

*PD Dr. Sabine Schleiermacher*

## **Entwicklung des Solidarsystems seit Bismarck**

Die Grundzüge heutiger Strukturen gesundheitlicher Sicherung sind bereits im Kaiserreich entstanden und in der Weimarer Republik ausdifferenziert worden. Ihre Funktion bestand in der Verhinderung von Armut bei krankheitsbedingter Erwerbsunfähigkeit. Der Zuschnitt der Krankenversicherung war durch deren Bindung an die Einkünfte aus nicht selbständiger Arbeit definiert. Mit dem Gesetz zur Krankenversicherung war weniger Prophylaxe als die Ausweitung der Therapie als Form ärztlichen Handelns verbunden. Die Finanzierung präventiver Maßnahmen durch die Kassen war nur im Spezialfall vorgesehen. Mit diesem System war auch eine Rollenverteilung im Geschlechterverhältnis vorgenommen worden.

Im Folgenden möchte ich Grundlinien der Entwicklung des Systems gesundheitlicher Sicherung in Deutschland seit der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung bis zur Situation in der Nachkriegszeit in der frühen DDR darstellen. Meine Überlegungen habe ich, der Einfachheit halber den politischen Umbrüchen folgend, in die Abschnitte Kaiserreich, Weimarer Republik, Zeit des Nationalsozialismus und Nachkriegszeit unterteilt. Die Darstellung kann, der knappen zur Verfügung stehenden Zeit geschuldet, nur überblicksartig, wenig detailliert und nur ausschnitthaft sein. Ein spezieller Blick ist in einer Zusammenfassung auf die Situation von Frauen gerichtet.

### **1. Kaiserreich**

Seit Mitte des 19. Jahrhunderts hatte sich im Verfolg der Industrialisierung und Urbanisierung die soziale Situation breiter Bevölkerungsschichten deutlich verschlechtert, so dass gegen Ende des Jahrhunderts angesichts wirtschaftlicher und sozialer Wandlungsprozesse auch aus staatlicher Sicht die Einführung zentral geregelter Formen sozialer Sicherung angebracht erschien. Die dann projektierten Kranken-, Unfall-, und Invalidenversicherungen wurden zu unterschiedlichen Zeitpunkten eingeführt. Im Rahmen der Bismarck'schen Sozialpolitik der 1880er Jahre bildeten sie aber eine Einheit in der Sozialgesetzgebung.

Vorläufer der gesetzlichen Krankenversicherung waren Hilfseinrichtungen der Innungen und Zünfte, von Unternehmern gegründete Fabrikkrankenkassen, die genossenschaftlich organisierte Selbsthilfeeinrichtungen der Arbeiter waren, sowie gemeindliche Armenkrankenkassen. Mit der Umwandlung selbstverwalteter Genossenschaften in „polizeiliche Staatsanstalten“ sowie mit der Veränderung des Zunftrechts in eine Gewerbegesetzgebung setzte sich allmählich ein Versicherungszwang durch. Gemeinden konnten nun durch Ortsstatut eine Beitrittspflicht zu einer Kasse für die am Ort beschäftigten Gesellen und Gehilfen, später auch eine Beitragspflicht für Arbeitgeber festlegen.

Am 15. Juni 1883 wurde das Gesetz betr. die Krankenversicherung der Arbeiter verabschiedet. Mit ihm wurde die Versicherungspflicht für Arbeiter sowie Betriebsbeamte bestimmter Gewerbe, deren Einkommenshöhe eine staatlich festgelegte Summe nicht überstieg, festgelegt. Der Kreis der versicherungspflichtigen Personen wurde seit dem Inkrafttreten des Gesetzes 1883 erweitert. Die Zugehörigkeit zu einer Kasse wurde durch den Arbeitsplatz bestimmt und konnte nicht frei gewählt werden.

Die in dem Gesetz von 1883 festgelegten Prinzipien haben das Krankenversicherungssystem bis heute geprägt. Hierzu gehören, und hier zitiere ich Florian Tennstedt, „Versicherungszwang und Vorleistung in Form von Zwangsbeiträgen, Rechtsanspruch auf Leistungen aufgrund dieser Beiträge (keine Bedürftigkeitsprüfung, kein Nachrang), Abhängigkeit der Beitragshöhe vom Bruttoarbeitsentgelt (sozialer Ausgleich innerhalb der ArbeitnehmerInnen) und nicht vom Risiko (bestimmte Krankheiten, Alter, Geschlecht), keine Rückzahlungsverpflichtung gewährter Leistungen, Träger der Krankenversicherung sind besondere juristische Personen des öffentlichen Rechts, und über Streitfälle entscheidet eine (besondere) Verwaltungsgerichtsbarkeit“.

Zu den kassenpolitischen Grundsätzen gehörten eine dezentrale Organisationsform, Selbstverwaltung der Versicherten, Arbeitgeberbeiträge in Höhe der Hälfte der Arbeiterbeiträge, berufsbezogene Ortskrankenkassen, betriebsbezogene Krankenkassen, vereinheitlichte Mindestleistungen, Arbeitgeberereinfluss in der Kassenverwaltung entsprechend der Beitragsquote, Kontroll- und Aufsichtsrechte der Behörden.

Die Novelle der Reichsversicherungsordnung (RVO) von 1911 betraf insbesondere die Organisation der Krankenversicherungsträger, wodurch die Ortskrankenkassenversicherung zum wichtigsten Versicherungsträger wurde.

Das Krankenversicherungsgesetz räumte den Krankenkassen die Möglichkeit ein, durch Satzungsbestimmung Familienmitglieder in ihre Leistungen mit einzubeziehen, wenn diese etwa mangels abhängiger Erwerbstätigkeit selbst nicht dem Versicherungszwang unterlagen. Unter diese Mehrleistungen konnten auch Wochenhilfe für Ehefrauen, Sterbegeld beim Tod der Ehefrau oder eines Kindes fallen.

Im Gegensatz zu älteren Formen sozialer Sicherung war mit der Sozialgesetzgebung ein Rechtsanspruch auf Leistung formuliert worden, der die Arbeitnehmerschaft von der Abhängigkeit einer sozial und politisch diskriminierenden Armenhilfe befreite und ihren Status als Staatsbürger festigte. Implizit war damit auch die Anerkennung der Vorstellung verbunden, dass die Entstehung individueller Not in sozialen Ursachen begründet und deren Beseitigung Aufgabe der Gesellschaft sei.

Dennoch ist gerade vor dem Hintergrund des „Gesetz[es] gegen die gemeingefährlichen Bestrebungen der Sozialdemokratie“ vom 19. Oktober 1878, allgemein bekannt unter dem Namen „Sozialistengesetz“, der „antiemanzipatorische Charakter“ der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung, der auch die Schwächung der Sozialdemokratie und der Arbeiterbewegung zum Ziel hatte und mit

repressiven Maßnahmen verbunden war, nicht zu übersehen. Die „obrigkeitsstaatlich gelenkten Innovationen“ waren, so der Historiker Hans-Ulrich Wehler, nur eine „Mängelmindeung“. „Grundlegende Reformen im Sinne der dauerhaften Humanisierung der Arbeitswelt und des kontinuierlich verbesserten Arbeitsschutzes kamen damals nicht zum Zuge.“

Mit den Krankenkassenbeiträgen, die ursprünglich zu zwei Dritteln, seit 1883 zur Hälfte von der Arbeitnehmerschaft finanziert wurden, wurden die materiellen Folgen von Krankheit und zum Teil auch von Unfällen weiterhin überwiegend von der Arbeitnehmerseite getragen, allerdings gemindert durch den anteiligen Beitrag der Arbeitgeber sowie hinsichtlich der Einzelperson durch das System der Solidargemeinschaft.

Für Frauen bedeutete die Bindung der Versicherung an die abhängige Erwerbstätigkeit, dass sie, solange sie nicht abhängig beschäftigt waren, entweder nicht versichert waren oder über eine abhängig erwerbstätige Bezugsperson, einen Ehemann, je nach dessen Zugehörigkeit zu einer Kasse von den freiwilligen Leistungen dieser Kasse profitieren konnten. Diese Situation begann sich während des Ersten Weltkrieges und prinzipiell erst in der Weimarer Republik zu ändern.

## **2. Weimarer Republik**

In der Weimarer Republik wurde die Gesundheitssicherung zur Staatsaufgabe gemacht und Art. 161 der Weimarer Verfassung formulierte den Anspruch eines weit umgreifenden gesundheitlichen Schutzes der Bevölkerung und forderte ein „umfassendes Versicherungswesen unter maßgebender Mitwirkung der Versicherten“. Die Forderung nach einem Gesundheitsministerium auf Reichsebene setzte sich noch nicht durch. Vielmehr wurde im Reichsministerium des Innern eine Abteilung, die primär für Volksgesundheit zuständig war, eingerichtet.

Als zusätzliche Säule im System sozialer Sicherung im Krankheitsfall wurde der öffentliche Gesundheitsdienst als Teilbereich der Fürsorge und Wohlfahrtspflege etabliert. Er hatte eine präventive Ausrichtung und war eine Ergänzung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst sollte auf den Zusammenhang von Lebensgewohnheiten, Wohnverhältnissen und Krankheiten hingewiesen werden. So sollte er hygienische Volksbelehrungen und Aufklärungen über gesundheitliche Risiken des Alltags durchführen. Neben die aufklärerische Funktion trat die der gesundheitlichen Betreuung und Überwachung jener Bevölkerungsgruppen, die als vermeintliche Überträger besonders bedrohlicher Krankheiten identifiziert worden waren und somit für die allgemeine Volksgesundheit als gefährlich eingeschätzt wurden. Die Prophylaxe von Krankheiten rückte ins öffentliche Interesse.

Im Öffentlichen Gesundheitswesen flossen medizinische, gesellschafts- und sozialpolitische Handlungsebenen zusammen (Programmatik einer „medizinischen Polizey“, Bakteriologie, Sozialhygiene und -medizin, Sozialpolitik, Städteplanung).

Kommunale Gesundheitsfürsorge stützte sich auf Sozialhygiene. Zentrale Erkenntnis und Aussage der Anfang des Jahrhunderts vor dem Hintergrund der Industrialisierung formulierten Sozialhygiene war die Verbindung des Gesundheitszustandes von Menschen mit ihrer sozialen Situation, die zu einer Einbeziehung sozialwissenschaftlicher Fragestellungen in die medizinische Forschung führte. Da soziale und gesellschaftliche Verhältnisse die Entstehung von Krankheiten beeinflussten, sollte ärztliche Fürsorgetätigkeit dort ansetzen, wo der Entstehung von sozial bedingter Krankheit entgegengewirkt werden könnte.

Mit diesen reformerischen Ideen waren von Anfang an aber auch Überlegungen verbunden, mittels Fürsorgemaßnahmen bewusst oder unbewusst Menschen in die Industriegesellschaft und ihre Gesetzmäßigkeiten einzupassen. So bewegte sich die Sozialhygiene von Anfang an im „Spannungsfeld zwischen Reform und Anpassung“.

Mit der Herstellung einer Verbindung von Krankheit und Konstitution wurden Theorien über die Entstehung von Krankheiten um die der genetischen Disposition erweitert. Am Ende der Weimarer Republik verließ die etablierte Sozialhygiene, die weiterhin als oppositionelle Wissenschaft galt, ihren eigentlichen gesellschaftswissenschaftlichen Ansatz und übernahm einen biologistischen Begründungszusammenhang.

Die Entwicklung der Krankenversicherung in der Weimarer Republik ist vor dem Hintergrund des Ersten Weltkrieges und seiner Folgen, wie der wirtschaftlichen Entwicklung, Inflation (1923) und Weltwirtschaftskrise (1928) und einer verbreiteten Arbeitslosigkeit, zu sehen.

Der Erste Weltkrieg war der „große Schrittmacher der Sozialpolitik“ gewesen. Hier wurden Grundlagen gelegt, die auch für die Krankenversicherung von Bedeutung waren. Bereits im Dezember 1914 wurden mit der Kriegswochenhilfe erstmals Leistungen für mitversicherte Angehörige als Regelleistungen eingeführt, die Anfang 1915 ergänzt und auf weitere Personenkreise ausgedehnt wurden.

Nach dem Krieg war das Kapitalvermögen der Kassen geschwunden und die Zahl der beitragszahlenden Versicherten nahm rapide ab. Die Veränderung in der Zusammensetzung der Versicherten (hohe Mitgliedszahl von Frauen, Kindern und alten Menschen) und damit die Minderung der Einnahmen und demgegenüber die Steigerung der Ausgaben in Folge kriegsbedingter Erkrankungen waren direkte Auswirkungen des Krieges.

In den Jahren 1918 bis 1920 wurde der Kreis der versicherten Personen wiederholt ausgedehnt, indem Ehefrauen und Töchter in die allgemeine Pflichtversicherung einbezogen wurden. Gleichzeitig sollte der Kreis der versicherungspflichtigen Personen und damit die ökonomische Basis der Kassen erweitert werden. So wurde 1918 durch Heraufsetzung der Versicherungspflichtgrenze nicht nur der Geldentwertung Rechnung getragen, sondern auch der Kreis der beitragspflichtigen versicherten Arbeitnehmer erheblich ausgeweitet. Eine Politik, die zukünftig mehrfach wiederholt wurde.

Ein differenziertes Wohlfahrts- und Fürsorgesystem sollte angesichts anhaltender schwieriger ökonomischer Bedingungen weitere Einsparungen erwirken. So sollte die vom Reichsarbeitsministerium erlassene Notverordnung vom 26.7.1930 die Belastungen der beitragszahlenden Versicherten wie Arbeitgeber reduzieren – [heute würde man über Lohnnebenkosten debattieren]. Mehreinnahmen sollten durch die Einführung von Gebühren etwa für Kranken- und Kurscheine sowie die Selbstbeteiligung bei Arznei- und Stärkungsmitteln, Einsparungen durch die Einschränkung der Leistungen bei sogenannten Bagatellfällen und durch Leistungseinschränkungen in der Anstaltsbehandlung erzielt werden. [Die heutigen Rezept- und Praxisgebühren sowie Reduzierungen des Leistungskataloges sind also nur eine Verlängerung dieser Praxis.] Da die gesetzliche Verankerung der Mitversicherung von Familienangehörigen bereits von der überwiegenden Mehrheit der Krankenkassen eingeführt worden war, ließ sie keine Mehrausgaben erwarten.

Die Situation von Frauen hatte sich grundsätzlich nicht verändert. Weiterhin waren sie nur dann versichert, wenn sie entweder selbst abhängig erwerbstätig waren und unter die Versicherungspflicht fielen oder wenn sie über eine andere abhängig erwerbstätige und versicherungspflichtige Person, in der Regel einen Ehemann, mitversichert waren. Die Regularien über die Mitversicherung von nicht abhängig erwerbstätigen Angehörigen waren allerdings zu ihren Gunsten verbessert worden. Der verfassungsrechtliche Anspruch auf medizinische Versorgung konnte von ihnen angesichts der wirtschaftlichen Situation allerdings oft nur in Form einer Basisversorgung durch die öffentliche Gesundheitsfürsorge eingelöst werden.

### **3. Nationalsozialismus**

Die bereits in der Weimarer Republik eingeführten Reformen und eine beginnende ökonomische Stabilisierung bildeten den Rahmen, in dem die nationalsozialistische Regierung ihre gesundheitspolitischen Vorstellungen umsetzen konnte. Hierzu gehörten die Zentralisierung gesundheitspolitischer Aufgabenbereiche und die Durchsetzung einer rassenhygienisch ausgerichteten Gesundheits-, Sozial- und Bevölkerungspolitik.

Die Nationalsozialistische Gesundheitspolitik war vorrangig als Bevölkerungs- und Rassenpolitik definiert, in deren Zentrum der „gesunde Volkskörper“ stand. Nicht die Sicherung der individuellen Gesundheit, sondern der „Volkskörper“ war der Bezugspunkt sozialpolitischer Intervention. Sie war durch den untrennbaren Zusammenhang von Förderung und Ausgrenzung, von Unterstützung der „Wertvollen“ und „Ausmerze“ und Vernichtung der „Minderwertigen“ gekennzeichnet. Die Implementierung von Eugenik/Rassenhygiene im öffentlichen Gesundheitswesen war bereits seit dem Kaiserreich gefordert worden. Indem ein ökonomischer Begründungszusammenhang hergestellt wurde, konnte diese Forderung unter Verweis auf die weltweite Wirtschaftskrise durchgesetzt werden.

Eine der wichtigsten gesundheitspolitischen Entscheidungen war mit dem „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1934 die Einrichtung staatlicher

Gesundheitsämter, deren Hauptaufgabe die Durchführung einer rassenhygienisch orientierten Gesundheitspolitik war. Kommunale Gesundheitsämter konnten, wenn sie die gleichen Funktionen übernahmen, mit staatlicher Genehmigung weiterhin bestehen. Parallel hierzu existierten weiterhin Einrichtungen der konfessionellen oder parteigebundenen Wohlfahrtspflege sowie der Deutschen Arbeitsfront (DAF). Die staatlichen Gesundheitsämter waren dem Reichsgesundheitsamt untergeordnet. Hiermit hatte die nationalsozialistische Regierung den schon in der Weimarer Republik formulierten Wunsch nach einer reichseinheitlichen Gesundheitspolitik umgesetzt.

Hinsichtlich der Krankenkassen war der nationalsozialistischen Regierung die Beseitigung ihrer Selbstverwaltung von großer Bedeutung. So wurde das Aufsichtsrecht des Staates erweitert und dem Reichsarbeitsministerium unterstellte und staatlich eingesetzte Kommissare übernahmen die Organisation der Krankenkassen. Die fünf Spitzenverbände der Krankenversicherungsträger wurden dem Reichsarbeitsministerium unterstellt und gingen in den „Reichsverband der Ortskrankenkassen“ über.

Um „die Sozialversicherung zur Staatsverwaltung in ein engeres Verhältnis zu bringen“ wurden die einzelnen Versicherungszweige mit dem „Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5. Juli 1934“ zusammengefasst. An die Spitze der einzelnen Versicherungsträger wurde ein Leiter gesetzt, womit dem nationalsozialistischen „Führergedanken“ Rechnung getragen wurde.

Die „Gleichschaltung“ der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgte durch das „Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“. Nach Tennstedt wurden 30 Prozent der Angestellten der Ortskrankenkassen wegen ihrer politischen Einstellung (SPD- und KPD-Mitgliedschaft) entlassen. In Berlin betraf dies sogar 95 Prozent des Personals der AOK. Die Leitungsfunktionen wurden von Mitgliedern der NSDAP und ihrer Gliederungen übernommen.

Die als Individualversicherung angelegte Krankenversicherung wurde den bereits im Kaiserreich so angelegten Strukturen folgend in Richtung Familienversicherung entwickelt. Konkrete Leistungen bezogen sich demnach auf die familiären Verhältnisse der versicherten Person.

Zu den neuen „Gemeinschaftsaufgaben“ der Krankenversicherung gehörten jetzt auch Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik mit den Elementen von „Auslese“ und „Ausmerze“, Maßnahmen der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge (soziale Hygiene) sowie Rassenhygiene. So übernahm die Krankenversicherung z. B. die im Zusammenhang mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ durchgeführten Sterilisationen oder die Erstellung von „erbbiologischen“ Gutachten.

Dieser Ausweitung des Leistungskatalogs gegenüber stand der Entzug medizinischer Leistungen für Bürger, die vom Staat als „jüdisch“ definiert wurden. Sie durften nur noch von „jüdischen“ Ärzten, die zu sogenannten „Krankenbehandlern“ degradiert worden waren, und in „jüdischen“ Krankenanstalten, denen die ökonomische Basis entzogen wurde, behandelt werden.

Die medizinische Behandlung von Personen wurde von ihrer „Rassenzugehörigkeit“ abhängig gemacht.

Während des Zweiten Weltkrieges wurde der territoriale Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenkasse auf besetzte, angeschlossene, eingegliederte oder beigetretene Gebiete ausgedehnt und die Gesetzgebungen der ehemaligen Staaten dem deutschen Krankenversicherungsrecht angepasst. In den nicht eingegliederten Ostgebieten (z. B. Generalgouvernement) wurden, dem Rassegedanken folgend, sogenannte „Deutschstämmige“ ebenfalls nach diesem Recht behandelt.

Als Verhandlungspartner auf Seiten der Ärzte wurde am 2. August 1933 die „Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands“ (KVD) als Körperschaft öffentlichen Rechts ins Leben gerufen. Ihre Leitung übernahm Anfang 1934 die bisherige Geschäftsführung des Hartmannbundes. Die KVD war nun „die allein berufene Vertretung der deutschen Ärzteschaft bei der Regelung der ärztlichen Versorgung“ und regelte die Zulassung der Ärzte zur Kassenpraxis sowie die Beendigung derselben. Die Reichsärzteordnung (RÄO), die am 1. April 1936 in Kraft trat, wurde von der Ärzteschaft als „Krönung der Eingliederung der Ärzteschaft in den neuen Staat“ bewertet. Sie beinhaltete das, wofür die Ärzteschaft seit Langem gekämpft hatte: Abschaffung der Kurierfreiheit, Errichtung einer Reichsärztekammer als alleiniger Standesorganisation und Herauslösung der Ärzte aus der Gewerbeordnung. Das neue Gesetz griff weitgehend auf bereits 1926 vom Ärztetag verabschiedete Grundsätze zurück. Mit der KVD und der RÄO hatten sich die Ärzte ein Instrumentarium zur „innerprofessionellen Kontrolle und Disziplinierung“ geschaffen.

Unter den Bedingungen des Krieges und im Zuge der Propaganda für den „totalen Krieg“ wurde der Krankheitsbegriff mit allen seinen Beschreibungsformen neu gefasst, indem er auf Leistungsfähigkeit in jeglicher Hinsicht bezogen wurde. Arbeitsfähigkeit und Arbeitseinsatzfähigkeit dominierten das Verständnis von Gesundheit.

Versicherung war weiterhin an abhängige Erwerbstätigkeit gebunden, so dass sich die Situation von Frauen in dieser Hinsicht grundsätzlich nicht änderte, auch wenn besonders unter den Bedingungen der Kriegsproduktion vermehrt Frauen in Erwerbstätigkeit kamen. Gleichfalls war die Sozialversicherung in Richtung auf eine Familienversicherung weiterentwickelt worden. Die zentrale Kategorie für die formale Zugehörigkeit zum gesellschaftlichen System im Nationalsozialismus war die Rasse. Wer nicht dazugehörte, erhielt weniger oder gar nichts, wie etwa als „jüdisch“ definierte Personen oder ZwangsarbeiterInnen. Andererseits wurde das System auf jene ausgedehnt, die auch außerhalb Deutschlands wohnend ihre „Deutschstämmigkeit“ nachweisen konnten.

#### **4. Nachkriegszeit**

Nach Kriegsende war das System der Sozialen Sicherung zerstört. Bereits im Herbst 1945 berieten die Alliierten über die Wiedereinführung der Sozialversicherungen. Ein gemeinsamer Entwurf der

Besatzungsmächte, die Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung zu einer allgemeinen einheitlichen Versicherung zusammenzulegen, scheiterte jedoch.

Nur in Berlin gelang es in allen vier Zonen, eine gemeinsame Einheitsversicherung einzuführen. Am 1. Juli 1945 nahm die Versicherungsanstalt Berlin ihre Arbeit auf. Versicherungspflichtig waren alle Arbeiter und Angestellten, alle Gewerbetreibenden und sonstigen Selbständige, Rentner, Pensionäre, Arbeitslose und Studenten und mit ihnen alle Familienangehörigen.

Im Januar 1947 führte die sowjetische Besatzungsmacht in der von ihr verwalteten Zone die Einheitsversicherung für die Kranken-, Renten- und Unfallversicherung ein.

Auch in den Westzonen gab es eine breite Diskussion um eine Einheitsversicherung. Befürworter und Gegner hofften, nach dem Ende der Besatzungszeit gesetzgeberische Mehrheiten für ihre Position zu finden. Schließlich wurde in den Westzonen das traditionelle, gegliederte System mit den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung des 19. Jahrhunderts fortgeführt, wie es seit der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus modifiziert worden war.

Die Verfassung der DDR vom 7. Oktober 1949 hielt in § 16 fest: „Der Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit ... dient ein einheitliches, umfassendes Sozialversicherungswesen ...“ Die Sozialversicherung der DDR bot damit, im Unterschied zur Bundesrepublik der fünfziger Jahre, der gesamten Bevölkerung vollständigen Versicherungsschutz bei Krankheit. Für sämtliche stationären und ambulanten Leistungen wurden die Kosten ohne Zuzahlungen übernommen. Unterschiede zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen wie staatliche Angestellte und Arbeiter oder Beschäftigte und Nicht-Beschäftigte (Rentner, Arbeitslose) gab es nicht mehr. Vorbeugungsmaßnahmen wurden Bestandteil des Schutzes. Damit war einer Jahrzehnte alten Forderung der Arbeiterbewegung nach einem „Gesundheitsschutz für die gesamte Bevölkerung durch umfassende unentgeltliche Vorbeugung und Behandlung“ Rechnung getragen.

Nach statistischen Angaben des Bundesministeriums für Gesundheitswesen aus dem Jahr 1961 waren 1950 einschließlich der Rentner weniger als 50 Prozent der Bevölkerung Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und stieg ihr Anteil erst bis 1960 einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen auf schätzungsweise 80 Prozent an.

Zur Organisation gesundheitspolitischer Belange wurde erstmalig in der deutschen Geschichte eine zentrale Instanz, das Ministerium für Gesundheitswesen, eingerichtet.

Prävention und Prophylaxe waren in der DDR die zentralen Kategorien, unter denen die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung organisiert wurde. Darin unterschied sie sich von der BRD, in der kurative Medizin vorherrschte.

Dem Konzept des Gesundheitsschutzes lag der Ansatz einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik zugrunde. Schwerpunkte lagen auf Personengruppen (Mütter, Säuglinge, Kinder und Jugendliche,



kinderreiche Familien) und infrastrukturellen Einrichtungen (Kindergärten, Ambulatorien, Polikliniken und Wohnungsbau). Darüber hinaus kam den medizinischen Einrichtungen in Industriebetrieben oder auf dem Land eine besondere Bedeutung im Gesundheitsschutz zu.

So wurden auf kommunaler wie betrieblicher Ebene staatliche, für den ambulanten Gesundheitsschutz verantwortliche Einrichtungen – Polikliniken, Ambulatorien und Dispensaires – etabliert. Sie traten in Konkurrenz zu den traditionell dominierenden, in privaten Einzelpraxen als freie Unternehmer niedergelassenen Ärzten. Das Recht auf freie Arztwahl für die Bevölkerung blieb erhalten. Bereits eingerichtete freie Praxen wurden nicht grundsätzlich in ihrer Existenz bedroht; die Hürden zur Eröffnung neuer Praxen waren allerdings kaum zu überwinden.

Das zentrale Gesetz für die gesundheitliche Sicherung von Frauen, Müttern und Kindern war das am 27. September 1950 von der provisorischen Volkskammer der DDR verabschiedete „Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau“.

Das Politbüro der SED hatte ein solches Gesetz für notwendig erachtet, um die Voraussetzungen für die in der Verfassung der DDR bereits verankerte Gleichstellung von Mann und Frau im Einzelnen zu schaffen.

Mit den vier Kapiteln des Gesetzes wurden verschiedene Rechts- und Politikbereiche in einem einzigen Gesetz zusammengefasst:

- die ärztliche Versorgung und finanzielle Unterstützung von Schwangeren, Müttern und Kindern sowie der Schwangerschaftsabbruch
- die Frau in der Familie sowie das Sorgerecht für Kinder
- die Gleichstellung und Förderung der Frau in allen Erwerbsbereichen
- die Teilnahme der Frau am „staatlichen und gesellschaftlichen Leben“

Bereits in den ersten Jahren nach Einführung des Gesetzes war ein Rückgang der Mütter- und Säuglingssterblichkeit zu verzeichnen.

Nach Vorstellung der SED war die ‚Lösung der Frauenfrage‘ eng mit der ‚Lösung der sozialen Frage‘ und diese wiederum mit der Befreiung der Arbeiterklasse, d. h. der Herstellung sozialistischer Produktionsverhältnisse, verbunden.

Die gleichberechtigte Integration der Frau in den allgemeinen Arbeitsprozess, die durch die Bereitstellung von Qualifizierungsmöglichkeiten für Frauen sowie die Errichtung eines Netzes sozialer Einrichtungen zu ihrer Entlastung gewährleistet werden sollte, wurde somit zur ersten Voraussetzung für die Gleichstellungspolitik als bewusste gesellschaftspolitische Entscheidung.

Neben dieser politischen Zielsetzung war die Mobilisierung der Frauen für eine Erwerbstätigkeit nach 1945 auch aus wirtschaftlichen Gründen geboten, da als Folge des Krieges zu wenige Männer für die erforderliche Arbeitsleistung vorhanden waren. Ohne die Arbeit von Frauen, die schon in der Kriegswirtschaft des Nationalsozialismus in vielen Bereichen Tätigkeiten von Männern übernommen hatten, konnte ein Wiederaufbau nicht durchgeführt werden.

Das Gesetz bezog sich auf Frauen, von denen angenommen wurde, dass sie erwerbstätig waren, und die aufgrund einer Schwangerschaft ihre Berufstätigkeit temporär nicht ausüben und daher staatliche Unterstützung beanspruchen konnten. Mit diesen Formulierungen sollte eine hohe Geburtenrate bei gleichzeitiger möglichst voller Berufstätigkeit der Frau gesichert werden.

In der BRD war mit Art. 3, Absatz 2 des Grundgesetzes von 1949 zwar die Gleichberechtigung von Mann und Frau festgeschrieben worden. Die verschiedenen, die Situation von Frauen beschreibenden und regulierenden Gesetze folgten dieser Forderung jedoch nur sehr zurückhaltend und langsam. So wurden Frauen weiterhin als schützenswerte Mütter oder Mitglieder einer Familie wahrgenommen. Ihre Versicherung wurde außerhalb abhängiger Erwerbstätigkeit weiterhin in diesen Rollen gewährleistet. War sie verheiratet, war sie nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch bis 1958 noch „verpflichtet“, „das gemeinschaftliche Hauswesen zu leiten“, und „zu Arbeiten im Hauswesen und im Geschäfte des Mannes“. Eine Bezahlung wurde im Übrigen nicht angesprochen. Seit 1958 durfte sie den Haushalt dann schon „in eigener Verantwortung“ führen, während sie weiterhin verpflichtet war, „im Beruf oder Geschäft des anderen Ehegatten mitzuarbeiten“. Ab diesem Jahr hatte sie aber auch das Recht, „erwerbstätig zu sein, soweit dies mit ihren Pflichten in Ehe und Familie vereinbar ist“. Seit 1977 obliegt die eigenverantwortliche Haushaltsführung nicht mehr unbedingt der Frau und sie ist, soweit sie eben verheiratet ist, als einer von zwei Ehegatten „berechtigt, erwerbstätig zu sein“.

### **Zusammenfassung**

War das Sozialrecht unter Bismarck in Zusammenhang mit dem Sozialistengesetz und als Instrument zur Abwehr weiter reichender Forderungen, zur Eindämmung der Kosten sowie zur Gewährleistung der Arbeitsfähigkeit der gewerblichen Arbeiter und zur Zurückdrängung der Institutionen ihrer Selbstorganisation entstanden, so bedeutete es auch die rechtliche Festschreibung einer gesellschaftlichen Norm: der Familie mit einer spezifischen Rollenverteilung. Nach dieser hierarchischen Verteilung mit dem Mann als Familienernährer waren die Frauen für die unentgeltliche Reproduktion verantwortlich. Anspruch auf Versicherung erlangten Frauen zunehmend, um eben diese Rolle abzusichern, nämlich als Ehefrauen, die den Haushalt führen/pflegen, und als Mütter. Das juristische Regelwerk zur sozialen Absicherung orientierte sich an diesen Rollenzuschreibungen und schrieb sie fest.