

## Sozialpolitik zwischen Anpassungsproblemen und Strukturkrisen

---

*Erich Standfest, Dipl.-Sozialwirt, geboren 1943 in Fleißheim, studierte Wirtschafts- und Sozialwissenschaften in Nürnberg. Seit 1972 ist er Referent im Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut (WSI) des DGB. Er ist dort zuständig für die Bereiche Sozialpolitik, Finanzierungs- und Organisationsfragen, Selbstverwaltung.*

Zur gegenwärtigen Orientierungslosigkeit in der Sozialpolitik hat *Prof. Zöllner* vor kurzem treffend bemerkt, daß die Forderung nach Sozialreform heute nicht von jenen vertreten werde, die den sozialstaatlichen Leistungsabbau wollen, sondern mit „Sozialreform“ werde oft die Vorstellung von Ausgabenminderungen assoziiert<sup>1</sup>. Nun haben sich aber in der Diskussion die sozialpolitischen Gewichte nicht einfach umgekehrt: auch „Progressive“ verlangen seit Jahren „strukturelle“ Reformen im Sozial- und Gesundheitswesen und haben dabei mitunter Schwierigkeiten, sich von jenen politischen Kräften abzugrenzen, die unter dem Deckmantel von strukturellen Bereinigungen (Haushaltsstruktur-Gesetz) soziale Leistungen abbauen wollen. Es ist wichtig für die Beurteilung politischer Konzepte, den Blick zu schärfen für Etikettierungen „sozialen Fortschritts“. Es erscheint wichtig für die gewerkschaftliche Sozialpolitik, trotz der tagespolitischen Bemühungen um Finanzierungsprobleme eine übergeordnete, richtungweisende Perspektive über den sozialpolitischen Kurs zu bewahren. Versuchen wir, aus sozialpolitischen Entwicklungen und ihren Interpretationen einige Anhaltspunkte für Orientierungen zu gewinnen.

### *Anpassungs- oder Strukturkrise?*

Charakterisierte man die sozialpolitische Entwicklung der letzten Jahre mit Schlagworten, so könnte man formulieren:

- von der Kostenexplosion zur Kostendämpfung (im Gesundheitswesen) und
- von der Leistungsausweitung zu Sanierungsprogrammen (z. B. in der Rentenversicherung) .

Dieser Sachverhalt findet unterschiedliche Interpretationen, die sich teilweise widersprechen, teilweise in ihrer Erklärungskraft sich auch ergänzen. Einerseits werden die Finanzierungsprobleme als „mangelnde Anpassungsfähigkeit“ des Si-

---

<sup>1</sup> Vgl. Zöllner, D., Perspektiven der sozialen Sicherung aus nationaler und internationaler Sicht, Manuskript eines Referats, gehalten bei einer Veranstaltung der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt am 28. 11. 1977 in Bonn.

cherungssystem an veränderte wirtschaftliche Bedingungen gedeutet<sup>2</sup>, andererseits erfolgt ihre Bewertung als „Krise des Wohlfahrtsstaats“<sup>3</sup> aus konservativer Sicht und als „Krise sozialdemokratischer Reformpolitik“ aus der Perspektive von „Progressiven“<sup>4</sup>.

Von einer Anpassungskrise kann insofern gesprochen werden, als das gegenwärtige Finanzierungs- und Leistungssystem insbesondere der Rentenversicherung auf einen „abweichenden“ Konjunkturzyklus - bislang fehlende oder unzureichend ausgeprägte Aufschwungphase — nicht eingestellt ist. Es sei nur darauf verwiesen, daß aufgrund der zeitlich gegenüber der Lohnentwicklung verzögerten Rentenanpassungen zweistellige Rentenerhöhungen (d. h. Ausgaben) in den letzten Jahren mit (gegenüber dem Anfang der 70er Jahre) erheblich reduzierten Lohnzuwachsen (d. h. Einnahmen) zusammentrafen. Dieses Bild, das auf Anpassungsprobleme hindeutet, muß allerdings um Hinweise ergänzt werden, die auch eine andere Interpretation der Finanzierungsprobleme plausibel machen. So wurde zwischen 1968 und 1972 der Beitragssatz in der gesetzlichen Rentenversicherung von 14 Prozent stufenweise auf 18 Prozent erhöht, in erster Linie zu dem Zweck, die Finanzierung des sogenannten „Rentenberges“ sicherzustellen. Die besondere politische Situation der Jahre 1972/1973 bewirkte nun aber, daß der sich aus den langfristigen Vorausberechnungen (Modellrechnungen über Einnahmen und Ausgaben über einen 15jährigen Zeitraum) ergebende rechnerische Finanzierungsüberschuß voll für Leistungsverbesserungen ausgeschöpft wurde. Die andauernde Wirtschaftskrise hat nun frühzeitig deutlich gemacht, daß unter den demographischen Verhältnissen (zunehmender Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung) das erreichte Leistungsniveau zu den gegebenen Finanzierungsbedingungen (Höhe des Beitragssatzes und der Bundeszuschüsse) nicht aufrechtzuerhalten ist. Eine Analyse der einzelnen Faktoren der Ausgabenentwicklung zeigt, daß der zunehmende Rentenbestand (seit 1970 um + 3 Prozentjahresdurchschnittlich) und die Ausgabenexpansion für die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) im wesentlichen den Ausgabenüberhang in den Zuwachsraten der letzten Jahre erklären. Daraus läßt sich erkennen, daß auch ohne konjunkturellen Rückgang eine gleichgewichtige Entwicklung von Einnahmen und Ausgaben der Rentenversicherung ohne Korrekturen auf Dauer nicht gewährleistet gewesen wäre. Diese wenigen Bemerkungen deuten daraufhin, daß strukturelle Probleme der Sozialpolitik den Hintergrund von Finanzkrisen darstellen: in unserem Beispiel die Inpflichtnahme der Sozialpolitik für allgemein- und parteipolitische Zwecke und die Bindung des Erfolges der Sozialpolitik an das Bruttosozialprodukt und dessen Zuwachsraten.

---

2 Exemplarisch vgl. Zöllner, D., a.a.O.; in dieselbe Richtung gehen auch die Argumente der Bundesregierung.

3 Vgl. z. B. Albers, W., Grenzen des Wohlfahrtsstaates, in: Schriften des Vereins für Socialpolitik, Neue Folge Bd. 92/11, Berlin 1977, S. 935 ff.

4 Vgl. Murswiek, A., Ende des Sozialstaats?, in: Der SPD-Staat, hrsg. von Grube, F., und Richter, G., München 1977.

Eine ähnliche Überlagerung von Anpassungs- und Strukturproblemen ließe sich für das Gesundheitswesen zeigen, mit dem Unterschied, daß in diesem Bereich die Ausgabenentwicklung relativ rasch auf die geänderten ökonomischen Daten reagierte: seit 1976 ist die Ausgabensteigerung erheblich reduziert worden. Während von 1970 bis 1975 die Wachstumsraten der Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung etwa doppelt so hoch waren wie die Steigerungsraten der Löhne und Gehälter, deuten die Daten der letzten beiden Jahre auf eine gleichgewichtige Einnahmen- und Ausgabenentwicklung bei weitgehend unverändertem durchschnittlichem Beitragssatz hin.

Nun bliebe aber jede Analyse oberflächlich, die nur die Entwicklung von monetären Strömen untersucht. Wichtiger für unsere Erkenntnisse ist, was hinter dem Schleier von Milliardenbeträgen an realen Prozessen abläuft.

### *Krise des Wohlfahrtsstaats oder Krise der Reformpolitik?*

Die Reihe der Kritiker des Wohlfahrtsstaats vertritt ein ziemlich breites Spektrum der Argumentation. Die Suche nach dem kleinsten gemeinsamen Nenner muß auf Differenzierungen verzichten, dafür dürften Grundpositionen um so deutlicher werden. Ausgangspunkt ist die These, daß die Finanzierungsschwierigkeiten in der Sozialpolitik symptomatisch für eine Krise des Wohlfahrtsstaates sind.

Aus konservativ-liberaler Sicht lassen sich sozialstaatliche „Fehlentwicklungen“ aus den ordnungspolitisch gesetzten Regeln erklären<sup>5</sup>. Danach gilt die Kollektivierung der sozialen Sicherung sozusagen als der zentrale ordnungspolitische Sündenfall, mit der Fehlsteuerungen zwangsläufig verbunden sind. Diese stellen sich dar als „kollektive Schädigung“, die das Ergebnis rationaler individueller Strategien ist. „Wenn aber die Einzahlung in das System Pflicht ist, dann empfiehlt es sich, Anstrengungen in eine möglichst günstige Auszahlung zu investieren<sup>6</sup>.“ Dieses sogenannte „Moral-Hazard“-Phänomen führe dazu, daß die „soziale Sicherung teilweise die ‚Risiken‘ selbst schafft, die abzufangen sie eingerichtet wurde“<sup>7</sup>. Aus dieser Sicht besteht das Dilemma des Wohlfahrtsstaats in der parteipolitischen Vermachtung der sozialen Sicherung, wo aus wahlstrategischen Überlegungen Besitzstände garantiert werden müssen, auch wenn dies weder finanzierbar noch verteilungspolitisch sinnvoll scheint.

Aus „progressiver“ Sicht stellen sich defizitäre sozialpolitische Entwicklungen eher als Krise sozialliberaler Reformpolitik dar<sup>8</sup>. „Wenn heute die SPD das ökonomische

5 Vgl. Watrin, Chr., Ordnungspolitische Aspekte des Sozialstaates, in: Schriften des Vereins für Socialpolitik, Neue Folge Bd. 92/11, S. 963 ff.

6 Watrin, Chr., a.a.O., S. 978.

7 Molitor, B., „Moral Hazard“ in der Sozialpolitik, in: ders., Sozialpolitik auf dem Prüfstand, Hamburg 1976, S. 24.

8 Vgl. Murswieck, A., a.a.O.; Narr, W. D., und Offe, C. (Hrsg.), Wohlfahrtsstaat und Massenloyalität, Köln 1975, Einleitung.

mische Kalkül gezwungenermaßen mitübernehmen muß, ist dies eine Folge der weitgehend konzeptionslos vollzogenen Reformgesetzgebung. Sozialpolitik wurde im Rhythmus einer durch verbesserte Planungs- und Entscheidungstechniken angeereicherten Parlaments- und Bürokratieroutine betrieben. Versuche, die eingefahrenen Gleise vorgegebener Verteilungs- und Versorgungsstrukturen zu verlassen, wurden nicht unternommen<sup>9</sup>. Strukturverändernde Sozialpolitik sei nicht möglich ohne die Mobilisierung betroffener Bevölkerungsgruppen. Zwar wird konzediert, daß die Konfliktbereitschaft der Arbeitnehmer außerhalb von lohnpolitischen Interessen gering sei, gleichzeitig wird aber betont, daß „die Konflikt- und Unterstützungsbereitschaft empirisch ernsthaft nie getestet worden ist“ (*Murswieck*). Die Notwendigkeit einer breiten Unterstützung zur Durchsetzung von Strukturreformen ergibt sich aus deren Charakterisierung: Veränderung von Machtverhältnissen, Veränderung organisatorischer Strukturen (z. B. im Gesundheitswesen) kann wohl kaum ohne einen breiten Konsens in der Bevölkerung geschaffen werden. Fortschrittliche sozialpolitische Aufgaben aber, wie die Durchführung von Vorbeugung und Gesundheitsvorsorge, müssen ihre Effektivität einbüßen, wenn sie im Rahmen herkömmlicher, auf andere Ziele orientierte Versorgungsstrukturen geleistet werden sollen. So seien die Früherkennungsmaßnahmen, um in den Worten *Nascholds* zu sprechen, „in ihrer objektiven Konsequenz eher eine Mittelstandssubventionierung als eine effektive gesundheitspolitische Sekundär-Präventivmaßnahme“. Auf der anderen Seite wachsen aber in entwickelten kapitalistischen Gesellschaften die Anforderungen an die staatlich organisierte Sozialpolitik, z. B. aufgrund zunehmender Gefährdung des Arbeitsvermögens der Arbeitnehmer (wachsender Gesundheitsverschleiß).

Aus diesem Zusammentreffen von wachsenden Anforderungen einerseits und ineffektiven Strukturen andererseits entsteht so das Dilemma für die staatliche Sozialpolitik: wachsender Kostendruck bei gleichzeitig unzureichender Problemlösungsfähigkeit. Was *Naschold* auf die Gesundheitspolitik gemünzt hat, läßt sich auf die gesamte Sozialpolitik verallgemeinern: „Der Lösungsraum grenzt sich zunehmend auf die Alternative ein: sozialkonservative Abbau- und Einfrierungsstrategie gegenüber dem Gesundheitswesen oder weitreichende - ‚radikale‘ - sozialreformistische Umstrukturierung des Gesundheitswesens. Das harte Dilemma sozialdemokratischer Gesundheitspolitik liegt nun darin, daß die erste Alternative sozialdemokratischer Programmatik und Politik widerspricht, die zweite Alternative gegenwärtig jedoch von der Partei nicht zu realisieren ist<sup>10</sup>.“ Damit ist zwangsläufig die Frage gestellt, ob denn die sozialpolitische Reformarbeit gescheitert sei?

---

<sup>9</sup> Murswieck, A., a.a.O., S. 131. <sup>10</sup> Naschold, F., Probleme einer arbeitnehmerorientierten Gesundheitspolitik, in: Neue Gesellschaft, 3/1976, S. 184.

*Entwicklungslinien der Sozialpolitik*

Diese allgemeine Sicht soll anhand einiger zentraler sozialpolitischer Zielsetzungen und Entwicklungslinien konkretisiert werden. Geht man von den sozialpolitischen Perspektiven der Bundesregierung aus, wie sie insbesondere in den Sozialberichten 1970 und 1971 formuliert wurden, so lassen sich vor allem folgende Zielsetzungen ermitteln:

1. Personelle Ausweitung der Systeme der sozialen Sicherung und Anpassung ihrer Leistungen an die ökonomische Entwicklung. Mit dieser Zielsetzung sollten sozialpolitische Fehlentwicklungen, die jedem kausal<sup>11</sup> konstruierten Sicherungssystem eigen sind, korrigiert werden: Sicherungslücken in personeller Hinsicht und im Einkommensniveau. Als wichtigste Maßnahmen seien genannt: die Ausdehnung der gesetzlichen Unfallversicherung auf Schüler, Studenten und Kinder, die Öffnung der gesetzlichen Rentenversicherung für alle Bevölkerungsgruppen sowie die Rente nach Mindesteinkommen. Damit wurden in der Tat erhebliche Leistungsverbesserungen erreicht; allerdings muß darauf verwiesen werden, daß die Öffnung der gesetzlichen Rentenversicherung Vorteile zugunsten Selbständiger brachte, die von der Versichertengemeinschaft bezahlt werden müssen. Bezüglich der Wirkung der Rente nach Mindesteinkommen können wir auch heute (d. h. über fünf Jahre nach ihrer Einführung) nur vermuten, daß sie in erster Linie jener Personengruppe zugute kam, für die sie auch gedacht war, nämlich als Ausgleich für Lohndiskriminierungen in der Vergangenheit. Aufgrund der Konstruktion der Rente nach Mindesteinkommen kann allerdings die Möglichkeit nicht ausgeschlossen werden, daß damit frühere Teilzeitarbeit bei den Rentenleistungen nachträglich übersubventioniert wurde. Wegen dieser Ungewißheit der Wirkungen schien es auch nur konsequent, daß die Gewerkschaften alsbald weitere Maßnahmen der Rentengesetzgebung forderten, um frühere Diskriminierungen der Frauen bei der Lohnhöhe zu kompensieren.

Das zweite Teilziel „Anpassung an die ökonomische Entwicklung“ meinte die Dynamisierung möglichst aller Leistungen. So wurden die Leistungen der Kriegsopferversorgung, das Unterhaltsgeld sowie die Einkommensgrenzen der gesetzlichen Krankenversicherung an die Entwicklung der Arbeitsverdienste gekoppelt. An dieser Stelle sei nur darauf hingewiesen, daß ein wesentlicher Sozialleistungsbereich — das Kindergeld — immer noch der automatischen Dynamisierung harrt, was zweifellos einen sozialpolitisch nicht zu rechtfertigenden „Systembruch“ darstellt.

Unter diese Zielsetzung der Ausdehnung der sozialen Sicherung fallen schließlich zwei weitere wichtige gesetzliche Maßnahmen: die Einführung der flexiblen Altersgrenze und die gesetzliche Regelung der betrieblichen Altersversorgung. Wäh-

---

<sup>11</sup> Kausal-, d.h. Leistungsansprüche entstehen aufgrund von Mitgliedschaftsrechten, nicht aufgrund sozialer Hilfebefähigkeit.

rend die flexible Altersgrenze in erster Linie unter dem Gesichtspunkt zunehmenden Gesundheitsverschleißes bei älteren Arbeitnehmern als kompensatorische Maßnahme positiv zu würdigen ist, brachte die gesetzliche Regelung der betrieblichen Altersversorgung eine wichtige Schutzeinrichtung der Arbeitnehmer gegenüber einseitiger Unternehmerherrschaft.

Insgesamt betrachtet stellen diese Maßnahmen eine beachtliche Leistungsbilanz dar, die man auch beim schlechtesten Willen nicht als „konzeptionslos“ bezeichnen kann. Dieser Eindruck bleibt auch erhalten, wenn man die nun tatsächlich konzeptionslos (zumindest unter sozialpolitischen Gesichtspunkten) vollzogenen Entscheidungen bei der Rentenreform 1972/1973 mit ihren finanziellen Folgeproblemen in die Negativbilanz mit aufnimmt. Nun stehen wir heute und für die nächste Zukunft vor der Situation, Sicherungslücken und strukturelle Ungereimtheiten im Bereich der Alterssicherung bei eingeschränktem Finanzierungsspielraum angehen zu müssen. Die sozialpolitischen Entscheidungen sind also ungleich schwieriger als zu Zeiten nicht problematisierten Wirtschaftswachstums.

Auf drei Probleme sei hingewiesen:

a) die vor einiger Zeit noch prognostizierte finanzielle Entlastung der Rentenversicherung in den nächsten Jahren aufgrund der Bevölkerungsentwicklung (Rückgang der Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren) dürfte nicht eintreten, da die Zahl der Frühinvaliditätsrentner (Zunahme der männlichen Bevölkerung im Alter von 45 bis 60 Jahren) und die Zahl der rentenberechtigten Selbständigen zunehmen werden<sup>12</sup>. Gleichzeitig kann niemand sagen, ob und wie die in den nächsten Jahren zusätzlich dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehenden Erwerbspersonen beschäftigt werden können;

b) entsprechend dem Auftrag des Bundesverfassungsgerichts ist bis 1984 die Alterssicherung der Frau zu reformieren. Geht man davon aus, daß eine Reform von den finanziellen Bedingungen her eingegrenzt ist, so wird eine Lösung an umverteilenden Maßnahmen nicht vorbeikommen;

c) Alterssicherungspolitik ist immer noch vorrangig Rentenpolitik. Diese Gleichsetzung wird sich nicht mehr allzu lange aufrechterhalten lassen. Neben der Tatsache, daß das Alter durch Einkommensleistungen allein nicht zu „sichern“ ist (Pflegeleistungen!), spielt dabei die in letzter Zeit wiederholt vorgetragene Kritik an den unterschiedlichen Leistungsniveaus der Alterssicherungssysteme (Beamtenversorgung, Sozialversicherung, Zusatzversorgung) die entscheidende Rolle. Dies um so mehr, als die Finanzierungsprobleme ausschließlich zu Lasten der Leistungsempfänger und Beitragszahler der Sozialversicherung gelöst werden, also jenes Alterssi-

---

<sup>12</sup> Vgl. Kaltenbach, H., Die Rentenbestände in den gesetzlichen Rentenversicherungen der Angestellten und der Arbeiter—Eine Vorausschau—, in: Die Angestelltenversicherung, 1/1977.

cherungszweigs mit dem niedrigsten Versorgungsniveau. Es wäre notwendig, die gegenwärtigen und künftigen Probleme weniger unter dem Finanzierungs- und dafür mehr unter dem Verteilungsaspekt zu sehen.

Welche Folgerung ist aus diesen Entwicklungslinien zu ziehen? Gegenüber einer expansionistischen Sozialleistungspolitik, die im wesentlichen versucht, Sicherungslücken additiv zu schließen, brauchen wir eine Sozialpolitik, die in die bestehende Ungleichheit der Verteilung strukturell eingreift. In einer langsamer wachsenden Wirtschaft erscheint „sozialer Fortschritt“ (im Sinne stärkerer Gleichverteilung) anders kaum möglich. Dies bedeutet in hohem Maße Anforderungen an gesellschaftliche Konfliktlösungsmuster und damit an politische Durchsetzungsstrategien.

2. Als zweite wesentliche Perspektive der Sozialpolitik galt die Betonung von Vorausschau und Vorsorge. „Sozialpolitik ist zukunftssichernde Politik. Ihr vorsorgender Charakter soll dazu beitragen, soziale Ungerechtigkeiten und Benachteiligungen zu beseitigen. Neue Mißstände sollen gar nicht erst aufkommen<sup>13</sup>.“ Als zentrale Maßnahmen der vorbeugenden Sozialpolitik galten:

- Früherkennungsuntersuchungen bei bestimmten Krankheiten;
- Arbeitsschutzmaßnahmen, wie das Arbeitssicherheitsgesetz und die Arbeitsstättenverordnung;
- die Neuregelung der Rehabilitation nach *finalen* Gesichtspunkten.

Schon daraus wird deutlich, daß die Zielsetzung der gesundheitlichen Vorsorge recht eingeschränkt interpretiert wurde: auf Früherkennungs- und arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen. Mit Recht hat daher *von Ferber* darauf aufmerksam gemacht, daß damit „die gesundheitlichen Gefahren der gesellschaftlich gestalteten Umwelt nicht zum Gegenstand vorbeugender Maßnahmen gemacht (wurden)“<sup>14</sup>. Vorbeugende Gesundheitssicherung wurde somit auf das reduziert, was mit den vorhandenen Strukturen im Gesundheitswesen bzw. durch deren „Weiterentwicklung“ machbar schien. „Über die Verstärkung der im Gesundheitswesen ohnehin bestehenden Widersprüche hinaus erhöht eine technologische fortschrittliche, aber hinsichtlich der politisch-institutionellen Grundlagen konservative Gesundheitspolitik sich selber den Preis für eine Reform<sup>15</sup>.“ Damit erweist sich eine Gesundheitsvorsorge, die vornehmlich auf die Anwendung der Medizintechnologie setzt, nicht nur als unter sozialmedizinischen Gesichtspunkten wenig effektiv, sondern unter Durchsetzungsaspekten auch als reformhemmend.

13 Arendt, W., Rede im Deutschen Bundestag am 23. 9. 1971, zitiert nach: Sozialpolitische Informationen, Jg. V/28 vom 1. 10. 1971.

14 Ferber, Chr. von, Gesundheitspolitik - Bilanz und Alternativen, Referat auf dem XV. Bundeskongreß der ASG, Bremen 1977.

15 Ferber, Chr. von, a.a.O., Manuskript S. 13.

Es scheint allerdings, als habe die 1976/1977 weitgehend vollzogene Eingliederung wesentlicher gesundheitspolitischer Referate in den Ressortbereich des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung auch eine Veränderung in der politischen Strategie mit sich gebracht. So bezieht das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 (KVKG) in hohem Maße ordnungspolitische Gesichtspunkte ein: Die Machtverteilung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen etwa und den Krankenkassen wurde zugunsten der Krankenkassen ins Gleichgewicht gebracht. Damit sind erste Voraussetzungen geschaffen worden, weitere Strukturveränderungen im Gesundheitswesen durchzusetzen, die wiederum notwendig sind zur Umsetzung vorbeugender Gesundheitssicherung. Über die Richtung seien nur einige Andeutungen gemacht.

Für die Wirksamkeit vorbeugender Maßnahmen wird immer wieder auf die Bedeutung der Aktivierung des Laienelements hingewiesen<sup>16</sup>:

- die kollektive Abwehr unzumutbarer (gesundheitsschädigender) Arbeitsbedingungen,
- die Veränderung gesundheitsschädigender Lebensverhältnisse und individueller Verhaltensweisen

als zentrale Maßnahmen der primären Prävention brauchen zu ihrem Erfolg die Mobilisierung der Arbeitnehmer. Daher muß nach organisatorischen Möglichkeiten gesucht werden, den professionellen Medizinbetrieb mit der Sozialpolitik und der Laienwelt zu verknüpfen. Die Krankenkassen und ihre Selbstverwaltung könnten diese Vermittlerposition einnehmen<sup>17</sup>. Der durch das KVKG verstärkte Handlungsraum der Sozialpolitik im Gesundheitswesen ist dafür ein Einstieg, der weiter ausgebaut werden sollte. Das KVKG könnte jener Typ (gesetzgeberischer) Maßnahmen sein, der eine künftige Sozialpolitik charakterisiert, die trotz (oder wegen?) Finanzkrisen ihre Effektivität erhöhen möchte.

Der Gesichtspunkt der Mobilisierung der Betroffenen im Interesse ihrer Gesundheit gewinnt weiter an Bedeutung, wenn es um Umsetzungsprobleme von Arbeitsschutz- und Arbeitssicherheitsmaßnahmen geht. Sowohl die Erfassung von Belastungsfaktoren wie die Durchsetzung von Schutzvorschriften bedürfen der Aktivierung vor Ort. Dies ist in erster Linie eine Frage an die gewerkschaftliche Arbeitsschutzpolitik. „Nur wenn die Alltagserfahrungen derjenigen, die von den Belastungen geprägt werden, immer wieder in das ergonomische Kalkül eingehen, ist zu erwarten, daß die Verrechtlichung sozialer Konflikte für offensive Gestaltungen auf-

---

16 Vgl. z. B. Pflanz, M., Epidemiologie und Präventivmedizin, in: ders., Die soziale Dimension der Medizin, Stuttgart

1975; Ferber, Chr. von, Volks- und Laienmedizin als Alternative zur wissenschaftlichen Medizin, in: Soziale Sicherheit, 7/1975; Badura, B., und Reese, J., Volksmedizin und Gesundheitssicherung, Referat auf dem Kongreß der Deutschen Vereinigung für Politische Wissenschaft, Bonn 1977; Schmidt, A., Gesundheit, Medizinbetrieb und Sozialpolitik aus gewerkschaftlicher Sicht, in: Mensch, Medizin, Gesellschaft, 1978.

17 Vgl. zu diesem Programm im einzelnen: Sozialpolitik und Selbstverwaltung - Zur Demokratisierung des Sozialstaats-, WSI-Studie Nr. 35, Köln 1977.



nahmefähig wird<sup>18</sup>." An Entwicklungstendenzen im Bereich des Arbeitssicherheitsgesetzes läßt sich vermuten, daß unzureichende Mitbestimmungsrechte der Arbeitnehmer ein Schutzgesetz für Arbeitnehmer zu einem Instrument unternehmerischer Personalplanung werden läßt. Das Vorstandsmitglied der IG Metall, *K. H. Janzen*, hat hierfür den treffenden Ausdruck von der „Auswahl olympiareifer Belegschaften“ gefunden und gefolgert, „ob unter diesen Umständen nicht ein Teil der Arbeitslosen bereits Behinderte oder Erwerbsgeminderte sind“<sup>19</sup>.

Nehmen wir als letztes Beispiel die Reformmaßnahmen auf dem Gebiet der Rehabilitation, die im Reha-Angleichungsgesetz kumulierten. Wesentlich für dieses Gesetz ist ihre *finale Orientierung*, d. h. Leistungen sollen nun nicht mehr nach Verursachungsgesichtspunkten erbracht werden, sondern unabhängig von der Ursache der Schädigung und der Zugehörigkeit zu Versicherungsgemeinschaften nach ihrer Zweckmäßigkeit. Sowohl von Praktikern wie auch von Wissenschaftlern wurde die Intention dieses Gesetzes weitgehend positiv gewürdigt<sup>20</sup>, hinsichtlich seiner organisatorischen Umsetzung werden allerdings Zweifel geäußert. Denn: „Die Beibehaltung des gegliederten Systems der Rehabilitation wirft gleichzeitig die Frage nach der Koordination der jeweiligen Rehabilitationsmaßnahmen auf“<sup>21</sup>.

Finale Sozialpolitik, die es weniger mit standardisierbaren Risiken, dafür aber mehr mit hochdifferenzierten Problemen bestimmter Gruppen und Personen zu tun hat, muß zu ihrem Erfolg organisatorische Voraussetzungen schaffen, und das heißt bei der Vielzahl der Träger koordinierende Strukturen. Darauf haben schon sehr eindringlich der „Sozialplan“ der SPD von 1957 und die „Sozialenquete“ von 1966 hingewiesen.

#### *Wohin treibt die Sozialpolitik?*

Aus der vorangehenden knappen Analyse können wir einige wichtige Folgerungen ziehen. So hat sich gezeigt, daß eine nur expansionistische Sozialleistungspolitik, deren Erfolg mit der wirtschaftlichen Entwicklung eng verbunden ist, sich allzu schnell als politische Eintagsfliege erweisen kann. Die seit einiger Zeit geführte Diskussion um die Rentenversicherung deutet ganz massiv darauf hin, daß der „Anpassungsprozeß“ der Sozialpolitik an die geänderten ökonomischen Daten zu Lasten derjenigen mit dem geringsten Versorgungsniveau geht. Es ist zumindest keine laute

18 Naschold, F., und Tietze, B., Arbeitsgestaltungspolitik durch rechtliche Normierung, in: Argument, Sonderband 14, Berlin 1977, S. 114.

19 Janzen, K. H., Die Rolle des Betriebsarztes im Arbeitsgeschehen - aus der Sicht der Gewerkschaften, in: Soziale Sicherheit, 11/1977.

20 Vgl. Konstanty, R. / Schmidt, A., Das Leistungsrecht im Rehabilitationsangleichungsgesetz, in: Soziale Sicherheit, 1-2/1976.

21 Hegner, F., Schmidt, E. H., Aspekte und Probleme einer Gesellschaftspolitik für Behinderte und für psychisch Gestörte in der BRD, in: Soziologie und Sozialpolitik, Sonderheft 19 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Köln 1977, S. 541.

Stimme zu hören, die auf die Diskrepanzen in der Alterssicherung — das Gefälle im Versorgungsniveau der verschiedenen Systeme - hinweist und deren Beseitigung als Alternative zu einseitigen Sanierungsprogrammen fordert.

Angesichts dieser konservativen Grundorientierung in der staatlichen Sozialpolitik und der Erkenntnis, daß strukturverändernde, vorbeugende Maßnahmen mit Gesetzen allein nicht durchzusetzen sind, ergibt sich als Perspektive gewerkschaftlicher Sozialpolitik, ihre „Basis“ als Machtpotential stärker zu berücksichtigen. Die Grenzen staatlicher Sozialpolitik, so können wir vermuten, liegen weniger in ökonomischen Beschränkungen und „falschen“ Konzeptionen, sondern eher in der (mangelnden) Beteiligung der Bürger. Wir wären nicht schlecht beraten, wenn wir in diesen Zeiten der „neuen“ sozialpolitischen Orientierungen uns auf solide, ältere Rezepte, wie den „Sozialplan für Deutschland“<sup>22</sup>, in dem dies deutlich gesehen worden war, besinnen würden.

---

22 Auerbach, W., u. a., Sozialplan für Deutschland, Berlin und Hannover 1957.