

Eigenverantwortung – Eine sozialpolitische Illusion?

Judith Aust
Silke Bothfeld
Simone Leiber

Die Idee vom „aktivierenden Sozialstaat“ setzt nicht nur – wie in der Öffentlichkeit häufig wahrgenommen – auf Eigenverantwortung und Reintegration in den Arbeitsmarkt. Der politische Anspruch ist weitaus größer: Es geht darum, wie das Verhältnis zwischen privaten und öffentlichen Leistungen im Sozialstaat geregelt werden soll. Und es geht letztendlich um das Problem, welche Formen der sozialstaatsbürgerschaftlichen Teilhabe als legitim und wünschenswert erachtet werden. Wie lassen sich vor diesem Hintergrund die Reformen in den Bereichen Arbeitsmarktpolitik und Gesundheitspolitik in Deutschland bewerten? Wo finden sich partizipative Elemente und an welchen Stellen werden der selbstbestimmten Beteiligung Grenzen gesetzt?

1

Neue Rollenverteilung zwischen Staat und Bürgern?

Das Konzept des aktivierenden Sozialstaats stellt das Individuum in den Mittelpunkt sozialpolitischer Überlegungen. Begriffe wie Eigenverantwortung und Aktivierung gewinnen als zentrale Elemente neuer sozialstaatlicher Strategien an Gewicht. Konkret geht es dabei um die Frage, wie die Beziehung zwischen individueller und öffentlicher Leistungserbringung und Leistungsverantwortung zu gestalten sei. Die Vorstellung von einer eigenverantwortlichen Mitwirkung der BürgerInnen an ihrer sozialen Vorsorge ist sowohl auf wissenschaftlicher als auch auf politischer Ebene mit einer Reihe positiver Erwartungen verbunden und hat inzwischen sogar Eingang in sozialdemokratische und teilweise gewerkschaftliche Positionen gefunden, wo Eigenverantwortung als Form der Optimierung sozialer Sicherungssysteme angeführt wird (Nonhoff/Wiesner 2005).

Auffällig ist, dass es sich bei dem Begriff Eigenverantwortung nicht um ein klar definiertes theoretisches Konzept handelt, sondern vielmehr um einen politischen Anspruch und Willen, das Verhältnis zwischen dem leistungserbringenden Staat und den risikogefährdeten Individuen über eine Umverteilung von sozialen Rechten und Pflichten neu zu definieren. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass je nach wissenschaftlichem oder politischem Duktus ganz unterschiedliche normative und funktionale Argumente zum Tragen kommen.

Ziel dieses Beitrags ist es, Möglichkeiten und Grenzen der Eigenverantwortung im Sozialstaat aufzuzeigen. Eine entscheidende Frage ist, ob und inwiefern die Einführung eigenverantwortlicher Elemente in die sozialen Sicherungssysteme die Effektivität sozialpolitischer Leistungserbringung erhöhen kann und welche prinzipiellen Grenzen der Verlagerung von Verantwortung auf die Bürger gesetzt sind. Aus der Perspektive des Individuums bzw. des Bürgers bestimmen sich Möglichkeiten und Grenzen des eigenverantwortlichen Handelns im Sozialstaat entlang dreier miteinander verbundener Dimensionen, die mit unterschiedlichen und durchaus konfligierenden Erwartungen und Verpflichtungen verbunden sein können: Auf individueller Ebene steht die prinzipielle Fähigkeit der ökonomischen Leistungserbringung im Mittelpunkt, auf der Ebene der kollektiv organisierten sozialen Sicherung die kooperativ angelegte Beziehung zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern und auf der Ebene der sozialen Bürgerrechte ist das Verhältnis des/ der Einzelnen zu den strukturierenden Grundprinzipien einer Gemeinschaft von Bedeutung.

Diese drei sich wechselseitig beeinflussenden Dimensionen werden im Folgenden als Analyseebenen zu Grunde gelegt, anhand derer wir jeweils das Potenzial, aber auch Widersprüchlichkeiten und Problemfelder der Forderungen nach „mehr Eigenverantwortung“ deutlich machen. Anschließend werden wir am Beispiel der Arbeitsmarktpolitik einerseits und der Gesundheitspolitik andererseits aufzeigen, welche Elemente von Eigenverantwortung es in der Sozialpolitik heute gibt, inwiefern sich das Verhältnis von Individuum und

Staat verschiebt und in welchem Maße jüngere Reformen im Widerspruch zu bislang gültigen normativen Grundlagen des Sozialstaates stehen. Abschließend wird vergleichend diskutiert, wo Anknüpfungspunkte und Grenzen für die Weiterentwicklung individueller Mitwirkungsmöglichkeiten im Sozialstaat zu sehen sind.

2

Das Konzept der Eigenverantwortung

2.1 ÖKONOMISCH HANDELNDE INDIVIDUEN

Formen der individuellen privaten Leistungserbringung stehen häufig im Zentrum ökonomischer Theorien: BürgerInnen werden als kompetente und ökonomische

Judith Aust, Dr., Wissenschaftlerin im WSI, Arbeitsschwerpunkte: Flexicurity, Ältere ArbeitnehmerInnen.

e-mail: Judith-Aust@boeckler.de

Silke Bothfeld, Dr., Wissenschaftlerin im WSI, Arbeitsschwerpunkte: Arbeitsmarktpolitik, Frauenerwerbstätigkeit, vergleichende Wohlfahrtsstaatsforschung.

e-mail: Silke-Bothfeld@boeckler.de

Simone Leiber, Dr., Wissenschaftlerin im WSI, Arbeitsschwerpunkte: Europäische und international vergleichende Sozialpolitik.

e-mail: Simone-Leiber@boeckler.de

Die Autorinnen danken Britta Seine für ihre kompetente Unterstützung bei den Rechercharbeiten.

misch fähige ProduzentInnen ihrer eigenen Wohlfahrt betrachtet, die grundsätzlich in der Lage sind, privat vorzusorgen. Formen der privaten Absicherung erscheinen aus dieser Perspektive nicht nur deshalb vorteilhaft, weil ihnen eine den Staat entlastende Funktion zugesprochen wird. Für sie spricht auch, dass sie im Unterschied zur öffentlichen sozialen Vorsorge auf einem freiwilligen Vertrag beruhen, in dem Leistungen und Gegenleistungen in einem weitgehend kalkulier- und kontrollierbaren Verhältnis zueinander stehen. Die Gefahr des Missbrauchs oder opportunistischen Verhaltens auf Kosten einer Solidargemeinschaft wird damit stark minimiert. Problematisch an dieser Perspektive ist allerdings, dass sie zentrale Voraussetzungen der individuellen, finanziellen Eigenvorsorge systematisch übergeht. Denn eine umfassende private Eigenvorsorge ist nur dann möglich, wenn Individuen über ausreichende Ressourcen und über umfassende Informationen verfügen. Dies ist aber nicht immer der Fall. Zum einen erlaubt in vielen Fällen ein geringes Arbeits-einkommen keine eigenständige zusätzliche private Vorsorge. Zum anderen werden insbesondere langfristige soziale Risiken unterschätzt und damit auch nicht abgesichert (Schmid 2005). Und schließlich sind nicht alle sozialen Problemlagen allein durch individuelle Sicherungsstrategien behandelbar, wie Diskussionen um „schlechte Risiken“ (Bäcker/Neubauer 2003) oder die Demografiefestigkeit privater Rentenfonds zeigen (Döring et al. 2005).

Mit einer starken Betonung privater Formen der Absicherung einher geht vorläufig die Forderung, sozialstaatliche Leistungen auf die Gewährleistung eines Existenzminimums oder einer gesundheitlichen Grundversorgung zu reduzieren. Derartig drastische Einschnitte in das soziale Netz bedürfen – zumindest für den Fall, dass sich der Mindeststandard nicht am durchschnittlichen Lebensstandard orientiert – einer gesellschaftspolitischen Legitimation. Denn eine erwartete drastische Leistungsabsenkung für breite Bevölkerungsschichten widerspricht grundlegenden Sicherheitsbedürfnissen.

2.2 KO-PRODUKTION SOZIAL-POLITISCHER LEISTUNGEN

Die Beziehung zwischen öffentlicher und individueller Leistungserbringung in den verschiedenen kollektiven Systemen der so-

zialen Sicherung ist der Gegenstand der zweiten Analyseebene. Konzepte des aktivierenden Sozialstaats greifen diese Aspekte auf und sehen BürgerInnen als Ko-Produzenten sozialpolitischer Leistungen (vgl. dazu ausführlich: Reis in diesem Heft). Die Verpflichtungen und Möglichkeiten zum eigenverantwortlichen Handeln werden mit normativem Bezug auf soziale Bürgerrechte und funktionale rechtliche Anforderungen festgelegt.

Die in diesem Sinne formulierten Forderungen nach einer stärkeren Mitwirkung der BürgerInnen bewegen sich im Spannungsfeld zweier Zielsetzungen. Zum einen werden passive Versorgungsleistungen ergänzt durch Maßnahmen, die das individuelle Handlungspotenzial der BürgerInnen erhalten und dieses als positiven und produktiven Faktor erweitern sollen. Mit der Bereitstellung von Handlungsoptionen gehen aber zum anderen neue Anforderungen an das Verhalten der BürgerInnen einher: Der Verbleib im passiven Leistungsbezug ist nicht mehr ausreichend; LeistungsbezieherInnen müssen nun, da keine konkreten Handlungsvorschriften mehr formuliert werden, selbst bzw. in Kooperation mit den entsprechenden Einrichtungen Anstrengungen zur Veränderung ihrer Lebenslage unternehmen. Beratungsleistungen, Gutscheine- oder Bonus-Modelle für präventives Verhalten in der Gesundheitsvorsorge sind sozialpolitische Instrumente, die für die Umsetzung einer solchen Strategie konstitutiv sind (Rogowski/Wilthagen 2004).

Problematisch werden diese veränderten Verhaltensanforderungen dann, wenn die jeweiligen Systeme der Leistungserbringung keine adäquaten Anreizstrukturen und Voraussetzungen für eine konstruktive Kooperation bei der Problembearbeitung bieten, wie etwa hinreichende Informationsmöglichkeiten und Transparenz. Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass grundlegende Reziprozitätserwartungen nicht verletzt werden. Entscheidend dabei wird sein, welche Art von Reziprozität angestrebt wird und wer unter welchen Bedingungen Leistungen erhält. Werden die für versicherungsförmig ausgestaltete Systeme konstitutiven Leistungs-Gegenleistungserwartungen verletzt, stellt dies grundlegende Erwartungshaltungen an das System ebenso infrage, wie eine zu strenge Ausgestaltung von Sanktionen im Rahmen von bedarfsgeprüften Systemen, wenn dies dazu führt, dass Leistungen ge-

rade denjenigen vorenthalten werden, die am bedürftigsten sind. Und schließlich muss beantwortet werden, auf welche Weise sozialstaatliche Leistungen ausgestaltet werden müssen, damit sie die Anzahl der Handlungsoptionen für BürgerInnen vergrößern. Denn eine stärkere Aktivierung kann nur funktionieren, wenn sie nicht über Zwang, sondern über umfassende Beratungsangebote und konkrete rechtlich abgesicherte Handlungsspielräume wirksam wird, die auch die Kooperationsbereitschaft der BürgerInnen fördern und unterstützen. Vor dem Hintergrund ganz unterschiedlicher psycho-sozialer Kompetenzen und Bildungsniveaus scheint eine eher zielgruppenspezifische Ausgestaltung des sozialpolitischen Instrumentariums mit entsprechenden Informations-, Anspruchs- und Widerspruchsrechten sinnvoll.

2.3 BÜRGER/INNEN ALS RECHTS-SUBJEKTE

Für eine differenzierte Betrachtung sozialer Bedürfnis- und Problemlagen wird auch in aktuellen Debatten zur Sozialstaatsbürgerschaft plädiert. Das Verhältnis zwischen Staat und Individuum müsse angesichts neuer, sich ausdifferenzierender Problemlagen redefiniert werden, um allen BürgerInnen gleichermaßen eine politische und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen. Eine so gestaltete Neujustierung des Verhältnisses von Individuum und Staat kann ihren Ausdruck im administrativen Umgang mit sozialen Problemlagen finden, bei dem die Menschen entweder als Rechtssubjekte, als BittstellerInnen – oder aber als KundInnen behandelt werden. Sozialbürgerschaft lässt sich nicht auf monetäre Leistungen aus den Transfersystemen reduzieren, sondern umfasst auch den Zugang zu sozialen Dienstleistungen, zu einer allgemeinen standardisierten Versorgung mit Bildung, Betreuung, Beratung oder Pflege. Denn nur dann, wenn soziale Rechte tatsächliche Grundrechte sind, wird es BürgerInnen möglich sein, die Grenzen der Selbstbestimmung, die durch nicht individuell zu beeinflussende Faktoren beeinträchtigt werden, ein Stück auszuweiten. Dieser durch soziale Grundrechte vorgegebene objektive Handlungsspielraum entspricht jedoch nicht unbedingt dem wahrgenommenen Handlungsspielraum. Die Inanspruchnahme der Angebote hängt, ebenso wie die damit verbundene Erfüllung, von Verpflichtungen von dem Be-

wusstsein über Rechte und dem Selbstverständnis der BürgerInnen ab – gegebenenfalls können sie jeweils zu einer subjektiv individuellen Interpretation von Problemen und Problemlösungsmöglichkeiten im gesellschaftlichen Kontext kommen. Für die Frage nach der sozialstaatlichen Legitimität bzw. den normativen Grundlagen gesellschaftspolitischer Arrangements ist dies von Bedeutung, da jenseits konkreter gesetzlicher Handlungserfordernisse Mechanismen vorhanden sein müssen, die die Akzeptanz sozialpolitischer Grundprinzipien bei allen gesellschaftlichen Gruppierungen fördern und erhalten. Die Akzeptanz sozialstaatlicher Reformen wird dabei durch ein komplexes Geflecht von individuellen Erwartungshaltungen, rechtlichen Verbindlichkeiten, tradierten Gerechtigkeitsvorstellungen und kulturellen Grundeinstellungen bestimmt. Diese Faktoren sind, weil sie das Wechselverhältnis zwischen Individuum und Staat definieren, Teil der staatsbürgerlichen Identität. Auch wenn sich die soziale Akzeptanz von Wohlfahrtsstaaten eher implizit ausdrückt (vgl. dazu Ullrich in diesem Heft), bestimmt sie doch nicht unwesentlich darüber, inwiefern BürgerInnen bereit sind, eigene Verpflichtungen zu erfüllen und die Rechte anderer anzuerkennen. Da diese Art der Zustimmung Ergebnis historischer und sozialer Lernprozesse ist, lässt sie sich auch nicht kurzfristig verändern. Und weil die sozialen Grundrechte schließlich die Basis für das soziale Sicherheitsempfinden der BürgerInnen sind, führt eine Veränderung in diesem sensiblen Bereich zwangsläufig zu sozialen Auseinandersetzungen.

Bedeutsam für die nun folgende Diskussion, in der die jeweils spezifischen Konstruktionen von Eigenverantwortung in den Politikfeldern Arbeitsmarktpolitik und Gesundheitspolitik herausgearbeitet werden, ist, dass sozialpolitische Reformen das Verhältnis dieser drei Dimensionen zueinander verändern und eine anschließende Bewertung der Konsequenzen nur vor dem Hintergrund einer integrierten Betrachtung möglich wird.

3

Eigenverantwortung in der Arbeitslosenversicherung

Grundsätzlich hat der Anstieg der Arbeitslosigkeit und besonders der Langzeitar-

beitslosigkeit in den 1990er Jahren die Lebenssituation der Menschen dramatisch verändert. Aber nicht nur die eigene Betroffenheit von Arbeitslosigkeit führt zur Verunsicherung in der Bevölkerung, sondern auch die Beobachtung des Phänomens selbst. Seit Ende der 1990er Jahre ist die Angst vor Arbeitslosigkeit in Deutschland über alle sozialen Schichten hinweg drastisch angestiegen, selbst in den mittleren und oberen Gesellschaftsschichten (Böhnke 2005). Darüber hinaus ist Erwerbsarbeit für einen wachsenden Anteil der Erwerbsbevölkerung nicht mehr ausreichend existenzsichernd, da die Zahl der geringfügig Beschäftigten und die Zahl der Personen in Arbeitsgelegenheiten (auch als „Ein-Euro-Jobs“ bekannt) kontinuierlich steigt und mittlerweile 17 % der Vollzeitbeschäftigten in Deutschland als Geringverdiener einzustufen sind (Rhein et al. 2005)

Die Beschäftigungsprobleme sind gravierend. Und die Möglichkeiten der Arbeitsmarktpolitik, zu einer Verbesserung der Situation beizutragen, sind zwangsläufig begrenzt. Dennoch sollte mit den Hartz-Reformen der Versuch unternommen werden, die Effizienz der Arbeitsmarktpolitik zu erhöhen und gleichzeitig Kosten zu reduzieren. In der Fachdebatte wird die Grundausrichtung der verabschiedeten Reformen mit dem Verweis auf Arbeitsgelegenheiten und die Verschärfung der Zumutbarkeit überwiegend kritisch als *workfare*-Strategie bewertet. Und in der Tat: Die spezifische Kombination aus materieller Absicherung und Arbeitspflicht bei Arbeitslosigkeit macht diese Reform besonders problematisch.

3.1 „NACHHALTIGE“ LEISTUNGSKÜRZUNGEN

Durch das Arbeitsmarktmodernisierungsgesetz von 2003 und die Einführung der Grundsicherung für Arbeitslose 2005 wurde die Leistungsäquivalenz des sozialen Sicherungssystems bei Arbeitslosigkeit reduziert. Durch die seit dem 1.2.2006 wirksame Reduktion der Leistungsbezugsdauer auf 12 Monate für alle unter 56-Jährigen hat sich das Verhältnis zwischen Beitragsjahren und der Dauer des Bezugs für all jene deutlich verschlechtert, die länger als 2 Jahre Beiträge in das System eingezahlt haben. Noch stärkere Einschnitte gab es mit der Einführung der Grundsicherung für Arbeitslose: Dort wurde die lohnbezogene Leistung durch einen Pauschalsatz (plus Kosten für

Miete und Heizung) ersetzt, der die Einkommenssituation Langzeitarbeitsloser nachhaltig, und für viele negativ, verändern wird. Simulationsstudien können zeigen, dass für 47 % der bedürftigen ArbeitslosenhilfeempfängerInnen der Anspruch höher und dementsprechend für 53 % der Anspruch niedriger sein wird im Vergleich zur ehemaligen Arbeitslosenhilfe. Etwa 17 % der ehemaligen ArbeitslosenhilfeempfängerInnen werden keine Leistungen mehr erhalten (Blos/Rudolph 2005).

Aus der Perspektive von Langzeitarbeitslosen ist dabei nicht nur die Höhe der monatlichen Leistung entscheidend, sondern vielmehr die damit einhergehende Bedarfsprüfung und deren langfristige Implikationen. Langzeitarbeitslose müssen ihren bisherigen Lebensstandard deutlich einschränken, da z. B. nur maximal sechs Monate Mietzuschüsse gewährt werden. Nach Ablauf dieser Frist wird es als zumutbar erachtet, eine zu große und zu teure Wohnung zu kündigen und durch eine kleinere, preiswertere zu ersetzen. Die verschärfte Vermögensanrechnung, bei der bis auf geringe Freibeträge lediglich altersgebundene Rentenversicherungen anrechnungsfrei bleiben, verlangt außerdem die Einsetzung des eigenen Vermögens für den Unterhalt. Das bedeutet, dass die privat ersparte Eigenvorsorge als Eigenleistung bei Arbeitslosigkeit aufgebraucht wird und der Lebensstandard auch über die Dauer der Arbeitslosigkeit hinaus nachhaltig absinkt. Auch für Jugendliche unter 25 Jahren birgt die Neueregung des ALG II-Bezugs weitere Verschlechterungen und verweist die Betroffenen auf private Absicherung – durch die Eltern. Denn wenn die Jugendlichen zu Hause wohnen, stehen ihnen nur noch 80 % der Leistung zu. Die gleichzeitige Streichung des Wohnungszuschusses für diese Personengruppe ist deshalb problematisch, weil sie die finanziellen Konsequenzen der Arbeitslosigkeit junger Erwachsener refamilisiert, ohne die Arbeitsmarktchancen dieser Gruppe zu verbessern. Hilfsangebote, die die Verbesserung der Beschäftigungssituation in Aussicht stellen, etwa umfassende Qualifizierungsangebote, fehlen mittlerweile. Stattdessen zeigt sich, dass der latent vorhandene Zwang, eine Arbeitsgelegenheit aufzunehmen zu müssen, als Sackgasse und Bedrohung der sozialen Existenz wahrgenommen wird. Mit solchen Maßnahmen verändert sich auch die Haltung gegenüber dem Sicherungssystem grundlegend: An die Stel-

le der Hilfeerwartung tritt die Angst vor Repressionen. In der Konsequenz erhöht sich das Bestreben, eine bezahlte Beschäftigung zu behalten und Kompromisse in den Arbeits- und Entgeltbedingungen zu akzeptieren. Die oben skizzierten Einstellungen, d.h. die wachsende Angst vor Arbeitslosigkeit, scheinen dies zu bestätigen.

3.2 LEGITIME INAKTIVITÄT ODER ARBEITSPFLICHT AUS PRINZIP

Die stärkere Arbeitspflicht ergibt sich für die BezieherInnen des Arbeitslosengelds I aus der Verpflichtung zur frühzeitigen Meldung beim Arbeitsamt und der Mitwirkungspflicht bei der Arbeitssuche sowie der Verpflichtung zur Annahme einer zumutbaren Beschäftigung. Dem gegenüber stehen neue Förderangebote und eine verbesserte Arbeitsvermittlung. Erste Ergebnisse der Wirkungsforschung zeigen eine gemischte Bilanz.

ARBEITSPFLICHT – LIGHT...

Es hat sich gezeigt, dass die frühzeitige Meldepflicht zu teilweise unnötiger Arbeitsbelastung in den Agenturen führt, da Stellen sehr häufig kurzfristig zu besetzen sind und die Mitwirkungspflicht auf Seiten der Arbeitgeber wie der Arbeitnehmer oftmals nicht berücksichtigt wird (Mosley 2006). Wenngleich infolge der Verschärfung der Zumutbarkeitskriterien die Anzahl der Verhängung von Sperrzeiten sowie die Widersprüche und Klagen vorübergehend sprunghaft angestiegen waren, so werden die Auswirkungen der neuen Sperrzeitregelung insgesamt als eher marginal eingeschätzt. Die indirekten Effekte auf die Wahrnehmung der individuellen Handlungsmöglichkeiten von Arbeitslosen dürften jedoch erheblich sein und damit eine größere Konzessionsbereitschaft bei der Akzeptanz schlechterer Arbeits- und Entgeltbedingungen herbeiführen.

Als neue Förderangebote wurden u.a. der Existenzgründungszuschuss und der Vermittlungsgutschein als Regelleistungen für ALG I-EmpfängerInnen eingeführt und die Arbeitsvermittlung durch die Agenturen neu organisiert. Die Existenzgründungen erweisen sich als erfolgreiches Instrument, wenngleich sich ein hoher Mitnahmeeffekt andeutet: Die Dauer des Leistungsbezugs kann gegen eine relative niedrigschwellige Begründungspflicht verlängert werden. Gegenwärtig wird daher

diskutiert, inwiefern der Rechtsanspruch auf den Existenzgründungszuschuss beibehalten werden und ob die Entscheidung über die Gewährung in das Ermessen der ArbeitsberaterInnen zurückverlagert werden sollte. Der Erfolg des Vermittlungsgutscheins erweist sich als insgesamt gering,¹ wenngleich seine Inanspruchnahme die Wahrscheinlichkeit der Eingliederung tatsächlich geringfügig erhöht – in der Gruppe der 35–45-jährigen Arbeitslosen sogar um 7 %. Allerdings zeigt sich auch, dass die Eingliederung nicht immer nachhaltig ist und auch hier von Mitnahmeeffekten ausgegangen werden muss. Die Befragung der NutzerInnen privater Vermittlungen lässt darauf schließen, dass die Qualitätsstandards noch nicht den Anforderungen genügen (Mosley 2006, S. 33). In der Arbeitsvermittlung konnten die Beratungsprozesse dahingehend verbessert werden, dass nur noch terminierte Beratungsgespräche stattfinden, die aufgrund der zentralisierten Telefondienste störungsfrei verlaufen. Allerdings erweist sich die Differenzierung von vier „Kundengruppen“ insofern als problematisch, als die Bemühungen der Agenturen und Maßnahmenangebote aus betriebswirtschaftlichen Gründen nur an zwei der vier Gruppen gerichtet werden (Bothfeld 2005; Hielischer 2006).

...AND HEAVY DUTY

Die Arbeitspflicht für BezieherInnen von Arbeitslosengeld II wurde hingegen im Grundsatz verstärkt, sodass an die Stelle der Hilfeorientierung im Bundessozialhilfegesetz die Grundsatzvorschrift des „Forderns“ getreten ist (Krahmer/Spindler 2005, S. 17). Unter dieser Prämisse scheint die Pflicht zur Aufnahme einer Arbeitsgelegenheit gesetzlich abgesichert zu sein. Sie erweist sich jedoch in juristischer Perspektive als problematisch. *Erstens*, so Krahmer und Spindler, seien der Erzwingung von Gegenleistung durch das Gebot der Berufsfreiheit (Art. 12) im Grundgesetz enge Grenzen gesetzt. Insofern ist die Auffassung, die Arbeitslosen müssten die Leistungen „abarbeiten“ und die Arbeitsgelegenheit sei grundsätzlich ein zumutbarer Beitrag zur Reduzierung der Hilfebedürftigkeit, nicht durch das Gesetz gedeckt, das eben keine generelle Mitwirkungspflicht enthalte. *Zweitens* unterliegen auch Arbeitsgelegenheiten dem Grundsatz des Forderns, der gleichrangig mit dem Grundsatz

des Forderns im Gesetz verankert ist (Krahmer/Spindler 2005, S. 18). Zudem sind Arbeitsgelegenheiten, die im § 16 SGB II aufgezählt werden, nur eine und sogar eine nachrangige Eingliederungsleistung unter vielen und können im Rahmen des Ermessensspielraums der Vermittler angeboten, aber nicht verordnet werden. Hilfreich wäre es in diesem Kontext, würden die EmpfängerInnen von ALG II stärker in die Arbeitsförderung des SGB III einbezogen. Die Gesetzesbegründung, dass ein einheitliches Angebot für alle Arbeitsuchenden zu schaffen sei, ließe sich nämlich als Vorrangregelung für Maßnahmen nach dem SGB III interpretieren, die allerdings durch die „Kundenselektion“ der BA und die grundsätzliche Ungleichbehandlung von EmpfängerInnen von ALG I und ALG II konterkariert wird (Krahmer/Spindler 2005, S. 19). *Drittens* liegt das Angebot von Maßnahmen, so auch der Arbeitsgelegenheiten, im Ermessen der VermittlerInnen. „Ermessen“ bedeutet dabei, dass eine „mit Blick auf den Gesetzeszweck begründete und nachvollziehbare Abwägung zwischen den verschiedenen Möglichkeiten“ getroffen werden muss (Krahmer/Spindler 2005, S. 17), sodass hiermit nicht ein rechtsfreier Raum, sondern eine deutliche Verpflichtung für die BeraterInnen entsteht, eine gut begründbare Entscheidung zu treffen. Selbst das Gebot einer wirtschaftlichen und sparsamen Mittelverwendung dürfte, so Krahmer und Spindler, nicht zur Verordnung von Maßnahmen führen, da sich dieses Gebot nicht auf die Entscheidung über Maßnahmen, sondern auf die Auswahl zwischen konkurrierenden Anbietern der ausgewählten Maßnahmen beziehe. Mit welchen Problemen die FallmanagerInnen bei der Implementation dieser Gebote konfrontiert sind, zeigt Reis in diesem Heft.

4 Eigenverantwortung im Gesundheitssystem

Anders als in der Arbeitsmarkt- oder Rentenpolitik steht im Bereich der Gesundheitspolitik die „große“ Reform noch aus, die im Wahlkampf 2005 unter den Stich-

¹ Zwar wurden zwischen 2002 und 2004 rund 1,4 Mio. Gutscheine ausgegeben, aber nur 9 % davon wurden eingelöst (Mosley 2006, S. 31).

worten Bürgerversicherung oder Kopfpauschale diskutiert wurde. Dennoch unterlag das Gesundheitssystem einem stetigen Wandel, der sich seit den 1970er Jahren an den Zielsetzungen Kosteneindämmung und Beitragssatzstabilität orientierte. Seit Anfang der 1990er Jahre wird von einem „Paradigmenwechsel“ (Gerlinger 2004, S. 501) in der Gesundheitspolitik gesprochen, der eine Abkehr von der „einnahmeorientierten Ausgabenpolitik“² darstellt. Die bis dahin entstandenen Strukturelemente des Systems mit ihren spezifischen Anreizstrukturen für die involvierten Akteure blieben jedoch noch weitgehend unberührt (Kania/Blanke 2000). Dies änderte sich mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 und den nachfolgenden Reformen. Zwar setzte sich die Politik der Kostendämpfung fort, im Gegensatz zur vorangegangenen Phase blieben nun die traditionellen Versorgungs- und Finanzierungsstrukturen jedoch nicht mehr unangetastet, sondern waren einem beschleunigten Wandel unterzogen. Was bedeuten diese jüngeren Veränderungen im Hinblick auf eine Stärkung der Eigenverantwortung und den Wandel im Verhältnis von Staat und BürgerInnen?

4.1 UNGEKANNTES MASS DER KOSTENPRIVATISIERUNG

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) 2003 fand in Deutschland die *Privatisierung von Gesundheitskosten* in einem bisher nicht gekannten Maße statt. Neben einer Praxisgebühr zählen dazu die erhöhten Zuzahlungen zu Medikamenten und anderen wichtigen Leistungen wie Krankenhausbehandlungen, eine beachtliche Ausgliederung von Leistungen aus dem Katalog der GKV³ sowie die Privatisierung der Zahnersatzleistungen, welche die Versicherten seit dem 1. Juli 2005 unter dem Dach der GKV in vollem Umfang selbst absichern müssen⁴ (ausführlich: Gerlinger 2004, S. 501–502).

Die stärkere Eigenbeteiligung der PatientInnen an den Gesundheitskosten wird unter zwei Gesichtspunkten diskutiert: der Senkung des Ausgabenvolumens, das über GKV-Beiträge finanziert werden muss (Finanzierungseffekte), und der Anreize zu präventivem Verhalten bzw. Verhinderung von einer angenommenen Überanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch die Versicherten (Steuerungswirkung; moral hazard). Ob Zuzahlungen

oder noch weiter reichende Formen der Eigenbeteiligung tatsächlich diese Steuerungswirkung entfalten, ist jedoch höchst umstritten und empirisch nicht klar belegt. Gesundheitsökonomische Studien wie das RAND-Health-Insurance-Experiment weisen auf die Gefahr der Verschleppung von Krankheiten hin. Studien zur Wirkung der Praxisgebühr zeigen den Effekt des Aufschubes von Arztbesuchen vor allem bei GeringverdienerInnen (Gerlinger in diesem Heft).

Und strittig bleibt grundsätzlich, ob im Gesundheitswesen überhaupt die Voraussetzungen dafür vorhanden sind, dass PatientInnen im Hinblick auf ihre Gesundheit eigenverantwortlich handeln. Die im GMG, mit dem Ziel mehr Transparenz zu schaffen, eingeführte Patientenquittung, die von den GKV-Versicherten angefordert werden kann, wird bislang kaum nachgefragt (Weber 2006). Die Versicherten können zudem nur eingeschränkt beurteilen, welche medizinische Leistung ihren Bedürfnissen entspricht oder notwendig ist. Ihre Entscheidungen beruhen auf einer Informationsasymmetrie gegenüber dem Arzt, der als Leistungserbringer ein Eigeninteresse an der Nachfrageentscheidung des Patienten hat (anbieterdeterminierte Nachfrage). Hinzu kommt bei Privatisierungsmaßnahmen der Effekt einer überproportionalen finanziellen Belastung gerade chronisch Kranker, die noch dazu in sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen besonders häufig vertreten sind (Pfaff et al. 2003).

Auf diesem Weg werden die Finanzen der Kassen zwar entlastet und der Beitragssatzanstieg gebremst. Die Eigenverantwortung im Sinne einer reinen Kostenprivatisierung birgt jedoch die Gefahr einer (Rück-)Verlagerung von Risiken gerade auf diejenigen, die in besonderem Maße des Schutzes bedürfen. Gleichzeitig wird teilweise den PatientInnen Verantwortung für Prozesse übertragen, die sie als Individuum nur bedingt steuern können. Zwar gilt für Zuzahlungen eine Belastungsobergrenze, die festlegt, dass 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (für chronisch Kranke 1 %) nicht überschritten werden dürfen. Damit wurde in die GKV ein (zunehmend wichtigeres) der Krankenversicherung *ursprünglich systemfremdes Element der Bedürftigkeitsprüfung* eingeführt (Hinrichs 2002, S. 123). Diese Belastungsobergrenze gilt seit 2004 auch für SozialleistungsempfängerInnen (z. B. Ar-

beitslosengeld II). Die davor bestehende Sozialklausel des SGB V, welche eine vollständige Befreiung für bestimmte Einkommens- und Personengruppen vorsah, wurde abgeschafft.

4.2 ZWISCHEN WAHLFREIHEIT UND ZWANG

Neben der Kostenprivatisierung waren für die Gesundheitsreformen seit Anfang der 1990er Jahre unter anderem folgende Elemente charakteristisch (ausführlich: Leiber 2006): (a) die Neuorganisation der Krankenkassenordnung durch freie Kassenwahl und Risikostrukturausgleich; (b) Kostendämpfungsmaßnahmen durch Budgetierung; (c) die Stärkung der Finanzierungsträger (Krankenkassen) gegenüber den Leistungsanbietern (kassenärztliche Vereinigungen); (d) eine Modernisierung der Versorgungsstrukturen (z. B. Hausarztmodelle; Disease Management Programme – DMP).⁵

Im Gegensatz zu früheren Reformprozessen fanden dabei auch eine Reihe von Elementen Eingang, welche die Wahlfreiheit der PatientInnen erhöhen. Mit der Einführung des freien Kassenwahlrechts für die Versicherten durch das GSG im Jahr 1993 wurde ein Wettbewerbssystem zwischen den verschiedenen Krankenkassen um ihre Mitglieder auf Basis der Beitragssätze begründet. Daneben können die Kassen ihren Versicherten auch Bonus-Programme anbieten und – neu seit dem GMG 2003 – auch private Zusatzversicherungen vermitteln. Mit den Bonusprogrammen sollen Versicherte, die etwas für ihre Gesundheit tun (z. B. Beteiligung an DMP

2 Also einer Politik, bei der die Ausgaben nicht stärker ansteigen sollen als die Einnahmen.

3 Diese umfasst nach wie vor auch wichtige Maßnahmen aus dem Feld der Prävention, z. B. in der Gynäkologie oder Hautkrebsvorsorge.

4 Zu diesem Zweck wurde ein zusätzlicher Beitrag zur GKV von 0,4 % des Bruttoeinkommens erhoben, der zu einem weiteren Sonderbeitrag (zur Finanzierung des Krankengeldes) in Höhe von 0,5 % hinzukommt. Dieser insgesamt 0,9-%ige Beitrag wird alleine von den ArbeitnehmerInnen getragen. Der Zahnersatz ist dennoch nur bis zur Höhe bestimmter befundbezogener Festzuschüsse abgedeckt.

5 DMP werden auch strukturierte Behandlungsprogramme oder Chroniker-Programme genannt. Diese werden für dauerhafte bzw. chronisch erkrankte Patienten eingesetzt, deren Krankheiten eine besondere, fachgruppenübergreifende kontinuierliche Behandlung erfordert.

oder Hausarztmodellen), finanziell oder mit Sachleistungen belohnt werden. Während die Bonusprogramme noch wenig bekannt sind und daher die Teilnahmequoten gering, sind private Zusatzversicherungen verbreitet und akzeptiert (Zok 2005).

Für freiwillig Versicherte in der GKV wurden Beitragssatzermäßigungen bei Wahl eines Kostenselbstbehalts und Beitragssatzrückerstattungen eingeführt, die ebenfalls die Wahlfreiheit der Versicherten erhöhen. Die Schattenseite dieser Instrumente ist allerdings, dass sie einen „Entsolidarisierungseffekt“ hervorrufen. Denn sie sind vor allem für Versicherte mit geringen Gesundheitsrisiken attraktiv (Selbstselektion) und führen zu Einnahmeausfällen, die von der Versichertengemeinschaft ausgeglichen werden müssen. „In dem Bestreben, die Abwanderung von freiwillig Versicherten aus der GKV zu stoppen, wird damit die mit der Trennung in Pflicht- und Privatversicherte verbundene Ungleichbehandlung durch eine Ungleichbehandlung von Versicherten innerhalb der GKV reproduziert“ (Gerlinger 2004, S. 502). Des Weiteren wurden bereits im GKV-Reformgesetz 2000 angelegte Modernisierungsbemühungen, z. B. die Einrichtung von DMP und die Aufwertung von Prävention, fortgeführt. Gleichwohl konnte man sich auf ein Präventionsgesetz noch nicht verständigen.

Die bisher beschriebenen Maßnahmen setzen vor allem auf *freiwillig* zu wählende *finanzielle Anreize* zur Steuerung des Patientenverhaltens. In gesundheitspolitischen Reformdebatten stehen häufig aber auch „schärfere“ (Zwangs-)Instrumente zur Diskussion. Dazu gehören z. B. Risikozuschläge für gesundheitsschädliches Verhalten (wie etwa Risikosportarten, Alkoholkonsum oder Rauchen). Diese fanden jedoch bislang keinen Eingang in das GKV-System. Dies ist zu begrüßen, da diese Instrumente mit erheblichen Problemen der Verantwortungszuschreibung sowie der Kontrolle verbunden sind. Denn wo fängt gesundheitsschädliches Verhalten an? Ist zum Beispiel das Rauchen ein unverantwortliches Verhalten oder möglicherweise eine (behandlungsbedürftige) Suchtkrankheit (Christoph/Ullrich 2006)? Und wie viel Aufwand ist gerechtfertigt (und finanzierbar), um derart „eigenverantwortliches“ Verhalten zu erzwingen. *Nullmeier* (in diesem Heft) weist auf die Paradoxien des Zwangs oder der Erziehung zur Eigenverantwortung hin.

4.3 SOLIDARPRINZIP MIT LÜCKEN

In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland ist traditionell das Solidarprinzip besonders stark verankert, da sich einerseits die Beiträge am Prinzip der finanziellen Leistungsfähigkeit orientieren, sich die Sachleistungen der GKV hingegen nach dem Bedarf richten. Das Äquivalenzprinzip, also der Grundsatz der Gleichwertigkeit von Leistung und Gegenleistung, findet lediglich für das Krankengeld Anwendung.

Aus finanzieller Perspektive sind die solidarischen Elemente des heutigen Systems noch immer stark. Die so genannte „versicherungsfremde Einkommensumverteilung“⁶ in der GKV bemisst sich auf etwa 40 Mrd. € (SVR 2005, S. 25). Gleichzeitig ist die Unterstützung in der Bevölkerung nach wie vor hoch (Christoph/Ullrich 2006). In Umfragen ist Gesundheit noch immer regelmäßig der Deutschen „höchstes Gut“, und der Grundsatz „Niemand darf krank werden, weil er arm ist – und keiner darf arm werden, weil er krank ist“ (Niejahr 2006, S. 1) scheint noch immer Zustimmung zu finden.

In der Realität des Gesundheitssystems sind dieser Grundsatz sowie der Solidargedanke jedoch an entscheidenden Stellen durchbrochen worden. Dafür gibt es sowohl neue also auch tradierte Ursachen. Die Privatisierung von Krankheitskosten und ihre Folgen wurden bereits beschrieben. Jüngere Studien zeigen ebenso, dass immer mehr Arztpraxen individuelle, so genannte Selbstzahlerleistungen, die Leistungsausgliederungen ergänzen oder ersetzen, anbieten. Diese werden bevorzugt von PatientInnen mit hohem Einkommens- und Bildungsniveau wahrgenommen (Zok 2004).

Traditionell sind dem Solidarprinzip zudem vor allem durch die Beitragsbemessungsgrenze⁷ und die Versicherungspflichtgrenze⁸ Beschränkungen auferlegt. Insbesondere die letztgenannte, in Deutschland aus historischer Tradition erwachsene „Bruchstelle“ des Solidarprinzips ist fast einmalig unter den europäischen Wohlfahrtsstaaten. BezieherInnen von Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze haben die Option, sich über die Private Krankenversicherung (PKV) abzuschern. Dies hat zur Folge, dass sich „gute Risiken“ (z. B. jüngere Gutverdienende ohne Kinder) häufig für eine private Versicherung entscheiden, da sie auf diesem We-

ge umfassendere Leistungen zu vergleichsweise kostengünstigeren Prämien erzielen können. Dem Solidarausgleich innerhalb der GKV kann sich diese Gruppe damit entziehen. Die Selektion guter Risiken in der PVK verstärkt den Trend zur „Zwei-Klassen-Medizin“.

Was können wir von der bevorstehenden „großen Gesundheitsreform“ erwarten? Die diskutierten Reformen (eine Übersicht bieten: Greß et al. 2005; Leiber/Zwiener 2005) suchen tendenziell nach einer Verbreiterung der Einnahmebasis (teilweise kombiniert mit ausgabenseitiger Kostendämpfung), einer Entkoppelung des Systems von den Arbeitskosten oder einer Verbesserung des Solidaritätstransfers zwischen PKV und GKV durch die Ausweitung zu einer Bürgerversicherung. Auch wenn voraussichtlich ein komplizierter Kompromiss das Resultat der Koalitionsverhandlungen sein wird, ist ein prinzipieller Umstieg des gesetzlichen Systems, wie z. B. in der Rentenversicherung, zu einer Basissicherung⁹ zunächst nicht vorgesehen. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass es auch durch kleinteiligere Reformschritte – wie etwa der jüngst diskutierten Einführung einer „kleinen Kopfpauschale“¹⁰ (Hoffmann 2006) – zu einer „schleichenden Erosion“ des Systems kommen kann.

6 Darunter gefasst sind alle Leistungen und Umverteilungsströme in der GKV, die über den Ausgleich zwischen niedrigen und hohen Gesundheitsrisiken hinausgehen, z. B. die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen oder die Einkommensumverteilung, dadurch dass Versicherte mit höherem Einkommen höhere Beiträge entrichten.

7 Diese stellt den Höchstbetrag dar, bis zu dem das Erwerbseinkommen eines/r Versicherten für die Festlegung der einkommensproportionalen Krankenkassenbeiträge berücksichtigt wird.

8 Diese legt fest, bis zu welcher Höhe des jährlichen Bruttoarbeitsentgelts ArbeitnehmerInnen der Versicherungspflicht in der GKV unterliegen.

9 Basissicherung meint hier, dass zum Erhalt des Lebensstandards eine zusätzliche Privatvorsorge inzwischen zwingend notwendig ist (Riedmüller/Willert in diesem Heft).

10 Demnach sollen KassenpatientInnen neben den einkommensabhängigen Beiträgen eine Pauschalprämie von im Durchschnitt 15 € entrichten. Ob Steuermittel oder Beitragssatzsenkungen die Belastungen für die Versicherten ausgleichen, ist noch unklar.

5

Von Eigenverantwortung zum „demokratischen Sozialstaat“?

Wir haben betrachtet, welches Verständnis von Eigenverantwortung sich in den beiden untersuchten Politikfeldern bislang durchsetzte und welche (neue) Balance in der Rollenteilung von Individuum und Staat gefunden wurde. Im Vergleich der beiden Politikfelder wird deutlich, dass die Bedeutung von Eigenverantwortung zunächst einmal unterschiedlich eingeschätzt werden muss, und dies obwohl in beiden Fällen Leistungskürzungen Bestandteile der Veränderung der Systeme waren.

Aus §1 GG über den Schutz der Menschenwürde leiten sich das sozial- und rechtsstaatliche Grundverständnis ab und die Vorstellung von individuellen, einklagbaren sozialen Rechten, die den bedürftigen Menschen zum Subjekt und nicht zum Objekt behördlichen Handelns machen sollen (Spindler 2006). Inwiefern löst der sich wandelnde deutsche Sozialstaat dieses Gebot ein? Und genügt er dem damit verbundenen konzeptionellen Anspruch, den eingeforderten staatsbürgerlichen Pflichten auch Rechte gegenüberzustellen?

In der Arbeitsmarktpolitik wird die anzustrebende Balance von Rechten und Pflichten vor dem Hintergrund der oben diskutierten Reformen tendenziell infrage gestellt. Mit der Abschwächung der Leistungsäquivalenz beim ALG I und der Einführung des ALG II wurden nicht nur tradierte Reziprozitätserwartungen grundlegend verändert, sondern es wurde auch eine Polarisierung zwischen Kurzzeit- und Langzeitarbeitslosen herbeigeführt. Beim ALG I liegt eine Paradoxie darin, dass einerseits die Leistungsäquivalenz abgeschwächt, gleichzeitig aber die Verpflichtung zumutbare Arbeit aufzunehmen, deutlich verstärkt wurde. Beim ALG II wurde nicht nur das Prinzip der Leistungsgewährung hin zu einer bedarfsgeprüften Grundsicherung verändert – mit wahrscheinlich negativen finanziellen Konsequenzen für die Mehrzahl der Arbeitslosen. Darüber hinaus fehlen weitgehende Informations- und Klagerechte, auf denen eine selbstbewusste und rechtlich abgesicherte Mitgestaltung möglich wäre.

In der Gesundheitspolitik wurden vorhandene Grundprinzipien bislang weniger

stark angetastet. Das Ziel einer alle medizinisch notwendigen Leistungen umfassenden Gesundheitsversorgung sowie deren solidarische Finanzierung wurde bisher – zumindest formalrechtlich – nicht grundsätzlich infrage gestellt. Auch die bevorstehende Reform setzt (noch) nicht primär an diesem Punkt an. Gleichwohl ist jedoch ein Prozess einer „schleichenden Erosion“ zu beobachten, der sich z. B. in den negativen Folgen von Budgetierungen für die Versorgung der Versicherten, der zunehmenden Bedeutung von Selbstzahlerleistungen oder Leistungsausgliederungen ausdrückt. Die aktuelle Diskussion um eine „kleine Kopfpauschale“ deutet darauf hin, dass diese schleichende Aushöhlung des Systems durch die nächste Reform möglicherweise fortgeführt wird. Auch lassen sich in Ansätzen ebenfalls Polarisierungsprozesse beobachten, welche die Zugangschancen zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung gerade für diejenigen verringern (oder verteuern), die in besonderem Maße des Schutzes bedürfen, wie etwa Menschen mit „schlechten Risiken“ und chronisch Kranke. Reziprozitätsanforderungen im Gesundheitssystem sind bisher „sanfter“ als in der Arbeitslosenversicherung. Bonus-Malus-Regelungen (z. B. für die Prävention beim Zahnersatz oder in Bezug auf die Direktinanspruchnahme von Fachärzten) werden zwar punktuell eingesetzt. Generell sind die (Dienst-)Leistungen der Krankenversicherung jedoch bislang weniger stark an ein bestimmtes Verhalten der PatientInnen gebunden als die (Geld-)Leistungen an die Handlungsweise der Arbeitslosen. Schritte etwa in die Richtung von Risikozuschlägen für gesundheitsschädliches Verhalten wurden noch nicht in die Praxis der GKV umgesetzt.

Allen Unterschieden zum Trotz: Im Hinblick auf eine Stärkung der partizipativen Teilhabe der BürgerInnen zeigte sich in den beiden Feldern eine – negative – Gemeinsamkeit. Auf konzeptioneller Ebene sind Teilhabe und Partizipation zentrale Komponenten des „aktivierenden Sozialstaates“ und ein staatsbürgerliches Pendant zu der stärkeren Betonung individueller Pflichten. Unabhängig von der konkreten Ausgestaltung und Implementierung sozialer Maßnahmen müssten daher umfangreiche Informationen, Transparenz und eine möglichst zielgruppenspezifische Ausgestaltung von Angeboten zentrale Komponenten einer Weiterentwicklung einer kollektiv organisierten Form der sozialen

Sicherung sein. Denn soziale Leistungen und damit soziale Rechte haben nicht nur die Aufgabe, eine angemessene Grundversorgung bereitzustellen, sondern beinhalten immer auch per Definitionem einen demokratischen Aspekt. Weder im Gesundheitssystem noch in der Arbeitslosenversicherung wurde das Potenzial des Eigenverantwortungskonzepts in dieser Hinsicht bislang ausgeschöpft.

Im Bereich der Arbeitsmarktpolitik zeigt sich, dass die Mitbestimmung der BürgerInnen gerade dann nicht gesichert ist, wenn sich die Frage nach der Existenzsicherung besonders dringlich stellt. Als besonders problematisch erweist sich dabei die verschärfte Vorschrift über die sofortige Vollziehbarkeit von Verwaltungsakten, die dem Arbeitslosen kein Widerspruchsrecht einräumt, wenn es um die Reduzierung einer existenzsichernden Leistung geht (§ 39, SGB II). In der Gesundheitspolitik sind der aktiven Teilhabe etwa auf Grund fehlender medizinischer Fachkenntnis oder eventueller akuter Notsituationen, die mit dem Leistungsbezug verbunden sein können, prinzipiell engere Grenzen gesetzt. Doch auch hier stand z. B. die Stärkung von Patientenrechten nicht im Vordergrund der Reformmaßnahmen und Ziele.

Wie lassen sich in Zukunft nun Formen der aktiven und gleichberechtigten Teilhabe gestalten und implementieren? Vieles deutet darauf hin, dass auf der Ebene der Gesetze ein grundlegender Interpretationsrahmen bereitgestellt werden muss. Ob dann aber z. B. ein Widerspruchs- oder Informationsrecht tatsächlich genutzt wird, ist eben nicht nur abhängig von der Gesetzeslage, sondern auch davon, ob solche Maßnahmen als Teil eines staatsbürgerlichen Engagements erlernt und erfahren werden und selbstbewusst umgesetzt werden können. Im Hinblick auf eine solche Zukunftsvision scheint Eigenverantwortung als positives Leitbild jedoch verbraucht. Denn seine realpolitische Umsetzung wird mit der Privatisierung von Risiken und der Zurückschneidung grundlegender Rechte gleichgesetzt. Möglicherweise könnten das Konzept der „Selbstbestimmung“ (Nullmeier in diesem Heft) oder das Leitbild des „demokratischen Sozialstaats“ (Lessenich in diesem Heft) eine Alternative sein. Die Suche nach einem nachhaltigen Leitbild für den Sozialstaat wird jedenfalls – auch unter Einbeziehung einer europäischen Perspektive – weitergehen.

LITERATUR

- Bäcker, G./Neubauer, J.** (2003): Abbau der Arbeitslosigkeit durch Abbau der Arbeitslosenversicherung, in: Sozialer Fortschritt 9, S. 233–239
- Blos, K./Rudolph, H.** (2005): Simulationsrechnungen zum Arbeitslosengeld II, IAB Kurzbericht 3
- Böhnke, P.** (2005): Teilhabechancen und Ausgrenzungsrisiken in Deutschland, in: Aus Politik und Zeitgeschichte 37, S. 31–37
- Bothfeld, S.** (2005): Aktiv und aktivierend: Grundzüge einer zukunftsfähigen Arbeitsmarktpolitik, in: WSI-Mitteilungen 8, S. 419–424
- Christoph, B./Ullrich, C. G.** (2006): Die GKV in den Augen der Bürger: Wahrnehmung des Lastenausgleichs und Bewertungen von Reformoptionen, in: Sozialer Fortschritt 4, i. E.
- Döring, D./Buth, R./Rosengart, A. H.** (2005): Stehen wir vor der Gefahr eines Asset-Meltdowns im Zuge der demographischen Entwicklung? Auswertung des Standes der Forschung, Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung
- Gerlinger, T.** (2004): Privatisierung – Liberalisierung – Re-Regulierung: Konturen des Umbaus des Gesundheitssystems, in: WSI-Mitteilungen 9, S. 501–506
- Greß, S./Pfaff, A. B./Wagner, G. G.** (Hrsg.) (2005): Zwischen Kopfpauschale und Bürgerprämie, Düsseldorf
- Hielscher, V.** (2006): Reorganisation der Bundesagentur für Arbeit: „Moderner Dienstleister“ für wen?, in: WSI-Mitteilungen 3, S. 119–124
- Hinrichs, K.** (2002): Health Care Policy in the German Social Insurance State: From Solidarity to Privatization?, in: The Review of Policy Research 3, S. 108–140
- Hoffmann, A.** (2006): Kassenpatienten sollen Extra-Prämie zahlen, in: Süddeutsche Zeitung, 27.3.2006, S. 6
- Kania, H./Blanke, B.** (2000): Von der „Korporatisierung“ zum „Wettbewerb“: Gesundheitspolitische Kurswechsel in den Neunzigerjahren, in: Czada, R./Wollmann, H. (Hrsg.): Von der Bonner zur Berliner Republik, Wiesbaden, S. 567–591
- Krahmer, U./Spindler, H.** (2005): Rechtliche Maßstäbe für die Erbringung von Arbeitsgelegenheiten für Arbeitssuchende nach § 16 Abs. 3 SGB II, in: NDV 1, S. 17–24
- Leiber, S.** (2006): Gesundheitspolitische Reformpfade aus der Geschlechterperspektive, in: Tullney, M./Niechoj, T. (Hrsg.), Geschlechterverhältnisse in der Ökonomie, Marburg, S. 247–276
- Leiber, S./Zwiener, R.** (2005): Reformperspektiven für die Finanzierung der sozialen Sicherung, in: WSI-Mitteilungen 8, S. 446–453
- Mosley, H.** (2006): Gemischte Zwischenbilanz. Hartz I bis III: Die reformierten Arbeitsvermittlungsprozesse werden evaluiert, in: WZB-Mitteilungen 111, S. 31–33
- Niejahr, E.** (2006): Ein kranker Streit, in: Die Zeit 13, 23.3.2006, S. 1
- Nonhoff, M./Wiesner, A.** (2005): Comparing Pension Reform Discourses in Germany 1956/57 and 1999–2001, Paper presented for the 3rd Espanet Conference, Fribourg
- Pfaff, A. B./Langer, B./Memberer, F./Freund, F./Kern, A. D./Pfaff, U.** (2003): Zuzahlungen nach dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) unter Berücksichtigung von Härtefallregelungen, Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe 253, Augsburg
- Rhein, T./Gartner, H./Krug, G.** (2005): Aufstiegschancen für Geringverdiener verschlechtert, IAB Kurzbericht, 3
- Rogowski, R./Wilthagen, F.** (2004): Deregulierung und Regulierung von Übergangsmärkten, in: WSI-Mitteilungen 3, S. 137–146
- Schmid, G.** (2005): Social Risk Management through Transitional Labour Markets: Theory and Practice related to European Experiences, Centre for Public Policy Melbourne
- Spindler, H.** (2006): Rechtliche Rahmenbedingungen für eigenverantwortliche Lebensführung in sozialen Umbruchsituationen, in: Jahrbuch Arbeit, Bildung, Kultur Bd. 23/24, Forschungsinstitut FIAB, Recklinghausen, i. E.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung** (2005): Die Chance nutzen – Reformen mutig voranbringen, Jahresgutachten 2005/2006, Wiesbaden
- Weber, G. W.** (2006): Die Patientenquittung – Ein ungenutztes Marketing-Instrument in der Gesetzlichen Krankenversicherung?, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 1/2, S. 30–37
- Zok, K.** (2004): Private Zusatzangebote in der Arztpraxis, in: WIdOmonitor 1, S. 1–7
- Zok, K.** (2005): Bonusprogramme und Zusatzversicherungen in der GKV, in: WIdOmonitor 1, S. 1–7