

STEFANIE BÖRNER

Solidaritätsdynamiken

Praktiken der Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung und ihren Vorläuferorganisationen

Die Partnerschaft, die Solidarität und Sozialpolitik im modernen Wohlfahrtsstaat eingegangen sind, hat die Entwicklung der Industriegesellschaften im 20. Jahrhundert maßgeblich mitgeprägt. Anders als bis ins 19. Jahrhundert hinein wurde die soziale Sicherung der Arbeiterschaft nun über soziale Rechte gewährt; anders als die Jahrhunderte zuvor wurde soziale Solidarität, die nun Solidarität unter Fremden bedeutete, aus dem sozialen Nahbereich entbunden und entwickelte sich zu einer die Gesellschaft mitgestaltenden Kategorie. Mit Solidarität im sozialstaatlichen Kontext sind meist die abstrakten Solidarprinzipien, die wohlfahrtsstaatliches Handeln anleiten, angesprochen. Dieses auf einen sozialen Ausgleich zwischen unterschiedlichen sozialen Gruppen abhebende Leitprinzip muss in konkrete Handlungskategorien und Praktiken übersetzt werden. Der Beitrag beschäftigt sich mit diesen Praktiken der Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und ihren Vorläuferorganisationen, den freiwilligen Arbeiterunterstützungskassen, und fragt nach ihrem Wandel. Insgesamt haben sich im Übergang vom freien Kassenwesen zum nationalen Wohlfahrtsstaat die betrachteten Solidarbeziehungen als äußerst elastisch erwiesen, sodass es zu einer zunehmenden Ausweitung der exklusiven Solidarität der Arbeiterunterstützungskassen des 19. Jahrhunderts kam und zu einer Inklusion mehr und mehr sozialer Gruppen.¹

Ziel des Beitrags ist es, die jeweils typischen Praktiken der Solidarität und die zugrunde liegenden Solidaritätsdynamiken und Konfliktlinien in der Geschichte des deutschen Krankenkassenwesens zu untersuchen. Dazu wird die Aufbauphase Ende des 19. Jahrhunderts mit den Phasen des Aus- und Umbaus zu Beginn des 20. Jahrhunderts und insbesondere nach 1945 verglichen. Bei den Solidarpraktiken der selbstorganisierten Arbeiterunterstützungskassen des 19. Jahrhunderts handelte es sich um die (quasi-)mechanischen Vorläufer der (national-)staatlich organisierten Solidarität unter Fremden im Rahmen der späteren Sozialversicherungen. Während auf der *Instrumentenebene* die solidarischen Praktiken der Umverteilung im Grunde gleichgeblieben sind, zeigen sich mit zunehmender Organisationsgröße ein steigender Professionalisierungsbedarf und ein damit einhergehender Wandel nicht nur der solidarischen Praktiken, sondern auch des Solidaritätshorizonts. Die kontrastierende Untersuchung dieser Praktiken zeigt, dass sich die zunächst innerhalb der Kassen stattfindenden Verteilungsdebatten Stück für Stück auf die politische Bühne verlagert haben, während sich die Konfliktlinien von Zugehörigkeitsfragen (horizontale Dimension) hin zu Umverteilungsfragen (vertikale Dimension) verschoben haben. Solidarität zum Zwecke der sozialen Sicherung wird so zunehmend zum Gegenstand öffentlichen

1 Jens Alber, *Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise*, Frankfurt am Main/New York 1992, S. 25f.; Peter Baldwin, *The Politics of Social Solidarity. Class Bases of the European Welfare State 1875–1975*, Cambridge/New York etc. 1990.

Handelns. Ich möchte hierzu im Folgenden zunächst mein Solidaritätsverständnis entwickeln, bevor ich kurz auf die Geschichte der GKV in Deutschland eingehen werde. Abschnitt III stellt den analytischen Rahmen vor, der in Abschnitt IV vorzunehmenden Analyse der Solidarpraktiken zugrunde liegt.

I. Dynamische Solidarität: der theoretische Rahmen

Existenz und Bedeutung von Solidarität im Kontext von Sozialpolitik sind nahezu unumstritten. Für zahlreiche Autorinnen und Autoren stellt der Sozialstaat »die moderne Verkörperung von Solidarität«² und damit »organisierte Solidarität«³ dar. In seinem rationalitätstheoretischen Ansatz geht Michael Hechter sogar davon aus, dass die Erbringung von Solidarität in größeren Gruppen nur durch kollektive Zwangsmechanismen erreicht werden kann.⁴ Kritiker hingegen hat die Tatsache, dass Solidarität zum Gegenstand politischer Steuerungsbemühungen und Versprechen geworden ist, dazu veranlasst, die Möglichkeit, Solidarität institutionell zu erzwingen, infrage zu stellen. Zwang und Solidarität vertragen sich nicht, so das Argument. Der Zwang schwäche nicht nur die individuelle Freiheit⁵, sondern auch die Selbsthilfepotenziale einer Gesellschaft.

Es gilt also, bei der Lesart des Sozialstaats als institutionalisierter Solidarität romanisierende Lesarten des Sozialen zu vermeiden. Vielmehr dient diese Lesart zur Einordnung der sozialpolitischen Praxis moderner Gesellschaften im Kontrast zu anderen Steuerungsmechanismen wie der ökonomischen oder der machtgesteuerten politischen Steuerungslogik.⁶ Zugleich ist es wichtig, sich über den Stellenwert des Konzepts in modernen Sozialstaaten bewusst zu werden. Als rhetorisches Instrument oder politische Forderung gerät Solidarität zur politischen Machtressource und zum Kampfbegriff. Diese Begriffsverwendung steht hier nicht im Zentrum. Der Beitrag fokussiert eine zweite begriffliche Verwendungsebene, auf der Solidarität im sozialpolitischen Geltungsrahmen eines der leitenden Gestaltungsprinzipien darstellt, eine abstrakte Idee, die im jeweiligen Gesetzes- oder Reformwerk konkretisiert werden muss.

Solidarität steht damit immer im Spannungsfeld zwischen ökonomischen und politischen Handlungslogiken. Zur Machtressource wird Solidarität dann, wenn sie als

2 Manfred Prisching, Solidarität. Der vielschichtige Kitt gesellschaftlichen Zusammenlebens, in: Stephan Lessenich (Hrsg.), Wohlfahrtsstaatliche Grundbegriffe. Historische und aktuelle Diskurse, Frankfurt am Main/New York 2003, S. 157–190, hier: S. 157. Vgl. auch John Gelissen, Popular Support for Institutionalised Solidarity. A Comparison between European Welfare States, in: International Journal of Social Welfare 9, 2000, S. 285–300; Carsten G. Ullrich, Solidarität im Sozialversicherungsstaat. Die Akzeptanz des Solidarprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt am Main/New York 2000; Stephan Lessenich, Die Neuerfindung des Sozialen. Der Sozialstaat im flexiblen Kapitalismus, Bielefeld 2008.

3 Ursula Dallinger, Die Solidarität der modernen Gesellschaft. Der Diskurs um rationale oder normative Ordnung in Sozialtheorie und Soziologie des Wohlfahrtsstaats, Wiesbaden 2009, S. 214.

4 Michael Hechter, Principles of Group Solidarity, Berkeley 1987.

5 Etwa Jürgen Habermas, Theorie des kommunikativen Handelns, Bd. 2: Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft, Frankfurt am Main 1981, S. 531f.

6 Franz-Xaver Kaufmann, Sozialstaat als Kultur, Wiesbaden 2015, S. 337.

rhetorisches Instrument oder politische Strategie den Diskurs betritt. Wirtschaftliche Sichtweisen werden immer dann relevant, wenn Solidarität zum Gegenstand von Verteilungskonflikten und ökonomischen Erwägungen wird. Solidarität ist also eine hochgradig umkämpfte und immerfort politisierte Ressource. Aufgabe einer Soziologie der Solidarität ist es daher, dieses Spannungsverhältnis zwischen den einzelnen Handlungslogiken und deren Verschiebungen zu untersuchen (etwa im Unterschied zur Politischen Theorie und Philosophie, die sich mit der Möglichkeit und den Quellen von Solidarität in modernen Gesellschaften auseinandersetzen).

Soziologisch stellt Solidarität also eine spezifische Form der Handlungskoordination dar, die »eine Nachrangigkeit der Verfolgung von Eigeninteressen mit Bezug auf kollektive Interessen bewirkt.«⁷ Die für Sozialpolitik typische Orientierung an kollektiven Interessen (wie Armutslinderung, Pazifizierung, Gemeinwohl) schließt jedoch nicht aus, dass individuelle Motive der Einhaltung solidarischer Pflichten eigennutzenorientiert sind. Analytisch ist es daher sinnvoll, zwischen den individuellen Motiven, die an eine Solidarbeziehung geknüpft sind, und dem kollektiven Nutzen, der aus Solidarbeziehungen erwächst, zu unterscheiden. Gerade im Rahmen der Sozialversicherung hat sich diese janusköpfige Moral von Solidarität bewährt.

Solidaritätsbeziehungen in einer Gesellschaft spannen sich also nicht nur innerhalb des Felds unterschiedlicher Steuerungs- beziehungsweise Handlungslogiken auf, sondern auch im Spannungsfeld individueller und kollektiver Interessen. Solidarisch geprägte soziale Beziehungen sind durch Reziprozität, das heißt durch einen wechselseitig »organisierte[n] Risikoausgleich« gekennzeichnet.⁸ In modernen Gesellschaften ist die Erwartung der gegenseitigen Hilfe jedoch nicht an konkrete Solidaritätsgeber geknüpft, sondern in Bezug auf das »anonyme Kollektiv« verallgemeinert.⁹ Generalisierte Reziprozität meint also die regelmäßigen gegenseitigen Unterstützungsbeziehungen zwischen einander unbekanntem Mitgliedern einer Gesellschaft.¹⁰

Aus diesem Grund ist Solidarität aus makrosoziologischer Perspektive häufig zu einem notwendigen Bindemittel und »Zement« erklärt worden.¹¹ Für Émile Durkheim stellte sie ein gesamtgesellschaftliches Ordnungsprinzip dar, das den Zusammenhalt in zunehmend ausdifferenzierten, national (und potenziell auch transnational) verfassten Gesellschaften trotz abnehmendem Kollektivbewusstsein erleichtert. Durkheim zufolge bindet (organische) Solidarität die Einzelnen über die gesellschaftlichen Teilbereiche an die Gesamtgesellschaft.¹² Mit zunehmender Größe und Kom-

7 Ders., Sozialpolitik und Sozialstaat: Soziologische Analysen, Wiesbaden 2009 (zuerst 2002), S. 366.

8 Friedhelm Hengsbach, Demokratische Verteilungsgerechtigkeit, in: GMH 50, 1999, S. 34–42, hier: S. 36; vgl. auch Thilo Fehmel, Konflikt und Solidarität als Verhältnis dynamischer Vergesellschaftung, in: Berliner Journal für Soziologie 20, 2020, URL: <<https://doi.org/10.1007/s11609-020-00407-5>> [21.7.2020].

9 Ursula Dallinger, Die Solidarität der modernen Gesellschaft. Der Diskurs um rationale oder normative Ordnung in Sozialtheorie und Soziologie des Wohlfahrtsstaats, Wiesbaden 2009, S. 160.

10 Etwa Robert D. Putnam, Bowling Alone. The Collapse and Revival of American Community, New York/London etc. 2000, S. 21.

11 Kurt Bayertz, Begriff und Problem der Solidarität, in: ders. (Hrsg.), Solidarität. Begriff und Problem, Frankfurt am Main 1998, S. 11–53, hier: S. 11.

12 Émile Durkheim, Über soziale Arbeitsteilung. Studie über die Organisation höherer Gesellschaften, Frankfurt am Main 1992 (zuerst frz. 1893), S. 166.

plexität der sozialen Ordnung ist die Frage, worauf dieser wechselseitige Zusammenhang genau beruht oder wie geteilte Normen entstehen, jedoch immer schwerer zu beantworten. Mit wachsender gesellschaftlicher Heterogenität, das heißt, »wenn das Kollektivbewusstsein seine Basis in der Gleichheit verliert«, ist das Individuum verstärkt gefordert, die Unterschiede durch »nachgeschobene Bewußtseinsleistungen« zu kompensieren und sich zu anderen ins Verhältnis zu setzen.¹³ Durkheims makroanalytisches Verständnis von Solidarität rückt damit in die Nähe von Begrifflichkeiten wie sozialer Zusammenhalt oder Kohäsion.

Darüber hinaus steht Durkheim, der in seiner Theorie der sozialen Arbeitsteilung sozialen Wandel beziehungsweise den Übergang von segmentär organisierten zu funktional differenzierten Gesellschaften als Solidaritätswandel beschrieben hat, für ein dynamisches Verständnis von Solidarität Pate. Es stellt die Voraussetzung für die potenzielle Möglichkeit einer Solidarität unter Fremden dar. Ähnlich wie Durkheim das empirisch am Beispiel des spezifischen Rechtstypus und der Arbeitsteiligkeit darlegte, lässt sich das auch für den Wandel sozialpolitischer Institutionen zeigen. Fiel die Aufgabe der sozialen Sicherung traditionell in den gemeinschaftlichen Bereich und war kleinräumig organisiert (familiar, nachbarschaftlich, berufsständisch), wurde sie am Ende des 19. Jahrhunderts zusehends zur Staatsaufgabe umdefiniert, die Solidarität nationalstaatlich einhegte und Individuen über die sozialpolitischen Institutionen an die Gesellschaft band. Dieser Nationalisierungsprozess und die Herausbildung des nationalen Wohlfahrtsstaats stellten die erste große Welle der Ausweitung von Solidarpraktiken über den sozialen Nahraum hinaus dar. Im historischen Verlauf hat sich Solidarität damit als äußerst elastisch erwiesen, sodass es wenig sinnvoll scheint, ihr einen festen Ort oder Radius zuzuweisen.¹⁴

Vor dem Hintergrund europäischer und globaler Vernetzungs- und Austauschprozesse hat auch Hauke Brunkhorst ein solches dynamisches Solidaritätsverständnis entwickelt: Er spricht vom Übergang der Solidarität unter Freunden zu einer Solidarität unter Fremden. Für Brunkhorst impliziert Solidarität unter Fremden einen Freiheitsgewinn, der durch die stärkere Bindung an und Abhängigkeit von der Gesellschaft entsteht, sodass »das gemeinschaftliche Interesse an gegenseitiger Hilfe in Notfällen [...] faktisch institutionalisiert und im funktional differenzierten Sozialsystem als verallgemeinerte Solidarität unter Fremden wirksam [wird]«. ¹⁵ Beide Theoretiker betonen damit, dass sich die Qualität der sozialen Beziehungen zwischen den Mitgliedern der Solidargemeinschaft im Übergang wandelt. Während traditionelle Formen der Solidarität »auf dichten, in funktionaler Hinsicht diffusen sozialen Beziehungen« beruhen, sind moderne Formen »in hohem Maße kontextabhängig«, da sie sich in institutionellen oder organisatorischen Zusammenhängen vollziehen und in einem bestimmten Geltungsrahmen entfalten.¹⁶

13 Ebd., S. 26.

14 Stefanie Börner, Strittige Solidarität. Zur Elastizität von Solidaritätskonstruktionen in den deutschen und britischen Arbeiterunterstützungskassen des 19. Jahrhunderts, in: Zeitschrift für Sozialreform 64, 2018, S. 23–49.

15 Hauke Brunkhorst, Solidarität unter Fremden, Frankfurt am Main 1997, S. 80.

16 Kaufmann, Sozialstaat als Kultur, S. 340.

Solidarität in der GKV und ihren Vorgängerorganisationen lässt sich entsprechend als Übergang einer Solidarität unter Gleichen zu einer Solidarität unter Fremden beschreiben. Damit stellt die staatlich organisierte Solidarität der GKV eine spezifisch moderne Form abstrakter Solidarität dar, weil sie auf einer imaginierten, institutionell abgesicherten und rechtlich konstruierten Solidargemeinschaft beruht. Um dies zu verdeutlichen, gehe ich im Folgenden kurz auf die Geschichte der GKV ein, bevor dann ein analytischer Rahmen entwickelt wird, mithilfe dessen die jeweiligen Solidarpraktiken eingeordnet werden können.

II. Eine kurze Geschichte der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die Entwicklung der GKV ist häufig als Geschichte des Erfolgs und der Ausweitung des Solidaritätsgedankens beschrieben worden. Während ich dieser Darstellung nicht vollständig widersprechen möchte, gilt es doch stärker auf die Unterschiede und Konflikte, die in einer linearen Erzählung leicht untergehen, einzugehen.

In den 1880er-Jahren errichtete Reichskanzler Otto von Bismarck das weltweit »erste moderne System sozialer Sicherheit«. ¹⁷ Entsprechend ist der Name Bismarck eng mit der Begründung des Sozialversicherungswesens in Deutschland verbunden. Das 1883 verabschiedete »Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter« begründete erstmals einen Rechtsanspruch auf individuelle Versorgung im Krankheitsfall. Die 1884 und 1889 folgenden Gesetze sicherten die Industriearbeiterschaft zudem im Falle der Risiken Unfall, Invalidität und Alter ab. Allerdings hatte Otto von Bismarck mitnichten die Sozialversicherung erfunden. Vielmehr orientierten sich er und seine Ministerialbeamten an der langjährigen Tradition der versicherungsförmig organisierten gewerkschaftlichen und genossenschaftlichen Selbsthilfe sowie der selbstständig organisierten Hilfskassen der Arbeiterschaft. Das freiwillige Unterstützungswesen hatte sich Ende des 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts als neue Form der kollektiven Selbsthilfe europaweit ausgebreitet und gewann seit Mitte des 19. Jahrhunderts als wichtiger Vorläufer staatlicher Krankenversicherungen an Bedeutung. ¹⁸ Bei den Selbsthilfekassen handelte es sich um selbstverwaltete, zumeist berufsständisch organisierte Unterstützungskassen auf lokaler Ebene mit für sich selbst sprechenden Bezeichnungen wie »Totenlade der auf St. Pauli und vor dem Dammthore wohnenden Tischler«. Anfang der 1870er-Jahre existierten auf dem Territorium des Deutschen Reichs rund 8.000 solcher Kassen mit insgesamt 1,1 Millionen Mitgliedern. ¹⁹ Durchschnittlich gehörten einer Hilfskasse zu dieser Zeit zwischen 130 und 160 Mitglieder an.

Politisch war in Preußen die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts durch den Versuch gekennzeichnet, diese Gruppierungen im Rahmen der Hilfskassengesetzgebung zu

17 Gerhard A. Ritter, *Der Sozialstaat. Entstehung und Entwicklung im internationalen Vergleich*, München 1991 (zuerst 1989), S. 62.

18 Marcel van der Linden (Hrsg.), *Social Security Mutualism. The Comparative History of Mutual Benefit Societies*, Bern/Berlin etc. 1996.

19 Stefanie Börner, *Belonging, Solidarity and Expansion in Social Policy*, Basingstoke/New York 2013, S. 72.

kontrollieren. Nachdem 1845 die rechtliche Anerkennung der Körperschaften erfolgt war, bemühte sich der Staat in der Gewerbeordnung, kommunale Autoritäten für die Errichtung von Krankenkassen verantwortlich zu machen. Diese machten von ihrem Recht, Handwerker und Fabrikarbeiter zum Beitritt zu solchen Ortskassen zu verpflichten, jedoch nur sehr zögerlich Gebrauch.²⁰ Die örtlichen Zwangskassen standen in unmittelbarer Konkurrenz zu den freiwilligen Hilfskassen, waren aber trotz ihres entscheidenden Wettbewerbsvorteils des Arbeitgeberbeitrags weniger beliebt, weil hier die Selbstbestimmung geringer war. Mit dem Inkrafttreten einer einheitlichen Gewerbeordnung des Norddeutschen Bundes 1869 durften die Arbeitenden ihre Kasse selbst wählen. Der rechtliche Status der freiwilligen Unterstützungskassen wurde erst mit dem Hilfskassengesetz aus dem Jahr 1876 geregelt. Um staatlich anerkannt zu werden, mussten sich die Kassen als eingeschriebene Hilfskassen registrieren. Das Gesetz führte zudem einen Korridor für die Dauer und Höhe des Krankengelds ein und sah eine vergleichsweise strenge Supervision der Kassen durch die Verwaltungsbehörden vor.²¹

Mit der Verabschiedung des Krankenversicherungsgesetzes 1883, mittlerweile waren circa 2 Millionen Arbeitende versichert²², wurden die Kassen schließlich vollständig der staatlichen Aufsicht unterstellt und Solidarität dadurch mehr und mehr nationalisiert. Wie der Name des Gesetzes sagt, war aber zunächst nur die Arbeiterschaft Adressatin der gesetzlichen Sicherung. Erst später traten andere Berufsgruppen wie Landwirte hinzu. Angestellte konnten sich freiwillig versichern. Neben der medizinischen Versorgung berechnete das Gesetz die Versicherten im Krankheitsfall zum Bezug von Lohnersatzleistungen in Höhe der Hälfte des Lohns für eine Dauer von bis zu 13 Wochen. Finanziert wurden die Leistungen zu zwei Dritteln aus Versichertenbeiträgen und zu einem Drittel durch Beiträge der Arbeitgeber; lediglich die Hilfskassen finanzierten sich vollständig aus den Beiträgen ihrer Versicherten. Das Krankengeld der (eingeschriebenen) freien Hilfskassen lag jedoch in den meisten Fällen über dem gesetzlich vorgeschriebenen Satz. Indem das Krankenversicherungsgesetz von 1892 die höhere Lohnersatzpraxis der freien Hilfskassen für gesetzeswidrig erklärte, leitete es schließlich das Ende der Hilfskassen ein. Die Reichsversicherungsordnung von 1911 erweiterte den Kreis der Pflichtversicherten um weitere 7 Millionen Personen, darunter die Landwirte.²³

Dass im Deutschen Reich der Sozialstaat in Form eines Sozialversicherungsstaats die Bühne betritt, ist kein Zufall. Die Einführung der Sozialversicherungen lässt sich im Wesentlichen auf drei Umstände zurückführen: die politische und die wirtschaftliche Situation Ende des 19. Jahrhunderts sowie eine gesellschaftspolitisch-kollektivistische Lesart der industriellen Risiken. Für die politischen Eliten stellte die Über-

20 Eckart Reidegeld, *Staatliche Sozialpolitik in Deutschland, Bd. 1: Von den Ursprüngen bis zum Untergang des Kaiserreiches 1918*, Wiesbaden 2006, S. 143.

21 Gesetz über die eingeschriebenen Hilfskassen, in: *Quellensammlung zur Geschichte der deutschen Sozialpolitik 1867 bis 1914, 1. Abteilung: Von der Reichsgründungszeit bis zur kaiserlichen Sozialbotschaft, Bd. 5: Gewerbliche Unterstützungskassen*, Wiesbaden/Stuttgart 1999, S. 477–487.

22 Detlef Zöllner, *Landesbericht Deutschland*, in: Peter A. Köhler/Hans F. Zacher (Hrsg.), *Ein Jahrhundert Sozialversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Österreich und der Schweiz*, Berlin 1981, S. 45–180, hier: S. 96.

23 Ebd., S. 107.

nahme staatlicher Verantwortung für die soziale Absicherung von Teilen der Bevölkerung ein Projekt der »inneren Reichsgründung« dar²⁴, denn für das autoritäre Regime unter Bismarck bot die Sozialgesetzgebung eine willkommene Gelegenheit, sich in Anbetracht der mangelnden Geschlossenheit der Nation die Loyalität der Arbeiterschaft zu sichern und damit die politische Ordnung zu stabilisieren.²⁵ Hierbei stellte die Versicherungsform eine vergleichsweise kostengünstige Variante der Verstaatlichung dar, da die Abzusichernden den Großteil der Kosten selbst tragen mussten. Das erklärt auch, warum »Sozialversicherung stets als Arbeiterversicherung entstand«, da es sich bei ihnen keineswegs um die Ärmsten handelte und ihre regelmäßigen Löhne die Beitragszahlung überhaupt erst zuließen.²⁶ Im Jahrzehnt der Reichsgründung haben sich aber auch die »Denkvoraussetzungen« für sozialpolitische Interventionen verändert.²⁷ Dazu gehört die Definition von abzusichernden Lebenslagen und biografischen Phasen genauso wie die Einigkeit darüber, dass bestimmte Risiken versicherbar und kollektiv erzeugt, aber »individuell auftretend« seien.²⁸

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde 1952 die Selbstverwaltung der Krankenkassen wiederhergestellt. Bis heute ist es so, dass die finanziell und organisatorisch selbstständigen Krankenkassen als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung fungieren und unter staatlicher Aufsicht stehen. Die Jahre bis 1965 lassen sich als eine Art Orientierungsphase bezeichnen. Während dieser Zeit wurde unter anderem die Stärkung der Selbstverantwortung der Versicherten durch Kostenbeteiligung diskutiert. Sie endete mit dem »völligen Scheitern aller gesetzgeberischen Neuordnungsversuche«.²⁹ Erst danach begann die eigentliche Konsolidierungsphase, die durch die Integration weiterer Gruppen von Beschäftigten, aber auch von Rentnern und Rentnerinnen und Familienmitgliedern und eine Ausweitung des Leistungskatalogs geprägt war. Hier setzt sich auch die weitestgehend akzeptierte und im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verankerte Selbstbeschreibung der GKV als Solidargemeinschaft durch. Mitte der 1970er-Jahre kam es seitens der politischen Akteure zu einer Reinterpretation der »notwendigen Leistungsexpansion« hin zur »unerwünschten Kostenexplosion«, die mit dem nachhaltigen Fokus auf Kostendämpfungspolitik einen folgenschweren gesundheitspolitischen Paradigmenwechsel herbeiführte.³⁰ Die Reformversuche ziel-

24 Marc von Miquel, Von Bismarcks »Wechselbalg« zu Adenauers Rentenreform. Einführung in die Geschichte der Sozialversicherung, in: Laurenz Müllheims/Karin Hummel/Susanne Peters-Lange u. a. (Hrsg.), Handbuch Sozialversicherungswissenschaft, Wiesbaden 2015, S. 27–40, hier: S. 29.

25 Ritter, Der Sozialstaat, S. 65.

26 Peter A. Köhler, Entstehung von Sozialversicherung. Ein Zwischenbericht, in: Hans F. Zacher (Hrsg.), Bedingungen für die Entstehung und Entwicklung von Sozialversicherung. Colloquium der Projektgruppe für Internationales und Vergleichendes Sozialrecht der Max-Planck-Gesellschaft, Berlin 1979, S. 19–88, hier: S. 37.

27 Georg Vobruba, Strukturwandel der Sozialpolitik. Lohnarbeitszentrierte Sozialpolitik und soziale Grundsicherung, Frankfurt am Main 1990, S. 19.

28 Ebd., S. 20.

29 Albert Holler, Die Entwicklung der sozialen Krankenversicherung in den Jahren 1945 bis 1975, in: Reinhart Bartholomäi/Wolfgang Bodenbender/Hardo Henkel (Hrsg.), Sozialpolitik nach 1945. Geschichte und Analysen, Bonn 1977, S. 303–314, hier: S. 309.

30 Aurelio Vincenti/Gerhard Igl, Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit und im Pflegefall, in: Martin H. Geyer (Hrsg.), Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 6: 1974–1982.

ten darauf ab, die Strukturprobleme der GKV zu lösen und bestanden in einer Mischung aus Leistungskürzungen beziehungsweise Beitragserhöhungen und organisatorischen Neuordnungen. Solidaritätssemantiken traten hier neben ökonomische Handlungsmaximen wie Wettbewerb, Kostendämpfung und Effizienz.

Neben dem Versicherungsinstrument selbst stellt die bis heute anhaltende organisatorische Fragmentierung in unterschiedliche Kassenformen und zahlreiche Einzelkassen ein historisches Erbe aus der Entstehungsphase der Arbeiterversicherung dar. Unterschieden wird zwischen »Allgemeinen Ortskrankenkassen« (AOK), die für abgegrenzte Regionen, die sich über mehrere Bundesländer erstrecken können, bestehen, »Betriebskrankenkassen« (BKK), die von Arbeitgebern mit mindestens 1.000 versicherungspflichtig Beschäftigten gegründet werden und auch für betriebsfremde Versicherte geöffnet werden können, und »Innungskrankenkassen« (IKK), die von Handwerksinnungen mit mindestens 1.000 versicherungspflichtig Beschäftigten gegründet werden können. Sogenannte Ersatzkassen stellten ursprünglich eine Ausweichmöglichkeit für Versicherte, die der Fremdbestimmung durch örtliche Magistrate und betriebliche Vorgesetzte ausweichen und unter sich bleiben wollten, dar, also insbesondere für Mitglieder bestehender Hilfskassen und für Angestellte. Heute ist eine Beschränkung des aufnahmeberechtigten Mitgliederkreises nicht mehr möglich. Daneben existieren die See-Krankenkasse für (ehemalige) Seeleute, landwirtschaftliche Krankenkassen für in der Landwirtschaft Beschäftigte sowie die Bundesknappschaft für Arbeitnehmende im Bergbauumfeld.³¹ 2019 bewegten sich die Mitgliederzahlen der geschrumpften, aber immer noch diversen Kassenlandschaft zwischen 10,5 Millionen bei der Techniker Krankenkasse und 1.500 Versicherten in der BKK Grillo-Werke AG.³²

III. Praktiken der Solidarität im Rahmen der Sozialversicherung – analytischer Rahmen

Mit der überlieferten Selbstverwaltung, der paritätischen Finanzierung und der Fragmentierung des Krankenkassenwesens in unterschiedliche Kassenformen sind zunächst die Kontinuitäten benannt, die den bundesdeutschen Ansatz der Krankenversicherung auszeichnen. Die Praktiken der Solidarität haben sich dennoch stark gewandelt.

Analytisch betrachtet findet der Wandel von Solidarität auf zwei Ebenen statt. Erstens auf der Ebene des öffentlichen Handelns beziehungsweise der staatlichen Politik, auf der es zu einer gesetzlichen Umsetzung des Solidaritätsgedankens in konkrete Solidaritätsnormen und -praktiken kommt. Diese Ebene wird üblicherweise als Umverteilungsintensität gemessen, da es sich hier um Solidarpraktiken auf der Instrumentenebene handelt. Diese Ebene wird hier als *vertikale Praktiken der Solidarität* bezeichnet. Die Praktiken betreffen die Generosität und den Deckungsgrad und damit die inkrementellen Stellschrauben des sozialen Sicherungssystems, die zur stetigen

Bundesrepublik Deutschland. Neue Herausforderungen, wachsende Unsicherheiten, Baden-Baden 2008, S. 515–564, hier: S. 521.

31 §4; §§143–170 SGB V.

32 URL:<<https://www.krankenkassen.de/krankenkassen-vergleich/statistik/versicherte/aktuell/>> [15.2.2020].

Leistungsanpassung dienen. Sie manifestieren sich in der Ausweitung beziehungsweise dem Abbau des Leistungskatalogs, -niveaus oder des Kreises der Versicherten.

Im Übergang vom Hilfskassenwesen zur Gesetzlichen Krankenversicherung einerseits und während der Ausbauphase der GKV im Nachkriegsdeutschland kam es hier zu deutlichen Verschiebungen hin zur Einbeziehung nahezu aller Personenkreise. In welchem Verhältnis diese Personenkreise jeweils zueinander stehen, wird hierbei allerdings nicht berücksichtigt. Deshalb schlage ich eine zweite analytische Dimension vor, um die Praktiken der Solidarität vollständig erfassen zu können: die sich in der Trägerstruktur des Kassenwesens niederschlagenden Solidarpraktiken der Versicherten selbst. Hierbei geht es um die zugehörigkeitsbedingte Umverteilungsbereitschaft der versicherten Personenkreise und ihrer politischen Vertretungen beziehungsweise Interessenverbände und damit um *horizontale Praktiken der Solidarität zwischen den versicherten Gruppen* (etwa zwischen Fabrikarbeitern und Handwerkern). Ein Beispiel hierfür sind die exklusiven Solidarpraktiken der Angestellten, wie sie sich beispielsweise in der Errichtung einer Altersversorgung für Angestellte 1911 dokumentieren.³³ Die Angestelltenversicherung, die auf Wunsch der Angestellten im Rahmen einer eigenen Versicherungseinrichtung erfolgte, war zwischen den Rechtskreisen der Arbeiterversicherung und der Beamtenversorgung angesiedelt, was sie deutlich in die Nähe des Versorgungsniveaus der staatlichen Beamten rückte.³⁴

Die staatliche Versicherungspolitik und insbesondere verwaltungstechnische Reformen haben auch diese Solidarpraktiken der Gruppen, die sich jeweils reagierend an die Rahmenbedingungen anpassen mussten, stark geprägt. Entsprechend fragt die horizontale Dimension nach den Konflikten um den Umverteilungsrahmen und wer als zur Solidargemeinschaft zugehörig betrachtet wird. Dadurch geraten die Praktiken und Rhetoriken der Solidarität und die gruppeninternen Argumentationsmuster der an den Debatten beteiligten Akteure im Hinblick auf die jeweils erforderlichen Öffnungs- und Umverteilungsprozesse in den Fokus.

Meine These lautet, dass die zunächst innerhalb der Kassen stattfindenden Debatten sich Stück für Stück auf die politische Bühne verlagerten, wobei sich die Konfliktlinien von Fragen der horizontalen Dimension hin zu Fragen der vertikalen Dimension verschoben. In der folgenden Analyse wird sowohl auf primäre Quellen als auch auf Sekundärliteratur zurückgegriffen. Für die Reformgeschichte stellen Gesetzestexte die wesentlichen Quellen dar. Über den sich wandelnden Solidaritätshorizont geben Kassenstatuten, hauseigene Veröffentlichungen und Protokolle von Mitgliederversammlungen der Hilfskassen sowie parlamentarische Debatten Auskunft.

33 Sandrine Kott, *Sozialstaat und Gesellschaft. Das deutsche Kaiserreich in Europa*, Göttingen/Bristol 2014, S. 62.

34 Jürgen Kocka, *Unternehmensverwaltung und Angestelltenschaft am Beispiel Siemens 1847–1914. Zum Verhältnis von Kapitalismus und Bürokratie in der deutschen Industrialisierung*, Stuttgart 1969, S. 517.

IV. Praktiken der Solidarität im Vergleich

Exklusive Solidarität

Welche Praktiken der Solidarität kennzeichneten die freiwilligen Unterstützungskassen der Arbeiterschaft im auslaufenden 19. Jahrhundert? Handlungsleitend für die freiwillig versicherten Arbeiter (und im selteneren Fall auch Arbeiterinnen) im Vorfeld der Verabschiedung der Gesetzlichen Sozialversicherungen war nicht etwa ein naturwüchsiges Solidaritätsempfinden unter Berufsgenossinnen und -genossen, sondern das Verlangen nach finanzieller Absicherung und die Erkenntnis, dass dieses Verlangen viele Menschen teilen. Solidarität nimmt hier also nicht die Form einer Orientierung am Kollektiv oder von Loyalität an, sondern lässt sich am ehesten als Reziprozität beschreiben.³⁵ Ute Frevert analysierte entsprechend: »Indem man die Krankheit des ›Bruders‹ mitfinanzierte, bekräftigte man sogleich sein eigenes Anrecht auf entsprechende Hilfeleistungen.«³⁶ Auch synonyme sprachliche Verwendungen wie »Ver-eine auf Gegenseitigkeit« oder die französischen *mutuelles* zeugen von diesem Prinzip.

Das Innenleben der freiwilligen Zusammenschlüsse war durch eine soziale Nähe geprägt, die sich zum einen aus der geringen Mitgliederzahl und den regelmäßigen Kontakten, zum anderen aus den berufsständischen beziehungsweise lokalen Gemeinsamkeiten ergab. Bei den vertikalen Praktiken der Solidarität innerhalb der Hilfskassen lassen sich neben konkreten umverteilenden Praktiken, die die redistributiven Elemente des heutigen Sozialversicherungssystems vorwegnahmen, auch Praktiken der Face-to-Face-Solidarität beobachten: Die Satzungen der Kassen zeugen von einer Umverteilungspraxis, die durch einen sehr langen oder sogar unbegrenzten Bezug des Krankengelds und vergleichsweise hohe Beiträge geprägt war. Die Höhe der Beiträge und Leistungen war nicht an das individuelle Lohnniveau gekoppelt, was Frevert als institutionalisierte Solidarität unter den Kassenmitgliedern interpretiert hat, da sich »das wechselseitige Aufeinander-Angewiesensein der Kassenmitglieder bei jedem Krankheitsfall sinnfällig dokumentiert.«³⁷

Darüber hinaus bekräftigten vor allem die zahlreichen, die Satzungen großzügig interpretierenden informellen Regelungen und Ausnahmen die Solidarität der Mitglieder untereinander. Zahlreiche Protokollbücher zeugen davon, dass langjährige Mitglieder oder die Kassenältesten auf unbestimmte Zeit von den Beitragszahlungen befreit worden sind, dass entgegen der Satzung auf Sanktionen verzichtet wurde oder Fristen verlängert worden sind.³⁸ Die geringe Größe und Kleinräumigkeit der Unterstützungskassen ermöglichten also neben den kodifizierten Regeln die Entstehung eines informellen solidarischen Unterstützungssystems, um bedürftige kranke oder

35 Zu den unterschiedlichen Erscheinungsformen von Solidarität vgl. Kaufmann, Sozialstaat als Kultur, S. 332f.

36 Ute Frevert, Krankheit als politisches Problem 1770–1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung, Göttingen 1984, S. 255.

37 Dies., Arbeiterkrankheit und Arbeiterkrankenkassen im Industrialisierungsprozess Preußens (1840–1870), in: Werner Conze/Ulrich Engelhardt (Hrsg.), Arbeiterexistenz im 19. Jahrhundert. Lebensstandard und Lebensgestaltung deutscher Arbeiter und Handwerker, Stuttgart 1981, S. 293–319, hier: S. 316.

38 Börner, Strittige Solidarität, S. 38f.

langjährige Mitglieder unterstützen zu können, für das manche Kassen eine sogenannte Nebenbüchse führten.

Zusammengehalten wurde dieses Gefüge durch stark emotionalisierende sprachliche und symbolische Praktiken der Brüderlichkeit. Diese reichen von den Bezeichnungen der Kassen und dem Leitspruch, der vielen Statuten vorangestellt war, bis hin zu den alltäglichen Praktiken der Geselligkeit wie Ladenabenden, Jahresfeiern und viele andere mehr, die die Mitglieder als Gemeinschaft einschwören sollten, um ihre Umverteilungsbereitschaft und Regelkonformität zu erhöhen. Die als natürlich empfundenen Gemeinsamkeiten des Berufs oder Wohnorts wurden so erst forciert, denn auch gemeinschaftliche Zusammenhänge bedürfen einer stets zu erneuernden Gleichheitsfiktion sowie Mechanismen der Kontrolle.³⁹ Dies ist kein Widerspruch, sondern zeugt davon, dass auch in Kontexten, welche durch vermeintliche Face-to-Face-Solidarität gekennzeichnet sind, Zwang, Alternativlosigkeit oder Eigeninteresse handlungsleitend sind beziehungsweise waren. Für Hilfskassen typische Kontrollmechanismen waren bei der Aufnahme in die Kasse vorzulegende gesundheitliche Atteste oder die Institution des Krankenbesuchs, die die anderen Mitglieder und das Kassenvermögen vor Missbrauch schützen sollten.⁴⁰ Die Kostenübernahme im Falle selbstverschuldeter, durch moralisches Fehlverhalten (wie Trunksucht oder Schlägereien) verursachter Krankheiten schlossen viele Kassenstatuten ebenfalls aus.

Dadurch dass das Hilfskassenwesen mitnichten nur für die soziale Sicherung ihrer Mitglieder von Bedeutung war, sondern insbesondere auch eine Integrations- und Sozialisationsfunktion erfüllte, lässt es sich theoretisch als wenig differenziertes System einordnen. Entsprechend steht auch die ganze Person im Zentrum. Nur wer sich an die Normen hält, darf erwarten, dass ihm beziehungsweise ihr im Bedarfsfall solidarisch erbrachte Leistungen zuteilwerden. Solidarität wird damit zu einem »soziale[n] Kontrollinstrument«, das über das Gewähren oder den Entzug von Solidarität geregelt wird.⁴¹

Infolge der Kleinteiligkeit des Hilfskassenwesens und der emotionalisierenden Solidarpraktiken im Inneren bildeten sich Zugehörigkeitsgefühle entlang beruflicher Unterscheidungslinien und durch damit einhergehende Abgrenzungsprozesse gegenüber anderen Handwerken heraus.⁴² Hilfskassen waren dadurch nicht nur durch gewerbliche und territoriale Zugehörigkeitsmuster geprägt, sondern auch durch sozialstrukturelle Kategorien wie Fabrikarbeiter und Handwerker, Geselle oder Meister. Die hier untersuchte Bewegung vermittelt daher eher das Bild einer stark fragmentierten Klassensolidarität. Zudem begünstigten die lokale Struktur und die geringen Mitgliederzahlen ein Miteinander, das nicht nur zur Integration nach innen, sondern auch zur Abgrenzung nach außen beitrug. In einem solchen historischen Umfeld aus industrialisierungsbedingten »solidaritätsstiftenden Raumbeziehungen« bildete sich

39 Kaufmann, Sozialstaat als Kultur, S. 334; Helmuth Plessner, Grenzen der Gemeinschaft. Eine Kritik des sozialen Radikalismus, Frankfurt am Main 2002.

40 Hechter, Principles of Group Solidarity; Frevert, Krankheit als politisches Problem 1770–1880, S. 317f.

41 Prisching, Solidarität, S. 160.

42 Florian Tenstedt, Vom Proleten zum Industriearbeiter. Arbeiterbewegung und Sozialpolitik in Deutschland 1800 bis 1914, Köln 1983, S. 42.

Solidarität jeweils in der Auseinandersetzung mit anderen Differenz markierenden Merkmalen heraus.⁴³

Um dem Einfluss von Meistern oder Magistraten zu entkommen, kam es seit den 1860er-Jahren zu zahlreichen Ausgründungen aus bestehenden Zwangskassen in Gesellenkassen oder Gewerksgenossenschaften, die sich später als freie Hilfskassen registrieren ließen. Während Betriebskassen als »Arbeitgeberkassen« galten⁴⁴, haftete den Ortskassen von Beginn an der Ruf staatlicher Zwangskassen an. Diese Hierarchie schlug sich auch in den *horizontalen Praktiken der Solidarität* nieder. So war es auch kein Zufall, dass die in freien Hilfskassen und BKKs versicherten Arbeitenden über höhere Löhne verfügten als die in Ortskrankenkassen Versicherten, was Ersterer wiederum in die Lage versetzte, höhere Leistungen gewähren zu können.⁴⁵

»Die Solidarität der Mitglieder, das Füreinander-Einstehen in Notsituationen, galt in einem äußerst exklusiven Raum, der zwischen dem Kreis der Berechtigten und dem der Nichtberechtigten peinlich genau differenzierte. Es war eine Solidarität der Jungen und Gesunden, die ihre Arbeitsfähigkeit gegen eventuelle Risiken versicherten. Ältere Arbeiter, deren Kräfte im Produktionsprozeß schon abgenutzt waren, Gebrechliche oder Behinderte mußten den freien Kassen fernbleiben, für sie standen entweder die örtlichen Zwangskassen oder die Armenpflege ein.«⁴⁶

Aufgrund dieser statusbedingten Grenzen der Umverteilungsbereitschaft kam es regelmäßig vor, dass sich Mitglieder einer freien Kasse dagegen aussprachen, einer Ortskasse mit ungelerten Hilfsarbeitern beizutreten.⁴⁷ Weil sie »nicht die Kranken anderer Gewerbe unterstützen« wollten, beantragten die Bielefelder Bäcker- und Maurergesellen Anfang der 1870er-Jahre ihren Austritt aus der allgemeinen Unterstützungskasse.⁴⁸ So blieben die selbstorganisierten freien Kassen »der Elite der gelernten, ökonomisch und sozial bessergestellten Arbeiter« vorbehalten.⁴⁹

Diese horizontalen Konflikte um Solidarität und die damit einhergehenden Umverteilungs- und Zugehörigkeitsfragen traten immer dann am deutlichsten hervor, wenn gesetzgeberische Aktivitäten die Verhältnisse der Kassen untereinander verschoben oder Kassenfusionen erzwungen haben. Angesichts der bismarckschen Sozialgesetzgebung diskutierten viele Kassen den Zusammenschluss mit anderen Gewerken, der unter aktuarischen Gesichtspunkten sicherlich sinnvoll gewesen wäre. Ein Mitglied der Schuhmachergesellen äußerte sein Missfallen folgendermaßen: »Beim Kassenwesen hat die Freundschaft ein Ende, da muß jeder Beruf und jeder Gewerkverein für

43 Klaus Tenfelde, *Arbeiterschaft, Solidarität und Arbeiterbewegung*, in: Bayertz, *Solidarität*, S. 195–201, hier: S. 199.

44 Kott, *Sozialstaat und Gesellschaft*, S. 78.

45 Vgl. ebd., S. 80. Insbesondere die eingeschriebenen Hilfskassen waren für ihr deutlich höheres Krankengeld bekannt. Die Versicherten verzichteten jedoch auch auf den Arbeitgeberbeitrag und mussten zugunsten einer freien Arztwahl ihre Behandlungskosten selbst tragen.

46 Frevert, *Krankheit als politisches Problem 1770–1880*, S. 318f.

47 Ebd., S. 319.

48 Zit. nach: Frevert, *Arbeiterkrankheit und Arbeiterkrankenkassen im Industrialisierungsprozeß Preußens*, S. 313f.

49 Ignaz Zadek, *Die Arbeiterversicherung. Eine social-hygienische Kritik*, Jena 1895, S. 17.

sich selbst sorgen.«⁵⁰ Der Generalsekretär einer kaufmännischen Hilfskasse für weibliche Angestellte in Berlin befürwortete das Hilfskassenwesen vor allem, da es den Mitgliedern bei der Wahrung ihres Standesbewusstseins behilflich war:

»[A]us einer höheren Schicht stammend, durch Erziehung und Herkunft an andere Bedürfnisse gewöhnt als die Fabrikarbeiter, passen sie [die Handlungsgehilfen] kaum in den Mitgliederstand der Ortskrankenkassen, in denen sie, auch wo besondere kaufmännische Ortskrankenkassen vorhanden sind, mit Angestellten verschiedenster Gattungen zusammengewürfelt werden; denn bekanntlich ist es verboten, Zwangskassen für bestimmte Berufe zu gründen.«

Denn, so fährt er fort,

»wenn ein junger Kaufmann etwas Standesbewußtsein besitzt, kann es ihm nicht gleichgiltig sein, ob er in Krankheitsfällen mit seinen niedrigsten Untergebenen auf eine Stufe gestellt wird, ob sein in den Ortskassenvorstand gekommener Hausdiener über ihn gesetzt ist oder als Krankenkontrolleur [sic] ihn gar zu beaufsichtigen hat.«⁵¹

Die zwischen den Statusgruppen stattfindenden Umverteilungsdebatten gerieten zu Zugehörigkeitsfragen zwischen gelernten und ungelernten Arbeitern, zwischen Handwerkern und Fabrikarbeitern sowie zwischen Arbeitern und Angestellten. Sie spiegeln die strikte Trennung innerhalb des Kassenwesens wider und zeugen von einer exklusiven Solidarität, die durch eine vergleichsweise hohe Umverteilungsbereitschaft im Inneren und klare Abgrenzung nach außen gekennzeichnet ist.⁵²

Solidarität als versicherungstechnische und sozialrechtliche Praxis und Normalität

Mit der Verabschiedung der bismarckschen Sozialgesetzgebung seit den 1880er-Jahren wurde Solidarität zunehmend zum Ergebnis von politischen Aushandlungsprozessen. Bis in die 1970er-Jahre hinein glich die Entwicklung der GKV auf der Dimension der vertikalen Solidarpraktiken einem »doppelten Inklusionsprozess«. ⁵³ Einerseits wurden weitere Arbeitnehmergruppen, aber auch Rentner und Rentnerinnen (1956) ⁵⁴ und Familienmitglieder in die Pflichtversicherung miteinbezogen, andererseits kam es zum Ausbau der Geld- und Sachleistungen. Erreichte der Versicherungsschutz ge-

50 Protokoll-Bericht der 5. ordentlichen Generalversammlung des Gewerkvereins der Deutschen Schuhmacher und Lederarbeiter sowie der 3. ordentlichen Generalversammlung der Eingeschriebenen Hilfskassen, Berlin 1883, S. 27.

51 Josef Silbermann, Für die freien Hilfskassen. Eine Verteidigungsschrift, Berlin 1901, S. 12.

52 Börner, Strittige Solidarität, S. 40.

53 Alber, Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, S. 25.

54 Die Mittel für die »Krankenversicherung der Rentner« (KVdR) wurden anfänglich noch zu einem Großteil durch die Rentenversicherung aufgebracht. 1977 wurde die KVdR dann endgültig zu einer Leistung der GKV, vgl. Aurelio Vincenti/Angelika Behringer/Gerhard Igl, Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit und im Pflegefall, in: Hans Günter Hockerts (Hrsg.), Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 5: 1966–1974. Bundesrepublik Deutschland. Eine Zeit vielfältigen Aufbruchs, Baden-Baden 2006, S. 483–511, hier: S. 493.

gen Ende des 19. Jahrhunderts gerade mal 10% der Bevölkerung, genossen 1960 bereits 84% einen Versicherungsschutz. Ihren historischen Höchststand erreichte die Quote der gesetzlich Krankenversicherten 1975 mit 91,6% und ist seither auf diesem Niveau geblieben.⁵⁵ Die bedeutsamste Ausweitung vor dem Ersten Weltkrieg erfuhr der Kreis der pflichtversicherten Personen durch die 1911 verabschiedete Reichsversicherungsordnung, die eine Einbeziehung der Dienstboten, Wanderarbeiter und von Beschäftigten der Land- und Fortwirtschaft vorsah. Angestellte gehörten bis zu einer Versicherungspflichtgrenze von 2.500 Mark jährlich der Gruppe der Pflichtversicherten an, was de facto einer Befreiung vom Versicherungszwang gleichkam.⁵⁶ Den bedeutendsten Schritt bei der Einbeziehung von Angestellten unternahm das »Zweite Krankenversicherungsänderungsgesetz« von 1970, das die GKV auch für nichtversicherungspflichtige Angestellte öffnete und deren Versicherungspflichtgrenze dynamisierte.⁵⁷ 1972 und 1975 wurde die Versicherungspflicht auf Personen mit Behinderung und Studierende übertragen und 1981 schließlich die Künstlersozialversicherung eingeführt. Damit war die »Phase der Öffnung der gesetzlichen Krankenversicherung für zusätzliche Bevölkerungsgruppen beendet«, ohne dass ein einheitliches System eingeführt worden wäre.⁵⁸ Die kostenfreie Mitversicherung von abhängigen Familienmitgliedern, die bereits seit den 1930er-Jahren eine Regelleistung darstellte, wurde in den 1970er-Jahren weiter ausgebaut.⁵⁹ So wurde im Rahmen des Leistungsverbesserungsgesetzes (1973) die Krankengeldzahlung bei Erkrankung des Kindes eingeführt. Während dieses Zeitraumes erfolgte auch die Umstellung des Sicherungsziels der Sozialversicherungen von der Subsistenz- hin zur Lebensstandsicherung. Mit der Integration der Familie und der Rentnerinnen und Rentner kann zu Recht von einem qualitativen Wandel des Solidaritätsverständnis gesprochen werden, da erstmals Personengruppen zu Leistungsberechtigten wurden, die nicht in die Kategorie der Erwerbsarbeitenden fallen.

Im Zuge dieses bis 1977 anhaltenden wohlfahrtsstaatlichen Ausbaus wurden die modernen Sozialverwaltungen, die Sozialversicherung und das Sozialrecht zunehmend von der abstrakten Idee der Solidarität geprägt, wodurch die vertikalen Solidarpakete langsam ihre Exklusivität verloren.⁶⁰ So wurde die durch die Reichsversicherungsordnung 1911 begonnene Kodifizierung der Sozialgesetze im Sozialgesetzbuch fortgeführt. Im 1989 in Kraft getretenen SGB V ist erstmalig von der Krankenversicherung als Solidargemeinschaft die Rede. Das in §1 und §3 SGB V verankerte Solidarprinzip als Leitidee und Finanzierungsprinzip der Krankenversicherung besteht

55 Alber, Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, S. 27. Zum Vergleich: Im Jahr 2018 waren 87,7% der Bevölkerung gesetzlich krankenversichert (10,5% gehörten der ebenfalls gesetzlich geregelten Privaten Krankenversicherung an), vgl. VDEK, Daten zum Gesundheitswesen, URL: <https://www.vdek.com/presse/daten/b_verseicherte.html> [11.2.2020].

56 Kott, Sozialstaat und Gesellschaft, S. 30; Zöllner, Landesbericht Deutschland, S. 107.

57 Johannes Frerich/Martin Frey, Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland, Bd. 3: Sozialpolitik in der Bundesrepublik Deutschland bis zur Herstellung der deutschen Einheit, München/Wien 1993, S. 70f.

58 Vincenti/Behringer/Igl, Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit und im Pflegefall, S. 504f.

59 Alber, Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, S. 28.

60 Karl H. Metz, Solidarität und Geschichte. Institution und sozialer Begriff der Solidarität in Westeuropa im 19. Jahrhundert, in: Bøyerz, Solidarität, S. 172–194, hier: S. 192.

seit der Gründung der GKV, der Begriff der Solidarität spielte aber in den Debatten um die Sozialversicherung Ende des 19. und auch zu Beginn des 20. Jahrhunderts keine Rolle.⁶¹ Begrifflichkeiten der Solidarität gewinnen vielmehr immer dann als legitimationsstiftende Semantiken an Bedeutung in der politischen Rhetorik, wenn Solidarität unter Druck gerät. Besonders deutlich wird das in dem im Frühjahr 1990 veröffentlichten Bericht der Enquetekommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«, in dem die zu einer Einschätzung einer Reform der Organisationsstruktur angehaltenen Kommissionsmitglieder postulierten, dass »der grundsätzliche Erhalt des Solidaritätsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung als bewußte Erweiterung und Durchbrechung des versicherungstechnischen Äquivalenzprinzips unstrittig« sei.⁶² §1 vermittelt den Eindruck, dass es vielmehr um eine Rückversicherung auf die solidarischen Grundprinzipien ging, die sogleich durch die Betonung, dass jede und jeder Versicherte für seine Gesundheit mitverantwortlich ist, eine Einschränkung erfuhren. Die interpersonelle Umverteilung zwischen den Mitgliedern der GKV findet zwischen kranken und gesunden sowie älteren und jüngeren Versicherten, gut und weniger gut Verdienenden sowie Kinderlosen und Familien mit Kindern statt. Die solidarische Finanzierung ergibt sich insbesondere durch das Bedarfsprinzip in der Leistungserbringung, wodurch es zu einem Bruch mit der Äquivalenz zwischen Beitragshöhe und Leistungshöhe kommt (diese besteht nur im Bereich des Krankengeldes). Dieses Solidarprinzip weist jedoch Grenzen auf, die in Form von Sollbruchstellen in die vertikalen Solidarpraktiken der modernisierten Krankenversicherung eingebaut sind. Zum einen wird die Umverteilungswirkung durch die Beitragsbemessungsgrenzen, ab denen die relative Belastung der Einkommen durch die Beiträge abnimmt, eingeschränkt. Dieser Mechanismus führt dazu, dass Personen in höheren Einkommensklassen einen geringeren Anteil an der solidarischen Finanzierung haben als mittlere und niedrigere Einkommensklassen. Zum anderen ist es aufgrund der Versicherungspflichtgrenze möglich, als Besserverdienende oder Besserverdienender die sogenannte Solidargemeinschaft vollständig zu verlassen, um sich privat zu versichern. Bestrebungen, die Zweiteilung der Privaten und Gesetzlichen Krankenversicherung in einer Einheitsversicherung aufgehen zu lassen, hatte es lediglich nach 1945 und in den Anfangsjahren der Brandt-Regierung gegeben, die dann in einer Öffnung des bestehenden Systems der GKV für neue Bevölkerungsgruppen mündeten. Entsprechend wurde 1970 das Nebeneinander der beiden Strukturen gesetzlich geregelt.⁶³ Neben der Privaten Krankenversicherung existiert zudem die Beihilfe für Beamte als gesondertes System der sozialen Sicherung. Es ist kein Zufall, dass diese beiden Exit-Optionen in den gesellschaftspolitischen Debatten als Solidaritätsbrüche wahrgenommen werden – ein Begriff, der auf einen Solidaritätsanspruch seitens der staatlich versicherten Gruppen verweist.

Der wohlfahrtsstaatliche Ausbau brachte zudem die Sozialversicherung als Massentechnologie hervor, mit der sich auch die sekundären Funktionen, die die einzelnen Krankenkassen für die Versicherten erfüllt haben, veränderten. Als Orte der Gesellig-

61 Ebd., S. 188.

62 Endbericht der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«, Bonn 1990, Drucksache 11/6380, S. 151.

63 *Vincenti/Behringer/Igl*, Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit und im Pflegefall, S. 504f.

keit und Sozialisation traten Krankenkassen immer weniger auf. An die Stelle von persönlichen Krankenbesuchen trat die bürokratische Verwaltungspraxis, mit deren Hilfe die sozialen Beziehungen formalisierter wurden. Das ganzheitliche Interesse am Kassenmitglied (beziehungsweise des Kassenmitglieds an der Kasse etwa als politischer oder geselliger Vereinigung) wich nun einem spezifischen Ausschnitt, der sich in der Rolle der beziehungsweise des Krankenversicherten manifestierte (vgl. Tabelle 1). Auch die Vielzahl und Kleinteiligkeit der Kassen nahm über die Jahre ab, was dazu führte, dass über die Jahrzehnte die Kassen an Größe zunahmen. Anfang der 1950er-Jahre hatte eine Krankenkasse durchschnittlich 10.000 Mitglieder.⁶⁴ Zudem sahen sich die Kassen mit neuen organisations- und finanzwirtschaftlichen Aufgaben konfrontiert.⁶⁵ Auch wenn die statusorientierte Organisation der Kassen bestehen blieb (die heute vor allem in der Trennung zwischen PKV, GKV und Beamtenversorgung besteht), so trug die sozialstaatliche Interventionspraxis doch zur Zusammenfassung unterschiedlicher Berufsgruppen und zur Erosion der beruflichen Unterscheidungslinien bei.⁶⁶ Es ist anzunehmen, dass diese Formalisierungs- und Professionalisierungsprozesse auch die historisch etablierten *horizontalen Solidarpraktiken* unter den Versichertengruppen veränderten und neue Kategorien der Differenz etabliert haben. Das betrifft zum Beispiel die besonders stark ausgeprägte Differenz, die sich zwischen Arbeitern und Angestellten Anfang des 20. Jahrhunderts herausgebildet hatte und in der Forderung der Angestelltenverbände nach einer eigenständigen Angestelltenversicherung zur Alterssicherung, die dann auch 1911 realisiert wurde, ihren Höhepunkt fand. Demgegenüber erlaubte die differenzierte Kassenstruktur der GKV den Angestellten, von vornherein ihre eigenen Kassen als Ersatzkassen zu führen. In dieser Kassenpolitik dokumentierte sich nicht etwa die Notwendigkeit eines Versicherungsschutzes für Angestellte, sondern das Distinktionsbedürfnis einer neuen sozialen Gruppe, die um »die Anerkennung ihrer spezifischen sozialen Identität« rang.⁶⁷ Organisatorisch kam es erst 1992 mit Inkrafttreten des SGB VI zur Zusammenführung und rechtlichen Vereinheitlichung der Rentenversicherung für Arbeiter- und Angestellte. Zwei Jahre später erfolgte im Rechtskreis der GVK, also dem SGB V, ein vergleichbarer Schritt. Auch wenn es hier nicht um die organisatorische Vereinheitlichung der Krankenkassen ging, so wurde im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (§266 SGB V) getreu dem Motto »Gemeinsam, aber nicht zusammen« ein kassenartenübergreifender Ausgleichsmechanismus zwischen den einzelnen unabhängigen Krankenkassen und deren traditionell unterschiedlichen Risikostrukturen etabliert, sodass sich die unterschiedlich hohen Beitragssätze wieder angleichen konnten.⁶⁸ Eine klassen-

64 Alber, Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, S. 26. Die Kassenfusion schreitet bis heute voran, was die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen kontinuierlich zurückgehen lässt: 1991 gab es noch mehr als 1.200 Krankenkassen, 2019 waren es nur noch 109 gesetzliche Kassen, vgl. URL: <<https://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/system-gesetzliche-krankenkassenversicherung/Krankenkassen/>> [12.2.2020].

65 Holler, Die Entwicklung der sozialen Krankenversicherung in den Jahren 1945 bis 1975, S. 303.

66 Kocka, Unternehmensverwaltung und Angestelltenschaft am Beispiel Siemens 1847–1914, S. 516.

67 Kott, Sozialstaat und Gesellschaft, S. 62; Kocka, Unternehmensverwaltung und Angestelltenschaft am Beispiel Siemens 1847–1914, S. 513ff.

68 Jürgen Wasem, Der kassenartenübergreifende Risikostrukturausgleich: Chancen für eine neue Wettbewerbsordnung in der GKV, in: Sozialer Fortschritt 42, 1993, S. 32–38.

übergreifende Solidarität, wie sie etwa von Gewerkschaftsseite bereits 1911 gefordert wurde⁶⁹, bildete sich also nur ansatzweise und erst zum Ende des 20. Jahrhunderts aus. Spielten während der Konsolidierungsphase der GKV Statusgruppen vor allem als neue Versicherungsträger eine Rolle, so kam es erst seit den 1980er-Jahren im Rahmen der Einspardiskurse zu Überlegungen, die Kassenlandschaft und ihre Finanzierungsgrundlage auch organisatorisch umzugestalten. Deutlich wird aber auch, dass Kostensenkung nicht mit Entsolidarisierung gleichzusetzen ist. Während die Kostendämpfungs- und Strukturgesetze seit Ende der 1970er-Jahre in der vertikalen Dimension Leistungskürzungen und eine vermehrte Eigenbeteiligung vorsahen, bestanden auf der horizontalen Ebene Solidarisierungspotenziale. Ein Beispiel hierfür ist das Zwanzigste Rentenanpassungsgesetz (1977), das die »Krankenversicherung der Rentner« (KVdR) auch finanziell in »die Solidargemeinschaft der erwerbstätig Versicherten« integrierte, um so die steigenden Kosten der KVdR aufzufangen.⁷⁰ Unter dem Stichwort der Bürgerversicherung, die zugleich auf Kostenersparnis und auf ein Mehr an Solidarität abzielt, indem alle Einkommensgruppen einbezogen werden, ist diese Diskussion während der vergangenen zwei Jahrzehnte wieder aufgeflammt.⁷¹ Die Stoßrichtung der Debatten verlagerte sich dadurch von Zugehörigkeitsfragen hin zu mehr und mehr unter dem Eindruck des Spardiktats und einer Kostenexplosion stehenden Fragen der gerechten Teilhabe und Umverteilung. Diese Reformdiskussionen stehen stellvertretend für versperrte Reformpfade und geben den Blick auf fehlende Solidaritäten im deutschen Gesundheitssystem frei.

V. Schlussbetrachtung – zum Wandel der Solidarpraktiken in der Gesetzlichen Krankenversicherung

§5 (1) SGB V definiert als ersten von 13 Punkten »Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind«, als versicherungspflichtige Personengruppen. Hinter dieser schlichten Aufzählung verbirgt sich die gesamte Geschichte der Sozialversicherung und die damit einhergehende Problematik der Einbeziehung beziehungsweise des Ausschlusses bestimmter Bevölkerungsgruppen als Solidaritätsfrage.⁷² Mit Durkheim und Brunkhorst ist die Analyse

69 Kott, Sozialstaat und Gesellschaft, S. 63.

70 *Vincenti/Behringer/Igl*, Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit und im Pflegefall, S. 530.

71 Etwa DGB-Bundesvorstand (Hrsg.), Bürgerversicherung statt Kopfpauschale. Gemeinsame Erklärung für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft, Berlin 2010. In Deutschland ergab sich nach dem Zweiten Weltkrieg unter Mithilfe der Alliierten, die eine einheitliche Lösung bevorzugten, die Chance, zu einem gemeinsamen Versicherungsträger überzugehen. Allerdings wurde die Idee schnell wieder verworfen und die Debatte ist seitdem mit unterschiedlichen Begrifflichkeiten geführt worden. Vgl. dazu *Herbert W. Baker*, Beginn der deutschen Sozial- und Arbeitspolitik unter der Militärregierung, in: *Bartholomäi/Bodenbender/Henkel*, Sozialpolitik nach 1945, S. 23–31; von *Miquel*, Von Bismarcks »Wechselbalg« zu Adenauers Rentenreform.

72 Zum Vergleich: Im »Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter« vom 15. Juni 1883, hieß es unter §1: »Personen, welche gegen Gehalt oder Lohn beschäftigt sind: 1. in Bergwerken, Salinen, Aufbereitungsanstalten, Brüchen und Gruben, in Fabriken und Hüttenwerken, beim Eisenbahn- und Binnendampfschiffahrtsbetriebe, auf Werften und bei Bauten, 2. im Handwerk und in sonstigen stehenden Gewerbebetrieben, 3. in Betrieben, in denen Dampfkessel oder durch elemen-

von der Transformativität von solidarischen Handlungskontexten ausgegangen, die hier am Beispiel der zunächst freiwilligen und seit 1883 Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland analysiert wurde. Die Dynamik der untersuchten Solidarpraktiken betrifft nicht nur die Frage, wer mit wem in welchem Umfang solidarisch ist, sondern auch die Bedingungen, unter denen solidarische Leistungen gewährt werden, sowie die jeweiligen politischen und wirtschaftlichen Kontextfaktoren. Damit stellen die Solidarpraktiken im Wandel der Zeit eine elastische Institution dar, in deren Rahmen gesellschaftspolitische Diskussionen kanalisiert und sozialer Wandel abgebildet werden kann. Die permanenten Aushandlungsprozesse dokumentieren jedoch nicht nur die Elastizität von Solidarität in Bezug auf die einbezogenen Personenkreise, sondern auch auf die Wandelbarkeit solidarischer Praktiken selbst, die von einem umfassenden Modernisierungsprozess des Wesens der Solidarpraktiken zeugt. Im Übergang zur Industriegesellschaft hatte sich in Ermangelung staatlicher Angebote ein Unterstützungswesen etabliert, das bei genauer Betrachtung fast noch als vor-modern zu bezeichnen ist. Von den modernisierten Solidarpraktiken unterscheidet es sich durch eine stärkere Betonung der Gemeinschaft, die über gefühlsbetonte Sprache, Symboliken und Rituale hergestellt wurde (vgl. Tabelle 1). Die zunehmende Spezialisierung der gesetzlichen Versicherungspraxis äußert sich nicht in der traditionellen Unterscheidung zwischen Berufsgruppen, sondern in einer gesamtgesellschaftlichen Differenzierung, welche die anderen Funktionen der klassischen Unterstützungskassen in andere gesellschaftliche Bereiche wie Politik oder Freizeit verlagerte.

Tabelle 1: Gegenüberstellung der Solidarpraktiken im Rahmen des Hilfskassenwesens und der Gesetzlichen Krankenversicherung⁷³

Solidarpraktiken der Hilfskassen	Solidarpraktiken in der GKV
Solidarität unter Freunden	Solidarität unter Fremden
kollektivitätsbezogen: partikulare Zugehörigkeiten	kollektivitätsbezogen: gemeinschaftliches Interesse an Hilfe in Not
emotionalisierende Gemeinschaftsrhetorik	gefühlsneutrale Bindungen
gemeinschaftsstiftende Praktiken und Rituale	verrechtlichte und formalisierte Praktiken und Beziehungen
ganzheitliche Beziehungen	spezialisierte Beziehungen
Zugehörigkeitsfragen	Umverteilungsfragen

Mithilfe des Instruments der gesetzlichen Sozialversicherung gelang es, gemeinsame Wertorientierungen und soziale Ähnlichkeit herzustellen und die daraus erwachsen-

tare Kraft (Wind, Wasser, Dampf, Gas, heiße Luft etc.) bewegte Triebwerke zur Verwendung kommen, sofern diese Verwendung nicht ausschließlich in vorübergehender Benutzung einer nicht zur Betriebsanlage gehörenden Kraftmaschine besteht, sind [...] nach Maßgabe der Vorschriften dieses Gesetzes gegen Krankheit zu versichern.«

73 In Anlehnung an Brunkhorst, *Solidarität unter Fremden*, S. 80.

den sozialen Beziehungen und Verantwortlichkeiten zu formalisieren. Die Bewältigung kollektiver sozialer Risiken wurde somit zunehmend untrennbar an die territorial abgegrenzte Solidargemeinschaft des Nationalstaats gekoppelt, sodass eine Solidarität unter Fremden möglich wurde.

Die Untersuchung hat aber auch deutlich gemacht, dass unter dem Deckmantel einer modernisierten gesetzlichen Krankenversicherung die Tradition und Praxis der exklusiven Solidarität fortgeführt wurde. Denn eine solidarische Praxis, bei der, wie es in einem Grundsatzpapier des Bundesministeriums für Arbeit aus dem Jahr 1955 formuliert wurde, »innerhalb einer Gefahrengemeinschaft die sozial Stärkeren zu den Leistungen für die sozial Schwächeren beitragen«⁷⁴, hat sich im Rahmen der GKV nie vollständig durchgesetzt, wie das Nebeneinander der drei Sicherungssysteme (für Pflichtversicherte, Beamte und privat Versicherte) zeigt. Die historisch gewachsenen Grenzen zwischen den Gewerken und Berufen haben sich demzufolge nicht gänzlich aufgelöst, sondern nach außen verschoben. Nur innerhalb der GKV haben die gesetzlich verankerten abstrakten Solidarnormen zu einer Vereinheitlichung der Umverteilungspraxis beigetragen. Hier sind die Zugehörigkeitsdebatten der horizontalen Dimension den Umverteilungsdebatten auf der vertikalen Dimension gewichen. Für politische Akteure stellt das Solidarprinzip der GKV schließlich auch eine willkommene Machtressource dar, mit der sich über konkrete Problemlagen hinwegtäuschen lässt.

Auch gegenwärtige Reformdebatten sind Ausdruck eines sich wandelnden Verständnisses solidarischer Praktiken im Rahmen der GKV. Wie dehnbar das Solidarprinzip der GKV ist, zeigt sich beispielsweise an dem seit den 1980er-Jahren zu beobachtenden Wandel der Solidaritätssemantiken vor dem Hintergrund der Debatten um den aktivierenden Wohlfahrtsstaat. An die Stelle der Solidarität ist der Begriff der Gemeinwohlorientierung getreten⁷⁵, der auch die zunehmend geforderte Eigenverantwortung und die Bemühungen um Ausgabenbegrenzung als gemeinwohlorientiertes Handeln rahmt. Damit scheint die (vormoderne) Praxis der verhaltensbedingten Gewährung von Solidarität wieder an Bedeutung zu gewinnen, die insbesondere die soziale Kontrollfunktion von Solidarität betont. Digitale Technologien und Gesundheitsanwendungen ermöglichen die Kontrolle eines gegenüber der Solidargemeinschaft verantwortungsvollen Gesundheitsverhaltens. Damit werden aller Wahrscheinlichkeit nach entsolidarisierend wirkende Praktiken wie die Differenzierung von Beiträgen auf der Grundlage verhaltensbezogener Gesundheitsrisiken zu Reformoptionen.⁷⁶ In der Zusammenschau der langfristigen Entwicklung der Solidarpraktiken kündigt sich hier eine Rückkehr zu überwunden geglaubten verhaltensgesteuerten Legitimationsstrategien von Solidarität an.

74 Grundgedanken zur Gesamtreform der sozialen Leistungen. Kabinettsvorlage des Bundesministers für Arbeit vom 7. April 1955, URL: <https://www.bundesarchiv.de/cocoon/barch/0001/x/x1955s/kap1_3/para2_1.html> [1.12.2020].

75 Thomas Gerlinger, Gemeinwohlorientierungen und politische Steuerung im Wandel – das Beispiel der Gesundheitspolitik, in: Gunnar Folke Schuppert/Friedhelm Neidhardt (Hrsg.), Gemeinwohl – auf der Suche nach Substanz, Berlin 2002, S. 421–444, hier: S. 427 ff.

76 Sarah-Lena Böning/Remi Maier-Rigaud/Simon Micken, Gefährdet die Nutzung von Gesundheits-Apps und Wearables die solidarische Krankenversicherung? Eine bevölkerungsrepräsentative Bestandsaufnahme der Solidaritätseinstellungen, Bonn 2019, S. 23.