

Barbara Leidinger

**Die Krankenhaus-Versicherung Bremen
(1858-1895).
Ein sozialpolitisch eigenständiger Weg.**

ZeS-Arbeitspapier Nr.17/1997

Zentrum für Sozialpolitik
Universität Bremen
Parkallee 39
D-28209 Bremen

Das Arbeitspapier ist Teil der Dissertation "Krankenhaus und Kranke in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts", die von Prof. Dr. Heinz-Gerhard Haupt, Universität Halle-Wittenberg, betreut wird. Es ist aus dem Projekt "Urbanisation, the Epidemiological Transition and Public Health Strategies in Nineteenth Century Bremen" hervorgegangen, das mit finanzieller Unterstützung des Wellcome Trust London am Zentrum für Sozialpolitik unter der Leitung von Prof. Dr. Robert Lee, Universität Liverpool, und PD Dr. Dietrich Milles, Universität Bremen, gemeinsam mit Dr. Peter Marschalck, Universität Osnabrück, durchgeführt wurde. Für kritische Anmerkungen danke ich Dr. Marlene Ellerkamp, Universität Göttingen.

Zusammenfassung

Krankenhaus-Versicherungen zählten zu den regionalstaatlich differierenden Vorläufern der 1883 reichsweit eingeführten Gesetzlichen Krankenversicherung. Ihr gemeinsames Merkmal bestand in einer Leistungsstruktur, die sich im wesentlichen auf die stationäre Versorgung der Versicherten beschränkte.

Das vorliegende Arbeitspapier konzentriert sich auf den von der Forschung bislang nicht berücksichtigten Fall der 1858 gegründeten Bremer Krankenhaus-Versicherung, der Allgemeinen Krankenkasse der Krankenanstalt. Es beleuchtet ihre Entstehung im sozialpolitischen Kontext der Hansestadt und fokussiert ihre Wirkung im Hinblick auf die Versicherten und die Allgemeine Krankenanstalt Bremen.

Im Vergleich zu Preußen und den süddeutschen Staaten zeigt sich, daß Bremen mit seiner Form der Krankenhaus-Versicherung eine von den Vorbildern unabhängige Variante ausbildete, mithin bis zur Reichsgründung einen sozialpolitisch eigenständigen Weg beschritt.

Inhalt

1. Einführung	4
2. Die Gründung der Krankenhaus-Versicherung im sozialpolitischen Kontext der Hansestadt	5
3. Innenleben und Wirkung der Allgemeinen Krankenkasse der Krankenanstalt	9
3.1 Krankenhaus-Kasse und Versicherte	9
3.2 Krankenhaus-Kasse und Krankenanstalt	14
4. Die Entwicklung der Krankenhaus-Versicherung nach der Reichsgründung	17
5. Resümee	21
6. Literatur	22
7. Quellen	24

1. Einführung

Die jüngeren Forschungen zur Krankenhausgeschichte belegen eindrucksvoll die Bedeutung der frühen Krankenversicherungen für die Herausbildung des modernen Krankenhauses (vgl. Spree 1995; Labisch/Spree 1995). Nicht erst die Gesetzliche Krankenversicherung von 1883 sorgte für einen entscheidenden An Schub der Krankenhausentwicklung, sondern bereits ihre Vorläufer in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Besondere Aufmerksamkeit kommt in diesem Zusammenhang der Krankenhaus-Versicherung zu, einem Versicherungstypus, dessen Leistungen sich im wesentlichen auf eine stationäre Versorgung des Krankenversicherten beschränkten.¹

Krankenhaus-Versicherungen stellten bis zur Einführung der reichsweit geltenden Gesetzlichen Krankenversicherung vor allem in den süddeutschen Staaten wie Bayern, Baden oder Württemberg die vorrangige Form sozialer Sicherung gegen das Krankheitsrisiko dar (Spree 1995: 95ff.). Durch den Erlaß entsprechender Landes oder Kommunalverordnungen erhielten die Krankenhaus-Versicherungen den Status von Zwangskassen, so daß sämtliche vor Ort tätigen und im Krankheitsfall unversorgten Arbeitskräfte wie Handwerksgesellen, Gewerbegehilfen, Arbeiter, Tagelöhner, aber auch die Dienstboten beiderlei Geschlechts zum Beitritt verpflichtet wurden. Obwohl die Krankenhaus-Versicherungen in ihrer konkreten Ausprägung variierten - in Stuttgart beispielsweise gehörten gewerbliche Arbeitskräfte und häusliches Gesinde einer einzigen Kasse, in Würzburg hingegen zwei verschiedenen Kassen an -, blieben die Leistungen gleich: Im Krankheitsfall gewährten die Krankenhaus-Kassen ihren Mitgliedern eine stationäre Versorgung und sorgten damit implizit für eine finanzielle Absicherung der Krankenhäuser. Infolgedessen kam den Krankenhaus-Versicherungen der Rang ökonomischer Sicherungsverbände für die jeweiligen Krankenanstalten zu.

Im Gegensatz zu den süddeutschen Staaten erlangten Krankenhaus-Kassen in den norddeutschen Staaten, speziell in Preußen, keine vergleichbare Bedeutung, da sie nur eine Variante neben anderen Krankenkassen, wie z.B. den berufsständischen Gesellenladen oder den branchenübergreifenden Arbeiterkrankenkassen, darstellten.² Diese gewerblichen Krankenkassen wiederum variierten je nach Mitgliederstruktur in ihrem Leistungsspektrum erheblich und boten vielfach Krankengeld als Lohnersatz anstelle stationärer Versorgung. Bislang vorliegende Untersuchungen zeigen preußische Krankenhaus-Kassen zumeist in ihrer Ausprägung als sog. Dienstboten-Institute.³ Diese richteten sich in erster Linie an die Dienstherrschaften zur Absicherung ihres Gesindes, wobei dessen Mitgliedschaft auf Freiwilligkeit, nicht auf Zwang be-

-
- 1 Modellgebenden Charakter für spätere Krankenhaus-Versicherungen hatten das Kranke-Gesellen-Institut (1786) und das Kranke-Dienstboten-Institut (1801) am Würzburger Juliußpital (vgl. Brinkschulte 1996).
 - 2 Zum preußischen Kassenwesen vgl. Frevert (1984: 149ff.); zur preußischen Krankenversicherungsgesetzgebung als Vorläufer der Gesetzlichen Krankenversicherung von 1883 vgl. Tennstedt (1981: 110ff. u. 165ff.).
 - 3 Als Beispiele seien das Dienstboten-Institut in Osnabrück (vgl. Berger 1996) und die Gesinde-Versicherung in Bielefeld (vgl. Wagner 1994: 59 u. 136) genannt.

ruhte. Damit verfügten diese Krankenhaus-Kassen nur über einen kleinen Versichertenkreis, der infolgedessen auch nur eine geringe Sicherungsfunktion für die jeweilige Krankenanstalt übernehmen konnte.

Die unterschiedlichen Versicherungsverhältnisse in den deutschen Staaten vor der Reichsgründung haben Reinhard Spree und Alfons Labisch veranlaßt, hinsichtlich der Finanzierung von Krankenhäusern von einem Nord-Süd-Modell "Krankenversicherung versus Krankenhaus-Versicherung" zu sprechen (Labisch/Spree 1995: 21ff.). Wie aber läßt sich die von der Forschung bislang unberücksichtigt gebliebene bremische Krankenhaus-Versicherung einordnen? Obgleich Bremen geographisch im Norden liegt, ist nicht davon auszugehen, daß es bis zur Reichsgründung sozialpolitisch preußische Wege beschritt. Deshalb stellt sich die Frage, inwieweit die 1858 gegründete Allgemeine Krankenkasse der Krankenanstalt, die sich zu einer Zwangskasse für fremde Dienstboten und Dienstbotinnen entwickelte, eher preußischen oder süddeutschen Vorgaben folgte oder möglicherweise eine eigene Variante ausbildete. Um hierauf eine Antwort zu finden, gilt es, die bremische Krankenhaus-Versicherung näher zu beleuchten. Im Vordergrund der Ausführungen steht zunächst der historische Kontext ihrer Gründung als Folie für die Zielsetzungen, die sich mit der Krankenhaus-Kasse verbanden (2.). Das Schwergewicht der Untersuchung liegt auf den Wirkungen der Krankenhaus-Versicherung in zweifacher Perspektive: Welche Funktionen übernahm die Kasse für ihre Mitglieder (3.1) und welche Bedeutung erlangte sie für die Krankenanstalt (3.2). Schließlich wird die weitere Entwicklung der Krankenhaus-Kasse unter den veränderten Bedingungen der Reichsgesetzgebung bis hin zu ihrer Auflösung 1895 verfolgt (4.), ehe es abschließend um eine Standortbestimmung der bremischen Krankenhaus-Versicherung zwischen nord- und süddeutscher Ausprägung sowie um die möglichen Folgen für das Nord-Süd-Modell geht (5.).

2. Die Gründung der Krankenhaus-Versicherung im sozialpolitischen Kontext der Hansestadt

Mitte der 1850er Jahre lebten im bremischen Stadtstaat, zu dem außer der Stadt das Landgebiet und die beiden Hafenstädte Vegesack und Bremerhaven gehörten, rund 90.000 Menschen, von denen zwei Drittel in der Stadt Bremen wohnten.⁴ Gegenüber anderen deutschen Regionen war Bremen um diese Zeit noch kaum industrialisiert, Handel und Schifffahrt bestimmten die Wirtschaftsstruktur. Der gewerbliche Sektor wurde noch wesentlich vom traditionellen Handwerk beherrscht, das infolge der Gewerbeordnung von 1851 zwar eine Lockerung des Zunftzwangs erfahren hatte, aber erst 1861, fünfzig Jahre später als in Preußen, vom Zunftzwang befreit wurde (vgl. Branding 1951). Ansätze zu einer industriellen Produktion gab es außer im Schiffbau nur in Verbindung mit dem Handel zur Veredelung und Verarbeitung importierter Roh-

4 1855 lebten 60.087 Einwohner in der Stadt Bremen und 88.877 Einwohner im Staatsgebiet (vgl. Jahrbuch für die amtliche Statistik 1867: 26).

stoffe (vgl. Herms 1952). Als Hemmschuh für die Industrialisierung erwies sich die Zollpolitik, denn Bremen trat trotz der Reichsgründung der deutschen Zollunion nicht bei. Erst nach dem Zollanschluß von 1888 kam es am Ende des Jahrhunderts zu einer raschen Industrialisierung einschließlich eines starken Bevölkerungswachstums im bremischen Stadtstaat.

Anders als in Preußen, das, um den Mobilitätsanforderungen der entstehenden Industrien gerecht zu werden, mit dem Armengesetz von 1842 das Unterstützungswohnsitzprinzip eingeläutet hatte, galt in Bremen das Heimatrecht.⁵ Während die preußischen Gemeinden für die vor Ort erkrankten Arbeitskräfte unabhängig von deren Herkunft aufkommen mußten, erhielt in Bremen nur derjenige Armenunterstützung, der hier geboren, verheiratet oder anderweitig heimatberechtigt war. Um sich vor ungewollten Unterstützungsleistungen zu schützen, unterstellte der bremische Staat zuwandernde Arbeitskräfte einschließlich des Gesindes behördlicher Kontrolle (vgl. Gerstenberger 1984). Fremde Dienstboten und Dienstbotinnen mußten ab Dezember 1846 unter Vorlage ihrer persönlichen Papiere und Angabe des künftigen Dienstherrn Dienstbücher erwerben.⁶ Wer als fremder Handwerksgeselle, Gewerbegehilfe, Arbeiter etc. in Bremen eine Arbeit aufnehmen wollte, mußte um eine Aufenthalts- bzw. Arbeitsgenehmigung nachsuchen,⁷ die an eine Bürgschaftsverpflichtung des jeweiligen Arbeitgebers gebunden war. 1857 opponierten bremische Unternehmer bei der Gewerbekammer gegen diese Regelung,⁸ woraufhin der Senat beschloß, künftig in den Fällen, in denen zuwandernde Arbeitskräfte einer Krankenkasse beitraten, auf die Bürgschaftserklärung zu verzichten.⁹

Zu diesem Zeitpunkt umfaßte das bremische Krankenkassenwesen im wesentlichen die vielzähligen traditionellen Gesellenkassen, zu denen qua Zunftordnung Beitrittszwang bestand (Strube 1974: 61ff.). Darüber hinaus gab es nur einige wenige, teils nach dem Vorbild der Gesellenland organisierte Krankenkassen einzelner Gewerbe, so z.B. die Zwangskrankenkasse für Zigarrenarbeiter und -arbeiterinnen ab 1849 (Burgdorf 1984: 197). Angesichts der eingeschränkten Versicherungsverhältnisse richtete die Gewerbekammer im Februar 1858 eine Allgemeine Krankenkasse für Gesellen, Gehilfen, Arbeiter und Lehrlinge ein.¹⁰ Fast zeitgleich nahm im April 1858 die Allgemeine Krankenkasse der Krankenanstalt ihren Betrieb auf und noch im selben Monat erließ der Bremer Senat eine Versicherungsverordnung mit der Aufforderung an

5 Allgemein vgl. Sachße/Tennstedt (1980: 195f. u. 199f.); zu Preußen vgl. Münsterberg (1887: 101ff.); zu Bremen vgl. Lammers (1870).

6 Verordnung in Betreff der fremden Dienstboten und der Einführung von Dienstbüchern für dieselben v. 6.7.1846, in: Sammlung der Verordnungen und Proclame 1846, Nr. 22: 41ff.

7 Vgl. die verschiedenen Verordnungen für die gewerblichen Arbeitskräfte von 1851, 1861, 1864 und 1866 mit jeweils organisatorischen Abänderungen, in: Gesetzblatt der freien Hansestadt Bremen 1851, Nr. 29: 129ff.; 1861, Nr. 5: 83 u. Nr. 7: 84; 1864, Nr. 44: 344ff.; 1866, Nr. 12: 102.

8 Aufgrund angeblicher Mißbräuche und der damit verbundenen Kosten wollten die Unternehmer ihrer Bürgschaftsverpflichtung für Gesellen, Gehilfen und Arbeiter nicht länger nachkommen. So die Eingabe der Gewerbekammer an den Senat v. 12.6.1857, in: StAB 2-T.7.d.B.5.a.

9 Senatsbeschluß v. 11.8.1857, in: StAB 2-T.7.d.B.5.a.

10 Antrag der Gewerbekammer auf Gründung der Allgemeinen Krankenkasse für Arbeiter, Gesellen, Gehilfen und Lehrlinge in eigener Regie v. 30.12.1857 an den Senat sowie deren Genehmigung und Statuten v. 17.2.1858, in: StAB 2-T.7.d.B.5.a.

"alle fremden Dienstboten, Gesellen, Gehülfen, Arbeiter und Lehrlinge, welche sich im Bremischen Staate aufhalten, einer der bestehenden Krankencassen unverweilt beizutreten, indem die Polizeibehörden den Aufenthalt denjenigen Fremden der bezeichneten Art ferner nicht werden gestatten können, welche nicht in einer oder der anderen Weise dafür gesorgt haben, daß sie in Krankheitsfällen den Staats und Gemeindebehörden nicht zur Last fallen."¹¹ Arbeitgeber und Dienstherrschaften wurden verpflichtet, sich um den Kassenbeitritt ihrer Untergebenen zu kümmern. Andernfalls sollten sie, wie gehabt, aus eigenen Mitteln für deren Versorgung im Krankheitsfall aufkommen. Faktisch entwickelte sich die Allgemeine Krankenkasse der Krankenanstalt schon bald zu einer alternativlosen Krankenkasse für fremde Dienstboten und Dienstherrinnen, da diese zu den gewerblichen Krankenkassen keinen Zugang hatten.

Das wesentliche Motiv zur Gründung der Krankenhaus-Kasse bildete die finanzielle Absicherung der Allgemeinen Krankenanstalt, die 1851 mit 270 Betten im somatischen Bereich als kommunales Versorgungs Krankenhaus neugebaut worden war (Meier 1850: 18). Als Institution konnte sie allerdings auf eine lange Vorgeschichte zurückblicken, denn das erste bremische Krankenhaus war bereits am Ende des 17. Jahrhunderts gegründet worden (vgl. Leidinger, 1994). Ein 1823 in Betrieb genommener Nachfolgebau war aber bereits zwanzig Jahre später derartig überfüllt, daß Ende der 1840er Jahre die Entscheidung für einen großzügigen Neubau getroffen wurde. Fünf Jahre nach Eröffnung der Allgemeinen Krankenanstalt, 1856, war diese jedoch kaum ausgelastet.¹² Angesichts der hohen Pflögetarife der zu dieser Zeit gültige Monatsstarif belief sich auf acht Reichstaler¹³ war es den vom Krankenhaus anvisierten, arbeitenden Bevölkerungsschichten in Bedarfsfällen kaum möglich, einen Krankenhausaufenthalt aus eigener Tasche zu finanzieren. Als Anhaltspunkt mögen die allerdings recht unterschiedlichen Löhne der Zigarrenfabrikation dienen, die in den 1840er/1850er Jahren einen bedeutenden Gewerbebezweig darstellte und keineswegs zur Niedriglohnbranche zählte: Während ein gutverdienender Zigarrenmacher 1853 zwischen 16 und 18 Reichstalern monatlich erhielt, kam ein Wickelmacher nur auf vier bis sechs Reichstaler, so daß für ihn ein Krankenhausaufenthalt außer Frage stand (Burgdorf 1984: 79). Dementsprechend gehörten allein die krankenversicherten Handwerksgesellen, Gewerbegehilfen oder Arbeiter und die vom bremischen Armeninstitut eingewiesenen Bedürftigen zum Stammpublikum der Krankenanstalt.

In dieser Situation verfielen die Krankenhausverwaltung und der bremische Gesundheitsrat auf die Idee einer Krankenhaus-Versicherung.¹⁴ Diese Idee war im Kern keineswegs neu, denn in den 1830er Jahren hatte in Bremen bereits eine Krankenhaus-Kasse als Zwangskasse für fremde Dienstboten beiderlei Geschlechts beim alten Krankenhaus bestanden.¹⁵ Sie war zur Entlastung

11 Polizei-Bekanntmachung, den Beitritt Fremder zu den bestehenden Krankencassen betreffend, v. 28.4.1858, in: Gesetzblatt der freien Hansestadt Bremen 1858, Nr. 26: 105ff.

12 Bericht des Gesundheitsrats v. 9.6.1856, in: StAB 4,59/1-D.III.b.4.g.6.d.1.

13 Bestimmungen für die Krankenanstalt Bremen 1855, in: StAB 2-T.6.k.2.a.

14 Bericht des Gesundheitsrats v. 9.6.1856 bzw. 4.10.1856 in: StAB 4,59/1-D.III.b.4.g.6.d.1.

15 Die Dienstboten-Krankenkasse existierte vom Herbst 1830 bis Herbst 1833 und erwirtschaftete in dieser Zeit ein Defizit von 1670 Reichstalern. Vgl. Obrigkeitliche Verordnung zu ihrer Einrichtung

des bremischen Armeninstituts gegründet worden und hatte innerhalb kurzer Zeit zu einer starken Frequentierung der Krankenanstalt durch die Kassenmitglieder geführt. Aufgrund falscher Kalkulationen mußte sie nach dreijährigem Bestehen mit hohem Defizit geschlossen werden. Während der Neubauplanungen zur Allgemeinen Krankenanstalt suchte der spätere Direktor Daniel Eduard Meier zur besseren Absicherung der Krankenanstalt erneut eine Krankenhaus-Kasse anzuregen (Meier 1850: 53ff). Ihm schwebte eine Zwangskasse für gewerbliche Arbeitskräfte und Dienstboten beiderlei Geschlechts vor, wie er sie bei seiner Besichtigungsreise von Krankenhäusern in Süddeutschland, so in Bamberg, Nürnberg, München und Stuttgart, kennengelernt hatte.

Einschlägige Erfahrungen mit und diverse Vorschläge zu einer Krankenhaus-Versicherung lagen somit vor. Die vom Senat 1856 eingesetzte Beratungskommission kreiste zunächst vor allem um die Fragen des Versicherungszwangs und des zu versichernden Personenkreises.¹⁶ Letztere Frage klärte sich eher unwillkürlich, indem die Gewerbekammer durch die Gründung ihrer Allgemeinen Krankenkasse für Gesellen, Gehilfen, Lehrlinge und Arbeiter Fakten schuf. Damit standen die gewerblichen Arbeitskräfte als Versicherungsteilnehmer einer Krankenhaus-Kasse kaum noch zur Verfügung. Infolgedessen konzentrierten sich die weiteren Planungen auf die Dienstboten beiderlei Geschlechts. Schließlich wandte sich die Allgemeine Krankenkasse der Krankenanstalt bei ihrer Eröffnung auch explizit an die "hiesigen und fremden männlichen und weiblichen Dienstboten in Stadt und Land" sowie allgemein an "so manche Andere, welche in Krankheitsfällen in ihrer Wohnung keine angemessene Pflege finden."¹⁷

Als konkretes Vorbild für die Organisations-, Beitrags- und Leistungsstruktur diente den bremischen Planern schließlich eine preußische Kasse, die "Freiwillige Magdeburger Gesindekasse" von 1845, die trotz verschiedener Choleraepidemien ökonomische Stabilität bewiesen hatte.¹⁸ Die Magdeburger Kasse richtete sich vorrangig an die Dienstherrschaften, die zur stationären Versorgung ihres Personals namenlose Abonnements erwerben konnten, mit denen sie ihr Gesinde unabhängig von der jeweiligen Person versicherten (vgl. Kersten 1847). Demgegenüber bestand die Bremer Krankenhaus-Kasse in Anlehnung an die alte Dienstboten-Krankenkasse auf der individuellen Versicherung jedes einzelnen Mitglieds. Die Mitgliedschaft in der Magdeburger Kasse beruhte auf Freiwilligkeit, während in Bremen zumindest für die Fremden unter den bremischen Dienstboten und Dienstbotinnen die Versicherungspflicht galt. In diesen zwei zentralen Punkten unterschied sich die Bremer Kasse deutlich von ihrem preußischen Vorbild.

einschließlich ihrer Statuten v. 9.8.1830, verschiedene Berichte über ihren Zustand einschließlich ihrer Wirkungen, Senatsbeschluß ihrer Schließung v. 1.11.1833, in: StAB 2-T.7.d.B.5.a.

16 Senatsbeschluß v. 28.11.1856. Vgl. die verschiedenen Gutachten o.D. sowie das Pro Memorandum von Krankenhausinspektor Lampe v. 2.1.1857, in: StAB 4,59/1-D.III.b.4.g.6.d.1.

17 Regulativ für die Allgemeine Krankenkasse der Krankenanstalt v. 12.4.1858 einschließlich der Entwürfe, in: StAB 4,59/1-D.III.b.4.g.6.d.1.

18 Korrespondenzen zwischen Krankenhausverwaltung und Magdeburger Magistrat sowie Regulative der Magdeburger Kasse v. 22.12.1847 u. 6.12.1855, in: StAB 4,59/1-D.III.b.4.g.6.d.1.

3. **Innenleben und Wirkung der Allgemeinen Krankenkasse der Krankenanstalt**

Anhand von Kassenstatuten, verschiedenen Statistiken und einigen Fallbeispielen geht es im folgenden um eine Wirkungsanalyse der Bremer Krankenhaus-Versicherung aus wechselnden Perspektiven: Zunächst stehen Fragen nach der Bedeutung der Krankenhaus-Kasse für ihre Mitglieder im Vordergrund, anschließend geht es um die Funktion der Kasse für die Krankenanstalt.

3.1 **Krankenhaus-Kasse und Versicherte**

Zugang zur Allgemeinen Krankenkasse der Krankenanstalt erhielt, wer als gesund galt. Dies wurde mündlich vom Krankenhaus-Administrator, der in Personalunion für Krankenanstalt und Krankenkasse zuständig war, abgefragt und mußte nur in Ausnahmen ärztlich attestiert werden. Beiträge mußten halbjährlich zur Zeit des Dienstbotenwechsels, zum 1. April bzw. 1. Oktober, im voraus entrichtet werden. Der Beitragssatz belief sich auf einen halben Reichstaler, was in etwa der Beitragshöhe anderer Kassen entsprach.¹⁹ Statutarisch nicht geregelt wurde, wer für die Beiträge aufkommen mußte, ob Dienstherr oder Dienstbote bzw. Dienstbotin oder beide Parteien gleichermaßen. Nach der Versicherungsordnung hatte der Arbeitgeber bzw. Dienstherr nur die Kontrollpflicht über den Beitritt des Dienstboten oder Arbeitnehmers.²⁰

Die Leistung der Krankenhaus-Kasse beschränkte sich nahezu ausschließlich auf die Krankenhausversorgung. Die Auszahlung von Kranken oder Taschengeld blieb im Gegensatz zu anderen Kassen unüblich. Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Krankenkasse war die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit, die von einem bremischen Arzt schriftlich konstatiert werden mußte. Dies konnte auch direkt im Krankenhaus durch einen der Krankenhausärzte geschehen. Damit galt - anders als in anderen Bremer Krankenkassen, die jeweils einen eigenen Kassenarzt bestellten - formal die freie Arztwahl. Einen Leistungsausschluß durch sog. selbstverschuldete Krankheiten sah das Kassenreglement nicht vor, und so konnten beispielsweise auch Syphiliskranke auf Kassenkosten stationär versorgt werden. Leistungen bei Schwangerschaft und Wochenbett waren im Kassenstatut allerdings nicht vorgesehen. So mußte 1874 eine schwangere Magd, die wegen eines nichtgenannten chirurgischen Leidens aufgenommen worden war, für die während ihres Aufenthalts stattgefundene Entbindung einschließlich ihres dreiwöchigen Wochenbettes selbst aufkommen. Ihr Aufenthalt auf der chirurgischen Station vor und nach der

19 Die Krankenkasse der Gewerbekammer forderte wöchentlich einen Beitrag von drei Groten, umgerechnet 78 Groten (= 1 Rtlr. 6 Gr.) pro Halbjahr. Vgl. Statuten der Krankenkasse für Gesellen, Gehülfen, Lehrlinge und sonstige Arbeiter v. 17.2.1858, in: StAB 4,59/1-D.III.b.4.g.6.c.

20 Polizeiliche Bekanntmachung v. 28.4.1858, in: Gesetzblatt der freien Hansestadt Bremen 1858, Nr. 26: 105.

Entbindung wurde selbstverständlich von ihrer Krankenkasse getragen.²¹ In dieser für Frauen prekären Situation verhielt sich die Krankenhaus-Versicherung trotz ihres hohen Frauenanteils nicht anders als die männerdominierten gewerblichen Krankenkassen.

Als Leistungsdauer sahen die Statuten eine höchstens dreimonatige Krankenhausversorgung vor, was im Vergleich zu anderen bremischen Kassen relativ kurz bemessen war. Während die von der Gewerbekammer initiierte Allgemeine Krankenkasse für Gesellen, Gehilfen, Lehrlinge und Arbeiter zunächst keine zeitliche Befristung kannte und erst 1869 eine Zwölfmonatsfrist einführte,²² verfügten die Gesellenkrankenkassen über ganz unterschiedliche Regelungen von sechs über neun bis hin zu zwölf Monaten (Strube 1974: 63). Die Festlegung der Dreimonatsfrist in der Krankenhaus-Versicherung entsprach den internen Zielsetzungen des Allgemeinen Krankenhauses als einer Heilanstalt, in der Kranke möglichst nicht länger als drei Monate zubringen sollten.²³ Aber genau diese Befristung monierte die Polizeidirektion 1864. Sie behauptete, daß die Mitglieder der Krankenhaus-Versicherung insbesondere im Falle einer langwierigen Erkrankung dem Staatssäckel anheimfielen und forderte eine unbefristete Garantie bis zum Ende der jeweiligen Behandlung.²⁴ Die Krankenhausverwaltung konnte nachweisen, daß die Polizeidirektion für derartige Langzeitfälle zwischen 1862 und 1864 nur insgesamt 15 Reichstaler hatte zuschießen müssen, erklärte sich aber angesichts der geringen Summe und des gewünschten guten Einvernehmens mit der Polizeidirektion bereit, die Verpflegungskosten unbefristet zu übernehmen,²⁵ was in der Folge auch geschah.²⁶

Diese Absprache führte aber nicht zu einer Novellierung des Kassenstatuts, weshalb die Krankenhausverwaltung ein Jahr später öffentlich Stellung beziehen mußte. Denn die Dreimonatsfrist hatte Anlaß zu einer Pressekampagne gegen die Krankenhaus-Versicherung gegeben. Ein anonym er Einsender machte im "Bremer Courier" 1865 "Herrschaften bzw. Dienstboten" auf die dreimonatige Versorgungsdauer aufmerksam und empfahl statt dessen die Krankenkasse der Gewerbekammer mit dem Hinweis, diese enthalte eine solche Befristung nicht und verlange außerdem monatliche statt halbjährliche Beitragszahlungen.²⁷ In einer "Berichtigung" wies die Krankenhausinspektion wider besseren Wissens darauf hin, daß "bisher in keinem einzigen Fall davon (von der Befristung; B.L.) Gebrauch gemacht worden ist - vielmehr die Abonnenten bis

21 Bericht v. 5.1.1874, in: StAB 4,59/1-D.IV.h.6.

22 Statuten der Krankenkasse für Gesellen, Gehilfen, Lehrlinge und sonstige Arbeiter v. 17.2.1858, in: StAB 4,59/1-D.III.b.4.g.6.c. und Revision der Statuten v. 23.7.1869, in: 2-T.7.d.B.5.a.

23 Bestimmungen die neue Krankenanstalt Bremens betreffend 1851, in: StAB 2-T.6.k.2.a.

24 Polizeidirektion v. 23.10.1864, in: StAB 4,59/1-D.III.b.4.g.6.d.2.

25 Die Krankenhaus-Kasse war an einer Unterstützung der Polizeibehörde zwecks Eintreibung rückständiger Beiträge von säumigen Abonnenten interessiert. Diese fielen spätestens beim Wechsel des Arbeitgebers und der durch die Behörden erforderlichen Umschreibung der Dienstbücher auf, in denen die Mitgliedschaft wie die Beitragszahlungen quittiert wurden. Korrespondenzen v. 25.10. bis 31.10.1864, in: StAB 4,59/1-D.III.b.4.g.6.d.2.

26 So z.B. Korrespondenzen über vier Fälle im April 1865, in: StAB 4,59/1-D.III.b.4.g.6.d.2.

27 Bremer Courier v. 23.12.1865, in: StAB 4,59/1-D.III.b.4.g.6.d.2.

zu ihrer Heilung oder Fahrt in die Heimat ohne Entgelt gepflegt worden sind" und kündigte an, daß der Paragraph aufgehoben werde.²⁸ Dazu kam es allerdings nicht.²⁹

In den ersten Jahren ihres Bestehens erlangte die Krankenhaus-Kasse im Hinblick auf ihre Mitgliederzahlen ein schnelles Wachstum (vgl. Tab. 1).

Tab. 1: Mitglieder und Leistungsfälle der Allgemeinen Krankenkasse der Krankenanstalt 1858-1863³⁰

		Mitglieder	davon: im Krankenhaus versorgt	
April-September	1858	306	11	3,6%
Oktober-März	1858/59	1230	72	5,9%
April-September	1859	1680	87	5,2%
Oktober-März	1859/60	1763	118	6,7%
April-September	1860	2022	126	6,2%
Oktober-März	1860/61	2091	158	7,6%
April-September	1861	2475	154	6,2%
Oktober-März	1861/62	2496	166	6,7%
April-September	1862	2619	162	6,2%
Oktober-März	1862/63	2702	192	7,1%
April-September	1863	2900	186	6,4%

Im Sommerhalbjahr 1862 verzeichnete die Krankenhaus-Kasse 2619 Versicherte und war damit mitgliederstärker als die Krankenkasse der Gewerbekammer für Gesellen, Gehilfen, Lehrlinge und Arbeiter, die in diesem Rechnungsjahr den mittleren Bestand von 2100 Versicherten erreichte.³¹ Die Volkszählung von 1862 zeigt jedoch, daß längst nicht alle fremden Dienstboten und Dienstbotinnen versichert waren: Allein in der Stadt Bremen gab es 5754 Personen, die in "Privatdiensten" standen, nicht eingerechnet das im Gastgewerbe oder in der Landwirtschaft tätige Gesinde (Zur Statistik des Bremischen Staats, 1862: 20). Von den in privaten Diensten Ste-

28 Handschriftlicher Entwurf einer Gegendarstellung des Krankenhausinspektors Lampe v. 24.12.1865 für den Bremer Courier, in: StAB 4,59/1-D.III.b.4.g.6.d.2.

29 Eine formale Aufhebung der Dreimonatsfrist durch Abänderung der Statuten läßt sich in den Akten nicht feststellen.

30 Statistik der Allgemeinen Krankenkasse der Krankenanstalt v. 1858-1863, in: StAB 4,59/1-D.III.b.4.g.6.d.2.

31 Statistik der Krankencasse für Gesellen, Gehilfen, Lehrlinge und Arbeiter v. 1858-1864. Das Rechnungsjahr ging jeweils v. 1. April bis 31. März; StAB 4,59/1-D.III.b.4.g.6.c.

henden waren 74,6% (4295 Personen) "fremd" und unterlagen damit prinzipiell der Versicherungsverordnung. Offensichtlich ging ein Großteil der Dienstherrschaften das Risiko ein, im Krankheitsfall für ihre Dienstboten bürgen zu müssen. Daß dies finanziell erhebliche Folgen haben konnte, belegt der Fall des bremischen Dienstherrn Bernhard K., der 1861 gerichtlich zur Kostenübernahme eines fast zweimonatigen Krankenhausaufenthaltes seines nicht-versicherten Dienstboten verurteilt wurde. Für die knapp zwanzig Reichstaler, die er dem Krankenhaus an Verpflegungskosten schuldete, hätte er den Dienstboten ohne weiteres zehn Jahre krankhaus-versichern können.³²

Zur Sozialstruktur der Krankenhaus-Kasse liegt keine Überlieferung vor. Es läßt sich jedoch gestrost davon ausgehen, daß gemäß des hohen Frauenanteils beim häuslichen Gesinde auch der Großteil der Versicherten weiblichen Geschlechts war. 1862 waren unter den erwähnten 4295 fremden Dienstboten und Dienstbotinnen in der Stadt Bremen 3777 Frauen (87,9%) (Zur Statistik des Bremischen Staats, 1862: 20). Einen ebenfalls hohen weiblichen Anteil weisen die für 1862 erhobenen Patientendaten³³ des Allgemeinen Krankenhauses aus. Von 300 Kranken, die in diesem Jahr auf Kosten der Krankenhaus-Kasse stationär versorgt wurden, waren gut drei Viertel Mägde, Köchinnen und Wärterinnen. Auch die wenigen im Krankenhaus untergebrachten Männer (72) gingen Beschäftigungen im Sinne der Dienstbotenordnung nach: Es handelte sich um Knechte, Kellner und Kutscher. Berufsbedingt waren die meisten stationär versorgten Kassenmitglieder jung - unter dreißig Jahren alt (85,7%) - und überdies ledig, nur drei Frauen waren verheiratet. Außerdem waren, wie aufgrund der Versicherungsverordnung nicht anders zu erwarten, fast alle fremd (95,7%). Es handelte sich also um eine Versichertenklientel, die in Phasen krankheitsbedingter Erwerbsunfähigkeit mangels familiären Rückhalts vor Ort auf eine anderweitige Versorgung angewiesen war, die ihr mit der Krankenhaus-Versicherung in der Allgemeinen Krankenanstalt garantiert wurde.

Bei steigenden Mitgliederzahlen wurden relativ konstant zwischen sechs und sieben Prozent der Mitglieder im Krankenhaus versorgt, wobei in den Winterhalbjahren die Zahl der Einweisungen regelmäßig leicht stieg - vermutlich infolge der witterungsbedingten höheren Erkrankungshäufigkeit (vgl. Tab. 1). Die Aufnahme der Mitglieder in die Krankenanstalt erfolgte - so zeigen es die Patientendaten des Krankenhauses für 1862 - zumeist aufgrund akuter, aber selten lebensbedrohlicher Leiden: An der Spitze lagen 1862 Magen-Darm-Erkrankungen (16,3%), gefolgt von Gewebsentzündungen (13,7%) sowie Rheumatismen, Verletzungen und Atemwegskatarrhen (jeweils rund 9%). Chronische Erkrankungen wie Syphilis (5,7%) oder Lungentuberkulose (4,3%) kamen deutlich seltener vor. Die mittlere Verweildauer der Kassenmitglieder fiel, bedingt durch die junge Altersstruktur und die Art der Erkrankungen, mit durchschnittlich 35 Tagen erheblich niedriger aus als die sämtlicher Patienten und Patientinnen des Krankenhauses mit

32 Bericht v. 7.1.1861, in: StAB 4,59/1-D.III.g.4.g.7.

33 Die Auswertung der Patientenregister des Allgemeinen Krankenhauses Bremen für die Jahre 1862 und 1895 ist Bestandteil meines Dissertationsvorhabens "Krankenhaus und Kranke in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Das Allgemeine Krankenhaus an der St. Jürgen-Straße in Bremen" (Arbeitstitel).

44 Tagen. Trotz der in den Statuten bestimmten maximalen Aufenthaltsdauer von drei Monaten wurden 1862 36 Mitglieder der Krankenhaus-Versicherung (12%) über die anvisierte Höchstdauer hinaus auf Kosten ihrer Kasse verpflegt. Trauriger Spitzenreiter war eine 25jährige Magd, die wegen einer infizierten Knochenentzündung fast anderthalb Jahre dort verblieb, ehe sie in gebessertem Zustand entlassen wurde. Mithin mußte kein Kassenmitglied befürchten, aufgrund der formalen Bestimmungen vorzeitig aus dem Krankenhaus entlassen zu werden.

Auch in anderen Fällen erwies sich die Krankenhaus-Kasse kulant: 1867 beantragte der Chirurg der Krankenanstalt die Kostenübernahme für eine "Kniemaschine" seines Patienten Heinrich St., der an einem "Knickebein" (genu valgum) litt.³⁴ Dr. Stadler begründete sein Ansinnen in zweifacher Weise: Zum einen wollte er die bereits begonnene Behandlung erfolgreich beendet wissen und zum anderen dem ansonsten mittellosen Kellner auf Dauer einen Broterwerb sichern. Die Krankenhaus-Kasse, deren Mitglied Heinrich St. war, finanzierte schließlich die gewünschte Kniestütze im Wert von 14 Reichstalern, obwohl ihre Statuten medizinische Hilfsmittel nicht vorsahen. Damit war aber nicht nur dem Patienten, sondern auch der Krankenkasse und dem Krankenhaus geholfen, denn andernfalls hätte ein Langzeitaufenthalt finanziert bzw. geduldet werden müssen. Daß die Krankenhaus-Kasse bei ihren Entscheidungen vor allem ihre ökonomischen Kapazitäten im Blick behielt, demonstriert auch ein anderer Einzelfall: Als 1864 bei der ledigen Dienstmagd Catherine D. außer einem Scheidentripper eine Schwangerschaft im fünften Monat festgestellt wurde, beschloß die Kasse nach Rücksprache mit dem leitenden Krankenhausarzt, die Magd auf Kassenkosten in ihre Heimat zu schaffen.³⁵ Dies war - wie bei anderen Kassen - aufgrund der Statuten rechtens, da die Magd wegen der Schwangerschaft nicht behandlungsfähig war und längerfristig zu einer finanziellen Belastung des Armenwesens zu werden drohte. Entsprechend galt es als die kostengünstigere Lösung, sie auf Kosten der Kasse in die Heimat zu schicken. Nicht zu unterschätzen dürfte in ihrem Fall allerdings die implizit moralische Bewertung ihrer Person gewesen sein. Schließlich handelte es sich um eine ledige Magd, die nicht nur geschlechtskrank, sondern auch noch schwanger war.

Abgesehen von diesen beiden Einzelfallentscheidungen, die für die jeweils Betroffenen ganz unterschiedliche Folgen hatten, dürfte die Krankenhaus-Versicherung im "Normal"fall für die meisten Mitglieder eine positive Option dargestellt haben. Selbst bei leichteren Erkrankungen erwarben sie sich ein Anrecht auf eine pflegerische Versorgung, die ihnen aufgrund ihrer persönlichen - beruflichen wie familiären - Situation versagt war und die sie andernfalls nur über die entrechtende Armen oder Polizeibehörde hätten erreichen können.

34 Korrespondenzen v. 6.4.1867, in: StAB 4,59/1-D.III.b.4.g.6.d.2.

35 Korrespondenzen v. 15. bis 21.12.1864, in: StAB 4,59/1-D.III.b.4.g.6.d.2.

3.2 Krankenhaus-Kasse und Krankenanstalt

1862 machten die 300 Mitglieder der Krankenhaus-Kasse innerhalb der Gesamtklientel des Allgemeinen Krankenhauses (2247 Kranke) mit 13,6% nur ein knappes Siebtel aus und stellten damit eine kleine Gruppe dar. Gleichzeitig gehörten sie aber zum großen Kreis von Krankenversicherten (1149 Personen), die mit 51,1% die Hälfte aller Kranken dieses Jahrgangs stellten (vgl. Tab. 2).

Tab. 2: *Kostenträger der 1862 in das Allgemeine Krankenhaus eingewiesenen Kranken (N=2247)*

Krankenkassen	51,1%
Armenbehörden/Polizeidirektion	25,5%
Selbstzahler/Bürgen	17,9%
Militär-Deputation	5,5%

So bestimmten 1862 die Mitglieder von 46 verschiedenen, zumeist bremischen Krankenkassen das Bild der Gesamtklientel.³⁶ Die Krankenversicherten waren zumeist jung und durchweg fremd, aber - anders als die Mitglieder der Krankenhaus-Kasse - männlichen Geschlechts und aus handwerklichen Berufen.³⁷ Neben den Krankenversicherten wurde ein Viertel aller Kranken, je nachdem, ob es sich um einheimische oder fremde Personen handelte, über die Armen oder Polizeibehörden eingewiesen. Alle übrigen kamen als Selbstzahler oder mit Bürgschaften (einschließlich des Militärs).

Ökonomisch gesehen, sorgte die Allgemeine Krankenkasse der Krankenanstalt Anfang der 1860er Jahre allenfalls für eine sichere, nicht aber für eine bedeutende Einnahmequelle der Allgemeinen Krankenanstalt. Wie in vielen kommunalen Krankenanstalten deckten auch in Bremen die sog. Verpflegungsgelder, die die verschiedenen Kostenträger pro Patient und Tag für die Versorgung (Unterbringung, Ernährung, Pflege, Behandlung) nach feststehenden Tarifen zahlten, nicht die tatsächlichen Ausgaben. Die Krankenanstalt blieb auf andere Einnahmen, wie

36 Von 1149 eingewiesenen Krankenversicherten waren 36,5% Mitglied einer von 26 verschiedenen Gesellenkrankenkassen, 26,7% Mitglied der Allgemeinen Krankenkasse für Gesellen, Gehilfen, Lehrlinge und sonstige Arbeiter, 26,1% Mitglied der Allgemeinen Krankenkasse der Krankenanstalt sowie 10,7% Mitglied in einer von 18 weiteren bremischen oder auswärtigen Krankenkassen.

37 Von den 1149 Versicherten im Krankenhaus waren 79,6% männlich, 86,2% unter 30 Jahren alt und 95,5% fremd. 58,9% gaben einen Handwerksberuf an.

Zinsen aus Stiftungskapitalien, Legate etc. angewiesen. In manchen Jahren erforderte die Kostendeckung sogar einen Staatszuschuß (vgl. Tab. 3).³⁸

Tab. 3: *Einnahmen und Ausgaben der Allgemeinen Krankenanstalt von 1858-1863 (in Reichstalern)*³⁹

	Ausgaben insgesamt	Einnahmen insgesamt	davon: Verpflegungsgelder	
1858	31791	29507	21645	73,4%
1859	34697	31920	24586	77,0%
1860	39082	39095	31858	81,5%
1861	42508	40310	32180	79,8%
1862	41861	41086	33546	81,6%
1863	41400	41891	34622	82,6%

Unter den der Allgemeinen Krankenanstalt gezahlten Verpflegungsgeldern nahmen die von den verschiedenen Krankenkassen einschließlich der krankenhauseigenen Kasse gezahlten Pauschalen einen zunehmend bedeutenderen Posten ein, der sich zwischen 1858 und 1863 von 24,8% auf 34,8% steigerte und damit das bremische Armeninstitut und die Selbstzahler überholte (vgl. Tab. 4).⁴⁰

38 So z.B. auch im Stuttgarter Katharinenhospital, das trotz des hohen Anteils, das die Krankheits-Kosten-Versicherung zu den Einnahmen beisteuerte, auf wenn auch geringe Staatszuschüsse angewiesen blieb (Spree 1996: 23).

39 Die Betriebskosten beziehen sich auf die gesamte Krankenanstalt, zu der außer dem Krankenhaus noch eine sog. Irrenanstalt gehörte. Vgl. die Betriebskosten der Allgemeinen Krankenanstalt in den Jahren 1857 bis 1867, in: Jahrbuch für die amtliche Statistik des Bremischen Staats 1868: 146.

40 Nicht berücksichtigt sind hier die allerdings geringen Verpflegungsgelder der sog. Behördenkrankenkassen der Eisenbahn- oder Wasserbauarbeiter, da diese zusammen mit der Polizeidirektion zu den Behörden gezahlt wurden.

Tab. 4: Verteilung der Verpflegungsgelder auf einzelne Kostenträger 1858-1863 (in %)⁴¹

	Krankenhaus- Krankenkasse	andere Krankenkassen	Armen- institut	Selbstzahler/ Bürger	Militär	Behörden/ Polizei
1858	6,3	18,5	35,5	25,8	-	13,9
1859	6,3	14,4	33,3	26,7	9,7	9,6
1860	11,3	15,0	30,0	25,3	7,6	10,8
1861	13,7	18,5	30,8	21,2	5,5	10,3
1862	14,8	17,4	29,8	23,7	3,9	10,4
1863	15,6	19,2	30,0	27,1	2,6	5,5

Unter den Krankenkassen wiederum übernahm die Allgemeine Krankenkasse der Krankenanstalt einen stetig wachsenden Anteil der gezahlten Verpflegungsgelder. Dieser belief sich Anfang der 1860er Jahre auf deutlich mehr als ein Drittel aller Verpflegungsgelder, die das Krankenhaus von den Kassen einnahm. Damit sorgte die Krankenhaus-Kasse gemäß ihrer Gründungsabsicht für eine gewisse finanzielle Sicherheit, auch wenn sie noch lange nicht die ökonomische Bedeutung der süddeutschen Krankenhaus-Kassen erreichte, die als Zwangskassen für sämtliche Arbeitskräfte über einen wesentlich größeren Mitgliederkreis verfügten. So entfielen beispielsweise 1865 auf die sog. Krankheits-Kosten-Versicherung des Katharinenhospitals in Stuttgart 64% aller Einnahmen (Spree 1996: 23).⁴² Diesen hohen Stellenwert bei der Finanzierung des Krankenhauses konnte die bremische Krankenhaus-Kasse nicht erreichen. Gleichwohl stellte sie gemeinsam mit anderen bremischen Krankenkassen in dieser frühen Phase der Krankenhausentwicklung ein wesentliches finanzielles Standbein der Allgemeinen Krankenanstalt dar.

41 Verpflegungsgelder der Krankenanstalt (Krankenhaus und sog. Irrenhaus) von 1856-1863 in: StAB 4,59/1-D.III.b.4.g.2; Verpflegungsgelder speziell für das Militär, vgl. Jahrbuch für die amtliche Statistik des Bremischen Staats 1868: 146.

42 Bei den von Spree genannten 64% handelte es sich um den Anteil an den Gesamteinnahmen des Krankenhauses unter Einschluß der Verpflegungsgelder.

4. Die Entwicklung der Krankenhaus-Kasse nach der Reichsgründung

Die Entwicklung der Krankenhaus-Versicherung ist ab Mitte der 1860er Jahre kaum dokumentiert, die Überlieferung setzt im wesentlichen erst wieder mit der Revision der Statuten von 1879/80 ein. Die Statutenänderung zielte in erster Linie auf eine Öffnung der Krankenhaus-Versicherung für breitere Bevölkerungsschichten: Nun stand die Kasse "jeder Person ohne Unterschied des Geschlechts und Gewerbes frei, welche im Bremischen Staat ihren Wohnsitz hat".⁴³ Ein spezieller Kindertarif sollte überdies Anreize zur Absicherung der jüngsten Einwohner bieten und im Gegensatz zu früher konnten Schwangere auf Kosten der Kassen entbinden, wenn sie bereits ein halbes Jahr lang Mitglied der Kasse gewesen waren. Gleichzeitig - und dies bedeutete eine wesentliche Neuerung - wurde in einem Nachtrag den Dienstherrschaften die Möglichkeit des namenlosen Abonnements angeboten und damit just jener Zustand hergestellt, wie er in den frühen preußischen Dienstboten-Krankenkassen, so z.B. in Magdeburg, Bielefeld oder Osnabrück, schon immer üblich gewesen war.⁴⁴ Die veränderten Versicherungsbedingungen und erweiterten Versicherungsleistungen forderten ihren Preis, denn gleichzeitig kam es zu einer drastischen Tarifierhöhung: Statt des halben Reichstalers belief sich der Beitragssatz mit 3,30 Mark ab sofort auf das Doppelte.

Das Interesse der Krankenkasse an einer neuen "Kundschaft" läßt sich als verspätete Reaktion auf die veränderte Sozialgesetzgebung verstehen, die zu einem auffallenden Rückgang der Versicherten unter den fremden Dienstboten und Dienstbotinnen geführt haben dürfte. Denn der Eintritt Bremens in den Norddeutschen Bund (1866) und die Reichsgründung von 1871 bedingten eine Angleichung der bestehenden sozialpolitischen Regelungen in den verschiedenen deutschen Staaten. So trat in Bremen bereits 1870 anstelle des Heimatrechts das Unterstützungswohnsitzprinzip in Kraft, das 1871 zum Reichsgesetz erklärt wurde und ab 1873 mit Ausnahme Bayerns und Elsaß-Lothringens in allen Bundesstaaten galt (Sachße/Tennstedt 1980: 203ff.). Die Gemeinden mußten nunmehr unabhängig von der Herkunft ihrer Bewohner im Unterstützungsfall für diese nach zweijähriger Ortsanwesenheit unbefristet aufkommen. Für gewerbliche Arbeitskräfte und häusliches Gesinde gab es darüber hinaus eine Zusatzregelung, nach der die Ortsarmenverbände vom ersten Tag des Aufenthalts auf dreizehn Wochen zur Unterstützung verpflichtet waren, ehe sie Regreß von den Heimatbehörden einfordern konnten. Infolge dieser Gesetzeslage mußten die bremischen Ortsarmenverbände künftig nicht nur für die einheimischen, sondern auch für die fremden Arbeitskräfte, Dienstboten und Dienstbotinnen

43 Regulativ v. 8.11.1879, gültig ab 1.4.1880, in: StAB 4,59/1-D.III.b.4.g.6.d.1.

44 Nachtrag zum Regulativ der Allgemeinen Krankenkasse der Krankenanstalt v. 31.3.1880, in: StAB 4,59/1-D.III.b.4.g.6.d.1.

eintreten.⁴⁵ Damit besaß die seit 1858 geltende bremische Versicherungsverordnung, die formal nicht aufgehoben wurde, faktisch kein Gewicht mehr.⁴⁶

Die neuen Bestimmungen des Unterstützungswohnsitzgesetzes dürften erhebliche Auswirkungen auf den Mitgliederstamm der Krankenhaus-Kasse gehabt haben, der sich bis dahin in erster Linie aus fremden Dienstboten beiderlei Geschlechts rekrutiert hatte. Dementsprechend bedeutete die statutarische Öffnung der Kasse mit namenlosem Abonnement und Leistungserweiterung eine Überlebensmaßnahme. Inwieweit diese allerdings den gewünschten Erfolg erbrachte, bleibt äußerst fraglich. Denn trotz des Leistungsausbaus verzeichnete die Kasse im Sommerhalbjahr 1884 nur noch 1425 Versicherte und damit halb so viele Mitglieder wie im Sommerhalbjahr 1863.⁴⁷ Überdies hatten zwischenzeitlich die aus privater Initiative hervorgegangenen Krankenhäuser, die Evangelische Diakonissenanstalt und das St. Joseph-Stift eigene Dienstboten-Krankenkassen zu ihrer Existenzsicherung gegründet, die, obwohl sie erheblich kleiner waren, bis dato nicht bestandene Konkurrenzen auslösten.⁴⁸

Die Mitgliederzahlen der Krankenhaus-Kasse der Allgemeinen Krankenanstalt belegen aber nicht nur einen auffallenden Mitgliederschwund, sondern außerdem, daß die Möglichkeit der namenlosen Versicherung nur zögerlich angenommen wurde. Der Großteil der Dienstboten versicherte sich vorerst noch selbst bzw. auf den eigenen Namen: Im Sommerhalbjahr 1884 waren von 1425 Versicherten noch 80,4% (1125 Personen) namentlich versichert, neun Jahre später hatte sich dies bei nunmehr wieder steigenden Mitgliederzahlen ins Gegenteil verkehrt: Von 3213 verkauften Abonnements im Sommerhalbjahr 1893 erwarben Dienstherrschaften 79,1% für 2542 Bedienstete.

Daß es bei den namenlosen Abonnements offensichtlich zu Mißbräuchen von Seiten der Dienstherrn kam, belegt eine 1886 getroffene Zusatzregelung:⁴⁹ Damit die Dienstherrschaften nicht einfach ein einziges Abonnement für mehrere Dienstboten erwarben und innerhalb eines Halbjahres erst ihre Köchin, dann die Magd und dann den Kutscher auf Kosten dieses einen

45 Zur Umsetzung des Unterstützungswohnsitzprinzips bzw. zur behördlichen Neustrukturierung des bremischen Armenwesens vgl. Gerstenberger (1981).

46 Eine Aufhebung der Verordnung läßt sich weder in den bremischen Gesetzesblättern noch in der archivalischen Überlieferung feststellen.

47 Statistik der Allgemeinen Krankenkasse der Krankenanstalt von 1883-1893, in: StAB 4,59/1-D.III.b.4.g.6.d.1.

48 Kulenkampff erwähnt 1884 in seiner Beschreibung der bremischen Krankenanstalten sowohl für 1867 gegründete Evangelische Diakonissenanstalt als auch für das 1868 eingerichtete St. Joseph-Stift eine Dienstboten-Krankenkasse (Kulenkampff 1884: 18 u. 24). Genauere Angaben über Gründungsgeschichte und Gestalt dieser Dienstboten-Institute, die ähnlich wie die Allgemeine Krankenkasse der Krankenanstalt zur finanziellen Absicherung dieser privaten Krankenhäuser dienten, sind in den staatlichen Quellen nicht überliefert, da die Krankenanstalten in privater Trägerschaft standen. Aus zwei Aufstellungen von 1894 geht hervor, daß die Dienstboten-Krankenkasse der Evangelischen Diakonissenanstalt 1892 auf 500 Mitglieder, die des St. Joseph-Stifts auf 320 Abonnenten kam, wohingegen die Krankenhaus-Kasse der Allgemeinen Krankenanstalt ca. 3500 Abonnenten verzeichnete; in: StAB 4,59/1-D.III.b.4.g.6.d.1.

49 Nachbesserung der Regulative v. 1886 (o.D.), in: StAB 4,59/1-D.III.b.4.g.6.d.1.

Versicherungsscheines ins Krankenhaus schickten, mußte ab sofort wie vierzig Jahre zuvor in der Magdeburger Gesindekasse die jeweilige Funktion des Bediensteten auf dem Abonnement genannt werden. Aber auch mit dieser Einschränkung kam das Abonnement im Einzelfall eher den Dienstherrschaften als der Dienstinne zu Gute: 1892 meldete sich das Dienstmädchen Hermine B., das bei seiner Dienstherrschaft namenlos versichert gewesen war, zur Aufnahme in die Krankenanstalt.⁵⁰ Da ihr noch am selben Tag vom Dienstherrn gekündigt worden war, genoß sie keinen Versicherungsschutz mehr - eben weil sie nicht persönliches Mitglied der Kasse war. Möglicherweise war ihre Erkrankung sogar Ursache der Entlassung gewesen. Die Krankenhaus-Versicherung lehnte die Finanzierung ihres stationären Aufenthaltes ab und schaltete die zuständige Armenpflege ein. Wäre Hermine B. selbst versichert gewesen, so wäre sie kein Fall für die entrechtende Armenbehörde geworden, sondern hätte aufgrund ihrer Versicherungszugehörigkeit eigene Ansprüche besessen. So aber fiel sie der Stadtbremischen Armenpflege anheim, die nun ihrerseits für die Verpflegungskosten aus Steuermitteln aufkommen mußte. Die Dienstherrschaften jedoch waren finanziell wie personell aus dem Schneider und dies auf ganz legale Weise.

Diesem Mißstand machte ab Mai 1895 ein landesrechtliches Krankenversicherungsgesetz ein Ende.⁵¹ In Anlehnung an die Gesetzliche Krankenversicherung von 1883, die reichsweit für gewerbliche Arbeitskräfte, nicht aber für Dienstinne und Dienstinne galt, erließ der Bremer Senat eine Versicherungspflicht für Personen, die sich gemäß der bremischen Gesindeordnung von 1894 "zur fortlaufenden Verrichtung von häuslichen oder wirtschaftlichen Diensten und Arbeiten (Gesindediensten) gegen Vergütung verpflichtet haben".⁵² Diese unterlagen fortan dem Versicherungszwang. Personen mit höherer Ausbildung oder solche, deren Dienstleistungen vorübergehender Natur waren, wie Krankenpfleger, Sechswochenfrauen, Lohndiener, Aufwartefrauen, Wäscherinnen, Plätterinnen, Schneiderinnen etc. stand hingegen der Kassenbeitritt frei. Neben dem Versicherungszwang enthielt das Gesetz Regelungen zu Beiträgen und Leistungen. Die Beiträge mußten gleichermaßen von Bediensteten und Dienstherrschaft mit je 15 Pfennigen wöchentlich bestritten werden, und zwar halbjährlich im voraus. Das Leistungsspektrum der landesrechtlichen Dienstinneversicherung beinhaltete für die Dauer von dreizehn Wochen entweder eine ambulante Behandlung einschließlich medizinischer Hilfsmittel oder aber eine stationäre Versorgung. Krankengeld war aber im Gegensatz zu den reichsgesetzlichen Krankenkassen nicht vorgesehen. Noch immer lag im Falle der krankheitsbedingten Erwerbsunfähigkeit von Dienstinne und Dienstinne die vorrangige Leistung in der stationären Versorgung, nunmehr allerdings ergänzt um ein Anrecht auf ambulante Behandlung.

Das neue Krankenversicherungsgesetz für Dienstinne schrieb des weiteren die Gründung von Zwangskassen durch die bremischen Behörden vor. So entstand je eine Dienstinne-Kranken-

50 Korrespondenzen v. 4.2. bis 11.2.1892, in: StAB 4,59/1-D.III.b.4.g.6.d.2.

51 Gesetz betr. die Krankenversicherung der Dienstinne v. 29.11.1894, in: Gesetzblatt der freien Hansestadt Bremen 1894, Nr. 34: 265ff.

52 Gesindeordnung v. 22.6.1894, in: Gesetzblatt der freien Hansestadt Bremen 1894, Nr. 22: 189ff.

kasse für die Stadt Bremen einschließlich des Landgebiets, eine für Vegesack und eine für Bremerhaven. Sah der Gesetzentwurf nur den Kassenbeitritt in einer der drei Kassen vor,⁵³ so eröffnete die endgültige Gesetzesfassung Alternativen: Auf schriftlichen Antrag bei der Krankenversicherungsbehörde konnte eine Befreiung von der Beitrittspflicht erreicht werden, wenn der oder die zu Versichernde nachweisen konnte, daß die Dienstherrschaft eine gleichwertige Krankenversorgung auf dreizehn Wochen leistete. Diese Bestimmung ermöglichte sowohl der Krankenhaus-Kasse des Allgemeinen Krankenhauses als auch den beiden Dienstboten-Instituten der Evangelischen Diakonissenanstalt wie des St. Joseph-Stifts den Fortbestand als Art Ersatzkasse. Während sich die Administration der Evangelischen Diakonissenanstalt für die Beibehaltung ihrer Kasse entschied,⁵⁴ beschloß die Verwaltung der Allgemeinen Krankenanstalt die Auflösung ihrer Krankenkasse, da sie angesichts der Kassenkonkurrenz berechtigterweise einen Mitgliederschwund fürchtete.⁵⁵ Denn gegenüber den drei landesrechtlichen Dienstboten-Krankenkassen bot sie nicht nur das eingeschränktere Leistungsspektrum, gleichzeitig war ihr Versicherungstarif auch teurer: Hier kostete die Mitgliedschaft seit der letzten Revision von 1892 im Halbjahr 4,25 Mark,⁵⁶ in der landesrechtlichen Dienstbotenkasse aber nur 3,90 Mark. Offiziell stellte die Allgemeine Krankenkasse der Krankenanstalt ihren Betrieb zum 1. Mai 1895 ein, versorgte aber ihre stationär aufgenommenen Mitglieder bis zum Ende der Behandlung. Nach insgesamt 37jähriger Laufzeit ging damit ein besonderes Kapitel in der Geschichte des Krankenhauses zu Ende, denn die Krankenhausverwaltung wurde nun auch ihres zeitraubenden Amtes als Kassenverwaltung enthoben.

53 Gesetzentwurf v. 1893 in: StAB 4,59/1-D.III.b.4.g.6.d.1.

54 Vgl. Statuten der Dienstboten-Krankenkasse der Evangelischen Diakonissenanstalt v. März 1895; entsprechende Angaben fehlen zum St. Joseph-Stift; StAB 4,59/1-D.III.b.4.g.6.d.1.

55 Beschluß der Krankenhausverwaltung in Absprache mit -ärzten und -ökonom zur Aufhebung der Krankenhaus-Kasse v. 29.3.1895, in: StAB 4,59/1-D.III.b.4.g.6.d.1.

56 Regulativ I für selbstzahlende Abonnenten u. Regulativ II für Herrschaften, welche ihre Dienstboten versichern wollen v. 15.3.1892. Abgesehen von einer Tariferhöhung von 3,30 auf 4,25 Mark pro Halbjahr wurde die Leistungsübernahme für Schwangere weiter erleichtert: Nach dem neuen Regulativ mußten Schwangere, um die Kosten für Geburt und Wochenbett erstattet zu bekommen, statt der bisher geforderten sechs Monate nur noch zwei Monate vor der Entbindung Mitglied gewesen sein; in: StAB 4,59/1-D.III.b.4.g.6.d.1.

5. Resümee

Obwohl Bremen im Norden liegt, ging es - bis zur Reichsgründung - mit seiner Krankenhaus-Versicherung keineswegs preußische, sondern eigene Wege. Dem Heimatprinzip in der Armenpflege gehorchend, unterlagen nach der Versicherungsverordnung von 1858 außer fremden Gesellen, Gehilfen, Lehrlingen und Arbeitern auch fremde Dienstboten und Dienstbotinnen der Versicherungspflicht. Die Krankenhaus-Versicherung entwickelte sich insbesondere für die fremden Dienstboten beiderlei Geschlechts zu einer Zwangskasse, da diese Personengruppe in den gewerblichen Kassen keine Aufnahme fand. Infolgedessen ist die bremische Krankenhaus-Kasse den bisher bekannten preußischen Dienstbotenkassen nicht vergleichbar, denn diese setzten in der Regel auf Freiwilligkeit und praktizierten die namenlose Abonnementregelung. Gleichzeitig aber entsprach die Allgemeine Krankenkasse der Krankenanstalt auch nicht den süddeutschen Krankenhaus-Kassen. Diese hatten zumeist das Monopol in der lokalen, versicherungsförmigen Krankenversorgung. Die Allgemeine Krankenkasse der Krankenanstalt stellte zwar die einzige Krankenhaus-Kasse der Stadt dar, aber nicht den einzigen Versicherungstyp, der eine stationäre Krankenversorgung bot. Als eine unter mehreren Krankenkassen konnte sie demzufolge als Sicherungsverband des Krankenhauses auch nicht den ökonomischen Rang der süddeutschen Krankenhaus-Kassen erreichen. In ihrer Wirkung auf die Krankenhausentwicklung ist sie aber nicht zu unterschätzen, da sie gemeinsam mit anderen Krankenkassen für den Zugang einer sozialen Gruppe zum Krankenhaus sorgte, die andernfalls diese Möglichkeit gar nicht oder nur über die Armenpflege gehabt hätte.

Um eine abschließende Einordnung der bremischen Versicherungsverhältnisse in das von Labisch und Spree vorgeschlagene Nord-Süd-Modell vornehmen zu können, reichen die vorliegenden Ergebnisse zur Krankenhaus-Versicherung nicht aus. Vielmehr sind weitere Untersuchungen zum Beitrag anderer Krankenkassentypen auf die Krankenhausentwicklung erforderlich. Dies gilt nicht nur für den Bremer Fall, sondern auch für Preußen, wo bislang ebenfalls lokale Studien fehlen. Festzuhalten ist, daß das bremische Kassenwesen auf den ersten Blick den preußischen Versicherungsverhältnissen näher war als den süddeutschen. Aber während in Preußen die Krankenhaus-Kassen gegenüber anderen Krankenkassen offensichtlich von nachrangiger Bedeutung waren, muß in Bremen von einem mehr oder minder gleichwertigen Nebeneinander verschiedener Versicherungstypen gesprochen werden. Innerhalb der bremischen Kassenlandschaft stellte die Krankenhaus-Versicherung eine bedeutende und zunehmend gewichtigere Größe dar.

Literatur

- Berger, Eva, 1996: "Frühmodernes Krankenhaus und 'Pflegeversicherung' in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts - Instrumente städtischer Armenfürsorge", in: Alfons Labisch; Reinhard Spree (Hg.), *"Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett". Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*. Frankfurt/New York: Campus, 208-235.
- Branding, Ursula, 1951: *Die Einführung der Gewerbefreiheit in Bremen und ihre Folgen*. Veröffentlichungen aus dem Staatsarchiv der Freien Hansestadt Bremen 19. Bremen: Schünemann.
- Brinkschulte, Eva, 1996: "Die Institutionalisierung des modernen Krankenhauses im Rahmen aufgeklärter Sozialpolitik. Die Beispiele Würzburg und Bamberg." in: Alfons Labisch; Reinhard Spree (Hg.), *"Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett". Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*. Frankfurt/New York: Campus, 187-207.
- Burgdorf, Dagmar, 1984: *Blauer Dunst und rote Fahnen. Ökonomische, soziale, politische und ideologische Entwicklung der Bremer Zigarrenarbeiterschaft im 19. Jahrhundert*. Bremen: Brockkamp.
- Frevert, Ute, 1984: *Krankheit als politisches Problem 1770-1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung*. Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 62. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Gerstenberger, Heide, 1984: "Die Bürger und die anderen. Hinweise auf die Fremdenpolizei in Bremen." *Beiträge zur Sozialgeschichte Bremens* 7: 219-254.
- Gerstenberger, Heide, 1981: "Über die stadtbremische Armenpflege in den Jahren 1875 bis 1914." *Beiträge zur Sozialgeschichte Bremens* 2: 7-83.
- Herms, Doris, 1952: *Die Anfänge der bremischen Industrie. Vom 17. Jahrhundert bis zum Zollanschluß (1888)*. Veröffentlichungen aus dem Staatsarchiv der Freien Hansestadt Bremen 20. Bremen: Schünemann.
- Kersten, Friedrich L., 1847: *Kurze Nachrichten über die Gesinde-Krankenkasse zu Magdeburg*. Magdeburg: Creutzsche Buchhandlung.
- Kulenkampff, Diedrich, 1884: *Die Krankenanstalten der Stadt Bremen, ihre Geschichte und ihr jetziger Zustand*. Bremen: Rühle und Schlenker.
- Labisch, Alfons; Spree, Reinhard, 1995: "Die Kommunalisierung des Krankenhauswesens in Deutschland während des 19. und frühen 20. Jahrhunderts", in: Josef Wysocki (Hg.), *Kommunalisierung im Spannungsfeld von Regulierung und Deregulierung im 19. und 20. Jahrhundert*. Schriften des Vereins für Socialpolitik NF 240. Berlin: Duncker & Humblot, 7-47.
- Lammers, August, 1870: "Stadt Bremen", in: Arved Emminghaus (Hg.), *Das Armenwesen und die Armengesetzgebung in europäischen Staaten*. Berlin: Herbig, 283-300.

-
- Leidinger, Barbara, 1994: "Vom Hospital zum Allgemeinen Krankenhaus. Die Herausbildung der bremischen Krankenanstalt bis 1823". *Bremisches Jahrbuch* 73: 48-86.
- Meier, Daniel Eduard, 1850: *Die neue Krankenanstalt in Bremen*. Bremen: Schünemann.
- Münsterberg, Emil, 1887: *Die deutsche Armengesetzgebung und das Material zu ihrer Reform*. Leipzig: Duncker & Humblot.
- Sachße, Christoph; Tennstedt, Florian, 1980: *Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland. - Vom Spätmittelalter bis zum Ersten Weltkrieg*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Spree, Reinhard, 1995: "Krankenhausentwicklung und Sozialpolitik in Deutschland während des 19. Jahrhunderts". *Historische Zeitschrift* 260: 75-105.
- Spree, Reinhard, 1996: "The Financing of Hospitals in Germany during the 19th Century". *Münchener Wirtschaftswissenschaftliche Beiträge* 25/1996.
- Strube, Friedrich, 1974: *Soziale Sicherung bei den Handwerkszünften in Bremen*. Diss. jur. Kiel: Ms.
- Tennstedt, Florian 1981: *Sozialgeschichte der Sozialpolitik in Deutschland*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wagner, Bernd, 1994: *Das Bielefelder Krankenhaus im 19. Jahrhundert*. Mag. arb. Bielefeld: Ms. 2. Aufl. (1. Aufl. 1988).

Quellen

Gedruckte Quellen

Gesetzblatt der freien Hansestadt Bremen, 1849ff.

Jahrbuch für die amtliche Statistik des Bremischen Staats, Jg. 1, Zur allgemeinen Statistik des Jahres 1867, Bremen 1868.

Sammlung der Verordnungen und Proclame des Senats der freien Hansestadt Bremen im Jahre 1846.

Zur Statistik des Bremischen Staats, hg. v. d. Provisorischen Bureau für die Staatsstatistik Bremen 1862.

Ungedruckte Quellen

Staatsarchiv Bremen (StAB)

- | | |
|---------------------------|--|
| 2-T.6.k.2.a. | Innere Ordnung des Krankenhauses und Festlegung der Verpflegungstarife 1692-1855. |
| 2-T.7.d.B.5.a. | Krankenkassen für fremde Gesellen und Dienstboten. Allgemeines, 1828-1833, 1856-1879, 1894 |
| 4,59/1-D.III.b.4.g.2. | Krankenanstalt, Selbstzahlende, 1754-1896. |
| 4,59/1-D.III.b.4.g.6.c. | Krankenanstalt, Krankenkassen für Gesellen und Arbeiter, 1857-1869. |
| 4,59/1-D.III.b.4.g.6.d.1. | Krankenanstalt, Allgemeine Krankenkasse der Krankenanstalt, Organisation 1854-1895. |
| 4,59/1-D.III.b.4.g.6.d.2. | Krankenanstalt, Allgemeine Krankenkasse der Krankenanstalt, Betrieb 1858-1894. |
| 4,59/1-D.IV.h.6. | Krankenanstalt, Kranke, Vorfälle während des Aufenthalts 1831-1896. |