IIVG Papers

Veröffentlichungsreihe des Internationalen Instituts für
Vergleichende Gesellschaftsforschung
Wissenschaftszentrum Berlin

Verrechtlichung und Selbstverantwortlichkeit in der Krankenversorgung

Gerd Göckenjan

IIVG/dp/81-201

Publication series of the International Institute for
Comparative Social Research - SP II
Wissenschaftszentrum Berlin
Steinplatz 2, D 1000 Berlin 12
030/313 40 81

Zusammenfassung

In dem Artikel wird die Entwicklung der Krankenversorgung in Deutschland untersucht, wesentlich bis 1911 und unter den Aspekten der Wandlung des Verhältnisses von Arbeit und Krankheit unter dem Einfluß der Versicherungsinstitutionen und den sich hier zentrierenden sozialpolitischen Zielen. Die Organisationsformen der Arbeiterversicherung werden vor dem Hintergrund der veränderten Anforderungen der Industrie an Arbeitskraft und der Existenz und den Politiken der sozialdemokratischen Arbeiterbewegung dargestellt.

Dabei läßt sich feststellen, daß durch die Institutionen der Arbeiterversicherung und den hier integrierten Ärzteinteressen ein Wechsel der gesellschaftlichen Kontrollformen von Arbeit und Krankheit als Arbeitsfolgen stattgefunden hat. Im Zuge der Entwicklung hat sich die institutionelle Behandlung und die im Krankheitsbegriff enthaltene Selbstverständigung über Krankheitsbewältigung von einem Verständnis von Krankheit als einem kollektiven, sozial bestimmten Ereignis, zu einem rein individuellen gewandelt. In der Verdrängung der kollektiven Dimension aus dem Krankheitsverständnis und der Gesundheitspolitik ist ein zentraler Grund für die Innovationsprobleme der heutigen Gesundheitsversorgung zu sehen.

Verrechtlichung und Selbstverantwortlichkeit in der Krankenversorgung

Gerd Göckenjan
Nov. 1980

Inhalt

I.	Zum Verhältnis von Arbeit und Krankheit	1
II.	Staatliche Versicherung statt Armenpflege	5
III.	Zur Bedeutung der Organisationsformen der neuen Sozialpolitik	12
	1. Solidarität und Selbstkontrolle	12
	2. Versicherung oder neue Korporationen	16
	3. Kontrolle durch Verwaltung	20
	4. Integration der Sozialdemokratie	25
	5. Krankenkontrolle und Ärzteinteressen	30
IV.	Verrechtlichung des Gesundheitsrisikos	36
	1. Versorgung oder Versicherung	36
	2. Erfahrung und Verrechtlichung	39
Literatur		46

Diese Arbeit ist die überarbeitete Fassung eines Papiers, das zum Symposium Sozialpolitik, Universität Bremen, Febr. 80 vorbereitet wurde. Die Arbeit ist im Rahmen eines Projekts am Internationalen Institut für Vergleichende Gesellschaftsforschung Berlin entstanden. Ich danke meinen Kollegen, insbesondere Uli Jürgens, für ihre Unterstützung. Der Artikel wird in: Leviathan, Zeitschrift für Sozialwissenschaft 1/81 erscheinen.

I. Zum Verhältnis von Arbeit und Krankheit

> "Die Sozialversicherung mit den Zwangsbeiträgen ist das Rechnen mit der Zukunft. Sie besitzt ethische und sittliche Eigenschaften und ist eine Schule zur Selbstverantwortlichkeit. Die Sozialversicherung ist auch ein Ansporn für die Arbeitgeber zur pfleglichen Behandlung der Arbeitskraft und der Gesundheit der Arbeiter."
> (Friedrich Kleeis, Sozialdemokrat, 1928, 17)

Auf der Suche nach den historischen Ursachen der heutigen Schwierigkeiten mit der Krankenversorgung (vgl. umfassend Naschold u.a., 1978) trifft man auf eine Vielzahl von Stellungnahmen, die heute zunächst nur verwirrend und interpretationsbedürftig sind. Auch daran zeigt sich, wie sehr sich die Praxis der Krankenversorgung und die Vorstellungen über sie gewandelt haben. Zwei Aspekte dieses Wandlungsprozesses stehen im Zentrum der Untersuchung: das Verhältnis von Arbeit und Krankheit und das Verhältnis von Versicherungseinrichtungen und ihrem Gegenstand, dem versicherten Arbeiter. Die Untersuchung dieser beiden Aspekte soll Aufschluß über die Veränderung des praktizierten Krankheitsbegriffs geben. Das Untersuchungsinteresse ist dabei gar nicht so akademisch; es geht darum, Voraussetzungen der heutigen Misere der Krankenversorgung auszuleuchten: einmal ihre inflexible institutionelle Struktur, die von starken Interessen besetzt, die Schere zwischen gesamtwirtschaftlichen Kosten und volksgesundheitlichen Erträgen auseinandertreibt; zum anderen ihre hauptsächlich kurative, auf den einzelnen und seine als subjektiv aufgefaßten Krankheiten ausgerichtete Orientierung, die sich abschottet gegen Umwelteinflüsse, kollektiv erlittene Erkrankungsursachen. Die Funde aus der Geschichte der Krankenversicherung zeigen nun keineswegs die erwartete Triumphstraße stetiger Verbesserungen und Anstieg durchgesetzter Humanität: die Verlustrechnung ist ebenfalls beachtlich.

Kleeis, ein wichtiger sozialpolitischer Sprecher der Sozialdemokratie, erwartet noch eine Verbesserung der Arbeitsbe-

dingungen als Wirkung der Versicherung; er sieht den Arbeitsbereich noch als Versicherungsrisiko an; Versicherung hat, wie auch der sozialdemokratische Arzt Zadek schreibt, die "Amortisation für Abnutzung der lebendigen Maschine, den Verschleiß der menschlichen Arbeitskraft" zu gewährleisten (dies ebenfalls eine verwirrende mechanistische Sichtweise; 1895, S.58).

Diese Betrachtungsweise des Verhältnisses von Arbeit und Krankheit ist nicht besonders radikal. Das Marx'sche Verständnis der Lohnarbeit als der stückweisen Abtrennung und Verausgabung von Arbeitsfähigkeit, der sukzessiven Abnutzung von Muskeln und Nerven als einer vitalen Totalität entsprach dem landläufigen Verständnis. Es bestand in damaliger Auffassung durchaus kein Grund zu bestreiten, daß der Arbeiter fabrikmäßig "angewandt" und hierdurch mit der Beschäftigungsdauer zunehmend "müde" wird, wie Bismarck bemerkte. Schließlich wird die Arbeiterversicherungsgesetzgebung der 1880er Jahre u.a. mit dieser Abnutzung und Ermüdung, die kompensiert werden soll, begründet: "Die Alters- und Invalidenrente (bedeutet) in der Regel einen Ersatz für die durch die Arbeit selbst bedingte Änderung der Arbeitskraft" (in: Tennstedt, 1972, 19).

Aber Kleeis sieht auch schon den Versicherten in die Pflicht genommen, einer Erziehung zur Gesundheit unterworfen, sieht eine Selbstverantwortlichkeit, die verwundert, da man im nächsten Satz liest, daß die Gesundheit der Arbeiter eben nicht der pfleglichen Behandlung in den Arbeitsbedingungen unterliegt.

Hier deutet sich an, wie ein individualisierter Krankheitsbegriff, der die Krankheitsursache bei dem einzelnen sieht, seiner Konstitution und seinen Verhaltensweisen Übergewicht bekommt und das alte Krankheitsverständnis verdrängt. Heute sind die kollektiven Aspekte von Krankheit, die soziale Dimension von Belastung und Verschleiß "verloren" gegangen. Krankheit gehört nach der heute herrschenden Auffassung nicht mehr zu den Kosten des Arbeitsprozesses (vgl. Schae-

fer, Blohmke, 1978, 182, 190 ff). Heute hat Krankheit den Charakter eines allgemeinen Lebensrisikos angenommen, ohne daß nachgewiesen werden könnte, daß es nicht die Arbeitsbedingungen sind, die pathogen sind. "Verschleiß" gilt als normaler Alterungsprozeß. (Zu Alter und Versicherung, vgl.: Dohse, Jürgens, Russig) Dieser Auffassung entspricht die Struktur der Krankenversorgung; es dominiert Kuration und Kompensation von Krankheit, Verursachung spielt nur eine marginale Rolle. Obgleich sich durch Umweltskandale forciert (Verseuchung von Lebensumwelt und Lebensmitteln durch die Auswirkungen des Profitprinzips) wieder Momente eines kollektiven Gesundheitsbewußtseins entwickeln, die Einrichtungen der gesetzlichen Krankenversorgung greifen diese nicht auf! Es ist sogar ziemlich deutlich, daß die als Lückenbüßer entwickelten "life-style-politics" (Antiraucher-, Streß-, Bewegungsprogramme usw.) eher blockierende Wirkungen haben werden (vgl. Göckenjan, 1980).

In diesem Aufsatz wird die These vertreten, daß dieses Austreiben der kollektiven Dimension aus dem Verständnis von Krankheit und Gesundheit nicht auf die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft zurückgeht - die vorgeblich in der Zwischenzeit exaktere Ursachen in der Pathologie der Organe und Zellstrukturen gefunden hat - sondern auf einem Wechsel der gesellschaftlichen Kontrollformen des Verhältnisses von Arbeit und Krankheit beruht. Der Ansatz der medizinischen Wissenschaft selbst (nicht ihre gesondert zu betrachtenden Kapazitäten zur Heilung oder Linderung von Leiden) ist funktionalisiert worden, die soziale Dimension von Krankheit auszutreiben und Betroffene und Verfechter einer "sozialen" Medizin in eine "no-win-situation" zu bringen: "Sie müssen immer ihren Fall beweisen mit Fakten, die es nicht gibt, bezogen auf ein Modell der Verursachung von Krankheit, das nicht paßt für die vielfältigen und/oder synergetischen Belastungen." (Smith, 1980). Es wird argumentiert, daß ein Wandel der Kontrolle der gesundheitlichen Folgen von Lohnarbeit stattfindet: ausgehend von einer repressiven von "außen" durch Armenpolizei aufgezwungenen - zu einer

von "innen" mit Methoden naturwissenschaftlicher Medizin intervenierenden. Dieser Wechsel findet in Deutschland nicht statt als eine Nebenfolge von Selektion und Marginalisierung über Arbeitsmarktmechanismen (wie etwa in USA), sondern, bei der Stärke der organisierten Arbeiterbewegung, die sich gegen die schärfste Marginalisierungstendenzen wehren kann, durch den hochentwickelten und komplizierten Apparat der Sozialversicherung.* Mit diesem Apparat wird ein versicherungsrechtliches Subjekt hergestellt, ein Konstrukt, das als Vermittlung fungiert: einerseits kann sich hier ein staatliches Gewährleistungsrecht anschließen, eine Art sozialpolitisches Bürgerrecht, in dem keine ökonomischen Spuren mehr vorhanden sind (gesellschaftliche Kosten der Produktionsweise sind nurmehr Kosten des Gesundheitssystems, die in Krisen als Budgetproblem auftauchen); andererseits ist hiermit ein Rahmen von Ansprüchen festgelegt, der die Leistungen der gesundheitsrelevanten Dienste organisiert (ein kompliziertes Instrumentarium von Gebührenordnungen, Interessenverbänden und konzertierten Aktionen koordiniert und produziert eine Unmenge "marginalen" Konfliktstoff).

Die Betonierung des Krankheitsbegriffs durch die Sozialversicherung, diese Art "Verstaatlichung" von Gesundheitsverschleiß, hat zwar zu einem bisher relativ gut funktionierenden Versorgungssystem geführt. Es haben sich aber eine Vielzahl von Probleme aufgehäuft, die es fraglich werden lassen, ob diese Organisation des Verhältnisses von Arbeit/Produktionsweise und Krankheitsbelastung aufrechterhalten bleiben kann.

---

* Die Überlegungen beruhen also nicht auf der gängigen Einschätzung der Sozialversicherung als "Zuckerbrot" in bezug auf die "Peitsche" der Sozialistengesetze, sondern sie wird selbst als "Zwangsmittel" aufgefaßt. (vgl. dazu: Gerstenberger, 1976, 394).

II. Staatliche Versicherung statt Armenpflege

Die Armenpflege steht als "Mutterressort" am Anfang aller Sozialpolitik und steht somit auch am Anfang der gesetzlichen Sozialversicherung. Die Sozialversicherung ersetzt aber die Armenpflege nicht nur einfach, es gibt eine Kontinuität in den Funktionsprinzipien und es bleibt eine spezifisch wirkende Konkurrenzstellung zwischen beiden Einrichtungen. Diese doppelte Beziehung wird gewöhnlich unterschätzt (so: Hentschel, 1978). Die Armenpflege ist für die gesetzliche Sozialversicherung also wichtig, einmal weil sich hier Instrumentarien herausbilden, mit denen versucht wird, Soziallagen der einzelnen Person zu qualifizieren und sie nach Bedarfsmengen und moralischer Bedürftigkeit zu definieren; es werden hier Regeln herausexperimentiert, die später auch in den Sozialversicherungen den Leistungen als Kontrollmechanismen unterliegen. Zum anderen bleibt die Armenpflege synonym für repressive Disziplinierung, als eine abschreckende und entwürdigende Form der Überlebenssicherung weiterhin bestehen und begleitet als Vergleichsmaßstab, als Gegenstück und als Drohung die Entwicklung der Sozialversicherung. (zur Armenpflege vgl. Sachße/Tennstedt, 1980; Köhler, 1977; Schmoller, 1918).

Welche strukturellen und aktuellen Ursachen können nun für den Übergang von der Armenpflege zur staatlichen Sozialversicherung genannt werden, welche Bedeutung haben die Aspekte von Kontinuität, welche Ziele sollen durch eine staatliche Sozialversicherung erreicht werden?

Der historische Kontext, in dem die neuen Sozialversicherungen entstanden, kann nur kurz angesprochen werden. Bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts sind in allen industrialisierenden Ländern Gewerbefreiheit, eine reformierte Armengesetzgebung und neue Hilfskassen eingeführt. Mit dieser sozialen Triade ist ein ungleichzeitiger und komplexer Wandlungsprozeß angesprochen; es ändern sich die Arbeitsbedingungen ("Freiheit des Arbeitsvertrags"), die kollektiven Sicherungs-

formen sind schon weitgehend aufgelöst und werden langsam durch neue Versicherungen ersetzt. In dieser Entwicklung drückt sich die zunehmende Dominanz von Lohnarbeitsverhältnissen und ihre Auswirkungen auf alle Arbeits- und Lebensbedingungen aus. Eine zentrale Auswirkung besteht in dem Trend, daß zunehmende Personengruppen weder über unabhängige Reproduktionsmittel verfügen noch bei Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit durch die traditionellen gewerblichen und regionalen Sicherungsformen "aufgefangen" werden können. Sie fallen einer jetzt repressiver organisierten Armenhilfe zur Last (u.a. werden scharfe Einzelfallprüfungen eingeführt) und lassen deren Kosten explodieren. (Adickes, 1881)

Als eine Besonderheit in diesem, in allen industrialisierenden Ländern bestehenden Situationsbild, wird in Preußen 1845 erstmals ein Versicherungszwang, eine positive Zwangsregelung zur "Selbstvorsorge" gewerblicher Arbeiter in Hilfskassen eingeführt. Diese sind als Alternative zur kollektiven Sicherung durch die Armenverbände der Gemeinden gedacht. Die Hilfskassen sindein historisches Vermittlungsglied zu den staatlichen Arbeiterversicherungen der 1880er Jahre. Sie stehen in der Tradition der "Gegenseitigkeitsvereine" wie Bruder- und Gesellenladen und tragen zugleich mit neuen Organisationsregeln, die die zünftige Privilegienstruktur ignorieren, zur endgültigen Zerstörung dieser kollektiven Sicherungsformen bei. Grundlage der Sicherung sind jetzt das individuelle Arbeitsverhältnis und die Verdiensthöhe. Die Organisationsregeln der Hilfskassen entsprechen den regionalen Verhältnissen und sind - darin den Armengesetzen sehr ähnlich - verwirrend und unübersichtlich. Für unseren Zusammenhang ist es wichtig festzuhalten, daß zwei Kassentypen parallel bestehen. Neben den Hilfskassen, die durch Ortsstatut eingerichtet sind (sie werden von den Gemeinden, die auch für die Armenpflege zuständen sind, getragen) existieren die sogenannten "freien" Hilfskassen. Diese bewahren, trotz der rechtlichen Eingriffe, Selbstverwaltung und solidarisches Verhalten aus der Tradition der älteren Gegenseitigkeitsvereine. Die "freien" Hilfskassen gelten noch bis 1900 als

solidarische Alternative zu den behördlichen "Zwangs"-kassen (vgl. A. Müller, 1904). Sie stehen seit dem Hilfskassengesetz von 1845 unter dem Druck staatlicher Aufsicht und Auflösungsdrohung. Die Rivalität zwischen diesen beiden Kassentypen ist erst 1892 mit der endgültigen Unterdrückung der freien Hilfskassen bzw. ihrer Umwandlung in private Zuschußkassen beendet.

Die Durchsetzung der Zwangsversicherung, des Zwanges zur "Selbstvorsorge", erfolgt schrittweise. Bis zum Hilfskassengesetz von 1876 werden die Organisationsbestimmungen formuliert, damit standardisiert, aber bis 1883 bleibt es den Gemeinden überlassen, ob sie einen Versicherungszwang durch die Gründung einer Ortsstatutkasse ausführen wollen, wobei dem Beitrittszwang durch Zugehörigkeit zur freien Hilfskasse entgangen werden konnte. Damit war bis 1883 der Versicherungsschutz der meisten Arbeiterkategorien sehr zufällig und ungenügend. Es war, wie Schmoller sagt, für kranke Pferde und krankes Rindvieh besser gesorgt als für die kranken Arbeiter. (Zur Geschichte der Krankenversicherung vgl. Tennstedt 1977, 1976; Peschke, 1962; Kleeis 1928; Brentano 1879).

In den meisten Industriestädten werden nach 1845 Kranken- und Sterbefallversicherungen durch Ortstatut eingeführt. Aber trotz des regionalen Zwangs zur Selbstvorsorge gehen die Armenlasten nicht zurück, sondern steigen weiter. In den oberschlesischen Montanbezirken z.B. steigen, zu Beginn der Großen Depression, von 1872 bis 1877 die Armenlasten um fast 50 Prozent, obgleich hier zusätzlich zu den Kranken- und Sterbeversicherungen obligatorisch Invaliden- und Alterskassen bestehen. (Adickes, 1881, 263) Der prinzipielle Mangel der frühen Versicherungen ist augenfällig. So weist schon Brentano darauf hin, daß "ein Versicherungszwang allein unmöglich zu einer ausreichenden Versicherung" führen kann. Es "besteht die Notwendigkeit eines Korrelatverhältnisses zwischen Versicherungszwang und Garantie eines Einkommens, aus dem die Prämie bezahlt werden kann." (Brentano, 1888, 22/23) Dieser Systemfehler

wird - als eine Versicherungslücke aufgefaßt - erst 1927 mit der Arbeitslosenversicherung behoben. So aber erlischt die Krankenversicherung, sobald - aus welchen Gründen immer - der Versicherte arbeitslos wird. Die Armenhilfe aber setzt erst ein, wenn die gesamten Rücklagen der Familie verbraucht, sie in ihren Lebensbedingungen vollständig pauperisiert sind. Das Ansteigen der Armenlasten selbst nach der vollen Durchführung der Arbeiterversicherung bis 1889 zeigt auch wie faktisch gering die Leistungen dieser Versicherungen waren. Das Leistungssystem ist systematisch nach unten geöffnet und verweist auf den Arbeitsmarkt bzw. ersatzweise auf die Armenhilfe, die als Abschreckung funktionalisiert wird.

Die frühen Zwangskassen bilden ein Funktionsprofil heraus, das auch für die Arbeiterversicherung seit 1883 Gültigkeit behält: Sie stellen Leistungen bereit, die zwar keine ausreichende Subsistenz erlauben, aber als Anspruch eingeklagt werden können. Dadurch wird diese Unterstützung im Gegensatz zum "Almosen" der Armenpflege "ehrenhaft". Damit entgehen die Sozialversicherungsleistungen aber nicht dem in dem alten Diktum der Armenpflege ausgedrückten Dilemma, daß öffentliche "Wohltat" niemals den Arbeitsanreiz unterdrücken dürfe, also alternative Subsistenzmittel immer unattrativer sein müssen als die über die Lohnarbeit vermittelten. Die Sozialversicherungsleistungen sollen zwar als Anspruch des Versicherten, als Anreiz und Bevorteilung gegenüber den Nichtversicherten gewährt werden, dennoch werden noch über lange Zeit immer "Mißbrauch" unterstellende repressive Kontrollmechanismen in Gang gesetzt, wenn Leistungen tatsächlich "eingeklagt" werden. Bismarck hat schon in der ersten Begründung der Gesetzentwürfe 1881 die prinzipielle Ambivalenz der zu ergreifenden Maßnahmen ausgedrückt: Es geht ihm darum, "in den besitzlosen Klassen der Bevölkerung die Anschauung zu pflanzen, daß der Staat nicht bloß eine notwendige, sondern auch eine wohltätige Einrichtung" ist. Zugleich handelt es sich "in Wahrheit ... bei den Maßnahmen, welche zur Verbesserung der Lage der be-

sitzlosen Klassen ergriffen werden können, nur um eine Weiterentwicklung der Form, welche der staatlichen Armenpflege zugrunde liegt." (In: Syrup-Neuloh, 1954, 113/114)

Die prinzipielle Ambivalenz der Integrationsinteressen, die dazu führen, daß tatsächlich Arbeiterinteressen aufgegriffen werden, gleichzeitig aber der kontrollierende Zugriff nicht aufgehoben werden soll, hat, wie angedeutet, zunächst noch keine Auswirkungen auf die Leistungsstruktur. Die wirkliche Neuerung der Arbeiterversicherung der 1880er Jahre, das Angebot relativ umfassender staatlich gewährleisteter Ansprüche auf soziale Sicherung, bleibt noch weitgehend Versprechen, hat zunächst nur formalrechtliche Bedeutung. Die Arbeiterversicherungsgesetzgebung ist daher zu Recht von der Sozialdemokratie als simple Reorganisation der Armenpflege bezeichnet worden. Die dauerhaft miserablen Leistungen bedeuten den Zwang, trotz Krankheit, Invalidität oder Alter so lange wie irgend möglich weiterzuarbeiten. Die Versicherungsleistungen sollen, wie es Bismarck ausdrücklich betont hat, nur einen Zuschußcharakter haben; so leistete die Krankenversicherung Lohnersatz maximal drei Wochen nach eingetretener, durch Arbeitsunfähigkeit bedingter Arbeitslosigkeit, normalerweise in Höhe der Hälfte des sowieso kaum mehr als das Existenzminimum deckenden Arbeitslohns. Die Leistungen der Unfallversicherung sind an drastische prüfungs- und zwangsförmige Gesundungsprozeduren geknüpft, die als "Rentenquetsche" berüchtigt sind. (vgl. Müller 1904) Auch die Invaliditätsrenten sind erschreckend niedrig, dabei erst erreichbar, wenn die Arbeitsfähigkeit vollständig erschöpft ist. (vgl. Tennstedt, 1976) Altersrenten liegen zunächst noch unter den Invaliditätsrenten, 1911 wird Alter als Rentengrund ganz abgeschafft. Ein sozialdemokratischer Beobachter schreibt 1911: "Die Arbeiterversicherung ist eins der wirksamsten Agitationsmittel für die Sozialdemokratie geworden. Führen doch die ungenügenden Leistungen der Arbeiterversicherung den Proletariern in nur zu empfindlicher Weise immer wieder vor Augen, wie wenig die jetzige Ausbeutungswirtschaft wirklich den gesetz-

lich anerkannten und dringendsten Pflichten gegenüber der Arbeiterschaft gerecht wird." (G. Hoch, in: Tennstedt, 1977, 62).

Die Kontinuität der Grundsätze der Armenpflege im Versicherungssystem wird zunächst auch von zeitgenössischen Wissenschaftlern kaum bestritten. In der Analyse des Gesetzesentwurfs zur Alters- und Invalidenversicherung verweist z.B. Brentano auf die detaillierte Anpassung an die Regelung der Armenpflege: Nicht nur die Rentenhöhe entspricht ungefähr den Aufwendungen der Armenpflege, so daß der Anspruchsteller diesen Betrag jetzt nur auf anderem Wege bekommt, auch Detailregeln entsprechen dem Regelungsbestand der Armenpflege. So hat die Einkommensobergrenze den Sinn, die Zwangsregeln nur für diejenigen durchzusetzen, die prospektiv der Armenpflege anheim fallen können - wogegen z.B. kein Unterschied zwischen Statusgruppen (Arbeiter, Angestellte, Subalternbeamte) gemacht wird. Die Rentenregeln sind weiterhin auf Wohnort und Nationalität, nicht auf die Prämienzahlung bezogen. Denn Ansprüche bestehen nur, wenn der Anspruchsberechtigte tatsächlich im Inland lebt bzw. so lange er als Ausländer nicht ausgewiesen werden kann. In beiden Fällen hätte andernfalls die örtliche Armenpflege einzusetzen. Ähnlich ist es mit der Rente für Frauen, die von vornherein nur zwei Drittel derjenigen der Männer ausmachen soll. Dieser Unterhaltssatz gilt auch für die Armenpflege. (Brentano, 1888, 29-31)

Insgesamt bleibt die Arbeiterversicherung nur eine Modernisierung des Armenwesens (bzw. der Kombination von Haftpflicht und Armenwesen in bezug auf die Krankenversorgung), eine Anpassung an die veränderten Bedürfnisse insbesondere der Großindustrie, indem sie einige Mobilitätsschranken der frühen Versicherungen und des Armenwesens aufhebt. Es werden nur einige Risiken, die zur Arbeitsunfähigkeit führen effektiver organisiert, nicht aber die Lebenshaltung gesichert. Es wird, wie Brentano ausführt, das "ideale Ziel, dem Arbeiter eine menschenwürdige Existenz zu schaf-

fen ... sogar ausdrücklich abgewiesen." (Brentano, 1888, 29) Was soll aber, außer wichtigen Rationalisierungseffekten, erreicht werden?

Zu den Motiven der Versicherungsgesetzgebung meint 1887 ein Staatsvertreter, dem es darum ging, vor den "Schäden" der Zwangsversicherung zu beruhigen: "Da der Versicherungszwang nicht für immer, sondern nur so lange besteht, wie der Versicherte freiwillig arbeitet, so ist ganz abgesehen von allen anderen Möglichkeiten des wirtschaftlichen Selbstmordes auch bei der Zwangsversicherung die Erhaltung der Existenz immer noch in die Betätigung der Selbstverantwortlichkeit gestellt." In bezug auf die neu einzurichtende Invalidenversicherung meint er: Wir können "selbst auf Kosten der wirtschaftlichen Selbstverantwortlichkeit dreist weiter gehen, ohne befürchten zu müssen, wirtschaftliche oder moralische Schäden großzuziehen", denn "nur die Invaliden der Arbeit, nicht die Invaliden des Müßiggangs und des Lasters" sollen gesichert werden. (Thiel, 1887, 77/71)

Von den Initaitoren wie ihren Kritikern ist immer wieder als sozialpolitische Erwartung wiederholt worden, daß die Arbeiterversicherung die Arbeiter der Sozialdemokratie "entreißen" und die sozialdemokratischen Massen mit der bestehenden Gesellschaftsordnung "versöhnen" sollte. Diese Meinung ist insgesamt gesehen ebenso richtig wie falsch. Richtiger ausgedrückt sollen Systemloyalitäten in den sich formierenden Arbeitermassen geschaffen und durch Selektion und partielle Privilegierung Arbeitsbereitschaft und industrielle Verwendbarkeit des einzelnen gefördert werden. Es muß aus der Masse der "Armen" - und jeder Arbeiter ist noch direkt von der "Pauperisierung" bedroht, erst einmal ein Arbeiterstamm formiert werden, der den steigenden Anforderungen der Industrie, insbesondere nach extrafunktionalen Fähigkeiten wie Arbeitsdisziplin, Zeitökonomie, Seßhaftigkeit entspricht. Allerdings sind Arbeitsverhältnisse und Arbeitskräfte auch in den 80er Jahren noch weitgehend "vorindustriell", es wird noch überwiegend unkontinuierlich

und in kleinem Maßstab produziert. Aus einer Einschätzung Brentanos kann auch abgelesen werden, wie unstetig Arbeitsverhältnisse noch sind; er meint, daß die Zugangsregeln zur Altersrente gänzlich unerfüllbar sind: Kaum ein Arbeiter, selbst nicht im kräftigsten Mannesalter, sei dazu in der Lage, nachzuweisen, daß er in drei aufeinanderfolgenden Jahren 900 Tage ununterbrochen gearbeitet habe. (Brentano 1888, 35)

Aber die Anforderungen der sich entwickelnden Industrie steigen. Die Fabrik-Kassen der schon früh mit großer Kapitalanlage und neuen Technologien arbeitenden Industrien (z.B. seit den 1830er Jahren in der westdeutschen Eisenindustrie und der elsässischen Textilindustrie) entwickeln am deutlichsten die Funktion einer "Betriebserziehung": Sie sollen helfen, Betriebsdisziplin erst einzuprägen, einen industriellen Charakter erst herzustellen. (zu den Fabrikkassen vgl. Jantke, 1955; Brentano, 1879; Schwenger, 1934) Aber diese "Assimilation" wird von den Fabrik-Kassen, die nur vereinzelt bestehen, "individuell" betriebsspezifisch verfolgt. Die Einführung der staatlichen Arbeiterversicherung verallgemeinert und verbreitet diese Ziele. Im folgenden Kapitel werden die Instrumentarien und ihre Effekte, mit denen die genannten Ziele verfolgt werden, genauer untersucht.

III. Zur Bedeutung der Organisationsformen der neuen Sozialpolitik

1. Solidarität und Selbstkontrolle

Die heute als richtungsweisend gewürdigten neuen Organisationsformen insbesondere in der Krankenversicherung von 1883 sind in der zeitgenössischen Diskussion nebenbei behandelt oder anders gewichtet worden. Bestand für die Sozialdemokratie die Bedeutung der Arbeiterversicherung ausschließlich darin, daß der Staat erstmals überhaupt Rechte der Arbeiter

anerkannte, wenngleich erst unvollständig und unzureichend, so betonte die Staatsseite die Kontinuität. Als Innovation der neuen Versicherung wird heute insbesondere die korporative Gliederung und Selbstverwaltung angesehen (Sozialversicherung als eine regionale und berufsspezifische Organisation der Sozialparteien, wobei die Beteiligungsrechte dem Beitragsanteil entsprechen). Diese Regelungsprinzipien wurden von Staatsvertretern allerdings vorwiegend mit ökonomischen Kalkülen begründet. Dazu heißt es zum Gesetzentwurf von 1882: "Die gegenseitige Krankenversicherung der Berufsgenossen ist bei der relativen Gleichheit der Krankheitsgefahr die rationellste, übt durch die bei ihr am leichtesten durchzuführende Selbstverwaltung einen wohltätigen moralischen Einfluß aus und erleichtert durch die nahe Beziehung der Kassenmitglieder zueinander die zur Bekämpfung der Simulation unentbehrlichen Kontrollen." (zit. in: Freund, 1887, 450) Schon 1879 regt Bismarck in seinen Überlegungen zur reichsgesetzlichen Regelung des gesamten Versicherungswesens an, daß um "Mißbräuche im Geschäftsbetrieb" zu verhindern, "auf eine Gesellschaftsorganisation Gewicht zu legen (sei), vermöge deren die Versicherten selbst ... einen Einfluß auf die Geschäftsführung gewinnen können." (Rundschreiben, abgedr. in: Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, 1881) Auch Brentano, eigentlich Kritiker der staatlichen Sozialpolitik, kann in den neuen Regelungen wesentlich nur Verwaltungsrationalisierung sehen: "Vortrefflich" sei, so meint er zur Alters- und Invalidenversicherung, "die weitgehende Beteiligung der Arbeiter, ... sie hat eine hervorragende unterstützungstechnische Bedeutung. Wie viel hat die bisherige Armenpflege nicht unter simulierenden Invaliden zu leiden gehabt!" Beitragszahlung und Verwaltungsbeteiligung habe das Interesse der Arbeiter an der "Entlarvung aller Simulanten" geschärft: "Das Hauptbedenken, das gegen die Verstaatlichung der Armenpflege bisher erhoben wurde, das dieselbe zur Verschwendung in den Unterstützungen führen möge, scheint hiermit beseitigt." (Brentano, 1888, 35/36)

Als Effektivierung der Verwaltung durch Selbstverwaltung, als Selbstkontrolle der Leistungsberechtigten - ist in Gang

gesetzt worden, was später als konstitutionelle Errungenschaft geführt wird. Das hier "zum ersten Mal den Arbeitern öffentlich-rechtliche Funktionen eingeräumt werden". (Wolff, 1933, 35) Es wird mit deutlichem Bezug auf die Subsistenzsicherung durch Armenpflege, die als Selbsthilfe der Bürger gegen die Armen/Arbeiter angesehen werden kann, jetzt versucht, das Kontrollprinzip zu ändern. Statt der zwangsweisen Fremdkontrolle soll jetzt eine rechtsgeleitete Selbstkontrolle stattfinden. (vgl. Köhler, 1977, 42 ff.)

Dieser Wandel der Regelungsprinzipien war für die zeitgenössischen Kritiker der Sozialgesetzgebung schon deswegen kaum bemerkenswert, weil es trotz der seit 1845 zunehmenden staatlichen Eingriffe in das Hilfskassenwesen immer wieder solidarische, wirklich selbstverwaltete Hilfskassen gegeben hat. Deren Geschichte zeigt zwar, daß auch hier der systematische Zusammenhang zwischen alternativen Subsistenzformen und Kontrollen auf Simulationsverdacht besteht. Aber sie beeindruckt vor allem durch die Möglichkeit aktiver Solidarität durch "Umlage sozialer Not". Bei der allgemeinen Kritik an der Sozialversicherung als unzureichende, nur halbherzige Reform des Armenwesens schien die korporative selbstverwaltete Organisationsform, auch nur ein Abklatsch der "freien" Hilfskassen zu sein, der keine besondere Bedeutung zukommt.

Das durch die Zwangsphase eingeführte und bis heute bestehende Solidarprinzip der Sozialversicherung hat durchaus radikalere Formen von Solidarität verdrängt. (vgl. Rodenstein 1978) Die Zwangskassen haben eine mathematisch berechnete Risikoumlage eingeführt gegen die älteren "Verantwortlichkeiten" der freien Hilfskassen. Diese sind Teil eines gewerkschaftlich-proletarischen Beziehungsnetzes, in dem trotz der finanziellen Einschränkungen in Notlagen eher nach Bedürfnis als nach Anspruch Hilfe mobilisiert wurde. Die nach dem Versicherungsprinzip verteilte Solidarität wird statt dessen in fixierten Leistungen abgegolten. Ähnlich diesem unterschiedlichen Leistungsprofil bedeutet auch

Simulantenkontrolle jeweils etwas anderes. Es gibt allerdings keinen Grund, diese informellen Hilfeleistungsformen zu romantisieren: Um die Bedeutung der bis 1892 unterdrückten Alternativen der freien Hilfskassen einschätzen zu können, sind politische und ökonomische Aspekte zu gewichten. Denn einerseits war dieser Kassentyp immer Ausdruck solidarischer Selbsthilfe der sich herausbildenden Arbeiterschaft und hatte wichtige politische und ideologische Funktionen. Diese Gegenseitigkeits-Kassen sind häufig als Protesteinrichtungen gegründet worden, wie etwa die sogenannten 48er Kassen im Gefolge der Revolution von 1848. Ebenso häufig sind sie auch bespitzelt und verboten worden. Andererseits sind diese Kassen finanziell durchgehend zwergwüchsig geblieben und haben sich auch nie über Facharbeiterkreise hinaus entwickelt. Der für eine leistungsfähige Versicherung notwendige Versichertenkreis mit verläßlichen Beitragszahlungen ist wohl nirgends erreicht worden. Das trifft allerdings für die gesetzlichen Krankenkassen von 1883 noch für eine lange Zeit ebenfalls zu. 1892 erhalten mit der gleichen Krankenversicherungs-Novelle, die die freien Hilfskassen abwürgt, die Zwangskassen Kompetenzen, die perspektivisch ihre Finanzlage verbessern.

Die gesetzliche Arbeiterversicherung hat im Verhältnis zu ihrem Vorläufer, der Armenpflege, zwei wichtige Verbesserungen eingeführt. Es besteht jetzt ein Recht auf Leistungen, und Finanzaufkommen und Leistungsgewährung werden durch die Versicherten selbst kontrolliert. Diese Verbesserungen bedeuten allerdings im Vergleich zu den parallel bestehenden freien Hilfskassen, daß Beziehungen formalisiert werden: zwischen den Versicherten einerseits und den Versicherten und den Verwaltern "ihrer" Kasse andererseits. Es ist eine Entwicklung, in deren Verlauf Solidarität letztlich zu einer finanziellen Aktion wird, Leistungen nach Aufwand-Ertrags-Kalkülen optimiert werden.

2. Versicherung oder neue Korporationen?

Mit den genannten Regelungsprinzipien sind weniger schon vorhandene Sozialversicherungsformen aufgenommen worden, als Vorschläge aus einer seit den 1850er Jahren geführten Diskussion. Auf diese ist kurz einzugehen, weil sie die Prinzipien der Arbeiterversicherung gut beleuchtet und diese in einen Rahmen weitreichender gesellschaftlicher Reformen einordnet. An der Debatte sind Kathedersozialisten und konservative Politiker beteiligt. (Schäffle, 1856; Schmoller, 1873; Brentano, 1872; Wagner, 1872) Sie ist eine Reaktion auf bedrohliche Verelendungserscheinungen, auf unstetige und repressive Arbeitsverhältnisse, auf die als erschreckend angesehene Beziehungslosigkeit zwischen Arbeitgebern und ihren Arbeitern. Es gehen zugleich Reaktionen ein auf die offensichtliche Unfähigkeit liberaler Wirtschaftspolitik, die versprochene größtmögliche Entfaltung aller menschlichen Anlagen nur durch die systematische Freisetzung von Eigeninteresse herbeizuführen. Die zerstörten Sozialbeziehungen - der zerstörerische "Atomismus" (Schäffle) der Gesellschaft, so wird argumentiert - die zudem eine Türe für sozialistische Agitation öffnen, müssen auf eine neue Weise geknüpft werden, die den veränderten ökonomischen Bedingungen entsprechen.

Die Diskussion kreist um Fragen der Organisation und Repräsentation der veränderten ökonomischen Interessen, nachdem die alten Innungen und Gesellenvereine zerstört sind, um Koalitionsfreiheit und die Bedeutung der neu entstehenden Gewerkvereine. Das seit 1845 in der preußischen Gewerbeordnung bestehende Koalitions- und Streikverbot wird zwar 1869 aufgehoben, aber die Funktionen und Berechtigungen der Gewerkvereine bleiben weiter beschnitten. Organisationsprinzipien wie rechtlich geleitete Beteiligungen, Selbstverwaltung und Selbstkontrolle werden diskursiv durchgespielt. Der eigentliche Streitpunkt in dieser Auseinandersetzung ist nur, ob der notwendige "organische" Staatsaufbau von unten nach oben oder umgekehrt durchgeführt werden müsse. Es wird

in jedem Fall gestaltende nicht mehr nur repressive Gesetzgebung verangt, so etwa ein neues Berufsgenossenschaftsrecht oder Institutionen wie "gemeinsame Arbeitskammern". Es wird gefordert, daß Gewerkvereine nicht verboten, sondern eher nützlich beschäftigt werden sollen: "Man (muß) unter allen Umständen den Gewerkvereinen ihre Sterbe- und Krankenkassen, ihre Invaliditäts-Kassen lassen ... Ohne diese Kassen fehlt den Gewerkvereinen die gewichtigste äußere Funktion und Tätigkeit, ohne diese Kassen werden sie bloße Streikvereine, die Händel suchen, nur um etwas zu tun zu haben." (Schmoller, 1873, 90). "Es ist Aufgabe der Regierung, die Entwicklung der Gewerkvereine auf korporativer Grundlage in die Hand zu nehmen ... (diesen kommt) eine erhebliche Bedeutung (darin zu), daß sie in die Arbeiter wieder eine mehr gesetzliche Haltung, ein Gefühl der Verantwortlichkeit gegenüber irgendeiner über ihnen stehenden Macht, die sie anerkennen, hineinzubringen ... Die Vereinigungen von Arbeitern, behufs Durchführung von Streiks kann man doch nicht verhindern, und es ist immerhin günstiger, wenn diese Vereinigungen solche sind, welche auch andere Zwecke verfolgen, die ihnen eine gewisse Mäßigung auferlegen." (Lohmann, zit.in: Rothfels, 56)

Die hier diskutierten Überlegungen faßt Theodor Lohmann, der auf die Entwicklung der Versicherungsgesetzgebung insbesondere der Krankenversicherung wesentlichen Einfluß hatte, zu einer neuen Sozialtechnologie zusammen und realisiert sie auch in Ansätzen.* Um durch Reformen der drohenden Revolution zuvorzukommen, soll nicht versucht werden, bestehende gesellschaftliche Kräfte (insbesondere die Sozialdemokratie) zu ignorieren oder "totzuschlagen", aller-

---

* Lohmann kann als Staatsbeamter diese nicht systematisch realisieren und kritisiert in seinen privaten Aufzeichnungen die Sozialgesetzgebung, an der er selbst beteiligt ist, als "mechanisch", da die Interessenverknüpfung zu schlecht, die gebotenen Partizipationschancen zu gering seien. Sie biete gegenüber der Sozialdemokratie keine ideologische Alternative und habe letztlich zu Versorgungsmaßnahmen geführt, die "das ganze deutsche Reich zu einer Kleinkinder-Bewahranstalt" gemacht haben (Rothfels, 43/74, 120).

sollen auch nicht in der Weise Forderungen erfüllt werden, "daß man ihre Erfüllung direkt zur Funktion von ad-hoc-dekreditierten Genossenschaften macht (gemeint sind Gewerkschaften und wirtschaftliche Vereinigungen, G.G.) ..., sondern man muß die zur Erfüllung jener Forderungen nötigen Leistungen zu einer Verpflichtung der Einzelnen machen, diese aber so konstruieren, daß der Einzelne ein dringendes Interesse daran findet, die Verpflichtung nicht durch vereinzeltes Handeln zu erfüllen, sondern zu diesem Zweck die gleichzeitig gesetzlich zu ermöglichende und zu regelnde Genossenschaft zu bilden bzw. ihr beizutreten." (Lohmann, in: Rothfels, 75/76) Diese korporative Organisation soll Arbeitgeber- und Arbeitnehmerinteressen "organisch" zusammenfassen, um ihre Interessen anzugleichen und die durch "Bündelung" realistischer gewordenen Ziele besser durchzusetzen. Diese Organisation kann aber nur dann Erfolg haben, wenn sie auch den Arbeitern wirkliche Rechte, Befugnisse und Partizipationschancen bietet. Die Verfahren und Kompetenzen müssen deshalb für alle Beteiligten verbindlich festgelegt sein. Der Staat hat in seiner Sozialpolitik vor allem die Rahmenbedingungen festzulegen: "Elastische" Regelungen, die nur indirekt Einfluß nehmen, sonst aber Fähigkeiten und Verantwortlichkeiten "wachsen" lassen müssen. Selbstverwaltung, Selbstfinanzierung und Staatsaufsicht sind also die zentralen Leitvorstellungen. Durch die so formulierte Korporation entsteht ein "indirekter Zwang ..., indem man mit der freiwilligen Einrichtung und Pflege der Korporation so schwerwiegende Interessen verbindet, daß die Einzelnen dadurch in diese Lebensform hineingedrängt und darin erhalten werden." (Lohnmann in: Rothfels, 57) Eine staatliche Politik, die nicht Leistung mit Auflagen verbindet bzw. Selbstbeteiligung erwartet, schafft dagegen nur "Begehrlichkeiten", untergräbt die notwendige Selbstverantwortlichkeit. Als Beispiel für ein Vereinsrecht, das Verselbständigungsmöglichkeiten verhindern soll, verlangt Lohmann absolute Öffentlichkeit aller Verhandlungen, die durch hohe Strafandrohung abgesichert wird, Zuweisung von Tätigkeitsfeldern (Tariffähigkeit, soziale Einrichtungen wie Arbeitslosen-

kassen), die dann gesetzlich geschützt sind. Im Gegensatz zu einer Regelungsstrategie, die Privilegien und Verbote unmittelbar kombiniert - mit dieser Strategie sind bis zu den Sozialisten-Gesetzen die freien Hilfskassen drangsaliert und aufgelöst worden - setzt Lohmann hier auf die Selbsttätigkeit von Disziplinierung, wenn erst einmal wirklich Interessen organisiert sind.

Diese neue Integrationstechnologie bedeutet, daß gesetzliche Zwangsbestimmungen gekoppelt werden mit "offenen Räumen", die dann der sozialen Phantasie der zur "Selbsttätigkeit" Organisierten zur Verfügung stehen. Es sind somit vorstrukturierte Räume, die zur Ausgestaltung offen stehen. Die wichtigste Aufgabe des Staates, seine "soziale Pädagogik", besteht darin, die Rahmenbedingungen zu entwickeln und damit die gesellschaftlichen Kräfte zu formieren. Die so von Lohmann in idealer Weise gezeichnete Figur des Sozialstaates steht ausdrücklich über den Klassen, er kann diesen ihre Betätigungsfelder und Grenzen zuweisen. Dieser Staat stellt Machtverhältnisse wieder her, wo sie verloren gegangen sind (Anti-Trust-Effekt, 88), und erschränkt sie wieder ein, wenn soziale Schäden entstehen. (Arbeiterschutz, Fabrikinspektoren, Arbeiterversicherung, 33/34)

Die Arbeiterversicherung soll also in dieser Sichtweise weitreichende Funktionen übernehmen, sie ist Focus einer Umstrukturierung, die auf die gesamte Gesellschaft zielt. Diese Erwartungen an die staatliche Gestaltungsmacht sind zwar schon im Ansatz der Lohmannschen Pläne zerstört worden, es konnte aber mit der Formalisierung von Solidarität gezeigt werden, daß entgegen Lohmanns Geringschätzung "seiner" Reformen gravierende Änderungen durchgesetzt wurden. Es ist jetzt zu betrachten, wie die neuen Organisationsformen auf ihren Gegenstand Krankheit wirken.

3. Kontrolle durch Verwaltung

"Die Eigenart des Risikos in der Krankenversicherung ... liegt zunächst und vornehmlich darin, daß der Versicherungsfall, d.h. die Erkrankung eines Versicherten, sich nach außen nicht mit der Bestimmtheit und Zweifellosigkeit abhebt, wie andere Versicherungsfälle, z.B. Tod, Unfall oder Erreichung eines bestimmten Lebensalters, sondern das dem subjektiven Empfinden und den eigenen Angaben des Berechtigten selbst eine große Bedeutung zukommt." (Aus dem Entwurf zur Reichsversicherungsordnung, 1909, zit.: Tennstedt, 1977, 24) Das Gesundheitsrisiko ist im Rahmen der Sozialversicherung immer zuerst ein Problem für die Verwaltung. Das Ereignis Erkrankung ist schlecht verwaltbar, weil es an dem erkrankten Individuum selbst abläuft und nicht quantifizierbaren Kriterien folgt. Es ist zugleich zu subjektiv, als daß dem kostenverursachenden Kranken nicht prinzipiell Mißtrauen entgegengebracht werden müßte: Die Geschichte der Krankenversicherung ist daher auch die Geschichte der Krankenüberwachung. Die mit dem Krankenversicherungs-Gesetz von1883 eingerichteten Zwangskassen sind zunächst nach Kriterien optimaler Überwachung organisiert (Kassen mit möglichst gleichen Risiken; Selbstverwaltung der Betroffenen usw.). Schon während der Beratung zum Gesetzentwurf wird auf die zu erwartende Unwirtschaftlichkeit dieser dezentralen, möglichst berufsgenossenschaftlichen Organisationsformen verwiesen. (Freund, 1887, 471/72) Aber das dennoch eingeführte System der Zersplitterung hat einen Vorteil. Die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit liegt in den zahlenmäßig dominierenden Zwergkassen um nahezu ein Viertel niedriger als in der größten Kasse. (Für die Berliner Ortskrankenkassen, laut: Freund, 1887, 449)

Den Vorteilen dieser altmodischen Kontrolle in den Zwergkassen, einer direkten Überwachung durch ehrenamtliche Kassenverwaltungen, die aus Kontextkenntnissen der Arbeits- und Lebensverhältnisse der Versicherten herauswuchs, stehen allerdings gravierende Nachteile einer geringen Leistungs-

fähigkeit entgegen. In dem bis 1892 bestehenden Konkurrenzkampf zwischen "freien" Hilfskassen und "Zwangskassen" wird bald ein anderer Weg eingeschlagen, der sowohl die gesetzlichen Krankenkassen attraktiver machen soll und zugleich die Krankenkontrolle effektiver macht. Es ist eine Strategie der Steigerung der Kompetenzen und Dispositionsspielräume der Kassenverwaltungen: erreicht wird eine Disziplinierung durch neue Leistungen. Diese Entwicklung geht aus von einigen der Zwangskassen, die von den Aufsichtsbehörden gegründet und z.T. ohne Selbstverwaltung, durch Behördenvertreter verwaltet werden.*

Bis zur RVO 1911 wandelt sich die zunächst kontextnahe überschaubare und die geringen Mittel in selbstdisziplinierender Weise verwendende Organisation in eine rationelle Verwaltung die Verhandlungsgewicht gegenüber den gesellschaftlichen Gruppen und eine eigene Organisationskompetenz im sozialen Raum entwickelt. Ebenso wandelt sich die Organisationsphilosophie. Die noch von der Armenpflege übernommene Vorstellung der Unterdrückung existentieller Bedürfnisse wird fallengelassen zugunsten einer sachlichen Verwaltung von rechtlichen Ansprüchen. Die neuen Verwalter stellen sozusagen erst einmal eine "neutrale" Bürokratie her und "entstauben" die Krankenkassen von den sie überlagernden Vorstellungen des Genossenschaftsgedankens. Die Versicherung von Krankheit, bisher als "Mittel zum Zweck" der Herstellung neuer Beziehungen zwischen Genossen angesehen, soll zum "Selbstzweck" werden (Freund). Einige Ortskrankenkassen (in Dresden, Leipzig, Berlin) sind dazu in der Lage, u.a. konkurrierende Hilfskassen durch systematisch betriebene Rechtsstreits zu verdrängen und schon 1886/87 einen großen Mitgliederstand aufzubauen. (Tennstedt, 1977, 33 ff.) Diese Kassen können Einfluß auf die regionalen Bedingungen der Krankenversorgung gewinnen. Die Reformen, die

* Ab 1887 beginnen die Arbeitgeber, sich an der Selbstverwaltung zu beteiligen, seit 1890 verstärkt erst 1892 nach der Unterdrückung der Hilfskassen, beginnt sich die Sozialdemokratie in den Ortskrankenkassen zu organisieren. Bis dahin müssen Vertreterwahlen wegen mangelnder Beteiligung der Arbeiter ausfallen, die Behörden ernennen die Vorstandsmitglieder (Tennstedt, 1977, 48 ff.).

bald als vorbildlich galten und später von der Sozialdemokratie in den Krankenkassen aufgegriffen und weiterentwickelt werden, haben drei zusammenhängende Entwicklungsdimensionen:

Erstens werden die Leistungen verbessert und parallel damit das bisher geltende Geldleistungsprinzip durch das Sach- und Dienstleistungsprinzip ersetzt. Ärztliche Behandlung der Arbeiter wird erstmals direkt und routinemäßig organisiert, während sie sich bisher auf äußerste Nothilfe beschränkte. Auch die Familienmitglieder werden erstmals in ärztliche Behandlung einbezogen und Kuren werden angeboten. Es findet eine Trennung von Sach- und Geldleistungsprinzip statt. Wichtig ist, daß auch durch eine rapide Ausdehnung des gesamten Sachleistungsbereichs eine Verbilligung der ärztlichen Versorgung ermöglicht wurde. Die Leistungsdauer für ärztliche Versorgung kann ausgedehnt werden, dadurch wird sie erst von einem Anhängsel des Krankengeldes (Lohnersatz) zu einer eigenständigen Leistung. Mit der Ausdehnung des Sach- und Dienstleistungsbereichs wird also erst eine Krankenversorgung im heutigen Sinne eingeführt: Die Behandlung soll tendenziell von der Krankheitsentwicklung und nicht vom Arbeitsvertrag bestimmt werden. (Die Änderung wird 1892 rechtlich verbindlich) Mit der Bedeutungszunahme der kurativen bzw. kompensatorischen Einrichtungen ändert sich zugleich die enge Verbindung der Versicherungsleistung mit dem Arbeitsverhältnis.

Zweitens werden die rechtlichen Kompetenzen der Kassenverwaltungen gesteigert durch die Krankenversicherungs-Novelle von 1892. Es wird ihnen das jetzt gesetzlich abgesicherte Sachleistungsprinzip zur freien Ausgestaltung überlassen. Zugleich können sie die gewährten Sachleistungen an zu erlassende Vorschriften wie Meldepflicht und Krankenordnung knüpfen und mit Strafen verbinden. Ebenso besteht jetzt die Möglichkeit, die Wartezeit für Krankengeld zu streichen. Mit diesen Regeln verändern sich die Disziplinierungsmöglichkeiten: Die bisher bestehenden Minimal-Leistungen konnten faktisch nicht verweigert werden. Jetzt aber werden zusätzliche Leistungen an zusätzliche Auflagen geknüpft. Auch gegenüber

den Arbeitgebern verbessern sich die Positionen der Zwangskassen, sie können nun das ordnungsgemäße Abführen der Beiträge durch Strafmaßnahmen kontrollieren. (Kleeis, 1928, 108/109).

Drittens werden ärztliche Interessen zunehmend an die Krankenkassen gebunden und z.T. funktionalisiert. Die Ausdehnung des Sach- und Dienstleistungsbereichs ist nur möglich, wenn die ärztlichen Dienste durch kollektive Verträge billiger werden. Zunächst werden zu Pauschalhonoraren Verträge mit frei praktizierenden Ärzten abgeschlossen, seit den 90er Jahren werden Ärzte fest eingestellt. Damit ist die Krankenversorgung direkt in den Direktionsbereich der Verwaltung gekommen. Die anschließenden scharfen Konflikte um die "Kassenarztfrage" und die "freie Arztwahl" können hier nicht dargestellt werden. (vgl. Tennstedt 1977, 62 ff.; Huerkamp, 1980). Außer Kassenärzten, die die Möglichkeit bringen, die Bedingungen der Krankenbehandlung direkt zu kontrollieren, werden "Vertrauensärzte" verpflichtet mit indirekten Kontrollaufgaben, einmal um die ärztlichen Leistungen zu überwachen, zum anderen, um die Simulantenkontrolle weiter zu verbessern.

Diese Entwicklung, die von den großen und zunächst keineswegs selbstverwalteten Ortskrankenkassen ausging, ändert in relativ kurzer Zeit alle Aspekte der bestehenden Krankheitsversorgung. Insbesondere die neue Leistungsstruktur der Sach- und Dienstleistungen wirkt in zwei Richtungen:
Erstens wird hier der Anlaß gefunden zur politisch motivierten Verdrängung der freien Hilfskassen. Indem kostenlose medizinische Versorgung obligatorisch gemacht wird, wird die Praxis der Hilfskassen, nur Geldzahlungen zu leisten, unmöglich. Die retrospektiv fortschrittliche Regelung trifft die Hilfskassen, weil sie zentralistisch organisiert keine eigene, notwendigerweise dezentrale, Krankenversorgung aufbauen können. Sie müssen nun die schlecht kontrollierbaren Leistungen der niedergelassenen Ärzte entgelten, werden nach nahezu 50jähriger Intervention konkurrenzunfähig und sind endgültig marginalisiert. Die Regelung forciert selbst aber keineswegs eine verbesserte Krankenversorgung. Mit Aus-

nahme der wenigen großen Ortskrankenkassen bedeutet diese Regelung zunächst eher sogar eine Verschlechterung: wenn man der dauernden Kritik glauben darf, unterscheidet sich diese erzwungene Versorgungsform nicht von der Armenmedizin. Durch "Preisdrückereien" in den Pauschalverträgen und repressive Arbeitsbedingungen der an mittelständisches Publikum gewöhnten Ärzte entwickeln sich Unzufriedenheiten bei Versicherten und Ärzten.

Zweitens bildet sich über die neue Leistungsstruktur das "Nachfrageoligopol" der Krankenkassen (Naschold) heraus, in dieser Frühzeit in großer Deutlichkeit: für die verpflichteten Ärzte gibt es weder Behandlungsmonopol noch Therapiefreiheit. Für die Versicherten bedeutet das ebenfalls eine Einschränkung ihrer Verhaltensmöglichkeiten. Eine der Hauptattraktivitäten der Hilfskassen bestand offensichtlich gerade in dem Geldleistungsprinzip, das obgleich nur niedrige Summen zur Verfügung stehen, eine gewisse Einflußmöglichkeit in der Erkrankungssituation bietet. Dieser Verlust an Entscheidungsfähigkeit darf nicht unterschätzt werden, insbesondere wenn man berücksichtigt, daß in der Arbeiterschaft sog. Naturheilverfahren beliebt und verbreitet waren (die Homöopathie wird zumindest für einen Teil der Kassen bis zur Durchsetzung des ärztlichen Behandlungsmonopols auch als Versicherungsleistung akzeptiert) Dazu ist an den Klassencharakter der modernen Medizin zu erinnern, der den Armen/Arbeitern die Funktion des Lern- und Experimentier-Objekts zuwies, und damit zur verbreiteten Angst vor Ärzten und Krankenhäusern führte. Diese Ablehnungshaltung etwa gegen Krankenhäuser scheint noch 1907 eine Zwangseinweisungsbefugnis der Kassenvorstände gerechtfertigt zu haben (Grotjahn, 1907, 335, 341). Die um 1900 nochmals zunehmende Bedeutung der nichtärztlichen Heilkundigen - die sogenannte "wilde Medizin", auch "Kurpfuschertum" - reflektiert ebenfalls den Widerstand gegen die akademisch-mittelständische Ärzteschaft. (Dazu: Scholz, 1927, 20 ff.)

Die Krankenkassen bekommen insgesamt gesehen in einer Si-

tuation, in der sowohl eine Verbesserung/Erhaltung des Gesundheitszustands der Arbeiterbevölkerung als auch ihre bessere Kontrolle/Disziplinierung gefordert wird, neue Funktionen und Kompetenzen. Im Vergleich zu den bisherigen Formen sozialer Sicherung findet eine allmähliche Formalisierung statt: Einmal bildet sich langsam eine eigene "Versicherungs"-Bürokratie heraus, die die ehrenamtliche Verwaltung ersetzt; zum zweiten wird zunehmend das Tätigkeitsfeld durch die Integration von Ärzten professionalisiert.

4. Integration der Sozialdemokratie

Die Versicherungsnovelle von 1892 hat eine weitere zentrale Wirkung: in der hiermit erzwungenen Umorientierung der Sozialdemokratie auf die gesetzlichen Zwangskassen (insbesondere auf die Ortskrankenkassen). Die Umorientierung enthält ein Bündel von Problemdimensionen, die nur angedeutet werden können. Sie entsprach der Politik der dringend notwendigen Verbesserung der Lebensverhältnisse der Arbeiter, nachdem ihre originären Einrichtungen, die Hilfskassen, zunehmend an Bedeutung verloren. Es war zudem ein naheliegender Schritt, da zwar wie dargestellt die zentralen Formprinzipien der Versicherung festgelegt waren, darüber hinaus aber ein praktisch unreglementiertes Feld für eine aktive Gesundheitspolitik offenstand. Die erst retrospektiv eindeutige Integration der Sozialdemokratie in die staatliche Gesundheitspolitik entsprach allerdings auch einer pragmatischen legalistischen Tendenz in der Sozialdemokratie selbst.* Die Sozialdemokratie hatte, bisher außerhalb des politischen Systems stehend, die unzureichende, inkonsequente staatliche Sozialpolitik kritisiert und hatte politische Orientierung durch zum Teil weitgehende Verstaatlichungsforderungen angeboten. Der Zusammenhang von Arbeit und Krankheit ist hier immer die zentrale Argumentationsrichtung. Sobald sie sich

---

* Auf den Zusammenhang zwischen sozialdemokratischer Kommunalpolitik und ihren gesundheitspolitischen Folgen kann hier nur verwiesen werden: vgl. Ewers, 1977, 251 ff.; Lindemann, 1906.

aber in der staatlichen Sozialversicherung verpflichtete, mußte sich auch ihre Position in dieser Teilbereichs-Politik wandeln. Die korporative Organisationsform, die den Versicherten zwei Drittel der Vorstandssitze der Kassen sicherte und damit eine direkte Verwaltungshoheit, ermöglichte die "Übernahme" sehr vieler gesetzlicher Krankenkassen durch die Sozialdemokratie. (vgl. Tennstedt, 1977, 52 ff.)

Seit etwa 1894 scheint es Hinweise für "sozialdemokratische" Kassen zu geben, die vorwiegend darin bestehen, daß die Kassengebäude am 1. Mai geschlossen sind bzw. am Sedanstag nicht beflaggt! 1895 gibt es die ersten Anwürfe wegen sozialdemokratischen Mißbrauchs der Kassenverwaltungen, wesentlich wegen der genannten "Vorfälle", 1900 die erste amtliche Erhebung zum sozialdemokratischen Einfluß in den gesetzlichen Krankenkassen. Seit 1907 wird die Reichsversicherungsordnung mit dem ausdrücklichen Ziel vorbereiten, diesen Einfluß zu brechen. Es findet eine Politisierungs-Kampagne statt, ein Druck von rechts auf die Krankenversicherung, der zur Perfektionierung der Integrations-Technologie und zur zunehmenden Bürokratisierung führt.

Der Politisierungs-Vorwurf ist alt und zieht sich durch die Geschichte der sozialen Versicherung als Vorwand für staatliche Aufsichtsmaßnahmen. Bis zum Hilfskassengesetz von 1876 wird immer wieder darüber "geklagt", daß Krankengelder zu Agitationszwecken mißbraucht würden. Das Hilfskassengesetz bestimmte dann die Bedingungen unter denen Krankenkassen handeln können, indem es Tätigkeitsumfang und -inhalt festlegte. In diesem Rahmen bekommen sie einen öffentlich-rechtlichen Charakter und konnten durch die Aufsichtsbehörden diszipliniert werden. (Tennstedt, 1977, 19/20; Kleeis, 1928, 64-70) Aber erst ab 1892, mit der Durchsetzung des Sachleistungssystems und der Unterdrückung der nur in Geld leistenden freien Hilfskassen, ist diese "Mißbrauchsmöglichkeit" beseitigt. Die danach erhobenen Politisierungsvorwürfe sind direkte Gesinnungsvorwürfe. Es werde in der Krankenkasse Agitation betrieben und es werde bei der Anstellung von Beamten weniger

auf Befähigung als auf Parteizugehörigkeit Wert gelegt. Die geforderte Gesinnungs-Kontrolle führt im Abänderungsgesetz der Krankenversicherung von 1903 zu der Selbstdisziplinierungsregel, daß der Vorstandsvorsitzende "ungesetzliche und statutenwidrige" Beschlüsse der Kassenverwaltung zu beanstanden hat. Komplementär zu diesem neuen "Recht" wird der Aufsichtsbehörde ein Durchgriffsrecht eingeräumt, bei Regelverstößen Vorstandsmitglieder und Kassenbeamte abzusetzen. (vgl. Kleeis, 1928, 110) Die Kassenverwalter durften damit zwar Sozialdemokraten sein, aber das sollte sich nicht durch Abweichungen von der staatlichen Sozialpolitik bemerkbar machen.

Bis 1903 hatte sich in der Sozialdemokratie eine Wendung zur praktischen Gesundheitspolitik im Rahmen der bestehenden Institutionen vollzogen. Noch im Zusammenhang des Erfurter Programms 1891 wurde davon ausgegangen, daß nur mit Beseitigung des kapitalistischen Systems Krankheit wirklich beseitigt werden könne. Krankenversicherung selbst könne nur als Notbehelf angesehen werden. Daher forderte die SPD die vollständige Verstaatlichung der Krankenversorgung bei maßgeblicher Mitverwaltung durch die Arbeiter. (Labisch, 1976, 345-348; Ziele und Wege, 1906, 33/31) Inzwischen hatten auch die Sozialdemokraten im Reichstag 1899 und 1900 erstmals für die Versicherungsnovellen gestimmt. Auf allen Parteiebenen hatte man sich daran gewöhnt, gesundheitspolitisch im Rahmen dieser Institutionen zu denken. Prinzipiellere Forderungen, wie die Verstaatlichung der Ärzte, wurden jetzt aus pragmatischen und konzeptionellen Gründen zurückgedrängt. Es ging nurmehr um die Frage: "Wie läßt sich diese Versicherung zu einem Hebel für eine tiefgehende Verbesserung unserer Volksgesundheits-Verhältnisse gestalten." (in: Labisch, 1976, 354)

Die Sozialdemokratie stand einerseits unter dem dauernden politischen Druck, durch die Ablehnung der staatlichen Sozialpolitik die Interessen der Arbeiter schlecht zu vertreten. Andererseits gab es inzwischen eine große Menge

Parteimitglieder, die ehrenamtlich in den Selbstverwaltungsgremien oder hauptamtlich in den Kassenverwaltungen praktische Arbeit leisteten und einen gewissen "Organisations-Patriotismus" entwickelten (das ist an wichtigen sozialpolitischen Wortführern wie Kleeis, Hoch oder Kampffmeyer gut nachvollziehbar). Beide Aspekte wirkten dahin, daß die Sozialdemokratie, als Ganzes gesehen, in die von Lohmann beschriebene Apparatfalle ging. Die Sozialdemokratie hatte ursprünglich staatliche Versicherungen als "Palliativ-Mittelchen" abgelehnt, jetzt kämpft sie fast ohne Vorbehalte um ihren Ausbau. Die pragmatische Wende der Gesundheitspolitik der Partei durch die Übernahme der neu gewonnenen Institutionsperspektive wird zur dauerhaften Mehrheitsmeinung. Erst in den 1920er Jahren können wieder gesundheitspolitische Radikale größeren Einfluß gewinnen, kritische Alternativen zur staatlichen Gesundheitspolitik entwickeln und damit zu einer gewissen Re-Politisierung der Krankenversorgung beitragen. (vgl. Leibfried/Tennstedt, 1980)

Die Neutralisierung einer politisch verstandenen sozialdemokratischen Selbstverwaltung dürfte mit der Reichsversicherungsordnung 1911 endgültig durchgesetzt worden sein. Die faktische Personal-Hoheit der Versicherten wird durch eine neue Mehrheitsregel gebrochen, die für wichtige Entscheidungen, wie z.B. Wahl des Vorsitzenden und Personaleinstellungen, die Mehrheit beider Gruppen, Arbeitgeber und Versicherten, fordert. Die Kompetenz der Aufsichtsbehörde wird erweitert, z.B. durch die Möglichkeit, bei nicht zustandekommenden Personalentscheidungen Zwangsvorsitzende einzusetzen. Noch wichtiger ist die immer weitergehende Regelung der Geschäftsführung und die Fixierung des materiellen Rechts der Selbstverwaltung. Mit der RVO beginnt die Zeit der "extrem kasuistischen Reglementierung", abzulesen etwa daran, daß sich die regelnden Paragraphen für die Krankenversicherung vervierfachen, zusätzlich besteht noch eine Fülle von Ausführungsbestimmungen, Verfahrensvorschriften und Anleitungen. (Kleeis, 1928, 205)

Die Geschichte der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung, die eigentlich erst mit dem Eintritt der Sozialdemokratie beginnt, und damit die Geschichte der Rolle der Sozialdemokratie in der Krankenversicherung, stellt sich dar als die kontinuierliche Geschichte der Niederlagen ihrer Initiativen und Eigenständigkeiten. Die "partielle Politisierung" (Tennstedt) der Krankenversicherung durch die Sozialdemokratie zieht zugleich eine staatlich forcierte, bürokratische Einfassung des Tätigkeitsspektrums der Selbstverwaltung nach sich. Die wichtigen Innovationen durch die sozialdemokratische Krankenkassenpolitik (Leistungsausbau, Experimentieren mit Versorgungsformen wie Ambulatorien, Versuche präventiver Aktivitäten) führen zur weiteren Verrechtlichung des Gesundheitsrisikos (Staatsaufsicht, Stärkung der organisierten Ärzteinteressen). An verschiedenen Beispielen (hierzu die Geschichte der Ambulatorien s. Tennstedt 1977, 150 ff.) ließe sich das Dilemma zeigen: Von den selbstverwalteten Krankenkassen gehen Initiativen aus, Krankenversorgung zu verbessern und Gesundheitsbedingungen zu beeinflussen. Durch diese Initiativen werden soziale Erfahrungen gesammelt, wird mit Alternativen experimentiert, es wird das gesundheitspolitische Feld überhaupt erst entwickelt. Zugleich besteht durch die Einbindung in die staatliche Handlungsimperative die Möglichkeit, politisch mißliebige oder eventuell systemgefährdende Lösungsversuche auszusortieren, wie etwa schon die relativ kurzatmigen Versuche präventiver Gesundheitspolitik, wie sozialhygienische Aufklärungskampagnen, die als angemaßtes allgemeinpolitisches Mandat, den Kassen verboten wurden, zeigen (Beispiel bei Tennstedt, 1976, 394). Durch Restriktion und Kanalisierung der Aktivitäten, durch rechtsförmige Verfahrensvorschriften und Auflagen wird an der "langen Leine" indirekter Steuerung ein gesundheitspolitisches Handlungsprofil hergestellt, an dem die Selbstverwaltung immer nur als kreative Unruhe mit am Ende wieder konformen Resultaten beteiligt ist. Die Selbstverwaltung hat also eine "Explorationsfunktion" in dem sonst unstrukturierten, bzw. nicht allgemein regelungsfähigen sozialen Raum. Es zeigt sich hier die von Lohmann intendierte

Dialektik des "Wachsenlassens" von Organisationen unter der staatlichen Rahmenkompetenz. Die Verknüpfung der Interessen an Krankenversorgung mit ärztlichen Standesinteressen und damit die Veränderung des Krankheitsbegriffs ist jetzt zu betrachten.

5. Krankenrolle und Ärzteinteressen

Das Leistungssystem der Arbeiterversicherung leistete, wie dargestellt, nicht "Ersatz" für eingetretene Erwerbsunfähigkeit, sondern bietet verkoppelt mit sozialpädagogischen Intentionen "Zuschüsse". Dieser Zuschuß-Charakter drückt sich in der Krankenversicherung dadurch aus, daß deren Leistungen an einen bestehenden Arbeitsvertrag gebunden sind. Zwar besteht ein Rechtsanspruch auf Lohnersatz und Krankenbehandlung, bei Eintreten von Arbeitsunfähigkeit, dieser ist aber arbeitsrechtlich nicht abgesichert. Ein arbeitsunfähig erkrankter Arbeiter wird im Normalfall sofort entlassen, wodurch auch seine Krankenversicherung bedroht ist (der Versicherungsschutz endet drei Wochen nach Eintritt der Arbeitslosigkeit, ansonsten leistet die Kasse maximal 13 Wochen). Diese nachgeordnete Gesundheitssicherung reduziert nicht so sehr die Bedeutung der Krankenkassen, es zeigt sich vielmehr eine im Vergleich zu den heutigen Verhältnissen ganz andere Funktionszuweisung: Der Arbeiter ist nicht gegen Krankheit im heutigen Sinne versichert; Krankheit ist nur dann Gegenstand der Versicherung, wenn Arbeitsfähigkeit aufrechterhalten ist; Verschleiß und Behinderungen bis hin zu Deformationen und Verkrüppelungen gelten als "normaler", den Arbeitsprozeß begleitenden Abnutzungsprozeß. Zwar kann es vorübergehende Arbeitsunfähigkeit geben, die auch von der Arbeitgeberseite "toleriert" und versicherungsmäßig abgesichert werden sollen. Es handelt sich hier aber um die vielen kurzfristigen Unfallfolgen. Um diese abzusichern (und die finanziellen und sozialen Kosten neu zu verteilen), war ja bekanntlich die gesetzliche Krankenversicherung aus dem (ersten) Entwurf der Unfallversicherung ausgegliedert und

als eigenständige Versicherung zuerst verabschiedet worden (die Unfallversicherung von 1884 trägt dann nur die Kosten aus einer länger als 13 Wochen dauernden unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit). Das Verständnis von Krankheit ist damit ein anderes als heute, Krankheit ist noch kein "anderer" Zustand, dessen Verursachung sich nicht auf Arbeitsbedingungen bezieht. Der weitgehend akzeptierte und durch alternative Subsistenzformen unterstützte "andere" Zustand ist nur Invalidität (in der Armenhilfe z.B. als ein "würdiger" Armer, der von der Repression ausgenommen ist). Die Krankenversicherung bezieht ihre Leistungen auf Arbeitsfähigkeit - und nimmt damit Chronifizierungs- und Degenerationsprozesse nur auf, indem versucht wird, die endgültige Invalidität zu verzögern. Die Krankenrollen als Ausdruck eines sozial geschützten Zustandes existiert noch nicht in der heutigen Form. Die Ambivalenz ist deutlich: Krankheit ist noch normaler, also unbezweifelter Bestandteil des Arbeitslebens - Kosten der Produktionsweise - zugleich muß Krankheit als Arbeitsunfähigkeitsgrund, als Befreiung vom Zwang zur Arbeit, verneint werden. Eine Folge ist, daß Krankheit ohne Arbeitsunterbrechung behandelt werden muß. Es ist deshalb so wichtig, daß die Behandlung der neuen Kassenärzte nicht nur büromäßig in Sprechstunden organisiert wird, sondern vor allen Dingen, daß sie außerhalb der Arbeitszeit liegt.

Auf diese Weise findet auch mit Hilfe der Krankenversicherung ein Selektionsprozeß statt, der dem Integrations- und Disziplinierungsziel einen "industriellen Charakter" herzustellen entspricht: bestehende Gesundheit und konstitutionelle Widerstandsfähigkeit der Versicherten bzw. ihre Bereitschaft, Krankheit zu ignorieren und chronifizieren zu lassen, wird unterstützt. Auch die Krankenversicherung trägt damit zur Vermehrung von "Selbstverantwortlichkeit" bei, wenn auch zunächst nur durch die immerhin mögliche Alternative, krank zu sein. Das ist auch insofern wichtig, als Selbstverantwortlichkeit für Arbeitsfähigkeit/Gesundheit sich ideologisch erst dann behaupten läßt, wenn Rechtsansprüche auf Krankheitsversorgung bestehen, wenn also Arbeitsfähigkeit

nicht mehr nur durch einen sonst drohenden wirtschaftlichen Selbstmord erzwungen wird, sondern angenommen wird, daß diese als "wählbare" Alternative durch ärztliche Behandlung erhalten werden kann.

Die fatale, aber übersichtliche Situation der Nachrangigkeit von Krankenversorgung, der Marginalisierung von Krankheit, ändert sich langsam mit dem Kompetenzzuwachs der Krankenkassen und der Ärzte. Einerseits wird dadurch Krankheit zu einer eigenen sozialen Situation (Schutz-und Pflegebedürftigkeit, Kooperationszwang mit als gesundheitsrelevant angesehenen Spezialisten), in der es perspektivisch zu besseren Versorgungsleistungen kommen kann. Andererseits wandelt sich der Krankheitsbegriff vollständig - das Verhältnis von Arbeit und Krankheit wird jetzt zunehmend als bedeutungslos angesehen. Durch diese Bewegung, die an Stelle von Krankheit zunehmend den Krankheitsverursachungsbereich Arbeitsbedingungen marginalisiert (bzw. im weiteren Sinne Umweltbedingungen), wird Krankheit zu einer undurchschaubaren, unverständlichen Situation.

Welche Rolle spielt in diesem Wandlungsprozeß das professionelle Interesse an Krankheit, das Interesse der Ärzte? Die Formierung einer Ärzteschaft mit formuliertem Standesinteresse und professionalisierten Standards kann hier nicht dargestellt werden. Es ist in groben Zügen eine Entwicklung vom vereinzelten,"freien" Arzt (mit Status und Selbstverständnis, zwischen Handwerk und Künstler variierend, als eine Spezialisierung im Kreis der Heilkundigen), der bis zur Entwicklung der Sozialversicherung (als Hausarzt) im wesentlichen nur den Oberklassen zur Verfügung steht, zum Vertreter eines naturwissenschaftlich begründeten, rechtlich abgesicherten und finanziell hoch gratifizierten Zuständigkeitsmonopols für "Gesundheit". Es ist ein Transformationsprozeß, in dem sowohl ein medizinisch-technisches Weltbild funktionalisiert als auch die um 1900 schwierige ökonomische Lage einer Mittelstandsgruppe saniert wird. (anregend: Figlio, 1977; Lit. bei: Huerkamp, 1980). Der Ärzteschaft gelang es, angeleitet durch den 1900 gegründeten sog. Hartmann-Bund, in einer Serie von militanten Aktionen (von all-

gemeinen Behandlungsstreiks bis zur Ruinierung dissidenter Kollegen), die Bedingungen ihrer Tätigkeit im Rahmen von Kassenleistungen und damit auch die Krankenkassenpolitik in weitem Umfang zu beeinflussen. Unter der Generalforderung der freien Arztwahl wird schrittweise die Dominanz des niedergelassenen Arztes in der Struktur der deutschen Krankenversorgung durchgesetzt. So gelingt es, die zunächst bestehende Anstellungs-Autonomie der Kassen und damit den direkten Einfluß auf die ärztliche Versorgung aufzuheben (1913). Weitere Stufen der Interessendurchsetzung sind die Einbindung der Kassenverbände in eine Zwangsarbeitsgemeinschaft mit den Ärzteverbänden (1923) und schließlich die gesetzlich gesicherte "Selbstverwaltung" der kassenärztlichen Interessen in eigenen korporativen Organisationen (1931). (vgl. Tennstedt, 1977, 67 ff., 125 ff.).

Mit der "Selbstorganisation" der Ärzteinteressen haben die Krankenkassen ihre zentrale Definitionskompetenz in dem jetzt voll entwickelten Sach- und Dienstleistungsbereich verloren. Es ist anscheinend der Endpunkt der bürokratischen Kontrolle von Krankheit und Krankheitsbehandlung erreicht. Der Kranke scheint jetzt ausschließlich Objekt ärztlicher Definition geworden zu sein, die Kassenbürokratie jetzt nurmehr Vermittler in eine ausgelagerte Professionskompetenz. Tatsächlich ist damit in einer längeren Entwicklung die Verwaltung von Krankheit, die nur Gesundheitsbelastungen aufgreift, wenn sie nicht zum Grund für Arbeitsunfähigkeit werden, übergegangen in die Verwaltung von Krankheitskosten, auf deren Entstehung und Reduzierung die Kassen kaum mehr Einfluß haben (vgl. Göckenjan 1980). In dem Maße, in dem jetzt in der weiteren Entwicklung die alte Selektionsformel fortfällt, die die Krankenversorgung an das Fortbestehen des Arbeitsverhältnisses bindet, indem alternative Reproduktionsmittel durch die Leistungsausdehnung zur Verfügung stehen, kann der faktische, der aufgegriffene Krankheitsbegriff erweitert werden. Da Feststellung, Kontrolle und Behandlung von Krankheit vollständig ausgelagert und professionalisiert ist, kann es jetzt zu einem eigenen "Zustand" der Krankheit

kommen. Das Verhältnis von Arbeit und Krankheit, das zuerst auch in der gesetzlichen Krankenversicherung noch zwangsweise verknüpft war, fällt auseinander: Damit kann es zu einer fest umrissenen, zunehmend gesellschaftlich akzeptierten Krankenrolle kommen, mit einem Set von Verhaltenserwartungen und definierten eigenen Reproduktionsressourcen. (Parsons, 1956)

Andererseits hat sich im Verlauf der "Externalisierung" der Zuständigkeit der Krankheitskontrolle in ärztliche Kompetenz auch das medizinische Krankheitsverständnis selbst gewandelt. Parallel zur Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung setzte sich ein medizinisches Paradigma durch, das ein physikalisch-chemisches Verständnis pathologischer Abläufe entwickelt und als deren Resultat das Erkrankungsereignis nach "innen" in die Gewebe und Zellstruktur verlegt wird. (Jewson, 1976; Canguilhem, 1979; Foucault, 1973; diese Entwicklung hat ihre Entsprechung im Aufbau der medizinischen Profession selbst: der "praktische" Arzt ist lange von dem naturwissenschaftlich-technisch "fragmentierten" Spezialisten marginalisiert worden, diese definieren ärztlichen Fortschritt, Therapien und Status der medizinischen Bereiche; vgl. Darstellung bei Zadek, 1902) Die Auswirkung auf die Krankenversorgung besteht darin, daß die "Verantwortlichkeit" für (den Arbeitsunfähigkeitsgrund) Krankheit nicht mehr wie in der Tradition der Armenpflege im Sozialcharakter des Betroffenen gesucht wird, etwa in seiner Zügellosigkeit, der fehlenden Moral und Unstetigkeit, sondern in der individuell biologischen Konstitution, der "Schwäche" des einzelnen Körpers. Die Externalisierung der Krankheitszuständigkeit, weg aus dem "Mutter-Ressort" der Sozialpolitik, der alten Armenpflege, führt am Ende dieser Entwicklung zu einer Internalisierung der Krankheitsursachen in den Körper des Betroffenen selbst. (Diese Internalisierung entspricht natürlich dem Erscheinungsbild, da Erkrankung immer an einzelnen auftritt.)

Die Krankenversorgung entwickelt am Schnittpunkt des zertrennten Zusammenhangs von Arbeit und Gesundheit, differierende Perspektiven, die ihre heutige Immobilität ausmachen. Aus der

Perspektive der Krankenkassen und Selbstverwaltung hat eine Entwicklung zunehmender Restriktionen stattgefunden: Eigene, zwischen den einzelnen Kassen variierende Initiativen zur Organisation des sozialen Raums, d.h. zur Thematisierung von Gesundheitsbelastungen, Entwicklung des Leistungsangebots, Organisation der Behandlung und des Arzt-Patienten-Verhältnisses usw. werden abgelöst durch die rechtliche Fixierung der nach Konformitätskriterien selektierten Organisationsformen. Diese Verrechtlichung des Tätigkeitsspektrums schränkt die zunächst großen "freien" Räume mit zunehmender Organisation ein. Die Kassen verlieren ihre Kompetenz, sie verlieren sie an die Ärzteverbände. Aus der Perspektive der Krankenversorgung stellt sich die Verrechtlichung der Tätigkeitsformen dar als eine Balancierung der Kompetenzen zwischen Kassen und Ärzten. Der schwer kontrollierbare, schwer verwaltbare Erkrankungsfall ist verteilt einmal auf eine Finanzierungskompetenz der Kassen. Damit sind quantifizierbare formalisierungsfähige Kompetenzen gegeben, die der Tätigkeitsform der inzwischen bürokratisierten Kassen entsprechen. Krankheit wird eine Kumulation abrechnungsfähiger Punktwertungen der ärztlichen Gebührenordnung, die - in der idealen Vorstellung - den Kranken mit einem Netz von Preisschildern überzieht, an denen der Arzt seinen Verdienst an den von ihm unternommenen einzelnen Behandlungsschritten ablesen kann. Damit wird zum anderen die der Ärzteschaft überlassene Definitions- und Handlungskompetenz zugleich ebenfalls verwaltet: Die ärztliche Regelungskompetenz findet im Rahmen bürokratischer Normierung statt. (z.B. können unorthodoxe Behandlungsmethoden nur unter Schwierigkeiten mit den Kassen abgerechnet werden) Die Therapiefreiheit hat individualisierte Sicherungstitel zum Bezugspunkt. Die Punktwerte und die Positionen in der Gebührenordnung variieren nach der Kassenzugehörigkeit des Patienten. Die Gebührenordnung ist dabei einziges Kontrollinstrument gegenüber der freien ärztlichen Erwerbswirtschaft und dient zugleich dem Konkurrenzkampf der Kassentypen.

In den korrespondierenden Bezugspunkten der fragmentierten

Institutionsstruktur, der individualisierten Krankenrolle und der verwirrenden Kompetenzverteilung zwischen (profitwirtschaftlicher) Behandlung und (gruppensolidarisch aufgebrachter und bürokratisch regulierter) Finanzierung von Krankheit ist Krankheit nicht mehr als ein soziales Ereignis zu erkennen. Während sich so durch die Organisationsformen der Versicherung der Gegenstand ihrer Tätigkeit wandelt, wie wandelt sich das Bild, die Vorstellung von dieser Tätigkeit?

IV. Verrechtlichung des Gesundheitsrisikos

1. Versorgung oder Versicherung

Die ursprünglich mit der Arbeiterversicherung verbundenen korporativen Vorstellungen werden schon bald durch eine neue Theorie ersetzt. Dazu konstatiert Schmoller schon frühzeitig, daß die Arbeiterversicherung ihr Vorbild und ihre Vorläufer viel eher in den privatwirtschaftlichen Versicherungen wie den Lebensversicherungen, als in den älteren Gegenseitigkeits-Kassen habe, also "der genossenschaftlich-brüderlichen Hilfe, die Mittel ansammelt, soweit sie kann und gibt, was sie eben hat." (Schmoller, 1918, 368) Für Schmoller besteht der Unterschied zwischen den privatwirtschaftlichen Versicherungen und der Arbeiterversicherung in Umfang und der Exaktheit der angewandten Rechtsgrundsätze. Letztere ist weniger kasuistisch reglementiert und kann daher sozialer sein. Auch die Arbeiterversicherung aber ist eine Gefahrengemeinschaft gesellschaftlicher Gruppen, die sich durch institutionelle Formen absichern, die der geänderten gesellschaftlichen Basis, d.h. den komplizierteren wechselvollen Verhältnissen der "Geldwirtschaft" entsprechen. (Schmoller, 1918, 353, 367) Mit der Hervorhebung der Charakteristik von Versicherung wendet sich Schmoller gegen Rechts-Positivisten, die in der Arbeiterversicherung eine öffentliche Arbeiterversorgung entdecken, in der sich angeblich staatliche "Fürsorge" realisiere.

Seit 1888 ist von Heinrich Rosin (vgl. Tambert, 1977) und seit 1891 auch von dem sehr einflußreichen Paul Laband die Meinung vertreten worden, daß in den Rechtsformen der Arbeiterversicherung der Rechtsanspruch auf Sozialleistungen dominiere, während die Beitragspflicht nicht ursächlich für das Eintreten der Leistungsansprüche sei. Damit gelte das Versicherungsprinzip nicht. So sei etwa die Krankenkasse zu Leistungen gezwungen, unabhängig davon, ob der Arbeitgeber seiner Beitragspflicht nachgekommen ist. Ebenso beziehe sich ein Rentenanspruch nicht auf die geleisteten Beiträge, obgleich diese tatsächlich Leistungsvoraussetzungen sind, sondern auf eine ausgeübte versicherungspflichtige Tätigkeit - was eben durch Gesetz bestimmt wird - erst diese bedingt ihrerseits die Beitragspflicht. (vgl. Rosin, 1908) In dieser Argumentation wird ein Auseinandertreten von Beitrag und Entschädigung behauptet, wodurch letztere zur staatlichen Fürsorge werde. Dieses Fürsorge-Argument wird um 1900 von der Rechtsprechung aufgenommen und im folgenden zur herrschenden Meinung (Darstellung und Literatur bei Tambert). Diese Position stärkt den Rechtsanspruch auf Sozialleistungen, bindet diesen aber an staatliche Gewährleistung. Der Anspruch ergibt sich hier nicht aus der eigenen Beitragszahlung bzw. dem Arbeitgeber-Beitrag, der traditionell als Produktionskosten oder Lohnkostenanteil galt, sondern aus dem "Willen" des Gesetzgebers. Leistung und Gegenleistung beruhen nicht mehr auf Lohnarbeitsverhältnissen, seien nicht gruppensolidarische Versicherung gegen die sozialen Folgen der Produktionsweise, sondern ein öffentliches Verhältnis zwischen dem im öffentlichen Interesse tätigen einzelnen und der allgemein verantwortlichen Gemeinschaft. So führt Laband aus: Es "stehen sich in der Tat nicht bloß zwei pekunäre Leistungen gegenüber, sondern auf der einen Seite die getreue Erfüllung eines Lebensberufes, ein der nationalen Gesamtheit geleisteter Dienst und auf der anderen Seite eine Fürsorge der Gesamtheit für die in diesem wirtschaftlichen Dienst erwerbsunfähig gewordenen Personen." (zit. in: Rosin, 1908, 53)

Diese ideologische Auseinandersetzung geht um den Kern der sozialen Staatstätigkeit. Diese kann nur in organisatorischen Leistungen bestehen, hier also in der Gründung der Institutionen, der endgültigen Durchsetzung der Zwangsversicherung und der anschließenden Rechtsaufsicht. Wie wenig Staatstätigkeit allerdings zur Verteilung von Vorteilen in der Lage ist, zeigen die Durchsetzungsprobleme: So hatte nicht einmal das Zwangsprinzip der Versicherungen den erwartbaren Effekt, die Kosten der zu versichernden Gefahren auf eine größere Gruppe umzulegen, da aus politischen Gründen (regionale und branchenspezifische Kapitalinteressen, an den verschiedenen Kassentypen) eine Vielzahl von Versicherungsträgern aufrecht erhalten blieben, deren Leistungsfähigkeit natürlich gering war. Während also die Funktionsprinzipien privater Versicherungen (mathematisch-statistische Risiko- und Beitragsermittlung, ökonomisch definierte Personenkreise und Leistungen allerdings keine Profitorientierung, aber der Zwang, kostendeckend zu arbeiten) erhalten bleiben mußten, entwickelte sich ein Stück Staatsmythologie, die die Leistungen der Sozialversicherungen an den Assoziationskreisen von "Versorgung" und damit im Sinne der alten Beamten-Loyalitäten an Wohlverhalten zu binden versuchte. Diese bis heute in der Sozialversicherung fortwirkende Sicht des leistenden und fordernden Staates ist ein Produkt "überkluger Juristen", wie Schmoller sagt, die die realen Lebensverhältnisse, auf die sich die Arbeiterversicherung bezieht, nicht erfaßt haben. Mit dieser "Fürsorge-Theorie" gelingt aber andererseits der ideologisch richtungweisende Ausdruck der Misch-Struktur der Sozialversicherung. Sie konstituiert ein auf Beitragsleistungen und Anspruchstitel beruhendes versicherungsrechtliches Subjekt, das zugleich in einem öffentlich-rechtlichen Verhältnis steht. Dadurch können politisch-soziale Überlegungen Gewicht bekommen, die die wirklichen versicherungsmathematischen Grundlagen ideologisch überdecken. So ist auch die Selbstverwaltung der Sozialversicherung, neben der Beitragspflicht der zentrale Aspekt der Integrations-Technologie, in der Sicht der Fürsorge-Theorie ein staatliches Zugeständnis. Selbstverwaltung wird aufgefaßt

als Delegation von staatlicher Macht aus sozial-politischer Opportunität, nicht, wie es richtig wäre, als ein mögliches Integrationsprinzip in bezug auf die notwendigerweise vorstaatliche Organisierung industrieller Beziehungen. (vgl. zur heutigen Sicht: Bogs, 1977)

Mit der Durchsetzung dieser ideologischen Konstrukte ist ein Prozeß abgeschlossen, der mit der Notwendigkeit der Neu-Organisation der durch die Industrialisierung zerstörten alten sozialen Beziehungen begann. Der Versicherungsgegenstand, das Gesundheitsrisiko, hat damit im Bereich ideologischer Selbstverständigung wie in den praktischen (medizinischen und verwaltungsmäßigen) Bearbeitungsformen seinen realen, sozialen Charakter abgestreift. Neben der "privaten" Vernutzung von Arbeitsfähigkeit und Arbeitskraft im profitwirtschaftlichen Produktionsprozeß besteht durch den staatlichen Versicherungszwang ein öffentliches Verhältnis, das mit Produktionsverhältnissen nichts zu tun haben kann. Erst mit dieser Konstruktion ist der Arbeiter in den bürgerlichen Rechtshorizont integriert, aus dem er als Armenhilfe-Empfänger ausgegrenzt war. Er bildet die wichtigste persönliche Identität rechtsförmigen "Besitztums" aus, eine Identität, die er während der Zeit der Anwendung seiner Arbeitskraft "einzahlt" und die ihm scheinbar nach Maßgabe seines persönlichen und beruflichen Schicksals anhängt - für die er also selbst verantwortlich ist. Dieser Kumulationseffekt trifft allerdings für die Rente zu, Krankenkassenleistungen bleiben auch weiterhin nachgeordnete, allerdings jetzt ebenfalls mit der charakteristischen Verkehrungswirkung.

2. Erfahrung und Verrechtlichung

Es entsprach dem Kapitalismus-Verständnis der Sozialdemokratie, Krankheit als Unkosten der Arbeitsbedingungen bzw. der durch sie hervorgerufenen sozialen Lagen anzusehen: "Jede Krankheit ist die Folge naturwidriger gesundheitsschädlicher Lebensbedingungen, in denen sich das erkrankte Individuum ...

befindet oder befunden hat." (zit. in: Labisch, 1976, 365) Das Produktionssystem selbst verurteilt die Arbeiterklasse zu einem Leben im sozialen Elend und Krankheit, wirklich Gesundheitspolitik ist für sie daher nur in einer sozialistischen Gesellschaft möglich. Die Entkoppelung, die sich im folgenden auch im Verständnis der Sozialdemokratie durchsetzte und zu einer zunehmend pragmatisch-kurativen Gesundheitspolitik führte, muß im Rahmen der Entwicklung der Krankenversicherung gesehen werden.

Wenn Bebel 1883 zum Krankenversicherungsgesetz die Losung ausgibt: "Jedem das seine ..., die Krankenkasse verpflichte die Arbeiter, die Unfallversicherung verpflichte die Unternehmer" (Bebel, 1883, 15), so drückt er die alte sozialdemokratische Position aus. Das Krankheitsereignis ist ein Solidarfall, Krankheit ist ein Kollektivrisiko, die Unterstützung muß im Rahmen der bestehenden Verhältnisse in den Händen des Betroffenenkollektivs bleiben, hier den freien eingeschriebenene Hilfskassen. Nur so erklärt sich die Einschätzung der Krankenversicherung als Palliativ-Mittel vor dem Hintergrund unverschiebbarer, unumgänglicher Nothilfe. Parallel zur Bürokratisierung der Institutionen verschiebt sich in der Sozialdemokratie auch das Krankheitsverständnis: "Wo keine Sonne hinkommt, da muß ein Arzt hin!" ist die neue Parole (in: Labisch, 1976, 358) An die Stelle einer Kapitalismuskritik ist die Hoffnung auf die Heilkraft der ärztlichen Profession getreten. Krankheit - weiterhin als sozial verursacht angesehen - scheint jetzt im Rahmen der bestehenden Institutionen heilbar; Gesundheit wird auch unter kapitalistischen Verhältnissen möglich.

Indem der Solidarfall Krankheit an die Fachkompetenz der Ärzte delegiert wird, wird auch die auf Erfahrung basierende Kenntnis von Belastung und Erkrankung aufgegeben. Arbeitserfahrung, Berufstraditionen, Kontextkenntnisse der Kranken sind dem Arzt fremd. An die Stelle der erfahrungsbezogenen Kenntnis der Belastung, zu deren Interpretation die Sozialdemokratie eine konkrete Konzeption von Gesamtbelastung vor Augen

und in der Maximalarbeitszeitforderung (8-Stunden-Forderung) auch ein Reformkonzept entwickelt hatte, tritt die Konzeption naturwissenschaftlicher Klärung von Krankheitsursachen. Diese "Verwissenschaftlichung" der auf Erfahrung beruhenden Zuordnung von Arbeit und Krankheit ist eine Voraussetzung der Entpolitisierung des Krankheitsrisikos. Das ist der letzte Schritt: Indem auch die Sozialdemokratie die naturwissenschaftlich professionelle Ärztesicht übernimmt, damit ihre aufklärerische widerständliche Rolle aufgibt, ist der Solidarfall eines Kollektivrisikos Krankheit in jeder Hinsicht zum Individualfall geworden. Die Krankheit des einzelnen Körpers, notwendigerweise die Individualisierung eines kollektiven Risikos, hat keine Beziehung mehr zum Schicksal des Kollektivs.

Es hat den Anschein, als sei mit dieser gelungenen Internalisierung der Krankheitsursachen die Zuordnung des Erkrankungsgeschehens auf die konstitutionelle Schwäche des Körpers, die volle Herausbildung des sozialversicherungsrechtlichen Subjekts gelungen. Der Sozialcharakter von Krankheit ist eliminiert und auf ein "allgemein menschliches" Substrat anfälliger und verfallender Konstitution reduziert. Die "künstliche" Subjektivierung, deren Formierung durch Rechte und Pflichten, die Zuordnung der sozialen Anspruchstitel und Leistungsgründe auf das Individuum selbst, scheint ohne Widerspruchsmöglichkeiten zu sein. Die Verantwortung für die soziale Lage der Arbeitsunfähigkeit aus Krankheitsgründen liegt bei dem Kranken selbst. Arbeitsbedingungen als generierendes Zentrum der Sozialversicherung werden zunehmend verdrängt. Sobald mit Kuration im Prinzip alle Gesundheitsprobleme lösbar scheinen, treten statt dessen Verteilungs- und Zugangsprobleme der medizinischen Versorgung in den Vordergrund. Zugleich wandelt sich offenbar auch das Problem der Krankenkontrolle. Der generalisierte Simulationsverdacht tritt hinter der weiterhin bestehenden Drohung des Arbeitsplatz-Verlustes zurück. Das nurmehr intern gesteuerte Krankheitsverhalten, das durch die Praxis der ärztlichen Krankschreibung und deren Überwachung durch die vertrauensärztli-

chen Dienste kaum wirklich kontrolliert wird, gehört sozusagen zu den Kosten der Entkoppelung von Arbeit und Krankheit. Hier drückt sich noch einmal der Funktionswandel des Versicherungssystems selbst aus. Empfiehlt Schäffle 1882 in Paraphrase zu dem ersten Krankenversicherungsentwurf: "Die gezahlten Krankenlöhne ... müßten so knapp gehalten werden, daß jeder ordentliche Arbeiter die Fortsetzung ... der Arbeit zum vollen Lohn dem Hilfskassengenuß vorziehen würde, so lange er nur wirklich arbeitsfähig ist "(Schäffle, 1882, 72), so drückt er die alte Auffassung von Krankheit als eines sozialen Ereignisses aus: er hat einen Zustand vor Augen, der mit Zwangsmitteln kontrolliert, also noch erst der Eigenverantwortung des Betroffenen "anempfohlen" werden muß. Krankheit wird noch nicht als medizinischer Zustand angesehen, an dem die Bürokratie ihr "Recht" verloren hat.

Das heutige Krankenversicherungssystem stellt dann die Verantwortlichkeitsfrage auch nicht mehr. Es hat sowieso ausschließlich das Individuum zum Gegenstand: "Eine Krankheit im Sinne der RVO liegt vor, wenn ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand wegen Beschwerden, Schmerzen oder Verschlimmerung oder Eintritt der Arbeitsunfähigkeit einer Heilbehandlung bedarf." (Bundesgerichtsurteil vom 17.10.1969) Das Feststellungsmonopol, die Krankheitsdiagnose, liegt im vorbürokratischen Bereich der ärztlichen Profession, das Eintreten der Leistungen wird durch das Krankheitsverhalten des einzelnen gesteuert, die Arbeitsunfähigkeit selbst ist ein Leistungsgrund unter mehreren. Damit ist jetzt tatsächlich "Krankheit" versichert als eine individuelle Regelwidrigkeit, nicht mehr eine typische Episode mit bestimmtem sozialem Charakter. Nur das Krankheitsverhalten enthält noch einen Reflex auf die Arbeitsbedingungen wie Arbeitsplatzsicherheit usw.

Die hier angekommene Entwicklung enthält in jeder Etappe interdependente Verrechtlichungs-, Bürokratisierungs- und Professionalisierungsprozesse. ("Ökonomisierung" als ein weiterer Formalisierungsaspekt ist hier nicht gesondert

verfolgt worden; vgl. dazu: Tennstedt, 1976a) Was Verrechtlichung des Gesundheitsrisikos von einer Entwicklung unterscheidet, die als "Ausdifferenzierung" gesellschaftlicher Funktionen, entsprechend einer "komplexeren", industrialisierten Gesellschaft bezeichnet würde, ist vor allem die enthaltene Verkehrung und Entthematisierung sozialer Verhältnisse. Verrechtlichung des Gesundheitsrisikos bedeutet insbesondere die Entwicklung von Kompensationspolitiken, die auf dringende individuelle Notlagen eingehen, aber zugleich eine Vielzahl von eigenen Problemen und Themen entwickeln, die den Entstehungszusammenhang der Politiken zunehmend überlagern und entthematisieren. Diese Ent-Thematisierung ist der eigentliche politische Skandal der Sozialversicherung, indem sich auch die Geschichte der deutschen Arbeiterbewegung wiederspiegelt. Die Strategie der Verrechtlichung stellt sich dar als Fragmentierung des sozialen Kontexts und der hier gesammelten sozialen Erfahrung und als Wiederverknüpfung nach Kriterien sozialer Konformität bzw. nach der Matrix bürokratischer Bearbeitbarkeit des je historisch spezifischen gesellschaftlichen Problemdrucks. Der Handlungsimperativ geht dabei keineswegs auf eine Logik etwa der Bürokratisierung oder Individualisierung zurück - diese selbst sind nachrangige Verrechtlichungswirkungen, die nicht zwingend sind, substituiert werden können (z.B. durch Professionalisierung). Handlungszwänge werden durch soziale Prozesse durchgesetzt, also hier durch Produktionserfordernisse und ihre sozialen Folgen, und auch durch Politiken der Sozialdemokratie. Die Sozialdemokratie hat wesentlichen Anteil an der Verrechtlichung des Gesundheitsrisikos, durch ihre Erwartungen an die sozialisierenden Wirkungen der Staatstätigkeit, die sie mit der immer wieder geforderten Verstaatlichung verbanden und durch den Regelungsdruck, den sie einfach durch ihre Präsenz darstellten. Aus ganz unterschiedlichen Bewertungen ist zuzustimmen, wenn Bebel die Sozialversicherung für sich als Produkt der Arbeiterbewegung reklamiert oder wenn Bismarck anmerkt, daß die Sozialversicherung ohne die Sozialdemokratie nicht durchsetzbar gewesen wäre. Es ist dabei nicht ohne Ironie, daß tatsächlich die "abgetrotzten" staatlichen Zuge-

ständnisse nicht etwa die Sozialdemokratie (über die Gesundheitspolitik) stärkten, sondern sie umgekehrt in Loyalitätskonflikte verwickelte, in die staatliche Gesundheitspolitik einband und als Folge wichtige Kritik und Orientierungsfunktionen aufgegeben wurden. Aber das ist keine zwingende, zumindest keine dauernde Verrechtlichungswirkung, wie die Neu-Formierung kritischer Positionen in den 1920er Jahren zeigt. (vgl. Leibfried/Tennstedt 1980) Wobei allerdings der Lernprozeß der 20er Jahre durch den Faschismus gewaltsam unterbrochen und für uns verschüttet wurde. Eine zentrale Bedeutung von Verrechtlichung als Regulationsform staatlicher Tätigkeit liegt gerade in der Wattierung sozialer Verhältnisse: durch Verrechtlichung werden die Spuren sozialer Kämpfe und erzwungener Kompromisse verwischt und ihre Ergebnisse als die staatlicher Handlungslogik verkehrt wiedergegeben. Was an sozialer Erfahrung durch die Lernprozesse der eigentlichen Handlungsträger wie hier der Selbstverwaltung der Krankenkassen gesammelt wird, wird durch diese Interventionsform selektiert, umdefiniert und als unkenntliche Rechtsfortbildung in den Normbestand übernommen. Erfahrungen und Kompetenzen werden dadurch enteignet. Was als trial and error der sozialen Kämpfe entsteht, behauptet sich im Rechtshorizont als staatlich erfunden und hat alle Verursachung und Kosten fortgewischt. Zumindest in der Rechtsideologie besteht die geschlossene Verweisungskette zwischen dem versicherungsrechtlichen Subjekt, auf das sich die Rechte und Pflichten, Anspruchstitel und Leistungsgründe beziehen und dem legitimierenden, gewährleistenden Staat. Tatsächlich hat dieser "ideologische Schein" Realität in den so funktionierenden Institutionen der Sozialversicherung, Krankheit wird wirklich als individuelle Pathologie behandelt. Dennoch ist mit diesen "ideologischen Apparaten" eine reale Trennung von Krankheit und Verursachung keineswegs erreicht. Die Plausibilität der täglichen Erfahrungen, der Belastung und Abnutzung durch Arbeitsbedingungen und resultierende Soziallagen, müßte die rechtlich dissoziierten Beziehungen sinnlich immer wieder herstellen. Und das selbst, wenn Erkennt-

isse, daß Arbeitsbedingungen zur Zeit schlecht politisierbar seien, scheinbar das Gegenteil behaupten.*

* Der Artikel war im November abgeschlossen; es kann hier nur auf den Poststreik im November verwiesen werden, der bundesweit Arbeitsbelastungen thematisiert hat; bekanntlich sind mit gesundheitspolitischen Argumenten Ausgleich für Schichtarbeit durch Freischichten gefordert und z.T. durchgesetzt worden.

Zitierte Literatur

Adickes, F., 1881, Die Verteilung der Armenlasten in Deutschland und ihre Reform, in: Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft

Bebel, A., 1883, Wie verhalten sich die Arbeiter gegenüber dem neuen Krankenversicherungsgesetz, Nürnberg

Bogs, H., 1977, Strukturprobleme der Selbstverwaltung einer modernen Sozialversicherung, Bonn

Brentano, L., 1972, Die Gewerkvereine im Verhältnis zur Arbeitergesetzgebung, in: Preußische Jahrbücher

der.s 1879, Die Arbeiterversicherung gemäß der heutigen Wirtschaftsordnung, Leipzig

ders. 1888, Die beabsichtigte Alters- und Invalidenversicherung für Arbeiter und ihre Bedeutung, in: Jahrbuch für Nationalökonomie und Statistik, Band 16, NF

Canguilhem, G., 1979, Der Beitrag der Bakteriologie zum Untergang der "Medizinischen Theorien" im 19. Jh., in: ders., Wissenschaftsgeschichte und Epistemologie, Frankfurt/M.

Dohse, K., Jürgens, U., Russig, H., Hg., Ältere Arbeitnehmer zwischen Unternehmensinteressen und Sozialpolitik. Die gegenwärtige Situation älterer Arbeitnehmer im Beschäftigungssystem, Königstein/T. (im Erscheinen)

Evers, A., 1977, Staatlicher Zentralismus und Dezentralisierung. Zur historischen Entwicklung einer politischen Problemstellung, in: Handbuch 5, Staat, Brandes, u.a. Frankfurt/M.

Figlio, K., 1977, The historiography of scientific medicine: an invitation to the human sciences, in: Comparative Studies in Society and History, Vol. 19

Foucault, M., 1973, Die Geburt der Klinik, München

Freund, 1887, Das berufsgenossenschaftliche Prinzip im Krankenversicherungsgesetz, in: Jahrbuch für Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung

Gerstenberger, H., 1976, Staatliche Sozialpolitik als Instrument gesellschaftlicher Kontrolle, in: Kritische Justiz

Göckenjan, G., 1980, Politik und Verwaltung präventiver Gesundheitssicherung, in: Soziale Welt

Grotjahn, A., 1907, Der Einfluß der sozialen Versicherungsgesetzgebung auf die Entwicklung des Krankenhauswesens, in: Zeitschrift fürsoziale Medizin

Hentschel, V., 1978, Das System der sozialen Sicherung in historischer Sicht 1880 bis 1975, in: Archiv für Sozialgeschichte

Huerkamp, C., 1980, Ärzte und Professionalisierung in Deutschland. Überlegungen zum Wandel des Arztberufs im 19. Jh., in: Geschichte und Gesellschaft 3/80

Jantke, C., 1955, Der vierte Stand, Freiburg

Jewson, N.D., 1976, The disappearence of the sick man from medical cosmology, 1770-1870, in: Sociology, Bd. 10

Kleeis, F., 1928, Die Geschichte der sozialen Versicherung in Deutschland, Berlin

Köhler, I., 1977, Arme und Irre, Berlin

Labisch, A., 1976, Die gesundheitspolitische Vorstellung der deutschen Sozialdemokratie von ihrer Gründung bis zur Parteispaltung (1863 bis 1917), in: Archiv für Sozialgeschichte, Bd. XVI

Leibfried, St., Tennstedt, F., 1980, Zur Problematik der gewerkschaftlichen Organisierung der Ärzte in der Weimarer Republik 1926-1932, Ms. Bremen/Kassel

Lindemann, H., 1906, Die deutsche Städteverwaltung. Ihre Aufgaben auf dem Gebiet der Volkshygiene, des Städtebaus und des Wohnungswesens, Stuttgart

Müller, A., 1904, Arbeitersekretariate und Arbeiterversicherung in Deutschland, München

Naschold, F., u.a., 1978, Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich, 2 Bde., Wien, 2. Aufl.

Parsons, T., 1956, Struktur und Funktion der modernen Medizin, in: KZfSS, Sonderheft 1

Peschke, P., 1962, Geschichte der deutschen Sozialversicherung. Der Kampf der unterdrückten Klassen um soziale Sicherheit, Berlin/Ost

Rodenstein, M., 1978, Arbeiterselbsthilfe, Arbeiterselbstverwaltung und staatliche Krankenversicherungspolitik, in: Starnberger Studien 2, Frankfurt/M.

Rothfels, 1927, Theodor Lohmann und die Kampfjahre der deutschen Sozialpolitik 1872-1905, Berlin

Rosenberg, H., 1967, Große Depression und Bismarckzeit, Berlin

Rosin, H., 1908, Die Rechtsnatur der Arbeiterversicherung, in: Staatsrechtliche Abhandlungen, Festgabe für Paul Laband, Tübingen

Sachße, Ch., Tennstedt, F., 1980, Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland, Stuttgart

Schaefer, H., Blohmke, M., 1978, Sozialmedizin, Stuttgart, 2. Aufl.

Schäffle, A., 1856, Abbruch und Neubau der Zunft, in: ders.: Gesammelte Aufsätze, 2 Bde., Tübingen, 1885

ders. 1882, Der korporative Hilfskassenzwang, Tübingen

Schmoller, 1873, Referat, in: Verhandlungen der Eisenacher Versammlung zur Besprechung der sozialen Frage, Okt. 1872, Schriften des Vereins für Socialpolitik, Leipzig

ders., 1918, Die soziale Frage, München/Leipzig

Scholz, F., 1928, Von Ärzten und Patienten, München, 5. Aufl.

Schwenger, R., 1934, Die deutschen Betriebskrankenkassen, München/Leipzig

Smith, B., 1980, Black lung: the social production of disease, WZB / IIVG, Paper

Syrup/Neuloh, 1954, 100 Jahre staatliche Sozialpolitik, 1839-1939, Stuttgart

Tambert, M., 1977, Heinrich Rosin und die Anfänge des Sozialversicherungsrechts, Diss. Freiburg i.Br.

Tennstedt, F., 1972, Berufsunfähigkeit im Sozialrecht, Frankfurt/M.

ders., 1976, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, in: Blohmke, M., Hg., Handbuch der Sozialmedizin, Stuttgart, Bd. 3

ders., 1976a, Zur Ökonomisierung und Verrechtlichung in der Sozialpolitik, in: Murswieck, A., (Hg.), Staatliche Politik im Sozialsektor, München

ders., 1977, Soziale Selbstverwaltung. Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung, Bd. 2, Bonn

Thiel, 1887, Wirtschaftliche Selbstverantwortlichkeit und Versicherungszwang, in: Jahrbuch für Gesetzgebung und Rechtspflege

Wagner, A., 1872, Rede über die soziale Frage

Wolff, H., 1933, Die Stellung der Sozialdemokratie zur deutschen Arbeiterversicherungsgesetzgebung. Von ihrer Entstehung an bis zur Reichsversicherungsordnung, Diss. Freiburg, Berlin

Zadek, I., 1895, Die Arbeiterversicherung. Eine social-hygienische Kritik, Jena

ders., 1902, Die Medizin im 19. Jh., Berlin

Ziele und Wege, 1906, Erläuterungen der sozialdemokratischen Gegenwartsforderungen, A. Braun, Hg., Berlin