

2.2 Sozial- und Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit

Die Sozialpolitik im Nachkriegs-Westdeutschland war in den ersten Jahren der Besatzung improvisiert und bezog sich nach Gründung der BRD zunächst auf Maßnahmen der Nothilfe. Die bedeutsamen Sozialgesetze bezogen sich zunächst auf Kriegsofopferversorgung (aus naheliegenden Gründen), auf den sog. »Lastenausgleich« (zur Integration der Vertriebenen) sowie auf den Wohnungsbau. Trotz einiger Versuche, das traditionelle Sozialversicherungssystem Bismarck'scher (und Weimarer) Prägung grundsätzlich zu reformieren, ging es darum, das alte Gefüge der Sozialversicherungen wiederherzustellen, »und zwar in doppelter Abgrenzung einerseits von neuen Konzeptionen des britisch-skandinavischen Welfarestate (mit allgemeiner Staatsbürger-Grundrente und einem überwiegend steuerfinanzierten nationalen Gesundheitsdienst), andererseits von einem um die kommunale Fürsorge zentrierten Modell sozialer Sicherung, »das sich auf die »wirklich Bedürftigen« zu konzentrieren und diese mittels Bedürftigkeitsprüfung herauszufinden versucht«. ²⁵ Eine entscheidende Wende vollzog sich jedoch durch die Rentenreform 1957/58, als sich zeigte, dass auch im Rahmen des Wirtschaftswunders die Armut im Land nicht beseitigt wurde. Durch diese Reform wurden nicht nur die Altersrenten zum Teil um über 60% angehoben, sondern sie wurden »dynamisiert«, d.h. an die Entwicklung der Löhne und Gehälter angepasst. Die Altersrente lag bei circa 60% des Bruttoeinkommens (!). Dieses Prinzip wurde auch auf andere Sozialleistungen ausgeweitet. Damit war ein für den deutschen Sozialstaat lange Jahre leitendes Prinzip der »Statussicherung« im Rahmen einer informellen »Großen Koalition« der beiden Volksparteien implementiert.

Der spezifisch deutsche Sozialstaat gewann in den 1950 Jahren seine auch heute noch gültigen Konturen. ²⁶ Er bezieht sich – auf der Basis des Föderalismus – nicht nur Einkommenspolitik (Renten, Sozialhilfe) und Gesundheitsversorgung, sondern auch auf andere Bereiche der sozialen Sicherung, wie Wohnungsbau, Arbeitsbeziehungen, Infrastruktur, Familien- und Jugendpolitik sowie Wissenschafts- und Bildungspolitik. Damit sollte der Sozialstaat nicht nur individuelle Lebensrisiken ausgleichen, sondern auch für soziale Gerechtigkeit in der Frage von Einkommen und Lebenschancen sorgen. Dies auf der Basis von »Selbstverwaltung« und »Sozialpartnerschaft« sowie auf der Grundlage einer kapitalistisch-wettbewerbsorientierten Wirtschaft mit stetigem Wachstum, einem »Normal-Arbeitsverhältnis« sowie einer »Normalfamilie« mit geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung. ²⁷

Allerdings: »Bevölkerungsgruppen, die keinen Zugang zur Lohnarbeit finden oder aus ihr dauerhaft ausgeschlossen werden, erhalten tendenziell nur wenig Beachtung. Die Sozialversicherung (...) verweist sie traditionell auf die einzelfallbezogenen Fürsor geleistungen der Sozialhilfe. (...) Es werden kaum systematische Strategien zu ihrer Eingliederung entwickelt und die Antwort auf ihre Probleme besteht im Wesentlichen in

25 Hockerts 2012b, S. 141 Letzteres blieb allerdings in Form der »Sozialhilfe« im Rahmen des »Subsidiaritätsprinzips« erhalten – mit den bekannten negativen Folgen für Menschen mit Behinderungen, die bis heute einem eher kommunal orientierten Prinzip subsidiärer Fürsorge unterliegen.

26 Vgl. im Überblick: Schulz 2005.

27 Alber 1989; Frerich und Frey 1993; Hockerts 2012b;

der Zahlung von Geldleistungen für ihren Lebensunterhalt.«²⁸ Hinzuzufügen wäre: Unterbringung! Aber auch hier tat sich ein wenig. In der Behindertenfürsorge galt nach wie vor die überkommene »Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht von 1924. Im Jahr 1956 erließ der Bund das Körperbehindertengesetz, welches in seinem § 1 Körperbehinderung als »dauernde wesentliche Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit« definiert. Die Vorschriften hinsichtlich der Leistungen waren ansonsten recht allgemein gehalten, folgten dem Grundsatz der Individualisierung und ließen den Trägern der Fürsorge (Länder und Kommunen) erhebliche Spielräume.²⁹

1961 wurde hieraus, zusammen mit dem Tuberkulosehilfegesetz, das Bundessozialhilfegesetz, welches das alte Fürsorgerecht ablöste und den Personenkreis auf Hörbehinderte, Blinde, Sprachbehinderte und geistig Behinderte ausdehnte. Darüber hinaus wurde ein individueller Rechtsanspruch im Gesetz verankert mit dem Ziel »dem Empfänger die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht (so der § 1), neue Hilfearten eingeführt und der Leistungskatalog präzisiert. Allerdings wurden die Einkommensgrenzen im Vergleich zum Status quo ante herabgesetzt, was die reale Situation der Betroffenen trotz Rechtsanspruch verschlechterte.³⁰ Auch das aus der katholischen Soziallehre entlehnte Subsidiaritätsprinzip wurde trotz Protesten aus der Sozialdemokratie und Gewerkschaften als Grundsatz verankert. Die 1964 erlassene Eingliederungshilfeverordnung konkretisierte den Personenkreis sowie die Leistungen (§ 39 BSHG). Die psychisch kranken bzw. »seelisch behinderten« Menschen, wie sie später genannt wurden, blieben im Gesetz außen vor und in den alten Anstalten unter altem Fürsorgerecht sowie dem sog. »Halbierungserlass« des Nazi-Regimes, der vom Bundessozialgericht 1959 und 1964 ausdrücklich als geltendes Recht bestätigt wurde.³¹

Dies änderte sich durch das 2. BSHG – Änderungsgesetz vom 31. August 1969, in dem erneut Leistungsverbesserungen, die insbesondere die Eingliederung behinderter Menschen ins Erwerbsleben betrafen, aber auch den Kreis der Leistungsberechtigten ausweiteten. Menschen mit einer seelischen Behinderung hatten nun auch Ansprüche auf Leistungen zur »Eingliederung in die Gemeinschaft« nach dem BSHG. Diese BSHG-Novelle hat eine ganz entscheidende Funktion für die Psychiatriereform, die bis heute fortwirkt. Nicht nur, dass seelisch Behinderte (zwar subsidiär) in den Kreis der Anspruchsberechtigten inkludiert wurden, sondern auch und vor allem, dass hierdurch die rechtlich-strukturellen Grundlagen geschaffen wurden, in den Bundesländern ein bis heute wachsendes außerklinisch-komplementäres Hilfesystem aufgebaut wurde, das den Kernbereich der Gemeindepsychiatrie darstellt.³²

Die informelle »Große Koalition« hat in der Sozialpolitik einiges verändert. Die Bundesregierung beauftragte 1964 eine Expertenkommission mit einer Bestandsaufnahme und »Durchleuchtung« des Systems der sozialen Sicherung in Deutschland und

28 Ebert 2012, S. 77.

29 Frerich und Frey 1993, S. 81.

30 Ebd. S. 77

31 Schepker 2017, S. 490.

32 Auf die Probleme, die hiermit verbunden waren und noch immer sind, wird später eingegangen.

diese legte 1966 eine »Sozialenquôte« vor.³³ Die in sich uneinige Kommission listete neben einer Bestandserhebung eine Reihe von Problemen insbesondere in der gesetzlichen Krankenversicherung auf, auf die hier nicht eingegangen werden kann. Sie kam weiterhin zu dem Ergebnis, dass wesentliche Probleme in der Rehabilitation vorhanden sind, besonders in der koordinierten Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger und schlug deshalb eine »Bundesanstalt für Rehabilitation« vor, die jedoch verworfen wurde. Insgesamt kommt sie zu dem Ergebnis, dass das gegliederte System der sozialen Sicherheit sich bewährt habe und nicht anzutasten sei.³⁴ Aber dennoch wurde ein Wandel eingeleitet. Die Bedeutung der Sozialenquôte fassen Vincenti und Behrend so zusammen: »Insofern kann die Sozialenquôte als Auftakt zu einem gewissen Stilwandel in der Sozialpolitik aufgefasst werden, der sich auch nach Ende der Großen Koalition fortsetzte. Gemeinsam mit der mittelfristigen Finanzplanung, dem Sozialbudget, der Konzertierte Aktion und dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung ist die Enquôte erster Ausdruck einer zunehmend ökonomisch geprägten Akzentuierung der Sozialpolitik gewesen.«³⁵

1968 wurde die »Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation« (BAR) anstelle einer Bundesanstalt und in der Nachfolge des ineffektiven »Deutschen Ausschuss für die Eingliederung Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft« auf Initiative der Sozialpartner gegründet. Dieses Gremium »korporierter Akteure« sollte in vielen Fragen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sich als der kompetente Ansprechpartner erweisen, aber: »Ganz zweifellos hatten in ihren Reihen die Sozialversicherungsträger das Sagen.«³⁶ Das war nicht unbedingt günstig für die Psychiatrie, denn zum einen hatten die Träger der Eingliederungshilfe wenig Mitsprachemöglichkeiten, da sie nicht als vollwertige Rehabilitationsträger angesehen wurden, und zum anderen standen die Sozialversicherungen dem Thema Psychiatrie skeptisch bis ablehnend gegenüber.

Versuche, das zergliederte Gesundheits- bzw. Krankenkassenrecht zu reformieren, z.B. durch den Arbeitsminister Blank 1955, scheiterten an vielfältigen divergierenden Einsprüchen, sodass derartige Versuche seit den 1960er-Jahren für lange Zeit nicht mehr unternommen wurden. Im Gegenteil: Durch das Gesetz über das Kassenarztrecht 1955 wurde die Situation der 1930er bzw. 1940er-Jahre festgeschrieben und es »vollzog sich eine klare Trennung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor insoweit, als den niedergelassenen Ärzten das Ambulanzmonopol zuerkannt wurde.«³⁷ Über die Empfehlungen aus der Sozialenquôte konnte keine Einigung erzielt werden.

33 Achinger et al. 1966.

34 Frerich und Frey 1993, S. 30.

35 Vincenti und Behringer 2006, S. 499.

36 Rudloff 2006, S. 567.

37 Rosewitz und Webber 1990, S. 90; Durch diese Regelungen wurde die strukturelle Bedingung für eine langjährige Feindschaft zwischen der meist institutionell verankerten Sozialpsychiatrie und den in »freier Praxis« operierenden (Fach-)Ärzten geschaffen, die sicher auch ideologisch bedingt war. Der Aufsatz von Erich Wulff: »Der Arzt und das Geld« (Wulff 1971a) trug hierzu nicht wenig bei.