



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

**„Krankheiten regieren – Krankheitsverständnis im
Spannungsverhältnis zwischen Medizin und öffentlicher Hand,
vertreten durch die Sozialversicherungen am Beispiel der
medizinischen Rehabilitation“**

Verfasserin

Pia Elisabeth Gailer

angestrebter akademischer Grad

Magister der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, im Mai 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A300

Studienrichtung lt. Studienblatt: Politikwissenschaft

Betreuer: Univ.-Prof. Dr. Ulrich Brand

Widmung

Für meine Eltern, Hartmut und Helga Gailer

&

Für Marco Tessitori:

*« Attendere la felicità è come attendere Godot che non apparì mai.
Quello che ci rende felici è il coraggio di avere visioni credendo alla
sapienza del cuore e l'audacia di viverle senza riserva» (Hans Winkler).*

Danksagung

Als erstes möchte ich meinem Betreuer Univ-Prof. Dr. Ulrich Brand danken, dass er mir mit Rat und Tat bei Seite stand und mich immer wieder von neuem motivierte. Auch möchte ich MMag. Dr. Ursula Naue für ihre Betreuung und Unterstützung danken.

Mein Dank gebührt auch Generaldirektor-Stellvertreterin Gabriele Eichhorn, MBA, (Pensionsversicherungsanstalt), die mir schnell und großzügig Material und Informationen über medizinische Rehabilitation zur Verfügung stellte und sich für wertvolle Diskussionen vor Beginn der Arbeit, die den Stein ins Rollen brachte, bereit erklärte.

Da diese Arbeit den Abschluss meiner universitären Laufbahn darstellt, möchte ich die Gelegenheit nutzen, weiteren Menschen zu danken, die meinen Studienweg mitprägten.

Als erstes meinen Eltern, die mir mit ihrer finanziellen Unterstützung, ihrer endlosen Geduld und Zuspruch dieses Studium ermöglichten. Vor allem meinem Vater, Hartmut Gailer, der mich stets, aber sanft, ermahnte, das Ziel nicht aus den Augen zu verlieren. Und meiner Mutter, Helga Gailer, die nie an mir zweifelte und mir immer den Rücken stärkte.

Von ganzem Herzen möchte ich meinem Freund Marco Tessitori danken, der niemals müde wurde, mich zu bestärken und mir eine große emotionale Stütze war.

Nicht zu vergessen mein Studienkollege Thomas Stimmer, der mit seinen (auch kritischen) Beiträgen und seinen ermunternden Worten zu dieser Arbeit beigetragen hat. Auch möchte ich Diana Fries meinen Dank aussprechen, dass sie sich bereit erklärte, die Arbeit zu korrigieren.

Als letztes möchte ich meinen zwei Hunden, Spiky und Oskar, danken, die mich daran erinnerten, dass der Himmel blau und die Wiese grün ist, und dass das Hirn Sauerstoff benötigt.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
1.1 Forschungsleitende Fragestellung	6
1.2 Theoretischer Zugang	7
1.3 Aufbau und methodisches Vorgehen	7
2. Theoretische und methodische Grundlagen	10
2.1 Akteurszentrierter Institutionalismus	10
2.2 Gesundheitsökonomie	14
2.3 Begriff des Macht-Wissen-Komplex von Michael Foucault	17
2.4 Begriff der binären Codierung krank/gesund von Niklas Luhmann	19
2.5 Methodische Grundlagen	21
2.5.1 Diskursanalyse	22
2.6 Zwischenresümee	23
3. Akteure: Medizin und öffentliche Hand, vertreten durch die Sozialversicherungsträger (PV)	26
3.1 Medizin	26
3.1.1 Historischer Abriss & Interessenslage	27
3.2 Österreichische Sozialversicherungsträger	30
3.2.1 Historischer Abriss	31
3.2.2 Organisation der Pensionsversicherung (PV)	33
3.3 Rehabilitation	34

3.3.1 Allgemeine Einführung der Rehabilitation	35
3.3.2 Medizinische Rehabilitation	37
4. Krankheit als ein Konstrukt	41
4.1 Psychische Erkrankungen und ihre Koppelung an das Konzept der medizinischen Rehabilitation beziehungsweise deren Auslegung von Krankheit am Beispiel Burnout-Syndrom	48
5. Spannungsverhältnis zwischen Medizin und öffentlicher Hand	53
5.1 Handlungsleitende Interessen von Medizin und öffentlicher Hand	53
5.2 Das Spannungsverhältnis und die Einflussfaktoren bei der Auslegung von Krankheit	56
6. Conclusio	62
Abkürzungsverzeichnis	65
Literaturverzeichnis	66
Verzeichnis der Internetquellen	71
Kurzfassung / Abstract	72
Curriculum Vitae	73

Aufgrund der Lesbarkeit beziehen sich in dieser Arbeit die Bezeichnungen in männlicher Form auf Frauen und Männer in gleicher Weise. Ich bitte hierfür um Verständnis.

1. Einleitung

*„Ein Mensch, der von der Welt Gestank
Seit längerer Zeit schwer nasenkrank,
Der weiterhin auf beiden Ohren
Das innere Gehör verloren,
Und dem zum Kotzen ebenfalls
Der Schwindel raushängt schon zum Hals,
Begibt sich höflich und bescheiden
Zum Facharzt für dergleichen Leiden.
Doch dieser meldet als Befund,
Der Patient sei kerngesund,
Die Störung sei nach seiner Meinung
Nur subjektive Zwangsercheinung.
Der Mensch verlor auf dieses hin
Den Glauben an die Medizin.“¹*

In meiner Arbeit „Krankheiten regieren – das Verständnis von Krankheit im Spannungsverhältnis zwischen Medizin und öffentlicher Hand, vertreten durch die Sozialversicherungen, am Beispiel der medizinischen Rehabilitation“, geht es einerseits um die unterschiedliche Auffassung und das Verständnis von Krankheit, beziehungsweise dem daraus resultierenden Orientierungskonflikt, der die Leistungsentscheidung bei medizinischer Rehabilitation prägt (Vgl. Blanke 1994: 37).

Zentral für diese Arbeit ist dabei, dass am Beispiel der medizinischen Rehabilitation unterschiedliche Interessenslagen aufeinander prallen und es somit zu einem Spannungsverhältnis bei der Auslegung von Krankheit kommt. Das Spannungsverhältnis verläuft zwischen Medizin, mit ihrem naturwissenschaftlichen Verständnis von Krankheit, und der öffentlichen Hand, vertreten auf der einen Seite

¹ Eugen Roth: Versagen der Heilkunst, in: Sämtliche Menschen (1983).

durch den Staat, als Legislative, und auf der anderen Seite die Sozialversicherung als Exekutive, welche jedoch von einem ökonomisches Krankheitsverständnis ausgehen. Daraus ergeben sich unterschiedliche Auffassungen von Krankheit.

Medizinische Rehabilitation ist ein Lösungskonzept², welches sich darauf beruft, dass Krankheit daran gemessen werden kann inwieweit es dadurch zu einer Einschränkung der Erwerbstätigkeit, der Aktivität und der Partizipation des Erkrankten in der Gesellschaft kommt, und deren oberstes Handlungsziel die Vermeidung der Nichterwerbstätigkeit ist. Das Konzept der medizinischen Rehabilitation soll nun die Gefahr der Nichterwerbsfähigkeit mindern beziehungsweise regulieren, durch die Wiederherstellung von Erwerbsfähigkeit *“Rehabilitation vor Rente“*. Dabei kommt es aber zu Differenzen zwischen den einzelnen Sektoren, welche im Handlungsrahmen von medizinischer Rehabilitation agieren. So zum Beispiel kommt es zu einem Orientierungskonflikt zwischen dem medizinischen Krankheitsbegriff, dem Wissen der Experten, und dem sozialrechtlichen Krankheitsverständnis, welches die ausgleichsbedürftige Lebenslage definiert, dass bedeutet, *„[...] Unsicherheit darüber, ob ein behandlungsbedürftiger oder behandlungsfähiger Zustand vorliegt“* (Blanke 1994: 54).

Der Legitimitätsanspruch des sozialrechtlichen Krankheitsbegriffes wird damit begründet, dass der medizinische Krankheitsbegriff finanzielle nicht tragbar ist, da *„[...] der Machbarkeitsrahmen der Medizin das Maß der Finanzierungsmöglichkeit bei weitem überschritten hat“* (Bauch 2003: 78). Das bedeutet, dass der medizinische Fortschritt den traditionellen Krankheitsbegriff überholt hat und damit dem Staat und die Sozialversicherungen gezwungen hat zu handeln, um Krankheiten, beziehungsweise die Kosten im Krankheitsfalle, so gering wie möglich zu halten

²Vgl. Parson und seine Annahme, dass Gesundheit ein funktionales Erfordernis für ein politisches System sei und dass Krankheit ein Problem darstelle, das eine Lösung oder zumindest einer sozialen Kontrolle bedarf. Für diese Arbeit bedeutet das, dass der Staat, als Legislative, und die Sozialversicherungen, als Exekutive, Krankheit und die damit verbundene Nichterwerbstätigkeit regulieren und steuern muss. (Vgl. Blanke 1994: 18).

In dieser Arbeit soll vor allem auch kritisch hinterfragt werden, wer Krankheit definiert beziehungsweise „Wer oder was lässt Krankheit zu Krankheit werden“ (Vgl. Strachota 2009: 32).

Auf den ersten Blick erscheint es uns gar nicht notwendig darüber nachzudenken, ob nun beispielsweise Grippe als eine Krankheit wahrgenommen wird oder nicht. Doch bei sogenannten Grenzfällen, wie beispielsweise bei dem Burnout-Syndrom, scheiden sich die Geister, beziehungsweise, die Sektoren. Hier beginnt man zu hinterfragen, ob die Verwendung eines Begriffs und dessen Gebrauch gerechtfertigt sind. In dieser Arbeit sollen, anhand des Fallbeispiels: Burnout-Syndrom, auch Krankheiten ins Bild gerückt werden, welche als solche Grenzfälle dienen, das heißt, ob sie nun als Krankheit anerkannt und/oder wahrgenommen werden und somit rehabilitierbar sind oder überhaupt einen Anspruch auf Leistungsausgleich haben. Wie und wann medizinische Rehabilitation auf bestimmte Krankheiten, wie die des Fallbeispiels, angewandt wird und somit die festgelegte Bedeutung des Begriffes „Krankheit“ und die nicht deckungsgleiche Auffassung der zwei Akteure, Medizin und öffentliche Hand, hinterfragt (Vgl. ebd.: 26f).

Des Weiteren sollen die Auswirkungen auf die Praxis der medizinischen Reha ergründet werden. Es soll untersucht werden, inwiefern die disjunktiven Auffassungen widersprechen. Das Konzept der medizinischen Reha, ist ökonomisch geprägt und darauf ausgerichtet, eine Wiederherstellung des Höchstmaßes an körperlicher Leistungsfähigkeit und in kürzester Zeit zu garantieren. Im Gegensatz dazu steht die medizinische Auffassung, welche von einem naturwissenschaftlichen Verständnis ausgeht und deren oberster Anspruch in der medizinischen Ethik verankert ist, ein allgemein gültiger Heilungsansatz.

Das bedeutet, nur bestimmte Krankheiten haben Anspruch auf Gewährleistung der Maßnahmen der medizinischen Reha.

Ausgehend davon, dass Krankheit ein Konstrukt ist, das heißt, „[...] ein Spiegelbild von dem Krankenverständnis in unserer Gesellschaft“ (Bauch 2003: 78)). Soll in dieser Arbeit damit das Konzept der medizinischen Rehabilitation kritisch hinterfragt werden und geprüft werden, ob der Vorwurf, dass das Konzept der medizinischen Rehabilitation bestimmte Krankheiten exkludiert, welche nicht dem Paradigma der

Leistungsfähigkeit und der Effizienz (bzw. marktorientiert - volkswirtschaftlich) entsprechen, gerechtfertigt ist.

1.1 Forschungsleitende Fragestellung

In meiner Arbeit beziehe ich mich auf die folgende Arbeitsthese:

Ausgehend von der These, dass Krankheit ein Konstrukt³ ist und durch die unterschiedlichen Auslegungen des Krankheitsbegriffes kommt es zu einem Spannungsverhältnis zwischen den beiden Domänen, der Medizin und der öffentlichen Hand, beziehungsweise in dieser Arbeit der PV⁴. Innerhalb dieses Spannungsverhältnisses um das Krankheitsverständnis beziehungsweise die unterschiedlichen Interessenlagen finden auch Auseinandersetzungen um den Legitimitätsanspruch statt. Das bedeutet, die primär ökonomisch orientierten Interessen der öffentlichen Hand treffen auf die medizinische Perspektive, welche sich der ärztlichen Ethik, wie zum Beispiel der „Primum non nocere“, (Jonas 1987, In: Andreae / Theurl 1989: 14) unterwerfen. Damit kommt es zwangsläufig zu einem Handlungs- und Interessenskonflikt. Dieser hat Auswirkungen auf die medizinische Rehabilitation und auf die Förderung und Bereitstellung von Rehabilitationsmaßnahmen (Vgl. Schnabel 1988: 67f). Generell lässt sich die These ableiten, dass gerade bei medizinischer Rehabilitation die ökonomischen Aspekte stärker umgesetzt als andere.

³ Andrea Strachota verwendet diesen Ausdruck, mit der Begründung: „Was als krank gilt, das hat für die öffentliche Gesundheitspflege, die Rechtssprechung und das Versicherungssystem erhebliche Konsequenzen [...]. All diese Anteile (gesamtgemeinschaftliche Handlungszusammenhänge) sind irgendwie und irgendwann in den Krankheitsbegriff und das Verständnis von Krankheit eingegangen“ (Andrea Strachota 2009: 33). Weiters geht Andrea Strachota davon aus, dass der Begriff Krankheit wandelbar ist und immer von dem jeweiligen Stand des Wissens einer Gesellschaft abhängig ist, dazu zählen aber auch Werte, beispielsweise religiöse. Das bedeutet die Auffassung von Krankheit unterliegt nicht allein wissenschaftliche Kriterien, sondern auch Einstellungen, Wertvorstellungen, Lebensweise beeinflussen sie (Vgl. ebd.: 32).

⁴ Ich stelle die Pensionsversicherung (PV) in meiner Arbeit ausführlich dar, da sie gerade im Falle von medizinischer Rehabilitation eine tragende Funktion innehat. Zwar beansprucht diese Organisation nicht den alleinigen Anspruch auf die Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen, auch andere Sozialversicherungsträger bieten rehabilitative Leistungen an. Doch zählt die medizinische Rehabilitation zu einem Kerngebiet der PV.

Daraus ergibt sich die folgende Fragestellung:

Welche Interessen sich im Interessenskonflikt zwischen Medizin und öffentlicher Hand bei der medizinischen Rehabilitation durchsetzen?

1.2 Theoretischer Zugang

In dieser Arbeit braucht es natürlich eine abstrakte, theoretische Ebene und Auseinandersetzung um die Frage, welche Interessen sich in der Praxis der medizinischen Rehabilitation durchsetzen. Da gerade in diesem Sektor, Krankheitsversorgung, sich so viele unterschiedlichen Akteure, Interessen und Interaktionen ballen und agieren werde ich mit Hilfe eines Theorienpluralismus versuchen einen theoretischen Rahmen zu bilden, um eine gegenseitige kritische Prüfung der verschiedenen Grundannahmen zu garantieren.

Mit Hilfe der zwei Theorien, des akteurszentrierten Institutionalismus und der Gesundheitsökonomie sollen die erkenntnistheoretischen Argumente herausgearbeitet werden. Ergänzt werden diese durch zwei theoretischen Begriffe. Der Erste von Michael Foucault und seinen Annahmen über den Macht-Wissen-Komplex und der Zweite von Niklas Luhmann und seine These über die binäre Codierung.

1.3 Aufbau und methodisches Vorgehen

Die Arbeit gliedert sich in zwei Hauptteile: im ersten Teil soll mit Hilfe der verschiedenen Theorieansätze die Hauptinteressen der Akteure im Spannungsverhältnis untersucht werden. Vor allem die Spannungsverhältnisse in Bezug auf die disjunktiven Interessen der Akteure sollen genauer betrachtet werden beziehungsweise inwieweit dieses das Konzept der medizinischen Rehabilitation in Österreich beeinflusst. Im zweiten Teil sollen mit Hilfe dieser Erkenntnisse die Forschungsfrage untersucht werden.

In der Praxis der medizinischen Rehabilitation, generell im Gesundheits- und Krankenversorgungssektor, kommt es durch die Ressourcenknappheit zu einem Konkurrenzkampf um die Allokation von monetären Mittel. Diese Knappheit von Mitteln lässt sich auf den immer rascher werdenden Fortschritt der Medizin und der Technologie zurückführen und der dabei entstehenden Kosten für Krankenbehandlungen. Erschwerend kommt hinzu, dass das oberste Ziel der Medizin die Aufrechterhaltung und Verlängerung des Lebens ist und somit die Personen immer älterer werden. Das bedeutet, dass es zu einer „Verabsolutierung des Lebens“ kommt und somit zu einer Veränderung des gesellschaftlichen Wertesystems (Vgl. Schölmerich 1989: 7f).

Dies wiederum führt dazu, dass jedes Subsystem, in diesem Falle, dass der Medizin sowie der PV, um die Verteilung von Mitteln kämpfen muss. Die Aufgabe des Staates ist es, spezifische Unsicherheiten aus politischen Gründen zu reduzieren. Im Falle des Sektors der medizinischen Rehabilitation findet dies, durch demokratisch legitimierte Entscheidungen über soziale Tatbestände (Krankheit), die einen Anspruch auf Geldleistung oder Bereitstellung von Rehabilitationsmaßnahmen auslösen, statt. Somit entscheidet der Staat über die rechtliche Ausgestaltung von Tatbeständen und, in welchem Ausmaß öffentliche Mittel für diesen Sektor bereitgestellt werden (Blanke 1994: 45ff).

Ein weiterer verschärfender Punkt im Falle Krankheit ist, dass die Subsysteme anhand ihres Verständnisses von Krankheit ihren Handlungsbedarf legitimieren. Dies lässt sich aus der Entwicklung des Definitionsmonopols von Krankheit ableiten, welches sich im Laufe der Zeit gewandelt hat (Vgl. Strachota 2009: 27).

Diese Faktoren, auf der einen Seite die Problematik der Ressourcenknappheit und das daraus resultierende Spannungsverhältnis und auf der anderen Seite die grundsätzlich unterschiedlichen Interessen im Krankheitsfall haben Auswirkungen auf die medizinische Rehabilitation beziehungsweise auf die Gewährung und Bereitstellung von Rehabilitationsmaßnahmen.

Auch soll der Vorwurf, dass es beim Konzept der Rehabilitation zu einer Diskriminierung von Krankheiten kommt, überprüft werden. Ausgehend von der

Grundannahme der kritischen Krankheitsforschung⁵ kann davon ausgegangen werden, dass durch die Umsetzung des marktorientierten Paradigmas zu einer Bevorzugung von Krankheiten kommt, und andere weniger unterstützt werden. Zum Beispiel werden altersbedingte und psychosomatische Krankheiten, welche nicht den marktorientierenden Kriterien entsprechen, weniger behandelt. Zum Beispiel gibt es Österreichweit nur zwei Reha - Kliniken, welche auf therapeutische Maßnahmen bei psychosomatischen Krankheiten spezialisiert sind. In anderen Fällen werden die Maßnahmen für eine Rehabilitation werden nicht gewährt, mit dem Argument, dass die Kosten- und Nutzenseite nicht effizient genug ist (Vgl. Schölmerich In: Andreae / Theurl (Hrsg) 1989: 39). Und das, obwohl es in Österreich einen großen Handlungsbedarf im Falle von psychosomatischen Krankheiten gibt, was aus den Umfragezahlen der Gesundheitsstatistik 2008, der Statistik Austria hervorgeht. Laut der Umfrage zählen, Psychoanaleptika (psychisch stimulierende Mittel, auch bekannt unter Antidepressiva) zu der dritt stärksten Untergruppe von verordnungspflichtigen, therapeutischen Heilmitteln, welche regelmäßig konsumiert werden (Vgl. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008: 66).

Andererseits kann eine derartige Kombination aus verschiedenen Theorien nicht im kontextlosen Raum stehen, sondern muss auf eine anerkannte Methode basieren. Diese Methode sind einerseits die Analyse der Sekundär- und Primärliteratur und andererseits die Diskursanalyse, mit deren Hilfe die dominanten Argumenten in der medizinischen Rehabilitation herausgearbeitet werden.

⁵ Wie zum Beispiel Marx, der mit Hilfe seiner Theorie der Geschichte und der Gesellschaft, die Tatsache hinterfragt dass der Mensch als Ressource beziehungsweise als Humankapital verstanden wird und dessen einzige Aufgabe ist die Akkumulation des Kapitals zu unterstützen. *„It established an accumulation of misery, corresponding with accumulation of capital [...]degrade him (a man) to the level of an appendage of a machine, destroy every remnant or charm in his work and turn it into a hated toil.“* (Scheff 1999: 8).

Ein weiterer Punkt dieser Strömung ist die Verökonomisierung beziehungsweise die monetäre Bewertung von Krankheit und Gesundheit. Vor allem das materielle oberste Ziel, der Wiederherstellung von Leistungsfähigkeit und die Vermeidung der Rente (Vgl. Schnabel 1988: 67).

2. Theoretische und methodische Grundlagen

Theoretisch wird die Arbeit anhand der Ansätze des akteurszentrierten Institutionalismus, sowie der Gesundheitsökonomie, aber auch der Begriffe des Macht- & Wissenskomples und der binäre Codierung untersucht. Dabei sollen vor allem die Ansätze des akteurszentrierten Institutionalismus und der Gesundheitsökonomie zur Klärung der handlungsleitenden Interessen der zwei Hauptprotagonisten, die der Sozialversicherung und die der Medizin beitragen, um somit zur Beantwortung der Forschungsfrage, welche der Interessen sich bei der medizinische Rehabilitation durchsetzen, beizutragen.

Um die Problematik der unterschiedlichen Auffassungen von Krankheit resultiert zwischen Medizin und Sozialversicherungsträger zu verdeutlichen, dient dieser Arbeit die theoretischen Begriffe des Macht-Wissen-Komplex von Michael Foucault und der binäre Codierung von Niklas Luhmann. Damit soll verdeutlicht werden wieso es zu einer unterschiedlichen Auffassung kommt.

2.1 Akteurszentrierter Institutionalismus

Der akteurszentrierte Institutionalismus, geht von der Annahme aus, dass soziale Phänomene ein Produkt von Interaktionen zwischen intentional handelnden Akteuren sind und wo, *„[...] das Verhalten politischer Akteure vor dem Hintergrund der Institutionen analysiert [wird], in denen die Akteure handeln.“* (Simonis / Elbers 2003: 114).

Der akteurszentriert Institutionalismus ist ein analytischer Ansatz dessen Bezeichnung auf die Arbeit von Renate Mayntz und Fritz W. Scharpf, aus dem Jahre 1995, zurückgeht. Er ist entwickelt worden, um die Problematik von Steuerung und Selbstorganisation von gesellschaftlichen Teilgebieten zu untersuchen. Das bedeutet, dass Prozesse innerhalb eines Staates durch Interessen, Ressourcen und Ziele der Akteuren vorangetrieben werden, welche aber innerhalb eines institutionellen Handlungsrahmen stattfinden, jedoch soll dieser nicht nur als Ordnungs- oder Regelrahmen aufgefasst werden, sondern auch das Potenzial zur Mitgestaltung der Akteure anerkannt werden (Vgl. Benz 2001:74). Der Institutionalismus basiert auf der Annahme, dass die Institution, wie zum Beispiel der

Staat, als Institutionsordnung für die Herstellung und Durchsetzung von kollektiven Entscheidungen sorgt. Benz, 2001, verwendet den Begriff des „*arbeitenden Staates*“, der den Staat einerseits als aktiv, zum Beispiel als verantwortlich von der Lösung oder Reduzierung von sozialen Unsicherheiten, ergreift. Andererseits als Mediator zwischen den verschiedenen Interessen, allgemeiner und besonderen Natur (Vgl. Benz 2001: 69)

Im Mittelpunkt des Ansatzes stehen das Zusammenwirken von Institutionen, den Interaktionen der Akteure und deren Auswirkungen auf Politikergebnisse. Institutionen nominieren und regulieren Interaktionsregeln, das heißt sie bestimmen Funktionen, Aufgaben und dafür zulässige Instrumente und gleichzeitig legitimieren sie sich dadurch (Vgl. ebd.: 79). Das heißt, der institutionelle Kontext, in dem die Interaktionen stattfinden, bildet den Regelrahmen den jede Institution sich setzt, um ihre Ziele zu erreichen und die zweckrationalen handelnden Akteure zu steuern. Wie im Fall dieser Arbeit die ICD-Klassifikationen oder das ASVG, welche die Zuständigkeit regelt. *„Ein auf sektorale Steuerung und Selbstregulierung in staatsnahen Sektoren und ihre Ergebnisse gerichtetes Erkenntnisinteresse verlangt, sich vor allem mit Interaktionen zwischen korporativen Akteuren zu beschäftigen.“*(Mayntz/Scharpf 1995: 43). Wichtig dabei ist, dass bei selbstverwaltene staatsnahen Sektoren sich nicht nur ausschließlich auf das Handeln von korporativer Akteure zu konzentrieren, sondern auch auf die Mehrebenenperspektive, in denen der einzelne Handelnde enthalten ist, um die oft komplexen *Akteurskonstellationen* heraus zu kristallisieren,.

Im akteurszentrierten Institutionalismus werden Institutionen nicht als gegeben wahrgenommen, vielmehr können sie gestaltet und auch verändert werden und der institutionelle Kontext kann Handeln zwar beschränken und ermöglichen, aber nicht determinieren. Durch diesen Einbezug der beiden Elementen in die Analyse, der Akteure und der Institutionen umgeht der Ansatz den Vorwurf der Dichotomie (ebd.: 44f).

Vereinfacht gesagt bedeutet dies, dass Akteure und Institutionen in einer Art Symbiose leben und sich gegenseitig ergänzen, aber auch voneinander abhängig sind. *„Für die Erklärung im Rahmen des akteurzentrierten Institutionalismus fungiert das beobachtbare Akteurhandeln stets als „proximate cause“, während der*

institutionelle Rahmen dir für uns zentrale „remote cause“ darstellt.“(ebd.: 46). Dies bedeutet, dass zwar durch den institutionellen Rahmen der Handlungsrahmen, in dem die Akteure interagieren, beeinflusst wird, wie zum Beispiel durch Sanktionen, doch sind dies nicht die alleinigen Faktoren. Das heißt, dass auch den nichtinstitutionellen Aspekten eine tragende Rolle zugeschrieben wird, welche jedoch nicht in einem Kategorieraster erfasst werden. Der institutionelle Rahmen konstituiert Regelungen, welche „[...] Anlässe für die Interaktion bestimmter Akteure definiert und Arenen geschaffen werden, in denen spezifizierte Akteure zur Beratung oder Entscheidung über spezifizierte Themen zusammenkommen, wobei sie bestimmten Entscheidungsregeln unterworfen sind“ (ebd.: 48). Dadurch wird den Interaktionen der Akteure eine Struktur und Arbeitsteilung erteilt, welche deren Handlungsorientierung prägt.

Der akteurszentrierte Institutionalismus beschäftigt sich nicht nur mit dem institutionellen Rahmen, sondern auch mit den darin handelnden Akteuren. Wichtig dabei ist, die Differenzierung zwischen Institutionen und Akteuren, wobei hier unterschieden wird in *Regelsystemen* und *handlungsfähigen Akteuren* (Vgl.: 49). Ausgehend von dem zentralen Fokus von Renate Mayntz und Fritz W. Scharpf *„Wieweit und unter welchen Voraussetzung Organisationen Handlungsfähigkeit zugeschrieben werden kann [...]“* (ebd.: 50), kann gesagt werden, dass es für jede Organisation überlebenswichtig ist, die Fähigkeiten zur *kollektiven Willensbildung* und *effektiven Steuerung des Handels* der eigenen Mitglieder, zu besitzen.

Wie in dieser Arbeit aufgezeigt wird, formuliert die öffentliche Hand den Handlungsrahmen der Krankenversorgung formuliert und somit werden die damit verbundenen Leistungsmaßstäbe konstituiert, anhand deren sich der Handlungsbedarf der Akteure legitimiert.

Das Problem dabei ist, dass durch die unterschiedlichen Interessenslagen, und den differenzierenden Auffassungen des Krankheitsverständnisses, ein Spannungsverhältnis entsteht. Die zentrale Frage ist, wer und welche Interessen sich bei der medizinischen Rehabilitation durchsetzen. Der akteurszentrierte Institutionalismus geht davon aus, dass *„Organisationen [...] in der Regel Koalitionen von Gruppen mit unterschiedlichen Interessen, Perzeptionen und Einflußpotentialen [sind] (Cyert/March 1963), und die für eine Organisation agierenden Individuen [...] fast immer gewisse manchmal sogar ganz erhebliche Handlungsspielräume [haben.]“*

(*ebd.*: 50f). Hierbei spielt die *Handlungsorientierung* der handelnden Akteure eine zentrale Rolle, sie kann zur Klärung der Interaktionen beitragen, welche die Handlungsspielräume von Akteuren beeinflussen. Für ihre Identifizierung ist es wichtig „[...] die soziale Einheit zu identifizieren, aus deren Perspektive die jeweils wählbare Handlungsoptionen von den handelnden Individuen (und letztlich handeln auch korporative Akteure nur durch Individuen) betrachtet werden“ (*ebd.*: 52). Zu der Erläuterung des jeweils handlungsleitenden sozialen Bezugs wird zwischen zwei verschiedene Motive der Handlungsorientierung differenziert, den sogenannten kognitiven und motivationalen Aspekten⁶.

Im Falle dieser Arbeit ist es notwendig die handlungsleitenden Interessen beziehungsweise der Handlungsorientierung zu untersuchen, um zu klären, wer und inwiefern welche Interessen sich bei der medizinischen Rehabilitation durchsetzen. Hierfür spielt die zentrale These von Uwe Schimank, dass Interessen bei Individuen sowie bei Organisationen darauf abzielen die eigenen Macht, Ressourcen und Autonomie effektiv zu sichern eine bedeutende Rolle (Vgl. Schimank, In: Mayntz/Scharpf 1995: 55f). Auch die normative Erwartung⁷ haben Auswirkungen auf das Handeln der Akteure, welche im Fall von Krankheit und deren Wahrnehmung eine fundamentale Rolle spielen. Doch sind Interessen und Werte nicht klar voneinander trennbar (Vgl. *ebd.*: 57). So wird die Auffassung von Krankheit einerseits von der öffentlichen Hand und deren Interessen geprägt, doch andererseits ist Krankheit auch im gesamtpolitischen Diskurs eingebettet.

Ausgehend aus der Tatsache bedeutet dies für diese Arbeit, dass medizinische Rehabilitation als Konzept für die Regulierung und Steuerung von zu verstehen ist (Vgl. Luhmann in: Bauch 2003: 78). Für die medizinische Rehabilitation bedeutet

⁶ Ausgehend von der Tatsache, dass kognitiven Aspekten die Wahrnehmung der Handlungssituation, der verfügbaren Handlungsoptionen und den absehbaren Handlungserfolg sind, bedeutet dies, dass jeder Akteure seinen eigenen Auffassung und Wahrnehmung der Realität folgen und daher es besonders schwierig ist diese empirisch zu ermitteln. Hingegen unter den motivationalen Aspekten, bezüglich der Handlungsorientierung, versteht dieser Ansatz, im Sinne von Max Weber, als Antriebsfaktoren, wie zum Beispiel handlungsleitenden Interessen, Normen und Identitäten (Vgl. Mayntz/Scharpf 1995: 53f).

⁷ Darunter versteht man systemweite gültige Werte und Tugenden, welche dem institutionellen Kontext zugerechnet werden (Vgl. *ebd.*: 56).

dies, dass es bei einem Sektor, indem mehrere Akteure tätig sind zu einem Konflikt kommen kann, wo es um die Durchsetzung der eigenen Interessen geht. die Akteure anhand ihrer eigenen Interessenslage handeln und es somit zu einem Interessenkonflikt kommt (Vgl. Scharpf 2000: 17). Dieses Spannungsverhältnis spiegelt sich vor allem in dem Machtkampf über die Auslegung von Krankheit wieder, um somit den Anspruch über Zuständigkeit beziehungsweise einen Behandlungsbedarf legitimieren zu können. Diese Problematik, das Spannungsverhältnis, zwischen den verschiedenen Subsystemen beziehungsweise den Akteuren, welche aus dem Machtkampf um das Definitionsmonopol und dem Legitimationsinteressen, welches „[...] Krankheit prinzipiell als ein Makel betrachtet, der das Individuum um den Preis seiner wie auch immer gedachten 'normalen' Identität davon abhält, in seiner Rolle als Mitglied, Arbeitsnehmer, Konsument usw. möglichst reibungslos zu funktionieren [...]“ (Schnabel 1988: 29) resultieren, soll in dieser Arbeit näher untersucht werden.

Mit Hilfe des akteurszentrierten Institutionalismus lässt sich vor allem die handlungsleitenden Interesse, welche in einem Konflikt vorherrschen gut herauskristallisieren und zuordnen, insbesondere die einzelnen Akteurskonstellationen. Vor allem die zwei Hauptstreitpunkte, welche bei der medizinischen Rehabilitation im Vordergrund stehen: auf der einen Seite die Interessen der öffentlichen Hand, welche vor allem Kosten eindämmen soll und auf die Möglichkeit einer möglichst effizient und effektiv Krankheit abwenden soll. Auf der anderen Seite die Medizin, welche von einem allgemein gültigen Heilungsansatzes, sowie der medizinischen Ethik, ausgehen.

2.2 Gesundheitsökonomie

Vor allem die Gesundheitstheorie, die ein ökonomischer Ansatz ist, ist für diese Arbeit von zentraler Bedeutung, da dieser uns die Handlungsorientierung der sozialrechtlichen Seite näher ergänzt. Die Gesundheitsökonomie ist eine fächerübergreifende Wissenschaft, die sich mit der Allokation von Mitteln in der Gesundheitsversorgung beschäftigt. Diese Strömung verbindet Gesundheit und Ökonomie und erweitert sie um die Werte der Effizienz und der Effektivität. Generell

setzten sich ökonomische Ansätze mit der Allokation⁸ von knappen Ressourcen für unterschiedliche Verwendungszwecke auseinander.

Die Gesundheitstheorie im speziellen beschäftigt sich mit der Ressourcenknappheit und der daraus resultierenden Verteilungsproblematik der Mittel, wie Personal-, Sach- und monetäre Ressourcen. Der Ansatz verbindet diese Problematik mit den unterschiedlichen Effizienzaspekten, wie der Kosten-Nutzen- und der Kosten-Effektivitäts-Analyse. In dieser Arbeit geht es um die Verteilung von Ressourcen in der Krankenversorgung, vor allem monetären Mittel. Doch da grade der Gesundheits- und Krankheitssektors oft unter der Ressourcenknappheit leiden, kommt es hier oft zu Macht- und Konkurrenzkampf zwischen den unterschiedlichen Sektoren. In erster Linie geht es um Domänensicherung und Anspruch auf Ressourcen, da die Mittel auch für andere Zwecke eingesetzt werden können (Vgl. Blanke 1994: 56). Dies erklärt auch das oberste Handlungsziel der Gesundheitsökonomie, „[...] eine Allokation [wird] als effizient bezeichnet, wenn mit den zur Verfügung stehenden Mittel die Ziele weitest möglich erreicht werden respektive die gegebenen Ziele mit dem geringsten möglichen Einsatz an Mittel erreicht werden.“ (Czermak 2008: 9).

Das bedeutet, dass im Mittelpunkt die optimale Verwendung von monetären Mittel und in welcher Leistung der Krankheitsversorgung investiert werden soll, steht. Der ökonomische Aspekt, Probleme bei der Verteilung und Bereitstellung von Mittel, rührt daher, dass durch die ständige Verbesserung und Weiterentwicklung des medizinischen Wissens und deren Technologie. Erschwerend kam hinzu, dass es dadurch zu einem demografischen Wandel kam. Dies hat zur Folge, dass die Leute werden immer älter und da in vielen Fällen Krankheit nun mal altersbedingt ist. Die Folge von Krankheit ist die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, gleichzeitig muss die öffentliche Hand, die Sozialversicherungen die soziale Sicherheit garantieren (Vgl. Schölmerich, In: Andreae / Theurl 1989: 9f). Jedoch das die medizinische Machbarkeit schon seit den 70igern und der wirtschaftlichen Rezession überschritt und es somit zu einer Knappheit von monetären Mitteln führte.

⁸Allokation ist ein Begriff aus der Volkswirtschaft und umschreibt die Verteilung beziehungsweise die Verwendung von monetären Mitteln oder auch Ressourcen (Vgl. Czermak 2008: 9).

Die daraus resultierende ökonomische Folgewirkung war, dass die medizinische Machbarkeit die nachhaltige Finanzierbarkeit überstieg und der Staat sich gezwungen sah einzuschreiten und die Mittel drastisch einschränkte, Leistungen mussten ab nun *„ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten [...]“* (Schölmerich, ebd.: 36). Das wirkte sich natürlich auf den Leistungsanspruch in den Sozialversicherungen aus, wo es um die Verteilung der Leistungen und die dahinter stehenden Ressourcen geht. Und dies hat entscheidende Auswirkungen auf den Bereich der medizinischen Rehabilitation und die Verteilung beziehungsweise die Gewährung von deren Leistungen. Vor allem das Konzept der medizinischen Rehabilitation unterliegt dem allgemeinen Verständnis der sozialen Sicherung, welche vor sozialer Exklusion, besonders im Bezug auf gesundheitlichen Problemen beziehungsweise Krankheiten, schützen soll (Vgl. Schnabel 1988:?). Das Ziel der Gesundheitsökonomie ist die optimale Nutzung, im ausgewogenen Verhältnis zu den Kosten, zu garantieren. Dafür werden Verfahren und Mittel für die Krankheitsbekämpfung nach Effektivität und Effizienz bewertet (Vgl. Schölmerich 1989: 38). Unter Effizienz versteht die Gesundheitsökonomie *„[...]Ergebnis zu minimalen Kosten zu produzieren, was ein etwaigen Austausch von Produktionsfaktoren impliziert. In diesem Kontext wird die effiziente Allokation auch als pareto - optimal bezeichnet. Sie stellt eine Allokation dar, in der kein Partizipant besser gestellt werden kann, ohne gleichzeitig einen anderen schlechter zu stellen.“* (Czermak 2008: 10).

In dieser Arbeit sollen vor allem die Frage nach den Werten der Effektivität und der Effizienz berücksichtigt werden, welche vor allem seitens der öffentlichen Hand, beziehungsweise der Sozialversicherung, den Sektor der medizinischen Rehabilitation beeinflussen. Vor allem in der Praxis der medizinischen Rehabilitation, beziehungsweise der Reparaturmedizin, prallen um miteinander konkurrierende Akteure aufeinander. Auf der einen Seite die selbstverwaltene öffentliche Hand, wie zum Beispiel die PV, und auf der anderen Seite die Medizin, mit deren unterschiedlichen Sektoren, wie der Akutmedizin - um nur einen zu nennen. Beide haben unterschiedliche Auffassungen von Krankheit und somit ein differenzierende Verständnis der Leistungserbringung beziehungsweise der Gewährleistung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation. Dabei geht es hier um die Frage von „gerechte Verteilung“ von Leistungen im Krankheitsfalle. Auf jeden Fall soll dabei

berücksichtigt werden, dass Krankheit nicht immer an den Werten effizient und effektiv gemessen werden kann, da dabei viele verschiedenen Faktoren eine Rolle spielen, wie etwa Krankheits- und Behandlungsverlauf. Erschwerend kommt hinzu, dass Krankheit ein schwer einschätzbares und nicht klar kalkulierbares Risiko ist.

2.3 Begriff des Macht-Wissen-Komplex bei Michael Foucault

Diese Arbeit soll von dem Begriff der Macht-Wissen-Komplex von Michael Foucault ergänzt werden, vor allem die These Krankheit als Konstrukt soll damit untermauert werden.

Michael Foucault sagt, „[...] , daß sich Macht und Wissen wechselseitig bedingen und steigern; die Machtmechanismen produzieren Wissen, das dann wiederum dazu verwendet wird, die Wirksamkeit der Machtmechanismen zu intensivieren. Daher spricht die Forschung in diesem Zusammenhang auch von einem »Macht-Wissen-Komplex«.“ (<http://www.ubudada.de/textpdf/macht.pdf>: 2).

Ausgehend von Foucaults Koppelung an die Biomacht, das heißt den Zugriff auf Produktivität des Körpers und dessen Wertschöpfung, indem das Prinzip der Produktivität und dessen Steigerung und Profitgewinnung in das System integriert wurden, welches seit den 17. Jahrhundert die Akkumulation des Kapitals beziehungsweise der Menschen (Biomacht) fördert, darstellt. Als Folge dieser Koppelung wurde Gesundheit mit Leistungsfähigkeit verbunden und somit die neue Präsenz des Staates im Feld der Gesundheit legitimiert. Gesundheits- und Krankenversorgung wurde somit zu einer zentralen Aufgabe, welche eine Steuerung erforderte (Vgl. Foucault, In: Griesler 1992: 59). Doch Ende der 1970er Jahre modifiziert Foucault seine Machtanalytik in Richtung dessen, was er als »Gouvernementalität« bezeichnet. Der Begriff ist eine Koppelung aus den Elementen der »Regierung« und der »Geistesform«, des Wissens also.

Laut Foucault und seinen Annahmen über „die Macht der Disziplin“, spielen disziplinäre Institutionen, wie Krankenhäuser, und anderen Institutionen, wie im Falle dieser Arbeit Sozialversicherungen, eine fundamentale Rolle in Machtausübung, welche normalerweise nicht als Hauptzentren politischer Macht betrachtet werden. Dabei wird ihnen die primäre Zuständigkeit für gesellschaftliche Gestaltung

eingräumt, doch gleichzeitig wird Macht damit „anonymer und funktioneller“ (Vgl. Foucault, in: Ruoff 2007: 38).

Im Falle dieser Arbeit trifft dies vor allem auf das Verhältnis zwischen Sozialversicherungsträger, der Österreichischen Ärztekammer und der Patienten zu. Michael Foucault spricht auch von den drei Ebenen der gesundheitlichen Steuerung (Vgl. Foucault, In: Czermak 2008:10f): die Makroebene bezieht sich auf die staatliche Steuerung, wie zum Beispiel auf die gesetzliche Auslegung, was der Staat unter Krankheit versteht oder die Leistungstatbestände. Die Mesoebene unterliegt den Sozialversicherungsträgern beziehungsweise den einzelnen Institutionen, da diese dem Prinzip der Selbstverwaltung folgen. Zum Schluss findet auf der Mikroebene das Verhältnis zwischen Patienten und dem Leistungserbringer statt. Damit wird gerade im Fall von Krankheit aufgezeigt, dass alle drei Ebenen in ihren eigenen Subsystemen handeln, jedoch miteinander verknüpft sind und somit ein gemeinsames Gesamtbild ergeben.

Ausgehend von der Annahmen der „Disziplinarmacht“ muss für diese Arbeit Foucaults Begriff weiterentwickelt werden, da er auf der Annahme basiert, dass *„Machtökonomien nicht „von oben eingesetzt“ sind, nirgendwo beschlossen werden und damit auch nicht vom Staat und seinen Institutionen aus zu verstehen sind. Sie entwickeln sich vielmehr „von unten“, dadurch, daß sie in spezifischen Praktiken in den Mikrobeziehungen der Macht, wie Machttechniken, -mechanismen und Wissensgegenstände herausbilden.“* (Foucault, In: Grießler 1992: 63).

Demgegenüber setzt der akteurszentrierte Institutionalismus an, welcher auf das Problem „der Institutionalisierung der Macht“ antwortet, indem er davon ausgeht, dass Akteure, zwar rational sind, aber immer in einem institutionellen Kontext handeln (Vgl. Scharpf 2000: 17f). Dieser institutionelle Kontext wird vom Staat durch die Gesetzgebung zwar definiert, jedoch im Fall von Krankheit beziehungsweise medizinischer Rehabilitation entzieht sich der Staat dieser Funktion. Angewendet auf die Problematik Krankheit zu regieren, lässt sich ableiten, dass das Spannungsverhältnis zwischen der Medizin und den Sozialversicherungsträgern, speziell der Pensionsversicherung, daraus resultiert, dass jedes dieser Subsystem auf einer eigenen Codierung basiert und sich dadurch legitimiert (Vgl. Bauch 2003: 80) und es somit zu einem Interessenskonflikt innerhalb der medizinischen

Rehabilitation kommt. Deswegen wird in dieser Arbeit auch der Begriff der binären Codierung von Niklas Luhmann verwendet.

2.4 Begriff der binären Codierung krank/gesund bei Niklas Luhmann

Niklas Luhmann versucht sich dem Phänomen „Krankheit“, mit seinen These der binären Codierung, zu nähern, um *„[...] dem dynamischen Krankheitsbegriff, welcher Krankheit als Produkt komplexer, pathogener Interaktionsprozessen zwischen Individuen und Umwelt sieht.“* (Pelikan / Wolff 1999: 276) zu beschreiben. Seine Grundannahme basiert auf der grundlegenden binären Codierung des Gesundheitssystems, welche zu einem Prioritätsanspruch der unterschiedlichen Subsysteme führt und weiter auch zu einem Konkurrenzverhalten zwischen den Akteuren und zur Verschiebung der Machtverhältnisse. *„Ist ein System durch eine Codierung stabilisiert, dann kann es die Welt nur nach Maßstäbe der eigenen Leitdifferenz beobachten und betrachten, es baut seinen eigene „legitime Indifferenz“ auf [...]“*(Bauch 2003: 80). Das bedeutet ein funktional ausdifferenziertes System operiert auf der Basis der eignen Codierung.

Die medizinische Rehabilitation und ihre Leistungserbringer sind ein Teil des Gesundheits- und Krankheitssystems, dessen grundlegenden Codes bindend sind. Die grundlegende binäre Codierung des Krankheitssystems ist nach Luhmann "krank/gesund". Was bedeutet, dass alle funktional ausdifferenzierten Sektoren auf der Basis einer eigenen Codierung operieren, welche einer eigenen Charakteristik folgt und die Grundlage für ihre Legitimation darstellt (Vgl. ebd.: 82). Vergleichsweise kann gesagt werden, dass die Codierung krank/gesund sicherstellt, dass das System für die Bearbeitung von Krankheit zuständig ist, so wie zum Beispiel das Rechtssystem durch dessen Codierung Recht/Unrecht sich die Rechtsprechung legitimiert (Vgl. Pelikan / Wolff 1999:275). Doch dies hat zur Folge, dass durch eine systemspezifische Codierung es zu Zusammenstößen kommen kann, wenn beide Subsysteme auf ihr Definitionsmonopol beharren. Beispielsweise, nach Luhmann, ist der Anschlusswert der Medizin ein anderer als der der öffentlichen Hand. Das bedeutet, dass medizinische Rehabilitation eine Schnittstelle von verschiedenen Codes, beziehungsweise der verschiedenen Subsysteme und deren Codes, ist (Vgl. Bauch 2003: 85).

Mit den Annahmen des akteurszentrierten Institutionalismus ergänzend bedeutet dies, dass zwar die Subsysteme nach ihren eigenen Interessen beziehungsweise Codes handeln, jedoch immer an einen Regelrahmen gebunden sind, wie im Fall dieser Arbeit an das ASVG. Der Staat als Institutionsordnung muss dafür Sorge tragen, dass soziale Sicherheit garantiert wird sowie das im Krankheitsfall, wenn diese die Tatbestände erfüllt, diese ausgeglichen wird. Das heißt, zwar haben die Akteure einen großen Spielraum beziehungsweise durch die Zusammenschließung zu Konstellationen können sie Institutionen mitprägen, doch sind an deren Kontexte gebunden.

Für diese Arbeit kann mit Hilfe der Theorie und Begriffe folgende Erkenntnis abgeleitet werden, dass der Interessenskonflikt zwischen Medizin und Sozialversicherung aus zwei Faktoren resultiert:

- I. Erstens, dass es durch den relativ schwachen Einfluss des Staates auf die Sozialversicherung, zwar unterliegt die Sozialversicherung, als öffentlich-rechtliche Institution, dem *Gesetzgebungsvorbehalt* des Staates, aber sie ist mit einem besonderen Verwaltungsrecht ausgestattet, sozusagen ist sie selbstverwaltete Organisation⁹ (Blanke 1994: 77f). In der Praxis hebt sich dieser Faktor, die Enthaltung des Staates, bei der genaueren Definition des Ausgleichstatbestandes und der genauen Definierung des Krankenverständnisses, hervor. Diese Enthaltensamkeit entspringt historischen Wurzeln (Blanke 1994: 61f): Der Zentralstaat zeigt im Bereich der Gesund- bzw. Krankenpolitik große Enthaltensamkeit, da Gesundheitspolitik traditionell, solange sie die soziale Sicherheit gewährleistet, eine Domäne der herausgeforderten „Organisationen“ war. Der Staat interagierte nur, *„[...] wenn die Funktionsfähigkeit des Umlageverfahrens akut bedroht war, indem er im Sinne einer entlastenden Schlichtung des Verhältnis von Kassen und Kassenärzteschaft Mechanismen der Selbstregulierung und Kollektivverhandlungsgremien*

⁹ In Österreich ist die Sozialversicherung „eine selbstständige Institution mit beschränktem Tätigkeitsbereich [...] eigenartiger Mittler zwischen Staat und Gesellschaft“ (Blanke 1994: 78). Selbstverwaltung der Sozialversicherung wird in diesem Kontext verstanden, dass sie die Aufgaben im Rahmen der Gesetze, welche von politischem System formuliert wird, erfüllt.

schuf.“ (ebd.: 63). Erschwerend kommt der Glaube an die „Unregierbarkeit“ von Krankheit hinzu, welcher besagt, dass Krankheit eine schwer steuer- und kalkulierbare Domäne sei (Vgl. ebd.: 68). Hinzu kommt das Problem mit dem Knappheitsdiskurs, welche aus der Koppelung an markt- und wettbewerbsorientierten Normwerten resultiert. Das bedeutet, dass die *„Finanzielle Machbarkeit ist der alles dominierende Aspekt, aus dem Gesundheitspolitik [...] betrachtet wird.“* (Blanke 1994: 404).

II. Der zweite Faktor sind die unterschiedlichen Interessen bei der Krankheitsversorgung, wie das Definitionsmonopol der Akteure oder die nicht deckungsgleiche Auslegung des Anspruches auf Rehabilitation. Durch die Differenzen zwischen dem sozialversicherungsrechtlichen Krankenverständnis, welche Krankheit augleichsbedürftig¹⁰ ist und welche Tatbestände sie dafür entsprechen soll, und dem medizinischen Krankheitsbegriff, welcher keinen begrenzten allgemeinen Krankheitsbegriff kennt, kommt es zu einem Interessenskonflikt.

2.5 Methodische Grundlagen

In dieser Arbeit soll mit Hilfe der Diskursanalyse, nach Maarten A. Hajer, die im Diskurs befindende dominierenden und handlungsleitenden Argumente herausgearbeitet werden, um dann die sogenannten „Schlüsselwörter“ oder „storylines“, welche die Dynamik eines Diskurses beeinflussen, zu erhalten (Vgl. Hajer 2008: 306). Im Falle der medizinischen Rehabilitation, wo die unterschiedlichsten Akteure aufeinander treffen, ist es von großer Wichtigkeit, die ausschlaggebendsten Interessen herauszufiltern, um den dahinter liegenden Prozess und die darin enthaltenen Interessen, welche den Diskurs entscheiden beeinflussen, nachvollziehen zu können. Gerade auch bei einem so großem und komplexem Thema, wo vielen Akteure auf einmal miteinander konkurrieren und viele verschiedene Argumente im Raum sind.

¹⁰ Unter Ausgleichstatbestand versteht man, das Recht gesetzte soziale Norm, welche die gesellschaftliche Lebenslage, die eines Ausgleichs Bedarfs, bestimmt. Die Rechtsprechung setzt sich mit der Auslegung, der einmal gefundenen Kriterien, auseinander. Zum Beispiel: „Regelwidrig“ oder „Behandlungsbedürftigkeit“ und deren genaue Ausformulierung. Aktuelle gibt es einen Diskussion um die Norm „Behandlungszugänglichkeit“ (Vgl. Blanke 1994: 63).

2.5.1 Diskursanalyse

Die Diskursanalyse untersucht die Aussagen eines Diskurses als auch die Frage, wie mit einem Problem durch den Diskurs umgegangen wird. Im Fall dieser Arbeit, das Problem, Krankheiten zu regieren und vor allem der Interessenskonflikt, welcher bei der medizinischen Rehabilitation vorherrscht.

In dieser Arbeit wird die Diskursanalyse von Maarten A. Hajer verwendet, der von der Tatsache ausgeht, dass *„Discourse is defined here as an ensemble of ideas, concepts, and categories through which meaning is given to social and physical phenomena, and which is produced and reproduced through an identifiable set of practices.“* (Hajer 2008: 300). Bei der Diskursanalyse werden vor allem die so genannte „story-line“ untersucht, die darüber Auskunft geben, was und wie Argumente oder Problemdefinitionen in einem Diskurs verwendet werden, aber auch welche zum Beispiel ausgeklammert werden (ebd.: 302). Dabei sollen auch die unterschiedlichen Interessen und Grundannahme der Akteure in die Analyse mit einbezogen werden, um somit die Position und Argumentation in einem Diskurs besser nachvollziehen zu können.

Eine weitere fundamentale Rolle der Untersuchung eines Diskurses ist für Hajer die Diskurskoalition, welche daraus resultiert, dass zwei Akteure die identische Argumentation verwenden beziehungsweise dieselben Ziele verfolgen. Sie bilden eine Art Block oder Einheit, auch wenn diese von disjunktiven Motiven oder Ideen ausgehen, aber sie bilden eine Einheit in dem Diskurs (Vgl. ebd.: 305f) Eine Diskurskoalition und deren Kompromissen hat auch laut Hajer mehr Durchsetzungsvermögen als ein Akteure, welcher auf sich alleine gestellt ist. In der Literatur der internationalen Beziehungen kennt man dieses Phänomen auch als Gefangenendilemma.

Um die als Methode noch mehr zu verfeinern, wird in dieser Arbeit der Begriff der der argumentativen Diskursanalyse verwendet, „mit deren Hilfe untersucht werden soll, wie der argumentative Austausch der verschiedenen Ausgangspositionen stattfindet (Vgl. ebd. 305). In diesem Fall soll also untersucht werden, wie und wer von den Akteure bei der medizinischen Rehabilitation auf die Gegenargumente bei der unterschiedlichen Auslegung von Krankheit reagiert haben. Eine große Rollen

spielen dabei sind auch die so genannten „key- incidents“, also Schlüsselerlebnisse, die den Diskurs nachhaltig beeinflussen (ebd. 307). Im Fall der medizinischen Rehabilitation zählen zu solchen „key incidents“ vor allem der Knappheitsdiskurs, entfesselt durch die wirtschaftliche Rezession der 1970er Jahre und die damit verbundene politische Notwendigkeit Kosten einzusparen, welcher vor allem im Sektor der Krankheitsversorgung. Durch diese Notwendigkeit der politischen Regulierung und Steuerung sah sich der Staat gezwungen tätig zu werden. Gleichzeitig kam erschwerend hinzu, dass die Folgewirkungen des demografischen Wandels für das Gesundheitssystem deutlich spürbar wurden. Bei der medizinischen Rehabilitation bedeutet dies, dass immer mehr Menschen, zurückführend auf altersbedingte Krankheiten, aus der Erwerbstätigkeit beziehungsweise aus dem beruflichen und wirtschaftlichen Leben ausschieden und somit ihre Leistungsfähigkeit verloren. Die Kosten der Pensionsansprüche stiegen stetig und rasant und gefährdeten die Finanzierung des gesamten Gesundheitssystems (Vgl. Blanke 1995: 48f). zusätzlich kam noch hinzu, dass durch den ständig wachsenden Fortschritt des medizinischen Wissens und deren Technologie die medizinische Machbarkeit den finanziellen Rahmen überstieg.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Diskursanalyse nach Maarten A. Hajer dazu dient die sogenannten „story-lines“ (Hajer 2008:302) zu untersuchen und herauszuarbeiten welche für eine bestimmte Wirklichkeitskonstruktion beziehungsweise zur Identitätsbildung verantwortlich ist (Vgl. Hajer 2008: 308). Außerdem soll die Methode zur Klärung beitragen innerhalb welcher diskursiven Strategien und Praktiken sich sogenannten Diskurs-Koalitionen bilden und wo deren Grenzen, basierend auf gemeinsame Interessen, sind.

2.6 Zwischenresümee

In dieser Arbeit ist der theoretische Ausgangspunkt, welche Interessen beziehungsweise welche Akteure sich bei der medizinischen Rehabilitation durchsetzen. Der akteurszentrierten Institutionalismus besagt, dass soziale Phänomene als das Produkt von Interaktionen zwischen zweckrational handelnden Akteuren vor dem Hintergrund der Institutionen, in denen diese handeln, erklärt werden müssen. Diese Interaktionen werden durch den institutionellen Kontext in dem sie stattfinden geregelt und geprägt (Vgl. Scharpf 2000: 17). Das bedeutet, dass

die Sozialversicherungen und die öffentliche Hand sich zu einer gemeinsamen Konstellation zusammenschließen, da sie die gleichen Interessen verfolgen und somit in eine fundamentale Rolle innerhalb des Systems der Krankheitsversorgung einnehmen und medizinische Rehabilitation maßgeblich mitprägen können (Vgl. Blanke 1994: 55f). Durch diesen Zusammenschluss kann zum Beispiel die Koppelung des Konzeptes der medizinischen Rehabilitation an markt- und wettbewerbsorientierte Aspekte erklärt werden, da das oberste Interesse der beide Akteure eine effizientere Nutzung von Krankheit war. Auf der einen Seite die Sozialversicherung, welche sich durch dem demografischen Wandel gezwungen sah, die Leistungsfähigkeit nach einem Krankheitsfall wieder herzustellen. Auf der anderen Seite der Staat, der gezwungen war Kosten einzudämmen und eine Umstrukturierung des Krankenversorgungsektors voranzutreiben. Diese Koppelung ermöglichte eine effizientere und effektivere Nutzung der Leistungsfähigkeit und die Reduktion von Kosten, da die Erwerbstätigkeit erhalten bleibt und der Patient in der Lage ist am beruflichen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Leben wieder teilzunehmen (Vgl.ebd.: 62f).

Niklas Luhmann versucht dieses Phänomen mit seiner Grundannahme eines erweiterten und dynamischen Krankheitsbegriff, welcher Krankheit als Produkt komplexer, pathogener Interaktionsprozessen zwischen Individuen und Umwelt sieht, zu beschreiben (Pelikan / Wolff 1999: 276). Diese zentrale These von Luhmann spielt eine große Rolle in dem späteren vierten Kapitel, Krankheit als Konstrukt.

Der Vorteil, liegt in der Tatsache, dass Krankheit als Produkt komplexer Interaktionsprozesse zwischen Person und Umwelt aufgefasst werden kann, man kann mit dem erweiterten und dynamischen Krankheitsbegriff Krankheit als vielschichtiges Geschehen auf verschiedenen Systemebenen erfasst (Vgl. 2.2 Gesundheitsökonomie: 16f). Die grundlegende binäre Codierung des Systems der Krankenversorgung ist nach Luhmann "krank/gesund". Alle funktional ausdifferenzierten Subsysteme operieren auf der Basis einer eigenen Codierung: jedes Subsystem stellt eine eigene charakteristische Art der Informationsverarbeitung auf und legt somit die Basis für eine systemspezifische Realitätskonstruktionen (Vgl. Bauch 2003: 83).

Der Begriff des Macht-Wissens-Komplexes von Foucault spielt auch darauf ab, dass gerade die Medizin als Wissensmacht nichtsdestoweniger eine wichtige Position innerhalb der Auslegung von Krankheit einnimmt, allein durch die Macht der Diagnose (Vgl. Blanke 1994: 61). Zwar definiert die öffentliche Hand den Ausgleichstatbestand, doch wird zum Beispiel die ICD-Klassifikation von Ärzten entwickelt. Mit der Frage, ob durch diese Koppelung von Krankheit an das medizinische Wissen die Medizin ihre Machtposition bei der medizinischen Rehabilitation verstärken, beziehungsweise ihre Interessen einbringen kann, beschäftigt sich das fünfte Kapitel in dieser Arbeit.

3. Akteure: Medizin und öffentliche Hand, vertreten durch die Sozialversicherungsträger (PV)

3.1 Medizin

Die allgemeine Auffassung von Medizin ist die Lehre der Heilkunst beziehungsweise der Prävention, Erkennung, Bekämpfung und Linderung von Krankheiten sowie Verletzungen. Diese Lehre werden von Ärzten und weiterer anerkannte Heilberufe, wie der Therapeut, ausgeübt und setzen sich zum Ziel die Gesundheit des Erkrankten wiederherzustellen oder zu erhalten (Vgl. Borgetto 2007: 43f). Da jedoch der Begriff „Medizin“ ein relativ breiter ist, das heißt sowohl die Bereiche der Humanmedizin sowie aber auch die der Veterinärmedizin umfasst, will ich den Begriff in dieser Arbeit einschränken und mich nur auf die Humanmedizin, die Lehre von gesunden und kranken Personen, beziehen¹¹.

Die Akteure der Humanmedizin sind Ärzte, welche in Österreich in der Österreichischen Ärztekammer und in einer bundesweiten Ärztekammer vertreten sind, sowie aber auch Forscher und Wissenschaftler und auch alternative „Heilpraktikanten“, wie zum Beispiel Therapeuten. Die obersten Ziele und die Hauptaufgaben der Medizin sind die Prävention (Vorbeugung), die Kuration (Heilung), die Palliation (Linderung) und die Rehabilitation (Wiederherstellung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten) (Vgl.). Die Medizin ist an das Gesundheitssystem eines Staates gekoppelt, da dieser den juristischen und finanziellen Rahmen für die Medizin festlegt. Dieses Abhängigkeitsverhalten spiegelt sich vor allem in der Finanzierung der Medizin wieder, wie zum Beispiel in der stationären Medizin (Krankenhäuser), deren Finanzierung in der öffentlichen Hand ist, was dazu führt, dass in Österreich die öffentliche Hand, die gesetzlichen Sozialversicherungsträger, circa 80% der gesamten Ausgaben zur

¹¹ Da es in dieser Arbeit speziell nur um Humanmedizin geht und die Lehre von Krankheit sowie hier die These, der binären Codierung Krank/gesund, von Niklas Luhmann anwendbar ist und zugleich deutlich hervortritt. Die Humanmedizin geht von einem naturwissenschaftlichen Verständnis von Krankheit aus, das heißt: Krankheit muss geheilt werden.

Krankenbehandlung beiträgt (vgl.). Ein weiteres Problem ist, dass durch die ständig zunehmenden verbesserten Möglichkeiten der Medizin sowie dem demografischen Wandel die Kosten des Gesundheitssystems kontinuierlich stiegen und der Staat sich gezwungen sah zu intervenieren, mit Hilfe von Gesundheitsreformen, zum Beispiel mit dem Kostendämpfungsgesetz (Vgl. Hajen 2008: 75f). Dieser Anstieg der Kosten plus die Gesundheitsreformen hatten Auswirkungen auf die Bereitstellung des Leistungsumfangs sowie die Leistungserbringung des österreichischen Gesundheitssystems (Vgl. Bauch 2003:).

Dieser Knappheitsdiskurs beziehungsweise die Rationalisierung sowie Rationierung war der Hauptauslöser des Paradigmenwechsel im Gesundheitsdiskurs. Ausgehend von der These von Niklas Luhmann rührte dieser Wechsel des Definitionsmonopols zwischen Medizin und öffentlicher Hand daher, dass die Machbarkeit des Subsystems der Medizin die Finanzierbarkeit überstieg. Dies hatte zur Folge, dass der Leistungsumfang drastisch eingeschränkt wurde, umso die indirekten Kosten¹² zu senken.

3.1.2 Historischer Abriss & Interessenslage

Die Medizin legitimiert sich und ihren Handlungsbedarf über ihrer Definition von Krankheit. Das bedeutet in der jeweiligen Krankheitsvorstellung „[...] *drückt sich die charakteristische Sichtweise und der Kenntnisstand einer Disziplin aus. Hintergrund dieses Prozesses stellt die Erkenntnis dar, dass medizinische Denk- und Handlungsmodelle somit auf den Punkt gebracht werden.*“ (Bach in: Strachota 2009:

¹² Laut Gesundheitsökonomie versteht man unter indirekten Kosten, die monetären Kosten, die für die Patienten durch zum Beispiel einen Arbeitsausfall aufgrund von Krankheit entstehen. Die indirekten Kosten sind verbunden mit dem indirekten Nutzen, der durch die Verbesserung beziehungsweise Genesung und die damit verbundene Leistungsfähigkeit einhergeht, da der Patient wieder arbeitsfähig ist. Bei der Bereitstellung der medizinischen Rehabilitation ist dies ein Leitmotiv, da ja das oberste Ziel ist die Wiederherstellung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit und die Arbeitsfähigkeit zu garantieren. Diese indirekten Kosten- und Nutzenbewertung wird in der Gesundheitsökonomie mit Hilfe des Humankapital-Ansatz (beziehungsweise des Humanvermögens-Ansatz) ermittelt, welcher berechnet wie hoch die Kosten des Produktionsverlust, sowie Einkommensverlust, der aufgrund einer Krankheit eintritt, und der Nutzen einer Behandlung der Krankheit ist. „*Die Leistung, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht erwirken und Krankenkassen nicht bewilligen.*“ (ASVG § 18 Abschnitt 3).

12). In der Vergangenheit bestand kein traditioneller Konflikt zwischen den zwei Disziplinen, der öffentlichen Hand und der Medizin, da das öffentliche Handeln von dem medizinischen Krankheitsbegriff geprägt wurde und somit die Medizin und ihr Denkmodell lange Zeit den Krankheitsbegriff konstituierte. Doch mit der Übernahme des sozialrechtlichen Modells wuchs auch der Einfluss einer ökonomisch-orientierte Dimension des Krankheitsbegriffes. Dieser widersprach sich jedoch mit dem Verständnis des medizinischen wodurch der Handlungsspielraum der Medizin stark eingeschränkt wurde. Diese Abhängigkeit spiegelt sich nicht nur in den Zielen und Interessen des ärztlichen Handelns sondern auch, in der Arzt-Patient-Beziehung wieder. *„Einem technomorphen, an Maschinen orientierten Krankheitsverständnis entspricht eine technomorphen Therapie, sowie eine technomorphen Arzt-Patient-Beziehung: defekte Maschine, Reparatur oder Auslagerung[...]. Das bedeutet ärztliches Handeln ist maßgeblich geprägt vom zugrunde liegenden Verständnis von Krankheit.“* (Engelhardt In: Borgetto 2007: 38).

Diese Arbeit beschäftigt sich unter anderem mit der Frage, was Krankheit zu einer Krankheit macht beziehungsweise welche Vorstellung von Krankheit als solche ausschlaggebend ist. Das bedeutet Diabetes ist eine Krankheit, welche durch bestimmte Symptome als Krankheit erkannt und als eine wahrgenommen wird (Vgl. Strachota 2009: 25). Eine große Rolle hiefür spielen die Abgrenzungsmerkmalen, mit denen krank von gesund unterschieden wird. Hierfür dienen so genannte Normwerte, welche helfen Abweichungen festzustellen und daraus die „Normgesundheits“ (Strachota 2009: 34) abzuleiten. Diese Werte sind ein in schriftlicher Form verfasstes abstraktes Regelwerk, welches im medizinischen-wissenschaftlichen Diskurs eingebettet ist. Jedoch auch von *„Lebensformen, Einstellungen und Wertvorstellungen“* (Schipperges 1990, In: Bauch 2007: 24) mitgeprägt werden. Das heißt der Krankheitsbegriff ist wandelbar und einerseits von dem jeweiligen Stand des medizinischen Wissen und andererseits von den gesellschaftlichen Handlungszusammenhänge abhängig. Denn *„Was als krank gilt, das hat für die öffentliche Gesundheitspflege, die Rechtssprechung und das Versicherungssystem erhebliche Konsequenz. All diese Anteile, gesamtgesellschaftliche Handlungszusammenhänge sind irgendwie und irgendwann in den Krankheitsbegriff oder das Verständnis davon eingegangen.“* (Strachota 2009: 33).

Wichtige für den medizinischen Krankheitsbegriff sind zwei grundlegende Fragen: Erstens woher kommt die Krankheit, das heißt, welche Ursache und Gründe hat sie, und zweitens wo spielt sie sich ab und welche Regionen sind betroffen, wie zum Beispiel Seele, Körper, Organe. Im weiteren Sinne heißt das, dass das Erkennen und die Behandlung von Krankheit von den zugrunde liegenden Auslegung von Krankheit abhängig ist (Vgl. Strachota 2009: 38f). Weiteres werden Ärzte als Repräsentanten der Medizin wahrgenommen, welche deren Interessen vertreten und vor allem die Sicherstellung des Krankheitsbegriff beziehungsweise die Auslegung was als Krankheit gilt soll gewahrt werden, da diese eine essentielle Rolle bei Diagnose und Therapie spielt (Vgl. ebb.: 46f) . Das bedeutet, dass der medizinische Krankheitsbegriff maßgeblich das Handeln von Ärzten und Mediziner beeinflusst, gleichzeitig aber ist er auch an finanziellen und sozialen Konsequenzen, wie zum Beispiel den Krankenversicherungsrecht, gebunden.

Zusätzlich spielen bei der Behandlung von Krankheit die zugrunde liegenden Ziele eine fundamentale Rolle, wobei bei der Medizin das oberste Ziel vom ärztlichen Handeln die Heilung ist. Aus der medizinischen Perspektive versteht man unter Heilung: *„Heilung kann als Wiederherstellung von Gesundheit¹³ verstanden werden, in der Praxis spricht man von einer funktionell orientierten Sichtweise von Krankheit. Womit sich Heilung als abhängig erweist, was jeweils unter „Gesundheit“ und „Krankheit“ zu verstehen sei.“* (ebd.: 42).

Meine Arbeit beschäftigt sich ausschließlich mit dem medizinischen und sozialrechtlichen Krankheitsbegriff, das bedeutet mit der medizinischen Sichtweise und deren Konsequenz auf Diagnose beziehungsweise auf die Therapie, sowie die Auslegung der öffentlichen Hand. Mir ist bewusst, dass es bei Krankheiten mehrere Perspektiven, wie zum Beispiel die soziale Reaktion auf Krankheiten beziehungsweise den Umgang mit kranken Menschen, gibt, jedoch gerade bei der medizinischen Rehabilitation ist die medizinische und sozialrechtliche Auseinandersetzung relevanter.

¹³ In der Medizin spricht man von der Wiederherstellung des Gesundheitszustandes unter Erreichung des Ausgangszustandes (Borgetto 2007: 45). Wobei sich hier schon ein Widerspruch im generellen von der sozialrechtlichen Perspektive abzeichnet, da jene zwar von einer Wiederherstellung der Gesundheit ausgehen, jedoch die Erreichung des Ausgangszustandes nicht als Voraussetzung nehmen um von Heilung zu sprechen (Blanke 1994: 79f).

3.2 Österreichische Sozialversicherungsträger

In Österreich schließen sich alle Sozialversicherungsträger in einen Hauptverband zusammen, dem sogenannten *Hauptverband der Sozialversicherungsträger (HVdSV)*. Zu den Aufgaben des HVdSV gehört die Wahrung der allgemeinen und gesamtwirtschaftlichen Interessen der österreichischen Sozialversicherung, Erlassung allgemein verbindlicher Normen für ein möglichst einheitliches Vorgehen aller autonomen Sozialversicherungsträger, die Vertretung der Sozialversicherungsträger und Abschluss von Verträgen mit öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Ärzte etc. und die Mitwirkungen an der Aufteilung von Geldressourcen der Sozialversicherung (Vgl. Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger 2008: 11).

Zu den drei Hauptakteuren zählen die Pensionsversicherung (PV), die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), welche sich in Gebietskrankenkasse und Betriebskrankenkasse aufgliedert, und die Unfallversicherung (UVA). Diese spalten sich in mehreren kleinere „Splitter- oder Untergruppen“, wie zum Beispiel Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA), wo die PV sowie die GKV sich die Zuständigkeit teilen, oder die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, wo wiederum PV, GKV und UVA zuständig sind. In Österreich erfasst die allgemeine Pflichtversicherung circa 77 % aller Versicherten, dazu zählen Erwerbstätige und Pensionisten, sowie auch erziehende Ehepartner, aber auch Stief- und Pflegekinder und erwachsene mitversicherte Angehörige (zum Beispiel: Lebenspartner) (Vgl. ebd.: 21f). Die Organisation der österreichischen gesetzlichen Sozialversicherung, welche sich aus der Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung zusammensetzt, beruht auf dem Prinzip der Selbstverwaltung. „[...] weil der Staat es als seine[r] Aufgabe anerkannt hat, die Arbeiter vor gewisse Gefahren zu schützen, deren Folgen es gilt auszugleichen, um dem arbeitsunfähig[en] Gewordenen seine Existenz zu garantieren. Nur weist er dem Anspruchsberechtigten ein anderes Subjekt als Träger dieser Pflicht zu. [...] Dennoch bleibt der Staat das in letzter Instanz verpflichtete Subjekt“ (Blanke 1994: 78).

Das österreichische Gesundheitssystem geht von der Grundidee, nach Artikel 15a des Bundesverfassungsgesetz (B-VG), aus, dass Gesundheitssicherung ein Bürgerrecht sei, welches der Staat garantieren muss, jedoch die Ausgestaltung der

Versorgung im Einzelnen könne am sachgerechtesten durch die direkte Bearbeitung des Anbieters von Leistung wahrgenommen werden (Vgl. Hurrelmann: 37). Die Sozialversicherungsträger erfüllen ihre Aufgaben im Rahmen der Gesetze des ASVG, des Gewerbliche Selbstständigen Krankenversicherungsrecht (GSVG), des Bauern- und Sozialversicherungsgesetz (BSVG) und des Beamten-, Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG) (vgl. Hauptverband der österreichischem Sozialversicherungsträgern 2008: 32).

3.2.1 Historischer Abriss

In Österreich wurde die gesetzliche Sozialversicherung, nach dem Vorbild des von Bismarck eingeführten Systems in Deutschland, 1889 eingeführt. Bis zum Beginn des Ersten Weltkrieges kam es zu fortschreitenden Eingliederung von Bevölkerungsschichten, was zu einem immer große werdendem Angebot von Sozialversicherungsträgern in Österreich führte (Vgl. Tálos 2005: 71). Das bedeutet es kam zu einem stetigen Anstieg des Anteiles der krankenversicherten Personen, welche im Jahre 1890 noch 7% betrug jedoch im Jahre 1930 auf 60% anstieg (Vgl. Hofmarcher 2006, In: Tálos 2005: 20). Ab 1939 wurde in Österreich das *nationalsozialistische deutsche Sozialversicherungsrecht* übernommen und erst wieder 1956, mit dem Inkrafttreten des *Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes* (ASVG) aufgehoben. Die einzige Ausnahme war das *Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz* von 1947, welches die Wiederherstellung der Selbstverwaltung und die Gründung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVdSV) garantierte. Mit der Etablierung des ASVG, wurde ein wichtiger Schritt in die Vereinheitlichung des Sozialrechtes gesetzt und es bildet den gesetzlichen Rahmen beziehungsweise die Leitnorm für die Sozialversicherung in der Zweiten Republik (vgl. Tálos 2005: 21). Im ASVG wurden die Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung für die Arbeiter und Angestellten in Bergbau, Forst- und Landwirtschaft, Gewerbe, Handel und Industrie integriert und geregelt, sowie die Krankenversicherung der Pensionisten (Vgl. Hauptverband der österreichischem Sozialversicherungsträgern 2008: 26). Außerdem wurde „[...] die soziale Sicherung von Erwerbsarbeit, ökonomische Bedingung der wohlfahrtstaatlichen Expansion, die Subsidiarität staatlicher Hilfe und sowie die ökonomische Funktion der soziale Sicherheit“ (Vgl. Tálos 2005: 212) geregelt, welche die fundamentalen Kernpunkte der Sozialpolitik der Zweiten Republik

darstellen. Außerdem wurde mit der Einführung des ASVG der Leistungsanspruch sowie der Ausgleichstatbestand normiert und vereinheitlicht.

Der enormen Anwuchs, 1980 betrug der Anteil der krankenversicherten Personen um 99% (Hofmarcher 2006, In: Tálos 2005: 26) kann man vorwiegend auf die beitragsfreie Mitversicherung von Angehörigen, vor allem bei der Krankenkasse, wie zum Beispiel: Kinder oder Ehepartner, zurückzuführen (Vgl. Tálos 2005: 24). In den 1970er Jahren stand die finanzielle Leistungsfähigkeit der österreichischen Sozialversicherung im Mittelpunkt der politischen Aufmerksamkeit (Vgl. Tálos 2005: 28). Oberstes Ziel der politischen Diskussion war die Kostendämmung und Umstrukturierung, in der Literatur, wird von einer „Ökonomisierung“ der Gesundheitspolitik gesprochen (Vgl. Blanke 1994: 104f). Dies äußert sich zum Beispiel in der 54. ASVG Novelle von 1997, wo der stationäre Bereich einer Strukturreform unterzogen wurde. Die Kosteneinschränkung sowie Umverteilung von Ressourcen, wie zum Beispiel die von Geräten, technisches Personal, waren ausschlaggebend. Das Resultat war ein einvernehmlichen verbindlichen Festlegung des *Österreichischen Krankenanstalt- und Großgerätplan* (ÖKAP/ GGP), welcher Standorte, Fächerstrukturen und die Bettenhöchstzahl festgelegt. Mit dieser Reform wurde die Finanzierung des stationären Bereichs umstrukturiert und somit die politische Strategie der *Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik*¹⁴ umgesetzt.

Im Jahre 2000 kam es im Laufe von Reformen des ASVG zu einer Abweichung in der Gesundheitspolitik, insbesondere in der Krankenversicherung, welche sich zum Beispiel mit dem Anstieg der direkten Kostenbeteiligung, im Falle einer Krankheit, manifestiert (Vgl. Tálos 2005: 218). Weiters wurden zum Beispiel „*[...]die Krankenversicherungsbeiträge der Angestellten auf das Niveau der Beitragssätze der Arbeiter angehoben und insgesamt die Beitragssätze aller Versicherten erhöht, um das Freizeitunfallrisiko auszugleichen*“ (Hofmarcher 2006, In: Tálos 2005: 54). Im Jahre 2005, durch zum Beispiel weitere Erhöhungen der Beitragssätze, konnten insgesamt 425 Mio. Euro zusätzlich für die Finanzierung des Gesundheitssystem, aufgebracht werden (Vgl. ebd.: 220). Weiteres kam es im Jahre 2005 zur Errichtung

¹⁴ In diesem Kontext wird unter Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik die Koppelung der Zahlung der Sozialversicherungsträger für die Krankenanstalten an die Steigerung der Beitragseinnahmen der Krankenversicherungsträger (Vgl. Blanke 1994: 93f) verstanden.

der Bundesgesundheitsagentur und Gesundheitsfonds (ÖBIG), damit sollte die Trennung der einzelnen Teilbereiche des Gesundheitswesens überwunden werden und eine gemeinschaftliche Steuerung und Planung ermöglicht werden (Vgl. Tálos 2005: 127). Im Frühjahr 2010 wurde eine weitere politische Strategie, in Zusammenarbeit vom Österreichischen Gewerkschaftsbund (ÖGB) und der Österreichischen Wirtschaftskammer (WKÖ) veröffentlicht und bezieht sich auf die Gesundheitsreform 2008. In erster Linie geht es um die Finanzierung der Krankenkassen und der effizienten Gesamtsteuerung der Sozialversicherung, jedoch sind hier die Verhandlungen zur Gesundheitsreform noch nicht abgeschlossen (Handbuch der Österreichischen Sozialversicherungen 2009: 34).

3.2.2 Organisation der Pensionsversicherung (PV)

Die gesetzliche Pensionsversicherung erfasste im Jahre 2009 2,731.308 Personen (Unselbstständige und Selbstständige) (Statistik Austria). Im Allgemeinen erfasst die Pensionsversicherung alle Arbeiter und Angestellten, sowie die ihnen gleichgestellten Personengruppen. Zu den größten Gruppen der Pensionsversicherung zählen die Pflichtversicherten, wie die Gewerbetreibenden (als Mitglied der Wirtschaftskammer), aber auch Geschäftsführer, Veterinärmediziner, bildende Künstler sowie auch gewisse freiberuflich selbstständige Erwerbstätige. Zu den kleineren Gruppen gehören im Bereich der Pflichtversicherung die Personen, welche einen land- oder forstwirtschaftlichen Betrieb führen, sowie deren Ehepartner und Kinder, und weiteres die pflichtversicherten Notare (Vgl. HVdSV 2008: 76ff). Die Pensionsversicherung erfüllt ihre Aufgaben im Rahmen der Gesetze des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG), des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (GSVG), des Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG) und des Notarversicherungsgesetz (NVG) (Vgl. ebd.: 77f).

Im Falle dieser Arbeit ist besonders die Zahl der vorzeitigen Alterspensionen, beziehungsweise der Pensionen, aus den Versicherungsfällen der Erwerbsunfähigkeit beziehungsweise der geminderten Arbeitsfähigkeit, so genannte Invaliditäts-, Berufsunfähigkeit- und Erwerbsunfähigkeitspensionen. Das bedeutet die Personen die einen Antrag auf vorzeitige Pensionierung stellen und somit nicht mehr rehabilitationsfähig sind. Die Zuerkennung für diese Pension unterliegt strengen Kriterien, welche von den Kassenärzten der PV überprüft werden. Laut HVdSV 2008

wurde allein im Jahre 2007 ca. die Hälfte der Anträge abgelehnt, insgesamt wurden 72.998 Anträge gestellt und davon 30.801 genehmigt. Laut weitere erhobene Daten treten besondere Krankheitsgruppen bei den bewilligten Anträgen hervor: an der Spitze führen die Erkrankungen am Skelett, Muskeln und Bindegewebe, gefolgt von psychiatrischen Erkrankungen und Krankheiten des Kreislaufsystems (Vgl. ebd.: 83ff).

Die Gewährleistung der Maßnahmen der Rehabilitation in der Pensionsversicherung erfolgt nach strengen Kriterien, „[...] unter Berücksichtigung der Neigung, Eignung und der bisherigen Tätigkeit des Versicherten, der an einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung leidet gewährt, sofern und solange die Erreichung des Rehabilitationszieles zu erwarten ist. Der Schwerpunkt der Rehabilitation liegt im medizinischen Bereich.“ (HVdSV 2008: 121). Ein weiteres wichtiges Kriterium für die Beantragung der Leistung der Rehabilitation ist, dass die Behinderung¹⁵ beziehungsweise der Krankheitsfall ohne die Reha zur Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, oder im schlimmsten Fall zu Invalidität, führen kann oder schon hat (Vgl. ebd.: 121f).

3.3 Rehabilitation

Rehabilitation umfasst einen ganzheitlichen Ansatz, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen einer Person, z.B. Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten, und ihren Kontextfaktoren, also alle Umwelt- und personenbezogene Faktoren, die für die Gesundheit von Bedeutung sind, berücksichtigt, um einen bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben zu erreichen. Dieser Ansatz erfordert die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichsten medizinischen Sektoren um die Bewältigung der Krankheit und die Wiedereingliederung in die Erwerbstätigkeit zu gewährleisten.

¹⁵ Eine Behinderung bezieht sich definitionsgemäß nicht allein auf eine Funktionsstörung als Folge eines körperlichen Schadens, sondern sie erstreckt sich auch auf soziale Beeinträchtigungen (handicap), wie persönliche Folgen (unter anderem Unbeweglichkeit, wirtschaftliche und berufliche Beeinträchtigungen, Freizeitaktivitäten), familiäre (Pflegebedarf) und gesellschaftliche Folge(gestörte soziale Eingliederung, Fürsorgeanspruch) (Vgl. Schnabel 1988: 38f).

3.3.1 Allgemeine Einführung der Rehabilitation

In Österreich wird das Konzept der Rehabilitation von den Sozialversicherungsträgern gewährleistet und wurde 1992 eingeführt. Die Zuständigkeit teilen sich die Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung, wobei die Zuständigkeit mit einer Richtlinie geregelt wird: Die Krankenversicherungsträger führen Maßnahmen der Rehabilitation in ergänzender Zuständigkeit durch, was genau bedeutet: ein erweitertes Spektrum der Anspruchsberechtigten, (Mitversicherte Angehörigen), welche in der Pensionsversicherung zum Beispiel nicht berücksichtigt werden. Die Unfallversicherung bietet Rehabilitationsmaßnahmen an, wenn die Grund der Behinderung oder Krankheit auf einem Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit rückzuführen ist (Vgl. HVdSV 2008: 121).

Das primäre Ziel der Rehabilitation bei der Pensionsversicherung ist, die Wiederherstellung der Erwerbs- und Berufsfähigkeit, im Falle einer Behinderung oder Krankheit, die dazu führen kann oder dazu geführt hat. Die Leistungen der Rehabilitation sind bei der Unfall- oder Pensionsversicherung zu beantragen, die den Antrag unverzüglich an den zuständigen Krankenversicherungsträger weiterzuleiten haben, soweit es nicht selbst in ihren Zuständigkeitsbereich fällt. Das bedeutet, dass es keinen individuellen Rechtsanspruch auf Leistungen der Rehabilitation gibt, es gilt hier nur der Antragsanspruch (ASVG §135 Abs. 1). Ziel der Rehabilitation ist es den Erfolg der Behandlung zu sichern oder die Folgen der Krankheit zu erleichtern oder abzuwenden. Rehabilitation umfasst alle Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiedergewinnung der Fähigkeit zur Berufsausübung und zur aktiven Teilnahme am normalen Leben in Familie und Gesellschaft (Vgl. MedInfo 7/2008: 3).

In der Pensionsversicherung, wo die Rehabilitation eine Kernaufgabe darstellt, werden 3 Arten von Rehabilitation gewährt:

- *Medizinische Rehabilitation:* Medizinische Rehabilitation umfasst alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiedergewinnung der Fähigkeit zur Berufsausübung, wie zur aktiven Teilnahme am normalen Leben in Familie und Gesellschaft. Diese Maßnahmen setzen sich zum Ziel den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder die Folgen der

Krankheit zu erleichtern (Vgl. http://www.sht-lobby.at/420_rehableistungen.htm). Die medizinische Rehabilitation schließt nach einer schweren, akuten Erkrankungen oder nach einem größeren operativen Eingriff an und wird auch als Anschlussheilverfahren bezeichnet (Vgl. MedInfo 7/2008: 3). Diese Maßnahmen umfassen zum Beispiel: die Unterbringen in Krankenhausanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen, sowie die Gewährung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln einschließlich der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel.

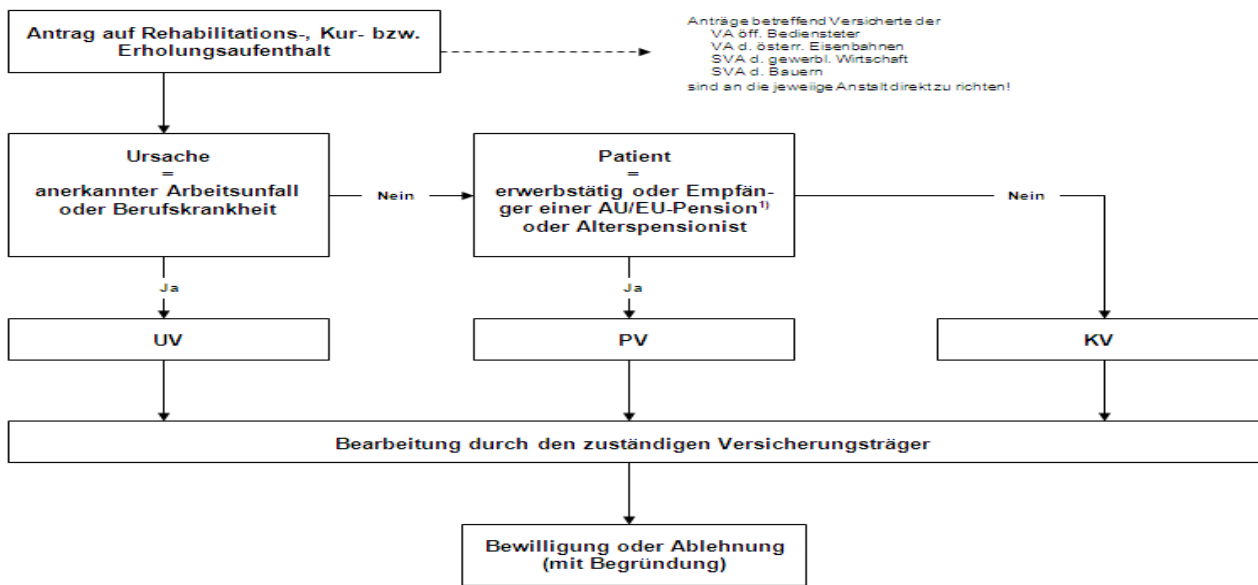
○ *Berufliche und soziale Rehabilitation:*

- ➔ berufliche Rehabilitation: Umfasst die Maßnahmen zur beruflichen Weiterbildung oder Umschulung mit dem Ziel, körperlich, geistig oder psychisch beeinträchtigte Personen bis zu einem solche Grad ihre Leistungsfähigkeit herzustellen oder wiederherstellen, der sie in die Lage versetzt: im beruflichen, wirtschaftlichen Leben und in der Gesellschaft teilzunehmen. Zum Beispiel: Arbeitsplatzausstattung (behinderungsbedingte Arbeitsplatzausrüstung oder behinderungsgerechte Adaptierung des Arbeitsplatzes)
- ➔ soziale Rehabilitation: Umfasst Maßnahmen, deren Ziel ist, die Sicherung des Rehabilitationszieles nachhaltig zu gewährleisten (eine dauerhafte Eingliederung in die Gesellschaft).

Abbildung1:
Rehabilitation¹⁶:

Antragsverfahren

bei



¹⁾ AU/EU = Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit

3.3.2 Medizinische Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation der Pensionsversicherungsträger kann die Zahl der durch Arbeitsunfähigkeit gewährten Pensionen vermindern, wodurch sie einen wichtigen ökonomischen und leistungsorientierten Faktor besitzt (Vgl. HVdSV 2008: 123f).

In einer groß angelegten Studie der Statistik Austria, 2009, wurde der Versuch unternommen, Fakten von ökonomischer Relevanz wie Arbeitsfähigkeit und Krankenstände zu erfassen und durch subjektive Patientenangaben zu ergänzen. Die Ergebnisse der Studie belegen klar den ökonomischen Nutzen der medizinischen Rehabilitation durch Vermeidung von Kosten, welche infolge geminderter Arbeitsfähigkeit oder längerem Krankenstand auftreten würden (Vgl. Statistik Austria 2009:49ff). Das Rehabilitationskonzept der österreichischen Sozialversicherungsträger bietet heute die Möglichkeit einer trägerübergreifenden Zusammenarbeit aller Sozialversicherungsträger und wird unter Einbeziehung des Arbeitskreises „Medizinische Rehabilitation“ regelmäßig adaptiert, womit eine

¹⁶Quelle: <http://rehakompass.oebig.at/Information/Default.aspx>

laufende Anpassung an Neuentwicklungen auf dem Gebiet der medizinischen Rehabilitation gegeben ist (Vgl. HVdSV 2008: 121).

In der Praxis versteht man medizinische Rehabilitation als, „[...] die im Anschluss an die Krankenbehandlung stattfindenden medizinische Maßnahmen, deren Ziel es ist, den Gesundheitszustand soweit wieder herzustellen, dass die Versicherten in der Lage sind, in der Gesellschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen“ (ebd.: 123). Rehabilitation ist somit ein Teil der integrationsorientierten Gesundheitspolitik, in einem Netzwerk mit Prävention, Akutmedizin, Nachsorge und Pflege. Rehabilitation ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Wiedereingliederung Behinderter oder der Erkrankten in seine Umwelt und in den Arbeitsprozess. Funktionelle Einschränkungen, Aktivitätsminderungen des täglichen Lebens und Beeinträchtigungen des Berufslebens können direkte Folge einer Erkrankung oder Behinderung. Häufig können diese Auswirkungen nicht mit den Folgen der Erkrankung im Zusammenhang gebracht werden, da die Krankheit oft schon länger zurückliegt.

Zur Veranschaulichung wird der Rehabilitationsprozess in drei Phasen zusammengefasst, um somit einen Überblick über die beteiligten Akteure und Organisationen zu geben. Die erste Phase der Rehabilitation beginnt bereits im Akutkrankenhaus. Schon bei der Planung der Primärtherapie sollten Fragen nach der weiteren ambulanten Versorgung, der möglichen Folgestörungen, der möglichen Unterstützung bei körperlichen, sozialen und beruflichen Schwierigkeiten bedacht werden. Längere stationäre Aufenthalte erschweren die Integration in Familie und Gesellschaft. Nach der Krankenhausbehandlung erfolgt eine stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) als zweite Phase, bei der alle Rehabilitationsmaßnahmen gebündelt werden, um die Versorgungslücke zwischen Akutbehandlung und Nachbehandlung beim niedergelassenen Hausarzt zu schließen. In gleichberechtigter Kooperation arbeiten Patienten, Ärzte, Pflegepersonal, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, klinische Psychologen Sozialarbeiter und Sprachtherapeuten miteinander. Nach gekläarter Diagnose müssen die Rehabilitationsbedürftigkeit und die Rehabilitationsfähigkeit festgestellt werden, ebenso die ausreichende Belastbarkeit des Patienten für die Durchführung einer stationären Behandlung. Der Antrag läuft erst über die Verwaltung, nach Prüfung und

Bewilligung wird dem Krankenhaus eine geeignete Einrichtung mitgeteilt. Die Einweisung erfolgt in der Mehrzahl der Fälle durch den direkten Kontakt zwischen dem Krankenhaus und der Rehabilitationsklinik. Die lebenslange Nachbetreuung, die Phase dritte der Rehabilitation, ist Aufgabe des niedergelassenen Hausarztes. Unter Berücksichtigung der Entlassungsberichte, der Untersuchungen im Zusammenhang mit der beruflichen Rehabilitation und der individuellen Situation des Patienten umfasst die Nachsorge unter anderem die Fortführung der Aktivitäten der Rehabilitationskliniken, die Kooperation mit Arbeitskreisen und Reha-Zentren, Überwachung von Risikofaktoren, Weiterversorgung mit Medikamenten und Hinweise auf Selbsthilfegruppen.

Weiters unterscheidet man die unterschiedlichen Formen bei der medizinischen Rehabilitation¹⁷: Erstens die stationäre Form der Rehabilitation sieht ihre Vorteile in der Konzentration der Maßnahmen, der örtlich und zeitlich engen Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen und verspricht sich dadurch eine schnelle Adaptation an eventuell abweichende Zwischenergebnisse. Die Zweite basiert auf ein jüngeres Konzept und ist die ambulante Form, welche sich keinesfalls als Konkurrenz zur hausärztlichen Krankenbehandlung sieht, sondern diese sinnvoll ergänzt. Die ambulante Form kann anstelle, als Verkürzung einer oder im Anschluss an eine stationäre Rehabilitation in Betracht kommen. Ausschlusskriterien wären eine ausreichende kurative Behandlung einschließlich Heil- und Hilfsmittelversorgung, eine notwendige stationäre Behandlung bei Schädigungen oder Beeinträchtigungen, deren Ausmaß nicht ausreichend ambulant versorgt werden können, mangelnde psychische Belastbarkeit, notwendige pflegerische Betreuung und ständige ärztliche Überwachung sowie die Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld. Die Entscheidung über die Form der zu erbringenden Leistung (stationär, teilstationär, ambulant) ist abhängig von den zu erwartenden Komplikationen, der Mobilität, der psychophysischen Belastbarkeit, der Motivation, der Kooperation, dem soziale Umfeld und den beruflichen Perspektiven (Vgl. Domholdt 2005: 135ff).

Um die Qualität und den Erfolg der Behandlung oder der Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zu gewährleisten, werden so genannte strukturelle

¹⁷ Domholdt 2005: 128

Konzepte oder Reha-Pläne der Rehabilitationsmaßnahme entwickelt, welche die erforderliche rehabilitative Diagnostik und Behandlung sowie die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der Einrichtung, die Zusammenarbeit mit kurativen Institutionen und Disziplinen sowie Angaben über die voraussichtliche Behandlungsdauer und die Nachbetreuung enthält. Sollte das ursprüngliche Behandlungsziel nur langsam erreicht werden, besteht die Möglichkeit, die Rehabilitationsmaßnahmen, auch bei einer Unterbrechung wegen interkurrenter Erkrankungen, zu verlängern. Als Gründe für eine Beendigung gelten das Eintreten eines Ausschlussgrundes (mangelnde Kooperation/Mithilfe, Anm.), die Erreichung des Rehabilitationszieles und mangelnde medizinische Voraussetzungen. In Deutschland besteht, im Gegensatz zu Österreich, für Rehabilitationseinrichtungen die Verpflichtung, an Qualitätssicherungsprogrammen teilzunehmen, um gestellte Forderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu erfüllen und Verbesserungen einzuführen. Erschwert wird dies durch die Tatsache, dass in Österreich eine Kontrollinstanz fehlt, welche als externe Person beziehungsweise Institution die Behandlung überprüft. Gerade bei Krankheiten, wie psychische, ist es oft schwer solche Reha-Pläne zu erstellen beziehungsweise anwendbar, da zum Beispiel bei psychischen Krankheiten die Behandlung in Zeitfristen einzuteilen und vor allem zu befolgen ist (ÖKZ 2010: 34f).

4. Krankheit als ein Konstrukt

Ausgehend von der These dass Krankheit ein Konstrukt ist und durch die Definierung was Krankheit ist, werden Normen geschaffen, welche die Gesellschaft und deren Umgang mit Krankheit sowie ihr Verständnis regeln. Heinrich Keupp hinterfragt, ob bestimmte Vorstellungen oder Verständnisse von Krankheit für die Diskriminierung von zum Beispiel psychiatrischen Patienten und in weiterer Folge zur Stigmatisierung dieser Abnormalität verantwortlich sind (Vgl. Keupp 1979: 3f). Weiteres kommt der Autor zur der Auffassung, dass die Diskussion um den Krankheitsbegriff zwar öffentlich ist, aber aufgrund seiner Tendenz zur Komplexität kaum mehr eine wissenschaftliche Debatte geführt werden kann (Vgl. ebd.: 2). Das was wir unter Krankheit verstehen wird auf verschiedene Weise von der Gesellschaft beeinflusst: einerseits durch den wissenschaftlichen Diskurs, da dieser unsere Bilder und Vorstellungen von Krankheit prägt und auf der anderen Seite durch die soziale Wirkkräfte, welche von den jeweiligen Sozialsystem sowie der Gesellschaftswerten abhängig sind (Vgl. Bauch 2003: 4f).

Das Konzept von Krankheit ist überdeterminiert und wird im Diskurs zu einem Sammelbecken der unterschiedlichsten und mit einander konkurrierenden Wissenschaften. Zum Beispiel: die Medizin, welche mit ihrem Definitionsmonopol über Krankheit sich oder ihre Profession gleichzeitig legitimieren. Niklas Luhmann griff auf die Bezeichnung Code zurück um dies zu veranschaulichen. Mit seiner zentralen These, dass jedes Subsystem sein eigenes Realitätsbild entwickelt und auf dieser Basis sein Handel legitimiert (Vgl. Bauch 2003: 86). Deswegen bezeichne ich dies in meiner Arbeit als Spannungsverhältnis, da zwischen den Akteuren, welche bei der medizinischen Rehabilitation involviert sind, die Definierung des Krankheitsbegriffs ein wichtiges Element des Spannungsverhältnisses darstellt (Vgl. Strachota 2009: 26f). Die Definition um den Krankheitsbegriff ist auch ein Teil der sozialpolitischen Debatte, da es um die Organisation von gesellschaftlichem Gut und Bewältigung und Versorgung von Krankheit geht. Das bedeutet: Krankheiten, die nicht in das Bild oder Verständnis von Krankheit im Sinne der medizinischen Rehabilitation passen, wird somit keine Rehabilitationsmaßnahmen gewährt. Ein weiterer radikal politischer Kern stellt die Frage nach der Finanzierung des Gesundheitswesens beziehungsweise in dieser Arbeit relevanter die Finanzierbarkeit

von Krankheit die eng gekoppelt ist an die Wiederherstellung der Berufsfähigkeit (Vgl. Keupp 1979: 3).

Ein wichtiger Umbruch in der Diskussion des Krankheitsbegriffs ist die Übertragung des Definitionsmonopols von dem medizinischen Verständnis auf den Sozialversicherungsrechtlichen. Bei der medizinischen Rehabilitation in Österreich definiert zwar der Staat per Gesetz, was man unter Krankheit versteht, jedoch bestimmen in Österreich die Sozialversicherungsträger über den Leistungsausgleich und sowie der ICD-10-GM, welche im ASVG eingebettet sind (Vgl. Domholdt 2005:72) Aus diesem Paradigmenwechsel des Definitionsmonopols lässt sich die Kritik an der sozialversicherungsrechtlichen Sichtweise ableiten, welche mit dem medizinischen nicht mehr vereinbar ist, da die Medizin keinen eingeschränkten Krankheitsbegriff kennt, jedoch die Sozialversicherungsträger einen verwenden. Da zahlreiche disjunktive Auffassungen beziehungsweise Auslegungen des Krankheitsbegriffes existieren, kommt es im Bezug der medizinischen Rehabilitation als Handlungsspielraum zur Austragung von Machtkämpfen (Vgl. Kalkbrenner 1997: 67f). Daraus resultiert ein Spannungsverhältnisses zwischen den konkurrierenden Akteuren bei Krankheit, beziehungsweise es kommt zu marginalen Machtkämpfen. Das heißt, es finden Kämpfe um das Definitionsmonopol statt, „[...] dass sich die Handlungsbedingungen in dem System der Krankheitsversorgung verändern.“(Keupp 1979: 6).

Das Grundprinzip der klassischen Naturwissenschaften – und damit auch der naturwissenschaftlichen Medizin¹⁸ beruht auf klaren Befunden, wie sie durch objektive und damit auch jederzeit wiederholbare Untersuchungen gewonnen werden. Normwerte und in weiterer Folge auch Diagnosen sind den untersuchten „Objekten“ gleichsam innewohnend, wobei die naturwissenschaftliche Medizin so tut, als erkenne sie die Wirklichkeit, so wie sie eben ist. Und wenn schon nicht als Ganzes, so doch in ihren wichtigsten Aspekten. Krankheiten sind in diesem Sinne

¹⁸ Die Frage, ob Medizin eine Naturwissenschaft ist, ist umstritten. Zum einen forscht und behandelt man nach einem naturwissenschaftlichen Modell und versteht Heilung als kausales Ursachen-Wirkungsverhältnis („um diese Krankheit zu behandeln, nimmt man dieses Medikament...“), andererseits aber weiß man um die Bedeutung der „Mithilfe des Patienten“, um die Bedeutung des Überlebenswillens und des Todeswunsches, um den Einfluss von Umgebung, Art der Pflege, Ortsveränderung etc. (Vgl. Keupp 1979: 7f).

objektiv erkennbare „Zustände“ von Organen und Körperteilen. Eine Krankheit ist ein objektives Faktum, etwas das eigentlich nichts mit uns als gesunder Person zu tun hat, sondern ein „Feind“, der von außen kommt, uns bekämpft und – wenn wir uns nicht zu wehren wissen – überwältigt. Ein solcher Feind wird von der Medizin „benannt“, und die Diagnostik steckt das Handlungsfeld ab, damit man gegen den Feind die geeigneten Waffen und Strategien entwickeln und einsetzen kann¹⁹. Die Tatsache, dass es so viele und immer mehr Krankheiten gibt, ist vor allem das Resultat wissenschaftlichen Erfolgs und Fortschritts. In früheren Zeiten gab es weniger Krankheiten – nicht weil sie nicht schon da waren, sondern weil sie noch nicht entdeckt waren. Die „weißen Flecken“ auf der Landkarte werden weniger und diese Leistung „beschert“ uns mehr Krankheiten. Weiteres kommt hinzu, dass auch die Vorstellung, dass die Komplexität der naturwissenschaftlichen Medizin und ihre zunehmende Spezialisierung ihre Ursache in der Vielschichtigkeit der Wirklichkeit haben, beruht auf einem falschen Schluss. Diese zunehmende Komplexität und Spezialisierung resultiert daraus, dass die Wissenschaft in ihrem reduktiven Zugang die Wirklichkeit nicht erfassen kann.

Und je kleiner die „Realitätsausschnitte“ werden, desto mehr müssen die Reduktionen und Ausschließungen durchgeführt werden. Die Spezialisierung „explodiert“ und sorgt zunehmend für Unübersichtlichkeiten, hinter denen der eigentliche „Gegenstand“, beziehungsweise der kranke Mensch, mehr und mehr verloren geht. In der Literatur bezeichnet man dies auch als Entfremdung der Wissenschaft oder auch einen reduktionistischen Zugang. Sozusagen wird Krankheit, *„Das Wort mit all seiner Bedeutungsvielfalt wird als wissenschaftlicher Terminus, zentraler Begriff oder gar Grundbegriff einer wissenschaftlichen Disziplin auf einen bestimmten Bedeutungsbereich hin festgelegt, stabilisiert [...]“* (Strachota

¹⁹ Das hinter diesem Ansatz, der Medizinsoziologie, steckende Wissenschaftsverständnis geht von der Annahme aus, dass Subjekt und Objekt klar getrennt sind und getrennt werden können. Dieser Ansatz ist in den Naturwissenschaften jedoch seit Einstein und Heisenberg widerlegt und relativiert. Kritisch betrachtet sind Krankheiten, wie sie in der naturwissenschaftlichen Medizin verstanden werden, niemals Befunde über „wirkliche“ Zustände, sondern Relationsbegriffe zwischen diesen und der Wissenschaft Medizin mit all ihren Methoden, Begriffen und Denkformen. Letztlich ist schon jede Diagnose ein höchst komplexer, systemvermittelnder Eingriff, der Wirkungen nach sich zieht und den ursprünglichen Zustand verändert. Die diagnostizierten Krankheiten sind daher, insofern sie den ursprünglichen Wirklichkeitszustand verändern, allesamt von der Medizin (mit)erschaffen („iatrogen“).

2009: 27) determiniert. Für diese Arbeit bedeutet dies, dass innerhalb eines Sozialsystems der Begriff Krankheit nicht irgendwas darstellt, sondern es kommt durch ihn zu Legitimitätsansprüchen beziehungsweise zu Machtansprüchen. Wie zum Beispiel im Falle der Medizin, wo Krankheit die Basis der medizinischen Logik darstellt beziehungsweise über ihn legitimiert sich die Medizin ihr Handeln (Vgl. ebd.: 31).

Weiteres wirkt sich, was man unter Krankheit versteht fundamental auf die Diagnose und die daraus resultierende Behandlung aus. Die Festlegung von Normal- und Normwerten, wie sie für den naturwissenschaftlichen Zugang unabdingbar ist, um Abweichungen festzustellen, bildet den ersten Schritt zur Trennung von Gesundheit und Krankheit. Die daraus abgeleitete „Normgesundheit“ ist ein abstrakter wissenschaftlicher Begriff. Manche fühlen sich in ihr tatsächlich gesund, manche nicht. Ebenso fühlen sich manche „Kranke“ gesünder als manche für gesund Erklärte. Und im Verlauf von Heilungsabläufen werden Normwerte und deren Veränderungen mehr dazu verwendet, den Patienten zu motivieren und zu ermuntern oder auch um eben, wie im Falle dieser Arbeit, Fortschritte und Effizienz einer Behandlung zu messen. In der Praxis bezeichnet man diesen Katalog von Krankheiten, ICD – Codes²⁰, wo alle Abweichungen der Normalwerte²¹ erfasst und katalogisiert werden. Das bedeutet, dass durch diesen Katalog als Basis für die Medizin aber auch die öffentliche Hand dient und ihre Handlungs- oder auch Verantwortungsbereich bestimmt (Vgl. Strachota 2009: 30f). Dabei stößt aber auch die Orientierung beziehungsweise die Berufung an den ICD-Codes und die Klassifizierung der zugrundeliegenden Krankheit auf Kritik, da dieses von einem Krankheitsbild ausgehen, wo Krankheit als abweichendes Verhalten oder als

²⁰ Diese ICD-Codes, International Classification of Diseases, werden von der WHO (Weltgesundheitsbehörde) formuliert und von den einzelnen Ländern übernommen. Auf dieser Basis operiert dann das Sozialsystem seine Zuständigkeit beziehungsweise beruft sich darauf, ob nun eine Krankheit anerkannt ist oder nicht. Österreich ratifiziert diesen Katalog in seinen Gesetzen beziehungsweise auf den ICD-Codes basiert der Leistungstatbestand. Da was als Krankheit gilt, wird von dem Staat formuliert und hat für die öffentliche Krankheitsbehandlung, der Rechtsprechung und die Sozialleistungsträgern erheblichen Konsequenzen. *„Die Auslegung dieser Kriterien entscheiden darüber, welcher Grad [...] und gibt den Rahmen vor innerhalb dessen sich das Leistungsgeschehen abzuspielen hat.“* (Bauch 2003: 64).

²¹ Daraus lässt sich ableiten, dass Krankheit prinzipiell als Makel betrachtet wird, der die Person seiner normalen Identität beraubt (Vgl. Schnabel 1988: 29).

Normverstoß wahrgenommen wird und Gesundheit, nicht als psychisches oder physisches Befinden verstanden wird sondern sie wird an den Aspekt ihrer Funktionalität beziehungsweise an die optimale Leistungsfähigkeit gekoppelt (Vgl. Parson in Schnabel 1988: 30f). Ärzte und Wissenschaftler fordern daher, dass gerade im Bereich der Rehabilitation auf der Basis der ICF (international Classification of Functionality, Disability and Health) der WHO operiert wird, wo auf der Behinderungsebene, somit unabhängig der zugrunde liegende Krankheit, gehandelt wird. Das würde für die Praxis bedeuten, dass auch Personen mit Krankheiten, welche nicht in den ICD-Klassifikation erfasst beziehungsweise als Krankheit anerkannt werden, wie im Falle dieser Arbeit das Burnout-Syndrom, einen Antrag auf Rehabilitation stellen könnten und somit viele Personen, welche mit ihrer Behinderung leben müssen, die sie nicht haben müssten, eine neue Perspektive geben könnte und ihnen die Chance ermöglichen aktiv am Leben und in der Berufswelt teilzunehmen. Weiters könnte ungenutzte rehabilitatives Potenzial genutzt werden und der Vorwurf, das Rehabilitationsmaßnahmen nur dann gewährt werden, wenn sie Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben und somit nur Krankheiten rehabilitativ behandelt werden, wenn sich die Personen in einem noch erwerbsfähigen Alter befinden (Vgl. Blanke 1994: 45). Das bedeutet, dass es zu einer Wertigkeit von Krankheiten kommt, da es gerade bei jenen zu signifikante Unterschiede kommen kann, wie zum Beispiel bestimmte Krankheiten Frauen mehr betreffen als Männer, etwa Herz- und Kreislauferkrankungen, aber auch Krankheiten, welche bestimmte Altersgruppen betreffen, wie etwa Demenz (Vgl. Statistik Austria 2009: 34f). So steigt das Risiko das gewisse Krankheiten beziehungsweise bestimmten Personen exkludiert werden, dass heißt in Frührente geschickt werden und mit ihrer Krankheit beziehungsweise Behinderung leben müssen und keinen Anspruch auf Rehabilitationsmaßnahmen haben.

Eine weitere negative Auswirkung ist, dass nur im Idealfall, bei der Diagnostik einer Krankheit, die naturwissenschaftliche Medizin gut Prognosen und Diagnosen abgeben kann. Mit Ausnahmen ist das bei vielen Krankheiten möglich und Prognosen sind wohl auch das sicherheitsspendende Element. Problematisch wird es aber bei Krankheiten, welche die Grenzfälle darstellen, gerade im Bereich von psychologischen Krankheiten, zum Beispiel im Falle des Burnout-Syndroms, wo es überhaupt Streitigkeiten gibt, ob dies überhaupt eine Krankheit sei. Denn

Krankheitsvorstellungen²² ist, „[...] das Element der allgemeinen Krankheitslehre, allerdings das entscheidende, da dieses allgemeine Krankheitskonzept auf der Grundlage der Krankheitsvorstellung entwickelt wird. Die auf der Grundlage der Krankheitsvorstellung entwickelte Theorie gibt für das Erkennen der Krankheit (Diagnostik) sowie für die Wahl der einzelnen Maßnahmen (Therapie) die „Regeln“ an.“ (Strachota 2009: 38). Das bedeutet, dass für die Diagnose beziehungsweise für die Behandlung von Krankheiten abhängig von der zugrunde liegenden Krankheitsvorstellung ist, darin besteht die prägende Kraft des Krankheitsbegriffes. Die Diagnose beziehungsweise die Typisierung der Krankheit wird von verschiedenen Werten beziehungsweise den unterschiedlichen Interessen beeinflusst, welche durch die vorherrschende Gesellschaftsstruktur repräsentiert wird (Vgl. Parson, In: Schönäck 1980: 8f). Dies führt uns wiederum zur Frage, was lässt eine Krankheit zu einer Krankheit werden, denn wie schon vorhin erwähnt ist Krankheit zwar ein wissenschaftlicher Begriff, doch wirken auf die Auffassung von Krankheit nicht nur wissenschaftliche Kriterien ein. Krankheit beziehungsweise das Verständnis davon ist eingebettet in gesellschaftlichen Handlungsprozessen, wie zum Beispiel Einstellungen und Wertvorstellungen. Daraus lässt sich ableiten, dass Krankheiten nicht bloß körperliche Befindlichkeiten sind, sie sind auch Konstrukte (Vgl. Bauch 2003: 24f).

Berücksichtigt man in diesem Zusammenhang, die zentrale These von Niklas Luhmann, welche besagt, dass jedes Subsystem durch seine eigene Codierung seinen systemspezifischen Realitätskonstruktion folgt (Vgl. Luhmann in dieser Arbeit 2.4: 24), lässt sich daraus für diese Arbeit ableiten, dass die Bewertung eines Zustandes oder die Codierung krank/gesund von einem komplexen *gesellschaftlichen Interpretationsprozess abhängt*, welches die unterschiedlichen Grundrichtlinien was Normalität ist festlegt. Dieser wiederum wird aber von den Subsystemen, welche die Krankheitsvorstellungen definieren und prägen, mit beeinflusst. Denn was als krank gilt. Hängt von dem jeweiligen Stand des Wissens ab und der Begriff beziehungsweise die Vorstellung darüber wird stets transformiert,

²² Als Krankheitsvorstellungen versteht die Medizinsoziologie zweierlei: auf der einen Seite die Anschauung über die Anlässe (Gründe und Ursachen) und auf der anderen die Meinung über die Orte (wie zum Beispiel: Skelett, innere Organe, Psyche) von Krankheiten. Das bedeutet, dass man darunter die zwei fundamentalsten Fragen der Diagnostik versteht: Erstens welche Ursache oder Gründe hat die Krankheit und zweitens welcher Bereich des Körpers ist krank (Vgl. Borgetto: 45f).

da ja das Wissen durch zum Beispiel neue medizinische Fortschritte und Kenntnisse sich ständig weiterentwickelt und diese wiederum das Verständnis von Krankheit mitprägen (Vgl. Foucault (Macht- & Wissenskomplex in dieser Arbeit: 22). Um ein Beispiel zu nennen: psychologische Krankheiten.

2002 bis 2005 startete ein befristetes Projekt, welches erstmals in dieser Form in Österreich psychisch erkrankten Personen die Möglichkeit an einer krankheitsspezifischen medizinischen Rehabilitation teilzunehmen, wie sie für andere Krankheiten (wie zum Beispiel: Herz-Kreislauf-System oder Stütz- und Bewegungsapparat) seit langem selbstverständlich sind. Laut WHO wächst die Zahl der psychisch Erkrankten stetig und somit haben sie eine hohe gesundheitspolitische und ökonomische Relevanz. Daher sind fachgerechte Behandlungen speziell im Sektor der medizinischen Rehabilitation von hoher Bedeutung sowie der Abbau von Diskriminierung von psychisch Erkrankten. Gerade bei der medizinischen Rehabilitation von psychischen Störungen wurde lange über den nachhaltigen Sinn einer solchen Leistung diskutiert. Heute teilt man die Ansicht, dass medizinische psychiatrische Rehabilitation kann als ergänzender Teil eines langfristigen Behandlungskonzeptes dann sinnvoll sein, wenn es sich um eine frühe Krankheitsphase handelt und der Krankheitsprozess noch nicht zu weit fortgeschritten ist. Weiteres sollen die medizinische Rehabilitationsmaßnahme für eine ausreichende Stabilisierung auf die darauf folgende berufliche Rehabilitationsmaßnahme oder die unmittelbare Eingliederung in das Berufsleben sorgen. Die dringende Notwendigkeit für ein derartiges Projekt in Österreich ergab sich insbesondere auf Grund der anhaltend steigenden Tendenz der Neuzugänge an Berufsunfähigkeits- und Invaliditätspensionen infolge von psychischen Erkrankungen (Vgl. ÖBIG-Rehabilitationsplan 2004: 34)

Das erfolgreiche Projekt wurde anschließend bis 2006 verlängert und heute gibt es zwei Kliniken in Österreich, welche sich auf die medizinische Rehabilitation von psychologischen Krankheiten spezialisiert haben.

4.1 Psychische Erkrankungen und ihre Kopplung an das Konzept der medizinischen Rehabilitation beziehungsweise deren Auslegung von Krankheit am Beispiel Burnout-Syndrom

Ausgehend von der These (Bauch 2003: 15f), dass Krankheiten ein Konstrukt sind bedeutet dies für diese Arbeit, dass jede Gesellschaftsformation eine eigene Vorstellung beziehungsweise ein eigenes Verständnis von Krankheit konstruiert und das in die Behandlungsweise und Wahrnehmung von Krankheit ökonomische und politische Interessen sowie Werte einfließen, welche in jener Gesellschaft vorherrschen (Parson In Keupp 1979: 312). Im Falle von psychischen Krankheiten ist diese Sichtweise besonders interessant, da gerade hier schon seit je her, verschiedene Sektoren sich mit der Frage nach dem Wesen oder den Vorstellungen von psychischen Krankheiten beschäftigen. Dieser Art von Krankheiten, welche mit Symptomen verbunden werden, die wiederum als Abweichung des Verhaltens beziehungsweise als Abnormalität bezeichnet werden stehen im Mittelpunkt von zahlreichen Diskurse, welche darüber debattieren, was als „normal“ oder „abnormal“ bezeichnet werden kann (Vgl. ebd.: 3f).

Wie schon im vorigen Kapitel ist die konkrete Frage, ab wann wird eine Krankheit zu einer Krankheit oder als solche wahrgenommen. Dies trifft gerade im Falle von psychischen Krankheiten, wo die Grenzziehung nicht immer so einfach ist, da das naturwissenschaftliche Verständnis Krankheit als „[...] *Abweichung vom geordneten Zusammenspiel organismusinterner Funktionsabläufe*“ (Siegrist In Keupp: 84) wahrnimmt. Dieser Richtwert, Krankheit als abweichendes Verhalten, hat unmittelbaren Einfluss auf die Vorstellung was als Krankheit wahrgenommen wird. Gerade bei der medizinischen Rehabilitation, das ein naturwissenschaftlichen, auf rasche Heilung und Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit orientiertes, Krankenverständnis unterstützt hinterfragt die Literatur bei psychischen Erkrankungen, wie zum Beispiel die marxistische Krankheitsforschung, die Sinnhaftigkeit eines solches Zieles. Ausgehend von der zentralen Kritik, dass Krankheit als Determinante von Arbeit und aktivem Leben verstanden wird und es somit zu einer *Verabsolutierung der Gesundheit* kommt (ebd.: 321f), wo Gesundheit als absoluter Wert innerhalb einer Gesellschaft gilt, bedeutet das, dass diese Orientierung auf den Leistungsaspekt beziehungsweise die Ausrichtung auf ein Höchstmaß an körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit sich mit dem Paradigma

von psychischen Krankheiten nicht vereinbaren lässt (Vgl. Strachota 2009: 9f). Die Problematik bei dieser Art von Krankheiten ist die große Abhängigkeit vom Definitionsmonopol der Medizin beziehungsweise der Ärzte, welche durch die Diagnose eine Krankheit definiert und spezifiziert. Von der Diagnose wiederum hängt die Behandlungsweise ab, da nur mit einer eindeutigen Diagnose behandelt werden kann und Symptome einer Krankheit zur Spezifikation nur wenig dazu beitragen (Vgl.: Scheff 1999: 34). Dies wird deutlich, zum Beispiel beim Burnout-Syndrom, wo bis heute nur Werte für Symptome aber keine Krankheitswerte klassifiziert wurden, das heißt, es herrscht noch immer Unklarheit, ob es sich bei Burnout um eine Krankheit handelt oder um „*Faktoren die den Gesundheitszustand beeinflussen*“ (ICD-Z73 von: <http://www.gloggnitzer.com/icd-10/Z70-Z76.html>).

Beim Burnout-Syndrom handelt es sich um ein Bündel von zahlreichen und unterschiedlichen Krankheitsbeschwerden, welche sich laut medizinischer Literatur drei Kategorien zuordnen lassen: erstens emotionaler Niedergeschlagenheit und Erschöpfung, zweitens körperliche Beschwerden und drittens der Abbau der geistigen Leistungsfähigkeit. Die emotionale Erschöpfung äußert sich bei dem Symptom durch zunehmende Antriebslosigkeit, welche verstärkt wird durch Lustlosigkeit und Frust. Der Erkrankte stumpft gegenüber äußeren sowie inneren Reizen ab, was im schlimmsten Fall zu Suizidgedanken führen kann. Diese gehen oft Hand in Hand mit der letzten Phase der Krankheit. Ein Zeichen von körperlicher Erschöpfung ist die chronische Müdigkeit und in weiterer Folge kommt es zur Schwächung des Immunabwehrsystems. Weitere Begleiterscheinungen sind Herz-Kreislaufkrankheiten sowie erhöhte Schmerzempfindlichkeit. Mit dem Abbau der geistigen Leistungsfähigkeit verbindet man im Zuge dieser Krankheit ein drastisches Absinken des Konzentrationsvermögens und der kognitiven Leistungsfähigkeit (Fach- und Allgemeinwissen). Eine Konsequenz dieser Symptome ist der soziale Rückzug, da mit Fortschreiten der Krankheit, insbesondere der Abbau der Konzentrationsfähigkeit, der Betroffene gezwungen wird, sich zu isolieren. Stress wird als allgemeine Krankheitsursache angenommen, hier besonders der Dauerstress (Benkert 2005: 72). Wobei in der einschlägigen Literatur zwei Arten von Stress differenziert werden: der psychische Stress, welcher vor allem das zentrale Nervensystem betrifft und physische Stress, der sich in der zellulären Ebene niederschlägt. Beide Stressoren verlangen eine gesteigerte Leistungsfähigkeit des

menschlichen Körpers, dabei spielt das zentrale Nervensystem eine große Rolle, da dieses dem Körper in Form von Hormonen Signale sendet, damit der Mensch seinen Wohlfühlzustand halten kann. Die Grundlage für Burnout ist Dauerstress dessen Konsequenz ist, dass das zentrale Nervensystem stressregulierende Hormone bildet, welche jedoch im Rahmen ihrer Funktion Folgeerkrankungen nach sich ziehen. Zu diesen Folgeerkrankungen zählen unter anderem Depressionen, Angst- und Panikzustände und Herz- und Kreislauferkrankungen (<http://www.lehrergesundheit-bayern.de/doc/burnout.htm>). Weiteres kommt hinzu, dass vor allem durch die Arbeitsbelastung sowie der innere Rollenkonflikt (Benkert 2005: 14), der Stress zur Befriedigung der Ansprüche als Folge hat beziehungsweise aus emotionaler Enttäuschung die belastende Situation nicht bewältigen zu können, als zusätzliche stress auslösende Faktoren wahrgenommen werden. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es drei wesentliche Auslöser fürs Burnout gibt: erstens emotionaler und psychischer Stress als Folge von Diskrepanz zwischen Erwartung und Realzustand, zweitens ein hohes Arbeitspensum bei zu wenig Erholung (zellulärer Stress) und drittens Belastung der Zellen beziehungsweise des Organismus, wie zum Beispiel durch ungesunde Ernährung, wenig körperliche Bewegung (Vgl. ebd.: 40). Es gibt verschiedene Behandlungsmethoden, wobei eine ambulante oder stationäre Psychotherapie ein fester Bestandteil sein sollten, hinzu kommen Abbau von emotionalem Ballast und Ablegung zwanghafter Verhaltensmuster (wie zum Bsp.: Perfektionismus), Änderung der Arbeits- und Erholungsgewohnheiten und weniger Arbeit. Das Problem dabei ist, dass es in Österreich kaum seriöse Zahlen über das Symptom und die damit verbundenen Arbeitsausfälle gibt, denn *„Wie bei vielen psychischen Krankheiten sind offizielle Zahlen auch für Burnout kaum verfügbar. Beschwerdebilder, die durch aktuelle Zeitströmungen und gesellschaftliche Veränderungen zugenommen oder sich neu definiert haben, sind bisher wenig erfasst.“* (<http://www.xing.com/net/education/hr-recruiting-sowie-personalentwicklung-12040/burnout-mude-matt-minderwertig-28250984/28576725/>).

Dies lässt sich wider zurückführen auf eine der zentralen Kernaussagen, dass Krankheit erst als gesellschaftliches Problem wahrgenommen wird, wenn es zu einem sozialen Problem wird, das bedeutet, erst von durch den Wegfall beziehungsweise den Ausfall der Arbeitsleistung und somit die Notwendigkeit

entsteht diese wieder herzustellen. Jost Bauch geht davon aus, dass der Leistungsaspekt als Spiegel unseres Krankheitsverständnisses fungiert (Bauch 2003:15f). Zum Beispiel wird im Bereich der medizinischen Rehabilitation ein naturwissenschaftlich beziehungsweise technomorph (Strachota 2009: 35) orientiertes Krankheitsverständnis unterstützt, welches Krankheit als defekte Maschine sieht, welche repariert, oder sonst ausgegliedert, wird. Im weiteren Sinn wird Krankheit zu einer Ware degradiert und als Makel betrachtet und somit mit Funktionalität verbunden. *„Krankheit als Normenverstoß und Verhalten [...] und aufgrund davon Krankheit als abweichendes Verhalten definiert werden kann.“* (Parson In: Schnabel 1988: 30). Jedoch wer bestimmt darüber was normal ist und was abnormal? Gerade hier herrschen extreme Legitimationsinteressen beziehungsweise ein Wettbewerb, wo die unterschiedlichen Subsystem (Luhmann Vgl. in dieser Arbeit 2.4: 21) aufgrund ihrer eigenen Codierung operieren. Bei Krankheit kommt es zu einem Aufeinanderprallen der unterschiedlichen Zugängen der verschiedenen Sektoren, allgemein gilt, dass die Medizin das Definitionsmonopol innehält jedoch der Staat beziehungsweise die öffentliche Hand das materielle Monopol. Bei der medizinischen Rehabilitation kommt hinzu, dass es eine feste Struktur der Leistungsvergütung gibt, was bedeutet, dass die öffentliche Hand über dem Umfang der Interventionen und die finanziellen und personellen Ressourcen entscheidet und durch das Prinzip der Selbstverwaltung können die Verwaltung, welche für die medizinische Rehabilitation zuständig sind, relativ frei und souverän Inhalte und Formen der spezifischen Mitteln bestimmen (Gramsci In: Keupp 1979: 35f). Weiters kommt erschwerend hinzu, dass durch die Enthaltbarkeit des Gesetzgebers, gerade bei Rehabilitation, wie zum Beispiel bei der genauen Definierung, was man unter Krankheit versteht und wann man einen Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen stellen kann, bedeutet, dass kaum Klarheit herrscht, wann man Antragsrecht hat oder nicht. Das bedeutet, dass zwar *„[...] Rehabilitationsmaßnahmen gewährt werden, wenn diese aus medizinischen Gründen notwendig sind und somit die Notwendigkeit einer Heilbehandlung besteht und Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“* (Blanke 1994: 64).

Die entscheidende Frage ist dabei, dass wenn der Staat eine eher unpräzise Auslegung des Ausgleichs- und Leistungstatbestand beziehungsweise der Bürger im Falle von Rehabilitation nur das Recht hat einen Antrag zu stellen, plus die fehlenden

Kontrollinstanzen, welche den Rehabilitationsantragsverfahren als autonome Instanz kontrollieren und evaluieren, ob beim Konzept der Rehabilitation das Potenzial überhaupt voll ausgeschöpft wird? Hinzu kommt, dass es in Österreich nicht einmal eine gemeinsame und einheitliche Formulierung gibt, was der Begriff der Rehabilitation beinhaltet. Zum Beispiel definiert die WHO Rehabilitation, als *„[...] koordinierte Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, technischer und pädagogischer Maßnahmen zur Funktionsverbesserung, zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität, zur weitestgehend unabhängigen Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so selbstständig wie möglich wird.“* (ÖKZ 2010: 35) im Vergleich zu der Definition von der PV, welche Rehabilitation so definiert: *„Rehabilitation hat in der Pensionsversicherung einen sehr hohen Stellenwert, geht es doch darum ein krankheitsbedingtes Ausscheiden aus dem aktiven Erwerbsleben zu vermeiden oder die Gesundheit und Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen.“* (http://www.pensionsversicherung.at/portal27/portal/pvaportal/channel_content/cmsWindow?p_tabid=3&p_menuid=5241&action=2). Das bedeutet, dass es keine einheitliche und koordinierte Instanz gibt, welche Ressourcen und Zuständigkeit bündelt und sinnvoll aufteilt, stattdessen ist das Gegenteil der Fall: die unterschiedlichen Institutionen, das heißt die unterschiedlichen Bundesländer und Sozialversicherungen können sich nicht einmal auf eine gemeinsame Definition von Rehabilitation einigen und somit kommt es auch zu unterschiedlichen Qualitätsangeboten (Vgl. ÖKZ 2010: 34f).

5. Spannungsverhältnis zwischen Medizin und öffentlicher Hand

Am Beginn meiner Arbeit ging ich von der zentralen Annahme aus, dass es ein Interessenskonflikt zwischen den beiden dominierenden Akteuren gibt. Ausgehend von der Tatsache, dass die disjunktiven Interessenslage und dem unterschiedlichen Verständnis von Krankheit Auswirkungen darauf hat, welche Interessen sich bei der medizinische Rehabilitation durchsetzen.

Bei der medizinischer Rehabilitation ist die Aufgabenverteilung klar formuliert, auf der einen Seite entscheidet der Gesetzgeber über die rechtliche Ausgestaltung beziehungsweise den rechtlichen Rahmen und in welchem Umfang öffentliche Güter oder Ressourcen dazu bereitgestellt werden (Vgl. Blanke 1994: 45f) und auf der anderen Seite, entscheiden die Sozialversicherungsträger beziehungsweise ihre angestellten Ärzte darüber, ob die Rehabilitationsmaßnahmen bewilligt werden oder auch nicht (Vgl. Hurrelmann 2000: 57). Daraus ergibt sich, dass es sich im Falle von Krankheit und medizinischer Rehabilitation um eine umkämpfte Domäne handelt und es zu Machtkämpfen zwischen öffentlicher Hand und Medizin, aufgrund der disjunktiven Interessen, kommt.

Das führte mich zur meiner Forschungsfrage, welche Interessen sich im Interessenskonflikt zwischen der Medizin und der öffentlichen Hand bei der medizinischen Rehabilitation durchsetzen. Diese versuche ich in diesem Kapitel ausführlich zu behandeln.

5.1 Handlungsleitenden Interessen von Medizin und öffentlicher Hand

Im Falle der medizinischen Rehabilitation beziehungsweise der Rehabilitation stehen disjunktive Interessen, welche das Handeln der Akteure dominieren und leiten, im Vordergrund (Vgl. In dieser Arbeit, In: Kapitel 2.1: 13f). Primär geht es dabei, um die Spannungen, die aufgrund der unterschiedlichen Definierung von Krankheit und dem daraus ableitenden Handlungsbedarf entstehen beziehungsweise die daraus folgenden Aufgaben und Konsequenzen.

Der Interessenskonflikt verläuft zwischen den beiden dominierenden Akteuren, der Medizin und den Sozialversicherungsträgern, beziehungsweise dem nicht deckungsgleichen Verständnis, was Krankheit ist. Das bedeutet auf der einen Seite

der medizinische Krankheitsbegriff, der den Anspruch erhebt allgemein gültig zu sein und sich darauf berufend, die alleinige Macht und das Wissen zu haben beziehungsweise das Definitionsmonopol inne zu haben, was und welche Krankheit eine ist (Diagnose), in der Lage ist solche zu erkennen und was für die Heilung notwendig ist (Prognose) (Vgl. Borgetto 2007: 32). Auf der anderen Seite die Sozialversicherungsträger, welche den Anspruch für sich beanspruchen, dass nur ihre Organe, darüber entscheiden, was ausgleichsbedürftig ist beziehungsweise wann Rehabilitationsmaßnahmen gewährt werden (Blanke 1994: 60f) und nur sie dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit Folge leisten (Bauch 2003: 46).

Das eigentliche Problem dabei ist die Auslegung der Kriterien, welche darüber entscheiden, in welchen Rahmen und ob Rehabilitationsmaßnahmen gewährt werden. Im Falle der medizinischen Rehabilitation geschieht dies, durch die Verknüpfung des Rechts, was ausgleichsbedürftig ist, und des abstrakten Wissens der medizinischen Experten/Wissenschaft²³. Das bedeutet, dass das Verständnis über beziehungsweise von Krankheit eine Voraussetzung für das Handeln der Akteure ist (Vgl. Schnabel 1988: 59). Verbunden mit der zentrale These des akteurszentrierten Institutionalismus heißt dies, dass das Verständnis beziehungsweise die Auslegung der Definition von Krankheit die Rahmenbedingung ist für das Handeln der verschiedenen Akteure (Vgl. Schimank, In: Mayntz/Scharpf 1995: 51). Im Falle der Rehabilitation sind das zwei unterschiedliche: zum einen der medizinische Krankheitsbegriff, das Wissen der Experten, zum anderen der sozialrechtliche Krankheitsbegriff, welche über die Gewährung der Maßnahmen entscheiden und beide beanspruchen im Falle von Krankheit den Legitimationsanspruch.

Die eigentliche Spannung findet vor allem in der Auslegung von Krankheit statt, welche durch Kriterien kategorisiert, die sogenannten ICD-10-GM, werden. Das Problem dabei ist, dass *„[...] bereits bei der geringfügigsten Normabweichung (Anmerkung: beziehungsweise Kriterien) [...] der Zugang zu der Krankenleistung eröffnet [wäre].“* (Blanke 1994: 60). Gleichzeitig würde die Medizin ihre

²³ Der Anspruches der Medizin auf das Expertenwissen daher, „ [...], das im auf biologischen Krankheitsprozess spezialisierte ausdifferenzierte Subsystem der medizinischen Wissenschaft produziert wird.“ (Blanke 1994: 59).

Handlungskompetenz beziehungsweise ihre Domäne der medizinischen Versorgung steigern und hätte somit auch mehr Anspruch auf die Mitgestaltung von Rehabilitation (Vgl. Schnabel 2000: 45). Dies könne aber von der Seite der öffentlichen Hand beziehungsweise den Sozialversicherungen nicht gewährt werden, da das medizinische Verständnis von Krankheit den Raum entgrenzen würde, das bedeutet, dass sie von keinem begrenzenden Krankheitsbegriff ausgeht, sondern im Gegenteil hier Handel durch jede biologische Abweichung legitimiert.

In der Praxis hätte dies gravierende Konsequenzen, nämlich die, dass die Medizin den sozialversicherungsrechtlichen Krankheitsbegriff untergraben würde und die medizinische Machbarkeit, verbunden mit dem ständig sich weiter entwickelnden medizinischen Fortschritt, die Finanzierbarkeit des Kranken- und Gesundheitssystem übersteigen würde (Vgl. Strachota 2009: 43). Demzufolge würde dann die Medizin beziehungsweise medizinisches Expertenwissen festlegen, was und welche Krankheiten ausgleichsbedürftig sind und im Falle einer Krankheit, welche und in welchem Rahmen die Leistungen gewährt werden. In der Vergangenheit war dies auch der Fall, die Medizin hielt das Definitionsmonopol über die gesellschaftliche Anerkennung von Krankheiten und in weiterer Folge über die Bereitstellung von monetären Mittel für die medizinische Versorgung. Jedoch mit dem Ausbau des Wohlfahrtsstaat, beziehungsweise der immer fortschreitenden Inklusion von weiteren Bürgerschichten in die soziale Absicherung, und des ständig steigenden Fortschritt der Medizin kam es zum strukturellen Widerspruch beziehungsweise die Aufrechterhaltung des kostspieligen System überstieg die finanzielle Machbarkeit (Vgl. Schölmerich in dieser Arbeit in: Kapitel 2.2: 18). Somit sah sich der sonst eher nicht um Einmischung bemühte Staat²⁴ gezwungen tätig zu werden, indem er den Ausgleichstatbestand neu regelte und somit sich die Machtbalance änderte. Das bedeutet, der *„Legitimationsanspruch des sozialrechtlichen Krankheitsbegriff wird damit begründet, dass der medizinische Krankheitsbegriff unzumutbar ist [...]“* (Blanke 1994: 60) und dadurch löste der sozialrechtliche Begriff den medizinischen ab.

Demnach entschieden auf der einen Seite der Gesetzgeber den Ausgleichstatbestand, das heißt im Falle einer Krankheit welche Lebenslage

²⁴ Staat enthält sich im Feld der Gesundheitspolitik relativ zurück einerseits aus historische Gegebenheit, da der Staat durch die Einführung des Prinzips der Selbstverwaltung

ausgleichsbedürftigt ist, und in welchem Ausmaß öffentliche Güter beziehungsweise monetäre Mittel bereitgestellt werden und die Sozialversicherungsträger, welche im Falle von Rehabilitation, die Anträge überprüft und stattgibt. Somit kam es zu einem stetigen Machtzuwachs seitens der Sozialversicherung gegenüber der Medizin oder nach Luhmann (Vgl. in dieser Arbeit, In: Kapitel 2.4: 21f) kam es zu einem Codewechsel. Das heißt der sozialrechtliche Code löste den medizinischen ab und erhob den alleinigen Anspruch im Falle der medizinischen Rehabilitation sowie der Auslegung der Klassifikation der ICD-Codes.

Zwar wurde die Medizin nicht vollkommen verdrängt, doch spielt sie nur noch eine ergänzende Rolle, da im Falle einer Beantragung eines Rehabilitationsantrags, ein Mediziner beziehungsweise ein Arzt einen Patienten mit Hilfe und Rat beiseite stehen kann, jedoch der Gutachterarzt, der im Auftrag der Verwaltung beziehungsweise der Sozialversicherung operiert, und nach eigenen Kriterien über den Antrag entscheidet. Diese Selektionskriterien sind: Ob sich der oder die Beantragende in einer ausgleichsbedürftigen Lebenslage befindet beziehungsweise leidet er/sie unter einer Krankheit, nach der sich effizient und effektiv die Erwerbsfähigkeit wiederherstellen oder die Nichterwerbsfähigkeit abwenden lässt. Auf der anderen Seite muss die Krankheit den sogenannten ICD-10-GM entsprechen und wie die Chancen des Heilungsprozesses im Falle einer Rehabilitation wären (Vgl. Domholdt 2005:72).

5.2 Das Spannungsverhältnis und die Einflussfaktoren bei der Auslegung von Krankheit

Gerade die ICD-Codes werden von den disjunktiven Interessenslagen beeinflusst, über deren Formulierung die Akteure ihren Anspruch legitimieren. Anhand dieser Codes werden Krankheiten und Symptome klassifiziert und in festgelegte Kriterien unterordnet, die dann als Diagnoseklassifikation²⁵ eingesetzt werden. Diese Klassifizierungen sind länderspezifisch, wobei Österreich die deutsche Version adaptiert und die aktuelle Version heißt: ICD-10-GM Version 2010. Sie wird in zwei

²⁵(http://www.statistik.at/web_de/klassifikationen/klassifikationsdatenbank/weitere_klassifikationen/icd_klassifikationen/index.html)

Übergruppen unterteilt²⁶: ICD-10-WHO, welche für die Verschlüsselung von Todesursachen zuständig ist und ICD-10-GM, die zur Verschlüsselung der Diagnose in der ambulanten und stationärer Versorgung dient. Im Falle der medizinischen Rehabilitation kommt die ICD-10-GM zum Einsatz und dient einerseits zur Diagnostik und andererseits zur Vergütung des Leistungstatbestandes und ist somit ein wichtiges strategisches Steuerungswerkzeug. Gerade im Verteilungskampf um die Mitteln, welcher den Gesundheitssektor dominiert, stellt somit die Formulierung und Festlegung der Richtwerte für diese Klassifizierung eine wichtige und strategische Ausgangsposition dar. Da durch diese Werte festgelegt wird, für welche Kosten die Sozialversicherungsträger aufkommen müssen beziehungsweise wird dadurch der Ausgleichstatbestand nominiert. Das heißt nach Luhmann und seiner These der binären Codierung ist diese Klassifikation der Auslöser für die grundlegende Codierung, welche für das ganze System bindend ist (Vgl. Luhmann in: Kapitel 2.4.: 23). In Österreich beziehungsweise Deutschland, von wo Österreich die Klassifikation übernimmt, werden diese Regel von den Sozialversicherungsträgern ernannt und behandelt.

Die Schlussforderung daraus ist, dass die Organe der Selbstverwaltung und deren Interessen und Auffassungen von Krankheit das Krankheitsverständnis nachgeblich beeinflussen und somit das Definitionsmonopol beziehungsweise die Funktion der grundlegenden Codierung innehält. Laut Foucault und seiner Theorie „Macht der Disziplin“ unterliegen somit alle drei Machtebenen der gesundheitlichen Gestaltung der öffentlichen Hand beziehungsweise den Sozialversicherungsträgern und deren Interessenspolitik. Die Makroebene, wo die gesetzliche Auslegung stattfindet, wird durch die ICD-10-GM und deren Evaluierung beeinflusst, da diese im ASVG²⁷ integriert sind und somit die gesetzliche Auslegung wesentlich beeinflussen. Auf der Mesoebene lässt sich der Einfluss der Interessen der öffentlichen Hand anhand des Selbstverwaltungsprinzips nachvollziehen, wobei hier deutlich das Spannungsverhältnis beziehungsweise die disjunktive Interessenslage hervortritt, welches sich in den komplexen Verhandlungen um die Festlegung des Ausgleichstatbestand sowie die Finanzierung zwischen Sozialversicherungen und der Ärztekammer äußern. Um ein aktuelles Beispiel zu nennen, momentan befindet

²⁶ <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/index.htm#diagnose>

²⁷ <http://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/rechtvorschriften/html/s0050200.htm>

sich die SVA, Sozialversicherung der Gewerblichen Wirtschaft, in einem vertragslosen Zustand, da die ÖÄK, Österreichische Ärztekammer, aufgrund Nichteinigung bei den Beiträgen und Honorarnoten, jegliche Kooperation mit der Organisation verweigert (Vgl. ÖÄZ 2009: 3f). Dies ist ein deutliches Indiz für den Kampf, dass sich „[...] Handlungsbedingungen in dem System der Krankheitsversorgung ändern“ (Keupp 1979: 6). Dieser Konflikt beziehungsweise der Paradigmenwechsel wirkt sich auch auf die Mikroebene, der Beziehung zwischen Arzt und Patient, aus. Da auf der einen Seite der Patient verunsichert wird und auf der anderen Seite müssen die Patienten der SVA die Arztkosten, bis zu 20%²⁸, selber entgelten.

Aber auch andere Einflussfaktoren beeinflussen diese Ebene. Ausgehend von der These, dass Krankheit ein Konstrukt beziehungsweise ein Spiegelbild in unserer Gesellschaft ist, kann in dieser Arbeit davon ausgegangen werden, dass es dadurch zu Auswirkungen in der Praxis kommt. Vor allem die Verknappung der Ressourcen und Mittel dominieren den Gesundheits- beziehungsweise den Krankheitssektor und dessen Gestaltung. Dies hat zur Folge, dass gerade in einem Bereich wie der medizinischen Rehabilitation der Knappheitsdiskurs bestimmend ist. Das heißt die handlungsleitenden Richtwerte sind leistungsorientiert und folgen somit einer Logik des Marktes. Effizienz und Effektivität gelten als Messwerte und die monetären Mitteln sowie Ressourcen werden streng bemessen, somit führt dies zum Schluss, dass ein Mensch so viel wert ist beziehungsweise so viel investiert wird, wie er arbeiten kann. Diese Bindung Krankheit an das Leistungsprinzip wird vor allem von den Patienten, aber auch von der Ärzteschaft, vertreten durch die Österreichische Ärztekammer kritisiert. Diese sprechen von einer Ökonomisierung des Gesundheitsbeziehungsweise des Krankheitssektor (Vgl. Eulen in: Wiener Zeitung 2009: 8), damit ist nicht nur die Eindämmung der Kosten und die optimale Nutzung des Ressourceneinsatzes gemeint, sondern auch langfristigen Umbau der Finanzierung des Krankenversorgungssektors. Seit 1997²⁹ verfolgt die öffentliche Hand ein leistungsorientiertes Finanzierungssystem, welche eine Neustrukturierung der Krankenanstaltsfinanzierung nach sich zieht. Konkret bedeutet dies, eine Entlastung der Krankenanstalten, die bis dato die Hauptlast der Krankenversorgung trugen und

²⁸ <http://www.svagw.at/vertragslos>

²⁹ ASVG Art. 15a B-VG

somit das größte Kontingent der monetären Mittel verbrauchten. Doch mit der verstärkten und langfristigen Förderung des ambulanten Bereiches und der gleichzeitigen Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Sektor wurde diese, bis dato eher ungenutztes Potential verwertet (Vgl. ASVG Art. 18 Abschnitt 6).

Hierfür wurde auch das Konzept der Rehabilitation, als Alternative, eingesetzt, da es dadurch zu einer Verlagerung in den ambulanten Sektors kommt. Dies basiert auf die Zielsetzung des Konzeptes, da dieses, Erbringung von rehabilitativen Maßnahmen im unmittelbaren Lebensumfeld bevorzugt (Vgl. Domhold 2005: 129f). Daraus lässt sich für diese Arbeit ableiten, dass das Konzept der medizinischen Rehabilitation dazu genutzt wurde, effektiv und langfristig Kosten einzudämmen und zur Optimierung der Verteilung der Ressourcen beitrug. Nach den Thesen der Gesundheitsökonomie (Vgl. In dieser Arbeit) unterstützt somit dieser Plan diese Verlagerung, welche „[...] *medizinisch und gesamtwirtschaftlich gerechtfertigt* [...]“ (Pelikan 1999: 58) wird. Das bedeutet, dass durch die Umsetzung des Konzeptes und seiner leistungsorientierten Zielsetzung, das marktorientierte Prinzip³⁰ das Krankenversorgungswesen unterläuft und somit die Ökonomisierung beziehungsweise den Paradigmenwechsel vorantrieb. Ausgehend von der These von Niklas Luhmann, dass „[...] *ein System durch eine Codierung stabilisiert [ist], dann kann es die Welt nur nach Maßstäben der eigenen Leitdifferenz beobachten und betrachten, es baut seinen eigenen „legitime Indifferenz“ auf [...]*“ (Bauch 2003: 80). Zusammengefasst ist damit gemeint, dass ein funktional ausdifferenziertes System operiert auf der Basis der eigenen Codierung, welche in diesem Fall eine leistungsorientierte Codierung ist, mit den Richtwerten langfristig Kosten einzusparen und Ressourcen optimal nutzt.

Das es dadurch aber auch in weitere Folge Krankheit beziehungsweise das Verständnis davon nachhaltig prägt wird, wird oft ignoriert. Rückwirkend auf die These von Jost Bauch „*Krankheit ist ein Spiegelbild unserer Gesellschaft*“, kann gesagt werden, dass diese Codierung auch Konsequenzen für die Wahrnehmung von Krankheit hat. Gerade die Bewertung und Wahrnehmung von Krankheit und den Umgang damit hebt die negative Assoziation hervor, die Krankheit in unserer Gesellschaft innehält. Krankheit ist als was Abnormales beziehungsweise als Makel

³⁰ Leistungsorientierung ist ein allgemein gültiges Prinzip des Marktes (Vgl. Blanke 1994: 32).

bezeichnet und ist kein wünschenswerter Zustand, da man als Individuum als nutzlos statuiert wird. Gleichzeitig wird das Krankheitsverständnis technomorph³¹, das heißt, der arbeitete Mensch wird als Maschine verglichen. Im Krankheitsfall beziehungsweise beim Ausfall der Maschine wird überprüft, ob es sich überhaupt rentiert diesen Patienten zu rehabilitieren beziehungsweise zu reparieren. Wenn die Kosten den Nutzen übersteigen wird die Maschine alias Mensch „ausgliedert und aussortiert. In der Praxis existieren zahlreich Berechnungsmethoden wie am effektivsten und effizientesten Kosten und Nutzen Einsatz erhoben werden kann, wie zum Beispiel DALY (Vgl. Schlander 2005: 52f).

DALY, Disease-adjusted life years, ist eine Methode, mit der die Beeinträchtigung im Krankheitsfälle kalkuliert wird, um somit den volkswirtschaftlichen Schaden von Krankheiten in der Gesellschaft zu analysieren. Diese Erhebung ist vor allem für die Gesundheitsökonomie, aber auch die medizinische Statistik, von großer Bedeutung, da es den Versuch darstellt, Krankheit zu einem kalkulierbaren Risiko zu machen, um damit die Kosten einer medizinischen Behandlung zu ermitteln. Doch gerade im Falle von Krankheit ist es oft schwierig diese zu berechnen, da die Fehlerquote einfach zu hoch ist und sich diese Methoden den Vorwürfen stellen muss, dass einerseits *„[...] die Grenzen des Nutzungskalkül hinter einem Schleier mathematischer Pseudoexaktheit zu verbergen“* (Bernward Gesang in: Schlander 2005: 51) und andererseits den Ethikvorwurf, welcher kritisiert, dass die Wirtschaftlichkeit über die Menschlichkeit gestellt wird.

Im Falle dieser Arbeit und meiner Forschungsfrage, welche Interessen sich im Interessenskonflikt zwischen Medizin und öffentlicher Hand bei der medizinischen Rehabilitation durchsetzen, kann man resümierend sagen, dass sich die nicht deckungsgleichen Interessen und das daraus resultierende Spannungsverhältnis die politische Gestaltung des Krankenversorgungssektor maßgeblich beeinflussen. Gerade im Falle von Krankheit und der These, dass Krankheit ein Konstrukt³² ist, was bedeutet, *„Was als krank gilt, das hat für die öffentliche Gesundheitspflege, die Rechtssprechung und das Versicherungssystem erhebliche Konsequenzen [...]. All diese Anteile (gesamtgemeinschaftliche Handlungszusammenhänge) sind irgendwie*

³¹Dieser Begriff wird vor allem von der kritischen Medizinsoziologie verwendet (Strachota 2009: 13).

³²Jost Bauch verwendet diesen Begriff in seinem Werk „Krankheit und Gesundheit als gesellschaftliche Konstruktion“.

und irgendwann in den Krankheitsbegriff und das Verständnis von Krankheit eingegangen“ (Strachota 2009: 33) kann dies bestätigt werden. Weiters geht Andrea Strachota davon aus, dass der Begriff Krankheit wandelbar ist und immer von dem jeweiligen Stand des Wissens einer Gesellschaft abhängig ist, dazu zählen aber auch Werte, beispielsweise religiöse. Das bedeutet die Auffassung von Krankheit unterliegt nicht allein wissenschaftliche Kriterien, sondern auch Einstellungen, Wertvorstellungen, Lebensweise beeinflussen sie (Vgl. ebd.: 32).

Rückführend auf die medizinische Rehabilitation lässt sich sagen, dass die handlungsleitenden Interessen zwar das Krankenverständnis der Akteure und die Gestaltung der Krankenversorgungssektors sehr stark beeinflussen, jedoch Rehabilitation an sich selber ein Werkzeug ist, welches ein sehr unbeeinflussbares Gebilde ist und dessen oberste Zielsetzung ist, langfristig Kosten einzudämmen und eine Optimierung des Ressourceneinsatzes zu garantieren. Somit unterstützt es die Politik, welche eine Ökonomisierung der Medizin beziehungsweise des Gesundheitssektors vorsieht, um diese an dem Prinzip der Leistungsorientierung zu binden und dadurch eine Optimierung der Kosten und Nutzen zu erreichen. Zwar hält die Medizin nach wie vor das Definitionsmonopol, was eine Krankheit ist beziehungsweise diagnostiziert sie diese, jedoch durch die stetige fortschreitende Ermächtigung der Sozialversicherungen kam es zu einer Umstrukturierung im Sektor der Krankenversorgung. Was sich im Falle der medizinischen Rehabilitation daran äußerte, dass seit 1997 *„[Rehabilitation als ein Konzept], welches eine Entlastung der Krankenanstaltsfinanzierung durch medizinisch und gesamtwirtschaftlich gerechtfertigte Verlagerung von Leistungen [...]“* (ASVG Art. 15a B-VG) gesetzliche verankert ist.

6. Conclusio

Resümierend, im Bezug auf meine Forschungsfrage und dem Titel der Arbeit *„Krankheiten regieren – Krankheitsverständnis im Spannungsverhältnis zwischen Medizin und öffentlicher Hand, vertreten durch die Sozialversicherungen, am Beispiel der medizinischen Rehabilitation“* lässt sich sagen, dass das Konzept der medizinischen Rehabilitation als ein Werkzeug für die politische Umstrukturierung aufgefasst werden kann, welches die Möglichkeit schaffte die Krankenversorgung und ihre Finanzierung um zuorganisieren und zu vereinheitlichen. Einerseits ging es um eine *„medizinisch und gesamtwirtschaftliche gerechtfertigte“* Entlastung des stationären Bereichs, welcher das Budget der Krankenversorgungsfinanzierung stark belastete, und auf der anderen Seite wurde ein Konzept benötigt, welches neue Richtwerte evaluierte. Diese Normwerte beziehungsweise Prinzipien sind ein Teil des dynamischen Prozess des Paradigmenwechsel, welcher zwischen Medizin und öffentlicher Hand stattfindet. Hierbei geht es um Domänensicherung und Machtausbau aber auch um den Einfluss auf politische Gestaltung.

Jedoch ist dieser Prozess nicht erst in den letzten Jahren entstanden, nein, er ist eine immer fortlaufende und andauernde Entwicklung im Falle von Krankheit beziehungsweise der Krankheitsversorgung. Krankheit ist ein wandelbarer Begriff, indem auch gesamtpolitische Handlungszusammenhänge, wie Wertvorstellungen, Lebensweise und der aktuelle Stand des Wissen (Vgl. Strachota 2009:32f) einfließen.

Ausgelöst wurde dieser Paradigmenwechsel von dem Knappheitsdiskurs, der aus der wirtschaftlichen Rezession der 1970er Jahren resultierte und die damit verbundene Notwendigkeit Kosten einzusparen, vor allem im Sektor der Krankenversorgung und Behandlung. Gleichzeitig kam erschwerend hinzu, dass die Folgewirkungen des demografischen Wandels für das Gesundheitssystem und dessen Finanzierbarkeit deutlich spürbar wurden. Durch die Notwendigkeit der politischen Regulierung und Steuerung sah sich der Staat gezwungen tätig zu werden und einen Paradigmenwechsele einzuleiten (Vgl. Blanke 1994: 44f). Die Folgewirkung war, dass im Bereich wie der medizinischen Rehabilitation die folgenden Richtwerte, wie Effektivität und Effizienz bestimmend wurden. Krankheit wurde leistungsorientiert und folgte somit der Logik des Marktes.

Das bedeutet, dass nicht mehr die Heilung, als selbstverständliches Anspruchsrecht, im Mittelpunkt steht, sondern die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit. Damit ging die Koppelung an eine technomorphen Auslegung von Krankheit einher, welches davon ausgeht, dass der Mensch beziehungsweise dessen Leistung das oberste Gut, nicht die Erhaltung der Gesundheit als absoluter Lebenswert, gilt.

Im Falle der medizinischen Rehabilitation kann von der Tatsache ausgegangen werden, dass durch die legitime Verlagerung von Leistungen beziehungsweise deren Förderung die medizinische Machtposition geschwächt wurde, um somit das Einflusspotenzial zu reduzieren. Somit erhielt die Sozialversicherungen und deren sozialrechtlichen Auslegung die Möglichkeit im einem Hoheitsgebiet der Medizin, Fuß zu setzen und aktiv bei der politische Gestaltung mitzuwirken.

Krankheit und die Krankenversorgung sind somit ein wichtiger teilpolitischer Prozess, wo es nicht nur um die Auslegung, was man unter Krankheit versteht, sondern auch um die Optimierung der Nutzung und Allokation der Ressourcen, soziale Sicherung und Exklusion geht und somit ein hochbrisante Dynamik enthält, in der es jedoch wegen der verschiedenen Interessen immer wieder zu Konflikten kommt. Um ein aktuelles Beispiel zu nennen, die Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft, SVA, befindet sich im vertragslosen Zustand mit den Ärzten, da es zu keiner Einigung bei Honorar- und Tarifverhandlungen kam. Dies führt uns vor Augen wie fragil und anfällig die Symbiose oder die "Beziehungsgeschichte" (Strachota 2009) zwischen der Medizin und den Sozialversicherungsträgern sein kann.

In meiner Arbeit ging es vor allem um die Fragestellung welche Interessen sich im Interessenskonflikt zwischen Medizin und Sozialversicherungen bei der medizinischen Rehabilitation durchsetzen. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich im Interessenskonflikt bei der medizinischen Rehabilitation die ökonomischen Aspekte beziehungsweise die sozialrechtliche Perspektive durchsetzen. Überhaupt kann die medizinische Rehabilitation als ein Werkzeug für die Ökonomisierung der Medizin, insbesondere des Krankenversorgungssektors, verstanden werden, da dieses Konzept dem Prinzip der Leistungsorientierung folgt und somit für eine optimale Nutzung der Kosten garantiert. Somit kann die These,

dass bei der medizinischen Rehabilitation die ökonomischen Aspekte beziehungsweise Interessen im Vordergrund stehen belegt werden.

Abkürzungsverzeichnis

ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
bezgl.	bezüglich
d.h.	das heißt
GKK	Gebietskrankenkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (2007)
GMG	Gesundheitsmodernisierungsgesetz (2004)
GSVG	Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz
Hg	Herausgeber
Hrsg.	Herausgeber
HVdSV	Hauptverband der Sozialversicherung
ICD	International Classification of Diseases
KV	Kassenärztliche Vereinigung
ÖBIG	Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGB	Österreichische Gewerkschaftsbund
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖKAP / GGP	Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan
Reha	Rehabilitation
Vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
WKÖ	Wirtschaftskammer Österreich

Literaturverzeichnis

Andrae, Clemens-August / Theurl, Engelbert (Hg.) 1989: Ökonomische Grenzen der Medizin, Mainz.

Bandelow, Nils C. 2004: Akteure und Interessen in der Gesundheitspolitik: Vom Korporatismus zum Pluralismus, Politische Bildung 37/2, 49-63, Wien.

Badelt, Christoph 2001: Grundzüge der Sozialpolitik: Sozialökonomische Grundlagen, Wien.

Bauch, Jost 2003: Krankheit und Gesundheit als gesellschaftliche Konstruktion. Gesundheits- und medizinsoziologische Schriften 1979 – 2003, Kesselheim.

Beck, Ulrich 1974: Objektivität und Normativität, Reinbek.

Benz, Arthur 2001: Der moderne Staat. Grundlagen der politologischen Analyse, München, Wien.

Blanke, Bernhard (Hg.)1994: Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin, Opladen.

Borgetto, Bernhard / Kälble, Karl (Hrsg.) 2007: Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem, München - Weinheim.

Breyer, Friedrich / Zweifel, Peter / Kifmann, Mathias 2005: Gesundheitsökonomie, 5. Auflage, Berlin – Heidelberg.

Breyer, Friedrich / Buchholz, Wolfgang 2007: Ökonomie des Sozialstaats, Berlin - Heidelberg – New York.

Brown, Phillip 1994: Economic restructuring and social exclusion, London.

Czermak, Christoph 2008: Soziale Krankenversicherung im Wandel Österreich und Deutschland aus vergleichender Perspektive, Diplomarbeit, Universität Wien.

Domholdt, Elizabeth 2005: Rehabilitation research: principles and applications, St. Louis.

Erbe, Susanne 2000: Kostenexplosion im Gesundheitswesen? In: Wirtschaftsdienst, Nr.5, 308-311, Wien.

Euler, Christian 2010: Ärzte warnen vor Ökonomisierung der Gesundheit, In: Wiener Zeitung, 09.04.2010, 8-9, Wien.

Falk, Günther 1977: Pragmatische Dimension der Wissenschaft, Münster.

Fleissner, Peter 1977: Das österreichische Gesundheitswesen im ökonomischen, demografischen und politischen Kontext, Göttingen.

Foucault, Michael 2008: Die Hauptwerke: Mit einem Nachwort von Axel Honneth und Martin Saar, Frankfurt a. M.

Gellner, Winand / Schön, Markus (Hg) 2002: Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik?, Baden-Baden.

Gerhardt, Uta 1989: Ideas about illness: an intellectual and political history of medical sociology, New York.

Grießler, Christina 1992: „Macht“ bei Michele Foucault als analytische Perspektive auf Technik als „gesellschaftliche Gestaltung“, Diplomarbeit, Universität Wien.

Hajen, Leonhard 2008: Gesundheitsökonomie: Strukturen, Methoden, Praxis, Stuttgart.

Hajer, Maarten 1993: Discourse Coalitions and the Institutionalization of Practice. The Case of Acid Rain in Great Britain, In: Frank Fischer / John Forester (Hg.): The Argumentative Turn in Policy Analysis and Planning, 43-76, Durham - London.

Hajer, Maarten 2008: Diskursanalyse in der Praxis, In: Frank Janning / Katrin Toens (Hrsg.), Die Zukunft der Policy-Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung, Wiesbaden.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVdSV) 2002: Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2002, Wien.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVdSV) 2008: Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2008, Wien.

Hechter, Michael (Hg.) 1990: Social Institutions: their emergence, maintenance and effects, Berlin.

Hechter, Michael (Hg.) 2001: Social Norms, New York.

Horder, John E. 1954: Illness in general practice, 177-187, London.

Hurrelmann, Klaus 2000: Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, München - Weinheim.

Keupp, Heinrich (Hg.) 1979: Normalität und Abweichung: Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse, München - Wien.

Leutner, Richard (Hg.) 2007: Grundlagen eines europäischen Sozialmodells aus Arbeitsperspektive, Wien.

Luhmann, Niklas 1986: „Distinction Directives“. Über die Codierung von Semantiken und Systemen, in: Neidhardt, Friedhelm / Lepsius, R. (Hg.): Kultur und Gesellschaft, Opladen.

Mayntz, Renate / Scharpf, Fritz W. 1995: Der Ansatz des akteurszentrierten Institutionalismus, In: Mayntz, Renate / Scharpf, Fritz W. (Hrsg.): Gesellschaftliche Selbstregulung und politische Steuerung, Frankfurt a. M. - New York.

MedInfo der PV 7/2008:Rehabilitationsplan 2008, Wien.

Mitscherlich, Alexander 1995: Krankheit als Konflikt: Studien zur psychosomatischen Medizin, Frankfurt am Main.

Mussuros, Teresa 2008: Arbeitsmarktpolitik und psychische Erkrankung in Österreich. Diplomarbeit, Universität Wien.

Neudeck, Werner 2002: Das österreichische Gesundheitssystem. Eine ökonomische Analyse, Wien.

Österreichische Ärztezeitschrift (ÖÄZ) 2009: Leitfaden – Vertragsloser Zustand, Nr.12, Wien.

Österreichischer Gewerkschaftsbund (ÖGB) / Wirtschaftskammer Österreich (WKÖ)
2008: Zukunftssicherung für die soziale Krankenversicherung, 07.04.2008, Wien.

Pelikan, Jürgen / Wolff, Stefan (Hrsg.) 1999: Das gesundheitsfördernde Krankenhaus: Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation, Weinheim.

Pflanz, Manfred / Cromm, Jürgen (Hrsg.) 1986: Sozialer Wandel und Krankheit, Stuttgart.

Scharpf, Fritz W. 2006: Interaktionsformen – Akteurszentrierter Institutionalismus in der Politikforschung, Wiesbaden.

Scheff, Thomas J. 1999: Being mentally ill: a sociological theory, New York.

Schicke, Richard K. 1971: Arzt und Gesundheitsversorgung im gesellschaftlichem Sicherungssystem, Freiburg.

Schlender Michael 2005: Kosteneffektivität und Ressourcenallokation: Gibt es einen normativen Anspruch der Gesundheitsökonomie, In: Kick, A. / Taupitz, J. (Hrsg.): Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit, Münster.

Schmadbauer, Harald 2004: Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesen – eine Problemanalyse, In: WISO 28 (2005), Nr..2, Linz.

Schmid Michael (Hrsg.) 2006: Ökonomischer und soziologischer Institutionalismus: interdisziplinäre Beiträge und Perspektiven der Institutionentheorie und –analyse, Marburg.

Schnabel, Peter-Ernst 1988: Krankheit und Sozialisation: Vergesellschaftung als pathogener Prozess, Opladen.

Schönböck, Wilfried 1978: Zur Ökonomisierung der Gesundheitssicherung in Österreich, In: Naschold F. / Schönböck, W. (Hrsg.): Systemanalyse des Gesundheitswesen in Österreich, 2.Auflage Wien.

Schönböck, Wilfried (Hrsg.) 1980: Gesundheit im gesellschaftlichen Konflikt. Vergleichende Analyse von Gesundheitssystemen, München – Wien - Baltimore.

Senge, Konstanze 2006: Einführung in den Neo-Institutionalismus, Berlin.

Statistik Austria 2009: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008, Wien.

Tálos, Emmerich 2005: Sozialversicherung zwischen Kontinuität und Umbau, In: Soziale Sicherheit, Jahrgang 2005, 397-404, Wien.

Tuckett, David (ed.) 1976: An introduction to medical sociology, London.

Wieninger, Peter R. 1996: Eine vergleichende ökonomische Analyse zwischen sozialer Krankenversicherung und privater Krankenversicherung, In: Soziale Sicherheit, Jahrgang 1996, 901-908, Wien.

Zweifel, Peter / Eisen Roland 2003: Versicherungsökonomie, 2. Auflage, Berlin – Heidelberg - New York.

Verzeichnis der Internetquellen

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen:

<http://rehakompass.oebig.at/Information/Default.aspx>

http://www.sht-lobby.at/420_rehableistungen.htm

<http://www.spkpfh.de/Krankheitsbegriff.htm>

Pensionsversicherung (PV):

http://www.pensionsversicherung.at/portal27/portal/pvportal/channel_content/cmsWindow?p_tabid=3&p_menuid=5241&action=2

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/drg/index.htm>

Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft (SVA)

<http://www.svagw.at/vertragslos>

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/index.htm#diagnose>

Statistik Austria:

http://www.statistik.at/web_de/klassifikationen/klassifikationsdatenbank/weitere_klassifikationen/icd_klassifikationen/index.html

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/pensionen_und_renten/index.html

Wiener Rechtsinformationssystem (WRI):

<http://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/landesgesetzblatt/jahrgang/2008/html/lg2008028.html>

Kurzfassung

Bei dem Politikfeld Krankheiten regieren kommt es zu einem Spannungsverhältnis zwischen den involvierten Akteuren, der Medizin und den Sozialversicherungsträgern. Dieser Konflikt resultiert auf der einen Seite aus dem unterschiedlichen Verständnissen beziehungsweise Auslegung von Krankheit und auf der anderen Seite der disjunktiven Interessen im Falle der medizinischen Rehabilitation. Gerade hier wird deutlich, wie tief diese Kontroversen gehen und vor allem wie sehr sie das Bild, welches die Gesellschaft von Krankheit hat, damit beeinflusst wird. Ausgehend von der These, welche besagt, dass Krankheit ein Konstrukt ist und somit ihre Definierung ein wichtiges Instrument für politische Gestaltung der Krankenversorgung ist, soll untersucht werden, welche Interessen sich im Interessenskonflikt bei der medizinischen Rehabilitation durchsetzen.

Abstract

Within the field of politics "illnesses are taking the lead" an area of conflict has arisen between the players, medical sciences and social insurance agencies. This conflict is a result of differences in understanding or rather the interests in case of illness on one hand and the protection of domains and resources on the other hand. In the case of medical rehabilitation it has become clear just how deep the dispute is and how it is influenced by society's common understanding. Based on the fact that illness is a construct and the significant importance of the definition and that it is also an important instrument of policy making. This work should be researched; the dispute about governing illness in the case of medical rehabilitation and what interests are enforced in that conflict between medical science and social insurance.

Curriculum Vitae

Persönliche Daten:

Pia Gailer

geboren am 04. Juli 1985 in Friesach

österreichische Staatsbürgerin

ledig

Email: Pia-Elisabeth@gmx.net

Studium:

2004 – 2010: Universität Wien – Studienrichtung Politikwissenschaft

Schulbildung:

06/2004: Matura

2000 – 2004: Bischöfliches Oberstufenrealgymnasium „St. Ursula“ in Klagenfurt

1996 – 2000: Musisch Kreative Hauptschule in Villach-Landskron

1991 – 1996: Volksschule in Villach

Berufserfahrung:

- SER Solutions Österreich GmbH, Office-Assistentin (07/2009 – lfd)
- Ristorante „Buon Arrivo“, Kellnerin (07/2008 – 09/2008)
- Österreichisches Patentamt, Teilzeit-Angestellte (01/2004 – 12/2004)
- Landeskrankenhaus Villach, Kinderambulanz (07/2001 – 09/2001)

Sonstiges:

2007/08 Erasmusjahr in Pavia (Italien)

2006 Projektwoche in Brüssel (Belgien)

1999 Vierwöchigen Sprachaufenthalt in Newcastle (Großbritannien)