

**Gerd Marstedt, Dietrich Milles, Rainer Müller: Eine neue Wohlfahrtskultur? Lebenslaufpolitik und Risikobearbeitung in der Sozialversicherung, in: Leisering, L.; Müller, R.; Schumann, K.F. (Hg.): Institutionen und Lebensläufe im Wandel, Weinheim und München 2001, S. 91-118**

Empirische Befunde und ihre wissenschaftliche Deutung verweisen in den letzten Jahren aus unterschiedlicher Perspektive auf einen tiefgreifenden Wandel in verschiedenen Handlungsfeldern und Institutionen des Wohlfahrtsstaats. Vor allem für die Krankenversicherung wird ein organisatorischer Wandel "vom Verwaltungsapparat zum Dienstleistungsunternehmen" diskutiert (Oppen 1991). Konkreter wird nach einem möglichen Funktionswandel der GKV und einer neuen Arbeitsteilung innerhalb sozialstaatlicher Einrichtungen gefragt: "Krankenkassen — die künftige Verbraucherschutzorganisation in Gesundheitsfragen?" (Marstedt 1998). Im Bereich der kommunalen Verwaltung wird die Förderung freiwilligen sozialen Engagements zu einem neuen Entwicklungspfad: "Von der traditionellen Sozialpolitik zur neuen Wohlfahrtskultur?" (Heinze u.a. 1992). Eine Untersuchung der Rentenversicherung konstatiert eine "Transformation der Sozialpolitik vom Sozialstaat zum Sicherungsstaat" (Nullmeier, Rü) 1993). Und in den Reformen der Arbeitsmarktpolitik wird ein Wandel "vom fürsorgenden Wohlfahrtsstaat zum kooperativen Sozialstaat" (Schmid 1996) erkannt. Lediglich die Unfallversicherung bleibt „insgesamt gesehen nach wie vor in ruhigerem Fahrwasser“ (Kranig 1999).

Zugleich wird im übergreifenden Blick der Übergang von der Industriegesellschaft in die Risikogesellschaft, von der Modernen zur „Modernisierung der Moderne“ oder von nationalstaatlichen verkrusteten Politiksystemen zu einer „Repolitisierung der Politik“ (Beck, Hajer, Kesselring 1999) angenommen. Im sozialen Wandel haben die Institutionen sozialer Sicherung in Deutschland bisher eine stabilisierende Rolle gespielt. So wird in historischer Perspektive der „erzielte Fortschritt an Sicherheit der Lebensführung“, die „hinreichende Stütze friedlicher Arbeitsbeziehungen“ nebst entsprechender politischer Stabilität und Berechenbarkeit, schließlich die Problemlösungskapazität der deutschen Sozialpolitik hervorgehoben. (ZeS 1998). Mit der erfolgreichen Stabilisierung geht jedoch in der Auseinandersetzung mit Aspekten von Sozialdisziplinierung oder Stärkung bürgerlicher Autonomie eine „weitgehend unreflektierte Zwiespältigkeit zwischen Fortschrittsbezug und Modernisierungskritik“ (Schuck 1999, 59) einher. So fragt sich, ob der gesetzlichen Sozialversicherung, dem Kernstück der deutschen Sozialpolitik, weiterhin eine von eingetretenen Krankheitsfällen aus konstruierte, flankierende Bedeutung in den tiefgreifenden Wandlungen des Wohlfahrtsstaates zukommt.

Das „sozialstaatliche Lückenbüßer- und Kompensationsarrangement“ (Offe 1986, 128; Huf 1998, 18) ist allerdings nur ein Teil der Geschichte und zwar derjenige, der auf Armenpolitik rekurriert. In einem wesentlichen, oft übersehenen Teil war deutsche Sozialpolitik im Aufbau der Arbeiterversicherung auch ein industiekapitalistisches Förderungsprogramm. Dieses richtete sich zum einen gegen das Absinken betroffener Arbeitnehmer in die Abhängigkeit und den damit verbundenen Verlust bürgerlicher Autonomie. Zum anderen steuerte das Programm die industriegesellschaftlich verschuldeten oder doch mit der industriellen Entwicklung zumindest in Kauf zu nehmenden gesundheitlichen Risiken. So wurde im „Staat des

Eigenthumsrechts“ schließlich die „Arbeitskraft als ein Eigenthum mit voller Berechtigung“ und „in der physischen Arbeitskraft, d.h. in der Gesundheit, das Eigenthumsrecht jedes seiner Mitbürger“ (Salomon Neumann 1846; zit. Tennstedt 1983, 99) anerkannt. Diese Inklusion der Arbeiter orientierte auf produktive Arbeit, auf eine Arbeitsfähigkeit, die nach dem bedeutendsten Physiologen des 19. Jahrhunderts, Hermann Helmholtz (1821-1894), in ihrem gesellschaftlichen Nutzwert wie eine Maschine berechnet werden kann. Soziale Sicherung zielte darauf, die Maschinen, wenn nötig, zu warten, zu reparieren und wieder in Schwung zu bringen. Die „Überbrückungsfunktion“ der Sozialversicherungsleistungen (Behrens 1997; Milles 2000) bestand also nicht in einfachen armenpolitischen Auffangleistungen, sondern in einer Ausrichtung auf industriegesellschaftliche Produktivität, auf wirtschaftliches Wachstum.

Wenn daher im Rückblick auf die deutsche Arbeiterversicherung eine Fortentwicklung traditioneller Ordnungs- und Schutzgedanken hervorgehoben wird, wonach es dem Staat oblag, „denen zu helfen, die in Not geraten waren“ (M. G. Schmidt 1998, 23), dann wird die historische Qualität der deutschen Sozialversicherung nicht ausreichend erfasst. Diese Qualität der Arbeiterversicherung ging darüber hinaus, einer größeren Anzahl der Bevölkerung „einen reichsweiten, dauerhaften, durch Rechtsansprüche gesicherten, effektiveren Schutz gegen Risiken des Einkommensausfalls“ (ebd., 24) zu gewähren. Denn dies wäre durchaus in Fortschreibung vorhandener Instrumente der Armenpolitik, ergänzt durch privatwirtschaftliche Versicherungen möglich gewesen. Das eigentliche Konstruktionsmerkmal der deutschen Sozialversicherung bestand in dem Wechselspiel zwischen grundlegender Unfallversicherung und flankierender Krankenversicherung. Während die Unfallversicherung durch industrielle Entwicklung verursachte Gesundheitsschäden aufgriff, bearbeitete die Krankenversicherung nachfolgend industriegesellschaftlich zugemutete Gesundheitsrisiken. Bis heute wird leicht übersehen, dass die deutsche Arbeiterversicherung in den tatsächlichen Konstruktionsmerkmalen und Zielsetzungen von der Unfallversicherung aus aufgebaut wurde, Verursachung und Schuld industrieller Pathogenität steuern sollte und auf die Sicherung industriegesellschaftlicher Produktivität zielte (Mines 1998a).

Insofern reicht auch ein Verweis auf eine einfache Schutzfunktion nicht aus. Demnach war die Sozialpolitik des Kaiserreiches „ferner vom Gedanken der nachträglichen Sicherung und der Abwehr arbeits- und produktionsbezogener Prävention, wie vor allem die Willensbildung zum Unfallversicherungsgesetz zeigte“ (Schmidt 1998, 250, durchdrungen). Dass Bismarck auf eine „nachträgliche Bekämpfung von Schadensfällen“ (ebd., 26) setzte, weil er „keine künstliche Beschränkung im Fabrikbetrieb“ und entsprechende präventive Arbeiterschutzpolitik wollte, war zu dieser Zeit eine Mischung aus freisetzendem Recht und obrigkeitlicher Rahmung, der für das Deutsche Reich typischen Risikobearbeitung. So greift eine gesamte Würdigung zu kurz, in der „die Sozialgesetzgebung in Deutschland der 1880er Jahre als die Reaktion der Politik auf soziales Elend“ (ebd., 29) gedeutet wird.

Wenn die Pfadabhängigkeit der deutschen Sozialversicherung zu Recht betont und auf der anderen Seite seit längerem kritisiert wird, dass „der Rückstand der

deutschen Sozialpolitik ... in einem naiv traditionalen Verhältnis zu sich selbst" besteht (v. Ferber 1967, 100, so müssen die Reformoptionen im Hinblick auf den historisch gewachsenen Funktionswert der Sozialpolitik geprüft und konkretisiert werden. Die Frage nach einer „neuen“ Wohlfahrtskultur könnte dann durch eine Reaktivierung historischer Starken beantwortet werden.

## 1. Veränderungen in der GKV

### 1.1 *Krankenversicherung und Lebenslauf*

Wie wohl für keine andere sozialstaatliche Institution in Deutschland gilt der Aphorismus "from cradle to grave" (Beveridge) in einer so wörtlichen Weise wie für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Genau genommen setzt ihre Zuständigkeit schon mit vorgeburtlichen Untersuchungen oder gar mit medizinischen Behandlungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft ein, ihre Leistungen begleiten uns weiter durch Kindheit, Erwerbsarbeits- und Familienphasen, durch das Rentenalter bis hin zum Tod mit dem abschließend fälligen Sterbegeld.

Trotz dieser Allgegenwärtigkeit wirkt die Krankenversicherung nicht in der gleichen Weise lebenslaufstrukturierend wie die Institutionen Bildung oder Alterssicherung, durch die erst die großen Lebensphasen Kindheit/Jugend, Erwerbsalter und Ruhestand geschaffen wurden. Vielmehr tritt sie als Institution der sozialen Risikobearbeitung im Falle gesundheitlicher Beschwerden zu nicht vorhersehbaren Zeitpunkten und temporär in Erscheinung. Sie fängt krankheitsbedingte Diskontinuitäten im Lebensverlauf auf und sichert in diesem Sinne individuelle Lebenschancen und Lebensqualität (vgl. Leibfried et. al. 1995, 23-44). In ihrer historischen Konstruktion 1883 zielte sie auf Sicherungen gegen Armut bei Erwerbsunfähigkeit und Rückführung in die Erwerbsarbeit, war also auf die Lebensphase der Erwerbsarbeit und hier vor allem auf die späteren Lebensjahre ausgerichtet. Insofern wurde sie 1889 durch die Alters- und Invaliditätsversicherung ergänzt (Kaschke 1999, 2000).

Von anderen Institutionen sozialer Risikobearbeitung, wie der Arbeitslosen- und Unfallversicherung, der Sozialhilfe und Sozialarbeit, unterscheidet sich die Krankenversicherung in vieler Hinsicht. Sie ist keine einheitliche Einrichtung, sondern setzt sich aus einem gegliederten System unterschiedlicher Kassenarten und regionalen Untergliederungen zusammen. Bei bestehender Versicherungspflicht existieren inzwischen auf alle Versicherten ausgeweitete individuelle Wahlmöglichkeiten und damit ein Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um Mitglieder. Finanziert durch Beiträge aus dem Erwerbseinkommen bemessen sich Krankenversicherungsleistungen nicht nach zuvor erworbenen Ansprüchen, sondern (mit Ausnahme des Krankengeldes) nach dem Bedarfsprinzip. Leistungsansprüche haben auch die beitragsfrei mitversicherten Familienmitglieder. Etwa 90% der Bevölkerung genießen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz. Statt Geldleistungen stehen in der GKV Sachleistungen zur Verhütung und Behandlung von Krankheiten aus einem gesetzlich festgelegten Leistungskatalog im Mittelpunkt. Diese Hilfen werden ganz überwiegend nicht innerhalb der GKV, sondern extern im

medizinischen Versorgungssystem erbracht. In diesem System mit seinen eigenen Professionslogiken entscheidet sich in – keineswegs gleichberechtigter - Interaktion zwischen medizinischen Experten und Patienten, welche Leistungen individuell in Anspruch genommen werden. Gleichwohl gab und gibt es für die Krankenkassen Handlungsfelder, die über ihre auf die bloße Administration und Finanzierung medizinischer Leistungen fokussierte Funktion hinausgehen und ihnen Ermessens- und Gestaltungsspielräume in der Regulierung gesundheitlicher Risikolagen eröffnen.

Die Frage, wie die Steuerung von Lebensverläufen durch eine Institution der sozialen Risikobearbeitung erfolgt bzw. wie sich eine solche Lebenslaufpolitik verändert, lässt sich auf verschiedenen Ebenen untersuchen: zunächst als staatliche Sozialpolitik, die in Form von Gesetzen, Verordnungen etc. Lebensläufe strukturiert (z.B. Renten-, Gesundheits-, Arbeitsförderungsgesetze), darüber hinaus als institutionelle Steuerung von Lebensläufen, insofern als die staatlichen Rahmungen und Normen erst über sozialstaatliche Organisationen (z.B. Krankenkassen, Sozialämter), aber auch andere Einrichtungen (z.B. Medizinsystem, Betriebe) ausgefüllt und wirksam werden und schließlich aus der Perspektive individuellen oder biographischen Handelns im institutionellen Kontext (z.B. Gesundheitsverhalten, die Wahl spezifischer Versorgungsoptionen).

Wir konzentrieren uns im folgenden auf die institutionelle Regulierung gesundheitlicher Risikolagen durch die Gesetzliche Krankenversicherung im Zeitraum etwa der letzten Dekade. Auf deren staatliche Rahmung durch mehrfache Änderungen der Gesundheitsgesetzgebung in diesem Zeitraum soll hier nicht eingegangen werden, ebenso wie wir auf eine Darstellung der individuellen gesundheitlichen Handlungsstrategien im institutionellen Kontext verzichten.

## *1.2. Der Wandel institutioneller Regulationsmuster und die Lebenslaufpolitik von Krankenkassen*

Gesetzliche Vorgaben für verbindliche und mögliche Leistungen innerhalb der GKV, ihre interne Organisation und Kriterien der Leistungsvergabe sind seit den 50er Jahren in weitreichend verändert worden (vgl. etwa Deppe 1987; Niedermeier 2000). Dies berührte in erheblichem Umfang auch funktionale Zuständigkeiten der Krankenkassen. So verloren die Kassen mit dem Gesetz über das Kassenarztrecht, das der Ärzteschaft 1955 den Sicherstellungsauftrag für die medizinische Versorgung zuwies, auch die Möglichkeit zur Unterhaltung eigener Versorgungseinrichtungen, die sie bis dahin im Rahmen kasseneigener Ambulatorien zumindest begrenzt wahrgenommen hatten. Letzte Rudimente, etwa in Form der Sehbrillenabgabe, wurden 1980 abgeschafft (Hansen u.a. 1981, 549ff). Mit dem Krankenhaus-Finanzierungsgesetz wurden 1972 Krankenkassen auch Leistungsträger für stationäre Behandlungen, im Jahre 1974 wurden sie auch als Träger von Rehabilitationsmaßnahmen anerkannt. Das Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz (1977) reduzierte den Umfang gesetzlicher Leistungen zur medizinischen Versorgung nicht unerheblich (Streichung von Bagatell-Arzneimitteln, Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln und Zahnersatz). Mit dem

Gesundheitsreformgesetz von 1988 wurde dieses Sparkonzept weiter vorangetrieben, zugleich erhielten Kassen aber auch neue Aufgabenzuständigkeiten: für häusliche Pflege, Früherkennung und Gesundheitsförderung. Das Gesundheitsstrukturgesetz (1992) verordnete eine sektorale Budgetierung der Leistungsausgaben, leitete eine Organisationsreform der Kassen ein und brachte mit Einführung der Kassenwahlfreiheit auch für Arbeiter in verschärftem Maße Wettbewerbselemente zwischen einzelnen Kassen mit sich. Schließlich wurde mit dem Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit 1994 ein neuer Zweig der Sozialen Sicherung etabliert und in die Verwaltungshoheit der GKV überwiesen.

Trotz der Vielzahl von Gesetzesnovellierungen für die GKV im Nachkriegs-Deutschland ist bilanzierend festzustellen, dass in der Krankenversicherung über mehrere Jahrzehnte hinweg (bis Ende der 80er Jahre) die zentralen Prinzipien und Strategien des Risikomanagement in erstaunlichem Maße historisch konstant geblieben sind. Kassen waren in diesem Zeitraum Verwaltungseinrichtungen, die ganz überwiegend befasst blieben mit der Prüfung, Dokumentation und Finanzierung von Leistungsansprüchen, die von externen Anbietern im Medizinsystem erbracht wurden. Ihr Aufgabenspektrum war bis ins Kleinste gesetzlich geregelt, ihre Klientel blieb (von Todesfällen, Berufseintritten und Betriebswechseln erwerbstätiger Mitglieder abgesehen) über Dekaden hinweg konstant, ihre Spielräume zur Entwicklung einer eigenständigen "Organisationskultur" blieben minimal.

Erst seit Ende der 80er Jahre lassen sich massive Veränderungen im Selbstverständnis von Krankenkassen und in den jeweils vorherrschenden, eigenständig gestaltbaren institutionellen Handlungsstrategien beobachten. Maßgeblich dafür erscheinen im historischen Rückblick vor allem zwei Elemente. Erstens: Mit dem im GRG formulierten (§ 20 SGB V) Präventionsauftrag zur Gesundheitsförderung erhielten Kassen erstmals eine partielle Autonomie über eine "Produkt- und Dienstleistungspalette" und damit die Möglichkeit zur eigenständigen Definition und Ausgestaltung gesundheitsbezogener Leistungen (Gesundheitskurse, Information, Beratung). Zweitens: Mit der im GSG dann vier Jahre später ausgeweiteten Kassenwahlfreiheit für Versicherte ergab sich für Kassen auch der Zwang zu "marktadäquaten" Strategien, zur Etablierung von Public Relations und Werbung, zur Ökonomisierung und Rationalisierung der Verwaltung. Es keimte ein Dienstleistungsverständnis auf, das sich in zunehmendem Maße auch niederschlug in den Konzepten und Strategien zur Risikobearbeitung.

Wie die folgende Tabelle 1 verdeutlicht, lässt sich dieser Wandel in der GKV auch an wesentlichen Komponenten von Lebenslaufpolitik festmachen, denen in unterschiedlichen Zeiträumen je spezifische, historisch gewandelte Zielsetzungen und Handlungsformen anhaften.

Tabelle 1: Schwerpunkte und Ziele der Lebenslaufpolitik von Krankenkassen

	bis Ende der 80er Jahre	erste Hälfte der 90er	zweite Hälfte der 90er
Zeitliche Rahmung	keine (trotz vorhandener Möglichkeiten in Bezug auf chronische Erkrankung)	Vermeidung chronischer Erkrankungen durch Verhaltensbeeinflussung	Vermeidung von Krankheitskarrieren durch Optimierung der Versorgung
Eröffnen Individueller Handlungsoptionen	keine (allenfalls: Inanspruchnahme oder Verzicht auf Versorgungsleistungen)	Vermittlung überwiegend verhaltensorientierter gesundheitsförderlicher Handlungsalternativen	erweiterte Optionen durch Beratung und Information über Risiken und alternative Versorgungsstrukturen
Relation zum Medizinsystem	Akzeptanz des status quo bei verborgener Kritik	partielle Konkurrenz: durch kassenautonome Angebote außerhalb des Versorgungssystems	Kooperation, z.T. Opposition: Mit- und Umgestaltung von Versorgungsstrukturen
Struktur der Risikobearbeitung	ad-hoc	strukturell: individuelles Verhalten	strukturell: medizinische Versorgungsstrukturen und Individuelle Kompetenzen
Schwerpunkte der Risikobearbeitung	Lösung individueller und institutioneller "Problemfälle"	Ausweitung von Prävention	Optimierung der Kuration
Wahrnehmung des Versicherten	Antragsteller	Kassenmitglied	Kunde und Konsument gesundheitsbezogener Dienstleistungen
relevante und partiell autonome Handlungsfelder	Rehabilitation, "Soziale Dienste"	Gesundheitsförderung, präventionsorientierte Information und Beratung, Evaluation von Versicherteninteressen (Umfragen)	Case Management, Kooperation mit zwischen Ärzten, alternative Heilmethoden, medizinisch umfassende Versichertenberatung (Call-Center)
Kassenfunktion im Lebenslauf	reaktives gate-keeping	verhaltensmodifizierende "Erzieher"-Funktion	strukturinnovative "Lotsen"-Funktion

Hinsichtlich der zeitlichen Rahmung von Lebenslaufetappen ist eine Veränderung des institutionellen Umgangs mit der Risikolage chronische Erkrankung zu verzeichnen. Ende der 80er Jahre bestanden erhebliche Möglichkeiten, durch eine aktive Reha-Politik die Folgen chronischer Erkrankung (wie etwa Invalidität oder Pflegebedürftigkeit) positiv zu beeinflussen, zumindest aber zeitlich hinauszuzögern. Solche Strategien wurden trotz bestehender Freiräume nicht systematisch verfolgt. Im Kontext von Gesundheitsförderung und ambulanten Versorgungsmodellen finden dagegen zeitlich langfristige Verläufe von Krankheiten und deren biographische Dimension zunehmend Beachtung. Während zunächst im Handlungsfeld Gesundheitsförderung versucht wurde, auf der Ebene individueller

Verhaltensbeeinflussung chronische Erkrankungen überhaupt zu vermeiden, trat diese sehr weitreichende und langfristige Zielsetzung (durch gesetzliche Einschränkungen) später wieder in den Hintergrund. Die Beeinflussung unerwünschter Sekundareffekte und Krankheits-"Karrieren" durch Versorgungsmanagement gewann dagegen als mittelfristige Zielsetzung an Bedeutung. Konkrete Beispiele hierfür sind etwa case- und disease-management, aber auch die frühzeitige Identifikation von Risikogruppen für chronische Erkrankungen durch Routine- oder Befragungsdaten und entsprechende Präventionsmaßnahmen.

Was die Ausweitung individueller Optionen zur Gestaltung konkreter Lebensphasen betrifft, zeigt sich, dass noch zu Beginn der 90er Jahre die Chance, zielgruppenspezifische Versorgungsoptionen zur Rehabilitation anzubieten, nicht genutzt wurde. Dagegen können die späteren Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zumindest als Angebot gesundheitsförderlicher Handlungsalternativen verstanden werden. Im Rahmen ambulanter Versorgungsmodelle werden den Individuen schließlich neben der traditionellen Versorgung Optionen eröffnet, etwa die Nutzung alternativmedizinischer Angebote, eine Versorgung in Arztnetzwerken oder speziellen Versorgungsketten. Mit solchen Optionen verbunden ist eine Steuerung der Inanspruchnahme in neue oder alternative Pfade der Risikobearbeitung zu beobachten. Hierunter verstehen wir insbesondere ein anfänglich durch Aufklärung und Beratung, später auch durch materielle Anreize gekennzeichnetes "Lotsen" der Individuen durch die Institutionen des Gesundheitswesens, insbesondere in Richtung neuer Versorgungsstrukturen.

Gewandelt hat sich schließlich auch das institutionelle Arrangement zwischen Krankenkassen und Medizinsystem in den untersuchten Handlungsfeldern. Trotz latenter und nur sehr zaghaft artikulierter Kritik an der Medizin war Ende der 80er Jahre die alleinige Kompetenz und Zuständigkeit der Ärzteschaft für die Gestaltung der Versorgungsstrukturen unhinterfragt. Im Handlungsfeld "Gesundheitsförderung" versuchte die GKV kurze Zeit später (nach §20 SGB V), eigene präventive Angebote neben dem kurativ orientierten Medizinsystem zu etablieren. Der Ende der 90er Jahre in nahezu allen Verbänden artikulierte Anspruch, auf Inhalte, Qualität und Strukturen der Leistungserbringung innerhalb des Medizinsystems Einfluss zu nehmen, drückt eine deutlich veränderte Relation zwischen den Institutionen GKV und Medizin aus und spiegelt eine tendenzielle Machtverschiebung wider. Durch die GKV-Gesundheitsreform 2000, insbesondere durch die Möglichkeit von Direktverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern und die Schwächung der Vetomacht von Kassenärztlichen Vereinigungen, dürfte diese Entwicklung weitere Impulse erfahren.

Strukturen und Schwerpunkte des Risikomanagement haben sich von ad-hoc-Maßnahmen und einzelfallorientierten Lösungen (im Vordergrund standen individuelle "Problemfälle" oder auch Ärzte und Kliniken, deren Handlungsstrategien und Finanzierungsansprüche suspekt erschienen) zu strukturellen Konzepten verlagert. Dies betraf zunächst die Versichertenseite. Krankenkassen waren zu Beginn der 90er Jahre weithin davon überzeugt, dass Prävention sich mittel- und längerfristig auch rechnet und darüber hinaus auch als Maxime der persönlichen

Lebensführung vermitteln lässt. Gegenwärtig ist dieser Schwerpunkt kaum mehr handlungsrelevant. An seine Stelle getreten ist die Strategie einer Optimierung der Kuration - durch Innovationen im Rahmen der Versorgungsstrukturen und auch durch eine systematische Information und Beratung von Patienten.

Auch der Versicherte wird seit Ende der 80er Jahre innerhalb der GKV neu wahrgenommen. Ursprünglich trat er - aufgrund der externen Leistungserbringung durch das Medizinsystem - kaum oder nur in Ausnahmefällen als Antragsteller (Rehabilitationsmaßnahmen, Krankengeld etc.) in Erscheinung. Spätestens mit Einführung der Kassenwahlfreiheit auch für Arbeiter im GSG wurde er dann jedoch zum "Kassenmitglied" - ein Mitglied kann auch Kritik artikulieren und die Zugehörigkeit kündigen. Derzeit tonangebend - auch im kasseninternen Sprachgebrauch - ist das marktwirtschaftliche Konzept des Versicherten als "Kunde", der Dienstleistungen und "Service" der Kasse in Anspruch nimmt und in diesem Kontext auch Vergleiche zu Konkurrenzanbietern anstellt.

Zusammenfassend und unter dem Fokus einer Lebenslaufpolitik der GKV lässt sich somit hervorheben: Krankenkassen waren zu Ende der 80er Jahre im wesentlichen auf die Funktion eines "gate-keepers" beschränkt, der in begrenztem Umfang zwar auch Weichenstellungen im Lebenslauf vornimmt, dabei aber überwiegend reaktiv bleibt und lediglich den Zugang zu bestimmten Statuspassagen und Gratifikationen bewilligt oder verwehrt. In der ersten Hälfte der 90er Jahre etablierte sich in vielen Krankenkassen (und auch anderen sozialstaatlichen Einrichtungen) in zunehmendem Maße eine Lebenslaufpolitik, die vorausschauend plant und interventionistisch agiert, die über alternative Pfade des Lebenslaufs aufklärt oder berät und auch versucht, auf individuelle Entscheidungen und Verhaltenspräferenzen in Bezug auf gesundheitliche Risikolagen Einfluss zu nehmen. Im Kontext von Gesundheitsförderung und Versichertenberatung war diese Form der Lebenslaufpolitik noch sehr stark individuenbezogen, versuchte individuelle Lebensstile zu modifizieren, auf alternative Wertorientierungen und Ziele zu lenken und dafür Kompetenzen zu vermitteln. Die Funktion der Krankenkassen veränderte sich in diesem Zeitraum zu der eines interventionistisch agierenden "Erziehers" und Beraters - wenngleich ohne Sanktionsmacht und nachhaltige Anreizsysteme.

Etwa ab Mitte der 90er Jahre ist dann eine weitere Modifikation lebenslaufpolitischer Konzepte feststellbar: Kassen bieten nun im Gesundheitswesen alternative Pfade der Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen an und definieren sich selbst (auch in Anbetracht der damit geschaffenen Verhaltensalternativen und -unsicherheiten) als "Lotsen", der Versicherte und Patienten über Vor- und Nachteile unterschiedlicher Versorgungsformen informiert, teilweise aber auch über materielle Anreize die Inanspruchnahme einzelner Teilsysteme des Gesundheitswesens ("alternative Medizin", "Hausarzt") zu stärken trachtet. In zunehmendem Maße tritt dabei neben der Vergabe von Sachleistungen (Medizin) und materiellen Ressourcen (Krankengeld) auch die Stärkung individueller Ressourcen, eine Kompetenzerweiterung in Form der Beratung und Information über Gesundheitsrisiken und Alternativen der Therapie von Gesundheitsbeeinträchtigungen in den Vordergrund. Die derzeitige Ausweitung sogenannter "Call-Center" von Krankenkassen, in denen kassenbeauftragte und -

finanzierte Mediziner zu allen nur denkbaren Gesundheitsfragen und Krankheitsproblemen telefonisch Auskunft geben, macht deutlich, dass hier auf einem weiteren sozialstaatlichen Aktionsfeld tradierte institutionelle Zuständigkeiten erodieren.

Die Frage nach den Ursachen des skizzierten institutionellen Wandels lässt sich nur vordergründig mit dem Verweis auf veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen oder ökonomische Parameter beantworten. Die keimhafte Existenz innovativer Handlungsstrategien bereits vor ihrer ökonomischen Notwendigkeit oder gesetzlichen Normierung legt nahe, dass die GKV nicht nur an Strategiefähigkeit und Professionalität gewonnen (Döhler/Manow 1995, 56), sondern bereits weitergehende organisationale Lernprozesse (vgl. Wiesenthal 1995) vollzogen hat. Auch wenn die Wettbewerbssituation zum einen und die neu gewonnene Souveränität über GKV-Dienstleistungen in diesem Kontext eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen, so wird ihr Einfluss doch erst nachvollziehbar vor dem Hintergrund darüber hinausreichender soziostrukturereller Veränderungen.

Von Bedeutung sind hier zunächst Elemente gesellschaftlicher Anspruchswandels, die nicht nur vom Gesetzgeber als politische Anforderung rezipiert werden, sondern auch innerhalb der GKV als Katalysator für neue Dienstleistungsangebote wirksam werden. Dies betrifft ganz allgemein die wachsende Sensibilität gegenüber ökologischen und gesundheitlichen Risiken und auch die "Vertrauenskrise" der Schulmedizin, wie sie etwa in der steigenden Popularität "alternativer Heilverfahren" zum Ausdruck kommt. Aber auch Individualisierungsprozesse sind hier hervorzuheben und deren Effekt eines wachsenden Bedarfs an Information und Beratung in gesundheitlichen Problemsituationen im Alltag. Hinzu kommen Ansprüche des Staatsbürgers in der Dienstleistungsgesellschaft, die sich gegenüber öffentlichen Verwaltungen und Ämtern ebenso wie gegenüber Krankenkassen artikulieren und ggf. Nachdruck verschaffen - nötigenfalls mit Unterstützung der Medien, die allzu gerne Fälle von Anspruchsbevormundung, Bürokratie und Behördenwillkür aufgreifen.

Sowohl in Reaktion auf diesen Anspruchswandel als auch unter Berücksichtigung veränderter Handlungsvoraussetzungen des Wohlfahrtsstaates lassen sich parallel dazu Elemente sozialen Wandels in Form von Ansätzen zu einer neuen "Wohlfahrtskultur" beobachten, die neue Standards und Normen der Risiko- und Problembearbeitung setzen und damit den Status von Vorreitermodellen gewinnen, die auch innerhalb der GKV nicht mehr ohne weiteres (d.h. ohne Imageverluste gegenüber Versicherten) vernachlässigbar sind.

Die Elemente des neuen Selbst- und Funktionsverständnisses innerhalb der GKV sind damit Effekt eines höchst vielschichtigen, "subjektive" und "objektive" Elemente umfassenden Strukturwandels. Unmittelbare gesetzliche Vorgaben und ökonomische Imperative werden als Impulsgeber flankiert von sozialen und kulturellen Anstößen zur Veränderung tradieter Handlungsstrategien und Muster der Risikobearbeitung. In Anbetracht des sehr stark "gebremsten" Wettbewerbs in der GKV (durch die im Sozialgesetzbuch einheitlich für alle Kassen verbindlich festgelegten Leistungen) zeigt sich damit, dass nicht nur die Einführung von Marktelementen eine erhebliche

Dynamik entfalten kann für den Prozess institutionellen Wandels im deutschen Sozialstaat.

### *1.3. Neuer institutioneller Status der GKV und veränderte Regulative der Risikobearbeitung*

Auch wenn der beschriebene Modernisierungsprozess zwischen den einzelnen Kassenarten und deren regionalen Einheiten einige Ungleichzeitigkeiten aufweist, so lassen sich gegenwärtig dennoch gemeinsame Entwicklungen benennen, die weniger Endpunkte von Veränderung sind, sondern sehr viel eher Dynamiken kennzeichnen, die sich zukünftig quantitativ und qualitativ in noch prägnanterer Form entfalten dürften. Dies betrifft insbesondere die folgenden Regulative und Ziele der Risikobearbeitung.

#### *a) institutioneller Status:*

Bereits das Aufkommen einer "Dienstleistungskultur" und die Wahrnehmung von Versicherten als "Kunden" Mitte der 90er Jahre haben deutlich gemacht, dass Krankenkassen gegenwärtig eine sehr eigentümliche "borderline"-Stellung einnehmen, was ihre sozialstaatliche Verankerung und ihre Verortung zwischen Markt und Staat betrifft. Für das Verhältnis zu den Versicherten einerseits gelten tendenziell marktwirtschaftliche Rahmenbedingungen (Wahlfreiheit der Versicherten mit Kündigungsmöglichkeit). Auch der Fortbestand unterschiedlicher Kassenarten und deren in den letzten Jahren forciertes Marketing verweisen auf Wettbewerbsbedingungen. Gesetzlich noch ausgeschlossen (wenngleich in der Diskussion) sind andererseits Wettbewerbsstrategien im Verhältnis zu Anbietern in der medizinischen Versorgung. Auch in anderen Feldern sind durch staatliche Regulative die Handlungsspielräume (im Vergleich zu privatwirtschaftlichen Unternehmen) stark eingegrenzt. Dies betrifft etwa das Leistungsspektrum (exakte Vorschriften des SGB, allerdings mit Öffnungen, siehe dazu unten b), die Definition der "Preise" (Beitragssätze) oder auch das Kostenvolumen (Budgetierung). Durch den "Risikostrukturausgleich" werden darüber hinaus marktbewirkte Differenzen auf der Kostenseite (durch unterschiedliche Altersstruktur, Geschlecht, Einkommen und Zahl der Mitversicherten) nivelliert.

Ein ganz wesentlicher Effekt dieser wenig konkludenten Handlungsparameter und der stark eingeschränkten Verfügungsgewalt über Preise und Kosten ist der Versuch von Kassen, durch gezielte Werbung solche Versicherten als Neumitglieder zu gewinnen, die im Kassenjargon als "gute Risiken" gelten, also aktuell und zumindest mittelfristig eher unterdurchschnittliche Verursacher von Kosten durch medizinische Leistungen sind. "Schlechte Risiken" sind umgekehrt jene Versichertengruppen, die aufgrund von Multimorbidität und chronischen Erkrankungen ein massiv erhöhtes Kostenrisiko darstellen. In der Perspektive sozialstaatlicher Funktionalität von Risikobearbeitung impliziert dies die *höchst* paradoxe Konstellation, dass für Kassen jene Bevölkerungsgruppen am wenigsten als Kunden attraktiv sind, denen nach der *wohlfahrtsstaatlichen* Logik die größte Aufmerksamkeit zukommen müsste. Dies wäre etwa so, wie wenn Arbeitsämter im Wettbewerb stünden und dann um jene Personengruppen als "ungeliebte Klientel" einen großen Bogen machten, die den

größten Betreuungs- und Unterstützungsaufland erfordern (wie Ungelernte, ältere Arbeitnehmer), und ihre Bemühungen stattdessen auf Beamte und hochqualifizierte Facharbeiter konzentrieren würden. Dies ist kein böser Wille von Kassen, sondern der Logik der "halbierten Wettbewerbssituation" geschuldet. Eine systematische Konzentration auf gesundheitliche Risikogruppen etwa durch besonders attraktive und erfolgversprechende neue Beratungs- und Versorgungsangebote würde in recht kurzer Zeit die Kostenlage dieser Kasse (damit Beitragssätze, dadurch wieder den Mitgliederbestand) in problematische Bereiche treiben.

*b) Definitionsmacht im Gesundheitswesen:*

Trotz der skizzierten, sehr minutiösen gesetzlichen Vorgaben hinsichtlich der Kassenleistungen bestehen für Kassen a) durch eine offensive Interpretation allgemeiner Vorschriften (etwa: § 1 SGB V) und b) durch Modellvorhaben (nach § 63ff SGB V) doch vergleichsweise weitreichende Möglichkeiten zur Mitgestaltung der medizinischen Versorgungsstrukturen. Zu beobachten sind derzeit viele Projekte, die in autonomer Federführung der Kassen oder in Kooperation mit der Ärzteschaft neue "Produktlinien" erproben. Dazu zählen das Case-Management und Managed Care, eine umfassende Information und Beratung von Versicherten über nahezu alle gesundheits- und krankheitsbezogenen Fragen durch „Call-Center“, die Erprobung neuer Formen ambulanter Therapie („alternative Medizin“, „Naturheilverfahren“), ein systematisches Kosten- und Qualitäts-Controlling von Anbietern, neue Kooperationsstrukturen zwischen Medizinern („vernetzte Praxen“) und anderes mehr. Dies impliziert eine neue Aufgliederung der Kompetenzen und Zuständigkeiten im Gesundheitswesen, wobei Kassen derzeit in erster Linie den Alleinversorgungsauftrag der Ärzteschaft (oder genauer: dessen konkreter Ausgestaltung) durch praktisches Handeln in Frage stellen. Der Machtkampf um Definitions- und Mitgestaltungskompetenzen im Gesundheitswesen berührt am Rande aber auch andere Einrichtungen: So ist beispielsweise in der Frage der gesundheitlichen Beratung von Bürgerinnen und Bürgern zuletzt ein sehr weitreichender Umsetzungs- und Finanzierungsanspruch der Verbraucherverbände artikuliert worden und viele andere Einrichtungen (Selbsthilfeorganisationen, gemeinnützige Wohlfahrtsverbände, aber auch kommerzielle Unternehmen) sind seit einigen Jahren schon in diesem Feld aktiv. Ob zukünftig in der Frage der Gestaltung von Versorgungsstrukturen Krankenkassen alle Trümpfe in der Hand haben werden, ist kaum vorhersagbar. Dass derzeit jedoch die Karten neu gemischt werden und die über lange Jahrzehnte unveränderten Zuständigkeiten und Gestaltungskompetenzen im Gesundheitswesen erodieren, ist Fakt.

*c) Guide-Funktion statt Gate-Keeping*

Nach wie vor ist die Finanzverwaltung zentrale und in personeller Hinsicht auch quantitativ dominante Aufgabe innerhalb der GKV. Neu ist jedoch, dass weitere Funktionsbereiche hinzugekommen sind. Dazu zählen auch die mit in- und externer medizinischer Beratung jetzt realisierten Controlling-Funktionen, die Qualität und Kosten medizinischer Versorgung systematisch evaluieren. Und dazu zählen ebenso - im Verhältnis zum Versicherten oder "Kunden" - neue "Serviceangebote", die eine Steuerung individueller Verhaltensorientierungen anstreben. Das reaktive Gate-Keeping von Kassen (durch Bewilligung oder Ablehnung bestimmter Leistungen) wird in zunehmendem Maße ergänzt durch eine Guide- oder Lotsenfunktion, die

Versicherte durch Information, Beratung und Verhaltenstraining zu effizienteren Formen des Umgangs mit Krankheit (oder der Vermeidung von Krankheit) hinführen soll. Schriftliche Informationsbroschüren, Telefonberatung durch Call-Center und persönliche Beratung durch Kassenmitarbeiter sind hier einerseits konkret hervorzuheben und andererseits die Eröffnung neuer Angebote medizinischer Versorgung (alternative Medizin, Naturheilverfahren).

Kompetenzerweiterung ersetzt nicht die Vergabe materieller Ressourcen und die Gewährleistung von Versorgungsansprüchen, ergänzt sie jedoch zunehmend. Wissensdefizite und Verhaltensunsicherheiten des Individuums im Umgang mit Gesundheitsrisiken und schon manifesten Krankheitssymptomen und Befindensbeeinträchtigungen sollen beseitigt und zu kompetenteren, persönlich angemesseneren (aber auch ökonomisch günstigeren) Bewältigungsstrategien führen. Dies eröffnet für viele Individuen neue und für die persönliche Lebenslage befriedigendere Verhaltensmöglichkeiten. Inwieweit für eine Vielzahl von Individuen damit nicht allerdings auch eine "Neue Unübersichtlichkeit" und Desorientierung entsteht, ist empirisch noch wenig überprüft.

## 2. Veränderungen in der Unfallversicherung

Die Grundidee des deutschen Sozialstaates wurde interessanter Weise von der Unfallversicherung und der Orientierung auf industriegegesellschaftliche Produktivität aus entwickelt. So sollte ein Teil des wirtschaftlichen Wachstums für das Angebot relativer sozialer Sicherung bereitgestellt werden. Dies war verbunden mit einer zentralen Bedeutung der gesellschaftlich nützlichen Arbeit, mit einer entsprechenden Arbeitspflicht und nur darauf gründenden staatlichen Sorge, die wiederum umgekehrt die Massenloyalität stärken und die Arbeiterbewegungen „befrieden“ sollte (Ritter 1983).

Dass „sozialer Friede“ auf wirtschaftliches Wachstum und industriegegesellschaftliche Produktivität aufgebaut wurde, ist gut im Begriff der „Leistung“ zu erkennen. In ihm schwingt immer noch die alte Vorstellung von „Arbeitsleistung“ mit, zu der jeder Bürger auch für das Gesamtwohl verpflichtet ist und nach der er nur durch diesen Beitrag zum Gesamtwohl eine relative Sicherung erwarten kann; in ihm steckt zugleich der Begriff „Versicherungsleistung“, wonach ein Sozialversicherungsträger nur solche Maßnahmen bereitstellen kann, die mit der volkswirtschaftlichen Produktivität begründet werden können.

Die deutsche Sozialpolitik des 19. Jahrhunderts betonte, nicht zuletzt durch Bismarcks eigene Prägung (Tennstedt, Winter 1993, 382) das Gemeinwesen. Als Teil der „inneren Reichsgründung“ sollten Unternehmen formiert (Berufsgenossen) und Arbeiter (Selbstverwaltung) inkludiert werden. Indem „Arbeit“ als innerer Kern des Gemeinwesens vorgestellt wurde, konnte soziale Gerechtigkeit als herstellbar erscheinen. So hatte diese Vorstellung einen materiellen, quasi biologischen Kern in dem Zustand der „Erwerbsfähigkeit“: Diese war in einem normalen körperlichen Zustand gegeben, ihre Abweichungen waren erkennbar und messbar. Zugleich schien der gerechte Bedarf an sozialer Sicherung in dem Grad der Abweichung

einerseits und der möglichen Partizipation an gemeinsam produziertem Güterüberschuss andererseits bestimmt werden zu können. Die Frage ist, ob die Erwerbsarbeit diese allgemein legitimatorischen und spezifisch zurechenbaren Funktionen weiterhin trägt.

Praktisch historisch wurde die deutsche Sozialversicherung sehr stark von einer Verschränkung zwischen Verfahrens- und Verteilungsgerechtigkeit aus entwickelt. In dem Zustand der „Erwerbsunfähigkeit“ wurde zwar der sachliche Kern des sozialen Problems erkannt, allerdings bezog sich die Vorstellung von Gerechtigkeit nicht auf eine prinzipielle Gleichbehandlung, sondern auf eine Feststellung des individuellen Bedarfs, wobei die Gerechtigkeit auf die Feststellung des Bedarfs fokussierte, während der Bedarf selbstverständlich ungleich sein musste.

Dies wird in der Entstehung der gesetzlichen Unfallversicherung deutlich, in der die entsprechenden Maßnahmen (Lohnersatz, Heilbehandlung) nicht in erster Linie als eine Art Schadensausgleich konzipiert waren. Vielmehr sollte die bürgerliche Selbständigkeit wiederhergestellt werden, die durch industriell verursachten Verlust der Erwerbsfähigkeit im „Staate des Eigentums“ bedroht war - ganz im Sinn des alten Rechtssatzes, „nicht der Schaden verpflichtet zum Schadenersatz, sondern die Schuld“ (R. v. Ihering, zit. Tennstedt, Winter 1993, 376). Soziale Ungleichheiten waren insofern nicht eigentliche Richtschnur sozialpolitischer Maßnahmen. Eher im Sinne John Rawls zielten diese wohlfahrtsstaatlichen Leistungen nicht in erster Linie auf einen materiellen Ausgleich an sich, sondern auf eine Art Anhebung der Chancen „im kompetitiven Wettstreit um Begehrtes“ (Rawls 1971; V. H. Schmidt 2000, 389). Auch hier steht die Frage, ob diese Verschränkung von Verteilung und Verfahren, von Gleichheit und Gerechtigkeit weiter besteht.

## *2.1. Stabilität und Stärken der gesetzlichen Unfallversicherung*

Die gesetzliche Unfallversicherung bildet in verschiedener Hinsicht ein Sondersystem innerhalb des deutschen Sozialstaates, das jedoch, bei genauerer, historischer Betrachtung größere Bedeutung hat, als dies in der heutigen Diskussion erscheint. Denn in den angestrengten Debatten heute spielt die gesetzliche Unfallversicherung keine Rolle. Diskutiert wird lediglich eine stärkere Verschränkung der Versicherungszweige, eine verbesserte Zusammenarbeit der Leistungsträger und eine effektivere Integration der Leistungsangebote. Mit der Einordnung der Unfallversicherung in das Sozialgesetzbuch (SGB VI) wurde keine grundlegende Reform für nötig erachtet. Ein wichtiger Zusammenhang besteht hier zu der vorgestellten Erfolgsbilanz, die permanent einen neuen „historischen Tiefstand bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten“ ausweist (1999 beispielsweise sank die Zahl der Berufskrankheiten weiter um 2,3% auf 73.000 gemeldete Fälle).

Wichtige Fragen, etwa bezüglich einer Ausweitung der Unfallversicherung in Richtung einer obligatorischen Invaliditätsversicherung oder einer möglichen Ausdehnung der privaten Haftpflichtversicherung werden heute durch die europäische Angleichung aufgeworfen. Sie haben interessanter Weise einen systematischen historischen Bezug zu den alten Plänen des verantwortlichen

Referenten Theodor Lohmann, der bei der Konzipierung der deutschen Arbeiterversicherung um 1880 an eine privatrechtlich und genossenschaftlich organisierte Unfallversicherung zur Entwicklung sozialpartnerschaftlicher Prozesse (Tennstedt, Winter 1995, 673) dachte.

Wenn somit heute die Gefahr besteht, dass die gesetzliche Unfallversicherung im Zuge der europäischen Sozialpolitik zu einer „erfolgreich scheiternden Organisation“ wird, sollten zunächst die systematischen Stärken des deutschen Pfades herausgestellt werden:

- Starke präventive Ausrichtung: Vor allem hinsichtlich der im Zentrum stehenden Wiedereingliederung in das Erwerbsleben, gestützt durch das Wechselspiel von Unfall- und Krankenversicherung war, eine moderate, auf Rahmung industrieller Pathogenität zielende Gestaltung und Kontrolle der wirtschaftlich-technischen Entwicklung vorgesehen, wobei die technischen Aufsichtsbeamten, oder heute die Berufshelfer, der Berufsgenossenschaften auch wirkungsvoller agierten als die Gewerbeaufsicht. 1996 wurde die Präventionsaufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung noch einmal auf alle arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren erweitert und durch den Verweis auf die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen gestützt.
- Mischung aus Versorgung und Versicherung: Mit staatlichem Zwang gegründet und mit Reichszuschüssen versehen, finanzierten sich die Berufsgenossenschaften versicherungsförmig im Umlageverfahren mit Reservefonds und fakultativer Rückversicherung. Die Mischung aus Versorgung und Versicherung verwies auf eine immer wieder herzustellende Balance zwischen Eigenverantwortung (nach dem Versicherungsprinzip) und gesellschaftlicher Fürsorge (nach dem Versorgungsprinzip), wobei zugleich Sozialpflichten und Teilhaberechte auszuhandeln waren.
- Mischung von Kausal- und Finalprinzip. Die besondere Stellung verdankt die Unfallversicherung dem Umstand, dass Entschädigungsleistungen lediglich bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten zu erbringen sind, wenn „zwischen dem in die Versicherung einbezogenen Gefahrenbereich und einem eingetretenen Gesundheitsschaden ein ausreichend enger Kausalzusammenhang besteht“ (Kranig 1999, 18). Die Entschädigungsleistungen zielten jedoch auf die möglichst schnelle und vollständige Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. Diese doppelte Begründung des Bedarfes ermöglichte eine Steuerung, deren Effektivität sowohl eine Bearbeitung der Haftpflicht (Schuld) als auch eine Förderung des Gemeinwohls (Produktivität) einschloss.
- Verzahnung der Maßnahmen: Wegen besserer Leistungen (aufgrund der Haftpflichtproblematik) hatten die Unfallversicherungsträger ein eigenes Interesse, wirkungsvolle Maßnahmen möglichst früh und zusammenhängend zu ergreifen. Bei der akuten Versorgung und der folgenden Heilbehandlung hatten sie, soweit ein Unfall vorzuliegen schien, sogleich berufliche Rehabilitation (und Beendigung der Leistungen) im Auge. Diese Starke der

Unfallversicherung wurde lange Zeit dadurch konterkariert, dass möglichst viele Fälle von dauernder oder teilweiser Erwerbsunfähigkeit in den Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung verwiesen wurden.

- Aufbau korporatischer Gremien: Zunächst stark auf der Basis ständischer Vorstellungen Bismarcks wurde doch eine ausgeprägte Selbstverwaltung aufgebaut und reine marktwirtschaftliche Mechanismen zurückgestellt. Letztere waren Bismarck vor allem aus machtpolitischer Perspektive ein Gräuel. Die „staatssozialistische“ Variante führte recht schnell, vor allem über Invaliditätsversicherung und Krankenversicherung, zu praktischen Steuerungen, die Kooperation und Vertrauen der „zentralen wirtschafts- und sozialpolitischen Akteure“ (Alber 1998, 221) stärkten und sogar eine Akzeptanz materiell eher unzureichender und ungleicher Leistungen förderten.
- Integration und Gemeinschaftsbewusstsein: Mit der Orientierung auf gemeinwohldienliche Arbeit korrespondierte zunächst eine Konzentration auf Reichsbehörden (Reichsanstalt und Reichszuschuss). Sie wurde praktisch immer stärker ergänzt und verdrängt durch eigene Politiken der Sozialversicherungsträger. Was Bismarck als machtpolitischen Kompromiss lediglich hinnahm, wurde in der sozialpolitischen Praxis zu dem charakteristischen Pfad der intermediären Instanzen. Neben der sozialpolitischen Vermittlung zwischen Reichsversicherungsamt und Versicherungsträger wirkte die soziale Bindung der Arbeiter über Selbstverwaltung und lokale Organisation. Sah 1884 der katholische Politiker Windhorst noch „mit Furcht auf die entsetzliche Gärung in den Arbeiterklassen in den großen Städten“, so gab ihm die Geschichte darin *Recht*, in der Arbeiterversicherung, voran der Unfallversicherung, den „einzigen Weg, der noch zum Frieden führen kann“ (zit. Tennstedt, Winter 1995, 701), zu sehen.

Sicherlich kann historisch die Frage aufgeworfen werden, ob „die Sicherungsgesetzgebung eine Errungenschaft der Arbeiterbewegung darstellt“ (Alber 1982, 133; Tennstedt, Winter 1993, 364). Abgesehen von den vielfältigen Verwerfungen in der Entstehungsgeschichte muss jedoch hervorgehoben werden, dass auch die große Bedeutung sozialdemokratischer *Proteste* und Bedrohungen lediglich eine moderne industriegesellschaftliche *Risikobearbeitung* ausformten, deren Strukturprinzipien nicht aus dem sozialdemokratisch organisierten Problemdruck abzuleiten sind.

Im folgenden sollen zwei Aspekte dieser historischen Ausformung genauer betrachtet werden: die Risikobiographie und das Risikomanagement in Sozialversicherungsverfahren. Beide Aspekte prägten entscheidend die Lebenslaufpolitik der deutschen Sozialversicherung.

## 2.2. Entwicklungspfade der Risikobiographie

Früh in der deutschen Geschichte finden wir solidarische Sicherungen gegen Gefahren für Leben und Gesundheit, besonders ausgeprägt bei Gesellenvereinen

(Brüderläden). Diese Sicherungen waren an eine Arbeitsfähigkeit und eine „Arbeitsverweigerungsvermutung“ gebunden und deshalb prinzipiell gesellschaftsstabilisierend. Sie wandten sich gegen einen „schädlichen Müßiggang, besonders unter den niederen Volksklassen,“ und sollten „den Trieb zur Arbeitsamkeit“ stärken (Allgemeines preußische Landrecht II, 19, 7.4, zit. M. Stolleis 1984, 379).

Mit der Hochindustrialisierung werden die Bedingungen, die den nützlichen Einsatz der lebendigen Arbeitskraft ermöglichen, schwieriger. Unverschuldet Notlagen konnten nicht einfach der Mildtätigkeit anheim gestellt werden. Sollte der Vorzug wirtschaftlichen Wachstums ein bestimmtes Maß an arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen einschließen, dann konnten auf der einen Seite entsprechende Gesundheitsschädigungen nicht einfach dem betroffenen Arbeiter aufgebürdet werden, dann musste auf der anderen Seite dieses Maß an zugemuteten Gefährdungen und daraus folgenden Ansprüchen beobachtet, registriert und fortschreibend beurteilt werden. In dieser Hinsicht wurde die Risikobiographie ausgearbeitet.

Gesundheitliches Risiko ist nicht eigentlich juristisch zu definieren. Historisch wurde mit der Arbeiterversicherung „Erwerbsunfähigkeit“ zugrunde gelegt. Bezogen auf einen sozialpolitischen Zweck ist auch diese Definition variabel. Begrifflich werden einem körperlichen Zustand bestimmte Merkmale zugeordnet und gesellschaftskulturell bewertet. Die allgemeinen begrifflichen Bestandteile, wie „Fähigkeit“, „Arbeit“ und „Verwertbarkeit der Arbeit zum Erwerb“, werden in Abgrenzung zu „Arbeitsunfähigkeit“ und „Arbeitslosigkeit“ und durch konkrete Erscheinungen der Erwerbsunfähigkeit in Dauer und Qualität der körperlichen Funktionseinbuße, durch Ursachen und persönliche Verhältnisse im historischen Wandel bestimmt.

Erwerbsunfähigkeit enthält einen historisch konkreten Bezug zur Erwerbsfähigkeit: Sie wird ex post ermittelt und mit Blick auf einen Versicherten, „der im wesentlichen die gleichen Kenntnisse und Fähigkeiten besitzt, welche der Rentenbewerber nach menschlicher Voraussicht haben würde, wenn er sich im Vollbesitze seiner geistigen und körperlichen Gesundheit befände“ (Alters- und Invaliditätsgesetz 1889), beurteilt. Erwerbsunfähigkeit in ihrem Bezug auf Erwerbsfähigkeit unterliegt somit einer historischen Veränderung, die in den Begutachtungen und Entscheidungen berücksichtigt werden muss.

Verhandelt wurde in Sozialversicherungsverfahren der Übergang von primären Risiken (allgemeine Gesundheitsgefahren, wie sie im irdischen Leben an jeder Ecke lauern) zu sekundären Risiken (Gesundheitsschäden, die eine Leistung der Sozialversicherung begründen und entsprechend definiert sind). Verhandelt wurde dieser Übergang anhand verschiedener Momente, die die Konzeption der „Risikobiographie“ ausmachten. Von einem Gesundheitsschaden aus wird die Geschichte des Risikos befragt: liegen die Ursachen in einer versicherten Tätigkeit, ist der Schaden als relevante körperliche Funktionsstörung zu qualifizieren, ist die Einbuße der Erwerbsfähigkeiten zumutbar? Der Lebenslaufbezug ergab sich vor allem aus der Einschätzung, welcher Übergang aus der Erwerbsarbeit zugrunde zu legen ist Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, Minderungen der Arbeitsfähigkeit

oder vollständige Verrentung. Der Lebenslaufbezug setzte bei der Verursachung an und umfasste vor allem die Muster des Übergangs in die Erwerbsunfähigkeit (Milles 2001).

Der Bezug der jeweiligen sozialpolitischen Akteure auf Lebenswelt und Arbeitstätigkeit war verschieden, wobei dem betroffenen Arbeitnehmer die aktive Rolle zukam. Er (im Normalfall immer männlich gedacht) brachte vor allem vor, dass er seiner Arbeitspflicht genügte, dass er nur die ihm gerechter Weise zustehende Leistung von der Solidargemeinschaft verlangte, dass er tatsächlich in Not ist und der Hilfe bedarf Sein Lebenslaufbezug setzte bei der Legitimation seines Anspruchs an und zielte vor allem auf die nötige Unterstützung.

Die Risikobiographie strukturierte Zumutungen und Anreize für eine gesellschaftliche Leistungsbereitschaft. Sie ist zu verstehen als institutionalisierte Bilanzierung problematischer und in der Summe unzumutbarer Gefährdungen sozialer Existenz. Bilanziert wurde in verschiedenen Rechtsinstanzen die strukturell drohende Diskrepanz zwischen erwarteter Leistungsfähigkeit und tatsächlicher Erwerbsfähigkeit im Erwerbsleben. Angenommen wurde, dass die Ursachen der Diskrepanz auf dem Hintergrund von Normalitätsannahmen über biologische und gesellschaftliche Bedingungen bestimmt und die Konsequenzen beurteilt werden können. Vor allem begutachtende Ärzte und beantragende Arbeitnehmer nebst Rechtsbeiständen (Arbeitersekretäre u.a.) handelten in den Sozialversicherungsverfahren far die jeweiligen Phasen des Lebens zumutbare Gefährdungen aus (im Sinne von Verschleiß, Erkrankungen etc. und im Sinne von unsicherer Zukunft, sozialem Abstieg etc.). Die Risikobiographie ermöglichte in ihren individuellen und gesellschaftlichen Konstruktionselementen, biologische und soziale Aspekten des Lebensverlaufs abzustimmen und zugleich die Übergänge in die Erwerbsunfähigkeit zu organisieren.

Die Aushandlung der „Risikobiographie“ in den Sozialversicherungsverfahren bezog sich auf drei spezifische Kernaspekte und zwei allgemeine und rahmende Teilaspekte.

Die spezifischen Aspekte beziehen sich auf:

- Äußere, besondere Risiken: Gefragt wird nach außergewöhnlichen Ursachen der Gesundheitsschädigung (nach dem Muster des Unfalls), weil nur dann unzumutbare Risiken anzunehmen und entsprechende Sicherungsleistungen zu begründen sind.
- Tatsächliche Arbeitsleistungen im Arbeitsleben: Gefragt wird nach der bisherigen verantwortlichen Existenzsicherung durch Arbeit und der weiterhin (bzw. nach Reparatur) verbliebenen, weil die Sicherungsleistungen nur als (ursprünglich vorübergehende) Ergänzung der Selbstsorge wirken sollen.
- Arbeits- und Leistungswille: Gefragt wird nach der sozialen Verankerung der Arbeitspflicht, weil die Rückkehr zur Arbeit übergeordnete Orientierung der Sicherungsleistungen bleibt und keine eigenständige Orientierung auf eine

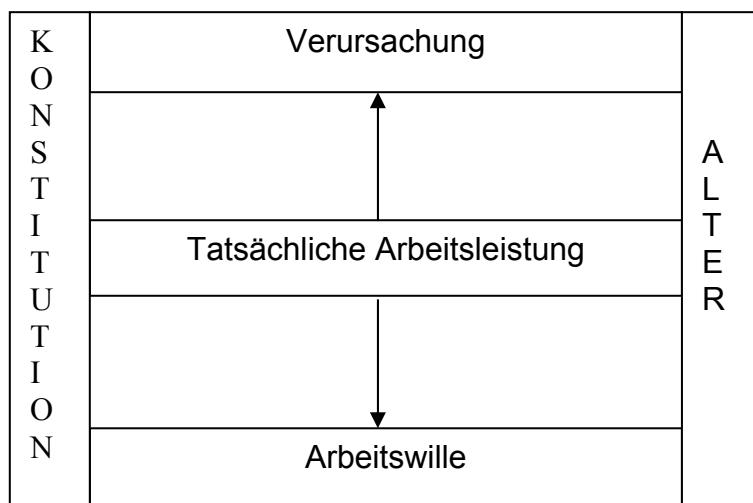
Flucht aus der Arbeitspflicht zugelassen werden soll.

Die allgemeinen, rahmenden Aspekte beziehen sich auf:

- Konstitution: Gefragt wurde, ob aufgetretene Minderungen der Arbeitsfähigkeit nicht in den Eigenschaften des Arbeitnehmers begründet liegen.
- Alter: Gefragt wurde, ob aufgetretene Gesundheitsschäden nicht einem normalen Verschleiß geschuldet sind.

Das Muster der Begutachtung kann also folgendermaßen illustriert werden:

Abb. 1: Muster der Beurteilung in Sozialversicherungsverfahren



In beiden Dimensionen werden Normalitätsvorstellungen entwickelt und fortgeschrieben, mit denen im einzelnen Fall die Anspruchsberechtigung festgelegt wird. Allerdings konnten die Normalitätsvorstellungen zu Konstitution und Alter quasi naturgesetzlich konkretisiert und von sozialem Wandel wie von sozialpolitischer Bewertung abgenabt werden. Altersbedingter Verschleiß und konstitutionsbedingte Leistungsminderung wurden in entsprechenden Kurven und Abweichungsmerkmalen (z.B. Körpertaxe) konkretisiert, während das, was ungewöhnliche Gesundheitsschädigung, was übermäßige Arbeitsleistung oder was unzureichender Arbeitswille sein sollte, auf dem Hintergrund des gesellschaftlichen Machtgefüges, des sozialen Wandels und der industrikulturellen Wertsetzungen bestimmt werden musste. Es ist evident, dass innerhalb des Sozialversicherungssystems das strukturelle Bestreben wirkte, sozialkulturelle auf naturgesetzliche Vorstellungen zurück zu führen.

### 2.3. Risikomanagement in Sozialversicherungsverfahren

In beiden Dimensionen der Risikobiographie ging es um Abgrenzung und Zusammenspiel von Kranken- und Sozialversicherung. In den Sozialversicherungsverfahren wurde einerseits versucht, Alter und Konstitution naturgesetzlich zu bearbeitet, andererseits waren besondere Ursachen industrieller Pathogenität, tatsächliche Belastungen im Verlaufe eines Arbeitslebens und ausreichender Arbeitswille vor allem solche Konfliktpunkte, an denen sozialer Wandel bearbeitet wurde. In beiden Dimensionen ging es darum, in einer Bestimmung der Risiken auch die Zuständigkeit von Unfall- und Krankenversicherung festzulegen. Die historische Konstruktion sah deutlich bessere Leistungen der Unfallversicherung vor, weil hier das Verschulden besonders berücksichtigt und eine schnelle Wiedereingliederung angestrebt wurde. Insofern fungierte die Unfallversicherung als spezifischer Vorreiter und die Krankenversicherung als allgemeines Auffangbecken in der Bearbeitung industrieller Pathogenität.

In jedem Fall zielte das sozialpolitische Arrangement der deutschen Sozialversicherung darauf, zugemutete Risiken, Leistungspflicht und gerechte Sicherungsansprüche zu vermitteln. Dies geschah, dem Ansatz nach, in der Aushandlung der Erwerbsunfähigkeit auf der Basis der Risikobiographie. Die Verhandlungen führten im wesentlichen die antragstellenden Arbeitnehmer und die begutachtenden Ärzte und waren "von unten" als Zusammenwirken von Problemartikulationen und sozialpolitischen Normalitätsvorstellungen organisiert. Sie bezogen sich sachlich darauf, was unter *Erwerbs- bzw. Arbeitsfähigkeit* in der modernen Gesellschaft verstanden wurde (Milles 1999).

Um die Wende zum 20. Jahrhundert konnte auf vorhandener Erfahrungsbasis das Risikomanagement deutlich verbessert werden. Im Vergleich zur Unfallversicherung waren in der Invaliditätsversicherung die ersten Schritte im Übergang aus dem Erwerbsleben, vor allem die Artikulation und Antragstellung, deutlicher und gewichtiger. 8-10% aller artikulierten Bedarfsfälle wurden bereits bei der Antragstellung von unteren Verwaltungsbehörden vom weiteren Verfahren ausgeschlossen, was einen anerkannt großzügigen Anerkennungsquotienten zuwege brachte. Die weiteren Stufen des Verfahrens konnten dann deutlich gegeneinander abgegrenzt und mit eigenen Aushandlungsdimensionen versehen werden. Bis hin zur letzten Instanz vor dem Reichsversicherungsamt wurde das Engagement der betroffenen Arbeitnehmer zur Ausprägung der Verfahren genutzt. Während vor dem Landesversicherungsamt und dem Obersicherungsamt der unmittelbare Problembezug im Mittelpunkt stand, war vor dem Reichsversicherungsamt schließlich vor allem die rechtliche Würdigung des Verfahrens ausschlaggebend. Hier konnte eine Problematisierung, die auf deutliche Lücken oder Ungerechtigkeiten der Verfahren aufmerksam machte, ebenso berücksichtigt werden, wie ein verselbständiges Pochen auf soziale Gerechtigkeit als neurotische Verirrung ausgegrenzt werden konnte. Wie kaum eine andere Institution in der modernen Gesellschaft waren Sozialversicherungsverfahren zwar 'Problembewältiger' und Problemerzeuger' zugleich, aber ersteres in weit größerem Ausmaß (M. G. Schmidt

1998, 209), verwirklichten also grundlegende Versprechungen des Wohlfahrtsstaates.

Die Risikobiographie war als gut zu begründende sozialpolitische Öffnung hin zur industriellen Pathogenität, zur Haftungsproblematik und zur Schadensprävention angelegt. In der Artikulation und Begründung eines sozialpolitischen Bedarfs wurde die Risikobiographie dann allerdings innerhalb der Sozialversicherungsverfahren zur zusätzlichen Risikolage für betroffene Arbeitnehmer und zugleich zur Basis sekundärer Folgenabschätzung für die Versicherungsinstitutionen. Die Arbeitnehmer mussten die Last tragen, die mit der Rekonstruktion ihrer Gesundheitsgefährdungen im Lebensverlauf und auch mit der möglichen Leistungsversagung zusammenhing.

Die Versicherungsträger und das Reichsversicherungsamt konnten mit der Risikobiographie nicht nur individuelle Bedarfe, sondern auch die Effektivität der Leistungszuweisung und die Akzeptanz der sozialpolitischen Rahmung verfolgen. Insofern kann die Risikobiographie als Kernbestandteil institutioneller Steuerungsmechanismen begriffen werden.

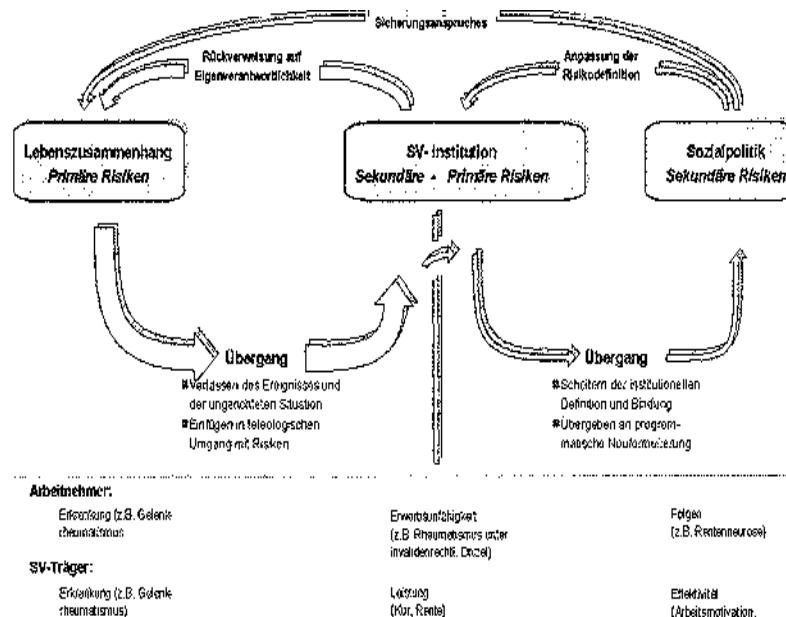
Die Konstruktion ging von betroffenen Arbeitnehmern aus, die nur durch Artikulation und Begründung eines qualitativen Bedarfs in den Status des gesetzlich unterstützten Erwerbsunfähigen übergehen konnten. Eine scharfe Trennung zwischen drei Problemdimensionen, die in den Sozialversicherungsverfahren unterschiedlich gehandhabt wurden, wurde entwickelt:

- „primäre Risiken“: allgemein auftretende und gesellschaftlich zu verantwortende Gesundheitsgefährdungen und -schädigungen, die im Verlaufe eines Arbeiterlebens einfach vorkommen;
- „Standardrisiken“ (primär-sekundäre Risiken): durch Sozialversicherung definierte und Sozialversicherungsleistungen begründende Gefährdungen und Schädigungen, die für den betroffenen Arbeitnehmer geformt (sekundär), für den Sozialversicherungsträger aber allgemeiner Ausgangspunkt (primär) sind;
- „sekundäre Risiken“: durch den institutionellen Umgang mit den Standardrisiken des Erwerbslebens entstehende zusätzliche (sekundäre) Gefährdungen und Schädigungen (wie Neurosen, aber auch bezogen auf Volksgesundheit), die einerseits Teil einer neuen, durch das Sozialversicherungssystem geschaffenen Wirklichkeit, andererseits zusätzliche Einschätzung der Effektivität der sozialen Sicherung sind.

In den Sozialversicherungsverfahren konnte ein zusätzlicher Anpassungs- und Bewertungsmechanismus installiert werden, insofern die sekundären Risiken als Probleme sozialpolitischer Effektivität erkennbar wurden. Wenn die Diskrepanz zwischen Erwartung und Leistung nicht mehr von einer einfachen Verfahrenslegitimation gedeckt wird, wenn die Legitimation durch Verfahren selbst in Spannung gerät, dann ist dies ein Signal für Anpassungsprobleme. Die besondere Leistungsfähigkeit der Sozialversicherungsverfahren bestand nun darin, dass sie in einem bestimmten Rahmen die Normalitätsannahmen und die Verfahrensregeln in ihrer sozialpolitischen Wirksamkeit beurteilen und gegebenenfalls die Verfahren

selbst modifizieren konnten.

Abb. 2: Risikomanagement in Sozialversicherungsverfahren



Diese ursprüngliche, und vor allem während der Weimarer Republik ausgeprägte Regulation war entscheidend abhängig von dem Lebenslaufbezug, den betroffene Arbeitnehmer in den Verfahren artikulierten. Diese Starke ging während der Notverordnungen zum Ende der Weimarer Republik, unter den dirigistischen Illusionen der Nationalsozialisten und unter den eingeschüchterten gesellschaftspolitischen Verhältnissen im Nachkriegsdeutschland verloren.

Heute allerdings wird wieder hervorgehoben, dass die Akzeptanz wohlfahrtsstaatlicher Einrichtungen durchaus nicht einfach auf „Unwissenheit und Habitualisierung“ beruht. „Es hat zumindest den Anschein, dass Befragte ihre Einschätzung wohlfahrtsstaatlicher Programme durchaus begründen könn(t)en, wenn ihnen nur die Chance zu einer solchen Begründung eingeräumt wird“ (Ullrich 2000, 232). Möglicherweise besteht also doch eine Chance der Rückbesinnung auf ureigene Stärken und zur „Re-Politisierung“ der Sozialversicherungsverfahren auf der Basis stärkerer Berücksichtigung der betroffenen Arbeitnehmer und einer anderen Rolle der begutachtenden Ärzte. Es wird erkannt, dass „die Deutungen und das Handeln der in Exklusions- und Inklusionsprozesse involvierten Leute von entscheidender Relevanz“ für institutionelle Steuerung sind (Vobruba 2000, 1). Zugleich wird bedauert, dass es an mikrosoziologischer Aufarbeitung, vor allem der

„Prozesse“, und insbesondere der „charakteristischen Entscheidungssituationen“ (ebd., 3) mangelt. Die historischen Befunde jedenfalls verweisen darauf; dass eine solche relevante Aushandlung in den Verfahren der Arbeiterversicherung angelegt war. So ist es tatsächlich zu bedauern, „dass den subjektiven Interessendefinitionen und Wertüberzeugungen der Adressaten wohlfahrtsstaatlicher Einrichtungen bisher so wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde“ (ebd.).

### III. Alte und neue Fragen

Ausgehend von der Frage, ob „im 21. Jahrhundert die Rücknahme der sozialen Errungenschaften früherer Epochen“ drohe, werden Ausbau und Stabilität des deutschen Sozialversicherungssystems betont (Ritter 1986, 4). Dies ist in sozialpolitischen Konjunkturen immer wieder widersprüchlich bewertet worden. Um die Jahrhundertwende machten Zeitgenossen erstmals auf „Grenzen des Sozialstaates“ aufmerksam und diskutierten „unerwünschte Folgen der deutschen Sozialpolitik“. Hierbei waren neben moralisierenden Vorwürfen der Begehrlichkeit auch Überlegungen zu hören, wonach besonders die Unfall-oder Rentenneurose der Arbeiter eine Artikulation sozialer Ungerechtigkeiten enthalte. In der Nachkriegszeit war diese Spannung in Reflexionen über den wesentlichen sozialpolitischen Zweck der Sozialversicherung enthalten. Auf der einen Seite wurde die Meinung artikuliert, dass „der Leistungswille nicht durch die sozialpolitische Gesetzgebung gefährdet werden“ dürfe (Wirtschaftstag der CDU 1967; v. Ferber 1967, 144). Auf der anderen Seite wurde befürchtet, dass „in einer Gesellschaft, in der das Gefühl des Eingeordnet- und Aufgehobenseins nicht mehr in gleicher Weise wie früher gegeben ist, ... somit eine strukturelle Voraussetzung für ein dauerndes soziales Unbehagen gegeben (ist), das sich in weitreichenden kollektiven Strömungen der Unruhe kundtut“ (R. König 1958; M. Pflanz 1962, 307) Immer aber ging es in dieser historischen Spannung darum, wie die Sozialversicherung die Schwelle gestaltet, „die zwischen Arbeitsfähigkeit und Krankmeldung“ (ebd.) liegt.

Von der Unfallversicherung aus war historisch eine Möglichkeit entwickelt, diese Schwelle prozedural zu gestalten und vor allem die wichtigen Akteure, die betroffenen Arbeitnehmer als Betreiber und ärztlichen Gutachter als wissenschaftliche Experten, diskursiv in die Verfahren einzubeziehen. Die gesetzlichen Krankenkassen hatten hier zunächst durch eine ausgeprägte Selbstverwaltung einen starken und politisierenden Lebensweltbezug, in dem individueller Bedarf und solidarische Leistung vermittelt wurden. Sicherlich ging es anfangs nur um „die Möglichkeit einer bescheidenen Lebenshaltung an billigen Orten“ (zit. Tennstedt 1983, 539; Kaschke 1999), im Kern aber um die Pflicht zur Leistung, die der Arbeitnehmer im Lebensverlauf zu erfüllen hat, und um die Partizipation an industriegegesellschaftlicher Produktivität, die als soziale Sicherung für die damit verbundenen Risiken bereitgestellt wird. Insbesondere die Zusammenarbeit von Unfall- und Krankenversicherung erwies sich als „Voraussetzung produktiver Arbeitsleistung“ und „industriegegesellschaftlicher Lebenstüchtigkeit“ (A. Gehlen).

Der Blick in die Nachkriegsgeschichte zeigt aber auch, wie schwer kritisch

reflektierende Ansätze gegen einen neuen Schub industrieller Wachstumseuphorie ankamen: „Die Argumentation, die gegenwärtig die Diskussion über die Reform der GKV beherrscht, nämlich die psychologischen Anreize zur Krankmeldung aufzuheben, die Begehrlichkeiten der Patienten zurückzuschneiden, den Ärzten den Rücken zu stärken, damit sie den unberechtigten Wünschen ihrer Patienten Widerstand entgegensetzen können, liest sich daher wie eine Wiederbelebung langst überholter Vorstellungen des 19. Jahrhunderts. Der Kinderglaube an die Selbstheilungskräfte des Fortschritts, damals des ökonomischen Fortschritts einer totalen Marktsteuerung, heute eines stetigen volkswirtschaftlichen Wachstumsprozesses, interpretiert die Unstimmigkeiten seines Weltbildes mit der moralischen Schwäche der Menschen“ (v. Ferber 1967, S. 152). In diesem Sinne hob v. Ferber unter dem Eindruck politischer Spannungen und sozialreformerischer Bemühungen stark auf einen Schutz der Schwachen und Eingliederungshilfe für Bedürftige ab.

Die seinerzeit geforderte Risikobearbeitung konnte aus verschiedenen Gründen nicht entwickelt werden. Zum einen spielte die immer noch nachwirkende Entpolitisierung nach dem Trauma des Nationalsozialismus eine wichtige Rolle. Entscheidend war hierbei, dass dem Sozialbürger weder als Krankem noch als Versichertem ein eigener sozialpolitischer Handlungsräum zugestanden wurde. Auch die neu entfachten gesellschaftspolitischen Glaubenskämpfe zum Ende der 1960er Jahre trugen in der Praxis nicht zu einer Politisierung der Akteure bei. Im Gegenteil, in der Nachkriegsgeschichte der deutschen Sozialpolitik wurden immer wieder Verrechtlichung und Okonomisierung der Sozialpolitik als praktische Konsequenz kritisiert (Achinger 1958; v. Ferber 1967, F. Tennstedt 1972). So traten demnach instrumentelle Absichten und objektive Beweise an die Stelle persönlicher Werte und sozialpolitischer Zielsetzungen. Diese in der Bundesrepublik mächtigen Prozesse entfernten die Soziaversicherungsinstitutionen von den Sozialbürgern, von den tatsächlichen Bedarfen und von den Leistungsmotivationen. Insbesondere erkauften sie eine Sicherheit und Gleichmäßigkeit der Verfahren auf Kosten der tatsächlichen Arbeitssituationen und biographischen Zusammenhänge.

Doch sozialer Friede beruht, wie Lepsius betont, „auf der – stets prekär bleibenden – Akzeptanz sozialer Ungleichheit“ (J. Alber 1998, 220) und hierfür ist das „Bemühen um Zustimmung der Betroffenen“ nötig. Dieses Bemühen kann nicht mehr zwischen Institutionen, vor allem der Unfall- und Krankenversicherung, hin und her geschoben und schließlich juristisch beschieden werden. Auch eine Marktorientierung reicht nicht aus, wenn sie auch Anstöße zu geben vermag. Die politische Einbindung der Sozialbürger in Begrenzung und Bestimmung des Sicherungsbedarfes und der Sicherungsleistungen ist unumgänglich und nicht durch disziplinierende Vorhaltung zu ersetzen.

Daher erkennen die „reformschädlichen Schieflagen der Sozialstaatskritik“ (Lampert 2000) die vielfältigen Vernetzungen und Wechselwirkungen der Prinzipien und Steuerungen im deutschen Wohlfahrtsstaat, die sehr stark historisch ausgeprägt sind. Der konstatierten „strukturelle Rücksichtslosigkeit von Wirtschaft und Staat“ (ebd., 13) wird zurecht eine sozialstaatliche Qualität entgegengehalten, die „für soziale Gerechtigkeit, und zwar für Chancengerechtigkeit, Startgerechtigkeit und

Gerechtigkeit der Verteilung von Einkommen und Vermögen" sorgt. Diese Qualität ist historisch gewachsen. Die verschiedenen Bemühungen in den Krankenversicherungen und den Berufsgenossenschaften finden hier ihre Orientierung. Insofern liegt das Bemühen um eine „neue Wohlfahrtskultur“ der deutschen Konstruktion von Beginn an zugrunde.

## Literatur

Achinger, H. (1958): Sozialpolitik als Gesellschaftspolitik, Hamburg

Alber, J. (1982): Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat. Analysen zur Entwicklung der Sozialversicherung in Westeuropa. Frankfurt/M., New York

Alber, J. (1998): Der deutsche Sozialstaat im Licht international vergleichender Daten. In: Leviathan 2, S. 199-227

Beck, U.; Hager, M. A.; Kesselring, S. (1999) (Hrsg.): Der unscharfe Ort der Politik. Opladen

Behrens, J. (1997): Krankheit/Armut. Individualisierung sichernde Lebenslaufpolitiken. In: S. Hradil (Hrsg.): Differenz und Integration. Die Zukunft moderner Gesellschaften. Frankfurt/M., New York, S. 1054-1073

Busse, S. (1999): Rehabilitation im „schlanken“ Sozialstaat. Struktur und Entwicklungsperspektiven der Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der gesetzlichen Unfallversicherung. In: Zeitschrift für Sozialreform 4, S. 343-36

Deppe, H.-U. (1987): Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. Frankfurt/M.

Döhler, M.; Manow, Ph. (1995): Formierung und Wandel eines Politikfeldes – Gesundheitspolitik von Blank zu Seehofer. Köln (Discussion Paper MPIFG 95/6)

Ferber, Ch. V. (1967): Sozialpolitik in der Wohlstandsgesellschaft. Hamburg

Hansen, E. u.a. (1981): Seit über einem Jahrhundert ....: Verschüttete Alternativen in der Sozialpolitik. Köln

Hansen, E. u.a. (1981): Seit über einem Jahrhundert ....: Verschüttete Alternativen in der Sozialpolitik, Köln

Heinze, R. G.; Olk, Th.; Wohlfahrt, N. (1992): Von der traditionellen Sozialpolitik zur neuen Wohlfahrtskultur? Freiwilliges soziales Engagement und lokale Infrastruktur, Dortmund

Heinze, R. G.; Strünck, Ch. (2000): Die Verzinsung des sozialen Kapitals. Freiwilliges Engagement im Strukturwandel. In: U. Beck (Hrsg.): Die Zukunft von „Arbeit und Demokratie“. Frankfurt/M., S. 171-216

Huf, St. (1998): Sozialstaat und Moderne. Modernisierungseffekte staatlicher Sozialpolitik. Berlin

Jochum, S. 1999): Sozialpolitik in der Ära Kohl: Die Politik des Sozialversicherungsstaates. ZeS Arbeitspapier Nr.12

Kaschke, L. (1999 ): Nichts als "Bettelgelder"? Wert und Wertschätzung der Alters- und Invalidenrenten im Kaiserreich. In: Historische Zeitschrift 270.

Kaschke, L. (2000): Eine versöhnende und beruhigende Wirkung? Zur Funktion der Rentenverfahren in der Invaliditäts- und Altersversicherung im Kaiserreich. In: St. Fisch, U. Haerendel (Hrsg.): Geschichte und Gegenwart der Rentenversicherung in Deutschland. Berlin, S. 127-144

König, R. (1958): Strukturwandelungen unserer Gesellschaft und einige Auswirkungen auf die Krankenversicherung. In: R. König; M. Tönniesmann (Hrsg.): Probleme der Medizin-Soziologie. Köln-Opladen, S. 115-133

Kranig, A.(1999): Risikoverlagerung zwischen Unfall- und Rentenversicherung? In: Sozialer Fortschritt 1-2, S. 18-24

Lampert, H. (2000): Reformschädliche Schieflagen der Sozialstaatskritik. In: Sozialer Fortschritt 1, S. 7-15

Leibfried, St. et. al. (1995): Zeit der Armut. Frankfurt/M.

Marstedt, G. (1998): Krankenkassen – Die neuen Gesundheitsberater der Risikogesellschaft? In: G. Marstedt; R. Müller (Hrsg): Gesellschaftlicher Strukturwandel als Herausforderung der Gesundheitswissenschaften. Bremerhaven, S. 186-221

Marstedt, G. (1999): Akzeptanz-Beratung-Steuerung. Zum Wandel von Handlungskompetenzen und funktionalem Selbstverständnis in der Gesetzlichen Krankenversicherung in den 90er Jahren.- In: G. Marstedt, D. Milks, R. Müller (Hrsg.): Gesundheitskonzepte im Umbruch. Bremerhaven, S. 27-63

Milles, D. (1998a): Übergang in die Invalidität als Bilanzierung gesundheitlicher Belastungen im Lebensverlauf. Historische Tendenzen. In: W. R. Heinz u.a. (Hrsg.): Was prägt Berufsbiographien? Lebenslaufdynamik und Institutionenpolitik. Nürnberg, S. 244- 264

Milles, D. (1998b): Die Physiologie als Grundlage ärztlicher Gutachten bei der Etablierung der deutschen Sozialversicherung.- In: Ph. Sarasin; J. Tanner (Hrsg.): Physiologie und industrielle Gesellschaft.- Frankfurt/M. 5.369-397

Milles, D. (1999): "Arbeiterschicksal im "klinischen Blick". Primäre und sekundäre Risiken in Sozialversicherungsverfahren.- In: G. Marstedt; D. Milks; R. Müller (Hrsg.): Gesundheitskonzepte im Umbruch.- Bremerhaven, 174-205

Milles, D. (2000): Risikobiographie in Sozialversicherungsverfahren. Eine historisch-systematische Konzeption.- In: W. R. Heinz (Hrsg.): Übergänge. Individualisierung Flexibilisierung und Institutionalisierung des Lebensverlaufs. Weinheim (ZSE 3. Beiheft), S. 221-233

Milles, D. (2001): „Ich Bin 100%“. Anerkannte Erwerbsunfähigkeit in der Geschichte der deutschen Sozialversicherung. In: R. Sackmann; M. Wingens (Hrsg.): Strukturen des Lebenslaufs: Übergang, Sequenz, Verlauf.- München

Niedermeier, R.(2000): Von der Krankheitsverwaltung zur Gesundheitsgestaltung? Organisationale Lernprozesse in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Diss. Bremen 2000

Nuilmeier, F.; Rib, F. W. (1993): Die Transformation der Sozialpolitik: Vom Sozialstaat zum Sicherungsstaat.- Frankfurt/M.

Pflanz, M. (1986): Sozialer Wandel und Krankheit. Ergebnisse und Probleme der medizinischen Soziologie. Stuttgart

Prigge, J. (1999): Das Frühwarnsystem Versicherung. Grenzen der Versicherbarkeit als Indikatoren einer reflexiven Moderne. In: Beck. U. u.a. (Hrsg.): Der Unscharfe Ort der Politik Opladen, 277-304

Offe, C. (1986): Sozialstaat und politische Legitimation. In: Radelzhofer, A.; Süß, W. (Hrsg.): Konsens und Konflikt. 35 Jahre Grundgesetz. Berlin, New York, S. 127-133

Oppen, M. (1991): Vom Verwaltungsapparat zum Dienstleistungsunternehmen?- Berlin Rawls, J. (1971): A Theory of Justice. Cambridge, M.A. Ritter, G. A.(1983): Sozialversicherung in Deutschland und England. München

Schmidt, M. G. (1998): Sozialpolitik in Deutschland. Historische Entwicklung und internationaler Vergleich. 2. Aufl., Opladen

Schmidt, V. H. (2000): Ungleichheit, Exklusion und Gerechtigkeit. In: Soziale Welt 4, S. 383-400

Stolleis, M. (1984): Die Geschichtlichkeit des Sozialrechts.- In: Die Sozialgerichtsbarkeit 9-10

Tennstedt, F. (1972): Berufsunfähigkeit und Sozialrecht. Frankfurt/M.

Tennstedt, F. (1983): Vom Proleten zum Industriearbeiter. Arbeiterbewegung und Sozialpolitik in Deutschland 18900 bis 1914. Köln

Tennstedt, F.; Winter, H. (1993): "Der Staat hat wenig Liebe – aktiv wie passiv". Die Anfänge des Sozialstaats im Deutschen Reich von 1871. In: Zeitschrift für Sozialreform 6, S. 362-392

Tennstedt, F.; Winter H. (1995): „Jeder Tag hat seine eigenen Sorgen, und es ist nicht weise, die Sorgen der Zukunft freiwillig auf die Gegenwart zu übernehmen.“ (Bismarck) Die Anfänge des Sozialstaats im Deutschen Reich von 1871. In: Zeitschrift für Sozialreform 10, S. 671-706

Ullrich, C.(2000): Sind die Sozialversicherten dumm? Unwissenheit und Habitualisierung als Ursachen einer sozialen Akzeptanz des Wohlfahrtsstaates. In: Zeitschrift für Sozialreform 3, S. 220-235

Vobruba, G. (2000): Akteure in Inklusions- und Exklusionsprozessen. In: Zeitschrift für Sozialreform 1, S. 1-12

Wiesenthal, H. (1995): Konventionelles und unkonventionelles Organisationslernen. Literaturreport und Ergänzungsvorschlag. In: Zeitschrift für Soziologie 2, S. 137-155

Winter, G. (1998): In: Kritische Justiz 4, 518-528

ZeS (1998): Thesen zur Sozialpolitik in Deutschland. ZeS\_Arbeitspapier Nr.5/98