Entwicklung, mangelhafter Infrastruktur und finanzieller Überlastung der Sozialhilfeträger – über die Notwendigkeit der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit diskutiert.<sup>81</sup> Erste gesetzgeberische Schritte, die schon eine Sozialversicherungslösung andeuteten, sind im Gesundheitsreformgesetz 1988 bzw. im Gesundheitsstrukturgesetz 1992 hinsichtlich Schwerpflegebedürftigkeit unternommen worden. Nach heftigen und langwierigen Diskussionen in Bundestag, Bundesrat und Vermittlungsausschuss wurde das Pflegeversicherungsgesetz am 26. Mai 1994 ausfertigt und verkündet.<sup>82</sup>

78 Schliehe und Zollmann 2007, S. 751; Grunow und Olk 2007, S. 984.

79 Vgl. hierzu neben den o.g.: Schmähl 1992; Schmid 1996; Schmähl 1992.

80 Grunow und Olk 2007, S. 987.

81 Vgl. zum folgenden Igl 2005, 2007.

82 Deutscher Bundestag 1994b.

Zentraler Bestandteil dieses Artikelgesetzes war das »SGB XI – Soziale Pflegeversicherung«, welches nun eine weitere Säule des gegliederten Systems sozialer Sicherheit in Deutschland darstellte. Ganz zweifellos ist dieses Gesetzeswerk eine sozialpolitische Großtat, die auf gravierende Bedarfe eine Antwort fand, die die Pfadabhängigkeit deutscher Sozialpolitik betonte, jedoch gleichzeitig auch die Neuorientierung des Sozialstaates und seiner Politik markierte. Ohne auf Einzelheiten des Gesetzes einzugehen, waren hiermit zwei ganz wesentliche Dinge verbunden:

- Zum einen war das Gesetz explizit **nicht** auf individuelle Bedarfsdeckung ausgelegt, sondern die Versicherung plafondierte ihre Leistungspflicht hinsichtlich der durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherungen festgestellten Pflegestufe auf bestimmte im SGB XI festgelegte Höchstbeträge. Darüberhinausgehende Beträge mussten durch die Menschen selbst entrichtet werden – oder durch die Sozialhilfe. Der Sozialversicherungsstaat beschränkte sich hier auf seine Funktion der Grundsicherung.
- Zum anderen war das Gesetz eng verkoppelt mit der Einrichtung von Pflegemärkten. Es war ausdrücklich erwünscht, dass – insbesondere im ambulanten Bereich – Pflegeeinrichtungen und Dienste entstanden, die nun nicht mehr an eine Gemeinnützigkeit gebunden waren und bei denen die Pflegekassen einer Kontrahierungspflicht unterlagen. Recht schnell entstand so eine Infrastruktur, die jedoch chronisch unterfinanziert war.<sup>83</sup>

Wie schon angedeutet, stellt das Pflegeversicherungsgesetz eine dringend notwendige sozialstaatliche Reaktion auf den demografischen Wandel und eine enorme Erweiterung sozialstaatlicher Leistungen dar. Hinsichtlich der schwer psychisch kranken und behinderten Menschen, die im Rahmen von Enthospitalisierung in Heimen der Eingliederungshilfe wohnten bzw. »untergebracht« waren, hatte das Pflegeversicherungsgesetz jedoch Folgen, die als ambivalent zu beurteilen sind. Die Sozialhilfeträger hatten nun ein Interesse daran, den »institutionellen Verschiebebahnhof« zu nutzen, und drängten zahlreiche Heimträger dazu, ihre Einrichtungen als Pflegeeinrichtungen anerkennen zu lassen und Versorgungsverträge mit den Pflegekassen abzuschließen, um so Kosten der Sozialhilfe einsparen zu können. Darüber hinaus hegten besagte Heimträger die Hoffnung, über eine Finanzierung als stationäre Pflegeeinrichtung eine gesicherte Finanzierung zu erlangen. Der Preis dafür war jedoch, dass jegliche rehabilitative Orientierung für die Heimbewohner\*innen nun – nicht zuletzt durch die »verrichtungsorientierte« Ausrichtung des SGB XI – aufgegeben werden musste. Für die sog. »alten Chroniker« mag das noch erträglich gewesen sein, jedoch entstand für die »jungen Chroniker« nun das Problem der »Fehlplatzierung«. Überspitzt und mit Blick auf psychisch schwer erkrankte und behinderte Menschen formuliert, hat der Halbiierungserlass diesbezüglich im modernen Deutschland durch das SGB XI seinen sozial-

83 Aus diesem Grunde konnten sich gerade im Pflegebereich nur die Einrichtungen und Dienste längerfristig halten, die optimal durchorganisiert sind, über eine »preiswerte« Personalstruktur verfügen und – nicht selten durch Konzernbildung – Größenvorteile (Economies of scale) ausnutzen können.

rechtlichen Abschluss gefunden, konnte institutionell ad acta gelegt werden und wirkt in Form von »Fehlplatzierung« und Problemen der Gerontopsychiatrie nach.

Auch die Reform des Bundessozialhilfegesetzes zielte 1996 in eine ähnliche Richtung. Nicht nur, dass das Bundessozialhilfegesetz als SGB XII in das langsam vollständiger werdende Sozialgesetzbuch eingefügt wurde.<sup>84</sup> Es veränderte vor allen Dingen in der Eingliederungshilfe für Behinderte die Rahmenbedingungen für die Leistungserbringung, durch:

- Wegfall des Vorrangs der frei-gemeinnützigen Wohlfahrtspflege, um so auch privatwirtschaftlichen Unternehmen den Zugang zum Markt zu eröffnen.
- Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip und Einführung von prospektiven Pflegesätzen, die es auch gemeinnützigen Organisationen erlaubte, Gewinne aber auch Verluste zu erwirtschaften.
- Ein neues Vertragsrecht, das unterscheidet zwischen Leistungs-, Vergütungs- und Qualitätsvereinbarung.
- Die Möglichkeit, neuartige, flexible Finanzierungsmodalitäten zu erproben oder zu vereinbaren. Hierzu gehören z.B. die Finanzierung nach »Gruppen von Hilfeempfängern mit vergleichbarem Hilfebedarf« oder Budgets.

Somit wurde auch im Bereich der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ein »Quasi-Markt« eröffnet,<sup>85</sup> der es ermöglichte, flexible Lösungen in der Finanzierung und damit auch in der Erbringung von Leistungen zu finden. Doch dafür mussten sich die Wohlfahrtsverbände sowie die in ihnen organisierten Träger, die gemeinnützigen Organisationen, Einrichtungen und Dienste neu orientieren.

Im Gesundheitsbereich, also im Bereich der Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzte wurden im Einigungsvertrag die bundesrepublikanischen Verhältnisse auf die neuen Bundesländer übertragen.<sup>86</sup> Dies galt vor allem für die Einführung unterschiedlicher Krankenkassen, wobei man auch erreichen wollte, dass im Osten die Anzahl der Kassen überschaubar blieb. Darüber hinaus wurden die Krankenhäuser in unterschiedlicher Art und Weise privatisiert oder in eigenständige Unternehmen umgewandelt und – vor allem: Die ambulante Krankenbehandlung sollte durch niedergelassene (Fach-)Ärzte durchgeführt werden, wobei der Sicherstellungsauftrag wie im Westen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder lag. Dieser Struktur- und Institutionenwandel war ein großer Kraftakt und betraf insbesondere die Polikliniken. Sie spielten in der DDR eine relevante Rolle, zum Teil in der betrieblichen Gesundheitsversorgung, jedoch auch in der rehabilitativen Versorgung von – nicht nur – psychisch behinderten Menschen.<sup>87</sup> Gerade von sozialdemokratischer Seite oder auch im Bereich der Ortskrankenkassen gab es Bestrebungen, die Polikliniken, ggf. in Trägerschaft der

84 Deutscher Bundestag 1996.

85 Dies gilt sicher auch für andere Bereiche, wie z.B. der Kinder- und Jugendhilfe oder anderer kommunaler Dienstleistungen, die hier nicht behandelt werden können.

86 Vgl. zum Folgenden Wasem et al. 2007.

87 Schliehe und Zollmann 2007, S. 753.



Kassen, zu erhalten und dauerhaft zu institutionalisieren. Diese Vorschläge wurden allerdings durch die kassenärztliche Bundesvereinigung entschieden abgelehnt, die auf die freie Niederlassung pochte. Der Einigungsvertrag sah die Übertragung des westdeutschen Systems vor, allerdings blieben für eine Übergangszeit »zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung« die Polikliniken vorläufig zugelassen. Die Finanzierung erfolgte über Fallpauschalen. Allerdings konnten sich die Polikliniken über das Jahr 1995 hinaus nicht halten. Wasem et al. führen das auch auf die Entscheidungen der Ärzte zurück, die sich in den nächsten Jahren mit »überproportionalen Sprüngen« niederließen und nicht bei den Polikliniken angestellt sein wollten. Darüber hinaus: »In vielen Fällen erwies sich auch eine bevorstehende oder zumindest nicht auszuschließende Kündigung des Beschäftigungsverhältnisses durch die Kommunen als treibende Kraft«. <sup>88</sup> Trotz dauerhaft rechtlicher Verankerung im GSG (1992) hatten die Polikliniken keine Überlebenschance. So wurde das westdeutsche Gesundheitssystem in den nächsten Jahren qua Institutionentransfer auf die neuen Bundesländer übertragen. Aber auch mit allen Unzulänglichkeiten, die sich trotz Gesundheitsreformgesetz nicht aus der Welt schaffen ließen.

Infolge der Lobbytätigkeit einflussreicher Verbände wurden eine Reihe von der Politik und Bürokratie intendierten Reformvorstellungen des GRG von 1988 so verändert, dass sie praktisch nicht wirksam und »zentrale potenzielle »Reformbaustellen« völlig ausgeblendet wurden«. <sup>89</sup> Die mit dem GRG kurzfristig erreichten Einsparungen durch Selbstbeteiligungen erwiesen sich auf längere Sicht als nicht wirksam, sodass im Laufe 1991 die Krankenkassenbeiträge mehr als vor 1988 betrugen und – als Lohnnebenkosten – die Bundesregierung unter erheblichen Handlungsdruck setzte. Innerhalb einer sehr kurzen Zeit wurde die Regierung bzw. der damalige Gesundheitsminister Horst Seehofer aktiv. Seehofer gelang es in einer »großen Sachkoalition« mit dem SPD-Politiker Rudolf Dreßler in einem sehr zügigen Verfahren, welches die alten Bahnen parlamentarischer Willensbildung verließ, einen Kompromiss herzustellen, der als »Kompromiss von Lahnstein« eine gewisse Berühmtheit erlangte. Dieser Kompromiss zeichnete sich nicht nur durch seine Inhalte, sondern vor allem durch sein besonderes Verfahren aus. Konnte zunächst mit den etablierten Interessengruppen und Akteuren kein Kompromiss gefunden werden, so wurde zwischen Seehofer und Dreßler vereinbart, eine Klausurtagung von Regierungskoalition (CDU, CSU, FDP), Opposition (SPD) und Ländern in Lahnstein durchzuführen. Bei diesen Beratungen waren Interessengruppen und Ministerialbürokratie explizit ausgeschlossen. Es handelte sich um einen Kompromiss, der von der Politik im Rahmen informeller Verfahren, wobei die GRÜNEN und die FDP keine Relevanz hatten, ausgehandelt wurde und vom Staat dann unter Ausnutzung seines »hierarchischen Steuerungsvorteils« <sup>90</sup> durchgesetzt wurde <sup>91</sup>.

88 Wasem et al. 2007, S. 667.

89 Wasem et al. 2007, S. 670.

90 Wasem et al. 2007, S. 674.

91 Vgl. hierzu sehr instruktiv Manow 1994 Vgl. Auch Knieps und Reiners 2015, S. 117.



Das Ergebnis war das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)<sup>92</sup>, welches »ein Hauch von Sozialgeschichte« – so Reiners (1993) – umweht und ganz wesentliche gesundheitspolitische Weichenstellungen enthält.<sup>93</sup> Neben anderen wurde neu geregelt<sup>94</sup>:

- Die Aufhebung des Pflichtkassenprinzips und freie Kassenwahl für alle GKV-Mitglieder. Öffnung der Betriebs- und Innungskassen. Einführung eines Risikostrukturausgleichs und Bindung der Ausgaben der Kassen an die Entwicklung der Grundlohnsumme.
- Zulassungsbeschränkungen für nun sog. »Vertragsärzte« und Einführung von Leistungskomplexhonoraren.
- Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips in der Krankenhausfinanzierung und Einführung von Budgets, Fallpauschalen, Sonderentgelten sowie Basis- und Abteilungspflegesätzen.
- Einführung ambulanter Leistungen (Vor- und nachstationäre Leistungen, Operationen) im Krankenhaus.
- Verhandlungen von Preisen und Planungen im Krankenhausbereich durch Krankenversicherungsträger und Krankenhausgesellschaften.
- Beteiligung des Bundes an Krankenhausinvestitionen in den neuen Bundesländern von jährlich 200 Mio. DM und Einführung eines Investitionszuschlages auf den Pflegesatz.

Mit diesem Gesetz wurde ein Wettbewerb für die Krankenversicherungen eingeführt. Aber auch andere Elemente dieses Gesetzes enthalten Regelungen, die der oben genannten sozial- und gesundheitspolitischen Strategie folgen. Vincenti fasst die wesentlichen Neuerungen wie folgt zusammen: »Alle diese Neuerungsansätze enthielten dabei eine gemeinsame Grundtendenz, nämlich die Abwendung vom dualen Finanzierungsmodell des KHG, einschließlich den damit verbundenen Prinzipien der Selbstkostendeckung und staatliche Krankenhausplanung. Gleichzeitig strebte man, vor allem aus wirtschaftlichen Effizienzgründen, mehr und mehr eine Rückkehr zur monistischen Krankenhausfinanzierung in Verbindung mit einem leistungsorientierten Vergütungssystem und einer auf der Grundidee der Selbstverwaltung beruhenden Steuerungsstruktur an.«<sup>95</sup> Ergänzend kann man hierzu feststellen, dass mit diesen Regelungen wichtige Voraussetzungen geschaffen waren, die für die Privatisierung und Wettbewerbsorientierung im Krankenhausbereich relevant waren und die zusammen mit der – von Seehofer ausdrücklich erwünschten Europäisierung – zur Konzernbildung im Krankenhausbereich beitrugen. In den nächsten Jahren sind weitere Gesetze im Bereich der Sozial- und Gesundheitspolitik zur Regulierung von Arbeitsbeziehungen, Kostenämpfung, Leistungsbegrenzungen und -ausweitungen, Beiträgen etc. verändert, er-

92 Deutscher Bundestag 1992.

93 Reiners 1993.

94 Vincenti 2007, S. 689; Knieps und Reiners 2015, S. 333.

95 Vincenti 2007, S. 692.

gänzt, vor allem aber verabschiedet worden. Auf die kann hier nicht weiter eingegangen werden.<sup>96</sup>

Allerdings ist 1998 noch unter der Kohl-Regierung das Psychotherapeutengesetz verabschiedet worden.<sup>97</sup> Lange Jahre wurde in der politischen und Fachöffentlichkeit um ein solches Gesetz gerungen. Auch die DGSP hatte sich mittlerweile Jahrzehnte lang mit Ihren Positionen in die Diskussion eingemischt. Leider ohne Erfolg, denn die nun gefundenen Regelungen fügten sich strukturkonservativ, pfadabhängig in die Strukturen des deutschen Sozialrechts ein. Im Wesentlichen sah das Gesetz vor:

- Für die Psychotherapien im ambulanten Bereich wurden Strukturen ähnlich wie in der ärztlichen Versorgung geschaffen, d.h., es wurde eine Approbationsordnung entwickelt und die zugelassenen Psychotherapeut\*innen organisierten sich in einer Psychotherapeutenkammer.
- Die Zulassung von bestimmten Therapieverfahren und Therapeuten wurde in einer Psychotherapierichtlinie geregelt und bezog sich vor allem auf psychoanalytische bzw. tiefenpsychologische sowie verhaltenstherapeutische Verfahren.
- In der psychotherapeutischen Versorgung wurden (approbierte) Psycholog\*innen den Medizinern gleichgestellt und erhielten ihre Zulassung über die Kassenärztlichen Vereinigungen, deren Mitglieder sie werden mussten.
- Über die Zulassung entscheidet ein Ausschuss, der paritätisch aus Ärzt\*innen und Psycholog\*innen besteht.
- Die Vergütung erfolgt im Rahmen der Gesamtvergütung für Vertragsärzte.<sup>98</sup>

Obleich sich die niedergelassenen Psychotherapeut\*innen zur zweitgrößten Gruppe nach den Allgemeinmediziner\*innen/Hausärzt\*innen entwickelten, veränderte sich für die ambulante psychiatrische Versorgung insbesondere von schwer erkrankten oder behinderten Menschen kaum etwas. Zum einen wurden sie durch die Zugangsvoraussetzungen bzw. Indikationen von den Therapien ausgeschlossen; es herrschte in vielen Fällen noch das Vorurteil, dass sich gerade tiefenpsychologische Verfahren nicht für schwer Psychose erkrankte Menschen eignen würde. Zum anderen galt diese Gruppe als »nicht wartezimmerfähig« und zum Dritten waren sie anscheinend eine ganz besondere Herausforderung für die Therapeut\*innen, die sich dieser nur selten zu stellen getrauten. Wieder einmal ging eine große Reform an den schwer erkrankten und behinderten Menschen vorbei...

Im Jahre 1999, als schon die Rot-Grüne-Koalition unter dem Kanzler Schröder die Regierung übernommen hatte, wurde noch einmal eine Gesundheitsreform, das Gesundheitsreformgesetz 2000,<sup>99</sup> durchgeführt, die für die psychiatrische Versorgung einige Bedeutung hatte. Neben der Teil-Rücknahme von Maßnahmen der Kohl Regierung, Maßnahmen in der Zahnmedizin, der Kompetenzen von Gemeinsamen Bundesausschuss oder auch der Einführung von Fallpauschalen und Organisation der Vergü-

96 Vgl. neben den o.g. Hinweisen: Bourcarde 2005, 2006, 2007, 2008.

97 Deutscher Bundestag 1998.

98 Knieps und Reiners 2015, S. 337.

99 Deutscher Bundestag 1999.

tung kassenärztlicher Leistungen<sup>100</sup> sind in unserem Zusammenhang besonders relevant:

- Die Einführung von Psychotherapie als neue Leistung.
- Mit der Neufassung des § 118 SGB V sind die Institutsambulanzen auch für psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäuser nach einem Jahrzehnte dauernden politischen Kampf auf eine solide sozialrechtliche Basis gestellt worden.<sup>101</sup>
- Die Einführung von Fallpauschalen (DRGs) bis zum Jahr 2003. Hiervon war die Psychiatrie jedoch bis auf Weiteres ausgeschlossen.
- Die Einführung indikationsbezogener Dauer von Rehabilitationsleistungen. Die Aufhebung der vorhergehenden Beschränkung auf drei Wochen für Rehabilitationsleistungen und Einführung von indikationsbezogenen Lösungen hat – neben anderen Rehabilitationsbereichen – für die psychiatrische Rehabilitation eine Bedeutung, da sich auch im Modellprogramm RPK<sup>102</sup> gezeigt hat, dass die Dauer entsprechend den individuellen Gegebenheiten und Entwicklungen bemessen werden muss.
- Die Einführung der Möglichkeit zum Abschluss von Verträgen zur »Integrierten Versorgung«. Diese Möglichkeiten entsprechend §§ 140 ff SGB V sollten den einzelnen Krankenkassen die Möglichkeit geben, mit einzelnen oder mehreren Leistungserbringern Verträge zur »IV« zu schließen, die besondere, koordinierte »Versorgungspakete« für bestimmte Indikationsgruppen beinhalteten und so den Wettbewerb zwischen den Kassen beflügeln sollten, indem einzelne Kassen für sich »Alleinstellungsmerkmale« kreieren konnten. Die ambulante Sozialpsychiatrie stürzte sich mit verhaltenem Elan auf diese Möglichkeiten. Hierüber wird im nächsten Abschnitt zu berichten sein.

Dass dieses Gesetzpaket derartig viele Regelungen zugunsten von psychisch kranken Menschen enthielt, ist der grünen Gesundheitsministerin Andrea Fischer zu verdanken, die gute Beziehungen zur Sozialpsychiatrie und zur APK hatte. Allerdings haben die Sozialversicherungen lange Jahre pikiert reagiert, als insbesondere die Psychotherapie gegen ihren Willen eingeführt wurde. Entsprechend restriktiv haben die Kassen die Umsetzung dieses sinnvollen und notwendigen Leistungsmoduls gehandhabt. Einmal mehr erwiesen sich gerade die Krankenkassen als eine relevante »Bremse« in der Psychiatriereform.

Resümierend lässt sich festhalten: Nicht nur im Zusammenhang mit der Veränderung rechtlicher Rahmenbedingungen, auch durch europäisches Recht, sondern auch im Zusammenhang der Veränderung der oben genannten sozioökonomischen und kulturellen Veränderungen sowie im Verlauf der deutschen Vereinigung veränderte sich der deut-

100 Knieps und Reiners 2015, S. 338.

101 Spengler 2003, 2004, 2012.

102 Siehe hierzu weiter unten.

sche Sozialstaat<sup>103</sup> und damit auch die Wohlfahrtspflege. Insgesamt ist ein Wandel hin zu einem »Wohlfahrtspluralismus«<sup>104</sup> zu verzeichnen, der den Wohlfahrtsverbänden zwischen Staat und Zivilgesellschaft als »intermediäre Instanz« eine tendenziell neue Funktion zuweist: nämlich die der Vermittlung zwischen staatlicher Dienstleistungsproduktion und informellen Netzwerken. Andere Autoren sprechen von einer »Netzwerkökonomie im Wohlfahrtsstaat«,<sup>105</sup> in der Kooperation, Konkurrenz, Wettbewerb und Vernetzung in neuen Arrangements zum Tragen kommen. Gemeinhin ist allen Ansätzen, dass die Ökonomisierung, Marktorientierung etc. nun auch den Bereich der sozialen Dienstleistungen erreicht haben und durch staatliche Gesetzgebung aktiv forciert werden. Backhaus-Maul schreibt: »Bei der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven und einer Prüfung des öffentlichen Aufgabenbestandes haben Wettbewerbsinstrumente eine Schlüsselfunktion. »Wettbewerb« wird in den neunziger Jahren neben den klassisch hierarchischen Geboten und Verboten sowie korporatistischen Verhandlungen zur neuen Form staatlicher Politiksteuerung«. <sup>106</sup> Die Übertragung des BRD-Systems der Sozialstaatlichkeit und Wohlfahrtspflege erweist sich hierbei als durchaus hilfreich, denn »Ostdeutsche Wohlfahrtsverbände sind überwiegend dadurch gekennzeichnet, dass sie nahezu ausschließlich (Pflicht-)Aufgaben des Staates (bzw. der Länder und Kommunen) mithilfe öffentlicher Subventionen und Leistungsentgelte und unter Hinzuziehung hauptamtlichen Personals erledigen. Ihre Organisationskultur ist im Vergleich zu westdeutschen Wohlfahrtsverbänden sehr stark von Professionalismus, Orientierung an betriebswirtschaftlichen Leitbildern und an Strategien des Sozialmanagements geprägt«. <sup>107</sup> Die westdeutschen Verbände, Einrichtungen und Dienste bis hin zu den ehrenamtlichen (Selbsthilfe-)Organisationen ziehen mit großer Geschwindigkeit nach.

Hiermit wandelten sich auch der Charakter und die Funktion von (frei-verbandlicher) Sozialarbeit und nähert sich einem professionellen Selbstverständnis wie beispielsweise in der Medizin oder Psychologie an. Rauschenbach spricht in diesem Zusammenhang von »inszenierter Solidarität«, die sich von informeller Solidarität unterscheidet: »Zwischen der »informellen« und der »inszenierten« Solidarität und den daraus resultierenden sozialen Hilfen liegt der kleine Unterschied einer geplanten, institutionalisierten, verberuflichten, bezahlten und marktförmigen Organisation«. <sup>108</sup> Damit hat die soziale Arbeit auch im Rahmen einer auf Teilhabe angelegten Sozialpolitik eine andere Funktion: »Soziale Arbeit erweitert so die sozialen Handlungsspielräume der Menschen und verstärkt gleichzeitig Prozesse der Individualisierung, der Ungewissheit und des sozialen Risikos«. <sup>109</sup>

Eine ähnliche Entwicklung machte auch der Gesundheitsbereich, der jedoch schon länger den genannten Prozessen unterworfen war. Das gilt gewissermaßen »schon im-

103 Vgl. unter Internationalen, europäischen und vereinigungsbedingten Aspekten Schmid und Nikketa 1998.

104 Evers und Olk 1996.

105 Dahme und Wohlfahrt 2000.

106 Backhaus-Maul 2000, S. 37.

107 Olk et al. 1995, S. 25.

108 Rauschenbach 2015 (1994), S. 98.

109 Rauschenbach 2015 (1994), S. 106.

mer« für niedergelassene Ärzt\*innen, und für die Krankenhausträger seit den 1970er-Jahren mit Einführung des KHG. Allerdings verschärfte sich die Situation auch in diesem Bereich durch die Gesetzgebung, den Umwälzungen durch den Beitritt der neuen Bundesländer sowie die europäische Gesetzgebung, die – im Gegensatz zur Wohlfahrtspflege – die ökonomischen Herausforderungen der Krankenhausträger intensivierte. Hinzu kamen im Bereich der Medizin bzw. Psychiatrie, dass sich eine zunehmende Spezialisierung und Professionalisierung bemerkbar machte. Die eben genannte Diagnose kann somit gut auch auf den Bereich der klinischen Psychiatrie ausgeweitet werden.

### 5.3 Diskurs und Politik im Behindertenbereich und Psychiatrie

In den 1990er-Jahren bekam der Diskurs um Diskriminierung und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen großen Auftrieb. Internationale Erfahrungen aus den USA, wo 1990 ein Antidiskriminierungsgesetz verabschiedet wurde und die Diskussion in den Vereinten Nationen, die 1993 in die Verabschiedung von Rahmenbestimmungen über die Chancengleichheit für Menschen mit Behinderungen mündete,<sup>110</sup> schwappte über. In Deutschland entstanden neue Selbsthilfegruppen, die sich z. B. als »Assistenzgenossenschaften« zusammenschlossen, um als Arbeitgeber ihre Assistenz selbst zu organisieren. »Der Assistenzbegriff wurde geprägt als selbstbestimmte Abgrenzung gegenüber der eher fremdbestimmten Behindertenhilfe und der unbefriedigenden Pflegesituation«.<sup>111</sup> Auch die »Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben e. V.« wurde gegründet. Der »Initiativkreis Gleichstellung Behinderter« war in seinen Bemühungen erfolgreich, dass das Grundgesetz 1994 in seinem Artikel 3 ein Diskriminierungsverbot aufnahm. Ein Behindertengleichstellungsgesetz sollte jedoch Aufgabe der rot-grünen Koalition im nächsten Jahrzehnt werden. Eine Förderung bekamen die behinderten Menschen und ihre Organisationen durch den damaligen Bundespräsidenten Richard von Weizsäcker. Bei einer Tagung der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte<sup>112</sup> am 1. Juli 1993 hielt er eine Rede unter dem Motto »Es ist normal, verschieden zu sein«. Hierin betont er, »dass Behinderung nur als Verschiedenheit aufgefasst wird, das ist ein Ziel, um das es gehen muss« und »Um die Lage von Menschen mit Behinderungen zu verstehen, müssen Nichtbehinderte ihre Wahrnehmung korrigieren«.<sup>113</sup> Weizsäcker nimmt hier Gedanken vor, die einige Jahre später unter dem Etikett der »Inklusion« weite Verbreitung finden.

Natürlich strahlte der Emanzipations- und Empowerment-Diskurs auch in die Psychiatrie aus. 1992 wurde der Bundesverband der Psychiatrieerfahrenen gegründet, der sich zum Ziel gesetzt hat, die Interessen der Menschen mit Psychiatrieerfahrung in der Fachwelt, Politik und Gesellschaft zu vertreten. Von diesem Zeitpunkt

110 Bösl 2010, S. 11.

111 Münner und Sierk 2013, S. 113.

112 Der heutige Name ist: Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderungen und ihren Angehörigen e. V.

113 Zitate übernommen aus Münner und Sierk 2013, S. 116.