

Roger W. Dufern

Bürgerschaftliches Engagement im Gesundheitswesen

Freie Solidargemeinschaften
in Südbaden



Roger Waldemar Dufern

Bürgerschaftliches Engagement im Gesundheitswesen.
Freie Solidargemeinschaften in Südbaden
Wissenschaftliche Beiträge aus dem Tectum Verlag
Reihe: Sozialwissenschaften; Band 47
Umschlagabbildung: cw-design - www.photocase.com
Zugl. Univ.Diss., Freiburg 2011
© Tectum Verlag Marburg, 2011

ISBN 978-3-8288-5348-5

(Dieser Titel ist als gedrucktes Buch unter der
ISBN 978-3-8288-2602-1 im Tectum Verlag erschienen.)

Besuchen Sie uns im Internet
www.tectum-verlag.de

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind
im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Danksagung

Die vorliegende Schrift wäre nicht möglich gewesen ohne die Menschen, die diese Aufgabe begleiteten und mich bei der Realisierung unterstützten.

Besonderer Dank gebührt meinem „Doktorvater“, Herrn Prof. Dr. Baldo Blinkert, der ein wichtiger Ideengeber war und mich besonders im empirischen Teil der Dissertation unterstützte. Er zeigte Vertrauen in meine Person und ermutigte mich, diese Arbeit in die Realität umzusetzen.

Herzlich bedanken darf ich mich auch bei Herrn Prof. Dr. Ueli Mäder von der Universität Basel für die Übernahme des Zweitgutachtens. Seine theoretischen Beiträge waren für mich wegweisend.

Ich danke Herrn Dr. Jan Kruse für dessen Anregungen zur qualitativen Forschung als Mittel, um freiwillige Solidarität sozialwissenschaftlich fassbar zu machen. Er war ebenfalls ein wichtiger Wegbereiter dieser Arbeit.

Ein herzlicher Dank gebührt Herrn Dr. Andy Selter für seine wichtigen Tipps und Anregungen für die Strukturierung der quantitativen Forschung und Herrn Dr. Hector Schmassmann von der Uni Basel für die Durchsicht und Unterstützung bei den Inhalten des Theorieteils.

Danken möchte ich sowohl meinen Eltern als auch Frau Ghiga von Smiechowska mit ihrer Studienhilfe bzw. dem Land Baden-Württemberg, die mich in meiner Doktorandenzeit wirtschaftlich unterstützten.

Ein besonderer Dank gebührt auch meiner Frau Andrea Gier-Dufern, die mir aufmunternd mit viel Geduld und Verständnis zur Seite stand.

Zusammenfassung

In dieser Arbeit beschäftige ich mich mit bürgerschaftlichem Engagement im Gesundheitswesen unter dem Leitbegriff der freiwilligen regionalen Solidarisierung.

Eingebettet wird die Studie einerseits in verschiedene Theorien zur sozialen Solidarisierung, zum freiwilligen bürgerschaftlichen Engagement, zur Selbsthilfe, zur Subsidiarität und zum sozialen Kapital.

Andererseits wird das System der sozialen Sicherung im Krankheitsfall im deutschen Gesundheitswesen mit seinem geschichtlichen und strukturellen Hintergrund und seinen Grundprinzipien beleuchtet. Die gesetzliche und die private Krankenversicherung werden dargestellt und kontrastiert.

Ich begründe theoretisch, dass die bisherigen Formen staatlich organisierter Solidarisierung im Gesundheitswesen auf Dauer unzureichend sein werden.

In meiner Dissertation werden die verschiedenen Perspektiven einer Neuorientierung im Gesundheitswesen im Sinne einer freiwilligen Solidarisierung betrachtet. Zwei bestehende Modelle – die Artabana und die Solidarkunst – werden in ihren verschiedenen Dimensionen und Aspekten vorgestellt. Diese Ansätze liefern praktische Beispiele dafür, wie durch freiwillige Solidarisierungsprozesse auf regionaler Basis neue soziale Strukturen in unserer Gesellschaft geschaffen werden könnten.

Die Kernfrage dieser Studie ist, inwieweit solche Solidargemeinschaften eine Perspektive haben, sich dauerhaft ins aktuelle Gesundheitssystem zu integrieren bzw. es nachhaltig und dauerhaft, im erweiterten Rahmen auch sozial, zu impulsieren und zu sichern.

Methodische Schwerpunkte der Arbeit stellen einerseits qualitative Interviews dar, die ich auf der Basis der erarbeiteten theoretischen Grundannahmen mit Pionieren und Verantwortungsträgern dieser neuen Solidarmodelle in Südbaden geführt habe. Im Rahmen einer Inhaltsanalyse dieser Experteninterviews werden Forschungshypothesen generiert und anschließend über eine schriftliche Befragung von Mitgliedern dieser Solidargemeinschaften sowie einer Kontrollgruppe überprüft. Zusätzlich wurden Daten zu den soziodemografischen Merkmalen der Mitglieder erhoben. Verglichen wurden diese Mitglieder mit einer Kontrollgruppe, die, im Sinne der Sicherung im Krankheitsfall, konventionelle Wege geht.

Als Ergebnis lässt sich festhalten, dass die Menschen, die den Weg der freiwilligen Solidarisierung gehen, mittleren Alters sind, über einen hohen Bildungsstand verfügen, oft selbst aus Gesundheitsberufen kommen und eine hohe Bereitschaft haben, sich ehrenamtlich zu engagieren.

Solidarität im Gesundheitswesen – auch im erweiterten Rahmen – könnte neu, im Sinne einer freiwilligen, regional organisierten Solidarität, definiert und gelebt werden. In unterschiedlichem Maße könnte eine solche Solidarität eine Möglichkeit sein, das aktuelle System zu ergänzen, in manchen Aspekten auch zu ersetzen.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	5
Zusammenfassung	7
Abbildungsverzeichnis	15
Tabellenverzeichnis	16
Tabellen im Anhang	17
Abkürzungsverzeichnis	18
 0. EINLEITUNG	 19
0.1. Problemstellung	19
0.2. Zielsetzung und Fragestellungen	21
0.3. Übersicht über den Theorieteil	22
0.4. Empirische Vorgehensweise	23
 1. BEGRIFFLICHE UND THEORETISCHE GRUNDLAGEN	 27
1.1. Grundstrukturen des Gesundheitssystems	27
1.1.1 Grundmodelle von Gesundheitssystemen	28
1.1.1.1 Staatliches Gesundheitssystem	28
1.1.1.2 Sozialversicherungsmodell	28
1.1.1.3 Marktwirtschaftliches System	28
1.1.2 Abriss der historischen Entwicklung des deutschen Gesundheitswesens und der Krankenversicherung	29
1.1.2.1 Mittelalter bis 19. Jahrhundert	29
1.1.2.2 Entwicklung vom Kaiserreich bis in die 1990er Jahre	32
1.1.3 Grundprinzipien der sozialen Sicherung im Krankheitsfall	34
1.1.3.1 Sozialstaatsgebot	34
1.1.3.2 Solidarprinzip	35
1.1.3.3 Subsidiaritätsprinzip	37

1.1.3.4	Bedarfsdeckungsprinzip	38
1.1.3.5	Sachleistungsprinzip	38
1.1.3.6	Versicherungspflicht	39
1.1.3.7	Selbstverwaltung	40
1.1.4	Die deutsche Krankenversicherung	41
1.1.4.1	Gesetzliche Krankenversicherung	41
1.1.4.2	Die private Krankenversicherung	43
1.1.4.3	Vergleich GKV und PKV	47
1.1.4.4	Entwicklungen und Reformen der letzten 10 Jahre	48
1.1.5	Systemvergleich: Die Krankenversicherung in der Schweiz	51
1.1.5.1	Variantenreiche Versicherungsmodelle	54
1.1.6	Resümee	54
1.2.	Solidarität, Subsidiarität und freiwilliges bürgerschaftliches Engagement	56
1.2.1	Solidarität	56
1.2.1.1	Ist Solidarität überhaupt (noch) möglich?	56
1.2.1.2	Was heißt Solidarität?	57
1.2.1.3	Einige Formen der Solidarität	58
1.2.1.3.1.	Solidarität als Kampfbegriff in der Arbeiterbewegung	59
1.2.1.3.2.	Mechanische und organische Solidarität bei Durkheim	59
1.2.1.3.3.	Solidarisches Menschenbild in der christlichen Sozialethik	63
1.2.1.3.4.	Organisierte und institutionalisierte Solidarität	65
1.2.1.3.5.	Nah- und Fernraumsolidarität	66
1.2.2	Freiwilliges bürgerschaftliches Engagement	67
1.2.2.1	Zum Diskurs über freiwilliges bürgerschaftliches Engagement	67
1.2.2.2	Bürgerschaftliches Engagement als Verpflichtung?	69
1.2.2.3	Formen freiwilligen Engagements	70
1.2.3	Weitere theoretische Bezüge	71
1.2.3.1	Genossenschaftliche Traditionen	71
1.2.3.2	Subsidiarität	72
1.2.3.3	Selbsthilfe	74

		11
1.2.3.4	Kommunitaristische Erneuerung	74
1.2.3.5	Soziales und kulturelles Kapital	76
1.2.4	Sozialer Wandel durch die Integration von Solidarität, Subsidiarität im freiwilligen Engagement	81
1.2.4.1	Sozialer Wandel	81
1.2.4.2	Solidarität mit neuer Qualität	81
1.2.4.3	Subsidiäre Solidarität	82
1.2.4.4	Freiwillige Solidarisierung	82
1.2.5	Resümee	85
1.3.	Forschungsleitende Grundannahmen	86
2.	FORSCHUNGSDESIGN UND EMPIRISCHE ERGEBNISSE	89
2.1.	Explikation der Forschungsmethode	89
2.1.1	Qualitative und quantitative Analysen	89
2.1.2	Qualitative Sozialforschung	91
2.1.2.1	Das Experteninterview	91
2.1.2.2	Vorstellung des Leitfragebogens	92
2.1.2.2.1.	Methodische Herangehensweise:	94
2.2.	Die Leitfragen im Einzelnen	95
2.2.1.1	Vorstellung der Interviewfälle	98
2.2.1.2	Explikation der Analysemethode	102
2.3.	Fallarbeit I: Solidarisierung in der Artabana	104
2.3.1	Die Beitrittsmotive	104
2.3.1.1	Gesundende Freiheiten	107
2.3.1.2	Mündiges Mitglied der Gesellschaft sein	109
2.3.1.3	Kein Bittsteller mehr sein	111
2.3.1.4	Kulturell kreativ sein	114

2.3.2	Zu den Aufnahmekriterien	115
2.3.2.1	Die Aufnahme, ein langer Prozess	115
2.3.2.2	Über das Leben des Menschen Bescheid wissen	117
2.3.2.3	Ein gewisses Maß an Eigenverantwortung	118
2.3.3	Kommunikation in der Artabana	120
2.3.3.1	Die Gestaltung des Gemeinschaftslebens	120
2.3.3.2	Im gegenseitigen Wahrnehmen lebt die Artabana	121
2.3.3.3	Grundlegend basisdemokratisch ...	123
2.3.3.4	Zum Austausch „sozialer Wirklichkeiten“	126
2.3.4	Die wirtschaftliche Seite	131
2.3.4.1	Organisierte Selbstverwaltung	131
2.3.4.2	Beiträge und Kosten	132
2.3.4.3	Krebs und andere Großrisiken	136
2.3.5	Rechtliche Fragen	140
2.3.5.1	Ein leistungsfähiger Ersatz für Krankenkassen	140
2.3.5.2	Die GbR, eine „pflegeleichte Rechtsform“	142
2.3.5.3	Vertrauen statt Rechtsanspruch	143
2.3.6	Artabana, ein Modell für die Zukunft?	145
2.3.6.1	Vom Ich zum Wir	145
2.3.6.2	„Small is beautiful“	146
2.3.6.3	Suche nach Gemeinschaft	147
2.3.7	Resümee	148
2.4.	Fallarbeit II: Solidarisierung in der Solidarkunst	151
2.4.1	Die Beitrittsmotive	151
2.4.1.1	Anderen helfen und für sie da sein	151
2.4.1.2	Naturheilkunde und anthroposophische Therapien sichern	152
2.4.1.3	Probleme im Gesundheitswesen überwinden	155
2.4.1.4	Eine Antwort auf den Zerfall kleinster sozialer Einheiten	160
2.4.2	Zu den Aufnahmekriterien	161
2.4.2.1	Die Menschen müssen passen	161

2.4.2.2	Ein ausgewogenes Verhältnis	162
2.4.3	Kommunikation in der Solidarkunst	166
2.4.3.1	Das soziale Leben üben, Kunst als Übungsweg	167
2.4.3.2	Der Anonymität entgegenwirken	171
2.4.3.3	Eine anonyme Solidarität ist <i>keine wirkliche</i> Solidarität	174
2.4.3.4	Die Mitgliederversammlung als wichtigste Instanz	175
2.4.4	Die wirtschaftliche Seite	178
2.4.4.1	Solidarkunst als Komplementärfonds	178
2.4.4.2	Von der Basis aus bestimmen	179
2.4.5	Rechtliche Fragen	182
2.4.5.1	Zwangssolidarität, ein Widerspruch in sich?	183
2.4.5.2	Regelmäßige Anpassungen der Satzung als zentrales Element	184
2.4.6	Solidarkunst, ein Modell für die Zukunft?	186
2.4.6.1	Von einer Subkultur zu einem erweiterten gesellschaftlichen Faktor?	186
2.4.6.2	Vorbild für Andere sein?	188
2.4.6.3	Ein differenziertes System etablieren	191
2.4.7	Resümee	191
2.5.	Komparative Verdichtung und Hypothesenbildung	194
2.6.	Quantitative Sozialforschung	201
2.6.1	Methodische Herangehensweise	201
2.6.1.1	Schriftliche Befragung als Forschungsinstrument und Darstellung des Erhebungsablaufs	201
2.6.1.2	Konstruktion der Fragebögen	202
2.6.1.2.1.	Arten von Skalen	202
2.6.1.2.2.	Dramaturgie des Fragebogens	203
2.6.1.2.3.	Layout	204
2.6.1.2.4.	Pretest	204
2.6.1.3	Bestimmung der Grundgesamtheit für die empirische Analyse und Qualität des Datenbestandes	206

2.6.1.4	Datenauswertung	207
2.6.2	Ergebnisse	208
2.6.2.1	Demografische Daten	208
2.6.2.2	Überprüfung der Hypothesen	216
2.7.	Diskussion	236
2.7.1	Diskussion der Methodik	236
2.7.2	Zusammenfassung, Interpretation und Diskussion der Ergebnisse	239
3.	Schlussbetrachtung und Ausblick	247
4.	Anhang	251
4.1.	LITERATURVERZEICHNIS	251
4.2.	Interviewleitfaden und Informationen	267
4.3.	Fragebögen	277
4.4.	Statistik	290

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Beispiel einer sechsstufigen Ratingskala	202
Abbildung 2:	Beispiel für eine halboffene Frage	203
Abbildung 3:	Interesse an der Erstattung der Naturheilverfahren	217
Abbildung 4:	Unzufriedenheit mit dem Gesundheitssystem	221
Abbildung 5:	Zusammenhang zwischen dem Bedürfnis nach einem weiteren sozialen Netzwerk und der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung bzw. Solidargemeinschaft	227
Abbildung 6:	Bereitschaft zu ehrenamtlichem Engagement zur Senkung der Verwaltungskosten, getrennt nach Programm- und Kontrollgruppe	230
Abbildung 7:	Umsetzbarkeit des Bedürfnisses, wirtschaftliche Vorgänge nachvollziehen zu können, getrennt nach Programm- und Kontrollgruppe	232
Abbildung 8:	Umsetzbarkeit der Mitbestimmung des Umganges mit den Kosten für Gesundheit und Krankheit, getrennt nach Programm- und Kontrollgruppe	234

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Muster des verwendeten Gesprächsleitfadens	95
Tabelle 2:	Religiöses Bekenntnis	210
Tabelle 3:	Anzahl der Kinder	211
Tabelle 4:	Einkommen, gruppiert nach Programm- und Kontrollgruppe	214
Tabelle 5:	Höhe des Mitgliedsbeitrags in den freien Solidargemeinschaften	215
Tabelle 6:	Umsetzbarkeit der Erstattung der Naturheilverfahren, nur GKV	218
Tabelle 7:	Mir ist die freie Arzt-, Therapeuten- und Heilpraktikerwahl ein Anliegen	219
Tabelle 8:	Umsetzbarkeit der freien Arzt-, Therapeuten- und Heilpraktikerwahl	220
Tabelle 9:	Andere Ausbildungsabschlüsse in der Programmgruppe	222
Tabelle 10:	Zusammenhang zwischen der Bildung und der Wahl einer Solidargemeinschaft bzw. Krankenversicherung	223
Tabelle 11:	Zusammenhang zwischen dem Alter und der Bereitschaft, neue Strukturen im Gesundheitswesen aufzubauen	224
Tabelle 12:	Zusammenhang zwischen dem Alter und der Mitgliedschaft in Solidargemeinschaften	225
Tabelle 13:	Möglichkeit des Austauschs im kleinen Kreis zu Gesundheitsfragen und Krankenbehandlung	226
Tabelle 14:	Bedürfnis nach einer bewussteren Pflege des sozialen Miteinanders im Gesundheitswesen, Vergleich zwischen Mitgliedern der Krankenversicherung und der Solidargemeinschaften	228
Tabelle 15:	Bedürfnis nach Mitbestimmung, wie mit Gesundheit, Krankheit und deren Kosten umgegangen wird, getrennt nach Programm- und Kontrollgruppe	233

Tabellen im Anhang

AH Tabelle 1:	Mittelwert Alter der Befragten in der Programmgruppe	290
AH Tabelle 2:	Mittelwert Alter in der Kontrollgruppe	290
AH Tabelle 3:	Mittelwert Alter im Allbus Datensatz 2008	290
AH Tabelle 4:	Geschlechterverteilung	290
AH Tabelle 5:	Familienstand gruppiert	291
AH Tabelle 6:	Familienstand Allbus 2008	291
AH Tabelle 7:	Standort der Befragten	291
AH Tabelle 8:	Mitgliedschaft	292
AH Tabelle 9:	Beruflicher Bildungsabschluss	292
AH Tabelle 10:	Nettoeinkommen Allbus 2008	293
AH Tabelle 11:	Wie aktiv sind Sie in Ihrer Gemeinschaft eingebunden?	293
AH Tabelle 12:	Gesundheitszustand der Befragten	293
AH Tabelle 13:	Gesundheitszustand im Allbus Datensatz	294
AH Tabelle 14:	Wie wichtig ist die Erstattung der Naturheilverfahren?	294
AH Tabelle 15:	Unzufriedenheit mit dem Gesundheitswesen und die Bereitschaft, neue Wege zu gehen	295
AH Tabelle 16:	Vertrauen in das Gesundheitswesen im Allbus Datensatz	295
AH Tabelle 17:	Ehrenamtliches Engagement um Verwaltungskosten niedrig zu halten in Zusammenhang mit dem Familienstand	296
AH Tabelle 18:	Wie wichtig ist ihnen ein weiteres soziales Netzwerk durch Ihre Solidargemeinschaft/Versicherung zu haben?	296
AH Tabelle 19:	Wie wichtig ist es, dass die Kasse günstig ist?	297
AH Tabelle 20:	Ehrenamtliches Engagement damit Verwaltungskosten niedrig sind	297
AH Tabelle 21:	Wie wichtig ist es, dass das eingezahlte Geld sinnvoll angelegt wird?	298

Abkürzungsverzeichnis

AB	Artabana
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BKK	Betriebskrankenkasse
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
eV	eingetragener Verein
FSG	Freie Solidargemeinschaften
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KG	Kontrollgruppe
PG	Programmgruppe
PKV	Private Krankenversicherung
RVO	Reichsversicherungsordnung
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
Soku	Solidarkunst
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VVaG	Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
WSG	Wettbewerbs-Stärkungs-Gesetz

0. EINLEITUNG

*„Wo kämen wir hin,
wenn jeder sagte,
wo kämen wir hin
und keiner ginge, um zu sehen,
wohin wir kämen, wenn wir gingen“
(Kurt Marti)*

0.1. PROBLEMSTELLUNG

Der sich seit Ende des 19. Jahrhunderts sukzessive entfaltende soziale Wohlfahrtsstaat hat den Menschen in Deutschland materiellen Wohlstand und soziale Sicherheiten gebracht. Die soziale Kohäsion und die soziale Sicherheit werden allerdings unter anderem durch eine sich fortsetzende Entsolidarisierung auf verschiedenen gesellschaftlichen Lebensgebieten gefährdet. Die aktuelle Bankenkrise, das (Ver-)Spekulieren mit fremden, anvertrauten Geldern oder die massive Steuerflucht seien hier nur stellvertretend erwähnt.

Der Individualismus kann heute als ein wichtiges Merkmal des sozialen Wandels betrachtet werden. Damit verbindet sich aber auch immer wieder eine Kritik an der Atomisierung und Vereinzelung der Gesellschaft.

Die einen beklagen sich über die menschliche Isolation und zunehmende Egoismen, wieder andere begrüßen die Zunahme individueller Wahl- und Gestaltungsfreiheiten (vgl. Mäder 2000).

Amitai Etzioni drückt es sehr drastisch aus: „Der Westen ist in der kalten Jahreszeit des exzessiven Individualismus und sehnt sich nach der Wärme der Gemeinschaft, die menschliche Beziehungen wieder erblühen lässt.“ (Etzioni, 1998, XII)

Individualismus und Freiheit bzw. Freiwilligkeit stehen in einem engen Wechselverhältnis. Individualismus muss aber nicht zwangsläufig im Egoismus münden.

In dieser Dissertation werden die Begriffe „Freiwilligkeit“ und „Solidarisierung“ in einen engen und unmittelbaren Zusammenhang gebracht. Passen Freiwilligkeit und Solidarität aber überhaupt zusammen oder sind Solidarität und die

Entwicklung zu Freiheit und Individualisierung nicht eher gegenläufige menschliche Bedürfnisse?

Ich denke, Ersteres ist der Fall. Die Verantwortung für die Gemeinschaft und die Gesellschaft und die freie Entfaltung des Individuums stehen sich, meiner Ansicht nach, nur scheinbar unversöhnlich gegenüber.

Traditionell ist der Akt des Solidarisierens allerdings ein mehr oder weniger erzwingener oder zumindest erwarteter Akt. Dauerhafte Solidarität fordern in der Regel entweder die Familie (der Familienzusammenhalt gebietet es „selbstverständlich“, sich gegenseitig ein Leben lang zu helfen), der organisierte Staat (Steuern, Zwangssolidarität in unseren Sozialversicherungssystemen) oder kirchliche Organisationen (Kirchensteuer, Spenden an Entwicklungshilfeinitiativen für notleidende Völker) ein.

Politische Umstände (Krieg, Armut usw.) oder Naturkatastrophen (Überschwemmungen, Erdbeben, Dürre etc.) lösen die Solidarität eher spontan aus. Dies geschieht auf freiwilliger Basis. In diesem Fall gebietet es aber das Gewissen, plötzlich in Not geratenen Menschen durch, meist zeitlich begrenzte, Hilfsbereitschaft aus der Misere zu helfen.

Innerhalb Alltagssprachlicher Kommunikation ist der Solidaritätsbegriff in der Regel positiv besetzt. Er wird, im Vergleich zu anderen Sozialprinzipien, am häufigsten verwendet: Beispielsweise spricht man von der Solidarität mit Hochwasseropfern, von der Solidarisierung der Arbeiterschaft im Zusammenhang mit drohenden Betriebskündigungen, vom Solidaritätszuschlag zum Aufbau der neuen Bundesländer.

Aber auch die Grenzen der Solidarität im Rahmen der sozialen Sicherungssysteme werden häufig thematisiert (Hilpert/Bohrmann, 2006, 13). Der demografische Wandel stellt für die Solidarität zwischen den Generationen eine große Herausforderung dar. Immer weniger junge sollen immer mehr alte Menschen tragen. Diese von staatlicher Seite, also von oben durch den Gesetzgeber, verordnete Solidarität stößt somit sowohl im Renten- wie im Kranken- oder Pflegeversicherungssystem bereits massiv an ihre Grenzen.

Eine freiwillige Solidarität stützt sich auf einer ausgeprägten Individualität ab. Eine persönliche Entscheidung zur Solidarität ermöglicht ihr eine neue Qualität (vgl. Mäder, 1999: 186). Im freiwilligen bürgerschaftlichen und ehrenamtlichen Engagement im sogenannten „Dritten Sektor“ (zwischen Staat und Privatwirtschaft) finden schon seit einigen Jahrzehnten Selbsthilfe und Solidarität einen

großen Zulauf. Sie treten, oft regional organisiert und vernetzt, im Rahmen von überschaubaren kleineren Gemeinschaften in Erscheinung.

0.2. ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNGEN

Im Rahmen dieser Arbeit sollen empirische Erkenntnisse über Art, Inhalt und Ziele freiwillig organisierter Solidarisierung im Gesundheitswesen als regionale Akteure der Selbsthilfe im Bereich der sozialen Sicherung im Krankheitsfall gewonnen werden.

Wie ist es um eine Solidarität bestellt, die nicht von außen direkt moralisch gefordert oder von staatlicher Seite durch Gesetze erzwungen wird?

Kann die Bereitschaft zur Solidarisierung auch als eine frei gewählte, dauerhafte (nicht allein spontane) Haltung entstehen, kann man Solidarität gar üben? Lässt sich Solidarität in unserem Gesundheitswesen regional aus freiem Bekenntnis verankern oder muss sie weiterhin, wenn sie organisiert auftritt und den Sozialstaat stützen soll, zentralisiert verordnet und verwaltet werden?

Im Folgenden habe ich vier zentrale und wichtige Fragen für diese Studie formuliert:

- Welche Traditionen und Leitlinien führten historisch zu unserem heutigen System der sozialen Sicherung im Krankheitsfall? Wie sieht dieses System in Deutschland aus, wie ist es organisiert und geregelt, wo liegen die Stärken und Schwächen?
- Welche Erkenntnisse lassen sich durch die aktuelle soziologische Forschung zum Thema sozialer Solidarität und Subsidiarität gewinnen? Welche Traditionen sind dabei, auch bezogen auf das Gesundheitswesen, erkennbar? Welchen Stellenwert gibt sie der Solidarität im Gesellschaftszusammenhang und welche Wandlungen sind sichtbar?
- Wie kann eine regional und bürgerschaftlich organisierte freiwillige Solidarisierung im Gesundheitswesen aussehen? Wer sind die Akteure und welche Motive haben sie zur Gründung freier Solidargemeinschaften bewogen? Wie sind diese Gemeinschaften strukturiert und welche Erfahrungen wurden in den ersten Jahren der Gemeinschaftsbildung gemacht?
- Haben freiwillige, regionale Solidargemeinschaften eine Chance, zu einer tragfähigen Ergänzung oder einer alternativen Säule im bestehenden System

der sozialen Sicherung im Krankheitsfall im deutschen Gesundheitswesen zu werden? Können Sie einen substanziellen Beitrag für den sozialen Wandel in diesem Bereich leisten, der eine breitere gesellschaftliche Wirksamkeit realistisch erscheinen lässt?

0.3. ÜBERSICHT ÜBER DEN THEORIETEIL

In Kapitel eins lege ich die begrifflichen und theoretischen Grundlagen dieser Studie dar. Wer ein bestehendes System ändern, reformieren und weiterentwickeln will, tut gut daran, dieses System in seinen Grundzügen und in seinen Grundprinzipien zu verstehen.

Teil eins des Theoriekapitels verfolgt den Ansatz einer eher sozialhistorischen und sozialpolitischen Beschreibung und Analyse des aktuellen Systems der sozialen Sicherung im Krankheitsfall. Der kurzen einleitenden Darstellung der grundlegenden Modelle von Gesundheitssystemen folgt, darauf aufbauend, ein geschichtlicher Abriss der Entwicklung des deutschen Gesundheitswesens mit dem Schwerpunkt auf der Entstehung der Systeme der sozialen Sicherung im Krankheitsfall. Die Entwicklung der Krankenversicherung wird vom Mittelalter bis in die neueste Zeit nachgezeichnet und ihre tragenden Säulen und Prinzipien in ihrem historischen Zustandekommen und ihren Kontinuitäten beschrieben.

Danach werden die Grundprinzipien der sozialen Sicherung im Krankheitsfall dargestellt und übersichtlich zusammengefasst. Sie bilden die rechtliche Basis und das Gerüst, auf das sich das deutsche Gesundheitssystem gründet und aufbaut. Diese Prinzipien sind tief in der Geschichte und der Kultur Deutschlands verwurzelt (vgl. Simon, 2010: 73).

Daran anschließend wird die historische Entwicklung der beiden institutionellen Träger der sozialen Sicherung, der privaten und gesetzlichen Krankenkassen, in ihren strukturellen Merkmalen beschrieben. Die Stärken und Schwächen beider Systeme werden beschrieben und analysiert und schließlich miteinander verglichen.

In Kapitel 1.2 werden die bereits im ersten Theorieteil betrachteten, das deutsche Sozialleben maßgebend prägenden Begriffe der Solidarität und Subsidiarität näher unter die Lupe genommen. Einen Schwerpunkt bildet dabei die Analyse der Forschung zur sozialen Solidarität in ihren vielseitigen Erscheinungsformen in unserer Gesellschaft, insbesondere in der Soziologie.

Danach werde ich auf die mannigfaltigen Formen sozialen bürgerschaftlichen Engagements in unserer Gesellschaft eingehen. Die Entwicklungen und Potenziale in diesem weit ausgeprägten Bereich ehrenamtlicher Tätigkeit, die sich vornehmlich im Non-profit-Bereich abspielen, sind wichtige Grundpfeiler unseres Gemeinwesens und werden hier näher betrachtet.

Im dritten Unterkapitel stelle ich weiterhin die für diese Studie relevanten, erweiterten theoretischen Bezüge her. Dazu gehören die Forschungen zum sozialen Kapital im Rahmen der Soziologie und der Sozialpolitik, ein kurzer Einblick in die genossenschaftliche Tradition, eine Betrachtung des Selbsthilfeimpulses auch in Verbindung mit dem gesellschaftspolitischen Anspruch auf Subsidiarität. Schließlich wird noch ein kurzer Einblick in die eher amerikanisch geprägten Bestrebungen sozialer Erneuerung im Rahmen des Kommunitarismus gegeben.

Am Ende des Theorieteils werden die im Vorfeld erarbeiteten Erkenntnisse in einen engeren Zusammenhang gebracht. Es wird der Versuch unternommen, die verschiedenen gesellschaftlichen Impulse und Paradigmen zu bündeln und in eine Synergie zu überführen. In einer wechselseitigen Befruchtung und einer Ergänzung der im Vorfeld beschriebenen Elemente der Freiwilligkeit, Solidarität, Subsidiarität etc. werden die Potenziale für den sozialen Wandel ausgelotet.

Schließlich folgt in der Formulierung forschungsleitender Grundannahmen eine Zusammenführung der beiden Theorieteile. Somit entsteht die Grundlage für die Operationalisierung, die die theoretischen Forschungen zusammenfasst und sie für den empirischen Teil dieser Arbeit anwendbar macht. Sie bilden die Basis für die im Rahmen dieser Studie durch die empirische Sozialforschung zur Anwendung kommenden Erhebungsinstrumente.

0.4. EMPIRISCHE VORGEHENSWEISE

Um die erarbeiteten Grundannahmen überprüfen zu können, habe ich mich bei der empirischen Vorgehensweise zunächst für die Methodik qualitativen Sozialforschens im Rahmen von Interviews entschlossen.

Die Methodik der qualitativen Sozialforschung hat in den letzten Jahrzehnten immer mehr Anerkennung gefunden und ist als gleichwertig zu den älteren Verfahren quantitativer Sozialforschung zu betrachten. Während die quantitative Sozialforschung Gesellschaft über die Analyse von Massendaten beobachtet, gehen qualitative Verfahren mikrologisch vor. Ihr Ziel ist es, soziale Sachverhalte

auf dem Wege der Rekonstruktion zu verstehen. Rekonstruiert werden subjektive Deutungsmuster, Alltagstheorien und Anschauungsweisen von Menschen, so wie sie sich teilnehmend beobachten und in ausführlichen Interviews erheben lassen (vgl. Kruse, 2006, 13).

Für die vorliegende Studie habe ich mich für ein leitfadengestütztes, halboffenes Experteninterview entschieden. Mit der Anwendung dieser Interviews bei Gründerpersönlichkeiten und Verantwortungsträgern von freien, regionalen Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen werde ich mich den Realitäten der neuen Solidargemeinschaften rekonstruktiv nähern.

Insgesamt führte ich acht Interviews durch, die anschließend verschriftet und einer inhaltsanalytischen Auswertung unterzogen wurden.

Das Hauptanliegen bei diesen Interviews, die mit Gründern und Verantwortungsträgern der Solidargemeinschaften Artabana und Solidarkunst geführt wurden, war die Herausarbeitung eines „Motivationsspiegels“. Anhand dessen soll ersichtlich werden, was für diese Menschen die hauptsächlichen Beweggründe waren, den Weg der neuen Solidargemeinschaften zu gehen und somit das gegenwärtige System mehr oder weniger zu verlassen. In diesem Zusammenhang bildeten sich Kategorien und Kernkategorien für beide Solidargemeinschaften heraus. Diese wurden unter den Leitbegriffen Motivation, Aufnahme und Beitritt, Kommunikation sowie wirtschaftliche und rechtliche Aspekte zusammengefasst.

Diese Kategorienbildung, die gleichermaßen aus der Analyse und anschließenden Komparation der Interviews beider Solidargemeinschaften herauswuchs, schaffte die Basis für die Bildung von letztendlich fünfzehn Forschungshypothesen. Diese Hypothesen sind wiederum die Grundlage für die nächste Phase der Operationalisierung. Sie ermöglichen die induktive Überprüfung der Ergebnisse der qualitativen Interviews durch die Anwendung auf den erweiterten breiteren Kreis der Mitglieder in den Solidargemeinschaften.

Zu diesem Zweck wurde zunächst ein standardisierter Fragebogen für die Mitglieder der freien Solidargemeinschaften erarbeitet.

Der Fokus der Untersuchung liegt auf der Gewinnung von Erkenntnissen zu soziodemografischen Daten der Mitglieder in den untersuchten regionalen Solidargemeinschaften wie Geschlecht, Alter, Familienstand, Bildungsniveau, Ausbildung, Erwerbsstatus und Haushaltseinkommen. Im zweiten Teil des Fragebogens geht es um die Erstellung eines Meinungsbildes zu Themen des Gesund-

heitswesens, insbesondere der sozialen Sicherung im Krankheitsfall. Hier wird gefragt, wie wichtig den Menschen die Therapiefreiheit, ein solidarisches Gesundheitswesen, die Naturheilverfahren etc. sind.

Um einen Vergleich mit Menschen zu haben, die keiner regionalen, freien Solidargemeinschaft angehören, wurde ein zweiter, leicht verschlankter Fragebogen für konventionelle Krankenversicherungsmitglieder erarbeitet. Somit wurde es möglich, sowohl die Besonderheiten und Präferenzen der Mitglieder in Solidargemeinschaften mit evtl. signifikanten Unterschieden darzustellen als auch Tendenzen und Meinungen, die sich mit einer größeren Allgemeinheit decken konnten, herauszuarbeiten und zu beschreiben. Eine Repräsentativität für die Grundgesamtheit aller Mitglieder (der Krankenversicherung) konnte, aufgrund der kleinen Erhebung, nicht erreicht werden.

Um aber eine weitere Vergleichbarkeit zu haben, inwieweit das erforschte Meinungsbild Tendenzen in der gesamten Gesellschaft widerspiegelt oder eher subkulturelle Vorlieben wiedergibt, wurden in einzelnen Fällen die Zahlen mit repräsentativen Befragungen des Allbus-Datensatzes verglichen.

Am Ende des empirischen Teiles wird ein zusammenfassender Abgleich der quantitativen und qualitativen Forschungsergebnisse mit einer damit verknüpften Interpretation und Diskussion vollzogen.

Im Schlussteil wird ein Rückbezug auf die theoretischen Erkenntnisse und daran anschließend auf die Forschungsfragen genommen. In einer letzten abschließenden Betrachtung wird der Versuch unternommen, ein Fazit zu ziehen, welche Chancen und Möglichkeiten, aber auch welche Grenzen eine freiwillige regionale Solidarisierung im erweiterten Maßstab in unserer Gesellschaft haben könnte. Können die entstandenen Gemeinschaften, die sehr auf Eigenverantwortung, Mitgestaltung und aktive Mitbestimmung im Gesundheitswesen setzen, auf Dauer das bisherige System reformieren, in einzelnen Bereichen eventuell substituieren oder zumindest in substanzieller Weise komplettieren? Damit verbunden ist auch die Frage, ob ein sozialer Wandel in einer wesentlichen Weise dadurch vorangetrieben werden kann.

1. BEGRIFFLICHE UND THEORETISCHE GRUNDLAGEN

1.1. GRUNDSTRUKTUREN DES GESUNDHEITSSYSTEMS

Ziel dieses Kapitels ist es, einen Überblick über das deutsche Gesundheitswesen, seine Strukturen und historischen Ursprünge sowie seine es bestimmenden Grundprinzipien zu beleuchten. Der Fokus muss dabei eingegrenzt werden, da das Gesundheitswesen ein sehr weites Feld ist. Es in seiner Gänze analysieren zu wollen, kann nicht Gegenstand dieses Kapitels und dieser Studie sein. Insofern konzentriert sich dieses Kapitel auf die soziale Sicherung im Krankheitsfall.

Das deutsche Gesundheitssystem wird, gerade hinsichtlich seiner sozialen und wirtschaftlichen Sicherung im Krankheitsfall, immer wieder in Frage gestellt. Kaum ein Gebiet der sozialen Sicherung ist in solch kurzen Abständen immer wieder Gegenstand von Diskussionen in der Sozial- und Gesundheitspolitik. In relativ kurzen Abständen treten Reformbestrebungen und Gesetzesinitiativen in Erscheinung. Kaum hat der Bürger das eine Reformwerk verdaut, schon soll er sich auf das Nächste einstellen. Die Halbwertszeit von Reformen ist kurz, das einmal von einer Koalitionsregierung beschlossene „Reformpaket“ wird gleich in der nächsten Legislaturperiode wieder aufgeschnürt und kann unter einer anderen Regierungskonstellation wieder grundlegend in Frage gestellt werden.

Um einen differenzierten Systemvergleich unterschiedlicher nationaler Gesundheitssysteme mit all ihren Facetten und internationalen Ausprägungen geht es in dieser Studie nicht. Die existierenden theoretischen Grundmodelle werden aber zunächst kurz dargestellt.

Am Beispiel des Schweizer Gesundheitssystems und seiner Ausdifferenzierung sind einige für die Thematik dieser Arbeit interessante Ansätze erkennbar, die besonders dahin gehend von Bedeutung sind, wie mehr Freiräume für freiwillige Assoziationen durch strukturelle Veränderungen oder Ergänzungen auch im deutschen Gesundheitswesen entstehen könnten. Demzufolge ist es im Zusammenhang mit dieser Studie sinnvoll, diese Ansätze in ihren Grundzügen darzustellen und mit dem deutschen System zu vergleichen.

1.1.1 Grundmodelle von Gesundheitssystemen

Gesundheitssysteme können, je nach Art der Regulierung, Leistungserbringung und Finanzierung, in drei Grundmodelle unterschieden werden:

1.1.1.1 Staatliches Gesundheitssystem

Ein staatliches Gesundheitssystem in idealtypischer Form würde sich dadurch auszeichnen, dass die Leistungserbringung überwiegend oder ausschließlich durch staatliche Einrichtungen erfolgt. Ärzte sind überwiegend Angestellte des Staates oder anderer öffentlicher Einrichtungen. Die Finanzierung erfolgt über Steuermittel, die zentral auf Grundlage zentralstaatlicher Planung an die verschiedenen Regionen verteilt werden. Leistungserbringung und Verwendung der Mittel unterliegen direkter staatlicher Steuerung und Kontrolle. Diesem idealtypischen Modell am nächsten kommt der britische National Health Service. Der NHS wird überwiegend aus Steuermitteln finanziert, die zentralstaatlich und auf Grundlage von Bedarfsindikatoren und Gesundheitsplänen verteilt werden. Die Leistungserbringung (z.B. durch Allgemeinärzte) erfolgt weitgehend aber durch private Einrichtungen. Das dänische, schwedische und das System der ehemaligen DDR kommen bzw. kamen diesem Modell ebenfalls sehr nahe.

1.1.1.2 Sozialversicherungsmodell

Das Sozialversicherungsmodell ist dadurch gekennzeichnet, dass der Staat zwar die Regulierung wahrnimmt, die Finanzierung erfolgt aber überwiegend durch Sozialversicherungsbeiträge. Die Versorgungsleistungen werden sowohl von öffentlichen wie auch von privaten Einrichtungen erbracht. Um die Versorgung der Versicherten zu gewährleisten, schließen die Krankenversicherungen Versorgungsverträge mit Leistungserbringern und zahlen ihnen Vergütungen für die erbrachten Leistungen. Zum Sozialversicherungsmodell werden neben Deutschland vor allem die Niederlande und Frankreich gerechnet.

1.1.1.3 Marktwirtschaftliches System

In einem marktwirtschaftlichen Gesundheitssystem beschränkt sich der Staat idealtypisch auf die Vorgabe sehr allgemeiner Rahmenbedingungen, wobei er die Absicherung des Krankheitsrisikos dem Einzelnen und dem freien Spiel von Angebot und Nachfrage überlässt. Die Leistungserbringung liegt vor allem in den

Händen privater Anbieter und die Finanzierung der Leistungen wird überwiegend durch Beiträge zu privaten Krankenversicherungen und Selbstzahlungen erfolgen. Diesem Modell kommt sicherlich das Gesundheitswesen der USA am nächsten. Da dort ein erheblicher Teil der Bevölkerung keine Prämie für eine ausreichende private Krankenversicherung zu zahlen in der Lage ist, muss der Staat erhebliche Steuermittel für die Finanzierung gesonderter Sicherungssysteme für Bedürftige aufbringen.

Die Leistungserbringung erfolgt dort teilweise auch durch „Not-for-profit-Organisationen“. Durch den hohen Anteil von privaten Krankenversicherungen kann das Gesundheitssystem dennoch als ein tendenziell marktwirtschaftliches bezeichnet werden.

Keines der genannten Modelle existiert allerdings in Reinform. Vorherrschend sind vielmehr Mischformen, in denen allerdings unterschiedliche Schwerpunktsetzungen erfolgen (vgl. Simon, 2010: 93ff).

1.1.2 Abriss der historischen Entwicklung des deutschen Gesundheitswesens und der Krankenversicherung

Das deutsche Gesundheitssystem ist in seinen Grundzügen das Ergebnis einer über viele Jahrhunderte andauernden Entwicklung.

Will man die gegenwärtigen Strukturen des deutschen Gesundheitssystems verstehen, ist man darauf angewiesen, sich auch mit seiner bis weit in die vorhergehenden Jahrhunderte zurückreichenden Entstehung und Entwicklung zu beschäftigen.

Die nun folgenden Ausführungen zur historischen Entwicklung sollen nur einen Überblick bieten. Sie konzentrieren sich vornehmlich auf die Darstellung grundlegender Systemelemente, insbesondere der sozialen Sicherung im Krankheitsfall.

1.1.2.1 Mittelalter bis 19. Jahrhundert

Die Hauptstränge der Wurzeln des deutschen Gesundheitssystems lassen sich mindestens bis ins Mittelalter zurückverfolgen. Mehrere der für das deutsche System auch heute noch typischen Merkmale waren bereits in der mittelalterlichen Gesellschaft angelegt. In erster Linie war dies die Verwurzelung grundlegender Überzeugungen in der christlichen Religion, die den Gläubigen soziale Solidarität mit Kranken und Bedürftigen als Gebot auferlegte.

Wesentliche Strukturmerkmale des deutschen Gesundheitswesens haben ihre Wurzeln in der mittelalterlichen Gesellschaft: Die heute noch in wichtigen Bereichen anzutreffende zunftmäßige Organisation und zum anderen die Institution der gesetzlichen Krankenversicherung. In Gilden und Zünften schlossen sich die Kaufleute und selbstständigen Handwerker mittelalterlicher Städte zusammen, zum einen um ihre politischen Interessen wirkungsvoller vertreten zu können, zum anderen aber auch, um die Konkurrenz untereinander einzudämmen und den Zunftmitgliedern eine ausreichende wirtschaftliche Existenz zu sichern. Zu den Merkmalen des Zunftwesens gehörte auch die *Zwangsmitgliedschaft*, da ohne Mitgliedschaft in der Zunft eine Ausübung des Handwerks in der jeweiligen Stadt nicht erlaubt war¹.

Die gesetzliche Krankenversicherung, wie wir sie heute kennen, hat ihre Vorläufer in den mittelalterlichen Zünften und Gesellenbruderschaften und der aus ihnen entstandenen genossenschaftlichen *Selbsthilfe*. Mit Ausnahme der allgemeinen Ortskrankenkassen waren die übrigen Kassen bis 1996 in dem Sinne zunftmäßig organisiert, dass sie lediglich Arbeitnehmern bestimmter Wirtschaftszweige (z.B. Knappschaft, Seekrankenkasse, Innungskrankenkassen), Berufsgruppen (Angestelltenkassen) oder eines bestimmten Unternehmens (Betriebskrankenkassen) offen standen.

Die Gesellen eines Handwerkszweiges zahlten einen Teil ihres Lohnes (Büchsenpfennig) in eine gemeinsame Kasse ein, und aus dieser Kasse erhielten die Mitglieder dieser Gesellenbruderschaft im Krankheits- oder Pflegefall finanzielle Unterstützung. Dazu gehörte vor allem eine Lohnfortzahlung, die je nach Satzung über mehrere Wochen gewährt wurde. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass im Mittelalter bereits die Grundlage gleich mehrerer konstitutioneller Merkmale der gesetzlichen Krankenversicherung gelegt wurde:

- Anbindung der sozialen Sicherung an ein Arbeitsverhältnis.
- Durch den Zunftzwang existierte eine Art Versicherungspflicht.
- Beitragsfinanzierung der Mitglieder einer Zunft.
- Solidarausgleich zwischen Gesunden und Kranken, keine Orientierung am Erkrankungsrisiko, die Beiträge waren einkommensbezogen.

¹ Für eine vertiefende Beschäftigung mit der geschichtlichen Entwicklung des Gesundheitswesens sei auf Standardwerke zur deutschen Sozialgeschichte verwiesen (u.a. Frerich/Frey 1996a, 1996b, 1996c, Sachße/Tennstedt 1988, 1992, 1998)

- Familienversicherung: Zum Leistungskatalog gehörten häufig auch Leistungen für Ehefrauen und Kinder.
- Selbstverwaltung: Die Zünfte und Gesellenbruderschaften regelten ihre Angelegenheiten selbst, besonders den Leistungskatalog und die Beitragshöhe.

Im ausgehenden Mittelalter setzte ein Zerfall der Zünfte und Gesellenbruderschaften ein. Die Regulierung der sozialen Sicherung im Krankheitsfall wurde ab dem 17. und 18. Jahrhundert zunehmend von den Landesherren wahrgenommen, die die Autonomie der Zünfte einschränkten und in Zunft- und Handwerksordnungen auch Vorschriften für Leistungen im Krankheitsfall erließen.

1794 erkannte das preußische Landrecht eine grundsätzliche staatliche Verantwortung für die Versorgung Bedürftiger an. Dieser Grundsatz findet seine Parallele im Sozialstaatsgebot der bundesrepublikanischen Verfassung und der Rechtsauffassung von der Verpflichtung des *Staates* zur *Daseinsvorsorge* für seine Bürger, was auch die Versorgung im Krankheitsfall einschließt (vgl. Simon, 2010: 16ff).

Der *Arbeitgeberbeitrag* zur Krankenversicherung war keine Errungenschaft des 19. Jahrhunderts. Dieser Beteiligung, die in früheren Zeiten von den Landesherren in Handwerks- und Gewerbeordnungen vorgegeben wurde, liegt die Überzeugung zugrunde, dass der Handwerksmeister oder Dienstherr für seine kranken Untergebenen zu sorgen hat (vgl. Zöllner 1981: 79 ebenda; 23).

Insgesamt galt die soziale Sicherung der Bergleute Sozialpolitikern des 19. Jahrhunderts als vorbildlich, und so gingen wichtige Regelungen auch in die Grundzüge der späteren GKV ein. Die Bergarbeiter, die in Knappschaften organisiert waren, hatten eine weitgehende Selbstverwaltung, eine Versicherungspflicht für alle Bergleute und eine Beitragspflicht für alle Bergleute und Arbeitgeber sowie freie Krankenbehandlung und Zahlung eines Krankenlohnes im Krankheitsfall.

Im 19. Jahrhundert entstanden Zwangshilfskassen, insbesondere für Gesellen und Arbeiter, die Vorläufer der heute noch existierenden AOK. Neben den berufsgruppenbezogenen und kommunalen Hilfs- und Unterstützungskassen entstanden auch die ersten Betriebskrankenkassen, z.B. die der Firma Krupp. Erfolgte die Versicherung der Arbeiter zunächst auf freiwilliger Basis, so verpflichtete Krupp seine Arbeiter 1855 zum Beitritt und übernahm 50 % der Beitragszahlung.

Die sozialpolitischen Interventionen in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts brachten nur Teilen der Beschäftigten eine soziale Absicherung im Krankheits-

fall. 1874 war lediglich ein Viertel der Arbeiter in einer der rund 10.000 Hilfskassen (Orts- und Betriebskassen) versichert (vgl. Zöllner, 1981: 81).

1.1.2.2 Entwicklung vom Kaiserreich bis in die 1990er Jahre

Mitte des 19. Jahrhunderts verschärften sich die sozialen Gegensätze und Spannungen, was in Deutschland zum Erstarken der politischen Arbeiterbewegung und zur Gründung des Allgemeinen Deutschen Arbeitervereins führte. Die Sozialpolitik des 1871 gegründeten Kaiserreiches verfolgte darum zwei Ziele. Zum einen sollte die erstarkte politische Arbeiterbewegung unterdrückt werden, um der Umsturzgefahr zu begegnen, zum anderen sollte die Arbeiterschaft an das Kaiserreich gebunden werden².

Demzufolge entstand also Handlungsbedarf, um den sozialen Frieden zu erhalten.

- 1883 wurde das Gesetz zur Krankenversicherung der Arbeiter im Reichstag verabschiedet. Not und Elend der arbeitenden Bevölkerung als Folge der Industrialisierung zwangen Bismarck, 1883 sozial-politische Reformen durchzuführen.
- Als erster Zweig der Sozialversicherung wurde am 15. Juni 1883 die Krankenversicherung der Arbeiter eingeführt. Im Mittelpunkt stand der Versicherungszwang für einen näher umschriebenen Personenkreis.
- 1889 folgte das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz. Damit waren allerdings erst etwa 10 % der Bevölkerung des Deutschen Reiches in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Mit der Krankenversicherung bestand ein Rechtsanspruch auf freie ärztliche Behandlung, freie Arznei- und Heilmittel, Krankengeld vom dritten Tag nach Beginn der Krankheit in Höhe der Hälfte des ortsüblichen Tageslohnes. Die Versicherten bezahlten 2/3 der Kassenbeiträge, die Unternehmer 1/3.
- 1894 wurde der Zentralverband der Ortskrankenkassen gegründet.
- 1900 erfolgte die Gründung des Verbandes der Ärzte Deutschlands (der heutigen Hartmann-Bund) als Reaktion der Ärzte auf die starke Position der Krankenkassen.
- 1913 trat das Versicherungsrecht für Angestellte in Kraft.

² siehe auch: Frerich/Frey 1996a; Lampert/Althammer 2004; Zöllner 1981 in Simon 2010