

Rainer Müller, Renate Niedermeier, Thomas Schulz, Benjamin Veghte (1998): Regulierung des Lebenslaufs durch die soziale Krankenversicherung in Deutschland, Internationales Symposium, University of Toronto/Kanada, 07.-09.05.1998

1. Vorbemerkung

In dem Beitrag soll auf den besonderen Einfluß der Gesetzlichen Krankenversicherung auf die Konstituierung des deutschen Typs von Lebenslauf eingegangen werden.

In Deutschland besteht seit 1883 eine Pflicht zur Krankenversicherung, zunächst nur für Arbeiter. Im Laufe der folgenden Jahre wurde der Kreis dieser gesetzlichen Versicherung auf immer mehr Arbeitnehmergruppen ausgeweitet, so daß heute fast 90 % der Bevölkerung in den verschiedenen Organisationen der Gesetzlichen Krankenversicherung gegen Krankheit versichert sind. Versichert sind Erwerbstätige und auch Arbeitslose, über diese dann Kinder und nicht erwerbstätige Ehepartner. Eine Versicherungspflicht besteht bis zu einer bestimmten Höhe des Einkommens. Über diese Grenze hinaus ist man freiwillig Mitglied der Kasse. Finanziert wird die Kasse über Abzüge vom Lohn und dem entsprechend hohen Anteil, der vom Arbeitgeber gezahlt wird. Es gilt das Solidarprinzip und nicht das Äquivalenzprinzip der privat profitorientierten Versicherung. Im Rahmen gesetzlicher Regelungen steuert ein Gremium aus gewählten Vertretern der Arbeitgeber und Arbeitnehmer, je zu 50 %, die einzelnen selbständigen Kassen. Seit 1997 können die Versicherten jedes Jahr frei wählen, welcher Krankenversicherung sie angehören wollen. Kassen stehen also in einem Wettbewerb um Mitglieder. Der Beitragssatz zwischen den einzelnen Kassen liegt zwischen 9 und 14 % des Lohnes. Versicherte wie Betriebe haben also einen monetären Anreiz, eine preisgünstige Kasse zu wählen. Die Kasse zahlt medizinisch-ärztliche Leistungen für die Versicherten und ihre Familienangehörigen und Krankengeld für den Versicherten, wenn er 6 Wochen und länger wegen Krankheit nicht zur Arbeit gehen kann. Dies erfolgt für 1 ½ Jahre. Die medizinisch-ärztlichen Leistungen und das Krankengeld sind per Gesetz bei allen Kassen gleich. Es besteht ein geringer Spielraum für besondere Leistungen der Krankenkasse.

Im einzelnen sollen nachfolgend Ergebnisse unserer Forschungsarbeit im Sonderforschungsbereich „Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf“ zum Thema „Institutionelle Regulierungen im Wandel. Das Beispiel der Gesetzlichen Krankenversicherung“ vorgestellt werden. In diesen Forschungsarbeiten wurden sowohl mit quantitativen als auch mit qualitativen Methoden Versicherte und Vertreter des Managements verschiedener Krankenkassen befragt. Zu folgenden Themen werde ich Stellung nehmen:

1. Sozialpolitik und Lebenslauf

2. Neudefinition von sozialstaatlichen Leistungen zur Sicherung von Gesundheit in einer Gesellschaft mit langem Leben und Krisen der Erwerbsarbeit
3. Gesundheitspolitisches Selbstverständnis in der Gesetzlichen Krankenversicherung und Lebenslauf

2. Sozialpolitik und Lebenslauf

Die Bedeutung des Welfare State in Nordeuropa für die Formung von Lebensverläufen hat Lord Beveridge mit der Aussage „From the cradle to the grave“ zum Ausdruck gebracht. In der Sozialpolitikforschung wird die These vertreten, daß the Welfare State den modernen Lebenslauf eigentlich erst geschaffen hat (Leibfried, Leisering u.a. 1995). Es wird vom institutionalisierten Lebenslauf gesprochen. Die international vergleichende Politikwissenschaft glaubt sogar, ein spezifisches deutsches Lebenslaufregime beobachten zu können, welches aus den spezifischen Formierungseinflüssen, insbesondere des deutschen Bildungssystems und des deutschen Sozialstaatsystems herührt.

Lebensläufe können in dieser Perspektive als Reihen von Übergängen und Verweildauern beschrieben werden. Mit dem Statuspassagen-Konzept läßt sich der interaktive Aushandlungsprozeß zwischen biographischen Akteuren und Institutionen analysieren. Zeitmuster, Normen und Erwartungen werden in den Passagen von beiden Seiten wechselseitig thematisiert und strukturieren die Übergänge. Gerade an solchen Übergängen von einem sozialen Status zu einem nächsten lassen sich Lebensläufe studieren. Sozialstaatliche Institutionen regeln zahlreiche Übergänge zwischen Lebensphasen und -bereichen, gerade um die Erwerbstätigkeit herum. Sie haben Statuspassagen festgeschrieben und klare Zäsuren institutionalisiert. Es gibt nahezu keine Übergänge im Lebensverlauf, die nicht durch irgendeine Weise sozialpolitisch gerahmt wären. Von der Geburt über die Statuspassagen ins Bildungssystem, in einen eigenständigen Haushalt, ins Erwerbssystem, in die Ehe, in Krankheit oder Arbeitslosigkeit und aus ihnen hinaus, wie auch der Übergang in den Ruhestand. Alle solche Übergänge werden durch sozialstaatliche Institutionen gesteuert. Sozialpolitische Rahmungen sind nicht nur beschränkt auf förmliche Bescheinigungen, finanzielle Unterstützungen, sondern sie organisieren die Übergänge. D.h. sozialpolitische Setzungen gestalten Lebenslaufregime primär mit, indem sie Lebensphasen stärker voneinander abtrennen, also Übergänge von einem sozialen Status in einen anderen definieren und regulieren, sie schreiben damit soziale Ordnungsprinzipien fest. Die Personen als Lebensläufer sind dabei aktive Mitwirkende, die sich den Angeboten und Optionen, z.B. des Bildungssystems, bedienen, um ihren individuellen Lebenslauf zu organisieren. Zwischen den Individuen und sozialstaatlichen Einrichtungen bestehen also interaktive Beziehungen, welche vom Einzelnen eine hohe Kompetenz der Selbststeuerung verlangen. Sozialpolitische Setzungen bieten für Personen und Berufsgruppen wie

auch für Betriebe Strukturen und Anreize zur Organisation von Berufs- und Lebensverläufen. Gratifikationen und Sanktionen sozialpolitischer Vorgaben werden also von Bürgerinnen und Bürgern wie auch von Betrieben bei ihren Überlegungen und Handlungen ins Kalkül gezogen.

In der gesellschaftspolitischen Auseinandersetzung wird die Frage engagiert debattiert, ob der Sozialstaat mit seinen Institutionen eine Quelle von Individualisierung ist oder als Instanz sozialer Kontrolle bzw. kollektivierend wirkt. Die vorliegenden empirischen Befunde sprechen jedoch dafür, daß eine leistungsfähige Sozialpolitik vor Not und den Wechselfällen des Lebens schützt und die Optionen für eine selbständige und mündige Lebensführung erweitert hat. Sozialpolitik wird als eine Funktionsvoraussetzung von Modernität, d.h. von Individualisierung und Pluralisierung der Lebensstile verstanden (Schmidt 1998). Sozialpolitik entlastet die traditionellen Institutionen zur Sicherung der Existenz des Individuums, wie Familie, Gemeinde oder auch Betrieb. Die sozialstaatlichen Einrichtungen werden, wie solche des Rechts, der Bildung und der Märkte, als sekundäre Institutionen interpretiert (Beck 1986). Haben die älteren kollektiven Institutionen, wie Familie und Gemeinde direkt das Handeln von Individuen gesteuert, so bewirken sekundäre Institutionen, diejenigen des Sozialstaates, eine indirekte Handlungssteuerung (Leisering 1997). Der Sozialstaat hat eine Individualisierung von Soziallagen durch Institutionalisierungen von individuellen Leistungsansprüchen möglich gemacht, in denen sich zugleich Chancen und Zumutungen ergeben können.

Die Voraussetzungen für eine Realisierung von Leistungsansprüchen werden sozialpolitisch durch Ressourcen, Kompetenzen, Rechte und Gelegenheiten bereit gehalten (Kaufmann 1988). Ressourcen sind z.B. Geldleistungen der Krankenkassen bei längerfristiger Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit (Krankengeld). Kompetenzen des Individuums werden in dieser Erkrankungssituation durch medizinisch-ärztliche Behandlung und Beratung, finanziert durch die Gesetzliche Krankenversicherung, gestärkt bzw. wiederhergestellt. Sozial- und Arbeitsrechte garantieren dem kranken Arbeitnehmer den Arbeitsplatz und geben ihm Anspruch auf eine angemessene, dem Stand der Medizin entsprechende Therapie bzw. Rehabilitation. Infrastrukturen, wie z.B. Beratungen und Dienstleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Dienstleistungen des Medizinsystems, welche durch die Krankenkasse finanziert werden, stellen die Gelegenheiten für die Bewältigung von Krisensituationen dar.

Die wesentliche Konstituierung des Lebenslaufs in Europa bzw. Deutschland durch den Sozialstaat wurde insbesondere mit der Ausdifferenzierung der Alterssicherung begründet. Bei genauer Betrachtung zeigt sich jedoch, wie stark ebenfalls die Gesetzliche Krankenversicherung an der Institutionalisierung des Lebensverlaufs beteiligt war und weiterhin ist. Politiken zur Sicherung bzw. Wiederherstellung von Gesundheit, d.h. hier für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Sicherung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit, wirken in ihrer institutionellen Rahmung, hier der Gesetzlichen Krankenversicherung, indirekt auf den Lebenslauf. Lebenslaufpolitiken realisieren sich erst in den konkreten Situatio-

nen der Inanspruchnahme von sozialpolitischen Leistungen im Betrieb oder im Gesundheitssicherungssystem. Am Beispiel der Gesundheitspolitik, und dies ist in Deutschland wesentlich die Sicherung des sozialen Status durch Finanz- und Sachleistungen (medizinisch-ärztlicher Art) der Gesetzlichen Krankenkasse, läßt sich historisch wie aktuell aufzeigen, daß das Konzept des Lebenslaufs einen wachsenden Grad an Öffentlichkeit und Verwissenschaftlichung erfahren hat. Ebenso ist Gesundheit ist zu einem öffentlichen Gut (Public Health) und Gegenstand von Natur-(Medizin) und Sozialwissenschaften einschließlich der Wirtschaftswissenschaften geworden (Labisch 1992).

Wenn man den Einfluß von Sozialpolitiken auf Lebensverläufe untersuchen will oder durch Sozialpolitiken Lebensverläufe gestalten will, so ist es sinnvoll, sich die zeitgenössischen Vorstellungen der Institution über die Normalität des Lebenslaufs mit daraus sich ergebenden Druck- bzw. Sogwirkungen auf die Sozialbürger bzw. auf das durch Krankenkassen stark finanzierte Medizinsystem oder auf Betriebe auszugehen. In den Institutionen wie Renten-, Arbeitslosen-, Krankenversicherung oder das Bildungssystem hat sich im Laufe der vergangenen 100 Jahre eine normativ geltende und faktisch vorherrschende Vorstellung über Normalbiographie mit Sequenzen: erwerbsfreier Kindheit, Schulbesuch, Vollzeiterwerbstätigkeit, dauerhafte Ehe und festes Ruhestandsalter eingespielt.

2. Neudefinition von sozialstaatlichen Leistungen zur Sicherung von Gesundheit in einer Gesellschaft mit langem Leben und Krise der Erwerbsarbeit

Der Lebensverlauf ist an leibliche, seelische Gesundheit gebunden. Gesundheit wiederum ist als Fähigkeit des Individuums zu denken, mit eigenen Ansprüchen und Erwartungen auf der einen Seite und mit Anforderungen und Notwendigkeiten der Lebens- und Arbeitswelt auf der anderen Seite souverän umgehen zu können. Allgemein kann Gesundheit mit Leistungsfähigkeit übersetzt werden. Verständnisse und Konzeptionen sozialstaatlicher Leistungen zur Wiederherstellung von Gesundheit sind von daher auf ein Verständnis von Leistungsfähigkeit zu orientieren. Dabei ist eine Langfristperspektive, nämlich auf den Lebensverlauf, einzunehmen, wobei sozial und kulturell vermittelte Annahmen und Deutungen von Gesundheit bzw. Leistungs- oder Arbeitsfähigkeit zu beachten sind.

Ein Zusammenhang zwischen Gesundheit und Leistungsfähigkeit ergibt sich aus der fundamentalen institutionellen Ordnung marktwirtschaftlicher Gesellschaften. Das Überleben in seinen psycho-physischen und sozialen Dimensionen ist in industriellen und marktmäßig organisierten Gesellschaften an Einkommen und dieses wiederum an Erwerbstätigkeit gebunden. Erwerbs- bzw. Arbeitsfähigkeit wiederum setzt Leistungsfähigkeit, d.h. Gesundheit voraus. Gesundheit muß als relative Größe zwischen den Polen vollständigen Wohlbefindens und schwerer Krankheit angesehen werden. Mit dem Konzept der relativen Gesundheit wird zum Ausdruck gebracht, daß Gesundheit weniger eine

körperliche Eigenschaft als vielmehr die Übereinstimmung zwischen Anforderungen und Handlungspotentialen darstellt. Diese strukturelle Grundbedingung organisiert den Lebensverlauf mit seiner zentralen Phase der Erwerbstätigkeit. Die Zentralität von Erwerbsarbeit bzw. der Wirtschaft als Erwerbsarbeit organisierende Sphäre zeigt sich auch in der normativen bzw. ideologischen Einschätzung von Erwerbsarbeit in den gesellschaftlichen Orientierungen der Bürgerinnen und Bürger. Es kann weder auf der realen Handlungs-, noch auf der Bewußtseinsebene ein Ende der Arbeitsgesellschaft diagnostiziert werden. Dem Zwang zur Erwerbsarbeit kann man nur entgehen, wenn man massiv privilegiert oder einen schwerwiegenden sozialen, gesundheitlichen und existenziellen Preis bereit ist zu bezahlen. Ein schuldloses Herausfallen aus der Erwerbsarbeit führt, wie wir wissen, zu schwerwiegenden Krisen in der sozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Situation einer Person.

Da Erwerbstätigkeit durch Krankheit, Unfall, Alterung gefährdet ist und für die Erwerbsfähigkeit Qualifikation aufgebaut werden muß, wurden in Deutschland in den vergangenen 100 Jahren sozialstaatliche Institutionen um die Erwerbstätigkeit herum entwickelt. Zu nennen sind hier das Bildungssystem und die Einrichtungen der sozialen Sicherung, die auf Kuration von Krankheit bzw. Kompensation von Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit sowie Alter gerichtet sind. „From the cradle to the grave“ wirkt für über 90 % der Bevölkerung in Deutschland die Gesetzliche Krankenversicherung mit ihren Geld- und Sachleistungen. Letztere werden vor allem im Krankheitsfall durch Ärzte bzw. Einrichtungen der Medizin erbracht. In Deutschland knüpfen die meisten sozialpolitischen Leistungen am Erwerbsstatus an und darüber sind die Familienmitglieder versichert. Die Leistungen sind darauf gerichtet, den sozialen Status der Erwerbstätigkeit zu sichern und Übergänge bzw. Statuswechsel möglich zu machen.

Sozialstaatliche Gesundheitsleistungen zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung von Leistungsfähigkeit im Lebensverlauf ist insofern ein Thema, da der Zusammenhang von Gesundheit und Erwerbs- bzw. Arbeitsfähigkeit immer ein problematischer war, aber in der heutigen Epoche in einer spezifischen Weise prekär geworden ist.

Eine historisch erstmalige Situation hat sich mit der demographischen Entwicklung der Bevölkerung in den westlichen Industrienationen eingestellt. Die Alterspyramide ist in Deutschland auf den Kopf gestellt. In wenigen Jahren werden fast 40 % der Bevölkerung älter als 60 Jahre sein. Die durchschnittliche Lebenserwartung hat sich in den letzten 100 Jahren mehr als verdoppelt. Wie andere Länder, so ist auch die Bundesrepublik Deutschland eine Gesellschaft des langen Lebens geworden.

Die Erwerbsquoten wie auch Zahlen über Frühinvalidität und Arbeitslosigkeit sowie Behinderung weisen darauf hin, daß Altern/das Älterwerden und Erwerbstätigkeit in den marktförmigen Industriegesellschaften schwer miteinander in Einklang zu bringen sind. Wissensmäßig wie auch technologisch stehen uns

Möglichkeiten der menschengerechten und sozialverträglichen Arbeitsgestaltung zur Verfügung. Es gibt also Optionen für eine altersgerechte und humane Gestaltung der Arbeitsanforderungen im Lebenslauf. Dennoch wird in Betrieben ein Ausgrenzen von Älteren und Leistungsgeminderten und weniger eine Politik der Arbeitsplatzgestaltung in Verbindung mit Laufbahnpolitik betrieben.

Die Debatte um die Funktionsfähigkeit der sozial- und gesundheitspolitischen Instrumente ist in der Bundesrepublik Deutschland stark entfacht. Es geht darum, die Instrumente neu zu definieren und eine neue Praxis zu etablieren. Diese Debatte und Reformbemühungen speisen sich nicht nur aus der demografischen Entwicklung und der prekären Arbeitsmarktsituation, sondern außerdem aus der Krise der Medizin. Die prekäre Arbeitsmarktsituation ist insofern von Bedeutung, als das Finanzaufkommen für die Institutionen der sozialen Sicherung und hier insbesondere für die Gesetzliche Krankenversicherung an das Lohnaufkommen der abhängig Erwerbstätigen gebunden ist. Sinkt die Zahl der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, sinken die Reallohnneinkommen, dann gehen auch die Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung zurück. Es tut sich eine Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben auf. Die staatlichen Politiken der letzten Jahren zielen genau darauf, diese Schere zu schließen. Die Krise der Medizin spielt insofern eine Rolle bei den Auseinandersetzungen um die Reform der Gesundheitspolitik, als die Gesundheitsleistungen in ihren theoretischen wie praktischen Konzepten an die klinische Medizin gebunden sind. In der klinischen Medizin herrscht ein biomedizinisches Verständnis von Krankheitsepisoden. Es dominieren die Verständnisse und Konzepte der Akutmedizin. Wie die Medizin generell, so sind die medizinisch-ärztlichen Leistungen unter Legitimationsdruck gekommen, insbesondere wirken die Kalküle der Ökonomie druckerzeugend. Gesundheitsleistungen müssen ihre Effektivität und Effizienz belegen und damit den Nutzen der Allokation von Ressourcen wie Geld und Personal offenlegen.

Eine Gesellschaft mit langem Leben und die Verschärfung der sozialen, organisatorischen und technischen Rationalisierungen der Erwerbsarbeit hat neue Konzeptionen sozialstaatlichen und gesundheitspolitischen Umgangs bei der Aufrechterhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit als Fähigkeit zur gesellschaftlichen Teilhabe im Lebensverlauf zu entwickeln. Medizinische Kuration bzw. medizinisch-klinische Rehabilitation wirken nicht mehr hinreichend, um die wachsende Schere beim Älterwerden zwischen Leistungsfähigkeit und Leistungsanforderung zu schließen. Neue Konzeptionen von Prävention und Gesundheitsförderung wurden entwickelt und in ihren strategischen Orientierungen auf den Lebensverlauf wie auch auf die Erwerbskarriere bezogen.

Die bisherigen sozialstaatlichen Regulierungen sind auf Episoden und nicht auf dauerhafte Phasen von Krankheit, Arbeitslosigkeit, Armut ausgerichtet. In ihrer Bearbeitung sind sie hoch fragmentiert bei verschiedenen Institutionen angesiedelt sowie auf kurzfristige Perspektiven abgestellt. Eine Redefinition der sozialstaatlichen Gesundheitsleistungen setzt also eine Umorientierung bei den Steuerungskonzepten, Regelungsmechanismen wie auch bei den normativen

Orientierungen voraus. Eine solche Modernisierung von Gesundheitspolitik wurde in den letzten Jahren begonnen. Eine gewisse Paradigmaverschiebung läßt sich in der sozial- und gesundheitspolitischen Programmatik erkennen. Dies bedeutet statt alleiniger Fixierung auf Krankheit eine neue aufkommende Orientierung auf Gesundheit und Gesundheitsförderung. Dies meint weiterhin statt kurzzyklische Zeitperspektiven einzunehmen, eine Ausrichtung auf Stabilisierung und Organisation von langfristigen Lebensphasen bzw. auf einen gelungenen Lebensverlauf. Es wird als notwendig angesehen, um bürokratische Risikofaktoren als Folge von schlechtem case- bzw. diseases management und die niedrige Compliance bzw. mangelnde Mitwirkung der Versicherten bzw. Bürger zu vermeiden, stärker die Deutungen der Sozial- und Arbeitsbürgerinnen und -bürger über den Eigensinn ihres Lebenslaufs zu beachten. Nicht das Verständnis von Klient und Patient als passives "Objekt" soll die Sicht- und Handlungsweise bestimmen. Statt dessen ist gefragt, daß sich die Leistungen der Krankenkasse und des Medizinsystems auf den sozialen Status des Bürgers mit seinen Bedarfen nach Information, Aufklärung, Sinngebung und Teilhabe beziehen. Nicht hoheitlich paternalistisch-bürokratisch, sondern demokratisch-partizipativ und zivil soll der sozialstaatliche Umgang organisiert sein. Welche Entwicklungen diese Reformorientierungen in der Bundesrepublik Deutschland genommen haben, soll nachfolgend für die Gesetzliche Krankenversicherung beschrieben werden.

3. Gesundheitspolitisches Selbstverständnis in der Gesetzlichen Krankenversicherung und Lebenslauf

In den letzten Jahren haben aufgrund der oben genannten Gründe in der Bundesrepublik Deutschland eine Reihe von Gesetzen eine Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung in Gang gesetzt. Kassen müssen wegen der Wahlfreiheit nun um Mitglieder werben. Sie stehen somit unter einem erhöhten ökonomischen Druck. Die Position der Kassen gegenüber dem Medizinsystem wurde deutlich gestärkt. Sie können Kosten und Nutzen im System evaluieren bzw. Leistungen budgetieren und auf die inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltungen der medizinisch-ärztlichen Leistungen Einfluß nehmen. Die Frage ist, ob die Kassen die neue rechtliche Möglichkeit sehen und strategisch nutzen und ob die bisher implizite Steuerung und Regulierung von Lebensverläufen durch die Gesetzliche Krankenversicherung stärker zu einer expliziten Politik geworden ist. Der Wandel dieses Verständnisses wird in dem Slogan der Krankenkassen zum Ausdruck gebracht, wenn es heißt: „vom Verwalten zum Gestalten“. Als ein Indikator dafür, daß die Gesetzliche Krankenversicherung auf dem Weg der Modernisierung ist, stehen Aktivitäten und Modellprojekte sowie organisatorische Wandlungen, die die Dienstleistungsfunktion der Kasse für die Bürgerinnen und Bürger betonen. Gesundheitsmanagement im breiten Verständnis wird programmatisch als eine neue Orientierung dargestellt. Die Gesetzliche Krankenversicherung reagiert damit auch auf die gewandelten Ansprüche und Wertorientierungen von Bürgerinnen und Bürgern, was sich in einem gewachsenen Gesundheits- wie auch Autonomiebewußtsein ausdrückt.

Ebenso hat sich das Funktionsverständnis der Gesetzlichen Krankenversicherung zum Medizinsystem gewandelt. Die Krankenkassen begreifen sich nicht mehr nur als die Financiers von medizinisch-ärztlichen Leistungen, sondern sie nehmen Einfluß auf Qualität medizinisch-ärztlicher Leistungen, sie beanspruchen ein Management bezogen auf Patientenkarrieren (case- und disease management). Gerade die neuen Steuerungskonzepte beziehen sich auf die kutive Medizin im ambulanten wie stationären Bereich und auf Prävention und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt und in verschiedenen Sektoren der Lebenswelt.

Die Kategorie des „gate-keepers“, die Funktion von Organisationen und Entscheidungsträgern, die einen Zugang zu bestimmten Statuspassagen und Gratifikationen bewilligen oder verwehren, ist inzwischen eine Standard-Kategorie der Lebenslaufforschung. Diese Funktion von Institutionen und Entscheidungsträgern läßt sich ergänzen um die des „Lotsen“, der über Vor- und Nachteile alternativer Pfade des Lebenslaufs aufklärt oder berät und teilweise auch in Bahnen zu lenken versucht, die gesellschaftlich oder institutionell eher erwünscht sind als andere. Bekannt ist diese Lotsenfunktion bei Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (Marstedt, Mergner 1993, Müller 1997) und bei der Berufsberatung für Schulabsolventen.

In der Gesetzlichen Krankenversicherung waren bis vor kurzem Gesundheitsförderung und -erziehung als Versuch zu bewerten, die Negativkarriere des chronisch Kranken mit den unerwünschten Statuseinmündungen Frühverrentung, Schwerbehinderung, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und auch bereits im Vorfeld dieser „Karriere“ ökonomisch unerwünschte Nebeneffekte einzugrenzen. 1997 wurde diese Möglichkeit zur Gesundheitsförderung durch die Gesetzliche Krankenversicherung auf solche Maßnahmen in der Arbeitswelt beschränkt. Nach dieser Änderung (§ 20 SGB V) sind jetzt andere Maßnahmen der Kassen zu beobachten, die nunmehr eine Umlenkung von Patientenströmen avisieren, die Anreize setzen zur Inanspruchnahme „alternativer“ und „sprechender“ Medizin. Dies ist wohl Lebenslaufpolitik in einem sehr unmittelbaren Sinne und hinausgehend über eine Regelung von zeitlichen und materiellen Rahmenbedingungen. Zwar gibt es keine Direktiven, insofern hat das Individuum Wahlmöglichkeiten, gleichwohl werden inhaltlich recht präzise Vorgaben gemacht, in welche Richtung denn perspektivische Aspekte des Alltagsverhaltens und Formen der privaten Lebensführung zu verändern sind.

Grob umrissen sind in der gegenwärtigen Modellversuchslandschaft der Gesetzlichen Krankenversicherung drei Typen von Regulationsmechanismen in der Erprobung:

1. das „Hausarzt-Modell“ und daran angelehnte Konzepte, die die Stärkung des Allgemeinarztes anstelle des Facharztes als primäre Anlaufstelle für die Inanspruchnahme von medizinisch-ärztlichen Leistungen (gate-keeper) aufwerten soll

2. das Modell „vernetzte Praxen“ und vergleichbare Projekte, in denen es um bessere Kooperation von niedergelassenen ambulant tätigen Ärzten bei Patienten geht sowie um einfachere Zugangsformen zur medizinischen Versorgung bei z.B. Notfällen und um die Vermeidung von unnötiger Doppeldiagnostik
3. besondere Therapien und alternative Heilverfahren, bei denen bereits seit längerem bestehende und zunehmend populärere Außenseitermethoden unter bestimmten Voraussetzungen in die Leistungspalette der Kassen aufgenommen werden (Schulz, Niedermeier, Veghte, Kahrs 1998).

Darüber hinaus finden sich noch einzelne Merkmale wie z.B. ärztliche Qualitätszirkel, Vergütungsregelungen, Nutzung moderner Kommunikationsmittel, die in einzelnen Modellversuche ganz oder z.T. integriert sind.

Versucht man, die bislang skizzierten Elemente eines veränderten Selbst- und Funktionsverständnisses in der Gesetzlichen Krankenversicherung und daraus abgeleitete Handlungsstrategien noch einmal allgemeiner zu kennzeichnen, so sind folgende Merkmale hervorzuheben:

- Hinauswachsen über die Rolle des „Kostenträgers“ hin zu einer Institution, die Einfluß nicht nur auf die Finanzierung, sondern auch auf den Inhalt oder die Qualität von Leistungen nimmt (Verbraucherschutzfunktion).
- Wachsende Kritik am Medizinsystem. Beispiel ist hier ein gestiegenes Interesse an den sogenannten „alternativen“ Heilmethoden sowie Stärkung des Haus- bzw. Allgemeinarztes im Sinne einer „sprechenden“ Medizin als Gegenorientierung zur High Tec-Medizin.
- Einbeziehung von gruppen- und bevölkerungsbezogenen Sichtweisen und Handlungsstrategien auf der Basis der Auswertung der Routinedaten der Krankenversicherung. Hier sind die Projekte und Konzepte zur Gesundheitsberichterstattung und zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu nennen.
- Wahrnehmung des gesellschaftlichen Strukturwandels und der damit einhergehenden veränderten gesundheitlichen Risiko- und Problemlagen. Beispiel ist hierfür die zunehmende Praxis der Information und Beratung von Versicherten (Marstedt 1998).
- Stärkere Einbeziehung von „Alltagsmilieus“ der Versicherten. Beispiel hierfür sind Medien und Materialien, die sich an Schulen, Sportvereine und Betriebe sowie an Selbsthilfegruppen wenden.
- Wahrnehmung des Versicherten als selbstbewußten gegenüber mehr auf Dienstleistungsqualität Wert legt. Beispiele hierfür sind Informations- und

Beratungsangebote und die Präsenz der Krankenkassen in den Medien sowie eine Reorganisation der Arbeitsabläufe und der Zuständigkeiten in der Organisation.

- Verstärkte Wahrnehmung ökonomischer Kontrollen einschließlich der Qualitätssicherung gegenüber den medizinisch-ärztlichen Leistungen. Beispiele hierfür sind Projekte im stationären wie auch im ambulanten Bereich.

All die angesprochenen Merkmale stehen eher für einen Trend, doch spricht vieles dafür, daß die Krankenkassen zu einem verstärkten gesundheitspolitischen Engagement übergehen, auch im Sinne einer Steuerung von Risikolagen im Erwerbsverlauf.

Die neuen Steuerungskonzepte und Regulationsformen der Krankenkassen lassen sich unter zwei Aspekten beschreiben, die es rechtfertigen, von einer stärkeren expliziten Lebenslaufpolitik der Krankenkassen zu sprechen, insofern als eine Einflußnahme auf gesundheits- und krankheitsbezogene Handlungsroutinen und Bewältigungsmuster von Versicherten wie auch von professionellen Einrichtungen einschließlich Betriebe vorgenommen wird. Erstens bemühen sich die Krankenkassen um eine zielgerichtete Identifikation von Risikogruppen auf der Basis ihrer Routinedaten. Sie sind in ihren Angeboten problemorientierter. Zweitens versuchen sie, direkt oder indirekt Einfluß zu nehmen auf die bislang in medizinischer Hinsicht wenig effizienten Muster der Krankheitsverarbeitung und der Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistung. Insbesondere stehen hier im Vordergrund Einflußnahmen auf Chronifizierungsprozesse von Krankheit, die durch komplexe Maßnahmen wie auch durch verbesserte Versorgung im Sinne einer Handlungskette (case management) angegangen werden. Die Frage ist, ob die Krankenkassen die bisherige eher implizite Lebenslaufregulation zukünftig systematischer und strategischer explizit zu einem zentralen und wichtigen Ausgangspunkt ihrer Aktivitäten machen werden.

Literatur

Beck, U.: Risikogesellschaft auf dem Weg in eine andere Moderne, Frankfurt a.M. 1986

Kaufmann, F.-X.: Steuerung wohlfahrtsstaatlicher Abläufe durch Recht, in: Grimm, D., Maihofer, W. (Hg.): Gesetzgebungstheorie und Rechtspolitik. Jahrbuch für Rechtssoziologie und Rechtstheorie, Band. 13, Opladen 1988, S. 65-108

Labisch, A.: Homo hygienicus: Gesundheit und Medizin in der Neuzeit, Frankfurt/M/New York 1992

Leibfried, St.; Leisering, L. u.a.: Zeit der Armut, Frankfurt am Main 1995

Leisering, L.: Individualisierung und „sekundäre Institutionen“ - Der Sozialstaat als Voraussetzung des modernen Individuums, in: Beck, U., Sopp, P. (Hg.): Individualisierung und Integration - Neue Konfliktlinien und neuer Integrationsmodus?, Opladen 1997, S. 143-159

Marstedt, G.: Sozialstaatliche Steuerung von Erwerbsverläufen durch Prävention und Rehabilitation - Zur Veränderung von Handlungsstrategien in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Heinz, W. u.a. (Hg.): Wer prägt Berufsverläufe? Lebenslaufdynamik und Institutionenpolitik, Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg 1998, S. 229-243

Marstedt, G.; Mergner, U.: Chronische Krankheit und Rehabilitation: Zur institutionellen Regulierung von Statuspassagen, in: Leisering, L. u.a. (Hg.): Moderne Lebensläufe im Wandel. Status passages and the life course, Band 4, Weinheim 1993, S. 221-248

Müller, R.: Rehabilitation als Gesundheitsförderung im Lebensverlauf, in: Delmenhorst (Hg.): Patient „Reha“ 1997, S. 207-226

Schulz, Th.; Niedermeier, R.; Veghte, B.; Kahrs, M.: Alternative Medizin im Gesundheitssystem, in: Marstedt, G., Müller, R. (Hg.): Gesellschaftlicher Strukturwandel als Herausforderung der Gesundheitswissenschaften, Bremerhaven 1998, S. 222-244

Schmidt, M.G.: Sozialpolitik in Deutschland, historische Entwicklung und internationaler Vergleich, 2. Auflage, Opladen 1998, S. 278