

Prof. Dr. Florian Tennstedt

Selbstabgabe von Sehhilfen

Die Selbstabgabestellen
der Krankenkassen für Brillen
zwischen 1926 und 1936

Historische Anmerkungen
zu einem aktuellen Rechtsstreit

Eine Darstellung
anhand der Akten
des Reichsarbeitsministeriums

Gegenwärtig ist vor dem Bundesgerichtshof ein vom Zentralverband der Augenoptiker angestrebter Prozeß anhängig, der sich gegen die Selbstabgabestellen für Brillen richtet, die in Düsseldorf, Emden, Essen und Leer bestehen. Die hierzu erstatteten Rechtsgutachten für den Zentralverband der Augenoptiker beziehen in ihre Argumentation unter anderem die historische Entwicklung ein, allerdings lückenhaft, teilweise ohne jegliches Quellenstudium.

Die nachstehende Abhandlung versucht, die darin aufgeworfenen Fragen zur Selbstabgabe (auch der von sogenannten Feinbrillen), zum Reichsabkommen zwischen Krankenkassenspitzenverbänden, optischer Industrie und Optikerverbänden (1927) und außenseiterischer „Billigkonkurrenz“ anhand archivalischer Quellen zu beantworten. Grundlage sind die Aktenvorgänge im Reichsarbeitsministerium, das sowohl in der Weimarer Republik wie auch in der NS-Zeit davon ausging, daß die Selbstabgabe aus der hoheitlichen Sachleistungsverpflichtung der Kassen und ihrem Selbstverwaltungsrecht folgt und auch ökonomisch sinnvoll ist. Diese Rechtsansicht teilten weitgehend auch die Kontrahenten der Krankenkassen. Deshalb strebten sie kein gerichtliches Verbot, sondern ein gesetzliches Verbot der Selbstabgabe an, allerdings, wie der Artikel zeigt, weitgehend erfolglos. Lediglich 1933 konnten die gebündelten Mittelstandsinteressen in einigen größeren Städten von der Abschaffung der Selbstverwaltung und politischen Personalentlassungen profitieren und dadurch „vollendete Tatsachen“ schaffen.

Die Abhandlung gibt viele Argumentationen aus den Akten wieder, die auch nach rund 50 Jahren von den Optikern und den von ihnen bestellten Gutachtern nicht durch neue ersetzt worden sind. Angesichts des 100jährigen Jubiläums der Kaiserlichen Botschaft vom 17. 11. 1881, die eine von liberalen Parteien als „Staatssozialismus“ angegriffene Sozialgesetzgebung ankündigte, erscheint es notwendig, daran zu erinnern, wie schwierig es in der Geschichte war, die Balance zwischen hoheitlichen-öffentlichen Aufgaben und zuliefernden privaten Interessen zu halten und zu sichern und zwischen den Umsatzinteressen der Optiker bzw. optischen Industrie und dem Kosten- und

Qualitätsinteresse der Krankenkassen zu vermitteln. Der seitdem erreichte und erhaltene Zustand, im Hinblick auf die Selbstabgabe sogar erheblich eingeschränkte Zustand, soll nun plötzlich sozialrechts-, verfassungs- und wettbewerbswidrig sein!

DOK 1981 S. 904 Doku-Nr. 251.20/733.490/861.9

1 Vorbemerkung

Gleichsam im Windschatten der allgemeinen Diskussion um die Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es derzeit einen Rechtsstreit um die Selbstabgabe von Sehhilfen durch (faktisch drei) Allgemeine Ortskrankenkassen. Hierzu sind bereits Entscheidungen der Oberlandesgerichte Düsseldorf und Oldenburg ergangen; ein Urteil des Bundesgerichtshofes ist in Kürze zu erwarten. Fundiert wird dieser Rechtsstreit durch fünf Rechtsgutachten: Der Zentralverband der Augenoptiker holte vier Gutachten ein¹, die betroffenen Krankenkassen begnügten sich mit dem überzeugenden Gutachten von Landessozialgerichtspräsident a. D. *Prof. Dr. Harry Rohwer-Kahlmann*², dem auch die danach ergangene Oberlandesgerichtsentscheidung weitgehend folgte. Die weiteren Veröffentlichungen haben diese Rechtsauffassung auch da weitgehend bestätigt, wo sie glaubten, ihr entgegnetreten zu müssen³.

- 1 Zacher, Hans F. (unter Mitarbeit von Marion Friedrich Marczyk): Krankenkasse oder nationaler Gesundheitsdienst, Karlsruhe: R. v. Decker 1980; Maydell, Bernd v. u. Rupert Scholz: Grenzen der Eigenwirtschaft gesetzlicher Krankenversicherungsträger, Berlin: Duncker & Humblot 1980 (ursprünglich zwei getrennte Gutachten) sowie ein Gutachten von Wolfgang Hefermehl.
- 2 Rohwer-Kahlmann, Harry: Die Sozialleistung der „Versorgung mit Brillen“ (§§ 179 Abs. 1, 182 Abs. 1 Nr. 1 lit. b, 182 Abs. 2 RVO) und die Zulässigkeit ihrer Erfüllung durch kasseneigene Abgabestellen, Zeitschrift für Sozialreform 1980, 197 ff.
- 3 Leibfried, Stephan u. Florian Tennstedt: Verfehlt Optik? Gezielte Rezeptur, Zeitschrift für Sozialreform 1980, 695 ff.; Rohwer-Kahlmann, Harry: Oberlandesgericht untersagt Kasse schlichthoheitliche Tätigkeit, Zeitschrift für Sozialreform 1980, 82 ff.; ders.: Hoheitliche Aufgaben der Krankenkassen und unlauterer Wettbewerb, Sozialgerichtsbarkeit 1980, 89 ff.; ders.: Kompetenz der gesetzlichen Krankenkassen zur Selbstabgabe von Heil- und Hilfsmitteln – ein gesetzliches Institut zur „kalten Sozialisierung“ des Gesundheitsdienstes?, Sozialgerichtsbarkeit 1981, 133 f.; ders.: Die Rechtsstellung der Augenoptiker als zugelassene Verwaltungshelfer der Krankenkassen, in: Im Dienste des Sozialrechts, Festschrift für Georg Wannagat, Köln 1981, 351 ff.; Zacher, Hans F.: Zur Problematik genereller Eigenleistungsbefugnis gesetzlicher Krankenkassen, Sozialgerichtsbarkeit 1980, 505 ff.; Schimmelpfeng-Schütte, Ruth: Die Heil- und Hilfsmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung. Unter besonderer Berücksichtigung der Versorgung mit Brillen, Sozialgerichtsbarkeit 1980, 379 ff.; Peters, Horst: Brillen und Kassen, Zeitschrift für Sozialreform 1980, 474 ff.; Schmidt, Alfred: Der Brillenmarkt: hohe Preise – niedrige Produktivität, Soziale Sicherheit, 1981, 111 ff., vgl. auch OLG Oldenburg, 3. 1. 1980, Zeitschrift für Sozialreform 1980, S. 92, außerdem liegt ein Urteil des OLG Düsseldorf vor (noch nicht veröffentlicht).

Die vorliegenden Gutachten argumentieren, wie unterschiedlich auch immer, historisch, das heißt unter Rückgriff auf die historische Entwicklung, vor allem auf die in der Weimarer Republik. Es wird unter anderem geprüft, „ob bei historischer Betrachtung von der Selbstabgabe als Gewohnheitsrecht gesprochen werden muß“. Das Problem dabei war und ist, daß die entsprechenden Passagen in den Gutachten aus unerklärten Gründen jeweils unvollständig sind (bzw. unter dem gemeinsamen Oberbegriff „Selbstabgabestellen“ einfach über die Entwicklung im Apothekenbereich berichten, „natürlich“ wiederum höchst selektiv) und in keinem Fall vorhandene Archivalien hinzugezogen wurden. Nach einer Veröffentlichung, die immerhin die bisher zum Thema veröffentlichten Materialien etwas mehr berücksichtigt⁴, hat ein Gutachter, der zunächst auch mutig bis verwegen einen Griff in die Geschichte getan hatte, die Relevanz der Geschichte im Jahr des 100jährigen Jubiläums der Sozialversicherung⁵, vorsichtigerweise wieder eingeschränkt: „Die ältere Geschichte kann demgegenüber nur von sehr begrenzter Bedeutung sein.“⁶

In den nachstehenden Ausführungen soll dennoch, da die Geschichte in diesem Rechtsstreit nun gleichsam „auf dem Tisch“ ist, versucht werden, einige weiße Flecken der bisherigen Argumentation zu beseitigen, und zwar mehr vom Rande her, das heißt beschränkt auf die Auswertung des Aktenmaterials, das in drei Faszikeln unter dem Titel „Eigenbetriebe der Krankenkassen – Sehhilfen –“, Bestand Reichsarbeitsministerium, im Zentralen Staatsarchiv Potsdam verwahrt wird⁷. Die Akten erstrecken sich auf die Jahre 1926 bis 1938; außerhalb dieser Akten sicher noch vorhandene Bestände, auch für diesen Zeitraum, wurden aus Kosten- und Zeitgründen nicht eingesehen⁸. Die Akten

bestehen überwiegend aus Eingaben und Stellungnahmen der Kontrahenten. Nachstehend werden sämtliche darin enthaltenen statistischen Angaben und die wesentlichen Argumentationsmuster mitgeteilt. Das Reichsarbeitsministerium selbst hat keine Erhebungen veranstaltet und ist mit eigenen Stellungnahmen außerordentlich zurückhaltend gewesen; dennoch reicht das vorhandene Material wohl aus, um einige vorschnelle Gutachteraussagen zu falsifizieren: „Der größte Theorist muß mit aller zu Hülfe genommenen Sophisterei gegen ein einziges, die Sache beweisendes ächtes Document doch endlich unterliegen, und diß ist es eigentlich, was die sorgfältige und ordentliche Verwahrung der Urkunden und Akten nöthig macht, weil sonst der minder witzige oder schwächere Theil gegen den witzigeren oder stärkeren oft in einer gerechten Sache zu kurz kommen würde.“⁹

2 Grenzen der Aktenüberlieferung: „... was alles nicht zu den Akten kommt“. Skizze der sozialpolitischen Rahmenbedingungen

2.1 Persönliche Motivationen und ökonomische Interessen

Otto v. Bismarck hat einmal gesagt: „Die Hauptsache aber liegt immer in dem, was alles nicht zu den Akten kommt“¹⁰. Das ist wohl vor allem in folgender Hinsicht richtig: Erstens kommen die persönlichen, „wahren“ Motivationen und Interessen der Beteiligten, vor allem wenn sie die private Ökonomie betreffen, selten zur Sprache und zu den Akten, und zweitens fehlen meist Hinweise auf die politischen, „ökonomischen und sozialen Zeitverläufe, die jeder der Handelnden erfahren hat“.

Das erstgenannte „Defizit“ ist ziemlich geläufig: Statt der eigenen ökonomischen Interessen betont man lieber die der anderen, hinzu kommt eine uneigennützig erscheinende Argumentationsfigur, die um den gesellschaftlichen Wert Gesundheit kreist und gegen die niemand sein kann, am wenigsten natürlich diejenigen, die daran verdienen und die Dynamisierung der Konsumnormen in diesem Sektor¹¹

Für eine umfassende Darstellung müßten natürlich auch noch Krankenkassenakten, Verbandsakten und -zeitschriften sowie Akten einzelstaatlicher Provenienz herangezogen werden. Dieses erscheint nun allerdings auch mir eher als Aufgabe professioneller Historiker oder der an ihrer Geschichte vielleicht doch interessierten Verbände.

⁹ Spieß, Philipp Ernst: Von Archiven, Halle 1777.

¹⁰ Busch, Moritz: Tagebuchblätter, Bd. 2, Leipzig 1899, 171.

¹¹ Vgl. Ferber, Christian v.: Sozialpolitik in der Wohlstandsgesellschaft, Hamburg: Wegner 1967;

vorantreiben. Diese Argumentation weist eine bemerkenswerte Konstanz über die Jahrzehnte auf, ungeachtet aller politischen, ökonomischen und sozialen Wandlungen, und ist als eine Form gesellschaftlich konstruierter Realität durchaus zu beachten. Die meisten allgemeinen Argumentationen der Gutachter sind deshalb auch schon in älteren Darstellungen zu finden, wenngleich ihre juristische Transformation neu zu sein scheint.

2.2 Die Krise des Wohlfahrtsstaates und die Optiker

Das zweitgenannte „Defizit“ zu vermitteln ist schwierig. Man muß vielleicht allgemein sehen, daß die Jahre der Aktenüberlieferung weitgehend als Krisenjahre erlebt wurden, die „schlechter“ waren als die vor dem 1. Weltkrieg erlebten. Der vor 1913 erreichte ökonomisch-soziale Lebensstandard der gewerblichen Arbeiter in den Städten wird nur zwischen etwa 1925 und 1929 allgemein wieder erreicht, manchmal sogar übertroffen, andererseits herrscht weiterhin breite Armut bei Arbeitslosen und Rentnern verschiedenster Kategorie, die erheblicher ist als heute und auch politisch außerordentlich kontrovers diskutiert wird. Ähnliches gilt für das Kleinhandwerk, das eigener und industrieller Konkurrenz ausgesetzt ist. Die Weltwirtschaftskrise bedeutet eine weitere Verschlechterung: Das zunächst wohlfahrtsstaatlich geknüpfte Netz wird in dieser ökonomischen Krise rigoros aufgeknüpft – nicht ohne Rückwirkung auf die Gesundheit und politische Einstellung der Betroffenen einerseits und den Wirtschaftskreislauf andererseits!¹² So gehen nicht zuletzt die Umsätze der Optiker zurück. Je nach Betriebsgröße etwas verschieden betragen sie (gegenüber 1930 = 100) 1931 nur noch zwischen 75,6 und 89,5 und 1932 zwischen 57 und 68,4 v. H.¹³ Aus einer Statistik der optischen Werkstätte der Betriebskrankenkasse der Firma F. Krupp AG ergibt sich, daß die Mitglieder, die nach der Notverordnung von 1930 Rezeptgebühren und einen Zuschuß zur Brillenverordnung zu leisten haben, stärker auf Reparaturen

Tennstedt, Florian: Sozialgeschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Vom 18. Jahrhundert bis zum Ersten Weltkrieg, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1981 (TB 1472, im Erscheinen).

¹² Vgl. Leibfried, Stephan: Fürsorgersätze und Existenzminimum in der Weimarer Zeit, in: Sachße, Christoph u. Florian Tennstedt (Hrsg.): Jahrbuch der Sozialarbeit 4 (1982), Reinbeck b. Hamburg: Rowohlt 1981, S. 510 ff.

¹³ Die allgemeine Entwicklung der Krankenversicherung und ihrer Selbstverwaltung wird nur gestreift, vgl. dazu: Peters, Horst: Die Geschichte der sozialen Versicherung, 2. Aufl., Bonn-Bad Godesberg: Asgard-Verlag 1973; Kleis, Friedrich: Geschichte der sozialen Versicherung (1928), Reprint: Bonn u. Berlin: J.H.W. Dietz 1981; Tennstedt, Florian: Soziale Selbstverwaltung. Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung, Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen o.J. (1977).

Tabelle
Brillenabgabe und -instandsetzungen bei der optischen Werkstatt der Betriebskrankenkasse der Firma Krupp AG fünf Monate vor und fünf Monate nach der Notverordnung von 1930

| | vor NotVO | | nach NotVO | |
|--|-----------|-------|------------|-------|
| | absolut | v. H. | absolut | v. H. |
| Brillenabgabe mit ärztlicher Verordnung | 1650 | 5,41 | 726 | 3,04 |
| Brillenabgabe ohne ärztliche Verordnung (Familienmitglieder) | 1472 | 4,82 | 693 | 2,90 |
| Instandsetzungen | 2055 | 6,73 | 1933 | 3,35 |

Quelle: Zentrales Staatsarchiv Potsdam, RAM 39.01, Nr. 5179, p. 79.

„umsteigen“ und daß dadurch ein Rückgang um fast 50 v. H. einsetzt.

Man muß sich aber auch hüten, hinter gleichen Begriffen gleiche Realität vor fünfzig oder sechzig Jahren zu vermuten, das wäre eine Form „retroprojizierter“ Geschichtsbetrachtung. Aus diesem Grunde werden einige, gleichsam sozialgeschichtliche Anmerkungen zu den Hauptbeteiligten im Streit um die Selbstabgabestellen angeführt¹⁴.

2.3 Das Reichsarbeitsministerium als vermittelnde Instanz im Streit um Selbstabgabe

Das Reichsarbeitsministerium war noch kurz vor der Novemberrevolution am 4. 10. 1918 gegründet worden, zunächst (bis zum 21. 3. 1919) allerdings nur als „Reichsarbeitsamt“. Nach den der SPD angehörenden Reichsarbeitsministern *Gustav Bauer* und *Alexander Schlicke* übernahm schon im Juni 1920 „der dem Zentrum angehörende Reichstagsabgeordnete *Dr. Heinrich Brauns* als Reichsarbeitsminister das Ministerium. *Dr. Brauns* war katholischer Priester. Er hat den Charakter des Ministeriums geprägt. Sein Geist wirkte in ihm bis zum bitteren Ende nach, selbst in nationalsozialistischer Zeit“¹⁵.

Die Beamten aus den Bereichen Sozialversicherung und Wohlfahrtspflege waren, meist aus Süddeutschland und dem Rheinland stammend, überwiegend „zentrumorientiert“. Insgesamt war die Ausstattung bescheiden; Referenten waren Regierungsräte und Oberregierungsräte; die aktenmäßig geschilderten Auseinandersetzungen werden meist auf Referentenebene (*Dr. Max Sauerborn*, später *Dr.*

Alex Grünwald) „kanalisiert“; nur selten greift der bei den Ärzten im Ruf von „kassenfreundlich“ stehende Ministerialdirektor *Dr. Andreas Grieser* ein, der von seinen Mitarbeitern als der Retter der Sozialversicherung angesehen wird¹⁶.

„*Dr. h. c. Andreas Grieser* war ein Genie im doppelten Sinne, in seinen sozialpolitischen Vorstellungen und Plänen und in der Sprache, die er ihnen widmete. Sein Hauptaufgabengebiet war die Sozialversicherung. Er hat sie durch Tiefen und über Höhen geführt. Er hat sie mit seinen Gedanken befruchtet. Er hat sie nach dem Kriege und nach der Inflation wieder aufgebaut, und er hat in ihr den Kampf gegen die Inflation am Ende der zwanziger Jahre erfolgreich geführt.“¹⁵

Angesichts der politischen und ökonomischen Krisen dieser Jahre, der außerordentlich heftigen Auseinandersetzungen mit den Ärzten und teilweise auch mit den Apothekern, ist das Problem der Selbstabgabestellen für Sehhilfen, das quantitativ einen weitaus größeren Umfang hatte als heute, vom Reichsarbeitsministerium deutlich als untergeordnetes Problem gesehen und behandelt worden, gleichsam nur als „punktueller Funktionsstreitigkeiten“.

Keinem der Referenten dürfte ernsthaft der Gedanke gekommen sein, daß diese „die Gefahr eines prinzipiellen Systembruchs“ markieren könnten, „der das gesamte gegebene System gegliederter und kooperativer Verantwortung von Staat und Gesellschaft zu sprengen droht und damit auch an die Grundlagen der gegebenen Sozialverfassung greift“¹⁷.

Auch werden die Auseinandersetzungen nicht als juristische geführt; offensichtlich sind alle Beteiligten weitgehend dar-

über einig, daß Selbstabgabestellen in die Selbstverwaltungskompetenz der Krankenversicherung gehören. Nicht zuletzt deshalb werden von ihren Gegnern gesetzliche Verbote angeregt bis verlangt.

Die Referenten gehen, soweit sie vorgebracht wird, auf juristische Argumentation gar nicht ein, versuchen nie zu entscheiden, sondern eher zu vermitteln. Man zieht sich gern auf die Formel zurück, daß das Reichsarbeitsministerium lediglich Verhandlungsraum und Verhandlungsleiter stellt; ein Großteil der Akten besteht aus gescheiterten Terminberaumungsversuchen. Im übrigen holt man bei lokalen Auseinandersetzungen so lange Stellungnahmen der Beteiligten ein und reicht sie weiter, bis die Sachen langsam im Sande verlaufen oder eingesehen wird, daß das Reichsarbeitsministerium nicht intervenieren will. Von sich aus wird der Referent nur in einem Fall tätig.

2.4 Die Krankenkassenselbstverwaltung: Sachleistungsprinzip und Selbstabgabe

Die Krankenversicherung ist in diesen Jahren vor allem durch die Diskrepanz zwischen gewünschtem gesundheitspolitisch-wohlfahrtsstaatlichen Leistungswollen und ökonomischem Leistungsvermögen gekennzeichnet. 1929 gibt es 7521 Krankenkassen mit 20,17 Millionen Mitgliedern und etwa 22 Millionen mitversicherten Familienangehörigen, das heißt etwa 68 v. H. der Gesamtbevölkerung sind in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert¹⁸.

Die konkreten Leistungen sind vielfach gesetzlich noch nicht anders als in ihrer Mindestform vorgeschrieben, der konkrete Ausbau findet, gleichsam experimentell und konkurrierend, auf der lokalen Ebene der jeweiligen Selbstverwaltung statt. Das Steuerungspotential der Krankenkassenselbstverwaltung ist ungleich höher als heute, sie hat das Recht der Zulassung zur Kassenleistung und damit der Auswahl unter den Anbietern „privatwirtschaftlicher Versorgung mit ärztlichen Leistungen, Krankenhausleistungen sowie Arzneien und Heil- sowie Hilfsmitteln“; für Ärzte gibt es Zulassungsziffern bzw. -quoten pro 1000 Kassenpatienten bzw. (ab 1930) 600¹⁹.

Die überregionale Selbstverwaltung in Form von Spitzenverbänden besteht auf

14 Betriebsstruktur und Besteuerung im Einzelhandel und im Handwerk (Einzelschriften zur Statistik des Deutschen Reichs, Nr. 30), Berlin 1935.

15 Krohn, Johannes: Beiträge zur Geschichte des Reichsarbeitsministeriums (1968), MS, S. 3 (Privatbesitz Bonn); Mockenhaupt, Hubert: Weg und Wirken des geistlichen Sozialpolitikers Heinrich Brauns, Paderborn 1977.

16 Auf biographische Hinweise zu den genannten Personen wird hier verzichtet, weil sich diese fast vollständig in meiner in Anm. 13 genannten Abhandlung befinden; dort auch mannigfache Hinweise zu der historischen Entwicklung der Spitzenverbände der Krankenversicherung.

17 So Bernd v. Maydell und Rupert Scholz in ihrem in Anm. 1 genannten Gutachten (S. 11).

18 Vgl. Tennstedt, Florian: Sozialgeschichte der Sozialversicherung, in: Blohmke, Maria u. a. (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin, Bd. 3, Stuttgart: Ferdinand Enke 1976, S. 385ff.; die in Anm. 13 genannte Darstellung von Friedrich Klees.

19 Eine sozialwissenschaftlich-statistische (und mittlerweile: sozialgeschichtliche) Studie zu den ökonomischen Folgen des Kassenarzterteils des Bundesverfassungsgerichts von 1960 (BVerfG 11, 48) fehlt noch. Die kassenärztliche Steuerung oblag allerdings seit 1930 schon mehr oder weniger den Kassenärztlichen Vereinigungen.

privater Grundlage und ist gleichsam als Form wechselseitiger Hilfe für Einzelkassen konzipiert. Die Steuerungsmöglichkeiten beschränken sich hier weitgehend auf Gesetzeskommentierung, Formulare, Zeitschriften, Schulungen und Empfehlungen für Abkommen. Das ändert sich erst nach 1930 durch die Kassensatzregelungen, die eine Kompetenzabwanderung „nach oben“ bedeuten, und durch die Regelungen der NS-Zeit, die die Spitzenverbände in Körperschaften des öffentlichen Rechts umwandeln.

Die Krankenkassen sind, was den Mitgliederbestand betrifft, fast durchweg erheblich kleiner als heute, weniger zentralisiert. Das hat einerseits die Partizipationsmöglichkeiten in der Selbstverwaltung und die experimentelle Vielfalt positiv beeinflusst, kaum aber die finanzielle Entwicklung. Vorreiter für Selbstabgabestellen und Eigenversorgung waren wohl zunächst nicht die Ortskrankenkassen, sondern die Betriebskrankenkasse der Firma Fried. Krupp AG Essen unter ihrem Geschäftsführer *Otto Heinemann*. Dort beginnt es 1901 mit einer Denkschrift über die Errichtung einer Werkszahnklinik „für die Mitglieder der Krupp-Kasse, die von Herrn *F. A. Krupp* mit der Bemerkung: ‚Mit Freuden genehmigt‘ versehen worden war“²⁰. Ihr folgen Badeanstalt, optische Werkstätte, Heilmittelversorgung und Angliederung des Werkskrankenhauses²¹. Die Ortskrankenkassen scheinen erst in der Inflationszeit zur Eigenabgabe und Eigenversorgung übergegangen zu sein, in Berlin und Wesermünde infolge des Ärztestreiks sogar zur Gründung von Ambulatorien²². An vielen Orten bestanden Zahnkliniken.

Besonders aktiv war indessen der freigewerkschaftlich-sozialdemokratisch orientierte „Hauptverband deutscher Krankenkassen“ unter seinem Geschäftsführer *Helmut Lehmann*, dem „Krankenkassenkönig“ der Weimarer Republik, dessen Ämterfülle und Aktivitäten der eines Industriemanagers entsprachen. Unter seiner Regie wurde 1923 die „Heilmittel-Versorgungs-AG“ gegründet, die Speziallieferungs- bzw. Exklusivverträge mit Firmen abschloß, seit 1926 auch bezüglich Sehhilfen, und zwar mit der *A. Lehmann A.O.G. Fürth-Rathenow*. Der konkrete Anlaß für den Abschluß dieses Vertrages mit dem Branchenaußenseiter durch die Heilmittel-Versorgungs-AG war wohl vor allem, daß die Branchenfürher im Reichsverband der optischen Industrie mit anderen Krankenkassenspitzenverbänden als

dem „roten“ Hauptverband niedrigere Abgabepreise vereinbart hatten, als man den Hauptverbandsmitgliedern zugestehen wollte, und *Helmut Lehmann* sich düpiert vorkam. Die Vorgänge im einzelnen sind allerdings zwischen den Parteien „strittig“ gewesen, und es bedarf weiterer Nachforschungen darüber, wie es wirklich gewesen ist.

Die einzelnen Krankenkassen konnten dort ihren Selbstabgabebedarf decken, mußten es aber nicht. *Helmut Lehmann* war vor und nach 1933 von seinen Gegnern besonderen Korruptionsvorwürfen ausgesetzt. Im großaufgezogenen Krankenkassenprozeß Bendig-Lehmann, 1934 vor dem Berliner Kammergericht geführt, erwiesen sich aber sämtliche Vorwürfe bis auf den einer Festlichkeitsfinanzierung als haltlos.

Die Landkrankenkassen hatten ebenfalls Selbstabgabestellen für Sehhilfen und eine eigene Heilmittelversorgung, alles aber in einem geringeren Umfang.

2.5 Die Laden-Optiker und die Krankenkassen: Der Streit um Qualifikation, Qualität und Abgabepreise

Auf seiten der Optiker ist vielleicht zunächst zu differenzieren zwischen Fabrikationsoptikern bzw. Feinoptikern, die mit der Herstellung optischer Erzeugnisse befaßt sind, und den sogenannten Laden-Optikern, den Brillen-Optikern; eine Differenzierung, die sich im 19. Jahrhundert endgültig vollzogen hat. Ausschlaggebend dafür war – parallel verlaufend – die Entwicklung der optischen Industrie und die Schaffung der wissenschaftlichen Grundlagen für die optische Korrektur der Brechungsfehler, beides schwerpunktmäßig in der Mitte des 19. Jahrhunderts einsetzend. Außerdem erlangt durch die zunehmende Verallgemeinerung städtischer Lebensformen und entsprechender Bildungserfordernisse (die Verhältnisse im Volksschulwesen führen zunächst einmal fast durchweg zu gravierenden Sehschädigungen der Staatsuntertanen!²³) sowie industrieller Arbeit die Sekorkorrektur den Stellenwert eines Massenbedarfs²⁴.

Die wissenschaftlich-industrielle Entwicklung und allgemeine Differenzierung zwischen Herstellung und Verkauf bewirkt nun zunächst eine handwerkliche Dequalifi-

fizierung der Optiker, andererseits aber auch des Bauchladengeschäfts mit Brillen. Daraufhin setzt eine außerordentlich interessante Professionalisierungspolitik²⁵ nach angloamerikanischem Vorbild durch von der Industrie unterstützte bzw. finanzierte und vom Staat anerkannte Ausbildungsstätten und eine darauf aufbauende Verbandspolitik ein, die die hohe Qualifikation des Verkaufshandwerkes überall verbreitet (neben Klagen über die ökonomische Situation). Als Beispiel sei der 1905 gegründete Hauptverband der Deutschen Optikervereinigungen (H.D.O.V.) genannt, der auf 22 Unterverbänden aufbaut und insgesamt zwischen 1500 und 1800 Mitglieder hat. Er gibt die Deutsche Optische Wochenschrift heraus, unterhält eine eigene Stellenvermittlung und die bei der Gründung (und laufend?) von der optischen Industrie finanzierten Fachschulen Jenaer Fach-Hochschule für Optiker und Deutsche Schule für Optik und Phototechnik (Ein-Jahres-Kurse). In gleicher Weise wie die Ärzte gegen die Kurpfuscher wendet er sich gegen unqualifizierte Außenseiter, die – paradoxerweise? – auch von der Industrie ausgebildet werden, aber direkt und in lediglich vierwöchigen Kursen, etwa bei Nitsche & Günther. In der Regel dürfte es aber so gewesen sein, daß jede der genannten Ausbildungsstätten auf einer handwerklichen Lehre aufbaut²⁶.

Das Problem der Verbände sind neben den Krankenkassen die Außenseiter, das heißt vor allem in kleineren Gemeinden tätige Uhrmacher, die, ohne qualifizierte Doppelhandwerker zu sein, das Brillengeschäft nebenbei betreiben. Im Optikerberuf ist Selbständigmachung relativ häufig. Vielfach bringen die „Kleineren“ aber nicht das erforderliche Kapital für die notwendigen Hilfsinstrumente zur „Anpassung“ der Brillen und für ein größeres Lager der industriell gefertigten Gläser und Brillengestelle auf. Hinzu kommt eine wohl sehr unterschiedliche Qualität der Gläser und Gestelle – für den Klienten nicht durchschaubare Faktoren. Gleichsam qualifikationsbedrohend wirken lokal auch die sich zunehmend ausbreitenden Ophthalmologen,

25 Im Hinblick auf die Optiker ist diese leider noch nicht genauer untersucht worden. Modellfall sind die Ärzte, vgl. grundlegend: Hesse, Hans Albrecht: *Berufe im Wandel*, 2. Aufl., Stuttgart: Ferdinand Enke 1976; Huerkamp, Claudia u. Reinhard Spree: *Ärzte und Professionalisierung in Deutschland. Überlegungen zum Wandel des Arztberufs im 19. Jahrhundert*, Geschichte und Gesellschaft 1980, S. 349 ff.

26 Weitere Angaben zur Entwicklung der Optiker und Optikerverbände in der in Anm. 3 genannten Abhandlung „Verfehlt Optik ...?“ Es erscheint außerordentlich schwierig, den mit der Abgabe und Anpassung von Sehhilfen befaßten Personenkreis in den Randzonen definitorisch und statistisch zu fassen, der gern ins Feld geführte „hochspezialisierte Handwerksstand der Augenoptiker“ mit „eigenen hochqualifizierten Ausbildungseinrichtungen“ (Maydel/Scholze) ist quantitativ von ihm selbst selten „dingfest“ gemacht worden, er bildete nur einen Teil der Gesamtmanufaktur, die z. T. auch in die Feinmechanik hineinreichte.

20 Heinemann, Otto: *Kronenorden vierter Klasse. Das Leben des Prokuristen Heinemann (1864–1944)*, Düsseldorf u. Wien: Econ 1969, S. 103.

21 Vgl. Vossieck, Wilhelm: *Hundert Jahre Kruppsche Betriebskrankenkasse 1836 bis 1936*, Berlin 1937, 69 ff., 137 ff.

22 Vgl. Hansen, Michael u. a.: *Seit über einem Jahrhundert ... verschüttete Alternativen in der Sozialpolitik (WSI-Studien)*, Köln: Bund-Verlag 1981.

23 Vgl. dazu den jahrzehntelangen ebenso unermüden wie uneigennütigen Kampf des Breslauer Augenarztes Hermann Cohn (Vater des Schriftstellers Emil Ludwig), dargestellt: Laqueur, Ludwig, Leonhard Weber u. Emil Ludwig: *Hermann Cohn*. In *Memoriam*, Breslau 1908.

24 Vgl. zur grundsätzlichen Analyse meine in Anm. 11 genannte „Sozialgeschichte“, zum Optikerberuf die Art. „Optiker (in) (Ladenoptiker) bzw. Feinoptiker (Fabrikationsoptiker)“, in: *Handbuch der Berufe*, hrsg. von der Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung, Bd. 2, Leipzig 1930, 451 ff. bzw. 459 ff.

die Fachärzte für Augenheilkunde, von den Kassen gern als Kontrolleure in Anspruch genommen.

Das ökonomische Interesse der selbstverwalteten Krankenkassen geht dahin, ihren Mitgliedern eine ebenso kostengünstige wie qualitativ hochwertige und vor allem die Sehstörung optimal behobende „Sehhilfe“ zu verschaffen. Das Ergebnis ist die zunächst jeweils örtlich ausgehandelte „Kassenbrille“. Nach einer im Krisenjahr 1932 veranstalteten Reichsstatistik lagen die Anteile der Krankenkassenumsätze der Optiker an ihren Gesamtumsätzen (= 100) bei Großbetrieben zwischen 8,8 und 10,6 v. H., bei Mittel- und Kleinbetrieben zwischen 14,3 und 22,6 v. H., der Anteil der Umsatzmengen dürfte allerdings erheblicher gewesen sein als die mitgeteilten Umsatzwerte²⁷.

Hier entstehen nun „Vorfeldprobleme“ durch die Tatsache, daß in Großstädten eine „Überfüllung“ des optischen Gewerbes vorliegt, in Klein- und Landstädten ausgebildete Optiker vielfach fehlen, Uhrmacher mit Optik also Ausfallbürge spielen müssen. Andererseits werden aus diesem Grunde manche Optiker in der Stadt nicht zur Kassenlieferung zugelassen. Man wählt, entsprechend öffentlich-rechtlichen Ausschreibungsnuancen, schlichtweg aus. Die jeweiligen, untereinander kontrovers bis feindlichen, gegenüber der Krankenversicherung aber jeweils einigen Verbände und Vereine der Optiker versuchen nun, die Verhandlungen zu bestimmen und ein lokales Belieferungsmonopol für ihre Mitglieder, quasi als Prämie auf Verbandsbildung, zu erreichen.

In manchen Städten (z. B. Frankfurt) geht die AOK dazu über, durch eine Art Ausschließlichkeitsbindung die Kassenoptiker zu verpflichten, ihre Erzeugnisse ausschließlich bei der A.O.G., also dem Lieferanten der Heilmittel-Versorgungs-AG, zu beziehen. Man glaubt, damit unter anderem eine Qualitätsgarantie zu erreichen. Diese Verträge sind bei den Optikern ähnlich unbeliebt wie die Selbstabgabestellen, auch wenn sich der Kreis der vorgeschriebenen Lieferanten nicht auf die A.O.G. beschränkt.

Da die Kassenbrille niedrig kalkuliert ist (gegenüber dem industriellen Abgabepreis wird ein Gewinnaufschlag von durchschnittlich 50 v. H. gerechnet, der die Anpassungsarbeit mit beinhaltet), versuchen die Optiker, offensichtlich unter Einbeziehung der Mode, mitunter wohl auch mit einem Appell an ein Qualitätsbewußtsein, die Kassenbrille in den Augen des Kunden herabzusetzen, so daß dieser sich zum Kauf einer Zuzahlungs- oder Feinbrille zum Drei- und Mehrfachen des Preises entschließt.

27 Dazu die in Anm. 14 erwähnte Untersuchung des Statistischen Reichsamtes.

Die Firma Nitsche & Günther, Rathenow, veröffentlicht 1935 eine Anzeige, in der die Szene in einem Optikergeschäft dargestellt wird und der Optiker zum Kunden sagt: „Die Brille sitzt, und nicht nur das. Sie sehen auch wirklich gut aus. Nebenbei gesagt, es ist auch eine echte ‚Niguea Brille‘“. Und kommentiert wird: „Diese Bezeichnung ‚echte Niguea Brille‘ wird stets besonders vertrauensverweckend auf den Kunden wirken, denn er will das Empfinden haben, auch etwas Auserlesenes für sein Geld zu erhalten. Eine marken- oder namenlose Brille wird der anspruchsvolle und auf Qualität sehende Kunde stets für einen Gegenstand halten, der von Hinz und Kunz gekauft wird.“²⁸

Dabei kommt es vor, daß die Optiker die Feinbrille zum Originalpreis (also ohne Rezeptanrechnung) verkaufen und diesen als Zuzahlungspreis deklarieren bzw. das Rezept für die Kassenbrille auch noch kassieren. Das führt seit 1927 zur Aufnahme des Zuzahlungsverbot für Feinbrillen in manche Kassen-Optiker-Verträge, um Übervorteilungen bei diesem höchst undurchsichtigen Markt auszuschließen²⁹.

2.6 Die optische Industrie: Der Kampf gegen Außenseiterkonkurrenz

Schließlich ist die in sich heterogene brillenfertigende optische Industrie zu erwähnen, die überwiegend kleinere Betriebe umfaßt und lokale Standorte hat, vor allem in Rathenow, Berlin, Pforzheim, München, Stuttgart und Braunschweig³⁰. 1926 gibt es 589 gewerbliche Niederlassungen mit 14849 Arbeitnehmern, die sich mit der Herstellung von Brillen und Feldstechern befassen. Hinzu kommen die Fabriken für Gestelle usw.

Die größten Industriebetriebe und Großlieferanten, insgesamt 43, sind im Reichsverband der deutschen optischen Industrie organisiert, der 1915 gegründet wurde. Syndikus, gewissermaßen nebenamtlich, ist Dr. Gustav Timpe, der hauptamtlich als geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Vereins Deutscher Fahrrad-Industrieller e. V. tätig ist³¹. Die im Reichsverband vertretenen Branchenführer (Emil Busch A.G., Rathenow, Nitsche & Günther A.G., Rathenow, G. Rodenstock, München), tre-

28 Vgl. Deutsche Optiker Zeitung vom 23. 11. 1935, S. 287.

29 Abdruck: Deutsche Krankenkasse 1928, Sp. 87 f.; vgl. auch: Maydell, Bernd v. u. Rupert Scholz: Grenzen ..., S. 42.

30 Vgl. Braun, Rudolf: Optik und Feinmechanik in Deutschland, ... 1921; Albrecht, Karl: Die Geschichte der Emil-Busch AG., Rathenow 1925; Die deutsche optische Industrie und ihre Arbeiter, hg. vom Vorstand des Deutschen Metallarbeiter-Verbandes 1931.

31 Gustav Timpe, geb. 23. 6. 1885 Magdeburg – gest. 14. 7. 1961 in Salzburg, Human. Gymnasium Kloster Unserer lieben Frauen in Magdeburg, 1905–1913 volkswirtschaftl. und juristisches Stu-

ten vorwiegend als Vertreter der von ihnen belieferten Ladenoptiker auf, deren handwerkliche Qualifikation sie durch ihre Fabrikation praktisch entwerten (und Uhrmacher-„Optiker“ ermöglichen!). Gleichsam kompensatorisch werden diese dafür theoretisch (über?)qualifiziert und in Anpassung fachlich geschult.

Indessen ist von der „Gegenseite“ her die Großindustrie (ebenso wie die Krankenkassenselbstverwaltung) an Qualitätsverbesserung und -standardisierung interessiert, die für sie den Nebeneffekt der Ausschaltung von „Waschküchenfabrikanten“, Heimarbeitsoptikern usw. einschließt. Ihre Bemühungen haben aber Grenzen in der Rücksichtnahme auf ihre Abnehmer bzw. deren zur Lagerhaltung begrenzte Kapitalkraft, vielfach sind diese bei ihren Lieferanten verschuldet. Der Gegenpol zur Krankenkassenposition findet sich auf ökonomischem Gebiet und im Kampf gegen den Außenseiter, die A.O.G. in Fürth/Rathenow, Inhaber Alfred Lehmann, der aber zu dem „Krankenkassenkönig“ in keiner verwandtschaftlichen Beziehung steht.

Als äußeres Problem spielt für die optische Industrie eine Rolle, daß sie seit dem 1. Weltkrieg ihre führende Stellung auf dem Weltmarkt verloren hat; allerdings steigen ihre Ausfuhren von Jahr zu Jahr. Während die deutsche Ausfuhr sich 1913 auf 37,2 Mio. RM stellte, betrug sie 1928 62 und 1929 81 Mio. RM, allerdings dürften dabei Brillengläser gegenüber photographischen Linsen, Objektiven, Apparaten und Instrumentenoptik nicht erheblich gewesen sein.

3 Darstellung der Konflikte anhand der Aktenvorgänge 1926 bis 1936

3.1 Die Entwicklung zwischen ökonomischer Prosperität und Krise 1926 bis 1932

3.1.1 Die gescheiterte politische Initiative der optischen Industrie über ihr nahestehende Reichstagsabgeordnete

Die Aktenüberlieferung³² beginnt mit einem Schreiben nebst Denkschrift des

dium in Berlin, München, Bonn, Leipzig, Halle, Dr. jur. 1913 mit einer Arbeit über die Organisation des Magdeburger Zuckerhandels, 1913–1919 Geschäftsführer der Handelskammer Brandenburg, seit 1920 Geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Vereins Deutscher Fahrrad-Industrieller e. V., Syndikus des Reichsverbandes der deutschen optischen Industrie e. V. und des Verbandes deutscher Kinderwagen-Fabrikanten und verwandter Zweige e. V., seit 1934 Geschäftsführer der Fachgruppe Fahrräder und Kinderwagen der Wirtschaftsgemeinschaft Fahrzeugindustrie, 1945–1960 Hauptgeschäftsführer des Verbandes der Kinderwagen-Industrie und verwandter Zweige e. V., Frankfurt/M.

„Wirtschaftsverbandes optischer Geschäfte“ (W.O.G.), der nach eigenen Angaben 1000 Mitglieder repräsentiert, wohl vornehmlich sogenannte Uhrmacher-Optiker mit handwerksmäßiger Qualifikation. Die Eingabe vom 16. 3. 1926 richtet sich gegen die Selbstabgabe, und der W.O.G. gibt sich „der Hoffnung hin, daß diese Eingabe dort eine ernste Würdigung finden wird“. Sie ist ohne praktische Folgen geblieben, gleichwohl aber interessant, weil hier, eine Rarität im gesamten Aktenbestand, eine juristische Argumentation versucht wird. Dabei ist Ausgangspunkt § 182 RVO: „Wie diese Versorgung praktisch, verwaltungsmäßig zu erfolgen hat, ist im Gesetz nicht gesagt.“

Man sieht das Schweigen des Gesetzgebers darin begründet, daß damals sicher „keinerlei Grund zu der Annahme vorhanden war, daß sich aus diesem Gesetzesparagraphen eine gefährliche Waffe gegen Teile des deutschen Mittelstandes entwickeln könnte“. Wenn sich die Selbstablieferung „ganz durchsetzen würde“, so wäre „die nahezu völlige Vernichtung des Optikerhandwerks unabwendbar“. Die konkrete Verbotsargumentation folgt dann aus Art. 164 der Weimarer Reichsverfassung, „wonach der selbständige Mittelstand im Gewerbe durch die Gesetzgebung und Verwaltung zu fördern und gegen Überlastung und Ausaugung zu schützen ist“. Außerdem wird der Verbotswunsch gegenüber der Heilmittel-Versorgungs-AG noch mit § 363 Abs. 1 RVO a. F. begründet: „Man dürfte wohl mit gutem Grund annehmen, daß die Finanzierung eines Fabrikations-Unternehmens zur Herstellung von optischen Artikeln mit Geldmitteln öffentlicher Ortskrankenkassen nicht im Einklang mit § 363 Abs. 1 RVO steht.“³² Das Reichsarbeitsministerium beantwortet das Schreiben nicht inhaltlich; es findet sich auch kein auf die Argumentation eingehender Aktenvermerk.

Bald jedoch wird offenbar, daß eigentlicher Adressat dieser Eingabe und der gedruckten Denkschrift die Reichstagsabgeordneten sind, die ein gesetzliches Verbot erwirken sollen, weil – das folgt wohl aus diesem Ruf nach dem Gesetzgeber – nach seinerzeitiger Ansicht auch der Gegner der Selbstabgabe ein solches auf dem Rechtswege zu erreichen nicht imstande ist. Dies erweist sich bald als Spezialfall einer allgemeinen Kampagne wirtschaftlicher Spitzenverbände gegen die „zunehmende Betätigung der öffentlichen Hand im Erwerbsleben“, die am 10. 11. 1926 offiziell beginnt. Ihr schließen sich fast

alle „privaten Aufgabenträger“ der Krankenversicherung bzw. deren Verbände an, unter anderem auch der „Bund in Deutschland approbierter Medizinalpersonen“ und die „Arbeitsgemeinschaft der Heilberufe“.

Innerhalb des Reichstags unterstützen die rechtsliberale Deutsche Volkspartei³⁴ und die Reichspartei des deutschen Mittelstandes³⁵ (Wirtschaftspartei – eigentlich mehr politisierter Interessenverband als Partei) die Initiative zum Verbot der Selbstabgabe. Die inhaltliche Argumentation dieser Initiative – für den Optikbereich – bestimmt der Reichsverband der deutschen Optischen Industrie (ROI) durch zwei gedruckte, weitgestreute Denkschriften, die vom Zwecke der „Herbeiführung eines Verbotes der Selbstabgabe bzw. der Eigenbetriebe der Krankenkassen“ handeln. Die erste Denkschrift geht am 19. 1. 1927 im Reichsarbeitsministerium ein. Sie stellt zunächst die ROI-Interessenten vor als „Fabrikanten, die der deutschen Optik in der ganzen Welt einen angesehenen Namen verschafft haben“.

Demgegenüber hat Konkurrent A.O.G. Optik, die Firma A. Lehmann, Rathenow-Fürth, „sich durch unzuverlässige Lieferungen im Inlande wie insbesondere im Auslande fast unmöglich gemacht“ und fertigt nun, „zum Schaden der bedeutenden optischen Industrie“ nicht nur Kassen-Modelle (Fassungen in Nickel-Ausführung), sondern auch sogenannte Aufzahlungs-Modelle (Fassungen in Gold-Doublé, Horn, Celluloid). „Wenn der Bedarf an Sehhilfen am Etat der Krankenkassen nur einen minimalen Anteil hat, so können aber auf der anderen Seite die deutschen Fabrikanten auf diesen Bedarf nicht verzichten, zumal heute rund 50 v. H. der Bevölkerung der Versicherungspflicht unterliegen. Die optische Industrie, der durch den Versailler Vertrag große Arbeitsgebiete durch das Verbot der Herstellung militärischer und militärwissenschaftlicher Instrumente genommen wurden, ist außerdem gezwungen, sich mehr auf die Brillengläser-Fabrikation umzustellen und die freigewordenen Arbeiter dort unterzubringen.“ Aufgrund der gestiegenen Konkurrenz und der Situation der Optiker müßten aber die Abgabepreise für Brillen so gering sein, daß die „bedeutenden Betriebe in den letzten Jahren nur noch geringe oder gar keine Dividende (hätten) verteilen“ können. Jedoch seien die Fachkenntnisse der Optiker weiter gefördert worden: „Trotz der wirtschaftlichen Nöte hat die deutsche optische Großindustrie . . . unter beträchtlichen Opfern . . . mit Unterstützung der

Staatsregierungen von Preußen und Thüringen gute Schulen geschaffen.“

Indirekt wird dann die Vermutung bzw. der Verdacht geäußert, daß die Angestellten in den Selbstabgabestellen minder qualifiziert seien: „Wenn nun die Krankenkassen dazu übergehen wollen, die Belieferung der bei ihnen Versicherten direkt vorzunehmen, so erblickt hierin der Reichsverband der deutschen optischen Industrie eine starke Gefährdung des Volkswohls.“ Möglicherweise wurden „in vielen Fällen durch unsachgemäße Anpassung der Brille schwere Schädigungen der Sehkraft hervorgerufen“.

Dieser Denkschrift folgt eine weitere vom 10. 2. 1927, die sich mit Vorgängen in Frankfurt und Mannheim beschäftigt. Darin wird aus einem Urteil des OLG Frankfurt mitgeteilt, daß es der A.O.G. verboten ist „zu behaupten, die von ihr verabreichten Waren seien allerbeste Qualitätswaren und nur wirklich allerbeste Qualität“, und Plakate zu verbreiten, die besagen, daß Brillen „nur bei ihr fachmännisch angepaßt seien“. Am 22. 1. 1927 hat auch DVP-MdR *Alfred Gildemeister* (1875–1928) im Sinne des ROI beim Reichsarbeitsministerium interveniert; er befürchtet durch die Selbstabgabestellen eine „Lähmung auf wirtschaftlichem und technischem Gebiet“.

Insgesamt findet die Initiative aber im Reichstag keine Mehrheit, und Reichsarbeitsminister *Dr. Heinrich Brauns* befürwortet die Selbstabgabestellen als preishemmendes Steuerungsmittel der Krankenkassenselbstverwaltung, dem er auch prophylaktische Auswirkungen zuschreibt: „Es ist beantragt worden, in der Heilmittelversorgung den Krankenkassen durch Gesetz das Recht der Selbstabgabe abzuerkennen . . . Bei der Würdigung dieser Anträge ist von den gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen auszugehen. Die Krankenkassen haben ja nicht bloß Krankengeld, sondern auch Sachleistungen zu gewähren. In dieser Verbindung von Geld- und Sachleistungen liegt gerade der Vorzug und die Überlegenheit des deutschen Systems. Für Arznei und sonstige Heilmittel mußten die Krankenkassen 1924 den Betrag von 92 Mio. und 1925 den Betrag von 134 Mio. Mark aufwenden. Bei diesem großen Verbrauch von Arznei und Heilmitteln ist es das natürliche Bestreben der Krankenkassen, auf die Preise der Sachleistungen Einfluß zu gewinnen. Preishemmend wirkt allerdings schon die bloße Möglichkeit der Selbstabgabe. Eine ähnliche Wirkung haben aber auch Einkaufsgenossenschaften des Kleingewerbes. Das Verbot der Selbstabgabe an die Krankenkassen würde demnach eine Rechtsungleichheit schaffen und für deren Haushalt außerordentlich bedenklich sein. Natürlich ist eine solche Auffassung weit entfernt von jedweder schrankenlosen Ausübung solcher Rechte der Selbstabgabe.“

32 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die Seitenangabe der jeweils zitierten Dokumente verzichtet; mit Hilfe der Daten können sie aber relativ leicht im Aktenbestand nachgewiesen werden.

33 Man muß wohl das Gemeinte präzisieren, daß die Antragsteller nur die direkte Finanzierung verneinen!

34 Vgl. Döhn, Lothar: Politik und Interesse. Die Interessenstruktur der DVP, Meisenheim 1970; Zapp, J.: Programmatik und praktische Arbeit der DVP im Rahmen der Wirtschafts- und Sozialpolitik der Weimarer Republik, Diss. Aachen 1974.

35 Vgl. Schumacher, M.: Mittelstandsfrente und Republik. Die Wirtschaftspartei – Reichspartei des deutschen Mittelstandes 1919–1933, Düsseldorf 1972.

Der an sich natürliche Gegensatz, welcher sich hier zwischen Lieferanten auf der einen Seite und den Kassen auf der anderen Seite aufzutut, kann nur dadurch beseitigt werden, daß eine vernünftige Verständigung über Zahlungsbedingungen stattfindet.“³⁶

3.1.2 Die Reichsvereinbarung über die Lieferung von Sehhilfen (1927)

Die politische Initiative gegen die Selbstabgabestellen und die professionelle Qualifizierungsargumentation der optischen Industrie erleidet einen weiteren Stoß durch einen „Test“, den die AOK Nürnberg unternahm und dessen Ergebnis, verbreitet durch den SPD-Pressedienst vom 17. 3. 1927, allgemeine Beachtung findet; auch das Reichsarbeitsministerium fordert den Originalbericht an. Demzufolge hat die AOK Nürnberg, die keine Selbstabgabestellen für Sehhilfen besaß, einen Patienten mit einem fachärztlichen Rezept zur Brillenanfertigung zu 22 verschiedenen Fachoptikern gesandt. Danach wurden alle Brillen samt Verordnung an die TH München eingesandt; das Gutachten kam zu dem Ergebnis, daß bei 13 Brillen die Qualität der Gläser der ärztlichen Verordnung nicht entsprach. Dabei war die Anpassung noch nicht einmal überprüft worden.

Vielleicht beruhte dieser „Test“ auf einer etwas zu schmalen empirischen Basis, aber er unterstützte die Befürwortung der Selbstabgabestellen. Der ROI und die Optikerverbände versuchen nunmehr, auf dem Verhandlungswege, vermittelt durch das Reichsarbeitsministerium, mit den Krankenkassen über Spitzenverhandlungen „ins Geschäft“ zu kommen. In einer ersten Besprechung am 17. 5. 1927 erklärt Kommerzienrat *Alexander Rodenstock*, „daß der Reichsverband von dem zur Zeit geführten Pressefeldzug gegen die Krankenkassen abrücke“. Damit beginnen langwierige Verhandlungen der Spitzenverbände, zu denen, wie es später heißt, das Reichsarbeitsministerium „lediglich den Verhandlungsleiter (*Dr. Andreas Griesser*) und den Sitzungsraum stellt“, die am 11. 10. 1927 zu der bereits erwähnten Reichsvereinbarung über die Lieferung von Sehhilfen für die Kassenmitglieder führten, die jedoch für die örtliche Selbstverwaltung bzw. für die Optiker keine „unmittelbar normative“ Wirkung, sondern lediglich empfehlenden Charakter hat.

Diese Vereinbarung versucht einen gewissen Interessenausgleich: Auf der einen Seite werden drei Brillentypen von Qualität und Preis her festgelegt (gleichsam als Garantie für die Krankenkassen), auf der an-

deren Seite verpflichten sich die Krankenkassenspitzenverbände, den einzelnen Krankenkassen den Abbau der Selbstabgabestellen zu empfehlen, außerdem enthält sie das bereits erwähnte „Verbot“ der Zuzahlungen von Feinbrillen.

1930 formuliert *Dr. Gustav Timpe* (ROI) das so: „Durch das Reichsabkommen sollte den Krankenkassen die Gewähr gegeben werden, daß für die Versorgung ihrer Mitglieder mit Sehhilfen nur erstklassige Korrektionsmittel zu Kassenpreisen von den Optikern verwendet würden, während auf der anderen Seite dem Optiker-gewerbe und der Industrie die Beruhigung gegeben werden sollte, daß die damals bestehenden Selbstabgabestellen der Krankenkassen aufgehoben und weitere nicht eingeführt werden sollten.“

3.1.3 Die schwierige Durchführung des Reichsabkommens auf örtlicher Ebene: Selbstabgabestellen, Qualitätsprüfungen und steigende Preise

Insgesamt hat das Abkommen die jeweiligen Erwartungen der Beteiligten nur unvollständig erfüllt, in seinem Zusammenhang ergibt sich aber interessantes historisches Material zur Selbstabgabe und zur Qualitäts-Preis-Problematik auf seiten der Optiker und der optischen Industrie. Schon im Vorfeld – am 24. 9. 1927 – wendet sich *Dr. Hermann Halbach*, Geschäftsführer des Verbandes zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen, gegen die Selbstabgabeverbotswünsche:

„Die Verbände der Optiker wenden sich mit größter Entschiedenheit gegen die Selbstabgabe von Brillen durch die Krankenkassen, wie mannigfache Zeitungs-auslassungen, Eingaben und Beeinflussungen von Reichstagsabgeordneten dar-tun. Aber gerade auf dem Gebiete der Sehhilfen muß festgestellt werden, daß den Krankenkassen die Waffe der Selbstabgabe unbedingt erhalten werden muß. Immer wieder müssen die Krankenkassen feststellen, daß die Optiker Preise fordern, die ungerechtfertigt hoch sind. Jahre hindurch haben sich die Krankenkassenspitzenverbände bemüht, mit den Verbänden der Optiker Vereinbarungen über angemessene Preise zu treffen. Die Verbände der Optiker haben die allergrößten Schwierigkeiten gemacht. Um schließlich doch zu einem Ergebnis zu kommen, haben die Krankenkassenspitzenverbände Preise anerkannt, die tatsächlich vom Standpunkte der Krankenkassen nicht als angemessen, sondern als zu hoch bezeichnet werden müssen.“ Am 22. 11. 1927 teilt *Helmut Lehmann* dem Reichsarbeitsministerium mit: „Ein Teil unserer Bezirksverbände hält die vereinbarten Preise und auch die Zuschläge für viel zu hoch.“

Inwieweit Selbstabgabestellen aufgelöst

wurden, ist nicht festzustellen, da entsprechende Angaben erst für das Jahr 1929 vorliegen. Als unmittelbare Folge ist lediglich bekannt, daß die Allgemeinen Ortskrankenkassen in Düsseldorf, Kiel, Lauenburg, Meuselwitz und Weissensee/Th. neben ihrer Selbstabgabe auch einige Optiker als Kassenslieferanten zulassen, ihrerseits aber ebenfalls Zuzahlungsmodelle führen. Im übrigen befinden sich in den Akten zwei Verzeichnisse von Selbstabgabestellen, Stand Anfang 1929, eingereicht durch den „Hauptverband deutscher Krankenkassen“ und den Hauptverband Deutscher Optiker-Vereinigungen (H.D.O.V.), Dresden.

Der „Hauptverband“ teilt mit (gleiche Ortsnennungen durch den H.D.O.V. nachstehend kursiv gedruckt): *Altenberg/Sa.* (gibt durch Apotheke ab), *Anklam, Barmen, Bln-Neukölln, Bln-Wilmersdorf* (auch Sonnenschutzbrillen), *Darmstadt, Dippoldiswalde* (gibt durch Apotheke ab), *Dohna, Düsseldorf, Elberfeld* (auch Lieferung von Luxusmodellen gegen Zuzahlung), *Emden* (auch BEK), *Essen* (BKK Krupp), *Gehren* (bis 5,0 diop.), *Güstrow/M., Halberstadt, Halle/S.* (Extrasachen durch Zuzahlung), *Hanau, Herford/W.* (auch BKK und eine IK), *Ilmenau/Th., Itzehoe/H., Kiel, Köslin, Kreischa/Sa., Lübz/Meckl., Lüdenscheid, Lüneburg, Magdeburg, Meuselwitz/Th., Neustadt a. Rbg., Nordhausen* (Hornbrillengestelle durch Zuzahlung), *Oldenburg, Passau, Parchim/M., Regensburg, Rostock, Rügen, Schwelm* (auch BKKn), *Sonneberg, Stolpen, Quedlinburg, Weissensee/Th.* Sofern nicht anders bezeichnet, handelt es sich um Ortskrankenkassen bzw. um Kreiskrankenkassen.

Der H.D.O.V. führt außerdem auf: *Bad Doberan/M., Bordesholm, Guben, Lieb-städt/Sa., Oschersleben, Senftenberg, Strelitz* (Alt.) und *Ulm*. Die Differenzen ergeben sich daraus, daß diese Spitzenverbände nicht jeweils sämtliche Krankenkassen bzw. Optiker erfaßten. So konkurrierte zum Beispiel mit dem „roten“ Hauptverband der „schwarze“ Gesamtverband. Außerdem wird mitgeteilt, daß sogenannte Monopol-Lieferanten in Chemnitz, Frankfurt/M. (hier AOK und einige BKK) und Magdeburg bestehen und daß die AOK Nürnberg den Belieferungsvertrag mit Optikern gekündigt hat und den Bezug der Brillen von der Einkaufsgenossenschaft bayerischer Krankenkassen verlangt.

Diese noch vorhandenen Selbstabgabestellen und Monopollieferungsverträge sind für die Optikerverbände Anlaß, eine weitere Verhandlung im Reichsarbeitsministerium anzustreben. Auch die Krankenkassenspitzenverbände befürworten diese, fordern ihrerseits aber, entsprechend einem Vorschlag von *Helmut Lehmann*, die Vergabe einer Qualitätsmarke für durch Sachverständige entsprechend geprüfte Brillengläser und -gestelle. Da die Optiker

³⁶ Stenograph. Ber. d. Verhandlungen des Reichstags, III. Wahlperiode 1924, S. 9366, Hervorhebungen im Original, von Bernd v. Maydell und Rupert Scholz wird gerade diese Passage nicht zitiert (S. 40).

das Weihnachtsgeschäft nicht versäumen wollen, findet diese Konferenz nicht Ende 1928, sondern erst am 15. 2. 1929 statt.

In einem Referentenvermerk heißt es darüber: „Auf den Vorschlag der Krankenkassenspitzenverbände, durch eine Markierung der Gläser und Fassungen die Garantie für eine gelieferte Qualität zu erhalten, überreichen die Vertreter der Interessengemeinschaft (= Interessengemeinschaft deutscher Optikerverbände [I.G.D.O.], Nachfolgeorganisation der W.O.G.F.T.) eine Erwiderung, die dahin ausklingt, daß die heute so schlechten wirtschaftlichen Verhältnisse es der Optikerschaft unmöglich machen, sich ein weiteres Lager an Marken-Gläsern anzulegen. Von Herrn L. wird angeführt, daß er die schlechten wirtschaftlichen Verhältnisse der Optiker als wahr unterstellt, daß er aber trotzdem auf dem Standpunkt der Schaffung der Markierung bestehen müsse, um eine Bereinigung der Fabrikation für Krankenkassen-Brillen sowie Gläser herbeizuführen. In der Aussprache mußte anerkannt werden, daß die Krankenkassen mit Recht für die Belieferung mit Sehhilfen eine Qualitäts-Garantie verlangen können. Die Aussprache ergab aber weiter, daß eine Garantie auch schon in der abgelegten Meisterprüfung, dem Besuch einer der Optiker-Schulen, als Übergangsbestimmung der Klein-Befähigungsnachweis, liegt.“

Über Kenntlichmachung bzw. Qualitätsmarke wird kein Einverständnis erzielt, konkret wohl vor allem deshalb, weil dadurch die Lagerbestände vieler Optiker im Werte von 200 bis etwa 1500 RM jeweils wohl weitgehend entwertet worden wären. Erst 1936 gibt die „Optikerseite“ bekannt, daß jahrelang mindere Qualität zu vereinbarten Qualitätspreisen verkauft wurde! Als Kompromiß wird eine paritätische Qualitätsprüfungskommission eingesetzt.

Im Gegenzug forscht man auf der Seite der Krankenkassenspitzenverbände nach den Ursachen der Beibehaltung der Selbstabgabe nach dem Reichsabkommen vom 11. 10. 1927. Die meisten Krankenkassen antworten auf diese „Vorhaltung“ nicht. Der Tenor der Stellungnahmen der Kassen sei selbstvertretend durch die Stellungnahme der AOK Halle/Saale mitgeteilt: „Die Selbstabgabe wurde 1925 eingeführt aufgrund immer wiederkehrender Beschwerden unserer Mitglieder über unsachgemäße Bedienung, Aufdrängen besserer Gestelle und Herabsetzung der Qualität der Kassengestelle durch die hier ansässigen Optiker. Die Ersparnisse, die durch die Selbstabgabe entstehen, sind bedeutend zu nennen. Die Preise, welche wir für die gleiche von den Kassenoptikern gelieferte Ware zahlen müssen, liegen im Durchschnitt 50 v. H. und mehr unter denen, die durch das Reichsabkommen festgesetzt wurden.“

Die Freie Vereinigung badischer Krankenkassen teilt mit Schreiben vom 13. 4. 1929 mit: „Nach Mitteilungen unserer Verbandskassen hat sich ergeben, daß sich bei der Brillenabgabe durch die Optiker grobe Auswüchse dahin ergeben haben, daß von den Mitgliedern große Zuzahlungen verlangt werden. Dabei ist unkontrollierbar, um welche sogenannte ‚bessere Brillen‘ es sich handelt . . . Zum Schutz der Versicherten mußten daher, wie in Karlsruhe vorgesehen, besondere Verträge abgeschlossen werden, um so die bestimmten Qualitäten der Brillen und die etwaigen Zuzahlungen für die Mitglieder festzustellen. Ohne diese Kontrolle und eine solche vertragliche Abmachung kann ohne weiteres dieser Schutz für die Kassenmitglieder nicht durchgeführt werden . . . Die Kassen haben bekanntlich Selbstverwaltungsrecht und sind in diesen Dingen aufgrund der Reichsversicherungsordnung unabhängig.“

Der Betriebskrankenkassenverband teilt mit: „Viele Krankenkassen stehen heute noch auf dem Standpunkt, daß die zentralen Abmachungen für sie sehr ungünstig seien, da sie bisher Sehhilfen zu bedeutend billigeren Preisen bekommen hätten.“

Am 7. 1. 1930 findet eine weitere „Spitzenbesprechung“ im Reichsarbeitsministerium statt, die vor allem einer neuen, von den „Branchenführern“ in Rathenow herausgegebenen Industriepreisliste gilt. Die Schwierigkeiten bei der Durchführung des Reichsabkommens von 1927 werden besprochen, aber es gibt keine neuen Argumente. Das Kostenargument der Krankenkassen wird mit Qualitätsargumenten der Optiker konfrontiert, das heißt, die billigeren Sehhilfen hätten nicht die gleiche Qualität wie die teureren usw. Der ROI beschwert sich über eine Offerte mit Sonderabbatt, die die A.O.G. dem Heilmittelvertrieb des Reichsverbandes deutscher Landkrankenkassen gemacht hat.

Am 3. 3. 1930 beschwert sich der ROI beim Reichsarbeitsministerium über die AOK Pforzheim, die an Pforzheimer Fabrikanten einen Abkommensvorschlag zur Belieferung der Optiker gerichtet hat, im Falle der Nichtzustimmung werde man ein gleiches Abkommen mit der A.O.G. schließen. Das Reichsarbeitsministerium holt daraufhin wieder Stellungnahmen ein und gibt die darin enthaltenen Argumente in abgekürzter Form im Schreiben vom 7. 6. 1930 wieder.

Der Reichsverband sagt am 13. 6. 1930 „verbindlichsten Dank“ für „eingegangene Mitteilungen“. Die AOK Pforzheim hatte am 3. 4. 1930 mitgeteilt: „Hervorheben möchten wir, daß die Beschwerde nicht darin wurzelt, daß wir den bisherigen Lieferanten die Möglichkeit gewiesen haben, ihren Bedarf für die Kasse von einer Stelle zu entnehmen, sondern dieser liegt darin, daß ein bestimmter Verkaufspreis normiert

wurde. Dieser Kaufpreis ist derartig, daß den Optikern ein 50prozentiger Aufschlag für die regulären Muster zugestanden wurde. Freilich ist dieser doch sicher ansehnliche Verdienst nicht in den Bahnen, wie es ein Teil dieser Berufsgruppe gewohnt war, zu verkaufen. Wir haben Fälle festgestellt, wo den Entnehmern von Brillen 300, 400 und sogar 500 v. H. Aufschlag bzw. Verdienst abgenommen wurde. Unsere Kassenmitglieder und deren Angehörige haben dieserhalb vielfach darüber Beschwerde erhoben . . . Weiter haben wir von dritter Seite erfahren, daß von seiten einzelner Optiker nicht Gläser erster Wahl, sondern geringerer Qualität prinzipiell abgegeben wurden. Diese Zustände mußten uns veranlassen, eine Regelung der Brillenlieferungen herbeizuführen. Bei dieser Regelung soll eine Garantie für die abgegebene Ware erstrebt werden. Diese Garantie können wir aber nur verlangen, wenn wir die Lieferanten der Ware zur Abgabe von mit Kontrollstempel versehener erstklassiger Ware verpflichten.“

Die freie Vereinigung badischer Krankenkassen e. V. argumentiert im Schreiben vom 8. 4. 1930: „Auf der einen Seite verlangt man von den Kassen Beitragssenkung, auf der anderen Seite aber versucht man gegen sie aufzutreten, wenn es darum geht, in rationeller und wirtschaftlicher Weise die Krankenhilfe zu gestalten. Es ist doch geradezu absurd, daß man gegen die Selbstabgabe der Brillen durch die Kassen kämpft, obwohl durch eine solche nicht nur den Versicherten ein besseres Material geliefert werden kann, sondern auch diese Abgabe bedeutend billiger zu stehen kommt. Maßgebend ist auch noch als Hauptfaktor der Schutz der Versicherten selbst . . .“

3.1.4 Eine gescheiterte Intervention gegen die ausländische Konkurrenz

Am 30. 5. 1930 schreibt *Hugo Schulz*, Optische Anstalt, Göttlin bei Rathenow, an Reichsinnenminister *Dr. Wirth* und führt dabei Klage über „die zur Zeit katastrophale Lage der Brillenglassschleifereien . . ., die hauptsächlich hervorgerufen wurde durch bedeutend niedrigere Angebote der Tschechen und Franzosen, die infolge geringerer Löhne sowie Fortfall der hohen Soziallasten in Verbindungen mit günstigeren Geldverhältnissen in der Lage sind, viel billiger zu fabrizieren und so den deutschen Markt mit ihren Erzeugnissen zu überschwemmen, wodurch naturgemäß die deutschen Brillenglassschleifereien sehr geschädigt werden und viele Arbeiter beschäftigungslos sind.“ Als Abhilfe unterbreitet er den Vorschlag, „seitens der Regierung auf die Krankenkassen einzuwirken, daß letztere, die ja ein sehr wesentlicher Abnehmer unserer Erzeugnisse sind,

angewiesen werden, nur deutsche Fabrikate abzunehmen und sich seitens ihrer Lieferanten einen Revers unterzeichnen lassen, daß die gelieferten Waren deutschen Ursprungs sind“. Abschließend äußert er die Bitte, „meinen Namen dabei auszuschalten, da ich sonst seitens einiger Großhandelsfirmen, die hauptsächlich ausländische Fabrikate handeln, geschäftliche Schädigungen zu erwarten habe“.

Das Reichsinnenministerium gibt das Schreiben an das Reichsarbeitsministerium ab, das am 18. 6. 1930 lakonisch antwortet: „Die Krankenkassen sind Selbstverwaltungskörper und haben als solche das Recht der freien Entschließung darüber, in welcher Weise sie die Versicherungsleistungen im Rahmen der gesetzlichen Vorschrift gewähren.“ Diese Antwort impliziert wohl auch eine Aussage über die Rechtsauffassung des Ministeriums!

Am 13. 5. 1930 beantragt der H.D.O.V. „zentrale Verhandlungen über Verhältnisse in Breslau, Frankfurt/M., Halle/S. und Karlsruhe“. Das Reichsarbeitsministerium hält zunächst auf Distanz. *Dr. Max Sauerborn* vermerkt: „Die Angelegenheit ist insofern bedenklich, als es sich bei den Auseinandersetzungen um lokale Streitigkeiten handelt“, und mit Schreiben vom 21. 6. 1930 wird dem H.D.O.V. mitgeteilt: „Leider gestattet die augenblickliche Geschäftslage des Ministeriums nicht, einen Termin anzuberaumen.“ Aufgrund weiterer Termin- bzw. Verhandlungswünsche des H.D.O.V. kommt es am 5. 11. 1930 dann doch zu einer Besprechung zwischen H.D.O.V., „Reichsverband“ und „Hauptverband“. Der Aktenvermerk im Reichsarbeitsministerium lautet: „Die Besprechung hat stattgefunden. Die Beteiligten kommen überein, daß durch Einwirkung der Spitzenverbände eine Fühlungnahme der örtlichen Stellen herbeigeführt werden soll.“

3.1.5 Eine weitere politische Initiative der optischen Industrie und ein hausgemachtes Gutachten

Gleichsam parallel zu diesen Vorgängen im Jahre 1930 verläuft eine erneute „Gesetzesinitiative“ des ROI im Sande. Am 2. 1. 1930 schreibt *Dr. Gustav Timpe* „betr. Änderung der RVO“ und stellt den Antrag: „Das Reichsarbeitsministerium möge dafür sorgen, daß in den Referentenentwurf zur Änderung der RVO ein Paragraph aufgenommen wird, demzufolge die Selbstabgabe von Sehhilfen durch die Krankenkassen nicht mehr stattfinden darf und die Verleihung einer Monopolstellung an einzelne Lieferanten durch die Krankenkassen unzulässig ist. Gleichzeitig möge verboten werden, daß die Krankenkassen für Kassenzwecke Luxusmodelle in Fassungen festlegen, die mit der Leistung der Brille an sich nichts zu tun haben.“

Dieser Antrag wird allgemein damit begründet, daß die „seit dem Abschluß des Reichsabkommens gesammelten Erfahrungen unzweifelhaft erwiesen haben, daß sich die an das Reichsabkommen geknüpften Erwartungen nicht verwirklicht haben... Da nun der Kassenbedarf den überwiegenden Teil des Gesamtbedarfs des Optikergewerbes einnimmt, und die Entwicklung des Kassengeschäftes unter den nachstehend geschilderten Verhältnissen zu einer außerordentlichen Einschränkung des Kassenbedarfs der Optiker geführt hat, ist unsere angesehene, interressierte Industrie, die an sich nicht auf Rosen gebettet ist, aufs empfindlichste getroffen.“

Die besondere Argumentation gilt dann den Selbstabgabestellen, wobei der Syndikus jedoch kaum juristisch argumentiert (wie 1926 die W.O.G.), sondern fast ausschließlich professionell-ökonomisch. Damit wird wieder unterstellt, daß die Selbstabgabestellen nicht „fachmännisch“ besetzt sind und infolgedessen die individuell richtige Anpassung der Brille nicht gewährleistet ist. In die gleiche Richtung zielt das beigelegte Gutachten über die „Bedeutung fachmännischer Optikerarbeit bei der Abgabe und Anpassung von Brillen“, das – anders als die heutigen Rechtsgutachten – von vornherein recht „hausgemacht“ wirkt. Die Verfasser sind: *Prof. Dr. H. Pistor* (Direktor der Staatl. Fachhochschule für Optiker in Jena), *Dr. H. Hartinger* (wissenschaftlicher Mitarbeiter der Firma Carl Zeiss, Jena), *Dr. E. Weiss* (wissenschaftlicher Mitarbeiter der Firma Nitsche & Günther, Optische Werke A.G. Rathenow), *Dr. W. Mindt* (Direktor der Deutschen Schule für Optik und Photo-technik in Berlin), *Prof. Dr. F. Hauser* (wissenschaftlicher Mitarbeiter der Firma Emil Busch A.G., Optische Industrie, Rathenow), *Priv.-Doz. Dr. A. Kühl* (wissenschaftlicher Mitarbeiter der Firma Optische Werke G. Rodenstock, München).

Offensichtlich gelang es nicht, einen Universitätsordinarius oder gar den Direktor eines Kaiser-Wilhelm-Instituts zu gewinnen; vielleicht hat man es auch gar nicht erst versucht, neben eigenen Leuten einen solchen heranzuziehen. Syndikus *Dr. Gustav Timpe* selbst argumentiert: „Verordnung, Anpassung und Abgabe von Sehhilfen erfordert eingehende Fachkenntnisse, die nur entsprechende Ausbildung in Theorie und Praxis vermitteln kann. Gewiß kann ein Laie oder Halblaie auch eine Brille verabreichen, indem er den Patienten befragt, mit welcher Brille er am besten zu sehen glaubt, aber damit ist den Interessen des Fehlsichtigen nur sehr wenig gedient, da er durch solche Methoden nicht die praktisch und theoretisch beste Sehtüchtigkeit erhält. Die Wiedererlangung der vollen Sehtüchtigkeit spielt aber im heutigen Leben, ganz besonders im Be-

rufsleben, eine oft ausschlaggebende Rolle. Aus dieser Tatsache ergibt sich die Forderung, daß jeder Fehlsichtige, also auch – und ganz besonders – der berufstätige Kassenpatient, durch den Bezug der Brille beim Fachoptiker die Gewähr hat, durch richtige Wahl und Anpassung einer erstklassigen Sehhilfe in den Besitz der bestmöglichen Sehleistung zu kommen, um in seiner Arbeitskraft nicht behindert zu sein... Der Beweis dafür ist ersichtlich aus den beiliegenden Gutachten führender Fachwissenschaftler, die, unabhängig von Erfolg oder Mißerfolg vorliegender Eingabe, in wissenschaftlich begründeter, völlig objektiver Darstellung zu der obigen Frage Stellung genommen haben. Die ausschließliche Abgabe von Sehhilfen durch die fachlich gebildeten Optiker ist deshalb eine Forderung, die vom sozialhygienischen Standpunkt gesehen, absolut selbstverständlich ist, ebenso wie es im Interesse der Versicherten als verwerflich zu betrachten ist, wenn diese Forderung nicht erfüllt wird. Da überdies die Selbstabgabe von Sehhilfen durch die Krankenkassen zu einer schweren wirtschaftlichen Schädigung der Optiker geführt hat, und es nicht Aufgabe der Krankenkassen sein kann und darf, einen selbständigen Gewerbebezweig systematisch zu ruinieren, verbietet auch die in der Reichsverfassung begründete Erhaltung und Förderung der freien Gewerbe die uneingeschränkte Konkurrenz eines überaus kapitalkräftigen sozialen Instituts, wie es die einzelnen Krankenkassen darstellen sollen.“

Sodann wendet sich die Eingabe noch gegen das „Nürnberger Modell“, wo die AOK gegenüber den zur Kassenlieferung zugelassenen Optikern nicht nur die Kassen-Standardmodelle festgelegt hat, sondern auch die „Zahlungsmodelle“, „obwohl es doch nicht Aufgabe der Krankenkasse sein kann, ihren Mitgliedern Luxusmodelle aus Schildpatt, Gold, Doublé und anderen hochwertigen Materialien zu verschaffen. Es ist jedenfalls eine direkte Einflußnahme der Krankenkassen auf das Gebiet des freien Handels, die unsere Industrie gefährdet, und der wir nicht tatenlos zuschauen können“.

Die Argumentation der Eingabe endet: „Der Reichsverband der deutschen optischen Industrie kann die Entwicklung des Kassengeschäftes nur mit allergrößter Sorge für den Zukunftsbestand des optischen Kleingewerbes und das Gedeihen der optischen Industrie verfolgen. Die ungeheure Kapitalkraft der Krankenkassen gegenüber einem Kleingewerbe mit etwa 2000 Mitgliedern hat zu einer Stellung der Krankenkassen geführt, gegen die das optische Fachgewerbe ohne gesetzlichen Schutz ebenso ohnmächtig ist wie die altangesehene, volkswirtschaftlich bedeutende optische Industrie.“

In den Akten finden sich kurze Antwort-

entwürfe von Dr. Gase vom Februar und August 1930, die beide auf die Auskunft von Reichsarbeitsminister Dr. Heinrich Brauns im Reichstag am 11. 3. 1927 abstellen: „Ich muß an dieser Auffassung heute noch festhalten . . . Bei dieser Sachlage erscheint mir ein Eingreifen meinerseits nicht möglich. Ich muß es vielmehr den Parteien überlassen, im Wege unmittelbarer Vereinbarungen diesen Streitpunkt zu regeln.“ Ausschlaggebend für die innerdienstliche Weisung, einen Antwortbrief nicht abzusenden, waren wohl die Reichstagsverhandlungen. Der Vorgang schließt mit einem Vermerk vom 23. 8. 1930: „Die Frage der Selbstabgabe ist im Reichstag bei den Beratungen über den Entwurf eines Gesetzes über Änderungen in der Krankenversicherung Gegenstand der Erörterungen gewesen³⁷. Ein Verbot der Selbstabgabe ist hierbei abgelehnt worden. Der Reichsverband der deutschen optischen Industrie ist auf seine Eingabe vom 2. 1. 1930 nicht mehr zurückgekommen.“

In den Jahren des Abbaus der sozialen Leistungen durch Notverordnungen, die einen erheblichen Einfluß auf die Umsätze der Augenoptiker haben (die 1927 „festgesetzten“ und inzwischen um 20 v.H. erhöhten Preise werden durch Vereinbarung vom 21. 9. 1931 wieder um 15 v.H. gesenkt), finden sich keine Klagen über Selbstabgabestellen in den Akten, wenn man von einem Telegramm des H.D.O.V. von seiner Braunschweiger Jahrestagung am 20. 6. 1932 absieht. Die versammelten Delegierten fordern „im Interesse der Erhaltung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit der Bevölkerung, daß der legitimierte Optikerschaft die ausschließliche Abgabe der Sehhilfen gesetzlich vorbehalten wird.“ Das Telegramm ist, wohl weil man beim Reichsarbeitsministerium keine Resonanz erwartet, an den Reichswirtschaftsminister gerichtet, aber es wird „zuständigkeitshalber“ an den Reichsarbeitsminister abgegeben.

3.2 Die nationalsozialistische Machtergreifung – eine neue Chance für das Verbot der Selbstabgabestellen (1933 bis 1934)

3.2.1 „Nationale Revolution“, Mittelstandsinteressen und Selbstabgabestellen – die revolutionäre Schaffung vollendeter Tatsachen

Die Auswirkungen der nationalsozialistischen Machtergreifung auf die Kranken-

kassen, insbesondere die Ortskrankenkassen, und die Kassenärzte, insbesondere die jüdischen und/oder „staatsgefährdenden“, sind bereits an anderer Stelle dargestellt worden³⁸. Im Hinblick auf die Eigeneinrichtungen ist festzustellen, daß die Selbstabgabe für Sehhilfen verhältnismäßig wenig, das heißt, im Schnitt zu etwa einem Drittel, vollständig aber in den Großstädten, abgebaut wurde. Im Vergleich zu den Apothekern scheint es eine „konzertierte Aktion“ der verschiedenen Optikerverbände nicht gegeben zu haben, vermutlich, weil diese Sehhilfenabgabestellen im Vergleich zur apothekenkonkurrierenden Heilmittelabgabe begrenzte Bedeutung hatte und die Verbände nicht in der Lage waren, entstehende Versorgungsdefizite in kleineren Orten auszugleichen, in denen es keine Optiker gab. Die personellen Änderungen in der Verwaltung und Selbstverwaltung vieler Krankenkassen in Großstädten dürften die Selbstabgabe auch gleichsam „nebenbei“ beseitigt haben. Jedoch zeigen die Vorgänge und die relative Konstanz der Selbstabgabestellen für Sehhilfen auch, daß ihre Einrichtung primär aus ökonomischen und sozialen Gesichtspunkten (u. a. auch wegen fehlender Optiker am Ort) erfolgte.

Die „nationale Revolution“ hat zunächst, sofern es je vorhanden war, das „Gleichgewicht“ zwischen der prinzipiell privaten Organisation der Herstellung und des Vertriebs von Arzneien, Heil- und Hilfsmitteln und der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich zugunsten der erstgenannten verschoben. Im Bereich der Arzneien haben sich die mittelständischen Interessen derart stark formiert, daß sie, ähnlich wie die Ärzte im Bereich der Ambulatorien, gleichsam in einem politisierten Überraschungscoup („jüdisch-sozialistische Mißwirtschaft“) institutionelle Steuerungselemente der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung zerstören konnten. Auf der anderen Seite zeigt sich, daß die zugrundeliegenden Konflikte und Probleme in ihrer eigenartigen ökonomischen Doppelnatur, das heißt teils Kostenkonkurrenz, teils Aufeinanderangewiesensein, keineswegs gelöst wurden. Die partielle öffentlich-rechtliche Einbindung von Ärzteschaft und Krankenkassenspitzenverbänden wie die massiv politisch-ideologische Propaganda („Gemeinnutz geht vor Eigennutz“) hebt die Konflikte ebenso wenig auf wie die heutigen Appelle an „arbeitsteilige Sozialverantwortung von Staat und Gesellschaft“ bzw. „gesellschaftliche Eigenverantwortung“.

Das Grundproblem ist die primäre öffentlich-rechtliche Sachleistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung, der sie sich nicht entziehen kann. Dieses ist funktionsnotwendig mit einem „latenten“ Steuerungspotential der Krankenkassenselbstverwaltung verbunden, das über das liberale Vertragssystem bzw. „Vertragsregiment“ hinausgeht. Das ist auch die „Linie“, die von erfahrenen Sachkennern der Gesamtzusammenhänge, von den seinerzeitigen Richtern im Königlich Preußischen Oberverwaltungsgericht, den Referenten im Reichsamt des Innern bzw. Reichsarbeitsministerium, vom Reichsarbeitsminister Dr. Heinrich Brauns wie auch Landessozialgerichtspräsident a. D. Prof. Dr. Harry Rohwer-Kahlmann² und dessen Kollegen Dr. Horst Peters³ als die des traditionellen und geltenden Rechts betont worden ist.

3.2.2 Die zwieschlächtige Ausnutzung des Sachleistungsprinzips – historische Defizite in Rechtsgutachten: „Staatssozialismus“ und Erfüllung hoheitlicher Aufgaben durch höhere finanzielle Aufwendungen

Die heute demgegenüber bei den Optikern und die von ihnen vorherrschende Tendenz, das Sachleistungsprinzip bzw. die Kassenleistung „in natura“ als „sozialistisch“ graulich zu machen, offenbart sich nach 100 Jahren Kaiserlicher Botschaft als von bemerkenswerter historischer Kurzsichtigkeit. Man muß zwar einräumen, daß Hans F. Zacher sein Gutachten nicht in seiner Rolle als Direktor des Max-Planck-Institutes für ausländisches und internationales Sozialrecht abgegeben hat, das seit Jahren auch die historische Forschung zur Sozialversicherung vorantreibt³⁹, andererseits ist schon aus der von ihm in dieser Zeitschrift⁴⁰ rezensierten „Geschichte der sozialen Versicherung“ von Horst Peters über die Novellierung des Gesetzes betr. die Krankenversicherung der Arbeiter bzw. des Krankenversicherungsgesetzes vom 10. 4. 1892 zu lesen: „Die Hilfskassen mußten von nun ab ärztliche Behandlung und Arznei als Naturalleistung gewähren. Die Möglichkeit, diese Verpflichtung durch ein erhöhtes Krankengeld abzulösen, fiel fort.“⁴¹ Damals diente das Naturalprinzip dazu, wie es Staatssekretär Karl Heinrich v. Boetticher formulierte, „den sozialistischen Hilfskassen ‚zu Leibe (zu) gehen‘,“⁴² heute wird wieder der sozialistische Buhmann aufgebaut, allerdings gegen das Sachleistungsprinzip – im Gegensatz zu

37 Diese Vorgänge konnten nicht ermittelt werden, evtl. sind Ausschlußberatungen gemeint, zur Frage der Eigenfabrikation etc. vgl. aber: Stenographische Berichte . . . Bd. 424, 67. Sitz. S. 1748 D, 1754 D, 76. Sitz., S. 2052 D, Bd. 425, 77. Sitz., S. 2077 A, 2092 B; zum Brillenbezug: Bd. 424, 67. Sitz., S. 1750 D, 1755 A, Bd. 428, 187. Sitz., S. 6023 A.

38 Vgl. Leibfried, Stephan und Florian Tennstedt: Berufsverbote und Sozialpolitik. Die Auswirkungen der nationalsozialistischen Machtergreifung auf Krankenkassen und Kassenärzte, 3. Aufl., Bremen: Pressestelle 1981; Hansen, Michael u. a.: Seit über einem Jahrhundert . . . verschüttete Alternativen der Sozialpolitik, Köln: Bund-Verlag 1981.

39 Vgl. Zacher, Hans F. und Peter A. Köhler (Hrsg.): Ein Jahrhundert Sozialversicherung in Deutschland . . . Berlin: Duncker & Humblot 1981.

40 Die Ortskrankenkasse 1974 S. 484.

41 Peters, Horst: Die Geschichte . . . S. 56.

42 Zit. nach: Wurm, Emanuel: Volks-Lexikon, Bd. 3, Nürnberg 1896, S. 168, ausführlich zu diesen Vorgängen: Tennstedt, Florian: Geschichte der Selbstverwaltung . . . 31 ff.

Bismarcks Diktum ‚Gut, nur nicht privat‘ lautet nun die Devise: ‚Gut nur privat‘⁴³.

Die faktischen Auflösungen vieler Selbstabgabestellen schufen kein generelles Verbot der Selbstabgabe, vielmehr behielt die Krankenkassenselbstverwaltung dieses Recht auch in der NS-Zeit. Die Referenten im Reichsarbeitsministerium handelten dabei eingedenk des in Chefkonferenzen abgesprochenen Diktums ihres Ministers *Dr. Heinrich Brauns* von 1927, daß „das Verbot an die Krankenkassen . . . eine Rechtsungleichheit schaffen und für deren Haushalt außerordentlich bedenklich sein würde“. Rechtsungleichheit zuungunsten der Krankenkassen war aber genau das, was das private Optiker-gewerbe und die optische Industrie beabsichtigten.

Die Gutachter folgern: „Selbst wenn die Versorgung der Sozialversicherungsberechtigten mit Kassenbrillen und/oder Feinbrillen durch die Augenoptiker defizitär oder gefährdet sein sollte, gäbe es vor dem rigidesten Mittel staatlicher (sozialversicherungsrechtlicher) Monopolisierung noch ungleich mildere Mittel, um solchen Gefahren zu begegnen, namentlich in Gestalt höherer finanzieller Aufwendungen der Sozialversicherungsträger für die Versorgung mit Sehhilfen.“¹

3.2.3 Der fortbestehende Interessenkonflikt nach Abschaffung der angeblich „sozialistischen Mißwirtschaft“, Selbstabgabestellen als notwendiges Steuerungselement

Die Aktenüberlieferung für die NS-Zeit beginnt mit einer gemeinsamen Eingabe vom 4. 4. 1933, unterzeichnet vom Reichsverband der deutschen optischen Industrie, H.D.O.V., und vom Verband deutscher Optiker, vormals W.O.G. Unter Wiederholung der in den Denkschriften von 1926 und 1930 enthaltenen Argumente wird wiederum durch das Reichsarbeitsministerium ein Verbot der Selbstabgabestellen gefordert. Man klagt, daß die „bisherigen Vorstellungen nichts gefruchtet“ hätten, die Krankenkassen seien dem „Gedanken der Sozialisierung der Belieferung verpflichtet gewesen“. Die damit verbundene „Ausschaltung der Detail-Optiker (stelle) eine schwere Schädigung der Volksgesundheit dar“. Dieser Intervention schiebt *Dr. Gustav Timpe* am 8. 4. 1933 gleich eine weitere Empfehlung nach: Es „erscheint besonders notwendig, daß seitens des Reichsarbeitsministeriums eine Nachprüfung des Verhältnisses des Herrn

Direktor *Helmut Lehmann*, des bisherigen geschäftsführenden Vorstandsmitgliedes des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen zu der Firma A. Lehmann – Rathenow und Fürth veranlaßt würde“. Im Hinblick darauf, daß *Helmut Lehmann* als führender Sozialdemokrat und Freigewerkschaftler bereits seit März 1933 in „Schutzhaft“ war, ist dies eine besonders geschmacklose Empfehlung; von der Sache her völlig unbegründet, erweist sie sich als politische Denunziation. Aktenvermerk dazu: „Antwort nicht erforderlich.“

Gleichsam als Gegenbild ist wohl eine am 8. 5. 1933 erfolgte Eingabe zu sehen, von zwölf jüdischen Optikern, die als einzige der insgesamt 300 in Berlin zugelassenen Optiker von der Kassenlieferung als „nichtarisch“ ausgeschlossen wurden. Auf Nachforschung hin erhält das Reichsarbeitsministerium vom nationalsozialistischen Reichskommissar der Krankenkassen Berlins am 9. 6. 1933 darüber folgende Auskunft: „Es sind von hier aus als Boykottmaßnahme zwölf jüdische Firmen von der Kassenlieferung ausgeschlossen worden, und zwar auf Antrag der Berufsvertretung ‚Vereinigte Berliner Optiker e. V.‘. Die arischen Optiker stehen in schwerem Existenzkampf, weshalb der Ausschluß der jüdischen Geschäfte auch im Interesse der Geschäftsbelebung der arischen Geschäfte erfolgt ist. . . Sollten einige Geschäfte durch die Maßnahme vernichtet werden, so dürfte (!?, Referentennotiz) das Personal von den arischen Geschäften aufgenommen werden.“ Die Turbulenz der NS-Machtergreifung bei den Berliner Krankenkassen und Kassenärzten läßt dieses zunächst als Nebenproblem erscheinen, in einem späteren Fall hat das Reichsarbeitsministerium immer wieder auf der fehlenden Rechtsgrundlage insistiert und damit Erfolg gehabt.

Im übrigen erfolgen 1933 noch mehrere Mahnschreiben des Reichsverbandes der deutschen Optischen Industrie wegen der nicht beantworteten Eingabe vom 17. 4. 1933.

Am 16. 3. 1934 interveniert dann auch der gemäß Gesetz über den vorläufigen Aufbau des deutschen Handwerks vom 29. 11. 1933 gegründete „Reichsstand des deutschen Handwerks“: „Wir erlauben uns an den Herrn Minister die Bitte zu richten, auf den Reichsverband der Ortskrankenkassen einzuwirken, daß dieser seine (*sic!* F.T.) Selbstabgabestellen für Sehhilfen etc. abbaut.“ Dieses veranlaßt das Reichsarbeitsministerium nicht nur zu einer Anfrage beim Reichsverband der Ortskrankenkassen, sondern bei allen Krankenkassenverbänden, um sich zunächst einen Einblick in die tatsächliche Situation zu verschaffen. Der Reichsverband der Ortskrankenkassen veranstaltet eine Umfrage, und sein Geschäftsführer *Peter Esser* teilt am 13. 4. 1934 mit:

„1. Selbstabgabestellen unterhalten folgende Orts- und Kreiskrankenkassen: Altdorf bei Nürnberg, Besondere Ortskrankenkasse für Mechaniker und Optiker in Wetzlar, Raschau i. Erzgeb., Besondere Ortskrankenkasse der Gürtler Berlin, Erding, Obercunnersdorf, für den Kreis Braunsberg, für den Kreis Osternberg in Zielenzig, Türkheim i. Bay., Oppach i. Sa., Rottenburg a. L., Rothenkirchen/Vogtl., Höxter, Crottendorf i. Erzgeb., Günzburg, Landkreis Neisse, *Lüdenscheid*, Wanzleben, für den Kreis Namslau, Tischenreuth, Besondere Ortskrankenkasse für Schiffer in *Lauenburg*, Altenweddingen, für den Kreis Weissensee, Wedel, Ochsenfurth, Kamenz-Land in Brauna, Emmerich-Hüthum, Saugau, Vlotho, Geyer, für den Kreis Torgau, Kelheim, Wertingen, Bad Tölz, Osterweddingen, Plau-Golderg i. Meckl., Bad Segeberg, Augsburg-Land, *Ulm a.d.D.*, Bad Kreuznach, Stadt *Nordhausen*, Zilly.

2. Die frühere Selbstabgabestelle wickeln z.Z. ab: Weimar, Königsbrück, Grottkau/Schlesien, Itzehoe/Holstein.

3. Die Selbstabgabe ist größtenteils 1933, aber auch noch 1934 eingestellt und bereits abgewickelt worden: Augsburg, Fürstenfeldbruck, Neu-Ulm, Buchen (Baden), *Halberstadt*, Erfurt, *Lössnitz im Erzgeb.*, Herrnhut i. Sa., Flatow, Bigge, *Lübz i. Meckl.*, Wolfratshausen, Sohland a. d. Spree, Hanau, Marzinsheide/Rhld., Münsterberg, Großsolbersdorf, Sehma i. Erzgeb., Zweibrücken.“

Im vorstehenden Abdruck sind (nachträglich von mir, F.T.) die 1929 bestehenden Selbstabgabestellen durch *Kursivdruck* hervorgehoben. Dadurch zeigt sich, daß schon vor 1933 eine erhebliche „Fluktuation“ in der Errichtung von Selbstabgabestellen stattgefunden haben muß. Von den seinerzeit vorhandenen haben – Vollständigkeit beider Umfrageergebnisse einmal angenommen – nur acht bis 1933 „überdauert“, andererseits sind 57 neu gegründet worden. Die nach April 1934 beibehaltenen Selbstabgabestellen scheinen sich schwerpunktmäßig in kleineren Orten befunden zu haben, wohl vornehmlich deshalb, weil hier die finanziellen Anreize zur Niederlassung privater Optiker zu gering waren (Erzgebirge, Vogtland).

Im übrigen macht *Peter Esser* ergänzende Angaben: Aufgrund der ständigen Klagen über die fehlende Qualifikation der Angestellten in den Selbstabgabestellen, die von den Optikern ins Feld geführt werden, ist ausdrücklich danach gefragt worden. Es ergibt sich, daß in den 42 noch vorhandenen Selbstabgabestellen die Brillen durchweg durch qualifizierte Fachleute abgegeben und angepaßt werden. In vielen Orten werden die Brillen außerdem noch vom Facharzt auf richtige Anpassung überprüft. Die „nichtfachmännische“ Ausnahme besteht nur bei der Besonderen

43 Zit. nach Vogel, Walter: Bismarcks Arbeiterversicherung. Ihre Entstehung im Kräftespiel der Zeit. Braunschweig 1951, S. 152. Das Wort des Liberalen Max Hirsch über die Arbeiterversicherung bzw. deren Beginn, die Unfallversicherung, könnte demgegenüber ein gutes Motto für die „Optiker-Gutachten“ abgeben: „Juristisch unhalbtbar, wirtschaftlich schädigend, moralisch und sozialpolitisch verderblich“ (Das Reichs-Unfallgesetz und die Arbeiter. Berlin 1881).

Ortskrankenkasse für Mechaniker und Optiker in Wetzlar. Hier gibt der Geschäftsführer die Brillen ab, der allerdings „30 Jahre bei der Firma E. Leitz als Optiker tätig war“.

Peter Esser führt weiter aus, „daß vielerorts da, wo Selbstabgaben der Kassen für Sehhilfen nicht bestehen, die Abgabe auch nicht durch Optiker erfolgt, und zwar meist dann, wenn ein Optiker an dem Ort nicht ansässig ist. Wenn wir unsere Umfrage auf diesen Punkt ausgedehnt hätten, so würde sich sehr wahrscheinlich herausgestellt haben, daß in wesentlich größerem Umfange als Selbstabgabestellen für Sehhilfen bestehen, Uhrmacher und verwandte Gewerbe die Sehhilfen für Kassenmitglieder verabfolgen.“

Das zeigt, daß die Qualifikationsbemühungen der Optiker in der Substanz an sich berechtigt waren, aber im Hinblick auf Selbstabgabestellen vorgeschoben bzw. falsch adressiert waren. Die Volksgesundheit war, wenn sie schon genannt wird, andernorts und vielerorts gefährdet, aber nicht bei und durch Selbstabgabe.

Außerdem wird mitgeteilt, daß die Abgabepreise der Verbandsstoff AG, Abt. Optik Rathenow, die die Selbstabgabestellen beliefert (Nachfolgerin der umstrittenen A.O.G. Fa. A. Lehmann Fürth und Rathenow?), erheblich unter den Abgabepreisen der Industrie für Optiker nach der Reichspreisliste liegen. Als Beispiel wird ein Kostenvergleich einer Windsor-Brille mit Gläsern angeführt:

| Reichspreisliste | Verbandsstoff A.G., Abt. Optik |
|--------------------------|-----------------------------------|
| ± plan bis 2,0 = RM 4,00 | ± plan bis 4,0 = RM 2,08 |
| ± 2,5 bis 4,0 = RM 4,14 | |
| ± 4,25 bis 6,0 = RM 4,84 | ± 4,25 bis 6,0 = RM 2,36 |

Dazu wird mitgeteilt: „In unserer Umfrage bei den Mitgliederkassen ist absichtlich darauf verzichtet, die Selbstabgabestellen zu einer Äußerung über die Beibehaltung dieser Einrichtung zu veranlassen. Trotzdem führt ein Teil der berichtenden Kassen aus, daß ihnen durch die Abgabe von Sehhilfen nicht unwesentliche Ersparnisse entstehen. Insbesondere hätten aus der Selbstabgabe die Kassenmitglieder Vorteile, weil, wenn bessere Brillengestelle verlangt würden, diese durch Vermittlung der Kasse zu einem bedeutend billigeren Preis beschafft werden können. Vor der Einführung der Selbstabgabe hätte immer wieder festgestellt werden müssen, daß die Mitglieder von den Optikern gerade dann finanziell sehr belastet worden wären, wenn sich das einzelne Mitglied mit der einfachen Brillenfassung nicht zufrieden geben wollte, sondern eine bessere Fassung gewünscht hätte.“

Am 26. 4. 1934 antwortet Karl Unger vom Reichsverband der Landkrankenkassen: „Die Selbstabgabestellen haben keine Bedeutung. Die Landkrankenkassen

können den Einkauf zu angemesseneren Preisen tätigen wie das Abkommen der Krankenkassen-Spitzenverbände mit dem Reichsverband der deutschen optischen Industrie.“

Am 9. 5. 1934 antwortet schließlich noch Otto Heinemann vom Reichsverband der Betriebskrankenkassen: „Nach unseren Feststellungen spielen die Selbstbelieferungsstellen für Sehhilfen bei den Betriebskrankenkassen keine Rolle. Es dürfte sich daher erübrigen, im einzelnen zu dem Schreiben des Reichsstandes des deutschen Handwerks Stellung zu nehmen.“

Als Ergebnis der Anfrage formuliert der Referent Dr. Alex Grünwald den bekannten, moderierenden Erlaß zur Frage des Verbots der Selbstabgabestellen für Brillen. Danach ist im Hinblick auf Selbstabgabestellen weitgehend „Ruhe“, jedoch werden einige gleichsam „nebenbei“ aufgetauchte Probleme und Argumente wieder ins Feld geführt und, besser als zuvor, in ihrer Komplexität deutlich. Hierüber sei abschließend berichtet.

3.3 Der Kampf gegen die ausländische Konkurrenz und die mindere Qualität zu überhöhten Preisen – kalkulierte Eingeständnisse jahrelanger Praxis zuungunsten der Krankenkassen (1934 bis 1937)

Anfang 1934 scheint der bereits mit Schreiben vom 30. 5. 1930 an den Reichsinnenminister herangetretene Hugo Schulz im Rahmen der „nationalen Revolution“ wieder eine neue Chance für sein „Anliegen“ gesehen zu haben. Vermutlich hat er sich an den Reichsverband der deutschen optischen Industrie gewandt, der seine Gedanken aufgreift, jedenfalls am 30. 4. 1934 ein fast wörtlich gleiches Schreiben an das Reichsarbeitsministerium richtet. Danach soll das Reichsarbeitsministerium wegen des zurückgegangenen Auslandsgeschäftes den Krankenkassen vorschreiben, daß „künftig lediglich deutsche Brillengläser für Krankenkassenzwecke Verwendung finden dürfen, und weiter, daß entsprechende Krankenkassen eidesstattliche Erklärungen von ihren Lieferanten anfordern, daß diese ihrerseits Gläser nur bei solchen Firmen beziehen, welche ihnen wiederum eidesstattlich versichern, daß ihre Brillengläser von Grund auf in Deutschland hergestellt sind.“

Von dieser Initiative hat aber offensichtlich der Reichsverband des deutschen Groß- und Überseehandels gehört, der seinerseits beim Reichswirtschaftsministerium interveniert. Daraufhin schreibt dieses am 12. 6. 1934 an das Reichsarbeitsministerium: „Die deutsche optische Industrie liefert einen großen Teil ihrer Erzeugnisse an das Ausland. Es muß unter allen Umständen vermieden werden, daß

der Absatz in das Ausland durch Vergeltungsmaßnahmen weiter erschwert wird. Bei Erwägungen über Beschränkung der Krankenkassenlieferungen auf deutsche Erzeugnisse bitte ich, hierauf nach Möglichkeit Rücksicht zu nehmen.“

Als mit diesem Argument das Reichsarbeitsministerium den Reichsverband der deutschen optischen Industrie abschlägig bescheidet (am 18. 9. 1934), entgegnet dieser – aus dem gleichen Sachverhalt entgegengesetzte Schlußfolgerungen ziehend! – am 28. 9. 1934, daß besonderer Wert darauf gelegt werden muß, daß, „so weit überhaupt ein Einfluß darauf möglich ist, die Einfuhr ausländischer Brillengläser unterbleibt. Es ist dies eine Maßnahme, die schon aus sozialpolitischen Gründen notwendig erscheint, weil ja der Rückgang des Exports die Firmen zwingen muß, ihre Arbeitnehmer zu entlassen, wenn es nicht gelingt, durch einen vermehrten Absatz im Inlande einen gewissen Ausgleich zu schaffen.“

Am 17. 9. 1934 erhält das Reichsarbeitsministerium über den Reichsverband der Ortskrankenkassen (Aufzeichnung von Wilhelm Strakeljahn) die erste Mitteilung über neue Pläne der optischen Industrie. Diese ist wohl zunehmender Konkurrenz von kleinen Familienbetrieben und Heimarbeit ausgesetzt, die die Industriepreise laufend unterbietet. Daraufhin verhandelt man mit dem Reichswirtschaftsministerium über eine Marktordnung⁴⁴, das heißt Aufhebung der freien Konkurrenz. Durch 13 Betriebsfestpreise und weitere 1000 Richtpreise soll der Markt geordnet werden. Die bisherigen Unterschiedsqualitäten der Gläser I a, II a, III a sollen zugunsten eines normierten und garantierten Einheitsglases guter Qualität entfallen. Dieses soll billiger als bisher vergleichbare von der optischen Industrie abgegeben werden, aber, um die Optikerverdienstspanne zu erhöhen, zu dem bisherigen I a-Preis an die Krankenkassen abgegeben werden.

Am 17. 11. 1934 sprechen dann die Vertreter der optischen Industrie im Reichsarbeitsministerium vor; zugrundegelegt wird eine Aufzeichnung von Herrn Froemke von der Firma Emil Busch, Rathenow. Diese offenbart, daß die Krankenkassen im Hinblick auf Qualität und Preis seit Jahren über Strecken „hinter's Licht“ geführt worden sind bzw. wie berechtigt deren Forderung nach Qualitätsmarke war. Die im Reichsabkommen von 1927 festgelegte Finop- und Bonop-Qualität (wohl I a und II a?) sei nur noch von den Firmen Emil Busch, Nitsche & Günther und G. Rodenstock unterschieden worden, nicht aber von den übrigen

⁴⁴ Vgl. dazu allgemein Becker, Theodor: Gewerbliche Markt- und Preisordnung im Zeichen des Leistungswettbewerbs, in: Mönickmeier, Otto (Hrsg.): Jahrbuch der nationalsozialistischen Wirtschaft, München 1937, 320.

gen: „Die ungünstigen Konjunktur-Verhältnisse auf dem Brillengläsermarkt haben sich immer mehr dahin ausgewirkt, daß bei den meisten Firmen nur eine Qualität aussortiert wird und diese als I. Qualität bezeichnet wird.“ Die Marktordnung schein notwendig, „wenn nicht die ganze Brillenglasindustrie dem sicheren Ruin entgegengehen will“. Bei dieser Gelegenheit soll das „vertragsbrüchige“ Verhalten der Firmen und Optiker gegenüber den Krankenkassen legalisiert werden: „Das Einkaufspreisniveau der Optiker soll bei Beibehaltung des Abgabepreises an die Krankenkassen ermäßigt werden.“

Dr. Maximilian Sauerborn notiert, alle Zweifel über das Geschehene ausschließend, noch einmal über die Wünsche und vor allem Eingeständnisse der Herren von der optischen Industrie: „Die Änderung, die sie erstrebten, bestehe lediglich darin, daß nur noch eine Qualität für Brillengläser geliefert würde, die an sich nach dem bisherigen Abkommen geliefert werden mußte, tatsächlich aber nicht geliefert wurde. Der Zuschlag soll aber der gleiche bleiben und auch von dem Grundpreis ausgehen, der bisher festgesetzt war. Mithin würde sich für den Optiker die Verdienstspanne vergrößern. Die Herren glaubten, daß dies bei der Lage der Optiker notwendig sei. Weiterhin weisen sie darauf hin, daß schon bisher praktisch nur in den seltensten Fällen die richtige Qualität, wie sie dem Abkommen entspreche, geliefert worden wäre.“

All dem entspricht ein Urteil des Kartellgerichts Berlin-Charlottenburg vom 28. 11. 1934 (Az. K. 12.86/34), in dem an einem Magdeburger Fall festgestellt wird, daß der Mitteldeutsche Optikerverband (eine Unterorganisation des Reichsverbandes deutscher Augenoptiker) von seinen Mitgliedern fordert, „statt der vorgeschriebenen Prima-Qualität mehr oder weniger regelmäßig die billigere Bonas-Bonop-Qualität zu den Prima-Qualitätspreisen zu verwenden“.

Die Aktenüberlieferung schließt mit zwei Einzelmitteilungen, die ebenfalls retrospektiv interessant sind. Die AOK Pirna berichtet über eine Kontrollfahrt bei Lieferanten, wobei sich „traurige Verhältnisse“ bei den „Kombinationsoptikern“, also Uhrmachern mit Nebenbei-Optik zeigten. Die meisten haben keineswegs die zur Brillenanpassung erforderlichen Apparaturen und so gut wie keine Lager von vorgeschriebenen Kassenbrillen. Auch mit den Fachkenntnissen hapert es. Das traurigste Beispiel bietet Uhrmacher Engelhardt jun. aus Bad Schandau, ausgebildet in einem 4-Wochen-Kurs bei Nitsche & Günther in Rathenow. Frage: „Was machen Sie bei astigmatischen Gläsern?“ Antwort: „Damit gebe ich mich nicht ab, sondern sende das Rezept ein. Die Firma Nitsche & Günther ist ganz erstklassig, auf die kann ich mich

verlassen.“ Frage: „Was machen Sie, wenn eine Person kommt, die eine richtige Adlernase hat?“ Antwort: „Ich stecke das Rezept in einen Briefumschlag und sende ihn nach Rathenow ein. Die Ärzte füllen ja alles ganz genau aus.“

Schließlich beschwert sich ein Mitarbeiter des Generalbevollmächtigten für den Vierjahresplan Hermann Göring über das Zuzahlungsverbot im Reichsabkommen. Das führe dazu, daß Material verschwendet würde, weil die Versicherten daraufhin Kassenbrille und Zuzahlungsbrille bezögen. Am 23. 9. 1937 wird er vom Reichsverband der Ortskrankenkassen anderweitig belehrt. „Die Vertragsparteien sind davon ausgegangen, daß die Kassenbrillen allen Anforderungen genügen und deshalb von allen Versicherten getragen werden können. Das Verbot der Zuzahlungen ist aufgenommen worden, um Übervorteilungen der Kassenmitglieder zu begegnen. Es ist nämlich nicht selten vorgekommen, daß den Kassenmitgliedern, wenn sie bessere Brillengestelle verlangen, die Preise berechnet wurden, die auch jeder andere Käufer zu zahlen hatte, und daß der Optiker neben dem regulären sich auch noch einen Betrag von der Krankenkasse bezahlen ließ.“

Beispiel: Die Krankenkasse zahlte für eine Kassenbrille 3,50 RM. Der Versicherte wählte aber die bessere Brille, für die jeder Käufer 12,50 RM zu zahlen hat. Dem Versicherten wurde erklärt, daß die Brille 12,50 RM koste und auf diesen Preis 3,50 RM angerechnet wären, die die Krankenkasse zu zahlen hätte. Der Optiker erhielt dann neben dem regulären Preis von 12,50 RM noch den Betrag von 3,50 RM von der Krankenkasse. Die Vereinbarung vom 25. 10. 1927 ist für die Krankenkassen nicht bindend. Sie stellt vielmehr lediglich eine Empfehlung an die Krankenkassen dar, ihren Inhalt den örtlichen Abmachungen zu Grunde zu legen. (Ein derartiger Verpflichtungsschein existiert z. B. nicht in Berlin, F.T.). Es gibt Kassen, die das Verbot der Zuzahlung nicht in die örtlichen Verträge übernommen und statt dessen vereinbart haben, daß die Optiker sich der Einwirkung auf die Versicherten, sich bessere Brillengestelle liefern zu lassen, zu enthalten haben, jedoch den Versicherten aber dann, wenn das Verlangen nach besserem Gestell doch gestellt wird, einen bestimmten Betrag auf den Kaufpreis anrechnen und der Kasse in Rechnung stellen müssen.“

Anschrift des Verfassers: Gesamthochschule Kassel, Fachbereich 4 Sozialwesen, 3500 Kassel, Heinrich-Plett-Straße 40