

---

Robert Jütte (Hrsg.)

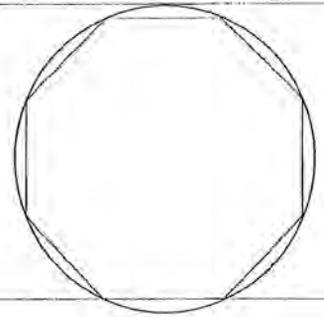
# **Geschichte der deutschen Ärzteschaft**

Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik  
im 19. und 20. Jahrhundert

Unter Mitarbeit von T. Gerst, H. Herold-Schmidt, N. Jachertz,  
K.-D. Müller, M. Rüter und E. Wolff

*annotiertes Typoskript*

Deutscher Ärzte-Verlag, Köln



Leiter:  
Prof. Dr. phil. Robert Jütte

Telefon (07 11) 48 30 13 + 17  
Telefax (07 11) 46 17 55  
E-Mail [jutte@rus.uni-stuttgart.de](mailto:jutte@rus.uni-stuttgart.de)  
[robert.jutte@po.hi.uni-stuttgart.de](mailto:robert.jutte@po.hi.uni-stuttgart.de)

## Hinweise für den Leser

Dieser Band enthält die *annotierten* Manuskripte der Beiträge zur Geschichte der deutschen Ärzteschaft, hrsg. von Robert Jütte, Köln: Deutscher Ärzteverlag, 1997. Geleitwort und Vorwort wurden, da auch im Original ohne Anmerkungen, hier nicht aufgenommen. Die Kurztitel der zitierten Literatur verweisen auf das ausführliche Literaturverzeichnis in der Druckfassung, das hier noch einmal als Kopie im Anhang wiedergegeben ist.

Rückfragen an die Autoren sind an die obenangegebene Adresse zu richten.

Für die Autoren

Prof. Dr. phil. Robert Jütte, Herausgeber

---

Mit 122 Abbildungen  
und 21 Tabellen

ISBN 3-7691-0345-9

Das Umschlagbild zeigt den Geschäftsausschuß des Deutschen Ärztevereinsbundes auf dem 6. Deutschen Ärztetag in Eisenach (1878) vor dem Hintergrund des 1956 fertiggestellten Gebäudes der Bundesärztekammer in Köln-Lindenthal (beide Fotos: Bildarchiv des Deutschen Ärzteblattes).

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme

Geschichte der deutschen Ärzteschaft: organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert / R. Jütte (Hrsg.).- Köln: Dt. Ärzte-Verl., 1997

ISBN 3-7691-0345-9

NE: Jütte, Robert [Hrsg.]

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, daß solche Namen im Sinne der Warenzeichen- oder Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf deshalb der vorherigen schriftlichen Genehmigung des Verlages.

Copyright © by

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln 1997

Satz: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln

Druck: Farbo Druck & Grafik Team GmbH, Köln

Bindung: Großbuchbinderei Schiffmann GmbH & Co., Bergisch Gladbach

---

# Inhaltsverzeichnis

Die Seitennummerierung entspricht den Seitenzahlen in der fortlaufenden Pdf-Datei. Die Seitenzählung innerhalb der Kapitel erfolgt separat.

<b>1. Die Entwicklung des ärztlichen Vereinswesens und des organisierten Ärztstandes bis 1871</b> .....	5
Robert Jütte	
<b>2. Ärztliche Interessenvertretung im Kaiserreich 1871-1914</b> .....	42
Hedwig Herold-Schmidt	
<b>3. Mehr als nur materielle Interessen: Die organisierte Ärzteschaft im Ersten Weltkrieg und in der Weimarer Republik 1914-1933</b> .....	146
Eberhard Wolff	
<b>4. Ärztliches Standeswesen im Nationalsozialismus 1933-1945</b> .....	185
Martin Rüther	
<b>5. Neuaufbau und Konsolidierung: Ärztliche Selbstverwaltung und Interessenvertretung in den drei Westzonen und der Bundesrepublik Deutschland 1945-1995</b> .....	239
Thomas Gerst	
<b>6. Die Ärzteschaft im staatlichen Gesundheitswesen der SBZ und DDR 1945-1989</b> .....	298
Klaus-Dieter Müller	
<b>7. Phasen der „Vergangenheitsbewältigung“ in der deutschen Ärzteschaft nach dem Zweiten Weltkrieg</b> .....	341
Norbert Jachertz	
Chronik der Deutschen Ärztetage von 1873-1997, Archiv- und Literaturverzeichnis, Bildnachweis .....	353

## Die Entwicklung des organisierten Ärztstandes und des ärztlichen Vereinswesens bis 1873

von Robert Jütte

### Politische, soziale und wirtschaftliche Umbrüche (1800-1871)

Die politischen Grundideen (Konservatismus, Liberalismus, Sozialismus) des 19. Jahrhunderts, aber auch die nationalen und demokratischen Strömungen jener Zeit ließen große Teile der deutschen Ärzteschaft nicht unberührt. Die lange Reihe der politisch engagierten deutschen Ärzte beginnt mit Georg Kerner, der nach Ausbruch der Französischen Revolution nach Paris ging und bis zum Staatsstreich Napoleons am berühmten 18. Brumaire 1799 der Republik als Diplomat diente, dann Frankreich fluchtartig verlassen mußte und 1812 in Hamburg starb. Zu der großen Zahl der deutschen Ärzte, die von der Romantik stark beeinflusst waren und die mit der 1815 in Jena gegründeten Deutschen Burschenschaft und deren Devise „Ehre, Freiheit, Vaterland“ offenkundig sympathisierten, gehören beispielsweise der Anatom Jacob Henle (1809-1885) und der medizinische Schriftsteller Gottfried Eisenmann (1795-1867). 1839 starb im Züricher Exil der Arzt und Dramatiker Georg Büchner (1813-1837), der eindeutig der radikal-demokratischen Bewegung zuzurechnen ist. Auch im Umkreis von Karl Marx findet man in den 1840er und 1850er Jahren zahlreiche sozialistisch gesonnene Ärzte, wie z.B. den Kölner Armenarzt Dr. Andreas Gottschalk (1815-1849). Im Revolutionsjahr 1848 sah man ebenfalls einen so angesehenen Wissenschaftler wie Rudolf Virchow (1821-1902) in Berlin auf den Barrikaden. Eher nationalliberale Positionen vertrat im

Reichstag des 1866 unter preußischer Führung gegründeten Norddeutschen Bundes der Berliner Arzt Wilhelm Loewe (1814-1886), der 1861 aus dem amerikanischen Exil in die preußische Hauptstadt zurückgekehrt war.

Die „materialistischen, demokratischen und sozialen Züge des Arztberufes“<sup>1</sup>, die nach Ansicht des Medizinhistorikers Erwin H. Ackerknecht in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts dominieren, hängen zweifellos mit der demographischen, sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung Deutschlands in jenen sieben Jahrzehnten vor der Reichsgründung zusammen. Die weitreichendsten Folgen, nicht zuletzt für das Berufsfeld des Arztes, hatte die demographische Revolution, von der auch Deutschland in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts erfaßt wurde. Erstmals kehrte sich der Bevölkerungstrend grundlegend um, die Sterberate begann unter die Geburtenrate zu sinken, so daß das Bevölkerungswachstum nicht mehr überwiegend auf Zuwanderung beruhte. Um 1800 hatte Deutschland (einschließlich der österreichischen Länder) etwa 30 Millionen Einwohner, 1865 waren es bereits über 52 Millionen. Das bedeutete einen jährlichen Zuwachs von durchschnittlich knapp einem Prozent. Dadurch stieg die Bevölkerungsdichte im Gebiete des Deutschen Bundes (ohne Österreich) von 49 auf 78 Einwohner pro Quadratkilometer. Damit verändert sich auch das alltägliche Leben für die große Masse der Bevölkerung. Nicht nur verstärkte sich der Trend, die Arbeitsstätte von der häuslichen Konsum- und Lebenssphäre zu trennen, auch das Wohnen im eigenen Haus wurde seltener. Dafür nahm die Zahl der Mietswohnungen und Mietskasernen rapide zu.

Mit den neuen Familien- und Wohnformen, die eine der Folgen der zunehmenden Industrialisierung und Verstädterung waren, änderte sich auch der Alltag der Menschen. Die dichtbebauten Viertel der deutschen Großstädte bargen neue Gesundheitsrisiken, die die Hygieniker unter den Ärzten rasch erkannten. Die soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod wurde größer. Zwar trugen neue Transportmöglichkeiten (Eisenbahnbau) und landwirtschaftliche Innovationen (z.B. Dampfpflug) dazu bei, daß die Versorgung mit Nahrungsmitteln besser wurde, doch war Schmalhans für viele Menschen, die nicht überwiegend auf landwirtschaftliche Erzeugnisse aus Eigenproduktion zurückgreifen konnten, weiterhin Küchenmeister. Der Hunger als ständige Begleiterscheinung der Massenarmut blieb bis weit in die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts hinein ein Problem, für das sich trotz vielfältiger Bemühungen der privaten, kirchlichen und kommunalen Fürsorge damals noch keine dauerhafte Lösung abzeichnete. Erst 1870 hatte Deutschland seine industrielle Rückständigkeit gegenüber den damals führenden westlichen Industrienationen überwunden. In der Phase der Hochindustrialisierung stiegen seit 1850 die Reallöhne langsam, aber stetig an und erreichten 1871 die Indexziffer 69 (1900 = 100, 1810 = 58). Damit hatte zwar der „vorindustrielle Druck“ (Thomas Nipperdey) durch Frauen-, Kinder- und Heimarbeit nachgelassen, doch waren damit die drängenden gesellschaftspolitischen Probleme, die man im 19. Jahrhundert unter dem Begriff „soziale Frage“ faßte und die auch die damalige Ärzteschaft nicht unberührt ließen, noch nicht vom Tisch.

## Der unaufhaltsame Aufstieg der Ärzte

Als in Frankreich die Französische Revolution ihren Anfang nahm und die davon ausgehenden Schockwellen ganz Europa erschütterten, glaubten auch viele Ärzte diesseits und jenseits des Rheins, daß ein neues Zeitalter angebrochen sei und nun die Medizin endlich den ihr gebührenden Platz bekommen würde. Ein Beispiel für diese „konkrete Utopie“ (Ernst Bloch) ist die Wunschvorstellung eines deutschen Arztes (Johann Klemens Tode, 1736-1806), die im Revolutionsjahr 1789 im Druck erschien: „Es scheint die Zeit gekommen zu seyn, da die Ärzte regieren wollen. Vormals stand die Geistlichkeit hinter dem Steuermann; izt tritt die Medicin hinzu“.<sup>2</sup> Bis die Ärzte aber tatsächlich eine dominante Position in der bürgerlichen Gesellschaft einnehmen konnten, ihnen also eine unbestrittene Expertenmacht und das damit verbundene, lang erstrebte gesellschaftliche Ansehen zuteil wurde, sollte aber noch fast ein ganzes Jahrhundert vergehen.

Das zähe Ringen um die berufliche Vorrangstellung, das um die Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert einsetzte, wird in der Medizingeschichte meist mit dem aus der Soziologie entlehnten Begriff der „Professionalisierung“<sup>3</sup> bezeichnet. Je nach Definition sind es mindestens vier Merkmale oder Phänomene, die diesen Prozeß, der auch bei anderen Berufsgruppen (z.B. Juristen) zu beobachten ist, charakterisieren: 1. das Streben nach einem Marktmonopol; 2. die Kontrolle der Ausbildung und des Zugangs zum Beruf; 3. die Normierung des Verhaltens durch eine eigene Berufsethik; 4. die Durchsetzung beruflicher Autonomie (u.a. durch verbandsmäßigen Zusammenschluß). Wie der zuletztgenannte Punkt bereits andeutet, bedurfte es

dazu einer breiten, massiven und effektiven Vertretung berufsständischer Interessen, z.B. in Form des Vereins. Gerade in einer Zeit des sozialen und politischen Umbruchs, als die traditionelle Ständegesellschaft sich in Auflösung befand und neue Formen gesellschaftlicher Organisation (Klassen, Schichten) entstanden, kam dem Verein in der Öffentlichkeit eine zentrale Bedeutung zu. Von diesem Wandlungsprozeß wurde auch die Ärzteschaft erfaßt. Es war also nicht nur der vielbeschworene Zeitgeist, der eine Gruppe Lübecker Ärzte 1809 auf die Idee brachte, für das Einladungsschreiben zur Gründungsversammlung des Ärztlichen Vereins das bekannte Goethe-Wort „Ein einzelner hilft nicht, sondern wer sich mit vielen zur rechten Stunde vereinigt“<sup>4</sup> zu wählen. Die rasante Entwicklung des ärztlichen Vereinswesens verlief zum größten Teil parallel zu dem langwierigen Professionalisierungsprozeß, der in der Medizin im 19. und 20. Jahrhundert nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen westlichen Ländern zu beobachten ist. In jeder Phase dieses Prozesses haben die vereinsmäßigen Zusammenschlüsse von Ärzten einen wesentlichen Beitrag zur Erlangung eines oder mehrerer der genannten vier Ziele geleistet.

Die „gelehrte Periode“ ärztlicher Vereinsgründungen (1770-1839)

Als sich im Mai 1832 in Schorndorf bei Stuttgart die Mitglieder des ein Jahr zuvor gegründeten Württembergischen Ärztlichen Vereins zu ihrer zweiten Versammlung trafen, ging der dortige Oberamtsarzt Dr. Faber in seiner offiziellen Begrüßungsansprache auch auf die Vorläufer der ärztlichen

Vereine ein. Er nannte in diesem Zusammenhang neben den mittelalterlichen Ärzteschulen (Salerno ca. 1080, Montpellier um 1150) vor allem die berühmten deutschen und ausländischen wissenschaftlichen Akademien (so z.B. die 1652 in Schweinfurt gegründete und 1677 von Kaiser Leopold I. bestätigte Akademie der Naturforscher, die noch heute unter dem Namen „Leopoldina“ weltweit Anerkennung genießt). Dr. Faber nahm dann im weiteren Verlauf seiner Rede noch kurz auf die gelehrten Gesellschaften des 18. Jahrhunderts Bezug. Diese Einrichtungen, die allesamt auf private Initiativen zurückgehen, zählte er zu den direkten Vorläufern der ärztlichen Vereine des 19. Jahrhunderts. Keine Erwähnung finden dagegen in seiner bemerkenswerten historischen Rückschau bezeichnenderweise die Medizinalkollegien, die nämlich in den meisten Fällen eine obrigkeitliche Institution bzw. eine Medizinalbehörde waren, wie z.B. das Berliner Collegium Medicum von 1685. Doch war dem Redner vielleicht nicht bekannt, daß zum Teil auch die auf freiwilligem Zusammenschluß beruhenden ärztlichen Vereinigungen in einzelnen deutschen Städten diesen Namen trugen. Dazu zählt beispielsweise das 1644 von dem gelehrten Arzt und Naturforscher Joachim Jungius (1587-1657) mitbegründete Hamburger Collegium medicum, dessen Statuten mit den bezeichnenden Worten beginnen: „Fundamentum collegii medici nostri esto salus civium et medicorum“ („Das Fundament unseres Medizinalkollegs ist das Wohl der Bürgerschaft und der Ärzte“).

Was sich in Braunschweig und andernorts (Lübeck 1809, Berlin 1810, Bonn 1818, Gießen 1833) auf lokaler oder regionaler Ebene in den ersten beiden Jahrzehnten des 19.

Jahrhunderts zu etablieren begann, waren entweder reine Ärztegesellschaften oder gemischt naturwissenschaftlich-medizinische Vereine. Der erste überregionale oder nationale Zusammenschluß dieser Art ist die bis heute bestehende Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte, die 1822 in Leipzig gegründet wurde und sich im Laufe des 19. Jahrhunderts in immer mehr Sektionen aufspaltete. Und es ist bezeichnend, daß es gerade dieser private Zusammenschluß von angesehenen Wissenschaftlern aus unterschiedlichsten Fachrichtungen war, der 1831 das Muster für die Gründung eines Württembergischen Ärztevereins abgab, wie Dr. Faber in seiner bereits erwähnten Begrüßungsansprache ausdrücklich hervorhob. So zeigen sich auch im ärztlichen Vereinswesen ähnliche Entwicklungen, wie sie die allgemeine Vereinsgeschichtsforschung für die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts herausgearbeitet hat:<sup>5</sup> 1. eine Funktionsdifferenzierung (wie die Aufteilung in verschiedene Sektionen oder Gründung von speziellen Vereinen zeigt); 2. eine Tendenz zum großräumigen Zusammenschluß (z.B. Württembergischer Ärzteverein 1832); 3. eine massenhafte Ausdehnung (wenn man die Zahl der Vereinsgründungen in den ersten drei Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts mit der entsprechenden Zahl für das letzte Drittel des 18. Jahrhunderts vergleicht). Im Unterschied zu Vereinen mit anderen Zielsetzungen fand aber in den Ärztevereinen aus naheliegenden Gründen keine soziale Erweiterung nach unten statt. Im Gegenteil: Man bemühte sich ausdrücklich um Exklusivität, wie das strenge Aufnahmeverfahren (Ballotieren) in den Statuten der meisten dieser Vereine zeigt. Gleichwohl konnte oder wollte man den überwiegend handwerklich

ausgebildeten Wundärzten bis weit in die 1850er Jahre hinein den Beitritt zu den Ärztevereinen nicht verwehren. Eine Ausnahme ist wiederum Württemberg, wo aufgrund der Rivalität zwischen den beiden Gruppen Mitte der 1840er Jahre die Wundärzte einen eigenen Verein gründeten.<sup>6</sup>

„Fortbildung des Wissenschaft“ als Ziel

Die Rolle der Ärztevereine beschränkte sich in dieser frühen Phase auf das, was ein zeitgenössischer Beobachter, der Dresdner Arzt Bernhard Hirschel (1815-1874), als „Heranbilden der Gegenwart für die Zukunft“<sup>7</sup> bezeichnet hat. Das Hauptaugenmerk richtete sich zunächst darauf, das insgesamt noch geringe Ansehen der Ärzteschaft in der Öffentlichkeit zu heben, indem man sich unter anderem einen Wettbewerbsvorteil vor den Konkurrenten auf dem Gesundheitsmarkt zu schaffen versuchte. Um dies zu erreichen, setzte man von Anfang an voll und ganz auf eine Karte, die sich schon im 17. und 18. Jahrhundert im Konkurrenzkampf gegen jüdische Ärzte, denen ein Universitätsstudium damals größtenteils verwehrt war, taktisch bewährt hatte. Statt wie bisher lediglich die reine Gelehrsamkeit, das eher theoretische Bücherwissen zu betonen, ging man am Anfang des 19. Jahrhunderts verstärkt dazu über, den Nimbus der in Praxis und Theorie gleichermaßen ausgewiesenen Wissenschaft zu pflegen. Von dieser Intention, nämlich das wissenschaftliche Niveau und damit auch das Ansehen des eigenen Standes zu heben, legen nicht wenige Gründungsurkunden und Statuten von Ärztevereinen ein beredtes Zeugnis ab. So erhoffte man sich beispielsweise 1809 in Lübeck, „durch die Stiftung des

Ärztlichen Vereins, den Geist der Liebe und des gegenseitigen Zutrauens [...] noch mehr zu befestigen und erwartet für die Kunst selbst Gewinn durch wiederholte gegenseitige Mitteilung der Erfahrungen und der theoretischen Ansichten“.<sup>8</sup>

Wie nötig die in den Statuten der Vereine immer wieder zitierte „Fortbildung der Wissenschaft“ für die Theorie und Praxis der Medizin war, zeigt der relativ niedrige Stand des medizinischen Wissens um die Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert, als verschiedene medizinische Systeme (Mesmerismus, Brownianismus, Animismus) miteinander konkurrierten und das therapeutische Angebot der Ärzte sich in der Regel auf die sogenannte „heroische Medizin“ beschränkte, die den Patienten mit intensiver Anwendung von Aderlaß, Abführ- und Purgiermitteln zu helfen versuchte und ihm dabei ein erhebliches Maß an physischem und psychischem Durchhaltevermögen abverlangte. Wenngleich noch mehr als ein halbes Jahrhundert vergehen sollte, bis die Ärzte überzeugende therapeutische Alternativen (wie z.B. in der Chirurgie die Anästhesie und die keimfreien Wundverbände oder in der Pharmazie die synthetisch hergestellten Schmerzmittel) anbieten konnten und auch die diagnostischen Hilfsmittel zuverlässiger und präziser wurden, so trugen doch die rasche Verwissenschaftlichung des Medizinstudiums sowie die sich großer Publizität erfreuenden Entdeckungen in den Grundlagenfächern der Medizin (vor allem auf dem Gebiet der Physiologie) entscheidend dazu bei, den angestrebten Expertenstatus zu begründen. Es waren nicht zuletzt die wissenschaftlichen Vereine der Ärzte, die durch ihre vielfältigen Tätigkeiten (Denkschriften, Petitionen, Tagungen

und Zeitschriftenpublikationen) zur Hebung des sozialen Prestiges der Ärzteschaft erheblich beitrugen.

### Mehr Kollegialität und Solidarität unter Ärzten

In der neueren medizinhistorischen Forschung findet sich gelegentlich der Hinweis, daß „Neid und Scheelsucht“ (Ute Frevert) zum relativ schlechten Ansehen der Ärzteschaft beigetragen haben. In der Tat: Selbst bei einem cursorschen Blick in die Vielzahl von medizinkritischen Publikationen aus der Feder von Ärzten und Laien, die gegen Ende des 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts sehr populär waren, begreift man, was ein angesehener Physiologe, Theodor Roose (1771-1803), meinte, als er sich in einem 1803 veröffentlichten Aufsatz zu der süffisanten Bemerkung hinreißen ließ, daß die ärztliche Kollegialität zweifellos dem damaligen „Grade des Wissens“<sup>9</sup> entspreche. Und so sahen es gerade die ärztlichen Vereine, die im ersten Drittel des 19. Jahrhunderts überall wie Pilze aus dem Boden schossen, als eine ihrer Hauptaufgaben an, was der bereits erwähnte Dresdner Arzt Bernhard Hirschel 1839 als „lebendiges, freundlich-collegiales Zusammenwirken verschiedener Kräfte“<sup>10</sup> anmahnte. Bereits einige Jahrzehnte zuvor konnte man in einer medizinischen Fachzeitschrift lesen, daß Vereine zweifellos das geeigneteste Mittel seien, um „die an vielen Orthen so sehr vermisste Collegialität unter den Ärzten zu befördern, und das durch ein tadelnswerthes gegenseitiges Benehmen der Ärzte so sehr gesunkene Ansehen der Heilkunst wieder in die Höhe zu bringen.“<sup>11</sup> Daß die Vereine diese Aufgabe ernst nahmen, zeigt beispielsweise die 1823 erfolgte Ergänzung der Statuten des Lübecker

Ärztevereins um den Passus „Sämtliche Mitglieder unseres Vereins geben sich das Wort, über das Heilverfahren ihrer hiesigen Kollegen nie ein tadelndes Wort gegen ihre Kranken, gegen andere Privatpersonen oder im Publikum zu äußern.“<sup>12</sup> Neben diesen beiden genannten Zielen (Etablierung einer medizinischen Deutungsmacht und Normierung ärztlichen Verhaltens) stand in der „gelehrten Periode“ (Hermann E. Richter) des ärztlichen Vereinswesens das Bemühen um eine berufliche Autonomie noch zurück. Gleichwohl waren auch die Vereine, die laut Statuten vorrangig der Förderung der Wissenschaft und Kollegialität und nicht in erster Linie der Wahrnehmung standespolitischer Interessen dienen sollten, schon in dieser Phase auf dem besten Weg, zu Transmissionsriemen zu werden, mit denen sich später Forderungen nach beruflicher Autonomie äußerst effizient propagieren und durchsetzen ließen. Bereits in dieser frühen Zeit legten die Gründer der Ärztevereine besonderen Wert darauf, daß es sich um Zusammenschlüsse auf privater Basis handelt, die man den Behörden zwar aufgrund der vor allem im Vormärz restriktiv gehandhabten Vereinsgesetzgebung anzeigen mußte, die aber möglichst frei von jeder staatlichen Oberaufsicht oder gar Einmischung bleiben sollten. Und so überrascht es nicht, daß viele dieser privaten Ärztevereine den Obrigkeiten anfangs verdächtig vorkamen. So scheiterte beispielsweise im Jahre 1804 die Initiative dreier Lübecker Ärzte, weil der Senat der Hansestadt befürchtete, daß „ein solcher Verein engverbundener, dem Volke zugänglicher und durch Kenntnisse hochgestellter Männer [...] am Ende die Obrigkeit selbst sich unterzuordnen streben und einen nicht zu berechnenden Einfluß gewinnen“<sup>13</sup> würde.

## Die Anfänge der Medizinalreform (1840-1847)

Nach 1840 trat die Entwicklung des ärztlichen Vereinswesens in Deutschland in ein neues Stadium. Während es in den zwanziger und dreißiger Jahren des 18. Jahrhunderts vorwiegend wissenschaftliche Vereine und Lesezirkel waren, in denen sich Ärzte auf lokaler und regionaler Ebene regelmäßig zum Meinungsaustausch trafen, setzte fast gleichzeitig mit Erscheinen der vieldiskutierten Reformschrift Philipps von Walther („Über das Verhältniss der Medizin zur Chirurgie und die Duplicität im ärztlichen Stand“, 1841) eine neue Welle von Vereinsgründungen ein. Es war vor allem „das Gefühl der den unsäglichen Mühen, den geistigen und körperlichen Strapazen, den vielfältigen gemüthlichen Aufregungen und Niederbeugungen nicht entsprechenden Stellung der Aerzte im Staat und im Publicum“, das nach Meinung rheinhessischer Ärzte, die sich 1844 zu einem Verein auf Landesebene zusammenschlossen, die „Idee der ärztlichen Association in vielen Gauen des deutschen Vaterlands hervorgerufen hat“.<sup>14</sup> Nicht nur in Rheinhessen, sondern auch in anderen deutschen Territorien entstanden somit in den 1840er Jahren ärztliche Vereine, die auf ihren Versammlungen und Kongressen nicht mehr vorrangig wissenschaftliche und therapeutisch-praktische Fragen erörterten, sondern zielstrebig auf eine umfassende Medizinalreform hinarbeiteten. Diese Zusammenschlüsse von standes- und gesundheitspolitisch interessierten Ärzten, wie es sie beispielsweise seit 1842 im Regierungsbezirk Merseburg und seit 1844 auch in Rheinhessen und im Raum Düsseldorf gab, öffneten die Spalten ihrer Vereinszeitschriften für

Reformvorschläge und publizierten in nicht wenigen Fällen sogar eigene Denkschriften. So findet man in einer vom Kölner Ärzteverein 1842 herausgegebenen Reformschrift erstmals die Überlegung, daß die Einheit des Standes nur durch eine umfassende Reform der Medizinalverfassung zu erreichen sei. Doch es sind nicht nur Vereine, die in den 1840er Jahren eine Fülle von Reformschriften veröffentlichten. Zahlreiche Einzelpersonen (meist dem ärztlichen Stand angehörend) beteiligten sich damals an dieser regen Diskussion. Angesichts der Flut von Publikationen ist der Stoßseufzer eines namentlich nicht genannten Zeitgenossen nur zu verständlich: „Bei der Masse derjenigen Schriften, welche in neuerer Zeit das Thema der Verbesserung des ärztlichen Stands behandelt haben, möchte es fast scheinen, als müsste man a priori jedes neue Buch, welches dieses so viel besprochene Thema wiederum behandelt, in die Classe der entbehrlichen und unnützen Erscheinungen rangiren. Doch würde ein derartiges Verdammungsurtheil nicht eben zu billigen sein, denn die Stimme der bei einer Umgestaltung des ärztlichen Standes Beteiligten hat sich in der letzten Zeit zu laut und zu dringend erhoben, als dass sie noch länger ungehört verhallen dürfte und nicht bei den Staatsregierungen Gehör finden müsste.“<sup>15</sup>

#### Kampf um gesundheits- und standespolitische Reformen

Zwei Entwicklungen waren es vor allem, die zur Entstehung einer Medizinalreformbewegung, die durch unterschiedliche Strömungen und Meinungen gekennzeichnet ist und ein breites politisches Spektrum (von liberal-reformerisch bis radikaldemokratisch-revolutionär) aufweist, entscheidend

beitragen. Zum einen war die Konkurrenz auf dem Gesundheitsmarkt größer und die materielle Lage der Ärzteschaft nicht durchgreifend besser geworden, zum anderen konnten die Ärzte, ganz gleich in welcher Stellung und Funktion sie tätig waren, nicht länger die Augen vor den brennenden gesellschaftlichen Problemen (z.B. Massenarmut) schließen. Die Medizinalreformbewegung, die Anfang der 1840er Jahre entstand und ihren Gipfelpunkt in der Revolution von 1848/49 erreichte, verfuhr daher zweigleisig, da es ihr sowohl um gesundheits- als auch standespolitische Reformen ging. Diese doppelte Zielsetzung ist in vielen der damaligen Reformschriften wiederzuerkennen. Am deutlichsten tritt sie in Salomon Neumanns Schrift aus dem Jahre 1847 zum Vorschein: „Nicht um den Stand der gewerbetreibenden Ärzte zu verbessern, sondern im Interesse der Gesamtheit, das von der Kunst abhängt, die von den Ärzten geübt wird, sind Reformen, ja wenn es notwendig sein muß, eine vollständige Umwälzung notwendig.“<sup>16</sup>

Doch zunächst zu der Situation, in der sich die deutsche Ärzteschaft zu Beginn der 1840er Jahre befand und die allseits Anlaß zu Klagen und Forderungen nach durchgreifenden Reformen gab. Das damalige Gesundheitswesen spiegelte die von der nationalen Bewegung in Deutschland beklagte staatliche Zersplitterung wider. In den 39 Staaten, die sich 1815 zum Deutschen Bund zusammengeschlossen hatten, galten nicht nur zum Teil stark voneinander abweichende Prüfungs- und Zulassungsordnungen für Personen, die im medizinischen Bereich tätig waren, sondern es gab auch fünf unterschiedliche Medizinalgewichte und mindestens zehn verschiedene offizielle Arzneibücher. Von einem „Einheitsstand“ waren die Ärzte

damals noch weit entfernt. Chirurgie und Medizin waren traditionsgemäß noch immer geschieden. So bildeten in den meisten deutschen Staaten Ärzte und Wundärzte noch immer zwei verschiedene Klassen. Letztere waren in Preußen noch einmal unterteilt, und zwar in Wundärzte I. und II. Klasse. Daß diese Berufsgruppe damals noch einen erheblichen Anteil am Gesundheitsmarkt hatte und damit notwendigerweise von den akademischen Ärzten als starke Konkurrenz empfunden wurde, belegt das Zahlenverhältnis zwischen Bevölkerung und Ärzten bzw. Wundärzten, wie es für einzelne deutsche Territorien überliefert ist. Während in Preußen beispielsweise die Zahl der im Medizinalwesen tätigen Personen zwischen 1827 und 1835 kaum anstieg, ist im Zeitraum von 1835-1842 eine Zunahme des ärztlichen Personals zu verzeichnen, die sich auf die Arztdichte positiv auswirkte. Das blieb nicht ohne wirtschaftliche Folgen für die meisten Ärzte, denn die promovierten Ärzte ließen sich weiterhin eher in der Stadt als auf dem platten Land nieder, was wiederum den Konkurrenzdruck erhöhte.

So wurden in den 1840er Jahren die Stimmen in der Ärzteschaft lauter, die eine „Überfüllung“ des Standes beklagten. In der Tat zeigt die Zahl der an den medizinischen Fakultäten eingeschriebenen Studenten bis Mitte der 1830er Jahre steigende Tendenz. 1835 waren knapp 2500 Studenten in diesem Fach eingeschrieben. Das waren immerhin gut ein Fünftel aller Studierenden. Doch nicht nur bei den Ärzten gab es im Vormärz Klagen über eine Überfüllung ihres Berufsstandes. Die Juristen und die evangelischen Theologen empfanden ihre Situation zum Teil als sehr viel bedrohlicher.<sup>17</sup> Auch wenn die Zahl der Medizinstudenten in den 1840er

Jahren stetig zurückging und mit 1570 im Studienjahr 1847/48 einen absoluten Tiefstand erreichte, so hatten es gerade junge Ärzte schon damals nicht leicht, ein Auskommen zu finden. In einer Reformschrift des Düsseldorfer Ärztevereins wird beispielsweise Klage darüber geführt, daß selbst „tüchtige und fleißige Ärzte nicht soviel verdienen können, als sie für sich und ihre Familie brauchten.“<sup>18</sup> Besonders prekär war die Lage der Ärzte im Staatsdienst, deren zahlenmäßiger Anteil an der Gesamtärzteschaft vor 1850 in Preußen noch bei fast fünfzig Prozent lag. So schrieb Rudolf Virchow zu jener Zeit, als er noch Assistenzarzt an der berühmten Charité in Berlin war, an seinen Vater: „An einer Eisenbahn verdienen junge Männer meines Alters in einem Tag soviel wie ich in einem Monat. Du wirst einsehen, daß dies wirklich unerhörte Proletariat mich auf die Ursache eines solchen Zustandes zurückblicken läßt.“<sup>19</sup>

Doch nicht nur über die Verschlechterung der materiellen Lage wurde in den Reformschriften Beschwerde geführt und Abhilfe gefordert. Häufig finden sich auch Klagen über den Verlust des Ansehens in der Bevölkerung. Einige Reformer machten dafür den Konkurrenzdruck verantwortlich, wie wir der sarkastischen Bemerkung des württembergischen Arztes Samuel Härlins (1808-?) entnehmen können: „Dadurch, daß jetzt schon manche Ärzte mit dem Dorfbarbier an einem Knochen nagen, ist die ärztliche Würde gesunken.“<sup>20</sup> Andere wiederum führten die „Vertrauenskrise“ auf Mängel in der medizinischen Aus- und Weiterbildung zurück. Dazu heißt es in einer anonymen Schrift aus dem Jahr 1845: „Ich lernte Ärzte kennen, welche sich rühmten, den neuen Bücher- und Entdeckungsquark seit 10 Jahren gänzlich desavouiert zu haben. Stehen nun solche Subjecte an der Spitze einer medicinischen Verwaltung, dann

werden sie den Geist der Medicin in ihrem Wirkungskreis verpesten.“<sup>21</sup> Beanstandet wurde auch, wie zum Teil schon in den Jahrzehnten zuvor, die zu starke theoretische Ausrichtung der Medizin sowie der Schulenstreit unter den Ärzten. Angesichts dieser Mißstände und Fehlentwicklungen forderten einzelne Kritiker, unterstützt von der überwiegenden Mehrzahl der Mitglieder ärztlicher Vereine, eine umfassende Medizinalreform und unterbreiteten den zuständigen Stellen entsprechende Vorschläge. Nach Ansicht des Großhessischen Hofrats und Physikatsarztes Karl Simeons, dessen Stimme hier für viele stehen mag, kamen als Maßnahmen in Frage: 1. größere Anforderungen in Hinblick auf die Vorbildung (Stichwort: Gymnasialreform); 2. Verbesserung der Mediziner Ausbildung und strengere Prüfungsordnungen; 3. eine längere Praxisphase vor Erteilung der Approbation; 4. Niederlassungsbeschränkungen für Ärzte und die staatliche Überwachung ihrer wissenschaftlichen und technischen Fortbildung; 5. ein neues Verhältnis aller Ärzte zum Staat, wovon auch die Medizinalbeamten nicht ausgenommen werden sollten.<sup>22</sup>

#### Vereinsgründungen zur Wahrung berufsständischer Interessen

Wenn sich die Forderungskataloge auch in dem einen oder anderen wichtigen Detail unterscheiden, so war man sich doch weitgehend einig darüber, wie man diese standespolitischen Interessen durchzusetzen hoffte, nämlich mittels „Association“, d.h. den vereinsmäßigen Zusammenschluß. Dazu mußte aber der deutsche Obrigkeitsstaat, der damals noch nach dem restriktiven und starren „System Metternich“ regiert wurde und

dem freiwillige Zusammenschlüsse jedweder Art eher verdächtig waren, über seinen Schatten springen. So wird die Forderung in der Denkschrift des Kölner Ärztevereins aus dem Jahr 1842 verständlich, die lautete: „Daneben müsste von Regierungswegen die Bildung von Vereinen zu wissenschaftlichen und kollegialen Zwecken begünstigt werden. Es fehlt den Ärzten nicht an Neigung dazu, und um ihr Aufblühen zu sichern, bedarf es nur einer Unterstützung von Seiten des Staates, die darin bestehen müsste, dass den Vereinen eine legale Existenz, eine wirkliche Autorität, ein Einfluss auf die öffentlichen Angelegenheiten verliehen würde.“<sup>23</sup>

Die ärztlichen Vereine, die in den 1840er Jahren gegründet wurden, verstanden sich im Unterschied zu ihren Vorgängern sehr viel mehr als Wahrer berufsständischer Interessen und beanspruchten daher ein weitgehendes Mitspracherecht in Medizinalangelegenheiten. So beschloß z.B. der Ärztliche Verein des Großherzogtums Baden im Jahr 1847, auf die Gestaltung eines Entwurfes zu einer neuen Medizinalordnung Einfluß zu nehmen. In der entsprechenden Eingabe an die Regierung äußerte man höflich, aber durchaus selbstbewußt und mit Nachdruck die Bitte, daß die „Ärzte als Vertreter eines technischen Standes“<sup>24</sup> unbedingt Gehör finden sollten. Um so enttäuschter war man, als kurz darauf dieses Gesuch von der Sanitätskommission abgelehnt wurde. Man führte diesen negativen Bescheid auf den ungünstigen Zeitpunkt der Eingabe an die Regierung zurück, da just in jenen Tagen die Märzunruhen die bürgerliche Revolution von 1848 ankündigten. Erst ein halbes Jahr später, beflügelt durch den demokratischen Geist, der sich damals allenthalben in

Deutschland Bahn brach, wiederholte der badische Ärzteverein seine Petition und erklärte diesmal mit unmißverständlicher Deutlichkeit, daß ihm ein Mitspracherecht zustand: „Die Aerzte glauben, daß auch für sie die Zeit gekommen sei, um für sich Selbständigkeit ansprechen zu können. Weder die ärztliche Kunst noch der ärztliche Stand sind Rubra für eine Kanzleithätigkeit, wir wünschen Befreiung beider aus der Bevormundung und Beaufsichtigung der Regierungen, Aufhebungen der einseitigen Zumuthungen und Belastungen, Bethheiligung der Aerzte an der Ordnung der Verwaltung ihrer Verhältnisse.“<sup>25</sup>

#### Die deutsche Ärzteschaft und die Revolution von 1848/49

Bereits lange vor den Ereignissen im März 1848 hatten sich einige Ärzte, die an führender Stelle in den damals bereits existierenden lokalen und regionalen Ärztevereinigungen mitarbeiteten, für durchgreifende soziale und politische Reformen eingesetzt und dabei ein hohes persönliches Risiko in Kauf genommen. Erinnert sei hier nur an Gottfried E. Eisenmann, wegen seiner burschenschaftlichen Aktivitäten mehrfach verhaftet wurde. Während der Kerkerhaft, aus der er erst 1847 entlassen wurde, verfaßte er mehrere medizinische Schriften. 1848 zog er als fränkischer Abgeordneter in das Paulskirchen-Parlament ein und wurde sogar Ehrenbürger der Stadt Nürnberg. Ab 1851 gab er zusammen mit Rudolf Virchow eine angesehene medizinische Fachzeitschrift („Jahrberichte über die Leistungen und Fortschritte der Medizin“) heraus. Zu den „entschiedenen Linken“ (Erwin E. Ackerknecht) gehörte der spätere Inhaber des Lehrstuhls für

Psychiatrie an der Universität Berlin, Wilhelm Griesinger (1817-1868), von dem berichtet wird, daß er 1843 als Student in Tübingen „aus seinem Viergespann heraus einer Gruppe von Professoren nebst Universitätsmännern und Stadtdirektoren das Champagnerglas zuwarf mit einem Hoch auf ein freies, mächtiges, republikanisches Deutschland.“<sup>26</sup> Zu den bekannteren Ärzten auf dem äußerst linken politischen Flügel gehörte beispielsweise Andreas Gottschalk, der nicht nur ein anerkannter medizinischer Schriftsteller und Armenarzt war, sondern auch zusammen mit Karl Marx 1841 die „Rheinischen Zeitung“ gründete und 1848 erster Vorsitzender des Kölner Arbeitervereins wurde.

1848 war für die deutsche Ärzteschaft ein politischer Katalysator, wie bereits Rudolf Virchow als Zeitzeuge richtig erkannte: „Überall wo die Sache des Volkes war, standen die Ärzte unter den hervorragenden Führern [...] Nees van Esenbeck, Jacoby, d’Ester traten in das vorderste Glied der äußerten Linken bei uns. Vogt, Löwe [...], selbst Eisenmann kämpften in Frankfurt, Löhner, Goldmark, Fischhof in Wien für das Volk.“<sup>27</sup> Und es war längst nicht eine kleine Minderheit von Ärzten, die sich damals politisch engagierten, wie das badische Beispiel deutlich macht, wo allein über 40 Ärzte (von insgesamt über 300) nach der gescheiterten Revolution von 1848/49 steckbrieflich gesucht wurden.<sup>28</sup> Nicht nur in dieser Epoche der deutschen Geschichte zeigt sich also, daß das hehre Bild vom „medicus neuter“ (Hans Schadewaldt) ein medizingeschichtlicher Mythos ist.<sup>29</sup>

Das Sprachrohr der Bewegung: „Die Medicinische Reform“

Ein Großteil der Diskussion, die 1848/49 in Deutschland über Veränderungen der Medizinalverfassung geführt wurde, fand in einer neugegründeten Zeitschrift („Medicinische Reform“) statt, die von Rudolf Virchow und Rudolf Leubuscher (1821-1861) herausgegeben wurde. Dieses Publikationsorgan war allerdings nicht die einzige, zweifellos aber die bekannteste unter den medizinischen Zeitschriften, in denen damals gesundheits- und standespolitische Fragen kontrovers diskutiert wurden. Das Editorial der ersten Nummer stammt aus der Feder Virchows, der damals unter anderem von der konservativen Berliner Kreuz-Zeitung wegen seines politischen Engagements heftig getadelt wurde. Haupttenor ist der Wunsch nach einer umfassenden Reform, die nicht bei der Behebung der Mißstände im Medizinalwesen stehen bleiben sollte: „Die Medicinal-Reform soll doch nicht sowohl der Aerzte, als der Kranken willen geschehen; die Aerzte sind dabei persönlich lebhaft betheilig, aber ihre Stellung gegenüber der Frage von der öffentlichen Gesundheitspflege ist eine andere, als die von Volksschullehrer gegenüber der Frage von dem öffentlichen Unterricht, nur insofern, als die Aerzte unabhängiger und damit mehr berichtigt sind.“<sup>30</sup> Und dann folgt der vielzitierte, aber auch damals schon nicht unumstrittene Satz „Die Aerzte sind die natürlichen Anwälte der Armen und die sociale Frage fällt zu einem erheblichen Theil in ihre Jurisdiction.“

Es waren drei zentrale gesundheits- und gesellschaftspolitische Probleme, mit denen sich die „Medicinische Reform“ in dem kurzen Zeitraum ihres Bestehens immer wieder befaßte: 1. eine durch die Verfassung garantierte öffentliche Gesundheitspflege; 2. eine Verbesserung der medizinischen Versorgung für arme Kranke; 3. ein größeres Mitspracherecht der Ärztevereine in

Medizinalangelegenheiten und Gewährung einer weitgehenden beruflichen Autonomie.

Ausdruck radikal-demokratischen Denkens war die von Virchow und anderen Berliner Ärzten erhobene Forderung nach einem „Recht auf gesundheitsmäßige Existenz“<sup>31</sup>, das Verfassungsrang haben sollte. Man berief sich dabei auf die Zweckbestimmung des Staates, die als „sittliche Einheit aller Einzelnen“ und „solidarische Verpflichtung Aller für Alle“ definiert wurde. Zu den staatlichen Aufgaben gehöre es daher, „die Mittel zur Erhaltung und Vermehrung der Gesundheit in möglichst grösstem Umfange durch die Herstellung öffentlicher Gesundheitspflege und öffentlichen Unterrichts zu gewähren.“<sup>32</sup> Wie aus einem „Entwurf der Grundsätze einer neuen Medizinalordnung“ vom 26.2.1849 hervorgeht, an dem neben Virchow auch so bekannte Berliner Ärzte wie Rudolf Leubuscher und Robert Remak (1815-1865) mitgearbeitet hatten, sollten nicht nur - wie bis dahin üblich - die Ärmsten der Armen berechtigt sein, kostenlose medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. In den Genuß der öffentlichen Gesundheitspflege sollten auch diejenigen kommen, die außer ihrer Arbeitskraft kein ausreichendes Einkommen besaßen. Der an sich unerverfängliche Terminus „öffentliche Gesundheitspflege“, der damals von den Reformern mit neuen Inhalten gefüllt wurde, eignete sich nach Virchow hervorragend dazu, den Regierenden und einem breiten Publikum deutlich vor Augen zu führen, wie sehr sich die Auffassung vom Verhältnis zwischen Staat und Medizin durch die damals sich im Aufwind befindliche demokratische und soziale Bewegung verändert hatte. Es war vor allem die aufrüttelnde Erfahrung, die Ärzte während der Cholera- und Typhusepidemien in den

beiden vorhergehenden Jahrzehnten gemacht hatten, die das Bewußtsein der Achtundvierziger-Generation für soziale Mißstände als Auslöser von Krankheiten schärfte und die sie zu der Einsicht gelangen ließ, daß es nicht nur einer verbesserten medizinischen Versorgung bedurfte, sondern daß vor allem die Ursachen des Massenelends beseitigt werden mußten. Das Verlangen nach einer weitergefaßten Fürsorgepflicht des Staates im Krankheitsfall und nach einem stärkeren staatlichen Engagement bei der Gesundheitsprophylaxe waren nur eine Seite der Medaille, die Forderung nach mehr Bildung, Freiheit und Wohlstand die andere.

„Association“: Das Gebot der Stunde

Um solche weitgesteckten sozial- und gesundheitspolitischen Ziele zu erreichen, mußten die Ärzte möglichst mit einer Stimme sprechen. „Assoziation“ war damals eines jener Zauber- und Modeworte, die fast in jeder Reformschrift auftauchen und ein deutliches Zeichen dafür sind, daß man seitens der Ärzteschaft einerseits ein größeres Mitspracherecht in Medizinalangelegenheiten verlangte, andererseits aber jede staatliche Bevormundung und bürokratische Gängelung ablehnte. „Association“, so heißt es in einem Leitartikel, der im März 1849 in der „Medicinisches Reform“ erschien, „bedeutet für uns die freie Innung, welche ohne alle Exclusion die Basis der Selbstregierung sucht, welche demnach die Einzelbestrebungen ohne Beschränkung der natürlichen Berechtigung derselben, ´maaslos´ zulässt, aber sie durch Gegenseitigkeit der Verpflichtungen in diejenige Form leitet, die der organischen Form Aller zuträglich ist.“<sup>33</sup> Die

althergebrachte, im Kern korporative Medizinalverfassung, in der der Zunftgedanke noch teilweise sehr manifest war, wurde als unzeitgemäß und als Fesselung empfunden.

So überrascht es nicht, daß sich im Frühjahr 1849 eine Anzahl von Ärzteversammlungen in den verschiedensten deutschen Territorien (u.a. Anhalt, Merseburg, Schlesien, Sachsen) für einen freiwilligen Zusammenschluß der deutschen Ärzteschaft aussprachen. Nur der Berliner Verein forderte damals eine „Zwangskorporierung“. Diese „Assoziationen“ sollten nach den Vorstellungen der Reformen an die Stelle der bisherigen staatlichen Medizinalkollegien treten und das gesamte Gesundheitswesen regeln.

Die damalige Aufbruchstimmung spiegelt sich nicht nur in den zahlreichen Ärztekongressen und Verhandlungen ärztlicher Deputierter mit den Medizinalbehörden wider, die von März 1848 bis Dezember 1849 in fast allen deutschen Bundesstaaten stattfanden. Infolge dieser Aktivitäten bildeten sich - wie z.B. in Bayern - ärztliche Bezirks- und Gauvereine, die noch bis weit in die Zeit der Reichsgründung bestanden und teilweise Aufgaben der noch unterentwickelten ärztlichen Standesvertretung übernahmen. Auch die „ständigen Ausschüsse“ der Ärzteschaft, die damals ihre Arbeit aufnahmen, setzten später unter veränderten und weniger günstigen politischen Bedingungen ihre Arbeit in eingeschränktem Umfang fort. Sie trugen damit wesentlich dazu bei, daß der Reformeifer nicht endgültig erlahmte.<sup>34</sup>

Rückschläge und Neuanfänge (1850-1862)

„Auch die Aerzte wichen der Reaktion und jetzt herrscht Stille“<sup>35</sup>, schrieb der homöopathische Arzt Franz Fischer (1817-1878) im Jahr 1861 und kennzeichnete damit die Grundstimmung, die in dem Jahrzehnt nach der gescheiterten Revolution von 1848/49 in der deutschen Ärzteschaft herrschte. Die von Virchow mitbegründete Zeitschrift „Die medicinische Reform“ hatte bereits Ende Juni 1849 ihr Erscheinen eingestellt und diesen Schritt mit einem deutlichen Hinweis „auf die politische Lage unseres Volkes und die dadurch bedingte Unmöglichkeit einer vernünftigen Reorganisation der öffentlichen Gesundheitspflege, des medicinischen Unterrichts und der ärztlichen Verhältnisse“<sup>36</sup> begründet. Ärzte, die sich politisch engagiert hatten, wurden nach der Niederschlagung der Volkserhebungen am Rhein, in Berlin und Dresden und vor allem in Baden verfolgt. In Sachsen wurden die Mitglieder des dortigen Ärztlichen Ausschusses, unter anderem der spätere Geschäftsführer des Deutschen Ärzte-Vereinsbundes, Hermann E. Richter, sowie der Vorsteher der Stadtverordneten-Versammlung in Dresden und Verfasser medizinhistorischer Schriften, C. Otto Seidenschnur (1818-1850), wegen ihrer Beteiligung am Aufruhr bereits im Juni 1849 ins Gefängnis gesperrt. Auch Virchow mußte 1849 vorübergehend Preußen verlassen. Der letzte Präsident des nach der Auflösung der Frankfurter Nationalversammlung noch übriggebliebenen Stuttgarter Rumpf-Parlaments, Heinrich Loewe(-Calbe), emigrierte damals nach Amerika.

Die wenigen Einzel- oder Teilerfolge, die die Medizinalreformbewegung in den Revolutionsjahren erreicht hatte, wurden staatlicherseits teilweise wieder rückgängig gemacht oder durch neue Verordnungen konterkariert. So

verpflichtete man z.B. in Preußen die Ärzte per Strafgesetzbuch von 1851 (§ 200) zur medizinischen Hilfeleistung. Im Großherzogtum Hessen-Darmstadt erließ die Regierung eine Medizinalordnung, die die staatliche Bevormundung der niedergelassenen Ärzte noch vergrößerte und die daher Anlaß zu mehreren Denkschriften gab. Im Königreich Hannover ließ der zuständige Ministerialreferent die Ärzte, die weiterhin an ihren Reformplänen festhielten, unmißverständlich wissen, daß ihre Forderungen auf den „unverstandenen Ideen und irrtümlichen Voraussetzungen der Medizinalreformbewegung von 1848“<sup>37</sup> beruhten. Dazu paßt es, daß das öffentliche Gesundheitswesen in diesem Land weiterhin dem Polizeipräsidenten der Landeshauptstadt unterstellt blieb.

#### Vorübergehende Erlahmung des Reformeifers

Aus den Quellen gewinnt man den Eindruck, daß das ärztliche Vereinsleben in der Restaurationszeit zurückging und der einstige Reformeifer erlahmte. 1869 urteilte ein badischer Obermedizinalrat im Rückblick auf die 1850er Jahre, daß „bei hiezu minder günstigen Zeitverhältnissen [...] die Vereinsthätigkeit allmählich“<sup>38</sup> erschlaft sei. Ähnlich sah es 1872 auch Hermann E. Richter, der diese Zeit nicht nur als kritischer Beobachter miterlebt hatte, sondern der selbst eine Zeitlang politisch verfolgt worden war. Doch wie das Beispiel Preußens zeigt, kam die Medizinalreformbewegung nur bei oberflächlicher Betrachtung in den Jahren nach 1849 für einige Zeit zum Stillstand.<sup>39</sup> Vor allem die preußische Zensur trug dazu bei, daß sich die Diskussion aus der breiten Öffentlichkeit in die kleinen Zirkel der von Ärzten gelesenen

Fachzeitschriften verlagerte. Auch darf man bei der zweifellos vorhandenen Gängelung durch das dortige Ministerium für Geistliche, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten, das seit 1850 fest in konservativer Hand war, nicht übersehen, daß 1853 immerhin drei Schriften mit dem bezeichnenden Titel „Denkschriften über Gegenstände des preußischen Medizinalwesens“ erscheinen konnten. Die wenigen Ärzte, die damals ihre Hoffnung auf eine Reform noch nicht aufgegeben hatten, lassen sich grob zwei Hauptströmungen zuordnen. Die eine arbeitete auf eine Verwaltungsreform hin und machte Vorschläge zu einer Dezentralisierung des medizinischen Ausbildungs- und Prüfungswesens sowie zur Verbesserung der Besoldung der im Medizinalwesen tätigen Personen. Die andere Richtung, die sich aus Kreisen der „Medizinischen Reform“ um Virchow rekrutierte, forderte z.B. ein eigenes Ministerium für Medizinalangelegenheiten, das den Erfordernissen der Zeit entsprechen sollte und auch die gewünschten sozial- und gesundheitspolitischen Maßnahmen und Änderungen in Angriff nehmen würde.

Gegen ein völliges Erlahmen des Reformwillens spricht ebenfalls, daß mit Beginn der Reaktionszeit weiterhin Ärztevereine gegründet wurden, die sich nicht auf die fachimmanente Diskussion wissenschaftlich-medizinischer Fragen beschränkten. Ein Beispiel ist die Gründung des Vereins Berliner Armenärzte im Jahr 1853, der trotz seiner naturgemäß beschränkten Mitgliederzahl allein durch sein Bestehen schon daran erinnerte, daß die „Soziale Frage“ für die Ärzteschaft weiterhin von zentraler Bedeutung war. Für die späten 1850er Jahre kann man sogar von einer Wiederbelebung des ärztlichen Vereinswesens sprechen. In der preußischen Hauptstadt kam es

1858 zur Gründung des Vereins Berliner Ärzte, der sich vor allem die jüngeren Ärzte als Mitglieder gewinnen wollte. Der Konflikt mit der seit 1844 bestehenden Gesellschaft für wissenschaftliche Medizin wurde 1860 dadurch gelöst, daß sich beide Vereinigungen zu der bekannten Berliner medizinischen Gesellschaft zusammenschlossen. Diese verstand sich von Anfang an, wie eines ihrer prominentesten und einflußreichsten Mitglieder, Rudolf Virchow, ausdrückte, als „Repräsentantin der ganzen, einigen Wissenschaft.“<sup>40</sup> Ihr wuchs sehr bald schon die Rolle eines Meinungsführers in allen medizinischen und gesundheitspolitischen Fragen zu, wie sich Ende der 1860er Jahre in der Diskussion um die vom Norddeutschen Bund beschlossene Gewerbeordnung zeigt. Im Gründungsjahr hatte diese angesehene Medizinervereinigung bereits 204 Mitglieder. Bis 1885 wuchs die Zahl auf über 600 an.

Für die 1850er Jahre ist aber ein ganz anderer Typus eines ärztlichen Vereins kennzeichnend: die sogenannten „Gesundheitspflegevereine“, die sich vorrangig der wissenschaftlichen Erforschung von Krankheitsursachen und der Verhütung von Volkskrankheiten widmeten. Begründer dieser neuen Richtung im ärztlichen Vereinswesen ist der Marburger Pathologie-Professor und Badearzt Friedrich Wilhelm Beneke (1824-1882), der nicht nur eine einschlägige Zeitschrift („Archiv des Vereins für gemeinschaftliche Arbeiten zur Förderung der wissenschaftlichen Heilkunde“, 1854-1861) herausgab, sondern der 1870 auch eine kleine lesenswerte Schrift zum Druck brachte, in der er sich aufgrund eigener Erfahrungen zur „Geschichte der Associationsbestrebungen auf dem Gebiete der wissenschaftlichen und praktischen Heilkunst“ äußerte. In den

zahlreichen Publikationen, die auf Initiative dieser Ärztevereine entstanden, findet man sowohl statistisch abgesicherte Angaben über Sterblichkeits- und Erkrankungsraten in einzelnen deutschen Städten und Territorien als auch praktikable Vorschläge zur Verbesserung des Gesundheitswesens, zur Förderung der Volksgesundheit und zur Seuchenbekämpfung. Diesem vielgepriesenen Beispiel folgend, nahmen in einigen deutschen Großstädten die dort schon seit langem bestehenden Ärztevereine ebenfalls epidemiologische Untersuchungen in Angriff und veröffentlichten zudem jährlich Statistiken über den Gesundheitszustand der Bevölkerung, wie z.B. in Frankfurt am Main, wo der örtliche Ärzteverein ab 1858 solche Jahresberichte herausgab.

#### Die Phase staatlichen Entgegenkommens (1863-1868)

Ende der 1850er Jahre begann in Preußen mit dem Thron- und Regierungswechsel eine „Neue Ära“ in der Innen- und Außenpolitik. Doch auch in anderen deutschen Staaten wurden ungefähr zur gleichen Zeit die reaktionären Gesetze gelockert und früher einmal diskutierte liberale Reformvorhaben im Bereich der Justiz, der Selbstverwaltung, des Presse- und Vereinswesens wiederaufgegriffen sowie neue Initiativen auf anderen Gebieten (z.B. Schul- und Gewerbe reform) entfaltet. Es ist bezeichnend, daß es diesmal nicht die Ärzteschaft, sondern die Regierung war, von der die Wiederbelebung der standes- und gesundheitspolitischen Aktivitäten ausging. 1864 erließ der Großherzog von Baden eine Verordnung, wonach sämtliche Ärzte im Land einen aus sieben Standesvertretern bestehenden ärztlichen Ausschuß wählen sollten. Die Amtszeit

sollte vier Jahre betragen. Die auf diese Weise gewählte Vertretung der badischen Ärzteschaft hatte das Recht, das Obermedizinalkollegium zu beraten und auch selbstständig Anträge einzureichen, und zwar in allen Fragen, in denen „das Interesse des gesamten Standes der Aerzte“<sup>41</sup> berührt war. Gleichzeitig wurde den Ärzten ausdrücklich erlaubt, Vereine zu bilden. Die Reaktion auf diesen Vorstoß der badischen Regierung war äußerst positiv. Von den über 600 stimmberechtigten Ärzten beteiligten sich knapp 74 Prozent an der Wahl zum ersten Vertreterausschuß. Auch wenn gelegentlich behauptet wird, daß durch dieses Gesetz die „erste gewählte Vertretung des ärztlichen Standes“ in einem deutschen Bundesstaat geschaffen wurde, so gilt es, auf die stark beschränkte Kompetenz dieses Ausschusses zu verweisen. Obwohl ihnen also lediglich ein Mitspracherecht eingeräumt worden war, werteten die badischen Ärzte dieses Entgegenkommen der liberalen Regierung als ein Erfolg und sahen darin einen Wechsel auf die Zukunft. Die badische Ärztevertretung nutzte die ihr übertragenen Rechte und legte bereits am 30. Juli 1865 einen „Entwurf zu einer Arztordnung“ vor, der sich bezeichnenderweise an der entsprechenden Regelung berufs- und standespolitischer Belange der Anwälte orientierte. Nicht nur in diesem Fall zeigt sich, daß die Professionalisierungsinteressen bestimmter Teile der Bildungselite (Juristen, Ärzte) in die gleiche Richtung zielten und daß man den Kampf der Ärzteschaft um Standeseinheit, Expertenstatus und Marktmonopol nicht losgelöst von ähnlichen und zum Teil zeitgleichen Bestrebungen vergleichbarer Berufsgruppen betrachten kann.<sup>42</sup> Vor allem befaßte sich der Ausschuß aber mit Vorschlägen zur

Neuregelung des ärztlichen Vereinswesens. Man suchte nach einer Kompromißlösung zwischen einer Zwangsmitgliedschaft, die viele Ärzte ablehnten, und einem völlig freiwilligen Beitritt zu einem noch zu gründenden ärztlichen Landesverein, der Vertreter in den Ausschuß entsenden sollte. Man entschied sich für einen „Organisationsvorschlag“, der Mitgliedschaft im Ärzteverein mit dem aktiven und passiven Wahlrecht für den Ärztlichen Ausschuß koppelte, wobei die Begründung auf erhebliche Meinungsunterschiede unter den Ärzten in dieser Frage verweist: „Es läßt sich doch wohl mit Gewißheit annehmen, daß derjenige, der ein warmes Interesse für die Angelegenheiten und Aufgaben des ärztlichen Standes [...] hat, nicht ermangeln wird, sich [...] bei dem Vereine und dessen Thätigkeit zu betheiligen, während derjenige, welchem ein solches Interesse völlig fehlt, auch nicht berufen ist, bei der Bildung des Ausschusses, dessen Ziele die seinigen nicht sind, mit wirksam zu sein.“ Die Antwort der Regierung auf den Entwurf zur Bildung eines solchen ärztlichen Landesvereins per gesetzlichem Dekret fiel allerdings, wie zu erwarten, negativ aus, da das Ministerium die Meinung vertrat, daß die Ärzte in eigener Regie und Verantwortung dafür Sorge tragen müßten, der „neuen Einrichtung des ärztlichen Ausschusses auch inneres Leben einzuflößen“.<sup>43</sup>

#### Die ersten Ärztekammern

So blieb also den Befürwortern eines ärztlichen Landesvereins mit Vertretungsanspruch nur die Möglichkeit, in der Ärzteschaft Interesse für einen freiwilligen Beitritt zu wecken. Ein entsprechender Aufruf wurde zusammen mit dem Entwurf

eines Organisationsstatutes an die über 600 Ärzte im Land versandt. Zwar traten nur 283 Ärzte daraufhin spontan dem Verein bei, ein mindest genauso großer Teil verhielt sich zunächst abwartend, war aber durchaus interessiert. Das zeigt sich unter anderem daran, daß immerhin 509 Ärzte den ihnen übersandten Bericht käuflich erwarben. Aufschlußreich ist dieser Entwurf zur Bildung eines Landesvereins auch in Hinblick auf das gewachsene Selbstvertrauen der Ärzteschaft und auf die Lehren, die man aus der Medizinalreformbewegung der 1840er Jahre gezogen hatte. Denn die Vereine sollten sich nicht nur der Erörterung standes- und gesundheitspolitischer Fragen widmen, sondern auch den wissenschaftlichen Meinungs- und Erfahrungsaustausch nicht hintanstellen. Ähnlich und fast gleichzeitig wie in Baden kam es auch in einigen anderen deutschen Staaten (Sachsen, Braunschweig) zu einer Wiederbelebung des ärztlichen Vereinswesens, die größtenteils auf staatliche Initiative zurückzuführen ist. Im Königreich Sachsen sah eine neue Verordnung von 1865 vor, daß sich die Ärzte im Land in vier Kreisvereinen zusammenschließen sollten, die insgesamt acht Standesvertreter in das Obermedizinalkollegium entsenden durften.<sup>44</sup> Auch in diesem Fall war die Resonanz in der Ärzteschaft überaus positiv. Von den 668 wahlberechtigten Ärzten traten sogleich 574 den neugegründeten Kreisvereinen bei, die übrigens organisatorisch den landwirtschaftlichen Kreisvereinen nachgebildet waren. Etwas anders lagen die Verhältnisse im benachbarten Herzogtum Braunschweig, wo das entsprechende Medizinalgesetz von 1865 eine obligatorische Mitgliedschaft in der von Ärzten und Apothekern gebildeten Körperschaft vorsah, deren Organisationsmodell unverkennbar die bereits

seit einigen Jahren bestehende Anwaltskammer war. Die gemeinsame „Kammer der Aerzte und Apotheker“, deren erster Vorsitzender Medizinalrat Dr. Otto Günther (1826-?) war, führte ein Mitgliederverzeichnis, vertrat die Standesinteressen gegenüber der Medizinalbehörde, erstellte Gutachten für das Ober-Sanitätscollegium, konnte Disziplinarstrafen verhängen und war sogar berechtigt, Generalversammlungen der Ärzte einzuberufen. Zumindest dem Namen nach bildete die 1865 zwangskorporierte Braunschweiger Ärzteschaft die erste „Ärzttekammer“ in einem deutschen Bundesstaat.

#### Auf dem Wege zu einer reichsweiten Standesvertretung

Während wenigstens in einzelnen deutschen Bundesstaaten der Wunsch nach einer staatlich anerkannten, wenngleich nur mit stark begrenzten Kompetenzen ausgestatteten ärztlichen Standesvertretung Mitte der 1860er Jahre Wirklichkeit wurde, so rückte auch auf Bundesebene eine Interessenvertretung der gesamten deutschen Ärzteschaft allmählich in greifbare Nähe. Ein wichtiger Motor dieser Entwicklung war die 1822 gegründete Versammlung der deutschen Naturforscher und Ärzte, die immer an einem anderen Ort tagte und satzungsgemäß vorrangig wissenschaftliche Interessen und Ziele verfolgte. Neben einer Vielzahl von meist fachspezifisch ausgerichteten Sektionen, die die zunehmende Spezialisierung in der Medizin seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts widerspiegelte, gab es seit 1867 eine Sektion für Öffentliche Gesundheitspflege, die von Wilhelm Griesinger und Max Pettenkofer (1818-1901) mitbegründet worden war. Darin arbeiteten nicht wenige Ärzte mit, die zur vordersten Reihe der

Medizinalreformer gehörten und die das ihnen dort gebotene Diskussionsforum öffentlichkeitswirksam zu nutzen verstanden. Noch wichtiger wurde aber eine sogenannte „Zwischen-Commission“, die 1865 auf dem Treffen der Versammlung der Naturforscher und Ärzte in Hannover spontan ins Leben gerufen worden war. Dieses Gremium sollte Fragen der Standes- und Gesundheitspolitik beraten. Die treibende Kraft bei der Gründung war der uns bereits bekannte Hermann E. Richter. In dem offiziellen Bericht über die Naturforscher-Versammlung von 1865 findet sich denn auch die denkwürdige Resolution, die damals von den reformwilligen Ärzten verabschiedet wurde: „Es sei wünschenswerth, dass der ärztliche Stand eine vom Staat anerkannte Körperschaft bilde, welche das Recht besitze, ihre Berufsangelegenheit selbständig zu berathen und zu verwalten, an der öffentlichen Gesundheitspflege Theil zu nehmen und mittelst selbstgewählter Abgeordneten bei den Staatsbehörden vertreten zu sein.“<sup>45</sup> Außerdem findet sich darin der verständliche Wunsch, „die Aerzte möchten in allen deutschen Ländern zu Localvereinen zusammentreten, die Reform berathen und in jedem Lande ein Correspondenzblatt für diese Angelegenheiten begründen.“ Damit war ein Signal gesetzt. Die standespolitische Diskussion trat in eine neue Phase ein, zumal viele Ärzte der in zahlreichen medizinischen Zeitschriften abgedruckten Aufforderung nachkamen, schriftlich Vorschläge zur Medizinalreform einzureichen, die von Hermann E. Richter und seinen Mitstreitern redigiert wurden. Daraus ergab sich ein Thesenkatalog, der 1868 in einer Sektion der Versammlung der Naturforscher und Ärzte in Dresden ausführlich beraten wurde. Man einigte sich darauf,

die wichtigsten Forderungen zu einer Organisation des Medizinalwesens an den Reichstag des unter Federführung Preußens geschaffenen Norddeutschen Bundes heranzutragen. Dieser hatte im selben Jahr bereits eine Gewerbeordnung verabschiedet, die den Wünschen der einflußreichen Berliner Medizinischen Gesellschaft weitgehend entsprach. Das Kurpfuschereiverbot wurde aufgehoben, der Kurierzwang für Ärzte abgeschafft. Damit galt die Ausübung der Heilkunst fortan als freies Gewerbe. Allerdings blieb die Führung eines Titels wie „Apotheker“ oder „Arzt“ weiterhin an einen Befähigungsnachweis, das heißt an die Approbation, gebunden. Ein weiterer Schritt in Richtung einer gemeinsamen Interessenvertretung aller deutschen Ärzte waren die zentralen Thesen, die von Mitgliedern der Naturforscher-Versammlung auf einem außerordentlichen Treffen am 6. Juni 1869 in Eisenach verabschiedet wurden: Sie enthalten das zentrale Programm der deutschen Ärzteschaft, die damals kurz vor dem Ziel stand, die lang ersehnte Standeseinheit zu erreichen. Die Forderungen lauteten: 1. eine Zentralbehörde für das Gesundheitswesen im Geltungsbereich des Norddeutschen Bundes; 2. eine Mittelbehörde, wie es sie in England zu jener Zeit bereits in Gestalt des „Officer of Health“ gab; 3. einen Ortsgesundheitsausschuß für jeden größeren Gemeinde- oder Landbezirk; 4. Gesundheitserziehung für alle Bevölkerungsschichten; 5. freiwillige Bildung von „ärztlichen Associationen“ in ganz Deutschland. Auf der Innsbrucker Versammlung im September 1869 wurden diese Forderungen ausgiebig diskutiert, leicht verändert und dann mit großer Mehrheit verabschiedet. Sie sollten in Form einer Petition an den Reichstag des Norddeutschen Bundes

weitergeleitet werden. Anschließend startete man eine entsprechende Unterschriftenaktion. Die Resonanz war auch außerhalb des Ärztestandes beträchtlich. Es unterschrieben damals in kürzester Zeit nicht nur über 1090 Ärzte, sondern auch über 70 Bürgermeister, 150 Stadträte, 500 Stadtverordnete und 800 Fabrikanten. Diese massive Unterstützung aus Politik und Wirtschaft stellte sicher, daß die Petition in Kreisen des Reichstags und auch des Bundesrats auf entsprechendes Wohlwollen und Verständnis stieß. Doch nachdem die parlamentarischen Weichen bereits gestellt waren und die Interessenvertreter der deutschen Ärzteschaft sich kurz vor dem Ziel glaubten, kam zunächst ein Ereignis dazwischen, das dem Einigungsstreben der Ärzte weiteren Auftrieb gab und endlich doch die gesamtdeutsche Lösung brachte, die vorausschauenden Medizinalreformern, wie Hermann E. Richter (Dresden) und Alexander Spiess (Frankfurt a.M.), als Fernziel immer vor Augen geschwebt hatte. Der deutsch-französische Krieg von 1870/71 und die kleindeutsche Variante der Reichsgründung unter Bismarck öffneten nämlich auch für die deutsche Ärzteschaft neue Perspektiven.

#### ANMERKUNGEN

(für Kurztitel vgl. Auswahlbibliographie)

<sup>1</sup> Ackerknecht, Medizinalreform, S. 88.

<sup>2</sup> J.C. Tode: Der unterhaltende Arzt über Gesundheitspflege, Schönheit, Medicinalwesen, Religion und Sitten, Bd. 4, Kopenhagen 1789, S. 53.

<sup>3</sup> Vgl. Huerkamp, Drees, McClelland, Parry/Parry u.a.

<sup>4</sup> Zitiert nach Rohden (1959), S. 14.

<sup>5</sup> Vgl. Hardtwig, Vereinswesen (1984), S. 15ff.

<sup>6</sup> Vgl. Drees (1988), S. 180.

<sup>7</sup> Hirschel (1839), S. 154.

<sup>8</sup> Zitiert nach Rohden (1959), S. 14.

<sup>9</sup> Zitiert nach Wilhelm Ameke: Die Entstehung und Bekämpfung der Homöopathie, Berlin 1884, S. 55

<sup>10</sup> Hirschel (1839), S. 155.

- <sup>111</sup> So ein anonymes Autor in den „Annalen der Heilkunst auf das Jahr 1811“, zitiert nach Siefert (1969), S. 153.
- <sup>12</sup> Zitiert nach Rohden (1959), S. 24.
- <sup>13</sup> Zitiert nach Rohden (1959), S. 13.
- <sup>14</sup> Schmidt's Medicinische Jahrbücher 52 (1846), S. 142f.
- <sup>15</sup> Dr. Flachs in Schmidts Medicinische Jahrbücher 46 (1845), S. 141.
- <sup>16</sup> Neumann, 1847, S. 26.
- <sup>17</sup> Vgl. Huerkamp, Aufstieg, S. 64.
- <sup>18</sup> Zur Reform der Medizinalverfassung Preußens. Mit Rücksichtnahme auf die Vorschläge des Dr. J.H. Schmidt vom Ärzteverein Düsseldorf. Düsseldorf 1848, S. 5.
- <sup>19</sup> Rudolf Virchow, Briefe an seine Eltern 1839/64, hrsg. von Marie Rabl, Leipzig 1906, S. 94.
- <sup>20</sup> Samuel Härlin, Mein Glaubensbekenntnis von der Medizinalreform, Auf Grund 40jähriger Erfahrung, Stuttgart 1848, S. 21.
- <sup>21</sup> Vertrauliche Briefe an einen deutschen Staatsmann über personelle und wissenschaftliche Zustände in Verwaltung, Lehrweise, Vertretung und Ausübung der Medicin, Kassel 1845, zitiert nach Schmidts Jahrbücher 46 (1845), S. 139.
- <sup>22</sup> Karl Simcons, Ueber die Nachtheile der jetzigen Stellung des ärztlichen Stands für den Staat, Kranke und Aerzte und die Mittel, solche umzugestalten und gründlich zu verbessern, Mainz 1844.
- <sup>23</sup> Zitiert nach Graf, Vereinswesen, S. 6.
- <sup>24</sup> Zitiert nach Hesse, Freiburg, S. 31.
- <sup>25</sup> Mittheilungen des badischen ärztlichen Vereins 2 (1848), S. 122.
- <sup>26</sup> Zitiert nach Ackerknecht, Medizinalreform, S. 78.
- <sup>27</sup> Rudolf Virchow, Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiet der öffentlichen Medizin und Seuchenlehre, Berlin 1879, Bd. 1, S. 117/18.
- <sup>28</sup> Vgl. Finkenrath, Reform, S. 57.
- <sup>29</sup> Vgl. dazu Michael M. Kater, Ärzte und Politik in Deutschland, 1848-1945, in: Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung 5 (1986), S. 34-48.
- <sup>30</sup> Medicinische Reform Nr. 1, S. 2.
- <sup>31</sup> Medicinische Reform Nr. 17, S. 118.
- <sup>32</sup> Medicinische Reform Nr. 5, S. 22.
- <sup>33</sup> Medicinische Reform Nr. 39, S. 222.
- <sup>34</sup> H. Richter, Geschichte, S. 74.
- <sup>35</sup> Fischer, Stellung, 1861, S. 4.
- <sup>36</sup> Medicinische Reform Nr. 52, S. 273.
- <sup>37</sup> Zitiert nach Ingo Tamm, S. 90.
- <sup>38</sup> Zitiert nach Loetz, Kranke, S. 142.
- <sup>39</sup> Vgl. Münch, Gesundheitswesen, S. 85ff.
- <sup>40</sup> Zitiert nach Prenzel, S. 45.
- <sup>41</sup> Zitiert nach Hesse, Freiburg, S. 51.
- <sup>42</sup> Vgl. dazu McClelland
- <sup>43</sup> Zitiert nach Hesse, Freiburg, S. 53.
- <sup>44</sup> Vgl. dazu H.E. Richter, Die ärztlichen Kreisvereine des Königreichs Sachsen in ihrer vierjährigen Wirksamkeit, Leipzig 1869.
- <sup>45</sup> Amtlicher Bericht über die Naturforscher Versammlung zu Hannover, Hannover 1865, S. 277f.

## Ärztliche Interessenvertretung im Kaiserreich 1871-1914

Die Jahre zwischen der Reichsgründung und dem Ausbruch des Ersten Weltkrieges markieren einen Zeitraum tiefgreifender Wandlungen und Umbrüche.<sup>1</sup> In ihnen vollzog sich in atemberaubender Geschwindigkeit der Übergang Deutschlands vom Agrarland zum Industriestaat mit seinen vielfältigen Auswirkungen für die Lebens- und Arbeitswelt der Menschen. Dieser beschleunigten Modernisierung im sozioökonomischen Bereich stand jedoch auf politischer Ebene keine entsprechende Demokratisierung gegenüber. Die dadurch ausgelöste Spannung entlud sich unter anderem in einem aggressiven Nationalismus und in der Propagierung imperialistischer Bestrebungen, die auch ein Großteil der Ärzteschaft unterstützte: Die hohe Zahl der Kriegsfreiwilligen 1914 legt davon beredtes Zeugnis ab.<sup>2</sup>

Die Bevölkerung des Kaiserreichs<sup>3</sup> stieg im Verlaufe dieser Zeit von knapp 41 Millionen (1870) auf 68 Millionen (1914) an. Gleichzeitig wurden die Menschen so alt wie nie zuvor: die Lebenserwartung erhöhte sich um etwa 10 Jahre auf durchschnittlich 46 Jahre.<sup>4</sup> Migrationsströme bewegten sich vom Umland in die Städte und von den agrarischen Ostgebieten in die Industrieregionen des Westens. Sichtbarstes Zeichen dieser Bevölkerungsverschiebungen war die zunehmende Verstädterung.<sup>5</sup> Wohnten 1871 noch fast zwei Drittel der Deutschen auf dem Land, so war dieser Anteil um 1910 bereits auf zwei Fünftel gesunken. Die Zusammenballung großer Menschenmengen auf kleinstem Raum brachte nicht zuletzt erhebliche gesundheitliche Probleme mit sich. Hier fand die Ärzteschaft auf dem Feld des öffentlichen Gesundheitswesens, zunächst im Sinne einer Verbesserung der Hygiene, später im Schutz besonderer Risikogruppen, ein umfassendes Aufgabenfeld.<sup>6</sup>

In wirtschaftlicher Hinsicht drückte die Hochindustrialisierung dem Kaiserreich ihren Stempel auf. Der stürmischen Entfaltung von Industrie, Großbanken und Handel in den "Gründerjahren"

folgte bis in die neunziger Jahre eine langandauernde Strukturkrise. Danach aber prägte bis zum Ersten Weltkrieg eine kaum unterbrochene Phase der Hochkonjunktur das Bild. Nach vollzogener Reichsgründung konstituierten sich als Ausdruck einer partiellen politischen Modernisierung bald die großen Interessenverbände und Berufsorganisationen als reichsweite pressure groups. In diese Entwicklung fügt sich auch die Organisation der deutschen Ärzteschaft mit der Gründung des Ärztevereinsbundes 1873 ein.

Die ökonomischen Veränderungen hatten einen tiefgreifenden Wandel der Sozialstrukturen zur Folge. Während die alten Eliten aus Adel und Grundbesitz weiterhin in Politik, Militär und Verwaltung den Ton angaben, tendierte das anfangs meist liberal gesinnte, expandierende industrielle Großbürgertum zunehmend zu konservativ-obrigkeitsstaatlichen Anschauungen. Gleiches galt in eingeschränktem Maße für das Bildungsbürgertum, dem auch die Ärzteschaft zuzurechnen ist. Neben die traditionellen handwerklich-gewerblichen Schichten trat mit den Angestellten etwa ab der Jahrhundertwende der "neue Mittelstand". Zur zahlenmäßig stärksten Bevölkerungsgruppe aber entwickelte sich im Kaiserreich die Industriearbeiterschaft. Ihre Bedeutung spiegelt sich im Aufstieg der Sozialdemokratie wider. Marginale politische Partizipationsrechte und prekäre Lebens- und Arbeitsbedingungen der Industriearbeiter schufen ein brisantes soziales und politisches Problem. Auf die Vermeidung sozialer Härtelagen unter Beibehaltung des gesellschaftlichen und politischen Status quo zielte die Bismarcksche Versicherungsgesetzgebung ab. Mit diesen damals im internationalen Vergleich einmaligen Reformen griff der Staat zunehmend in die gesellschaftlichen Verhältnisse, insbesondere auch in das Gesundheitswesen, regulierend ein. Außerdem sollte die Einführung der obligatorischen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung in den 1880er Jahren die Arbeiterschaft der Sozialdemokratie entfremden und so durch eine "Revolution von oben" eine "Revolution von unten" verhindern helfen.<sup>7</sup>

Das Geistesleben des Kaiserreichs wurde von den verschiedenen Strömungen des Positivismus geprägt. Daneben gewann der Darwinismus in den biologischen und geisteswissenschaftlichen Disziplinen immer stärker an Einfluß. Die Naturwissenschaften und die Medizin genossen hohe Wertschätzung, die sich in umfassender staatlicher Forschungsförderung ausdrückte. Das nationale Selbstwertgefühl im Zeitalter des Imperialismus wurde somit nicht nur durch militärische Stärke und wirtschaftliche Erfolge, sondern auch durch den Stolz auf die Weltgeltung der deutschen Wissenschaft genährt.<sup>8</sup>

#### Wandel der Medizin - Wandel des Arztberufs

Die medizinische Wissenschaft erfuhr im Kaiserreich durch den Aufstieg der Bakteriologie und Mikrobiologie tiefgreifende Veränderungen. Erstmals ließen sich die revolutionären Entwicklungen der vorausgegangenen Jahrzehnte in der Grundlagenforschung und Diagnostik auf einzelnen Gebieten in therapeutische Teilerfolge umsetzen (z.B. Serumtherapie).<sup>9</sup> Der rasante Wissenszuwachs führte zu einer schnellen Spezialisierung und Ausdifferenzierung der medizinischen Teilfächer.<sup>10</sup>

In der Praxis unterlag der Arztberuf infolge des beschleunigten Professionalisierungs- und Medikalierungsprozesses ebenfalls einem umfassenden Wandel. Der Markt für ärztliche Dienstleistungen erweiterte sich durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), aber auch durch die mit der Verstärkung einhergehenden Veränderungen des Lebensstils und des Krankheitsverhaltens erheblich.<sup>11</sup> Gleichzeitig verschärfte sich die innerständische Konkurrenz: die Zahl der Ärzte nahm seit den späten achtziger Jahren viel stärker zu als die Gesamtbevölkerung. Darüber hinaus ergaben sich aufgrund der fachinternen Differenzierungen schon bald Interessengegensätze, die den gerade erst erreichten Einheitsstand, das Ideal des Allgemeinpraktikers und Hausarztes, gefährdeten. So stand der

Allgemeinarzt dem "Specialarzt", der freie Praktiker dem Krankenhausarzt, der städtische dem auf dem Land praktizierenden Mediziner gegenüber. Die Expansion des öffentlichen Gesundheitswesens erschloß zudem neue Tätigkeitsbereiche, in deren Gefolge Gegensätze zwischen Medizinalbeamten und frei praktizierenden Kollegen aufbrachen. Auch die Beziehung zum Patienten änderte sich: das patronageähnliche Abhängigkeitsverhältnis kehrte sich zugunsten des Arztes um.<sup>12</sup> Zum gewichtigsten Problem sollte sich aber die Kassenarztfrage entwickeln. Die Einschaltung einer dritten Instanz in Form der Krankenkassen veränderte das traditionelle Arzt-Patienten-Verhältnis tiefgreifend und drohte die Basis dieses freien Berufes zu untergraben.<sup>13</sup>

#### Medizinkritische Bewegungen

Gegen den Siegeszug der naturwissenschaftlichen Medizin regte sich jedoch nicht geringe Opposition. Man kritisierte unter anderem ihre begrenzten therapeutischen Möglichkeiten, die auffallend mit ihren Dominanzansprüchen kontrastierten, sowie die Mißachtung ganzheitlicher Ansätze. Auch die weitgehende Entmündigung des Patienten, der absolute Autoritätsanspruch der Ärzte, trug in weiten Kreisen der Bevölkerung zur Unzufriedenheit mit der "Schulmedizin" bei.<sup>14</sup> So gewannen im Kaiserreich medizinkritische Massenbewegungen an Bedeutung, in denen oft das Laienelement eine wichtige Rolle spielte, wie z. B. die Naturheilvereine, die Anhänger der Homöopathie und die Gegner der Pockenschutzimpfung. Diese Gruppierungen sind zum Teil im Kontext einer größeren Strömung, der Lebensreformbewegung, zu betrachten, die in kritischer Auseinandersetzung mit den Folgen des allgemeinen sozio-ökonomischen Modernisierungsprozesses entstanden war.<sup>15</sup>

#### Entstehung und Entwicklung der ärztlichen Standesvertretungen

Die Fortschritte der naturwissenschaftlichen Medizin und der Professionalisierungsprozeß veränderten das Selbstbild der

Ärzte im Laufe des 19. Jahrhunderts grundlegend.<sup>16</sup> Dies fand seinen Ausdruck in der Forderung nach einer weitestgehend selbstverwalteten und selbstkontrollierten Monopolstellung auf dem Markt für medizinische Dienstleistungen. Durch den Ausschluß von Konkurrenz unter den Standesangehörigen sollte die Stellung gegenüber dem Patienten gestärkt werden. Staatliche Forderungen und Kontrollen wollte man auf ein Minimum beschränkt wissen. Diese ärztlichen Ansprüche wurden mit der besonderen Funktion der Medizin für das Allgemeinwohl begründet und damit Forderungen nach einem herausgehobenen Sozialstatus und einer verbesserten materiellen Lage gerechtfertigt.<sup>17</sup> Die Durchsetzung dieser Ziele entwickelte sich zum zentralen Aufgabenbereich der sich ausbildenden Standesorganisationen.

#### Der Ärztevereinsbund und die Ärztetage

Die Reichsgründung 1870/71 schuf für die ärztliche Interessenvertretung einen neuen Aktions- und Bezugsrahmen, wobei insbesondere die beabsichtigte reichseinheitliche Reorganisation des Gesundheitswesens sowie die Unzufriedenheit mit den Auswirkungen der Gewerbefreiheit die Integrationstendenzen förderten.

Bis zu diesem Zeitpunkt hatten die medizinischen Sektionen der 1822 gegründeten Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte das einzige, den gesamten deutschsprachigen Raum umfassende Forum dargestellt.<sup>18</sup> Von hier kam auch die Initiative zur Gründung des Ärztevereinsbundes. Seit 1865 propagierte der Leipziger Medizinprofessor Hermann Eberhard Richter<sup>19</sup> die Idee einer zentralen ärztlichen Standesvertretung, und er schlug zu diesem Zweck 1872 ein Treffen im Rahmen der jährlichen Naturforschertagung vor. In einem programmatischen Artikel über die Aufgaben eines solchen Zusammenschlusses bezeichnete er die Ärzte als "Träger einer neuen heranreifenden Culturstufe", die "vom sittlichen Motiv angetrieben, in den Gang des modernen

Staatslebens umgestaltend und hilfespändend" eingreifen sollten.<sup>20</sup> Im August desselben Jahres wählten daraufhin Vertreter von 30 Ärztereinen einen Ausschuß, der eine umfangreiche Versammlung vorbereitete und einen Statutenentwurf vorlegte. Im folgenden Jahr fand in Wiesbaden die offizielle Konstituierung des Deutschen Ärztereinebundes statt.<sup>21</sup>

Satzungszweck des neugegründeten Verbandes war es, "die zerstreuten ärztlichen Vereine Deutschlands zu gegenseitiger Anregung und gemeinsamer Bethätigung der wissenschaftlichen und praktischen, auch socialen Beziehungen des ärztlichen Standes zu vereinigen". Zur "Förderung der ärztlichen Wissenschaft und Kunst sowie der Interessen des ärztlichen Standes" kam die Forderung nach "fakultative(r) Theilnahme an der öffentlichen Gesundheitspflege und Medicinalgesetzgebung".<sup>22</sup> Faktisch trat sehr schnell die Vertretung der Standesinteressen in den Vordergrund.<sup>23</sup> Angesichts der beschleunigten Entwicklung in den einzelnen Teilgebieten der Medizin behandelte man wissenschaftliche Themen sinnvoller in den jeweiligen Fachgesellschaften. Die komplexen Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege wiederum erforderten die Mitarbeit anderer Berufsgruppen, welche sich schon bald im Deutschen Verein für Öffentliche Gesundheitspflege ein eigenes Diskussionsforum schufen.<sup>24</sup>

Der Ärztereinebund setzte sich nicht aus einzelnen Ärzten, sondern aus Vereinen zusammen. Spätere Bemühungen, ihn in einen Verband mit Einzelmitgliedschaft umzuwandeln, scheiterten, denn man fürchtete, "die deutschen Ärzte [...] aus ihrer Gleichgültigkeit nicht aufrütteln" zu können, wenn man sich nicht "des Bindesgliedees der alten festgegründeten Lokalvereinigungen" bediene.<sup>25</sup> Vereine aus den südlichen und westlichen Reichsteilen fanden sich in der neuen Dachorganisation besonders zahlreich vertreten.<sup>26</sup> Alle Funktionen wurden auf ehrenamtlicher Basis ausgeübt. Der Ärztetag, die jährliche Versammlung von bevollmächtigten

Vereinsvertretern, entwickelte sich rasch zum zentralen Forum für alle die Ärzteschaft beschäftigenden Themen.<sup>27</sup> Zur Wahrnehmung der Standesinteressen gegenüber der Politik setzte man vor allem - wenngleich mit begrenztem Erfolg - Petitionen und Denkschriften ein.

#### Der Leipziger Wirtschaftliche Verband

Die Verschärfung der Auseinandersetzung mit den Krankenkassen hinsichtlich der Durchführung der Gesetzlichen Krankenversicherung - insbesondere die Ausgestaltung der Kassenverträge - und die Ineffizienz des Ärztevereinsbundes als Lobbyist führten im Jahre 1900 zur Gründung des Verbands der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen, der auch Leipziger Wirtschaftlicher Verband und später nach seinem Gründer Hartmannbund genannt wurde.<sup>28</sup>

Zur Durchsetzung ihrer Ziele orientierte sich die Neugründung am Vorgehen der modernen Interessenverbände.<sup>29</sup> Das Verhältnis des Leipziger Verbands zum Ärztevereinsbund war zunächst - wie Huerkamp herausgearbeitet hat - alles andere als konfliktfrei. Der Ärztevereinsbund - und mit ihm viele ältere Mediziner - fürchtete zum einen eine Zersplitterung, zum anderen konnte er sich mit den am Vorgehen der Sozialdemokratie und der Gewerkschaften orientierten Kampfmethoden, wie Streik, Kassenboykott und Stellensperrungen, nicht anfreunden.<sup>30</sup> Das "kriegerische Auftreten eines nach einem modernen Reglement bereits eingeübten Heeres", vor allem aber der Ausdruck "Ärztestreik" galten ihnen als mit der Standesehre nicht vereinbar.<sup>31</sup> Der Leipziger Verband wiederum geißelte die Eingaben und Denkschriften des Ärztevereinsbundes als nutzlos und schädlich. Der starken und andauernden Fixierung auf die staatlichen Behörden - die deutschen Mediziner waren traditionell viel stärker auf den Staat fixiert als beispielsweise ihre angelsächsischen Kollegen<sup>32</sup> - sollte das Prinzip der "Selbsthilfe" entgegengesetzt werden.<sup>33</sup> Erst im

Zuge der Krankenversicherungsnovelle von 1903 - die organisierte Ärzteschaft hatte keine ihrer Hauptforderungen durchsetzen können - kam es zur Annäherung. Der Leipziger Verband wurde dem Ärztevereinsbund als dessen wirtschaftliche Abteilung angegliedert.<sup>34</sup>

Im Leipziger Verband bestand Einzelmitgliedschaft. Bis 1911 waren 76,6 Prozent aller Zivilärzte dem Verband angeschlossen.<sup>35</sup> Die positive Mitgliederentwicklung hatte ihre Ursache jedoch nicht nur in der kompromißlosen Interessenvertretung gegenüber den Krankenkassen. Auch andere, besonderes für junge Ärzte interessante Dienstleistungen, wie Witwen- und Waisenkasse, Stellenvermittlung und Rechtsberatung, trugen zur Popularität des Verbands bei.<sup>36</sup> Hinzu kam in vielen Fällen ein moralisch-sozialer Druck, der verbandskonformes Verhalten und als Konsequenz auch die Mitgliedschaft förderte.

Versucht man die wesentlichen Unterschiede zwischen Ärztevereinsbund und Leipziger Verband zu benennen, so ist hervorzuheben, daß es sich beim Ärztevereinsbund - insbesondere vor der Jahrhundertwende - um einen reinen Honoratiorenverband handelte. Der die ärztliche Interessenvertretung nach 1900 dominierende Leipziger Verband hingegen trug deutlich die Züge eines modernen Funktionärsverbandes. Die Entwicklung der ärztlichen Standesorganisationen reiht sich somit in einen gesamtgesellschaftlichen Prozeß ein, der durch die Tendenz zum Berufspolitiker, zum hauptamtlichen Verbandsfunktionär, charakterisiert ist und der auf die Erfordernisse zunehmend komplexerer politischer Entscheidungsprozesse reagiert.<sup>37</sup>

#### Staatlich anerkannte Organisationen der Ärzteschaft

Neben den oben beschriebenen privatrechtlichen Verbänden, die reichsweit organisiert waren, existierten im Kaiserreich unterschiedliche, staatlich anerkannte Standesvertretungen in den Einzelstaaten. Heute nehmen die Ärztekammern als öffentlich-rechtliche Körperschaften sowohl Aufgaben der

Selbstverwaltung als auch der mittelbaren Staatsverwaltung wahr.<sup>38</sup> Neben der Einflußnahme in medizinisch- und gesundheitspolitischen Angelegenheiten kommt ihnen ebenfalls die Standesaufsicht zu. Dieser ausdifferenzierte Funktions- und Kompetenzbereich hat sich erst im Laufe der Zeit entwickelt.<sup>39</sup> In den Jahren zwischen 1871 und 1914 wurden dafür in vielen deutschen Ländern die Grundlagen geschaffen und die Weichen für die weitere Entwicklung gestellt. Dabei gab es infolge der föderalen Struktur des Reiches erhebliche regionale Unterschiede. Die staatlich anerkannten Standesvertretungen gingen entweder - wie in Sachsen - aus Bezirksvereinen mit Beitrittspflicht hervor, oder sie bildeten neben den freiwilligen Ärztevereinen selbständige Organe, die Ärztekammern (Preußen, Anhalt, Baden, Braunschweig, Lübeck, Hamburg). Schließlich bestanden auch aus Bezirksvereinen hervorgegangene Vertretungen ohne Beitrittszwang (Bayern, Hessen, Oldenburg, Württemberg).<sup>40</sup>

Die allgemeinen Zielsetzungen dieser Organisationen, - "die Erörterung aller Fragen [...], welche den ärztlichen Beruf oder das Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege betreffen oder [...] die Wahrnehmung und Vertretung der ärztlichen Standesinteressen"<sup>41</sup> - , wiesen in den einzelnen Ländern des Reiches große Ähnlichkeiten auf. Ihre jeweiligen Kompetenzen freilich unterschieden sich ganz erheblich. Auch was die Chronologie angeht, sind große Unterschiede festzustellen. Dies betrifft etwa das Umlagerecht, den Einfluß auf die Gesetzgebung, die wirtschaftliche Interessenvertretung<sup>42</sup> und vor allem die disziplinarischen Befugnisse gegenüber den Standesmitgliedern. Die vielerorts geschaffenen, staatlich anerkannten Ehrengerichte dienten der beruflichen Selbstkontrolle, der "Reinhaltung des Standes" und stellten daher ein wesentliches Element des Professionalisierungsprozesses dar. Sie konnten je nach Art der Verfehlung eine Verwarnung, einen Verweis aussprechen oder eine Geldstrafe verhängen.<sup>43</sup> Das Ziel der Ärzteschaft, die

Durchführung der Ehrengerichtsbarkeit allein den Standesgenossen vorzubehalten und von Staatseinflüssen freizuhalten, bei der Durchsetzung der Entscheidungen aber auf die Behörden zu rekurrieren, ließ sich jedoch nur teilweise durchsetzen. Vertreter des Staates, in der Regel Juristen, nahmen in allen Einrichtungen dieser Art Mitspracherechte wahr.<sup>44</sup>

Zwischen den staatlich anerkannten Vertretungen und dem privatrechtlich organisierten Ärztevereinsbund bzw. dem Leipziger Verband bestanden enge personelle Verflechtungen. In Preußen stellten z. B. die ärztlichen Vereine Kandidatenlisten für die Kammerwahlen auf. Graf, der langjährige Vorsitzende des Ärztevereinsbundes, stand gleichzeitig dem preußischen Ärztekammerausschuß vor. Hartmann fungierte auch als Präsident der Ärztekammer Leipzig und des sächsischen Ehrengerichtshofes.<sup>45</sup>

Mit den Ergebnissen der Standespolitik zeigten sich nicht wenige Ärzte unzufrieden. Auf zahlreichen Ärztetagen hörte man daher immer wieder Stimmen, die sich von der Politik verraten fühlten. Die Staatsnähe der Kammern erschien manchen suspekt<sup>46</sup> und die Methoden des Ärztevereinsbundes nutzlos und antiquiert. Diese Beurteilung der Lage erklärt nicht zuletzt die umfassende Unterstützung, die der Leipziger Verband mit seinem erheblich aggressiveren Vorgehen nach 1900 binnen weniger Jahre mobilisieren konnte.

#### Bemühungen um eine Reichsärzteordnung

Die Gewerbeordnung von 1869 hatte den Ärzten zahlreiche langgehegte Wünsche erfüllt. Zur Niederlassungsfreiheit und zur freien Vereinbarung des Honorars kam die Abschaffung des "Kurierzwangs" und weiterer staatlicher Reglementierungen.<sup>47</sup> Andere Neuerungen jedoch, wie etwa die Einreihung der Heilkunde unter die Gewerbe und die Abschaffung des

"Kurpfuschereiverbots", riefen schon bald erhebliche Unzufriedenheit hervor.

Besonders störend empfanden viele Ärzte die Degradierung ihrer Tätigkeit zum Gewerbe. Man war davon überzeugt, daß der Arztberuf "kein Gewerbe, sondern eine freie Wissenschaft und [...] Kunst"<sup>48</sup> darstelle und deshalb mit höheren moralischen und ethischen Pflichten verbunden sei. Die rechtliche Gleichstellung mit niederen Berufen - so die gängige Meinung - schade dem Ansehen der Mediziner im allgemeinen und insbesondere bei den Akademikern.

Bereits auf den Ärztetagen 1874 und 1875 entbrannte eine lebhafte Diskussion über die Vor- und Nachteile der Gewerbeordnung. Spätestens seit dem Tode Richters 1876, der auf die Unabhängigkeit vom Staat besonderen Nachdruck gelegt hatte<sup>49</sup>, gewann die Opposition gegen die bestehenden gesetzlichen Vorgaben zunehmend an Boden. Man beklagte einen Anstieg der "Kurpfuscherei" sowie eine beschleunigte Erosion der Standeswürde.<sup>50</sup> Insbesondere das Mitglied des Geschäftsausschusses August Georg Brauser (1833-1901) forderte als Sprachrohr dieser Richtung das Ausscheiden aus der Gewerbeordnung und die Schaffung einer Deutschen Ärzteordnung nach dem Vorbild der Anwälte, an deren beruflicher Stellung und Sozialprestige sich die Mediziner besonders orientierten.<sup>51</sup>

Eine staatlich anerkannte, reichseinheitliche Berufsordnung mit weitgehender beruflicher Selbstbestimmung und Selbstkontrolle sollte die Vorteile der Gewerbeordnung erhalten, aber die Nachteile der freien Konkurrenz in einem System privatkapitalistischer Marktwirtschaft kompensieren.<sup>52</sup> In der Forschung wurde dieses Vorgehen als Rückgriff auf zünftlerisch-ständische Ordnungsprinzipien interpretiert<sup>53</sup>, eine Auffassung übrigens, die bereits Zeitgenossen im Jahre 1879 vertraten, als sie die Kritiker der Gewerbeordnung "ächt mittelaltlicher Zunftanschauung" ziehen.<sup>54</sup> Letztere befürchteten bei einer

Modifizierung der geltenden gesetzlichen Bestimmungen eine Wiedereinführung beamtenähnlicher Verpflichtungen wie des "Kurierzwanges".<sup>55</sup>

Angesichts dieser Problemlage einigte man sich auf dem Ärztetag 1880 dahingehend, daß ein Ausscheiden der Ärzte aus der Gewerbeordnung nur bei gleichzeitiger Schaffung einer Deutschen Ärzteordnung in Frage käme.<sup>56</sup> Diesbezüglich legte der Generalarzt Adolf Hoffmann (1822-1899) aus Karlsruhe zwei Jahre später einen Entwurf vor.<sup>57</sup> Der zentrale Gedanke bestand in der Auffassung von der besonderen Bedeutung des Arztberufs für das allgemeine Wohl, was einerseits der Profession besondere Pflichten auferlege, andererseits aber auch den Staat gegenüber der Ärzteschaft verpflichtete. Eine von Ärzten gewählte, staatlich anerkannte Standesvertretung (Reichsärztekammer) sollte die Mitwirkung bei allen gesundheitspolitischen Fragen sicherstellen und das Verhalten der Ärzte "in Ausübung ihres Berufes sowie außerhalb desselben" mittels vom Staat übertragener besonderer Disziplinarbefugnisse überwachen.<sup>58</sup>

Während einigen die Vorschläge Hoffmanns nicht weit genug gingen<sup>59</sup>, überstiegen sie für einen Großteil der Kritiker das Maß des Erträglichen erheblich. Anstoß erregte insbesondere die Institution der Ehrengerichte, in denen viele lediglich ein Instrument gegen mißliebige Kollegen sahen.<sup>60</sup> So fürchtete ein Dr. Runge aus Nassau, daß sich "die Schärfe des Ehrengerichts [...] immer nur gegen den Kleinen richten" werde, "welcher oft nur aus Unkenntnis gegen die Form sündigt [und] keine Konnexionen hat" und nicht gegen "einen Geheimrat und Professor".<sup>61</sup> Ferner gingen die Auffassungen in der Frage weit auseinander, welche Einflußrechte dem Staat bei diesen Organisationen einzuräumen seien. Die vollständige Autonomie stellte zwar das Wunschziel dar, doch die Mehrheit stimmte darin überein, daß es ohne Zugeständnisse zu keiner staatlich sanktionierten Deutschen Ärzteordnung kommen würde. Vehement gegen eine Revision der Gewerbeordnung wandten sich die 1880 aus

dem Ärztevereinsbund ausgeschiedene Berliner Medizinische Gesellschaft<sup>62</sup> und der Frankfurter Ärzteverein, dessen Vorsitzender Victor Cnyrim sich zum Sprecher der Ablehnungsfront machte und eine Ärzteordnung überhaupt ablehnte.<sup>63</sup>

Der schließlich auf dem Ärztetag von 1882 verabschiedete Entwurf beinhaltete Kriterien für die Zulassung als Arzt bzw. für den Approbationsentzug, legte die Rechte und Pflichten der Ärzte fest, lieferte Vorgaben für die Einrichtung von staatlich anerkannten Standesvertretungen sowie von ärztlichen Ehren- und Schiedsgerichten. Das angestrebte Ziel war mithin nicht die Unabhängigkeit vom Staat, sondern die Mitbestimmung. In diesem Sinne reflektierte der Entwurf die Hinwendung zum Staat in den nachliberalen Jahrzehnten des Kaiserreichs: er suchte Rückendeckung zur Durchsetzung standespolitischer Ziele.<sup>64</sup> Dies entsprach einem Zeittrend, der von den liberalen Prinzipien der Gewerbeordnung immer weiter wegführte, hin zum Protektionismus und Wiederanknüpfen an zünftlerische Bestrebungen, wie sie ebenfalls durch den Übergang vom Freihandel zum Schutzzoll in der Wirtschaftspolitik gefördert wurden.<sup>65</sup>

Auch die politischen Institutionen waren keineswegs einer Meinung. Nach jahrelangen Diskussionen, in deren Verlauf der Reichstag Zustimmung signalisierte, zahlreiche deutsche Länder jedoch eine reichseinheitliche Regelung ablehnten<sup>66</sup>, entschied sich im Jahre 1889 Reichskanzler Bismarck definitiv gegen eine Deutsche Ärzteordnung. Vielmehr sollten die staatlich anerkannten ärztlichen Interessenvertretungen - soweit Bedarf bestünde - auf einzelstaatlicher Ebene ausgebaut werden.<sup>67</sup> Dieser Weg wurde in der Folgezeit beschritten, sodaß am Ende des Kaiserreichs der Großteil der deutschen Länder über solche Einrichtungen verfügte.<sup>68</sup> Dabei drängte die Ärzteschaft vor dem Hintergrund der steigenden Medizinerzahlen und der schwachen Verhandlungsposition gegenüber den Krankenkassen verstärkt auf die Übertragung von Disziplinarbefugnissen.<sup>69</sup> Besonders heftig

wurde in diesem Zusammenhang über die Einrichtung von Ehrengerichten in Preußen gestritten, die schließlich 1899 erfolgte.<sup>70</sup> Widerstand regte sich vor allem auf seiten der Sozialdemokratie und der Krankenkassen sowie der Naturheilbewegung, die - nicht zu Unrecht - die Instrumentalisierung der Ehrengerichte zur Ausschaltung gegensätzlicher standespolitischer und fachlicher Meinungen befürchteten.<sup>71</sup> Munition dafür lieferten nicht zuletzt die Standesvertreter selbst, wenn sie, wie der Vorsitzende Graf in einer Eingabe 1895 eine straffere Organisation der Ärzteschaft in Preußen damit rechtfertigten, "dass das Gift der Sozialdemokratie mehr und mehr in die Reihen der Aerzte eindringe".<sup>72</sup> Weniger prominente Kollegen wählten noch drastischere Worte: Ein anonym Autor forderte 1900 einschneidende gesetzliche Änderungen, denn die Ärzte wollten "keine Dienstmänner der rothen Internationale sein", sondern vielmehr "das Recht haben, im Quarré zu stehen, an dem sich die rothe Gefahr zerschellen soll".<sup>73</sup> Trotzdem gelang es den Standesvertretern bis zum Ersten Weltkrieg in den meisten deutschen Ländern, eine staatlich anerkannte Ehrengerichtsbarkeit durchzusetzen.<sup>74</sup>

#### Grundzüge für eine ärztliche Standesordnung 1889

Nach der Ablehnung einer reichsweiten Deutschen Ärzteordnung durch Bismarck blieb der Ärzteschaft - neben dem Ausbau der staatlich anerkannten, einzelstaatlichen Organisationen - die Option, durch freiwillige Selbstkontrolle in den Vereinen zur "Hebung des Standes" beizutragen. Eine ganze Reihe von Vereinen, beispielsweise Karlsruhe, München, Nürnberg, Leipzig und Breslau, hatte sich zum Teil schon seit längerer Zeit Standesordnungen gegeben und vereinsinterne Ehrenräte zu ihrer Überwachung eingeführt.<sup>75</sup> Standesordnungen legen als Satzungen freiwilliger Vereine Verhaltensnormen zwischen den Kollegen untereinander und zwischen Ärzten und Patienten fest,

wohingegen eine Ärzteordnung zudem - und vorrangig - die Stellung der Mediziner zum und im Staat regelt.<sup>76</sup>

Hintergrund des nun verstärkten Bemühens um eine einheitliche Standesordnung bildeten die seit Mitte der achtziger Jahre massiv auftretenden Klagen über den Niedergang der Standesehre und das Sinken des öffentlichen Ansehens. War das ärztliche Selbstbewußtsein schon durch die Einreihung unter die Gewerbe verletzt, so taten die Auswüchse der freien Konkurrenz ein übriges. Die Festlegung verbindlicher Verhaltensnormen schien daher vielen dringlicher als je zuvor.<sup>77</sup> Diesem Bedürfnis trug der Ärztetag von 1889 Rechnung, indem er mit großer Mehrheit "Grundzüge für eine ärztliche Standesordnung" verabschiedete. Diese brandmarkten u. a. das öffentliche Anpreisen, den Mißbrauch der Bezeichnung "Spezialist", das Unterbieten, das Verordnen von Geheimmitteln, das Eindringen in die Praxis eines Kollegen und die Herabsetzung desselben als standesunwürdig und sahen zur Aufrechterhaltung korrekter interkollegialer Umgangsformen die Einsetzung vereinsinterner Ehrengerichte vor.<sup>78</sup> Eine Rechtsverbindlichkeit für die Mitglieder der Ärztevereine bestand jedoch nicht.

Bemerkenswert ist nun, daß man den Inhalt der Standesordnungen häufig mit ärztlicher Ethik gleichsetzte, sodaß diese im wesentlichen auf Normen kollegialen Verhaltens reduziert wurde. Ärztliche Berufspflichten oder Richtlinien für medizinisch verantwortliches Handeln waren in der Regel nicht Gegenstand dieser Verhaltenskataloge, was insbesondere hinsichtlich der Patienteninteressen - wie Brand hervorhebt - einen Rückschritt gegenüber den Medizinalordnungen des 18. und beginnenden 19. Jahrhunderts bedeutet.<sup>79</sup>

Insgesamt betrachtet waren bis zum ersten Weltkrieg in der Mehrzahl der deutschen Staaten den Bemühungen um staatliche Mitspracherechte und Berufsautonomie bemerkenswerte Erfolge beschieden. Daß das staatliche Entgegenkommen jedoch seine

Grenzen hatte - und daran läßt sich auch die Bedeutung ablesen, die der Staat einer loyalen Ärzteschaft zumaß -, zeigte sich deutlich in der "Kurpfuschereifrage".

#### "Kurpfuscherei-Bekämpfung"

Neben der Einreihung des Arztberufs unter die Gewerbe stieß die Aufhebung des "Kurpfuschereiverbotes" im Laufe des Kaiserreichs auf immer stärkere Kritik unter den Ärzten. Dadurch - so argumentierte man - habe die Zahl nichtapprobierter "Heilkünstler" rapide zugenommen.<sup>80</sup>

Der Terminus "Kurpfuscher" als Kampfbegriff der ärztlichen Standespolitik bildete sich erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts heraus. Sein Vorläufer - Medizinalpfuscher oder einfach Pfuscher - bezeichnete im Rahmen der ständischen Ordnung die nicht rechtmäßige Tätigkeit von Heilpersonen in zünftlerisch organisierten Bereichen des traditionell weit aufgefüllten Gesundheitsmarktes. In diesem Sinne beinhaltete er jedoch keinen Dominanzanspruch einer Berufsgruppe über eine andere und erst in zweiter Linie ein Qualitätsmerkmal. Im späten 19. Jahrhundert aber trat die pejorative Bewertungsdimension immer stärker in den Vordergrund.<sup>81</sup> Dabei interpretierte die ärztliche Standespolitik den "Kurpfuschereibegriff" äußerst weit und faßte darunter sowohl die Anwendung von Außenseitermethoden durch Approbierte (z. B. Homöopathie<sup>82</sup> oder Naturheilkunde) als auch Kompetenzüberschreitungen zugelassener niederer Heilpersonen (Wundärzte, Heildiener, Hebammen) sowie die Laienbehandlung gegen Entgelt.<sup>83</sup> Zum Hauptgegner entwickelte sich jedoch die Naturheilbewegung, die insbesondere ab den 1890er Jahren eine große Zahl von Anhängern gewinnen konnte.<sup>84</sup>

Inwieweit nach Inkrafttreten der Gewerbeordnung die "Kurpfuscherei" wirklich zugenommen hat, ist nur schwer zu beantworten. Erst ab 1902 mußten nichtapprobierte Heiler in Preußen ihr Gewerbe anmelden.<sup>85</sup> Zahlreiche ärztliche und einige

behördliche Aufstellungen und Statistiken - von denen viele schwindelerregende Zuwachsraten postulieren<sup>86</sup> - liefern mangels verlässlicher Vergleichswerte und unterschiedlichster Erfassungskriterien kaum verlässliche Angaben.<sup>87</sup> Wie weit der Begriff oft gefaßt wurde<sup>88</sup>, geht aus einer Erhebung des sächsischen Landes-Medizinal-Kollegiums aus dem Jahre 1897 hervor, wonach von 785 "Kurpfuschern" "69 Heilkunde im gesamten Umfange aus[übten], 209 sogenannte Naturheilkunde, 192 Magnetismus und Sympathie, 93 Homöopathie, 65 Massagen, 79 Zahnheilkunde, 17 Bandwurmkuren, 6 Baunscheidtismus, 13 niedere Chirurgie, 7 Einrenken von Brüchen, 9 Kräuterkuren, 1 Pflasterkur, 1 Hühneraugenoperationen, 1 Diphteriekuren, 4 Behandlung äusserer Krankheiten, 2 Behandlung von Augenkrankheiten, 1 Behandlung von Hund- und Schlangenbiss, 8 Behandlung von Frauenkrankheiten".<sup>89</sup> Daß dem nichtapprobierten Heilgewerbe erhebliche Bedeutung im Gesundheitssektor zukam, belegen die Zahlen Sprees, der - bei aller Vorsicht - für Preußen einen "Kurpfuscheranteil" von 28 Prozent (1903-1913) errechnete.<sup>90</sup>

Die gesteigerte Sensibilität der approbierten Mediziner läßt sich zum Teil darauf zurückführen, daß das Auftreten, die Öffentlichkeitswirksamkeit und der Aktionsradius nichtlizensierter Heiler ab dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts zunahm.<sup>91</sup> Durch die neuen Reklamemethoden<sup>92</sup>, v. a. in der Tagespresse, sowie die teils öffentliche Herabsetzung der "Schulmedizin" fühlte sich die Ärzteschaft besonders angegriffen.<sup>93</sup> Es waren vor allem diejenigen "Heilkünstler", die in stark urbanisierten Reichsteilen mit einer relativ hohen Ärztedichte ihr Gewerbe betrieben, die den Unmut der Standesorganisationen erregten. Aber auch die Heiler älteren Typs, wie sie insbesondere in ländlichen Gegenden vorkamen und dort die Ärzte eher ersetzten, als daß sie mit ihnen konkurrierten, riefen zunehmend die Kritik der approbierten Mediziner hervor.<sup>94</sup>

So begegnen schon bald nach der Gründung des Ärztevereinsbundes immer lauter werdende Forderungen nach einer Wiedereinführung des "Kurpfuschereiverbots". Ein kleiner Teil der Ärzteschaft, der eine Änderung der geltenden Bestimmungen ablehnte, verwies auf die Unmöglichkeit, den Gegenstand eindeutig zu definieren und wandte sich gegen zahlreiche, meist sehr bemühte Versuche, die "gewerbsmäßige Kurpfuscherei" von "gutartiger Pfuscherei" sowie von der "Charlatanerie approbierter Personen" abzugrenzen.<sup>95</sup> Nicht durchsetzbare Strafbestimmungen hielten sie für lächerlich, und sie vertraten die Meinung, daß nur Belehrung und Aufklärung "gegenüber der Dummheit, dem Aberglauben und der Sucht nach Wunderbarem" etwas ausrichten könnten.<sup>96</sup>

So blieb es nicht aus, daß sich zahlreiche Ärztetage mit dieser Problematik befassen mußten.<sup>97</sup> Dabei schlug 1880 der Referent Aub durchaus auch selbstkritische Töne an, als er eine Ursachenanalyse vornahm. Er betonte bei den nichtlizenzierten Heilern "die Gabe des Umgangs mit der Landbevölkerung", wohingegen "gar oft der Mediziner in den Kliniken die Patienten nur als Material zu behandeln gewöhnt und nicht dazu angeleitet wird, der ärztliche Vertrauensmann und Rathgeber zu werden".<sup>98</sup> Dieses Defizit versuchte ein Teil der Ärzteschaft dadurch zu beheben, indem er sich in der Volksaufklärung, etwa im 1899 gegründeten Deutschen Verein für Volkshygiene, engagierte.<sup>99</sup> Die Absicht, vor allem den zahlreichen Naturheilvereinen dadurch Anhänger zu entziehen, war jedoch nur von sehr begrenztem Erfolg gekrönt. Die Erwartungen dieses Personenkreises konnten kaum erfüllt werden, da die Mediziner auf ihrem Dominanzanspruch beharrten und das Laienpublikum keinesfalls zur kritischen Beurteilung ärztlichen Handelns erziehen wollten.<sup>100</sup> Das Publikum aber - so ein Arzt im Jahre 1901 - "liebt es [...] über Behandlungen von Krankheiten zu hören, da es ja den verhängnisvollen Drang in sich spürt, an sich selbst herumzucuriren".<sup>101</sup>

Besonders empört waren viele Ärzte darüber, daß die Krankenversicherungsgesetzgebung die Zulassung nicht approbierter Heiler ermöglichte und so vereinzelt Naturheilkundige von den Kassen verpflichtet wurden.<sup>102</sup> Dies geschah völlig legal, denn nach Auffassung der Behörden hatte man unter "ärztlicher Hilfe" keineswegs nur die Therapie durch approbierte Mediziner zu verstehen.<sup>103</sup> Die ärztlichen Wünsche ließen sich jedoch vorerst nicht durchzusetzen: denkbar knapp wurde ein entsprechender Antrag 1892 im Reichstag abgelehnt.<sup>104</sup> Dieser offene Gegensatz zwischen Ärzteschaft und Behörden bzw. Reichstag bestärkte die Standesorganisationen in der Meinung, daß man staatlicherseits ihre berechtigten Forderungen ohne Skrupel ignorierte. Quantitativ spielte die Konkurrenz allerdings keine Rolle. Bereits zu Beginn dieses Jahrhunderts hatten die approbierten Ärzte ein faktisches Behandlungsmonopol bei den Kassen erreicht.<sup>105</sup>

Die Argumente, die für die Wiedereinführung des "Kurpfuschereiverbots" herangezogen wurden, faßte Eduard Lent (1831-1911), der Vorsitzende der Rheinischen Ärztekammer, im Jahre 1892 zusammen: Die Kurpfuscher schädigten die Patienten und durch "gewissenlosen Betrug und nackten Schwindel das Volkswohl"; "Gesundheit und Wohlstand der Nation" seien diesen "Freibeutern" schutzlos preisgegeben.<sup>106</sup> Hinzu kam der Verweis auf die Pflicht des Staates, das in die medizinische Ausbildung investierte Humankapital zu schützen.<sup>107</sup> Welch vielfältige Schäden man den nicht approbierten Heilgewerbe anlastete, zeigt eine Aufstellung der Ärztekammer Brandenburg-Berlin, die beispielsweise Nachteile für die "Hygiene des Geschlechtstriebes" infolge der "Erregung der Sinnlichkeit durch hydropathische Kuren" sowie die Zunahme der "Paederastie" oder die "Schwächung der Wehrkraft des Volkes" durch die "Erhöhung der Mortalitäts- und Morbiditätsziffern" aufführte.<sup>108</sup>

Im Jahre 1903 konstituierte sich die Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums in Deutschland, die insbesondere

die Öffentlichkeitsarbeit und das Sammeln statistischer Belege auf ihre Fahnen schrieb.<sup>109</sup> Bereits 1897 hatte der Ärztetag eine Kurpfuschereikommission eingesetzt, die eine reichsweite Enquête organisierte.<sup>110</sup> Die einschlägigen Datensammlungen wurden veröffentlicht, wobei man spektakuläre Einzelfälle propagandistisch aufbauschte. Auch rief man dazu auf, die vorhandenen gesetzlichen Möglichkeiten zu nutzen, und Gerichtsverfahren gegen "Kurpfuscher" anzustrengen.<sup>111</sup> Ferner wurden akribisch solche Fälle gesammelt, in denen "Kurpfuscher" mit dem Gesetz in Konflikt gerieten, um deren moralische Integrität in Zweifel zu ziehen.<sup>112</sup> Die rechtlichen Handhaben waren allerdings begrenzt. Neben dem Schutz des Arzttitels war die Ausübung der gewerbsmäßigen Geburtshilfe ohne Hebammenzeugnis und - seit 1883 - die "Heilkunde im Umherziehen" verboten. Eine strafrechtliche Belangung war nur wegen Betruges, unlauteren Wettbewerbs oder fahrlässiger Tötung möglich, wobei die Ärzte konstant beklagten, daß auch diese juristischen Mittel nicht hinreichend ausgeschöpft würden.<sup>113</sup> Um gegen Abweichler im eigenen Lager vorzugehen, wie etwa Homöopathen oder Naturärzte, boten sich weitere Möglichkeiten an. Neben persönlichen Schikanen und dem Abbruch der kollegialen Verbindungen wurde insbesondere auf die Standesordnungen bzw. die Ehrengerichte rekurriert.<sup>114</sup>

Da Parlament und Behörden nicht von der postulierten "Gemeingefährlichkeit" der Kurpfuscherei überzeugt werden konnte, entschloß sich die Ärzteschaft, zur Politik der kleinen Schritte überzugehen.<sup>115</sup> Man setzte daher große Hoffnungen auf einen Gesetzentwurf, der gegen den "Geheimmittelverkehr" gerichtet war und die nichtapprobierten Heiler einer stärkeren behördlichen Kontrolle unterwerfen sollte.<sup>116</sup>

Das Problem der "Geheimmittel"

Unter Geheimmitteln verstand man allgemein Arzneizubereitungen, deren Zusammensetzung nicht bekannt war. Meist hatten sie

klingende Namen und einen fast unbegrenzten Indikationsbereich (z. B. St. Jacobs-Tropfen, Phönix-Geist).<sup>117</sup> Die sie umgebende mystisch-geheimnisvolle Aura trug maßgeblich zu ihrer Verbreitung und Beliebtheit bei. Der Vertrieb erfolgte oft durch fahrende Händler, sie wurden aber auch in Apotheken verkauft. Die "Geheimmittel" erregten aus zwei Gründen den Unmut der Ärzte. Zum einen gehörten sie vielfach zum unentbehrlichen Arsenal der "Kurpfuscher", zum anderen befürchtete man eine Förderung der Selbstmedikation. Daher untersagten die Landesordnungen durchgängig die Anwendung dieser Präparate.<sup>118</sup>

Der Gesetzentwurf von 1908 sah eine weitgehende Meldepflicht, Krankenbuchführung und das Verbot für Nichtapprobierte vor, bestimmte Leiden zu behandeln (Infektions- bzw. Geschlechtskrankheiten) und bestimmte Schmerz- und Narkosemittel anzuwenden. Ebenso sollten Hypnose, Gesundbeten und Magnetisieren untersagt werden. Bezüglich der Geheimmittel war ein Reklameverbot für bestimmte Indikationen vorgesehen, welche in erster Linie das Geschlechtsleben und die Schwangerschaft betrafen. Im Falle von Zuwiderhandlungen wurden empfindliche Strafen angedroht. Bei den Zielgruppen, - insbesondere bei den Naturheilkundigen, deren berufliche Existenz bei einer Verabschiedung aufs stärkste bedroht gewesen wäre - löste diese Gesetzesinitiative umfassende Gegenmaßnahmen aus: Petitionen an Regierung, Reichstag und Bundesrat gingen mit einer massiven Mobilisierung der Öffentlichkeit einher. An diesen Protesten, in Verbindung mit der Uneinigkeit unter den Parteien, - und nicht zuletzt an der Ärzteschaft, die es schaffte, den Eindruck egoistischer Interessenvertretung zu vermitteln - , scheiterte das Vorhaben schließlich. Auch ein neuer Entwurf im Jahre 1910 auf der Grundlage des Projektes von 1908 gelangte nicht zur Verabschiedung.<sup>119</sup> Erst das Heilpraktikergesetz von 1939 sollte die Genehmigungspflicht für nichtapprobierte Heiler festlegen.<sup>120</sup>

Läßt man etwa 40 Jahre "Kurpfuschereibekämpfung" Revue passieren, so zeigt sich zum einen, daß erstaunlicherweise die Naturheilkunde im Zentrum stand, während doch von der Ärzteschaft selbst erhobene Datensammlungen belegten, daß quantitativ niederen Heilpersonen, denen man Kompetenzüberschreitungen oder fehlende staatliche Anerkennung vorwarf, die größere Bedeutung zukam. Das verstärkte Interesse an der Naturheilkunde dürfte sich mit dem starken Laienelement dieser Bewegung erklären, die in erster Linie auf Selbstmedikation setzte und damit die Professionalisierungsbestrebungen der akademischen Ärzte bedrohte. Der Konkurrenzaspekt - wenngleich er verschiedentlich eine Rolle gespielt haben mag - war sicherlich nur von sekundärer Bedeutung. Ein wichtiges Resultat der Kampagnen stellte - so das Urteil Sprees - die Stärkung der innerständischen Solidarität dar. Durch die Stilisierung einer Außenbedrohung in einer professionspolitisch schwierigen Situation - Gefahr einer wachsenden Kontrolle durch Staat und Kassen, Aufspaltung des Gesundheitsmarktes und Innendifferenzierung des Ärztestandes bei steigenden Medizinerzahlen, rissiges Selbstbewußtsein infolge nur begrenzter therapeutischer Möglichkeiten - versuchte man das eigene Ansehen zu heben und die naturwissenschaftliche Medizin zu popularisieren.<sup>121</sup>

#### Studium und Berufsausübung

Vorbildung und Ausbildung der Ärzte standen im Kaiserreich im Zentrum langandauernder Diskussionen. Nach 1871 war zunächst die preußische Prüfungsordnung auf das gesamte Reichsgebiet übertragen worden. Mit der Reform von 1883 suchte man die weiterhin erheblichen regionalen Unterschiede zu nivellieren.<sup>122</sup> Bald schon wurden aber Forderungen nach einer erneuten Modifikation laut, die schließlich in der Prüfungsordnung von 1901 einen vorläufigen Abschluß fanden.<sup>123</sup>

Einer der Hauptgründe dafür, daß sich die Debatten über Studienablauf und Prüfungsordnung wie ein roter Faden durch die gesamte Zeit bis zum Ersten Weltkrieg zogen, lag in der beschleunigten Ausdifferenzierung der medizinischen Spezialfächer begründet. Die Zahl der Lehrstühle vermehrte sich rasch: 1910 waren an jeder Fakultät im Durchschnitt 17 Einzelfächer vertreten, während es 1850 nur fünf gewesen waren. Die Eingliederung neuer Disziplinen sah sich freilich häufig mit dem Widerstand der traditionellen Lehrstühle (Innere Medizin, Chirurgie, Geburtshilfe) konfrontiert, die eine Minderung ihres Ansehens und Einflusses befürchteten.<sup>124</sup> Die Reform von 1901 beinhaltete die Verlängerung des Studiums um ein Semester sowie die Einbeziehung neuer Fächer, wie HNO-, Augen- Haut- und Geschlechtskrankheiten, Psychiatrie und Kinderheilkunde. Außerdem wurde das Praktische Jahr eingeführt.<sup>125</sup>

#### Die "Überfüllungsdiskussion"

Die Studienreform hatte aber nicht nur fachliche Gründe. Von erheblicher Bedeutung war daneben die Absicht, durch Verlängerung und damit Verteuerung des Studiums die seit den 1880er Jahren stark gestiegenen Studentenzahlen zu vermindern.<sup>126</sup> Der Ärzteboom der 1880er Jahre stand zunächst im Zusammenhang mit den gesunkenen Berufschancen der Absolventen anderer Fakultäten, später mit den Möglichkeiten, die das expandierende Krankenkassenwesen bot.<sup>127</sup> Dabei ging es der organisierten Ärzteschaft vorrangig darum, die seit dieser Zeit verstärkt zum Arztberuf drängenden Söhne aus dem unterem Mittelstand und nichtakademischen Elternhäusern, die "Brotstudenten", abzuschrecken.<sup>128</sup> Um die Konkurrenz abzumildern, aber auch um durch eine soziale Abgrenzung nach unten eine größere innerständische Homogenität zu erreichen, verbreitete man die Ansicht, daß derjenige, der nicht aus Verdienstgründen, sondern aus "Herzensdrang" heile, der bessere Arzt sei.<sup>129</sup>

Ein weiteres Steuerungsmittel zur Drosselung des Berufszugangs stellten die "Abmahnungen" vom Studium der Medizin dar. Nach verschiedenen Einzelaktionen ließ der Geschäftsausschuß des Ärztevereinsbundes ab 1904 jährlich eine Broschüre verlegen, die die materielle Lage der Ärzteschaft in schwärzesten Farben malte.<sup>130</sup> Gelegentlich - so in einem antisemitischen Pamphlet aus dem Jahre 1904 - schob man auch den Juden die Schuld an der "Überfüllung"<sup>131</sup> zu, einer Bevölkerungsgruppe, die im Arztberuf überdurchschnittlich stark vertreten war.<sup>132</sup>

Allen Bemühungen, die Zahl der Medizinstudenten zu drosseln, war jedoch kein nachhaltiger Erfolg beschieden. Nach einem kurzfristigen Rückgang nahmen die Approbationen nach 1908 wieder stark zu. Die Tatsache, daß dies auch in anderen akademischen Berufen der Fall war, die ebenfalls einer befürchteten "Proletarisierung" entgegenzusteuern suchten, zeigt, daß der säkulare Trend zu höherer Bildungsbeteiligung nicht aufzuhalten war.<sup>133</sup>

Der "Segen der classischen Bildung"<sup>134</sup> oder der "Polizeizwang der Lateinschule"<sup>135</sup>

Die Furcht vor einer "Ärztenschwemme" beeinflusste auch die jahrzehntelangen Diskussionen um die Vorbildung der Medizinstudenten. Bereits seit der Jahrhundertmitte mehrten sich Stimmen, die die einschlägigen Grundwissenschaften gegenüber den "toten Sprachen" stärker berücksichtigt sehen wollten.<sup>136</sup> Die meisten Ärzte aber hielten kompromißlos am Bildungsideal des prestigeträchtigen neuhumanistischen Gymnasiums fest<sup>137</sup>, das sich seit dem beginnenden 19. Jahrhundert zur Visitenkarte für die Zugehörigkeit zum gehobenen Bürgertum entwickelt hatte.<sup>138</sup> Viele plädierten allerdings für eine stärkere Integration naturwissenschaftlicher Inhalte in die Lehrpläne des humanistischen Gymnasiums. Die verschiedentlich diskutierte alleinige Öffnung der medizinischen Fakultäten für

Realabiturienten kam für die überwiegende Mehrheit aus Furcht vor Statusverlust keinesfalls in Frage<sup>139</sup>, denn man dürfe "nichts zu[...]geben, was im geringsten dazu geeignet wäre, Zweifel an der Ebenbürtigkeit [...] gegenüber den anderen akademischen Berufen aufkommen zu lassen".<sup>140</sup> Andere Stimmen hoben "die ethische Bedeutung der Gymnasialerziehung, welche auch das frühe Betonen des Nützlichkeitsprinzips ausschliesst" hervor<sup>141</sup> oder befürchteten ein zunehmendes kapitalistisches Gebaren der Ärzte, welches "der Heilkunst gewiss noch mehr den Stempel des Gewerbes" aufdrücken würde.<sup>142</sup> Gegenteilige Stellungnahmen, wie z. B. die eines Dr. Martin aus Jena waren da schon seltener. Dieser wies darauf hin "wie beschämend" es für viele Ärzte sei, "dass sie bei dem [...] Nachlesen in Lehrbüchern mancher Zweige und Hülfswissenschaften ihres Berufes ganze Kapitel überschlagen müssen", um sich am Ende zu gestehen, "dass das Buch eigentlich zu hoch für sie gewesen ist".<sup>143</sup>

Während sich die Ärzteschaft anlässlich der Prüfungsreform von 1883 noch mit ihrer Meinung durchsetzen konnte<sup>144</sup>, war ihr Protest in der Folgezeit nutzlos. Im Jahre 1900 stellte ein kaiserlicher Erlaß humanistisches Gymnasium und Realgymnasium gleich, 1907 wurden auch Absolventen der Oberrealschulen reichsweit zum Medizinstudium zugelassen.<sup>145</sup> Im Studienjahr 1911/12 hatten bereits 21,4 Prozent aller Medizinstudenten ein Realgymnasium oder eine Oberrealschule absolviert.<sup>146</sup>

"Der Verarbeitung der erforderlichen wissenschaftlichen Materie nicht gewachsen"<sup>147</sup>

Die Furcht vor Status- und Ansehensverlust war es auch, die die Diskussion um die Zulassung von Frauen zum Medizinstudium prägte. Die überwiegende Mehrheit der organisierten Ärzteschaft nahm hierzu eine schroff ablehnende Haltung ein.<sup>148</sup> Im internationalen Vergleich gehörte Deutschland zu den letzten Staaten, die Frauen als Ärztinnen zuließen.<sup>149</sup>

Seit den 1860er Jahren bemühte sich die Frauenbewegung verstärkt, geeignete Berufsfelder für nicht verheiratete Frauen des mittleren und gehobenen Bürgertums zu erschließen. Neben dem Lehrerinnenberuf schien ihnen die Medizin dafür besonders geeignet.<sup>150</sup> Während in der 2. Hälfte des vorigen Jahrhunderts, etwa in den angelsächsischen Ländern, der Schweiz und in Frankreich, der Zugang des weiblichen Geschlechts zum Arztberuf möglich wurde,<sup>151</sup> blieb deutschen Frauen nur das Studium in Ausland, vor allem in der Schweiz. An deutschen Universitäten konnten weibliche Studentinnen nur als Hospitantinnen Aufnahme finden, die Zulassung zum Staatsexamen blieb ihnen ausnahmslos versagt. Außerdem wurde das Hospitantinnenwesen an den verschiedenen Universitäten sehr unterschiedlich gehandhabt und hing in der Regel entscheidend vom guten Willen des jeweiligen Lehrstuhlinhabers ab.<sup>152</sup>

Den Gegnern des Frauenstudiums lieferte vor allem der Münchner Professor für Physiologie und Anatomie, Theodor von Bischoff (1807-1882) Munition. Seine ablehnende Haltung begründete er im Jahre 1872 mit einem angeblich weniger fortgeschrittenen Evolutionsstatus und einem niedrigerem Gehirngewicht des weiblichen Geschlechts.<sup>153</sup> Ähnliche Gründe führte 20 Jahre später der Ethnologe und Arzt Georg Hermann Buschan (1863-?) im Ärztlichen Vereinsblatt an. Anatomische Gegebenheiten belegten seiner Meinung nach eindeutig, daß, "die theoretische Deduktion, dass die Intelligenz beim Weibe eine geringere" sei.<sup>154</sup> Weitere Gegenargumente lieferte der Berliner Nervenarzt Siegfried Plascek (1866-?). Eigenarten des weiblichen Wesens wie "Suggestibilität" und die Neigung zu "List und Täuschung" sowie der Zustand eines "beständigen Krankseins" durch die Blutverluste der Menstruation machten in seinen Augen die Frau für den Arztberuf absolut ungeeignet. Versuchten sie es trotzdem, gingen sie unwiderruflich ihrer Weiblichkeit verlustig.<sup>155</sup> Andere Stimmen hoben hervor, die Frauen hätten keinerlei bedeutende wissenschaftliche Leistungen vollbracht<sup>156</sup> - nicht einmal in der Geburtshilfe hätten sie Neues erfunden<sup>157</sup>

- oder man verwies auf angeblich hohe Durchfallquoten von Medizinstudentinnen. Bei den Gegnern mischten sich also Zweifel an den physischen und psychischen Fähigkeiten mit offenem Widerstand gegen eine veränderte Rolle der Frau in der Gesellschaft. Hinzu kam wirtschaftlicher Egoismus, denn man befürchtete eine Verschärfung der "Überfüllung".<sup>158</sup>

In den späten 1880er Jahren trat die Frauenbewegung verstärkt mit Petitionen an Regierungen und Parlamente heran, die unter anderem den Zugang zum Medizinstudium forderten.<sup>159</sup> Sie argumentierte dabei weniger mit dem Gleichheitsgrundsatz, als mit der Notwendigkeit von weiblichen Ärzten für die Behandlung von Frauen und Kindern. Insbesondere das weibliche Geschlecht würde dadurch sein natürliches Schamgefühl gewahrt sehen, bei Frauenleiden - wo man eine rapide Zunahme glaubte feststellen zu können - früher medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Dies sei von erheblicher Bedeutung für die Volksgesundheit.<sup>160</sup> Anfang der 1890er Jahre unterzeichneten mehr als 40000 Frauen eine Petition, die weibliche Ärzte zur Behandlung von Frauenkrankheiten verlangte.<sup>161</sup> Auch von den Befürwortern des Frauenstudiums wollten die meisten die Tätigkeit der Ärztinnen auf Frauen und Kinder beschränkt sehen: eine Behandlung von Männern konnte sich kaum jemand vorstellen.<sup>162</sup>

Die organisierte Ärzteschaft verbarg ihre unverhohlene Ablehnung nicht: "die Frau eigne sich kaum zu irgend einem gelehrten Berufe weniger, als zu dem des Arztes", verkündete das Ärztliche Vereinsblatt.<sup>163</sup> Dementsprechend beschloß auch der Ärztetag von 1898 mit großer Mehrheit, daß vom Frauenstudium "1. Kein erheblicher Nutzen für die Kranken, 2. Mehr Schaden als Nutzen für die Frauen selbst, 3. Mindestens kein Nutzen für die deutschen Hochschulen und die Wissenschaft, 4. Eine Minderung des ärztlichen Ansehens, 5. Keine Förderung des allgemeinen Wohles zu erwarten sein" werde.<sup>164</sup> Insbesondere pochte man darauf, daß - wenn überhaupt eine Zulassung in Frage käme - Frauen die gleiche Vorbildung wie Männer vorweisen

müßten: eine erhebliche Hürde, wenn man bedenkt, daß das erste Mädchengymnasium in Deutschland in den neunziger Jahren gegründet wurde. Als weitere Bedingung forderte die Ärzteschaft die gleichzeitige Öffnung aller Fakultäten<sup>165</sup>, wohl wissend, daß die eng mit dem Staatsdienst verknüpfte Rechtswissenschaft solchen Bestrebungen erheblichen Widerstand entgegensetzen würde.<sup>166</sup>

Die Forderung nach Ärztinnen für Frauen und Kinder stieß in Teilen der Ministerialbürokratie und der Parlamente zunehmend auf Verständnis.<sup>167</sup> Heftig wurde allerdings über die Art der Vorbildung und die Durchführung des Studiums gestritten: gemeinsame Lehrveranstaltungen oder gar Sektionen lagen für viele jenseits aller Vorstellungskraft.<sup>168</sup> Im Reichstag sprach sich der Sozialdemokrat August Bebel, der eine einflußreiche Schrift zur Frauenfrage verfaßt hatte, für weibliche Ärzte aus.<sup>169</sup> Daß Frauen schließlich ab 1899 die Approbation möglich wurde, ist nicht zuletzt dem preußischen Minister Robert Bosse (1832-1901) zu verdanken. Einer regulären Zulassung zum Studium setzten konservative Ordinarien freilich solchen Widerstand entgegen - in Berlin drohte beispielsweise Professor Ernst von Bergmann (1836-?) mit Rücktritt, falls man ihm Studentinnen aufzwingen sollte -, daß es 1899 zunächst praktikabler erschien, Hospitantinnen zum Staatsexamen zuzulassen.<sup>170</sup> Die volle Immatrikulation wurde erst im Verlauf des ersten Jahrzehnts dieses Jahrhunderts (1900 in Baden und 1908 in Preußen) möglich.<sup>171</sup>

Im Sommersemester 1901 studierten 39 Frauen an deutschen Universitäten Medizin<sup>172</sup>, erst ab 1908 stieg die Zahl stärker an. 1915 standen 233 Ärztinnen 33000 männlichen Kollegen gegenüber. Die meisten von ihnen betrieben allgemeine Praxis, höhergestellte Positionen, insbesondere in der Wissenschaft, blieben ihnen weitgehend verschlossen.<sup>173</sup>

Das Problem der sozialen Absicherung

In einer Zeit des Ausbaus des Sozialstaats und der immer stärkeren Erfassung der Arbeiterbevölkerung durch die Sozialversicherung erlangte das Problem der sozialen Absicherung bei Krankheit, Erwerbsunfähigkeit und Ruhestand für einen freien Beruf wie die Ärzte zunehmend an Bedeutung. Und dies galt umso mehr, als die eigene berufliche Lage als immer unsicherer empfunden wurde und man vielerorts von der Proletarisierung, von der "socialen Frage der Aerzte" sprach.

So wurde der Aufschwung des ärztlichen Vereinswesens und die Organisationsbereitschaft im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts nicht zuletzt dadurch gefördert, daß viele Vereinigungen Unterstützungskassen für notleidende Kollegen, Arztwitwen oder -waisen schufen.<sup>174</sup> Die Organisationsstruktur dieser Einrichtungen war außerordentlich unterschiedlich. Teilweise bildeten sie eine direkte Dienstleistung eines Ärztevereins und wurden aus Mitgliedsbeiträgen oder Spenden finanziert. Teilweise agierten sie als selbständige Organisationen, zogen Beiträge ein und wurden in manchen Fällen vom Staat subventioniert. Bei einigen Einrichtungen war Bedürftigkeit das ausschlaggebende Unterstützungskriterium, bei anderen wiederum bestand ein Rechtsanspruch. Ein Teil der Kassen verlangte die gleichzeitige Vereinsmitgliedschaft, andere nicht. Auch gab es Vereine, die den Kassenbeitritt aller ihrer Mitglieder verbindlich vorsahen.<sup>175</sup>

Die Ärztetage in den ausgehenden 1870er Jahren befürworteten den weiteren Ausbau dieser Einrichtungen, lehnten aber die von einigen geforderte Schaffung einer zentralen Hilfskasse des Ärztevereinsbundes mit Beitrittspflicht unter Verweis auf die großen Unterschiede der bereits bestehenden Unterstützungskassen in den Einzelstaaten ab.<sup>176</sup> In Preußen nutzten fast alle Ärztekammern das 1899 erworbene Umlagerecht in diesem Sinne und schufen Unterstützungskassen.<sup>177</sup> Eine der wenigen, sich über ganz Deutschland erstreckenden Einrichtungen stellte die Versicherungskasse für die Ärzte Deutschlands dar,

die sich zum Ziel setzte, den Ärzten analoge Fürsorgeeinrichtungen wie den Staatsbeamten zu verschaffen. 1881 gegründet konnte sie jedoch nur einen kleinen Teil der deutschen Ärzte gewinnen.<sup>178</sup>

Entsprechend der Bedeutung des Problems richtete der Ärztevereinsbund eine ständige Kommission ein, die den Ausbau und die Vereinheitlichung der Unterstützungseinrichtungen fördern sollte.<sup>179</sup> Eine auch nur ansatzweise befriedigende Lösung wurde jedoch bis zum Ausbruch des Ersten Weltkriegs nicht erreicht.<sup>180</sup>

#### Zunehmende innerständische Differenzierung

Eine erste Trennungslinie, die sich während des Kaiserreichs immer mehr vertiefte, bildete die zwischen Allgemeinpraktikern und Medizinalbeamten. Durch die wissenschaftliche Entwicklung auf dem Feld der Mikrobiologie und Hygiene verschob sich das Tätigkeitsprofil der Bezirksärzte und Kreisphysici zunehmend von der Beaufsichtigung des Medizinalpersonals zu sanitätspolizeilichen Aufgaben, die immer spezifischere technische Kenntnisse, etwa in der Lebensmittel- und Trinkwasseranalyse, erforderten. In dieser Funktion waren sie nun in erster Linie öffentlichen Belangen verpflichtet und erst in zweiter Linie behandelnder Arzt.<sup>181</sup> Da die Medizinalbeamten aber in der Regel nur nebenamtlich angestellt waren, blieben sie auf die Privatpraxis angewiesen.<sup>182</sup> Folglich kam es in diesem Bereich zu Konkurrenz, Neid und Interessenkollisionen, beispielsweise hinsichtlich der Impf- und Schularztstätigkeit.<sup>183</sup> Die Tatsache, daß die Medizinalbeamten in der Regel nicht der Disziplinalgewalt der Kammern unterstanden, erhöhte die Spannungen weiter.<sup>184</sup> So zogen sich die Medizinalbeamten zu einem erheblichen Teil aus den Vereinen und staatlichen Organisationen der Ärzteschaft zurück<sup>185</sup> und schufen sich eigene interessenpolitische Vertretungen.<sup>186</sup> Ihre zentrale Forderung bestand in der Vollbesoldung und sozialen Absicherung. Außerdem

verlangten sie stärkere Initiativ- und Exekutivrechte auf dem Feld der öffentlichen Gesundheitspflege.<sup>187</sup>

In der Ministerialbürokratie konnten die Ärzte als professionelle Experten nur langsam die Juristen aus den gesundheitsrelevanten Ämtern verdrängen. Das Schlußlicht bildete wiederum Preußen: Erst 1911 findet man dort einen Arzt als Ministerialdirektor im Ministerium des Innern.<sup>188</sup>

Auch die große Gruppe der niedergelassenen Praktiker war alles andere als homogen. Außer den Unterschieden zwischen Stadt- und Landärzten und den Abstufungen nach Klientel und Einkommen gewann die Unterscheidung zwischen Allgemeinpraktikern und "Specialärzten" zunehmend an Bedeutung.<sup>189</sup> Neben den "Organspezialitäten" wie z. B. Augen-, Haut- und Geschlechtskrankheiten, befaßte sich die Kinderheilkunde mit einer bestimmten Altersgruppe. Auf besonderen therapeutischen Verfahren wiederum beruhte die Spezialisierung in der Chirurgie. Die Zunahme des Spezialistentums hatte neben wissenschaftsimmanenten Ursachen auch praktische Gründe im Sinne einer rationelleren Ausnutzung des kostspieligen Instrumentariums.<sup>190</sup> Notwendig für die Spezialisierung war allerdings ein Markt für spezifische medizinische Dienstleistungen von einer gewissen Größe, der fast nur im städtischen Umfeld gegeben war. Um 1886 wies Hamburg mit über 14 Prozent die höchste Spezialarztdichte unter den deutschen Großstädten auf, 1905/06 hatten sich in Stuttgart fast die Hälfte (45,4 Prozent) aller Niedergelassenen spezialisiert.<sup>191</sup>

Die Kritik der Allgemeinpraktiker richtete sich zunächst auf das Fehlen einer geregelten Ausbildung. Dauer und Qualität waren völlig ins persönliche Belieben gestellt; normalerweise wurde sie in einem Krankenhaus oder einem renommierten Fachvertreter absolviert. Auf Mißstände deutet das gängige Schlagwort vom "Sechswochenspezialisten" hin, der in erster Linie die Werbewirksamkeit dieser Bezeichnung im Auge hatte:<sup>192</sup>

Sie versprach mehr Patienten, höhere Gebühren und weniger Hausbesuche.<sup>193</sup>

Diese Probleme wurden auf dem Ärztetag von 1892 behandelt. Dort sprach sich die Mehrheit klar gegen Spezialarztprüfungen aus, um nicht die Ärzteschaft in "zwei Classen" zu spalten.<sup>194</sup> Die hauptsächliche Sorge bildete also die befürchtete Status- und Ansehensminderung des Allgemeinpraktikers, dem - so glaubte man - die anspruchsvolleren Tätigkeiten nach und nach entzogen würden.<sup>195</sup> Die Abwehrhaltung gegenüber den verschiedenen Spezialitäten war unterschiedlich stark ausgeprägt.<sup>196</sup> Während der Augen- oder der Zahnarzt kaum über Akzeptanzprobleme klagen konnte, sah sich der Kinderarzt starken Anfeindungen ausgesetzt. Denn - so eine Stimme im Ärztlichen Vereinsblatt - "was der Kinderarzt [...] leistet, das verlangt man heute von jedem gut ausgebildeten Arzte" und wenn die Entwicklung so weiterginge, käme man "in absehbarer Zeit zu den schon oft [...] bespöttelten Spezialisten für rechte und solchen für linke Beine."<sup>197</sup> Vor diesem Hintergrund wurde vielerorts von den Spezialärzten die Aufgabe der Allgemeinpraxis gefordert.<sup>198</sup> 1909 aber war etwa ein Drittel aller preußischen Spezialisten als Allgemeinpraktiker tätig. Dies zeigt, daß sich auch hier ein Überangebot abzeichnete. Die Spezialärzte ihrerseits fürchteten nun zunehmend die Konkurrenz von Universitäten und Polikliniken<sup>199</sup> und kritisierten ihre Kollegen, die als Belegarzt ihre Patienten im Krankenhaus weiterbehandelten.<sup>200</sup>

Die Krankenhausentwicklung<sup>201</sup> nahm während des Kaiserreichs einen enormen Aufschwung. Waren 1876 lediglich 334 von 12000 Ärzten ausschließlich in solchen Einrichtungen tätig, erhöhte sich ihre Zahl zur Jahrhundertwende auf knapp 2000<sup>202</sup> und stieg danach weiter steil an.<sup>203</sup> Drei Probleme beschäftigten die Ärzteschaft besonders. Zum einen beunruhigte sie die Tatsache, daß die Krankenanstalten eine große Anzahl von Assistenten ausbildeten, die dann nach 1-2 Jahren auf den freien Markt drängten und die "Überfüllung" verschärften.<sup>204</sup> Andererseits

nahm die Unzufriedenheit der Assistenten mit ihrer beruflichen Situation zu. Sie fühlten sich vielfach ausgebeutet<sup>205</sup> und sahen ihre Interessen - trotz recht moderater Forderungen - vom Ärztevereinsbund und Leipziger Verband unzureichend vertreten.<sup>206</sup> Zum dritten richtete sich die Kritik der organisierten Ärzteschaft gegen die rasch zunehmende Zahl staatlicher und kommunaler Krankenhäuser. Man warf ihnen vor, mit Hilfe von Subventionen ihre Leistungen zu billig anzubieten und durch unlauteren Wettbewerb den Ärztestand zu vernichten.<sup>207</sup> Insbesondere den Krankenkassen lastete man die Bevorzugung preisgünstigerer Anstaltsbehandlung an.<sup>208</sup> Die Konkurrenzsituation produzierte so abenteuerliche Forderungen wie die Einführung der freien Arztwahl im Krankenhaus oder die Abrechnung der Anstaltsleistungen nach der Mindesttaxe.<sup>209</sup>

Zusammenfassend fällt folgendes auf: Zum einen drückte die bestehende Konkurrenzsituation innerhalb der Ärzteschaft der Interessenvertretungspolitik ihren Stempel auf. In diesem Zusammenhang genoß die Bewahrung des Hausarztideals<sup>210</sup>, des Allgemeinpraktikers, also die innerständische Homogenität, absolute Priorität. Das zeigte sich deutlich in der "Spezialarztfrage", wo man dafür sogar auf ein verbessertes - und kontrollierbares - Expertenwissen der Fachärzte verzichtete. Der zweite zentrale Punkt bestand in der Abwehr etwaiger Verstaatlichungs- oder Vergesellschaftungstendenzen, wie sie für die Praxis des freien Berufs potentiell von der expandierenden öffentlichen Gesundheitsfürsorge und dem Krankenhauswesen, vor allem aber von der Gesetzlichen Krankenversicherung, ausgingen.

Die ärztlichen Standesorganisationen und die öffentliche Gesundheitspflege

Das Konzept der öffentlichen Gesundheitspflege wandelte sich im Verlauf des 19. und frühen 20. Jahrhunderts mehrmals grundsätzlich. Traditionell stand dabei die meiste Zeit die

Bekämpfung der Infektionskrankheiten, die für einen Großteil der Todesfälle verantwortlich zeichneten, im Vordergrund. Bis etwa zur Mitte des vorigen Jahrhunderts konzentrierte man sich auf die Bekämpfung epidemischer Ausbrüche mit polizeilichen Mitteln. Durch Cordons sanitaires wurden die betroffenen Gegenden weiträumig abgesperrt; die Ärzteschaft spielte dabei nur eine marginale Rolle.<sup>211</sup> Eine erste Kehrtwendung löste die Cholera aus, die Europa im 19. Jahrhundert in mehreren Wellen heimsuchte<sup>212</sup>: hier zeigten die traditionellen Seucheneindämmungsmaßnahmen - Absperrung, Isolation und "Desinfektion" - keine Wirkung. Auch begann man immer mehr, deren negative Auswirkungen auf den "bürgerlichen Verkehr", d. h. auf den für das sich industrialisierende Deutschland lebenswichtigen Austausch von Handelsgütern und Arbeitskräften, zu beklagen.<sup>213</sup> Neue Erklärungen boten die Verfechter der Miasmentheorie an: Sie lehnten "Ansteckungsstoffe" als alleinige Ursache ab (Antikontagionismus) und führten viele Krankheiten auf schädliche Ausdünstungen verunreinigten Bodens zurück.<sup>214</sup>

Obwohl nach heutigen Erkenntnissen auf falschen Prämissen basierend, hatte dieses Konzept nicht zu vernachlässigende positive Auswirkungen. Darauf berief sich die Städteassanierungsbewegung, die durch Sanierung des Bodens, durch Versorgung mit sauberem Trinkwasser, geregelter Abfuhr der Abfallstoffe, Stadtentwässerung und baulichen Maßnahmen ("Licht und Luft") die gesundheitliche Lage der Bevölkerung zu verbessern suchte.<sup>215</sup> Hierbei standen insbesondere die Probleme der durch Urbanisierung und Industrialisierung rasch anwachsenden Städte im Vordergrund, deren Mortalitätsziffern im frühen Kaiserreich häufig anstiegen und höher als die der ländlichen Gebiete lagen.<sup>216</sup> Das liberale Bürgertum, auch viele Ärzte, engagierte sich gesundheitspolitisch vor allem in den Selbstverwaltungseinrichtungen der Kommunen. Im städtischen Vereinsleben kam es zur fruchtbaren Zusammenarbeit von Medizinern, Kommunalpolitikern, Architekten und Ingenieuren.

Meilensteine stellen die Gründung des Niederrheinischen Vereins für Öffentliche Gesundheitspflege 1869 und die des Deutschen Vereins für Öffentliche Gesundheitspflege 1873 dar.<sup>217</sup> Ausgaben für die Verbesserung der sanitären Infrastruktur - Wasserversorgung, Kanalisation, Städtereinigung, Slumsanierung - rechtfertigte man mit der reproduktiven Natur dieser Investitionen, mit dem wirtschaftlichen Wert der Gesundheit für das Gemeinwesen: Die "Wirthschaftslehre von der Gesundheit" (Pettenkofer) berechnete dafür Verdienstaussfälle durch Krankheit, Behandlungskosten und sogar den Wert des menschlichen Lebens selbst auf Heller und Pfennig genau.<sup>218</sup>

Mit der Entdeckung der Keime als Krankheitsverursacher stand nicht mehr die Umwelt und soziale Faktoren, sondern der Mensch selbst als "Krankheitsreservoir und -verbreiter"<sup>219</sup> im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Die Bakteriologie führte nun zunächst zu einer gewissen Spaltung der Ärzte. Für einen Teil - beispielsweise für Emil von Behring (1854-1917) - bedeutete das Prinzip der Monokausalität die Abtrennung unpräziser sozialer Konnotationen<sup>220</sup>, die eine rein experimentelle Wissenschaft belasteten. Andere hingegen (Alfred Grotjahn (1869-1931), Alfons Fischer (1873-1936), Adolf Gottstein (1857-1941)) hielten an der Bedeutung sozio-ökonomischer und kultureller Faktoren für die menschliche Gesundheit fest und etablierten die Sozialhygiene als eigenständige Disziplin. Diese beschäftigte sich nun verstärkt mit chronischen Leiden und besonders betroffenen Risikogruppen und wandte sich den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften sowie der Sozialpolitik zu.<sup>221</sup> Einen wichtigen Einfluß auf die sich konstituierende Disziplin hatte der Sozialdarwinismus und die Bevölkerungspolitik industrialisierter Staaten mit ihrer Sorge um die Degeneration ihrer Einwohnerschaft. Ferner wirkten sich die Vorstellungen der organozistischen Soziologie aus, die - analog zur biologischen Welt - die Gesellschaft als einen sozialen Organismus begriff, dessen "Krankheiten" die Sozialhygiene glaubte heilen zu können.<sup>222</sup> Die daraus gezogenen

Schlußfolgerungen konnten freilich gänzlich unterschiedlich ausfallen, je nachdem ob rassistische oder sozialpolitische Orientierungen im Vordergrund standen.<sup>223</sup> Auch der Pauperismus wurde als "soziale Krankheit" definiert. Zu dessen Heilung sollte der Staat durch eine aktive Gesundheits- und Sozialpolitik beitragen, um die postulierte Kausalkette "Armut - körperliche Degeneration - moralische Degeneration - soziale Gefahr" zu unterbrechen. Durch die Übernahme bürgerlicher Wertvorstellungen und Verhaltensnormen hoffte man die Arbeiterschaft ins System des Kaiserreichs zu integrieren<sup>224</sup>, Prozesse, die in der Forschung mit den Begriffen Medikalisierung<sup>225</sup> und Sozialdisziplinierung<sup>226</sup> der Unterschichten beschrieben werden.

Wie soll die öffentliche Gesundheitspflege im neugegründeten Deutschen Reich aussehen?

Bereits seit der Gründung des Norddeutschen Bundes 1866 wurde deutlich, daß die Ärzte in die politische Einigung Deutschland hochgesteckte Erwartungen setzten. Von einer reichseinheitlichen Organisation der öffentlichen Gesundheitsfürsorge und der Medizinalgesetzgebung erwarteten sie wichtige positive Impulse für die berufliche und soziale Lage des Standes. In Petitionen und Denkschriften forderte man daher eine gemeinsame Zentralbehörde mit umfassenden Kompetenzen sowie Ortsgesundheitsräte in allen Kommunen<sup>227</sup>. Die Verfassung von 1871 hatte dem Reich die "Maassregeln der Medicinal- und Veterinärpolizei" übertragen.<sup>228</sup> Nach 1871 entbrannte daher sofort eine heftige Kontroverse darüber, wie man das öffentliche Gesundheitswesen im neugegründeten Deutschen Reich gestalten sollte.<sup>229</sup>

Gegensätzliche Auffassungen herrschten in der Ärzteschaft zum einen darüber, ob ein zentralistisch-bürokratisches Modell nach preußischem Vorbild<sup>230</sup> oder eine dezentrale Organisation mit weitestgehender Selbstverwaltung der Kommunen wie in

Großbritannien<sup>231</sup> anzustreben sei.<sup>232</sup> Entsprechend gingen auch die Meinungen in der Frage auseinander, welche Kompetenzen einer zentralen Reichsbehörde zukommen sollten: Sollte sie lediglich beratende und statistische Aufgaben wahrnehmen<sup>233</sup> - wie es Rudolf Virchow verfocht - oder als Spitze einer hierarchisch aufgebauten Medizinalverwaltung umfangreiche exekutive Rechte bekommen? Dieses Modell propagierte im Ärztevereinsbund besonders der Sanitätsrat Julius Wallichs aus Altona (1829-?).<sup>234</sup> Die Mehrheit der organisierten Ärzteschaft schien einer etwas modifizierten Lösung zuzuneigen, in der der Einfluß der Bürokratie durch Mitwirkungsrechte der Städte und Kommunen abgemildert würde.<sup>235</sup> Auch Richter, der sich in seinem liberalen Credo gegen das "bisherige continentale bürokratische (Collegial-)System" wandte<sup>236</sup>, gab zu bedenken, daß geringe Reichskompetenzen die Gefahr der Abwälzung von Aufgaben auf die freien Ärzte bedeuten könne.<sup>237</sup> Die Befürworter einer straffen bürokratischen Organisation betonten vor allem, daß die Unabhängigkeit eines von einer Kommune oder einem Kreis angestellten Sanitätsbeamten nicht gewährleistet werden könne, da dieser auf die lokalen Interessen Rücksicht nehmen müsse.<sup>238</sup>

Der Ärztetag von 1875 sprach sich vor dem Hintergrund der noch schwebenden Entscheidung lediglich für eine Verbesserung der Stellung der Medizinalbeamten sowie für einen "ständige[n] Beirath für die Entscheidung hygienischer Fragen" beim Reichskanzler aus.<sup>239</sup> Einig war man sich allerdings darin, daß - wie auch immer die administrative Struktur aussehen mochte - den Ärzten als fachlichen Experten, vor Juristen und Verwaltungsfachleuten absoluter Vorrang einzuräumen sei.<sup>240</sup> Einige forderten sogar ein "Medicinal-Ministerium" unter der Leitung eines Arztes.<sup>241</sup>

Weniger ein Problem für die Mediziner als für die Politik bedeutete die föderale Struktur des Reiches. Zum einen war auf die partikularistischen Bestrebungen mancher Bundesstaaten Rücksicht zu nehmen, zum anderen stellte die sehr

unterschiedliche Verwaltungsorganisation eine Vereinheitlichung vor enorme Probleme.<sup>242</sup> Daher entschied sich Bismarck 1875 gegen eine einheitliche Verwaltung durch das Reich.<sup>243</sup>

Mit dem im Jahre 1876 geschaffenen Kaiserlichen Gesundheitsamt wurde somit eine den Ansprüchen der Einzelstaaten entgegenkommende kleine Lösung realisiert. Dem Amt kam in erster Linie eine beratende Funktion zu. Es erstellte Gutachten und Statistiken, bereitete Gesetzesvorlagen vor und überwachte die Ausführung gesundheitspolitischer Vorgaben. Immer wichtiger wurden im Laufe der Zeit seine Labors und Forschungseinrichtungen, die bahnbrechende Ergebnisse lieferten.<sup>244</sup> Diese Erfolge sind in ihrer Bedeutung für den Professionalisierungsprozeß nicht zu unterschätzen, belegen sie doch augenfällig die Wirksamkeit der naturwissenschaftlichen Medizin und ihre Bedeutung für die Volksgesundheit.<sup>245</sup> Ein Großteil der Ärzte war jedoch enttäuscht: Die Kompetenzen seien gering und die dürftige Finanzausstattung - so Richter - ein bezeichnender "Culturmesser für das neunzehnte Jahrhundert".<sup>246</sup> Auch die Hoffnung auf eine Zentralinstitution, die als oberstes Organ einer vereinheitlichten Ärzteschaft offensiv agieren könnte, erfüllte sich nicht. Der Plan einer "organischen Verbindung zwischen dem Kaiserlichen Gesundheitsamt und dem Ärztevereinsbunde" scheiterte nach Graf "an formalen Bedenken". 1879 aber wurde der Vorsitzende "zum außerordentlichen Mitgliede des Gesundheitsamtes ernannt".<sup>247</sup>

#### Das Reichsimpfgesetz

Wegen der starken Stellung der Kommunen und umfangreichen Kompetenzen, die bei den Einzelstaaten verblieben<sup>248</sup>, gab es reichsgesetzliche Regelungen nur zu begrenzten Teilgebieten. Die wichtigsten waren das Reichsimpfgesetz (1874), das Reichsseuchengesetz (1900)<sup>249</sup> und das Nahrungsmittelgesetz (1879).

Durch das Reichsimpfgesetz von 1874 wurde im gesamten Deutschland die Pockenimpfung obligatorisch.<sup>250</sup> In zahlreichen Einzelstaaten bestand teilweise schon seit dem frühen 19. Jahrhundert Impfpflicht. Auch Impfgegner hatte es schon immer gegeben, ab dem letzten Drittel des vorigen Jahrhunderts aber erreichte der Widerstand eine neue Qualität. Es entstand eine breitenwirksame öffentliche Debatte über den Nutzen der Impfung und eine mehrheitlich von Laien getragene, teils in Vereinen organisierte Impfgegnerbewegung.<sup>251</sup> Übereinstimmend forderte man die Abschaffung des Reichsimpfgesetzes: bis Ende 1875 kamen über 30000 Unterschriften zusammen<sup>252</sup>, 1914 waren über 300000 Personen im Deutschen Reichsverband zur Bekämpfung der Impfung organisiert.<sup>253</sup> Große Resonanz fand der Widerstand bei Anhängern der Naturheilkunde, der Homöopathie und des Vegetarismus sowie bei den Tierversuchsgegnern.<sup>254</sup>

1876 nun fühlte sich der Düsseldorfer Ärztetag aufgerufen, eine Lanze für die Beibehaltung dieses Gesetzes zu brechen, da man im Reichstag einen Meinungsumschwung befürchtete.<sup>255</sup> In seinem Referat führte der bayerische Arzt Brauser den Widerstand gegen die Impfung zum einen auf den mangelnden Glauben an deren Schutzkraft, zum anderen auf die Furcht vor der Übertragung anderer Krankheiten, insbesondere vor der Syphilis, zurück, um jedoch sofort hinzuzufügen, daß "die meisten Unterschriften [...] aus Kreisen [stammten], denen man ein selbständiges Urtheil über die Impffrage nicht zuerkennen" könne.<sup>256</sup> In Württemberg handele es sich hier vorwiegend um "Homöopathen, Pietisten und Wundärzte".<sup>257</sup> Ferner - so der Referent weiter - wende man sich gegen das Zwangsprinzip und unterstelle den Ärzten vorrangig materielle Interessen.<sup>258</sup> Ein Jahr später griff mit Heinrich Oidtman einer der profiliertesten Impfgegner unter den Medizinern als Delegierter auf dem Ärztetag selbst in die Debatte ein.<sup>259</sup> Aus heutiger Sicht mag die Impfgegnerbewegung irrational und übertrieben erscheinen.<sup>260</sup> Neuere sozialgeschichtliche Studien sehen darin zum einen den Widerstand der Bevölkerung gegen den Medikalierungsprozeß und

damit gegen den immer stärkeren Zugriff des Staates und der Ärzte auf persönliche gesundheitliche Belange (Frevert, Huerkamp)<sup>261</sup>. Des weiteren betonen sie die damals durchaus begründeten Zweifel an der Wirksamkeit der Impfung und die keineswegs grundlose Furcht vor Nebenwirkungen (Wolff)<sup>262</sup>.

In der Auseinandersetzung mit dem Reichsimpfgesetz und seinen Gegnern waren somit vor allem zwei Aspekte für die ärztliche Professionspolitik von Belang. Zum einen bot die Durchführung des Gesetzes Gelegenheit, die Bedeutung des Standes und der naturwissenschaftlichen Medizin für Staat und Volksgesundheit zu demonstrieren und dafür staatliches Entgegenkommen, etwa in Fragen der Berufsautonomie, einzufordern. Zum anderen bestand infolge der Herkunft der Impfgegner eine enge Verbindung zur "Kurpfuschereibekämpfung".

#### Medizinalreformen in den Einzelstaaten

Was die Reform des öffentlichen Gesundheitswesens in den Einzelstaaten anbelangt, so dominierte bis zur Jahrhundertwende die Diskussion um die Medizinalreform in Preußen, dem größten Teilstaat des Reiches.<sup>263</sup> Dort war diese Frage eng mit der Problematik der Ärztekammern und Ehrengerichte verknüpft.<sup>264</sup> Die organisierte Ärzteschaft setzte sich bereits 1875 für die Übernahme der bayerischen Reformen von 1871 ein<sup>265</sup>. Dort waren Vertretern der Bezirksärztekammern Mitspracherechte in Medizinal- und Sanitätsangelegenheiten eingeräumt worden, wodurch sie auch auf standespolitische Fragen Einfluß gewannen.<sup>266</sup> Als Ergebnis langjähriger Diskussionen wurde jedoch nicht die beabsichtigte große Medizinalreform, sondern 1899 lediglich das Kreisarztgesetz verabschiedet. Die Stellung der Medizinalbeamten erfuhr eine beschränkte Stärkung und in den Städten wurde dieses Amt mit der kommunalen Selbstverwaltung verzahnt.<sup>267</sup> Der Ärztetag von 1900 zeigte sich vom Ergebnis "schwer enttäuscht".<sup>268</sup>

#### Ärztliche Interessen und öffentliche Gesundheitspflege

Für die Legitimation beruflicher Autonomie- und herausgehobener Sozialstatusforderungen spielte somit die Bedeutung der Ärzte für die öffentliche Gesundheit eine zentrale Rolle. Immer wieder wurde dafür auf das Volkswohl, ja sogar das des Reiches und des politischen status quo Bezug genommen.<sup>269</sup> Die Sanitärfrage entwickelte sich zum Katalysator der Professionspolitik.<sup>270</sup> Angesichts weitgehender therapeutischer Hilflosigkeit<sup>271</sup> verwundert es freilich nicht, daß man zu diesem Zweck vor allem in den ersten Jahren des Kaiserreichs verstärkt auf die Prävention, auf die Betonung der wissenschaftlichen Expertise, zurückgriff. Läßt man jedoch die Themen der Ärztetage Revue passieren, so wird deutlich, daß die Probleme der öffentlichen Gesundheitspflege schon bald von Standesfragen im engeren Sinne in den Hintergrund gedrängt wurden. Nach der Jahrhundertwende verschwanden sie fast völlig von der Tagesordnung.<sup>272</sup> Weitaus stärker in die gesundheitspolitische Arbeit einbezogen blieben naturgemäß die Ärztekammern, die erheblichen Einfluß auf die Medizinal- und Sanitätsangelegenheiten gewinnen konnten. Nicht zu vergessen ist auch das Engagement von führenden Standesvertretern in der öffentlichen Gesundheitspflege. Um nur ein Beispiel anzuführen: Eduard Lent, Mitglied des Geschäftsausschusses und Präsident der rheinischen Ärztekammer sowie der langjährige Präsident des Ärztevereinsbundes Graf wirkten lange Jahre im Niederrheinischen Verein für Öffentliche Gesundheitspflege.

In der Rückschau war es daher nicht in erster Linie die öffentliche Gesundheitspflege, sondern vielmehr die Gesetzliche Krankenversicherung, die der Auffassung von der Nützlichkeit der naturwissenschaftlichen Medizin zum entscheidenden Durchbruch verhalf. Seither gilt für den weitaus überwiegenden Teil der Bevölkerung, "daß die ärztliche Leistung zu den unentbehrlichen Bedürfnissen der menschlichen Existenz gehört".<sup>273</sup>

Die Kassenarztfrage

Die Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 1883<sup>274</sup> brachte für die Ärzte umfassende und einschneidende Veränderungen mit sich. Zum einen wurde ihre Position gegenüber dem Patienten gestärkt, erforderte doch der Bezug von Kassenleistungen wie Krankengeld oder Arznei das ärztliche Attest sowie die strikte Befolgung ärztlicher Anordnungen.<sup>275</sup> Zum anderen aber mußte dafür eine erhöhte Abhängigkeit von den Kassen in Kauf genommen werden, da diese ihre Ausgaben zu begrenzen suchten und deshalb an sparsamer Arzneimittelverordnung und restriktiver Krankschreibungspraxis interessiert waren.<sup>276</sup> Die Ärzte, die sich gerne als das Urbild der liberalen Bourgeoisie betrachteten<sup>277</sup>, sahen sich durch die Einschaltung einer dritten Instanz, die gewissermaßen als Arbeitgeber fungierte, mit einer völlig neuen Situation konfrontiert. So befürchteten nicht wenige, nun in eine neuerliche Abhängigkeit zu geraten, nachdem die staatliche "Bevormundung" gerade erst wenige Jahre überwunden war.<sup>278</sup>

Da schon vor 1883 ein kleiner Teil der Bevölkerung freiwillig oder obligatorisch bei verschiedenen Kassentypen versichert war<sup>279</sup>, erkannte die Ärzteschaft die nun erreichte neue Qualität und die potentiellen Folgen für ihren Berufsstand zunächst nicht. Auch an der Erarbeitung des Gesetzeswerks hatte sie kein großes Interesse gezeigt und war daran nicht beteiligt worden.<sup>280</sup> Schon bald füllten jedoch die Klagen über die angeblichen negativen Folgen der GKV die Spalten der Vereinspresse und dominierten die Diskussionen der Ärztetage. Die Kassenarztfrage entwickelte sich für Jahrzehnte zum zentralen Problem der Standespolitik.

Eine entscheidende Rolle spielte hierbei die zunehmende Ausdehnung des Versicherungswesens. Unterlagen 1885 erst etwa 10 Prozent der Bevölkerung der Versicherungspflicht, so wurde bis 1914 etwa die Hälfte der Einwohnerschaft von den Kassen erfaßt und erhielt kostenlose ärztliche Behandlung.<sup>281</sup> Dies bedeutete, daß die Kassenarztstätigkeit, die anfänglich meist

als Anhängsel zur Privatpraxis ausgeübt worden war, für immer mehr Ärzte zur eigentlichen Existenzgrundlage wurde.

Nach dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) hatten die Kassen ärztliche Hilfe und Arznei in natura zu gewähren, die Art und Weise, wie dies zu erfolgen hatte, legte das Gesetz jedoch nicht fest.<sup>282</sup> Um diesen Sicherstellungsauftrag nachzukommen, schlossen die meisten der nun in großer Zahl neugebildeten Kassen - im Jahre 1903 gab es rund 23000, von den fast die Hälfte weniger als 100 Mitglieder hatte<sup>283</sup> - mit einzelnen oder mehreren Ärzten privatrechtliche Verträge ab. Infolge des Überangebots an Ärzten - insbesondere in industriellen Ballungsgebieten, wo ein Großteil der Einwohnerschaft der Versicherungspflicht unterlag - saßen die Kassen zunächst am längeren Hebel. Sie konnten die Vertragsbedingungen diktieren.<sup>284</sup>

Wie gestaltete sich nun das Verhältnis der Ärzte zu den Kassen im einzelnen? Beim System der "fixierten Kassenärzte" hatten die Versicherten den von einer oder mehreren Kassen angestellten Arzt zu konsultieren. Einige der größeren Kassen nahmen mehrere Ärzte unter Vertrag, die in Form des Distriktarztsystems jeweils für bestimmte Wohnbereiche zuständig waren. Andere hatten die "beschränkte freie Arztwahl", wobei sich die Patienten für einen der bei der Kasse tätigen Ärzte frei entscheiden konnten. Wieder andere praktizierten die freie Arztwahl: alle ortsansässigen Ärzte wurden - eventuell nach einer gewissen Karenzzeit - zur Kassenpraxis zugelassen.<sup>285</sup>

Die freie Arztwahl hatte zuerst die Arbeiterschaft gefordert, die den übermächtigen Einfluß der Unternehmer auf die Betriebskrankenkassen fürchtete.<sup>286</sup> Als die Leitung vieler Ortskrankenkassen ab Mitte der 1890er Jahre zunehmend in die Hände der Arbeiter übergang - sie besetzten entsprechend ihres Versicherungsbeitrages zwei Drittel der Vorstandssitze - wurde

sie von einer Reihe dieser Kassen eingeführt, von den meisten aus Kostengründen aber bald wieder abgeschafft.<sup>287</sup> Die organisierte freie Arztwahl, d.h. der Zugang aller interessierten Ärzte zur Kassenpraxis, die gewisse Vereinbarungen anerkannten, entwickelte sich ab seit Ende der 1890er Jahren zu einer der zentralen Forderungen der Standespolitik.<sup>288</sup> Dagegen wandte sich vor allem eine kleine Zahl meist gutverdienender, festangestellter Knappschafts- und Bahnkassenärzte.<sup>289</sup>

Was die Honorierung anbetrifft, so lassen sich zwei Grundformen unterscheiden: ein Pauschalhonorar, das in Form eines festen Geldbetrags für einen bestimmten Zeitraum, eines Betrags pro Kassenmitglied und Jahr (Kopfpauschale) oder pro Behandlungsfall (Fallpauschale) gezahlt werden konnte sowie die Einzelleistungsvergütung nach der amtlichen Gebührenordnung.<sup>290</sup> Im zweiten Falle wurden jedoch häufig Rabatte auf die Sätze der ortsüblichen Minimaltaxe vereinbart.<sup>291</sup>

#### Ärzte und Kassen: Gegenseitige Beschuldigungen

Blättert man in der ärztlichen Standespresse der Zeit, so schlägt einem eine Flut von Klagen über die "sociale Versicherung" entgegen. In ihrer überwiegenden Mehrzahl beklagen die Beiträge - vielfach in einer sehr drastischen und polemischen Sprache - , daß sich dadurch die berufliche und wirtschaftliche Lage enorm verschlechtert habe.<sup>292</sup> Die "verlockende Aussicht auf ein sicheres Einkommen" habe zu steigenden Studentenzahlen und zu einer standesunwürdigen Konkurrenz um Kassenarztstellen besonders unter den jüngeren Ärzten geführt. In der Folge sei das ärztliche Honorar übermäßig gesunken. Darüber hinaus sei durch die wiederholte Ausweitung des Versichertenkreises die ärztliche Privatpraxis vermindert worden. Ärzteüberangebot und Konkurrenz wiederum hätten die "unwürdige Abhängigkeit der Kassenärzte von den Kassenvorständen" mitverursacht.<sup>293</sup>

Zunehmend unerträglich war es für das Selbstwertgefühl und das Standesbewußtsein vieler Ärzte, die bereits durch die Kassen beträchtliche Einschnitte in ihrem Handlungsspielraum hinnehmen mußten, daß ihre Vorgesetzten in den Vorständen der Ortskrankenkassen nun auch noch häufig Arbeiter waren.<sup>294</sup> Es gehörte nämlich zu den erklärten Zielen der Regierung, die SPD über die Mitarbeit in den Selbstverwaltungsgremien der Ortskrankenkassen in das System des Kaiserreichs einzubinden oder - wie Bismarck sagte - die "Versicherung müsse mit einem Tropfen demokratischen Öls geschmiert werden, um ordentlich zu gehen".<sup>295</sup> "Die Sozialdemokratie" - so ein Beitrag im Ärztlichen Vereinsblatt aus dem Jahre 1900 - hatte nach Meinung vieler Ärzte "fast das gesammte Krankenkassenwesen unter ihre Despotie gebracht; rücksichtslos hat sie ihre Knute getreu dem Grundsatz 'Wer nicht mitmacht, fliegt 'raus' über uns Aerzte geschwungen". Man wolle "Los aus der Knechtschaft des Proletariats!".<sup>296</sup>

Nicht zuletzt - so argumentierte man - habe auch die Arzt-Patient-Beziehung Schaden genommen. Ein Großteil der Versicherten betrachte nun ebenfalls den Arzt als seinen Angestellten und nutze ihn in gewissenloser Weise aus.<sup>297</sup> Vor allem dort, wo nach Pauschquantum honoriert wurde, also die einzelne Leistung umso geringer bewertet wurde, je öfter ein Kassenmitglied den Arzt aufsuchte, hörte man schon bald Klagen über "die häufige und überflüssige Inanspruchnahme wegen Lappalien".<sup>298</sup> Hatte man bislang stets stereotyp beklagt, daß die Ärzte viel zu selten und viel zu spät zugezogen würden - man denke hier nur an die Debatten über die "Kurpfuscherei" - so verkehrte sich die Argumentation nun - zumindest für die Sozialversicherten - ins genaue Gegenteil.<sup>299</sup> Man stellte diesen das Krankheitsverhalten der Privatpatienten als exemplarisch und nachahmenswert vor Augen und empfahl bei leichten Beschwerden auf ärztliche Hilfe zu verzichten.<sup>300</sup> Daß die Kassenpatienten öfter als die selbstzahlenden Kranken die Ärzte konsultierten, verwundert freilich nicht, wenn man das knappe

Haushaltsbudget vieler Arbeiterfamilien berücksichtigt: Um unentgeltlich Medikamente zu erhalten, war ein kassenärztliches Rezept notwendig. Die Ärzte wiederum fühlten sich dadurch zum Rezepteschreiben degradiert.<sup>301</sup> So legitim die Vertretung eigener Interessen ist, so fällt dennoch auf, daß nur einer verschwindend geringen Anzahl von Ärzten die gesamtgesellschaftliche Dimension der Sozialversicherung präsent war: bei den meisten überdeckte das Gefühl der materiellen Schädigung und der beruflich-gesellschaftlichen Degradierung alle anderen Aspekte.

Vertreter der Krankenkassen wiesen den Vorwurf der wirtschaftlichen Schädigung kategorisch zurück. So hob der sozialdemokratische Reichstagsabgeordnete und Vorsitzende des Zentralverbandess deutscher Ortskrankenkassen, Julius Fräßdorf (1857-), hervor, daß erst die GKV den Ärzten mit der Arbeiterschaft eine Klientel zugeführt habe, die sich vorher ärztliche Hilfe überhaupt nicht habe leisten können.<sup>302</sup> Von einer Einschränkung der Privatpraxis könne daher keine Rede sein. Zudem nähmen die Kassenmitglieder die Ärzte wegen des Sachleistungsprinzips weitaus häufiger in Anspruch als Privatpatienten.<sup>303</sup> Darüber hinaus seien die Kassenhonorare stärker gestiegen als Löhne und Gehälter, und zudem erhielten die Ärzte diese von den Kassen mit großer Sicherheit und Regelmäßigkeit, was bei der Privatklientel oft nicht der Fall sei. Dabei erkannte Fräßdorf durchaus eine bestehende wirtschaftliche Notlage der Ärzte an, doch führte er sie ursächlich auf eine überproportionale Steigerung der Medizinerzahlen zurück, der eine ebensolche Zunahme der Nachfrage nach ärztlichen Leistungen nicht gefolgt sei. Ohne die GKV - davon war er überzeugt - ginge es den Ärzten noch viel schlechter.<sup>304</sup> Auch in der Forschung überwiegt die Ansicht, daß die GKV die Privatpraxis allenfalls geringfügig eingeschränkt, ja vielmehr den Ärzten ganze Bevölkerungsgruppen als Patienten erstmals erschlossen habe.<sup>305</sup>

## Krankenkassen und ärztliche Einkommenslage

Die Frage nach den Auswirkungen der GKV auf die ärztlichen Einkommen ist nicht leicht zu beantworten, da verlässliche - und noch wichtiger - vergleichbare Zahlen weitgehend fehlen.<sup>306</sup> Es gibt zwar eine Fülle von Berechnungen von ärztlicher wie auch von Kassenseite, die jedoch objektiver Überprüfung oft nicht standhalten. Soviel scheint jedoch sicher zu sein: Die Lage der Ärzte war keineswegs so schlecht, wie sie von Standesvertretern zweckpessimistisch dargestellt wurde.<sup>307</sup> Die Kassenausgaben für ärztliche Leistungen stiegen zwischen 1885 und 1911 stärker als die Ausgaben insgesamt. Trotz einer wachsenden Zahl von Ärzten nahmen - wie Neuhaus errechnete - die Ausgaben pro Arzt im obigen Zeitraum um 334 Prozent zu, während die Zahl der Kassenmitglieder pro Arzt nur um 48 Prozent stieg.<sup>308</sup>

Zweierlei darf man aber bei der Betrachtung dieser Zahlen nicht übersehen. Zum einen handelt es sich um Durchschnittswerte; die reale Einkommenssituation wies hingegen eine große Heterogenität auf. Nur ein kleiner Teil der Ärzte, - nämlich diejenigen, die Kassenarztstellen innehatten - , konnte von den gestiegenen Kassenausgaben profitieren. Für viele hingegen - besonders für die jüngeren - verringerte sich durch die steigenden Ärztezahlen die Chance, eine einträgliche Privatpraxis zu betreiben. Insbesondere in städtisch-industriellen Ballungszentren kam es zu einem scharfen Konkurrenzkampf, wodurch es manchen Krankenkassen möglich wurde, sehr niedrig dotierte Verträge abzuschließen.<sup>309</sup> Die negative Einschätzung der eigenen Einkommenslage hatte freilich noch einen weiteren Grund: Das durch den Aufschwung der wissenschaftlichen Medizin gestiegene Selbstbewußtsein der Profession drückte sich auch in höheren Einkommensvorstellungen aus.<sup>310</sup>

Zusammen mit der Einzelleistungshonorierung und dem Abschluß von Kollektivverträgen erschien die gesetzliche Einführung der

organisierten freien Arztwahl - erstmals auf dem Ärztetag von 1891 gefordert, 1900 bildete sich die Centrale für freie Arztwahl<sup>311</sup> - den Standesorganisationen als der beste Weg, um die bestehenden "Übel" zu beseitigen: Sie eröffnete allen Interessierten den Zugang zur Kassenpraxis und lockerte die Abhängigkeit von den Kassen. Diese wiederum lehnten mit dem Hinweis auf die angeblich kostensteigernde Wirkung ab. Zudem - so argumentierte man - bedeute dies die Aushöhlung des Selbstverwaltungsrechts.<sup>312</sup> Den einzelnen Kassen sollte die Wahl des jeweils geeignetsten Arztsystems überlassen bleiben. Während die bürgerlichen Sozialreformer die Forderungen der Ärzteschaft überwiegend als überzogen ablehnten<sup>313</sup>, war die sozialdemokratische Arbeiterbewegung tief gespalten. Sozialreformerische Ärzte wie Ignaz Zadek (), der spätere Gründer des Sozialdemokratischen Ärztevereins, und Karl Kollwitz () unterstützten im wesentlichen ihre Standeskollegen und Genossen wie z.B. der Arbeitersekretär Johannes Timm pflichteten ihnen bei.<sup>314</sup> Der Arzt Johannes Wagner hingegen geißelte wie schon Fräßdorf die Dominanz materieller Interessen bei seinen Kollegen, der sie ein moralisches Mäntelchen umzuhängen versuchten.<sup>315</sup>

#### Die Entstehung des Leipziger Verbandes

Die zunehmende Ausdehnung des Versichertenkreises, aber auch die Nichtberücksichtigung ärztlicher Forderungen bei den verschiedenen KVG-Novellen (Pflichtversicherungsgrenze, Leistungsangebot der Kassen, Anstellungsverbot für Nichtapprobierete, freie Arztwahl) steigerte die Unzufriedenheit vieler Ärzte mit der wirtschaftlichen Interessenvertretung, wie sie Ärztevereinsbund und Ärztekammern betrieben.<sup>316</sup> Gegen Ende des Jahrhunderts verschärften sich an verschiedenen Orten die Auseinandersetzungen zwischen lokalen Ärzteorganisationen und den Kassen, so etwa in Barmen, Iserlohn und Remscheid<sup>317</sup>. Dort gelang es erstmals, einzelne Forderungen mittels der Drohung durchzusetzen, Sozialversicherte bis zu einem entsprechenden

Vertragsabschluß nur noch als Privatpatienten zu behandeln. So entstand der Gedanke, dem Nachfragemonopol der Kassen, die Organisation und den Zusammenschluß der bislang zersplitterten Angebotsseite entgegenzustellen und damit die eigenen Interessen wirkungsvoller durchzusetzen.

Eine Anregung eines Dr. Warmiensis (ein Pseudonym für Dr. Knobloch aus Hundsfeld) im Ärztlichen Vereinsblatt aufnehmend<sup>318</sup> entwickelte der Leipziger Arzt Hermann Hartmann in einem offenen Brief im Juli 1900 den Gedanken einer Selbsthilfeorganisation zur Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen. Das "jahrelange Lamentieren in unseren Blättern" habe nichts genützt, von den Behörden sei keine Hilfe zu erwarten, man müsse sich zusammenschließen und eine "Strike-Kasse" gründen, denn Geld sei die Hauptsache. Er schloß mit dem der Arbeiterbewegung entlehnten Aufruf "Aerzte ganz Deutschlands, organisirt Euch!".<sup>319</sup> Kurze Zeit später, im September 1900, erfolgte die Gründung des Verbands der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen.<sup>320</sup>

Der Leipziger Verband verstand sich ausdrücklich als Gewerkschaft von Arbeitnehmern. Schon Zeitgenossen fiel ein zentraler Widerspruch daran auf: die individualistischen, in ihrer Mentalität noch vorindustriell-ständisch geprägten Ärzte suchten mit den hochmodernen Mitteln der entstehenden Industriegesellschaft die Auswirkungen eben dieser neuen Gesellschaft im gesundheitspolitischen Bereich zu bekämpfen.<sup>321</sup>

In den Auseinandersetzungen mit den Kassen kam es entscheidend darauf an, ob es diesen gelang, genügend arbeitswillige Ärzte zu finden. Kamen die Versicherungsträger ihren Aufgaben nicht nach, schritten die staatlichen Aufsichtsbehörden ein. So entwickelte es sich zu einem der zentralen Anliegen des neugegründeten Verbandes, bei einem örtlich begrenzten Konflikt den Zuzug von Ärzten von außerhalb zu unterbinden. Mit diesen "Nothelfern", die der Leipziger Verband als Streikbrecher

betrachtete, schlossen die Kassen oft lukrative Verträge ab. Seit 1901 veröffentlichte daher die Standespresse eine "Cavete-Tafel". Darin wurden die Orte aufgeführt, wo Konflikte mit Kassen schwebten, und vor der Annahme dieser Stellen gewarnt. Möglichst viele Kollegen versuchte man - teils mit erheblichem Druck - zum Beitritt zu "Schutz- und Trutzbündnissen" zu bewegen. In einem Revers verpflichtete sich darin der Unterzeichner, Kassenverträge vorher den auf Initiative des Ärztetages von 1902 gebildeten Vertragskommissionen<sup>322</sup> vorzulegen und sich nicht um vom Leipziger Verband gesperrte Stellen zu bewerben. Bei Zuwiderhandlung drohten hohe Konventionalstrafen und ehrengerichtliche Verfolgung.<sup>323</sup>

#### Der Kölner Ärztestreik von 1904

Im Gefolge dieser Entwicklung und insbesondere nach dem Zusammenschluß von Ärztevereinsbund und Leipziger Verband 1903 verschärften sich die Konflikte mit den Kassen weiter. Während des Ärztestreiks von Gera im gleichen Jahr wurden nur noch Notfälle behandelt.<sup>324</sup> Ein Jahr später fanden umfassende Auseinandersetzungen in Leipzig und Köln statt.<sup>325</sup>

Am Beispiel Kölns soll die Konfliktslage exemplarisch verdeutlicht werden.<sup>326</sup> Dort hatte die Enttäuschung über die KVG-Novelle von 1903 zur Bildung einer sehr aktiven Bezirksgruppe des Leipziger Verbands geführt, die bei den rund 90 Kölner Krankenkassen die freie Arztwahl auf dem Wege der Selbsthilfe einzuführen versuchte. Um den erwarteten Widerstand der gutverdienenden Kassenärzte zu vermeiden, wurde in einem Geheimvertrag ein bestimmtes Mindesteinkommen bei Einführung der freien Arztwahl zugesichert.<sup>327</sup> Dafür mußten die Unterzeichner auf Geheiß der Bezirksgruppe die bestehenden Verträge aufkündigen und durften unter Androhung hoher Geldstrafen keine neuen abschließen. Nachdem über 90 Prozent der Kölner Ärzte unterschrieben hatten, wurden die Kassenverträge zum 1. Januar 1904 gekündigt und die ärztlichen

Forderungen auf den Tisch gelegt: freie Arztwahl, Einsetzung eines Schiedsgerichts und verbesserte Honorierung. Bei den meisten Kölner Kassen bestand die beschränkt freie Arztwahl bei einem Pauschalhonorar zwischen 2,50 bis 3,25 Mark pro Mitglied und Jahr, nun verlangte man einen Mindestsatz von 5 Mark.

Die im Krankenkassenverband des Aufsichtsbezirks Köln zusammengeschlossenen Kassen lehnten die Forderungen - mit Ausnahme des Schiedsgerichts - als unannehmbar ab. Im Gegenzug bot man die Zulassung eines Arztes pro 1250 Mitglieder an sowie ein Pauschalhonorar von 3,50 Mark an, wovon ein Drittel - ca. 2000 Mark - als Fixum ausbezahlt werden und der Rest entsprechend der jeweiligen Inanspruchnahme verteilt werden sollte.<sup>328</sup> Verschiedene Verständigungsversuche scheiterten. Während sich die Kassen fieberhaft um die Gewinnung von "Nothelfern" bemühten, rief die Standespresse zu Geschlossenheit auf. "Möge [...] jeder deutsche Arzt, der auf seine und seines Standes Ehre hält, eingedenk bleiben seiner Pflicht [...] daß es nicht der Heimtücke rücklings etwa einbrechender Ärzte gelinge, das Häuflein der Streiter schmählich niederzumachen! Darum, du deutscher Arzt, sei mit uns, für uns und dich wachsam, standhaft und treu! Heute gilt's mir - morgen dir!"<sup>329</sup> Den Kassen gelang es jedoch nur 19 Ärzte für rund 145000 Versicherte zu verpflichten; der Leipziger Verband trug mit allen Mitteln dazu bei, daß die Zahl möglichst niedrig blieb. Unter anderem versuchte die Standespresse, die Arbeitswilligen moralisch zu diskreditieren: unter ihnen fänden sich "sehr minderwertige(r) Existenzen", die vor allem wegen Sittlichkeitsverbrechen vorbestraft seien.<sup>330</sup> Und auch die Leiden der Patienten blieben nicht unerwähnt. Schließlich sah sich die Aufsichtsbehörde aufgrund mehrerer Beschwerden zum Einschreiten gezwungen, und die Ärzte konnten ihre Forderungen weitgehend durchsetzen. Jeder in Köln niedergelassene Arzt, der Mitglied des Allgemeinen Ärztlichen Vereins war und dessen Instruktionen zur Kassenarztstätigkeit befolgte, wurde zugelassen und das Honorar auf 5 Mark erhöht. Dafür mußte der

Leipziger Verband jedoch die "Nothelfer" finanziell abfinden.<sup>331</sup> Die Auseinandersetzungen waren damit keineswegs beendet. Die Kassenausgaben explodierten, die Versicherungsträger klagten und durften ab 1908 wieder Einzelverträge abschließen. Der Konflikt brach abermals aus, diesmal aber gewannen die Kassen und das Distriktarztsystem wurde eingeführt.<sup>332</sup> Erst mit der Errichtung einer Allgemeinen Ortskrankenkasse im Gefolge der Reichsversicherungsordnung kehrte man zur freien Arztwahl zurück.<sup>333</sup>

#### Reichsversicherungsordnung und Berliner Abkommen

Im Jahre 1909 erschien der lange angekündigte Entwurf einer Reichsversicherungsordnung (RVO), die die verschiedenen Zweige der Sozialversicherung zusammenfassen sollte.<sup>334</sup> Neben der Ausdehnung der Versicherungspflicht<sup>335</sup> sollten auch die so zahlreichen kleinen Kassen zu größeren Einheiten zusammengelegt werden. Die hochgesteckten Erwartungen der organisierten Ärzteschaft wurden jedoch nicht erfüllt.<sup>336</sup> Der Entwurf sah weder die gesetzliche Einführung der freien Arztwahl, der Einzelleistungshonorierung oder den Abschluß von Kollektivverträgen<sup>337</sup> noch den von einigen Kassen geforderten "Kurierzwang" vor, sondern lediglich ein obligatorisches Schlichtungsverfahren mit Zwangsvollstreckung der Schiedssprüche.<sup>338</sup> Gegen die Zwangsschlichtung und die Zusammensetzung der Schiedsorgane regte sich sofort heftiger Widerstand. Der Ärztetag im Juli 1909 drohte für den Fall der Verabschiedung mit allgemeiner Arbeitsniederlegung.<sup>339</sup> Auch der revidierte Entwurf von 1910, der zwar von der Zwangsschlichtung abging und Kollektivverträge ermöglichte, aber kein Arztsystem verbindlich vorschrieb, erntete offene Ablehnung. Mit nur drei Gegenstimmen rief der außerordentliche Ärztetag im April 1910 "die Ärzteschaft von neuem auf, in festem Zusammenschluß die Waffen der Selbsthilfe bereitzuhalten".<sup>340</sup>

Die Kassen und viele bürgerliche Sozialreformer hingegen sahen bereits im zweiten Entwurf eine Kapitulation der Regierung vor den Drohungen des Leipziger Verbands und übten an der Reaktion der Ärzte scharfe Kritik. Um Streiks künftig auszuschließen, schlug man - neben der Aufhebung des Naturalleistungsprinzips - auch die Verbeamtung der Kassenärzte vor<sup>341</sup>, ein Ansinnen, das in Ärztekreisen auf kompromißlose Ablehnung stieß.<sup>342</sup> Das schließlich verabschiedete Gesetz blieb im wesentlichen beim bislang geltenden Recht, die organisierte Ärzteschaft machte daraufhin mobil.<sup>343</sup> Verschiedene ministerielle Vermittlungsversuche scheiterten und je näher der 1. Januar 1914, der Tag des Inkrafttretens der RVO rückte, umsomehr spitzte sich die Lage zu.<sup>344</sup> Die Kassenverträge wurden zum 31. Dezember gekündigt, der Leipziger Verband hatte einen "Widerstandsfonds" von einer Million Mark angesammelt, die Kassen warben "Nothelfer" an.<sup>345</sup>

Alle Augen richteten sich in dieser Situation auf die Reichsregierung, der es einen Tag vor Weihnachten gelang, im Berliner Abkommen eine Einigung zustande zu bringen. Vorangegangen waren Kompromisse in mehreren Bundesstaaten.<sup>346</sup> Das Abkommen zwischen dem Leipziger Verband und den zentralen Verbänden der Kassen hob die Zulassungsautonomie der Krankenkassen auf und legte diese in die Hände paritätisch besetzter Vertrags- und Registerausschüsse: in ein Arztregister konnte sich jeder Interessierte eintragen, der die vereinbarten Regeln anerkannte. Auf 1350 Versicherte war mindestens ein Arzt zuzulassen. Die Mitwirkung der Mediziner an der Erarbeitung der Individualverträge in paritätisch besetzten Ausschüssen stellte einen wichtigen Schritt hin zu Kollektivverträgen dar. Damit wurde der allmähliche Übergang zur organisierten freien Arztwahl möglich.<sup>347</sup> Die zeitgenössischen Kontrahenten bewerteten das Berliner Abkommen übereinstimmend als für beide Seiten nützlich<sup>348</sup>, erst in der Rückschau stellt es sich als die entscheidende Wende zugunsten der Ärzte dar.<sup>349</sup> Das positive Ergebnis ist jedoch nicht allein auf die kompromißlose

ärztliche Interessenvertretungspolitik zurückzuführen. Vielmehr trug auch das staatliche Interesse, gegenüber den sozialdemokratisch verwalteten Kassen eine Gegenmacht aufzubauen, dazu bei.<sup>350</sup>

Ohne Zweifel kommt dem Kaiserreich im Prozeß der Professionalisierung der deutschen Ärzteschaft die Bedeutung einer Achsenzeit zu. Zwischen Reichsgründung und Erstem Weltkrieg entstanden nicht nur die wesentlichen Grundlagen ärztlicher Selbstverwaltung und Berufsautonomie. In diesem Zeitraum gelang es den Medizinerinnen ferner, ihre ökonomische Situation sowie ihr Sozialprestige entscheidend zu verbessern. So konnten sie ein weitgehendes Monopol auf dem durch die Gesetzliche Krankenversicherung erheblich erweiterten Markt für medizinische Dienstleistungen ebenso durchsetzen wie die umfassende Anerkennung der Bedeutung ärztlicher Expertise für Staat und Gesellschaft. Im Verhältnis zu den Patienten bildete sich eine deutliche Dominanz des Arztes heraus. Auch in der Auseinandersetzung mit den Krankenkassen wandte sich das Blatt zugunsten der Ärzteschaft. Wie brüchig und unvollständig trotz allem der Professionalisierungsprozeß auf manchen Gebieten noch war, sollte sich in der Folgezeit unter den besonderen Belastungen von Krieg und Nachkriegsjahren zeigen.<sup>351</sup>

---

<sup>1</sup> Zu den allgemeinen Entwicklungen des Kaiserreichs vgl. Hans-Ulrich Wehler: Deutsche Gesellschaftsgeschichte. Dritter Band: Von der "Deutschen Doppelrevolution" bis zum Beginn des Ersten Weltkriegs, München 1995, S. 487ff. Thomas Nipperdey: Deutsche Geschichte 1866-1918, Bd. 2: Machtstaat vor der Demokratie, München 1992. Michael Stürmer: Das ruhelose Reich. Deutschland 1866-1918, Berlin 1983.

<sup>2</sup> Paul Weindling: Bourgeois values, doctors and the state: the professionalization of medicine in Germany 1848-1933, in: The German

---

Bourgeoisie. Essays on the social history of the German middle class from the late eighteenth to the early twentieth century, hrsg. von David Blackbourn und Richard J. Evans, London/New York 1991, S. 198-233, hier S. 198. Georg Kuhns: Fünfundzwanzig Jahre Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund), Leipzig 1925, S. 68. Zur Bedeutung militärischer Werte innerhalb der Ärzteschaft, vgl. Michael Kater: Professionalization and Socialization of Physicians in Wilhelmine and Weimar Germany, in: Journal of Contemporary History 20 (1985), S. 677-701, hier S. 681ff.

<sup>3</sup> Zur Bevölkerungsentwicklung: Peter Marschalck: Bevölkerungsgeschichte Deutschlands im 19. und 20. Jahrhundert, Frankfurt a. M. 1984. Wolfgang Köllmann: Bevölkerung in der industriellen Revolution. Studien zur Bevölkerungsgeschichte Deutschlands, Göttingen 1974.

<sup>4</sup> Zum Anteil der Medizin hierbei vgl. Reinhard Spree: Zur Bedeutung des Gesundheitswesens für die Entwicklung der Lebenschancen der deutschen Bevölkerung zwischen 1870 und 1913, in: Staatliche Umverteilungspolitik in historischer Perspektive. Beiträge zur Entwicklung des Staatsinterventionismus in Deutschland und Österreich, hrsg. von Fritz Blaich, Berlin 1980, S. 165-223. Das Deutsche Reich in gesundheitlicher und demographischer Beziehung. Festschrift, den Teilnehmern am XIV. Internationalen Kongresse für Hygiene und Demographie Berlin 1907 gewidmet, Berlin 1907.

<sup>5</sup> Jürgen Reulecke: Geschichte der Urbanisierung in Deutschland, Frankfurt a. M. 1985. Horst Matzerath: Urbanisierung in Preußen 1815-1914, 2 Bde., Stuttgart 1985. Wolfgang Krabbe: Die deutsche Stadt im 19. Jahrhundert, Göttingen 1989.

<sup>6</sup> Beate Witzler: Stadt und Hygiene. Kommunale Gesundheitspolitik in der Epoche der Urbanisierung, Stuttgart 1995. Gerd Göckenjan: Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt, Frankfurt a. M. 1985.

---

<sup>7</sup> Wehler, *Gesellschaftsgeschichte*, S. 712-847. Hans-Ulrich Wehler: *Das deutsche Kaiserreich 1871-1918*, Göttingen 1973, S. 136-140. Gerhard A. Ritter: *Entstehung und Entwicklung des Sozialstaates in vergleichender Perspektive*, in: *Historische Zeitschrift* 243 (1986), S. 1-90. Hans-Georg Reuter: *Verteilungs- und Umverteilungseffekte der Sozialversicherungsgesetzgebung im Kaiserreich*, in: *Staatliche Umverteilungspolitik in historischer Perspektive. Beiträge zur Entwicklung des Staatsinterventionismus in Deutschland und Österreich*, hrsg. von Fritz Blauch, Berlin 1980, S. 107-163.

<sup>8</sup> Adolf Magnus-Levy: *The Heroic Age of German Medicine*, in: *Bulletin of the History of Medicine* 16 (1944), S. 331-342.

<sup>9</sup> Annette Drees: *Die Ärzte auf dem Weg zu Prestige und Wohlstand. Sozialgeschichte der württembergischen Ärzte im 19. Jahrhundert*, Münster 1988, S. 61-80. Magnus-Levy, *Heroic Age*, S. 331-332. Erwin Ackerknecht: *Kurze Geschichte der Medizin*, Stuttgart 1967. Paul Diepgen: *Geschichte der Medizin. Die historische Entwicklung der Heilkunde und des ärztlichen Lebens*, Bd. II/2: *Die Medizin vom Beginn der Zellulärpathologie bis zu den Anfängen der modernen Konstitutionslehre (etwa 1858-1900)*, Berlin 1955.

<sup>10</sup> Claudia Huerkamp: *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens*, Göttingen 1985, S. 93ff.

<sup>11</sup> Claudia Huerkamp und Reinhard Spree: *Arbeitsmarktstrategien der deutschen Ärzteschaft im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert*, in: *Historische Arbeitsmarktforschung - Entstehung, Entwicklung und Probleme der Vermarktung von Arbeitskraft*, hrsg. von Toni Pierenkemper und Richard Tilly, Göttingen 1982, S. 77-120. Zur Veränderung des Krankheitsverhaltens durch die Sozialversicherung, vgl. Göckenjan, *Kurieren*, S. 336-406. Alfons Labisch: *Doctors, Workers, and the Scientific Cosmology of the Industrial World. The Social Construction of "Health" and the "Homo Hygienicus"*, in: *Journal of Contemporary History* 20 (1985), S. 599-615. Ute Frevert:

---

Professional Medicine and the Working Classes in Imperial Germany, in: *Journal of Contemporary History* 20 (1985), S. 637-658, bes. S. 650ff.

<sup>12</sup> Claudia Huerkamp: *Ärzte und Patienten: Zum strukturellen Wandel der Arzt-Patient-Beziehung vom ausgehenden 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert*, in: *Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel*, hrsg. von Alfons Labisch und Reinhard Spree, Bonn 1989, S. 57-73. Drees, *Ärzte*, S. 39ff. Gerd Hörnemann: *Die Selbstverwaltung der Ärztekammern. Spannungen und Wechselwirkungen von Fremd- und Selbstkontrolle des Arztberufs*, Konstanz 1989, S. 7. Göckenjan, *Kurieren*, S. 355.

<sup>13</sup> Frieder Naschold: *Kassenärzte und Krankenversicherungsreform. Zu einer Theorie der Statuspolitik*, Freiburg i. Br. 1967, S. 56f. Heinz Goerke: *Großstadtmedizin und Kassenarzt*, in: *Medizin, Naturwissenschaft, Technik und das zweite Kaiserreich*, hrsg. von Gunter Mann und Rolf Winau, Göttingen 1977, S. 102-118.

<sup>14</sup> Achim Wölfling: *Entstehung und Bedeutung des Begriffes Schulmedizin. Die Auseinandersetzung zwischen der naturwissenschaftlichen Medizin und Vertretern anderer Heilmethoden im 19. und 20. Jahrhundert*, Diss. Freiburg i. Br. 1974.

<sup>15</sup> Cornelia Regin: *Selbsthilfe und Gesundheitspolitik. Die Naturheilbewegung im Kaiserreich (1889 bis 1914)*, Stuttgart 1995. Gunnar Stollberg: *Die Naturheilvereine im Deutschen Kaiserreich*, in: *Archiv für Sozialgeschichte* 28 (1988), S. 287-305. Karl Eduard Rothschild: *Naturheilbewegung, Reformbewegung, Alternativbewegung*, Stuttgart 1983. Claudia Huerkamp: *Medizinische Lebensreformbewegung im 19. Jahrhundert. Die Naturheilbewegung in Deutschland als Protest gegen die naturwissenschaftliche Universitätsmedizin*, in: *Vierteljahrsschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte* 73 (1986), S. 158-182. Wolfgang R. Krabbe: *Gesellschaftsveränderung durch Lebensreform. Strukturmerkmale einer sozialreformerischen Bewegung im Deutschland der Industrialisierungsperiode*, Göttingen 1974. Eberhard Wolff: *Gesundheitsverein und Medikalisierungsprozeß. Der homöopathische Verein*

Heidenheim/Brenz zwischen 1886 und 1945, Tübingen 1989. Eberhard Wolff: "... nichts weiter als eben einen unmittelbaren persönlichen Nutzen...". Zur Entstehung und Ausbreitung der homöopathischen Laienbewegung, in: Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung 4 (1987), S. 61-97. Eberhard Wolff: Die Schlacht auf dem Zahlenberge. Impfgegnerschaft im späten 19. Jahrhundert - Das Beispiel Sachsens, in: Pocken zwischen Alltag, Medizin und Politik. Begleitbuch zur Ausstellung, hrsg. von Ragnhild Münch, Berlin 1994, S. 113-128.

<sup>16</sup> Zum Professionalisierungsprozeß, vgl. Claudia Huerkamp: Ärzte und Professionalisierung in Deutschland. Überlegungen zum Wandel des Arztberufs im 19. Jahrhundert, in: Geschichte und Gesellschaft 6 (1980), S. 349-382. Huerkamp, Aufstieg. Drees, Ärzte. Charles E. McClelland: The German experience of professionalization. Modern learned professions and their organizations from the early nineteenth century to the Hitler era, Cambridge 1991, bes. S. 78-87, 135-143. Weindling, Bourgeois Values, bes. S. 204ff. Paul Ulrich Unschuld: Professionalisierung im Bereich der Medizin. Entwurf zu einer historisch-anthropologischen Studie, in: Saeculum 25 (1974), S. 251-276.

<sup>17</sup> Göckenjan, Wandlungen, S. 96.

<sup>18</sup> Heinrich Schipperges: Die Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte im 19. Jahrhundert, Stuttgart 1968.

<sup>19</sup> Zur Biographie vgl. Winter: Hermann Eberhard Richter, in: ÄV 51 (1876), S. 79-82.

<sup>20</sup> Hermann Eberhard Richter: Die Aufgabe der Aerztevereine und ihres Gesamtverbandes, in: ÄV 2 (1872), S. 9-16, hier S. 15.

<sup>21</sup> Zur Vorgeschichte: Hermann Eberhard Richter: Geschichte und Literatur der Aerztevereine, in: ÄV 9/10 (1873), S. 65-74 und 11/12 (1873), S. 82-93, hier S. 89ff. Hans Michael Schmaltz: Von der Medizinalreformbewegung zur Standesorganisation der Ärzte. Ein Beitrag zur Soziologie der Organisation und Entwicklung des ärztlichen Berufsstandes in Deutschland von der Mitte

---

des 19. bis zum Anfang des 20. Jahrhunderts, Diss. Frankfurt a. M. 1977, S. 55ff. Heinrich Berger: Geschichte des ärztlichen Vereinswesens in Deutschland, Frankfurt a.M. 1896, S. 32-46. Christoph Marx: Die Entwicklung des ärztlichen Standes seit den ersten Dezennien des 19. Jahrhunderts, Berlin 1907, S. 67ff.

<sup>22</sup> ÄV 17 (1873), S. 129f. Satzungen - in der Fassung von 1903 - abgedruckt in Marx, Entwicklung, S. 157-159.

<sup>23</sup> Ab 1900 ging man im ÄV völlig davon ab, wissenschaftliche Themen zu erörtern, vgl. Verhandlungen des XXVIII. Deutschen Aerztetages zu Freiburg i.Br. am 22 und 23. Juni 1900 (Offizielles Protokoll), Beilage zu ÄV (1900), S. 1-48, hier S. 7.

<sup>24</sup> Göckenjan, Kurieren, S. 319. Huerkamp, Aufstieg, S. 249.

<sup>25</sup> Löbker, zit. nach Heinze, Aerztevereinsbund, S. 120f. Vgl. auch Emil Willems: Der deutsche Ärztstand als Sozialgebilde, in: Archiv für angewandte Soziologie 4 (1932), S. 94-120, hier S. 100ff.

<sup>26</sup> 1882 waren es 29% in Württemberg, 75% in Baden, 53% in der Rheinprovinz, 13% in Posen und 9% in Elsaß-Lothringen, vgl. Huerkamp, Aufstieg, S. 250-252 und S. 358, Anm. 56.

<sup>27</sup> Außerordentliche Ärztetage fanden 1903, 1910 und 1913 statt. Vgl. Paul Diepgen: Der Deutsche Ärztevereinsbund und seine Zeit bei der Gründung und heute. Über die Aufgaben einer Geschichte des Bundes, in: DÄ 58/60 (1931), S. 243-246.

<sup>28</sup> Zu weiteren Verbandsgründungen mit ähnlicher Zielsetzung, die sich früher oder später dem Leipziger Verband anschlossen, siehe Huerkamp, Aufstieg, S. 280f. Drees, Ärzte, S. 204ff. Bernhard Puppe: Die Bestrebungen der deutschen Aerzte zu gemeinsamer Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen, Wiesbaden 1911, S. 16f.

---

<sup>29</sup> Kurt Finkenrath: Die Organisation der deutschen Ärzteschaft. Einführung in die Geschichte und den gegenwärtigen Aufbau des wissenschaftlichen, standes- und wirtschaftspolitischen ärztlichen Vereinslebens, Berlin 1928, S. 29. Zur Orientierung am Vorgehen der Agrarier, siehe auch: Dr. Hintze: Krankenfürsorge am Ende des 19. Jahrhunderts, in: ÄV 439 (1901), Sp. 31-33, hier: 33.

<sup>30</sup> Kuhns, Fünfundzwanzig Jahre, S. 13ff., 38ff. Heinz Schmitt: Entstehung und Wandlungen der Zielsetzungen, der Struktur und der Wirkungen der Berufsverbände, Berlin 1966, S. 65. Huerkamp, Aufstieg, S. 280f. Salomon Alexander: Wider den Verband der Aerzte Deutschlands, in: ÄV 438 (1901), Sp. 3-12. Kritisch gegenüber dem Leipziger Verband: Dr. Jonas: Ärztestreik. Ein Zeichen der Zeit, Liegnitz 1907, S. 12.

<sup>31</sup> Vgl. Jonas, Ärztestreik, S. 16f.

<sup>32</sup> Thomas Göbel: Ärzte und Rechtsanwälte in den USA 1800-1920. Der schwierige Weg zur Professionalisierung, in: Geschichte und Gesellschaft 16 (1990), S. 318-342. Hannes Siegrist (Hg.): Bürgerliche Berufe. Zur Sozialgeschichte der freien und akademischen Berufe im internationalen Vergleich, Göttingen 1988. McClelland, Experience, S. 48.

<sup>33</sup> Kuhns, Fünfundzwanzig Jahre, S. 17. Puppe, Bestrebungen, S. 11ff.

<sup>34</sup> Arthur Gabriel: Die kassenärztliche Frage, Leipzig 1912, S. 183. Puppe, Bestrebungen, S. 23-25. Schmitt, Wandlungen, S. 59.

<sup>35</sup> Huerkamp, Aufstieg, S. 283. Auch Theodor Plaut: Der Gewerkschaftskampf der deutschen Ärzte, Karlsruhe 1913, S. 96, hält den von Verbandsseite angegebenen Organisationsgrad von ca. 95-98% für 1911 für zu hoch. Vgl. ebenso Huerkamp, Professionalisierung, S. 375, Anm. 76. Weitere Zahlen bei Kuhns, S. 68f. Vgl. auch Lothar Feige: Sozialpolitische Analyse der Organisation von Interessen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Von den Anfängen der sozialen Sicherung bis zur Notgesetzgebung 1931 in Deutschland, Diss. Köln 1980, S. 82.

---

<sup>36</sup> Plaut, Gewerkschaftskampf, S. 114-134. Kuhns, Fünfundzwanzig Jahre, S. 135-187.

<sup>37</sup> Vgl. dazu auch Christa Rauskolb: Lobby in Weiß. Struktur und Politik der Ärzteverbände, Frankfurt, Köln 1976, S. 117.

<sup>38</sup> Gerd Hörnemann: Kassenarzt als freier Beruf, Konstanz 1994, S. 43ff. Karl-Jürgen Bieback: Die öffentliche Körperschaft - ihre Entstehung, die Entstehung ihres Begriffs und die Lehre vom Staat und den innerstaatlichen Verbänden in der Epoche des Konstitutionalismus in Deutschland, Berlin 1976, bes. S. 349f.

<sup>39</sup> Hörnemann, Selbstverwaltung, S. 18, 37-39.

<sup>40</sup> C. L. Paul Trüb: Die geschichtliche Entwicklung des ärztlichen Standeswesens in Deutschland, ein Rückblick vom Jahre 1832 bis zum Jahre 1932, in: Medizinische Monatsschrift 5 (1961), S. 332-341 und 7 (1961), S. 478-488, hier S. 339. Das Organogramm beruht auf folgenden Quellen: Oskar Heinze: Der Deutsche Aerztevereinsbund und die ärztlichen Standesvertretungen in Deutschland von 1890 bis 1912, Bd. II, Leipzig 1919. Finkenrath, Organisation, S. 46-55. Arthur Gabriel: Die staatliche Organisation des deutschen Aerztestandes, Berlin 1919, S. 21-27, 103-361. Marx, Entwicklung, S. 58-103. Eduard Graf: Das ärztliche Vereinswesen in Deutschland und der Deutsche Aerztevereinsbund, Leipzig 1890, S. 19. Berger, Geschichte, S. 32-58. Plaut, Gewerkschaftskampf, S. 32-45. Trüb, Entwicklung, S. 337-341, 487. Teilweise treten in den oben genannten Quellen geringfügige Abweichungen und Unterschiede auf. Die jeweils wahrscheinlichste Angabe wurde in das Organogramm übernommen. Vgl. auch Ariane Hesse: Ärztliche Vereine und Standesorganisationen in Freiburg i. Br. Entwicklung und Struktur, Freiburg i. Br. 1978, S. 65-73. Alexander Sommer: Arzt und Staat in Württemberg 1830-1930 im Spiegel des "Medicinisches Correspondenzblattes", Tübingen 1968, S. 42ff.

<sup>41</sup> Plaut, Gewerkschaftskampf, S. 33.

---

<sup>42</sup> Zu den von vielen Kammern eingerichteten Vertragskommissionen, vgl. Plaut, Gewerkschaftskampf, S. 36ff.

<sup>43</sup> Finkenrath, Organisation, S. 50.

<sup>44</sup> Plaut, Gewerkschaftskampf, S. 43-45.

<sup>45</sup> Huerkamp, Aufstieg, S. 264. Salomon Alexander: Geschichte des Verbandes der Berliner ärztlichen Standesvereine, Berlin 1903, S. 99f. Rauskolb, Lobby, S. 119. Puppe, Bestrebungen, S. 89-91. E.G. Dresel: Bildung der ärztlichen Standesvereine und staatliche Organisation der Ärzte bis zur Gründung des Leipziger Verbandes, Diss. Heidelberg 1913, S. 44.

<sup>46</sup> Karin Bergemann-Gorski: Ärztliche Standes- und Berufspolitik in Deutschland von 1900 bis 1920, Diss. Berlin 1966, S. 14.

<sup>47</sup> Huerkamp, Professionalisierung, S. 361ff. Drees, Ärzte, S. 57ff. Albert Guttstadt: Die ärztliche Gewerbefreiheit im Deutschen Reich und ihr Einfluss auf das öffentliche Wohl, in: Zeitschrift des Königlich-Preussischen statistischen Bureaus 20 (1880), S. 215-250, hier S. 216-219.

<sup>48</sup> ÄV 80 (1878), Sp. 233.

<sup>49</sup> Vgl. Hermann Eberhard Richter: Was haben die Aerzte für die öffentliche Gesundheitspflege gethan?, in ÄV 18 (1873), S. 137-143, hier S. 142. Anlässlich der Vorlage eines Entwurfs für eine Medizinalordnung im Großherzogtum Hessen warnte Richter die Ärzte, sich nicht zu Staatsbeamten machen zu lassen. Lieber sollten sie auf eine staatliche Organisation verzichten und sich mit freien Vereinen begnügen, siehe ÄV 23 (1874), S. 203.

<sup>50</sup> Die Beispiele hierfür sind Legion. Stellvertretend: Dr. Dietrich: Ueber ärztliche Collegialität, in: ÄV 374 (1898), Sp. 192-197.

- 
- <sup>51</sup> Dr. Brauser: Der ärztliche Stand und die Gewerbeordnung, in: ÄV 80 (1878), S. 229-235. Dr. Brauser, in: ÄV 385 (1879), Sp. 80-83. Huerkamp, Professionalisierung, S. 373, Anm. 70.
- <sup>52</sup> Reinhard Spree: Kurpfuscherei-Bekämpfung und ihre sozialen Funktionen während des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts, in: Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel, hrsg. von Alfons Labisch und Reinhard Spree, Bonn 1989, S. 103-121, hier S. 107.
- <sup>53</sup> Spree, Kurpfuscherei-Bekämpfung, S. 106.
- <sup>54</sup> ÄV 83 (1979), Sp. 35-37.
- <sup>55</sup> Beispielsweise: Dr. Runge: Auditor et alter pars, in: ÄV 83 (1879), S. 37-39. Dr. Runge: Nochmals die Gewerbeordnung, in: ÄV 96 (1880), Sp. 70-72. Ähnlich: ÄV 97 (1880), S. 81-95. Vgl. auch Gabriel, Organisation, S. 40-44, 50f.
- <sup>56</sup> Huerkamp, Aufstieg, S. 259f. Gabriel, Organisation, S. 34-36. Vorläufiger Bericht über den VIII. Deutschen Aertzetag, in: ÄV 100 (1880), Sp. 155.
- <sup>57</sup> Hagen Steinhoff: Die Einwirkung der Deutschen Aertzetage seit ihrem Beginn 1873 auf die Entstehung, das Werden und Wachsen des ärztlichen Berufsrechts, insbesondere der Berufsordnungen, Diss. Düsseldorf 1974, S. 26-29. Sie basierte auf der freiwilligen Standesordnung des Karlsruher Ärztevereins aus dem Jahre 1876, abgedruckt bei Marx, Entwicklung, S. 147-153. Vgl. auch Graf, Vereinswesen, S. 42ff. Gabriel, Organisation, S. S. 38-41, angenommener Entwurf abgedruckt auf S. 60-63.
- <sup>58</sup> Zum Inhalt: Gabriel, Organisation, S. 38ff., 55-58, Zitat S. 39. Graf, Vereinswesen, S. 42-45. Zur Überwachung des außerberuflichen Verhaltens vgl. auch Willems, Ärztestand, S. 116f.
- <sup>59</sup> Dr. Brauser: Aerzteordnung und Gewerbeordnung, in: ÄV 122 (1882), Sp. 105-109.

---

<sup>60</sup> Dr. K., in: ÄV 108 (1881), S. 60-64. Dr. Mestrum: Keine Ehrengerichte, sondern Ehrenräte, in: ÄV 112 (1881), Sp. 170-178. F. Runge, in: ÄV 105 (1881), S. 7f.

<sup>61</sup> ÄV 83 (1879), Sp. 37-39.

<sup>62</sup> Helmut Bläsner: Die standespolitischen Diskussionen in der Berliner Medizinischen Gesellschaft von 1860 bis zur Jahrhundertwende, Diss. München, S. 28ff.

<sup>63</sup> Verhandlungen des X. Deutschen Aerztetages zu Nürnberg am 30. Juni und 1. Juli 1882 (Officielles Protokoll), in: ÄV 124 (1882), Sp. 153-174, hier Sp. 157-174, ÄV 125 (1882), Sp. 185-201 und ÄV 126 (1882), Sp. 209-218. Gabriel, Organisation, S. 59. Huerkamp, Aufstieg, S. 260.

<sup>64</sup> McClelland, Experience, S. 243.

<sup>65</sup> Wehler, Kaiserreich, S. 46f. Huerkamp, Aufstieg, S. 261.

<sup>66</sup> Gabriel, Organisation, S. 63-68, 82-102. Graf, Vereinswesen, S. 45-51. Drees, Ärzte, S. 189f. Siehe auch: Bundesarchiv Potsdam, Bestand 15.01, Reichsministerium des Innern, Nr. 11705, Acta betreffend den Erlaß einer Aerzteordnung, 1880-1888. Zur Haltung der Einzelstaaten, vgl.: Bundesarchiv Potsdam, Bestand 15.01: Reichsministerium des Innern, Nr. 11708 und 11709.

<sup>67</sup> Bundesarchiv Potsdam, Bestand 15.01, Reichsministerium des Innern, Nr. 11705, Acta betreffend den Erlaß einer Aerzteordnung, 1880-1888. Doch die Ärzteschaft drängte weiter auf eine Reichsärzteordnung, so auf den Ärztetagen von 1893, 1897, 1908, 1909 und 1911, vgl. Steinhoff, Einwirkung, S. 33.

<sup>68</sup> Gabriel, Organisation. Heinze, Aerztevereinsbund II. Zu Preußen: Huerkamp, Aufstieg, S. 261-265.

<sup>69</sup> Beispielsweise ÄV 374 (1898), Sp. 190-192.

---

<sup>70</sup> Zu den Debatten und der Entwicklung in der bedeutenden preußischen Rheinprovinz vgl. Landeshauptarchiv Rheinland-Pfalz, Koblenz, Abteilung 403: Oberpräsidium des Rheinlandes, Nr. 11121-11123: Die Errichtung einer ärztlichen Standesvertretung (Ärztekammern) 1887-1901.

<sup>71</sup> Huerkamp, Aufstieg, S. 265-272. Zur Tätigkeit der Ehrengerichte in Preußen zwischen 1905 und 1911, vgl. Geheimes Staatsarchiv, Stiftung Preußischer Kulturbesitz, Nebenstelle Merseburg. Rep. 76, VIII B, Nr. 782. Ministerium des Innern, Abteilung für die Medizinal-Angelegenheiten. Akten betreffend die ärztlichen Ehrengerichte, Februar 1902-März 1913.

<sup>72</sup> ÄV 298 (1895), Sp. 123f. Vgl. dazu den kritischen Artikel von Victor Cnyrim im ÄV 300 (1895), Sp. 186-188 und die Gegendarstellung Grafs, ÄV 300 (1895), Sp. 188-190. Zum Problem allgemein: Dr. Henius: Zum Kampf gegen ärztliche Ehrengerichte, in: ÄV 338 (1896), Sp. 608ff.

<sup>73</sup> ÄV 432 (1900), Sp. 463.

<sup>74</sup> Gabriel, Organisation. Heinze, Aerztevereinsbund II.

<sup>75</sup> Graf, Vereinswesen, S. 54. Als Modell diente vor allem die Karlsruher Standesordnung, die stark vom amerikanischen Code of Ethics beeinflusst war, siehe ÄV 55 (1876), S. 147-151. Vgl. auch den Bericht über die einschlägige Diskussion auf dem Ärztetag 1876 in ÄV 53 (1876), S. 125-132. Ebenso: ÄV 55 (1876), S. 53.

<sup>76</sup> Ulrich Brand: Ärztliche Ethik im 19. Jahrhundert. Der Wandel ethischer Inhalte im medizinischen Schrifttum. Ein Beitrag zum Verständnis der Arzt-Patient-Beziehung, Freiburg 1977, S. 49f. Steinhoff, Einwirkung, S. 1-2.

<sup>77</sup> Gabriel, Organisation, S. 100.

<sup>78</sup> Verhandlungen des XVII. deutschen Aerztetages zu Braunschweig am 24. und 25. Juni 1889 (Officielles Protokoll), in: ÄV 208 (1899), Sp. 273-291

---

und ÄV 209 (1899), Sp. 321-334, 339f. Steinhoff, Einwirkung, S. 30-32. Gabriel, Organisation, S. 98-100.

<sup>79</sup> Brand, Ethik, S. 20-37, 54f., Zitat S. 162. Bereits 1879 äußerte Konrad Küster: Humanität und Collegialität, in: ÄV 81 (1879), Sp. 3-5, Kritik an dieser Beschränkung.

<sup>80</sup> Verhandlungen des XXV. Deutschen Aertzetages zu Eisenach am 10 und 11. September 1897, Beilagen zu ÄV 360 (1897), S. 1-8, ÄV 361 (1897), S. 1-8 und ÄV 362 (1897), S. 1-8. Vgl. auch C.H. Quetsch: Krankenkassen und Ärzteschaft, Diss. Heidelberg 1925, S. 85. Dr. Brauser, in: ÄV 80 (1878), S. 229-235. Marx, Entwicklung, S. 36ff. Dr. Aschenborn: Heilpersonal. Aerzte, in: Das Preussische Medizinal- und Gesundheitswesen in den Jahren 1883-1908. Festschrift zur Feier des 25jährigen Bestehens des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins, hrsg. von Dr. Rapmund, Berlin 1908, S. 352-377, hier S. 373.

<sup>81</sup> Spree, Kurpfuscherei-Bekämpfung, S. 105-108. Leicht abweichend: Regin, Selbsthilfe, S. 277ff. Drees, Ärzte, S. 58, 170. Vgl. auch: R. Wehmer und W. Pflanz: Kurpfuscherei und Geheimmittelwesen, in: Das Preussische Medizinal- und Gesundheitswesen in den Jahren 1883-1908. Festschrift zur Feier des 25jährigen Bestehens des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins, hrsg. von Dr. Rapmund, Berlin 1908, S. 442-464, hier S. 443.

<sup>82</sup> Zur Stellung der organisierten Ärzte zur Homöopathie, vgl. z. B. Dr. C.G. Rothe: Die Stellung der approbirten Homöopathen zur Gesamtheit des ärztlichen Standes, in: ÄV 39 (1875), S. 87, wo darüber nachgedacht wird, wie dieser Personenkreis aus den Standesorganisationen ferngehalten werden kann. Dr. Mayer: Gegen die Einrichtung eines Lehrstuhls für Homöopathie in Bayern, in: ÄV 489 (1903), Sp. 47-50. Insgesamt entsteht der Eindruck, daß man diese medizinische Richtung als verhältnismäßig unbedeutende Kontrahentin einschätzte, einer gesetzlichen Anerkennung und institutionellen Verankerung jedoch schärfstens entgegentrat.

---

<sup>83</sup> Regin, Selbsthilfe, S. 273-283. Dazu rechnete man auch viele Studienabbrecher, Guttstadt, Gewerbefreiheit, S. 232.

<sup>84</sup> Regin, Selbsthilfe.

<sup>85</sup> Reinhard Spree: Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Deutschen Kaiserreich, Göttingen 1981, S. 100. Wehmer/Pflanz, Kurpfuscherei, S. 445f. Vor allem in den ersten Jahren nach der Reichsgründung findet man nicht selten Stellungnahmen von Ärzten, die die von manchen Kollegen angeführte Zunahme der "Kurpfuscherei" unter Verweis auf nicht vorhandene Vergleichszahlen skeptisch beurteilen, beispielsweise Fr. Dornblüth: Die Stellung der Aerzte zur Gewerbeordnung, in: ÄV 98 (1880), Sp. 105-108.

<sup>86</sup> Beispielsweise wird für Berlin zwischen 1879 und 1897 eine Zunahme von 1600% behauptet, vgl. Marx, Entwicklung, S. 36f.

<sup>87</sup> Dazu ausführlich: Regin, Selbsthilfe, S. 283ff. Drees, Ärzte, S. 172. Plaut, Gewerkschaftskampf, S. 74. Siehe auch: P. Zaddach: Zur Statistik der Kurpfuscherei, in: ÄV 422 (1900), Sp. 222-225.

<sup>88</sup> Marx, Entwicklung, S. 36 definiert 1907 folgendermaßen: "Man versteht heute unter diesen Benennungen [Kurpfuscherei und Medikasterei] jede von einem Nichtarzt zum Zwecke des Erwerbs geleitete Krankenbehandlung."

<sup>89</sup> ÄV 395 (1899), Sp. 124.

<sup>90</sup> Spree, Ungleichheit, S. 100.

<sup>91</sup> Huerkamp, Aufstieg, S. 276.

<sup>92</sup> Dies sprach explizit an: Dr. Happel: Aerztliche Unterstützungskassen, in: ÄV 348 (1897), Sp. 205. Siehe auch Wolfgang Wimmer: Die Pharmazeutische Industrie als "ernsthafte" Industrie: Die Auseinandersetzung um die

---

Laienwerbung im Kaiserreich, in: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 11 (1992), S. 75-88.

<sup>93</sup> Huerkamp, *Aufstieg*, S. 276.

<sup>94</sup> Beispielsweise: *ÄV* 22 (1874), S. 187. *ÄV* 293 (1894), Sp. 699-701. *ÄV* (1904), Sp. 696-698.

<sup>95</sup> *ÄV* 358 (1897), Sp. 578-582.

<sup>96</sup> *ÄV* 323 (1896), Sp. 169.

<sup>97</sup> Die Forderung nach Wiedereinführung des Kurpfuschereiverbots wurde nachdrücklich auf den *Ärztetagen* von 1897 und 1902 erhoben, vgl. Huerkamp, *Aufstieg*, S. 277. Carola von Littrow: *Der Deutsche Ärztetag und die Kurpfuscherfrage* (Ein Beitrag zur Geschichte der Kurpfuscherei in Deutschland von 1869 bis 1908), Diss. Berlin 1969, S. 10 hat das Thema explizit auf den Tagesordnungen der *Ärztetage* von 1875-77, 1879-1881, 1897, 1899-1911 ausgemacht. Daneben spielte die Frage bei einer Vielzahl anderer Referate eine Rolle. Zum *Ärztetag* von 1897, vgl. Littrow, *Ärztetag*, S. 30f. Vorläufiger Bericht über den *Aerztetag*, in: *ÄV* 359 (1897), Sp. 604f. Zum *Ärztetag* von 1902 siehe *ÄV* 490 (1903), Sp. 63-66. Ebenso *ÄV* 499 (1903), Sp. 270-272. Vorläufiger Bericht über den *Ärztetag*, in: *ÄV* 477 (1902), Sp. 336.

<sup>98</sup> *ÄV* (1880), S. 165. Offizielles Protokoll des *Ärztetags*.

<sup>99</sup> Vgl. dazu Alfons Labisch und Florian Tennstedt: *Der Weg zum "Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens" vom 3. Juli 1934. Entwicklungen und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland*, 2 Bde., Düsseldorf 1985, Bd. 1, S. 33. Huerkamp, *Lebensreformbewegung*, S. 174. *Verhandlungen des XXX. Deutschen Aerztetages zu Königsberg i. Pr. am 4. und 5. Juli 1902* (Offizielles Protokoll), Beilage zu *ÄV* 1902, S. 37f. Referent Becker plädierte auf dem *Ärztetag* dafür, "unter das Volk (zu) gehen und die Sprache des Volkes zu sprechen". Dr. Sprengel: *Wahre und falsche Heilkunde*, in: *ÄV* 442 (1901), Sp. 108-113, forderte seine Kollegen auf, den Naturheilanhängern in ihren eigenen

---

Versammlungen entgegenzutreten. Ähnlich Dr. Flesch: Wahre und falsche Heilkunde, in : ÄV 444 (1901). Sp. 152-154, wengleich dieser die Erfolgsaussichten recht skeptisch einschätzte.

<sup>100</sup> Für Diskussionen mit dem Publikum hielt man sich "zu gut", vgl. Verhandlungen des XXX. Deutschen Aertzetages zu Königsberg i.Pr. am 4. und 5. Juli 1902 (Offizielles Protokoll). Beilage zum ÄV (1902), S. 1-44, hier S. 39. Vgl. Huerkamp, Lebensreformbewegung, S. 175-177.

<sup>101</sup> ÄM 1901, S. 144f.

<sup>102</sup> Littrow, Ärztetag, S. 74ff. Nach Regin, Selbsthilfe, S. 290, handelte es sich hierbei im Jahr 1891 lediglich um 70 Naturheilkundige, die von Krankenkassen verpflichtet worden waren. Im Jahre 1895 praktizierten Nichtapprobierte bei 1200 Kassen - von insgesamt ca. 22000 Krankenkassen. Vgl. auch: ÄV 391 (1899), Sp. 33-37. ÄV 399 (1899), Sp. 208. ÄV 402 (1899), Sp. 264-266. ÄV 419 (1900), Sp. 144-146. Die Ärzteschaft wollte jedoch auf jeden Fall verhindern, daß den "Kurpfuschern" per Gesetz positive Rechte eingeräumt würden, siehe z.B. ÄV 171 (1886), Sp. 266.

<sup>103</sup> Beate Ziegeler: Weibliche Ärzte und Krankenkassen. Anfänge ärztlicher Berufstätigkeit von Frauen in Berlin 1893-1935, Weinheim 1993, S. 45ff. Regin, Selbsthilfe, S. 385ff. Huerkamp, Aufstieg, S. 274. Vgl. auch: Die Gleichstellung der Naturheilkundigen mit den approbirten Aerzten, in: Leipziger Tageblatt vom 6. Januar 1899, in: Geheimes Staatsarchiv, Stiftung Preußischer Kulturbesitz, Nebenstelle Merseburg. Rep. 76, VIII B, Nr. 800. Ministerium des Innern, Abteilung für Medizinal-Angelegenheiten. Akten betreffend das Verhältnis der ärztlichen Standesvertretungen und Vereine zu Behörden, Korporationen und Privatorganisationen, Oktober 1890-Juni 1904.

<sup>104</sup> Huerkamp, Aufstieg, S. 275.

<sup>105</sup> Spree, Kurpfuscherei-Bekämpfung, S. 114f.

<sup>106</sup> Zitiert nach Drees, Ärzte, S. 171. Vgl. auch das Referat Lents auf dem Ärztetag von 1897, dessen wichtigste Thesen bei Oskar Heinze: Der

---

Deutsche Aerztevereinsbund und die ärztlichen Standesvertretungen in Deutschland von 1890 bis 1912, Bd. I, Leipzig 1918, S. 54f. abgedruckt sind. Siehe auch Georg Sticker: Die Umgestaltung der Medizin in Deutschland während der letzten 25 Jahre, München 1913, S. 11. Spree, Kurpfuscherei-Bekämpfung, S. 111.

<sup>107</sup> Wehmer/Pflanz, Kurpfuscherei, S. 444.

<sup>108</sup> ÄV 395 (1899), Sp. 122-124.

<sup>109</sup> Zur Entwicklung der Gesellschaft, Rekrutierungsbasis und Methoden vgl. ÄV 495 (1903), S. 175. ÄV 505 (1903), S. 428. ÄV 507 (1903), S. 492. ÄV 516 (1904), S. 79. ÄV 915 (1913), S. 232f.

<sup>110</sup> Verhandlungen des XXV. Deutschen Aertzetages zu Eisenach am 10. und 11. September 1895, Beilage zu ÄV 361 (1897), S. 7. Der Aertzetag von 1899 forderte alle Aezzte auf, sich an einer einschlägigen Erhebung zu beteiligen, ÄV 398 (1899), Sp. 177. Zu den Materialsammlungen beispielsweise: Zur Bekämpfung der Kurpfuscherei. Bericht erstattet an den deutschen Aerztevereinsbund vom Preßausschuß des ärztlichen Bezirksvereins München. Beilage zu ÄV 1902, S. II-VIII. Dr. Wille: Zur Enquete über die Gemeingefährlichkeit der Kurpfuscherei im Deutschen Reich, in: ÄV 401 (1899), Sp. 238-243. Das Ergebnis der Umfrage wurde 1901 veröffentlicht, vgl. ÄV, Beilage zu 463 (1901), S. I-XVI.

<sup>111</sup> Spree, Kurpfuscherei-Bekämpfung, S. 111.

<sup>112</sup> Marx, Entwicklung, S. 39. Regin, Selbsthilfe, S. 328ff. Die Urteile wurden regelmäßig in der Standespresse veröffentlicht, z.B. "Verurtheilte Kurpfuscher", in: ÄV 472 (1902), Sp. 229f.

<sup>113</sup> Zur Bekämpfung der Kurpfuscherei mittelst des Gesetzes zur Bekämpfung des unlauteren Wettbewerbs, in: ÄV 488 (1903), Sp. 22-24. Littrow, Aertzetag, S. 65-67. Bergemann-Gorski, Standes- und Berufspolitik, S. 45f. Guttstadt, Gewerbefreiheit, S. 242-247. Marx, Entwicklung, S. 40f. Für den Aertzetag von 1903 legte Carl Becker eine viele Seiten umfassende

---

"Zusammenstellung der gesetzlichen Handhaben zur Bekämpfung der Kurpfuscherei" vor, vgl. Beilage zu ÄV (1903). (XXX. Deutscher Aerztetag in Cöln am 11./12. Sept. 1903), S. 1-50.

<sup>114</sup> In Sachsen war beispielsweise die Führung des Titels "Arzt für Naturheilverfahren" als standeswidrig verboten. Ebenso galt es als standeswidrig, bei einer Kasse zu arbeiten, die auch Naturheilkundige beschäftigte, vgl. Regin, Selbsthilfe, S. 359ff.

<sup>115</sup> Verhandlungen des XXX. Deutschen Aerztetages zu Königsberg i.Pr. am 4. und 5. Juli 1902 (Offizielles Protokoll). Beilage zum ÄV (1902), S. 1-44, hier S. 37-39.

<sup>116</sup> In Preußen bestand seit 1902 eine Meldepflicht für nichtapprobierte Heiler, ab 1909 mußten die Kreisärzte ein "Kurpfuscherverzeichnis" führen. In Bayern erging 1904 ein Erlaß zur Bekämpfung des Kurpfuschertums, vgl. Bergemann-Gorski, Berufs- und Standespolitik, S. 46. Das Reichskanzleramt forderte 1903 die Einzelstaaten auf, bei Bedarf gesetzgeberisch tätig zu werden und die Nichtapprobierten stärker zu beaufsichtigen, vgl. Littrow, Ärztetag, S. 31f. ÄV 499 (1903), Sp. 270-272.

<sup>117</sup> Littrow, Ärztetag, S. 87ff. Beispiele aus Albert Guttstadt: Deutschlands Gesundheitswesen. Organisation und Gesetzgebung des Deutschen Reiches und seiner Einzelstaten, 2 Bde. 1890/1891, Bd. 1, 1890, S. 415f. Siehe auch ÄV 45 (1876), S. 33-38. ÄV 47 (1876), S. 6-10.

<sup>118</sup> 1888 konstituierte sich im Ärztevereinsbund eine "Geheimmittelkommission", die im folgenden Jahr auf dem Ärztetag einen Forderungskatalog aufstellte. Dazu gehörte ein Werbeverbot ebenso wie die Eindämmung von Herstellung und Verkauf, wobei der betrügerische, das Volkwohl schädigende Charakter diese Mittel betont - und berechnet - wurde. Littrow, Ärztetag, S. 100-114. Artikel zur Geheimmittelfrage begegnen seit den ersten Ausgaben des Ärztlichen Vereinsblatts, siehe: ÄV 3 (1872), S. 20f. ÄV 5 (1873), S. 33-35. ÄV 9/10 (1873), S. 74f. ÄV 19/20 (1873), S. 145-150. Zu den diesbezüglichen Forderungen der Ärztetage vgl.

---

für 1888: Graf, Vereinswesen, S. 27f. Der XVI. deutsche Aertzetag zu Bonn am 17. September 1888 (Vorläufiger Bericht), in: ÄV 198 (1888), Sp. 325f.

<sup>119</sup> Dr. Franz: Zum Gesetzentwurf betreffend Kurpfuscherei und Geheimmittelbetrieb, in: ÄM 8 (1908), S. 130-131. Littrow, Ärzttetag, S. 115-123. Regin, Selbsthilfe, S. 404-442. ÄV 669 (1908), Sp. 54-63.

<sup>120</sup> Littrow, Ärzttetag, S. 123.

<sup>121</sup> Spree, Kurpfuscherei-Bekämpfung, S. 116-118.

<sup>122</sup> Mit diesem Themen befaßten sich intensiv die Ärzttetage von 1878, 1880 und 1883, vgl. Graf, Vereinswesen, S. 34f.

<sup>123</sup> Dr. Aschenborn: Heilpersonal. Aerzte, in: Das Preussische Medizinal- und Gesundheitswesen in den Jahren 1883-1908. Festschrift zur Feier des 25jährigen Bestehens des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins, hrsg. von Dr. Rapmund, Berlin 1908, S. 352-377, hier S. 355-358. Huerkamp, Aufstieg, S. 87-118. Bergemann-Gorski, Standes- und Berufspolitik, S. 65ff. Verhandlungen des XVIII. deutschen Aertzetages zu München am 23. und 24. Juni 1890 (Officielles Protokoll), in: ÄV 220 (1890), Sp. 299-343. Verhandlungen des XIX. deutschen Aertzetages zu Weimar am 22 und 23. Juni 1891, in: ÄV 232 (1891), Sp. 293-314 und ÄV 233 (1891), Sp. 332-360.

<sup>124</sup> Huerkamp, Aufstieg, S. 88ff., 93ff.

<sup>125</sup> Prüfungsordnung abgedruckt in ÄV 455 (1901), Sp. 413-419 und ÄV 456 (1901), Sp. 440-443. Huerkamp, Aufstieg, S. 109f. Zu den Gründen und Diskussionen um die Einführung des Praktischen Jahres vgl. Verhandlungen des XVIII. deutschen Aertzetages zu München am 23. und 24. Juni 1890 (Officielles Protokoll), in: ÄV 220 (1890), Sp. 333-343 sowie über den Ärzttetag von 1892 den Bericht im ÄV 248 (1892), Sp. 456.

<sup>126</sup> Bergemann-Gorski, Standes- und Berufspolitik, S. 65ff. Huerkamp, Aufstieg, S. 111f. Drees, Ärzte, S. 115-118. Bereits in den 1870er Jahren wurde vor einer bevorstehenden "Überfüllung" gewarnt, so z.B. im ÄV 28

---

(1874), S. 276, insgesamt aber bestand im Jahrzehnt nach der Reichsgründung noch Nachholbedarf, vgl. Huerkamp, Aufstieg, S. 111. Zur Entwicklung der Studentenzahlen: Hartmut Titze: Die zyklische Überproduktion von Akademikern im 19. und 20. Jahrhundert, in: Geschichte und Gesellschaft 10 (1984), S. 92-121. Vgl. auch ders.: Der Akademikerzyklus. Historische Untersuchungen über die Wiederkehr von Überfüllung und Mangel in akademischen Karrieren, Göttingen 1990.

<sup>127</sup> Huerkamp, Aufstieg, S. 64f. McClelland, Experience, S. 81f.

<sup>128</sup> Verhandlungen des XVII. deutschen Aerztetages zu Braunschweig am 24. und 25. Juni 1889 (Officielles Protokoll), in: ÄV 211 (1889), S. 406. Verhandlungen des XVIII. deutschen Aerztetages zu München am 23. und 24. Juni 1890 (Officielles Protokoll), in: ÄV 220 (1890), S. 300-311.

<sup>129</sup> Drees, Ärzte, S. 127-132, 168f.

<sup>130</sup> Abgedruckt in ÄV 527 (1904), Sp. 410-414. Zu den ersten Abmahnungen, die eine kleine Ärztegruppe unter zunächst skeptischem Abwarten der Landesorganisationen organisierte, vgl. ÄV 430 (1900), Sp. 401-403, ÄV 434 (1900), Sp. 503, ÄV 435 (1900), Sp. 535f., 560. Bis Ende des Jahres hatten sie - durch Spenden finanziert - 2000 Exemplare einer Flugschrift an 400 Gymnasien versandt, siehe ÄV 441 (1901), Sp. 86. Siehe auch Spree/Huerkamp, Arbeitsmarktstrategien, S. 91. In den Jahren bis zum Kriegsausbruch erfuhren die "Abmahnbemühungen" eine kontinuierliche Verstärkung, diese trafen jedoch nicht immer auf Gegenliebe. 1913 verbot beispielsweise die badische Regierung den Gymnasialdirektoren, eine einschlägige Abmahnbrochure des Ärztevereinsbundes zu verteilen, vgl.: Die Mobilmachung der Aerzte (Vom deutschen Aerztetag), in: Tägliche Rundschau (Berlin) vom 10. 7. 1913, auch in: Geheimes Staatsarchiv, Stiftung Preußischer Kulturbesitz, Nebenstelle Merseburg. Rep. 76, VIII B, Nr. 978. Ministerium des Innern, Abteilung für die Medizinal-Angelegenheiten. Akten betreffend die Vereine und Versammlungen der Ärzte von April 1912 bis April 1923.

---

<sup>131</sup> Die wahren Ursachen der Notlage im ärztlichen Stande, in: Staatsbürger-Zeitung vom 10. 1. 1904, auch in: Geheimes Staatsarchiv, Stiftung Preußischer Kulturbesitz, Nebenstelle Merseburg. Rep. 76, VIII B, Nr. 587. Ministerium des Innern, Abteilung für die Medizinalangelegenheiten. Akten betreffend die Ausübung der Heilkunde durch Ärzte und die Berufspflichten der Ärzte im allgemeinen, Juni 1867- April 1906. Michael Kater: Unresolved Questions of German Medicine and Medical History in the Past and Present, in: European History Quarterly 25 (1992), S. 407-423, hier S. 412ff.

<sup>132</sup> Kater, Professionalization, S. 689ff.

<sup>133</sup> Huerkamp, Aufstieg, S. 117f.

<sup>134</sup> ÄV 82 (1879), Sp. 26.

<sup>135</sup> ÄV 34 (1875), S. 13-16. Vgl. auch ÄV 41 (1875), S. 117-119.

<sup>136</sup> So argumentierte Hermann Eberhard Richter bereits 1847, vgl. Huerkamp, Aufstieg, S. 79. Vgl. dazu auch Richter, in: ÄV 34 (1875), S. 13-16, wo er sich für das Realgymnasium ausspricht.

<sup>137</sup> Bei einer Umfrage unter ärztlichen Vereinen votierten 1879 96% für die Beibehaltung der gültigen Regelungen, siehe ÄV 83 (1879), S. 39f. Vgl. auch Drees, Ärzte, S. 113. McClelland, Experience, S. 56.

<sup>138</sup> Huerkamp, Aufstieg, S. 80. Drees, Ärzte, S. 114.

<sup>139</sup> ÄV 423 (1900), Sp. 232-234. ÄV 457 (1901), Sp. 453. Siehe auch die Beschlüsse des Ärztetags von 1900 in: Heinze, Aerztevereinsbund I, S. 91.

<sup>140</sup> Adolf Hoffmann: Die neue Prüfungsordnung für Aerzte, in: ÄV 74 (1878), Sp. 94.

<sup>141</sup> Aus einer Eingabe des Regierungsbezirksvereins Düsseldorf aus dem Jahre 1879, abgedruckt in: ÄV 82 (1879), S. 25-27, hier S. 26. Betonung der

---

"wissenschaftlichen Methode des Forschens und Prüfens" gegenüber der bloßen Anwendung von Wissen bei L. Kraemer: System der Medicinal-Ordnung. Für Aerzte, Medicinal-Beamte und Gesetzgeber, Halle 1874, S. 25, zitiert in: ÄV 22 (1874), S. 178.

<sup>142</sup> Dr. Brauser, in: ÄV 85 (1879), Sp. 80-83, hier Sp. 81.

<sup>143</sup> ÄV (1878), Sp. 99f.

<sup>144</sup> Huerkamp, Aufstieg, S. 83ff.

<sup>145</sup> Huerkamp, Aufstieg, S. 85f. Spree/Huerkamp, Arbeitsmarktstrategien, S. 92. Um seinen Protest Ausdruck zu verleihen, legte der Ärztevereinsbund 1901 dem Ärztlichen Vereinsblatt ein Formular bei, das alle Ärzte beim Bundesrat einreichen sollten, vgl. ÄV 444 (1901).

<sup>146</sup> Huerkamp, Aufstieg, S. 87.

<sup>147</sup> G. Buschan: Die Frauen und das medizinische Studium, in: ÄV 319 (1896), Sp. 38-45, hier Sp. 42f.

<sup>148</sup> Dazu allgemein: R. Hollmann: Die Stellungnahme der Ärzte im Streit um das Medizinstudium der Frau bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts, Diss. Münster 1976. Einen Überblick der befürwortenden und ablehnenden Publikationen allgemein, teils mit knappen Kommentaren bringt: Die Frauenfrage in Deutschland. Strömungen und Gegenströmungen 1790-1930, hrsg. von Hans Sveistrup und Agnes v. Zahn-Harnack, Burg 1931, S. 470-479. Vgl. auch Jutta Meinerts: Bibliographie, in: Frauenkörper - Medizin - Sexualität. Auf dem Wege zu einer neuen Sexualmoral, hrsg. von Johanna Geyer-Kordesch und Annette Kuhn, Düsseldorf 1986, S. 328-343, bes. S. 328-331. Siehe ebenfalls: Eva Brinkschulte (Hg.): Weibliche Ärzte: die Durchsetzung des Berufsbildes in Deutschland, Berlin 1994.

<sup>149</sup> Agnes Blum: Die Entwicklung und der gegenwärtige Stand des medizinischen Frauenstudiums in den europäischen und aussereuropäischen Ländern, Berlin 1895.

---

<sup>150</sup> Margrit Twellmann: Die deutsche Frauenbewegung: Ihre Anfänge und ihre erste Entwicklung, 1843-1889, 2 Bde., Meisenheim am Glan 1971, Bd. 1, S. 42f., 79-81, 113f. Christa Lange-Mehnert: Ein Sprung ins absolut Dunkle. Zum Selbstverständnis der ersten Ärztinnen: Marie Heim-Vögtlin und Franziska Tiburtius, in: Frauenkörper - Medizin - Sexualität. Auf dem Wege zu einer neuen Sexualmoral, hrsg. von Johanna Geyer-Kordesch und Annette Kuhn, Düsseldorf 1986, S. 286-310, hier S. 288.

<sup>151</sup> James C. Albisetti: The Fight for female Physicians in Imperial Germany, in: Central European History 15 (1982), S. 99-123, hier S. 99ff.

<sup>152</sup> Thomas Gerst: "Das Weib ist der Verarbeitung der erforderlichen wissenschaftlichen Materie nicht gewachsen...", in: DÄ 91 (1995), Heft 8, B-391.

<sup>153</sup> Theodor von Bischoff: Das Studium und die Ausübung der Medicin durch Frauen, München 1872, zitiert nach Albisetti, Fight, S. 103.

<sup>154</sup> Dr. Buschan: Frauen, Sp. 41.

<sup>155</sup> Dr. Plascek: Die Frauen und das Studium der Medizin, in: ÄV 337 (1898), Sp. 572-581.

<sup>156</sup> Albisetti, Fight, S. 110.

<sup>157</sup> Dr. Dohrn, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 8 (1892), zitiert bei Buschan: Frauen, Sp. 43. Vgl. auch Max Runge: Männliche und weibliche Frauenheilkunde, Göttingen 1899, wo der Autor den Frauen die Befähigung zur Gynäkologin abspricht, sie aber als Helferin des männlichen Arztes vortrefflich geeignet findet.

<sup>158</sup> Albisetti, Fight, S. 109, 114f. Plascek, Frauen, Sp. 579f.

<sup>159</sup> Twellmann, Frauenbewegung, Bd. 1, S. 118. Albisetti, Fight, S. 107f.

---

<sup>160</sup> Die einflußreichste Schrift in dieser Richtung stammt von Mathilde Weber: *Ärztinnen für Frauenkrankheiten, eine ethische und eine sanitäre Notwendigkeit*, Tübingen <sup>2</sup>1888. Ebenso Sidonie Binder: *Weibliche Ärzte. Eine Studie*, Stuttgart 1892. Ähnlich argumentierte auch Hedwig Dohm in ihrer Schrift: *Die wissenschaftliche Emanzipation der Frau*, Berlin 1874, teils abgedruckt in: *Die Frauenfrage in Deutschland 1865-1915. Texte und Dokumente*, hrsg. von Elke Frederiksen, Stuttgart 1981, S. 251.

<sup>161</sup> Albisetti, *Fight*, S. 108.

<sup>162</sup> Albisetti, *Fight*, S. 109.

<sup>163</sup> *ÄV* 376 (1898), Sp. 233.

<sup>164</sup> Heinze, *Aerztevereinsbund I*, S. 73. Die Entscheidung basierte im wesentlichen auf einem Referat des Erlanger Professors Franz Penzoldt.

<sup>165</sup> Heinze, *Aerztevereinsbund I*, S. 73.

<sup>166</sup> Beispielsweise: L. Henius: *Über die Zulassung der Frauen zum Studium der Medizin*, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 21 (1895), S. 613. Max Flesch aus Frankfurt gehörte zu den wenigen, die sich vehement gegen die *Ärztetagsbeschlüsse* aussprachen, vgl. Max Flesch: *Das Medizinstudium der Frauen auf dem Aerztetag*, in: *ÄV* 387 (1898), Sp. 457-459.

<sup>167</sup> Siehe: *Mädchen-Gymnasien und -Studium*, in: *ÄV* 375 (1898), Sp. 211f. und *ÄV* 376 (1898), Sp. 229-232. Zur Auffassung einiger einzelstaatlicher Regierungen im Jahre 1898 und zur jeweiligen Handhabung des *Hospitantinnenwesens* vgl. *Geheimes Staatsarchiv, Stiftung Preußischer Kulturbesitz, Nebenstelle Merseburg. Rep. 76, VIII B, Nr. 422. Ministerium des Innern, Abteilung für die Medizinal-Angelegenheiten. Akten betr. die Prüfung und die Approbation als Arzt.*

<sup>168</sup> Albisetti, *Fight*, S. 112f.

<sup>169</sup> Albisetti, *Fight*, S. 114f.

- 
- <sup>170</sup> Albisetti, Fight, S. 118f.
- <sup>171</sup> Julius Schwalbe: Das medizinische Frauenstudium in Deutschland, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 33 (1907), S. 267f. Gerst, Frau, B-391.
- <sup>172</sup> Albert Eulenburg: Das Medizinstudium der Frauen an den deutschen Universitäten im Sommersemester 1901, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 27 (1901), S. 472. Die meisten von ihnen studierten an den badischen Universitäten Freiburg und Heidelberg.
- <sup>173</sup> Albisetti, Fight, S. 121
- <sup>174</sup> 1876 bestanden 20 solcher Organisationen, denen insgesamt 7425 Ärzte angehörten. ÄV 65 (1877), S. 83f. Heinze, Aerztevereinsbund I, S. 208.
- <sup>175</sup> Huerkamp, Aufstieg, 253. Vgl. auch: Pensions- oder Unterstützungscassen?, in: ÄV 202 (1889), Sp. 54f. Dr. Happel: Ärztliche Unterstützungskassen, in: ÄV 348 (1897), Sp. 203-207.
- <sup>176</sup> Vorläufiger Bericht über den Ärztetag, in: ÄV 66 (1877), S. 201f. ÄV 76 (1878), Sp. 127. Heinze, Aerztevereinsbund I, S. 208-210. Zur Lage in Bayern, vgl. ÄV 6 (1873), S. 43-45. Zur chronologischen Entwicklung siehe: Ueber ärztliche Unterstützungskassen, in: ÄV 319 (1896), Sp. 33-35. Bei Heinze, Aerztevereinsbund I, S. 211ff. eine Bestandsaufnahme der bestehenden Einrichtungen im Jahre 1894. Bis zum Jahre 1903 war die Zahl dieser Einrichtungen bis auf 90 angewachsen. Dr. Selberg: Die Aerztlichen Unterstützungskassen in Deutschland. Beilage zum "Aerztlichen Vereinsblatt" für Deutschland. (XXXI. Deutscher Aerztetag in Cöln am 11/12. Sept. 1903.) bringt eine detaillierte Übersicht der bestehenden Einrichtungen. Vgl. auch ÄV 509 (1903), Extranummer, S. 1-48, hier S. 13-27. Marx, Entwicklung, S. 126-128. Heinze, Aerztevereinsbund I, 208ff.
- <sup>177</sup> Marx, Entwicklung, S. 130. Aschenborn, Heilpersonal, S. 370-372.
- <sup>178</sup> Marx, Entwicklung, S. 131-134 zur Struktur und den Leistungen. Der Ärztetag empfahl seit den 1890er Jahren den Beitritt und nahm einen

---

jährlichen Bericht derselben entgegen, vgl. Heinze, Aerztevereinsbund I, S. 130. Zu den innerständischen Auseinandersetzungen und Problemen um diese Kasse, vgl. Dr. Bensch: Die Centralhilfskasse vor der Schlesischen Ärztekammer, in: ÄV 359 (1897), Sp. 606-610.

<sup>179</sup> Vgl. die Berichte der ständigen Kommission in ÄV 541 (1905), Sp. 87-93 und in den Protokollen der Ärztetage von 1907, 1909 und 1911. Vgl. auch E. Poensgen: Die Regelung des Unterstützungswesens zwischen den einzelnen Kammern, in: ÄV 543 (1905), Sp. 146-150. Auch in der Vereinspresse wurde lebhaft über die Probleme des Unterstützungswesens diskutiert, vgl. Dr. Neuberger: Ein Vorschlag zur Frage des ärztlichen Unterstützungswesens, in: ÄV 474 (1902), Sp. 277-279.

<sup>180</sup> Daß jedoch die Mittel bei weitem nicht dem Bedarf entsprachen, daß viele Kollegen zudem in diesem Punkt eine gewisse Sorglosigkeit walten ließen, belegt ein Artikel im Ärztlichen Vereinsblatt aus dem Jahr 1913, vgl. Dr. Bensch: Neue und alte Hilfsquellen für das ärztliche Unterstützungswesen in Deutschland, in: ÄV 940 (1913), Sp. 607-612.

<sup>181</sup> Huerkamp, Aufstieg, S. 167-170.

<sup>182</sup> Für Preußen vgl. Dr. Rapmund: Die Entwicklung des Preussischen Medizinal- und Gesundheitswesens während der Jahre 1883-1908 unter besonderer Berücksichtigung der Dienstobliegenheiten und amtlichen Stellung der Kreis-Medizinalbeamten, in: Das Preussische Medizinal- und Gesundheitswesen in den Jahren 1883-1908. Festschrift zur Feier des 25jährigen Bestehens des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins, hrsg. von Dr. Rapmund, Berlin 1908, S. 44-86, hier S. 50. H. Paull: Der ärztliche Stand im Deutschen Reiche am Schlusse des 19. Jahrhunderts, in: ÄV 403 (1899), Sp. 278-282, hier Sp. 281f.

<sup>183</sup> Labisch/Tennstedt, Weg, S.16f. Dr. Fielitz: Geschichte und Tätigkeit des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins in den Jahren 1883-1908, in: Das Preussische Medizinal- und Gesundheitswesen in den Jahren 1883-1908. Festschrift zur Feier des 25jährigen Bestehens des Preussischen

---

Medizinalbeamten-Vereins, hrsg. von Dr. Rapmund, Berlin 1908, S. 1-43, hier S. 41. Huerkamp, Aufstieg, S. 175f. Verhandlungen des XXV. Deutschen Aertzetages zu Eisenach am 10 und 11. September 1897, Beilage zu ÄV 363 (1897), S. 1-8, hier S. 4-8 und ÄV 364 (1897), S. 1-8.

<sup>184</sup> Fielitz, Geschichte, S. 42. In vielen preußischen Ärztekammern machten sich Stimmungen gegen die Wahl von Medizinalbeamten breit. 1894 beschloß die schlesische Ärztekammer, keine Ärzte zu wählen, die nicht ihrer Disziplinalgewalt unterstanden.

<sup>185</sup> Bereits auf dem 3. Aertzetag begegnen Stimmen, die Belange der Medizinalbeamten als für die Mehrheit der Praktiker irrelevant betrachten, vgl. den Diskussionsbeitrag von Dr. Kraher, in: Protokolle des dritten deutschen Aertztevereinstags zu Eisenach am 8. Juni 1875, Beilage zum ÄV 39 (1875), S. 7f. Die ÄM 1 (1903), S. 1 beklagen die Organisationsmüdigkeit von "Bessersituierten" wie Universitätslehrern und Medizinalbeamten.

<sup>186</sup> Als erster dieser Vereine wurde 1870 der Bezirksverein der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Düsseldorf gegründet, 1881 folgte jener der Provinz Hannover, 1883 der preußische Medizinalbeamtenverein, welchem 1901 95% der Kreisärzte und 91,7% der Regierungs- und Medizinalräte angehörten: Fielitz, Geschichte, S. 1f., 6 und Dr. Rapmund: Das Preussische Medizinal- und Gesundheitswesen in den Jahren 1883-1908. Festschrift zur Feier des 25jährigen Bestehens des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins, Berlin 1908, Anlage IV, S. 588f. Es folgten ähnliche Zusammenschlüsse in allen größeren Einzelstaaten, 1902 auch auf Reichsebene im Deutschen Medizinalbeamtenverein, vgl. auch Labisch/Tennstedt, Weg, S. 44ff.

<sup>187</sup> Beispielsweise Julius Wallichs, in: ÄV 39 (1875), S. 81-85. Siehe auch ÄV 44 (1875), S. 159-161. Huerkamp, Aufstieg, S. 171.

<sup>188</sup> Labisch/Tennstedt, Weg, S. 21f., 55-57 sprechen daher von der "verzögerten Verfachlichung der Ministerialbürokratie", Zitat S. 22. Ein entsprechender Vorstoß des Ausschusses der preußischen Ärztekammern unter

---

Eduard Lent war 1907 ohne Erfolg geblieben, siehe op. cit., S. 56. Siehe auch Weindling, *Bourgeois values*, S. 206f.

<sup>189</sup> Marx, *Entwicklung*, S. 27f. H. Quinke: Über ärztliche Spezialitäten und Spezialärzte, in: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 53 (1906), S. 1213-1217, 1260-1264.

<sup>190</sup> Goerke, *Großstadtmedizin*, S. 117. Huerkamp, *Aufstieg*, S. 117-179.

<sup>191</sup> Huerkamp, *Aufstieg*, S. 180. Drees, *Ärzte*, S. 175f. Zur Lage in Preußen, vgl.: *Die Spezialärzte in Preußen im Jahre 1904*. Denkschrift bearbeitet in der Medizinalabteilung des Ministeriums der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten, Berlin 1906, in: *Geheimes Staatsarchiv, Stiftung Preußischer Kulturbesitz, Nebenstelle Merseburg*. Rep. 76, VIII B, Nr. 588. Ministerium des Innern, Abteilung für Medizinal-Angelegenheiten. Akten betreffend die Ausübung der Heilkunde durch Ärzte und die Berufspflichten der Ärzte im allgemeinen, Mai 1900-Dezember 1909. Hier auch weiteres Material zur Spezialarztfrage.

<sup>192</sup> *Ärzte und Spezialisten*, in: *ÄM* 26 (1903), S. 307.

<sup>193</sup> Dr. Reche: Die Lage des Spezialistentums, in: *ÄV* 568 (1906), Sp. 173-177. Der Augen- und Ohrenarzt beklagte, daß daher bei den Spezialisten die "Überfüllung" weitaus größer als bei den Allgemeinpraktikern und die Lage der meisten keineswegs rosig sei.

<sup>194</sup> Verhandlungen des XX. deutschen Aertetages zu Leipzig am 27. und 28. Juni 1892, in: *ÄV* 247 (1892), Sp. 420-441. Siehe auch *ÄV* 243 (1892), Sp. 247 und Heinze, *Aerztevereinsbund I*, S. 20. Goerke, *Großstadtmedizin*, S. 112.

<sup>195</sup> Dr. Hallervordern: Gegen die Verstaatlichung des Spezialistenthums, in: *ÄV* 338 (1896), Sp. 604. Huerkamp, *Aufstieg*, S. 183. Auch der Berliner Polizeipräsident lehnte 1904 in einem Schreiben an den zuständigen preußischen Minister eine besondere Ausbildung, die nur noch zum Ausüben spezieller Tätigkeiten berechtigen würde, ab, siehe: *Geheimes Staatsarchiv*,

---

Stiftung Preußischer Kulturbesitz, Nebenstelle Merseburg. Rep. 76, VIII B, Nr. 605. Ministerium des Innern, Abteilung für Medizinal-Angelegenheiten. Akten betreffend die Sammlung der Berichte auf den Erlaß vom 12. März 1904 über die Ärzte, die sich Spezialärzte nennen, März 1904-Mai 1904.

<sup>196</sup> Dr. Esch: Spezialisten in der Aussenpraxis, in: ÄV 634 (1907), Sp. 926-932 und ÄV 635 (1907), Sp. 946-950, referiert verschiedene Meinungen, wie man den "Auswüchse(n) des Spezialistentums" beikommen könne (Zitat Sp. 948). Vgl. auch: Dr. Bartenstein: Zur Spezialistenfrage, in: ÄV 640 (1908), Sp. 31-38.

<sup>197</sup> Dr. Gernert: Bemerkungen zu den Erwidern der Kollegen Bartsch, Siegert, Alsberg und Vogt in Nr. 582 auf den Artikel von Dr. Gutkind-Mannheim in Nr. 580, in: ÄV 583 (1906), Sp. 589f. Zur Kinderarztfrage auch: Der Kinderarzt, in: ÄM 8 (1907), S. 65f. und ÄM 10 (1907), S. 117-119. Ähnlich kritisch gegenüber den "Specialitäten" bereits 1874: Dr. Cohen: Die Medizinalreform und der Aerzte-Vereinsbund, in: ÄV 28 (1874), S. 273-277, hier S. 277.

<sup>198</sup> Die Ärztetage von 1889 und von 1892 lehnten dieses Ansinnen noch mit großer Mehrheit ab, vgl. Huerkamp, Aufstieg, S. 190. Dr. Cossmann: Spezialisten und Krankenhausärzte, in: ÄV 364 (1897), Sp. 692. Auch Spezialärzte forderten vereinzelt den Verzicht auf die Privatpraxis im Interesse einer besseren Zusammenarbeit mit den Kollegen vor Ort, die den Spezialärzten dann die Patienten zuführen sollten. Ein Verbot oder staatliche Regelungen wurden jedoch abgelehnt, vgl. Dr. Rindfleisch: Zur Spezialistenfrage, in: ÄV 338 (1896), Sp. 604-608.

<sup>199</sup> Huerkamp, Aufstieg, S. 191f. Dr. Reche: Die Lage des Spezialistentums, in: ÄV 568 (1906), Sp. 173-177.

<sup>200</sup> Dr. Grothaus: Spezialisten und Krankenhausärzte, in: ÄV 359 (1897), Sp. 613-616.

<sup>201</sup> Alfons Labisch und Reinhard Spree: Die Kommunalisierung des Krankenhauswesens in Deutschland während des 19. und 20. Jahrhunderts.

---

Münchener wirtschaftswissenschaftliche Beiträge, München 1995. Reinhard Spree: Krankenhausentwicklung und Sozialpolitik in Deutschland während des 19. Jahrhunderts, in: Historische Zeitschrift 260 (1995), S. 75-105.

<sup>202</sup> Dr. Hintze: Krankenfürsorge am Ende des 19. Jahrhunderts, in: ÄV 439 (1901), Sp. 31.

<sup>203</sup> Der Ärztetag von 1893 befaßte sich mit dem Problem und stellte Richtlinien für den ärztlichen Dienst in Krankenhäusern auf, vgl. Heinze, Aerztevereinsbund I, S. 29f.

<sup>204</sup> Beispielsweise Dr. W.: Krankenhausärzte und Assistenten, in: ÄV 568 (1906), Sp. 177-179.

<sup>205</sup> Zur Situation der Assistenten und der Selbstgefälligkeit der Ordinarien anschaulich: Michael Kater: Professionalization and Socialization of Physicians in Wilhelmine and Weimar Germany, in: Journal of Contemporary History, 20 (1985), S. 677-701, bes. S. 680ff.

<sup>206</sup> Dr. Sauer: Zur Assistenzarztbewegung, in: ÄV 572 (1906), Sp. 285.

<sup>207</sup> S. M.: Krankenhausärzte und sociale ärztliche Frage, in: ÄV 860 (1912), Sp. 239-242, hier Sp. 239. R. Lammers: Krankenhaus und Arzt, in: ÄV 858 (1912), Sp. 203-206. Bereits 1893 forderte der Ärztetag, daß die Krankenhausärzte weitgehend auf Privatpraxis verzichten sollten, vgl. Heinze, Aerztevereinsbund I, S. 29f.

<sup>208</sup> Dr. S.: Krankenhaus und Arzt, in: ÄV 862 (1912), Sp. 270.

<sup>209</sup> S. M.: Krankenhausärzte und sociale ärztliche Frage, in: ÄV 860 (1912), Sp. 240. R. Lammers: Krankenhaus und Arzt, in: ÄV 858 (1912), Sp. 206.

<sup>210</sup> Vgl. dazu Dr. Cohen: Die Medizinalreform und der Aerzte-Vereinsbund, in: ÄV 28 (1874), S. 273-277, hier S. 277: "Jenes stabilere, Generationen überdauernde Verhältnis des Haus- und Familienarztes, welches in ihm den Freund und Vertrauten sah und pietätsvoll würdigte, ist gar häufig einer

---

kalten gemüthlosen Gleichgültigkeit gewichen, die mit den Aerzten nicht weniger leicht wechselt, als mit dem abzulohnenden Handwerker".

<sup>211</sup> Zu den Gesundheitskonzepten des frühneuzeitlichen Territorialstaats und des aufgeklärten Absolutismus ("medizinische Polizey") vgl. George Rosen: A History of Public Health, New York 1958, S. 109ff, 114-120. Ders.: Merkantilismus und Gesundheitspolitik im französischen Denken des 18. Jahrhunderts, in: Sozialmedizin. Entwicklung und Selbstverständnis, hrsg. von Erna Lesky, Darmstadt 1977, S. 62-93, hier S. 62ff. Labisch/Tennstedt, Weg, S. 7ff. Frevert, Krankheit, S. 60-69.

<sup>212</sup> Richard Evans: Epidemics and Revolutions: Cholera in Nineteenth Century Europe, in: Past and Present 120 (1988), S. 123-146, hier S. 125.

<sup>213</sup> Alfons Labisch: Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit, S. 124ff. Rosen, Public Health, S. 287f.

<sup>214</sup> Erwin Ackerknecht: Geschichte und Geographie der wichtigsten Krankheiten, Stuttgart 1963, S. 20-28, S. 45-53. Ders.: Anticontagionism between 1821 und 1867, in: Bulletin of the History of Medicine 22 (1948), S. 562-593.

<sup>215</sup> Witzler, Großstadt, S. 59-91. Peter Münch: Stadthygiene im 19. Jahrhundert. Die Wasserversorgung, Abwasser und Abfallbeseitigung unter besonderer Berücksichtigung Münchens, Göttingen 1993, bes. S. 26-121. Marjatta Hietala: Services and Urbanization at the Turn of the Century. The Diffusion of Innovations, Helsinki 1987.

<sup>216</sup> Jörg Vögele: Die Entwicklung der (groß-)städtischen Gesundheitsverhältnisse in der Epoche des demographischen und epidemiologischen Übergangs, in: Stadt und Gesundheit. Zum Wandel von "Volksgeundheit" und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert, hrsg. von Jürgen Reulecke und Adelheid Gräfin zu Castell Rüdtenhausen, Stuttgart 1991, S. 21-36. Johanna Bleker: Die Stadt als Krankheitsfaktor. Eine Analyse ärztlicher Auffassungen im 19. Jahrhundert, in: Medizinhistorisches Journal 18 (1983), S. 118-136. Ein Beispiel für die

---

zeitgenössische Perzeption zu Beginn des Kaiserreichs in: Augsburger Allgemeine Zeitung vom 20.7.1873, Beilage, Nr. 211.

<sup>217</sup> Labisch/Tennstedt, Weg, S. 27ff. Göckenjan, Kurieren, S. 319.

<sup>218</sup> H. E. Sigerist: The Value of Health to a City. Two Lectures Delivered in 1873 by Max von Pettenkofer, in: Bulletin of the History of Medicine 10 (1941), S. 473-503, 593-613. Vgl. auch Sticker, Umgestaltung, S. 13ff. Labisch/Tennstedt, Weg, S. 22ff. sprechen in diesem Kontext von der Umwertung von Gesundheit durch die Industrialisierung, welche mit dem Übergang von der "staatlichen Eingriffsverwaltung zur kommunalen Leistungsverwaltung" einhergehe. Zu dieser Begrifflichkeit vgl. auch Witzler, Großstadt, S. 92.

<sup>219</sup> Labisch/Tennstedt, Weg, S. 32.

<sup>220</sup> Labisch, Homo hygienicus, S. 133f. Göckenjan, Kurieren, S. 330.

<sup>221</sup> George Rosen: What is Social Medicine? A Genetic Analysis of the Concept, in: Bulletin of the History of Medicine 21 (1947), S. 674-733. Witzler, Großstadt, S. 162ff. Zum Gesamtspektrum bürgerlicher Sozialreform um 1900, vgl. Rüdiger vom Bruch: Bürgerliche Sozialreform im Kaiserreich, in: Weder Kommunismus noch Kapitalismus. Bürgerliche Sozialreform in Deutschland vom Vormärz bis zur Ära Adenauer, hrsg. von Rüdiger vom Bruch, München 1985, S. 61-179.

<sup>222</sup> Vgl. Engelhardt, Ethik, S. 83f.

<sup>223</sup> Paul Weindling: Health, Race and German politics between National Unification and Nazism, 1870-1945, Cambridge 1989. Daniel Pick: Faces of Degeneration. A European Disorder, c. 1848-c. 1918, Cambridge 1989. Vgl. auch Sheila Faith Weiss: The Race Hygiene Movement in Germany, 1904-1945, in: The Wellborn Science. Eugenics in Germany, France, Brasil and Russia, hrsg. von Mark B. Adams, New York 1990, S. 8-68.

---

<sup>224</sup> Paul Weindling: Hygienepolitik als sozialintegrative Strategie im späten Deutschen Kaiserreich, in: Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel, hrsg. von Alfons Labisch und Reinhard Spree, Bonn 1989, S. 37-55. Alfons Labisch: Doctors, Workers and the Scientific Cosmology of the Industrial World: the Social Construction of "Health" and the "Homo Hygienicus", in: Journal of Contemporary History 20 (1985), S. 599-616. Labisch betont allerdings die Bedeutung der allmählichen Verhaltensänderungen der Arbeiterschaft, die durch die Sozialversicherungsgesetzgebung ausgelöst wurden, gegenüber dem Zwang, den der Kassenarzt durch Anwendung seiner Machtmittel (Krankschreibung, Krankengeld und andere Kassenleistungen) anwenden konnte. Zum Anteil der Ärzteschaft an der "Zwangssozialisation" der Unterschichten siehe auch Reinhard Spree: The Impact of Physicians on Social Change in Germany during the late 19th and early 20th Centuries, in: Historical Social Research. Historische Sozialforschung 15 (1980), S. 24-39, hier S. 32ff.

<sup>225</sup> Zur Begrifflichkeit Frevert, Krankheit, S. 15f. Michel Foucault: La politique de la santé au XVIIIe siècle, in: Les machines à guerir. Aux origines de l'hôpital moderne, Paris 1976, S. 11-21. Paul Weindling: Medicine and Modernization: The Social History of German Health and Medicine, in: History of Science 24 (1986), S. 278-301. Spree, Ungleichheit, S. 156ff.

<sup>226</sup> Christoph Sachße und Florian Tennstedt: Sicherheit und Disziplin: eine Skizze zur Einführung, in: Soziale Sicherheit und Disziplinierung. Beiträge zu einer historischen Theorie der Sozialpolitik, hrsg. von Christoph Sachße und Florian Tennstedt, Frankfurt a. M. 1986, S. 11-44. Siehe ebenso Alfons Labisch: "Hygiene ist Moral - Moral ist Hygiene". Soziale Disziplinierung durch Ärzte und Medizin, in: Soziale Sicherheit und Disziplinierung. Beiträge zu einer historischen Theorie der Sozialpolitik, hrsg. von Christoph Sachße und Florian Tennstedt, Frankfurt a. M. 1986, S. 265-285. Gerd Göckenjan: Medizin und Ärzte als Faktor der Disziplinierung der Unterschichten: Der Kassenarzt, in: Soziale Sicherheit und Disziplinierung. Beiträge zu einer historischen Theorie der Sozialpolitik,

---

hrsg. von Christoph Sachße und Florian Tennstedt, Frankfurt a. M. 1986, S. 286-303.

<sup>227</sup> Graf, Vereinswesen, S. 19f. Hermann Eberhard Richter: Die Aufgabe der Aerztevereine und ihres Gesamtverbandes, in: ÄV 2 (1872), S. 9-16, bes. S. 10ff. ÄV 4 (1872), S. 29-31. ÄV 22 (1874), S. 180. Siehe auch: Das Reichsgesundheitsamt, in: ÄV 45 (1876), S. 1-4. Witzler, Großstadt, S. 102ff.

<sup>228</sup> Guttstadt, Gesundheitswesen I, S. 1.

<sup>229</sup> Zahlreiche Ärztevereine ernannten zur Behandlung dieser Fragen Sanitätsausschüsse, z.B. der Leipziger ärztliche Bezirksverein, ÄV 9/10 (1873), S. 77. Zum Meinungsbild im Jahre 1872: ÄV 4 (1872), S. 29-31.

<sup>230</sup> Friedbergs Votum, in: ÄV 19/20 (1873), S. 152f.

<sup>231</sup> Votum des Dr. Robert Volz, in: ÄV 11/12 (1873), S. 93-95. Eine Stimme für die Einführung der englischen Officers of Health, in ÄV 13 (1873), S. 103.

<sup>232</sup> Beide Möglichkeiten diskutiert: Krahmer's Votum, in: ÄV 22 (1874), S. 177-181, ohne eindeutig Stellung zu beziehen.

<sup>233</sup> Votum des Dr. Robert Volz, in ÄV 11/12 (1873), S. 93f.

<sup>234</sup> ÄV 39 (1875), S. 81-85.

<sup>235</sup> Krahmer's Votum, in: ÄV 22 (1874), S. 177-181. Finkelnburg wiederhin sah in der damaligen preußischen Organisation einen Hemmschuh für die öffentliche Gesundheitspflege und betonte das Vorbild deutscher Mittelstaaten und der Freien Städte, bes. aber die Neuorganisation in Elsaß-Lothringen nach der Annexion 1870/71, vgl.: Finkelnburg's Votum, in: ÄV 28 (1874), S. 279-281.

<sup>236</sup> Krahmer's Votum, in: ÄV 22 (1874), S. 177-181, hier S. 180f.

- 
- <sup>237</sup> Hermann Eberhard Richter: Die Aufgabe der Aerztevereine und ihres Gesamtverbandes, in: ÄV 2 (1872), S. 9-16, hier S. 13.
- <sup>238</sup> ÄV 39 (1875), S. 81-85. Vgl. dazu auch den Bericht Prof. Finkelnburgs über die Beschlüsse des Ärztevereins Düsseldorf, in: ÄV 44 (1875), S. 159-161.
- <sup>239</sup> Protokolle des dritten deutschen Aerztevereinstags zu Eisenach am 8. Juni 1875. Beilage zum ÄV 39 (1875), S. 8-11, Zitat S. 11. Vgl. auch den Privatbericht Richters über den Ärztetag in ÄV 38 (1875), S. 65-69, hier S. 65f.
- <sup>240</sup> Beispielsweise: Ueber die Nothwendigkeit von Landes- und Orts-Sanitätsbehörden, in: ÄV 16 (1873), S. 123-127.
- <sup>241</sup> So in einem Artikel nichtgenannten Ursprungs in der Augsburger Allgemeinen Zeitung vom 20. Juli 1873, Beilage zu Nr. 211, den Richter kommentarlos im ÄV 16 (1873), S. 121-123 referiert. Otto Hermann's Votum, in: ÄV 31 (1874), S. 327-329, spricht sich für ein Ministerium mit einem Unterstaatssekretär und 4 Unterabteilungen aus. Hermann Eberhard Richter: Die Aufgabe der Aerztevereine und ihres Gesamtverbandes, in: ÄV 2 (1872), S. 9-16, hier S. 13, forderte die langsame Entwicklung zu einem "Reichsgesundheits-Ministerium".
- <sup>242</sup> Richter Aufgabe, S. 10ff. Das Reichsgesundheitsamt, in: ÄV 45 (1876), S. 1-4, hier S. 1.
- <sup>243</sup> Graf, Vereinswesen, S. 20.
- <sup>244</sup> Das Reichsgesundheitsamt 1876-1926. Festschrift herausgegeben vom Reichsgesundheitsamt aus Anlaß seines fünfzigjährigen Bestehens, Berlin 1926.
- <sup>245</sup> Göckenjan, Kurieren, S. 330f.
- <sup>246</sup> Das Reichsgesundheitsamt, in: ÄV 45 (1876), S. 1-4, Zitat S. 1.

---

<sup>247</sup> Graf, Vereinswesen, S. 20. Ob man deshalb aber gleich von einer professionspolitischen Interessenvertretung sprechen sollte, wie dies Göckenjan, Kurieren, S. 327, tut, scheint zweifelhaft.

<sup>248</sup> Zur Organisation des Gesundheitswesens in den einzelnen Teilen des Reiches in den ersten beiden Jahrzehnten des Kaiserreichs detailliert: Guttstadt, Gesundheitswesen I, S. 4-276.

<sup>249</sup> Das erst im Jahre 1900 unter dem Eindruck der Pest in Indien verabschiedete Reichsseuchengesetz erstreckte sich im wesentlichen auf vom Ausland eingeschleppte seltene Leiden; die Bekämpfung der einheimischen Infektionskrankheiten wurde als Ländersache angesehen. Vgl. Adolf Gottstein: Das Heilwesen der Gegenwart, Berlin 1924, S. 330-343. Labisch/Tennstedt, Weg, S. 56f. Bereits seit den frühen siebziger Jahren wurde das Problem der Melde- bzw. Anzeigepflicht in der Vereinspresse diskutiert. Vgl. dazu beispielsweise: H.E.R. (= Richter): Zum Reichsseuchengesetz, in: ÄV 30 (1874), S. 301-305. Die Aerztereine und die Statistik, in: ÄV 14 (1873), S. 105-108. R.: Berufspflicht und Arzneipflicht (sic!), in: ÄV 21 (1874), S. 162-169. Statistik und Gesundheitspflege, in: ÄV 50 (1876), S. 70-76. Siehe auch: Graf, Vereinswesen, S. 26. Eine Zusammenstellung der gesetzlichen Bestimmungen hinsichtlich der Anzeigepflicht in den einzelnen deutschen Staaten findet sich in ÄV 54 (1876), S. 134ff. Zur Koordination zwischen Reich und Ländern schuf das Reichsseuchengesetz den Reichsgesundheitsrat, siehe Witzler, Großstadt, S. 95f. Guttstadt, Gesundheitswesen I, S. 1-2. Die organisierte Ärzteschaft stimmte den einschlägigen Gesetzesplänen - 1893 unter dem Eindruck der Cholera in Hamburg erstmals eingebracht - prinzipiell zu, doch versuchte man, für die erforderliche ärztliche Mitwirkung an der Durchführung professionspolitische Zugeständnisse auszuhandeln. Zur effektiven Umsetzung - so die Argumentation - sei eine Deutsche Ärzteordnung sowie das Verbot der "Kurpfuscherei" unerlässlich. Mit allen Mitteln wehrte man sich gegen Pläne, auch den nichtapprobierten Heilern eine Meldepflicht aufzuerlegen. Dr. Pfeiffer: "Entwurf eines Reichsseuchengesetzes", in: ÄV 254 (1893), S. 142-150. Der Gesetzentwurf

---

findet sich abgedruckt auf S. 154-160. Zur Diskussion auf dem Ärztetag 1893 in Breslau, vgl. Heinze, Aerztevereinsbund I, S. 25, 30f. Vgl. auch Graf, Vereinswesen, S. 28.

<sup>250</sup> Zur Vorgeschichte, vgl. ÄV 22 (1874), S. 190f. Zur Behandlung im Reichstag vgl.: Die Impfdebatte im Reichstag, in: ÄV 23 (1874), S. 203-207. Zu den Ausführungsbestimmungen siehe ÄV 31 (1874), S. 317-325.

<sup>251</sup> Wolff, Gesundheitsverein, S. 128-133. Ders., Schlacht, S. 113-128, hier S. 113ff. Andreas-Holger Maehle: Präventivmedizin als wissenschaftliches und gesellschaftliches Problem: Der Streit über das Reichsimpfgesetz von 1874, in: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 9 (1990), S. 127-148.

<sup>252</sup> Dr. Brauser: Die Agitation gegen das Reichsimpfgesetz. Verhandlungen des vierten Deutschen Aerztevereinstages zu Düsseldorf am 28. Juni 1876. (Officielles Protokoll), Beilage 2, in: ÄV 51 (1876), S. 87-93.

<sup>253</sup> Maehle, Präventivmedizin, S. 128. Vgl. dazu: Eingabe des Ausschusses der preussischen Aerztekammern an den Reichskanzler und Reichstag wegen Aufrechterhaltung des Impfgesetzes, in: ÄV 934 (1913), Sp. 516-517.

<sup>254</sup> Wolff, Gesundheitsverein, S. 128f. Krabbe, Gesellschaftsveränderung, S. 13. Maehle, Präventivmedizin, S. 129.

<sup>255</sup> Verhandlungen des vierten Deutschen Aerztevereinstages zu Düsseldorf am 28. Juni 1876. (Officielles Protokoll), in: ÄV 53 (1876), S. 111-134, hier S. 117ff. Littrow, Ärztetag, S. 52. Auch auf dem Ärztetag 1879 wurden die angeblichen schädlichen Nebenwirkungen der Impfung ausführlich diskutiert. Verhandlungen des VII. deutschen Aerztetages zu Eisenach am 12. und 13. September 1879 (Officielles Protokoll), in: ÄV 90 (1879), Sp. 175-192, ÄV 91 (1879), Sp. 205-228 und ÄV 92 (1879), Sp. 242-250.

<sup>256</sup> Dr. Brauser, Agitation, S. 89f., Zitat S. 90.

<sup>257</sup> Dr. Brauser, Agitation, S. 88.

---

<sup>258</sup> Dr. Brauser, Agitation, S. 91f.

<sup>259</sup> Verhandlungen des vierten Deutschen Aerztevereinstages zu Düsseldorf am 28. Juni 1876. (Offizielles Protokoll), in: ÄV 53 (1876), S. 111-134, hier S. 117ff. Der Ärztetag von 1879 befaßte sich in diesem Zusammenhang mit der Übertragung der Syphilis, vgl. Graf, Vereinswesen, S. 26 und Littrow, Ärztetag, S. 52.

<sup>260</sup> In diesem Sinne wurde sie von der medizinhistorischen Forschung bis vor wenigen Jahren auch bewertet, beispielsweise noch bei Littrow, Ärztetag, S. 39ff.

<sup>261</sup> Frevert, Krankheit, S. 69-74. Claudia Huerkamp: The History of Smallpox Vaccination in Germany: A First Step in the Medicalization of the General Public, in: Journal of Contemporary History 20 (1985), S. 617-635.

<sup>262</sup> Eberhard Wolff: Medizinkritik der Impfgegner im Spannungsfeld zwischen Lebenswelt und Wissenschaftsorientierung, in: Medizinkritische Bewegungen, hrsg. von Martin Dinges, Stuttgart 1996 (im Druck). Ders., Medikalkultur und Modernisierung. Über die Industrialisierung des Gesundheitsverhaltens durch die Pockenschutzimpfung und deren Grenzen im 19. Jahrhundert, in: Der industrialisierte Mensch. 28. Volkskunde-Kongreß in Hagen, hrsg. von Michael Dauskardt und Helge Gerndt, Münster 1993, S. 191-212.

<sup>263</sup> Gabriel, Organisation, S. 68ff. In Preußen entsprach das unter dem Eindruck der Cholera entstandene Regulativ von 1833 nicht mehr den durch Industrialisierung und Verstädterung verschärften Gesundheitsgefährdungen. Der Kreisphysiker fungierte vor allem als technischer Berater der Polizeibehörden und entwickelte in dieser Stellung keine neuen Formen der Gesundheitssicherung. Vorwiegend mit gerichtsärztlichen Tätigkeiten und der Überwachung der medizinischen Berufe befaßt, war seine Bedeutung für die öffentliche Gesundheitspflege im engeren Sinne marginal. Labisch/Tennstedt, Weg, S. 13-17. Das preußische Medizinalwesen wurde 1876 im Abgeordnetenhaus als das schlechteste aller deutschen Staaten bezeichnet. Es war zu dieser

---

Zeit bereits von Bayern, Sachsen, Baden und vor allem Hessen überflügelt worden, wo es bereits festangestellte Medizinalbeamte gab, vgl.

Labisch/Tennstedt, Weg, S. 43f. Ausführliche Darlegung bei Guttstadt, Gesundheitswesen I, S. 2-60.

<sup>264</sup> Graf, Vereinswesen, S. 37.

<sup>265</sup> Der Entwurf der Petition findet sich abgedruckt als Beilage des ÄV 39 (1875), S. 1-16. Vgl. dazu auch: Protokolle des dritten deutschen Aerztevereinstages zu Eisenach am 8. Juni 1875, Beilage zum ÄV 39 (1875), S. 38. Graf, Vereinswesen, S. 37. Darstellungen, wie etwa Labisch/Tennstedt, Weg, S. 44ff., übergehen die Bemühungen des Ärztevereinsbundes und der Ärztekammern und konzentrieren sich auf die Aktivitäten des Preußischen Medizinalbeamtenvereins.

<sup>266</sup> Zur den bayerischen Regelungen ausführlich: Guttstadt, Gesundheitswesen, I, S. 60-119.

<sup>267</sup> Rapmund, Entwicklung, S. 51-72. Labisch/Tennstedt, Weg, S. 47-49.

<sup>268</sup> Vgl. Heinze, Aerztevereinsbund I, S. 91f. "Das Kind ist ein Schwächling, und nun kann man sich sogar über die Alimentierung desselben nicht einigen".

<sup>269</sup> Beispielsweise wird 1881 von Julius Wallich damit die Notwendigkeit einer Reichsärzteordnung begründet, siehe Gabriel, Organisation, S. 53. Sticker, Umgestaltung, S. 6 betrachtet die Ärzte als "eine unentbehrliche Zelle im Organismus des Staates".

<sup>270</sup> Gerd Göckenjan: Wandlungen im Selbstbild des Arztes seit dem 19. Jahrhundert, in: Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel, hrsg. von Alfons Labisch und Reinhard Spree, Bonn 1989, S. 89-102, hier S. 95f. Göckenjan, Kurieren, S. 318.

<sup>271</sup> Regin, Selbsthilfe, S. 325.

---

<sup>272</sup> Bereits auf dem Ärztetag von 1876 verzichtete man weitgehend auf die Diskussion von Themen der öffentlichen Gesundheitspflege zugunsten der zeitlich sich anschließenden Versammlung des Deutschen Vereins für Öffentliche Gesundheitspflege, vgl.: Verhandlungen des vierten Deutschen Aerztevereinstages zu Düsseldorf am 28. Juni 1876. (Offizielles Protokoll), Eröffnungsrede Grafs, in: ÄV 51 (1876), S. 82-86, hier S. 83. Ab den neunziger Jahren wird das Interesse für die öffentliche Gesundheitspflege - und damit deren Funktion für die Standespolitik - von der Dominanz der Sozialversicherungsgesetzgebung abgelöst, vgl. Labisch/Tennstedt, Weg, S. 26.

<sup>273</sup> Josef Wengler: Das Unsoziale der gegenwärtigen Aerztebewegung, in: Preußische Jahrbücher 135 (1909), Bd. 1, S. 439-459, hier S. 444.

<sup>274</sup> Hierzu u.a.: Friedrich Kleeis: Die Geschichte der sozialen Versicherung in Deutschland, Berlin 1928, Reprint Bonn 1981. Florian Tennstedt: Sozialgeschichte der Sozialversicherung, in: Handbuch der Sozialmedizin, hrsg. von Maria Blohmke u.a., Bd. 3: Sozialmedizin der Praxis, Stuttgart 1976, S. 385-492. Philip Herder-Dorneich: Sozioökonomischer Grundriß der Gesetzlichen Krankenversicherung, Köln 1966. Horst Peters: Die Geschichte der Sozialversicherung, 3. A., St. Augustin 1978.

<sup>275</sup> Vgl. Wilhelm Thiele: Die Einführung der Sozialgesetzgebung in Deutschland und ihre Auswirkungen auf die Arzt-Patient-Beziehung, in: Arzt und Gesundheitserziehung, hrsg. vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, Stuttgart u.a. 1978, S. 75-108. Kurt Finkenrath: Die Verstaatlichung des Patienten, in: Der Arzt und der Staat. Sieben Vorträge gehalten im Winter 1928/29, Leipzig 1929, S. 60-90.

<sup>276</sup> Hans Töns: Hundert Jahre Gesetzliche Krankenversicherung im Blick der Ortskrankenkassen, Bonn 1983, S. 70-74. Feige, Analyse, S. 74-87. Hörnemann, Kassenarzt, S. 53. Huerkamp, Aufstieg, S. 195.

<sup>277</sup> Plaut, Gewerkschaftskampf, S. 1 und 86.

---

<sup>278</sup> Hans-Werner Niemann: Der Kampf der deutschen Ärzte gegen die gesetzlichen Krankenkassen (1883-1914). Ein Beitrag zur Sozialgeschichte und wirtschaftlichen Interessenvertretung des Ärztestandes unter besonderer Berücksichtigung der Provinz Hannover, in: Niedersächsisches Jahrbuch für Landesgeschichte 52 (1980), S. 265-282, hier S. 266. Dresel, Bildung, S. 5.

<sup>279</sup> Vgl. dazu Frevert, Krankheit, S. 149ff. Huerkamp, Aufstieg, S. 194. Ritter, Sozialstaat, S. 35f. Hörnemann, Kassenarzt, S. 51ff.

<sup>280</sup> Wilhelm Thiele: Zum Verhältnis von Ärzteschaft und Krankenkassen 1883 bis 1913, in: Entwicklung und Struktur des Gesundheitswesens. Argumente für eine soziale Medizin (V). Das Argument, Sonderband AS 4, Berlin 1974, S. 19-44, hier S. 25f. Drees, Ärzte, S. 193f. Finkenrath, Verstaatlichung, S. 65f.

<sup>281</sup> Huerkamp, Aufstieg, S. 197-199. Dazu auch Plaut, Gewerkschaftskampf, S. 77. Dieter Klette: Die Kassenarztverträge in der sozialen Krankenversicherung. Ihr geschichtlicher Werdegang mit Motiven, Diss. Tübingen 1965, S. 41-44.

<sup>282</sup> Rolf Neuhaus: Arbeitskämpfe, Ärztestreiks, Sozialreformer. Sozialpolitische Konfliktregelung 1900 bis 1914, Berlin 1986, S. 246ff.

<sup>283</sup> Neuhaus, Arbeitskämpfe, S. 248.

<sup>284</sup> Huerkamp/Spree, Arbeitsmarktstrategien, S. 85. Huerkamp, Aufstieg, S. 112, 226. Bergemann-Gorski, Standes- und Berufspolitik, S. 21. Neuhaus, Arbeitskämpfe, S. 250. Naschold, Kassenärzte, S. 56ff. spricht in diesen Zusammenhang von "Nachfrageoligopolen".

<sup>285</sup> Zu den Arztsystemen - teilweise mit leicht abweichenden Benennungen der einzelnen Typen - vgl.: Huerkamp, Aufstieg, S. 194f. Neuhaus, Arbeitskämpfe, S. 250f. Plaut, Gewerkschaftskampf, S. 160. Fritz Stier-Somlo: Die Ärztefrage und der Staat, Frankfurt 1910, S. 9ff. Tennstedt, Geschichte, S. 71. Feige, Analyse, S. 78. Naschold, Kassenärzte, S. 56.

---

Klette, Kassenarztverträge, S. 51-53. Julius Hadrich: Die Arztfrage in der deutschen Sozialversicherung. Ihre soziologischen und wirtschaftlichen Probleme, Berlin 1955.

<sup>286</sup> Alfons Labisch: Die gesundheitspolitischen Vorstellungen der deutschen Sozialdemokratie von ihrer Gründung bis zur Parteispaltung (1863-1917), in: Archiv für Sozialgeschichte 16 (1978), S. 325-370, hier S. 353. Heinrich Verhein: Die Stellung der Sozialdemokratie zur deutschen Krankenversicherungsgesetzgebung und ihr Einfluß auf dieselbe, Diss. Halle 1916, S. 114. Thiele, Verhältnis, S. 30.

<sup>287</sup> Karl Kollwitz: Ärzte und Krankenkassen, in: Sozialistische Monatshefte 17 (1913), Bd. 1, S. 222-232, hier S. 226. Ignaz Zadek: Ein sozialdemokratischer Ärzteverein, in: Sozialistische Monatshefte 18 (1914), Bd. 1, S. 158-171, hier S. 160.

<sup>288</sup> Plaut, Gewerkschaftskampf, S. 159. Huerkamp, Professionalisierung, S. 370ff. Gabriel, Frage, S. 112-114. J. B. Astor: Zur Geschichte und Statistik der freien Arztwahl in Berlin, Berlin 1899. Dr. Deneke: Freie Arztwahl und Honorierung der Einzelleistung, in: ÄV 229 (1891). Sp. 168-172. Verhandlungen des XIX. deutschen Aertzetages zu Weimar am 22 und 23. Juni 1891, in: ÄV 235 (1891). Sp. 416ff. Klette, Kassenarztverträge, S. 52.

<sup>289</sup> Schmitt, Entstehung, S. 75f. Wider die Gegner der freien Arztwahl, in: ÄM 39 (1907), S. 629-631.

<sup>290</sup> Neuhaus, Arbeitskämpfe, S. 252.

<sup>291</sup> Huerkamp, Aufstieg, S. 200f. Vgl. auch Gabriel, Frage, S. 46ff. Zur Situation 1886 vgl. Offizielles Protokoll des Aertzetages, in: ÄV 173 (1886), Sp. 343f.

<sup>292</sup> Beispielsweise: Aschenborn, Heilpersonal, S. 375. Hat die Krankenversicherung die wirtschaftliche Existenz der Aerzte gefördert?, in: ÄV 682 (1908), Sp. 828-834. Dr. Wiebel: Bemerkungen zu den Anschauungen des Herrn Professor Flesch über die Noth des ärztlichen Standes, in: ÄV 461

---

(1901), Sp. 521-524. Dr. Knobloch: Die Nothlage des ärztlichen Standes, zum Theil eigene Schuld, in: ÄV 457 (1901), Sp. 463-469 und 458 (1901), Sp. 478-482. ÄM 4 (1903), S. 13f. Vgl. auch: Denkschrift des preußischen Ärztekammerausschusses an den Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten vom 25. August 1899, zur Stellung der Ärzte zu den Krankenkassen sowie die Denkschrift "Ueber die Einwirkung des Krankenkassen-Gesetzes auf die Lage des ärztlichen Standes (1883-1899)", beide in: Geheimes Staatsarchiv, Stiftung Preußischer Kulturbesitz, Nebenstelle Merseburg. Rep. 76, VIII B, Nr. 800. Ministerium des Innern, Abteilung für die Medizinal-Angelegenheiten. Akten betreffend das Verhältnis der ärztlichen Standesvertretungen und Vereine zu Behörden, Korporationen und Privatorganisationen, Oktober 1890-Juni 1904. Einer der wenigen, der auch positive Aspekte sah: Dr. Drossbach: Pfuscherthum in Bayern, in: ÄV 474 (1902), Sp. 279f. Dieser glaubt eine entscheidende Abnahme des "Pfuscherthums" seit Einführung der Unfall- und Krankenversicherung feststellen zu können. Eine beträchtliche Verbesserung der materiellen Lage sieht Jonas, Ärztestreik, S. 15. Nach Alfons Fischer 1912, zitiert nach Goerke, Großstadtmedizin, S. 114, ist die wirtschaftliche Verschlechterung nicht auf die GKV zurückzuführen. Zur wirtschaftlichen Lage erklärte Bensch auf dem Ärztetag von 1894, die Hälfte der Ärzte habe ein Einkommen von weniger als 3000 Mark pro Jahr, vgl. Heinze, Aerztevereinsbund I, S. 211. Nach einem Bericht des ÄV 527 (1904), Sp. 412, verdienten in Berlin 31% der Ärzte unter 3000 Mark im Jahr, während bei den Anwälten nur 10% in diese Kategorie fielen; 27,8% der Ärzte, dagegen aber 50% der Juristen, hatten ein Einkommen zwischen 5000-10000 Mark. Vgl. ebenso: Dr. Sardemann: Arzteinkommen und Beamteneinkommen, in: ÄM 27 (1913), S. 541-542.

<sup>293</sup> F. Thiersch: Der Entwurf einer Reichsversicherungsordnung und der ärztliche Stand, in: Preußische Jahrbücher 137 (1909), S. 105-116, hier S. 106f.

<sup>294</sup> Wie unwürdig und demütigend die Ärzte dieses Abhängigkeitsverhältnis erlebten, beschreibt anschaulich Gabriel, Frage, S. 87-90. Vgl. auch

---

Niemann, Kampf, S. 266f. Zur Selbstverwaltungspraxis der Ortskrankenkassen und der Rolle von Sozialdemokratie und Gewerkschaften detailliert Florian Tennstedt: Vom Proleten zum Industriearbeiter. Arbeiterbewegung und Sozialpolitik in Deutschland 1800 bis 1914, Köln 1983, S. 429ff. Feige, Analyse, S. 54ff.

<sup>295</sup> Tennstedt, Proleten, S. 334f., Zitat S. 335. Zur Präsenz von Arbeitern und Parteifunktionären in den Vorständen der Ortskrankenkassen, vgl. auch: Florian Tennstedt: Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zur Gründung der Bundesrepublik Deutschland, Bonn 1977, S. 48-59.

<sup>296</sup> ÄV 432 (1900), Sp. 463.

<sup>297</sup> Thiersch, Entwurf, S. 107. Ähnliche Klagen konnte man auch bei den Kassen hören, Beispiele dazu bei Tennstedt, Proleten, S. 426f.

<sup>298</sup> ÄV 282 (1894), Sp. 411.

<sup>299</sup> Vgl. auch Huerkamp, Aufstieg, S. 201-203. Klette, Kassenarztverträge, S. 45.

<sup>300</sup> Beispielsweise Dr. Scholz: Ein Beitrag zur Klärung der Kassenarztfrage, in: ÄV 466 (1902), S. 72f. H. Quincke: Der Einfluß der sozialen Gesetze auf den Charakter, in: ÄV 572 (1905), Sp. 280-285, bes. Sp. 283. In diesen Zusammenhang wurde viel über simulierende Patienten geklagt und es war z.B. von "Rentenhypochondrie" und "Unfallgesetzneurose" die Rede. Zur Sicht dieses Sachverhalts aus der Perspektive eines Nationalökonomen, vgl. Ludwig Bernhard: Unerwünschte Folgen der deutschen Sozialpolitik, Berlin 1912, S. 49-90, Zitate S. 53, 65.

<sup>301</sup> Huerkamp, Aufstieg, S. 203. Bergemann-Gorski, Standes- und Berufspolitik, S. 18. Vgl. auch Alfred Grotjahn: Soziale Pathologie. Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der menschlichen Krankheiten als Grundlage der sozialen Medizin und der sozialen Hygiene, Berlin 1912, S. 614.

---

<sup>302</sup> Julius Fräßdorf: Krankenkassen und Ärzte, in: Die Neue Zeit 30 (1911), Bd. 2, S. 406-409, bes. S. 407. Vgl. auch Eduard Gräf: Ärzte und Krankenkassen. Ein Beitrag zu der Frage Freie Arztwahl, Frankfurt <sup>2</sup>1906, S. 19, 77. Neuhaus, Arbeitskämpfe, S. 254f.

<sup>303</sup> Julius Fräßdorf: Ärzte und Krankenkassen, in: Die Neue Zeit 22 (1903/04), Bd. 1, S. 438-445, bes. S. 439.

<sup>304</sup> Fräßdorf, Krankenkassen und Ärzte, S. 408. Ders.: Ärzte und Krankenkassen, S. 438. Ähnlich Dresel, Bildung. S. 35.

<sup>305</sup> Vgl. bereits Stier-Somlo, Ärztefrage, S. 17. Neuhaus, Arbeitskämpfe, S. 255-257 versucht dies rechnerisch zu belegen. Ähnlich Huerkamp, Aufstieg, S. 207. Göckenjan, Kurieren, S. 338. Goerke, Großstadtmedizin, S. 118. Eine gegenteilige Meinung vertritt Niemann, Kampf, S. 266. Klette, Kassenarztverträge, geht unreflektiert - wie viele ältere medizinhistorische Arbeiten - davon aus, daß eine Zunahme der Kassenpatienten automatisch eine Verminderung der Privatpraxis bedeute. So auch Schmitt, Entstehung, S. 36. Ähnlich Feige, Analyse, S. 79.

<sup>306</sup> Plaut, Gewerkschaftskampf, S. 46ff., 270. Neuhaus, Arbeitskämpfe, S. 257f. Huerkamp, Aufstieg, S. 210ff.

<sup>307</sup> Vgl. dazu Naschold, Kassenärzte, S. 92. Huerkamp, Ärzte,, S. 373. Huerkamp, Aufstieg, 209-216. Huerkamp/Spree, Arbeitsmarktstrategien, S. 95. Zur nicht unerfreulichen Vermögensentwicklung in Württemberg, vgl. Drees, Ärzte, S. 219ff. Eine gegenteilige Meinung vertritt Niemann, Kampf, S. 270, der sich auf die allgemeinen Angaben bei Hans-Joachim Henning, Das westdeutsche Bürgertum in der Epoche der Hochindustrialisierung, Wiesbaden 1972, S. 429f., beruft.

<sup>308</sup> Neuhaus, Arbeitskämpfe, S. 257. Vgl. auch Reuter, Verteilungs- und Umverteilungspolitik, S. 163. Niemann, Kampf, S. 279. Plaut, Gewerkschaftskampf, S. 182 errechnete, daß sich die ärztlichen Einnahmen zwischen 1900 und 1909 um über 50% erhöhten und daß dieser ärztliche

---

Mehrgewinn einen Arbeiter durchschnittlich mit etwa 50 Pfennig pro Jahr belastete.

<sup>309</sup> Neuhaus, Arbeitskämpfe, S. 257-259. In Augsburg waren 1900 61% der Einwohner pflichtversichert, weitere 9% hatten eine private Versicherung abgeschlossen. Die 52300 Pflichtversicherten wurden von 45 Kassenärzten behandelt, d. h. auf einen Kassenarzt kamen 1162 Versicherte, während dem nichtversicherten Teil der Bevölkerung 58 Ärzte zur Verfügung standen, einer auf 454 Einwohner. Die ungleiche Verteilung verstärkt sich noch, wenn man berücksichtigt, daß viele Kassenärzte nebenbei noch Privatpraxis betrieben, vgl. Huerkamp, Ärzte,, S. 369.

<sup>310</sup> Vgl. dazu auch Niemann, Ärzte, S. 269. Plaut, Gewerkschaftskampf, S. 47.

<sup>311</sup> Die neugegründete Centralstelle für freie Arztwahl, in: ÄV 432 (1900), Sp. 450-452. Lokale Vereine für freie Arztwahl hatten sich schon früher in verschiedenen Orten gebildet, vgl. z.B.: Ph. Steffan: Die Tätigkeit des Aerzteverbandes für freie Arztwahl zu Frankfurt a. M. im Zeitraume der Jahre 1894-1899, in: ÄV 424 (1900), Sp. 276-280.

<sup>312</sup> Wie Neuhaus, Arbeitskämpfe, S. 261ff. nachgewiesen hat, läßt sich die kostensteigernde Wirkung der freien Arztwahl - wie übrigens auch deren von den Ärzten postulierte Kostenneutralität - nicht belegen. Die einschlägigen Berechnungen sind wegen der jeweils zugrundegelegten Einflußfaktoren - und vor allem wegen der dabei nicht berücksichtigten Aspekte - kaum vergleichbar.

<sup>313</sup> Neuhaus, Arbeitskämpfe, S. 265ff.

<sup>314</sup> Ignaz Zadek: Krankenkassen und Ärzte, in: Sozialistische Monatshefte 13 (1909), Bd. 2, S. 1123-1131. Karl Kollwitz: Ärzte und Krankencassen, in: Sozialistische Monatshefte 7 (1903), Bd. 2, S. 603-608. Johannes Timm: Welche Stellung haben die Arbeiter zur Ärztebewegung einzunehmen?, in: Sozialistische Monatshefte 7 (1903), Bd. 2, S. 842-848, auch abgedruckt in ÄV 511 (1903), Sp. 595-597.

- 
- <sup>315</sup> Georg Wagner: Ärzte und Krankenkassen, in: Die Neue Zeit 20 (1901/02), Bd. 2, S. 590-604. Georg Wagner: Der Kampf der Ärzte gegen die Krankenkassen, in: Die Neue Zeit 22 (1903/04), Bd. 1, S. 501-512.
- <sup>316</sup> Zur Vorgeschichte der Gründung des Leipziger Verbands, siehe Plaut, Gewerkschaftskampf, S. 80ff. Kuhns, Fünfundzwanzig Jahre, S. 1-16.
- <sup>317</sup> ÄV 380 (1898), S. 312ff. und 383 (1898), S. 376ff. Vgl. auch: Die Stellung der Aerzte bei den Krankenkassen. Wünsche und Vorschläge der deutschen Aerzte zur Revision des Krankenversicherungsgesetzes, Beilage zu ÄV 490 (1903), S. I-XI.
- <sup>318</sup> Dr. Warmiensis: Aerzte aller deutschen Staaten, vereinigt Euch, in: ÄV 425 (1900), Sp. 298-303 und ÄV 426 (1900), Sp. 314-319. Dr. G: Ein Vorschlag, in: ÄV 420 (1900), Sp. 168-170.
- <sup>319</sup> ÄV 429 (1900), Sp. 381-384.
- <sup>320</sup> Plaut, Gewerkschaftskampf, S. 95ff. Kuhns, Fünfundzwanzig Jahre, S. 17ff.
- <sup>321</sup> Vgl. Plaut, Gewerkschaftskampf, S. 2. Zur Anwendbarkeit des Gewerkschaftsbegriffes kritisch, Neuhaus, Arbeitskämpfe, S. 304ff.
- <sup>322</sup> Zu den Diskussionen in Preußen, ob die Tätigkeit dieser Vertragskommissionen mit den Pflichten der Ärztekammern vereinbar sei, vgl. Schreiben des Oberpräsidenten der Provinz Brandenburg, Bethmann-Hollweg, an den Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten vom 30. Juli 1901, in: Geheimes Staatsarchiv, Stiftung Preußischer Kulturbesitz, Nebenstelle Merseburg. Rep. 76, VIII B, Nr. 829. Ministerium des Innern, Abteilung für die Medizinal-Angelegenheiten. Akten betreffend das Verhältnis der ärztlichen Standesvertretungen und Vereine zu Behörden, Korporationen und Privatorganisationen, Provinz Brandenburg vom April 1895 bis Juni 1914. Dort finden sich auch weiteres offizielles Schriftgut sowie

---

Berichte der Tagespresse über die Tätigkeit der Ärztekammern und Vertragskommissionen.

<sup>323</sup> Zur Kampftaktik des Leipziger Verbands allgemein: Puppe, Bestrebungen, S. 89-106. Kuhns, Fünfundzwanzig Jahre, S. 255ff. Plaut, Gewerkschaftskampf, S. 139ff. Huerkamp, Aufstieg, S. 285-287.

<sup>324</sup> Vgl.: Der Ärztestreik zu Gera, in: ÄM 2 (1903), S. 14-16.

<sup>325</sup> Zu Gera und Leipzig, vgl. Huerkamp, Aufstieg, S. 288ff. Puppe, Bestrebungen, S. 115-124. Zu Köln, vgl. Neuhaus, Arbeitskämpfe, S. 274ff. Puppe, Bestrebungen, S. 124ff. Vgl. auch: Gabriel, Frage, S. 214-253.

<sup>326</sup> Die folgende Darstellung nach Neuhaus, Arbeitskämpfe, S. 279ff.

<sup>327</sup> Abdruck in ÄV 30 (1903), Sp. 592f. Vgl. auch Puppe, Bestrebungen, S. 124. Stier-Somlo, Ärztefrage, S. 24ff. Kuhns, Fünfundzwanzig Jahre, S. 275.

<sup>328</sup> Zur Reaktion der Ärzte, vgl. ÄV 30 (1903), Sp. 620. ÄM 4 (1903), S. 381.

<sup>329</sup> ÄM 4 (1903), S. 382.

<sup>330</sup> Neuhaus, Arbeitskämpfe, S. 287. Gabriel, Frage, S. 223, Anm. 1.

<sup>331</sup> Neuhaus, Arbeitskämpfe, S. 292f. Gabriel, Frage, S. 225.

<sup>332</sup> Puppe, Bestrebungen, S. 128ff. Kuhns, Fünfundzwanzig Jahre, S. 278ff. Huerkamp, Aufstieg, S. 300. Stier-Somlo, Ärztefrage, S. 23, 28f. ÄV 653 (1908), Sp. 274f. ÄV 656 (1908), Sp. 334f. ÄV 657 (1908), Sp. 343-346. Hannibal ante portas! Die freie Arztwahl in Köln in Gefahr, in: ÄM 14 (1908), S. 237f. Vgl. auch ÄM 17 (1908), S. 295. ÄM 18 (1908), S. 315-318. ÄM 19 (1908), S. 325. ÄM 23 (1908), S. 421-423. ÄM 6 (1909), S. 85-87. ÄM 7 (1909), S. 103-106. ÄM 23 (1910), S. 450-452.

<sup>333</sup> Kuhns, Fünfundzwanzig Jahre, S. 280.

<sup>334</sup> Kleeis, Geschichte, S. 187ff. Hörnemann, Kassenarzt, S. 61.

---

<sup>335</sup> Zur negativen Haltung der organisierten Ärzteschaft, vgl. z.B. ÄV 673 (1908), Sp. 660-666.

<sup>336</sup> Vgl. die Diskussionen auf dem Ärztetag von 1905, in: Heinze, Aerztevereinsbund I, S. 264f. Ebenso: Verhandlungen des XXXIV. Deutschen Ärztetages in Halle a. S. am 22. und 23. Juni 1906 (Offizielles Protokoll). Extranummer des ÄV 1906, bes. S. 9-24, 36-50.

<sup>337</sup> Klette, Kassenarztverträge, S. 52f.

<sup>338</sup> Neuhaus, Arbeitskämpfe, S. 323ff. Zur Beurteilung durch den Leipziger Verband, Kuhns, Fünfundzwanzig Jahre, S. 296.

<sup>339</sup> Das Ausnahmegesetz gegen die deutschen Aerzte!, (Reichsversicherungsordnung), in: ÄM 15 (1909), S. 257-259. RVO, in: ÄM 16 (1909), S. 277-279. Vor dem Aerztetag. Rückblick, in: ÄM 25 (1909), S. 465-471. Puppe, Bestrebungen, S. 134f. Thiersch, Entwurf, S. 115. Plaut, Gewerkschaftskampf, S. 197ff. Gabriel, Frage, S. 460ff.

<sup>340</sup> Zitiert nach Gabriel, Frage, S. 523. Siehe auch: Das Votum des außerordentlichen Aerztetages, in: ÄM 17 (1910), S. 313-315.

<sup>341</sup> Neuhaus, Arbeitskämpfe, S. 337ff.

<sup>342</sup> Bereits die von dem Versicherungsprinzip ausgehenden Vergesellschaftungstendenzen lösten bei nicht wenigen Ärzten Unbehagen aus, vgl. Huerkamp, Aufstieg, S. 221. Vgl. ebenso: Lutz Richter: Die Verstaatlichung des Arztes, in: Der Arzt und der Staat. Sieben Vorträge, gehalten im Winter 1928/29, Leipzig 1929, S. 91-106. Auch die Idee der "Verstaatlichung" der ärztlichen Hilfe war schon vorher bei verschiedenen Gelegenheiten diskutiert worden. Der Erfurter Parteitag der SPD forderte 1891 die Unentgeltlichkeit der ärztlichen Hilfeleistung und der Heilmittel. Dazu sollten die Ärzte mittels "Verstaatlichung" oder Kommunalisierung des Arztwesens zu Staatsdienern werden, ein Vorschlag, der übrigens auch in bürgerlichen Kreisen begegnete, wie beispielsweise bei Wilhelm Schallmayer

---

in seinem Werk "Über die drohende körperliche Entartung der Kulturmenschheit". Vgl. dazu Labisch, Vorstellungen, S. 346ff. Positiv dazu H. Beckers: Die Verstaatlichung des Heilwesens, in: ÄV 314 (1895), Sp. 580-583. Ed. Trilling: Zur Frage der Verstaatlichung des Heilwesens, in: ÄV 323 (1896), Sp. 174-185. Ebenso: Für die Verstaatlichung der Aerzte, in: ÄV 438 (1901), Sp. 13-15. Ablehnende Erwiderung: Dr. Müller, in: ÄV 325 (1896), Sp. 238-240. Ebenso H. Paull: Der ärztliche Stand im Deutschen Reiche am Schlusse des 19. Jahrhunderts, in: ÄV 403 (1899), Sp. 327f., wo auch über weitere befürwortende Kollegen informiert wird. Angesichts der aktuellen Auseinandersetzungen zustimmend: Wagner, Ärzte und Krankenkassen, S. 593, 601f. Ablehnend: Otto Popitz: Entwicklungsperspectiven des Ärztestandes, in: Sozialistische Monatshefte 8 (1904), Bd. 1, S. 383-389, hier S. 387.

<sup>343</sup> Puppe, Bestrebungen, S. 138f. Die RVO ist Gesetz, in: ÄM 22 (1911), S. 451-453.

<sup>344</sup> Diese Versuche sind zum Teil dokumentiert in: Geheimes Staatsarchiv, Stiftung Preußischer Kulturbesitz, Nebenstelle Merseburg. Rep. 76, VIII B, Nr. 802 und Nr. 803. Ministerium des Innern, Abteilung für die Medizinal-Angelegenheiten. Akten betreffend das Verhältnis der ärztlichen Standesvertretungen und Vereine zu Behörden, Korporationen und Privatorganisationen, Oktober 1911-Juni 1914. Vgl. auch: Bundesarchiv Potsdam, Bestand 15.01: Reichsministerium des Innern, Nr. 1218.

<sup>345</sup> Neuhaus, Arbeitskämpfe, S. 348f. Vorläufiger Bericht vom außerordentlichen Ärztetag in Berlin, in: ÄV 942 (1913), Sp. 631-640. Vgl. ebenso: ÄM 38 (1913), S. 751-753. ÄM 41 (1913), S. 807-809. ÄM 42 (1913), S. 827-831. ÄM 47 (1913), S. 923-925.

<sup>346</sup> Allgemeiner Frieden zwischen Aerzten und Krankenkassen in Sicht, in: ÄV 951 (1913), Sp. 797-801. Friedensschluß, in: ÄM 1 (1914), S. 3-7. Zu ersten Reaktionen vgl. ÄM 2 (1914), S. 27-31, auf den Seiten 33ff. finden sich einschlägige Berichte der Tagespresse abgedruckt. Das Protokoll der Verhandlungen vom 23. Dezember 1913 in: Geheimes Staatsarchiv, Stiftung

---

Preußischer Kulturbesitz, Nebenstelle Merseburg. Rep. 76, VIII B, Nr. 816. Ministerium des Innern, Medizinal-Abteilung. Akten betreffend das Berliner Abkommen vom 23. Dezember 1913 und seine Durchführung, Dezember 1913-April 1916. Vgl. auch: Bundesarchiv Potsdam, Bestand 15.01: Reichsministerium des Innern, Nr. 1218. Aus Verbandssicht vgl. die "Vorstandssitzungsberichte" des Leipziger Verbands, vom 30. April 1912 bis zum 12. August 1918, Archiv des Hartmannbundes, Bonn - Bad Godesberg.

<sup>347</sup> Zum Berliner Abkommen: Kuhns, Fünfundzwanzig Jahre, S. 307-311. Neuhaus, Arbeitskämpfe, S. 341-356. Huerkamp, Aufstieg, S. 239f.

<sup>348</sup> Neuhaus, Arbeitskämpfe, S. 353. Kuhns, Fünfundzwanzig Jahre, S. 315.

<sup>349</sup> Neuhaus, Arbeitskämpfe, S. 353. Huerkamp, Aufstieg, S. 240.

<sup>350</sup> Göckenjan, Kurieren, S. 340.

<sup>351</sup> Zu Abbildung 16: Daten in Legende aus Spree, Krankenhausentwicklung, S. 76f. Zu Tabelle 1: Daten in Legende aus Hohorst, Arbeitsbuch, S. 110.

## MEHR ALS NUR MATERIELLE INTERESSEN: DIE ORGANISIERTE ÄRZTESCHAFT IM ERSTEN WELTKRIEG UND IN DER WEIMARER REPUBLIK 1914-1933

Eberhard Wolff

Für den ärztlichen Stand in Deutschland erwiesen sich die Jahre von 1914 bis 1933 als ungemein ereignis- und folgenreich. Mehr noch, sie waren geprägt von zwei recht gegensätzlichen Entwicklungslinien, nämlich deutlicher Kontinuität und einschneidenden Veränderungen. Indem die Ärztevertretungen auf der einen Seite eigene traditionelle Standesinteressen selbst in schwierigsten Zeiten nie vergaßen, konnten sie diese mit großem Erfolg während eines Weltkriegs und zweier tiefgreifender, auch die Ärzte berührender Wirtschaftskrisen verfechten. In der Weimarer Republik behaupteten sich die beiden zentralen Ärzteorganisationen, der Ärztevereinsbund und der Leipziger Verband (der nun auch offiziell Hartmannbund genannt wurde), trotz einiger Anfechtungen als die beiden großen Vertretungen der Ärzteschaft. Beide konnten ihre marktbeherrschende Stellung zuletzt sogar quasi zu einem Monopol ausbauen, womit der Professionalisierungsprozeß dieser Berufsgruppe zu einem vorläufigen Abschluß kam.

Auf der anderen Seite wich die vorangegangene relative Homogenität des Ärztstandes zunehmend den nun stark aufbrechenden Fraktionierungen und Interessenverschiedenheiten. Neben die freipraktizierenden traten immer mehr angestellte Ärzte. Kassenärzte standen neben Kollegen, die sich vergeblich um eine Zulassung zu den Krankenkassen bemühten. Die wachsende Anzahl von Ärztinnen vertrat teils andere Ansichten als ihre männlichen Berufskollegen. Vor allem aber bildeten sich differierende politische Lager unter den deutschen Ärzten immer deutlicher heraus, was die Berufspolitik, die Sozialpolitik oder parteipolitische Loyalitäten betraf. Insgesamt waren die Ärzte und ihre Standesorganisationen auf das engste mit den politischen Entwicklungen dieser Zeit verbunden, was die Vorstellung, der Arztberuf könne jenseits politischer Umstände ausgeübt werden, als Mythos erscheinen läßt.

### "Treu zum Kaiser und Reich": Ärztstand und Erster Weltkrieg

Der Erste Weltkrieg ging auch an der deutschen Ärzteschaft alles andere als spurlos vorbei. Von ca. 35.000 im Feld oder in der Heimat militärisch eingesetzten Ärzten des Feldheeres und der Marine starben an Verwundungen oder Krankheiten rund 2.000.<sup>1</sup> Für die

---

N.B: Die Anmerkungen enthalten über die direkten Quellenverweise hinaus auch Hinweise auf Behandlung ähnlicher Thematik in weiterer Literatur. Siehe zur Gesamtthematik neuerdings auch: Labisch, Alfons: From Traditional Individualism to Collective Professionalism. State, Patient, Compulsory Health Insurance, and the Panel Doctor Question in Germany, 1883-1931, in: *Medicine and Modernity. Public Health and Medical Care in Nineteenth- and Twentieth-Century Germany*, hrsg. von Manfred Berg u. Geoffrey Cocks, Cambridge 1996, S. 35-54.

rückblickende Betrachtung bedeutet die Ausnahmesituation des Ersten Weltkriegs vor allem, daß in dieser Zeit viele Facetten ärztlicher Einstellungen und Interessen sowie Strategien ärztlicher Interessenvertretung auf eine Art sichtbar werden, wie sie unter den Bedingungen des Friedens bei weitem nicht so augenfällig hervortreten würden.

Es soll im folgenden weder um die Opfer und die unbestreitbaren humanitären Leistungen, die Ärzte an der Front und in den Lazaretten erbracht haben, noch um ein fragwürdiges "stilles Heldentum" dieser Ärzte gehen.<sup>2</sup> Von Interesse ist in diesem Zusammenhang auch nicht in erster Linie das in jüngster Zeit häufig erörterte Dilemma der "Pflichtenkollision", mit der Ärzte im Krieg generell konfrontiert sind, wenn sie als Mediziner einem humanitären Auftrag folgen sollen und gleichzeitig militärischen und damit oft inhumanen Zielen dienen.<sup>3</sup> Desgleichen soll hier nicht die Verantwortung zur Debatte stehen, die die Ärzte der Jahre 1914 bis 1918 übernahmen, indem sie zur Führbarkeit und zur Verlängerung des Krieges beitrugen. Statt dessen sollen hier vor allem zwei Aspekte erörtert werden: zum einen die allgemein- wie auch standespolitischen Vorstellungen, die sich im Ersten Weltkrieg unter Ärzten zeigten oder entwickelten, zum anderen die Art und Weise, wie die organisierte Ärzteschaft dieser Zeit ihre Standesinteressen durchzusetzen versuchte.

Mit Ausbruch des Ersten Weltkrieges ließen ebenfalls große Teile der deutschen Ärzteschaft die zuvor so oft beschworene unpolitische Haltung zugunsten einer rückhaltlosen Begeisterung für den Krieg fallen.<sup>4</sup> Diese zeigten selbst Ärzte, von denen man eine solche Einstellung kaum erwartete. So schrieb der streng protestantisch geprägte nachmalige Ärztekammerpräsident Hans Neuffer (1892-1868) in seinen Erinnerungen von der "großen Enttäuschung", daß er wie auch seine Kommilitonen nach zwei klinischen Semestern als Feldunterärzte "nur auf die Heimatlazarette" verteilt wurden und eben nicht an die Front kamen.<sup>5</sup> Sogar von den damals noch nicht sehr zahlreichen Ärztinnen meldeten sich viele freiwillig zum Kriegsdienst, darunter die Sozialdemokratin Käte Frankenthal (1889-1976).<sup>6</sup>

Angesichts dieser Begeisterung nimmt es nicht wunder, daß auch die Ärztevertreter und die Standespresse diesen Krieg und seine Ziele, nämlich den deutschen "Lebensraum" zu erweitern und Deutschland "Weltgeltung" zu verschaffen, bejahten und daß sie seine Notwendigkeit bis zum Schluß rechtfertigten.<sup>7</sup> Bereits kurz nach Kriegsausbruch schrieb das Ärztliche Vereinsblatt: "Kollegen in Stadt und Land! Krieg! Nach allen Seiten Krieg! Beneidenswert, wer von uns mit hinaus kann ins Feld, unseren Truppen zur Seite zu stehen

<sup>1</sup> Vor 20 Jahren, S. 12. Eine andere Quelle spricht von 3.300 Ärzten, die zwischen 1914 und 1918 überhaupt gestorben seien, davon 1.300 im Schlachtfeld oder Lazarett. Deneke/Sperber, S. 43. Parlow spricht von einem Verlust von 3.100 Ärzten durch den Krieg, gibt dafür aber keine Quelle an (Parlow 1967, S. 66). Kater 1987, S. 35, schreibt, daß jeder zehnte der 25.000 an der Front eingesetzten Ärzte gestorben sei.

<sup>2</sup> Deneke/Sperber, S. 40, 42.

<sup>3</sup> Bleker/Schmiedebach, S. 14f., 18.

<sup>4</sup> Bleker/Schmiedebach, S. 93. Vgl. auch Jeschal, S. 30, 46; Segal, S. 41.

<sup>5</sup> Neuffer, S. 21.

<sup>6</sup> Eckelmann/Hoesch in Bleker/Schmiedebach, S. 159f.

<sup>7</sup> Jeschal, S. 125. Tamm 1996, S. 7.

und die Erste Hilfe leisten, aber auch, wer zu Hause bleibt und dort die zahlreichen wichtigen Aufgaben, die seiner harren, tatkräftig in die Hand nimmt. Laßt uns der Welt zeigen, was Deutschland an seinen Ärzten hat. Auf zur Tat, selbstlos und treu!"<sup>8</sup>

Wenngleich die Standespresse mit dem Übergang von der offenen Feldschlacht in den zähen Stellungskrieg mehr und mehr auf den pathos in ihren Kommentaren verzichtete, hielt sie doch an der Kriegspropaganda und den Durchhalteparolen sowie an den schwülstigen Ergebenheitsadressen an den Kaiser bis in die letzten Kriegsjahre fest - also bis in eine Zeit, in der sich Kriegsmüdigkeit und Friedenssehnsucht selbst in der deutschen Ärzteschaft immer breiter machten.<sup>9</sup> Noch 1917 plädierte der frühere Schriftleiter der Ärztlichen Mitteilungen, Willy Hellpach (1877-1955), in der Zeitschrift des Leipziger Verbandes dafür, weiterhinblutige Kämpfe in Kauf zu nehmen, die an "Furchtbarkeit des Menschen- und Wertevernichtungswillens alles hinter sich lassen, woran zweieinhalb Jahre uns gewöhnt haben."<sup>10</sup>

Die Kriegsbegeisterung kam nicht von ungefähr. Sie konnte auf einer relativ geschlossenen Ideologie der deutschen Ärzteschaft im ausgehenden Kaiserreich wachsen. Diese basierte auf einer starken Identifikation mit dem Reich, der Monarchie und seinem Militär. Die deutsche Ärzteschaft zeigte einen Nationalismus, der teils auf eine aggressiv-überhebliche Weise die expansiven und imperialen Ziele des Kaiserreichs aktiv unterstützte.<sup>11</sup> Hinzu kam, daß viele Ärzte glaubten, der Krieg würde ihrer eigenen beruflichen Karriere, dem medizinischem Fortschritt und der erwünschten wissenschaftlichen Anerkennung der Medizin dienen.<sup>12</sup> Das Ihrige trug eine Gedankenwelt dazu bei, die aufbauend auf den verbreiteten sozialdarwinistischen<sup>13</sup> und biologistischen Ideen im Krieg ein natürliches, ja naturnotwendiges Phänomen, nämlich einen Kampf ums Dasein sah. Prominente Mediziner wie der Münchner Hygieniker Max v. Gruber<sup>14</sup> (1853-1927) oder, etwas zurückhaltender, der Pathologe Ludwig Aschoff (1866-1942) verglichen den Krieg mit einer Krankheit, mit einem Entzündungsprozeß, bei dem es gilt, einen drohenden Eindringling unschädlich zu machen.<sup>15</sup> In solchen Vorstellungen, die das Wohl des einzelnen zunehmend aus dem Auge verloren und "den Nutzen des Gesamtkörpers, das Wohl des Volksganzen zum Maßstab allen Handelns" (Heinz-Peter Schmiedebach) erhoben,<sup>16</sup> bahnte sich eine Ideologie an, deren fatale Wirkung sich erst Jahrzehnte später in vollem Ausmaß erweisen sollte.

Indes wäre es falsch, alle deutschen Ärzte in den einen Topf der nationalistischen Kriegseuphorie zu werfen. Stimmen gegen den nationalen Wahn erhoben sich zwar, doch

<sup>8</sup> Ärztliches Vereinsblatt 1914, S. 472.

<sup>9</sup> Tamm 1996, S. 12.

<sup>10</sup> Ärztliche Mitteilungen 1917, S. 20. Zit nach Tamm 1996, S. 9.

<sup>11</sup> Bleker/Schmiedebach 116.

<sup>12</sup> Bleker/Schmiedebach, S. 19, 118.

<sup>13</sup> Jeschal, S. 126.

<sup>14</sup> Zu Gruber siehe Parlow 1984, S. 78; Segal, S. 42f.; Thomann 1985, S. 77, 80.

<sup>15</sup> Vgl. Bleker/Schmiedebach, S. 104.

<sup>16</sup> Bleker/Schmiedebach, S. 4; Seidler, S. 17.

waren sie nur vereinzelt zu vernehmen.<sup>1718</sup> Bekanntestes Beispiel ist der pazifistische Berliner Physiologieprofessor Georg Friedrich Nicolai<sup>19</sup> (1874-1964), der die Kriegsziele aus einem kosmopolitischen Kulturhumanismus heraus nicht mittragen wollte. In der Öffentlichkeit warb er für ein friedliches Europa und kritisierte die deutsche Kriegspolitik. Er wurde von der Militärverwaltung zunächst versetzt, dann zum gemeinen Soldaten degradiert und bald nur noch als Krankenwärter eingesetzt. Schließlich floh er 1918 nach Dänemark. Weitere Schikanen und Verfolgung während der Weimarer Republik trieben ihn endgültig aus Deutschland hinaus.

### Ärztliche Interessen versus Untertanenpflicht

Der Ausbruch des Ersten Weltkrieges ließ einen Widerspruch besonders deutlich zutage treten, der im Selbstverständnis des ärztlichen Standes des Kaiserreichs bereits angelegt war: den Gegensatz zwischen angestrebter beruflicher Autonomie und der Unter- bzw. Einordnung des Standes in das obrigkeitlich-staatliche Gefüge. Bereits in den vorangegangenen Kapiteln dieses Buches ist deutlich geworden, wie sehr das Interesse der sich professionalisierenden Ärzteschaft darauf hinzielte, den Berufsstand so unabhängig wie möglich von äußerer Kontrolle, etwa von seiten des Staates, zu machen. Statt Staatsbedienstete zu sein, wollte zumindest die große Mehrheit der Ärzte einen freien Beruf autonom ausüben und sich lediglich den eigenen Idealen bzw. dem berufsständischen Ethos verpflichtet fühlen.<sup>20</sup>

Auf der anderen Seite verstanden sich die im Kaiserreich mehrheitlich konservativ eingestellten Ärzte aufgrund ihres monarchistisch-nationalistischen Staatsverständnisses als Untertanen einer Obrigkeit, der gegenüber sie ihre vaterländische Pflicht zu erfüllen hatten.<sup>21</sup> Manche Historiker wie etwa Michael H. Kater sehen gerade in der Staatsgläubigkeit und Autoritätshörigkeit eine Besonderheit der ärztlichen Standesentwicklung in Deutschland.<sup>22</sup> Wenn sich die deutsche Ärzteschaft also weitgehend bedingungslos der Kriegspolitik des Reiches unterwarf, dann nicht nur deshalb, weil sie diese Politik unhinterfragt guthieß und die gleichen inneren wie äußeren Feinde ausmachte. Sie machte mit, weil sich die Ärzteschaft als Teil des Staates, als funktionaler Teil eines organischen Ganzen fühlte, dessen obrigkeitlicher Führung durch die sie sich pflichtgetreu zu unterwerfen hatte.<sup>23</sup> Der Kriegsbeginn mit seinem politischen "Burgfrieden", der Allparteienkoalition, schien das Wunschbild der organischen Einheit von Staat und Volk zu bestätigen. Dem gerade erst etablierten Berufsstand bot der

<sup>17</sup> Tamm, S. 6; Jeschal, S. 39-43; Deneke/Sperber, S. 40.

<sup>18</sup> Jeschal, S. 119-124. S.a. ebd., S. 55; Tamm, S. 10. Bleker/Schmiedebach, S. 108.

<sup>19</sup> Vgl. Jeschal, S. 117f., 120; Bleker/Schmiedebach, S. 110-116; Parlow 1984, S. 77; Segal, S. 41f.; Thomann 1985, S. 81ff.

<sup>20</sup> S. Tamm S. 3; Bergemann-Gorski, S. 8.

<sup>21</sup> Tamm 1996, S. 3.

<sup>22</sup> So z.B. Kater 1985 passim.

<sup>23</sup> Bleker/Schmiedebach, S. 107.

Weltkrieg überdies die Chance einer Bewährungsprobe. Er konnte dem Staat seinen Nutzen demonstrieren.

Vordergründig sah es auch wirklich so aus, als sei die Ärzteschaft bedingungslos willens gewesen, nicht nur auf die ihr so wichtige Autonomie zu verzichten<sup>24</sup> und im Zuge des "Burgfriedens" auch ihre Gruppeninteressen zurückzustellen.<sup>25</sup> Mit Blick auf den immer weider aufflammenden Streit mit den Krankenkassen hoben die Ärztlichen Mitteilungen an Pfingsten 1915 hervor, daß nach einem dreiviertel Jahr des Krieges sich "auch in dem Verhältnis der deutschen Ärzte zu öffentlichen Einrichtungen ein friedlicher, versöhnlicher Geist gezeigt" habe. Man habe sich daran gewöhnt, "nicht gleich das Kriegsbeil zu schwingen, sondern seinen Weg zu friedlichem Zusammenarbeiten zu suchen."<sup>26</sup>

Die Betonung der Rückstellung eigener Interessen um der höheren Staatsziele willen dürfte zum einen Teil durchaus aufrichtig gemeint gewesen sein. Auf der anderen Seite waren sie aber zu einem guten Teil nicht viel mehr als eben "Burgfriedens"-Rhetorik. Sicherlich hatte das Berliner Abkommen von 1913 den Streit mit den Krankenkassen schon vor Kriegsbeginn entschärft. Doch kam es gerade während des Krieges immer wieder zu neuen Streitigkeiten mit diesen wirtschaftlichen Kontrahenten der Ärzteschaft. In den letzten Kriegsmonaten drohten die Ärzte deshalb sogar mit Streiks.<sup>27</sup>

Der Ausbruch des Krieges führte also zunächst einmal dazu, daß die Ärzte ihre Standesfragen hinter die aktuellen politischen Erfordernisse zurückstellten. Im Rückblick meinte der damalige Generalsekretär und Hauptgeschäftsführer des Leipziger Verbandes, Sanitätsrat Georg Kuhns, sogar, daß in jenen Schicksalstagen der Bestand dieser bis dahin an Einfluß gewinnenden Institution reiner Interessenvertretung gefährdet gewesen sei.<sup>28</sup> Aber schon bald richteten sich die Organisationen der ärztlichen Standesvertretung auf die neue politische Situation ein. Neben den Proklamationen, sich für Volk und Vaterland aufzuopfern, widmeten sie sich ziemlich schnell wieder mit großem Engagement den speziellen Interessen des Ärztstandes und sprachen diese auch ziemlich offen aus. Bereits im Herbst 1914 ließen die Ärztlichen Mitteilungen einem Kollegen aus Treuchtlingen breiten

<sup>24</sup> So etwa, wenn der Geschäftsausschuß des Deutschen Ärztevereinsbundes und die Hauptversammlung des Leipziger Verbandes noch 1917 dem Kaiser gelobten, "solange auch der Krieg dauern wird, wie bisher nach besten Kräften mitzuarbeiten und tapfer durchzuhalten bis zu einem guten deutschen Frieden." DMW 1917, S. 1272, zitiert nach Tamm 1996, S. 10.

<sup>25</sup> In diese Tendenz paßten auch die Bekundungen, daß der Stand seine Standesinteressen im Sinne der vaterländischen Aufgabe zurückzustellen habe. Das "Ärztliche Vereinsblatt" etwa stimmte 1914 umgehend in den Ton derer ein, die sich hinter die kaiserliche Proklamation des "Burgfriedens" stellten: "Mars regiert die Stunde! Alle Zwiſtigkeiten im deutschen Volke sind verschwunden. Bis auf den letzten Volksgenossen herrscht nur ein einziger Wille: zu siegen." S. AVB 1914, S. 473.

<sup>26</sup> Ärztliche Mitteilungen, Pfingsten 1915. Zit. nach Deneke/Sperber, S. 42.

<sup>27</sup> Dennoch führte die Durchführung des Berliner Abkommens von 1913 auch in der Kriegszeit zu "immer neuen Streitigkeiten", die nach Ansicht des Leipziger Verbandes allerdings "ohne Schuld der Ärzte", da die Krankenkassen "die Vertragsabschlüsse mit allen erlaubten und unerlaubten Mitteln oft jahrelang hinauszögerten". (Kuhns, S. 96f.) Der Konflikt mit dem gegenseitigen Vorwurf der "Verletzung des Burgfriedens" spitzte sich gegen Ende des Krieges so weit zu, daß die Ärztevertretung ihre Honorarforderungen in den letzten Monaten des Krieges sogar mit einem Streik durchsetzen wollten. Jeschal, S. 15f. Ende August 1918 wurde den Forderungen der Ärzte nachgegeben.

<sup>28</sup> Kuhns, S. 95.

Raum für solche Gedankengänge: Es sei im Kampfe von Millionen deutschen Stammesbrüdern gegen eine Welt von Feinden "selbstverständlich, daß die Ärzte wie alle gebildeten Stände der Masse des Volks vorangehen müssen in Werken der Nächstenliebe [...]." Trotzdem sollten die Ärzte "nicht achtlos an den wirtschaftlichen Fragen vorübergehen". Voller Siegeszuversicht sah der Autor allerdings eine einfache Lösung dieses Problems: Es bestünde "gar kein Grund, daß die Ärzte ihre Arbeit umsonst leisten. Bei glücklichem Ausgang des Feldzuges wird unsere Militärverwaltung sich schon schadlos zu halten wissen."<sup>29</sup>

Schon nach einigen wenigen Kriegsmonaten meldete sich der vor- und nachmalige Schriftleiter der Ärztlichen Mitteilungen, Willy Hellpach, in dieser Angelegenheit zu Wort, indem er unter anderem Forderungen der Ärzteschaft für die Nachkriegszeit absteckte. Den Eingangsfloskeln seines Artikels mit der Berufung auf den "Burgfrieden" und auf die Opferbereitschaft der Deutschen folgt ein Aufruf an den Ärztestand, die Tradition des Leipziger Verbandes, seine wirtschaftlichen Interessen zu vertreten, fortzusetzen und "schon heute inmitten seiner kriegerischen Anspruchnahme auf seine wahrscheinliche künftige Situation den Blick zu richten". Auch Hellpach war zuversichtlich, daß das Ergebnis des Krieges, unter anderem die wirtschaftliche Blüte und der vergrößerte Lebensraum, eine "vollere Würdigung" der ärztlichen Leistungen zur Folge hätten.<sup>30</sup>

Unter den damaligen Konflikten war derjenige mit den Krankenkassen der vielleicht öffentlichkeitswirksamste, aber nicht unbedingt der bedeutendste. Mindestens ebenso handfest scheinen die Auseinandersetzungen gewesen zu sein, welche die Ärztevertreter mit der Militärverwaltung hatten. Aus der Nachkriegsperspektive beschrieb Generalsekretär Kuhns mit einer erstaunlichen Offenheit, wie der Leipziger Verband nicht einmal mit der Militärverwaltung Burgfrieden gehalten habe.<sup>31</sup> Der Verband übernahm nach Kriegsausbruch schnell die Aufgabe, sich gegen die angenommene Zurücksetzung der Mediziner bei den Kriegsbehörden wieder und wieder zur Wehr zu setzen: gegen in seinen Augen ungerechte Eingruppierungen und Besoldungen der Ärzte, gegen seiner Ansicht nach zu langsame Beförderung und gegen unvorteilhafte Arbeitsverträge der freiwillig eingerückten Ärzte. Schließlich kämpfte er für eine ausreichende Versorgung der motorisierten Ärzte mit Kraftstoff und die Ernennung sogenannter "Benzolvertrauensärzte".<sup>32</sup> Der Leipziger Verband muß dabei so selbstbewußt aufgetreten sein, daß, so Kuhns, "unser jahrelanges Drängen auf Abstellung von Mißständen uns zuletzt beim Kriegsministerium recht unbeliebt machte".<sup>33</sup> Mit der Dauer des Krieges fielen die immer neuen Eingaben und Beschwerden des Leipziger Verbandes dem Kriegsministerium sogar dermaßen "auf die Nerven"<sup>34</sup>, daß es mit einer merklich kühleren Haltung und einer verschärften Zensur der Ärztlichen Mitteilungen reagierte.

<sup>29</sup> Goppelt: Wirtschaftliche Fragen der Kriegszeit. In: Ärztliche Mitteilungen 15 (1914), S. 840f., 858f.

<sup>30</sup> W.H. Perspektiven. In: Ärztliche Mitteilungen 15 (1914), S. 1053f.

<sup>31</sup> Vgl. im folgenden Kuhns, S. 95-105.

<sup>32</sup> Kuhns, S. 109.

<sup>33</sup> Ebd., S. 99.

<sup>34</sup> Ebd., S. 103.

Die Spitze des Leipziger Verbandes handelte hier im übrigen durchaus im Sinne seiner Mitglieder. Mehrfach betonte Kuhns, wie der Verband lediglich auf die "massenhaft" einlaufenden Beschwerden der Ärztekollegen im Felde reagierte.<sup>35</sup> In den Augen der Ärzteschaft war der Verband also weitgehend als Institution der Interessenvertretung der Ärzte akzeptiert und geschätzt. Die Kollegen im Felde trauten ihm sogar so viel Macht zu, daß sie meinten, er könne durch "festes Auftreten" selbst gegenüber dem Kriegsministerium eine Lösung der Probleme in ihrem Sinne erzwingen. Die Beschwerden der im Feld stehenden Ärzte zeichneten sich dabei "oft durch eine ungewöhnlich urwüchsige Ausdrucksweise und Derbheit" aus, deren wörtliche Veröffentlichung nach Ansicht des Verbandes eine unmittelbare Zensur zur Folge gehabt hätte. Dies zeigt um so deutlicher, daß sich die Ärzteschaft im Felde in der militärischen Hierarchie nicht so einfach unterordnen wollte, sondern auf breiter Basis bereits ein Selbstbewußtsein entwickelt hatte, das durchaus gegen die militärische Hierarchie aufbegehrte<sup>36</sup> - hier allerdings nicht direkt, sondern über den Umweg der Standesvertretung. Wenn die Ärzteschaft sich auch zum wilhelminischen Obrigkeitsstaat bekannte, so wollte sie doch lieber auf der Seite derer stehen, die das Sagen hatten.<sup>37</sup> Im Konflikt zwischen ärztlicher Autonomie, ärztlichem Status und vaterländischer Opferbereitschaft kam also das Professionsinteresse der deutschen Ärzteschaft nicht zu kurz.

### Interne Konflikte der Ärzteschaft

Da die Ärzteschaft im Weltkrieg Konflikte gegenüber staatlichen Stellen nicht scheute, so sollte man doch zumindest vermuten, daß die Herausforderungen des Krieges den Stand innerlich geeint hätten, zumal er sich ja nach außen als politisch und ideologisch recht homogene Gruppe darstellte.<sup>38</sup> Jahrzehnte später veröffentlichte Erinnerungen von Feldärzten betonen in diesem Sinne, daß die einschneidenden Kriegserfahrungen die Kollegen in einer "Schützengrabengemeinschaft" auf das engste zusammengeschweißt hätten. Die "Feuertaufe" der Schlacht hätte nicht nur die Ärzte, sondern das ganze Sanitätspersonal "menschlich eng aneinander gebracht, und zu wirklichen Kameraden gemacht".<sup>39</sup> So sehr dies an der Front auch der Fall gewesen sein mag, so wenig bedeutete es allerdings, daß die Ärzteschaft insgesamt friedlich miteinander umging. Nach innen war der ärztliche "Burgfrieden" des Ersten Weltkriegs nämlich ebenfalls durchaus brüchig.

Interne Konflikte hielt der bereits mehrfach erwähnte Generalsekretär des Leipziger Verbandes, Kuhns, in seinem Rückblick auf die Kriegsjahre fest. Die vielen im Verband einlaufenden ärztlichen Klagen hätten sich "recht oft auch gegeneinander" gerichtet. Der

<sup>35</sup> Ebd., S. 98, 99.

<sup>36</sup> Ebd., S. 100.

<sup>37</sup> Vgl. Jeschal, S. 102, 108, 114, 126.

<sup>38</sup> Bleker/Schmiedebach, S. 93.

<sup>39</sup> Vor 20 Jahren, S. 78.

Grund war, daß gewohnte ärztliche Hierarchien von den militärischen Rangunterschieden bisweilen auf den Kopf gestellt wurden. Jung aufgestiegene Militärärzte hatten nun zum Teil die Befehlsgewalt über etablierte, aber eben erst eingezogene Zivilärzte.<sup>40</sup> Ähnlich stand der Militärsold der Ärzte manchmal im umgekehrten Verhältnis zu ihrem beruflichen Status.

Weitere Konfliktlinien taten sich auf, insbesondere der Unterschied zwischen den Ärzten an der Front und denen in der Heimat. Deutliche Zeichen ärztlicher Solidarität untereinander standen hier neben großen inneren Spannungen. Im Eifer der beginnenden Kriegsbegeisterung schufen viele ärztliche Vereine Unterstützungseinrichtungen für im Felde stehende Kollegen.<sup>41</sup> Andere garantierten, daß den einberufenen Ärzten eine unentgeltliche Praxisvertretung zur Verfügung gestellt werde<sup>42</sup> und sie nach dem Krieg die Patientenkartei ungeschmälert zurückerhalten würden.<sup>43</sup> Der Wiesbadener Ärzteverein etwa beschloß zunächst eine komplette Entschädigung der eingezogenen Ärzte. Dies mußte später wieder zurückgenommen werden, weil eine Unterstützung dieses Umfangs bei den in der Heimat verbliebenen Kollegen als zu weitgehend betrachtet wurde.<sup>44</sup> Vor allem die Frage der Praxisvertretung niedergelassener, nun eingezogener Ärzte ließ auf beiden Seiten Verärgerung aufkommen. Wenn ein Kollege den Patientenstamm eines einberufenen Arztes versorgt hatte, erwiesen sich die Verhandlungen, wie diese Leistungen abzurechnen seien, im nachhinein als recht schwierig.<sup>45</sup> Der Leipziger Verband sah eine seiner Hauptaufgaben darin, in solchen internen Streitigkeiten zu vermitteln. Damit kam die Standesorganisation einer für die Professionalisierung typischen Aufgabe nach: Konflikte intern zu regeln und damit den Stand vom Eingriff äußerer Stellen freizuhalten.<sup>46</sup>

Naheliegenderweise schuf der Krieg einen plötzlichen immensen Bedarf an Ärzten, der damit befriedigt wurde, daß Medizinstudenten mit immer geringeren Qualifikationen zu Ärzten approbiert wurden. Die spezifischen Regelungen wechselten im Verlauf des Krieges recht häufig: Fertigen Medizinern wurde das praktische Jahr erlassen, sie konnten ein verkürztes "Notexamen" ablegen, im Extremfall vertraten sie bereits nach wenigen klinischen Semestern oder gar gleich nach dem Physikum eingezogene Ärzte bzw. wirkten als "Feldunterärzte".<sup>47</sup> Alle diese Maßnahmen hatten eine merkliche Vermehrung der Ärztezahls zur Folge, die durch den Verlust gefallener Kollegen nur zum Teil ausgeglichen wurde. Der interne Konflikt der etablierten Ärzte mit den vorzeitig approbierten Jungärzten bahnte sich bereits vor 1918 an.<sup>48</sup> Von Beginn des Krieges an drückten die Standesorganisationen ihre Besorgnis über den Ärztezuwachs aus.<sup>49</sup> Wie groß dieser Anstieg de facto war, ist schwer zu

---

<sup>40</sup> Kuhns, S. 99.

<sup>41</sup> Ebd., S. 103.

<sup>42</sup> Ebd., S. 105f.

<sup>43</sup> Eckelmann/Hoesch in Bleker/Schmiedebach, S. 162.

<sup>44</sup> Kuhns, S. 106f.

<sup>45</sup> Ebd., S. 105.

<sup>46</sup> Göckenjan 1988, S. 46.

<sup>47</sup> Bergemann-Gorski, S. 67f.

<sup>48</sup> Parlow 1967, S. 67.

<sup>49</sup> Bergemann-Gorski, S. 68; Deneke/Sperber, S. 42; Eckelmann/Hoesch in Bleker/Schmiedebach, S. 164.

bestimmen.<sup>50</sup> Doch trug er zusammen mit anderen Faktoren dazu bei, in der Nachkriegszeit den Konkurrenzkampf der Ärzte untereinander, etwa um eine Kassenzulassung, zu verstärken.<sup>51</sup> Die neuere historische Literatur sieht in der daraus entstehenden Perspektivlosigkeit einen von vielen Gründen, weshalb speziell unter den Jungärzten ein so distanzierteres Verhältnis zur Weimarer Republik herrschte.<sup>52</sup>

### Nach der Revolution

Nach dem Ende des Ersten Weltkriegs setzten die ärztlichen Standesorganisationen ihre Interessenpolitik zwar unter anderen Begleitumständen, aber mit der gewohnten Grundrichtung fort. Am 22. November 1918, der Kaiser war erst zwei Wochen im Exil und damit die deutsche Monarchie gerade erst zusammengebrochen, erließ der nun regierende "Rat der Volksbeauftragten" eine Verordnung, die die Obergrenze für die Pflichtmitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung auf ein Jahreseinkommen von 5.000 Reichsmark verdoppelte und denen, die mehr verdienten, eine unbegrenzte freiwillige Weiterversicherung ermöglichte.<sup>53</sup> Diese Ausweitung der Krankenversicherung in den Bereich der Besserverdienenden sollte die durch die Kriegssituation, die Geldentwertung und zusätzliche Kassenleistungen entstandene eklatante Finanznot der Kassen ausgleichen.<sup>54</sup> Ausweitungen der Pflichtversichertengruppe, d.h. Änderungen der Einkommensgrenzen oder Integration bestimmter Berufsgruppen, hatte es im Kaiserreich bereits gegeben. Und in der Weimarer Republik waren sie auch keine Seltenheit, obgleich sie mit der gleichen Regelmäßigkeit von der organisierten Ärzteschaft so entschieden wie letztlich erfolglos kritisiert wurden.<sup>55</sup> Trotzdem rief gerade die Verordnung vom November 1918 bei Ärztevereinsbund und Leipziger Verband eine besonders heftige Reaktion hervor, in der sich die Interessen und Befürchtungen vieler Ärzte dieser Jahre besonders vielfältig spiegeln. Der Vorstand des Leipziger Verbands und der Geschäftsausschuß des Ärztevereinsbunds richteten nämlich eine "öffentliche Verwahrung an den Rat der Volksbeauftragten in Berlin", in der sie die Regierung gezielt angriffen und die in ihren Augen "völlig unnötige Maßnahme" mit äußerst scharfen Worten offen kritisierten.<sup>56</sup> Unnötig erschien diese Entscheidung der Ärzteschaft vor allem, weil sie sich dadurch "wirtschaftlich auf das schwerste bedrängt" fühlte. Mehr noch, sie ließ in ihre Beschwerde einfließen, die Verordnung stelle eine "verhängnisvolle Gefährdung der ärztlichen Kunst"<sup>57</sup> dar, womit sie nicht nur eine subtile

<sup>50</sup> Vgl. z.B. Parlow 1967, S. 66.

<sup>51</sup> Deppe 1987 "Krankheit (...)", S. 25; Kater 1986, S. 51f.

<sup>52</sup> Thom/Caregorodcev, S. 36.

<sup>53</sup> Hubenstorf, S. 203.

<sup>54</sup> Bergemann-Gorski, S. 36; Prange, S. 214.

<sup>55</sup> Prange, S. 214, 217, 218 Parlow 1967, S. 63; Bergemann-Gorski, S. 421;; Deneke/Sperber, S. 73 Meyer, S. 170.

<sup>56</sup> Vgl. Parlow/Winter, S. 55f., dort auch der Text der Verwahrung.

<sup>57</sup> Ebd., S. 56.

Drohung aussprach, sondern auch ein Versatzstück ärztlicher Selbststilisierung, nämlich ihre Tätigkeit vom Beruf zur Kunst zu erheben,<sup>58</sup> geschickt einsetzte.

Hatte die Ausdehnung der Versicherungspflicht der Ärzteschaft des 19. Jahrhunderts unter anderem mit der Arbeiterschaft eine neue Klientel verschafft, die früher nur in dringenden Krankheitsfällen einen Arzt aufgesucht hatte, so fielen bei einer Ausweitung der Krankenversicherung in den Bereich der Besserverdienenden eben diese Bevölkerungsteile als lukrative Privatpatienten weg. Ihre Behandlung wurde den Ärzten nun über die deutlich geringeren Kassenhonorare beglichen, welche die Ärzteschaft als "durchaus ungenügend" ansah. Damit drohte den Ärzten ein realer Einkommensverlust, dessen Umfang allerdings schwer einzuschätzen ist. Noch im März 1919 wandte sich die ärztliche Standesvertretung an die nun einberufene Nationalversammlung und forderte die Rücknahme der Verordnung mit der dramatisierenden Aussage, durch sie drohe die Vernichtung ärztlicher Existenzen.<sup>59</sup>

Ob der Personenkreis der Krankenversicherten in diesen Jahren allerdings durch die gesetzlichen Regelungen zahlenmäßig beträchtlich erweitert wurde, ist fraglich. Absolut stieg die Zahl der Versicherten stetig an. Auch im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung lag die Quote 1928 bei gut einem Drittel, während sie vor dem Krieg noch ein Viertel betragen hatte. Im Verhältnis zur erwerbstätigen Bevölkerung stieg der Anteil der Versicherten jedoch nur unerheblich (ca. 2 Prozent), was vermuten läßt, daß die größere Zahl der Versicherten auf der zunehmenden Erwerbstätigkeit beruhte.<sup>60</sup>

### Mehr als materielle Interessen

So erstaunlich es war, wie direkt die Ärzteschaft hier lediglich finanziell gegen die Regierung argumentierte, so sehr hatte die Ausdehnung der Versicherungspflicht für die Ärzte auch einen über das rein Materielle hinausgehenden Hintergrund, der die ärztliche Berufspraxis ebenso wie den symbolischen Status der Ärzteschaft betraf. Auf lange Sicht veränderte nämlich der Anstieg des Anteils an versicherten Patienten die Berufspraxis der Ärzte ganz wesentlich. Je mehr Patienten Kassenmitglieder waren, desto mehr sah sich der Arzt mit einer kollektiv organisierten Abrechnungsstelle konfrontiert. Die Bezahlung der ärztlichen Dienstleistung wurde zunehmend in einem großen wirtschaftlichen Regelsystem organisiert, das damit auch eine gewisse Macht besaß, die ärztliche Berufsausübung zu beeinflussen, indem die Kassen mitbestimmen konnten, welche Therapie sie bezahlten und welche nicht. Die Ärzte befürchteten nicht nur, daß durch diese Entwicklung die ärztliche Praxis "vermasst" würde, was dem Ärzteideal des Künstlers widersprach. Sie sahen darin auch einen Angriff auf einen zentralen Pfeiler der ärztlichen Standesidentität, die Selbständigkeit der ärztlichen Berufsausübung. In der Tat bedeutete jede Erhöhung des Anteils der Krankenversicherten

<sup>58</sup> Walter Wuttke: Die Herrschaft von Künstlern - zur ärztlichen Methodenlehre. In: Martin Doehlemann (Hg.): Wem Gehört Die Universität? Lahn-Gießen 1977, S. 177-200.

<sup>59</sup> Parlow 1967, S. 64; Deneke/Sperber, S. 73.

<sup>60</sup> Vgl. Statistik des Deutschen Reiches, Bd. 373, S. 7.

einen weiteren Schritt auf dem Weg von der Privatpraxis zur Kassenpraxis als hauptsächlicher Form ärztlicher Berufsausübung. Damit schwand auch die vielbeschworene Unabhängigkeit des Arztes.

Hinter der Kritik an der ungeliebten Verordnung steckte indes noch mehr. Die ärztliche Standesvertretung sah in dieser Entscheidung einen Schritt in Richtung auf eine allgemeine Krankenversicherungspflicht und damit der - von den Linksparteien geforderten - Verstaatlichung des Gesundheitswesens.<sup>61</sup> Wie weit die staatliche Regelung des Gesundheitswesens auch immer gehen sollte, sie stellte für die organisierte Ärzteschaft in ihrer überwiegenden Mehrheit das "rote Tuch" schlechthin dar, schien mit ihr doch die hoch gehaltene professionelle Selbständigkeit um so mehr gefährdet. Insbesondere auf dem 41. Deutschen Ärztetag in Eisenach wurde das Thema debattiert. Neben dem Hinweis auf die Gefahr für die Autonomie war ein vorherrschendes Argument gegen die Sozialisierung des Gesundheitswesens der damit befürchtete Vertrauensverlust zwischen Arzt und Patient.<sup>62</sup> Allerdings darf auch die Sorge, als lediglich angestellter Arzt einiges an Einkommen und gesellschaftlichem Status zu verlieren, nicht unterschätzt werden.

Die Furcht vor der Verstaatlichung des Gesundheitswesens war wiederum lediglich ein Teil der allgemeinpolitischen Dimension, die die "Verwahrung" von Ärztevereinsbund und Leipziger Verband besaß. Hatten doch seit der Revolution eben diejenigen Parteien das Sagen, in denen die Mehrheit der Ärzteschaft den politischen Gegner schlechthin ausmachte. Deshalb wirft die nicht nur selbstbewußte, sondern auch schnelle und harte Reaktion der Ärzteschaft gleichzeitig ein Licht auf das Verhältnis, das diese zur entstehenden Republik und zur vergangenen Monarchie hatte. So sprachen Leipziger Verband und Ärztevereinsbund der Regierung die Legitimität einer solchen Entscheidung, ja die Legitimität überhaupt<sup>63</sup> ab, weil sie "nur eine vorübergehende" sei und sein könne. Die wilhelminische, wie es in der "Verwahrung" heißt, "von Ihnen beseitigte Regierung" wurde dagegen als Vorbild hingestellt. Sie sei mit Arbeitern und Gewerkschaften nicht so umgesprungen, wie der Rat der Volksbeauftragten es mit der Ärzteschaft mache.

Der Zusammenbruch der Monarchie im November 1918 muß, genauso wie für große Teile des Bürgertums, für die meisten Ärzte geradezu als Schock gewirkt haben. Sicherlich gab es auch einige wenige Ärzte, welche die Revolution aktiv unterstützen. Für viele brach mit dem Fall der Monarchie aber eine Welt zusammen, indem sie ihre Ideale nun verloren glaubten.<sup>64</sup> Andere kämpften von Anfang an gegen die Ziele der Revolution, etwa in den Freikorps, zu deren Beitritt eine angesehene Zeitschrift wie die Deutsche Medizinische Wochenschrift 1919 die Ärzte sogar ausdrücklich aufrief.<sup>65</sup>

---

<sup>61</sup> Deneke/Sperber, S. 72.

<sup>62</sup> Meyer, S. 135f.

<sup>63</sup> Parlow/Winter, S. 55f.

<sup>64</sup> Parlow 1967, S. 50, 52f.

<sup>65</sup> Ebd. 1967, S. 58. S.a. Hubenstorf in "Wert (...)", S. 203.

Die Mehrheit der Ärzteschaft und ihre Standesvertretung orientierten sich jedoch relativ schnell am Möglichen, und das hieß, sich mit der republikanischen Staatsform zu arrangieren und die in ihren Augen größte Gefahr, den Spartakismus, zu bekämpfen. Trotz grundsätzlichem Mißtrauen gegenüber der neuen Staatsform argumentierten viele öffentlich auftretende Ärzte nun republikanisch.<sup>66</sup> "Nur nicht abseits stehen bleiben!" rief der Standespolitiker Willy Hellpach 1918 den Stand in den Ärztlichen Mitteilungen auf. Mit kluger Politik solle er die eigenen Standesinteressen im Rahmen des bestehenden Systems vertreten.<sup>67</sup>

### Politischer Ärztstreik

Viele Ärzte nahmen im Jahr 1919 ihre Standesinteressen dadurch wahr, daß sie ein ihnen altbekanntes Mittel im neuen Gewand präsentierten: den Ärztstreik. Aus einer Reihe lokaler Detailkonflikte, etwa mit den örtlichen Arbeiter- und Soldatenräten, entwickelte sich unter den Ärzten eine förmliche Streikwelle mit grundsätzlicherem politischem Charakter.<sup>68</sup> Ärztstreiks hatte es vor 1914 schon viele gegeben,<sup>69</sup> aber damals war es um das Verhältnis zu den Krankenkassen gegangen und lediglich die Kassentätigkeit vorübergehend eingestellt worden. Nun aber streikten unter anderem die Ärzte von Halle, Wilhelmshaven, Greifswald, Stuttgart, Bremen, Erfurt und nicht zuletzt Leipzig, dem Zentrum der Bewegung, indem sie ihre ärztliche Tätigkeit mit Ausnahme der Notversorgung niederlegten. Zudem ging es erstmals um rein politische Ziele, insbesondere den Kampf gegen die spartakistische Bewegung in Deutschland. Diese Ärztstreiks bildeten einen quantitativ geringen, wegen ihrer großen Durchsetzungskraft aber einen bedeutenden Teil der damaligen "Abwehrstreiks".

Das größere gemeinsame Ziel dieser Streiks bestand im Abbruch der Revolution sowie der Abwendung eines Rätestaates. Mit ihnen sollte nicht zuletzt die befürchtete Sozialisierung des Gesundheitswesens verhindert werden.<sup>70</sup> Wie Michael Hubenstorf angemerkt hat, waren diese Streiks eben nicht durch die Liebe zur parlamentarischen Demokratie motiviert, sondern vor allem durch die Furcht vor einem sozialistischen Deutschland.<sup>71</sup>

Ob ein Streik dieser Art bei der hohen Abhängigkeit der Bevölkerung von der ärztlichen Gesundheitsversorgung legitim sei, war auch innerhalb der Ärzteschaft dieser Zeit umstritten, was sich nicht zuletzt in den Diskussionen in der damaligen Fachpresse spiegelt. Es formierten sich unter den Ärzten dementsprechend einige Ärztstreikgegner.<sup>72</sup> Während die

<sup>66</sup> Ebd. 1967, S. 54f., 69.

<sup>67</sup> Zit. nach ebd., S. 67, S. 56.

<sup>68</sup> Hubenstorf, S. 204f.

<sup>69</sup> Ebd.

<sup>70</sup> Deppe, "Krankheit" (...), S. 25.

<sup>71</sup> Hubenstorf, S. 205.

<sup>72</sup> Meyer, S. 146.

Redaktion des Ärztlichen Vereinsblatts vom Streik eher abriet,<sup>73</sup> zeigte Hermann Hartmann Verständnis für sie<sup>74, 75</sup>

Die Ärzteschaft wurde in die politischen Entwicklungen der Revolutionszeit nicht "hineingerissen", wie es J.F. Volrad Deneke und Richard E. Sperber meinten.<sup>76</sup> Ärzte beteiligten sich aktiv an den politischen Auseinandersetzungen. Insbesondere mit den politischen Streiks des Jahres 1919 zeigte ein großer Teil von ihnen, wie er gewillt war, auch seine allgemeinpolitischen Interessen offensiv zu vertreten.

### Und nochmals: Ärztestreik

In der Geschichte der ärztlichen Standesorganisationen in der Weimarer Republik treten die Jahre 1923 und 1924 besonders hervor, und wieder war ein Streik der Ärzte das äußerlich auffallendste Ereignis. Zum 1. Dezember 1923 rief der Leipziger Verband zum Streik der niedergelassenen Kassenärzte auf,<sup>77</sup> der bis zum Januar 1924 dauern sollte und auch breit befolgt wurde. Es war der letzte große und überaus öffentlichkeitswirksame Konflikt dieser Art. Anders als im Jahre 1919 aber verweigerten die Ärzte die Behandlung ihrer Patienten nicht grundsätzlich, sie verlangten von den Kassenpatienten lediglich sofortige Barzahlung. Ebenfalls anders als im Jahre 1919 ging es in dieser politisch wieder aufgewühlten Zeit nicht um allgemeinpolitische Fragen, sondern, wie vor dem Ersten Weltkrieg, im Prinzip erneut um die Selbständigkeit der ärztlichen Berufsausübung, Fragen der Vergütung und um das Machtverhältnis zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen. Mit anderen Worten: Der Streik deckte die ganze Palette ärztlicher Standesinteressen ab.

Daß es zum Streik kam, hatte verschiedene Ursachen. Zum einen war das Berliner Abkommen ausgelaufen und keine Einigung über eine Verlängerung in Sicht. Deshalb griff der Staat auf dem Verordnungsweg in das Verhältnis zwischen den Krankenkassen und den Ärzten ein, was von seiten der Kassen lediglich als Fortführung des Abkommens von 1913 in Form einer Überführung großer Teile in die Reichsversicherungsordnung angesehen,<sup>78</sup> von ärztlicher Seite hingegen als dessen grundsätzliche Veränderung interpretiert wurde.<sup>79</sup>

Zum anderen waren die Krankenkassen - bedingt durch die Inflation - gegenüber den Ärzten mehrfach in Zahlungsschwierigkeiten gekommen, u.a. weil die Arbeitgeberbeiträge nur vierteljährlich und damit bereits entwertet bei ihnen eingingen.<sup>80</sup> Mehrfach hatte die

<sup>73</sup> Deneke/Sperber, S. 65.

<sup>74</sup> Nach Parlow 1967, S. 59.

<sup>75</sup> Hubenstorf, S. 204.

<sup>76</sup> Deneke/Sperber, S. 65.

<sup>77</sup> Jäckle, S. 34.

<sup>78</sup> Prange, S. 220. Vgl. auch Hubenstorf, S. 212.

<sup>79</sup> Jungmann/Reuter, S. 16; s.a. Tennstedt 1976, S. 397; vgl. Rosewitz/Webber, S. 18.

<sup>80</sup> Parlow/Winter, S. 61ff.

Ärzeschaft deshalb bereits mit Streik gedroht, hatte doch auch sie, zumal die selbständig praktizierenden Kollegen, unter den Folgen der Inflation zu leiden.<sup>81</sup>

Eigentlicher Auslöser des Streiks war die Verordnung, die die Regierung Stresemann, gerade an die Macht gekommen, auf dem Höhepunkt der Wirtschaftskrise und Inflation im Oktober 1923 zugunsten der Krankenkassen erlassen hatte<sup>82</sup> und die die freie Arztwahl wie auch sonstige Freiheiten der ärztlichen Berufsausübung einschränkte. Vor allem erhielten die Kassen Kompetenzen, Ärzte wegen unnötiger Behandlungen zu kontrollieren und entsprechende Richtlinien aufzustellen.<sup>83</sup> Angesichts solcher beruflicher Einschränkungen befürwortete anfangs sogar der Verein Sozialistischer Ärzte diesen Streik.<sup>84</sup> Noch im Jahre 1928 nannte Karl Haedenkamp (1889-1955), einer der einflußreichsten ärztlichen Standespolitiker dieses Jahrhunderts (siehe Kasten), die (bis dahin noch nicht ganz zurückgenommenen) Maßnahmen "tiefeinschneidende Eingriffe", die "das ärztliche Berufs- und Standesleben erschüttert" hätten.<sup>85</sup>

Karl Haedenkamp (1889-1955)

Seit 1922: Generalsekretär des Leipziger Verbandes (Hartmannbund)

1923-1939: Schriftleiter der Ärztlichen Mitteilungen bzw. des Deutschen Ärzteblatts

1924-1928: Reichstagsabgeordneter (Deutschnationale Volkspartei)

Seit 1929: Ständiger Beauftragter der Spitzenverbände der deutschen Ärzteschaft

Nach 1933: Aktive Rolle bei der "Gleichschaltung" der deutschen Ärzteschaft mit dem nationalsozialistischen Staat. Beauftragter des Reichsärztesführers Gerhard Wagner zur Überwachung der "Ausschaltung" jüdischer und sozialistischer Ärzte

Seit 1934: Mitglied der NSDAP

1939: Konflikt mit dem neuen Reichsärztesführer Leonardo Conti

1946: Geschäftsführer des Nordwestdeutschen Ärztekammerausschusses

1947-1955: Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern

1949-1955: Geschäftsführender Vorsitzender des Präsidiums des Deutschen Ärztetags

1948-1951: Hauptgeschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen

Mit der Zeit jedoch änderte sich die hauptsächliche Stoßrichtung des Streiks und wandte sich nun gegen die Krankenkassen. Diese hatten auf den Ausstand der Ärzte mit einem

<sup>81</sup> Siehe viele plastische Klagen in der Standespresse, abgedruckt in Deneke/Sperber, S. 66-69.

<sup>82</sup> Parlow/Winter, S. 63.

<sup>83</sup> Meyer, S. 152f.; Prange, S. 218; Hesse, S. 141; Tennstadt 1976, S. 397f.

<sup>84</sup> Meyer, S. 153-157.

<sup>85</sup> Haedenkamp, S. 55.

effizienten Gegenmittel geantwortet, indem sie nämlich an einigen Orten, vor allem in der Reichshauptstadt Berlin, eigene therapeutische Einrichtungen eröffneten.<sup>86</sup> In diesen sogenannten "Ambulatorien" waren Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen von den Krankenkassen direkt angestellt worden. Im Gegenzug behandelten die streikenden Ärzte nun keine Mitglieder von Krankenkassen mehr, die Ambulatorien betrieben.

Ihre gesundheitspolitische Stoßrichtung war es vor allem, die die Ambulatorien zu einem weiteren "roten Tuch" der ärztlichen Standespolitik machte. Die von angestellten Ärzten ausgeübte ärztliche Ambulanz stelle, so Haedenkamp 1928, eine "Vernichtung der Selbständigkeit des Arztes" dar und bedeute die Aufgabe der ärztlichen "Berufsidee".<sup>87</sup> Darüber hinaus seien sie vom damaligen Hauptgegner der Vertreter des freien Arztiums, den Krankenkassen, angestellt und damit von diesen mehr oder weniger abhängig. Schließlich seien die Ambulatorien ein weiterer Schritt hin zu einer Entwicklung, an deren Ende wiederum nur das verstaatlichte Gesundheitssystem stehen könne. Aus diesen Gründen war die Beseitigung der Ambulatorien eine der wichtigsten Aufgaben der ärztlichen Landesverbände.<sup>88</sup>

### Ein Riß durch die Ärzteschaft

Der Kampf der großen Standesorganisationen richtete sich indes nicht allein gegen die Kassen und ihre Einrichtungen, sondern gleichzeitig gegen die Berufskollegen, die dort arbeiteten. Diesen sogenannten "Nothelfern" wurde vorgeworfen, als Streikbrecher aufzutreten und die ärztlichen Interessen zu mißachten. Es gab z.B. Versuche, die Ambulatoriumsärzte aus den Mitgliedsvereinen des Ärztevereinsbunds auszuschließen.<sup>89</sup> Dies allerdings machte lediglich deutlich, daß es unter der Ärzteschaft offensichtlich zunehmend unterschiedliche Vorstellungen darüber bestanden, was denn die ärztlichen Interessen seien. Mit anderen Worten: Es existierten unter ihnen zwei gesundheitspolitische Lager. Wie bereits anhand der Auseinandersetzungen während des Ersten Weltkriegs gesehen, stellte der Ärztestand mit seiner stetig anwachsenden Zahl an Berufsvertretern hinsichtlich seines beruflichen und wirtschaftlichen Status sowie seiner gesundheits- und allgemeinpolitischen Interessen immer weniger eine Einheit dar.

Die Ambulatorien waren in der Tat mehr als nur ein Kampfinstrument der Krankenkassen gegen den Ärztestreik. Sie waren ein herausragendes Symbol gesundheitspolitischer Zielvorstellungen der linken Parteien, und so wurden sie zum Kristallisationskern einer Gesundheitspolitik, die sich der Politik der großen Ärzteverbände entgegenstellte. Nach den sozialpolitischen Vorstellungen linker Parteien wie der

---

<sup>86</sup> Prange, S. 225.

<sup>87</sup> Haedenkamp, S. 68; s.a. Jungmann/Reuter, S. 17f.

<sup>88</sup> Haedenkamp, S. 68.

<sup>89</sup> Parlow/Winter, S. 64.

Sozialdemokratie sollte der Staat ebenso fürsorglich wie patriarchalisch mittels eines zentralisierten Gesundheitssystems über die Gesundheit des einzelnen wachen.<sup>90</sup>

Für die sozialmedizinisch engagierten Ärzte dieses Lagers war der angestellte Arzt - z.B. am Ambulatorium - ein alternatives Berufsmodell, und entsprechend arbeiteten hier häufig sozialdemokratische oder kommunistische Ärzte.<sup>91</sup> Viele von ihnen hatten ein berufliches Selbstverständnis, das sich recht grundsätzlich von dem der großen Standesvertretungen unterschied. Im Vordergrund stand hier nicht so sehr der hohe gesellschaftliche Status und die Freiheit des einzelnen Arztes sowie die Autonomie des ganzen Berufsstandes gegenüber der nichtärztlichen Öffentlichkeit. Im Gegenteil legten diese Ärzte, so Haedenkamp 1928, "unseren Wunsch nach Selbstbehauptung, Selbstbestimmung und Selbstdisziplin als Kastengeist und Standesdünkel" aus.<sup>92</sup> Wesentliches Merkmal ihrer ärztlichen Berufsauffassung war die Einbindung des Arztes in eine allgemeine gesundheitspolitische Konzeption, in der der Staat für das Wohlergehen der Bürgerinnen und Bürger Sorge trägt.

Diese politisch links stehenden Ärzte waren zwar häufig indirekt Mitglied im Ärztevereinsbund oder direkt im Leipziger Verband. Doch waren sie dies oft notgedrungen aufgrund der monopolähnlichen Stellung dieser Organisationen. Parallel zu den großen Ärzteverbänden existierten daher oppositionelle Organisationen. Bereits während des Kaiserreiches vertrat eine ganze Reihe von Ärzten sozialhygienische<sup>93</sup> Vorstellungen. Diese Mediziner kritisierten eine zu einseitige bakteriologische Krankheitserklärung und sahen in Lebensweise und Lebensbedingungen entscheidende Faktoren der Gesundheit. Ärzte dieser Überzeugung hatten bereits im Jahre 1913 einen Sozialdemokratischer Ärzteverein gegründet; nach dem Ersten Weltkrieg entstand ein Verein Sozialistischer Ärzte.<sup>94</sup> Bezeichnenderweise brachte der Ambulatoriumsstreit auch Bewegung in die linksoppositionelle Ärztelandschaft. Nach entsprechenden politischen Richtungsstreitigkeiten, Einigungsversuchen<sup>95</sup> und Abspaltungen ging 1924 aus dem ehemals sozialdemokratischen Ärzteverein ein neukonstituierter "Verein Sozialistischer Ärzte" als größte dieser Organisationen hervor. Diese begrenzt überparteiliche Vereinigung linker Ärzte brachte es bis 1932 auf rund 1.500 Mitglieder. Der andere Teil band sich, seit 1926 unter dem Namen "Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokratischer Ärzte", als weniger bedeutende Partei-Untergliederung eng an die Sozialdemokratie an.<sup>96</sup>

Diese Vereinigungen engagierten sich nicht nur in berufspolitischen, sondern auch in gesundheitspolitischen Themen wie der Sexualaufklärung, der kommunalen

<sup>90</sup> Weindling 1989, S. 354f.; ebd., S. 355.

<sup>91</sup> Jäckle, S. 35.

<sup>92</sup> Haedenkamp, S. 18.

<sup>93</sup> Weindling 1989, S. 220f.

<sup>94</sup> Susanne Hahn, Linke Traditionen? Der Verein Sozialistischer Ärzte in den Vorkriegsjahren. In: Dr. med. Mabuse 15 (1990), S. 32-35, hier S. 32.

<sup>95</sup> Meyer, S. 165.

<sup>96</sup> Ebd., S. 164f.

Gesundheitsfürsorge<sup>97</sup> und der Abtreibungsfrage.<sup>98</sup> Grundsätzlich plädierten sie für ein engmaschiges soziales Netz,<sup>99</sup> insbesondere für den Ausbau des Krankenkassenwesens und in diesem Zuge auch der Ambulatorien. Allerdings blieben diese Organisationen nicht frei von einem inneren Konflikt zwischen ärztlichen Standesinteressen, insbesondere der freien Arztwahl, und sozialpolitischen Zielvorstellungen wie der Verstaatlichung des Gesundheitswesens. So äußerte sich z.B. der Verein Sozialistischer Ärzte dem Ambulatorienwesen gegenüber eher zurückhaltend und plädierte immerhin für einen größeren ärztlichen Einfluß in diesen Institutionen.<sup>100</sup>

Hinzu kam ein Verband, dessen Name in den Quellen und der Literatur sehr unterschiedlich angegeben wird: der "(Reichs-)Verband der (deutschen) (Kassen-)Ärzte".<sup>101</sup> Ähnlich seiner Berliner Parallelorganisation, dem "Berliner Kassenärzteverein", mit dem er seine Zeitschrift (Der Kassenarzt) als Vereinsorgan teilte, war er um 1924 aus Anlaß des Ambulatoriumsstreits entstanden bzw. wiederbegründet worden. Er vereinigte Ambulatoriumsärzte, Ärzte, die von Kassen angestellt waren oder mit ihnen sympathisierten, und Ärzte, die für diese Form ärztlicher Berufsausübung eintraten.<sup>102</sup> Obwohl nie sehr mitgliederstark, entwickelte sich die Organisation offensichtlich zu einer Konkurrenz zum Leipziger Verband als Abrechnungsstelle für Krankenscheine, bis diesem durch ein Gerichtsurteil in einer Notverordnung des Jahres 1931 dieses Monopol wieder zufiel.<sup>103</sup> Damals dürften die beiden letztgenannten Organisationen vermutlich wieder eingegangen sein.<sup>104</sup>

### Ein Humanist als Feind des Ärztetands?

Gründer des Berliner Kassenärztevereins im Januar 1924 und zugleich sein Vorsitzender war einer der profiliertesten Ärzte der Weimarer Zeit<sup>105</sup>, ein Arzt,<sup>106</sup> der die Kritik am herkömmlichen Arztbild und der Gesundheitspolitik in der Weimarer Republik repräsentiert wie kein anderer: Julius Moses (1868-1942). In einer jüdischen Familie geboren, zählte Moses

<sup>97</sup> Z.B. Meyer, S.67ff; Alfons Labisch: Gesellschaftliche Bedingungen öffentlicher Gesundheitsvorsorge. Problemsichten und Problemlösungen kommunaler und staatlicher Formen der Gesundheitsvorsorge, dargestellt am Beispiel des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Gesammelte Aufsätze einer historisch-soziologischen Untersuchung. Frankfurt/M. 1988.

<sup>98</sup> Clever, S. 82. Weindling 1989, S. 221, 421. Eckelmann, S. 26.

<sup>99</sup> Kater 1987, S. 37.

<sup>100</sup> Meyer, S. 154, 164.

<sup>101</sup> Zeitschriften-Datenbank: Reichsverband deutscher Kassenärzte. "Kassenarzt": Verband deutscher Kassenärzte. Finkenrath 1928; Reichsverband der Ärzte. Clever: Reichsverband der Kassenärzte. Er ist nicht zu verwechseln mit dem später noch zu behandelnden "Reichsverband der angestellten Ärzte", der die Assistenzärzte und eine völlig andere Politik vertrat.

<sup>102</sup> Meyer, S. 157f. In seiner Hochphase hatte der Verband 600 Mitglieder (gilt aber wohl für vor 1923). Finkenrath 1928, S. 44f.

<sup>103</sup> Clever, S. 79.

<sup>104</sup> Im Untertitel des "Kassenarzt" tauchen Sie zwischen September 1930 und April 1931 nicht mehr auf. Im Reichsmedizinalkalender 1933 erscheint sie nicht, zumindest tritt ihre Zeitschrift, "Der Kassenarzt ab 1931 nicht mehr als ihr gemeinsames Vereinsorgan auf.

<sup>105</sup> Kater 1987, S. 36.

<sup>106</sup> Meyer, S. 157

zu den engagiertesten Gesundheitspolitikern der Weimarer Republik. Von 1920 bis 1932 war er praktisch ununterbrochen Reichstagsmitglied. Er saß im Hauptvorstand der SPD<sup>107</sup> und war Mitglied des Reichsgesundheitsrates. Unter Moses' Leitung erschien von 1923 bis 1933 die besagte Zeitschrift *Der Kassenarzt*, die zu einem der wichtigsten Sprachrohre der linken und medizinkritischen Bewegung der Weimarer Republik wurde.<sup>108</sup> Wegen seiner Bindung an die Sozialdemokratie entschied sich das Gründungsmitglied des "Vereins Sozialistischer Ärzte" im Streit des Jahres 1924 dann auch für die enger an diese Partei angeschlossene Richtung, nämlich für die der spätere Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer Ärzte.<sup>109</sup>

#### Julius Moses (1868-1942)

1892: Promotion zum Dr. med.

Seit 1913: Gründungsmitglied des Sozialdemokratischen Ärztevereins, ab 1926 der Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokratischer Ärzte

1920-1932: mit kurzer Unterbrechung Mitglied des Reichstags (USPD/SPD)

Seit 1922: Mitglied im Parteivorstand der SPD

1924-1933: Herausgeber der Zeitschrift *Der Kassenarzt*

Seit 1928: Mitglied des Reichsgesundheitsrates

Seit 1933: Mit der Machtübernahme unfreiwilliger Rückzug ins Privatleben, willentlicher Verbleib in Deutschland. Ohne eigene Einkünfte zunehmende finanzielle Abhängigkeit von Unterstützung durch die Lebensgefährtin und Freunde.

1938: als Jude Aberkennung der Approbation

1942: Deportation ins Konzentrationslager Theresienstadt und Tod dort

"Medizin ohne Politik gibt es nicht", war einer seiner Leitsätze, die Idee der unpolitischen Medizin war für ihn "Unsinn".<sup>110</sup> Dementsprechend engagierte sich Moses auf unzähligen gesundheitspolitischen Feldern: An vorderster Stelle stand für ihn die Verantwortung des Staates für die Volksgesundheit.<sup>111</sup> Von ihm forderte er eine aktivere und präventivere Gesundheitspolitik, die an den Lebensbedingungen der Bevölkerung ansetze, was bereits mit dem Wohnen und der Ernährung beginne. Er kritisierte mit vielen anderen den damals noch streng gefaßten Abtreibungsparagraphen 218, der damals noch keine soziale Indikation vorsah. Er forderte die Stärkung des Krankenversicherungswesens und mahnte die Rechte der Patienten an, die im Zuge medizinischer Experimente immer mehr zurückgedrängt

<sup>107</sup> Meyer, S. 164f.

<sup>108</sup> Susanne Hahn: *Revolution der Heilkunst - Ausweg aus der Krise. Julius Moses (1868-1942) zur Rolle der Medizin in der Gesundheitspolitik der Weimarer Republik* In: "Der Wert (...)", S. 82f.

<sup>109</sup> Ebd., S. 74; Meyer, S. 289.

<sup>110</sup> Julius Moses: *Der Kampf gegen das "Dritte Reich"- ein Kampf für die Volksgesundheit.* In: *Der Kassenarzt 9* (1932), H.5, S. 1-4, hier zitiert nach "Der Wert (...)", S. 224.

<sup>111</sup> Hahn in "Der Wert (...)", S. 72.

würden.<sup>112</sup> Nicht zuletzt stand er der Naturheilkunde offen gegenüber und forderte in der damaligen Debatte um eine "Krise der Medizin" eine Ganzheitsmedizin, die diesen Namen auch verdiene, indem sie den Menschen nicht nur biologisch als ganzes Wesen, sondern auch als Teil der Gesellschaft betrachte.<sup>113</sup> Sein Werk, so Susanne Hahn zusammenfassend, war "von einem tiefen Humanismus geprägt".

Nicht zuletzt erhielten die Ambulatorien Moses' ideologische Unterstützung<sup>114</sup> nicht allein in der Zeitschrift *Der Kassenarzt*. Auch gegen den Ärztestreik von 1923 sprach er sich aus.<sup>115</sup> Er attackierte in diesem Zusammenhang das traditionelle Arztbild<sup>116</sup> und wies auf die dahinter versteckten materiellen Interessen der Ärzteschaft hin. Es liegt nahe, daß Moses damit in einen Konflikt mit den großen ärztlichen Standesorganisationen geriet. Für sie, insbesondere für den Leipziger Verband und hier vor allem für seinen damaligen Generalsekretär (seit 1922) und zeitweiligem Reichstagskollegen (1924-28) Karl Haedenkamp, war Moses die Inkarnation des Feindbildes. In diesen beiden Kontrahenten spiegeln sich nicht nur die zwei unterschiedlichen Konzeptionen ärztlicher Gesundheitspolitik deutlich wie sonst kaum. Der weitere Verlauf dieser beiden Biographien ist auch beispielhaft - für die ärztliche Standesgeschichte ebenso wie für die allgemeine deutsche Geschichte in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts (siehe die beiden biographischen Kästen).

Haedenkamp meinte 1928, Moses setze "bei jeder sich bietenden Gelegenheit das Ansehen der deutschen Ärzte herab".<sup>117</sup> Unverblümt konnte er seine Meinung über dessen Ansichten zum ärztlichen Standesdenken und den Ambulatorien in einer "Abrechnung" (Renate Jäckle) fünf Jahre später veröffentlichen, wie im folgenden Kapitel zu lesen sein wird.<sup>118</sup>

Der Streit um die Ambulatorien zog sich über viele Jahre hin: Die schnelle Ausbreitung dieser Einrichtungen noch während des Streiks zu Beginn des Jahres 1924 schwächte die Stellung der streikenden Ärzteschaft, so daß bald klar wurde, daß keiner der Kontrahenten gewinnen konnte. In einem längeren Prozeß, der sich von April 1924 bis zum Januar 1925 hinzog, einigten sie sich auf eine Art friedlicher Koexistenz zwischen beiden Formen ambulanter Behandlung. So wurden die Ambulatorien legalisiert.<sup>119</sup> Die Krankenkassen mußten aber ihre Werbung für diese Einrichtungen weitgehend einschränken.

Während sich die Ambulatorien allmählich auf dem medizinischen Markt etablierten (1927: 1,8 Millionen Konsultationen<sup>120</sup>),<sup>121</sup> versuchten die großen Ärztevereine weiterhin,

<sup>112</sup> Susanne Hahn, "Der Lübecker Totentanz". Zur rechtlichen und ethischen Problematik der Katastrophe bei der Erprobung der Tuberkuloseimpfung 1930 in Deutschland. In: *Medizinhistorisches Journal* 30 (1995), S. 61-79. Dies. in "Der Wert (...)", S. 77f.

<sup>113</sup> Hahn in "Der Wert (...)", S. 75f.

<sup>114</sup> Ebd., S. 74.

<sup>115</sup> Meyer, S. 157f.

<sup>116</sup> Hahn in "Der Wert (...)", S. 75.

<sup>117</sup> Haedenkamp, S. 18.

<sup>118</sup> Zit. nach Jäckle, S. 63.

<sup>119</sup> Parlow/Winter, S. 64f.

<sup>120</sup> Jäckle, S. 35.

gegen diese Einrichtungen, und mehr noch gegen ihre Ärzte, vorzugehen.<sup>122</sup> Als indirekte Folge eines Spruchs des Reichsschiedsamtes konnten die Ambulatorien ab 1928 allerdings nur noch Familienangehörige behandeln.<sup>123</sup> Nach dem Machtantritt der Nationalsozialisten 1933 wurden die verbliebenen Ambulatorien als Inbegriff linker Gesundheitspolitik aufgelöst.<sup>124</sup>

### Aus der Freiheit in die Selbständigkeit: Für eine Reichsärzteordnung

Im gleichen Zeitraum, in dem die Ambulatorien ihren Auf- und Abstieg durchmachten, beschäftigte die ärztlichen Standesvertretungen zunehmend die Frage einer Ärzteordnung. Wenn beide Themen auf den ersten Blick auch sehr unterschiedlich erscheinen, so haben sie doch mehr als nur den Zeitraum gemeinsam, in dem sie diskutiert wurden. War der Ambulatorienstreit vor allem Ausdruck der mehr und mehr auseinanderdriftenden Zielvorstellungen der Weimarer Ärzteschaft, standen die Ideen einer eigenen Berufsordnung bzw. einer vom Staat erlassenen Reichsärzteordnung unter anderem auch für den Versuch, die divergierenden Kräfte zu kanalisieren und den Stand unter einem gemeinsamen konzeptuellen wie auch organisatorischen Dach zusammenzuhalten.<sup>125</sup>

Die ersten Anfänge der Forderung nach einer verbindlichen Ärzteordnung reichen bis weit ins Wilhelminische Reich zurück, doch die eigentlichen Vorarbeiten begannen erst in der Weimarer Republik. Bereits der 41. Ärztetag in Eisenach forderte 1919 einstimmig eine solche Ärzteordnung.<sup>126</sup> Bewegung kam in diese Angelegenheit aber erst seit 1924. Fast alle Ärztetage der folgenden Jahre, machten es sich zur Aufgabe, dieses Ziel gegenüber der Ärzteschaft, der Regierung und der Öffentlichkeit voranzutreiben. Kurz bevor eine Reichsärzteordnung von der Regierung hätte verabschiedet werden können, kamen jedoch die Nationalsozialisten an die Macht. Erst 1935 ließen sie diesen sehnlichen Wunsch der großen Ärzteverbände Wirklichkeit werden, wengleich unter recht veränderten, nun nationalsozialistischen Vorzeichen.<sup>127</sup>

Was beinhaltete und was bezweckte ein solches Projekt?<sup>128</sup> Grundsätzlich sollte die kodifizierte Ordnung den Rahmen des ärztlichen Handelns abstecken und die Rolle bzw. die Rechte und Pflichten der deutschen Ärzteschaft gegenüber dem Staat und der Gesellschaft gesetzlich definieren. Hinter solchen abstrakten Formulierungen standen jedoch handfeste und konkrete Wünsche vor allem des Ärztevereinsbundes, der - insbesondere durch seinen

---

<sup>121</sup> Meyer, S. 160.

<sup>122</sup> Ebd., S. 160f.

<sup>123</sup> Ebd., S. 162.

<sup>124</sup> Parlow/Winter, S. 71; Clever, S. 78.

<sup>125</sup> Knüpling, S. 33. Vgl. Indirekt auch Hubenstorf in Bleker/Jachertz, S. 50.

<sup>126</sup> Knüpling, S. 8f.

<sup>127</sup> Ebd., S. 44.

<sup>128</sup> S. Übersichten in Strobawa, S. 29, Deneke/Sperber, S. 69, Knüpling S. 19ff.

Vorsitzenden Alfons Maria Stauder (1878-1937) - die Arbeit an der Reichsärzteordnung energisch vorantrieb.

<sup>129</sup>Wesentliches Ziel war, die ärztliche Tätigkeit aus der Reichsgewerbeordnung<sup>130</sup> herauszulösen, die diesem Beruf seit dem Wilhelminischen Reich den rechtlichen Status eines Gewerbes zumaß. Der Wunsch, daß der Arztberuf von einem Gewerbe zu einem freien Beruf mit besonders definierten staatlichen Aufgaben werden sollte, hatte einen doppelten Hintergrund. Zum einen versprach diese Konstruktion durchaus materielle Vorteile, weil die niedergelassenen Ärzte damit von der Gewerbesteuer befreit worden wären, zu der sie seit 1918 in einigen Staaten herangezogen wurden.<sup>131</sup> Ärztliche Interessenvertretung richtete sich aber kaum je allein auf materielle Vorteile. Wichtiger noch war die mit der Herausnahme verbundene Aufwertung des Arztberufs. Sollte der Ärztestand zum offiziellen Träger des Gesundheitsdienstes gemacht werden, so wäre der Arztberuf symbolisch deutlich über die Masse der gewerblichen Berufe gestellt worden - fern vom Verdacht, lediglich wirtschaftliche Interessen zu verfolgen. Dies entsprach der gängigen Selbststilisierung der Ärzteschaft als Diener der Volksgesundheit. Haedenkamp sah es in diesem Sinne 1928 als eine "Verfälschung unserer Berufsidee" an, daß man "die ärztliche Tätigkeit auf das Niveau des Gewerbebetriebes herabzieht".<sup>132</sup>

Ganz konkret sollte die Reichsärzteordnung darüber hinaus die wesentlichen Besonderheiten dieses Berufs kodifizieren. Sie zielte etwa darauf ab, den Berufszugang, d.h. das Approbationswesen, das Auftreten der Ärzte nach außen (z.B. mit dem Werbeverbot) sowie das Verhältnis der Kollegen untereinander zu regeln. Zwei Einrichtungen sollten dafür sorgen, daß die Berufsordnung von der Ärzteschaft auch in Eigenregie umgesetzt und ihre Einhaltung überwacht werden konnte. Die eine war die Reichsärztekammer als Selbstverwaltungskörperschaft.<sup>133</sup> Sicherlich bestanden in nahezu allen deutschen Staaten zu dieser Zeit bereits Landesärztekammern auf einer entsprechenden Gesetzesgrundlage. Diese Kammern hatten jedoch keine einheitliche Struktur und besaßen nur einen geringen Einfluß.<sup>134</sup> Die geforderte Reichsärztekammer sollte dem abhelfen. Die andere Maßnahme war die flächendeckende Einrichtung von bis dahin nur vereinzelt existierenden Ehrengerichten,<sup>135</sup> die Übertretungen der durch die Berufsordnung vorgegebenen Standesregeln selbständig ahnden sollten.

Auch wenn dem Engagement für eine Reichsärzteordnung letzten Endes nur spät und mit wesentlichen Abstrichen ein gewisser Erfolg beschieden war,<sup>136</sup> markierte allein schon der Weg dorthin einen kaum zu unterschätzenden Schritt in der Geschichte der ärztlichen

---

<sup>129</sup> Jäckle, S. 89f.

<sup>130</sup> Strobawa, S. 29; Deneke/Sperber, S. 69.

<sup>131</sup> Kater 1986, S. 63; Kuhns, S. 113f.

<sup>132</sup> Haedenkamp, S. 50.

<sup>133</sup> Knüpling, S. 7, 25.

<sup>134</sup> Finkenrath 1928, S. 46-48.

<sup>135</sup> Knüpling, S. 7.

<sup>136</sup> Knüpling, S. 47.

Standesvertretung. Er repräsentierte den Abschied vom überkommenen liberalen Selbstbild des Arztes als möglichst freiem Gewerbetreibenden. Statt dessen orientierte sich die ärztliche Standesvertretung geschickt um und suchte sich einen genau definierten Platz im immer dichter werdenden rechtlichen Regelwerk, innerhalb dessen die Frage der Kassenzulassung lediglich das augenfälligste Problem abgab.<sup>137</sup> Dennoch war damit keine grundsätzliche Aufgabe des Ideals freier ärztlicher Berufsausübung verbunden. Es wurde eine andere Form von Freiheit nun noch deutlicher als zuvor angestrebt: im wesentlichen die korporative Freiheit eines Berufsstands, seine Angelegenheiten möglichst frei von Fremdkontrolle selbständig zu regeln. Mit der Reichsärzteordnung sollte der Staat dem Berufsstand eine Aufgabe übertragen, die dieser in weitgehender Eigenverantwortung umzusetzen hatte. Die meisten der intendierten Regelungen zielten darauf ab, den Berufszugang und die Berufsausübung selbst zu kontrollieren. Aus diesem Grund spielten die Ehrengerichte eine besondere Rolle, zumal diese auch der Disziplinierung abtrünniger Standeskollegen hätten dienen können, etwa wenn es um die Abtreibungsfrage oder die Zusammenarbeit mit nichtapprobierten Heilern ging. Der Übergang vom freien Gewerbe zum öffentlich-rechtlichen Status<sup>138</sup> der Ärztekammern war der erfolgversprechendste Weg, unter geänderten Bedingungen dennoch das Heft in der Hand zu behalten. Die "freie Arztwahl", das ehemals wichtigste Ziel der Standesvertretung, schien ohnehin so nicht mehr erreichbar. Folgerichtig waren sich die Ärztefunktionäre nicht einmal mehr einig, ob sie dieses unrealistische Ziel wenigstens programmatisch in ihren Entwurf übernehmen sollten.<sup>139</sup> Abstrakt gesprochen bedeutete das Engagement für die Reichsärzteordnung damit einen weiteren Schritt in der Professionalisierung der deutschen Ärzteschaft. Ganz in diesem Sinne nannte Stauder auf dem Ärztetag von 1926 die Reichsärzteordnung auch die "Krönung" der Berufsbildung.<sup>140</sup>

Damit dieser Berufsstand aber eine dermaßen privilegierte Stellung erhalten konnte, bedurfte es einer besonderen Legitimierung. Die Repräsentanten machten sich dabei das traditionelle Selbst- wie auch das Fremdbild des Arztes schnell zunutze. Stauder etwa begründete auf dem Ärztetag von 1924 die Notwendigkeit einer Ehrengerichtsbarkeit im Rahmen der Reichsärzteordnung mit der offenkundigen Sonderstellung der Ärzte. Aufgrund ihrer großen Verantwortlichkeit gegenüber dem Menschen und seinem Leben bedürfe dieser Beruf einer eigenen, über das Strafgesetz hinausgehenden Ethik. Daraus hätten die Ärzte eine besondere Standesehre entwickelt. Um diesen Kodex aufrecht erhalten zu können, bedürfe es der Ehrengerichte.<sup>141</sup>

Zweifellos mußte die Berufsausübung der Ärzte wegen der mit ihr verbundenen hohen Verantwortlichkeit geregelt und kontrolliert werden. Doch daß die Ärzteschaft dies aus sich selbst heraus tun sollte, ist kein so natürlicher Vorgang, wie Stauder dies darstellte. Daß er -

<sup>137</sup> Vor allem die Niederlassungsfreiheit bei begrenzten Kassenzulassungen ("Planwirtschaft"). S. vor allem Knüpling, S. 23.

<sup>138</sup> Knüpling, S. 32; s.a. ebd., S. 24.

<sup>139</sup> Ebd., S. 35.

<sup>140</sup> Ebd., S. 24.

<sup>141</sup> Ebd., S. 16f.

wie viele andere Standesrepräsentanten auch - dennoch für die interne Berufskontrolle argumentierte, gehörte zur langfristigen Professionsstrategie der Ärzteschaft.<sup>142</sup> Mit der Berufung auf eine der Ärzteschaft quasi immanenten Ethik und Ehre signalisierte der Stand nicht nur die Bereitschaft und die Fähigkeit zur Selbstkontrolle, er stellte sie als Selbstverständlichkeit hin und versuchte, sie damit allen Anfechtungen zu entheben.

Zur weiteren Legitimation ihrer Sonderstellung mußte die Ärzteschaft den Eindruck vermeiden, lediglich Eigeninteressen zu verfolgen. Deshalb lag ihr auch so viel an der Herausnahme des Arztberufs aus der Gewerbeordnung. Jeder Verdacht auf Eigennützigkeit hätte sich fatal auf die Autonomiewünsche auswirken können. Bezeichnenderweise berief sich Stauder in der zitierten Rede auch mehrfach auf stereotype Formulierungen ärztlicher Selbstdarstellung wie z.B. die "Aufopferungsfähigkeit nie versagender Hilfsbereitschaft" der Ärzteschaft. Wie groß der Wahrheitsgehalt dieser Phrasen auch gewesen sein mag, ihre Funktion bestand darin, die Forderung nach einer Ehrengerichtsbarkeit und mithin einem Stück professioneller Autonomie zu rechtfertigen.<sup>143</sup>

Wie wichtig vor allem dem Ärztevereinsbund die Anliegen waren, die hinter der Reichsärzteordnung standen, wird an seiner Strategie deutlich, mit Vertraulichkeit und Öffentlichkeit zu spielen. Als es 1928 darum ging, gegenüber der Regierung einen einheitlichen Entwurf der ärztlichen Spitzenverbände trotz drohender Interessengegensätze zu erarbeiten, fanden die Beratungen hinter verschlossenen Türen statt. Erst als ein Entwurf weitgehend feststand, gingen die Verbandsspitzen damit in die ärztliche Öffentlichkeit und benutzten vor allem den 50. Ärztetag 1931 in Eisenach als Forum der Selbstdarstellung.<sup>144</sup>

So sehr die Reichsärzteordnung grundsätzlich dem Wunsch der beiden Spitzenverbände entsprach, so sehr stellte der angestrebte öffentlich-rechtliche Status der ärztlichen Standesvertretung auch eine Existenzbedrohung bestehender Verbände dar, die für sie eintraten. Wäre beispielsweise in dieser Zeit eine starke Reichsärztekammer mit Zwangsmitgliedschaft geschaffen worden, so hätte diese viel eher als der Ärztevereinsbund für sich beanspruchen können, die deutsche Ärzteschaft in ihrer Gesamtheit zu repräsentieren.<sup>145</sup> De facto trat der Fall auch ein, wenngleich erst in der Zeit des Nationalsozialismus und damit unter dessen besonderen Bedingungen: Der Ärztevereinsbund wurde aufgelöst, bevor die Errichtung einer Reichsärztekammer verfügt wurde. Der Hartmannbund ging, insbesondere seine Führungsspitze, in die Kassenärztliche Vereinigung auf.

Schon in den Entwürfen der Reichsärzteordnung witterte der Leipziger Verband eine Existenzbedrohung und wehrte sich erfolgreich dagegen. Gerade dieses Beispiel reflektiert

<sup>142</sup> Siehe z.B. die Begründung der Autonomie mit den "hohen sittlichen Pflichten gegenüber dem Gemeinwohl" (Deneke/Sperber, S. 72).

<sup>143</sup> Ärztliches Vereinsblatt 1924, S. 215-218. Zit. nach Knüpling, S. 16..

<sup>144</sup> Ebd., S. 22, 20, 40.

<sup>145</sup> Vgl. Ebd., S. 25.

das nicht immer reibungslose Verhältnis zwischen Ärztevereinsbund und Hartmannbund. Bereits 1903 war die ehemalige Konkurrenzorganisation des Ärztevereinsbunds zu dessen wirtschaftlicher Unterabteilung geworden, wenn auch zu einer recht selbständigen.<sup>146</sup> In der Weimarer Republik, insbesondere auf den ersten Ärztetagen in dieser Zeit, mehrten sich die Stimmen für eine Verschmelzung beider Organisationen. Ein Symbol der Gemeinsamkeit sollte sein, daß Alfons Stauder zwischen 1929 und 1933 gemeinsamer Vorsitzender beider Verbände war.

Trotzdem gab es im Zuge der Verhandlungen um den Entwurf einer Reichsärzteordnung erhebliche Spannungen zwischen beiden Organisationen.<sup>147</sup> Ein interner Entwurf der Reichsärzteordnung aus dem Jahre 1928 enthielt nämlich in seinem vierten Abschnitt einen Passus, der die Kompetenzen über die Kassenzulassungen und die Verhandlungen mit den Krankenkassen bei den Ärztekammern ansiedelte.<sup>148</sup> Nicht zu unrecht sah der Hartmannbund darin eine ernsthafte Gefährdung seines Status, die Stauder nicht leugnen konnte. Obwohl dieser Paragraph von verschiedenen Verhandlungspartnern als wesentliches Ziel des Projektes angesehen wurde,<sup>149</sup> konnte der Hartmannbund im Folgejahr doch erreichen, daß der gemeinsame Entwurf der ärztlichen Spitzenverbände zur Reichsärzteordnung das Recht des Vertragsabschlusses mit den Krankenkassen bei den bestehenden, nicht öffentlich-rechtlich gebundenen Organisationen, das heißt im wesentlichen bei ihm selbst, belassen wollte.<sup>150</sup> Dies wirft nicht zuletzt ein Licht auf die damaligen Machtverhältnisse zwischen beiden Organisationen.

### Die Überfüllungskrise und ihre Auswirkungen

Während der Ärztevereinsbund dafür kämpfte, daß die gesamte Ärzteschaft ihre Profession mit einem hohen Status und möglichst weitgehender Autonomie ausüben konnte, beschäftigte zumindest einen Teil der Mediziner ein viel grundsätzlicheres Problem, nämlich sich mit dem Beruf überhaupt ernähren zu können. Die Furcht unter den etablierten Kollegen vor einer "Ärzteflut" war zwar ein altbekanntes Phänomen, doch klaffte in der Weimarer Republik das Angebot an ärztlichen Dienstleistungen und - aus Gründen ihrer Bezahlbarkeit - die entsprechende Nachfrage in der Tat in einer vorher nicht gekannten Deutlichkeit auseinander.

Dieses Problem hatte bereits zwischen der Ausrufung der Republik und dem Höhepunkt der Inflationsperiode in besonderer Dringlichkeit bestanden. Einerseits ging in Krisenzeiten die Nachfrage nach privatärztlichen Leistungen von alleine zurück, was die Kassenpraxis um so bedeutungsvoller für das ärztliche Einkommen machte. Die Nachfrage nach

---

<sup>146</sup> Finkenrath, S. 41.

<sup>147</sup> Jungmann/Reuter, S. X, S. 19.

<sup>148</sup> Knüpling, S. 30f.

<sup>149</sup> Ebd., S. 33.

<sup>150</sup> Ebd., S. 34.

Kassenleistungen wiederum wurde, wie etwa in der Notverordnung von 1923, zum Teil gesetzlich begrenzt. Andererseits hatten sich infolge des Weltkriegs und aufgrund wachsender Studentenzahlen die approbierten Ärzte in Deutschland deutlich vermehrt. Kurz nach Ende des Ersten Weltkriegs waren die Vorkriegszahlen wieder erreicht. Bis 1925 ist ein weiterer steiler Anstieg zu verzeichnen. In den Folgejahren setzte sich der Zuwachs noch fort, allerdings bei weitem nicht mehr so gewaltig wie zuvor (siehe Tabelle 3.1). Die gleiche Tendenz zeigt eine Berechnung der Ärztedichte im Verhältnis zur Bevölkerung (siehe Abbildung 3.XX).

Von den Ärzten dieser Zeit waren rund vier Fünftel freipraktizierend<sup>151</sup> und von diesen wiederum die meisten auf eine Kassenzulassung angewiesen.<sup>152</sup> Je wichtiger die Kassenpraxis für die Ärzte wurde, um so nötiger hatten die nachwachsenden Medizinergenerationen die begehrte Kassenzulassung. Im Berliner Abkommen hatten sich die Kassen und die Ärzte geeinigt, auf 1.000 Versicherte einen Kassenarzt zuzulassen. Bei der zunehmenden Zahl an Ärzten bedeutete dies eine immer größere "Warteschlange" und für den einzelnen Jungarzt eine immer längere Wartezeit, bis er (oder viel seltener: sie) die Kassenzulassung erhielt. Warteten 1924 noch 1.500 Ärzte, so waren es 1929 bereits 4.000. Eine andere Quelle nennt ebenso viele stellunglose Jungärzte bereits für das Jahr 1924.<sup>153</sup> Die Wartezeit konnte fünf Jahre und mehr betragen.<sup>154</sup>

Ein weiterer Problembereich tat sich hier auf, der die Ärzteschaft in zwei Lager zu spalten drohte: diejenigen mit Kassenzulassung und diejenigen, die keine hatten. So nimmt es nicht wunder, daß auch diese mißliche Situation ihren Ausdruck in der Gründung eines entsprechenden Vereins fand. Bereits 1925/26 formierten sich die 'Ärzte in Warteposition' zur "Reichsnotgemeinschaft deutscher Ärzte". Anfang der 1930er Jahre stagnierte die Zahl der sich um eine Kassenzulassung bemühenden Ärzte. Eine wesentliche Änderung dürfte allerdings erst nach der Notverordnung vom 8. Dezember 1931 eingetreten sein, die eine neue Verhältniszahl von einem Kassenarzt auf nun lediglich 600 Versicherte viele neue Zulassungen vorsah.<sup>155</sup>

Das große Angebot an nachwachsenden Ärzten führte nicht allein zu ungesicherten Existenzen, sondern angesichts der harten Konkurrenz naheliegenderweise auch zu sich erheblich verschlechternden Arbeitsbedingungen für die Assistenzärzte.<sup>156</sup> Aus ihrer Unzufriedenheit mit den damaligen Zuständen hatten sich diese in Assistenzärzteverbänden zusammengeschlossen.<sup>157</sup> Damit traf die Krise diese beiden Gruppen von Jungärzten am

<sup>151</sup> Wuttke-Groneberg 1988, S. 20 (für das Jahr 1931).

<sup>152</sup> 1933 etwa waren runde zwei Drittel aller deutschen Ärzte Kassenärzte. Vgl. ebd., S. 20; Kater 1986, S. 60, geht noch darüber hinaus und sagt, daß im Jahre 1924 80-95 Prozent aller Ärzte Kassenärzte waren.

<sup>153</sup> Thom/Caregorodcev, S. 56. Allerdings ist der Begriff "stelliglos" für den Beruf des freipraktizierenden Arztes sehr problematisch. S. Kater 1986, S. 53.

<sup>154</sup> Kater 1986, S. 51f.

<sup>155</sup> z.B. Webber 1988, S. 174f.; Prange, S. 228; Kater 1986, S. 52f.

<sup>156</sup> Ebd., S. 53ff.

<sup>157</sup> Hubenstorf, S. 208; Parlow 1967, S. 70.

härtesten. Nur so ist es verständlich, warum sich 1930 gerade der Assistentenverband mit den in der Warteposition zur Kassenpraxis stehenden Kollegen zu einer "Schutzgemeinschaft deutscher Ärzte" zusammenschloß.<sup>158</sup> Den großen Ärzteorganisationen war diese Problematik durchaus bewußt. Bereits 1927 gehörte die Jungärztefrage zu den zentralen Themen des Würzburger 46. Ärztetags.

Angesichts der Knappheit an Kassenarztstellen befand sich insbesondere der Hartmannbund in einer schwierigen Lage. Sollte er sich für die benachteiligten Jungärzte einsetzen, womöglich auf Kosten der etablierten Kassenärzte? Oder sollte er weiterhin vor allem die Interessen der praktizierenden Kassenärzte vertreten? Je mehr sich in der Ärzteschaft die wirtschaftliche Schere öffnete, um so schwieriger wurde es für den Bund, interne Interessengegensätze auszugleichen und das weitgehende Vertretungsmonopol zu verteidigen. Der Hartmannbund setzte darauf, die Jungärzteschaft nicht zu verlieren. So war die "Reichsnotgemeinschaft" in den Leitungsgremien der großen Ärztevereinigungen vertreten.<sup>159</sup> Bezeichnenderweise residierte die spätere gemeinsame Interessenvertretung der Jungärzte in der Leipziger Plagwitzer Straße in nächster Nähe zum Hartmannbund.<sup>160</sup> Nicht zuletzt gab es politische Allianzen zu deren Vertretung. Auch unter den Jungärzten dominierten die konservativen Kreise. Das Engagement für wartende Jungärzte galt speziell den Kriegsteilnehmern unter ihnen und benachteiligte letztlich die weiblichen Ärzte.<sup>161</sup> Am stärksten kam der Hartmannbund den Jungärzten schließlich entgegen, indem er 1931 in die besagte Herabsetzung des Kassenarztschlüssels einwilligte, die später von der Regierung per Notverordnung erlassen wurde.<sup>162</sup> Dennoch führte gerade die letztere Entscheidung zu inneren Spannungen in dieser einflußreichen ärztlichen Interessenvertretung.<sup>163</sup>

Wenn sich fortan mehr Ärzte die gleiche Kassenpraxis teilen mußten, so führte dies zwangsläufig zu einer generellen Verschlechterung der Lebensbedingungen der etablierten Kassenärzte. Die steigende Zahl der Kassenärzte war allerdings nur eine unter mehreren Ursachen dafür, daß auch an der niedergelassenen Ärzteschaft die Wirtschaftskrisen, speziell die der Jahre ab 1929, nicht ohne merkbliche Auswirkungen vorbeigingen. Die Deflationspolitik der konservativen Präsidialkabinette seit 1930 mit ihren harten Sozialkürzungen war für die Ärzte als Besserverdienende zwar durchaus vorteilhaft, indem sie die Abgabenlast gering hielt. Da jedoch diese Politik die Ausgaben der Krankenkassen gering zu halten versuchte (um die Lohnkosten zu senken), reduzierte sie auch die Kassenpraxis ganz erheblich.<sup>164</sup> So mußten die Patienten seit der Notverordnung vom 26. Juli 1930 jeden Krankenschein mit 50 Pfennig Alleinbeteiligung bezahlen.<sup>165</sup> Indes waren die Kassenpatienten

<sup>158</sup> S. u.a. Reichs-Medizinal-Kalender für 1933, S. 15..

<sup>159</sup> Hubenstorf, S. 209.

<sup>160</sup> S. Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland, Teil II, 54 (1933), S. 15.

<sup>161</sup> Kater 1986, S. 52.

<sup>162</sup> Webber 1988, S. 175.

<sup>163</sup> Hubenstorf, S. 209.

<sup>164</sup> Webber 1988, S. 171.

<sup>165</sup> Webber 1988, S. 172. Weindling 1989, S. 443. Parlow/Winter, S. 70.

bei diesen Maßnahmen die weitaus größeren Krisenverlierer als die Ärzte,<sup>166</sup> indem das Krankengeld von 75 Prozent auf 50 Prozent des Lohnes herabgesetzt und erst ab dem vierten Krankheitstag ausbezahlt wurde.<sup>167</sup>

Wie aber stand es um den wirtschaftlichen Status der Ärzte in der Weimarer Republik? Diese Frage läßt sich nicht allein mit trockenem Zahlenmaterial beantworten, zumal die Statistiken auch nicht vollständig und teilweise widersprüchlich sind. Bis zum Beginn des Ersten Weltkriegs hatte die deutsche Ärzteschaft ihre soziale Lage kontinuierlich verbessert und schließlich einen materiellen Wohlstand erreicht, der in etwa den eigenen Statusvorstellungen entsprach. Seit der Jahrhundertwende war das Durchschnittseinkommen einer ärztlichen Praxis von 6.000 bis 7.000 auf 13.000 bis 15.000 Mark angestiegen.<sup>168</sup> Die Inflation, die im Krieg eingesetzt und 1923 ihren Höhepunkt erreicht hatte, war nicht ohne schmerzhaftes Folgen für das Ärztteeinkommen geblieben. Seit 1924 hatte sich jedoch die Situation wieder beruhigt. 1928 betrug das Brutto-Jahreseinkommen 12.616 Mark der neuen Währung.<sup>169</sup> Mit der großen Depression und ihren Folgen ging auch das durchschnittliche Ärztteeinkommen auf unter 10.000 Mark zurück.<sup>170</sup> Eine Berechnung im Zeitverlauf belegt, daß das steuerpflichtige Jahreseinkommen der Ärzte 1933, also in dem Jahr, in dem die Talsohle der Wirtschaftskrise überwunden wurde, 76 Prozent des Vorkrisenwertes von 1928 betrug.<sup>171</sup>

Solche Durchschnittszahlen haben wegen der extremen Streuung der damaligen Ärztteeinkommen nach Stadt und Land bzw. betriebenem Spezialfach<sup>172</sup> allerdings nur eine bedingte Aussagekraft. Nicht zu leugnen ist, daß während beider Krisen eine ganze Reihe Ärzte verarmt oder überschuldet waren, ja sogar am Existenzminimum lebten. Und wenn der Hartmannbund 1930 von seinen Mitgliedern je eine einmalige Spende von 100 Mark zur Unterstützung bedürftiger Kollegen einforderte, so hatte dies zweifellos seine Gründe.<sup>173</sup> Auf der anderen Seite gab es renommierte Privatärzte und sogenannte "Kassenlöwen", die auch während der Weltwirtschaftskrise finanziell blendend dastanden.<sup>174</sup>

Aussagekräftiger sind die Durchschnittszahlen im Vergleich zu denen anderer Berufsgruppen. Nur knappe zehn Prozent der Ärzte verdienten 1928 so viel (oder besser: wenig) wie 90 Prozent der Lohn- und Gehaltsempfänger, nämlich bis zu 3.000 Mark. Die überwiegende Mehrheit der Ärzte brachte es auf ein Vielfaches dieses Einkommens.<sup>175</sup> Interessanter noch stellt sich der Einkommensverlust der Ärzte zwischen 1928 und 1933 im

<sup>166</sup> Webber 1988, S. 173.

<sup>167</sup> Parlow/Winter, S. 70.

<sup>168</sup> Bergemann/Gorski, S. 94.

<sup>169</sup> Walter Wuttke: Die Herrschaft von Künstlern - zur ärztlichen Methodenlehre. In: Martin Doehlemann (Hg.): Wem gehört die Universität? Lahn-Gießen 1977, S. 177-200, hier S. 200.

<sup>170</sup> Ebd.; Kater 1986, S. 60f., nennt als niedrigste Angabe der Literatur 7.000 Mark.

<sup>171</sup> Wuttke-Groneberg 1988, S. 20.

<sup>172</sup> Kater 1986, S. 65f.

<sup>173</sup> Ebd., 1986, S. 62.

<sup>174</sup> Ebd.

<sup>175</sup> Jäckle, S. 38.

Vergleich zu anderen Berufsgruppen dar. Während die Ärzte auf 76 Prozent absanken, fiel der Bruttowochenverdienst der Arbeiter auf 71 Prozent, das Jahreseinkommen vor Steuern der Rechtsanwälte sogar auf 53 Prozent. Nur die Angestellten standen mit einem Rückgang auf 87 Prozent ihres Bruttomonatsgehalts besser da als die meist freiberuflichen Ärzte.<sup>176</sup> Wenn diese nun mehr Einkommenseinbußen als die Angestellten hinnehmen mußten, dann war das eben auch eine Folge der eigenen beharrlichen Berufsstrategie des "freien Arztiums", das sich diesmal eben nicht positiv auf die wirtschaftliche Lage der Ärzte auswirkte. Dies hinderte einzelne Berufsvertreter jedoch nicht daran, die Freiheit des Berufsstands dazu zu benutzen, um Mitleid mit der notleidenden Ärzteschaft zu erheischen.<sup>177</sup>

Die Bedeutung, die der starke Einbruch der Ärzteteinkommen für die Überzeugungen und das Verhalten dieser Berufsgruppe hatte, läßt sich allerdings nicht so sehr durch mehr oder weniger objektive Zahlen ermessen. Er erschließt sich erst, wenn man sich in die Perspektive der damaligen Ärzte hineinversetzt und ihre subjektive Bewertung dieser Entwicklung nachvollzieht.

Die Masse der Ärzteschaft hatte den "Weg zu Prestige und Wohlstand" (Anette Drees) gerade erst einigermaßen abgeschlossen. Die Ärzte sahen es auf dieser Grundlage als ihr legitimes Recht an, deutlich mehr Geld zu verdienen als der Bevölkerungsdurchschnitt. Darin nur die materiellen Interessen zu sehen, griffe zu kurz. Es ging genauso darum, mit der Wohlhabenheit ihren gesellschaftlichen Status zu repräsentieren. Die Ärzteschaft hatte sich einen verhältnismäßig gefestigten Platz in der gesellschaftlichen Elite frisch erkämpft und gegen die (heraufbeschworene oder reale) Bedrohung von Kassenmacht und Sozialismus sozusagen mit Zähnen und Klauen verteidigt. Dementsprechend war die Proletarisierungsangst, oder zutreffender: die Furcht, in die Bedeutungslosigkeit etwa des kleinen Angestelltentums herabzusinken, immens. Nur so sind - jenseits aller realen Verarmung einzelner Ärzte - die notorischen Klagen über das wirtschaftliche Elend der Ärzteschaft zu verstehen. Aus dieser Perspektive fühlten sich viele Ärzte in der Krise zweifellos verelendet. Nur so wird es verständlich, wenn die legitime Interessenvertretung der Ärzte von ihren Funktionären in jener Zeit zum "Daseinskampf" um die Erhaltung des Ärztestandes hochstilisiert wurde.<sup>178</sup>

In diesem Komplex aus realen Einkommensverlusten, Statusdenken und subjektiv empfundener Verelendung sieht eine ganze Reihe Historiker auch einen der wesentlichen Gründe, warum sich die ohnehin mehrheitlich konservative Ärzteschaft gegen Ende der Weimarer Republik politisch immer mehr nach rechts radikalisierte und schließlich für den Nationalsozialismus so empfänglich war. Zum einen gab es die Generation der Jungärzte, die sich zu kurz gekommen fühlte. Nationalsozialistische Tendenzen setzten sich besonders bei

<sup>176</sup> Wuttke-Groneberg 1988, S. 20.

<sup>177</sup> Etwa in der Krisenzeit von 1922. Vgl. Deneke/Sperber, S. 67.

<sup>178</sup> Finkenrath 1928, S. 59.

der politisch zunächst heterogenen "Reichsnotgemeinschaft" durch.<sup>179</sup> Bereits Zeitgenossen warnten davor, daß sich die perspektivlosen Ärzte radikalieren könnten.<sup>180</sup> Extreme Anschauungen mußten aber nicht immer gleich Nationalsozialismus heißen. Die Furcht, ihren Status zu verlieren, bestärkte viele etablierte Ärzte darin, immer offener Ideologien der gesellschaftlichen Ungleichheit und der politischen wie sozialen Ausgrenzung zu vertreten, die dem Nationalsozialismus lediglich nahestanden und ihm sozusagen den Steigbügel hielten. Diese Vorstellungen richteten sich nicht nur gegen mißliebige Konkurrenten wie weibliche Ärzte, die man lieber in einer Mutterrolle denn als Mitbewerber um die Patientenschaft gesehen hätte, gegen linke Ärzte, die vorgeblich die Standesinteressen verraten hätten, oder gegen jüdische Ärzte, die ihnen angeblich ihre "arische" Klientel wegnahmen<sup>181</sup>. Auch argumentierte man gegen die sozial Schwachen, die den Staat vermeintlich in die Krise getrieben hatten. Bevor diese mentalen Auswirkungen der Wirtschaftskrise auf die Ärzteschaft aber genauer dargestellt werden, ist es notwendig, die Zusammenhänge zwischen dem Einkommen der Ärzte und der Professionalisierung ihres Berufsstandes kurz zu beleuchten.

#### Standesautonomie gegen finanzielle Zugeständnisse

Spätestens seit 1932 nahmen die Standesorganisationen den Rückgang der Ärzteneinkommen sogar bewußt in Kauf, denn mit ihm erlangten sie Ärzte nicht nur ein weiteres Stück langfristiger beruflicher Selbständigkeit, sondern auch eine Untermauerung ihrer Machtstellung. Unter dem wirtschaftlichen Druck zur Ausgabenkürzung begannen die regierenden Parteien 1931 nämlich die Möglichkeit ernsthaft in Betracht zu ziehen und damit zu drohen, die Kassenärzte zu Kassenangestellten zu machen. Die Ärzteverbände, insbesondere der Hartmannbund, reagierte darauf mit einem geschickten Strategiewechsel. Er entwickelte ein Programm, das der Regierung wie den Kassen entgegenkam, indem es deren Ausgaben reduzierte (und damit eigene Einkommensverluste akzeptierte), die Verteilung des vorhandenen Geldes aber in eigener Regie übernahm. Nachdem dieses Programm vom 50. Ärztetag abgesegnet worden war, einige Krankenkassen es jedoch ablehnten, wurde es in der besagten Notverordnung vom 8. Dezember 1931 von der Regierung erlassen.<sup>182</sup> Über weitere Leistungskürzungen für die Versicherten und die bereits erwähnte Vermehrung der Kassenarztstellen hinaus wurden darin die Ausgaben für die ärztliche Behandlung nun an den Anstieg der Kasseneinnahmen gekoppelt. Mit anderen Worten: Die Kassenärzte erhielten einen fixen Anteil der Krankenkassenbeiträge. Weiterhin übernahm die Ärzteschaft selbst die Verteilung dieser Gelder unter sich und die Kontrolle über deren wirtschaftliche Verwendung. Als Sachwalter dieser beiden Aufgaben wurden die

<sup>179</sup> Hubenstorf, S. 209.

<sup>180</sup> Kater 1986, S. 54.

<sup>181</sup> Weindling 1989, S. 443.

<sup>182</sup> Webber 1988, S. 174f. Allgemein dazu auch Tennstedt 1976, S. 402.

noch heute existierenden "Kassenärztlichen Vereinigungen" gegründet, die in ihrer Konstruktion als öffentlich-rechtliche Körperschaften eine deutsche Besonderheit darstellen. Indem die Ärzteschaft somit selbst den Sicherstellungsauftrag und die Bedarfsplanung<sup>183</sup> für die ambulante Behandlung in die Hand bekam, hatte sie - parallel zu den Bemühungen um eine Reichsärzteordnung - einen beachtlichen Schritt in Richtung professioneller Autonomie getan.

Dieser Schritt löste für die Ärzteverbände ein verwandtes Problem, die Frage der sogenannten "Vertrauensärzte". Spätestens seit der Notverordnung von 1923 besaßen die Krankenkassen direkte oder indirekte Möglichkeiten, auf die ärztliche Praxis Einfluß zu nehmen, um unnötige Behandlungen und damit Kassenausgaben zu verhindern.<sup>184</sup> Mit den Jahren war in diesem Zusammenhang ein System von Vertrauensärzten der Krankenkassen entstanden.<sup>185</sup> Die Notverordnung vom Juli 1930 verpflichtete die Kassen sogar zur Einstellung von Vertrauensärzten, die bei Krankschreibungen hinzugezogen werden mußten.<sup>186</sup> Ein Mediziner, der Ärzte im Auftrag der Krankenkassen kontrollierte, war jedoch nicht nur unter den Kollegen schlecht angesehen,<sup>187</sup> sondern mußte ganz grundsätzlich als Stachel im Fleisch des angestrebten freien Arztberufs angesehen werden. Entsprechend laut protestierten die Ärzteverbände dagegen.<sup>188</sup> Seitdem die Kassen der Ärzteschaft aber eine "Kopfpauschale" pro behandeltem Patient zahlten, schien es ihnen von geringerer Bedeutung, darauf zu sehen, wie ein Arzt behandelte. Dies besorgten nun ärzteigene, autonome Einrichtungen, eben die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die immense langfristige Bedeutung dieser Notverordnung bestand jedoch noch in einem weiteren Punkt, nämlich der Monopolisierung der Vertretung von Ärzteinteressen gegenüber den Krankenkassen. Die Ärzte sollten in der Zukunft ihre Verträge mit den Kassen in keinem Fall mehr einzeln, sondern grundsätzlich kollektiv abschließen.<sup>189</sup> Diese Aufgabe wie auch Disziplinarbefugnisse<sup>190</sup> wurden den Kassenärztlichen Vereinigungen über die Abrechnung der Krankenscheine und die wirtschaftliche Kontrolle der Kassenpraxis hinaus übertragen.<sup>191</sup>

Diese "Kollektivvertretung" war nichts grundsätzlich Neues. Der Leipziger Verband verfolgte seit der Gründung das Ziel, im Auftrag der Mitglieder gemeinsame Verträge mit den Krankenkassen abzuschließen.<sup>192</sup> Zumindest sollten Mantelverträge oder Einzelverträge nach dem Muster des Hartmannbunds ausgehandelt werden. Letzterer hatte<sup>193</sup> im Laufe der 1920er Jahre eine monopolähnliche Stellung erreicht, zumindest was die ärztliche Vertretung

---

<sup>183</sup> Rosewitz/Webber, S. 19.

<sup>184</sup> S.o., vor allem Meyer, S. 152f., Prange 218f., Hesse, S. 141.

<sup>185</sup> Tennstedt 1976, S. 401.

<sup>186</sup> Parlow/Winter, S. 70; Webber, S. 172; Prange 226.

<sup>187</sup> Kater 1986, S. 64.

<sup>188</sup> Webber, S. 173; Hesse, S. 143.

<sup>189</sup> Hesse, S. 143.

<sup>190</sup> Rosewitz/Webber, S. 19.

<sup>191</sup> Tennstedt 1976, S. 402.

<sup>192</sup> Jungmann/Reuter, S. 12.

<sup>193</sup> Finkenrath 1928, S. 40f. Rosewitz/Webber, S. 18.

gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen wie auch den Ersatzkassen<sup>194</sup> betraf.<sup>195</sup> Aus ihm auszutreten, konnte zur Folge haben, seine vertragliche Stellung gegenüber den Kassen zu verlieren. Angesichts dieses indirekten Zwangs zur Mitgliedschaft war es kaum verwunderlich, wenn bereits lange vor 1931 nahezu alle Kassenärzte dem Hartmannbund angehörten.<sup>196</sup> Nur ganz wenige, z.B. 1927 einige mutige sozialdemokratische Ärzte, wagten den Austritt.<sup>197</sup> Alternativen wie eine 1930 gegründete Ärztegewerkschaft unter dem Dach des Allgemeinen Deutschen Gewerkschaftsbundes hatten kaum eine Chance, wirkungsvoll zu arbeiten.<sup>198</sup> Konkurrenzorganisationen zum Hartmannbund wie der oben erwähnte "Reichsverband der Kassenärzte" erhielten zwar zwischenzeitlich vergleichbare Rechte.<sup>199</sup> Doch konnte sich dieser Verband nicht behaupten und verlor seine Funktion 1931 wieder.

Hinzu kam, daß dem Hartmannbund der Monopolistenstatus von außen immer mehr zugewiesen wurde. Bereits mit dem Berliner Abkommen von 1913 hatte sich der Leipziger Verband von einer privatrechtlichen Vereinigung in Richtung einer Organisation entwickelt, die definierte Aufgaben im gesundheitspolitischen Regel- und Gesetzssystem zugesprochen bekam.<sup>200</sup> Dieser Trend hin zu einem öffentlich-rechtlichen Status setzte sich in der Weimarer Republik fort.<sup>201</sup>

Mit der Notverordnung vom 8. Dezember 1931 wurde eine monopolistische Kollektivvertretung zwar nicht völlig neu geschaffen, aber grundsätzlich rechtlich anerkannt<sup>202</sup> und allgemein eingeführt. Auch Kassenärztliche Vereine, die für die Ärzte Verhandlungen mit den Krankenkassen übernahmen, hatte es vor 1931 schon gegeben.<sup>203</sup> Neu war jedoch, daß die unter diesem Namen ab 1932 zunächst auf lokaler Ebene gegründeten Einrichtungen als öffentlich-rechtliche Körperschaften mit Zwangsmitgliedschaft und ausgestattet mit einem Vertretungsmonopol der Ärzte auf gesetzlicher Grundlage sowie flächendeckend eingerichtet wurden.

Mit einer solchen Konstruktion Kassenärztlicher Vereinigungen scheint der Hartmannbund allerdings gerade die Kompetenz verloren zu haben, die er im internen Streit um den Entwurf der Reichsärzteordnung erfolgreich verteidigt hatte: das Recht zum Vertragsabschluß mit den Kassen. Doch bei genauerem Hinsehen war dem nicht ganz so. Hartmannbund und Kassenärztliche Vereinigungen blieben nämlich institutionell miteinander vermischt, indem die lokalen Vorsitzenden des Hartmannbunds auch den

---

<sup>194</sup> Meyer, S. 163.

<sup>195</sup> Kater 1987, S. 38.

<sup>196</sup> Tennstedt 1976, S. 402.

<sup>197</sup> Kater 1976, S. 38.

<sup>198</sup> Meyer, S. 163.

<sup>199</sup> Clever, S. 79.

<sup>200</sup> Clever, S. 77.

<sup>201</sup> S. Bergemann- Gorski, S. 42; Tennstedt 1976, S. 399.

<sup>202</sup> Jungmann/Reuter, S. 20.

<sup>203</sup> Finkenrath 1928, S. 41.

entsprechenden örtlichen Kassenärztlichen Vereinigungen vorstanden.<sup>204</sup> Wie groß trotz aller organisatorischen Umbrüche die Kontinuität der ärztlichen Interessenvertretung allgemein war, zeigt sich daran, wie umfassend, wenngleich nicht immer reibungslos,<sup>205</sup> sowohl die Aufgaben wie auch die Repräsentanten der beiden Organisationen ineinander übergingen. Das gilt insbesondere für die Zeit nach 1933, als die Geschäftsführung des Hartmannbundes komplett von Leipzig nach Berlin zog, um dort die Spitze der neugegründeten "Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands" zu stellen. Durch geschicktes Ausnützen der Wirtschaftskrise am Ende der Weimarer Republik hatte der Ärztestand die Ziele eines professionalisierten Standes weitgehend erreicht, selbst wenn deren Umsetzung erst unter nationalsozialistischen Vorzeichen geschah.

Die Bündelung der Interessenvertretung in einer Hand, die organisatorische Zusammenfassung der Angebotsseite des ärztlichen Arbeitsmarktes,<sup>206</sup> war ein weiteres zentrales Erfordernis einer schlagkräftigen Interessengruppe gegenüber der nichtärztlichen Umwelt. Die Freiheit, damit nicht mehr unmittelbar von den Krankenkassen kontrolliert zu werden, erkaufte sich die Ärzteschaft jedoch mit einer engeren Einbindung in das Staatsgefüge. Das Prinzip der Kassenärztlichen Vereinigungen dieser Zeit war nicht zuletzt Teil des Modells eines formierten, autoritären Ständestaats nach italienischem Vorbild.

Wie sich bereits am Beispiel des Ersten Weltkriegs gezeigt hatte, ging es beim Kampf für die Freiheit der Ärzte nicht um Freiheit schlechthin. Die damaligen Repräsentanten dieses Standes waren durchaus bereit, sich einer staatlichen Autorität unterzuordnen, solange diese dem Berufsstand eine privilegierte Stellung in einer hierarchischen Gesellschaft und die Abstinenz von sozialistischer Gleichheitsbestrebungen garantierte. Den Weg zu dieser Machtstellung ebnete auch die stete Berufung auf die vorgegebene ärztliche Berufsethik und Standesehre. All diese Erfolge erreichten die Standesorganisationen mit der ihnen eigenen Mischung aus lautem Wehklagen, harter Machtdemonstration und geschickter Verhandlungspolitik.

### Spiel mit dem Feuer

Die Politik der ärztlichen Standesorganisationen beschränkte sich allerdings auch in der Spätphase der Weimarer Republik nicht auf die enge berufliche Interessenvertretung. Gerade angesichts der starken Unterstützung, die die Nationalsozialisten später von den ärztlichen Standesorganisationen wie auch von einer weit überdurchschnittlichen Anzahl von Ärzten erhielten, ist deren allgemein- bzw. sozialpolitisches Auftreten vor 1933 historisch von besonderem Interesse. Zum Verständnis dieses Umstands ist es wichtig nachzuverfolgen, wie

<sup>204</sup> Tennstedt 1976, S. 402. Kater 1986, S. 68, nennt dies ein regionales halbselbständiges System, das als Vermittler zwischen Leipziger Verband und Krankenkassen wirkte. Bestehende Verträge mit den Kassen wurden übertragen.

<sup>205</sup> Hubenstorf in Bleker/Jachertz, S. 50.

<sup>206</sup> Huerkamp/Spree, S. 93ff.

sich Vorformen einer Gedankenwelt, auf der die nationalsozialistische Politik bzw. Sozialpolitik später baute, in der ärztlichen Öffentlichkeit der späten 1920er und frühen 1930er Jahre breit machten.

Ende Juni 1929, sozusagen am Vorabend der Weltwirtschaftskrise, wurde in Essen der 48. Deutsche Ärztetag abgehalten. Das zentrale Thema der Außen- und Selbstdarstellung auf dieser Veranstaltung zählte zur allgemeinen Sozialpolitik. Willy Hellpach, der ehemalige Schriftleiter der Ärztlichen Mitteilungen und zwischenzeitlich auch Badischer Ministerpräsident, zu dieser Zeit jedoch wieder Psychologieprofessor und kurzfristig liberaler Reichstagsabgeordneter, sprach als einer der Hauptredner des Ärztetreffens in einem öffentlichen Vortrag eineinhalb Stunden über "Gründe und Grenzen, Bewährung und Entartung der Staatsfürsorge am kranken Menschen".<sup>207</sup> Darin behauptete er, die Sozialversicherung hätte in ihren Anfängen zwar Großes geleistet, doch ihre gegenwärtig erreichte Ausweitung hätte den Willen der Bevölkerung zur gesundheitlichen Selbsthilfe erlahmen lassen. Die "Entartungskrisis des deutschen sozialen Versicherungswesens" bestünde darin, "jedem Volksgenossen die rascheste und verlässlichste ärztliche Versorgung im Krankheitsfalle sicherzustellen".<sup>208</sup> Die Krankenversicherung hätte eine Anspruchshaltung auf die Leistungen hervorgebracht, "ein Recht auf Krankheit [...] ein Recht auf Feiern und Krankengeld", eine "Krankheitsgewissenlosigkeit": "Die seltene Ausnahme von ehemals - die Hysterische, das schulscheue Kind, d.h. Menschen, die krank sein und bleiben wollen -, ward jetzt [...] sehr, sehr, erschreckend häufig".<sup>209</sup>

Hellpachs Gegenvorschlag bestand, kurz gesagt, darin, das bestehende Versicherungswesen durch ein sozial abgestuftes System zu ersetzen, das je nach Einkommen lediglich so viel an Krankheitskosten übernehmen sollte, daß eine totale Verarmung oder ein erheblicher sozialer Abstieg verhindert würde. Damit wollte Hellpach gesundheitliche Fürsorge vom sozialpolitischen Ziel zum rationierten Luxusgut machen: "Völlige Vorsorge von außen her würde an dieser Schicht [den Unterschichten, E.W.] einen öffentlichen Luxus bedeuten, der zugleich eine unbillige Verwöhnung einschloße".<sup>210</sup>

Was der liberale Politiker Hellpach unter stürmischem Beifall<sup>211</sup> der mehr als tausend<sup>212</sup> Zuhörer sagte, klang einerseits wie ein nüchterner Lösungsvorschlag für die damaligen sozialpolitischen Probleme. Und dennoch bestehen in den Grundstrukturen gewisse Verbindungen mit dem, was die nationalsozialistischen Machthaber später als ihre Sozialpolitik in die Tat umsetzten, auch wenn Hellpach sicherlich alles andere als ein direkter Vordenker nationalsozialistischer Gesundheitspolitik war.

<sup>207</sup> Stenographischer Bericht über die Verhandlungen des 48. Deutschen Ärztetages (...): In Ärztliches Vereinsblatt für Deutschland 58 (1929) Nr. 25, S. 37-46. Siehe Auch den Nachdruck der Rede in: Willy Hellpach: Universitas Litterarum. Stuttgart 1948, S. 260-281.

<sup>208</sup> Ebd. (Ärztliches Vereinsblatt), S. 41.

<sup>209</sup> Ebd., S. 42.

<sup>210</sup> Ebd., S. 44.

<sup>211</sup> Ebd., S. 46.

<sup>212</sup> Ärztliches Vereinsblatt 58 (1929) Nr. 20, S. 1.

Hellpach stellte mit seinem Modell den Kern des Sozialstaats in Frage, wie er, aufbauend auf die Bismarcksche Sozialgesetzgebung, während der Weimarer Republik immer solider gebaut wurde. Wer krank ist, dem solle über das existentiell Notwendige hinaus kaum geholfen werden. Umfassende soziale Hilfe für die Schwachen war für Hellpach kein politisches Ziel, nicht einmal eines, das aus wirtschaftlichen Gründen derzeit unerreichbar sei, sondern ein Luxus, das heißt etwas Abzulehnendes. Unter anderem deshalb ist für ihn der selbstbewußte Kassenpatient auch ein Dorn im Auge: Er soll nichts fordern dürfen.

Worauf Hellpach statt dessen abzielte, war eine Gesellschaft, die im wesentlichen auf Selbsthilfe aufbaute. Er nannte dies beschönigend die Kräfte eines "lebendigen Volkstums", die "in der Erziehung immer freier und stolzer sich verantwortender Persönlichkeiten im sozialen Aufstieg" mündeten. Was dies aber auf der anderen Seite für diejenigen bedeute, die sich selbst nicht helfen konnten, ließ Hellpach bezeichnenderweise fast völlig unbeleuchtet. Im Gegenteil machte er die Empfänger sozialer Leistungen, die Kranken bzw. Leidtragenden, für die sozialpolitischen Probleme verantwortlich, indem er die Kassenpatienten ziemlich pauschal des Anspruchsdenkens und des ungerechtfertigten Ausnützens von Sozialleistungen verdächtigte.

Daß dies zumindest im Kern ein Modell mit sozialdarwinistischen Grundstrukturen darstellte, ist alles andere als eine Interpretation im nachhinein. Nicht zufällig ließ er während seines Vortrags Nietzsches Diktum vom Fallenden, das man auch noch stoßen solle, explizit einfließen, ohne allerdings eindeutig dazu Stellung zu beziehen.<sup>213</sup> Hellpach bekannte sich hier, an ärztepolitisch ungemein prominenter Stelle, zwar nicht ausdrücklich zum Sozialdarwinismus, aber er spielte, offensichtlich ganz im Sinne der Anwesenden, sehr bewußt mit diesem Gedanken. Der Kommentator in Julius Moses' Zeitschrift *Der Kassenarzt* merkte dementsprechend an, die Rede des Demokraten Hellpach sei "für die Herren Deutschnationalen ein gefundenes Fressen" gewesen.<sup>214</sup>

Typisch war diese Ärtzetagsrede in der Hinsicht, daß in jenen Jahren das Sozialversicherungswesen generell im Kreuzfeuer der Kritik stand. Manche zweifelten dabei lediglich an seiner Finanzierbarkeit. Viele jedoch machten an der Frage eine wesentlich grundsätzlichere Ablehnung fest. Hellpach formulierte nämlich lediglich eine sozusagen "salonfähig" entschärfte Version der Fundamentalkritik des damals sehr populären Danziger Chirurgen Erwin Liek (1878-1935) am Sozialstaat schlechthin, die dieser in seinem 1925 erstmals erschienenen Bestseller "Der Arzt und seine Sendung" formuliert hatte. In seinen Schriften diffamierte Liek die Kassenpatienten als schwächliche Simulanten, die die Volksgemeinschaft aussaugten.<sup>215</sup> Der mit zehntausenden gedruckter Exemplare durchschlagende Erfolg dieses Buches läßt darauf schließen, daß Lieks Gedanken den

<sup>213</sup> *Ärztliches Vereinsblatt für Deutschland* 58 (1929) Nr. 25, S. 45, "(...) lassen wir dies harte Postulat auf sich beruhen (...)".

<sup>214</sup> *Der Kassenarzt* 1929, Nr. 28/29, S. 2.

<sup>215</sup> Wuttke-Groneberg 1988, S. 15-17.

Vorstellungen vieler Ärzte (und nicht nur ihnen) prinzipiell entgegenkamen, auch wenn sich an der Radikalität seiner Einstellungen bisweilen kollegiale Kritik regte.<sup>216</sup> Selbst Karl Haedenkamp als einer der obersten Repräsentanten der Ärzteschaft distanzierte sich von Lieks Maximalforderung, die Krankenversicherung generell abzuschaffen.<sup>217</sup>

Wie schon an Hellpach gesehen, steckte hinter solcher Kritik mehr oder weniger deutlich der Gedanke, das Sozialversicherungswesen trage deshalb einen strukturellen Fehler in sich, weil es die Schwachen, seien sie nun körperlich oder wirtschaftlich schwach, unterstütze und die Starken mit dieser Aufgabe belaste. Dies könne unweigerlich nur zu einer Schwächung der Gemeinschaft führen. Hinter solchen Überlegungen aber stand wiederum eine Gedankenwelt, die nicht nur in der Ärzteschaft dieser Zeit eine ungemeine Popularität besaß.

Ausgehend von Darwinschen Lehren ("survival of the fittest") hatte sich bereits im 19. Jahrhundert nicht zuletzt unter Medizinern eine Denkweise ausgebreitet, die die beobachteten Regelmäßigkeiten in der naturgeschichtlichen Entwicklung nicht nur des Menschengeschlechts zum allgemeinen politischen Orientierungsrahmen erhoben. In diesem "Biologismus" standen Fragen von Vererbung und Selektion im Vordergrund und paarten sich mit einem Nationalismus, der nicht das Wohlergehen des Individuums, sondern in erster Linie das des Volks bzw. der "Volksgemeinschaft" sahen. Der eugenische Gedanke besaß im übrigen eine solche Popularität, daß er auch vor sozialistisch eingestellten Ärzten nicht halt machte - wenn er dort auch nicht in der rassistischen Deutlichkeit auftrat, in der er von den Ärzten des nationalen oder völkischen Lagers vertreten wurde.

Die Bedeutung des eugenischen Denkens dieser Zeit spiegelte sich in einer Vielfalt von hochbrisanten Feldern der Sozial- und Gesundheitspolitik der Weimarer Republik. Diese wurden wiederum von den ärztlichen Standesorganisationen wie auch von ihren Publikationsorganen aufgegriffen und diskutiert. Nicht nur, daß dem Krankenversicherungswesen vorgeworfen wurde, es betreibe im Grunde eine Gegenauslese, die die Schwachen fördere und die Starken belaste, was ein Volk letzten Endes in den Untergang führen müsse. Das Interesse erstreckte sich auch auf Fragen der Bevölkerungspolitik, um die eugenisch orientierte Kreise eine öffentliche Debatte entfachten. Diese sahen im Geburtenrückgang unter der Deutschen, vor allem bei den Oberschichten, gegenüber anderen Völkern eine Bedrohung. Ein recht heftig diskutierter Punkt war hierbei die Frage der Abtreibung. Dieses Thema hatte eben nicht nur religiös-ethische, sondern genauso auch eugenische Hintergründe. Hier standen sich, vereinfacht, ein bevölkerungspolitisch orientiertes und ein sozialpolitisch motiviertes Lager gegenüber. Während das erstere die Pflicht der Frauen bzw. Familien gegenüber dem Volk hervorhob, reklamierten die letzteren das individuelle Recht der Frauen auf die Selbstbestimmung über ihren Körper. Die Repräsentanten der großen Ärzteverbände standen damals der Liberalisierung des Paragraphen 218 deutlich ablehnend gegenüber. Dementsprechend

<sup>216</sup> S. Hubenstorf in Bleker/Jachertz, S. 47.

<sup>217</sup> Haedenkamp, S. 54.

referierte einer der Hauptredner des 44. Ärztetags in Leipzig 1925 auch in eindeutiger Sprache über die "Bekämpfung der Abtreibungsseuche". Immerhin forderte dieser Ärztetag eine Strafmilderung für die betroffenen Frauen. Im Jahr darauf sprach er sich allerdings gegen eine soziale Indikation aus.<sup>218</sup>

Dieses Dauerthema der ersten deutschen Republik ließ es allerdings auch deutlich werden, wie stark ein weiterer Riß durch die Ärzteschaft ging. Nicht nur, daß die politisch links eingestellten Ärzte wie oben bereits beschrieben für die Reform des Paragraphen 218 eintraten. In diesem Punkt waren auch die weiblichen Ärzte, die in dieser Zeit einen deutlich zunehmenden Anteil der Ärzteschaft ausmachten, zu großen Teilen anderer Meinung. Deren Einstellung zeigte sich in der von der Ärztemehrheit abweichenden Meinung des Bundes Deutscher Ärztinnen, der 1924 gegründet worden war und 1928 bereits 600 Mitglieder zählte. Angesichts dieses kontroversen Themas mußte das Deutsche Ärzteblatt seine Spalten auch für die Befürworter einer sozialen Indikation öffnen, wiewohl die Schriftleitung glaubte, den entsprechenden Grundsatzartikel kommentieren zu müssen.<sup>219</sup>

An einem weiteren zentralen Diskussionsthema jener Jahre spiegelt sich das zunehmende Einsickern eugenischen Gedankenguts in die Medizin am augenfälligsten, zumal dessen fatale Auswirkungen in der Zeit des Nationalsozialismus besonders zum Tragen kamen: die Frage der Zwangssterilisation von sogenannten "Minderwertigen".

Angesichts der ungemeinen Popularität von Vorstellungen über die Erbllichkeit von Krankheiten wurden im Verlauf der 1920er Jahre Stimmen immer lauter, die dafür plädierten, Behinderte oder sonstige in damaliger Sprache "Minderwertige"<sup>220</sup>, zu denen zunehmend auch sogenannte "Asoziale" wie Kriminelle, Trunksüchtige und "Arbeitsscheue" gezählt wurden,<sup>221</sup> durch Sterilisation an ihrer weiteren Fortpflanzung zu hindern und mithin der "Verpöbelung"<sup>222</sup> des deutschen Volkes entgegenzutreten. Auch die ärztliche Standespresse war ein Ort, an dem diese Vorstellungen debattiert wurden.<sup>223</sup> Vor allem 1932 kam die Frage im Deutschen Ärzteblatt, wie sich das ehemalige Ärztliche Vereinsblatt seit 1930 nannte, breit zur Sprache. Es wurden Berechnungen angestellt, wie viele Hundert Millionen Reichsmark diese "Minderwertigen" den Staat jährlich kosteten.<sup>224</sup> Die Schriftleitung der Zeitschrift zeigte offenkundig eine Sympathie für die Befürworter der eugenischen Sterilisierungsmaßnahmen.

Im November 1932 bat der Ärztevereinsbund auch im Namen des Hartmannbunds das Innenministerium um Erlaß eines Gesetzes zur Freigabe der Sterilisierung aus eugenischen Gründen, das "zunächst" auf Freiwilligkeit beruhen sollte, allerdings nur solange ein Zwang

<sup>218</sup> Eckelmann, S. 25.

<sup>219</sup> Deutsches Ärzteblatt 62II (1931), Ausg. v. 1.5.

<sup>220</sup> Vgl. Jäckle, S. 43f.

<sup>221</sup> Ebd., S. 50f.

<sup>222</sup> Ebd., S. 53.

<sup>223</sup> S. a. Deneke/Sperber, S. 63.

<sup>224</sup> Vgl. Jäckle, S. 44.

"dem Empfinden der weitesten Volkskreise widerspricht".<sup>225</sup> Die höchsten Ärztevertreter hatten offensichtlich keine grundsätzlichen Bedenken dagegen, die Sterilisation auch gegen den Willen der Betroffenen durchzusetzen. Dies machte Haedenkamp innerhalb Jahresfrist deutlich, als er das Zwangssterilisierungs-Gesetz der mittlerweile an die Macht gekommenen Nationalsozialisten öffentlich rechtfertigte und die zuvor einschränkende Haltung mit taktischen Machbarkeits-Erwägungen erklärte.<sup>226</sup>

Anders verhielt es sich im übrigen mit der Freigabe der sogenannten "Tötung lebensunwerten Lebens", die gemeinhin unter dem beschönigenden Begriff der "Euthanasie" behandelt wird. Diese Frage wurde in der Weimarer Republik, auch in der Standespresse, immerhin diskutiert, was bedeutet, daß solchen Maßnahmen zumindest ein Teil der Ärzteschaft positiv gegenüberstand. 1921 hatte der 42. Deutsche Ärztetag in Karlsruhe eine entsprechende Resolution aber abgelehnt. Eine deutliche Befürwortung von seiten der Ärzteverbände läßt sich in den Jahren bis 1933 jedoch nicht nachweisen.

### Integration und Ausgrenzung

Die Standesgeschichtsschreibung schrieb im Jahr 1980 über den Hartmannbund, der Beweis hätte noch nicht erbracht werden können, daß diese Organisation ebenso wie die Ärzteschaft schon vor der Machtergreifung stark nationalsozialistisch unterwandert gewesen sei.<sup>227</sup> Ganz abgesehen von der äußerst problematischen Beweislastumkehr, blendet aber die Einengung der Perspektive auf "nationalsozialistische Unterwanderung" das Wesentliche aus. Unübersehbar ist, wie sich in den großen Verbänden der Ärzteschaft nicht nur das sozialpolitische, sondern auch das allgemeinpolitische Klima gegen Ende der Weimarer Republik zunehmend in eine Richtung wandelte, die den Übergang in eine alles andere als erzwungene Unterstützung der neuen Machthaber, wie sie im folgenden Kapitel dargestellt wird, nur noch bedingt als Bruch erscheinen läßt.

Daß die deutschen Ärzte vor 1933 überzeugte Nazis waren, trifft sicherlich nur für einen zunächst kleinen, allmählich größer werdenden Teil zu. Organisatorischer Kern dieses Lagers war der 1929 gegründete Nationalsozialistische Deutsche Ärztebund, der bis 1933 seine Mitgliederzahlen langsam auf runde 3.000 steigern konnte. Jenseits der formellen Mitgliedschaft muß die Sympathie mit den Zielen dieser Organisation aber um einiges größer gewesen sein, sonst hätte es später keine so breite, häufig freiwillige Unterordnung unter die Politik der Nationalsozialisten geben können. Daß allerdings die Ziele dieser Ärzte mit denen von Ärztevereinsbund und Hartmannbund nur bedingt identisch waren (zum Beispiel in der Krankenkassenfrage), zeigt allein schon die ständige Kritik dieser jungen Vereinigung an den etablierten Großverbänden.

---

<sup>225</sup> Vgl. ebd., S. 53.

<sup>226</sup> Vgl. ebd., S. 109f..

<sup>227</sup> Jungmann/Reuter, S. 21.

Die deutsche Ärzteschaft dachte in dieser Zeit zumindest in ihrer großen Mehrheit national-konservativ und vertrat - nicht zuletzt auch aus den Erfahrungen des Kaiserreichs und des Ersten Weltkriegs - deutlich autoritäre Wert- und Staatsvorstellungen, die allem, was den Beigeschmack des Sozialismus hatte, ablehnend gegenüberstanden. Ärztevereinsbund und Leipziger Verband repräsentierten in ihren Spitzen im wesentlichen die Politik der Deutschnationalen Volkspartei, deren ausgewiesene Mitglieder bzw. Anhänger Haedenkamp und Stauder waren. Entsprechend vertraten diese beiden großen Organisationen auch eine Verbandspolitik, die häufig eben jener Partei entsprach, die 1933 der NSDAP zur parlamentarischen Mehrheit und Macht verhalf; das heißt, sie grenzten sich immer weniger von den Nationalsozialisten ab.

Während die großen Standesverbände sich stets darauf beriefen, daß ihre berufliche Interessenvertretung politisch neutral sei, verfolgten sie de facto aber eine Politik, die kontinuierlich gegen sozialdemokratische und sozialistische Positionen vorging, nationalen bis nationalsozialistischen Positionen aber weitgehend unwidersprochen ein Forum der Selbstdarstellung bot, also 'nach rechts integrierte' und 'nach links ausgrenzte' (Michael Hubensdorf)<sup>228</sup>. "Nazi-Wolken über dem Hartmannbund" betitelte Der Kassenarzt bereits 1931 einen Artikel, in dem er die Zurückhaltung brandmarkte, mit der der Verband darauf reagierte, daß die NS-Ärzte nun immer deutlicher und aggressiver in den Standesversammlungen auftraten.<sup>229</sup> Zum Teil stand diesen auch die Standespresse für die Ankündigung offen, nach der erhofften Machtübernahme gegen die jüdischen Ärzte vorgehen zu wollen, die den Nichtjuden ihrer rassistischen Ansicht nach die Klientel wegnahmen.<sup>230</sup> Julius Moses und die Zeitschrift Der Kassenarzt gehörten zu den wenigen, die laut und vernehmlich vor dieser explosiven Mischung aus nationalsozialistischen Berufs- und Gesundheitspolitikern warnten, denen die obersten Repräsentanten des Berufsstandes keinen deutlichen Widerspruch entgegenhielten. "Folgende Fragen, so Moses im Februar 1932, "die wir bisher schon mehrfach gestellt haben, sind bisher noch immer nicht beantwortet worden: Was tun die Ärztekammern gegen diese Boykottbewegung? Was tun dagegen die Standes- und Ehrengerichte? Was der Hartmannbund - und der deutsche Ärztevereinsbund? [...] Die Standeswürde gerät in Gefahr, wenn mal ein Arzt ein etwas größeres Zeitungsinserat oder eine ungewöhnliche Anzeige im Telephonbuch wählt. [...] Die Standeswürde wird aber offenbar nicht weiter berührt, wenn Ärzte zum wirtschaftlichen Boykott und zur Existenzvernichtung anderer Ärzte aus politischen Gründen aufrufen."<sup>231</sup>

Was für Moses ein moralisch-politischer Appell war, läßt sich umgedreht auch als Hinweis auf einen weiteren wichtigen Grund lesen, weshalb die deutsche Ärzteschaft und ihre Standsorganisationen dem Nationalsozialismus so viel Sympathie entgegenbrachten. Offensichtlich, so das Resümee des Historikers Peter Thomsen, erschienen großen Teilen der

<sup>228</sup> "Der Wert", S. 207.

<sup>229</sup> Der Kassenarzt 8 (1931), Nr. 25, S. 1-3.

<sup>230</sup> Wuttke-Groneberg 1988, S. 14.

<sup>231</sup> Der Kassenarzt 9 (1932), Nr. 5, S. 4.

Ärzeschaft die Nationalsozialisten - und mit ihnen auch die Deutschnationalen - als die geeignetsten Sachwalter eben gerade ihrer eigenen Vorstellungen von "Standeswürde", und das war vor allem eine weitgehend selbständige und mit hohem Prestige ausgestattete Berufsausübung. Die Nationalsozialisten verstanden es, dem Arzt eine zentrale Rolle als "Gesundheitsführer" in einem Gesundheitssystem zu versprechen, das nicht von den in ihren Augen materialistischen Ansprüchen der Patienten und der Krankenkassen bestimmt war. Wie weit jedoch die anderen Parteien und linke Ärztevereine wie den Verein Sozialistischer Ärzte eine Verantwortung an dieser Entwicklung trifft, weil sie den traditionellen ärztlichen Berufsvorstellungen gegenüber eine "völlige Ignoranz" entgegenbrachten, mag dahingestellt bleiben.

**Ärztliches Standeswesen und Nationalsozialismus 1933-1945**

Martin Rüter

Man stelle sich vor: Die große Mehrheit der deutschen Ärzte protestiert 1933 samt ihrer Standesorganisationen und gemeinsam mit Krankenschwestern, Pflegern sowie Apothekern in Massenkundgebungen gegen die Maßnahmen des NS-Regimes. Angeprangert werden dabei besonders die Ausschaltung der rassistisch und politisch "unerwünschten" Kolleginnen und Kollegen und das "Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses". Nach anfänglichen einzelnen Festnahmen opponierender Ärzte müssen die verfügbaren Neuerungen rückgängig gemacht werden, da es unmöglich ist, die gesamte Ärzteschaft zu inhaftieren.<sup>1</sup>

Dieses von Fridolf Kudlien entworfene Szenario, entbehrt - das ist hinlänglich bekannt - jeder realen Entsprechung. Nach dem 30. Januar 1933, dem Tag der Ernennung Adolf Hitlers zum Reichskanzler, war statt Widerstand oder zumindest Resistenz eine in ihrem unspektakulären Ablauf erstaunliche Anpassung zu beobachten: rasche (Selbst-) Gleichschaltung, aktive Teilnahme am Ausschluß jüdischer und politisch mißliebiger Kollegen sowie massenhafte Beitritte zur NSDAP.

Vom schnellen Ende ärztlicher Selbstverwaltung

Nach der Reichstagswahl vom 5. März 1933, die trotz Verbots der KPD und NS-Terrors lediglich eine knappe absolute Mehrheit für die Regierungskoalition aus NSDAP, DNVP und Stahlhelm ergeben hatte, folgten am 21. März der geschickt inszenierte "Tag von Potsdam" und zwei Tage später die Verabschiedung des Ermächtigungsgesetzes, das die Regierung künftig in die Lage versetzte, ohne Mitwirkung des Reichstags Gesetze zu erlassen. In diesen Tagen vollzog sich auch bei Ärztevereinsbund und Hartmannbund die Gleichschaltung. Sie sollte Mitte der 1960er Jahre von einem der führenden NS-Ärztefunktionäre, Paul Sperling, verharmlosend, aber durchaus zutreffend, so charakterisiert werden, "daß an die maßgebenden Stellen ältere und jüngere Parteigenossen gesetzt wurden, unter Beibehaltung [...] der bisherigen Inhaber".<sup>2</sup> Nachdem bereits am 21. März 1933 zwischen dem Vorsitzenden des Ärztevereinsbundes und Hartmannbundes, Alfons Stauder, und dem Vorsitzenden des Nationalsozial-

stischen Deutschen Ärztebundes (NSDÄB), Gerhard Wagner, ein erstes Treffen stattgefunden hatte, kam es am 23. und 24. März zu den entscheidenden Besprechungen in Nürnberg, bei denen Sperling zugegen war. Folgt man seiner Darstellung der Ereignisse, so sind Widerstände seitens der Repräsentanten der organisierten Ärzteschaft nicht nachweisbar - obwohl nicht weniger aufgegeben wurde als Selbständigkeit und Entscheidungsfreiheit.

In der offiziellen Verlautbarung hieß es, da allerorts eine Änderung in der Zusammensetzung der Vorstände gefordert werde, habe man sich entschieden, Wagner zum Kommissar der beiden Spitzenverbände zu berufen. Vorstände und Geschäftsführung würden allerdings im Amt bleiben und "in vertrauensvoller Zusammenarbeit mit Dr. Wagner ihre Geschäfte" weiterführen.<sup>3</sup> Das alles war laut Sperling ohne "aufgeregte Auseinandersetzung" und ohne "unfreundliche Worte" geschehen: "Geheimrat Stauder zeigte sich ohne weiteres bereit, die Führung in die neuen politisch beauftragten Hände zu legen."<sup>4</sup>

Dieses Vorgehen wurde Anfang April von den Vorständen der ärztlichen Organisationen einstimmig gutgeheißen.<sup>5</sup> Nicht nur, daß die neuen Machthaber die lang ersehnte Reichsärzteordnung in Aussicht stellten. Auch Schreckgespenster der Weimarer Jahre wie Sozialisierung, Kommunalisierung oder die "Fesseln des Kassenarztrechts"<sup>6</sup> schien das neue Regime beseitigen zu wollen. Jedenfalls sicherte eine einvernehmliche Lösung nahezu allen Beteiligten auch weiterhin eine herausgehobene Tätigkeit in der Standespolitik; fehlten NSDAP und NSDÄB doch die entsprechenden Fachleute.

Als repräsentatives Beispiel kann hier die mecklenburgische Ärztekammer gelten, deren Vorstand am 1. April 1933 durch das Staatsministerium für Medizinalangelegenheiten mitgeteilt wurde, daß ihre Auflösung beabsichtigt sei, "da sie in ihrer jetzigen Zusammensetzung [...] nicht mehr dem Willen der Mehrheit der mecklenburgischen Ärzteschaft entspricht". Die bisherigen Landesvertreter unternahmen am 5. April noch einen halbherzigen Rettungsversuch, indem sie dem Ministerium mitteilten, die Gesichtspunkte, die in den vergangenen Wochen vielerorts zur Auflösung von Körperschaften geführt hätten,

träfen "für die mecklenburgische Kammer in keiner Weise zu", da in ihr "weder jüdische noch demokratisch marxistische Ärzte vertreten" seien, sondern sie sich "ausschließlich aus nationaldenkenden Mitgliedern" zusammensetze. Das traf offenbar zu. Zwar bewahrte die Eingabe die Ärztekammer nicht vor der am 12. April endgültig verfügten Auflösung, doch ordnete der von Wagner eingesetzte Kurt Blome an, das, als sein Vertreter, sowohl der Vorsitzende des Vorstandes wie der Geschäftsführer der Kammer weiter im Amt blieben.<sup>7</sup>

Es war wohl tatsächlich so, wie wiederum Paul Sperling in verblüffender, den damaligen Opportunismus verdeutlichender Offenheit resümierte: "Das Institut der geschäftsführenden Ärzte hatte seine Standfestigkeit bewiesen, man brauchte nämlich vielfach die gleichen Spezialisten unter Ebert, Hindenburg, Hitler, Heuß und Lübke. Sie waren letzten Endes meist ziemlich unpolitisch und hielten nur als Fachleute die Maschinerie der Verwaltung in Gang, ob das Signal auf rosa, braun oder schwarz-rot-gold stand."<sup>8</sup>

Sperlings Versuch einer nachträglichen Selbstrechtfertigung durch unzulässige Relativierung liefert zugleich Informationen über personelle Aspekte: eine Aufzählung jener, die ihre Position in den Standesorganisationen auch 1933 und später beibehielten, würde lang ausfallen<sup>9</sup>, genannt seien hier lediglich Karl Haedenkamp, Johannes Hartmann oder Hermann Lautsch, wobei insbesondere Haedenkamp auch nach 1945 beim Wiederaufbau der Standesorganisation eine maßgebliche Rolle spielen sollte.

Weitaus kürzer ist dagegen die Liste jener Persönlichkeiten auf Vorstands- und Geschäftsführungsebene, die aus ihren Positionen ausschieden. Dazu gehörten an erster Stelle die jüdischen Mitglieder, etwa der Schriftleiter des Deutschen Ärzteblatts, Siegmund Vollmann, der bereits im März um seine "Beurlaubung" nachsuchte.<sup>10</sup> Aber auch Alfons Stauder trat den persönlichen Rückzug an, allerdings nicht, weil er verfolgt wurde, sondern weil er seine Autorität durch die de facto unumschränkten Vollmachten Wagners gefährdet sah. Das legen jedenfalls seine Äußerungen im Rahmen der Vorstandssitzung des Deutschen Ärztevereinsbundes am 15. Mai 1933 nahe. Er hielt

"die Situation für den Vorstand, der nicht einfach nachträglich Beschlüssen zustimmen könne, an deren Zustandekommen er nicht mitgewirkt habe, für unerträglich" und bat darum, "ihn aus zwingenden Gründen vom Vorsitz zu entbinden, damit er aus dem Vorstand ausscheiden könne". Am 7. Juni 1933 teilte er seinen Rücktritt offiziell mit und schlug Wagner als Nachfolger vor.<sup>11</sup>

Solcherlei Anpassungsprobleme an die veränderten Machtverhältnisse hatte Karl Haedenkamp, der durch Artikel in der Standespresse schon seit 1930 maßgeblich zum Einverständnis zwischen Hartmannbund und NSDÄB beigetragen hatte<sup>12</sup>, offenbar nicht. "Die Arbeiten zum Einbau des ärztlichen Standes in den neuen Staat", so schrieb er am 6. Mai 1933 in den Ärztlichen Mitteilungen, würden planmäßig verlaufen. Die Leitung müsse autoritär und zentralistisch erfolgen. Bei den notwendigen Umstrukturierungsmaßnahmen gelte es, falsche Rücksichtnahmen zu vermeiden: "Angesichts der überragenden Wichtigkeit der zu leistenden Aufgaben können Bedenken, die sich auf satzungsbedingte Erwägungen gründen, keine Geltung beanspruchen." Vereinsstatuten durften in Haedenkamps Augen den "Staatswillen" nicht einschränken.<sup>13</sup>

Paul Sperling attestierte Haedenkamp in der Rückschau - und aus seiner Sicht wohlmeinend - "hohe Anpassungsfähigkeit". Auch wenn ihm der "neue Kurs [...] keineswegs in allen seinen Repräsentanten" behaftet habe, so habe Haedenkamp in seiner Funktion als Schriftleiter der beiden Standesblätter jeweils gezeigt, "wie sehr es ihm gelungen war, auch unter veränderten politischen Vorzeichen das Wesentliche zu beleuchten und die Ärzteschaft kompendiös und zuverlässig zu unterrichten".<sup>14</sup> Das betraf auch die Verfügung Wagners zur "autoritären Umgestaltung der ärztlichen Organisationen" und die nachträgliche Legitimierung der "Beauftragten" in den Landes- und Provinzialverbänden des Hartmannbundes, in aller Regel Funktionsträger des NSDÄB, die bereits seit März 1933 eingesetzt worden waren.<sup>15</sup> Durch diese Maßnahme, die zeitlich nahezu parallele Berufung von "Gesundheitskommissaren", die auf staatlicher Ebene tätig wurden, sowie durch die Auflösung der Ärztekammern war die gesamte Ärzteschaft mitsamt ihren Organisationen gleichge-

schaltet.<sup>16</sup> Das Vorgehen Wagners und seiner Kommissare verstieß nicht nur gegen die Statuten ärztlicher Standesvereine, sondern war häufig schlicht gesetzeswidrig - und wurde dennoch von Haedenkamp legitimiert.

Ausschaltung, Verfolgung, fehlende Solidarität

Wenn aber schon Spitzenfunktionäre offensichtlich problemlos ins nationalsozialistische Lager wechselten, war dann Widerstand von der Masse der Ärzte zu erwarten? Dieser, so könnte man vermuten, hätte sich am ehesten gegen das rigorose Bestreben der NS-Führung artikulieren müssen, "nichtarische" und ehemals im "kommunistischen Sinne" tätige Kollegen von der ärztlichen Tätigkeit auszuschließen.

Es war sicher kein Zufall, daß der erste Beschluß der ärztlichen Spitzenorganisationen nach den Nürnberger Vereinbarungen die Aufforderung an die Ärztevereine war, "jüdische und solche Kollegen, die sich der neuen Ordnung innerlich nicht anschließen können, zur Niederlegung ihrer Ämter in Vorständen und Ausschüssen zu veranlassen".<sup>17</sup> Auch wenn Alfons Stauder beklundete, diese Entscheidung sei ihm nicht leicht gefallen, da er sich "bisher als Sachwalter der gesamten Ärzteschaft" verstanden habe, wurden die von Wagner angeordneten und von den Nationalsozialisten schon seit 1930 propagierten Maßnahmen<sup>18</sup> ohne nachweisbare Widerstände auf allen Ebenen durchgeführt. Anfang April 1933 konnte Wagner bereits den nächsten Schritt seiner Ausschlußpolitik verkünden, nämlich "daß in Zukunft keine jüdischen Ärzte mehr zur kassenärztlichen Tätigkeit zugelassen werden". Und: "Für die Zukunft gilt der Grundsatz, daß Deutsche nur von deutschen Ärzten behandelt werden."<sup>19</sup>

Karl Haedenkamp schloß sich vorbehaltlos den neuen Parolen an und ließ verlauten, alle Aufgabengebiete standespolitischer Art müßten der "Volksgesundheitspflege und der Rassenhygiene" untergeordnet sein.<sup>20</sup> Auch darüber, was das für ihn hieß, ließ er keinerlei Zweifel: "Was deutsch und echt ist, was deutsche Art und deutsches Wesen verkörpert, was deutschen Blutes und deutscher Abstammung ist, kann und darf allein Träger der deutschen Zukunft sein. Was uns arteigen ist, wurde in der Vergangenheit verschüttet oder mit dem Artfremden vermischt, vielfach sogar von ihm überwuchert oder erstickt."<sup>21</sup>

Zwischenzeitlich waren auf der Grundlage des Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums (7. April 1933) nicht nur die jüdischen und politisch mißliebigen Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen aus ihren Stellungen vertrieben, sondern die Verordnung über die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit bei den Krankenkassen (22. April 1933) erlassen worden, die nun sämtliche Kassenärzte betraf. Deren Tätigkeit war demnach umgehend beendet, sofern sie "nicht arischer Abstammung" waren oder sich "im kommunistischen Sinne betätigt" hatten.<sup>22</sup> Eine Neuzulassung derartig "Belasteter" kam natürlich nicht mehr in Frage. Eine Ausnahme war lediglich für solche Ärzte "nicht arischer Abstammung" vorgesehen, die im Ersten Weltkrieg "an der Front für das Deutsche Reich oder für seine Verbündeten gekämpft haben oder an der Front oder in einem Seuchenlazarett als Ärzte tätig gewesen sind".

Die Abwicklung des Ausschlußverfahrens wurde pikanterweise dem Ärztestand, d.h. den örtlichen kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und dem Vorstand des Hartmannbundes übertragen. Erstere hatten eine "Vorentscheidung" zu fällen, gegen die der betroffene Arzt beim Reichsarbeitsministerium Beschwerde einlegen konnte, die zur Stellungnahme zunächst über den Hartmannbund zu leiten war. Dort wurde ein Ausschuß eingerichtet, der sich aus dem Hauptgeschäftsführer des Hartmannbundes Hermann Lautsch, dessen Justitiar Clemens Bewer sowie dem Vertreter Wagners beim Ärztevereinsbund Gustav Schömig zusammensetzte.<sup>23</sup> Schon im April 1933 war Karl Haedenkamp als Beauftragter Wagners zur Repräsentation der ärztlichen Spitzenverbände ins Reichsarbeitsministerium berufen worden<sup>24</sup>, um dort gemeinsam mit dem stellvertretenden Führer des NSDÄB, Hans Deuschl, die Durchführung der Verordnung zu überwachen.<sup>25</sup> Damit begann eines der dunkelsten Kapitel ärztlicher Standespolitik. Die Standespresse kündigte an, die KVen würden an die Kassenärzte Fragebögen verschicken, die diese "mit größter Beschleunigung" zurückzugeben hätten.<sup>26</sup> Fragebogen<sup>27</sup> wie begleitendes Rundschreiben gingen aber weit über das hinaus, "was gemäß der gesetzlichen Vorschriften zu ermitteln" war und wurden daher vom Reichsarbeitsministerium gerügt.<sup>28</sup>

Das Verhältnis zwischen beiden Stellen verschlechterte sich in den folgenden Wochen zusehends. Dabei waren es nicht etwa die Verantwortlichen der Ärzteorganisationen, die für ihre Kollegen eintraten, sondern die Beamten der Ministerialbürokratie, die bestrebt waren, bei der Bearbeitung der Einsprüche die Vorschriften nicht zu Ungunsten der Betroffenen auszulegen. Ob es nun darum ging, den Begriff "Frontkämpfer" zur Erlangung einer Ausnahmeregelung für jüdische Ärzte<sup>29</sup> oder das Faktum einer "Betätigung im kommunistischen Sinne" zu definieren, fast immer waren die Vorstellungen der KVen und auch des Hartmannbundes rigider als die der staatlichen Instanz. Besonders eifrig ging die Berliner Stelle ans Werk, die "mit einer nicht zu überbietenden Leichtfertigkeit" Ausschlüsse von Kollegen vornahm.<sup>30</sup> Auch andernorts, so berichtete der im Reichsarbeitsministerium zuständige Ministerialrat Oskar Karstedt Mitte 1933, habe er die Beobachtung machen müssen, "daß in zahlreichen Fällen beleidigende Äußerungen über Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens, angebliche Verstöße gegen die ärztliche Standesehre, Betätigung im Sinne der Geburtenregelung, häufiger vorgenommene Schwangerschaftsunterbrechungen und Ähnliches als Ausdruck kommunistischer Gesinnung angesehen worden sind". Daraufhin hätten die KVen die Beendigung der Zulassung wegen kommunistischer Betätigung ausgesprochen und sich nicht davon überzeugen lassen, daß ein solcher "Tatbestand" nicht schon aus einem vorgeblich standeswidrigen Verhalten abzuleiten sei.<sup>31</sup> Daß sie dabei nicht unter einem unausweichlichen Zwang standen, sondern durchaus nach eigenem Ermessen entscheiden konnten, belegen jene Beispiele, in denen KVen "von dem ihnen eingeräumten Ausschlußrecht zum guten Teil keinen Gebrauch gemacht haben". Zu nennen sind etwa Bochum, Bremen, Essen, Gelsenkirchen, Hagen oder Kiel.<sup>32</sup> Es scheint, als ob die durch die Verordnung gegebenen Möglichkeiten teilweise dazu genutzt worden sind, "alte Rechnungen" zu begleichen. Ein prominentes Beispiel ist der zur Weimarer Zeit bekannte Arzt und SPD-Reichstagsabgeordnete Julius Moses, der als Herausgeber der Zeitschrift Der Kassenarzt nicht nur die konservative Standespolitik über Jahre heftiger Kritik unterzogen hatte, sondern 1929 explizit Karl Haedenkamp

ob seiner "rüden antisemitischen Zwischenrufe" im Reichstag öffentlich angegangen war.<sup>33</sup>

Nach erfolgter Gleichschaltung der ärztlichen Standesorganisationen verkündete dieser unter Aufzählung sämtlicher Konfliktpunkte der Weimarer Zeit das offenbar schon feststehende Urteil: "Die Saat, die von denen um Moses gesät wurde, geht jetzt auf. An den Früchten haben Gerechte und Ungerechte zu kauen. Die Vergeltung trifft Schuldige und Unschuldige." Hagedenkamp war also durchaus bereit, im Rahmen einer für ihn unumgänglichen personellen "Säuberung" des Ärztestandes auch Ungerechtigkeiten in Kauf zu nehmen. Dabei machte er von vornherein klar, wem dafür die Verantwortung zuzuweisen war: nicht etwa Nationalsozialisten und ärztlichen Funktionären, sondern dem "Symbol des zersetzenden Ungeistes" und "Verächter aller ärztlichen Standes- und Ehrbegriffe", eben Julius Moses.<sup>34</sup>

Trotz solcher massiver Angriffe und Drohungen emigrierte Moses nicht. Er, der schon 1932 weitsichtig prognostiziert hatte, in einem künftigen Dritten Reich würden nur die Heilbaren geheilt, während die unheilbar Kranken unter aktiver Mithilfe der Ärzte als "Balastexistenzen" und "Menschenschund" vernichtet würden, wurde 1942 im Alter von 74 Jahren nach Theresienstadt deportiert, wo er kurze Zeit später umkam.<sup>35</sup>

Die Chance, (standes-) politische Gegner auszuschalten, nutzte auch Hermann Lautsch. Als Hauptverantwortlicher des Hartmannbundes für die Bearbeitung von Beschwerden gegen den Entzug der Kassenzulassung, war er in Fällen, wo es sich um einen Ausschluß aus politischen Gründen handelte, bereit, die Verordnung gegen die mißliebigen Berufskollegen auszulegen. Zwar hielt er es immerhin für unabdingbar, neben reinen Vorwürfen gegen Ärzte auch den Nachweis von Tatsachen zu verlangen<sup>36</sup>, und er war sich auch im klaren, daß die Ablehnung eines Widerspruchs für den Betroffenen in aller Regel "den wirtschaftlichen und bürgerlichen Tod" bedeutete.<sup>37</sup> Hinsichtlich der Zukunft von ehemaligen Mitgliedern des Vereins Sozialistischer Ärzte - die 1924 gegründete Vereinigung zählte 1932 etwa 1500 Mitglieder<sup>38</sup> - äußerte er sich jedoch unversöhnlich: Beim Hartmannbund gehe man für diesen Personenkreises "von dem

Grundsatz aus, in dubio nicht pro reo sondern contra reum, und: mitgefangen, mitgehungen!"<sup>39</sup>

Über die Gesamtzahl der vom Entzug der Kasenzulassung betroffenen Ärzte liegen keine abschließenden Angaben vor. Von etwa 32000 im März 1933 niedergelassenen Ärzten wurden Schätzungen zufolge mehr als 2000 ausgeschlossen und die frei werdenden Stellen bevorzugt mit parteitreuen Jungärzten besetzt.<sup>40</sup> Der bei weitem größte Teil der Ausschlüsse erfolgte mit der Begründung "nichtarischer" Abstammung. Obwohl laut Karstedt die Entscheidung in diesen Fällen "verhältnismäßig einfach"<sup>41</sup> gewesen sei, erkannte das Reichsarbeitsministerium aber dennoch immerhin 294 (28,5%) der 1030 sich hierauf beziehenden Beschwerden als berechtigt an.

Ein noch deutlicheres Licht auf die Praxis der Standesorganisationen wirft das entsprechende Verhältnis beim Ausschluß wegen "kommunistischer Betätigung". Obwohl Karstedt hervorhob, daß seitens des Reichsarbeitsministeriums die Durchführung der Verordnung bei den Ärzten weitaus strenger gehandhabt worden sei als etwa bei Rechtsanwälten, änderte er in einer Vielzahl solcher Fälle nicht nur das Votum der KVen, sondern auch das des Hartmannbundes ab. 338 Ärzte hatten gegen ihren Ausschluß Widerspruch eingereicht, von denen schon der Hartmannbund 110 anerkannte. Karstedt ging dagegen noch einen erheblichen Schritt weiter und versagte in 231 Fällen (68,3%) den Entscheidungen der KVen seine Zustimmung. Insgesamt wurden nach amtlicher Berechnung bis zum 1. Mai 1934 1377 Beschwerden von ausgeschlossenen Ärzten behandelt, wobei in 827 Fällen (60,1%) der Ausschluß von der kassenärztlichen Praxis bestätigt wurde. Zwischen den Entscheidungen von KVen und Hartmannbund hatte das Verhältnis noch 1377 zu 1074 (78%) gelautet. Bei allen Unklarheiten hinsichtlich der Verantwortung der organisierten Ärzteschaft bei der Ausschaltung eines großen Teils ihrer Kollegen ist doch unverkennbar, daß diese ohne nachweisbaren Zwang rigoros von dem staatlicherseits zur Verfügung gestellten Machtmittel Gebrauch machte - besonders in jenen Fällen, wo im weitesten Sinne politische Vorwürfe erhoben wurden. Der übergroße Teil der Ärzte nahm die Ereignisse offenbar gelassen hin. Das legt jedenfalls Paul Sperlings apologetische

Rückschau nahe: Zwar habe der Ausschluß jüdischer und kommunistisch orientierter Kassenärzte den ausführenden Organen "viel Sorge" und "auch Kummer" bereitet, doch "abgesehen von jenen in der Sache ungerechtfertigten politischen Maßnahmen einer revolutionären Geltungsbedürftigkeit" habe sich der ärztliche Alltag - und hier besonders jener der Kassenärzte - "überraschend schnell" eingespielt. "Man konnte sogar erleben, daß viele, die innerlich bestimmt kaum je an politische Strömungen gedacht hatten oder sich von ihnen treiben ließen, mit einem Mal begeistert die Hand nach oben rissen und nicht schnell genug beispielsweise bei der SA avancieren konnten."<sup>42</sup> Ihre jüdischen Kollegen sahen sich dagegen einer schnell eskalierenden Verfolgung ausgesetzt, die hier - und das auch nur in ihrer zahlenmäßigen Dimension - lediglich skizziert werden kann. Bei 52500 Ärzten in Deutschland Anfang 1933 belief sich der Anteil "nichtarischer" Ärzte auf schätzungsweise etwa 8000 bis 9000, d.h. auf 15 bis 17 Prozent, wobei dieser Wert in Großstädten bedeutend höher lag und in Berlin sogar 43 Prozent erreichte.<sup>43</sup> Bei den Kassenärzten betrug der entsprechende Anteil Anfang 1933 etwa 16,5 Prozent (5308 von 32152) und ging bis zum Frühjahr 1934 auf 11,4 Prozent (3641 von rund 32000) zurück.<sup>44</sup>

Schon am 1. September 1933 trat ein Abkommen zwischen dem Hartmannbund und dem Verband privater Krankenversicherer in Kraft, wonach jüdische Ärzte bis auf wenige Ausnahmen bei den Privatversicherungen ausgeschlossen wurden. Mitte Mai 1934 wurde der Ausschluß von der Kassenzulassung auch auf Ärzte ausgedehnt, die mit "nichtarischen" Partnern verheiratet waren, wobei gleichzeitig die "Frontkämpferbestimmung" des Jahres 1933 gestrichen wurde. Die Reichsärzteordnung von 1935/36 verwehrte Juden faktisch die Approbation. Nachdem Wagner Hitler Mitte 1937 vorgeschlagen hatte, die noch praktizierenden jüdischen Ärzte ganz "auszuschalten", entzog die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands (KVD) ihnen, selbst wenn sie noch zu den gesetzlichen Kassen zugelassen waren, zum 1. Januar 1938 die Zulassung zu den Ersatzkassen. Mitte Mai 1938 schloß wiederum die KVD die jüdischen Kollegen von der gesamten Behandlung in der Fürsorge aus. Am 25. Juli 1938 schließlich

wurde die Bestallung sämtlicher jüdischer Ärzte durch die Vierte Verordnung zum Reichsbürgergesetz zum 30. September des Jahres aufgehoben. Von den bis dahin verbliebenen 3152 jüdischen Ärzten im "Altreich" durften zukünftig nur noch 709 mit widerruflicher Genehmigung als "Krankenbehandler" tätig sein und ausschließlich Juden sowie deren Frauen und Kinder ärztlich versorgen. Bereits Anfang 1939 hatte sich diese Zahl drastisch auf 285 verringert.<sup>45</sup>

Innerhalb von sechs Jahren waren damit in Deutschland mehr als 95 Prozent der jüdischen Ärzte "ausgeschaltet", die wenigen verbliebenen zu "Krankenbehandlern" degradiert worden. Unterstützung von "arischen" Kollegen erfuhren sie dabei bis auf Einzelfälle nicht. Hierin unterschieden sich die ausschließlich männlich dominierten Standesorganisationen im übrigen nicht vom 1924 gegründeten Bund Deutscher Ärztinnen, der 1933 etwa 900 Mitglieder zählte, was etwa 27 Prozent aller Ärztinnen entsprach. Deren Solidarität zerbrach spätestens im Zuge der ebenfalls völlig unproblematischen Selbstgleichschaltung des Bundes im März/April 1933, als die "nichtarischen" Kolleginnen ohne weiteres fallen gelassen wurden.<sup>46</sup>

Angesichts der ungeheuren Zahl tragischer Einzelschicksale verbietet es sich eigentlich, nach den wissenschaftlichen Auswirkungen der Ausschaltungspraxis zu fragen. Auch hierzu nur zwei Zahlen: Bereits im Spätsommer 1933 waren 235 zumeist jüdische Hochschullehrer der Fächer Medizin und Biologie aus Deutschland vertrieben. Allein das Berliner Universitätskrankenhaus Charité entließ während des Dritten Reichs 138 Dozenten.<sup>47</sup> Welcher Schaden und Niveauverlust der medizinischen Forschung in Deutschland durch Verfolgung, Vertreibung und Mord für Jahrzehnte zugefügt worden ist, läßt sich kaum ermessen.

Der Ärztestand

Was war das für eine Ärzteschaft, der seitens einiger emigrierter Kollegen "Knechtseligkeit", ein "Rausch schülerhaften Bravseins" oder ein "Exhibitionismus der Würdelosigkeit" vorgehalten wurde? Wie setzte sie sich zusammen und was waren die Motive von Ärzten für einen hohen Grad an Anpassung und die Preisgabe wichtiger ethischer Maximen, die ihnen den Ruf "enthusiastischer Sklaven" eintrug?<sup>48</sup>

Zunächst einige Zahlen, die weitaus differenzierter Tabelle 4.1. zu entnehmen sind: Die Zahl der Ärzte stieg im Deutschen Reich in den Grenzen von 1937 von 51785 im Jahr 1932 auf 64519 im Jahr 1942, d.h. um 24,6 Prozent. Die Bevölkerung dagegen nahm im gleichen Zeitraum nur um 9,1 Prozent von 64,9 Millionen auf 70,8 Millionen zu.<sup>49</sup> Werden auch die seit 1938 "eingegliederten Gebiete" berücksichtigt, betrug die Zahl der deutschen Ärzte 1942 75960, die der Bevölkerung 89,9 Millionen.<sup>50</sup>

Eine Betrachtung des zahlenmäßigen Anstiegs allein führt bezüglich der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung jedoch in die Irre. Neben der Berücksichtigung der großen Zahl von zur Wehrmacht einberufenen Ärzten - diese Problematik wird an anderer Stelle zu diskutieren sein -, erfolgte eine erhebliche Verschiebung innerhalb einzelner Ärztegruppen. Übt 1932 noch nahezu drei Viertel (74,1%) der deutschen Ärzte eine freie Praxis aus, ging der Anteil der niedergelassenen Mediziner bis 1942 stetig auf weniger als die Hälfte (48,5%) zurück, während die Gruppen der leitenden Anstaltsärzte sowie jene der angestellten und beamteten Ärzte erheblich zulegten und zusammen 1942 vor allem kriegsbedingt nahezu 40 Prozent der Gesamtärzteschaft ausmachten.

1933 gab es in Deutschland 32152 Kassenärzte, deren Zahl bis 1942 auf 27553 zurückging. Regional gab es allerdings erhebliche Unterschiede: Während die Zahl der Kassenärzte in Berlin um 41,3 Prozent sank, betrug der entsprechende Wert in Württemberg lediglich 2,3 Prozent.

Auch die Zahl der Fachärzte wies einen rückläufigen Trend auf. 1933 waren 36,3 Prozent aller Kassenärzte Spezialisten, 1942 statistisch gesehen, d.h. ohne Berücksichtigung der Kriegseinwirkungen, noch 31,9 Prozent. In der Gruppe selbst behaupteten bis 1940 die Internisten mit einem Anteil von 17,3 Prozent den Spitzenrang vor den Chirurgen (16,5%). Es folgten die Gynäkologen (11,4%) und die HNO-Ärzte (10,3%).

#### Ärztinnen

1932 gab es 3379 Ärztinnen, womit Frauen knapp 6,5 Prozent der Gesamtärzteschaft stellten. Nach einer relativ geringfügigen Zunahme brachte der Zweite Weltkrieg zumindest zahlenmäßig einen erheblichen Anstieg des Anteils der Ärztinnen. Bis 1942

stieg die Quote auf 12,8 Prozent. Von 1936 bis 1945 registrierte die Reichsärztekammer (RÄK) etwa 17 Prozent Ärztinnen.<sup>51</sup>

Was sich auf den ersten Blick wie eine Gegenentwicklung zur NS-Ideologie bezüglich der Rolle der Frau ausnimmt, relativiert sich bei genauerer Betrachtung. Hatte 1935 fast die Hälfte aller Ärztinnen eine freie Praxis betrieben, waren es 1942 gerade noch 16 Prozent. Der Anteil der Fächärztinnen hatte sich dagegen drastisch reduziert, während die Gruppen der Assistenzärztinnen bzw. jener Medizinerinnen, die offenbar nicht berufstätig waren, überproportional zugenommen hatten. Man versuchte demnach recht erfolgreich, Ärztinnen von verantwortlichen Tätigkeiten fernzuhalten und sie "artgemäß", d.h. in NS-spezifischen Gesundheitsprojekten wie HJ, BDM oder NSV sowie im öffentlichen Gesundheitswesen einzusetzen.<sup>52</sup>

Niemals während des Nationalsozialismus war es den verantwortlich zeichnenden Männern darum gegangen, die Stellung der Frau in Beruf und/oder Politik etwa zu stärken. Im Gegenteil: Die männliche Ärzteschaft unter Leitung von Reichsärztesführer Wagner initiierte im Juni 1933 eine Kampagne gegen Ärztinnen, die darauf abzielte, daß diese keine Kassenzulassung mehr erhalten sollten. Im gleichen Zusammenhang wurde gar ein genereller Approbationsentzug für Frauen diskutiert.<sup>53</sup> Wenn es auch so weit nicht kam, so wurden die Möglichkeiten von Ärztinnen spätestens mit der neuen Zulassungsordnung vom 17. Mai 1934 erheblich beschnitten, nach deren Paragraph 15/4 "verheiratete weibliche Ärztinnen" von der Kassenzulassung dann ausgeschlossen wurden, "wenn die Ausübung der kassenärztlichen Tätigkeit zur wirtschaftlichen Sicherstellung der Familie nicht erforderlich" erschien.<sup>54</sup> Durch diese Maßnahme sollte männlichen Jungärzten die Kassenpraxis als Grundlage für Eheschließung und Familiengründung leichter zugänglich werden. Wie viele Ärztinnen von dieser Bestimmung potentiell betroffen waren, geht allein schon daraus hervor, daß 1939 42,8 Prozent aller Ärztinnen verheiratet waren, 47,1 Prozent hiervon mit einem Arzt.<sup>55</sup>

Neben solchen Erwägungen, zu denen sich auch der propagandistisch hochgespielte Kampf gegen das "Doppelterdienstum"

gesellte, war es laut Karl Haedenkamp ein wesentlicher Beweggrund für den Ausschluß, daß sich jede Frau und somit auch Ärztin ihren "Pflichten als Frau und Mutter" zu widmen und "den Kampf ums Dasein dem Mann" zu überlassen habe.<sup>56</sup> Proteste des Bundes deutscher Ärztinnen zog er als "neckische Polemik" und Artikulation von "freundlichem Mißtrauen" ins Lächerliche. Doch im Rahmen der Aufrüstung und erst recht für die Kriegszeit ergab sich zunehmend die Notwendigkeit, stärker auf Ärztinnen zurückzugreifen. Wenn sie ihren Beruf für eine begrenzte Zeit wieder ausüben durften, so war das aber einzig Ergebnis praktischer Zwänge. Insgesamt ist festzustellen, daß Ärztinnen verglichen mit ihren männlichen Kollegen während des Dritten Reichs benachteiligt waren, da ihnen der Zugang zu traditionellen Tätigkeitsfeldern wie Praxis oder Krankenhaus erheblich erschwert war.<sup>57</sup> Daher dürfte dem Resümee Michael Katers zuzustimmen sein, daß deutsche Ärztinnen sowohl in der Standespolitik wie in der Praxis "doch noch Opfer der auf männliches Vorrecht zielenden nationalsozialistischen Ideologie geworden" waren.<sup>58</sup>

#### Ausbildung

Ein zentraler Ansatzpunkt, nicht nur der schon zur Weimarer Zeit rapiden Zunahme von Medizinstudenten Herr zu werden, sondern gleichzeitig die Frauen auf "wesenseigene" Aufgaben zu beschränken, lag in Restriktionen beim Hochschulzugang. Nachdem die Hauptversammlung des Hartmannbundes schon im September 1932 nachdrücklich eine entsprechende Reform gefordert hatte<sup>59</sup>, wurde am 25. April 1933 das Gesetz gegen die Überfüllung deutscher Schulen und Hochschulen verabschiedet, worüber der Syndikus des Hartmannbundes Julius Hadrich "tiefe Befriedigung" äußerte, da die NS-Regierung damit "die liberalistische Linie deutscher Kultur- und Schulpolitik verlassen" habe. Nun endlich würden die Dinge "zurechtgerückt": "Hart für manchen, notwendig für das Ganze."<sup>60</sup>

Welche Gruppen die neue Richtung "hart" treffen würde, lag auf der Hand: Für jüdische Studenten wurde der Anteil auf nur noch 1,5 Prozent der Studentenzahl einer Fakultät festgeschrieben. Die Zulassung von Frauen zum Studium wurde im Gesetz zwar nicht eigens thematisiert, doch Ende Dezember 1933 reagierte

das Reichsinnenministerium auf den ausdrücklichen Wunsch von Reichsärztesführer Wagner und beschränkte die Zulassung von Studentinnen im Jahr 1934 auf höchstens 1500.<sup>61</sup> Damit wurde einer im März 1933 für die Ärztlichen Mitteilungen in Auftrag gegebenen Stellungnahme entsprochen, die das "Frauenstudium als Massenerscheinung" als "eine der schwersten Krankheiten am Volkskörper" gegeißelt hatte.<sup>62</sup> Als zusätzliche Barriere sah Hauptschriftleiter Haedenkamp außerdem die neue Zulassungsordnung für Kassenärzte und hoffte, "daß der Andrang von Frauen zum medizinischen Studium sehr gering wird, wenn die Ärztinnen nicht mehr die Möglichkeit haben, kassenärztlich tätig zu sein".<sup>63</sup> Die Hoffnungen der ausschließlich männlich besetzten Standesführung erfüllten sich nicht. Durch erhöhten allgemeinen Kräftebedarf wurde die Zulassungsbeschränkung zum Frauenstudium Anfang 1935 wieder aufgehoben.<sup>64</sup>

Das Medizinstudium erfreute sich während des Dritten Reiches zunehmender Beliebtheit. Hatte der Anteil der Medizinstudierenden 1932 noch 25,1 Prozent an der Gesamtstudentenschaft betragen, so erlebte er aufgrund relativ guter Berufs- und Einkommensaussichten über 52,7 Prozent im Sommersemester 1939 einen Anstieg auf schließlich 58,7 Prozent im Sommersemester 1943. Unmittelbar nach Kriegsbeginn waren nach Auskunft des statistischen Materials gar 73,3 Prozent aller deutschen Universitätsstudenten angehende Mediziner.<sup>65</sup>

Allen Beteiligten war von vornherein klar, daß Ärzte ein wichtiges Element nationalsozialistischer Kriegspolitik sein würden. So beeilte sich das Deutsche Ärzteblatt, bereits Anfang Juni 1933 in einem "Arzt, Gaskampf, Luftschutz" überschriebenen Artikel darauf hinzuweisen, jeder Arzt müsse eine Vorstellung von der Wirkungsweise der Kampfgase haben, da er im Ernstfall das Hilfssanitätspersonal auszubilden und die Behandlung der "Kampfgaskranken" zu übernehmen habe.<sup>66</sup> Entsprechend wurden nach 1933 auch Lehrinhalte des Medizinstudiums verändert, indem insbesondere Veranstaltungen zu Luftfahrtmedizin und Gasschutz zu Pflichtveranstaltungen wurden.<sup>67</sup>

Die tiefgreifenden Veränderungen, die das Medizinstudium im Laufe der zwölf Jahre erfuhr, sind hier nicht darstellbar. Fünfmal kam es zu substantiellen Reformen hinsichtlich der

Studien-, Prüfungs- und Bestallungsordnungen, 130 ministerielle Verordnungen und Erlasse - fast doppelt soviel wie für den Zeitraum 1869-1932! - bedingten schnelle, oft widersprüchliche und kaum mehr zu durchschauende Wechsel in der Grundstruktur des Medizinstudiums.

Insbesondere seit 1939 war es nahezu ausschließlich auf die Bedürfnisse des Krieges zugeschnitten, als zusätzlich zu einer Studienkürzung von elf auf zehn Semester auch noch das Praktische Jahr in Wegfall kam - Änderungen, die sich bald als schwerer Fehlschlag erwiesen.<sup>68</sup> Da der Wehrmacht in erheblichem Umfang Ärzte fehlten, wurden im Prüfungsjahr 1938/39 nach achtsemestrigem Studium kurzerhand Notbestallungen erteilt, so daß rund 6000 zusätzliche Ärzte für militärische Zwecke zu Verfügung standen. Allein im Herbst 1939 gab es 5837 Bestallungen!

Der Bedarf der Wehrmacht konnte so jedoch bei weitem noch nicht gestillt werden. Die medizinischen Fakultäten, deren Aufgabe nun vorrangig darin gesehen wurde, Jungmediziner "fließbandmäßig auszustoßen"<sup>69</sup>, wurden mehr und mehr zu reinen "Durchlauferhitzern" für die Front.<sup>70</sup> Der "Output" waren unzureichend ausgebildete Mediziner, "Ärzte zweiter Ordnung", wie sie ein Jenaer Professor schon 1942 nannte.<sup>71</sup> Der bereits mehrfach zitierte Paul Sperling kam Ende 1943 in einer Denkschrift über "Ärztliche Studienreform und berufliches Versagen" zu dem Ergebnis, "daß die Ursachen für folgenschwere Fehlbehandlungen offensichtlich auf einen Hauptnenner" gebracht werden konnten: "die ungenügende Ausbildung und die sich daraus ergebenden Folgen für unrichtige Diagnose und Therapie".<sup>72</sup>

Solche Skrupel fochten die Verantwortlichen nicht weiter an. Noch im Januar 1945 ordnete die Sanitätsinspektion der Wehrmacht die sofortige Prüfung nicht fertig ausgebildeter Sanitätsoffiziere an, wodurch in kürzester Zeit 350 Fähnriche bestallt wurden. Dies, so Hendrik van den Bussche, sei nur das letzte symptomatische Ereignis einer Medizinerausbildung gewesen, der seit 1933 Zug um Zug die Qualitätsstandards verlorengegangen seien.<sup>73</sup> Aus massenhafter Ausbildung bei Aufgabe selbst minimaler Voraussetzungen mußten sich fatale Konsequenzen ergeben.<sup>74</sup> Die "Ärzteschwemme" jedenfalls, gegen die NS-Re-

gime wie Standesvertreter laut vollmundiger Bekundungen zu Felde ziehen wollten, war tatsächlich erst richtig losgetreten worden, so daß es 1945 eine große Zahl oft unzureichend ausgebildeter Jungärzte in einem zerstörten Land gab.<sup>75</sup>

Eins sollte nicht vergessen werden: Nicht die Studenten waren für Prüfungen und Lehrinhalte verantwortlich, sondern Universitäten und Dozenten. So berichtete die medizinische Fakultät Erlangen bereits im Januar 1941, es komme häufig vor, daß Medizinstudenten "mangelhaft oder ganz unvorbereitet in die Prüfungen" gingen, jeder Prüfer es aber "mit Rücksicht auf die besonderen Verhältnisse und die Schwere der Zeit" vermeiden würde, solche Kandidaten durchfallen zu lassen<sup>76</sup> - jedoch ohne Rücksicht auf deren zukünftige Patienten.

Dozenten luden auf anderem Gebiet wohl noch größere Schuld auf sich. Auch die NS-Rassenideologie fand Eingang in Lehrpläne, was dazu führte, daß sich künftige Ärzte einer permanenten Rassenindoktrination ausgesetzt sahen, die sich in ihren Medizinauffassungen niederschlug und dazu führen konnte, im ärztlichen Handeln Hemmschwellen herabzusetzen.<sup>77</sup> Die Verantwortlichen waren letztlich die Lehrenden, die Dissertationen akzeptierten, die "die Notwendigkeit" betonten, bestimmte Menschengruppen "auszumerzen und das deutsche Volk vor diesen Schädlingen zu bewahren"; sie zeigten einen unentschuldbaren Mangel an ärztlichem Verantwortungsbewußtsein und wissenschaftlicher Kritikfähigkeit.<sup>78</sup>

#### Einkommen

Die Zunahme von Medizinstudenten an der Gesamtzahl der Studenschaft beruhte zu einem Gutteil auf den Einkommensperspektiven, die verglichen mit den Aussichten anderer akademischer Berufe sehr gut waren. Allerdings sind solche Entwicklungen zahlenmäßig nur schwer zu fassen, da die erhobenen Durchschnittswerte recht grob und verallgemeinernd sind sowie wichtige Faktoren, etwa Praxisunkosten oder Alterssicherung, außer Acht lassen. Dennoch lassen sich zumindest Trends klar belegen. Wie aus Tabelle 4.3. hervorgeht, nahm das Durchschnittseinkommen aller deutschen Ärzte von 1933 bis 1938 um 61 Prozent zu und belief sich schließlich auf rund 15000 RM jährlich. Der entsprechende Wert bei den Kassenärzten lautete 36,8

Prozent, wobei einerseits die Praxisunkosten, andererseits aber auch die Einnahmen aus Privatpraxis noch nicht berücksichtigt sind.

Daß diese erheblich waren, belegt eine KVD-Studie, die die Einnahmen aus den Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen getrennt von den Einnahmen aus Privat-, Ersatzkassen- und Knappschaftspraxis sowie aus weiterer Tätigkeit (Schul- und Impfarzt, Gutachter etc.) erfaßte. Hier ergibt sich für 1935 ein reichsweiter Durchschnitt des "Roheinkommens" von 17300 RM, wobei die sächsischen Ärzte mit 20800 RM das Feld deutlich anführten, während ihre Berliner Kollegen überraschenderweise mit 15300 RM das Schlußlicht bildeten (Tabelle 4.4.).<sup>79</sup>

Wie weit über dem Durchschnitt das ärztliche Einkommen und dessen Zunahme lagen, geht aus einigen Vergleichswerten hervor. Ganz abgesehen von den Durchschnittseinkommen aller Beschäftigten oder der Selbständigen übertrafen die Ärzte nicht nur die Zahnärzte und Dentisten deutlich, sondern rangierten seit 1933 erstmals auch vor den Rechtsanwälten<sup>80</sup> und bauten diesen Vorsprung in der Folge erheblich aus (vgl. Tabelle 4.5). Die Standespresse sah sich veranlaßt, die "erfreuliche Entwicklung" zu kommentieren: Wenn für den Arzt das Einkommen natürlich nicht ausschlaggebend sein dürfe, so könne es doch jeden Kollegen "mit Befriedigung erfüllen, daß in diesen Zahlen sich auch die steigende Wertschätzung des Berufszweiges" spiegele.<sup>81</sup>

Wenn auch verlässliche Übersichten fehlen, gibt es genügend Hinweise, daß sich das Einkommen der folgenden Jahre für die Ärzte weiterhin zufriedenstellend entwickelte. Darüber können gegenteilige Äußerungen von Standesvertretern nicht hinwegtäuschen. So wurde beispielsweise 1936 beklagt, dem Arzt gehe es bei weitem nicht so gut, wie das landläufig angenommen werde, da er Berufskosten in Höhe von etwa 40 Prozent seines Einkommens sowie seine Alterssicherung finanzieren müsse. Nach der zugrunde liegenden Berechnung hätte ein Arzt täglich rund 15 Stunden arbeiten müssen, um den nötigen Lebensunterhalt zu sichern, eine Angabe, die selbst bei gebührender Berücksichti-

gung der Unkosten in ihrer Einseitigkeit kaum haltbar sein dürfte.<sup>82</sup>

Allerdings gab es erhebliche Einkommensunterschiede, wobei Fachärzte in aller Regel erheblich besser verdienten als ihre Kollegen mit Allgemeinpraxis. In Braunschweig nahm ein Kassenarzt 1943 beispielsweise 16000 RM ein, wobei sich der Wert für Fachärzte auf 19300 RM gegenüber lediglich 12350 RM bei den AllgemeinmedizinerInnen belief. Bei den Spezialisten selbst lagen die Chirurgen mit 24100 RM vorn, gefolgt von den Augenärzten mit 23200 RM. Mit erheblichem Abstand schlossen sich die Gynäkologen (17300 RM), Internisten (14600 RM), Kinder- (13400 RM) und Hautärzte (12600 RM) an, während Neurologen (9250 RM) und Urologen (7800 RM) das Ende der Skala bildeten. Aber auch bei Berücksichtigung aller Unterschiede in der Höhe von Einkommen und Unkosten bleibt die Schlußfolgerung unberührt, daß niedergelassene Ärzte gut von ihrem Einkommen leben konnten.<sup>83</sup>

Das galt auch unter den gewandelten Bedingungen des Zweiten Weltkrieges. Obwohl die komplizierte Regelung der Honorarverteilung während des Krieges für einigen Unmut unter den Ärzten sorgte und entsprechend zahlreiche Veröffentlichungen im Deutschen Ärzteblatt provozierte, hielten sich die finanziellen Einbußen mit 10 bis 15 Prozent, die im übrigen an die eingezogenen Kollegen zur Auszahlung kamen, angesichts der einschneidenden Ereignisse in akzeptablen Grenzen. So sank das jährliche Durchschnittseinkommen aus der Kassenpraxis in Mannheim und Heidelberg von 1939 bis 1940 lediglich von 12922 RM auf 12570 RM, um dann bis 1943 auf 15193 RM anzusteigen.<sup>84</sup> Das Einkommen aus Kassen- und Privatpraxis für 1941 wurde reichsweit mit rund 20000 RM angegeben.

Der Nationalsozialistische Deutsche Ärztebund (NSDÄB)

Am 3. August 1929 hatten die Nationalsozialisten im Rahmen eines Parteitages den NSDÄB gegründet, den sie jedoch nicht vorrangig als Standesverein, sondern als Parteiorganisation verstanden, die "das deutsche Heilwesen mit nationalsozialistischem Geist durchdringen" sollte.<sup>85</sup> Allerdings führte der Bund bis zum Januar 1933 mit knapp 3000 Mitgliedern eher ein standespolitisches Schattendasein, um dann jedoch zum treibenden Motor der Gleichschaltung zu werden, da seine Funktionäre in

führende Positionen von Gesundheitswesen und Standespolitik aufrückten.<sup>86</sup>

Dennoch spielte der NSDÄB auch nach der Machtergreifung keine größere Rolle. Er verfügte weder über ein gesundheitspolitisch tragfähiges Programm noch über die notwendigen organisatorischen Strukturen, um entscheidend eingreifen zu können. Zwar habe der NSDÄB, so berichtet Paul Sperling, nach "außen hin" die ärztlichen Organisationen geleitet, aber keineswegs "gesteuert". Vielmehr habe er "etwas in der Luft gehangen", während die alten Standesorganisationen "ruhig und ungestört, von kleineren Eingriffen abgesehen" weiter gearbeitet hätten. Er mußte es wissen, war er doch am 6. Juli 1933 zum Beauftragter Wagners für die ärztlichen Spitzenverbände avanciert und bald auch Leiter der KVD in Bayern sowie im August 1934 der regionalen Ärztekammer geworden.<sup>87</sup> Statt um Inhalte sei es stets um Personalpolitik gegangen, wobei Entscheidungen über wichtige Stellenbesetzungen nicht etwa in Büros oder im Rahmen von Konferenzen, sondern in aller Regel in "kleiner Tafelrunde" hoher NSDÄB-Führer im Restaurant des "Braunen Hauses" in München gefallen seien.<sup>88</sup>

Letztendlich wurde der NSDÄB ein "Opfer" genau solcher Praktiken und inkompetenter Funktionäre: Die zügige Gleichschaltung im Bereich des Gesundheitswesen ließ deutlich werden, daß Hartmannbund bzw. KVD und schließlich auch die Reichsärztekammer (RÄK) die weitaus effizienteren Transmissionsriemen für das NS-Regime darstellten.<sup>89</sup> Außerdem baute die NSDAP mit dem Amt für Volksgesundheit und dem Rassenpolitischen Amt zwei Parteiinstitutionen auf, die den Ärztebund schnell in den Hintergrund drängten.<sup>90</sup> Deutlich wurde im Juni 1939 diesbezüglich der Obmann des NSDÄB-Kreises Gera; er "habe mit vielen Berufskameraden die Überzeugung, dass dem NSD-Ärztebund jegliche Organisationskraft und hohe Zielsetzung sowie jede Aktivität" fehle. Er verstehe nicht, wieso sich die Mitglieder des NSDÄB weiterhin treffen sollten, da die nationalsozialistisch eingestellten Ärzte ohnehin in der NSDAP oder einer ihrer Gliederungen aktiv seien.<sup>91</sup>

Angesichts solcher Einschätzungen aus den eigenen Reihen verwundert es nicht, daß parteiintern schon sehr bald die Auf-

lösung des Bundes diskutiert wurde, was aber durch den Kriegsbeginn verhindert wurde. Am 13. Januar 1943 wurde er im Rahmen der Mobilmachung für den "Totalen Krieg" aufgehoben.<sup>92</sup>

Trotz der sich früh abzeichnenden Bedeutungslosigkeit des NSDÄB war dessen Mitgliederzahl nach dem 30. Januar 1933 von 2786 über 11000 im Oktober 1933 auf 14500 Anfang 1935 angestiegen. Bis 1942 erhöhte sie sich auf 46000. Allerdings waren schätzungsweise 22 Prozent der Mitglieder Tier- und Zahnärzte bzw. Apotheker.<sup>93</sup> In Thüringen beispielsweise zählte der NSDÄB im November 1934 645 Mitglieder, von denen 508 (78,8%) Ärzte waren. Von diesen wiederum gehörten 318 (62,2%) der NSDAP an. Dabei war es bezeichnend, daß nur acht der 508 NSDÄB-Mitglieder Ärztinnen waren, von denen lediglich eine Parteimitglied war.<sup>94</sup> Für 1933 bis 1945 wird die Mitgliedschaft der Ärzte im NSDÄB reichsweit mit 31 Prozent angesetzt<sup>95</sup>, wobei zu berücksichtigen ist, daß - so zumindest die Praxis Anfang 1938 in Köln - sämtliche angestellte Ärzte faktisch zu Zwangsmitglieder wurden, da Beitragszahlungen ungefragt vom Gehalt einbehalten wurden. Auch die Genehmigung zur Niederlassung war in Köln zu diesem Zeitpunkt laut Rundschreiben an die Mitgliedschaft im NSDÄB gekoppelt.<sup>96</sup>

#### Ärzte in der NSDAP

Nicht nur höher, sondern für die Haltung des Ärztestands weitaus aussagekräftiger sind die Werte bezüglich der Parteimitgliedschaft. Während des Dritten Reiches gehörten 44,8 Prozent der deutschen Ärzteschaft der NSDAP an, 49,9 Prozent der Männer und 19,7 Prozent der Frauen.<sup>97</sup> Ihre volle Bedeutung entfalten diese Zahlen erst dann, wenn man sie in Relation zu anderen Berufsgruppen setzt. Etwa 25 Prozent der deutschen Lehrer traten der Partei bei; auch die Juristen überschritten diesen Wert nie.<sup>98</sup>

Gleiches gilt für die Partizipation in den Parteigliederungen, namentlich in SA und SS. 26 Prozent der Ärzte gehörten der SA an, verglichen mit 11 Prozent bei den Lehrern. Bei der SS war das Mißverhältnis noch krasser: Während 7,2 Prozent der Ärzte Mitglied wurden, waren es bei den Lehrern lediglich 0,4 Prozent. Nimmt man alle Mitglied- und Anwartschaften in NS-Or-

ganisationen zusammen, so waren fast 70 Prozent aller deutschen Ärzte in irgendeiner Form an das Dritte Reich gebunden.<sup>99</sup> Diese auf der Grundlage einer Stichprobe ermittelten Werte markieren eher die untere Grenze der zahlenmäßig zu belegenden Verstrickung. In Thüringen etwa sollen nahezu 80 Prozent der niedergelassenen Ärzte der NSDAP angehört haben<sup>100</sup>, wobei eine Auszählung der RÄK-Kartei für den Bezirk Thüringen bei 2132 registrierten Ärzten einen Anteil an Parteimitgliedern von 1073 (50,3%) ergibt. Da hierin jedoch 226 Ärztinnen enthalten sind, deren NSDAP-Anteil bei etwa 10 Prozent lag, betrug die entsprechende Quote ihrer männlichen Kollegen rund 55 Prozent.<sup>101</sup> Eine Erhebung für den Regierungsbezirk Aachen ergab hingegen noch Ende 1945, daß von insgesamt 343 bei den Gesundheitsämtern registrierten Ärzten 223 (65%) Parteimitglied gewesen waren.<sup>102</sup>

Zumindest ebenso aussagekräftig wie die auf die ganze Zeit des Dritten Reichs bezogenen Werte sind jene, die durch eine Fragebogenaktion der RÄK im Jahr 1936 erhoben wurden. Bislang wurde davon ausgegangen, daß bis 1936 erst 35,5 Prozent der ärztlichen Parteimitglieder den Weg zur NSDAP gefunden hätten, während der Höhepunkt der Rekrutierungsphase nach Aufhebung der 1934 verfügten Mitgliedersperre mit 43,4 Prozent im Jahr 1937 gelegen hätte.<sup>103</sup> Wie Tabelle 4.6. zeigt, muß von dieser Vorstellung Abschied genommen werden: Bereits 1936 gehörten mehr als 30 Prozent der gesamten Ärzteschaft der NSDAP an. Das aber bedeutet, daß weit über die Hälfte aller bis 1945 registrierten Mitglieder früh der Partei beigetreten waren. Die Zahlen zur SA sprechen eine noch deutlichere Sprache: Schon 1936 hatte die Mitgliedschaft der Ärzte in dieser Organisation 21,3 Prozent erreicht, um bis 1945 nur noch um knapp 5 Prozent zu steigen. Angesichts solcher Zahlen kann kaum mehr davon ausgegangen werden, die Ärzte hätten - im Gegensatz zu anderen privilegierten Berufsgruppen - 1933 die weitere Entwicklung zunächst abgewartet und sich erst 1937 nach der wirtschaftlichen Stabilisierung mit Anstieg ihrer Einkommen, der Ausschaltung der jüdischen Kollegen sowie der Einrichtung der RÄK in größerem Maße zum Parteibeitritt entschlossen.<sup>104</sup>

1937 waren 66,7 Prozent aller frei praktizierenden Ärzte (23414 von 35117) beim Hauptamt für Volksgesundheit der NSDAP als "weltanschaulich und fachlich besonders geeignet" registriert.<sup>105</sup> Bei Erklärungsversuchen dieser unverkennbaren NS-Affinität der Mediziner muß zwischen der Phase vor 1933 und jener nach der Machtergreifung unterschieden werden. Fridolf Kudlien gesteht - wohl zu Recht - psychologischen und ideologischen Motiven hinsichtlich der Parteibeitritte von Ärzten vor 1933 ein größeres Gewicht zu als wirtschaftlichen Erwartungen<sup>106</sup>, die jedoch für die Zeit nach der Machtergreifung zumindest mit in den Vordergrund zu rücken sind. Zunächst soll jedoch den im weitesten Sinne "ideellen" Beweggründen nachgegangen werden.

#### Ideologie

Zur Jahreswende 1933 hatte der Hauptschriftleiter des Deutschen Ärzteblattes, der drei Monate später aufgrund seiner jüdischen Herkunft amtsentbundene Siegmund Vollmann, hervorgehoben, das "Objekt der ärztlichen Berufstätigkeit" sei "der Mensch, seine Gesundheit, sein Körper, seine Arbeitsfähigkeit". Kein Beruf stelle "höhere Anforderungen an das sittliche Verantwortungsbewußtsein" als der des Arztes. Dieses Bewußtsein lebendig zu halten, sei die "höchste Aufgabe des Standes und seiner Vertretungsorgane". Es war wohl für zwölf Jahre das letzte Mal, daß in einem ärztlichen Standesorgan an die Bedeutung des hippokratischen Eides erinnert wurde.<sup>107</sup>

Der Arzt, so dagegen Reichsärztesführer Wagner, sei "früher nur auf das Heilen eingestellt" gewesen. Nun aber hatten sich die Werte verschoben: "Die Aufgabe der Vorbeugung, die Aufgabe der Gesundheitsführung" war in den Vordergrund getreten, womit "etwas ganz Neues" die Berufsauffassung der Ärzte bestimme. Diese sollten nun "in erster Linie Volksführer sein", wieder das werden, woraus der ganze Stand "in der vergangenen Zeit" hervorgegangen sei: "er soll wieder Priester werden, er soll Priesterarzt sein".<sup>108</sup> Solche Vorgaben wurden 1943 vom Nachfolger des 1939 verstorbenen Wagner, Reichsgesundheitsführer Leonardo Conti, der mythischen Überhöhung entkleidet: Jeder Arzt müsse sich darüber klar sein, "daß die Gesundheitsführung eine politische Aufgabe, ein Teilgebiet der gesamten Volks-

und Staatsführung" sei. Daher würden fachliche Qualitäten und die Konzentration auf heilende und helfende Tätigkeit bei weitem nicht ausreichen, sondern jeder Arzt müsse sich zur Maxime bekennen: "Vom Arzt des Individuums zum Arzt der Nation!"<sup>109</sup>

Es stand nicht mehr der Mensch, sondern ein willkürlich festlegbares Interesse der "Volksgemeinschaft" im Mittelpunkt. In Zweifelsfällen sollte der Arzt somit Täter an seinen Patienten werden.<sup>110</sup> Dabei war es im Grunde gleichgültig, wie der jeweils gewählte Oberbegriff lautete: "Neue Deutsche Heilkunde", "Leistungsmedizin" mit dem energisch ausgebauten Betriebsarztsystem oder "Rassenhygiene": das Grundrecht des Menschen auf körperliche Unversehrtheit war aufgehoben.<sup>111</sup>

Karl Kötschau, Exponent der "Neuen Deutschen Heilkunde", die vor naturheilkundlichem Hintergrund die Werte von Krankheit, Gesundheit und Therapie radikal neu zu bestimmen versuchte, ließ keinerlei Zweifel daran, was vom Patienten erwartet wurde: "Im Mittelpunkt der nationalsozialistischen Auffassung stehe 'die Pflicht, gesund zu sein'. Daraus erwuchs als Ziel eine neue 'Rangordnung der Arztpflichten', wonach nicht mehr das Kurative, sondern die 'Vorsorge' als Hauptaufgabe des Arztes propagiert wurde. Wer aus 'Pflichtversäumnis' dennoch krank wurde, hatte die Konsequenzen zu tragen, wobei es nur eine Alternative gab: 'entweder Leistungsfähigkeit oder natürliche Ausmerze'. In diesem Ausleseprozeß wurde dem Arzt die entscheidende Rolle zugedacht, ihm, dem 'Volkserzieher', 'der in erster Linie Nationalsozialist, sodann 'politischer Soldat' des Führers, und erst in dritter Linie Arzt im rein beruflichen Sinne" sein sollte.<sup>112</sup>

Nachdem die "Neue Deutsche Heilkunde" seit 1936/37 in den Hintergrund trat, ohne je ganz aus der Diskussion zu verschwinden, nahm die "Leistungsmedizin" ihren Platz ein, deren Maxime in zentralen Punkten die gleiche war: Der deutsche Arbeiter, so der stellvertretende Reichsärztesführer Friedrich Bartels 1937, müsse auch bei Krankheit überzeugt werden, daß er für die Arbeit stark genug sei. Dabei war er bereit, "Opfer an Toten in Kauf zu nehmen".<sup>113</sup> In welchem extremem Maße Ärzte ihre Patienten dabei zur Arbeit anhalten sollten, geht aus ei-

ner Äußerung Werner Bockhackers, Leiter des DAF-Amtes für Volksgesundheit, hervor. Für ihn war es das "erstrebenswerte Ziel der Gesundheitsführung", daß "der Zeitpunkt des allmählichen Kräfteschwundes kurz vor Eintritt des physiologischen Todes liegt und der endgültige Kräfteverfall mit ihm zusammenfällt".<sup>114</sup>

Auch im Rahmen der "Rassenhygiene" galten "Volkskörper" und "Leistung" als Orientierungsgrößen ärztlichen Handelns.<sup>115</sup> Gerade auf diesem Gebiet, das über die gesamten zwölf Jahre nationalsozialistischer Herrschaft ein zentrales Feld besonders des amts- und anstaltsärztlichen Wirkens blieb, wurden mit dem "Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" schon am 14. Juli 1933 unmißverständliche Fakten geschaffen. Karl Haedenkamp bemerkte hierzu, das Gesetz bilde einen "Wendepunkt nicht nur im Gesundheitswesen, sondern in unserer gesamten Staatspolitik". Der Gesetzgeber greife "tief in das Selbstbestimmungsrecht des Staatsbürgers ein" und übernehme "für das einzelne Individuum auf einem wichtigen, ja dem wichtigsten Gebiete der Gesundheitsführung die Verantwortung". Mit dem neuen Gesetz verwirkliche der Staat gleichzeitig "eine der dringlichsten praktischen Aufgaben aktiver Rassenpflege", er beginne mit der "Aufartung unseres Volkes" und schaffe "die Voraussetzungen für die Ausmerzung erbkranker Belastung". Dabei ging Haedenkamp davon aus, daß es sich hier nur um einen "Anfang" handelte, der aber "die Grundlage aller weiteren Maßnahmen staatlicher Rassenpflege" sei. Seine eindeutigen Erläuterungen schloß der Standespolitiker mit einem ebenso klaren Appell: Es sei "Pflicht eines jeden deutschen Arztes, an der Erfüllung der jetzt an ihn herantretenden Aufgaben selbstlos mitzuarbeiten".<sup>116</sup> Dabei sollte er sich gemäß Verlautbarungen im NSDÄB-Organ Ziel und Weg zur Erfüllung seiner "eugenischen Aufgabe" vom "Individualarzt" zum "Sozialarzt" wandeln, um so zukünftig "zweckdienlich" und zum "Nutzen des Volksganzen" zu entscheiden, ob ein Patient "erbggesund oder erbkrank, leistungsfähig oder nicht leistungsfähig, bevölkerungspolitisch wichtig oder unwichtig" sei.<sup>117</sup>

Für alle ärztliche Tätigkeitsfelder ließe sich eine schier unüberschaubare Zahl vergleichbarer Belege anführen, die nicht

etwa Bestandteile interner Dokumente waren, sondern damals für jeden nachlesbar in der Presse verbreitet wurden.

#### Reichsärzteordnung (RÄO)

Eine Ursache dafür, daß ein Aufbegehren der Ärzte gegen die Umkehrung ihrer traditionellen beruflichen Grundsätze ausblieb, liegt wohl im Versprechen des NS-Regimes, die jahrzehntelang erhobene Forderung nach einer einheitlich verfaßten Ärzteschaft zu erfüllen. Daher, so Paul Sperling 1944, sei die "Neuordnung im Jahre 1933" von "weitesten Kreisen - übrigens auch gänzlich unpolitischer Ärzte" mit einer "gewissen Hoffnung auf Erhöhung der Schlagkraft und Änderung der zum Teil entwürdigenden gesetzlichen Bestimmungen" begrüßt worden.<sup>118</sup>

Daher verwundert es nicht, daß sich die Geschäfte von Ärztereineinsbund und Hartmannbund im Februar und den ersten Märzwochen 1933 überraschend normal gestalteten. Man gab sich optimistisch: Nachdem der Vorsitzende des Preußischen Ärztekammerausschusses August de Bary Anfang Januar 1933 noch festgestellt hatte, man werde "wohl auch in der nächsten Zeit noch nicht auf die Durchführung der Reichsärzteordnung durch ein Gesetz rechnen können"<sup>119</sup>, vertrat der Vorstand des Ärztereineinsbundes am 12. März 1933 "im Hinblick auf die veränderte politische Lage"<sup>120</sup> die Ansicht, daß eine "beschleunigte Verabschiedung der Reichsärzteordnung" nun "vielleicht schneller verwirklicht werden würde, als man bisher angenommen habe".<sup>121</sup> Dabei war klar, welcher Weg zu beschreiten war, und man vereinbarte, in dieser Frage "unverbindlich Fühlung mit den nationalsozialistischen Ärzten zu nehmen".

In den nächsten Wochen wurde den Standesvertretern das Heft des Handelns zwar aus der Hand genommen, doch profitierten sie nicht nur davon, daß die NSDAP über kein gesundheitspolitisches Programm verfügte, sondern auch vom ausgeprägten standespolitischen Desinteresse der NS-Ärztefunktionäre. So konnten die in ihren Ämtern verbliebenen Standesfunktionäre relativ ungestört tätig werden.

Bereits im Juni 1933 reichte Wagner im Namen von Ärztereineinsbund, Hartmannbund und NSDÄB den Entwurf einer RÄO beim Innenministerium ein, womit die Ärzteschaft die erste Gruppe war, die ein solches Papier zur "berufsständischen Eingliede-

rung eines Berufszweiges in den Staat" vorlegte.<sup>122</sup> Ausweislich des wahrscheinlich vom Justitiar des Hartmannbundes Bever verfaßten Begleitschreibens<sup>123</sup> hatten die Landesvertreter die neue Zielrichtung akzeptiert und betonten, daß die vor den 30. Januar 1933 zu datierenden Bestrebungen zur Durchsetzung einer RÄO "grundlegend verschieden waren von dem, was der jetzige Entwurf darstellt". Es handele sich bei den neuen berufsständischen Körperschaften nicht mehr um eine Interessenvertretung der Ärzteschaft. Vielmehr seien sie "in den Organismus des Staates einbezogen" und würden dort "das staatliche Leben selbst ausmachen". Das bedinge "in erster Linie die Mitarbeit an den Aufgaben des Staates". Hier aber, so Bever weitsichtig, ergäbe sich "gerade für den Berufsstand des Arztes ein weites Feld". Neben einer RÄO wurde nun gefordert, den Ärztestand nicht ausschließlich in "einseitige Berufsvertretung" abzu- drängen, sondern ihm die "Aufgaben" zuzuweisen, "die ihn für das Ganze zu wirken, berufen".

Es sollte zwar noch über zwei Jahre bis zur RÄO dauern, doch wurde am 2. August 1933 als vorübergehender "Ersatz" die KVD als Körperschaft des öffentlichen Rechts ins Leben gerufen. Nach ihrer Satzung war sie "die allein berufene Vertretung der deutschen Ärzteschaft bei der Regelung der ärztlichen Versorgung", was insbesondere bedeutete, daß sie dem Nachfragemonopol der Krankenkassen das Anbietermonopol der Ärzteschaft entgegensetzten konnte.<sup>124</sup> Zuvor war der Einfluß der Krankenkassen und damit eine der Grundkonstanten des Weimarer Gesundheitswesens durch deren gewaltsame Gleichschaltung bereits zugunsten der niedergelassenen Ärzte verschoben worden.<sup>125</sup> Wie bedeutsam dieser Prozeß für deren Selbstverständnis und Stellung war, wurde zum zehnjährigen Bestehen der KVD von deren stellvertretendem Leiter Heinrich Grote betont: Erst durch die "Aufrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung" - zunächst in Form der KVD - habe sich die "Befreiung des deutschen Arztes" verwirklichen können.<sup>126</sup>

Angesichts einer solchen Entwicklung konnte es verschmerzt werden, daß der für September 1933 terminierte Ärztetag kurzerhand abgesagt wurde. "Voraussichtlich", so hieß es, würden die Vertreter der Ärzteschaft nach Verabschiedung der RÄO

"in einem der kommenden Monate" einberufen werden.<sup>127</sup> Dazu kam es nicht. Und als 1939 für den 23./24. September zum Ärztetag nach Berlin geladen worden war, mußte auch der "infolge der politischen Entwicklung" - am 1. September hatte Deutschland Polen überfallen - abgesagt werden.<sup>128</sup> So mußten die Ärzte bis 1948 auf ihr nächstes Treffen warten.

Zurück in die 1930er Jahre. Die Reichsärzteordnung vom 13. Dezember 1935 stellte wohl nicht nur für Reichsärztesführer Wagner die "Krönung der Eingliederung der Ärzteschaft in den neuen Staat", einen "Markstein in der Geschichte des deutschen Gesundheitswesens und der Ärzteschaft" dar, wodurch die Ärzteschaft in die Lage versetzt würde, "weitere Aufgaben des Gesundheitswesens mit den Mitteln berufsständischer Selbstverwaltung zu erfüllen und mit eigener Berufsgerichtsbarkeit Zucht und Ordnung in den eigenen Reihen aufrecht zu erhalten".<sup>129</sup> Dem Arzt würden öffentliche Aufgaben übertragen und die Ärzteschaft insgesamt dazu verpflichtet - hier zitierte Wagner wörtlich den Paragraph 19 der RÄO -, "zum Wohle von Volk und Reich für die Erhaltung und Hebung der Gesundheit, des Erbgutes und der Rasse des deutschen Volkes zu wirken". Die RÄO, die zum 1. April 1936 in Kraft trat, gewährte dem Ärztestand, was er jahrzehntelang gefordert hatte: Abschaffung der Kurierfreiheit, Herauslösung der Ärzte aus der Gewerbeordnung, Errichtung der Reichsärztekammer (RÄK) als einheitlicher Standesorganisation. So resümiert auch Paul Sperling, damals seien "altgehegte und von verschiedenen Ärztetagen immer wieder postulierte Wünsche in Erfüllung" gegangen, womit "allen Bedürfnissen der Ärzteschaft Rechnung" getragen worden sei, "wenn natürlich auch die politischen, an sich geringfügigen Einschiebungen, da sie nicht zur Sache gehörten, als überflüssig, störend und sogar ungerecht empfunden wurden".<sup>130</sup>

Jene "an sich geringfügigen Einschiebungen" hatten es jedoch in sich! So legte beispielsweise Paragraph 13 der RÄO, der zwei Jahre später wörtlich als Paragraph 2 auch in die Berufsordnung übernommen wurde, fest, daß ein Arzt bei der Verletzung der bis dahin unantastbaren Schweigepflicht dann straffrei ausgehen würde, "wenn ein solches Geheimnis zur Erfüllung einer Rechtspflicht oder einer sittlichen Pflicht oder

sonst zu einem nach gesundem Volksempfinden berechtigten Zweck offenbart" werde. Ärztliches Ethos wurde also durch das "gesunde Volksempfinden" abgelöst.

#### Kontrolle

Ob es RÄO und die Aussicht auf eine Rolle als "Volkserzieher" allein waren, die Ärzte 1933 massenhaft in die NSDAP und ihre Gliederungen strömen ließen, ist fraglich. Zunächst einmal waren KVD und RÄK durchaus zweischneidige Errungenschaften, da sie mit ihrem Einfluß auf Zulassungsfragen und Niederlassungsrecht sowie ihrer Berufsgerichtsbarkeit - erstmalig konnten Ärzte für unwürdig erklärt werden, was den Entzug der Approbation nach sich zog - gleichzeitig auch ein Instrument innerprofessioneller Kontrolle und Disziplinierung waren.<sup>131</sup>

So gingen Verwaltungsstellen der KVD, bei denen Arztregister geführt wurden, dazu über, "den die Eintragung oder Zulassung beantragenden Ärzten die Beibringung eines von einer Parteidienststelle ausgestellten Unbedenklichkeitszeugnisses aufzuerlegen".<sup>132</sup> Nachdem die KVD-Reichsleitung dieses Verfahren im Juni 1937 zunächst als mit der Zulassungsordnung unvereinbar verboten hatte, erklärte sie solche Zeugnisse einen Monat später für sehr wohl zulässig, um "den in der Zulassungsordnung verlangten Nachweis zu erbringen, daß der die Eintragung oder Zulassung beantragende Arzt rückhaltlos für den nationalsozialistischen Staat eintritt".<sup>133</sup> Auch bei Bewerbungen für höhere Aufgaben konnte ein entsprechendes politisches Führungszeugnis zur Voraussetzung werden.<sup>134</sup>

Daraus folgt aber nicht zwangsläufig, daß die Ärzte tatsächlich unter einem hohen und unausweichlichem Druck standen, der NSDAP beizutreten; zur Bestätigung einer solchen Hypothese finden sich jedenfalls keinerlei eindeutige Belege.

#### Besitzstandswahrung

Es fällt auf, daß die Anziehungskraft der NS-Organisationen auf die Ärzte offenbar von dem Zeitpunkt an nachließ, als einerseits die zentralen Standesforderungen mit Errichtung von RÄK und KVD erfüllt waren, andererseits aber die verschiedenen Vereinnahmungsversuche an Intensität zunahmen. Trifft diese Beobachtung zu, dann wäre zumindest ein Teil der regimekonformen Parolen von Ärztevertretern eher mit nüchternen Erwägungen

bezüglich Status und wirtschaftlicher Vorteile in Zusammenhang zu bringen und nicht in erster Linie als Beweis einer tiefgehenden ideologischen Nazifizierung der Ärzteschaft zu deuten. Bestätigung erfährt diese Hypothese durch den sicher nicht ärztekritisch eingestellten Paul Sperling. Die Gleichschaltung ihrer Standesorganisationen, so erinnert er sich, habe die Ärzteschaft relativ wenig tangiert. Stattdessen habe sie "nach wie vor an ihre wirtschaftlichen und berufsständischen Interessen, also neben Honorar und Kassenzulassung an Facharztfragen, Krankenhausprobleme und berufsgerichtliche Erfordernisse" gedacht.<sup>135</sup> Gegenüber dem KVD-Verantwortlichen Grote beklagte Sperling im Mai 1935, es sei bislang nicht gelungen, das "Verständnis der großen Masse der Ärzte für unser ehrliches und gutes Wollen zu finden". "Das Schwergewicht aller Klagen" richte sich "natürlich (und das war immer so, wird wohl auch stets so bleiben) gegen das kassenärztliche Honorar". Auch der Zwang zur Fortbildung - erinnert sei hier nur an die am 1. Juni 1935 eingeweihte "Führerschule der Deutschen Ärzteschaft" im mecklenburgischen Alt-Rehse - und die damit verbundenen wirtschaftlichen Einbußen würden den Unmut mehren, so daß "viele Kollegen nicht mehr aus innerer Überzeugung" mitgehen würden, sondern nur, "weil sie sich fürchten".<sup>136</sup>

Zum zunehmenden Unmut trug wesentlich die 1936 öffentlich im Deutschen Ärzteblatt beklagte Tatsache bei, daß "die mehr oder weniger unentgeltliche Tätigkeit des Arztes im Gesundheitsdienst für Partei und Staat [...] für viele besonders dazu Berufene schon einen kaum mehr erträglichen Umfang angenommen hat".<sup>137</sup> Auch das Amt für Volksgesundheit des Gaus Westfalen-Nord urteilte im November 1936, "dass viele Ärzte deshalb ihre Kräfte der Bewegung nicht gern voll und ganz zur Verfügung stellen, weil sie nicht mit Unrecht befürchten müssen, dass durch ihre Mitarbeit für die Partei ihr Einkommen aus Privat- und Kassenpraxis sich verringert". Hinzu käme gerade in "einer solch schwarzen Gegend wie Münster", daß viele Patienten erkennbar nationalsozialistische Ärzte meiden würden. Um solchen Erscheinungen entgegenzuwirken, wurde allen Ernstes vorgeschlagen, "den für die nationalsozialistische Bewegung tätigen Ärzten, soweit dieselben Mitglieder der KVD

sind, das Durchschnittseinkommen der Ärzte der jeweiligen Bezirksstelle" auszuzahlen. Hierdurch würde jenen "die wirtschaftlichen Sorgen genommen" und gleichzeitig dem "Nachwuchs eine sichere Existenz gewährleistet".<sup>138</sup>

Auch der Sicherheitsdienst der SS berichtete 1938, es würde darüber geklagt, "daß die Aktivität der Ärzteschaft im Hinblick auf die Mitarbeit in der Partei und ihren Gliederungen immer mehr nachläßt". Das sei einerseits durch die "sehr starke Überorganisation", "zum anderen aber auch durch die nach wie vor materialistische Einstellung einer Reihe von Ärzten" bedingt, was sich u.a. an der unzureichenden Besetzung von ländlichen Arztstellen zeige.<sup>139</sup>

Als die Mitgliedersperre der NSDAP im Sommer 1939 wieder einmal aufgehoben war, nahmen - verglichen mit anderen Berufsgruppen - nur relativ wenig Mediziner die Möglichkeit zum Beitritt wahr, da, so der Befund von Michael Kater, das Ansehen der Partei durch Mobilisierung, drohenden Krieg und die Auswirkungen der Planwirtschaft erheblich angeschlagen gewesen sei.<sup>140</sup>

Mit Kriegsbeginn und der damit verbundenen Niederlassungssperre sowie der Neuregelung der Honorarverteilung wurde die Haltung der Ärzte gegenüber dem Regime allem Anschein nach noch distanzierter. Der führende rheinische NS-Ärztefunktionär Rudolf Hartung stellte der Ärzteschaft Ende Oktober 1939 in seinem Tagebuch ein wenig schmeichelndes Zeugnis aus, als er deren Reaktion auf die kriegsbedingten Einschränkungen so zusammenfaßte: "einmal, der Besitz macht characterschwach, und ferner: das Denken sonst intelligenter Menschen und ihr Fühlen wird primitiv".<sup>141</sup> In ähnlicher Richtung gingen auch Einschätzungen des Sicherheitsdiensts der SS. Der Honorarverteilungsplan der KVD, so hieß es im März 1940, lasse aufgrund des erheblichen Rückgangs der ärztlichen Privateinnahmen nur die Auszahlung eines unzureichenden Pauschbetrages zu. Beobachtungen hätten ergeben, "daß sich die gleiche Honorierung bei verschiedener Leistung auf längere Sicht nachteilig auf die Schaffensfreudigkeit des Arztes und damit die Volksgesundheit auswirken müssen".<sup>142</sup> Reichsgesundheitsführer Conti sah sich Anfang Dezember 1939 gar veranlaßt, mit einer Bekanntmachung

im "Deutschen Ärzteblatt" der Befürchtung entgegenzutreten, "daß die für die Dauer des Krieges getroffenen Maßnahmen zu einer weitgehenden Sozialisierung des Ärztestandes nach Beendigung des Krieges führen könnten".<sup>143</sup>

Diese Zusicherung zur Besitzstandswahrung wurde aber bald von anderer Seite in Frage gestellt, was die Attraktivität des NS-Regimes unter den Ärzten wohl nicht unerheblich beeinträchtigt haben dürfte. Die Pläne der von Robert Ley geführten Deutschen Arbeitsfront (DAF) für ein "Gesundheitswerk des Deutschen Volkes" bedrohten seit Herbst 1940 die noch jungen Errungenschaften des Ärztestandes.<sup>144</sup> Hiernach wäre der im Rahmen der "Leistungsmedizin" immer stärker in den Mittelpunkt gerückte Betriebsarzt mit dem niedergelassenen Arzt als Träger der medizinischen Primärversorgung gleichberechtigt auf eine Stufe gestellt worden. Statt freier Arztwahl und der Vergütung von Einzelleistungen wäre bei Realisierung des Vorhabens ein System getreten, bei dem der Arzt, unabhängig vom Arbeitsaufwand, pauschal für die Betreuung einer Anzahl ihm zugeteilter Familien entlohnt worden wäre. Außerdem hatte Ley die Absicht, das durch die Standesorganisationen kontrollierte Niederlassungsprinzip durch staatlich konzessionierte Arztstellen zu ersetzen.

Angesichts solcher Pläne verwundert es nicht, wenn Paul Sperling im Juli 1941 beobachtete, daß die Ärzteschaft von "Unruhe" erfaßt sei, wobei zwei Aspekte im Mittelpunkt des Interesses standen: "1. die Höhe des kassenärztlichen Honorars und 2. die Form der Zulassung". Für beide Bereiche beanspruchte Ley und damit der NS-Staat das Zugriffsrecht, was Sperling zu der Bemerkung veranlaßte, mit der beabsichtigten "allzu weit gehenden Schematisierung" seiner beruflichen Tätigkeit würde der Ärztestand "natürlich den letzten Rest von Freiheit" zu Grabe tragen, "ohne dafür etwas Besseres einzutauschen".<sup>145</sup> Hätte sich die DAF durchgesetzt, so wären die Ärzte in ihrer Führungsrolle im Gesundheitswesen durch (Sozial-) Politiker abgelöst worden. Daher wird man wohl mit Erleichterung registriert haben, daß sich Hitler 1942 weigerte, für die Dauer des Krieges dieses Thema weiter zu diskutieren.

Aber auch so gab es genügend Konfliktstoff. Durch die kriegsbedingte Arbeitsüberlastung ohnehin schon gereizt, bestimmten nicht nur nach Bekunden Paul Sperlings Zulassungs- und insbesondere Honorarfragen die Interessen der "Basis". Anfang 1942 wurde im Ärzteblatt angesichts einer zunehmenden Unart eine deutliche Warnung ausgesprochen. Es solle immer noch vorkommen, daß Kassenärzte mit der Begründung zu schlechter Bezahlung die Behandlung von Patienten rundweg ablehnen würden. Zukünftig würde gegen solche Berufskollegen vorgegangen, da deren Argumente nicht nur falsch seien, sondern hinreichend erläutert worden sei, daß "nicht das gesamte von den Kassen gezahlte Geld allein den Heimatärzten" zugute kommen könne.<sup>146</sup> Das Interesse an der NS-Gesundheitsführung jedenfalls war, sofern zuvor überhaupt vorhanden, bis Herbst 1942 offenbar auf den Nullpunkt gesunken. Ein Teil der deutschen Ärzteschaft, so ein Mitarbeiter Contis, stehe deren Aufgaben "teilnahmelos gegenüber". Für sie seien die Begriffe "Reichsgesundheitsführung" und "Gebührenordnung" "eine Gedankenassoziation, bei der die Höhe der gezahlten Honorare direkt proportional der Güte der Reichsgesundheitsführung ist".<sup>147</sup>

Auch bei vorsichtiger Bewertung der angeführten Belege drängt sich die Vermutung auf, daß der hohe Organisationsgrad weniger auf politische Überzeugungen, als eher auf materielle Erwägungen zurückzuführen ist. Ein Beispiel für das zumeist passive, weitgehend angepaßte Verhalten von Ärzten läßt sich dem Tagebuch des regimekritischen jungen Kölner Assistenzarztes Ernst Müller entnehmen. Er habe sich, so notierte er im Januar 1938, soweit eben möglich der angeordneten Teilnahme an NS-Versammlungen entzogen. Wenn er aber "widerwillig" solche Veranstaltungen besuchte, war er "jedesmal überrascht, daß fast alle Kollegen in farbigen Uniformen" erschienen waren, während nur sehr wenige, zumeist freipraktizierende Ärzte, zivile Kleidung trugen. Was den Versammelten an "Reden verbohrteter Funktionäre" zugemutet würde, so Müller weiter, übertreffe "an Dummheit und Überheblichkeit" alles, was er bislang erlebt habe. Die Ärzte würden wie "ungezogene Kinder abgekanzelt, verhöhnt und beschimpft" sowie - ob ihrer "Laschheit" - mit Konsequenzen bedroht. Es war aber nicht dieses "seichte Geschwafel", das den in der Universitätsklinik angestellten Arzt

beeindruckte. Regelrecht "entsetzt" war er vielmehr, "daß sich aus der mehr als hundertköpfigen Hörerschaft", in der sich stets eine Anzahl "strammer 'alter Kämpfer'" befunden habe, "nicht eine einzige Stimme" erhoben habe, "um den überheblichen, arroganten Schwätzern ihr unverschämtes Gehabe deutlich zu machen".<sup>148</sup> Der Befund solcher Passivität bietet, wenn er durch weitere Forschungen erhärtet würde, alles andere als einen Grund zur Verharmlosung oder moralischen Entlastung, insbesondere bei Betrachtung des ärztlichen Verhaltens und Handelns auf "rassenhygienischem" Gebiet.

Vernichten statt Heilen

Die Verbrechen, die im Namen von "Volksgemeinschaft" und "gesundem Volksempfinden" und häufig unter ärztlicher Mithilfe in den zwölf Jahren NS-Herrschaft verübt wurden, sind weder in Schrecken noch Ausmaß auch nur annähernd angemessen darstellbar. Mindestens 400000 Menschen wurden nach den Bestimmungen des "Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" zwangssterilisiert, etwa 5000, vorwiegend Frauen, starben an den Folgen der Operation.<sup>149</sup> Den Patientenmorden, die - nun ohne den Versuch, verbrecherisches Tun durch ein Gesetz zu legitimieren - spätestens seit Mitte 1940 unter dem Euphemismus "Euthanasie" verübt wurden, fielen mit der Totalisierung des Krieges immer neue Gruppen zum Opfer. Von der sogenannten "Kinder-Euthanasie" mit 5000 bis 8000 umgebrachten Patienten zieht sich eine grausame Spur über die erwachsene Psychiatriepatienten betreffende "Aktion T4" (mehr als 71000 Opfer) und die an kranken KZ-Häftlingen verübte "Sonderbehandlung 14f13" (etwa 20000 Opfer) hin zu den dezentralisierten Krankenmorden. Durch diese wurden seit 1943 Heil- und Pflegeanstalten sowie Alten- und Siechenheime für Kriegszwecke geräumt bzw. Lebensmittel und Medikamente eingespart.<sup>150</sup> Unter den Ermordeten befanden sich neben Psychiatriepatienten zunehmend auch gesellschaftlich "Unbrauchbare" wie Kriminelle, "Asoziale", Homosexuelle, "Kriegshysteriker", erschöpfte Zwangsarbeiter oder bettlägrige alte Menschen. Allerdings wurde nicht mehr wie noch bei der "Aktion T4" in Gaskammern, sondern in regulären Heil- und Pflegeanstalten medikamentös oder durch "Hungerkost" gemordet. Insgesamt fielen diesem "therapeutischen Töten" schätzungs-

weise 150000 Menschen zum Opfer.<sup>151</sup> Hinzu kamen all jene, die in die Hände von "Ärzten" wie Josef Mengele oder Sigmund Rascher fielen und im Rahmen von menschenverachtenden und wissenschaftlich zumeist unsinnigen "Experimenten" in den Konzentrationslagern gequält und getötet wurden.<sup>152</sup>

Ärzte wurden seit 1933 von maßgeblichen Standespolitikern zur aktiven Mitarbeit bei der praktischen Umsetzung der Rassenpolitik aufgefordert - und sie kamen dieser Aufforderung, wenn auch in unterschiedlicher Intensität und aus verschiedenen Motiven, in nicht unerheblicher Zahl nach.

Ärzte und das "Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" Die Mitwirkung der niedergelassenen Ärzte bei der Durchführung des Gesetzes war unerwartet gering. Während sich Anstalts-, Krankenhaus-, Kommunal- und Stadtärzte durch Einreichung von Anzeigen rege beteiligen würden, so ein Bericht des Düsseldorfer Regierungspräsidenten vom März 1934, würde sich "die übrige Ärzteschaft fast vollkommen passiv verhalten". Als Begründung wurde angegeben, es sei sehr schwer, "die Ärzte zu einer Mitarbeit bei freiwilliger Antragsstellung heranzuziehen, solange die Entschädigungsfrage" ungeklärt sei. Aus Ärztekreisen sei mitgeteilt worden, "es könne ihnen nicht zugemutet werden, solche umfassenden Arbeiten [...] auszuführen, wenn sie nicht dafür bezahlt würden".<sup>153</sup> Die Düsseldorfer Beobachtungen waren offenbar kein Einzelfall, denn schon im April 1934 sah sich das preußische Innenministerium gezwungen, seinen Unmut darüber zu bekunden, daß die Ärzteschaft dem Gesetz bisher "noch nicht immer und überall das erforderliche Interesse und Verständnis entgegenbringe und für ihre Mitwirkung geldliche Entschädigung fordere". Der Oberpräsident der Rheinprovinz wies die ihm unterstellten Dienststellen an, entsprechend propagandistisch tätig zu werden. Es sei "ureigenste Ehrenpflicht gerade der deutschen Ärzteschaft", an einer "qualitativen Verbesserung unseres Volkes [...] auch ohne besondere Entschädigung für kleine Mühewaltungen mitzuarbeiten".<sup>154</sup>

Mitte 1936 stellte auch der thüringische Innenminister fest, im Bezirk Saalfeld ließe "die Mitarbeit der freipraktizierenden Ärzte" bei der Durchführung des Gesetzes, insbeson-

dere bei der Abgabe von Gutachten, "viel zu wünschen übrig".<sup>155</sup> Die Reaktion der ärztlichen Bezirksvereinigung Gotha war viel-sagend. Dort hatte der Amtsarzt des Kreises Gotha beim Landrat erreicht, "daß für die außerordentlich zeitraubende Begutach-tung den freipraktizierenden Ärzten ein Betrag von RM 5,- zur Verfügung gestellt wurde". Als ein entsprechendes Gesuch an den Gothaer Oberbürgermeister "schlankweg abgelehnt" wurde, waren plötzlich "die in der Stadt Gotha ansässigen Ärzte [...] derart mit ihrer Praxis und ihrer nebenamtlichen Tätigkeit für die Gliederungen der Partei belastet", daß zur Begutachtung "nur in den äußersten Fällen" Zeit blieb. Deren honorierte Kollegen im Landkreis klagten dagegen nicht über Zeitmangel.<sup>156</sup> Um die Gemüter zu beruhigen, versicherte der Leiter der Thü-ringischen Ärztekammer umgehend, er "denke gar nicht daran, den Ärzten ehrenamtliche Mehrarbeit zu machen", sondern im Ge-genteil bemüht, "die wirtschaftliche Lage der Ärzteschaft zu bessern".<sup>157</sup>

Es gab für niedergelassene Ärzte noch einen weiteren Grund, hinsichtlich einer Mitarbeit bei der Zwangssterilisation aus Eigeninteresse Vorsicht walten zu lassen. Es stellte sich bald heraus, daß Ärzte, die hier aktiv wurden, oft das Vertrauen ihrer Patienten einbüßten und regelrecht boykottiert wurden.<sup>158</sup> Da aber mindestens bis 1941 ein halbwegs freier Markt für ärztliche Dienstleistungen bestand, waren niedergelassene Ärzte schon aus ökonomischen Erwägungen auf die Wiederkehr und damit das Vertrauen der Patienten angewiesen.<sup>159</sup> So führte 1935 eine Fachzeitschrift die offensichtliche Zurückhaltung von Ärzten bei der Zwangssterilisation nicht etwa auf moralische Bedenken oder Angst vor einer möglichen Bestrafung zurück, sondern auf die "nur zu berechtigten Furcht, ihre wirtschaftliche Existenzmöglichkeit" durch Ausbleiben von Pa-tienten zu verlieren.<sup>160</sup>

Wenn es sicher auch Ärzte gab, die den "Weg in die Verrohung", wie Dirk Blasius ihn nennt<sup>161</sup>, nicht mitgingen, setzte der "Untertanengeist der Psychiatrie" im allgemeinen aber einen Sterilisations- und später "Euthanasie"-Eifer frei, der den renommierten Psychiater Kurt Schneider zutiefst erschreckte. "Und dann", schrieb er 1942 an seinen Kollegen Karl Jaspers,

"ist eben die Zeit der Humanität vorüber und mit ihr ist unser Beruf und Stand entzwei gegangen."<sup>162</sup>

#### Amts- und Anstaltsärzte

Bei alledem gilt es zu berücksichtigen, daß die skizzierten Konsequenzen aus der NS-Rassenpolitik dem Handlungsfeld des niedergelassenen Arztes weitgehend entzogen waren.<sup>163</sup> Es waren in erster Linie Amts- und Anstaltsärzte sowie Medizinalbeamte, die Zwangssterilisation und Patientenmord verantwortlich durchführten. Es ist sicher kein Zufall, daß diese Ärztegruppen eine vergleichsweise hohe NS-Affinität aufwiesen.

Nachdem Reichsärztesführer Wagner noch Anfang 1935 auf die "unzureichende weltanschauliche Eignung" der Amtsärzte hingewiesen hatte, von denen vor der Machtergreifung lediglich 1 Prozent der NSDAP angehört habe<sup>164</sup>, hatte sich das Bild bald grundlegend gewandelt. Durch das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 war das Gesundheitswesen insbesondere durch die Einrichtung von Gesundheitsämtern verstaatlicht und zentralisiert worden. Bis 1937 gab es davon in Deutschland 745 mit 1523 beamteten Ärzten, 1943 waren es 1100 Ämter mit rund 2600 haupt- und etwa 10000 nebenamtlichen Ärzten, die wiederum in enger Verbindung mit den Volksgesundheitsämtern der NSDAP standen. Dem gestiegenen Ansehen und der politischen Bedeutung der Amtsärzte entsprach nun auch ihr Organisationsgrad: 1937 waren in Preußen von 634 dieser Mediziner 519 (=81,9%) Mitglieder der NSDAP oder ihrer Nebenorganisationen.<sup>165</sup> Ähnlich dürfte der Gesamtwert bei den 117 westfälischen Anstaltspsychiatern gelegen haben, von denen 64,1 Prozent der NSDAP und 43 Prozent der SA angehörten.<sup>166</sup>

Wenn die freipraktizierenden Ärzte in aller Regel auch nicht unmittelbar an "rassenhygienischen" Maßnahmen beteiligt waren, so belegt schon die Zahl der 10000 nebenamtlich für Gesundheitsämter tätigen Mediziner, daß von völliger Abstinenz ebensowenig die Rede sein kann. Vor allem wußten alle um die Verbrechen, die im Namen der NS-Rassenideologie tagtäglich geschahen - die Zwangssterilisationen per Gesetz verfügt, die Patientenmorde notdürftig und wirkungslos verheimlicht. Die "Aktion T4" wurde im August 1941 durch öffentliche Proteste

der Kirchen gestoppt, nicht etwa durch ein Aufbegehren der Ärzteschaft.

Über Feigheit und Mut

Über deren Verhalten legt ein Schreiben Zeugnis ab, das die Ärztin Trude Förstner nach Bekanntwerden der Patientenmorde im Oktober 1940 an den württembergischen Landesbischof Wurm richtete, der sich seinerseits kritisch zur "Euthanasie" geäußert hatte. Sie, so Trude Förstner, habe anfangs geglaubt, "nicht weiterleben zu können, wenn ich nicht etwas dagegen unternehmen würde". Sie habe die Absicht gehabt, Ärzte zusammenzurufen, "die gleichen Sinnes waren". "Ich dachte, wenn 50 Prozent der Kollegen sich einsetzen, das müßte etwas ausrichten". Das Resultat war desillusionierend: "50% war naiv. Aber auch 30, 10 und 1% war zu hoch gegriffen." Auf sich gestellt, so Frau Förstner ungeschminkt, "war auch ich zu feige".<sup>167</sup>

Dieses Verhalten mag in einem ständig geschürten Klima der Angst nachvollziehbar sein, doch es gibt zahlreiche Quellen, die belegen, daß Ärzten, wenn sie ihre Mitarbeit bei der Umsetzung der NS-Rassenideologie verweigerten, in aller Regel nichts Gravierendes zustieß. Wenn sie ihrer Meldepflicht nicht nachkamen oder gar Gutachten bewußt zugunsten ihrer Patienten manipulierten, drohten ihnen geringe Geldstrafen von 50 oder 150 RM bzw. eine Warnung oder ein Verweis im Rahmen berufsgewerkschaftlicher Verfahren.<sup>168</sup> Obwohl der Deutsche Ärzterichtshof in München als höchste berufsgewerkschaftliche Instanz klarstellte, bei der den Ärzten auferlegten Anzeigepflicht handele es sich "um eine ganz besonders wichtige Berufspflicht"<sup>169</sup>, konnten keine Urteile nachgewiesen werden, die über dieses Strafmaß hinausgingen.

Karl Brons, Arzt in Dortmund und Mitglied des Provinzialausschusses des Hartmannbundes, bezog Ende März 1933 in einer Sitzung der Ärztekammer Westfalen im Gegensatz zu seinen anwesenden Berufskollegen ebenfalls eindeutige Stellung gegen die Sterilisation, "weil die wissenschaftliche Erkenntnis bisher noch keine genügende Sicherheit dafür böte". Obwohl diese Aussage im Deutschen Ärzteblatt abgedruckt wurde, geschah Brons nichts; stattdessen wurde er Amtsleiter der KVD-Bezirksstelle Dortmund!<sup>170</sup>

Schließlich soll hier an den Kölner Mediziner Franz Vonessen erinnert werden.<sup>171</sup> Er, seit 1929 leitender Stadtarzt, wurde 1933 aufgrund seiner Zugehörigkeit zur katholischen Zentrumspartei in den Rang eines Stadtarztes zurückgestuft. Erwägungen, aus dem öffentlichen Dienst auszuscheiden, ließ Vonessen fallen, da ihm die Ärztekammer auf Anfrage mitteilte, daß ihm aus politischen Gründen die Kassenzulassung verweigert würde. So sah er sich 1934 mit den Bestimmungen des "Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" konfrontiert. Obwohl ihn der Kölner Gesundheitsdezernent Carl Coerper drängte, die Durchführung des Gesetzes in einem Stadtbezirk zu übernehmen, lehnte Vonessen aus religiösen Gründen ab. Während daraufhin innerhalb der Verwaltung seine Entlassung diskutiert wurde, erkrankte Vonessen im Herbst 1935 schwer, war lange dienstunfähig und wurde nach der Genesung Ende 1936 unter dem Vorwand seiner Erkrankung in den Ruhestand versetzt.

Danach ließ er sich in Köln als Arzt nieder, wobei seine gut besuchte Praxis zum Sammelpunkt für jene wurde, "die nicht zur Partei gehörten oder Gegner der Partei waren". Außerdem unterstützte er jüdische Mitbürger: "Trotz Verbot habe ich alle Juden immer behandelt und mich nie an den einschränkenden Anordnungen der Gestapo und der Ärztekammer gestört." Sein Engagement ging weit über die ärztliche Tätigkeit hinaus; er versorgte Verfolgte nicht nur mit Lebensmittelmarken, sondern versteckte sie und besorgte falsche Papiere.

Trotz all dieser gefährlichen Unternehmungen überstand Franz Vonessen, der zugleich eine achtköpfige Familie zu versorgen hatte, das Dritte Reich unbeschadet. Der Verlust der Stellung wurde nicht nur durch eine Pension, sondern auch durch eine gut besuchte Praxis kompensiert, wobei es bemerkenswert ist, daß er sich bei seiner Einstellung überhaupt als Arzt niederlassen durfte. Wenn man dieses Beispiel auch nicht vorschnell verallgemeinern sollte, dürfte doch deutlich geworden sein, daß auch von 1933 bis 1945 ein erheblicher Spielraum für verantwortungsvolles ärztliches Handeln vorhanden war. Das gilt auch für das Verhalten im Rahmen des Patientenmords. Als im Sommer 1940 die Meldebögen zur systematischen Erfassung der Psychiatriepatienten im Rheinland eintrafen, wurden sie von den Anstaltsärzten ausgefüllt, ohne daß diese angeblich

durchschauten, daß die Bögen der "Aussonderung" von "Euthanasie"-Opfern dienten. Wie fadenscheinig solche (Nachkriegs-) Aussagen jedoch sind, geht allein schon daraus hervor, daß die Leitungen zweier Anstalten offenbar sehr wohl um die Intention wußten, denn sie verweigerten das Ausfüllen der Bögen mit dem ausdrücklichen Hinweis, daß diese zur Ermordung von Patienten gedacht seien, ohne daß ihnen daraus irgendwelche Nachteile entstanden.<sup>172</sup>

Auch wenn in Rechnung gestellt wird, daß viele Ärzte die Bedrohung, der sie sich ausgesetzt wähnten, überschätzten und sich ihr dadurch nicht entziehen konnten<sup>173</sup>, hat bis zum Beweis des Gegenteils die Aussage Karl Brandts im Rahmen des Nürnberger Ärzteprozesses Bestand: Jeder einzelne Arzt, so gab Hitlers Reichskommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen zu Protokoll, sei absolut selbstverantwortlich gewesen für das, "was er innerhalb dieser Maßnahme, die bis zur Euthanasie, zum Ende, führte, zu tun hatte".<sup>174</sup>

Und bei aller noch zu leistenden Aufklärungsarbeit ist eines schon heute völlig klar: Kritische Ärzte, die ihre Ablehnung öffentlich kundtaten, gab es nur verschwindend wenige. Die "übergroße Mehrheit", so das Fazit von Fridolf Kudlien, "schwieg oder war einverstanden".<sup>175</sup>

Zur "ärztlichen Normaltätigkeit" im Dritten Reich

Es stellt sich die Frage, ob es zulässig ist, angesichts der unmittelbaren und mittelbaren Verstrickung von Ärzten in eine Vielzahl von verbrecherischen oder zumindest menschenverachtenden Handlungen für das Dritte Reich auch von einer "ärztlichen Normaltätigkeit"<sup>176</sup> zu sprechen. Die mit diesem Begriff suggerierte Trennung in zwei isolierbare Handlungsfelder geht sicher in die Irre, waren "Heilen" und "Vernichten" doch zwei Seiten einer Medaille.<sup>177</sup> Auch das gern bemühte "Argument" vom "unpolitischen" Arzt sollte nach neueren Forschungserkenntnissen zumindest erheblich an Schlagkraft verloren haben.<sup>178</sup>

Es soll nicht geleugnet werden, daß es einen medizinischen "Alltag" gab, doch auch für die vergleichsweise wenigen Ärzte, die versuchten, ihr Berufsethos über die Forderungen der NS-Rassenpolitik zu stellen, waren die Arbeitsbedingungen in

vielerlei Hinsicht keine "normalen". Das allein schon deshalb, weil stets die Gefahr bestand, daß "der Staat" besonders in Gestalt der Gestapo und deren Hilfsheer von Denunzianten im Wartezimmer saß. Vor allem aber: Wie ist heute das, was als alltäglich definiert wird, mit Leben zu füllen; gibt es Quellen, die das "normale" Praxisleben in der NS-Zeit erhellen? Schließlich sollte bei solchen Versuchen stets auch die Forderung Renate Jäckles gebührend beachtet werden, daß jeder Versuch, über eine "ganz normale" Medizin im Dritten Reich zu sprechen, in jedem Satz diejenigen mitzubedenken hat, für die es eben keine normale Medizin mehr gab. Nur für die anderen, die weder rassistisch noch politisch negativ auffielen und dabei gleichzeitig leistungsfähig waren, gab es eine "humane" Alltagsmedizin.<sup>179</sup> Aber auch hier sollte es unter den Bedingungen des totalen Krieges einen schnellen Wandel geben.

Zunächst, so hat es den Anschein, blieb der Alltag in den Arztpraxen nach 1933 weitgehend unverändert, da der Einfluß spezifisch nationalsozialistischer Medikalierungsstrategien wie beispielsweise der Neuen Deutschen Heilkunde eher gering war; der Trend zur naturwissenschaftlich orientierten Medizin hatte auch im Dritten Reich Bestand.<sup>180</sup> Hinzu kam, daß die Arzt-Patienten-Beziehung sich einer wirkungsvollen Überwachung entzog. Da die Ärzte außerdem auf die Wiederkehr der Patienten angewiesen waren, konnten diese eine etwaige physische Schutzlosigkeit durch ihre ökonomische Macht kompensieren und so erzwingen, daß nicht - zumindest erkennbar - gegen ihr Wohl behandelt wurde.<sup>181</sup> Der Kreisamtsleiter des NSDÄB und Amtsleiter der KVD in Erfurt jedenfalls beklagte im Oktober 1934, er beobachte seit einem Jahr, daß die Bevölkerung "in immer steigendem Maße" jüdische Ärzte aufsuche, deren Einnahmen stark gestiegen seien. "Arische" Ärzte hingegen, die sich aufgrund ihrer nationalsozialistischen Einstellung weigern würden, Atteste auszustellen und "die asozialen Elemente" zu unterstützen, müßten starke Patienteneinbußen hinnehmen, die dazu führten, daß einige Kollegen "direkt notleiden" würden. Dabei mußte der NSDÄB-Funktionär eingestehen, daß es vielfach NSDAP- oder SA-Mitglieder waren, die die Dienste der jüdischen Ärzte in Anspruch nahmen!<sup>182</sup>

Inwieweit sich der Umgang des Arztes mit seinen Patienten als Ergebnis einer professionellen Sozialisation von hoher Prägekraft ohnehin kurzfristigen Umgestaltungsversuchen entzogen, muß dahingestellt bleiben.<sup>183</sup> Für eine solche Annahme spricht, daß die Bereitschaft, sich auf den vom Nationalsozialismus propagierten Wandel einzulassen, bei Ärzten, die in der krisengeprägten Zeit der späten 1920er und frühen 1930er Jahre approbiert worden waren, wohl größer war als bei deren älteren Kollegen.<sup>184</sup> Dagegen ließe sich die Beobachtung des Psychiatriedezernenten des Provinzialverbandes der Rheinprovinz Walter Creutz<sup>185</sup> anführen, daß sich gerade die älteren Psychiater der Zwangssterilisation "mit einer bemerkenswerten Aufgeschlossenheit und durchweg mit beachtlichem Schwung zugewandt" hätten, während jüngere Ärzte eine "etwas passive Haltung" einnehmen würden, "die offenbar überwiegend der Befürchtung entspringt, durch den starken bürotechnischen Einschlag der erbbiologischen Arbeit ihrer idealisiert gesehenen klinischen Tätigkeit allzusehr entzogen zu werden".<sup>186</sup>

Bei aller Unklarheit kann aber wohl als gesichert gelten, daß viele Ärzte - zumindest in der Regelversorgung - aufgrund ihres "ärztlichen Konservatismus" im traditionellen Sinne weiterbehandelten, zumeist allerdings, ohne den gesellschaftspolitischen Kontext ihres Handlungsfeldes zu hinterfragen.<sup>187</sup> Ob man das nun im Sinne Michael Katers als "reaktionär" verurteilt oder aber wie Fridolf Kudlien zugute hält, das solches Verhalten, wenn auch oft standespolitisch motiviert, für die Patienten "durchaus positive Konsequenzen" zeitigte<sup>188</sup>, ist eine Frage des individuellen Standorts.

#### Ärztliche Versorgung im Zweiten Weltkrieg

Über die Zeit bis September 1939 lassen sich aufgrund fehlender Belege über den ärztlichen Alltag kaum zuverlässige Aussagen treffen. Die durch den Kriegsbeginn bedingten weitgehenden Änderungen für die Arbeit eines niedergelassenen Arztes lassen hingegen einige Rückschlüsse allgemeinerer Art zu. Einen gravierenden Einschnitt stellte der Überfall auf Polen schon allein in Bezug auf die Einberufungen dar. Bis Mai 1940 war mehr als ein Drittel aller approbierten Mediziner eingezogen worden, wobei es gerade die leistungsfähigsten waren, auf die die

Wehrmacht zurückgriff; beispielsweise bis Dezember 1939 auf 43 Prozent der planmäßigen Ärzte der Kölner Krankenhäuser.<sup>189</sup>

Mit der Ausdehnung der deutschen Aggression auf die Sowjetunion ab Frühsommer 1941 wurde die Zahl der zurückbleibenden Ärzte weiter verringert. Von den 36409 niedergelassenen bzw. 17981 in Krankenhäusern "im Frieden" tätigen Ärzten standen am 1. Juli 1941 nur noch 24852 (68,3%) bzw. 11868 (66%) zur Verfügung. Neben der Tatsache, daß sich diese Zahlen schnell weiter verringerten, kam nach Angaben von Reichsgesundheitsführer Conti erschwerend hinzu, daß fast 20 Prozent der Zurückbleibenden schon Mitte 1941 älter als 60 Jahre, hiervon wiederum rund ein Drittel älter als 70 Jahre waren. Diese Faktoren und die Tatsache, daß unter den Kriegsbedingungen kaum Zeit zur Entspannung blieb, ließ die Kranken- und Sterbeziffern in der Ärzteschaft bereits zu diesem vergleichsweise frühen Zeitpunkt "in erschreckendem Maße" steigen.<sup>190</sup>

Aber nicht nur Standesvertreter Conti, sondern auch der Sicherheitsdienst der SS beobachtete im März 1941 eine besorgniserregende Verschlechterung in der ärztlichen Versorgung der Zivilbevölkerung. Ein Arzt habe oft nicht weniger als 10000 bis 20000 Patienten zu versorgen und sei daher "beim besten Willen nicht einmal mehr in der Lage", seine dringendsten Fälle zu behandeln. In Hagen beispielsweise sei kürzlich der letzte für 33000 Einwohner tätige Arzt eingezogen und durch eine junge, gerade approbierte Ärztin ersetzt worden. In Stendal verblieben nur noch vier Mediziner für 32000 Patienten. Diese, von denen drei älter als 75 Jahre waren, mußten außerdem noch 32 Landgemeinden mitbetreuen!<sup>191</sup> Bis zum Frühjahr 1942 reduzierte sich die Zahl der Ärzte weiter auf 50 Prozent des Friedensstandes, und es folgten weitere Einberufungswellen. Damit wurde die Ärzteschaft immer älter, überlasteter und aufgrund des Einsatzes von notbestallten "Hilfsskassenärzten" unerfahrener.<sup>192</sup>

Gleichzeitig aber wurde sie infolge erhöhter Leistungsanforderungen und des eskalierenden Bombenkrieges mit stetig wachsenden Aufgaben konfrontiert. Schon am 5. September 1939 rief die KVD die Ärzte zur Unterstützung auf. Es sei im Krieg "selbstverständliche Pflicht aller schaffenden Volksgenossen,

durch restlosen Einsatz" an der Steigerung der Rüstungsproduktion mitzuwirken. "Wo dieses Gebot der Stunde", so der stellvertretende Leiter der KVD, "in seiner Bedeutung noch nicht erfaßt sein sollte, wird auch der deutsche Arzt das Verständnis hierfür wecken." An die Arbeitsfähigkeit sei generell ein "strenger Maßstab" anzulegen. "Zum 'Krankfeiern' ist keine Zeit." Mehr noch als früher müsse der Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit durch den praktischen Arzt selbst, nicht erst durch den vertrauensärztlichen Dienst ausgesprochen werden.<sup>193</sup> Diese Aufforderung wurde, läßt man das an Bedeutung und Zahl zunehmende Betriebsarztsystem einmal außer Acht, in der Folge von einem Großteil der Ärzte ebenso beharrlich ignoriert wie Einschränkungen bei der Verordnung von Zusatznahrungsmitteln. Trotz verschiedentlich Warnungen - auch KVD, RÄK und Standespresse griffen das Thema in Rundschreiben und Artikeln immer wieder auf - stellten Ärzte ebenso großzügig Atteste aus, wie sie das mit Kriegsbeginn eingeführte Rationierungssystem für Lebensmittel und Gegenstände des täglichen Bedarfs durch weitreichendes Entgegenkommen unterliefen. Das ist nicht vorschnell als Beleg für Resistenz oder gar Widerstand zu werten, sondern sollte im Kontext damaliger Arbeitsbedingungen beurteilt werden. Wie sollten die Ärzte mit dem Andrang fertig werden, waren doch spätestens seit Anfang 1942 "hundert und mehr Sprechstundenberatungen an der Tagesordnung".<sup>194</sup> Eine Kürzung der Lebensmittelrationen füllte laut Ärzteblatt sofort die Wartezimmer, "da die Flucht in die Krankheit ja der einfachste Weg zu einem Ausgleich zu sein scheint".<sup>195</sup> So verkümmerte die alltägliche ärztliche Hilfestellung offenbar mehr und mehr zur reinen Dienstleistung, die den Namen "Behandlung" kaum mehr verdiente. Selbst der Sicherheitsdienst sprach schon Ende 1941 von reiner "Massenabfertigung", die das Vertrauen der Bevölkerung zu den Ärzten beeinträchtigen würde, wobei allerdings die Patienten ihrerseits bei nahezu jedem Besuch Atteste forderten. Auch aus anderem Grund wird den so bestürzten Medizineren wohl Zeit und Übersicht verloren gegangen sein: Bei der Unzahl von Erlassen, Bestimmungen und deren Änderungen konnte "sich kein Mensch mehr auskennen". Im April 1942 berichtete eine Ärztekammer, daß rund 70 Prozent der Ar-

beitszeit eines Arztes von Schreiarbeit in Anspruch genommen würden; allein eine Schwangere benötigte mittlerweile 20 ärztliche Bescheinigungen. Spätestens seit 1943 bildeten sich vor den Arztpraxen Schlangen. Wer nach stundenlangem Warten zum Arzt vorgedrungen war, für den blieb schließlich eine Behandlungszeit von etwa zwei Minuten!<sup>196</sup>

Von einer Regelversorgung nach herkömmlichen Maßstäben konnte unter solchen Umständen kaum mehr gesprochen werden, zumal die KVD mit Eskalation des Bombenkrieges die Kontrolle über die Verteilung der Ärzte zunehmend verlor.<sup>197</sup> Ein geordneter Praxisbetrieb war vielfach schon allein deshalb unmöglich geworden, weil die Bombardements immer deutlichere Spuren hinterließen. In Düsseldorf beispielsweise waren im Juni 1943 nur noch zwölf von ehemals 200 Arztpraxen betriebsfähig.<sup>198</sup>

Trotz aller Mißstände wehrten sich aber nicht nur die niedergelassenen Ärzte, sondern auch deren Patienten aus guten Gründen vehement gegen Tendenzen, die freie Arztwahl aufzuheben.<sup>199</sup> Seit 1940, entscheidend dann seit 1942, als die KVD die Einrichtung von revierärztlichen Sprechstunden genehmigte, begann das Betriebsarztsystem die Funktionen der niedergelassenen Ärzte zu übernehmen - ein nach Einschätzung von Winfried Süß grundlegender Einschnitt, da erstmals das gesundheitspolitische Bezugssystem geändert worden sei.<sup>200</sup> 1944 gab es etwa 8000 Betriebsärzte, die der Allgemeinversorgung entzogen wurden. Diese Mediziner, die offenbar eine besonders große NS-Affinität aufwiesen - 81,4 Prozent der thüringischen Betriebsärzte gehörte der NSDAP an, - sollten, ergänzt durch den vertrauensärztlichen Dienst, ohne Rücksicht auf die Gesundheit der Beschäftigten für eine weitestgehende "Arbeitseinsatzfähigkeit" sorgen. Erstmals wurde in diesem Rahmen das *nil-nocere*-Prinzip auch hinsichtlich der "Normalbevölkerung" verletzt.<sup>201</sup>

Das sollte durch die Aufhebung der freien Arztwahl, eine - durch RÄO und Berufsordnung ja legitimierte - Aushöhlung der Schweigepflicht und durch erhebliche Kompetenzbeschneidungen der in diesen Fragen zu "weichen" freipraktizierenden Ärzte erreicht werden. Nachdem bereits zuvor mehrfach entsprechende Beschränkungen verhängt worden waren, "weil es geboten er-

schien, die Ärzteschaft vor Schwierigkeiten zu schützen", verfügte die Reichsgesundheitsführung im März 1944 eine weitere "Schutzmaßnahme im Interesse der Ärzteschaft": Alle bisherigen Anordnungen aufhebend wurde nunmehr bestimmt, "daß Zeugnisse und Gutachten, soweit sie von Privatpersonen für ihre eigenen Zwecke verlangt werden, nicht zulässig" seien, wenn es sich um Atteste bezüglich Wehruntüchtigkeit, Wehreinsatz, Arbeitseinsatz, Arbeitsplatzwechsel, Zuweisung von Arbeitskräften sowie Anträge an Wirtschaftsämter handelte.<sup>202</sup>

Angesichts des breiten Spektrums, das dieses Verbot abdeckte, stellt sich die Frage, was den frei praktizierenden Ärzte schließlich überhaupt noch erlaubt war.

#### Epilog

Eine Woche, bevor mehr als zwölf Jahre NS-Gewaltherrschaft und ein verheerender Krieg mit der bedingungslosen Kapitulation ihr Ende nahmen, bezog der KVD-Finanzbeauftragte Johannes Hartmann am 1. Mai 1945 Stellung zur Bilanz der KVD-Reichsführung für das Jahr 1944. Auch wenn er selbst bezweifelte, ob das "unter den heutigen Verhältnissen [...] überhaupt noch Zweck hat", konnte er es sich "nicht versagen", seine Genugtuung auszudrücken "über das, was in der Reichsführung der KVD in geldlicher Hinsicht getan und geschaffen worden ist". Es sei "ein Jammer, daß nun auch dieses große und uneigennützig durchgeführte Werk nutzlos und spurlos im Chaos des allgemeinen Zusammenbruchs versinken" würde.

Nachdem Hartmann noch seinem Stolz über die Auswahl der Wertpapiere Ausdruck verliehen hatte, aus der "das Vertrauen, das wir zur Staatsführung und ihren Zusagen gehabt haben", spreche, benannte er die Verantwortlichen: "Wenn über ein tapferes Volk die drei größten Militärmächte herfallen, und wenn dann nicht nur von außen [...], sondern auch von innen der Verrat am Werk der Abwehr nagt und sogar dem Führer nach dem Leben trachtete, dann ist das jetzige tragische Ende selbstverständlich."<sup>203</sup> Selbst zu diesem Zeitpunkt scheint nicht der leiseste Selbstzweifel durch, und die Mitverantwortung für alles Geschehene wird weit von sich gewiesen.

Das hatte sich auch nicht geändert, als Paul Sperling 20 Jahre später seine diesbezüglichen Erinnerungen zu Papier brachte. Man sei mit seiner Arbeit zufrieden gewesen und hätte es auch

sein können, "denn es lief ja alles in den Gleisen, die man immer wieder ganz unpolitisch gestellt hatte". Mit "rassistischer oder religiöser Verfolgung", so Sperlings Schlußbetrachtung, hätten RÄK und KVD ebensowenig zu tun gehabt, "wie mit dem, was unter dem Namen 'Euthanasie' lief und in seiner ganzen Last erst später bekannt" geworden sei.<sup>204</sup> Angesichts der vorausgegangenen Darstellung bedürfen solche Äußerungen keiner Kommentierung. Daß deutsche Ärzteschaft und Medizinhistoriker in der Beurteilung ihrer Vergangenheit heute ein erhebliches Stück weiter sind, zeigt neben zahlreichen einschlägigen Veröffentlichungen das Referat Richard Toellners im Rahmen des 92. Deutschen Ärztetages 1989.<sup>205</sup>

<sup>1</sup> Kudlien, Probleme; in van den Bussche, S. 63.

<sup>2</sup> Paul Sperling: Pg. Aesculap. Beitrag zur Geschichte der autoritär verwalteten Ärzteschaft, masch. Manuskript o.O.O.J. [1965], S. 9.

<sup>3</sup> ÄM 34 (1933), S. 287f.

<sup>4</sup> Sperling: Pg. Aesculap, S. 4f.

<sup>5</sup> Vgl. ÄM 34 (1933), S. 309f.: (Haedenkamp,) Die Gesamtvorstände zur Lage

<sup>6</sup> W. Ackermann, S. 81 (=Kudlien!)

<sup>7</sup> Der gesamte Vorgang nach Mecklenburgisches LHA Schwerin, Best. Ministerium für Unterricht und Kunst, geistliche und Medizinalangelegenheiten, Nr. 9882.

<sup>8</sup> Sperling: Pg. Aesculap, S. 2.

<sup>9</sup> Vgl. z.B. Hubensdorf in "Wert", S. 213f.

<sup>10</sup> Vgl. DÄ 62 (1933), S. 133 (30.3.1933)

<sup>11</sup> Der Brief Stauders ist u.a. abgedruckt in ÄM 34 (1933), S. 498f.

<sup>12</sup> Vgl. Kudlien, Ärzte, S. 24.

<sup>13</sup> ÄM 34 (1933), S. 396f.: (Haedenkamp:) Umbau des ärztlichen Standes (6.5.1933).

<sup>14</sup> Sperling: Pg. Aesculap, S. 14.

<sup>15</sup> Vgl. Lilienthal in Kudlien, Ärzte, S. 111ff.

<sup>16</sup> Vgl. ausführlicher ebenda, S. 109ff.

<sup>17</sup> DÄ 62 (1933), S. 142 (6.4.1933). Dort auch das folgende Zitat.

<sup>18</sup> Vgl. etwa ÄM 31 (1930), S. 847.

<sup>19</sup> ÄM 34 (1933), S. 310 (8.4.1933)

<sup>20</sup> ÄM 34 (1933), S. 396f.: (Haedenkamp:) Umbau des ärztlichen Standes (6.5.1933).

<sup>21</sup> DÄ 63 (1933), S. 8.

<sup>22</sup> Die Verordnung ist u.a. abgedruckt in ÄM 34 (1933), S. 374f. (29.4.1933)

<sup>23</sup> Vgl. BAP, RAM 5135, Bl. 14: Hartmannbund an RAM, 31.5.1933.

- <sup>24</sup> Vgl. ÄM 34 (1933), S. 351 (22.4.1933)
- <sup>25</sup> Vgl. dazu BAP, RAM 5135, Bl. 79: NSDÄB (Wagner) an Engel (RAM), 19.7.1933.
- <sup>26</sup> ÄM 34 (1933), S. 376f. (29.4.1933).
- <sup>27</sup> Ein Exemplar ist abgedruckt bei Leibfried/Tennstedt, Berufsverbote, S. 83ff.
- <sup>28</sup> BAP, RAM 5135, Bl. 8: Vermerk Haedenkamp vom 13.5.1933.
- <sup>29</sup> Vgl. dazu das Material in BAP, RAM 5135, Bl. 18, 28, 29, 30, 51, 53.
- <sup>30</sup> BAP, RAM 5135, Bl. 143: Vermerk vom 31.8.1933.
- <sup>31</sup> BAP, RAM 5135, Bl. 44: RAM (Karstedt) an Hartmannbund, 4.7.1933.
- <sup>32</sup> Vgl. Karstedt: Die Durchfügung der Arier- und Kommunistengesetzgebung bei den Kassen-Ärzten, -Zahnärzten usw.; in: Reichsarbeitsblatt 1934, S. 179ff.
- <sup>33</sup> Der Kassenarzt 6 (1929), Nr. 48/49, S. 2.
- <sup>34</sup> ÄM 34 (1933), S. 288f. (Haedenkamp) (1.4.1933)
- <sup>35</sup> Julius Moses: Der Kampf gegen das "Dritte Reich" - ein Kampf für die Volksgesundheit; in: Der Kassenarzt 9 (1932), S. 1ff. (zitiert nach "Wert", S. 227). ZUr Biographie vgl. Hahn, Revolution, ebenda, S. 71-85.
- <sup>36</sup> BAP, RAM 5135, Bl. 50f.: Hartmannbund (Lausch) an Karstedt, 4.7.1933.
- <sup>37</sup> BAP, RAM 5135, Bl. 52f.: Karstedt an Lautsch, 5.7.1933.
- <sup>38</sup> Vgl. Clever, Geschichte; in: Medizin und Nationalsozialismus, S. 82, Gaspar, Ärzte; in Kudlien, Ärzte, S. 48ff.
- <sup>39</sup> BAP, RAM 5135, Bl. 155f.: Hartmannbund (Lautsch) an Karstedt, 26.7.1933.
- <sup>40</sup> Vgl. Kümmel, Ausschaltung; in: Kudlien, Ärzte, S. 70.
- <sup>41</sup> Vgl. Karstedt: Die Durchfügung der Arier- und Kommunistengesetzgebung bei den Kassen-Ärzten, -Zahnärzten usw.; in: Reichsarbeitsblatt 1934, S. 179ff.
- <sup>42</sup> Sperling: Pg. Aesculap, S. 15.
- <sup>43</sup> Vgl. ausführlicher Kümmel, Ausschaltung; in: Kudlien, Ärzte, S. 56-81. Danach auch das folgende.
- <sup>44</sup> Vgl. DÄ 64 (1934), S. 1243ff.: Hadrich: Die nichtarischen Ärzte in Deutschland; und: Kümmel, Ausschaltung; in: Kudlien, Ärzte, S. 70.
- <sup>45</sup> Vgl. Kater, Medizin, S. 333.
- <sup>46</sup> Eckelmann, Ärztinnen, S. 22 und 63.
- <sup>47</sup> Vgl. Kümmel, Ausschaltung; in: Kudlien, Ärzte, S. 68, sowie Kater, Medizin, S. 336 (Charité).
- <sup>48</sup> Zitate nach "Wert", S. 184.
- <sup>49</sup> Bevölkerungszunahme nach Petzina u.a.: Sozialgeschichtliches Arbeitsbuch III, S. 32.
- <sup>50</sup> Bevölkerungszahl nach Petzina u.a.: Sozialgeschichtliches Arbeitsbuch III, S. 25.
- <sup>51</sup> Die letzte Zahlenangabe nach Kater, Doctors, S. 89.
- <sup>52</sup> Zu Letzterem vgl. Bussche, Dienste, S. 47.
- <sup>53</sup> Vgl. Eckelmann, Ärztinnen, S. 51.

- <sup>54</sup> Die Zulassungsordnung ist abgedruckt im DÄB 64 (1934), S. 547ff.
- <sup>55</sup> Vgl. DÄB 72 (1942), S. 303.
- <sup>56</sup> DÄB 64 (1934), S. 558ff.: Karl Haedenkamp: Grundlagen und Bedeutung des neuen Zulassungsrechtes (hier S. 561). Dort auch das folgende Zitat.
- <sup>57</sup> Vgl. Bussche, Dienste, S. 48.
- <sup>58</sup> Kater, Medizin, S. 325.
- <sup>59</sup> Vgl. Bussche, Dienste, S. 28.
- <sup>60</sup> ÄM 34 (1933), S. 399ff.: Julius Hadrich: Neuer Staat und Hochschulüberfüllung (Zitat S. 401).
- <sup>61</sup> Vgl. Bussche, Dienste, S. 46.
- <sup>62</sup> ÄM 34 (1933), S. 206ff.: Dr. Niedermeyer: Das Frauenstudium (Zitat S. 208).
- <sup>63</sup> Zitiert nach Eckelmann, Ärztinnen, S. 52.
- <sup>64</sup> Vgl. Bussche, Dienste, S. 47.
- <sup>65</sup> Zu den Zahlenangaben vgl. Tabelle 1 bei Bussche, Dienste, S. 34.
- <sup>66</sup> Vgl. DÄB 62 (1933), S. 249.
- <sup>67</sup> Das folgende, sofern nicht anders angemerkt, nach Bussche, Dienste, passim.
- <sup>68</sup> Vgl. Bussche, Dienste, S. 150.
- <sup>69</sup> So Kater, Medizin, S. 341.
- <sup>70</sup> Bussche, Dienste, S. 148.
- <sup>71</sup> Vgl. Kater, Medizin, S. 344, und Kater in Kudlien, Ärzte, S. 103f.
- <sup>72</sup> Sperling: Pg. Aesculap, S. 90.
- <sup>73</sup> Bussche, Dienste, S. 164ff.
- <sup>74</sup> Vgl. auch Kater in Kudlien, Ärzte, S. 103f.
- <sup>75</sup> Vgl. Bussche, Dienste, S. 166.
- <sup>76</sup> Zitiert nach Bussche, Dienste, S. 151.
- <sup>77</sup> Vgl. Kater, Krise, S. 365.
- <sup>78</sup> Kästner, Einbeziehung, S. 66.
- <sup>79</sup> Vgl. "Das Einkommen des Arztes in Deutschland" [Berlin 1938], S. 2 und 21. Das unveröffentlichte Manuskript findet sich im Altarchiv der KBV in Köln-Lövenich.
- <sup>80</sup> Vgl. Kater, Medizin, S. 310.
- <sup>81</sup> DÄB 68 (1938), S. 371f.
- <sup>82</sup> DÄB 66 (1936), S. 1206ff.: Dr. med. Heinrich Kluge (Halle a.d.S.): Die wirtschaftliche Lage der Ärzte im Deutschen Reich.
- <sup>83</sup> So auch Kater, Doctors, S. 34. Die Zahlen - auch die folgenden - ebenda, S. 31.
- <sup>84</sup> Die Zahlen für Mannheim und Heidelberg nach Archiv der Bezirksärztekammer Nordbaden, Ärzteschaft Mannheim, Akte "KVD-Landesstelle Baden: Meldung über ärztliches Durchschnittseinkommen betr. Kassenärzte, 7.8.1944. Hieraus ist auch ersichtlich, wie groß lokale bzw. regionale Unterschiede sein konnten. Während die Mannheimer Kassenärzte 14786 (1939) bzw. 14856 RM (1940) einnahmen, mußten sich ihre Heidelberger Kollegen mit 10646 bzw 9916 RM bescheiden. Ob

- evtl. deren Einkommen aus Privatpraxis höher lag, ist der Aufstellung nicht zu entnehmen.
- <sup>85</sup> Vgl. Lilienthal; in Kudlien, Ärzte, S. 105ff. Dort auch Belege für die Zitate.
- <sup>86</sup> Vgl. z.B. Süß, Machtstrukturen, S. 70.
- <sup>87</sup> Vgl. Lilienthal; in Kudlien, Ärzte, S. 116.
- <sup>88</sup> Sperling: Pg. Aesculap, S. 10 und 16.
- <sup>89</sup> So Süß, Machtstrukturen, S. 71.
- <sup>90</sup> Vgl. Lilienthal; in Kudlien, Ärzte, S. 117ff.
- <sup>91</sup> Thüringisches HStA Weimar, Bestand KVD-Landesstelle Thüringen 192: Tätigkeitsbericht des NSDÄB, Kreis Mühlhausen, 30.10.1935, und Tätigkeitsbericht des NSDÄB, Kreis Gera, 10.6.1939.
- <sup>92</sup> Vgl. ausführlich Lilienthal; in Kudlien, Ärzte, S. 118ff.
- <sup>93</sup> Zahlen nach Lilienthal; in Kudlien, Ärzte, S. 116f.
- <sup>94</sup> Zahlen errechnet nach den Listen in Thüringisches HStA Weimar, Bestand KVD-Landesstelle Thüringen 199.
- <sup>95</sup> Vgl. Tabelle 2.4. bei Kater, Doctors, S. 245.
- <sup>96</sup> Vgl. NS-Dokumentationzentrum der Stadt Köln, Dr. Ernst Müller: Köln 1933-1939. Tagebuchauszüge, Eintrag vom 15.1.1938.
- <sup>97</sup> Vgl. Kater, Doctors, S. 245, Tabelle 2.4. und S.252, Tabelle 3.8.
- <sup>98</sup> Vgl. Kater, Doctors, S. 59.
- <sup>99</sup> Vgl. Kater, Medizin, S. 313ff.
- <sup>100</sup> Vgl. Kater, Doctors, S. 58.
- <sup>101</sup> Ergebnisse nach einer Auswertung der Karteikarten zur Ärztekammer Thüringen. Der Gesamtbestand lagert in Form von Mikrofilmen im Archiv der BÄK. Die Auszählung erfolgte dankenswerterweise durch Thomas Gerst.
- <sup>102</sup> Errechnet aus den Unterlagen in HStA Düsseldorf, Regierung Aachen 21301/I.
- <sup>103</sup> Vgl. Kater, Doctors, S. 242, Tabelle 2.1.
- <sup>104</sup> So Kater, Doctors, S. 55.
- <sup>105</sup> Angaben nach Thom, Formen, S. 23.
- <sup>106</sup> Vgl. Kudlien; in Kudlien, Ärzte, S. 31.
- <sup>107</sup> DÄB 62 (1933), S. 1ff.: [Siegmond Vollmann:] Die Ärzte im Drang der Zeit.
- <sup>108</sup> DÄB 67 (1937), S. 770: Rede Wagners auf der 1. Reichstagung der deutschen Volksgesundheitsbewegung am 8.8.1937 in Düsseldorf.
- <sup>109</sup> DÄB 73 (1943), S. 2: Leonardo Conti: Gesundheitsführung im vierten Kriegsjahr.
- <sup>110</sup> Vgl. Süß, Machtstrukturen, S. 138f.
- <sup>111</sup> So Süß, Machtstrukturen, S. 35.
- <sup>112</sup> Die Kötschau-Zitate nach Kudlien, Fürsorge, S. 100ff.
- <sup>113</sup> BAK, NS 22/745: Rede Bartels auf einer Tagung des Reichsarbeitskreises zur Durchführung der vier Gauuntersuchungen a, 10.4.1937; zitiert nach Reeg, Ehre, S. 193.
- <sup>114</sup> Zitiert nach Reeg, Ehre, S. 193.
- <sup>115</sup> Vgl. Blasius, Seelenstörung, S. 155.

- <sup>116</sup> DÄB 63 (1933), S. 160f.
- <sup>117</sup> Zitate nach Bock, Zwangssterilisation, S. 183.
- <sup>118</sup> Sperling: Pg Aesculap, S. 139ff.: Denkschrift "Hat sich die autoritäre Führung als Organisationsform für die Ärzte bewährt?" vom 7.10.1944 (hier S. 145).
- <sup>119</sup> DÄB 62 (1933), S. 7f.: August de Bary: Gedanken zur REichsärzteordnung.
- <sup>120</sup> DÄB 32 (1933), S. 124: Aus der Sitzung des Vorstandes des Deutschen Ärztevereinsbundes am 12.3.1933.
- <sup>121</sup> Archiv des Hartmannbundes, Protokolle der Sitzungen des Vorstands resp. des Geschäftsausschusses des "Deutschen Ärztevereinsbundes": Protokoll vom 12.3.1933, S. 3. DDort auch das folgende Zitat.
- <sup>122</sup> BAP, 15.01/26404, Bl. 98ff.: Zum Entwurf einer Reichsärzteordnung, Juni 1933. Danach auch das folgende.
- <sup>123</sup> Vgl. Archiv des Hartmannbundes, Protokolle der Sitzungen des Vorstands resp. des Geschäftsausschusses des "Deutschen Ärztevereinsbundes": Protokoll vom 15.5.1933, S. 7f., wo es heißt, Bever habe bereits die Begründung zur RÄO ausgearbeitet.
- <sup>124</sup> Vgl. hierzu DÄB 63 (1933), S. 159f. und 576ff.
- <sup>125</sup> So Süß, Machtstrukturen, S. 38f.
- <sup>126</sup> DÄB 73 (1943), S. 173ff.: Heinrich Grote: Zum zehnjährigen Bestehen der KVD.
- <sup>127</sup> DÄB 63 (1933), S. 275.
- <sup>128</sup> Vgl. DÄB 69 (1939), S. 517, 547 und 576 (Zitat).
- <sup>129</sup> DÄB 64 (1934), S. 583ff.: Dr. Wagner über das Gesundheitswesen im Dritten Reich [am 27.5.1934 in Weimar], und DÄB 65 (1935), S. 1233ff.: Gerhard Wagner: Die Reichsärzteordnung - ein Instrument nationalsozialistischer Gesundheitspolitik. Nach der letztgenannten Quelle auch das folgende.
- <sup>130</sup> Sperling: Pg. Aesculap, S. 10.
- <sup>131</sup> Vgl. Süß, Machtstrukturen, S. 38.
- <sup>132</sup> Thüringisches HStA Weimar, Bestand KVD-Landesstelle Thüringen 1: Rundschreiben 5/37 für die KVD und das Gesamtreferat der RÄK, 26.6.1937.
- <sup>133</sup> Thüringisches HStA Weimar, Bestand KVD-Landesstelle Thüringen 1: Rundschreiben 6/37 für die KVD, 20.7.1937.
- <sup>134</sup> Vgl. etwa HStA Düsseldorf, Rep. 112/12996, Ermittlungsverfahren gegen Dr. W., und Brandenburgisches LHA Potsdam, Pr.Br.Rep. 72, KVD Leipzig an KVD Brandenburg, 27.8.1940.
- <sup>135</sup> Sperling: Pg. Aesculap, S. 10.
- <sup>136</sup> Sperling: Pg. Aesculap, S. 120ff.: Sperling an Grote, 21.5.1935.
- <sup>137</sup> DÄB 66 (1936), S. 1206ff.: Dr. med Heinrich Kluge: Die wirtschaftliche Lage der Ärzte im Deutschen Reich.
- <sup>138</sup> Altarchiv der KBV in Köln-Lövenich, Splitterbestände RÄK/KVD, 160: NSDAP-Gauleitung Westfalen-Nord an KVD (Hartmann), 11.11.1936.

- <sup>139</sup> Heinz Boberach (Hg.): Meldungen aus dem Reich. Die geheimen Lageberichte des Sicherheitsdienstes der SS 1938-1945, S. 111 (Jahreslagebericht 1938).
- <sup>140</sup> Vgl. Kater, Doctors, S. 54. Allerdings ist die Grundlage der Berechnung mit N=76 äußerst schmal.
- <sup>141</sup> NS-Dokumentationszentrum der Stadt Köln, Tagebücher Rudolf Hartung, Eintrag vom 29.10.1939.
- <sup>142</sup> Heinz Boberach (Hg.): Meldungen aus dem Reich. Die geheimen Lageberichte des Sicherheitsdienstes der SS 1938-1945, S. 915 (Nr. 68 vom 20.3.1940).
- <sup>143</sup> DÄB 69 (1939), S. 697.
- <sup>144</sup> Vgl. hierzu zusammenfassend Süß, Machtstrukturen, S. 102ff. Als neueste Veröffentlichung vgl. Roth, Public Health.
- <sup>145</sup> Sperling: Pg. Aesculap, S. 126ff.: Sperling an Johannes Hartmann (als "Finanzbeauftragten des Reichsärztesführers"), 12.7.1941.
- <sup>146</sup> DÄB 72 (1942), S. 56ff.: Heinrich Grote: Die Tätigkeit der KVD im Kriege.
- <sup>147</sup> DÄB 72 (1942), S. 353: Dr. med. K. Pitsch: Arzt und Reichsgesundheitsführung.
- <sup>148</sup> NS-Dokumentationszentrum der Stadt Köln, Dr. Ernst Müller: Köln 1933-1939. Tagebuchauszüge, Eintrag vom 15.1.1938.
- <sup>149</sup> Vgl. Bock, Zwangssterilisation, S. 238, und Blasius, Seelenstörung, S. 151.
- <sup>150</sup> Angaben nach Blasius, Seelenstörung, S. 174, 177 und 182, Süß, Machtstrukturen, S. 219.
- <sup>151</sup> Frei, Führerstaat, S. 144.
- <sup>152</sup> Vgl. als Überblick Baader in Kudlien, Ärzte, S. 175ff. und Baader, Menschenversuche.
- <sup>153</sup> HStA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf 54476/I, Bl. 206ff.: RP Düsseldorf an Innenministerium, 23.3.1934.
- <sup>154</sup> HStA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf 54476/I, Bl. 217: OP Koblenz an RP Düsseldorf, 21.4.1934.
- <sup>155</sup> Thüringisches HStA Weimar, KVD-Landesstelle Thüringen 246: Thüringische Ärztekammer an ärztliche Bezirksvereinigung Gotha, 4.6.1936.
- <sup>156</sup> Thüringisches HStA Weimar, KVD-Landesstelle Thüringen 246: Ärztliche Bezirksvereinigung Gotha an Thüringische Ärztekammer, 8.6.1936.
- <sup>157</sup> Thüringisches HStA Weimar, KVD-Landesstelle Thüringen 246: Thüringische Ärztekammer an ärztliche Bezirksvereinigung Gotha, 9.6.1936.
- <sup>158</sup> So Bock, Zwangssterilisation, S. 265.
- <sup>159</sup> So Süß, Machtstrukturen, S. 141.
- <sup>160</sup> Zitiert nach Bock, Zwangssterilisation, S. 290.
- <sup>161</sup> Blasius, Seelenstörung, S. 146.
- <sup>162</sup> Kurt Schneider an Karl Jaspers, 30.6.1942. Der Brief ist vollständig abgedruckt bei Blasius, Seelenstörung, S. 202f.
- <sup>163</sup> Vgl. Süß, Machtstrukturen, S. 140.
- <sup>164</sup> BAK, R 43II7735a: Wagner an Stellvertreter des Führers, 19.2.1935.
- <sup>165</sup> Vgl. Bock, Zwangssterilisation, S. 188.
- <sup>166</sup> Kersting, Anmerkungen, S. 2969.

- <sup>167</sup> Zitiert nach Schmuhl, Rassenhygiene, S. 316.
- <sup>168</sup> Vgl. demnächst evtl. Aufsatz von Rütger zu ärztlicher Berufsgerichtsbarkeit im Dritten Reich. Fälle finden sich in Archiv der Bundesärztekammer Nordbaden, Ärzteschaft Mannheim: Ordnungsstrafen 1935/36, Fall Dr. Max Sch. und Dr. S., sowie Altarchiv der KBV (Köln-Lövenich), RÄK 136/B.R. I/116/38. Vgl. auch Bock, Zwangssterilisation, S. 290.
- <sup>169</sup> Altarchiv der KBV (Köln-Lövenich), RÄK 136/B.R. I/116/38.
- <sup>170</sup> DÄB 62 (1933), S. 180: Bericht über die Sitzung der Ärztekammer Westfalen am 25.3.1933.
- <sup>171</sup> Das folgende nach Unterlagen aus NS-Dokumentationszentrum der Stadt Köln, NL Vonessen.
- <sup>172</sup> Vgl. Werner, Walter Creutz, S. 175.
- <sup>173</sup> So Kater, Krise, S. 366.
- <sup>174</sup> Zitiert nach Blasius, Seelenstörung, S. 179.
- <sup>175</sup> Kudlien, Probleme, S. 60.
- <sup>176</sup> Kudlien, Fürsorge.
- <sup>177</sup> Vgl. Wuttke, Ideologien, S. 161.
- <sup>178</sup> Vgl. Kudlien, Bilanz, S. 226.
- <sup>179</sup> Vgl. Jäckle, Pflicht, S. 77.
- <sup>180</sup> So Süß, Machtstrukturen, S. 50f.
- <sup>181</sup> So Süß, Machtstrukturen, S. 104.
- <sup>182</sup> Altarchiv der KBV (Köln-Lövenich), Prozeßunterlagen der KVD, Nr. 215.
- <sup>183</sup> Vgl. Süß, Machtstrukturen, S. 141.
- <sup>184</sup> So Süß, Machtstrukturen, S. 142.
- <sup>185</sup> Vgl. zu dessen nicht unproblematischem Verhalten Werner, Walter Creutz.
- <sup>186</sup> Zitiert nach Blasius, Seelenstörung, S. 164.
- <sup>187</sup> In diesem Sinne Kudlien, Probleme, S. 61f.
- <sup>188</sup> Beide Ansichten bei Kudlien, Fürsorge, S. 111.
- <sup>189</sup> Vgl. Süß, Machtstrukturen, S. 128f.
- <sup>190</sup> BAK, R 43 II/678d, Bl. 4ff.: Conti an Handloser, 19.12.1941. Mit Verweis auf Zahlen des Statistischen Reichsamtes gibt Kater, Doctors, S. 16, bereits für Mai 1940 höhere Zahlen an. Danach waren schon zu diesem Zeitpunkt 36,7% der Krankenhaus- und 32,4% der freipraktizierenden Ärzte eingezogen.
- <sup>191</sup> Heinz Boberach (Hg.): Meldungen aus dem Reich, S. 2143f. (Nr. 173 vom 25.3.1941).
- <sup>192</sup> Vgl. zusammenfassend Süß, Machtstrukturen, S. 129ff.
- <sup>193</sup> DÄB 39 (1939), S. 575: Beurteilung der Arbeitsfähigkeit.
- <sup>194</sup> NS-Dokumentationszentrum der Stadt Köln, Tagebücher Rudolf Hartung, Eintrag vom 1.3.1942.
- <sup>195</sup> DÄB 72 (1942), S. 206f.: Gauamtsleiter Löllke: Leistungssteigerung in der ärztlichen Praxis.
- <sup>196</sup> Angaben nach Heinz Boberach (Hg.): Meldungen aus dem Reich, S. 2830f. (Nr. 225 vom 2.10.1941), 3228 (Nr. 255 vom 29.1.1942), 3692f. (Nr. 280 vom 30.4.1942) und 5279 (Nr. 385 vom 24.5.1943).
- <sup>197</sup> Vgl. Süß, Machtstrukturen, S. 136.
- <sup>198</sup> Vgl. mit weiteren Zahlen Süß, Machtstrukturen, S. 181ff.

<sup>199</sup> Vgl. etwa Heinz Boberach (Hg.): Meldungen aus dem Reich, S. 4579 (Nr. 344 vom 17.12.1942) und 4810 (Nr. 359 vom 15.2.1943).

<sup>200</sup> Vgl. Süß, Machtstrukturen, S. 156.

<sup>201</sup> Angaben nach Süß, Machtstrukturen, S. 157ff. Vgl. auch Knödler, Reform.

<sup>202</sup> DÄB 74 (1944), S. 101: Beschränkung bei der Ausstellung von Attesten, 8.3.1944. Diese Verfügung wurde in DÄB 74 (1944), S. 198 nochmals wiederholt.

<sup>203</sup> Altarchiv der KBV (Köln-Lövenich), RÄK 136: RÄK, ärztliche Bezirksvereinigung Leipzig (Hartmann) an Reichsführung der KVD, 1.5.1945.

<sup>204</sup> Sperling: Pg. Aesculap, S. 154.

<sup>205</sup> Toellner, Ärzte, S. 22f.

## NEUAUFBAU UND KONSOLIDIERUNG.

### ÄRZTLICHE SELBSTVERWALTUNG UND INTERESSENVERTRETUNG IN DEN DREI WESTZONEN UND DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND (1945-1995)

#### Der Neubeginn auf Landesebene

Mit dem Sieg der Alliierten und dem Zusammenbruch der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft war die Existenz einer ärztlichen Standesorganisation auf Reichsebene beendet.<sup>1</sup> Ein Wiederaufbau ärztlicher Selbstverwaltung innerhalb der drei Westzonen konnte zunächst nur auf der Ebene der Länder erfolgen. Betrachtet man die Entwicklung dort, so stellt man fest, daß fast überall Ärztekammern als Organe ärztlicher Selbstverwaltung noch im Verlauf des Jahres 1945 Anerkennung fanden.

Von entscheidender Bedeutung für den Fortbestand der Ärztekammern auf Landesebene war zunächst die Haltung der Militärregierungen in den Besatzungszonen. Angesichts der vor allem in den Städten katastrophalen Lebensbedingungen, die den Ausbruch von Seuchen und deren Übergreifen auf die alliierten Truppen be-

---

1. Für die Darstellung der Entwicklung der ärztlichen Standesorganisation in den drei Westzonen und in der Bundesrepublik Deutschland 1945-1955 sei hier pauschal verwiesen auf die 1997 von Thomas Gerst an der Universität Stuttgart vorgelegte Dissertation "Ärztliche Standesorganisation und Standespolitik in Deutschland 1945-1955". Bei den der Dissertation zugrundeliegenden Quellen handelt es sich insbesondere um im Historischen Archiv der Deutschen Ärzteschaft erhaltene Aktenbestände der ärztlichen Spitzenorganisationen aus diesen Jahren. Darüber hinaus liegen - abgesehen von diversen Reminiszenzen ärztlicher Standespolitiker - nur einige wenige Darstellungen zu einzelnen Aspekten ärztlicher Standesgeschichte vor, wie etwa die überaus kenntnis- und faktenreich, aber ohne Quellenverweise geschriebene Darstellung von Kurt Gelsner (1985) zur Geschichte des Marburger Bundes, die eher apologetische Darstellung zur Nachkriegsgeschichte des Hartmannbundes von Hans Schadewaldt (1975) oder die den standespolitischen Selbstdarstellungen folgende med. Diss. von Gundula Zierock (1975) über "Ärztliche Berufspolitik in Baden-Württemberg 1945-1970".

fürchten ließen, schien es vorerst nicht ratsam, tiefgreifende Veränderungen in der Struktur des als effizient angesehenen deutschen Gesundheitswesens vorzunehmen. Der Rückgriff auf bestehende Strukturen ärztlicher Selbstverwaltung erschien sowohl den Militärverwaltungen als auch den von ihnen eingesetzten deutschen Verwaltungsbehörden unverzichtbar. Bereits im September 1945 wurde durch die US-Militärregierung den Ärztekammern auf Landesebene die Selbstverwaltung ärztlicher Angelegenheiten unter Aufsicht der zuständigen Militärvertreter zugewiesen. Auch die Funktionsfähigkeit der Sozialversicherung und damit der kassenärztlichen Versorgung sollte auf der Grundlage der bestehenden Gesetze so schnell wie möglich wiederhergestellt werden.<sup>2</sup>

Parallel dazu gingen von den regionalen Ärzteschaften in den drei Westzonen zunächst weitgehend unabhängig voneinander entscheidende Initiativen zum Wiederaufbau ärztlicher Landesorganisationen aus.<sup>3</sup> Nachdem 1933 mit der Gleichschaltung und später mit der Reichsärzteordnung die Ärztekammern in den Ländern im Grunde zu reinen Verwaltungsstellen degradiert worden waren, scheint dort - quasi im Gleichklang mit den alliierten Vorstellungen über die künftige politische Struktur in den Westzonen - das Bestreben vorherrschend gewesen zu sein, nach dem Ende der Reichsorganisation an die jeweiligen föderativen Traditionen ärztlicher Selbstverwaltung aus der Zeit vor 1933 anzuknüpfen.

---

2. Siehe hierzu die Mikroverfilmungen der Akten der us-amerikanischen Militärregierung im Bundesarchiv Koblenz: OMGUS 5/332-1/12, POLAD/732/15-16, 5/324-3/4, 5/333-1/1.

3. Siehe hierzu z.B. die bei einzelnen Ärztekammern (Schleswig-Holstein, Bayern, Niedersachsen) noch erhaltenen Aktenreste aus der unmittelbaren Nachkriegszeit oder die Unterlagen zur Entwicklung in Hessen im Nachlaß Oelemann im Historischen Archiv der Deutschen Ärzteschaft.

Mit der Übernahme von Verantwortung bei der Bewältigung der gesundheitlichen Notlage in der unmittelbaren Nachkriegszeit - z.B. Steuerung des Ärztteeinsatzes, Mitwirkung bei der Seuchenbekämpfung, Erwirken von Fahrerlaubnissen, Organisation von Praxisbedarf etc. - gelang es den ärztlichen Selbstverwaltungseinrichtungen vielerorts, sich gegenüber der eigenen Klientel und den zuständigen Behörden als eine weiterhin unentbehrliche Organisationsform zu profilieren. Hierzu trug sicherlich auch bei, daß die öffentliche Gesundheitsverwaltung mehr noch als die Ärztekammern selbst durch ihre Verstrickung mit dem NS-Unrechtssystem weitgehend diskreditiert war.<sup>4</sup>

#### Ärzte im Überfluß

Die rechtliche Absicherung einer Ärztekammer in der Gestalt einer Körperschaft öffentlichen Rechts konnte kurzfristig zwar nur in Bayern durchgesetzt werden, wo nach Verabschiedung durch den Landtag ein Ärztegesetz bereits zum 1. Juni 1946 in Kraft trat. Jedoch konnten de facto die Ärztekammern fast überall an die Rechtsstellung der Reichsärztekammer anknüpfen und öffentlich-rechtliche Aufgaben wahrnehmen. Insbesondere gelang es ihnen binnen kurzem, die Zuständigkeit bei den Niederlassungsgenehmigungen und Zulassungen zur Kassenpraxis an sich zu ziehen. Dies war umso wichtiger, als das Überangebot an Ärzten in der Nachkriegszeit, bedingt vor allem durch die während der Kriegsjahre forciert vorangetriebene ärztliche Ausbildung,<sup>5</sup> regulierende Eingriffe unvermeidbar zu machen schien.

---

4. Allgemein zur Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Nachkriegszeit siehe Rosewitz, Webber (1990), S. 97ff.

5. M. H. Kater (1989), S. 12ff.

Unter Anwendung der nicht außer Kraft gesetzten Bestimmungen der Reichsärzteordnung, mit denen bereits während der Kriegsjahre das Recht auf freie Niederlassung eingeschränkt worden war, versuchten die Ärztekammern, die Zahl der in freier Praxis niedergelassenen Ärzte zu begrenzen. In der Regel wurde in den beiden ersten Nachkriegsjahren eine Niederlassungsgenehmigung nur in Verbindung mit der Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit erteilt, wobei je nach Ärztekammer auf 1500-1800 Einwohner ein niedergelassener Arzt entfallen sollte. Für sogenannte nicht-heimatberechtigte Ärzte, die es infolge der Kriegswirren in einen fremden Kammerbezirk verschlagen hatte, bestanden zunächst kaum Aussichten, sich dort in freier Praxis niederlassen zu können. Allerdings bemühte man sich darum, die aus den ehemals deutschen Ostgebieten stammenden Ärzte in Relation zum Flüchtlingsanteil in der Bevölkerung bei der Niederlassung zu berücksichtigen. Die Gratwanderung zwischen der Besitzstandswahrung für die 'beati possedentes', d.h. für diejenigen, die bereits als Kassenarzt niedergelassen waren, und dem Versuch der berufspolitischen Integration der Flüchtlings- und Jungärzte bildete bis weit in die Nachkriegszeit ein bestimmendes Element einer ärztlichen Standespolitik, der viel daran gelegen sein mußte, das innerärztliche Konfliktpotential möglichst gering zu halten und eine einheitliche Vertretung der Ärzteschaft zu gewährleisten.

#### Die kassenärztliche Versorgung

Weitgehende Übereinstimmung herrschte bei den Ärztekammern in den beiden ersten Nachkriegsjahren darüber, daß zukünftig die

Regelung der kassenärztlichen Belange im Rahmen der Kammerorganisation erfolgen sollte. Dies führte vor allem in der amerikanischen Zone sehr frühzeitig zu erheblichen Kontroversen mit den Arbeitsministerien, die auf der Unterstellung eigenständiger kassenärztlicher Vereinigungen unter ihre Aufsicht beharrten. Überraschend problemlos gelang es dagegen, fast überall bereits kurz nach Kriegsende wieder die kassenärztliche Honorierung auf der Grundlage der am 6. Juli 1932 mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen getroffenen Vereinbarungen sicherzustellen. Mit der von den RVO-Krankenkassen überwiesenen Gesamtvergütung, die sich aus einer Kopfpauschale für jeden Versicherten zusammensetzte, konnten allerdings in den ersten Nachkriegsjahren die Forderungen der Kassenärzte, die sich auf der Grundlage von Fallpauschalen zuzüglich bestimmter Sonderleistungen errechneten, bei weitem nicht beglichen werden. So sank etwa in den Ländern der britischen Zone bis 1948 die Auszahlungsquote auf 62-70 Prozent der ärztlichen Forderungen. Trotz einer 18%igen Zunahme der Gesamtvergütung durch die Krankenkassen im Verlauf des Jahres 1947 kam es z.B in Westfalen zu keinem Anstieg des Durchschnittseinkommens pro Kassenarzt, da fast im gleichen Umfang die Zahl der zur kassenärztlichen Tätigkeit zugelassenen Ärzte anwuchs. Mit der verstärkten Inanspruchnahme von Leistungen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung insbesondere nach der Währungsreform 1948 konnten zunächst weitere Einkommensverluste nur durch eine deutliche Steigerung der Zahl der Behandlungsfälle pro Kassenarzt vermieden werden.

Spätestens seit im Frühjahr 1946 Pläne der Alliierten über eine bevorstehende Vereinheitlichung der Sozialversicherung bekannt

wurden, scheint es das gemeinsame Bestreben der Krankenkassenverbände und ärztlichen Standesvertretungen gewesen zu sein, die Funktionstüchtigkeit des bestehenden Systems der Krankenversicherung unter Beweis zu stellen. Bereits im Mai 1946 trafen sich in Hamburg Spitzenvertreter der Krankenkassen und der Ärztekammern der britischen Zone zur gemeinsamen Erörterung der Lage. Wenig später wurde ein gemeinsamer Ausschuß gebildet, der in der Nachfolge des ehemaligen Reichsausschusses für eine verbindliche Auslegung des kassenärztlichen Rechts in der britischen Zone zuständig sein sollte.

#### Entnazifizierung

Ein Hauptaugenmerk der Ärztekammern in der unmittelbaren Nachkriegszeit galt zwangsläufig der Handhabung der Entnazifizierungsbestimmungen. Bis zur Einrichtung gesetzlich geregelter Spruchkammerverfahren im Verlauf des Jahres 1946 war es den Ärztekammern in den drei Westzonen weitgehend gelungen, an der politischen Überprüfung der Ärzteschaft beteiligt zu werden. Hierbei versuchten sie, ihren Einfluß dahingehend geltend zu machen, daß nur bei schwerer, über die bloße Parteimitgliedschaft hinausgehender Belastung ein Berufsverbot verhängt wurde. Gegenüber den Militärregierungen vertrat man in der Regel den Standpunkt, daß bis auf wenige Ausnahmen die deutsche Ärzteschaft unpolitisch und nur bedingt durch besondere Umstände mit einem relativ hohen Anteil in NS-Organisationen vertreten gewesen sei.

Auch die Haltung der Militärregierungen, für die die Aufrechterhaltung der gesundheitlichen Versorgung Priorität besaß,

trug zu einer recht zurückhaltend durchgeführten Entnazifizierung der Ärzteschaft bei. Allerdings achtete man streng darauf, daß die Leitung der neu gebildeten Kammern nur von solchen Standesvertretern übernommen wurde, die nicht durch die Mitgliedschaft in einer NS-Organisation belastet waren. Einiges Aufsehen erregte die im Sommer 1946 erfolgte Absetzung des bayerischen Kammerpräsidenten, dem man vorwarf, ehemalige leitende Mitarbeiter der Reichsärztekammer beschäftigt und politisch unbelastete Ärzte und Flüchtlingsärzte bei der Genehmigung von Niederlassungen nicht ausreichend berücksichtigt zu haben.

Von den in der britischen Zone seit Ende 1946 einsetzenden regulären Spruchkammerverfahren waren bis auf wenige Ausnahmen nur die belasteten Ärzte im öffentlichen Dienst betroffen. Einer Wiederaufnahme privatärztlicher Praxis durch ehemalige NS-Parteimitglieder standen abgesehen von wenigen Ausnahmen keine Hindernisse entgegen, und auch die Behandlung von Kassenpatienten unterlag bald keinen Einschränkungen mehr. Das Raster der Spruchkammerverfahren in der amerikanischen Zone war zwar enger gezogen; doch scheinen auch hier nach einer kurzen Übergangszeit schwerwiegende Sanktionen für belastete niedergelassene Ärzte, die zunächst ihre Tätigkeit in der Regel auf der Grundlage vorläufiger Lizenzen fortsetzen konnten, eher die Ausnahme gewesen zu sein. Selbst der ehemalige Leiter der Ärztekammer und des Gauamtes für Volksgesundheit in Thüringen wurde von der Spruchkammer in die Kategorie IV der Mitläufer eingestuft und lediglich mit einer Geldbuße belegt.<sup>6</sup>

---

6. Spruchkammer-Urteil Rohde im Historischen Archiv der Deutschen Ärzteschaft, Nachlaß Oelemann, Nr. 67.

Der Weg zur "Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern"

Spätestens Mitte des Jahres 1946 erschien eine Abstimmung unter den Ärztekammern, die bis dahin in den Ländern als Körperschaften öffentlichen Rechts de facto Anerkennung gefunden hatten, über die Zonengrenzen hinaus dringend erforderlich, um auch zukünftig einheitliche Grundlagen für die Ausübung des ärztlichen Berufs gewährleisten zu können. Die Ärztekammern in der britischen Zone hatten sich bereits im März 1946 zu einer gemeinsamen Vertretung im Nordwestdeutschen Ärztekammerausschuß zusammengeschlossen. Mit dem niedersächsischen Kammerpräsidenten Ludwig Sievers (1887-1968) als Vorsitzendem und Karl Haedenkamp (1889-1955) als Geschäftsführer übernahmen zwei ärztliche Landesvertreter die Leitung des Ausschusses, die in der Folgezeit maßgeblichen Einfluß auf die Gestaltung ärztlicher Standespolitik ausüben sollten. Haedenkamp war im Dezember 1939 nach Differenzen mit Reichsgesundheitsführer Leonardo Conti (1900-1945) aus seiner Stellung in der Reichsärztekammer ausgeschieden und als Marinearzt in den Dienst der Wehrmacht getreten. Bereits kurz nach Kriegsende hatte er von Schleswig-Holstein aus, wo er zunächst die Geschäftsführung der Kammer übernahm, erste Kontakte zwischen den im Aufbau befindlichen Ärztekammern Nordwestdeutschlands herbeiführen können. Sievers, 1920-1943 Geschäftsführer der Ärztekammer in Hannover, war im Mai 1945 von der britischen Militärregierung mit der Reorganisation der Kammer betraut worden.

Mit der Anregung zu einer zukünftigen engeren Zusammenarbeit wandte sich Sievers im Juni 1946 an die Kammerpräsidenten der

amerikanischen und der französischen Besatzungszone. Die Notwendigkeit koordinierter Maßnahmen gegen die vom Alliierten Kontrollrat geplante Schaffung einer einheitlichen Sozialversicherung verlieh diesen Bestrebungen zusätzliche Impulse. In Anbetracht der sich im Osten Deutschlands vollziehenden Entwicklung befürchtete man nicht allein eine Beeinträchtigung ärztlicher Interessen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern sah die Freiheit des ärztlichen Berufsstands überhaupt bedroht. In vielfältiger Weise artikuliert sich der Widerstand gegen die Einheitsversicherung. Einem in diesem Zusammenhang von der hessischen Ärztekammer am 18. August 1946 in Bad Nauheim veranstalteten sozialpolitischen Kongreß kam insofern eine besondere Bedeutung zu, als bei dieser Gelegenheit Vertreter fast aller westdeutschen Ärztekammern zu ersten informellen Gesprächen zusammenkamen.

Hier wie bei zwei weiteren Tagungen der Kammerpräsidenten am 2./3. November 1946 und 29./30. März 1947 in Bad Nauheim kam das Bedürfnis der sich dezentral entwickelnden Ärztekammern nach Informationsaustausch und Abstimmung in den Grundsatzfragen ärztlicher Berufspolitik zum Ausdruck. Mit Befriedigung konnte Karl Haedenkamp zur Kenntnis nehmen, "daß die Grundlagen der Standespolitik der früheren Reichsorganisationen der Ärzte auch heute noch gelten und ohne besondere gegenseitige Verständigung beachtet und anerkannt werden, [...] so daß grundsätzlich in allen wichtigen Fragen mit voller Einmütigkeit im Westen gerechnet werden kann."<sup>7</sup> Für Haedenkamp war klar, daß mit der am 1. Januar 1947 erfolgenden Einrichtung der bizonalen

---

7. Schreiben Haedenkamps an den schleswig-holsteinischen Kammerpräsidenten Berthold Rodewald vom 5. Nov. 1946, Archiv der Landesärztekammer Schleswig-Holstein, "Nordwestdeutscher Ärztekammerausschuß".

Wirtschaftszone die Frage nach der zonenübergreifenden Organisationsform der Ärzteschaft akut werden würde. In Abstimmung mit Ludwig Sievers und dem hessischen Kammerpräsidenten Carl Oelemann (1886-1960) suchte er auf einen raschen Zusammenschluß der Ärztekammern hinzuwirken. Hierbei mußte er jedoch sehr bald die Feststellung machen, daß insbesondere die süddeutschen Ärztekammern die Vereinigungsbestrebungen mit großem Mißtrauen verfolgten und nicht gewillt waren, ihre wiedergewonnene Eigenständigkeit durch die Delegation von Zuständigkeiten an eine 'preußisch' dominierte Zentrale in Bad Nauheim aufs Spiel zu setzen.

Eigenständigkeit der Landesärztekammern bleibt unangetastet

Zwar kam es im Verlauf der von Haedenkamp vorbereiteten Ärztekammertagung am 14./15. Juni 1947 in Bad Nauheim zu einer Beschlußfassung über die Einrichtung einer zonenübergreifenden Arbeitsgemeinschaft mit einem Beratungsausschuß als geschäftsführendem Vorstand, dem je drei Kammervertreter aus den drei Westzonen angehören sollten; doch bedeutete dies noch keineswegs eine Einigung über die inhaltliche Ausfüllung des nun geschaffenen institutionellen Rahmens. Haedenkamp, der die Geschäftsführung der inzwischen als Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern bezeichneten Organisation in Bad Nauheim übernahm, sah sich gemeinsam mit Oelemann zu einem Verständigungskurs insbesondere gegenüber der bayerischen Ärztekammer gezwungen, um das Projekt einer gemeinschaftlichen Organisation nicht von vornherein aufs Spiel zu setzen.

Dem Vorstand der bayerischen Ärztekammer, der zunächst jegliche Verpflichtung gegenüber der Arbeitsgemeinschaft kategorisch abgelehnt hatte, wurde ausdrücklich zugesichert, daß auf keinen Fall die Schaffung einer Spitzenorganisation beabsichtigt sei, "die berechtigt oder in der Lage wäre, die Selbständigkeit der einzelnen Ärztekammern irgendwie zu beeinträchtigen"<sup>8</sup>. Beschlüsse der geplanten Hauptversammlungen seien nur als Empfehlungen an die einzelnen Ärztekammern zu betrachten, dem Beratungsausschuß komme nur eine vorbereitende Funktion in bezug auf die Hauptversammlung zu. Vor diesem Hintergrund wurde von Haedenkamp der Entwurf einer Geschäftsordnung erarbeitet, die nach einigen Korrekturen durch den Beratungsausschuß auf der Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft am 18./19. Oktober 1947 von den Vertretern aller Landesärztekammern als Grundlage für die künftige Gemeinschaftsarbeit akzeptiert wurde. Die Bestrebungen von Ludwig Sievers zur Schaffung eines durch die Hauptversammlung legitimierten und mit gewissen Handlungsvollmachten ausgestatteten Spitzengremiums der deutschen Ärzteschaft ließen sich angesichts des süddeutschen Widerstands nicht realisieren.

Mit der im Oktober 1947 in Bad Nauheim erfolgten Verabschiedung der Geschäftsordnung durch die Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern waren die wesentlichen Strukturelemente vorgegeben, die in den folgenden Jahrzehnten das Zusammenwirken der Ärztekammern auf Bundesebene prägen sollten. Die eine rechtliche Absicherung ihres de facto öffentlich-rechtlichen Status anstrebenden Landesärztekammern

---

8. Schreiben von Carl Oelemann an den Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer vom 25. Sept. 1947, Historisches Archiv der Deutschen Ärzteschaft, BÄK, einzelne Aktenstücke zur Gründungsgeschichte.

traten einer Arbeitsgemeinschaft bei, deren wesentliche Funktion darin bestand, "auf eine möglichst einheitliche Regelung der Grundsätze für die ärztliche Tätigkeit und die ärztlichen Berufspflichten [...] hinzuwirken".<sup>9</sup> Sorgfältig vermied man in der Geschäftsordnung jede Formulierung, die den Eindruck hätte erwecken können, als handelte es sich bei der Arbeitsgemeinschaft um eine den Ärztekammern übergeordnete Organisationsform.

#### Interessenvertretung der Jungärzte

Auch der von der Hauptversammlung in Bad Nauheim im Oktober 1947 gefasste Beschluß über die Einbeziehung von Vertretern der Jungärzte in die Arbeit des Beratungsausschusses, der dadurch auf zwölf Mitglieder erweitert wurde, bedeutete eine entscheidende Weichenstellung für die weitere standespolitische Entwicklung. Mit der restriktiven Steuerung der Niederlassungen durch die Ärztekammern in der Nachkriegszeit verlagerte sich das Überangebot an Ärzten auf die Krankenanstalten, die jedoch nur einer Minderheit der Ärzte eine tarifgerechte Bezahlung bieten konnten oder wollten. Viele Ärzte sahen sich gezwungen, einem Krankenhaus ihre Arbeitskraft gegen freie Kost und Logis zur Verfügung zu stellen. So bezogen etwa von den 1947 in Hessen in Krankenanstalten beschäftigten 1029 Ärzten lediglich 498 Ärzte überhaupt ein Gehalt.

Diese extrem schlechten Arbeitsbedingungen hatten bereits 1946 in einer Reihe von Ländern zur Begründung von Arbeitsgemein-

---

9. Geschäftsordnung der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern vom Oktober 1947, Historisches Archiv der Deutschen Ärzteschaft, BÄK.

schaften der Jungärzte geführt, die im Rahmen der Kammern die Vertretung ihrer spezifischen Interessen einforderten. Im Rahmen einer "Interzonalen Medizinertagung" in Marburg am 12./13. Juni 1947 erfolgte die Begründung einer interzonalen Arbeitsgemeinschaft der Jungärzte, aus der später der Marburger Bund hervorging. Daß der Erhalt einer einheitlichen Standespolitik auf dem Spiel stand, wenn man auf seiten der Kammern nicht die Bereitschaft der Jungärzte honorierte, vorerst innerhalb der bestehenden Standesvertretungen mitzuwirken und auf eine durchaus möglich erscheinende Anbindung an die Gewerkschaften zu verzichten, lag auf der Hand. Vor diesem Hintergrund verstand es sich fast von selbst, daß man sich darüber verständigte, bei künftigen Kammerwahlen jedem approbierten Arzt das volle aktive und passive Wahlrecht zuzubilligen. Während die Ärztekammern bezüglich der Beschränkung der Niederlassung auf die Forderung der Sozialversicherungsträger nach Einhaltung bestimmter Verhältniszahlen Arzt:Patient verweisen konnten, schlossen sie sich den Forderungen der Jungärzte nach Verbesserung der Situation an den Krankenhäusern an, wobei ihre Einwirkungsmöglichkeiten allerdings begrenzt waren.

Einen klugen Schachzug in Richtung berufspolitische Integration bedeutete die Entscheidung Haedenkamps, mit Rolf Schlögell (1921-1984) einen der profiliertesten Jungarzt-Vertreter und Organisatoren der Marburger Tagung im August 1947 in die Geschäftsführung der Arbeitsgemeinschaft nach Bad Nauheim zu holen. Zwar erfolgte bereits im Mai 1948 die Begründung des Marburger Bundes als einer eigenständigen Organisation mit Tariffähigkeit, was innerhalb der ärztlichen Körperschaften mit Pflichtmitgliedschaft nicht möglich gewesen wäre, doch blieb

der Marburger Bund trotz zeitweiser Interessengegensätze langfristig eingebunden in ein auf Integration abzielendes Gefüge ärztlicher Standespolitik. Deutlich kommt dies auch darin zum Ausdruck, daß der Marburger Bund immer wieder die Rekrutierungsbasis bei der Besetzung von Spitzenpositionen in den Ärztekammern oder Kassenärztlichen Vereinigungen bildete.

In Anknüpfung an die Tradition der Deutschen Ärztetage wurden die Hauptversammlungen der westdeutschen Ärztekammern seit der Juni-Tagung in Bad Nauheim nicht allein zur internen berufspolitischen Abstimmung genutzt, sondern dienten auch der öffentlichkeitswirksamen Erörterung allgemeiner Fragen der gesundheitlichen Versorgung und des ärztlichen Handelns. Im Vordergrund stand zunächst der durch die Kriegsfolgen bedingte schlechte Gesundheitszustand der Bevölkerung. Ausführlich befasste man sich mit den Möglichkeiten zur Eindämmung der Tuberkulose. Thematisiert wurde die unzureichende ärztliche Versorgung der Kriegsversehrten, wobei man die Landesregierungen zu verstärktem Engagement aufrief.

Auf heftige Kritik insbesondere der Besatzungsmächte stieß eine von den ärztlichen Standesvertretern im Juni 1947 verabschiedete und wenig später in der Öffentlichkeit verbreitete "Resolution zur deutschen Ernährungslage" nebst ausführlicher Begründung, in der wirksame Maßnahmen gegen die Unterernährung der deutschen Bevölkerung gefordert und die Besatzungsmächte für die Mangelsituation mitverantwortlich gemacht wurden. Der für diese Initiative verantwortliche Ernährungsrat der deutschen Ärzte, der der Arbeitsgemeinschaft zunächst als eigenständiger Ausschuß angegliedert war, entwickelte sich für die auf die Duldung durch die Militärbehörden angewiesene Standes-

organisation zu einer Belastung, von der man sich binnen kurzem durch Mittelentzug zu befreien suchte.

#### Nürnberger Ärzteprozeß und Bad Nauheimer Gelöbnis

Vor allem die Sorge um eine kollektive Schuldzuweisung an die deutsche Ärzteschaft hatte die Vertreter der westdeutschen Ärztekammern im November 1946 dazu veranlaßt, der Entsendung einer Beobachterkommission zum Nürnberger Ärzteprozeß zuzustimmen. Dort wurde vor einem amerikanischen Militärgerichtshof gegen einige der Hauptverantwortlichen für die Durchführung der Euthanasie und medizinischer Menschenversuche verhandelt. Alexander Mitscherlich (1908-1982), der mit der Leitung der Kommission beauftragt worden war, legte bereits im April 1947 eine erste Quellendokumentation ("Das Diktat der Menschenverachtung") über das von der Anklage präsentierte Beweismaterial vor. Er rief damit die Kritik nicht weniger ärztlicher Standesvertreter hervor, die aus Sorge um das Ansehen der Ärzteschaft eine öffentliche Diskussion über medizinische Verbrechen im Dritten Reich vermeiden wollten.

Dieser Kritik mußte sich Mitscherlich auch stellen, als er im Rahmen der Hauptversammlung am 14. Juni 1947 in Bad Nauheim über den Nürnberger Ärzteprozeß referierte und dabei insbesondere der Frage nachging, welche strukturellen Verschiebungen erst den Irrweg der Medizin im Nationalsozialismus ermöglicht hatten. Die von ihm geforderte Rückbesinnung auf die Individualbeziehung Arzt-Patient, frei von den Zwängen einer den Patienten zum Objekt machenden technisierten Medizin und einer anonymen Bürokratie, bildete ein wesentliches Element des Ärz-

tegelöbnisses, über das sich die Standesvertreter am 14./15. Juni in Bad Nauheim verständigen konnten und das zukünftig der neu zu schaffenden Berufsordnung vorangestellt werden sollte. Hatte die Reichsärzteordnung die Ärzteschaft dazu verpflichtet, "zum Wohl von Volk und Reich für die Erhaltung und Hebung der Gesundheit, des Erbgutes und der Rasse des deutschen Volkes zu wirken", so stellte nunmehr die allein dem ärztlichen Gewissen unterworfenene Freiheit des ärztlichen Handelns, losgelöst von allen äußeren Zwängen, das oberste Gebot dar. Das Bad Nauheimer Gelöbnis, konzipiert unter dem Eindruck des Nürnberger Ärzteprozesses als ein vor allem nach außen wirkendes Zeichen des Neuanfangs, ging auch bezüglich der Zulässigkeit medizinischer Experimente über das ein Jahr später vom Weltärztebund formulierte Genfer Ärztegelöbnis hinaus, das laut Beschluß des 52. Deutschen Ärztetages (Hannover 1949) in die Berufsordnungen der Landesärztekammern aufgenommen werden sollte.

#### Weltärztebund

Mit der im September 1947 vom Weltärztebund auf seiner ersten Vollversammlung in Paris gefaßten Entschließung, die von den Vertretern der deutschen Ärzteschaft ein Schuldbekenntnis für die nach 1933 unter Verletzung der ärztlichen Ethik begangenen Verbrechen einforderte, erschien der Wert der von Mitscherlich geleisteten Arbeit in neuem Licht. Bestrebt um die Wiederaufnahme in die internationale Gemeinschaft der Ärzte, aber nicht gewillt, eine kollektive Verantwortung einzugestehen, diente "Das Diktat der Menschenverachtung" als Beleg dafür, daß die deutsche Ärzteschaft zur Aufarbeitung der eigenen Vergangenheit

bereit war und daß nur eine kleine Minderheit deutscher Ärzte an den medizinischen Verbrechen beteiligt war. Vor diesem Hintergrund erklärt sich auch die Bereitschaft der Standesvertreter, Mitscherlich mit einem Abschlußbericht zum Nürnberger Ärzteprozeß zu beauftragen, der 1949 unter dem Titel "Wissenschaft ohne Menschlichkeit" erschien.

Bereits im September 1948 kamen Spitzenvertreter der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern und der American Medical Association in Wiesbaden zu Gesprächen zusammen, wobei von amerikanischer Seite die Bereitschaft signalisiert wurde, die Aufnahme der deutschen Ärzte in den Weltverband zu unterstützen. Die guten Kontakte Haedenkamps zu Mitgliedern des Vorstands, die ihm aus seiner früheren Tätigkeit als Mitglied der A.P.I.M. (Association professionnelle internationale des médecins) bekannt waren, erleichterten die Verhandlungen mit dem Weltärztebund in den Jahren 1949/50. Schließlich erreichte man, daß der Weltärztebund die Forderung nach einem kollektiven Schuldbekenntnis aufgab und der Aufnahme der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern als Vertretung der deutschen Ärzteschaft zustimmte.

#### US-Militärregierung kontra Ärztekammern

Betrachtet man die Entwicklung in der Nachkriegszeit, so scheint in den westdeutschen Ländern die Existenz von Ärztekammern als Körperschaften öffentlichen Rechts, die hoheitliche Aufgaben im Rahmen der Selbstverwaltung übernehmen, nur zu einem einzigen Zeitpunkt ernsthaft bedroht gewesen zu sein. In den im Juli 1947 von der amerikanischen Militärregierung formu-

lierten "Grundsätzen für wirtschaftliche und berufliche Vereinigungen" wurde ausdrücklich festgelegt, daß ein Berufsverband "weder behördliche Aufgaben wahrnehmen noch staatlichen Einfluß ausüben noch eine gewerbebeschränkende oder kontrollierende Tätigkeit durchführen"<sup>10</sup> dürfe. Nach zweijähriger Duldung erschien nun die Pflichtzugehörigkeit der Ärzte zur jeweiligen Kammer als unvereinbar mit dem Rechtsverständnis der amerikanischen Besatzungsmacht. Den von Vertretern der Ärztekammern vortragenen Bedenken, daß nur eine alle Ärzte umfassende Berufsvertretung mit Disziplinarbefugnissen den Erhalt eines ethisch und fachlich hochstehenden Ärztstandes gewährleisten könne, wurde am Beispiel der ärztlichen Organisationen in den USA entgegengehalten, daß sich ausreichende Regulationsmechanismen auch auf der Grundlage freier Berufsverbände ausprägen würden. Alle Anstrengungen der um eine einheitliche Strategie der betroffenen Ärztekammern bemühten Arbeitsgemeinschaft in Bad Nauheim blieben vorerst erfolglos. Bis Ende des Jahres 1948 ergingen eindeutige Anweisungen der Militärregierung an die Landesregierungen in der amerikanischen Zone, ihren Rechtsstandpunkt gegenüber den Ärztekammern durchzusetzen und die bisher von diesen wahrgenommenen öffentlich-rechtlichen Aufgaben in die eigene Zuständigkeit zu übernehmen. In Hessen, Nord-Württemberg und Nord-Baden sahen sich die ärztlichen Standesvertreter nunmehr gezwungen, die Ärztekammern in Berufsverbände mit freiwilliger Mitgliedschaft umzuwandeln. Die Zahl der Ärzte, die in der Folge ihren Austritt aus den Ärztekammern erklärten, war jedoch gering. In Bayern führte die Forderung der Amerikaner

---

10. Verfügung der US-Militärregierung vom 31. Juli 1947, Historisches Archiv der Deutschen Ärzteschaft, Nachlaß Oelemann, Nr. 42.

nach Aufhebung des Ärztegesetzes zu einer scharfen Auseinandersetzung mit der Landesregierung. Eine Zuspitzung des Konflikts wurde nur durch die sich seit 1949 abzeichnende Zurückhaltung der Militäradministration bei Eingriffen in die Landesgesetzgebung vermieden.

Entscheidend dafür, daß die Anweisungen der Militärregierung de facto weitgehend ohne Konsequenzen blieben, war die Haltung der für das Gesundheitswesen zuständigen Innenministerien. Diese entwickelten offensichtlich keinerlei Eigeninitiative, um die notwendigen institutionellen Voraussetzungen für eine direkte Unterstellung der Ärzteschaft unter staatliche Aufsicht zu schaffen. Die amerikanischen Eingriffe waren zu spät erfolgt, als daß sie das in der unmittelbaren Nachkriegszeit erfolgte Anknüpfen an die Tradition ärztlicher Selbstverwaltung hätten rückgängig machen können, zumal in der britischen und der französischen Zone der Fortbestand von Ärztekammern als Körperschaften öffentlichen Rechts unumstritten war.

#### Die Anfänge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Gleichwohl trug das Vorgehen der US-Militärregierung wesentlich dazu bei, die endgültige Ausprägung ärztlicher Landesorganisation im Westen Deutschlands weiter voranzutreiben. Hatten anfangs die Ärztekammern auf einer organisatorischen Einbindung der kassenärztlichen Vereinigungen beharrt - nicht zuletzt deshalb, weil man sich der Aufsicht der zunächst von Vertretern der Linksparteien dominierten Arbeitsministerien zu entziehen suchte - nahm nun die Bereitschaft der Landespolitiker zu, der Einrichtung eigenständiger kassenärztlicher Vereinigungen zuzu-

stimmen. Damit suchte man unter Beweis zu stellen, daß die öffentlich-rechtliche Funktion der Ärztekammern nicht wesentlich durch die Vertretung wirtschaftlicher Interessen bestimmt war. Zudem war bereits Ende 1947 abzusehen, daß im Gegensatz zur ärztlichen Berufsausübung die Stellung der Ärzteschaft im Rahmen der Sozialversicherung Gegenstand einer zonenübergreifenden gesetzlichen Regelung sein würde.

So strebte nun insbesondere Ludwig Sievers, der seine berufspolitischen Vorstellungen mit der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern in Bad Nauheim nicht hatte realisieren können, die Schaffung einer zentralen kassenärztlichen Organisation unter seiner Führung an. Die organisatorische Trennung entsprach zugleich der Forderung der Krankenversicherungsträger, mit denen die Ärzte seit März 1948 auch in der amerikanischen Zone in einem gemeinsamen Ausschuß zur Regelung der kassenärztlichen Belange zusammenwirkten. Nachdem Sievers bereits im Mai 1948 in Niedersachsen die Loslösung der Kassenärztlichen Vereinigung von der Ärztekammer in die Wege geleitet hatte, trieb er jetzt in Abstimmung mit Haedenkamp die Entwicklung auf interzonaler Ebene voran. Im Sommer 1948 verständigte man sich in Bad Nauheim über die Bildung einer zunächst bizonalen Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese trat anläßlich des 51. Deutschen Ärztetages am 15. Oktober 1948 zu ihrer konstituierenden Sitzung zusammen, und zwar noch bevor in allen Ländern die Konstituierung der Landesstellen erfolgt war.

Die Landes-KVen sollten zwar rechtliche und verwaltungsmäßige Unabhängigkeit erhalten, doch war man sich gleichzeitig darüber einig, daß zur einheitlichen Regelung der kassenärztlichen An-

gelegenheiten die Bildung einer Mehrzonen-KV erforderlich war. Deren öffentlich-rechtlicher Status sollte durch eine Verordnung der bizonalen Verwaltung für Arbeit in Frankfurt herbeigeführt werden. Der geschäftsführende Vorstand unter dem Vorsitz von Sievers wurde ermächtigt, in eigenständige Verhandlungen mit den Krankenversicherungsträgern einzutreten, sofern der Zuständigkeitsbereich einer Landesstelle überschritten war. Mit der Übernahme der gemeinsamen Geschäftsführung der nunmehr organisatorisch voneinander getrennten Arbeitsgemeinschaften blieb Karl Haedenkamp in Bad Nauheim vorläufig an den Schaltstellen ärztlicher Berufspolitik in der Nachkriegszeit.

#### Der erste Nachkriegs-Ärztetag

Auch die Entscheidung, möglichst rasch anstelle der Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern die Tradition der Deutschen Ärztetage wieder aufleben zu lassen, resultierte nicht zuletzt aus der bedrohlichen Lage, in die die Ärztekammern durch die Haltung der US-Militäregierung geraten waren. Gerade in dieser Situation erschien es wichtig, sich demonstrativ in Fragen der Volksgesundheit zu Wort zu melden und hinsichtlich der künftigen Organisationsform mit allem Nachdruck die Geschlossenheit des ärztlichen Standes öffentlich zu dokumentieren. So diente der am 16./17. Oktober 1948 in Stuttgart stattfindende 51. Deutsche Ärztetag, dessen Zustandekommen im wesentlichen auf die Initiative Haedenkamps zurückzuführen ist, weniger der internen Abstimmung, sondern glich eher einer berufspolitischen Kundgebung, die auf große Resonanz auch in der Tagespresse stieß. Mit Entschiedenheit wandte man sich

gegen ein Eingreifen der Militärregierung in die organisatorischen Verhältnisse der Ärzteschaft und beanspruchte für die Ärzteschaft das Recht, gesetzlich anerkannte Berufskörperschaften zu bilden, sich selbst eine Berufsordnung zu geben und mit Hilfe einer eigenen Berufsgerichtsbarkeit Verstöße gegen die Berufspflichten ahnden zu können.

### Bundesärzteordnung

Die auf dem ersten Nachkriegs-Ärztetag erhobene Forderung nach einer einheitlichen deutschen Ärzteordnung mit bindender Wirkung für die Gesetzgebung der einzelnen Länder scheint zu diesem Zeitpunkt allerdings kaum mehr eine Chance auf Verwirklichung gehabt zu haben. Mit der bereits erfolgten oder in Vorbereitung befindlichen Ärztegesetzgebung kam der Anspruch der Länder auf alleinige Kompetenz in diesem Bereich deutlich zum Ausdruck. Versäumt wurde es offenbar, diesbezügliche Vorstellungen der Ärzteschaft rechtzeitig in die Verhandlungen des Parlamentarischen Rates einzubringen, so daß sich die im Grundgesetz festgelegte Vorranggesetzgebung des Bundes bei der Regelung ärztlicher Belange auf die Zulassung zum Arztberuf und auf die Stellung des Arztes im Rahmen der Sozialversicherung beschränkte.

Verschiedene Versuche der ärztlichen Spitzenorganisationen in den Jahren nach 1949, auf die Gestaltung eines bundeseinheitlichen Arztrechts hinzuwirken, das auch die Einrichtung einer bundesunmittelbaren Körperschaft nach sich gezogen hätte, scheiterten an verfassungsrechtlichen Bedenken. Die recht eindeutige Formulierung im Grundgesetz gestattete keinen interpre-

tatorischen Spielraum hinsichtlich der Bundeszuständigkeit beim Arztrecht. Auch die an Bundeskanzler Konrad Adenauer persönlich herangetragene Bitte, sich für eine Änderung des Grundgesetzes einzusetzen, um der Entwicklung unterschiedlicher Rechtsverhältnisse des Arztes in den einzelnen Ländern entgegenzuwirken, blieb ohne Erfolg.

Insbesondere das Fehlen einer einheitlichen Berufs- und Facharztordnung ließ Anfang der 50er Jahre die Befürchtung laut werden, daß künftig die Freizügigkeit der ärztlichen Berufsausübung innerhalb der Bundesrepublik gefährdet sei. Ein auf Anregung der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern zurückgehender Gesetzentwurf, durch den der Deutsche Ärztetag zur bundeseinheitlichen Weiterentwicklung der Facharztordnung ermächtigt werden sollte, passierte zwar im November 1951 den Bundestag, stieß jedoch auf die Ablehnung der im Bundesrat versammelten Ländervertreter. Angesichts der föderativen Realitäten ging es nun vor allem darum, einen internen Abstimmungsmechanismus zu entwickeln, der einen Konsens über die von den Deutschen Ärztetagen empfohlenen Neufassungen der Berufs- und Facharztordnungen und deren Übernahme durch alle Landesärztekammern unter Zustimmung der jeweiligen Landesregierungen herbeizuführen in der Lage war. Denn bei einem Scheitern in dieser Angelegenheit stand auch zu befürchten, daß die zuständigen Ministerien die Befähigung des ärztlichen Standes zur Selbstverwaltung in Zweifel ziehen und infolgedessen ihre eigenen Vorstellungen realisieren würden. Unter diesem Druck kam es in der Folge zur weitgehenden Übernahme der von den Deutschen Ärztetagen verabschiedeten Berufs- und Facharztordnungen durch die rechtlich in diesen Fragen souveränen Landesärztekammern.

Die 1955 vorgenommene Umbenennung der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern in Bundesärztekammer war mit keinerlei Veränderung der Rechtsgrundlagen verbunden. Die Bundesärztekammer blieb ein privatrechtlicher Zusammenschluß, eine Arbeitsgemeinschaft öffentlich-rechtlicher Körperschaften der Länder. Die 1961 vom Bundestag verabschiedete Bundesärzteordnung, die im Grunde nichts weiter beinhaltete als die bundeseinheitliche Regelung der Approbation, zog den endgültigen Schlußstrich unter die vor allem zu Beginn der 1950er Jahre unternommenen Versuche, den Begriff der Zulassung zum Arztberuf so weitgehend zu interpretieren, daß er sich nicht allein auf die Gestaltung der Berufsaufnahme, sondern auch auf die Berufsausübung überhaupt und somit u.a. auf die Berufs- und Facharztordnung oder Berufsgerichtsbarkeit erstreckt hätte.

#### Hartmannbund

Der Hartmannbund trat seit 1949 als ein weiterer bestimmender Faktor ärztlicher Standespolitik der Nachkriegszeit in Erscheinung. Unmittelbarer Anlaß für die am 20. Mai 1949 in Hamburg recht überstürzt erfolgte Begründung dieser Vereinigung war die Befürchtung Haedenkamps, eine von Hessen aus gegen die Existenz von Ärztekammern agierende ärztliche Opposition unter dem Namen Bund der freien Ärzte Deutschlands würde sich des Namens der 1935 aufgelösten Ärzteorganisation bemächtigen und so zu einem Sammelbecken für die von den bisherigen Ergebnissen ärztlicher Standespolitik enttäuschten Ärzte werden. Haedenkamp hatte jedoch bereits zuvor im Rahmen des Beratungsausschusses unter dem Eindruck der für die Ärzteschaft sehr unbefriedigend verlaufe-

nen zentralen Honorarverhandlungen mit den RVO-Kassen die Begründung einer freien Ärzteorganisation in der Nachfolge des alten Hartmannbundes angeregt und insbesondere in Abstimmung mit Friedrich Thieding (1893-1967, dem späteren Vorsitzenden des Hartmannbundes, entsprechende Vorbereitungen getroffen. Haedenkamps Vorstellung, den unter seiner maßgeblichen Mitwirkung wiederbelebten Hartmannbund als "Schutz und Schirm" der öffentlich-rechtlichen Standesvertretungen im Rahmen einer gemeinsamen Geschäftsführung in Bad Nauheim instrumentalisieren zu können, erwies sich jedoch als Fehleinschätzung. Binnen kurzem entwickelte der Hartmannbund, der seine Geschäftsstelle in Frankfurt/M. einrichtete, eine Eigendynamik, die gespeist wurde gerade durch die Abgrenzung von den öffentlich-rechtlichen Einrichtungen der Ärzteschaft, denen man als halbstaatlichen Organen die Fähigkeit zu einer effizienten ärztlichen Interessenvertretung abstritt. Zwar hatten die am 3. Juni kurzfristig nach Bad Nauheim zusammengerufenen Spitzen der beiden Arbeitsgemeinschaften und des Marburger Bundes die Wiederbelebung des Hartmannbundes mehrheitlich begrüßt, doch deutete bereits die dort geführte Diskussion darauf hin, daß ein zukünftiges harmonisches Zusammenspiel dieser ärztlichen Organisationen eher unwahrscheinlich war.

Vor allem Ludwig Sievers, der sich von Haedenkamp in dieser Angelegenheit übergeben fühlte, erkannte als Realpolitiker sogleich die Konkurrenz, die insbesondere den kassenärztlichen Körperschaften durch den neuen Berufsverband erwachsen würde. Er vertrat den Standpunkt, daß im Grunde die KVen und deren Arbeitsgemeinschaft auf Bundesebene als legitime Nachfolger des alten Hartmannbundes anzusehen seien. Die Rückkehr zu einem

wirtschaftlichen Kampfverband, wie ihn der Hartmannbund in seiner Anfangsphase dargestellt hatte, erschien ihm als nicht mehr zeitgemäßer Anachronismus, der an den Realitäten gesetzlich geregelter Beziehungen innerhalb der Krankenversicherung vorbeiging. Ob oder inwieweit Sievers' ablehnende Haltung zum Scheitern von Haedenkamps Konzeption beitrug, läßt sich rückblickend nicht mehr entscheiden. Festzustellen ist, daß der Hartmannbund bereits kurz nach seiner Gründung - noch bevor die innerärztliche Auseinandersetzung um das Kassenarztrecht voll entbrannt war - der Bad Nauheimer Zentrale 'aus dem Ruder lief', d.h. ein eigenständiges berufspolitisches Profil entwickelte und Aufgabenbereiche der beiden ärztlichen Spitzenorganisationen für sich reklamierte. Energisch und mit Erfolg widersetzte sich Sievers dem Anspruch des Hartmannbundes, an den Verträgen mit den Ersatzkassen beteiligt zu werden, um sich so eine von Mitgliederbeiträgen unabhängige wirtschaftliche Grundlage zu schaffen.

Der Vorstand des Marburger Bundes weigerte sich, der von Spitzenvertretern des Hartmannbundes geforderten korporativen Angliederung seines Verbandes zuzustimmen. Seine Präferenz für die etablierten Körperschaften zahlte sich insofern aus, als die organisierten Kassenärzte angesichts der neuen berufspolitischen Konstellation nun nicht mehr kategorisch der Forderung des Ärztenachwuchses nach einer weiteren Öffnung der kassenärztlichen Zulassung - wie sie insbesondere 1950 auf dem Deutschen Ärztetag in Bonn vertreten wurde - eine Absage erteilen konnten. Die von den Kassenarzt-Vertretern 1951 in Verhandlungen mit dem Verband der Angestellten-Krankenkassen durchgesetzte Beteiligung von zusätzlich tausend bisher nicht zu den

RVO-Kassen zugelassenen Ärzten an der Ersatzkassen-Praxis zeigte, daß zumindest die kassenärztlichen Spitzenfunktionäre die Notwendigkeit einer nicht allein auf Pfründensicherung ausgerichteten Strategie erkannt hatten.

Der von Haedenkamp auf dem Ärztetag in Bonn formulierte Kompromiß, laut dem man sich grundsätzlich mit der Forderung des Marburger Bundes nach unbeschränkter Zulassung zu allen Kassen solidarisch erklärte, sofern die Verhältnisse in der Sozialversicherung dies erlaubten, bedeutete einen berufspolitischen Minimalkonsens, der trotz erheblicher Differenzen in der Folge nicht aufgegeben wurde. Auch nach der 1951 vom Marburger Bund beim Bundesverfassungsgericht eingebrachten Klage gegen die bestehenden Beschränkungen bei der Zulassung zur Kassenpraxis - je ein Kassenarzt auf 600 Versicherte - bestand offenbar für die Arbeitsgemeinschaft der KVen in Bad Nauheim keine Veranlassung, ihre regelmäßig fließenden Alimente für den Unterhalt der zentralen Geschäftsstelle des Marburger Bundes einzustellen. Deutlich wurde aus den Vorstandsreihen des Marburger Bundes zum Ausdruck gebracht, daß der Weg nach Karlsruhe nicht aus berufspolitischer Überzeugung, sondern auf Druck der unzufriedenen Basis beschritten wurde.

Mit der 1955 im Kassenarztrecht festgeschriebenen Zulassungsquote von 1:500 konnte die Zahl der an der kassenärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte erheblich erhöht werden. Ohnehin trugen sowohl das nun langsam spürbar werdende

"Wirtschaftswunder" als auch die in den 1950er Jahren rückläufigen Approbationszahlen<sup>11</sup> - ein unmittelbarer Reflex auf die

---

11. S. Koller: Zahl, Struktur und Nachwuchsbedarf der Ärzte. Ergebnisse der Volks- und Berufszählung 1961 ergänzt auf den Stand 1967, Bonn - Bad Godesberg 1970, S. 231.

wenig attraktive ärztliche Berufsperspektive in den ersten Jahren nach der Währungsreform - dazu bei, die innerärztlichen Verteilungskämpfe spürbar zu entschärfen. Die erst 1960 erfolgte Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, mit der die zulassungsbeschränkende Verhältniszahl aufgehoben wurde, bedeutete so in ihren unmittelbaren Auswirkungen kaum mehr einen tiefen berufspolitischen Einschnitt.

Daß sich gleichwohl der 65. Deutsche Ärztetag 1962 aufgrund der steigenden Zahl an Medizinstudenten wieder einmal dazu veranlaßt sah, wegen einer drohenden Überfüllung und damit verbundenen "Proletarisierung" des Arztberufs von einer Aufnahme des Medizinstudiums abzuraten,<sup>12</sup> läßt sich als ein Beispiel für die immer wieder gescheiterten Versuche anführen, längerfristig den zukünftigen Ärztebedarf vorherzusagen. Während z.B. die Zahl der in freier Praxis niedergelassenen Ärzte von 1960 bis 1975 lediglich um 16,6 Prozent zunahm<sup>13</sup> und die Fähigkeit der KVen zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung zunehmend Gegenstand öffentlicher Auseinandersetzungen wurde, erhöhte sich im gleichen Zeitraum aufgrund der nicht prognostizierten Expansion im Krankenhausbereich die Zahl der dort beschäftigten Ärzte um 141,7 Prozent.<sup>14</sup> Eine 1961 in Auftrag gegebene Studie errechnete für 1991 trotz Überschätzung des jährlichen Bevölkerungswachstums einen Bedarf von nur rund 87600 Ärzten, welche Zahl durch den bis dahin tatsächlich erreichten Bestand berufstätiger Ärzte (= 202020) um weit mehr als das Doppelte

---

12. Niederschriften über die Verhandlungen der Deutschen Ärztetage seit 1948 in der Bibliothek des Deutschen Ärzteblatts.

13. Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland zum 31. Dezember 1994. Ergebnisse der Ärztestatistiken der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln 1995.

14. Ibid.

überschritten wurde.<sup>15</sup> Blieb die Entwicklung der Ärztezahl in der Bundesrepublik bis 1965 in Relation zur allgemeinen Bevölkerungsentwicklung weitgehend konstant und verharrte auf einem Mittelwert von ca. 14 berufstätigen Ärzten je 10000 Einwohner, so nahm die Arztdichte in den folgenden Jahrzehnten konstant zu. Während die demographische Kurve allmählich verflachte und für den Zeitraum von 1974 bis 1989 überhaupt kein Bevölkerungszuwachs mehr zu verzeichnen war, stieg die Relation Ärzte zu Einwohner auf 30:10000 im Jahr 1989 an. Einem Bevölkerungszuwachs von 1965 bis 1989 in Höhe von 5,9 Prozent stand im gleichen Zeitraum ein Zuwachs der berufstätigen Ärzteschaft in Höhe von 135 Prozent gegenüber.<sup>16</sup>

Der prozentuale Anteil der Ärztinnen an der Gesamtärzteschaft fiel nach 1945 nicht mehr hinter den Wert zurück, der in den Kriegsjahren erreicht worden war, nachdem wegen des kriegsbedingt hohen Bedarfs vermehrt Frauen zu ärztlicher Ausbildung und Berufsausübung herangezogen worden waren.<sup>17</sup> Allerdings fehlte es nicht an Versuchen seitens der medizinischen Fakultäten, den Frauenanteil bei der Zulassung zum Medizinstudium weitgehend zu reduzieren, was aber an den Vorstellungen der Besatzungsmächte über die Gleichbehandlung der Geschlechter scheiterte.<sup>18</sup> Dementsprechend wurden nach 1945 auch Stimmen laut, die verheirateten Ärztinnen, deren Ehemänner über ein

---

15. Der voraussichtliche Bedarf an ärztlichem Nachwuchs. Gutachten von Karl Freudenberg und Rudolf Nebel, Köln - Berlin 1962, S. 34.

16. Zahlen zur Bevölkerungsentwicklung in Statistisches Jahrbuch 1995 für die Bundesrepublik Deutschland, S. 46; Entwicklung der Arztzahlen in Die ärztliche Versorgung ..., a.a.O.

17. Michael H. Kater: Doctors under Hitler, Chapel Hill - London 1989, S. 89ff.

18. Hendrik van den Bussche: 'Im Dienste der Volksgemeinschaft'. Studienreform im Nationalsozialismus am Beispiel der ärztlichen Ausbildung, Berlin - Hamburg, 1989, S. 215f.

entsprechendes ärztliches Einkommen verfügten, die bereits ausgesprochene Kassenzulassung wieder entziehen wollten.<sup>19</sup> Die für Nord-Württemberg vorliegenden Zahlen über die Neuzulassungen zur kassenärztlichen Tätigkeit in den Jahren 1946/47 können jedoch eine betont frauenfeindliche Zulassungspraxis nicht bestätigen. Hier fielen rund 21 Prozent der vergebenen Arztsitze an Ärztinnen, und die Prozentzahl der abgelehnten Anträge von Ärztinnen entsprach derjenigen ihrer männlichen Mitbewerber.<sup>20</sup> Gleichwohl stieg der Anteil der Ärztinnen an der berufstätigen Ärzteschaft (von rund 14 Prozent auf rund 19 Prozent in den Jahren 1950-1970) nur sehr allmählich.<sup>21</sup> Eine dynamischere Entwicklung setzte erst in der zweiten Hälfte der 1970er Jahre ein, und betrachtet man den Zeitraum von 1980 bis 1989, so entfielen hier rund 44 Prozent des Netto-Zugangs bei den berufstätigen Ärzten auf Frauen, was zu einer Steigerung ihres Anteils an der Gesamtärzteschaft auf rund 28 Prozent führte. Unterrepräsentiert blieben sie weiterhin in der Gruppe der niedergelassenen Ärzteschaft (22%), während der Anteil der weiblichen Ärzte im Krankenhaus geringfügig (29%) und bei Behörden, Körperschaften deutlich über dem Durchschnittswert lag.<sup>22</sup>

Parallel zur Begründung des Hartmannbundes im Jahr 1949 ging von Haedenkamp auch die Initiative zur Einrichtung des Präsi-

---

19. Historisches Archiv der Deutschen Ärzteschaft, Nachlaß Oelemann, Nr. 37.

20. Ilse Reinhard: "Bericht über das Niederlassungswesen im Gebiet der Bezirks-Ärztekammer Nord-Württemberg", in: Südwestdeutsches Ärzteblatt 1947, Heft 4/5, S. 33f.

21. Für 1950 siehe Ärztliche Mitteilungen 1952, S. 530, für 1970 siehe Gerhard Wolff: Ärzttestatistik im Zehn-Jahre-Vergleich, Köln 1971, S. 7.

22. Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland zum 31. Dezember 1989. Ergebnisse der Ärzttestatistiken der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln 1990, S. 16f.

ums des Deutschen Ärztetages aus.<sup>23</sup> Dieses Gremium, das nach entsprechender Beschlußfassung des 52. Deutschen Ärztetages am 15. Juli 1950 zu seiner konstituierenden Sitzung zusammentrat, sollte Repräsentanten aller wichtigen ärztlichen Berufsorganisationen umfassen, der Abstimmung in allgemeinen Angelegenheiten des Ärztestandes dienen und insbesondere für die Vorbereitung und Durchführung der Ärztetage zuständig sein. Langfristig erwies sich das Präsidium aufgrund seiner immer heterogeneren Zusammensetzung allerdings als ein zu schwerfälliges berufspolitisches Steuerungselement,<sup>24</sup> das man auf dem Deutschen Ärztetag 1989 umso bereitwilliger auflöste, als damit die eingeforderte Teilhabe der oppositionellen deutschen Sektion der International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW) an diesem Spitzengremium gegenstandslos wurde.<sup>25</sup>

Nachdem 1949/50 alle Bemühungen erfolglos blieben, die Zuständigkeiten von Hartmannbund und Arbeitsgemeinschaft der KVen gegeneinander abzugrenzen, sollte zunächst der aus den Vorsitzenden der vier großen Standesorganisationen zusammengesetzte Berufspolitische Ausschuß das zentrale Koordinierungsorgan bilden, das eine einheitliche Strategie insbesondere gegenüber Regierung und Parlament gewährleisten sollte.<sup>26</sup> Nach dem Schei-

---

23. Zur Begründung des Präsidiums siehe Niederschrift über die Sitzung des Gesamtvorstands der Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen am 1. April 1949, Historisches Archiv der Deutschen Ärzteschaft, KBV, "Gesamtvorstand 1948-1950"; Niederschrift über die Sitzung des Beratungsausschusses der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern am 23./24. April 1949, Historisches Archiv der Deutschen Ärzteschaft, KBV, "Beratungs-Ausschuß, 1947-1949".

24. Niederschriften über die Sitzungen des Präsidiums seit 1952 im Historischen Archiv der Deutschen Ärzteschaft, BÄK.

25. Wortprotokoll des Ärztetages in der Bibliothek des Deutschen Ärzteblatts; siehe auch Deutsches Ärzteblatt 1989, C-989f.

26. Niederschriften über die Sitzungen des Berufspolitischen Ausschusses im Archiv des Hartmannbundes, im Archiv des Ärztekammer Schleswig-Holstein, im Privatbesitz von Dr. Herbert

tern dieser Konzeption Ende 1951 beschränkte sich das Zusammenwirken bis 1955 auf den sogenannten "Ausschuß Paragraph 368 ff.". <sup>27</sup> Dieses Gremium diente der Abstimmung hinsichtlich des wohl wichtigsten berufspolitischen Themas dieser Jahre, der gesetzlichen Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen. <sup>28</sup> Die Notwendigkeit einer gesetzlichen Neuregelung des Kassenarztrechts lag für die Ärzteschaft insbesondere darin begründet, daß mit dem Wegfall der zentralen Schieds- und Schlichtungsinstanzen und des Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen nach 1945 eine zufriedenstellende Weiterentwicklung des Honorarabkommens von 1932 und der Bestimmungen und Richtlinien bezüglich der kassenärztlichen Tätigkeit nicht möglich erschien.

Vor allem der nach der Währungsreform 1948 zu verzeichnende rapide Anstieg der Praxisunkosten führte zu Einkommensverlusten der Kassenärzte, die auch durch Zugeständnisse der RVO-Kassen, wie etwa direkte Koppelung der Kopfpauschale an die Grundlohnentwicklung, kurzfristig nicht ausgeglichen werden konnten. Insbesondere die nach der Währungsreform deutlich gestiegene Inanspruchnahme kassenärztlicher Leistungen war eine der Ursachen dafür, daß die 1950 für einen Behandlungsfall zur Verfügung stehende Summe noch deutlich unter der von 1935 lag, obwohl die von den Krankenkassen gezahlte Gesamtsumme für ärztliche Behandlung von 1948 bis 1950 um 56 Prozent zunahm. <sup>29</sup> Die

---

Britz und im Historischen Archiv der Deutschen Ärzteschaft, KBV.

27. Niederschriften über die Ausschußsitzungen im Historischen Archiv der Deutschen Ärzteschaft, KBV.

28. Zur Entwicklung des Kassenarztrechts von 1955 siehe T. Gerst, *Ärztliche Standesorganisation und Standespolitik in Deutschland 1945-1955*, S. 340ff.

29. Friedrich Thieding: "Honorare und Honorarverteilung in der Kassenarztpraxis", in: *Hamburger Ärzteblatt* 1948, S. 333ff.; Ludwig Sievers: "Erfolgsbilanz der Arbeitsgemeinschaft KV", in:

zunächst auf zentraler Ebene mit den Krankenkassenverbänden aufgenommenen Verhandlungen über die weitere Vertragsgestaltung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung führten bis 1950 zu keinem Ergebnis und wurden in der Folge durch Vertragsabschlüsse auf Länderebene abgelöst.

#### Das Kassenarztrecht von 1955

Der Wirtschaftsrat des Vereinigten Wirtschaftsgebietes hatte zwar im Juni 1949 noch kurz vor Bildung der ersten Bundesregierung ein Gesetz über die Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen verabschiedet, doch verweigerten die alliierten Behörden ihre Zustimmung mit der Begründung, daß dem zukünftigen Deutschen Bundestag die gesetzliche Behandlung dieser Materie vorbehalten sein müsse. Obwohl das zuständige Bundesarbeitsministerium bereits kurz nach der Regierungsbildung die Vorarbeiten zu einem entsprechenden Gesetzentwurf in Angriff nahm, verstrichen anderthalb Legislaturperioden, ehe der Deutsche Bundestag im Jahr 1955 das Gesetz über das Kassenarztrecht verabschiedete. Darin wurde den Kassenärztlichen Vereinigungen das Monopol bei der ambulanten kassenärztlichen Versorgung der Bevölkerung, der sogenannte Sicherstellungsauftrag, zugesprochen.

Daß dieses Privileg den Kassenärzten nur unter der Bedingung zugestanden werden sollte, wenn sie zukünftig auf Kampfmaßnah-

---

Ärztliche Mitteilungen 1951, S. 2ff.; Berthold Rodewald, "Die Bewertung der kassenärztlichen Arbeit", Ärztliche Mitteilungen 1951, S. 164ff.; Berthold Rodewald, "Das kassenärztliche Honorar im Spiegel der Einnahmen und Ausgaben der Ortskrankenkassen Schleswig-Holsteins", in: Ärztliche Mitteilungen 1951, S. 212ff.; Jahresbericht 1949, vorgelegt von der Verwaltungsstelle Dortmund der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen, im Bundesarchiv Koblenz, B 142, Nr. 677.

men in Form eines vertragslosen Zustands verzichteten und sich beim Nicht-Zustandekommen einer Einigung im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung einer verbindlichen Schlichtung unterstellten, führte zu teilweise erbitterten Kontroversen innerhalb der Ärzteschaft. Hier war es vor allem der Hartmannbund, der sich einer solchen Zwangsschlichtung vehement widersetzte, da man - insbesondere unter veränderten politischen Rahmenbedingungen - anstelle freiwilliger Vereinbarungen staatlichen Dirigismus befürchtete und der Ärzteschaft jegliches Druckmittel aus der Hand genommen sah. Wie umstritten gerade dieser Aspekt war, zeigt die nur knappe Mehrheit, mit der sich der Außerordentliche Deutsche Ärztetag am 29./30. November 1952 in Bonn, der sich ausschließlich mit dem nunmehr endlich dem Bundestag zugeleiteten Gesetzentwurf über das Kassenarztrecht befaßte, für die dort vorgesehene verbindliche Schlichtung durch das Schiedsamt aussprach.

Vor allem die in Grundsatzfragen des Kassenarztrechts weitgehend übereinstimmende Haltung von Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Krankenkassenverbänden und Arbeitsministerium sorgte in der Folge dafür, daß Vorstöße der Deutschen Krankenhausgesellschaft, die Krankenhäuser als eigenständige Vertragspartner bei der kassenärztlichen Vertragsgestaltung mit einzubeziehen, trotz Unterstützung aus dem Bundesinnenministerium weitgehend folgenlos blieben. Dabei kamen der deutschen Ärzteschaft nicht zuletzt die guten persönlichen Kontakte zugute, die Karl Hadenkamp zu dem für das Kassenarztrecht zuständigen Staatssekretär im Bundesarbeitsministerium, Maximilian Sauerborn, unterhielt. Beide waren bereits federführend an den Verhandlungen beteiligt gewesen, die 1931 unter Vermittlung des Reichsar-

beitsministeriums zu einer Neuregelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen geführt hatten.

Zudem konnte mit der im Sommer 1951 erfolgten Übersiedlung der beiden Arbeitsgemeinschaften von Bad Nauheim nach Köln die berufspolitische Einflußnahme auf die politischen Gremien in Bonn intensiviert werden. Auch wenn Arnold Hess (1909-1985), Justitiar der beiden ärztlichen Arbeitsgemeinschaften, dem Arbeitsministerium bei der Entwicklung des Kassenarztrechts Standfestigkeit in Grundsatzfragen zubilligte, so läßt doch seine Aussage, "daß das Arbeitsministerium nichts macht, ohne uns vorher zu hören",<sup>30</sup> auf eine Anfang der 1950er Jahre durchaus effiziente ärztliche Interessenvertretung schließen.

Zugleich gelang es mit Hilfe einiger ärztlicher Abgeordneter aus verschiedenen politischen Lagern, einen weitgehenden interfraktionellen Konsens im Bundestag bei der Behandlung des Gesetzentwurfs herbeizuführen, der auch darin seinen Ausdruck fand, daß das Gesetz mit den Stimmen aller im Bundestag vertretenen Parteien verabschiedet wurde. Von großer Bedeutung für die Berücksichtigung ärztlicher Standesinteressen bei allen Gesetzesvorhaben im Bereich der Gesundheitspolitik war, daß mit dem FDP-Bundestagsabgeordneten Richard Hammer (1897-1969), der nach 1945 zunächst Präsident der Ärztekammer Darmstadt war, ein in berufspolitischen Fragen versierter Arzt in den beiden ersten Legislaturperioden den Vorsitz des Bundestagsausschusses für das Gesundheitswesen innehatte.

---

30. Niederschrift (nach Bandaufnahme) der Sitzung des gemeinsamen Ausschusses Paragraph 368ff. am 2. Februar 1952; Historisches Archiv der Deutschen Ärzteschaft, KBV, "1952-1955, I", S. 17.

## Überdurchschnittlicher Einkommenszuwachs

Das Gesetz über das Kassenarztrecht vom August 1955 sicherte der Ärzteschaft in der Folgezeit einen maßgeblichen Einfluß auf die Entwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und trug darüber hinaus, etwa durch die starre Abgrenzung von ambulantem und stationärem Sektor, wesentlich zur Ausprägung der heutigen Strukturen in der medizinischen Versorgung bei. Der bereits erwähnte Sicherstellungsauftrag an die Kassenärztlichen Vereinigungen bedeutete den Verzicht der Krankenkassen auf eigene Einrichtungen zur ambulanten Versorgung der Kassenpatienten. Wie bereits in der Notverordnung von 1932 wurde der Alleinvertretungsanspruch der öffentlich-rechtlichen KVen gegenüber den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung festgeschrieben.

Hinsichtlich der Vergütung durch die RVO-Kassen ging das Kassenarztrecht allerdings in entscheidenden Punkten über die Vorkriegsregelung hinaus. Neben der Errechnung der kassenärztlichen Gesamtvergütung nach der Kopfpauschale ermöglichte nunmehr das Gesetz Vereinbarungen der Vertragspartner über andere Errechnungsmethoden, z.B. nach Fallpauschalen oder Einzelleistungen. Wichtiger war jedoch, daß künftig als einer der Faktoren zur Berechnung der Gesamtvergütung auch der Umfang der erbrachten kassenärztlichen Leistungen zugrunde gelegt werden sollte. Das hieß, daß mittelbar die Entwicklung des kassenärztlichen Honorars nicht mehr wie bisher allein an die Entwicklung der Grundlohnsumme gekoppelt war und daß somit eine Ausweitung der kassenärztlichen Tätigkeit auch bei einer pauschalierten Vergütung zu Lasten der Krankenkassen ging. Mit der bis Mitte der

1960er Jahre in Verhandlungen mit den RVO-Kassen weitgehend durchgesetzten Einzelleistungshonorierung bestimmte das von den Kassenärzten erbrachte Leistungsvolumen direkt die Höhe der Gesamtvergütung. Folgerichtig lag spätestens seit 1959 bis in die 1970er Jahre hinein der Anstieg sowohl bei den Ausgaben der Kassen für ambulante ärztliche Leistungen als auch beim Reinertrag je Kassenpraxis deutlich über dem Anstieg der Grundlohnsomme, von der die Beitragseinnahmen der Krankenkassen abhingen.<sup>31</sup> In diesem Zusammenhang zeigte sich deutlich ein Vorteil der gegliederten Krankenversicherung für die Ärzteschaft. Nachdem bereits in den 1950er Jahren mit den Ersatzkrankenkassen die Vergütung nach Einzelleistungen vereinbart worden war, sahen sich insbesondere die Ortskrankenkassen unter Druck gesetzt, im Interesse ihrer Mitglieder und um gegenüber den Ersatzkassen konkurrenzfähig bleiben zu können, diesen Schritt nachzuvollziehen. Möglich wurde diese Entwicklung allerdings nur vor dem Hintergrund eines bis zu Beginn der 1970er Jahre weitgehend ungebremsten Wirtschaftswachstums.

#### Widerstand gegen die Neuregelung der Krankenversicherung<sup>32</sup>

---

31. Der Wandel der Stellung des Arztes im Einkommensgefüge. Arzteinkommen, Honorierungssystem und ärztliche Tätigkeit (Schriften der Gesellschaft für sozialen Fortschritt e.V., Bd. 20), Berlin 1974, S. 26ff.; "Seit über 20 Jahren realer Rückgang", in: *Arzt und Wirtschaft* 10/95, S. 25ff.; Klaus Priester: "Daten zur Entwicklung des Einkommens niedergelassener Ärzte in der Bundesrepublik", in: *Ärztliches Behandlungsmonopol und ambulanter Sicherstellungsauftrag*, hrsg. von H.-U. Deppe u.a., Frankfurt/M. - New York 1987, S. 156ff.

32. Zu den Auseinandersetzungen um das Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz siehe neben der umfangreichen Berichterstattung in der Presse insbesondere Frieder Naschold: *Kassenärzte und Krankenversicherungsreform. Zu einer Theorie der Statuspolitik*, Freiburg/Br. 1967, sowie die diesbezügliche Aktenüberlieferung im Historischen Archiv der Deutschen Ärzteschaft, KBV, hier vor allem "KVNG - Aktennotizen".

Nicht zuletzt die im Kassenarztrecht von 1955 verankerte starke Stellung der Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen führte nach dem 1957 erfolgten Ausscheiden Sauerborns und des zuständigen Bundesministers für Arbeit, Anton Storch (1892-1975), dazu, daß man im Arbeitsministerium ein Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz (KVNG) in Angriff nahm, mit dem die Verhandlungsposition der Krankenkassen gestärkt und einem zu raschen Anstieg der kassenärztlichen Gesamtvergütung entgegengewirkt werden sollte. Daß man bei der Neuregelung gleichzeitig anstrebte, die Versicherten aus Gründen der Kostendämpfung bei Inanspruchnahme des Arztes zu einer Selbstbeteiligung heranzuziehen, erwies sich als ein schwerwiegender taktischer Fehler, da hierdurch eine breite Ablehnungsfront, von den Gewerkschaften über die SPD bis zu den Ärzteverbänden, gegen das Gesetzesvorhaben geschaffen wurde.

Im Gegensatz zur Entwicklung des Kassenarztrechts gelang es den beiden ärztlichen Spitzenorganisationen diesmal allerdings nicht, ihre Vorstellungen bereits in die Referentenentwürfe aus dem Arbeitsministerium einfließen zu lassen. Spätestens mit der Billigung eines nur geringfügig modifizierten Gesetzentwurfs durch das Kabinett im November 1959 wurde der Konflikt um die Reform der Krankenversicherung mit allem Nachdruck auch in der Öffentlichkeit ausgetragen. Die angestrebte Reform entwickelte sich laut Douglas Webber in der Folge "zum umstrittensten sozialpolitischen Vorhaben, das die Geschichte der Bundesrepublik bis dahin erlebt hatte".

Der Marburger Bund reihte sich - vorbehaltlich seiner Forderung nach unbeschränkter Zulassung zur Kassenpraxis - in die gemeinsame Abwehrfront von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher

Bundesvereinigung ein. Deutlich wird hier ein ärztliches Selbstverständnis, das sich zu diesem Zeitpunkt für den angestellten Arzt im Krankenhaus noch weitgehend aus der Perspektive der niedergelassenen Ärzte, zu denen man früher oder später auch gehören würde, definierte. Während 1960 die Zahl der niedergelassenen Ärzte noch mehr als das Doppelte über der der Krankenhausärzte lag, vollzog sich hier allerdings seit Ende der 1960er Jahre durch die Expansion im stationären Bereich ein tiefgreifender Wandel. Dieser führte bereits einige Jahre später zu einem zahlenmäßigen Übergewicht der im Krankenhaus tätigen Ärzte, das sich in den beiden folgenden Jahrzehnten noch vergrößerte.<sup>33</sup> Über den damit verbundenen wachsenden Einfluß des Marburger Bundes innerhalb der Ärztekammern konnten zunehmend spezifische Anliegen der angestellten Ärzte in die allgemeine berufspolitische Diskussion eingebracht werden, was allmählich auch eine Auflösung des in den beiden ersten Nachkriegsjahrzehnten weitgehenden Interessengleichklangs zwischen Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen nach sich zog. Im Gegensatz zum Marburger Bund war die Haltung des Hartmannbundes zur geplanten Neuregelung des Kassenarztrechts in den Jahren 1958-60 ambivalent und nicht zuletzt von dem Gedanken bestimmt, langfristig auf eine Schwächung der öffentlich-rechtlichen Vertretung der Kassenärzte hinwirken zu können. Daß man hierbei auch hinsichtlich der eigenen Klientel den Bogen überspannte, zeigte sich in den folgenden Jahren in einem rund 10%igen Rückgang der Mitgliedschaft im Hartmannbund.<sup>34</sup> Das Kon-

---

33. Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland zum 31. Dezember 1994. Ergebnisse der Ärztestatistiken der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln 1995, S. 22.

34. Übersicht über die Höhe der Mitgliedschaft im Hartmannbund bis 1975 in Hans Schadewaldt (unter Mitarbeit von Peter Paul

zept einer Alternative zur öffentlich-rechtlichen Organisation der Kassenärzte, überhaupt eines Führungsanspruchs in der ärztlichen Berufspolitik, mußte endgültig ad acta gelegt werden. So kam dem auf freie Mitgliedschaft gegründeten Hartmannbund nunmehr eher die Funktion zu, in der berufspolitischen Diskussion als Korrektiv der gegenüber der staatlichen Seite mehr zu Kompromissen neigenden ärztlichen Körperschaften zu wirken und nachdrücklich für bestimmte Grundpositionen, wie etwa die Freiheit ärztlichen Handelns, in der Öffentlichkeit einzutreten.<sup>35</sup> Der entschiedene Widerstand der ärztlichen Landesvertreter gegen den Entwurf des Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetzes artikulierte sich auf dem Außerordentlichen Deutschen Ärztetag, der am 10. Februar 1960 in der Frankfurter Paulskirche zusammentrat. Heftig kritisiert wurden insbesondere diejenigen Bestimmungen des Gesetzentwurfes, die die freivertraglichen Honorarvereinbarungen zwischen Ärzten und Krankenkassen einschränkten und eine Honorarfestsetzung durch den Arbeitsminister ermöglichten. Den geplanten Aufbau eines umfassenden Beratungsärztlichen Dienstes mit weitgehenden Kontrollbefugnissen in bezug auf die kassenärztliche Tätigkeit empfand man genauso als Kampfansage wie die Aufweichung des Sicherstellungsauftrags bei der ambulanten Versorgung durch die nunmehr eher mögliche Errichtung von Eigeninstituten der Krankenkassen. Zwar hatten sich die ärztlichen Landesorganisationen seit Jahren gegen die immer weiter nach oben ausgedehnte Pflichtversicherungsgrenze bei der Krankenversicherung gewandt und eine angemessene Selbstbeteiligung der höheren Einkommensgruppen gefordert; je-

---

Grzonka und Carla Lenz): 75 Jahre Hartmannbund. Ein Kapitel deutscher Sozialpolitik, Bonn - Bad Godesberg 1975, S. 163.  
35. Vgl. Manfred Groser: Gemeinwohl und Ärzteinteressen - die Politik des Hartmannbundes, Gütersloh 1992.

doch lehnte man die nun geplante Einheitsgebühr für die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen als sozial unausgewogen und als ein für die allgemeine Entwicklung der Volksgesundheit kontraproduktives Regulativ ab.

Während Bundesärztekammer (BÄK) und KBV einerseits versuchten, in Bonn die Realisierung des Gesetzentwurfs auf informellen Wegen zu verhindern, suchte man gleichzeitig seit Beginn des Jahres 1960 durch das Wirken der von den Landesorganisationen initiierten Aktionsgemeinschaft der Deutschen Ärzte mit großem organisatorischen und publizistischen Aufwand die öffentliche Meinung im Sinne der Ärzteschaft zu beeinflussen.<sup>36</sup> Angesichts der 1961 bevorstehenden Bundestagswahl blieb diese Protestkampagne, verstärkt noch durch Aktionen der Gewerkschaften gegen die bevorstehende Mehrbelastung der Versicherten, nicht ohne Wirkung auf die CDU-Parteiführung.

Auf Vermittlung einer ärztlichen Bundestagsabgeordneten schaltete sich Konrad Adenauer persönlich in die Auseinandersetzung ein und kam im Verlauf des Jahres 1960 dreimal zu Gesprächen mit Spitzenvertretern der ärztlichen Landesorganisationen zusammen. Das Ergebnis war, daß Adenauer seinem Arbeitsminister Theodor Blank die Unterstützung bei der Durchsetzung des Gesetzentwurfs versagte, was zu einer überaus kritischen Berichterstattung in den Medien führte, die den Vorgang als geradezu exemplarisch für den wachsenden Einfluß von Interessenverbänden auf die Politikgestaltung und für die zunehmend bei der Gesetzgebung konstatierte Ausschaltung des Parlaments bewerteten. "Es war bisher schon das selbstbewußte Antichambrieren der Lobbyisten in Bonn kaum noch zu ertragen. Jetzt scheinen sie aber vom

---

36. Akten zur Organisation der Aktionsgemeinschaft der Deutschen Ärzte im Archiv der Deutschen Ärzteschaft, KBV.

Antichambrieren zum Kommandieren übergehen zu wollen. Die Wendung der ärztlichen Funktionäre in ihrem Brief an den Kanzler, sie müßten ihn bitten, seine von einigen Sozialpolitikern der Partei 'in Frage gestellte Autorität geltend zu machen' - diese Wendung läßt sich nicht vereinbaren mit der in unserem Grundgesetz festgelegten Abgrenzung der Kompetenzen und auch nicht mit den in einer Demokratie üblichen Umgangsformen."<sup>37</sup> Ungeachtet der publizistischen Reaktionen war mit dem Eingreifen Adenauers, der den Einfluß der Ärzteschaft auf die bevorstehende Wahlentscheidung sehr hoch einschätzte, das Schicksal der Krankenversicherungsreform besiegelt. Die parlamentarische Beratung des Gesetzentwurfs wurde 1961 eingestellt. Die Stellung der Ärzteschaft innerhalb der Krankenversicherung blieb weitgehend unverändert, bis Mitte der 1970er Jahre im Zuge der wirtschaftlichen Rezession erneut Diskussionen um Kostendämpfung und Strukturreformen auf der Tagesordnung standen.

Spätestens mit der Abwehr der Krankenversicherungsreform hatten sich die ärztlichen Landesorganisationen als ein nicht unbedeutender Machtfaktor im politischen System der Bundesrepublik Deutschland etabliert. Diejenigen Landesvertreter, die - häufig auf der Grundlage eigener berufspolitischer Erfahrung in den Jahren bis und zum Teil auch nach 1933 - maßgeblich den Ausbau der ärztlichen Selbstverwaltung in der Nachkriegszeit vorangetrieben hatten, waren zwischenzeitlich aus ihren Leitungsfunktionen ausgeschieden. Stellvertretend genannt seien hier Ludwig Sievers, der 1958 als Vorsitzender der KBV abtrat, Hans Neuffer, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages von 1949 bis 1959, oder Richard Hammer, der nach

---

37. Die Zeit vom 23. Dez. 1960.

zwei Legislaturperioden 1957 nicht wieder in den Bundestag zurückkehrte. Mit Karl Haedenkamp war bereits 1955 einer der einflußreichsten Gestalter ärztlicher Standespolitik verstorben. Eine personelle Kontinuität innerhalb der ärztlichen Standesorganisationen über mehrere Jahrzehnte hinweg bestand nicht selten auf der Ebene der Hauptgeschäftsführung, die dadurch gegenüber den gewählten Vorständen ein durchaus eigenständiges berufspolitisches Profil entwickeln konnte. So trugen etwa zwei Mitbegründer des Marburger Bundes - Josef Stockhausen (geb. 1918), der seit 1951 in der Geschäftsführung der Bundesärztekammer tätig war und dort 1955 die Nachfolge Haedenkamps antrat, sowie Rolf Schlögell, der 1951 Haedenkamp in seiner Funktion als Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ablöste<sup>38</sup> - bis in die Mitte der 70er Jahre hinein wesentlich zur Ausprägung ärztlicher Standespolitik in der Bundesrepublik Deutschland bei. Der personalpolitische Einfluß des Marburger Bundes zeigte sich nicht nur bei der Besetzung hauptamtlicher Stellen in den ärztlichen Standesorganisationen auf Landes- und Bundesebene; auch zwei langjährige Präsidenten der Bundesärztekammer, Ernst Fromm (1917-1992, Präsident von 1959-1973) und Karsten Vilmar (geb. 1930, Präsident seit 1978) hatten ihre berufspolitische Karriere beim Marburger Bund begonnen.

Die organisatorische Grundlage für die Arbeit der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern bildete auch nach der 1955 erfolgten Umbenennung die 1949 vom 52. Deutschen Ärztetag in Hannover verabschiedete Satzung. Dem Deutschen Ärztetag wurde hierin die Funktion einer jährlichen Hauptversammlung der

---

38. Hermann Kater: Politiker und Ärzte. 600 Kurzbiographien und Porträts, dritte, erw. und überarb. Auflage, Hameln 1968.

Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern zugewiesen, die sich aus den Delegierten der Landesärztekammern zusammensetzt. Abgesehen von der bereits erwähnten Auflösung des Präsidiums des Deutschen Ärztetages läßt sich die 1966 erfolgte Satzungsänderung, die den bis dahin bestehenden Geschäftsführenden Vorstand der Bundesärztekammer durch einen Vorstand ersetzte, dem sämtliche Präsidenten der Landesärztekammern automatisch angehören, als signifikante Veränderung interpretieren, bedeutete dies doch eine weitere Aufwertung des föderalistischen Prinzips gegenüber dem bis dahin nicht unmittelbar von allen Landesärztekammern kontrollierten zentralen Lenkungsorgan.

#### Ausweitung des Aufgabenspektrums

Betrachtet man die Themenschwerpunkte der Deutschen Ärztetage,<sup>39</sup> so stellt man fest, daß sich die Diskussion mit Ausnahme der Jahre 1948 und 1949, als auch allgemeine Fragen der Volksgesundheit eingehender behandelt wurden, zunächst weitgehend auf ärztliche Standesfragen im engeren Sinne konzentrierte. Hierbei standen als häufig wiederkehrende Themen die Berufs- und Weiterbildungsordnung, das Medizinstudium, die Gebührenordnung und die Stellung des Arztes in der gesetzlichen Krankenversicherung im Vordergrund. Auffällig ist, daß in den Jahren 1966 bis 1971 viermal Schwerpunktthemen aus dem Bereich Prävention auf der Tagesordnung der Deutschen Ärztetage auftauchen. Dies erscheint als unmittelbarer Reflex auf die gleichzeitig im politischen Raum diskutierte und insbesondere nach Regierungsantritt der sozial-liberalen Koalition (1969) gesetz-

---

39. Wortprotokolle der Verhandlungen der Deutschen Ärztetage 1948ff. in der Bibliothek des Deutschen Ärzteblatts.

lich geregelte Ausweitung der Leistungen bei medizinischen Vorsorgemaßnahmen. Hierbei galt es vor allem, die alleinige Kompetenz der freipraktizierenden Ärzteschaft als Leistungserbringer in diesem Bereich gegenüber dem öffentlichen Gesundheitsdienst unter Beweis zu stellen.

Letzterer war zunächst vom Bundesgesundheitsministerium als künftiger Träger der Gesundheitsvorsorge favorisiert worden; doch scheiterte 1968/69 die für eine bundeseinheitliche Regelung in diesem Bereich erforderliche Grundgesetzänderung am Einspruch der Länder, in deren Zuständigkeit der öffentliche Gesundheitsdienst nach 1945 übergegangen war und die nicht bereit waren, Eingriffe des Bundes in diesen Bereich zu dulden. So blieb der sozialliberalen Bundesregierung kaum eine andere Möglichkeit, als über ihre Regelungskompetenz innerhalb der Sozialversicherung die von ihr angestrebten Vorsorgemaßnahmen im Leistungskatalog der Krankenkassen gesetzlich zu verankern. Der freipraktizierenden Ärzteschaft kam dabei zugute, daß sich die Bundesärztekammer seit 1964 intensiv in die Diskussion um Präventionsmaßnahmen eingeschaltet hatte und fertige Konzepte in die politische Diskussion einbringen konnte, während der öffentliche Gesundheitsdienst sich ohne eine durchsetzungsfähige Interessenvertretung und ohne politische Unterstützung vor allem durch die Landesregierungen, die neben der Gesetzgebungskompetenz des Bundes auch die zusätzlichen Kosten fürchteten, zur Preisgabe seiner angestammten Domäne gezwungen sah. Kennzeichnend nicht nur für diesen Bereich ist die Übertragung zusätzlicher Aufgaben auf die gesetzliche Krankenversicherung, die zwar die öffentlichen Kassen an anderer Stelle entlastete,

dafür aber mit dazu beitrug, die Kosten der Krankenversicherung immer mehr in die Höhe zu treiben.<sup>40</sup>

#### Reform im Krankenhausbereich

Nicht allein bei der Prävention zeigte sich seit Mitte der 1960er Jahre im politischen Raum eine gewisse Reformbereitschaft hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung. Diese erfuhr nicht zuletzt durch die Regierungsbeteiligung der SPD auf Bundesebene - seit 1966 in einer großen Koalition mit der CDU, seit 1969 in der sozial-liberalen Koalition - eine Umsetzung in konkrete Maßnahmen. Beispielhaft zu nennen wäre hier das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972, mit dem durch eine wesentliche Erhöhung der bereitzustellenden Finanzmittel die diagnostizierten Defizite bei der stationären Versorgung behoben werden sollten.<sup>41</sup> Die gesetzliche Festschreibung der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zog zwar einen durchaus notwendigen Modernisierungsschub im stationären Bereich nach sich, führte aber gleichzeitig zu einer enormen Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenkassen, die sich ohne eigene Einwirkungsmöglichkeiten zur Übernahme der an-

---

40. Vgl. Bernd Rosewitz, Douglas Webber: Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt/M. - New York 1990, S. 97ff.

41. Zur Entwicklung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes siehe Dorothee Löber: "Krankenhausfinanzierungsgesetz: Finanzreform statt Strukturreform", in: Entwicklung und Struktur des Gesundheitswesens. Argumente für eine soziale Medizin (V), Argument-Sonderbände - AS 4, Berlin 1974.

fallenden Pflege- und Instandhaltungskosten der Krankenhäuser verpflichtet sahen.<sup>42</sup>

Innerhalb von fünf Jahren, von 1970 bis 1975, stiegen die Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhausbehandlung um fast das Dreifache; ihr Anteil an den Gesamtleistungen (1970 = rd. 24 Milliarden DM, 1975 = rd. 58 Milliarden DM) erhöhte sich im gleichen Zeitraum von 25,2 Prozent auf 30,1 Prozent.<sup>43</sup> Ließ sich ein solcher Ausgabenschub ohne Einschnitte bei den anderen Leistungsarten in Zeiten allgemeinen Wirtschaftswachstums noch verkraften, so konnten mit der konjunkturellen Abschwungsphase seit Mitte der 1970er Jahre die Krankenkassen, denen inzwischen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich Steuerungsmöglichkeiten weitgehend aus der Hand genommen worden waren, nur noch mit Beitragserhöhungen auf ihre defizitäre Lage reagieren.

#### Ärzeschaft in der Kritik

Mit der allgemeinen Reformdiskussion über das Gesundheitswesen zu Beginn der 1970er Jahre gerieten auch die Ärzteschaft sowie die sie vertretenden Körperschaften und Verbände verstärkt in den Blickpunkt einer an den Grundlagen der ärztlichen Versorgung ansetzenden Kritik. Auf sehr große Resonanz stieß eine 1971 vom Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut des DGB vorgestellte Studie, die eine strukturell bedingte Rückständigkeit bei der medizinischen Betreuung der Bevölkerung

---

42. Siehe etwa Douglas Webber, "Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland", in: Leviathan. Zeitschrift für Sozialwissenschaft 1988, S. 156-203, S. 191.

43. Grunddaten zur kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1989, hrsg. von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln 1990.

konstatierte und als einen wesentlichen Beitrag zur Bewältigung der Krise die flächendeckende Errichtung sogenannter Medizinisch-Technischer Zentren forderte. In solche Einrichtungen sollten die bisher in der freien Praxis und am Krankenhaus erbrachte Diagnoseleistungen verlagert werden sollten.<sup>44</sup> Obschon DGB und SPD die Reformvorschläge der Studie in ihre Programme aufnahmen und eine äußerst polemisch geführte Auseinandersetzung entbrannte, die mit Schlagworten wie 'Verstaatlichung der Medizin', 'Kollektivismus' oder 'reaktionäre Ärztefunktionäre' nicht geizte, unterblieben konkrete Schritte zu einer politischen Umsetzung, nicht zuletzt weil mit der FDP als Koalitionspartner solche gegen die Interessen ihrer Klientel gerichteten Maßnahmen nicht durchzusetzen gewesen wären.<sup>45</sup> Auffällig ist, daß die nun zunehmende Kritik der Medien an den 'Halbgöttern in Weiß' nicht mit einem allgemeinen Vertrauensverlust in der Bevölkerung einherging. Nach den seit 1966 regelmäßig durchgeführten demoskopischen Umfragen des Allensbach-Instituts rangiert der Arztberuf in der Wertschätzung der Bevölkerung bis heute kaum vermindert mit weitem Abstand auf Platz eins der Skala.

Gleichwohl trugen die als Angriff auf die Kompetenz und die freiheitliche Berufsausübung der Ärzte verstandenen Reformvorschläge wesentlich dazu bei, eigene Standpunkte zur gesellschaftlichen Funktion des Arztes zu präzisieren und nach außen hin zu vertreten. Hier war es zunächst der Hartmannbund, der mit seinen 1972 erschienenen Thesen zur Sozial- und Gesund-

---

44. Die Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Analyse und Vorschläge zur Reform, WWI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung Nr. 20, Köln 1971.

45. Vgl. Bernd Rosewitz, Douglas Webber: Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt/M. - New York 1990, S. 52ff.

heitspolitik einen Gegenentwurf zur Gewerkschafts-Studie präsentierte, in dessen Mittelpunkt er das individuelle Arzt-Patient-Verhältnis stellte.<sup>46</sup> Auch von der Bundesärztekammer wurde die Notwendigkeit erkannt, sich mit den "Gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft", die auf den Ärztetagen 1973 und 1974 diskutiert und verabschiedet und in der Folgezeit kontinuierlich weiterentwickelt wurden, programmatisch in die öffentliche Diskussion um das Gesundheitswesen einzubringen.

#### Das Diktat des Rotstifts<sup>47</sup>

Während zu Beginn der 1970er Jahre die häufig ärzte-kritische öffentliche Debatte über das Gesundheitswesen in der BRD weitgehend von den Auseinandersetzungen um eine strukturelle Neuorientierung der medizinischen Versorgung bestimmt wurde, rückte wenig später die Diskussion über Kostenexplosion und Kostendämpfung im Gesundheitswesen in den Mittelpunkt. Das Konzept einer engeren Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, das zunächst mit dem Anspruch einer qualitativ bes-

---

46. Verband der Ärzte Deutschlands - Hartmannbund e.V.: Thesen für ein Gesundheitspolitisches Programm, Mainz 1972; siehe auch das im selben Jahre vom Hartmannbund herausgegebene Weißbuch zur WWI-Studie; vgl. Manfred Groser: Gemeinwohl und Ärzteinteressen - die Politik des Hartmannbundes, Gütersloh 1992, S. 155ff.

47. Zur Entwicklung der Kostendämpfungs-Versuche im Gesundheitswesen - insbesondere im ambulanten Bereich- siehe Bernd Rosewitz, Douglas Webber, Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt/M., New York 1990, S. 229ff.; Douglas Webber, "Zur Geschichte der Gesundheitsreformen". in: Leviathan 16 (1988), S. 156-203 und Leviathan 17 (1989), S. 262-300; Douglas Webber, Die Kassenärztlichen Vereinigungen zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl, Gütersloh 1992. Siehe hierzu wie auch für die Entwicklung anderer Bereiche des deutschen Gesundheitswesens in den vergangenen 25 Jahren die gesundheitspolitische Dokumentation beim Deutschen Ärzteblatt.

seren Gesundheitsversorgung ins Gespräch gebracht worden war, wurde nun von seiten des Bundesarbeitsministeriums im Hinblick auf sein Rationalisierungspotential innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung weiterentwickelt und in den im Januar 1977 vorgelegten Entwurf eines Kostendämpfungsgesetzes eingebracht. Die darin vorgesehene Ermächtigung für Krankenhäuser, prästationäre Diagnostik und Nachbehandlungen durchführen zu können, stieß auf den heftigen Widerstand der ärztlichen Landesorganisationen, die damit eine der Grundlagen des Kassenarztrechts von 1955, die mit dem Sicherstellungsauftrag verbundene Monopolstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen im ambulanten Bereich, durchbrochen sahen.

Hatte man auf seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zuvor noch gehofft, durch eine freiwillige Selbstbeschränkung bei den mit den RVO-Kassen ausgehandelten Honorarvereinbarungen für die Jahre 1976 und 1977 - was ihr zum Teil heftige Kritik aus den eigenen Reihen einbrachte - den politischen Druck von der Ärzteschaft nehmen und gesetzliche Kostendämpfungsmaßnahmen ganz vermeiden zu können, ging es nun darum, im Gesetzgebungsprozeß auf ein Wegfallen der für die Kassenärzte nachteiligen Bestimmungen hinzuwirken. Zwar gelang es im Unterschied zur gescheiterten Reform der Krankenversicherung von 1960/61 nicht, eine Realisierung des Gesetzes vollständig zu verhindern, doch erreichten es die ärztlichen Landesvertretungen immerhin, wesentliche Bestimmungen des Gesetzentwurfes in ihrem Sinne abzuschwächen. Ein Einbruch in das ambulante Behandlungsmonopol der niedergelassenen Ärzte konnte vorerst verhindert werden, indem nach dem Wortlaut des noch 1977 verabschiedeten Kostendämpfungsgesetzes die Durchführung prä- und poststationärer Diagno-

stik im Krankenhaus nur auf die Überweisung eines Kassenarztes hin erfolgen durfte und die Beteiligung von Krankenhausfachärzten an der ambulanten Versorgung davon abhängig gemacht wurde, daß eine bestimmte Aufgabe nicht von einem niedergelassenen Arzt übernommen werden konnte.

Anders als bei der Entwicklung des Kassenarztrechts von 1955 bestand nunmehr kein ausgeprägtes Interesse bei den Krankenhausträgern an einer Beteiligung an der ambulanten Versorgung, da mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz ein kostendeckender Betrieb ihrer Häuser gewährleistet und ein wirtschaftlicher Zugewinn nicht zu erwarten war. Auch der Marburger Bund, der 1971/72 nach hartem Ringen mit den Arbeitgebervertretern wesentlich verbesserte Tarife und Arbeitsbedingungen für die angestellten Ärzte hatte durchsetzen können,<sup>48</sup> sah zumindest in der ambulanten prä- und poststationären Diagnostik an Krankenhäusern keinen Vorteil, da dies vermutlich nur zu einer Mehrbelastung der dort tätigen Ärzte geführt hätte.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Bestimmung über die strikte Koppelung der kassenärztlichen Gesamtvergütung an die Entwicklung der Grundlohnsumme konnte insofern aufgeweicht werden, als weiterhin die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Kassen über die Vergütung verhandeln sollten und lediglich zur Berücksichtigung der Grundlohnsummenentwicklung aufgefordert wurden. Eine wirksamere Kostenbremse stellte die Einführung eines Arzneimittelbudgets, das von den Ärzten nicht überschritten werden durfte, sowie die Anhebung der Eigenleistungen der Patienten dar. Auch die Einrichtung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen, einem aus Vertretern der Krankenkassen, der Ärzte-

---

48. Kurt Gelsner: Der Marburger Bund, Frankfurt/M. 1985

schaft, der Gewerkschaften, der Arbeitgeber sowie Politikern aus Bund, Ländern und Gemeinden zusammengesetzten Spitzengremium, wurde im Kostendämpfungsgesetz von 1977 verbindlich vorgeschrieben. Im Rahmen der Konzertierten Aktion sollten die an der gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblich Beteiligten gemeinsame Empfehlungen über die jährlichen Steigerungsraten im ambulanten Bereich abgeben und darüber hinaus Vorschläge für weitere Rationalisierungen erarbeiten. Allerdings konnte die Konzertierte Aktion die in sie gesetzten hohen Erwartungen nicht erfüllen, da die Vertragspartner innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung eine bilaterale Verständigung bevorzugten. Sie diente eher als öffentlichkeitswirksame Plattform für die Darstellung der jeweiligen Standpunkte.

Das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 stand am Anfang einer ganzen Reihe von Gesetzen, mit denen man in der Folgezeit unter der Prämisse der Beitragsstabilität die Kostenentwicklung in einem expandierenden Gesundheitsmarkt zu begrenzen suchte. Daß zunächst die Kassenärzte in geringerem Maße von gesetzlichen Eingriffen betroffen waren als andere Bereiche der gesetzlichen Krankenversicherung, lag im wesentlichen darin begründet, daß die KBV in den 1980er Jahren ihr Steuerungspotential nutzte, um einen relativ mäßigen Zuwachs des kassenärztlichen Gesamthonorars zu gewährleisten. In Verbindung mit dem weiter ungebremsten Zustrom der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte zog dies einen Rückgang des durchschnittlichen realen Pro-Kopf-Einkommens der Kassenärzte nach sich.

Die Strategie der KBV, aus einer Defensivhaltung heraus mit honorarpolitischen Zugeständnissen den Verzicht des Gesetzgebers

auf strukturelle Eingriffe in die ambulante Versorgung zu bewirken, stieß auf zunehmendes Unverständnis und Widerstand in den eigenen Reihen. Sie blieb insofern langfristig ohne Erfolg, als unter anhaltendem Kostendruck im Gesundheitssektor Regierungskoalition und Opposition sich 1992 über die Eckpunkte eines Gesundheits-Strukturgesetzes verständigten. Dieses ging z.B. mit der nunmehr strikten Budgetierung des kassenärztlichen Gesamthonorars oder der engeren Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, d.h. mit dem Aufbrechen des ambulanten Behandlungsmonopols der freipraktizierenden Ärzte, an die Substanz des bestehenden Kassenarztrechts.

#### Knappe Kassen erzwingen Verteilungskampf

Die gleichfalls 1993 in Kraft gesetzte Beschränkung der kassenärztlichen Zulassungszahlen, mit der man nicht nur den Forderungen der Krankenkassen, sondern auch den Interessen der an einer Besitzstandswahrung interessierten Kassenärzte entgegenkam, erscheint als ein weiteres Indiz für die unter dem Druck des Verteilungskampfes im Gesundheitssektor zu beobachtenden Auflösungserscheinungen einer bis Mitte der 1970er Jahre weitgehend homogenen Ärzteschaft. Die vor allem auf Kosten der in der Ausbildung befindlichen Mediziner getroffene restriktive kassenärztliche Bedarfsplanung, die sich im Grunde über das Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 1960 hinwegsetzt, war die Konsequenz aus den über lange Jahre hinweg gescheiterten Bemühungen, über wirksame Zugangsbeschränkungen zu den Universitäten eine Drosselung der Zahl der Medizinstudenten herbeizuführen.

Darüber hinaus entwickelten sich innerärztliche Konfliktlinien vielfältiger Art, die sich nicht allein auf ein fast schon natürliches Spannungsverhältnis zwischen den nicht selten als 'Erfüllungsgehilfen' des Staates apostrophierten ärztlichen Körperschaften und den zwangloser agierenden freien Verbänden, wie etwa dem Hartmannbund oder dem Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV), reduzieren lassen. Wenn sich das Selbstverständnis der Mehrzahl der Ärzte nicht mehr aus der Perspektive einer bestehenden oder zukünftigen freiberuflichen, d.h. kassenärztlichen Tätigkeit herleitet, muß auch das Verhältnis von den Ärztekammern als Vertretungskörperschaften aller Ärzte zu den Kassenärztlichen Vereinigungen durch partielle Interessengegensätze geprägt sein.

Inzwischen spiegelt sich das zahlenmäßige Übergewicht der angestellten Ärzte innerhalb der berufstätigen Ärzteschaft weitgehend auch in entsprechenden Mehrheiten innerhalb der Kammerversammlungen und der Ärztetage wider. Deshalb wird sich der Marburger Bund in dem Maße, in dem künftig jungen Ärzten durch die Zulassungsbeschränkungen eine freiberufliche Tätigkeit verwehrt wird, vermutlich dazu gezwungen sehen, noch mehr als bisher gegen die Interessen der Kassenärztlichen Vereinigungen Konzepte einer intensiveren Beteiligung von Krankenhausärzten an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung als ein zentrales Thema in die standespolitische Diskussion einzubringen. Deutlich zu Tage trat dieses Spannungsverhältnis bereits im Verlauf des 97.

Deutschen Ärztetages 1994 bei den Diskussionen um diesbezügliche Aussagen im weiterentwickelten "Gesundheitspolitischen Programm der deutschen Ärzteschaft". Zwei Jahre später, beim 99. Deutschen Ärztetag, konnte eine entsprechende EntschlieÙung nur

mit knapper Mehrheit verhindert werden. Bei weiterhin nur wenig rückläufigen Studentenzahlen an medizinischen Fakultäten ist absehbar, daß sich das Problem arbeitsloser Ärzte zu einem zentralen standespolitischen Thema entwickeln wird.

Auch innerhalb der kassenärztlich organisierten Ärzteschaft kamen mit dem Ende der unbeschränkten Einzelleistungshonorierung und der 1976 beginnenden Phase freiwilliger oder verordneter Begrenzung der kassenärztlichen Gesamtvergütung zunehmend Interessenkonflikte deutlich zum Vorschein. Diese waren im wesentlichen durch das Bemühen einzelner Fachverbände geprägt, bei der Gestaltung der Honorarverteilung gruppenspezifische Belange durchzusetzen. Die Deckelung der Gesamtvergütung bei gleichzeitiger Ausweitung kassenärztlicher Tätigkeit hatte zur Folge, daß sich Einkommenssteigerungen in bestimmten Bereichen nur zu Lasten anderer an der kassenärztlichen Versorgung beteiligter Gruppen durchsetzen ließen. Als zentrales Steuerungsinstrument der KBV zur Honorarverteilung entwickelte sich der 1978 eingeführte Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), mit dem über die punktemäßige Auf- oder Abwertung bestimmter ärztlicher Tätigkeitsbereiche, d.h. über interne Umverteilungsmaßnahmen, zugleich durchaus gestaltend in die Ausrichtung ärztlicher Behandlungstätigkeit eingegriffen werden kann.

Nachdem bereits Mitte der 1970er Jahre die Zahl der niedergelassenen Gebietsärzte die der Praktischen und Allgemeinärzte überschritten hatte, sah sich die KBV spätestens seit den 1980er Jahren einem starken Druck von außen ausgesetzt, durch Reformen des EBM eine Aufwertung der zugewandungsintensiven, vor allem hausärztlichen Versorgung gegenüber einer mehr von der Ausweitung der Medizintechnik bestimmten und daher kosteninten-

siveren spezialärztlichen Versorgung vorzunehmen. Die Diskussionen über eine Neubewertung kassenärztlicher Leistungen bei nur begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen setzte fast zwangsläufig einen Entsolidarisierungsprozeß innerhalb der niedergelassenen Ärzteschaft in Gang, wobei sich insbesondere die Fronten zwischen dem Berufsverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin und den fachärztlichen Berufsverbänden zunehmend verhärteten und eine Verständigung über neue Honorierungsstrukturen in den KV-Gremien nur mühsam zu erreichen war.<sup>49</sup>

#### Opposition von 'links'

Die Kritik an einer zu sehr von ihren medizin-technischen Möglichkeiten bestimmten ärztlichen Versorgung erwuchs allerdings nicht allein aus einer von ökonomischen Sachzwängen beherrschten Auseinandersetzung, sondern stellt gleichsam ein verbindendes Element einer links-alternativen ärztlichen Opposition dar, der es seit etwa Mitte der 1970er Jahre in zunehmendem Maße gelang, über eigene Listen Vertreter in die Kammerversammlungen und zu den Deutschen Ärztetagen zu entsenden. Ihre Kritik richtete sich dabei in erster Linie gegen eine als in ihren Strukturen verkrustet und konservativ empfundene Standesvertretung, der man vorwarf, durch ihr gruppen-egoistisches Agieren dringend nötige Reformen im Gesundheitswesen zu verhindern. Diese Kritik schloß auch den Marburger Bund mit ein, dem man ein zu systemkonformes Verhalten attestierte.

---

49. Hierzu siehe insbesondere die gesundheitspolitische Dokumentation beim Deutschen Ärzteblatt.

Insbesondere in den Stadtstaaten, aber auch in einigen anderen Bundesländern, haben diese alternativen Listen sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten innerhalb der Kammerorganisationen als feste Größen etablieren und dafür Sorgen tragen können, daß ihre gesundheitspolitischen Anliegen nicht nur auf den alternativen "Gesundheitstagen", sondern auch im Rahmen der standespolitischen Auseinandersetzung zumindest zur Kenntnis genommen wurden. Daß in Berlin die als links-alternativ einzustufende "Fraktion Gesundheit" in den Kammerwahlen 1986 einen Stimmenanteil von 48,4 Prozent auf sich vereinigen und in der Folge ihren Repräsentanten in das Amt des Kammerpräsidenten wählen konnte, was gleichzeitig einen Sitz im Vorstand der Bundesärztekammer bedeutete, ließ deutlich werden, daß langfristig eine Strategie interner Ausgrenzung dieses kritischen Potentials nicht umzusetzen sein würde.<sup>50</sup>

### Ethik in der Medizin

Pluralistische Strukturen innerhalb der organisierten Ärzteschaft können zwar zum Nachteil gereichen, wenn es um die Durchsetzung bestimmter standespolitischer Interessen im politischen Raum geht, scheinen gleichzeitig aber unverzichtbar für eine aus einer kontroversen Diskussion erwachsende ärztliche Standortbestimmung im Hinblick auf medizinisch-ethische Grundsatzzfragen, die seit den 1980er Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen haben. Hierbei lassen sich zwei Problemkomplexe voneinander abgrenzen. Einerseits warfen die rasanten Fortschritte in der medizinischen Forschung zunehmend Frage auf, inwieweit

---

50. Vgl. Winfried Beck u.a. (Hrsg.): Ärzteopposition, Neckarsulm - München 1987.

all das, was technisch machbar ist, wie Intensivmedizin, heterologe Insemination, pränatale Diagnostik oder Genmanipulation, auch ethisch vertretbar ist; andererseits sahen sich die ärztlichen Standesorganisationen mit dem Problem konfrontiert, wie unter anhaltendem Kostendruck - d.h. bei weiterhin nur beschränkt zur Verfügung stehenden Ressourcen und bei verstärkter Einbringung marktwirtschaftlicher Steuerungselemente in die gesetzliche Krankenversicherung - eine an hohen Standards orientierte medizinische Versorgung für alle gewährleistet werden kann.

Die seit Ende der 1970er Jahre gemäß der Deklaration des Weltärztebunds von Tokio (1975) bei den Landesärztekammern eingerichteten Ethikkommissionen wie auch die entsprechenden Einrichtungen an den medizinischen Fakultäten sollten für die Einhaltung ethischer Standards insbesondere bei der Planung und Durchführung von klinischen Versuchen an Menschen Sorge tragen. Mit der 1995 erfolgten Novellierung des Arzneimittelgesetzes, das die Durchführung der klinischen Prüfung eines Arzneimittels nunmehr vom zustimmenden Votum einer nach Landesrecht gebildeten Ethikkommission abhängig macht, haben diese Kommissionen eine feste Verankerung in der Gesetzgebung gefunden. Auf die zunehmend öffentlich geführte Diskussion ethischer Grundsatfragen reagierte die Bundesärztekammer 1994 mit der Einrichtung einer multidisziplinär zusammengesetzten Zentralen Ethikkommission. Diese verstärkte Auseinandersetzung der ärztlichen Standesorganisation mit ethischen Fragestellungen in den letzten Jahren muß auch als Versuch gewertet werden, die Meinungsführerschaft in einem zunehmend von Experten verschiedenster Fach-

richtungen reklamierten Bereich zu übernehmen und somit wiederum einmal die Autonomie des Standes bewahren zu helfen.

## Die Ärzteschaft im staatlichen Gesundheitswesen der SBZ und DDR 1945-1989

### Ansprüche und Realität eines sozialistischen Gesundheitswesens

Ein politischer Witz („Was ist Sozialismus? Der längste Weg vom Kapitalismus zum Kapitalismus.“) spiegelt schon vor dem Ende der DDR elementare Erfahrungen von DDR - Bürgern in ihrer Widersprüchlichkeit wider: die Diskrepanz zwischen dem Anspruch der SED, ihr Staats- und Gesellschaftswesen auf nicht-kapitalistischer Grundlage erfolgreicher als in der Bundesrepublik zu entwickeln, und dessen Nichteinlösung in der Realität. Das betraf auch das Gesundheitswesen der DDR.

Die Entwicklung des Gesundheitswesens der SBZ und DDR stellt sich somit ebenfalls als historischer Umweg dar. Ob es insgesamt auch ein Irrweg war, der keinerlei positive Ergebnisse zeitigte, soll im folgenden im Hinblick auf die Rolle der Ärzte im sozialistischen Gesundheitswesen untersucht werden.

Der Aufbau des Sozialismus in der DDR bedeutete nicht nur eine verstaatlichte Wirtschaft. Eine weitere Folge war die Entwicklung eines staatlichen und verstaatlichten Gesundheitswesens, das singulär in der deutschen Geschichte ist. Es handelte sich dabei um den mehr oder minder erfolgreichen Versuch der SED, auch das Gesundheitswesen und die Ärzteschaft politisch zu durchdringen und diese ihrem Totalitätsanspruch zu unterwerfen. In ein solches Modell paßten eigenständige

ärztliche Standesorganisationen und Landesärztekammern nicht hinein. Sie waren daher auch bis zum Fall der Mauer nicht zugelassen. Die Mitgliedschaft in medizinisch - wissenschaftlichen Gesellschaften, zuerst noch als gesamtdeutsche Gesellschaften, konnte keinen angemessenen Ersatz für die Standesvertretung bieten. Die eigene Praxis, welche dem niedergelassenen Arzt auch immer ein gehöriges Maß an wirtschaftlicher Selbständigkeit und Unabhängigkeit bietet, schränkte die DDR immer mehr ein.

Zu den Aufbau- und Rahmenbedingungen des dortigen Gesundheitswesens zählte nicht zuletzt die Hinterlassenschaft des NS-Regimes, wie z.B. eine verglichen mit anderen Berufsgruppen hohe Mitgliedschaft der Ärzte in NSDAP und NS-Organisationen.

Hinzukamen ein desolates Gesundheitswesen am Ende des Zweiten Weltkrieges, eine sich schnell als attraktives Gegenmodell entwickelnde westdeutsche Gesellschaft, die offene Berliner Grenze bis 1961 sowie als unerläßliche Bedingung die Anwesenheit sowjetischer Truppen in diesem Teil Deutschlands.

Nach einer Phase des Wiederingangsetzens ärztlicher Betreuung, der recht erfolgreichen Versuche, Seuchen zu bekämpfen und gesundheitlichen und hygienischen Problemen in den ersten Nachkriegsjahren Herr zu werden, wurde die Ärzteschaft mit in den Strudel der politischen Ereignisse hineingerissen: Kalter Krieg, Aufbau des Sozialismus ab 1952, 17. Juni 1953, Mauerbau, „Republikflucht“, scheinbare Konsolidierung in den 1960er und 1970er Jahren bei zunehmender Politisierung, deutlich hervortretende

Mängel der Planwirtschaft in den 1980er Jahren. Alles blieb nicht ohne Auswirkungen auf das Gesundheitswesen. Inwieweit sich dabei traditionelle ärztliche Organisationsformen erhalten konnten oder das sowjetische Vorbild sich durchsetzte, in welchen Etappen sich das Gesundheitswesen zwischen diesen Polen entwickeln konnte, wie die Rolle der Ärzte von Partei und Staat und von ihnen selbst gesehen wurde, das soll im folgenden in den Grundzügen dargestellt werden.

#### Zwischen den Extremen

Das Gesundheitswesen der DDR bewegte sich immer zwischen zwei Extremen: der Beibehaltung traditioneller Formen ärztlicher Berufsauffassung und Organisationsstrukturen auf der einen Seite und dem Anspruch der Partei, auch diesen Bereich am Modell der Sowjetunion auszurichten. Die SED befand sich dabei in einem Dilemma. Einerseits verlangten Programmatik und Selbstverständnis als kommunistische Partei eine sozialistische Umgestaltung des Gesundheitswesens. Andererseits stärkten allzu radikale Forderungen unter Zuhilfenahme von administrativem Druck bis hin zu Verhaftungen die sowieso schon vorhandene Tendenz einer sozialismuskritischen Ärzteschaft zur Flucht oder später zur Ausreise in den Westen, was eine Gefahr für die Gesundheitsversorgung bedeutete.

Die SED wandte deshalb eine Politik an, die eine Mischung aus Zuckerbrot (sprich Privilegien, besondere materielle Anerkennungen für Ärzte) und Peitsche (Repressalien) war.

Je nach politischer Opportunität und vorhandenen Ressourcen wurde das Tempo der Veränderungen entweder beschleunigt oder verlangsamt.

Die Ärzteschaft der DDR hat sich dem neuen Kurs nicht ohne Widerstand angepaßt. Exakte Angaben liegen nicht vor, so daß man sich mit einigen generellen Aussagen begnügen muß.

Einer kleinen Gruppe von zumeist sozialistisch orientierten Enthusiasten stand zu Anfang eine riesige Mehrheit von Ärzten gegenüber, die das neue System ablehnten. Mehr als 100 Medizinstudenten und Ärzte aus dem Hochschulbereich wurden im Zeitraum von 1945 bis 1961 verhaftet und zu meist langjährigen Strafen verurteilt. Hunderte von Studenten wurden von den Hochschulen verwiesen. Nach 1961 befanden sich nach vorsichtigen Schätzungen ständig mehr als 50 Ärzte aus politischen Gründen in Haft. Unter den freigekauften politischen Häftlingen waren Ärzte überproportional vertreten. Die insgesamt kritische Einstellung der Mehrheit der Ärzte zum real-existierenden Sozialismus blieb bis zum Ende der DDR, wenn auch abgeschwächt, erhalten.

Sozialwissenschaftlichen Erhebungen liefern Anhaltspunkte dafür, daß das spezifisch Sozialistisch-Politische am Gesundheitswesen der DDR bis zum Fall der Mauer von der überwiegenden Mehrheit der ostdeutschen Ärzte abgelehnt wurde. Was dagegen den staatlichen Charakter des Gesundheitswesens anbetrifft, so ist in zunehmendem Maße eine ambivalente oder eher zustimmende Haltung festzustellen, die unter Einräumung vieler Mängel gleichwohl auch die Leistungen sieht.

Dem widerspricht nicht, daß der Mehrzahl der Ärzte (Ärztinnen immer eingeschlossen) in den neuen Bundesländern inzwischen eine durchaus erfolgreiche Integration in das eher marktwirtschaftlich orientierte Gesundheitswesen der Bundesrepublik gelang; was vielleicht damit zusammenhängt, daß das vielgescholtene Gesundheitswesen der DDR bereits im Medizinstudium auch Kompetenzen und Fähigkeiten förderte, welche in der Bundesrepublik für eine erfolgreiche Behauptung gegenüber der Konkurrenz notwendig sind.

#### Planungen für die Nachkriegszeit

Während des Zweiten Weltkrieges stellte man in der KPD im Moskauer Exil wie auch im NKFD (Nationalkomitee Freies Deutschland, eine Kriegsgefangenenorganisation, die 1943 bei Krasnogorsk gegründet wurde) im Rahmen von Gesamtplanungen für das Nachkriegsdeutschland erste Überlegungen für den Aufbau des Gesundheitswesens an. Die damals in der Sowjetunion befindlichen deutschen Kommunisten unter Führung von Wilhelm Pieck (1876-1960) und Walter Ulbricht (1893-1973) erhielten den Auftrag, ein Programm für die Zukunft Nachkriegsdeutschlands zu entwickeln. Gesundheitspolitische Planungen spielten dabei insgesamt nur eine untergeordnete Rolle. Anton Ackermann (1905-1973) erarbeitete Ende 1944 den wirtschaftspolitischen Teil des Programms, in dem für das Gesundheitswesen des neuen Deutschlands folgende Ziele formuliert wurden: Einheitliche Sozialversicherung, Kampf gegen Kindersterblichkeit, Ausbau der öffentlichen

Kinder- und Mütterfürsorge, besonderer Schutz für Schwangere, kostenlose Schulspeisung für Minderbemittelte, Gebühren für Bessergestellte, Hilfe für Bombenopfer, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten sowie anderer Seuchen, besondere Fürsorge für Jugendliche und Kinder, Förderung von Körperkultur und Sport, Recht auf freie Arztwahl. Hier wurden also zum Teil gesundheitspolitische Forderungen der KPD aus den 1920 Jahren wieder aufgegriffen.

Die besondere Wertschätzung der „Arbeit“, wie sie sich in offiziellen und internen Dokumenten bis 1989 zeigt, findet ihren Niederschlag in der Formulierung: „Die Arbeitskraft des schaffenden Volkes als das wertvollste Gut der Nation steht unter einem besonderen Gesundheitsschutz.“

Die SED hat in der Rückschau ihren gesundheitspolitischen Kurs in dieser Hinsicht immer als konsequente, kontinuierliche Politik auf der Grundlage dieser alten Forderungen verstanden.

Bereits hier wird deutlich, was die gesamte Sozialpolitik der DDR später offiziell bestimmen sollte: die Bevorzugung der sogenannten Arbeiterklasse und die durchgehende Betonung des Faktors „Arbeitskraft“.

Die Diskriminierung der Nicht-Schaffenden (Alte, chronisch Kranke, Behinderte, psychisch Gestörte) war somit ideologisch gerechtfertigt.

Neubeginn 1945

Die Lage in der SBZ unterschied sich anfangs nicht

grundlegend von der in den Westzonen. Im Vordergrund stand überall der Kampf um das nackte Überleben. Aufgrund der schlechten Versorgungssituation breiteten sich Seuchen wie Typhus, Ruhr und Geschlechtskrankheiten (Lues und Gonorrhoe) rasch aus. Allein an Typhus erkrankten 1946 in der SBZ 38000 Menschen, an Tbc starben 1947 32000 Menschen<sup>1</sup>. Angesichts dieser bedrohlichen Lage fanden die Mitarbeiter des Gesundheitswesens bei der Seuchenbekämpfung entsprechende Unterstützung durch die Sowjetischen Militäradministration (SMAD).<sup>2</sup> Aber auch aus eigenem Antrieb begann man angesichts der allgemeinen Not mit dem Wiederaufbau des Gesundheitswesens.

Die Schwierigkeiten rührten zum Teil daher, daß eine nicht geringe Anzahl von Ärzten vor der Roten Armee in den Westen geflohen war.<sup>3</sup> In der Provinz Brandenburg sank

<sup>1</sup> Siehe Akademie für ärztliche Fortbildung (Hrsg.), 40 Jahre SED – die Gesundheitspolitik der SED in der Übergangsperiode, Berlin (Ost) 1987, S. 14 (im folgenden AÄF). Siehe auch Wilhelm Weiß, Das Gesundheitswesen in der Sowjetischen Besatzungszone (=Bonner Berichte aus Mittel- und Ostdeutschland), Bonn 1952, S. 33–35.

<sup>2</sup> So 1975 Oberst W. Wolf, Zur Situation im Gesundheitswesen der ehemaligen Provinz Brandenburg im Jahre 1945 – Eine Dokumentation, uns freundlicher Weise zur Verfügung gestellt von Oberst a.D. Kolmsee. In diesen Zusammenhang muß man auch die vielen Berichte über die Anfänge nach 1945 nennen, die in Karl Seidel u.a. (Hg.), Im Dienst am Menschen. Erinnerungen an den Aufbau des neuen Gesundheitswesens 1945-1949, Bd. 1, Berlin (Ost) 1985 zusammengestellt sind und in denen ähnliche Erfahrungen geschildert werden. Siehe auch den Bericht von Alfred Beyer über die Lage in Berlin 1945, zitiert in: Kurt Winter, Das Gesundheitswesen in der Deutschen Demokratischen Republik. Eine Bilanz zum 25. Jahrestag der Staatsgründung, Berlin (Ost) 1974, S. 13. Zur Organisation der Seuchenbekämpfung genauer Weiß, 1952, S. 35–37. Obwohl er die politische Stoßrichtung der Gesundheitspolitik der SMAD und SED vehement kritisiert, kommt er in bezug auf die Seuchenbekämpfung zu dem Urteil: „Allerdings kontrollierte die Besatzungsmacht von Anfang an alle Maßnahmen auf diesem Gebiet, und oft genug gab sie strenge Direktiven. Ihre Weisungen waren in der Regel sachlich und begründet. Außerdem gaben ihr die Erfolge recht. An dieser Tatsache kann auch die verschiedentlich an den Methoden im Kampf gegen die Seuchen geübte Kritik kaum etwas ändern.“ Weiß, 1952, S. 33.

<sup>3</sup> Siehe Wilhelm Weiß, Das Gesundheitswesen in der Sowjetischen Besatzungszone. I. Textteil (= Bonner Berichte aus Mittel- und Ostdeutschland), Bonn 1957, S. 11.

die Zahl der Ärzte im Jahre 1945 auf 978; 1935 waren es noch 1985 Ärzte gewesen.<sup>4</sup> Doch bereits 1946 begann sich die Lage zu konsolidieren, als viele der aus der Gefangenschaft entlassenen Ärzte in die SBZ zurückkehrten.

#### Wiederaufbau und Umwandlung des Gesundheitswesens

Die KPD-Führung<sup>5</sup> verfolgte von Anfang an eine Doppelstrategie. Zum einen galt ihre Aufmerksamkeit dem raschen Wiederaufbau auf allen Gebieten der SBZ, zum anderen wollte man aber auch die Gunst der Stunde und die Anwesenheit sowjetischer Truppen auf deutschem Boden für einen sozialistischen Aufbau in der SBZ und möglicherweise in ganz Deutschland nutzen. Daß dazu die alten Eliten, also auch die zumeist bürgerlichen Ärzte, noch für eine Übergangszeit gebraucht würden, war der Partei-Spitze bewußt.<sup>6</sup>

Die KPD hatte sich am 11. Juni 1945 mit einem in Moskau abgesegneten Aufruf an die Bevölkerung gewandt, in dem das Wort Sozialismus bezeichnenderweise nicht vorkam. Nach der scheinbar beruhigenden Versicherung „Wir sind der Auffassung, daß der Weg, Deutschland das Sowjetsystem

<sup>4</sup> Siehe Wolf, S. E8.

<sup>5</sup> Siehe hierzu die Ausführungen des Ulbricht zugeteilten jungen Genossen Wolfgang Leonhard, der dies beschreibt in: Die Revolution entläßt ihre Kinder, Köln 1955.

<sup>6</sup> Georgi Dimitroff hatte dies den ausländischen Funktionären in der Sowjetunion 1944 ausdrücklich in einem Referat eingeschärft, siehe Institut für Marxismus/Leninismus (Hrsg.), ...einer neuen Zeit Beginn. Erinnerungen an die Anfänge unserer Kulturrevolution 1945-1949, Berlin (Ost) 1981, S. 514f. So war sogar in den Aufrufen der SPD 1945 mehr von Sozialismus die Rede als in KPD-Aufrufen. Die SPD erklärte den Sozialismus - den demokratischen Sozialismus - zur Tagesaufgabe, die KPD verfolgte offiziell im Sinne der Bündnispolitik den Aufbau einer antifaschistisch-demokratischen Ordnung.

aufzuzwingen, falsch wäre, denn dieser Weg entspricht nicht den gegenwärtigen Entwicklungsbedingungen in Deutschland", heißt es dort zum Gesundheitswesen: „Öffentliche Hilfsmaßnahmen für die Opfer des faschistischen Terrors, für Waisenkinder, Invaliden und Kranke. Besonderer Schutz den Müttern.“<sup>7</sup>

Diese Aussage und die gleichzeitige Forderung der „Übergabe aller jener Betriebe, die lebenswichtigen öffentlichen Bedürfnissen dienen, in die Hände der Selbstverwaltungsorgane“ wurde übrigens dreißig Jahre später dahingehend interpretiert, daß damit „auch die Schaffung von Volkseigentum im Gesundheitswesen, insbesondere im stationären Bereich, als aktuelle Aufgabe auf die Tagesordnung gesetzt“ worden sei.<sup>8</sup>

Kernpunkt der genannten gesundheitspolitischen Vorstellungen und zugleich Voraussetzung für ihre Durchsetzbarkeit waren zwei Faktoren: 1. Die Unterstützung durch die Sowjetunion bzw. die SMAD; 2. Die Übernahme der Staatsmacht, um auf administrativem Wege die entscheidenden Veränderungen durchzusetzen. Zur administrativen Absicherung dieser weitreichenden Pläne wurden schon 1945 eine Reihe von Maßnahmen ergriffen. Noch vor dem Ende der Konferenz von Potsdam befahl die SMAD am 27. Juli 1945 die Errichtung einer Reihe von Deutschen Zentralverwaltungen zum 10. August 1945, darunter auch einer für Gesundheitswesen (DZVG).<sup>9</sup>

<sup>7</sup> Aufruf der KPD vom 11.6.1945, abgedruckt in: Günter Benser u.a., Dokumente zur Geschichte der SED. Bd. 2: 1945-1971, Berlin (Ost) S. 14.

<sup>8</sup> Lothar Büttner/Bernhard Meyer, Über die gesundheitspolitische Zusammenarbeit mit der Sowjetunion, in: hum. 9/1975, S. 9.

<sup>9</sup> Abgedruckt in: Koordinierungsrat der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften der DDR (Hrsg.), Dokumentensammlung. Befehle der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland

Diese unterstanden nur der SMAD und waren damit keiner wirklichen demokratischen Kontrolle unterworfen.<sup>10</sup>

Die DZVG hatte von Anfang an mehr Personal als alle Gesundheitsverwaltungen der Länderregierungen. Ab 1948, mit Gründung der Deutschen Wirtschaftskommission<sup>11</sup>, war sie faktisch übergeordnete Dienststelle dieser Ministerien. Zum Leiter (Präsidenten) wurde 1945 der Sozialdemokrat Dr. Paul Konitzer ( Jg. 1884) ernannt. Das wichtige Amt des Vizepräsidenten hatte der aus der Sowjetunion gekommene Kommunist Dr. Maxim Zetkin (1883-1965) inne. Konitzer wurde 1947 verhaftet, und sein Schicksal ist bis heute ungeklärt. Sein Nachfolger war (bis 1949 im Amt) der parteilose Medizin-Professor Karl Linser (1895-1976).<sup>12</sup> Obwohl die SED faktisch immer die

---

zum Gesundheits- und Sozialwesen, (Schriftenreihe. Veröffentlichungen des Koordinierungsrates der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften der DDR, Heft 2) Berlin (Ost) 1976, S. 13.

<sup>10</sup> Die Zentralverwaltung war allerdings von Anfang an stark dem Einfluß von KPD/SED unterworfen. „Die SED realisierte ihre führende Rolle zunächst besonders durch ihre Einflußnahme auf die Deutsche Zentralverwaltung für Gesundheitswesen und die gesundheitspolitischen Organe der neuen Verwaltungen in den Ländern“, AÄF, S. 23. Von Anfang an hatte die Zentralverwaltung aber auch die faktische Führung im Gesundheitswesen. So berichtet Carl Coutelle: „[Es] wurde festgelegt, daß sie zunächst kein direktes Weisungsrecht haben sollte. Ihre Tätigkeit war auf die Ausarbeitung der zur Erfüllung dieser Aufgaben notwendigen grundsätzlichen Regelungen beschränkt, damit diese als Grundlage für entsprechende Befehle der SMAD dienen könnten. Erst wenn die Zentralverwaltung durch ihre gute Arbeit das Vertrauen der Ärzteschaft und Bevölkerung erworben habe, sollten ihre Befugnisse erweitert werden.“ Carl Coutelle, in: Seidel, Bd. 1, S. 58.

<sup>11</sup> Mit Gründung der DWK verfügte die DDR de facto bereits im Jahre 1948 über eine Zentralregierung, also lange bevor im Herbst 1949 der Bundestag eine Bundesregierung wählte.

<sup>12</sup> Siehe hierzu Hans Harmsen (Hrsg.), Die Gesundheitsverwaltung in der UdSSR und in Mitteldeutschland (=Akademie für Staatsmedizin Hamburg. Zur Entwicklung und Organisation des Gesundheitswesens in Sowjetrußland, in osteuropäischen Volksdemokratien und in Mitteldeutschland, Bd. XXI.), Hamburg 1962, S. 13-41, hier bes. S. 13f. Mit diesem Aufbau wird auch hier ein Verwaltungsprinzip der SBZ deutlich. Gallionsfiguren in vielen Bereichen waren oftmals Sozialdemokraten oder auch Bürgerliche. Vizepräsident wurde aber immer ein Kommunist, der damit zugleich für das Personalwesen (Kader) verantwortlich war. Als Steidle (CDU) 1949 Gesundheitsminister wurde, wurde ihm Jenny Matern (SED) als Staatssekretärin zugeordnet.

Über die Verhaftung Konitzers 1947, also 2 Jahre nach seiner Amtseinführung, gibt es die offizielle Erklärung, er sei von den Sowjets verhaftet worden, weil er als Arzt beim Wehrkreiskommando IV (Dresden), zuständig für sowjetische Kriegsgefangene, nichts gegen die in den

Leitung hatte, arbeiteten zunächst auch noch viele parteilose Experten am Aufbau des neuen Gesundheitswesens mit. Später wurden diese immer mehr durch Parteikader ersetzt.<sup>13</sup> Aus der Zentralverwaltung ging dann schließlich mit Gründung der DDR das Gesundheitsministerium hervor. Erster Minister war der aus dem NKFD kommende Oberst Luidpold Steidle (1898-1984).

Ärzte durften sich weiterhin niederlassen. Damit blieb die Grundstruktur des ambulanten Gesundheitswesens weitgehend erhalten. Anders wäre die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung wohl gefährdet gewesen. Weitreichende organisatorische Veränderungen im Gesundheitswesen erfolgten daher erst nach und nach. Die Ärztekammern wurden jedoch als „nationalsozialistisch verseuchte“ Organisationen angesehen und wie alle anderen in der NS-Zeit bestehenden Organisationen gleich verboten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen ließ man als Abrechnungsstellen für die niedergelassenen Ärzte zunächst noch bestehen.<sup>14</sup> Den Ärzten wurde nicht erlaubt, wieder eigene Standesorganisationen zu gründen. Statt

---

Kriegsgefangenenlagern grassierenden Typhus-Epidemien unternommen hätte, siehe Eva Schmidt-Kolmer, Pionierarbeit im Neuland, in: Seidel, Bd. 1, S. 226-234, hier S. 231. Demgegenüber berichtet der ehemalige Sozialdemokrat Gniffke, damals im Zentralvorstand der SED, in seinen Erinnerungen, Konitzer sei verhaftet worden, nachdem ihm Max Fechner aus Versehen von einer streng geheimen Reise einiger Spitzengenossen nach Moskau erzählt hatte, siehe Erich W. Gniffke, Meine Jahre mit Ulbricht, Köln 1966. Die Erklärung Gniffkes kann durchaus plausibel sein, denn Konitzer wurde im Prozeß gegen die Wachmannschaft des Stalag 304 (IV H) Zeithain aus dem Jahre 1947 nicht mit angeklagt.

<sup>13</sup> Die schon erwähnte Eva Schmidt-Kolmar charakterisiert die parteilosen Experten als „für uns für lange Wegstrecken zumindest echte Verbündete“, Schmidt-Kolmar, S. 228. Nach Weiß resultierte aus der zunehmenden Durchdringung zentraler Apparate mit Kadern aus dem sowjetischen Exil eine erhebliche Senkung des Niveaus der Arbeit, die, solange die SMAD mit guten Verwaltungsfachleuten die Zentralen Apparate lenkte, noch kompensiert werden konnte, siehe Weiß, Textteil, S. 18. Zum Aufbau der Zentralverwaltung siehe ebenda, S. 6-11.

<sup>14</sup> Siehe Weiß, Textteil, S. 41.

dessen schlug man ihnen vor, sich im Rahmen des neugegründeten FDGB zu organisieren.<sup>15</sup>

Nach zunächst nur geringer Resonanz wuchs die Zahl der ärztlichen Gewerkschaftsmitglieder in den 1950er Jahren stärker an. 1955 stellte man befriedigt fest, daß nach dem Erlassen der Verwaltungsgebühren sich z.B. im Bezirk Magdeburg über 90% der niedergelassenen Ärzte gewerkschaftlich organisiert hatten.<sup>16</sup>

Parallel zu diesen Bemühungen erfolgten auch erste Veränderungen an der Struktur des Gesundheitswesens. Drei Bereiche sind hier hervorzuheben: 1. die Vereinheitlichung der Sozialversicherung; 2. die Gründung von Polikliniken, die schließlich die niedergelassenen Ärzte fast völlig verdrängten; 3. die Schaffung eines Betriebsgesundheitswesens.<sup>17</sup>

Die genannten Schritte wurden gleichzeitig in Gang gesetzt und waren Teil einer Gesamtstrategie zur sozialistischen Umgestaltung des Gesundheitswesens. In mehreren programmatischen Erklärungen der SED, den am 17.

<sup>15</sup> Zitiert in Gregor Felkel, Unsere Arbeit mit den niedergelassenen Ärzten im FDGB, in: Seidel, Bd. 2, S. 72-81, S. 77.

<sup>16</sup> Felkel, S. 75. Über die Gewerkschaft wurden die Abrechnungen – Honorierung der Patientenbehandlung – mit der Sozialversicherung durchgeführt, für die die Ärzte vorher eine Pauschale bezahlen mußten.

<sup>17</sup> Es kann hier nicht detailliert auf alle Veränderungen eingegangen werden, die sich u.a. auch auf die Schwester Ausbildung, das Krankenhauswesen, die besonders „fürsorgliche“ Intelligenzpolitik ab 1949 mit der Einführung von Ehrentiteln wie „Verdienter Arzt des Volkes“ sowie insgesamt die Kulturverordnung von 1949 mit ihrer Einbeziehung angestellter Ärzte in diese, die Errichtung neuer medizinischer Akademien, die Veränderung des Verlagswesens usw. eingegangen werden. Siehe hierzu Weiß, 1952. In diesen Zusammenhang gehört auch die Aufhebung der Kurierfreiheit, die bisher auch Heilpraktikern die Ausübung ihres Berufes gestattet hatte. Die DDR erfüllte damit alte Forderungen der Ärzteschaft, wenn es in den eigenen Reihen auch Widerstand dagegen gab: „Auch das mußte gegen den Widerstand von ernsthaften Bestrebungen durchgefochten werden, Heilpraktiker als sogenannte Volksärzte den in weiten Kreisen der Bevölkerung durch ihr Verhalten während der Nazi-Zeit diskreditierten Ärzten entgegenzustellen.“ Coutelle, in: Seidel Bd. 1, S. 62.

Juli 1946 formulierten Kommunalpolitischen Richtlinien<sup>18</sup>, den Sozialpolitischen Richtlinien vom 30. Dezember 1946<sup>19</sup> sowie den Gesundheitspolitischen Richtlinien vom 31. März 1947 fanden diese Forderungen ihren Niederschlag.

In letzterer trat zum ersten Mal offen die Richtung, in die die weitere Entwicklung des Gesundheitswesens gehen sollte, zutage: Verstaatlichung des Gesundheitswesens, Aufbau eines umfassenden Gesundheitsschutzes (u.a. erste Vorformen von Dispensaires, d.h. der vorbeugenden ärztlichen Beobachtung und Betreuung bestimmter Bevölkerungsgruppen), Vor- und Fürsorge für bestimmte Bevölkerungsgruppen, Hierarchisierung der Gesundheitsverwaltung von oben nach unten, Planwirtschaft nicht nur in der Arzneimittelversorgung, sondern auch bei den Heilberufen, Schaffung eines Betriebsgesundheitswesens sowie eines Netzes von Polikliniken. Ideologisch begründet wurden diese Forderungen u.a. mit dem Hinweis darauf, daß im westlichen Gesundheitssystem der Arzt als Gewerbetreibender angeblich mehr an Krankheit als an Gesundheit interessiert sei.<sup>20</sup>

Die organisatorischen Änderungen wurden konsequent mit Hilfe der Besatzungsmacht gegen den Widerstand großer Teile der Ärzteschaft durchgesetzt.<sup>21</sup> Am 28. Januar 1947

<sup>18</sup> Abgedruckt in: E. Fischer/ L. Rohland/ D. Tutzke (Hg.), Dokumente zur Gesundheitspolitik der SED, Berlin (Ost) 1979, S. 37-38. Der 2. Parteitag der SED vom 20.-24. 9.1947 forderte u.a. für das neue Gesundheitswesen einen neuen Arzt, den Volksarzt, siehe Seidel, Bd. 1, S. 34.

<sup>19</sup> Abgedruckt in: Fischer u.a., S. 41-43.

<sup>20</sup> Abgedruckt in: ebenda, S. 47-50. Im Vorfeld war auch in den verantwortlichen SED-Stellen diskutiert worden, ob man fordern sollte, alle Arztpraxen und Kureinrichtungen zu verstaatlichen und ob eine eigene ständische Vertretung der Ärzte wieder zugelassen werden sollte, siehe hierzu Schmidt-Kolmar, in: Seidel, Bd. 1, S. 231.

<sup>21</sup> Aus der Rückschau von 30 Jahren wurden in humanitas einige Artikel veröffentlicht, in den sowohl

erließ die SMAD den Befehl Nr. 28<sup>22</sup> über Schaffung einer einheitlichen Sozialversicherung<sup>23</sup>. Weitere Maßnahmen enthielt der Befehl Nr. 234 über den Auf- und Ausbau des Betriebsgesundheitswesens vom 9. Oktober 1947 und der Befehl Nr. 272 über die Errichtung von Polikliniken vom 11. Dezember 1947.

Bei der Propagierung und Durchführung der vordergründig auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung abzielenden Absichten und Maßnahmen blieb die intendierte politische Zielrichtung nicht verborgen. Die SMAD kam Wünschen der „Selbstverwaltungsorgane“ (SED), der „antifaschistischen Parteien“ (dazu gehörten auch die unter Druck und Einfluß der SED stehenden Blockparteien), des „Freien Deutschen Gewerkschaftsbundes“ (SED-bestimmt) und der Bevölkerung nach guter Versorgung entgegen. 24

---

Beteiligte von damals als auch Wissenschaftler die überragende Bedeutung dieser Richtlinien betonen, siehe z.B. Lothar Büttner/Bernhard Meyer, Ein Dokument zur revolutionären Umgestaltung des Gesundheitswesens. Vor 30 Jahren wurden die Gesundheitspolitischen Richtlinien der SED beschlossen, in: hum 6/1977; Stationen der Geschichte unserer Gesundheitspolitik. Kolloquium „40 Jahre gesundheitspolitische Richtlinien der SED“, in: hum. 11/1987, S. 5.; Interview mit Dr. Rudolf Weber: Kontinuität unserer Gesundheitspolitik, in: hum. 7/1987, S. 3.

22 Ziel dieser und anderer Befehle war, „in der sowjetischen Besatzungszone ein Gesundheitswesen aufzubauen, das als Grundlage und überzeugendes Vorbild für ein einheitliches Deutschland entsprechend dem Potsdamer Abkommen dienen konnte. Darum war seine Gestaltung über das rein Fächliche hinaus von erheblicher politischer Bedeutung. Demgemäß hatte auch jeder Befehl der SMAD eine Präambel, die ihn der Bevölkerung verständlich machen und sie von seiner Notwendigkeit überzeugen sollte.“ Coutelle, in: Seidel, Bd. I, S. 59.

23 Abgedruckt in: Fischer, S. 66–98. Dem kurzen allgemeinen Befehl folgen im Anhang eine Erklärung von Gustav Brack, Präsident der aufsichtsführenden Deutschen Verwaltung für Arbeit und Sozialfürsorge, die Verordnung über die Sozialpflichtversicherung und die Verordnung über die freiwillige und zusätzliche Versicherung in der Sozialversicherung. Der alliierte Kontrollrat hatte sich nicht über eine einheitliche Sozialversicherung für ganz Deutschland einigen können; nur in Berlin entstand schon am 1.7.1945 eine solche Versicherung. Sie wurde allerdings im Westteil dann in den 50er Jahren wieder aufgelöst, siehe hierzu Peter Mitzscherling, Auf dem Wege zu einer «sozialistischen» Sozialpolitik? Die Anfänge der Sozialpolitik in der SBZ/DDR, in: Reinhart Bartholomäi/ Wokfgang Bodenbender/ Hardo Henkel/ Renate Hüttel (Hrsg.), Sozialpolitik nach 1945. Geschichte und Analysen. Bonn – Bad Godesberg 1977, S. 81–94, S. 86.

24 „Fortschrittliche Entwicklung“, „demokratisch“ und andere Begriffe wurden für alle Maßnahmen

Organisatorisch und finanziell wurden diese Maßnahmen durch die Landesregierungen und die neue Sozialversicherung (beide SED-majorisiert) abgesichert. Weiterhin forderte man eine enge Zusammenarbeit mit den „demokratischen“ Massenorganisationen (SED-bestimmt). In einem engen Geflecht verschiedener staatlicher Institutionen konnten so die neuen Strukturen entwickelt werden. Zur Umsetzung dieses politischen Programmes gehörten auch diskriminierende Maßnahmen wie die Einschränkung der Niederlassung oder die Steuerschraube.<sup>25</sup>

#### Aufbau des sozialistischen Gesundheitswesens

Auf der Grundlage der bisher beschriebenen Veränderungen entstand nach und nach in der DDR ein sozialistisches Gesundheitswesen. Es entsprach in seiner hierarchisch - zentralistischen Struktur dem sowjetischen Vorbild.<sup>26</sup>

---

zur Umgestaltung der gesellschaftlichen Verhältnisse in der SBZ und späteren DDR verwandt. Tatsächlich hieß dies, daß wieder ein Stück Freiraum genommen wurde, daß die staatlichen Zugriffsmöglichkeiten verstärkt wurden. Dies gilt zumindest potentiell, denn faktisch konnten die Ärzte von allen Berufsgruppen, vielleicht mit Ausnahme der Pfarrer, ihre Unabhängigkeit am weitesten erhalten. Welche Bedeutung Demokratisierung haben konnte, wird deutlich, wenn etwa vom Landesdirektor der Gesundheitsverwaltung Thüringen, Dr. Drechsler, berichtet wird, „daß für die erfolgreiche Demokratisierung des Gesundheitswesens für jeden Mitarbeiter [der Landesverwaltung, Anm.v.m.] eine entsprechende politische Orientierung unerläßlich sei. Er empfahl uns, in eine der antifaschistisch-demokratischen Parteien einzutreten.“ So Gerhard Fuchs, Als Apotheker in der Landesregierung Thüringen, in: Seidel, Bd. 2, S. 68-74, S. 69.

25 Zitiert bei Pritzel, S. 23f. Außerdem wurde kurz vorher den Ärzten in Polikliniken verboten, auf eigene Rechnung gegen Krankenschein zu behandeln, siehe Weiß, Textteil, S. 32. Die Niederlassungs-VO von 1949 ist abgedruckt in: Weiß, 1952, S. 61-67.

26 Elisabeth Maria Ruban, Gesundheitswesen in der DDR. System und Basis, Gesundheitserziehung, Gesundheitsverhalten, Leistungen der Ökonomie des Gesundheitswesens in der DDR, Berlin (West) 1981, S. 20. In der Praxis unterstand das Gesundheitswesen allerdings nicht nur einem Ministerium, sondern war in mehr als ein Dutzend verschiedene Bereiche zersplittert: von der Armee über verschiedene Branchenministerium bis hin zur Versorgung in der Wismut-AG. Insofern ist z.B. die Aussage von Winter, das System sei einheitlich und ermögliche damit jedem Arzt, „seine Persönlichkeit voll und ganz in den Dienst des Einzelnen und der Gemeinschaft zu

An der Spitze des Gesundheitswesens stand ein Ministerium. Mit der Auflösung der Länder im Jahre 1952 traten an deren Stelle 15 Bezirke (einschließlich Ost - Berlin), an die Stelle der Ländergesundheitsministerien sogenannte Bezirksärzte. Diese waren in den Bezirken für alle Einrichtungen des staatlichen Gesundheitswesens (im ambulanten wie stationären Sektor) insgesamt verantwortlich. In den gleichfalls 1952 gebildeten 229 Kreisen und Stadtkreisen waren sogenannte Kreisärzte in gleicher Weise für ihren Bereich zuständig. Sie ersetzten die alten Amtsärzte. Diese wurden vom Kreistag gewählt und waren gleichzeitig Mitglied der Kreisverwaltung (Rat des Kreises). Charakteristisch für die Stellung des Kreisarztes war seine Mittlerfunktion zwischen den gesundheitlichen Einrichtungen des Kreises und der politischen Führung auf Kreisebene. <sup>27</sup> Nach 1960 wurde ein neues Leitungsgremium eingeführt, in das der Kreisarzt bestimmte Fachärzte berief, die ihrerseits für alle Probleme in ihrem Fachbereich verantwortlich waren. <sup>28</sup> Daraus entwickelten sich allmählich eine ganze Reihe von Stellvertreterfunktionen für besondere Aufgaben wie Jugendschutz, Hygiene, Betriebsgesundheitswesen, bestimmte Dispensaires usw. <sup>29</sup> Zu den Aufgaben des

---

stellen“, zumindest irreführend, siehe Kurt Winter, Medizinische Fakultäten auf dem Wege des Sozialismus, in: DHW 1/1958, S. 11-18. Zu den einzelnen Versorgungssektoren siehe Müller, Zwischen Hippokrates und Lenin, Gespräch 20.

<sup>27</sup> Schon in der Besatzungszeit war der Kreisarzt (Amtsarzt) zu engem Kontakt und Berichterstattung an die jeweilige sowjetische Kommandantur verpflichtet, siehe Werner Ludwig, Lebensstationen in dynamischer Zeit, in: Seidel, Bd. 1, S. 174-187, S. 178f.

<sup>28</sup> Siehe ZK der SED u.a. (Hrsg.), Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Lebensfreude für den Sieg des Sozialismus, Berlin (Ost) 1960, S. 68. Unter diesem etwas bombastischen Titel wurden die Beiträge von der Weimarer Gesundheitskonferenz veröffentlicht.

<sup>29</sup> Ein Projektmitwirkender (0628) beschreibt sein Aufgabengebiet als Kreisjugendarzt so: Er war

Kreisärztes gehörten die Verantwortung für Haushalt und Verwaltung des Gesundheitswesens, die Planung des Gesundheitswesens, die Überwachung der ambulanten und stationären Betreuung, der Gesundheitsschutz im Kreis (Prophylaxe, Dispensaire) <sup>30</sup> sowie die politische Anleitung und Information der Mitarbeiter im Gesundheitswesen. Der Kreisarzt war zugleich in seinem Territorium höchster staatlicher und *politischer* Leiter für die Ärzte. Die politische Dimension blieb bis zum Ende der DDR erhalten und wurde sogar noch verstärkt. Diese wichtige Position baute die SED folgerichtig zu ihrer Domäne aus. <sup>31</sup>

Zwischen Gesundheitsschutz und politischem Auftrag

Das sozialistische Gesundheitswesen in der DDR basierte im Selbstverständnis der SED auf mehreren, für das Medizinalwesen im sozialistischen Lager insgesamt geltenden Prinzipien: Betonung der Vorbeugung, Einheit

---

verantwortlich für Leitung des Bereiches Jugendgesundheitschutz und für die dort tätigen 15 Jugendärzte in Dresden. Im Schnitt kamen auf einen Jugendarzt 5.000 bis 6.000 Kinder im Alter von drei Jahren bis zur Schulentlassung. Seine Aufgabengebiete waren: 1. Prophylaktische Betreuung der Jugendlichen und Kinder von Reihenuntersuchungen über Impfungen bis zu Kuren; 2. Dispensairebetreuung (Haltungsfehler, Adipositas); 3. Einleitung und Kontrolle rehabilitativer Entscheidungen für behinderte Kinder; 4. Überwachung des hygienischen Tagesablaufes in den Gemeinschaftseinrichtungen; 5. Gesundheitserziehung. „Alle genannten Maßnahmen waren für die betroffenen Familien kostenlos. Die Jugendärzte konnten außerdem wie jeder approbierte Arzt der DDR jedes Medikament auf 'Kassenkosten' rezeptieren. Obwohl wir – wie heute auch – den kurativ-ambulant tätigen Kollegen im Rahmen unserer Früherkennung immer wieder Patienten zugeführt haben, waren deren Verhältnis zu unserer 'Truppe' sehr unterschiedlich (von Anerkennung bis Abwertung!).“

<sup>30</sup> In den 50er Jahren wurden z.B. Gesundheitswochen durchgeführt, wobei u.a. Brunnen neu erbaut oder repariert, Toiletten errichtet sowie eine Vielzahl von Vorträgen gehalten wurden, siehe AÄF, 40 Jahre SED, S. 73.

<sup>31</sup> Bewährtes erhalten – Hemmendes über Bord werfen – vieles auf neue Weise in Angriff nehmen. Aus dem Schlußwort von OMR Prof. Dr. Karl Seidel, in: hum 12/1989, S. 5. In die Positionen von Kreis- und Bezirksärzten kamen in späteren Jahren nicht zuletzt viele ehemalige Militärärzte, weil sie als ideologisch besonders gefestigt galten.

von Prophylaxe, Diagnose, Therapie und Nachsorge, Verstaatlichung, Einheitlichkeit, Planmäßigkeit, Kostenfreiheit und allgemeine Zugänglichkeit der medizinischen Versorgung.<sup>32</sup> Diese Grundsätze waren zudem in Art. 35 der DDR-Verfassung von 1968 verankert.<sup>33</sup> Somit leistete das Gesundheitswesen nach Meinung von Partei und Staat einen wichtigen Beitrag zum Sozialismus, genauer zur Akzeptanz des Sozialismus. Dieser Sektor hatte damit für die SED auch einen hohen politischen Stellenwert.

Ungeachtet einer dem zumindest teilweise eklatant widersprechenden Praxis galt andererseits aber für den Gesundheitsschutz dieselbe Dialektik von Rechten und Pflichten wie für alle anderen Bereiche. Neben dem Recht auf Gesundheitsschutz stand auch die Pflicht des einzelnen auf Gesundheitsfürsorge im Rahmen seiner Möglichkeiten.<sup>34</sup> Gesundheit wurde nach Verständnis der Partei zum „Staatseigentum Gesundheit“ (Lenin)<sup>35</sup>. Nicht der einzelne trage letztlich die Verantwortung für seine Gesundheit, sondern der Staat habe in letzter Instanz das Recht, ein entsprechendes Leben und eine demgemäße Lebensführung zu fordern. Dem Staat war damit „eine Art

<sup>32</sup> W. B. Petrowski, Das sozialistische Gesundheitswesen in der UdSSR, Berlin (Ost) 1972, S. 11.

<sup>33</sup> Abgedruckt und kommentiert z.B. in: Herwig Roggemann, Die Staatsordnung der DDR, 2. erneuerte und erweiterte Auflage, Berlin 1974, S. 118.

<sup>34</sup> Reinhard Gürtler, Gesundheitsschutz – ein sozialistisches Menschenrecht, in: *humanitas* 17/1977, S. 9. Charakteristisch hierfür ist auch die viel größere Betonung der Prophylaxe als im Westen. Dies bedeutete für die Ärzte, viel mehr im Vorfeld von Krankheiten, in der Prävention, aktiv zu werden. Seine Kulmination fand dieses Prinzip in der Aussage, letztlich sein der Sozialismus die beste Prophylaxe, letztlich ließen sich durch Prophylaxe alle Krankheiten verhindern. Die Hybris dieses Anspruchs ist nicht öffentlich thematisiert worden.

<sup>35</sup> So zitiert in: Autorenkollektiv, *Medizin*, S. 150.

von Fürsorgepflicht für seine Staatsbürger gegeben."<sup>36</sup>  
Aus Einsicht in die Notwendigkeit werde aber die  
Erhaltung der Gesundheit aller zum Ziel eines jeden  
einzelnen. Dieses utopische, nicht praktikable Konzept  
bildete die Basis der Gesundheitspolitik in der DDR.  
Die Partei war aus einsichtigen Gründen stets bemüht, die  
Erfolge des Gesundheitswesens herauszustellen und für den  
Aufbau des Sozialismus zu nutzen. Es sollte erstens als  
Modell nach innen wirken, zweitens Vorbild gegenüber den  
Westdeutschen sein und drittens das Ansehen der DDR  
international steigern.<sup>37</sup>

Gesundheitsminister Ludwig Mecklinger definierte den  
politischen Stellenwert 1981 wie folgt: „Die Leistungen  
des Gesundheits- und Sozialwesens beeinflussen in starkem  
Maße das Sozialismusbild des Bürgers. In der Begegnung  
mit dem Gesundheits- und Sozialwesen hat für den Bürger  
der Sozialismus Name, Gesicht und Adresse.“<sup>38</sup>

In Hinblick auf das Ergebnis dieser vielfachen  
ideologischen Bemühungen war die SED keineswegs  
erfolglos. Die sozialen Errungenschaften der DDR und des  
dortigen Gesundheitswesens sind von einem Großteil der  
Bürger, aber auch vielen Ärzten, akzeptiert worden. Sie  
wurden schließlich als Selbstverständlichkeiten  
angesehen, ohne daß über die Kosten dafür öffentlich  
diskutiert und nachgedacht worden wäre.

Die selbstverständliche Akzeptanz war nicht zuletzt eine  
Folge der ständigen Propaganda. Das führte allerdings

---

<sup>36</sup> So Ruban, S. 17.

<sup>37</sup> AÄF, 40 Jahre SED, S. 13.

<sup>38</sup> Ludwig Mecklinger, in: hum. 24/1981, S. 1. Die unüberbrückbare groteske Diskrepanz zur  
Wirklichkeit der DDR in den 80er Jahre wird an diesen Ausführungen besonders deutlich.

dazu, daß die eigenen Bürger dies nicht als Besonderheit, als Vorzug des Sozialismus, erkannten.<sup>39</sup> Im Unterschied zur relativ hohen Akzeptanz des staatlichen Gesundheitswesens im Inneren gelang es allerdings nicht, auch die westdeutsche Bevölkerung propagandistisch von den Vorzügen zu überzeugen.

Die ideologische Falle schnappte aber noch an anderer Stelle zu. Die nicht zuletzt auf Außenwirksamkeit bedachte Gesundheitspolitik der SED ließ der Partei keine Möglichkeit, einmal gewährte Leistungen zurückzunehmen und den sinkenden wirtschaftlichen Ressourcen anzupassen.<sup>40</sup> Denn auch international - die DDR war 1972 Mitglied der UNO und der Weltgesundheitsorganisation geworden - betonte die SED die Leistungen des Gesundheitswesens. Dazu gehörten neben den genannten Prinzipien unter anderem Indikatoren wie Säuglingssterblichkeit, Impfrate, Infektionserkrankungen, Kostenfreiheit. Sie galten als Ausweis für die prinzipielle Überlegenheit des Sozialismus. Wie Mieten und Grundnahrungsmittel gehörten auch diese, z.T. nicht verwirklichten Ziele des Gesundheitswesens zu den Tabu-Themen in der DDR.

<sup>39</sup> Seidel, in: hum. 24/1983, S. 3. In diesen Ausführungen sind alle ideologischen Prämissen der SED sowie die Folgerungen dieser Prämissen in wünschenswerter Klarheit dargelegt. Dazu gehörten die Anstrengungen im Bereich der Verteidigungspolitik, Aufklärung über den Imperialismus, Anerkennung der legitimen Rolle der SED als Vorhut der Arbeiterklasse, die mit dieser Politik in einer 140jährigen Tradition stehe. Ebenso ist damit aus Sicht der SED verständlich, daß Ärzte als wichtigste Führungspersonen im Gesundheitswesen, wollen sie ihren humanistischen Auftrag vernünftig ausfüllen, die Positionen der SED vertreten müssen.

<sup>40</sup> Das gilt z.B. auch für die Mieten, die auf dem Stand von 1936 festgeschrieben waren, die subventionierten Preise wie auch für das Recht auf Arbeit, das Arbeitslosigkeit offiziell nicht zuließ. Die Folgen waren Ressourcenverschleuderung, keine echten Preise sowie eine hohe versteckte Arbeitslosigkeit. Doch gerade diese „Errungenschaften“ waren auch Legitimationsveraussetzungen der DDR.

## Die Rolle des Arztes im Sozialismus

In der sozialistischen Gesellschaft kam den Ärzten eine doppelte Funktion zu. Auf der einen Seite waren sie Heiler und Helfer für ihre Patienten, auf der anderen Seite fungierten sie in der Regel auch als fachliche Leiter und politische Vorgesetzte ihrer Mitarbeiter. Über ihre Leitungsfunktion waren die Ärzte damit auch in den politischen, aber durchaus unterschiedlich stark ideologisierten Bereich des Gesundheitswesens einbezogen. Während man die westdeutschen Ärzte zu reinen Unternehmern stempelte, stellte man im Gegensatz dazu die Unterschiede, nämlich die neuen und besseren Berufsmöglichkeiten der Ärzte in der DDR, heraus.<sup>41</sup> Im Sozialismus sei der Arzt von allen materiellen Überlegungen frei, müsse auf Kosten keine Rücksicht nehmen: „Die sozialistische Entwicklung befreite die Ärzte sowohl aus ihrer Stellung als Entrechtete und Mißbrauchte des Kapitals, als auch aus einer dem Volk entfremdeten Sonderstellung, aus Kastengeist und Elitedenken. Entscheidend war und ist, daß der Arzt im Sozialismus frei von kommerziellen Belastungen und Interessen, frei vom Einfluß pharmazeutischer und medizintechnischer Konzerne, unabhängig von Versicherungsträgern und Standesorganisationen, seiner Aufgabe, den Menschen zu dienen, nachgehen kann“, wie es 1984 in einem Artikel in der Gewerkschaftszeitung *humanitas* behauptet wurde.<sup>42</sup>

<sup>41</sup> Autorenkollektiv, *Medizin*, S. 177.

<sup>42</sup> Horst Bibergeil, *Zur Stellung des Arztes in der sozialistischen Gesellschaft*, in: *hum.* 24/1984, S. 9.

Prämisse für diese Aussage war die Annahme einer grundsätzlichen Interessenidentität zwischen Arzt und Gesellschaft.<sup>43</sup> Letztlich gipfelte diese Einstellung in einer Maxime, die den ethischen Wert jeder Entscheidung an deren Nutzen für den Sozialismus maß.<sup>44</sup> Ein Autorenkollektiv formulierte das einmal - für den SED - internen Gebrauch - wie folgt: „Gut ist, auch im Verhalten des Arztes unserer Gesellschaft, das, was dem Sozialismus dient, ihn fördert, ihm nutzt, ihn festigt und entwickeln hilft, schlecht bzw. böse ist, was ihm schadet.“<sup>45</sup>

Da gesellschaftliche Belange in der DDR aber in der Regel direkt mit den Machterhaltungsinteressen der SED gekoppelt waren, hatte die behauptete Interessengleichheit letztlich nicht mehr als einen fiktiven Charakter. Je nach Opportunität wurde entweder mehr die ärztliche oder stärker die politische Rolle betont.<sup>46</sup> Die Forderung an die Ärzte, zugleich auch

---

Ähnliche Formulierungen finden sich in allen offiziellen Veröffentlichungen seit Bestehen der DDR.

43 Siehe z.B. Ulrich Staaks [Ärztlicher Direktor des Bezirkskrankenhauses Neubrandenburg], Sozialismus und Arztberuf haben das gleiche Anliegen, in: hum. 10/1976. „Nur im Sozialismus stimmen das humanistische Anliegen der Medizin und das ärztliche Berufsethos voll mit den Interessen der Gesellschaft überein.“ Seidel, in: hum. 24/1982.

44 Marxistisches Menschenbild und Medizin, Berlin 1968, S. 272, zitiert in: Prophylaxe als gesellschaftliche Notwendigkeit. Zum Verständnis der Medizin in der DDR, in: Colloquium 11/1969, S. 12-14, S. 14.

45 Uns von (0540) freundlicherweise zur Verfügung gestellt.

46 In den 50er Jahren mehr die ärztliche, nach dem Mauerbau mehr die politische mit Phasen nachlassenden ideologischen Drucks. Die Beteiligten an unserem Projekt haben allerdings die Ambivalenz durchaus gespürt. Von seinem Chefarzt erinnert sich ein Beteiligter (0304) an folgende Aussage: „Die politisch-ideologische Haltung kommt immer vor der eigentlichen Arbeit; ist wichtiger als sie“. Natürlich war er Genosse der SED.“ Ein anderer schreibt (0166): „Ab 1970 war ich als ambulanter Kinderarzt im Stadtbezirk Köpenick tätig. Zu dieser Zeit war ich nur Mitglied im FDGB. Politischer Druck bestand, weil ich Leiter eines kleinen Mitarbeiterkollektivs war und als sozialistischer Arzt Vorbildwirkung haben sollte. Das hieß: Mitarbeiter für staatliche Organisationen zu werben, die Teilnahme an Demonstrationen zu erwirken, die Schule der

politische Vorgesetzte - d.h. Propagandisten der SED-Politik - zu sein, wurde nie aufgegeben. Jedoch ließ sie sich bis zum Ende der DDR nie richtig durchsetzen. Zudem war auch das Gesundheitswesen ähnlich wie die Gesamtgesellschaft von einem Heer von Inoffiziellen Mitarbeitern des Ministeriums für Staatssicherheit infiltriert. Man kann aufgrund vorsichtiger Hochrechnungen von mindestens zwei bis drei Spitzeln pro hundert Ärzte ausgehen. Die durchschnittliche Zahl lag damit höher als für die Gesamtbevölkerung, was nicht so sehr auf die ideologische Anfälligkeit des Ärzteberufes hinweist, sondern vielmehr darauf schließen läßt, daß Partei und Staat diesen sensiblen Bereich immer mit Argusaugen betrachteten.<sup>47</sup>

#### Die Ärzteschaft und der Aufbau des sozialistischen Gesundheitswesens

Von Beginn an hatte die SED bei der Durchsetzung eines sozialistischen Gesundheitswesens mit mehreren, miteinander verbundenen Hindernissen zu kämpfen. Erstens gab es anfangs nur sehr wenige Ärzte, die Mitglieder der SED wurden oder schon in der KPD organisiert waren.<sup>48</sup>

---

47 sozialistischen Arbeit“ durchzuführen, Leitung politischer Diskussionen usw.“  
Es gibt keine Gesamtzahlen für ärztliche IM, sondern nur Einzelbeispiele. Die für Halle nach der Wende veröffentlichten IM-Listen weisen diese Größenordnung auf. In einem Bericht eines MfS-Führungsoffiziers für Rostock nennt er bei einer Gesamtzahl von 536 Ärzten und anderen Akademikern 12 IM, d.h. ca. 2%, siehe Holger Möller, Erfahrungen und Erkenntnisse im zielgerichteten Einsatz von IM zur Erkennung und vorbeugenden Verhinderung von Absichten zur Stellung von Anträge auf ständige Ausreise nach dem NSA und zur Begehung von Straftaten des ungesetzlichen Grenzübertritts durch Angehörige der medizinischen Intelligenz und des mittleren medizinischen Personals. Dipl.-Arbeit für die Hochschule des MfS Potsdam-Eiche, Juni 1989, Anlage 6 und 7.

48 Seidel, Bd. 1, S. 35, charakterisiert sie folgendermaßen: „Nur sehr wenige Ärzte kamen aus der

Eher konservativ eingestellt sah die überwältigende Mehrheit der Ärzteschaft den Veränderungen im Gesundheitswesen mit Mißtrauen entgegen. Zweitens machte es die Tatsache, daß fast ausschließlich die niedergelassenen Ärzte das ambulante Gesundheitswesen aufrechterhielten, der SED anfangs schwer, Polikliniken als organisatorisch-politischen Kern des neuen Gesundheitswesens durchzusetzen, obwohl diese in materieller Hinsicht deutlich privilegiert wurden.<sup>49</sup> Sachzwänge erforderten es, diese Mehrheit in der Ärzteschaft zu loyaler Arbeit in einem ungeliebten politischen System anzuhalten. Auseinandersetzungen waren daher unausweichlich. Den Ärzten war sehr wohl bewußt, daß sie am Aufbau eines Sozialismus im SED-Sinne mitwirken sollten und daß die Intelligenzpolitik der SED im Grunde taktischer Natur war. Ihnen stand das Beispiel der CSSR vor Augen, wo man bei der Durchsetzung einer sozialistischen Gesundheitspolitik keine Rücksicht auf offene Grenzen und ein überlegenes westliches Modell nehmen mußte.

Die Gefahr bei Widerspruch bestand nur darin, daß öffentliche Kritik an sozialistischer Politik - man nannte das: „die Grundfrage stellen“ - Gegenmaßnahmen und

---

Arbeiterklasse oder hatten am antifaschistischen Widerstandskampf teilgenommen. Individualismus, Standesideologie und Kastengeist waren weit verbreitet. Eine Reihe von Ärzten wollte von Politik nichts mehr wissen. Ein großer Teil sah den Ausweg eher in bürgerlich-parlamentarischen als in antifaschistisch-demokratischen Verhältnissen.“ Damit wird von SED-Seite bestätigt, daß die Begriffe „bürgerlich-parlamentarisch“ und „antifaschistisch-demokratisch“ nicht miteinander in Übereinstimmung zu bringen waren und die Ärzte den westlich-demokratischen Weg vorzogen als Konsequenz der NS-Erfahrungen, etwas, was den Ärzten heute wie damals zur Ehre gereichte. Wenn diese Ärztevorstellungen sich durchgesetzt hätten, wäre „im Grunde genommen eine Entwicklung eingeleitet worden, wie sie sich später in der BRD zeigte,“ so der damals beteiligte Kurt Steude, in: Seidel, Bd. 1, S. 288.

<sup>49</sup> Büttner/Meyer, Über die gesundheitspolitische Zusammenarbeit mit der Sowjetunion, S. 9.

Haft zur Folge haben konnten. Solange die Grenze in Berlin offen war, genau bis zum 13. August 1961, waren die verantwortlichen Stellen allerdings gezwungen, in ihrem „harten Kampf“ nicht zu sehr auf Repressalien<sup>50</sup> zurückzugreifen und vielmehr zu versuchen, die Ärzte zu überzeugen.<sup>51</sup>

Insbesondere der Kampf um die Polikliniken wurde von diversen Verwaltungsmaßnahmen gestützt, die schließlich zur Akzeptanz dieser Einrichtungen führten. Dazu zählten Niederlassungsbehinderungen, weitgehendes Verbot von Privathonoraren, eine Fixierung der Gebührenordnung auf dem Stand von 1936, Diskriminierung der Praxen bei der Ausstattung mit medizinischen Geräten, Benachteiligungen bei der Altersrente<sup>52</sup> usw. Auch nach dem Mauerbau war die SED nach Möglichkeit bemüht, ihre Politik mit Hilfe von

<sup>50</sup> So stellt Rudolf Weber dazu fest: „Es gab kein Administrieren, sondern es ging um das Finden der richtigen politischen Lösungswege, um die Überzeugung. Es konnte nicht dem Wunschdenken gefolgt werden, schon von Beginn an ein sozialistisches Gesundheitswesen aufzubauen; es waren zunächst entscheidende materielle und vor allem ideologische und politische Voraussetzungen für eine staatliches Gesundheitswesen im Interesse der Werktätigen zu schaffen. Gegenüber dem bürgerlichen Staatsapparat waren die Legislative und die Exekutive in der Republik nicht mehr getrennt. Das Ministerium, das Gesetze und Verordnungen beschloß, war auch für deren Durchführung verantwortlich; damit ergaben sich größere Möglichkeiten, die neue Gesellschaft aktiv zu formen.“ Rudolf Weber, Aufgabe und Bedürfnis: Gesundheitspolitiker der Partei, in: Seidel, Bd. 2, S. 401–410, S. 402f.

<sup>51</sup> In einer Schilderung über damalige Ärzteversammlungen heißt es: „Viele Ärzte in eigener Praxis verstanden nicht, daß erst die sozialistischen Produktionsverhältnisse den Aufbau eines sozialistischen Gesundheitswesens ermöglichten und damit den Arzt in seinen Entscheidungen frei von materiellen und finanziellen Abhängigkeiten machten.“ So Olaf Strozyk, Die Bündnispolitik der Partei der Arbeiterklasse – Grundlage unseres gewerkschaftlichen Wirkens, in: Seidel, Bd. 2, S. 373–382, S. 377. Viele Ärzte verstanden dies schon, wie die Archivalien der ZK-Abteilung Gesundheitspolitik und viele Beteiligte unseres Projektes belegen, lehnten aber sowohl sozialistische Produktionsverhältnisse wie auch ein sozialistisches Gesundheitswesen, zumal unter der Suprematie der SED, ab.

<sup>52</sup> So spricht Weber etwas verbrämt von geduldiger Überzeugungsarbeit der Parteifunktionäre, offenen Aussprachen in Gewerkschaftsversammlungen und nicht zuletzt von den „erkennbaren Vorteile(n)“ des staatlichen Gesundheitswesens für Kranke und Ärzte, ohne die oben genannten Maßnahmen zu nennen, siehe Rudolf Weber, Wie die Grundlagen geschaffen wurden (II), in: hum. 20/1979, S. 9.

Überzeugungsarbeit durchzusetzen.

Dessen ungeachtet sahen viele Ärzte für sich und ihre Familie nur noch die Alternativen einer äußerlichen Anpassung oder die Ausreise bzw. Flucht. Nach vorsichtigen Schätzungen sind mehrere tausend Ärzte geflohen oder ausgereist.

Die große Mehrheit allerdings blieb in der DDR. Hinzu kam, daß ab Anfang der 1960er Jahre eine neue, in der DDR sozialisierte Generation den medizinischen Berufsweg beschritt.

Offiziell vermochte die SED diesen Generationswechsel in eine Erfolgsgeschichte umzudeuten. Das sozialistische Gesundheitswesen schien dauerhaft akzeptiert. <sup>53</sup>

Das Gesundheitswesen aus ärztlicher Sicht

Ist aus dieser abwartenden bis abwehrenden Grundhaltung von Ärzten und Krankenschwestern<sup>54</sup> später tatsächlich ein dauerhaftes Bündnis mit der „medizinischen Intelligenz“ geworden, wie die SED behauptete? Wie haben Ärzte diese vermeintliche Erfolgsgeschichte erlebt? Wie sah die Praxis des Gesundheitswesens aus? Welche unterschiedliche Wahrnehmung und Einschätzung gibt es bei den Ärzten, die

<sup>53</sup> Seidel, Bd. 1, S. 41.

<sup>54</sup> Auch viele Schwestern wollten den neuen politisierten Gesundheitskurs nicht mitvollziehen. Nicht wenige verließen ihre Arbeitsstelle und gingen in den Westen, wobei wiederum den Ärzten der Vorwurf gemacht wurde, ihre politische Haltung sei daran schuld. „Es waren zum großen Teil fachlich gute Schwestern, die aber unsere demokratische Entwicklung noch nicht verstanden hatten. In vielen Fällen wurde ein solches Verhalten durch die ungefestigte politische Haltung von Ärzten, einschließlich Chefarzten, begünstigt,“ so Charlotte Schneider, Für eine neue Schwesterngeneration, in: Seidel, Bd. 1, S. 244–251, S. 251. Charlotte Schneider ist zusammen mit ihrem Mann, Dr. Georg Schneider, aus dem sowjetischen Exil gekommen. Dr. Schneider gelangte dann als einer der ganz wenigen Vertreter der Lyssenko-Biologie an der Universität Jena zu trauriger Berühmtheit.

in der DDR geblieben sind, und denjenigen, die in die Bundesrepublik gegangen sind? <sup>55</sup>

Die Ergebnisse einer neueren sozialwissenschaftlichen Erhebung ergeben kein einheitliches Bild, wenngleich Trends ablesbar sind. Entgegen den Behauptungen der SED lassen die Antworten der Befragten den Schluß zu, daß eine Mehrheit der Ärzte angesichts der bekannten Akademikerfeindlichkeit der SED und Privilegienabbaus für Mediziner mit dem Gesundheitswesen der DDR und ihrer eigenen Rolle in ihm nicht sehr zufrieden war.

Inbesondere der sozialistische Anspruch stand in der Realität auf ganz tönernen Füßen und wurde innerlich kaum akzeptiert. Dagegen war und ist die Haltung der Ärzteschaft zum staatlichen Charakter des Gesundheitswesens nicht so eindeutig.

Einig sind sich fast alle Antwortenden, daß es in der Praxis kein sozialistisches Gesundheitswesen gab. <sup>56</sup> Es

<sup>55</sup> Frage 19 unseres Fragebogens lautet: „Wie beurteilen Sie die Entwicklung hin zu einem staatlich-sozialistischen Gesundheitswesen in der DDR?“ Einige unserer Respondenten haben auf diese Frage keine direkte Antwort gegeben. Die Gründe sind vielschichtig.

1. Verlassen der DDR schon während oder kurz nach dem Studium.

2. Verlassen der DDR schon in den 50er Jahren, als das staatliche Gesundheitswesen noch im Aufbau war

3. Verweigerung einer Antwort mit Begründungen wie: man hätte es nicht anders gekannt, man könne das GSW nur nach fachlichen Gesichtspunkten beurteilen, die Frage sei heute uninteressant, lasse sich nicht global beantworten.

4. Kritik an der Fragestellung: sie sei zu diffus, hätte klarere Begriffsdefinitionen benötigt. Auf längere, genaue Definitionen haben wir bewußt verzichtet. Zum einen hätte dies zuviel Platz benötigt und den Fragebogen zu umfangreich gemacht, zum anderen veranlassen Begriffe, wie wir sie ohne Definition verwendet haben, die Beteiligten, selbst auf Definitionen einzugehen und erlauben Aufschlüsse darüber, inwieweit die offizielle Terminologie akzeptiert wurde oder nicht. Interessant ist z.B., daß die von uns gemachte Gleichsetzung von Sozialismus und realexistierendem Sozialismus in der DDR von einigen nicht akzeptiert wird; genauso verstehen viele die Frage, ob man guter Arzt und Sozialist gleichzeitig gewesen sein kann, so, daß dies im Sinne eines utopischen-idealistischen Sozialismus möglich gewesen sei. Die von der SED geforderten politischen Leiterqualitäten werden mit Sozialist nicht immer assoziiert.

<sup>56</sup> Siehe hierzu auch Müller, Zwischen Hippokrates, wo dies in den Gesprächen häufig gesagt wurde.

wird häufig eine strikte Trennung zwischen dem sozialistischen Anspruch und dem staatlichen Charakter des Systems vorgenommen. Mehrheitlich wurde der theoretische Ansatz eines sozialistischen Gesundheitswesens zwar nicht bestritten, allerdings dessen Scheitern in der Praxis konstatiert.

Aus ganz unterschiedlichen Gründen funktionierte das System aus der Sicht der Beteiligten nicht so wie konzipiert bzw. propagiert. Im einzelnen werden genannt: wachsende Mängel in der technischen Ausstattung, parteipolitische Einflußnahme und Anspruchsdenken der Bevölkerung. Hinzu kamen nach Aussage vieler Beteiligter fehlende Leistungsanreize sowie Verletzungen des Leistungsprinzips. Der Staat versuchte diese Schwächen - letztlich vergeblich - durch sozialistische Wettbewerbe auszugleichen.

Die Rolle der Ärzte in diesem System findet z.T. sehr unterschiedliche Bewertungen. Ärzte seien in der DDR nicht „Kleinunternehmer“, Gesundheit keine „Ware“ gewesen. Bei den jüngeren Ärzten ist das Bild des niedergelassenen Arztes als Unternehmer oft sehr negativ besetzt. Diese Wahrnehmung hat sicherlich auch mit der ideologischen Einflußnahme in Schule, Universität und Beruf zu tun. Gerade hier war die Propaganda der SED oft erfolgreich.

Kritisch wird andererseits die zunehmend politisierte Zusammensetzung der Ärzteschaft angeführt. Diese äußerte sich in dem Anstieg der SED-Mitglieder im Hochschulbereich und in Leitungsfunktionen des staatlichen Gesundheitswesens, in dem verstärkten Einsatz

von ehemaligen Militärärzten nach Ablauf ihrer Militärdienstzeit ab Beginn der 1980er Jahre wie auch in zunehmender Zahl von Spitzeln, deren tatsächliche Größenordnung man sich vor 1989 aber nicht vorstellen konnte.

Betont wird des öfteren der soziale Charakter des Gesundheitswesens im Vergleich zum „merkantilen“ Charakter westlicher Gesundheitssysteme.

Auch die größere soziale Gleichheit findet vielfach eine positive Erwähnung. Vor diesem Hintergrund wird ebenfalls das weiterbestehende Unbehagen am westdeutschen Gesundheitswesen bei einer ganzen Anzahl von ostdeutschen Ärzten erklärbar.

Dabei wird man berücksichtigen müssen, daß eine ganze Reihe von Ärzten nach ihrer Erinnerung relativ frei und unbedrängt arbeiten konnte und die Ärzteschaft insgesamt eine doch relativ starke Stellung gegenüber der SED hatte. Einschätzungen, daß nicht wegen des Systems, sondern trotz des Systems die Ärzte ihren Behandlungsauftrag bestmöglich erfüllt haben, kommen häufiger vor. Der politische Druck auf die Ärzte war sehr von örtlichen Gegebenheiten und Parteikalkül abhängig. Den einheitlichen DDR-Arzt hat es nicht gegeben.

Zwei weitere Großgruppen müssen noch erwähnt werden. In der DDR selbst gab es nämlich auch eine Anzahl von Ärzten, die die explizit sozialistische Ausrichtung des Gesundheitswesens für richtig erachteten, dieses unterstützten und an seiner Ausformung beteiligt waren. Es sind diejenigen, welche heute häufig mit der Kategorie

„staatsnah“ beschrieben werden. <sup>57</sup>

Bei den in den Westen gegangenen Ärzten gibt es erwartungsgemäß eine große Mehrheit, die das DDR-Gesundheitswesen sehr negativ beurteilt. Die Bandbreite der Meinungen reicht - in einer kleinen Auswahl - von „negativ“ über „Fehlentwicklung“, „Illusion“, „Wunschvorstellung“, „Utopie“ bis zu „verheerend“ und „schaurig“. Die sozialistische Ausrichtung des Gesundheitswesens liefert denn auch einen Teil der Begründungen dafür, warum so viele Ärzte die DDR verließen.

#### Leistungen und Defizite des Gesundheitswesens

Das Gesundheitswesen war, wie jeder andere Bereich der DDR-Gesellschaft, von Widersprüchen und Mängeln gekennzeichnet. Diese wurden allerdings je nach Lageeinschätzung der SED nur sehr selten öffentlich kontrovers oder grundsätzlich diskutiert. Generell kann man sagen, daß die freimütigste Kritik von Ärzten an den Mängeln des Systems in der Zeit vor 1961 geübt wurde, als die Gesundheitspolitik noch Rücksicht auf die offene Grenze nehmen mußte. In dieser Zeit fanden viele Besprechungen mit Ärzten statt, in denen mit Vorgesetzten (Kreisärzten z.B.) oder Parteivertretern über die Probleme des Gesundheitswesens gesprochen wurde. Die dort vorgebrachten Argumente wurden gesammelt und analysiert. Die ZK-Abteilung Gesundheitspolitik zog

---

<sup>57</sup> Siehe z.B. Müller, Zwischen Hippokrates, Gespräch Nr. 23 und 24 sowie einige andere Mitwirkende.

daraus Schlußfolgerungen für die weitere Politik, allerdings zumeist im Sinne der herrschenden Ideologie. Nach Aussagen von Zeitzeugen wurden in der Zeit nach 1961 leitende Ärzte weiterhin mehr oder minder regelmäßig zu Besprechungen mit Kreis- oder Bezirksärzten eingeladen. Dabei kam es zu einer offenen Aussprache über die Mängel des Systems. Man thematisierte durchaus auch die Kostenseite des Gesundheitswesens, die sonst als Problem nicht zur Sprache kam. Positive Resultate solcher Besprechungen blieben jedoch in zunehmendem Maße aus. In der Presse - als Beispiel sei hier die Gewerkschaftszeitung *humanitas* genannt - überwog bei weitem die Lobhudelei gegenüber nur sehr versteckt und indirekt geäußelter Kritik an Mängeln des Systems. Die rasche Desintegration der DDR im Herbst 1989 und das Menetekel des nicht mehr abreißenden Flüchtlingsstroms im Sommer desselben Jahres zwangen schließlich Partei und Regierung, sich wieder öffentlich mit dem Gesundheitswesen auseinanderzusetzen. Dies geschah zu einer Zeit, als die Uhr für das Regime bereits abgelaufen war.

Defizite in der medizinischen Versorgung in der DDR waren der Parteiführung bzw. den leitenden, mit dem Gesundheitswesen befaßten Funktionären aufgrund eines ausgedehnten Berichtswesens (einschließlich MfS) bekannt und bewußt. Es war ihnen auch deutlich, daß diese Mängel, neben objektiven Faktoren, auf Strukturprinzipien eines sozialistischen Gesundheitswesens zurückgingen. Trotzdem wurde - obwohl man die negativen Folgen durchaus sah - keine grundlegende Kurskorrektur vorgenommen, da man von

der generellen Richtigkeit des Weges überzeugt war. Charakteristisch für die Wahrnehmung der Probleme im Gesundheitswesen in den 1950er Jahren sind mehrere Berichte des Gesundheitsministeriums. Im einem internen Bericht an die ZK-Abteilung Gesundheitspolitik vom 30. Juni 1956 faßte der damalige stellvertretende Gesundheitsminister Prof. Hermann Redetzky (1901-1978) seine Einschätzung zur Lage in einem 28seitigen Memorandum unter dem Titel „Zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes in der DDR“ zusammen.<sup>58</sup> Zu seinen Hauptkritikpunkten zählten u.a. die unerwünschte Dominanz der niedergelassenen Ärzte im ambulanten Sektor, der hohe Krankenstand und, mit letzterem durchaus zusammenhängend, das „niedrige“ ideologische Bewußtsein der Ärzte. Aus denselben Jahren stammt ein weiterer Report über „Die gegenwärtige Situation des Gesundheitsschutzes in der DDR“.<sup>59</sup> Auch hier stehen weltanschauliche und politische Probleme an vorderster Stelle. Zur Ausbildung von Studenten heißt es beispielsweise: „Die ideologische Erziehung der Medizinstudenten ist ungenügend; besonders schlecht sind die Auswirkungen dieser Erziehungsversuche in den höheren Semestern bei den Absolventen der Arbeiter- und Bauernfakultät.“<sup>60</sup> In einem Bericht der ZK-Abteilung Gesundheitspolitik aus dem Jahr 1958 über „Probleme des Gesundheitswesens, die

<sup>58</sup> SAPMO-BArch ZPA IV 2/19/58.

<sup>59</sup> SAPMO BArch ZPA IV 2/19/58. Der Bericht ist nicht genau datiert und ohne Unterschrift.

<sup>60</sup> Bei diesen Absolventen handelt es sich um Medizinstudenten, die die ABF etwa ab 1950 durchlaufen hatten. Hierunter waren viele aus Nichtarbeiterkreisen, die aus vielerlei Gründen kein normales Abitur über eine Oberschule erworben hatten. Zwei solche Beispiele sind in Müller, Zwischen Hippokrates, vertreten, siehe Gespräch Nr. 8 und 21.

die Ärzte in der Republik bewegen“<sup>61</sup> werden verschiedene Defizite aufgezeigt, die bereits seit langem bekannt waren: Nachwuchssorgen<sup>62</sup>, Mangel an (politisch) qualifizierten Kadern für Leitungspositionen, bauliche Mängel bei der Mehrzahl von Krankenhäusern, welche zu jenem Zeitpunkt bereits 60 bis 80 Jahre alt waren, zweckfremde Bauten als Unterbringung für Ambulatorien und Polikliniken.<sup>63</sup>

Als Gründe für Mängel in der Behandlung der Patienten werden in diesem Report zusammengefaßt:

- Ärztemangel und schlechte Verteilung der Ärzte
- Arbeitsüberlastung des Personals
- Arbeit des staatlichen Gesundheitswesens vornehmlich auf organisatorischem Sektor
- Hausbesuche größtenteils durch niedergelassene Ärzte und nicht durch Poliklinikärzte
- Neigung zur Arbeit in stationären Einrichtungen, da durch die fast ausschließlich ambulante Behandlung in den staatlichen Einrichtungen keine Perspektive gesehen wurde
- zu geringe Berücksichtigung individueller Leistung bei der Vergütung.

Weiter referiert der Berichterstatter die Beschwerden der Ärzteschaft über Arbeitsüberlastung, ungenügende räumliche Voraussetzungen und Probleme bei der Genehmigung für die Teilnahme an Westkongressen. Da die

<sup>61</sup> SAPMO BArch ZPA IV/2/19/69. Der Bericht datiert vermutlich vom 16.10. Berichte mit ähnlichen Inhalten finden sich in größerer Zahl im ZPA. Man also davon ausgehen, daß die Parteispitze sehr genau über die wirkliche Lage im Gesundheitswesen unterrichtet war.

<sup>62</sup> Trotz laufend steigender Poliklinikzahlen und sinkender Ärztezahlen in eigener Niederlassung.

<sup>63</sup> Die Mehrzahl der Gebäude blieb bis zum Ende der DDR in Gebrauch, ohne rekonstruiert zu werden. Die Verfallszeit für diese Gebäude lag nicht zufällig am Ende der 80er Jahre, als auch der Sozialismus verfiel.

meisten Ärzte Mitglieder westdeutscher medizinischer Gesellschaften seien, würde jede Einschränkung der Westreisen als „Beschränkung der Freiheit“ aufgefaßt. Außerdem kommen im Bericht Probleme bei der Studienzulassung der Kinder, insbesondere für das Fach Medizin („sektiererisches Verhalten gegenüber Arztkindern“), und Klagen über den Lebensstandard zur Sprache. Der im ersten Ärztekommuniqué des Politbüros der SED (1958) erwähnte Perspektivplan für die medizinische Intelligenz sollte dazu beitragen, die medizinische Versorgung zu verbessern.

In einem 1959 verfaßten Bericht <sup>64</sup> stand erneut die „Kaderfrage“, nämlich wieviele Ärzte arbeiten in welchen Bereichen, im Brennpunkt. Der Verfasser zog damals das Fazit, „daß sich die ambulante Versorgung in den letzten Jahren zunehmend verschlechtert hat.“ <sup>65</sup> Dann folgt ein bezeichnender Satz: „So bitter es ist, müssen wir feststellen, daß der private Sektor heute trotz ständiger zahlenmäßiger Abnahme die Hauptstütze unserer ambulanten Versorgung darstellt.“<sup>66</sup>

Auf der Basis des Ärztekommuniqués von 1958 wurde ein Perspektivplan für das Gesundheitswesen ausgearbeitet und 1960 auf der Gesundheitskonferenz von Weimar vorgestellt. Doch gelangten bezeichnenderweise nur wenige Kritikpunkte

<sup>64</sup> Abt. Gesundheitspolitik: Vorschlag zur planmäßigen Einflußnahme auf die Fortbildung und Tätigkeit der Hochschulkader in der Medizin, in: SAPMO BArch ZPA IV 2/19/10.

<sup>65</sup> Die Flucht von Ärzten bzw. Medizinstudenten ist im wesentlichen eine Folge der oben beschriebenen Politik ab 1957/58. Die Verschlechterung der Lage ist somit eine direkt von der SED zu verantworten. Soweit geht der Berichterstatter in seinen Folgerungen allerdings nicht. Die DDR hat sich mit dem Mauerbau dann ja 1961 für einen anderen Weg der Problem„lösung“ entschieden.

<sup>66</sup> Als Ausweg schlägt der Berichterstatter eine Art von Niederlassungsordnung für dem staatlichen ambulanten Sektor vor, bei denen eine Übersicht über Fachgebiete veröffentlicht wird, in denen noch Stellen frei sind und solche, die überbelegt sind, je nach regionalen Gegebenheiten.

in die veröffentlichten Materialien.<sup>67</sup>

Nach dem Mauerbau änderte sich die Lage der Ärzteschaft langsam, aber merklich. Zum einen nahm die Zahl der ausgebildeten Ärzte in erheblichem Umfang zu, so daß die Arbeitsbelastung tendenziell sank. Zum anderen war den Ärzten aber jetzt die Möglichkeit genommen, mit dem Hinweis auf eine mögliche Abwanderung Druck auf die SED ausüben zu können.

Aus internen Berichten der sechziger Jahre geht hervor, daß stetige Fortschritte bei der Grundversorgung und der medizinischen hochspezialisierten Betreuung zu verzeichnen waren. Impfungen, Mütterbetreuung, Dispensaires und Reihen- und schulärztliche Untersuchungen konnten ausgeweitet werden. Die Zahl der Ärzte und des medizinischen Personals nahm zu. An einem der Grundprobleme des DDR-Gesundheitswesens, der unzureichenden materiellen Ausstattung und dem schlechten Zustand der Bausubstanz<sup>68</sup>, änderte sich aber nichts Grundlegendes.

Beklagt wurde lediglich, daß die Investitionsquote immer zu niedrig liege (im Vergleich zum Westen pro Kopf der Bevölkerung um das 4-5fache niedriger) und die Lohnquote der Durchschnittslöhne im Gesundheitswesen im Vergleich zur materiellen Produktion sich zudem verschlechterte. In den entsprechenden Veröffentlichungen finden sich zwar immer wieder kritische Passagen über Einzelprobleme, eine Grundsatzdebatte um die Ausrichtung des Gesundheitswesens fand aber nicht statt. Stattdessen beschränkte man sich

---

<sup>67</sup> ZK der SED, Gesundheit, S. 111. Das Protokoll verzeichnet an dieser Stelle Beifall.

<sup>68</sup> SAPMO BArch ZPA IV A2/19/25, vermutlich aus dem Jahre 1969.

auf Ablenkungsmanöver. Dabei ging es in erster Linie um das Ziel einer höheren Effektivität in der gesundheitlichen Betreuung, wobei meist einzelne Mängel <sup>69</sup> isoliert herausgegriffen wurden.

Die Partei war insgesamt weder willens noch in der Lage, über ihren ideologischen Schatten zu springen und über eine Änderung der Eigentumsformen Leistungswillen und Leistungsbereitschaft anzuregen. Kürzungen der Sozialleistungen kamen jedoch für das Regime auf keinen Fall in Frage <sup>70</sup>, selbst als die DDR-Wirtschaft nur noch mit Löcherstopfen und steigenden Auslandsschulden vor dem Zusammenbruch gerettet werden konnte.

Auf die zunehmenden Warnsignale reagierte das Politbüro mit gewohnten, hilflosen Mitteln: mit Anweisungen an die entsprechenden Minister, daß ihre Industriezweige die notwendigen Produkte zur Verfügung zu stellen hätten <sup>71</sup>, und mit disziplinarischen Mitteln, selbst wenn diese Klagen von Parteimitgliedern kamen <sup>72</sup>.

Versuche, auch innerhalb der SED im Sinne eines besseren Funktionierens des Gesundheitswesens gewohnte ideologische Grenzen zu überschreiten, waren in der Regel zum Scheitern verurteilt. Die Abteilung Gesundheitspolitik des ZK blockte alle derartigen Vorstöße ab. Als z.B. der Ausschuß für Gesundheitswesen in der Volkskammer Anfang der achtziger Jahre wieder eine verstärkte Niederlassung

<sup>69</sup> So z.B. in bezug auf Tablettenmißbrauch, siehe Wolfgang Kettler, Arzt und Gesellschaft in der Verantwortung, in: hum. 9/1979.

<sup>70</sup> Ludwig Mecklinger, Soziale Sicherheit – eine Errungenschaft von 35 Jahren DDR, in: hum. 25/1984; auch: AAF, 40 Jahre SED, S. 11.

<sup>71</sup> Hum. 5/1988, S. 3.

<sup>72</sup> Ein langer Brief und seine Folgen, in: hum. 17/1990, S. 15.

befürwortete, konnte er sich nicht durchsetzen. Manche Bezirksärzte hatten zuvor mit Stolz gemeldet, ihr Bezirk sei nun niederlassungsfrei.<sup>73</sup> Der Versuch, eine Gesamtbilanz der Kosten im ambulanten Sektor zu erstellen, wurde mit Drohungen verhindert. Seit 1980, erinnert sich ein Referatsleiter im Gesundheitsministerium, hätten „nur noch politische Entscheidungen das Ganze gesteuert und gelenkt.“<sup>74</sup> Andererseits kann man dem Verhalten der SED-Führung durchaus einen rationalen Kern nicht absprechen. Für die Bevölkerung war durch die ständige Propaganda das kostenlose Gesundheitswesen zu einer selbstverständlichen Errungenschaft geworden. Änderungen hätten sich nur schwer durchsetzen lassen, zählten diese Errungenschaften doch zu den „Vorzügen des Sozialismus“<sup>75</sup>.

Ähnliche Restriktionen lassen sich auch hinsichtlich möglicher nicht-staatliche Therapieformen sowie im Hinblick auf alternative Heilweisen feststellen. Selbsthilfegruppen waren verpönt, insbesondere wenn es sich bei den Trägern um selbständige Vereine handelte.<sup>76</sup> Wie sind nun die Leistungen des Gesundheitswesens insgesamt einzuschätzen? Zwar war die Zahl der Ärzte fast kontinuierlich gestiegen, ebenso die Zahl der Polikliniken und Krankenhausbetten. Jedoch gab es in vielen Bereichen des Gesundheitswesens weiterhin

---

<sup>73</sup> Müller, Zwischen Hippokrates, Gespräch Nr. 23.

<sup>74</sup> Ebenda, Gespräch Nr. 26.

<sup>75</sup> Alfred Keck, Deutschland im Wiedererstehen. Euphorie – Enttäuschung – Hoffnung, Rosenheim 1991, S. 45.

<sup>76</sup> J. Misselwitz, Das Ende der DDR – Identitätsverlust und Identitätsgewinn, in: ÄTh Oktober 1991, S. 374–377, S. 376.

Defizite, die mit der gesellschaftlich-wirtschaftlichen Struktur der DDR zusammenhingen. Gleichzeitig wurden in den Bereichen, in denen der paternalistische Staat seine Stärken hatte - Prophylaxe, obligatorischer Impfkalender, umfangreiches Beratungsprogramm - durchaus positive Ergebnisse erzielt. Erfolgreich - gemessen am internationalen Standard - war man dort, wo es um die Durchsetzung gesundheitspolitisch bewährter Konzepte (z.B. auf dem Gebiet der Infektionskrankheiten) ging. Gemessen an den eigenen Ansprüchen und Zielen, deren immer bessere Erfüllung fortwährend behauptet wurde, muß man allerdings ein weitgehendes Scheitern konstatieren. Zu diesem Urteil kam 1990 in einer Vergleichsstudie „Gesundheit für ein Deutschland“ auch der ehemalige stellvertretende Gesundheitsminister der DDR, der Arzt Berndt Schirmer (Jg. 1945): „Es fällt nicht leicht, heute das prinzipielle Scheitern dieser Politik konstatieren zu müssen - auch wenn es punktuell gute Ergebnisse gibt, auch wenn die größer werdende Schere zwischen Ansprüchen und Wirklichkeit schon längere Zeit zunehmend deutlicher erkannt und auch wenn Maßnahmen zur grundsätzlichen Veränderung der Situation des Gesundheits- und Sozialwesens diskutiert und in einzelnen Bereichen auch ergriffen wurden.“<sup>77</sup> Wirkliche Änderungen - da die Anstrengungen auf die Verbesserung des Systems, nicht dessen Änderung angelegt waren - blieben, so Schirmer, in den Ansätzen stecken. „So war in der Praxis von den 'umfangreichen Anstrengungen' zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit und von der Fürsorge für Kranke,

---

<sup>77</sup> Michael Arnold/ Berndt Schirmer, Gesundheit für ein Deutschland, Köln 1990, S. 75.

Behinderte und Ältere, die zu den bedeutenden Errungenschaften des Sozialismus gehören sollten, nur relativ wenig zu sehen[...]“ Hinter der Betonung vorbeugenden Gesundheitsschutzes als „gesamtgesellschaftlicher“ Aufgabe stand auch die Hoffnung, die Kosten des Gesundheitswesens zu senken.<sup>78</sup> Angesichts der ungünstigen Voraussetzungen im Umwelt- und Ernährungsbereich war dies von Anfang an ein kaum zu realisierendes Unterfangen. Ähnlich kritisch sah Schirmer die stärkere Propagierung des „Hausarztprinzips“. Dahinter verbarg sich die Vorstellung, „zugleich auf dem Gebiet der spezialisierten und hochspezialisierten medizinischen Betreuung Einschränkungen in der medizinischen Ausstattung“ begründen zu können. Die Partei reagierte auf Kritik an der „Barfußmedizin“ mit der Forderung, die politischen Führungs- und Leiterqualitäten zu erhöhen, sowie mit Appellen an die Ethik und Moral des Personals. Es war der Versuch, letztlich die Defizite im Gesundheitswesen auf Kosten des Personals zu kompensieren. Die zunehmende Diskrepanz zwischen Erfordernissen und Möglichkeiten, die Demotivation der Ärzte durch unzureichende Entlohnung, die Widrigkeiten des sozialistischen Alltags (z.B. Mangel an arztgerechtem Wohnraum, PKWs und Telefon), die unzureichende Betreuung der Patienten wegen Knappheit des mittleren medizinischen Personals, all dies führte Schirmer zu dem Urteil: „Das Gesundheits- und Sozialwesen der DDR befindet sich in einer tiefen existentiellen Krise, die nur durch die

---

<sup>78</sup> Ebenda, S. 76.

rigorose Überwindung der bisherigen Kommando-Strukturen, der kontraproduktiven 'Planung' und die Schaffung pluralistischer Eigentumsformen, starker Versicherungen und vernünftiger Anreize beherrscht werden kann." <sup>79</sup>

Auch Alfred Keck (Jg. 1928), lange Jahre Leiter der Sektion Marxismus-Leninismus an der Akademie für ärztliche Fortbildung und Fachmann für Gesundheitsökonomie, kam nach der Wende zu ähnlichen Schlüssen. Das Gesundheitswesen sei bislang, so Keck, von den Ärzten bis zu den Patienten, ein „Superselbstbedienungsladen“ gewesen. <sup>80</sup> Die Infrastruktur sei zu etwa 50 Prozent grundlegend erneuerungsbedürftig und erfordere ein Investitionsvolumen von ca. 30 Mrd. DM. <sup>81</sup>

Kecks Fazit lautet: „Die Position, das 'beste Gesundheitswesen, das fortschrittlichste, humanste, sozialste Gesundheitswesen' zu sein, barg für das Gesundheitssystem des real existierenden Sozialismus in die DDR die wichtigste Wurzel für seine Verkrustung, seine Effizienzschwächen, seine tiefe moralische und heutige Identitäts- und Existenzkrise.“ <sup>82</sup> Auch hier hatte sich die DDR also in ihrer eigenen Propaganda-Falle gefangen. <sup>83</sup>

<sup>79</sup> Ebenda. S. 115f.

<sup>80</sup> Alfred Keck, Das DDR-Gesundheitswesen ist ein großer Selbstbedienungsladen, in: F.A.Z., 2.3.1990, S. 19.

<sup>81</sup> Das die DDR, so Keck, auf keinen Fall aufbringen könnte, siehe Alfred Keck, Zur Krise des Gesundheitssystems in der DDR, in: Öffentliches Gesundheitswesen 53(1991), S. 202-205, S. 204. Im übrigen analysiert Keck in diesem Artikel ähnliche Fehlentwicklungen wie Schirmer.

<sup>82</sup> Ebenda, S. 205.

<sup>83</sup> Im Vergleich zu den anderen Gesundheitssystemen in den Ostblockstaaten schnitt das DDR-System allerdings am besten ab. Der oben schon zitierte Keck kommt in einem Brief an den Verfasser aus dem Jahre 1992 zu dem Schluß, daß auch gemessen an den materiellen Ressourcen mit etwa der

## Integration der ostdeutschen Ärzteschaft in das bundesdeutsche Gesundheitswesen

Bereits in den Monaten vor der friedlichen Revolution nahmen die Auseinandersetzungen um die Defizite des Gesundheitswesens zu. Seit Mitte 1989 führte die Fluchtbewegung über Ungarn, an der auch das Personal des Gesundheitswesens beteiligt war, zu spürbaren zusätzlichen Versorgungslücken. Der Prozeß der Desintegration wurde aber gleichzeitig von Bemühungen um personelle und organisatorische Erneuerungen begleitet. Ärzte in Vorgesetztenfunktionen wurden auf Druck von unten häufig gegen erheblichen Widerstand abgelöst, die SED-Betriebsgruppen wurden aufgelöst.

Mit der Öffnung der Mauer am 9. November 1989 nahmen Ärztevertreter alsbald Kontakt zu westdeutschen Kollegen und Ärztekammern auf. Es wurde rasch ein breiter Konsens - unterstützt von den sich bildenden staatlichen Länderverwaltungen - gefunden. Man war sich einig, daß die westdeutschen Organisationsformen des Gesundheitswesens auch für die neuen Länder übernommen werden sollten.

So konnten schon einige Zeit später in der ehemaligen DDR Landesärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen gegründet werden. Im ambulanten Sektor wurde die freie Niederlassung zunehmend zur dominierenden Form der medizinischen Betreuung, zumal für viele Polikliniken und

---

Hälfte des Aufwandes bei den meisten Indizes dreiviertel und bei einigen dasselbe Niveau wie in der Bundesrepublik erreicht werden konnte. „Das Potential der Arbeitskräfte in der Ex-DDR mußte sehr, sehr fleißig sein und war es auch.“

Betriebspolikliken der Träger entweder die Kosten nicht mehr tragen konnte oder wegen Konkurs ausfiel.

Im universitären Bereich wurden die drei Medizinischen Akademien Erfurt, Magdeburg und Dresden den ortansässigen Universitäten angegliedert. Unterschiedlich gehandhabt wurde in den einzelnen Ländern die politisch-moralische und fachliche Prüfung des Hochschulpersonals, das zum Teil auch ausgewechselt wurde. Der Prozeß der Erneuerung war 1995 weitgehend abgeschlossen. Studiengänge und Studieninhalte konnten im wesentlichen, wenn man von der Abschaffung des marxistisch-leninistischen Grundlagenstudiums absieht, beibehalten werden, denn die medizinische Ausbildung hatte sich auch vor 1989 grundsätzlich an der internationalen Entwicklung orientiert.

Diesen unbestreitbaren Gewinnen nach der Vereinigung stehen Verluste derjenigen Mediziner gegenüber, welche in der DDR keinen besonderen Wohlstand erreichen konnten und für die aufgrund ihres Alters ein Neuanfang als niedergelassener Arzt nicht mehr in Frage kam. Sie erhalten größtenteils niedrigere Renten und stehen damit schlechter da als vorher. Das ist aber eine Minderheit. Die große Masse der Ärzte konnte rasch in das neue System integriert werden, so daß man heute - abgesehen von Besonderheiten der Entlohnung - von einem einheitlichen gesamtdeutschen Gesundheitswesen sprechen kann.

Es gehört zu den großen Leistungen der Ärzteschaft in der ehemaligen DDR, daß sie diesen Prozeß der Umgestaltung und Erneuerung in so kurzer Zeit im großen und ganzen erfolgreich abgeschlossen hat und heute der Bevölkerung

eine medizinische Betreuung anbieten kann, die der westdeutschen nicht nachsteht. Daß dies im wesentlichen mit dem in der ehemaligen DDR ausgebildeten Personal möglich ist, zeigt, daß trotz der Restriktionen und schlechten Bedingungen, unter welchen die Ärzte im „realen Sozialismus“ arbeiten mußten, eine gute personelle Basis für die weitere Entwicklung des Gesundheitswesens gelegt worden war.

## **Phasen der "Vergangenheitsbewältigung" in der deutschen Ärzteschaft nach dem Zweiten Weltkrieg**

Um eines vorweg zu sagen: Eine weitere Antwort auf die schon oft gestellte und schon oft widersprüchlich beantwortete Frage, ob Vergangenheit individuell oder gar kollektiv "bewältigt" werden kann, oder wie Bewältigung auszusehen hätte und was von ihr erwartet werden könnte, wird hier nicht versucht. Wir setzen schlicht voraus, daß eine Beschäftigung mit der eigenen Vergangenheit, zumal einer vielfach belasteten, notwendig ist und einem menschlichen Bedürfnis entspricht. Das gilt nicht nur für den Einzelnen oder für Gemeinschaften, sondern auch für Gesellschaften (im Sinne von F. Tönnies), so "die deutsche Ärzteschaft", repräsentiert vor allem durch die Deutschen Ärztetage.

Zu einer solchen "Vergangenheitsbewältigung" hat die Ärzteschaft mehrfach angesetzt. Zumindest drei Phasen können unterschieden werden. Die erste setzte in den ersten Nachkriegsjahren ein. Die zweite erreichte in den achtziger Jahren ihren Höhepunkt. Dazwischen liegt eine sehr lange Pause. Sie ist allgemein in der Bundesrepublik Deutschland zu beobachten. Ende der fünfziger Jahre beklagte Theodor W. Adorno grassierendes Gnadentieber und verbreitete Schlußstrichmentalität. Bis in die siebziger Jahre überwogen "weithin die Defizitdiagnosen bei der 'Vergangenheitsbewältigung'" (B. Pampel). (1)

### **Die erste Phase: Nürnberger Prozeß und Ärztekommision**

Lassen wir die Entnazifizierung beiseite. Sie kann nicht als "Vergangenheitsbewältigung" der Ärzteschaft gelten, da sie nicht von ihr ausging. Die Verfahren verliefen zudem für die betroffenen Ärzte überwiegend schonend; oberste Priorität hatte die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung (dazu auch Th. Gerst).

Ausgelöst wurde die erste Phase durch den Nürnberger Ärzteprozeß (der am 9. Dezember 1946 begann). Die Vorsitzenden der (größtenteils freiwillig gebildeten) Ärztekammern der Westzonen befürchteten, das ärztliche Ansehen werde leiden, nahmen schon früh im Jahre 1946 Kontakt zu Alexander Mitscherlich auf und beschlossen im November 1946 förmlich, "alles zu tun, um den Begriff der Kollektivschuld von der Ärzteschaft in der Presse und der Öffentlichkeit abzuwenden" (Protokoll). Das war das eigentliche, später fortwährend anklingende Motiv, die Ärztekommision mit Mitscherlich als Vorsitzendem nach Nürnberg zu schicken. Mitscherlich führte dazu gegenüber den medizinischen Fakultäten

der vier Zonen weiter aus: "Zweifelloos wird das Vertrauensverhältnis zwischen Bevölkerung und Ärzten durch den Prozeß eine Erschütterung erfahren. Es mehren sich bereits in der Presse **generalisierende** (Hervorhebung bereits durch Mitscherlich) Zweifel an der moralischen Qualität der Ärzteschaft und der Art der medizinischen Forschung". (2)

Die Arbeitsgemeinschaft der Ärztekammern hatte noch zwei weitere Motive: die ärztlichen Organisationen sollten von Anfang an aus allem Gerede herausgehalten werden, wäre doch sonst der Aufbau in den ersten Nachkriegsjahren und die Verhandlungsposition gegenüber den Besatzungsmächten empfindlich gestört worden. Und: man wollte in die internationale Ärztesfamilie aufgenommen werden; das konnte man aber nur "unbelastet".

Nicht von ungefähr stand ein Rundschreiben an die medizinischen Fakultäten am Beginn der Arbeit der Ärztekommision. Die Arbeitsgemeinschaft wollte die Prozeßbeobachtung nur im Einvernehmen mit den Fakultäten beginnen, war sie doch der Auffassung, daß es bei dem Nürnberger Ärzteprozeß im wesentlichen um den Mißbrauch medizinischer Forschung gehen würde. Mit dieser Auffassung stand die Arbeitsgemeinschaft keineswegs allein, sie scheint allgemeines Gedankengut gewesen zu sein. Auch die späteren Veröffentlichungen der Ärztekommision beziehungsweise Mitscherlichs und seines Mitarbeiters Fred Mielke stellten im wesentlichen auf verbrecherische Handlungen im Namen der Wissenschaft ab. Deshalb hätte die Ärztekommision es auch vorgezogen, wenn ihre Prozeßdokumentation in einer

7 (3) (wissenschaftlichen Zeitschrift, in erster Linie der Deutschen Medizinischen Wochenschrift, erschienen wäre.) Zum Buch ("Diktat der Menschenverachtung") kam es nur, "weil die Mehrzahl der medizinischen Fachblätter diesem Thema keinen Raum widmete" (F. Mielke). (4)

2 (5) Über das "Diktat der Menschenverachtung" wurde innerärztlich breit diskutiert. Vom erweiterten Abschlußbericht ("Wissenschaft ohne Menschlichkeit") kann das schwerlich gesagt werden. Hier stehen bis heute Vorwürfe, insbesondere Mitscherlichs, im Raum, "daß das Buch nicht der Verabredung gemäß verteilt worden ist" (A. Mitscherlich). [Neuere Nachforschungen (Th. Gerstl) haben indes ergeben, daß das Buch verabredungsgemäß den Ärztekammern zugeteilt wurde, die Nachfrage der Ärzte aber zu wünschen übrig ließ. Immerhin wurde der Bericht unter dem Titel "Medizin ohne Menschlichkeit" als Taschenbuch - ohne Zutun der Ärztekammern - weit verbreitet: Nach Angaben des Fischer-Taschenbuchverlags beträgt die Gesamtauflage (1996) 119.000 Exemplare.

1 J. P. (K)

Die Konzentration auf die Wissenschaft, die auch schon durch den Prozeßverlauf vorgegeben war, hat viel zu der späteren Ansicht beigetragen, nur eine kleine Anzahl von Ärzten habe sich schuldig gemacht. Mielke, der auf dem 51. Deutschen Ärztetag in Stuttgart 1948 ein Resümee der Prozeßbeobachtung zog, sprach davon, "daß gegenüber etwa 90.000 in Deutschland tätigen Ärzten die Anzahl der an Medizinverbrechen unmittelbar Beteiligten verschwindend gering ist - etwa 300 bis 400 Ärzte, wenn man hoch schätzt." Diese Rechnung taucht in den folgenden Jahren und Jahrzehnten immer wieder auf.

Die Arbeitsgemeinschaft betonte anlässlich des Stuttgarter Ärztetages 1948, dem ersten Ärztetag der Nachkriegszeit, in Nürnberg sei es nur um "zwanzig SS-Ärzte und Wissenschaftler und drei hohe Staatsbeamte" gegangen (Protokoll). Im Verlauf der Prozeßbeobachtung "konnten die dokumentarischen Unterlagen für den Beweis gewonnen werden, daß nur eine geringe Zahl von Ärzten dem Ungeist brutaler nationalsozialistischer Unmenschlichkeit verfallen war." Die Arbeitsgemeinschaft resümiert schließlich, das Beobachtungsergebnis habe gezeigt, "daß die deutschen Ärzte in ihrer überwältigenden Mehrheit den überlieferten Grundsätzen ihrer Berufsauffassung treu geblieben und daß sie die ersten sind, die die verbrecherischen Handlungen einzelner mit der ganzen Welt auf das schärfste verurteilen."

Damit entspricht das Resümee seitens der Arbeitsgemeinschaft der Absicht, mit der man die Beobachterkommission nach Nürnberg entsandt hatte: Dem Vorwurf der Kollektivschuld sollte auf jeden Fall entgegengetreten werden. Und noch eine weitere Rechnung ging auf: "Der Prozeßverlauf hat ... einwandfrei erwiesen, daß die ärztlichen Berufskörperschaften völlig unbeteiligt waren", konstatierte die Arbeitsgemeinschaft. Mit anderen Worten: Der "Schwarze Peter" blieb bei der Wissenschaft.

Das Vorwort zu "Diktat ohne Menschlichkeit" setzt den Akzent indes etwas anders. Absicht der Autoren sei es gewesen, "dem zu helfen, der sich den Schweiß und die Scham nicht erspart, die es kostet, wenn man aus der Geschichte im großen wie im kleinen lernen will." Sie lassen auch durchblicken, daß sie die wenigen einzelnen, die in Nürnberg vor Gericht standen, in einen größeren Zusammenhang gesetzt wissen wollen: "Der Raum, in dem wir lebten, war zwielichtig. Unser aller Schuld folgt daraus, daß wir nicht die Kraft fanden, diese trübe Atmosphäre zu bereinigen".

Der 51. Deutsche Ärztetag 1948 erklärte die Tätigkeit der Ärztekommision für beendet. Er billigte die Veröffentlichung und Verteilung des Abschlußberichtes ("Wissenschaft ohne Menschlichkeit"). Im übrigen beschäftigten sich dieser Ärztetag wie auch die weiteren Nachkriegsärzttage, ganz überwiegend mit den drängenden Fragen der ärztlichen Versorgung, des Berufsrechts, der Notlage der Ärzte und nicht zuletzt mit dem Verhältnis zu den Krankenkassen.

Bis auf eine Ausnahme: Der 53. Deutsche Ärztetag, im August 1950 in Bonn, kam kurz auf das Dritte Reich zurück. Der Ehrenvorsitzende, Fritz Wester, führte die Verirrungen dieser Zeit auf einen Mangel an Christlichkeit zurück, auf das Überhandnehmen einer materialistischen Gesinnung. Den Ärzten der Nachkriegszeit bescheinigte er, ihre Einstellung "zu den großen metaphysischen Fragen ist ... eine andere geworden ... die Ärzteschaft hat ein Gespür dafür bekommen, daß Menschenverachtung und Arztsein sich nicht vertragen." Auf Initiative von Wester und Hans Neuffer faßte der Ärztetag in Bonn eine EntschlieÙung, in der er "das Unrecht, das den deutschen Ärzten jüdischer Herkunft von den nationalsozialistischen Machthabern zugefügt worden ist," bedauerte. Man weist die Schuld daran den Machthabern zu, läßt aber vorsichtig eine Verantwortung der Ärzteschaft erkennen: Sie habe jene jüdischen Ärzte, die verblieben oder zurückgekehrt seien, in ihre "früheren ärztlichen und kassenärztlichen Rechte wieder eingesetzt und damit zu ihrem Teil geschehenes Unrecht wieder gutzumachen versucht".

Ein gewisses Eingeständnis der Verstrickungen der Ärzteschaft findet sich auch in einer EntschlieÙung der Arbeitsgemeinschaft, die nach dem Nürnberger Urteilsspruch gefaßt wurde. "Die Ärzte trauern ... darüber, daß es Männer aus ihren Reihen waren, die jene den Abscheu der Welt erregenden Verbrechen begangen haben." Unweigerlich folgt dann aber wiederum der Verweis auf die "verschwindend kleine Schar" und das "Schuldkonto der Diktatur" (18. Oktober 1947).

### **Die Jahre der beiläufigen Beschäftigung**

Mit dem Bonner Ärztetag endete fürs erste die Beschäftigung mit der NS-Vergangenheit. Es folgen Jahrzehnte einer eher beiläufigen Beschäftigung, etwa ein Gedenken an den Widerstand gegen Hitler (1961), eine eher zurückhaltende Berichterstattung über den Niederschlag der NS-Zeit im Deutschen Ärzteblatt (anläßlich des hundertjährigen Bestehens der Zeitschrift 1972). L (6) Ähnlich nüchtern distanziert beschäftigt sich die Festschrift "75 Jahre Hartmannbund" mit dem

7 (7)

"sogenannten Dritten Reich" (1975) Auffallend ist hier das Bemühen der Verfasser (Hans Schadewaldt et al.) für Karl Haedenkamps Tätigkeit während des Dritten Reiches Verständnis zu erwecken. Indirekt weist die Hartmannbund-Festschrift damit allerdings auf personelle Kontinuitäten - von der Weimarer Zeit über das Dritte Reich bis zur Bundesrepublik hin.

Aus besonderem Grund (der weiter unten aufgeklärt wird) seien zwei Festschriften des Ärztlichen Vereins zu Lübeck erwähnt. Anlässlich des 150jährigen Bestehens, 1959, bekennt Friedrich v. Rohden vorsichtig: "Das Arzttum im Dritten Reich sah sich schweren Prüfungen ausgesetzt". Er beschuldigt die autoritäre Staatsführung, dem Arzt das Gesetz des Handelns aufgezwungen zu haben. Den Lübecker Ärzten bescheinigt er, keiner habe sich "schuldig gemacht vor dem Gesetz der Menschlichkeit." Es habe zwar begeisterte Nationalsozialisten unter ihnen gegeben, doch: "Wir sahen unter unseren nationalsozialistischen Kollegen prächtige und verehrenswürdige Persönlichkeiten, auf die jeder, auch die Gegner des Systems stolz sein konnte." (8)

Und nun der besondere Grund: 25 Jahre später (1984) erscheint eine weitere Ärztevereins-Geschichte (herausgegeben von Bern Carrière); hier heißt es zum selben Thema behutsam: "... so ist doch von keinem bekannt, daß er sich vor dem Gesetz der Menschlichkeit schuldig gemacht hätte." Und weiter: "Wie weit sie durch ihre Haltung und ihren Einsatz das System mittrugen, ist nicht näher bekannt." (9)

### **Die zweite Phase: die ganze Ärzteschaft rückt ins Licht**

7 (10)

Das Beispiel deutet einen Wandel in der Beurteilung an: nicht allein einige wenige SS-Ärzte und verirrte Wissenschaftler, sondern die Ärzteschaft selbst geriet in den achtziger Jahren zunehmend ins Licht. Für Aufhellung sorgten wissenschaftliche Veröffentlichungen, die, wie Fridolf Kudlien später vermerkte, seit 1980 einen "späten Boom" erlebten. Verbreitet wurden sie durch eine sich im Gefolge der 68er Jahre formierende ärztliche "Gegenöffentlichkeit." Der Gesundheitstag 1980 in Berlin, der erklärterweise als Gegenveranstaltung zu dem zur selben Zeit und in Berlin stattfindenden 83. Deutschen Ärztetag ausgerichtet wurde, markiert den spektakulären Beginn der Auseinandersetzungen zwischen "Ärzteopposition" und "Etablierten".

Der Gesundheitstag war keine ärztliche Veranstaltung, geschweige denn eine "der Ärzteschaft". Er richtete sich vielmehr an alle Beteiligten im Gesundheits-

wesen, bis hin zu den Patienten. Gleichwohl haben Ärzte als Organisatoren und Referenten maßgeblichen Einfluß genommen. Der Tagesordnungspunkt "Medizin im Nationalsozialismus" wurde im wesentlichen bestritten von Medizinhistorikern sowie von einzelnen im Beruf stehenden Ärzten, die sich mit der jüngeren Geschichte des eigenen Standes kritisch beschäftigt hatten. Unter den in Berlin sprechenden Medizinhistorikern finden sich viele, die in den darauffolgenden Jahren zunehmend als Autoren zu Themen der NS-Zeit auftraten: von Fridolf Kudlien bis zu Walter Wuttke-Groneberg, um nur einige zu nennen. Als Vertreter jener Ärzte, die sich (zum Teil bis heute) kritisch mit der ärztlichen Vergangenheit beschäftigten, seien genannt Hans Mausbach und Klaus Dörner. Nicht zu vergessen schließlich der Sozialhistoriker Stephan Leibfried. Soweit die Berliner Protagonisten. Einfluß auf die Aufarbeitung der Vergangenheit hatten einige weitere Historiker. An erster Stelle steht der Kanadier Michael Kater. Nennen wir aber auch Werner F. Kümmel, der relativ früh zu Antisemitismus und Ärzteschaft publiziert hat. Schwer zu beurteilen ist derzeit noch der Anteil der DDR-Forscher (etwa Achim Thom); Medizinhistoriker unterhielten rege Kontakte "nach drüben". Aufzuarbeiten bleibt schließlich die "Vergangenheit" der Medizinhistorie in der NS-Zeit.

Auffallend ist, seit etwa 1980, die ausgesprochen politische Stoßrichtung insbesondere gegen die Standesorganisationen. Die Veranstalter des Gesundheitstages beklagten, daß "die Rolle der Ärzteschaft und ihrer Standesorganisationen bei der Konzeption und Durchführung der Gesundheitspolitik im Dritten Reich ... bisher immer noch nicht aufgearbeitet (sei)". Sie konstatierten, von Vergangenheitsbewältigung sei "nur wenig" zu merken, und sie wandten sich gegen die früheren Aussagen der Ärzteschaft, nur wenige Ärzte hätten sich eines fehlerhaften oder verbrecherischen Handelns schuldig gemacht. Den Initiatoren des Gesundheitstages ging es vielmehr generell "um die Verdeutlichung des Ausmaßes bewußt wahrgenommener oder unbewußt vorhandener Kontinuität ärztlichen Denkens und Handelns" (Berichtsband). (11)

Der 83. Deutsche Ärztetag versuchte den Gesundheitstag zu ignorieren.

"Vergangenheitsbewältigung" fand um 1980 eben außerhalb statt. 1983 erschien allerdings im Deutschen Ärzteblatt eine vierteilige Reportage, die die Gleichschaltung im Jahre 1933 anhand der Berichterstattung im Deutschen Ärzteblatt und seinen Vorgängerorganen beschrieb. Auch die Beteiligung ärztlicher Standespolitiker bei der Gleichschaltung und der Ausschaltung jüdischer Ärzte kam dabei zur Sprache. Erstmals wurde die Tätigkeit Karl Haedenkamps im Organ der Ärzteschaft kritisch beleuchtet.

L (12)

Das Deutsche Ärzteblatt hat zwei weitere Male eine Rolle beim Thema "Vergangenheitsbewältigung" gespielt. Zunächst mit der Veröffentlichung eines Interviews mit dem Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Karsten Vilmar, im Jahre 1987 und schließlich bei einer Artikelserie über die Medizin im Dritten Reich, die letzten Endes eine Folge dieses Interviews gewesen ist. (14) (13)

Zunächst die Geschichte dieses Interviews: Anlaß war ein Beitrag von Hartmut Hanauske-Abel in der britischen medizinischen Zeitschrift "The Lancet" am 2. August 1986. Der Artikel ("From Nazi Holocaust to Nuclear Holocaust: A Lesson to Learn?") basierte auf einem Referat des Autors vor dem 6. Weltkongreß der IPPNW (International Physicians for the Prevention of Nuclear War), der im Mai 1986 in Köln stattgefunden hatte. Die IPPNW hatte bei diesem Kongreß ihr ursprüngliches Themenspektrum um die "Vergangenheitsbewältigung" erweitert. Die Veranstalter sahen Parallelen zwischen einer Politik der atomaren Vernichtung und der Vernichtungspolitik der Nazis. Laut Hanauske-Abel war in den sechziger und siebziger Jahren die Mehrzahl der Deutschen wenig geneigt, sich der Ereignisse zwischen 1933 und 1945 zu entsinnen. "Diese Feststellung gilt in besonderem Maße für die Ärzteschaft."

In seinem Interview ("Die Vergangenheitsbewältigung darf nicht kollektiv die Ärzte diffamieren"), das von Kurt Gelsner, dem früheren Chefredakteur des Mitteilungsblattes des Marburger Bundes, im wesentlichen vorbereitet war, wandte sich Vilmar vor allem gegen kollektive Schuldzuweisungen. Nur eine relativ kleine Zahl von etwa 400 habe sich verbrecherischer Handlungen schuldig gemacht. Vilmar rekurrierte damit auf jene Zahl, die Mielke beim 48. Deutschen Ärztetag in Stuttgart genannt hatte.

Die Terminierung des Interviews kurz vor dem 90. Deutschen Ärztetag 1987 in Karlsruhe war nicht zufällig. Vilmar erhielt Gelegenheit, in einer heiklen, seit langem schwelenden und von der Ärzteschaft seit über 30 Jahren kaum behandelten Frage Position zu beziehen, und zwar in einer Weise, die für die Mehrheit seiner Wähler - beim Ärztetag in Karlsruhe standen Neuwahlen zum Vorstand der Bundesärztekammer an - akzeptabel war.

Der Ärztetag in Karlsruhe diskutierte unprogrammgemäß aber keineswegs unerwartet ausführlich über Vilmars Interview. Ausgelöst wurde die Debatte durch Vertreter sogenannter linker Listen, einer losen innerärztlichen Opposition. Zwi-

schen Gesundheitstagen und ähnlichen Veranstaltungen, Versammlungen der IPPNW und jener innerärztlichen Opposition, die sich auf Ärztetagen und regionalen Ärztekammerversammlungen regelmäßig zu Wort meldete (und bis heute zu Wort meldet) bestandenvielfältige personelle Verbindungen. Die Kritiker der etablierten Standesorganisation hatten sich also schon 1987 in Karlsruhe in die Institutionen vorgearbeitet und zwangen ihre Kollegen zu unbequemen Diskussionen. So eben auch zur NS-Vergangenheit.

Das Besondere bei diesem Ärztetag in Karlsruhe war es, daß Kritiker wie Kritisierte bei der Beurteilung der Vergangenheit aufeinander zuzingen. Im Wortprotokoll jenes Ärztetages mag das nachgelesen werden. Vilmar traf diese Stimmung in seinem Schlußwort zur NS-Debatte genau. Er wies darauf hin, daß sich der Ärztetag "nicht erst jetzt und heute mit diesen Problemen beschäftigt", und nannte Mitscherlich und Mielke. Damals habe die Vergangenheitsbewältigung in der Ärzteschaft begonnen.

Vilmar ging in seinem Schlußwort über die damalige innerärztliche Diskussion (sofern sie in den Beschlüssen der Arbeitsgemeinschaft der Ärztekammern und des Stuttgarter Ärztetages zum Ausdruck kommen) hinaus. Er beharrte nicht auf der alleinigen Schuldzuweisung an wenige Ärzte, sondern gestand zu, daß ärztliche Organisationen mit fliegenden Fahnen zum Nationalsozialismus übergegangen sind. Als Grund nannte er, "daß sofort nach der Machtübernahme die Ärzte aus dem nationalsozialistischen Ärztebund von den Machthabern des Staates in die Spitze der Organisationen hineingebracht und die gewählten Mandatsträger herausgedrängt wurden." Dann aber: "Es hat viel Schuld auch dieser ärztlichen Organisationen gegeben. Es ist heute kaum noch begreiflich, wie Ärzte aus ihrem Beruf gedrängt wurden." Und schließlich: "Es beschämt uns zutiefst, wenn wir das feststellen, was geschehen ist von einer in der Relation zur Gesamtzahl der Ärzteschaft kleinen, aber immer noch zu großen Zahl verbrecherischer Ärzte. Es beschämt uns. Das können wir auch nicht bewältigen oder damit fertigwerden. Das ist unmöglich. Damit werden wir nie fertig." Vilmar versicherte, die Ärzte würden sich immer weiter mit diesen Geschehnissen befassen, und schloß: "Es bleibt uns vielleicht die Gnade des Verzeihens, aber niemals das Vergessen."

Das Vilmar-Interview löste nicht nur diese Debatte aus (die auf dem Karlsruher Ärztetag als "Sternstunde" bezeichnet wurde), sondern auch eine Leserdiskussion im Deutschen Ärzteblatt. Nach deren Abschluß reichte eine Gruppe namhafter Medizinhistoriker eine Stellungnahme bei der Redaktion des Deutschen Ärz-

teblattes ein, die sich kritisch mit Vilmars Haltung (im Interview, nicht beim Ärztetag in Karlsruhe) beschäftigte. Von der Redaktion wurde diese Stellungnahme nicht zur Veröffentlichung angenommen: die Leserdiskussion zu diesem Interview sei abgeschlossen. Den Verfassern wurde indes angeboten, in anderer Weise im Deutschen Ärzteblatt Stellung zu nehmen. Das Angebot wurde nicht genutzt. Stattdessen erschien die Resolution der Medizinhistoriker sowie eine Übersetzung des Aufsatzes von Hanauske-Abel in der Wochenzeitung "Die Zeit".

Richard Toellner vermittelte später eine Verbindung zwischen jenen Medizinhistorikern und der Redaktion. Sie führte zu einer im wesentlichen von Johanna Bleker konzipierten Serie von 16 Artikeln über die Medizin im Nationalsozialismus. Die Serie wurde zu einem Buch zusammengefaßt (1989), das später noch erweitert wurde (1993). Der Vermittler, Richard Toellner, konnte auf dem 92. Deutschen Ärztetag in Berlin, 1989, in einem bewegenden Referat über "Ärzte im Dritten Reich" sprechen. Nicht vergessen sei die umfangreiche erhellende Leserdiskussion, die die Artikelserie auslöste (analysiert von J. Bleker und H.-P. Schmiedebach). Anlässlich des Ärztetages in Berlin richtete die dortige Ärztekammer eine Ausstellung aus.

Mit jenem Berliner Ärztetag und mit der in einem Buch zusammengefaßten Artikelserie im Deutschen Ärzteblatt endet die zweite Phase der Vergangenheitsbewältigung. Kommt eine dritte? Wir glauben ja. Mit einer neuen Generation von Ärzten und Wissenschaftlern, mit zunehmendem Erkenntniszuwachs, aber auch zunehmendem Abstand sollte es möglich sein, unbefangener, und doch kritisch eine Geschichte der Medizin und der Ärzte im Dritten Reich zu schreiben. Das Handeln verstrickter Personen könnte objektiver - jenseits von bloßer Schuldzuweisung oder platter Rechtfertigung - beurteilt werden.

### **Zwei biographische Notizen**

In den beiden genannten Phasen der "Vergangenheitsbewältigung" kam ein Aspekt zu kurz: personelle Kontinuitäten und deren Auswirkungen auf die Gestaltung von Gesetzgebung, Satzungsrecht, ärztliches Organisationswesen und Publizistik. Haedenkamps Biographie böte hier gutes Anschauungsmaterial, war Haedenkamp (Jahrgang 1889) doch unter drei politischen Systemen maßgebend für die Ärzteschaft tätig. Dennoch entging er einer spektakulären Auseinandersetzung (die Umbenennung der Kölner Haedenkampstraße in Herbert-Lewin-Straße im Jahr 1985 blieb ein eher lokales Ereignis). Das mag an seinem frühen

Tod (1955) gelegen haben, zu einer Zeit, als die Beschäftigung mit der NS-Vergangenheit allgemein nicht en vogue war.

Ganz anders Hans Joachim Sewering, der führende Landespolitiker der Nachkriegszeit, der im allgemeinen Bewußtsein am meisten mit ärztlicher "Vergangenheitsbewältigung" assoziiert wird. Seine Biographie indes dürfte, anders als die Haedenkamps, wenig erbringen, was die Kontinuität von Personen und politischen Vorstellungen angeht. Denn im Dritten Reich trat Sewering (Jahrgang 1916) politisch nicht hervor. Bekannt ist lediglich, daß er früh in die SS (1933) und die NSDAP (1934) eintrat.

L (16) Sewering wurde mehrfach beschuldigt, am Tod einer jungen Patientin mitschuldig zu sein, die er 1943 in die psychiatrische Anstalt Haar überwiesen habe. Die Patientin starb bald nach der Einweisung, wahrscheinlich ein Opfer der in Haar systematisch betriebenen Euthanasie. Erstmals wurde eine solche Anschuldigung 1978, kurz vor dem 81. Deutschen Ärztetag in Mannheim, vom Nachrichtenmagazin "Der Spiegel" nahegelegt, wenn auch nicht förmlich erhoben. 1993 mußte Sewering, nachdem dieser Fall wieder öffentlich wurde, als designierter Präsident des Weltärztebundes, auf Druck vor allem us-amerikanischer Ärzte, zurücktreten. Γ (17) Die Beschuldigungen wurden neuerdings (1995) erweitert: Sewering habe "wohl doch von den Massenmorden an behinderte Kindern während der NS-Zeit gewußt" ("Focus"). ± (18) Die Verdächtigungen konnten bis heute nicht erhärtet werden. Eigene Recherchen zum Fall der jungen Patientin haben keine stichhaltigen Beweise gegen Sewering zu Tage gefördert (Deutsches Ärzteblatt 1993). Nachforschungen der bayerischen Justiz zu den letzten Beschuldigungen führten zu "keinerlei Anhaltspunkten für einen Anfangsverdacht der Beihilfe oder Mittäterschaft zum Mord" (Bayerisches Justizministerium 1995). (19)

Unterschwellig dürfte der Euthanasie-Fall mit dazu beigetragen haben, daß Sewering beim 81. Deutschen Ärztetag 1978 in Mannheim als Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages zurücktreten mußte. In den Verlautbarungen und Diskussionsbeiträgen jenes Ärztetages kommt freilich die Verdächtigung nicht zum Ausdruck. Alexander Hasenclever, der den entscheidenden Anstoß zu dem Mißtrauensvotum gegen Sewering lieferte, erwähnte den Fall in seiner Rede mit keinem Wort. Die Anschuldigung hatte freilich die Teilnehmer des Ärztetages peinlich berührt und zu der gespenstischen Atmosphäre in Mannheim-Rosengarten beigetragen.

Der Hauptgrund für Sewerings Rücktritt lag in einem anhaltenden, die Öffentlichkeit und die Ärzteschaft zunehmend erregenden Streit mit den bayerischen Ortskrankenkassen über die Abrechenbarkeit bestimmter Praxisleistungen. Die Delegierten des Ärztetages mochten die Last der anhaltenden öffentlichen Diskussion nicht weiter ertragen und entledigten sich deshalb ihres Präsidenten. Der Euthanasie-Fall war allenfalls der berühmte Tropfen, der das Faß zum Überlaufen brachte. Sewerings erzwungener Rücktritt war somit kein Fall von "Vergängheitsbewältigung", jedenfalls nicht in dem hier gemeinten Sinne.

Ob Sewering ein Beispiel "unbewältigter" Vergangenheit oder ein Opfer unglücklicher Umstände ist, sei der späteren Geschichtsschreibung überlassen.

### **Die dritte Phase: Blick nach vorne**

Rund fünfzig Jahre nach dem Nürnberger Ärzteprozeß beschäftigte sich ein Deutscher Ärztetag erneut mit dem Thema. Beim 99. Deutschen Ärztetag, 1996 in Köln, bestimmte eine neue Generation die Diskussion. Die Vergangenheit konnte mit Abstand und relativ kühl analysiert werden. Das besorgte im wesentlichen der hessische Kammerpräsident Alfred Möhrle. Bei ihm war nicht mehr von jenen "einzelnen Ärzten", die Rede. Möhrle wie auch mehrere Diskussionsredner ließen zwar den Vorwurf einer Kollektivschuld nicht gelten, sie gestanden aber eine schuldhafte Verstrickung der Ärzteschaft - und sei es durch Schweigen und Wegsehen - ohne weiteres zu.

Vor allem aber beschäftigte sich der Ärztetag 1996 mit den Lehren aus der Vergangenheit: "Wir schauen zurück auf fünfzig Jahre, in denen wir uns bemüht haben, Lehren aus einem Unrecht zu ziehen, das Ärzte begangen haben" (Entschließung). Möhrle verwies insbesondere auf die internationalen Deklarationen zur medizinischen Forschung (Deklaration von Helsinki und folgende), die unter deutscher Beteiligung vom Weltärztebund beschlossen wurden.

Mit Blick auf die Gegenwart und angesichts der Vergangenheit sprach der Ärztetag die biomedizinische Forschung an. Eckhard Nagel, einer der Referenten, betonte, medizinische Forschung sei nur zulässig mit der expliziten Zustimmung des Probanden, der freiwillig zu seiner Entscheidung gekommen sei. Zitieren wir abschließend aus der Entschließung des Ärztetages: "Wir mahnen, die Unabhängigkeit der ethischen Grundnormen unseres Berufes auch in der ärztlichen Vertretung gegen Zeitgeist und staatliche Eingriffe zu bewahren." F

F(20)

F(21)

## **Anmerkungen:**

Das Kapitel stützt sich wesentlich auf die Protokolle der Deutschen Ärztetage, die im Archiv des Deutschen Ärzteblattes vollzählig vorliegen, außerdem auf Personaldossiers der Redaktion des Deutschen Ärzteblattes und Handakten des Verfassers. Letzteres betrifft vor allem Vorgänge um das Interview Vilmar zur "Vergangenheitsbewältigung", die Auseinandersetzungen mit Hanauske-Abel sowie Vorgänge um Sewering.

Die Ziffern in () beziehen sich auf folgende Einzelanmerkungen:

- (1)** Bert Pampel (vgl. LV), Seite 28. Bei Pampel auch der Hinweis auf Adorno
- (2)** Brief Mitscherlichs vom 9. November 1946 an die Medizinischen Fakultäten der vier Zonen
- (3)** Mitscherlich an Carl Oelemann am 28. Februar 1947
- (4)** Referat Mielkes auf dem 51. Deutschen Ärztetag in Stuttgart 1948
- (5)** Brief Mitscherlichs an Julius Bredenbeck vom 17. Oktober 1960, zitiert bei J. Peter (vgl. LV). Zur Verteilung des Buches vgl. im übrigen die detaillierten Nachweise nicht nur bei J. Peter sondern auch bei Th. Gerst (vgl. LV, Der Auftrag der Ärztekammern ...)
- (6)** Verfasser J.F.V. Deneke und R.E. Sperber, zusammengefaßt in einem Sonderdruck (vgl. LV)
- (7)** Im Auftrag des Hartmannbundes, verfaßt von H. Schadewaldt et al. (vgl. LV)
- (8)** F.v. Rohden (vgl. LV)
- (9)** B. Carrière (vgl. LV)
- (10)** Bilanz und Ausblick in J. Bleker/N. Jachertz 1993 (vgl. LV)
- (11)** Vorwort des Berichtsbandes des Gesundheitstages 1980
- (12)** N. Jachertz, Vor fünfzig Jahren ... (vgl. LV)
- (13)** Die "Vergangenheitsbewältigung" darf nicht kollektiv die Ärzte diffamieren ... (vgl. LV)
- (14)** Die Artikelserie wurde zusammengefaßt zu einem von J. Bleker/N. Jachertz herausgegebenen Buch (vgl. LV), in dessen Vorwort auch das Zustandekommen der Artikelserie beschrieben wird.
- (15)** Die Leserreaktion, die sich im Deutschen Ärzteblatt niedergeschlagen hat, wird in einem eigenen Kapitel in der zweiten Auflage des Buches (1993) J. Bleker/N. Jachertz analysiert
- (16)** Vom 22. Mai 1978
- (17)** Der Verf. hat eigene Recherchen dazu in einem Artikel veröffentlicht (vgl. LV: Sewering - Ende einer Karriere ...)
- (18)** Heft 26/1995
- (19)** Pressemitteilung vom 16. Oktober 1995
- (20)** Vgl. LV: A. Möhrle, Der Arzt im Nationalsozialismus ...
- (21)** Vgl. LV: E. Nagel, Historische Erfahrungen ...; Die Referate von Möhrle und Nagel wurden nur teilweise (Möhrle) oder nicht veröffentlicht. Die Manuskripte sind beim Deutschen Ärzteblatt erhältlich

ten, betonte, medizinische Forschung sei nur zulässig mit der expliziten Zustimmung des Probanden, der freiwillig zu seiner Entscheidung gekommen sei. Zitieren wir abschließend aus der Entschließung des Ärztetages: „Wir mahnen, die Unabhängigkeit der ethischen Grundnormen unseres Berufes auch in der ärztlichen Vertretung gegen Zeitgeist und staatliche Eingriffe zu bewahren.“

## Chronik der Deutschen Ärztetage von 1873-1997

### Vorsitz von 1873-1894: San.-Rat Dr. Graf

1873	1.	Deutscher Ärztetag in Wiesbaden
1874	2.	Deutscher Ärztetag in Eisenach
1875	3.	Deutscher Ärztetag in Eisenach
1876	4.	Deutscher Ärztetag in Düsseldorf
1877	5.	Deutscher Ärztetag in Nürnberg
1878	6.	Deutscher Ärztetag in Eisenach
1879	7.	Deutscher Ärztetag in Eisenach
1880	8.	Deutscher Ärztetag in Eisenach
1881	9.	Deutscher Ärztetag in Kassel
1882	10.	Deutscher Ärztetag in Nürnberg
1883	11.	Deutscher Ärztetag in Berlin
1884	12.	Deutscher Ärztetag in Eisenach
1885	13.	Deutscher Ärztetag in Stuttgart
1886	14.	Deutscher Ärztetag in Eisenach
1887	15.	Deutscher Ärztetag in Dresden

1888	16.	Deutscher Ärztetag in Bonn
1889	17.	Deutscher Ärztetag in Braunschweig
1890	18.	Deutscher Ärztetag in München
1891	19.	Deutscher Ärztetag in Weimar
1892	20.	Deutscher Ärztetag in Leipzig
1893	21.	Deutscher Ärztetag in Breslau
1894	22.	Deutscher Ärztetag in Eisenach

### Vorsitz von 1895-1899: Med.-Rat Dr. Aub

1895	23.	Deutscher Ärztetag in Eisenach
1896	24.	Deutscher Ärztetag in Nürnberg
1897	25.	Deutscher Ärztetag in Eisenach
1898	26.	Deutscher Ärztetag in Wiesbaden
1899	27.	Deutscher Ärztetag in Dresden

**Vorsitz von 1900-1909:****Geh. San.-Rat Dr. Löbker**

1900	28.	Deutscher Ärztetag in Freiburg/Br.
1901	29.	Deutscher Ärztetag in Hildesheim
1902	30.	Deutscher Ärztetag in Königsberg
1903	31.	Deutscher Ärztetag in Köln
1903		Außerord. Deutscher Ärztetag in Berlin
1904	32.	Deutscher Ärztetag in Rostock
1905	33.	Deutscher Ärztetag in Straßburg
1906	34.	Deutscher Ärztetag in Halle
1907	35.	Deutscher Ärztetag in Münster
1908	36.	Deutscher Ärztetag in Danzig
1909	37.	Deutscher Ärztetag in Lübeck

**Vorsitz 1910: Geh. San.-Rat Dr. Lent**

1911	38.	Deutscher Ärztetag in Stuttgart
1912		kein Deutscher Ärztetag

**Vorsitz von 1913-1925:****Geh. San.-Rat Dr. Dippe**

1913		Außerord. Deutscher Ärztetag in Berlin
1913	39.	Deutscher Ärztetag in Elberfeld
1914	40.	Deutscher Ärztetag in München
1915-1917		kein Deutscher Ärztetag

1918		Außerord. Deutscher Ärztetag in Eisenach
1919	41.	Deutscher Ärztetag in Eisenach
1920		kein Deutscher Ärztetag
1921	42.	Deutscher Ärztetag in Karlsruhe
1922-1923		kein Deutscher Ärztetag
1924	43.	Deutscher Ärztetag in Bremen
1925	44.	Deutscher Ärztetag in Leipzig

**Vorsitz von 1926-1931:****Geh. San.-Rat Dr. Stauder**

1926	45.	Deutscher Ärztetag in Eisenach
1927	46.	Deutscher Ärztetag in Würzburg
1928	47.	Deutscher Ärztetag in Danzig
1929	48.	Deutscher Ärztetag in Essen
1930	49.	Deutscher Ärztetag in Kolberg
1931	50.	Deutscher Ärztetag in Köln
1932-1947		kein Deutscher Ärztetag

**Vorsitz 1948: Dr. Oelemann**

1948	51.	Deutscher Ärztetag in Stuttgart
------	-----	---------------------------------

**Vorsitz 1949:****Dr. Oelemann/Dr. Rodewald**

1949	52.	Deutscher Ärztetag in Hannover
------	-----	--------------------------------

**Vorsitz von 1950-1959:****Prof. Dr. Neuffer**

1950	53.	Deutscher Ärztetag in Bonn
1951	54.	Deutscher Ärztetag in München
1952	55.	Deutscher Ärztetag in Berlin
1952		Außerord. Deutscher Ärztetag in Bonn
1953	56.	Deutscher Ärztetag in Lindau
1954	57.	Deutscher Ärztetag in Hamburg
1955	58.	Deutscher Ärztetag in Baden-Baden
1956	59.	Deutscher Ärztetag in Münster
1957	60.	Deutscher Ärztetag in Köln
1958	61.	Deutscher Ärztetag in Garmisch-Partenkirchen
1959	62.	Deutscher Ärztetag in Lübeck

**Vorsitz von 1960-1972:****Prof. Dr. h.c. Fromm**

1960		Außerord. Deutscher Ärztetag in Frankfurt
1960	63.	Deutscher Ärztetag in Berlin
1961	64.	Deutscher Ärztetag in Wiesbaden
1962	65.	Deutscher Ärztetag in Norderney
1963	66.	Deutscher Ärztetag in Mannheim
1964	67.	Deutscher Ärztetag in Augsburg

1965	68.	Deutscher Ärztetag in Berlin
1966	69.	Deutscher Ärztetag in Essen
1967	70.	Deutscher Ärztetag in Garmisch-Partenkirchen
1968	71.	Deutscher Ärztetag in Wiesbaden
1969	72.	Deutscher Ärztetag in Hannover
1970	73.	Deutscher Ärztetag in Stuttgart
1971	74.	Deutscher Ärztetag in Mainz
1972	75.	Deutscher Ärztetag in Westerland

**Vorsitz von 1973-1977:****Prof. Dr. Sewering**

1973	76.	Deutscher Ärztetag in München
1974	77.	Deutscher Ärztetag in Berlin
1975	78.	Deutscher Ärztetag in Hamburg
1976	79.	Deutscher Ärztetag in Düsseldorf
1977	80.	Deutscher Ärztetag in Saarbrücken

**Vorsitz 1978:****Prof. Dr. Sewering/Dr. Vilmar**

1978	81.	Deutscher Ärztetag in Mannheim und Köln
------	-----	---

<b>Vorsitz seit 1979: Dr. Vilmar</b>		1989	92.	Deutscher Ärztetag in Berlin	
1979	82.	Deutscher Ärztetag in Nürnberg	1990	93.	Deutscher Ärztetag in Würzburg
1980	83.	Deutscher Ärztetag in Berlin	1991	94.	Deutscher Ärztetag in Hamburg
1981	84.	Deutscher Ärztetag in Trier	1992	95.	Deutscher Ärztetag in Köln
1982	85.	Deutscher Ärztetag in Münster	1992	Außerord. Deutscher Ärztetag in Köln	
1983	86.	Deutscher Ärztetag in Kassel	1993	96.	Deutscher Ärztetag in Dresden
1984	87.	Deutscher Ärztetag in Aachen	1994	97.	Deutscher Ärztetag in Köln
1985	88.	Deutscher Ärztetag in Lübeck-Travemünde	1995	98.	Deutscher Ärztetag in Stuttgart
1986	89.	Deutscher Ärztetag in Hannover	1996	99.	Deutscher Ärztetag in Köln
1987	90.	Deutscher Ärztetag in Karlsruhe	1997	100.	Deutscher Ärztetag in Eisenach
1988	91.	Deutscher Ärztetag in Frankfurt			

## Archivverzeichnis

**Altarchiv der KBV, Köln-Lövenich**  
 Splitterbestände RÄK/KVD 136, 160  
 Prozeßunterlagen der KVD 215  
 Das Einkommen der Ärzte in Deutschland (unveröffentlichtes Manuskript) [Berlin 1938]  
 Paul Sperling: Pg. Aesculap. Beitrag zur Geschichte der autoritär verwalteten Ärzteschaft (unveröffentlichtes Manuskript) [1965]

**Archiv der Bezirksärztekammer Nordbaden/Ärztenschaft Mannheim**  
 Ordnungsstrafen 1935/36  
 KVD-Landesstelle Baden: Meldungen über ärztliches Durchschnittseinkommen betr. Kassenärzte

**Archiv der Bundesärztekammer, Köln**  
 Kartei der RÄK (auf Mikrofilm)  
 Nachlaß Oelemann (1945-1949)  
 Vorstandsprotokolle, Rundschreiben

**Archiv des Bundesbeauftragten für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen DDR, Berlin**

Bestand Zentrale Auswertungs- und Informationsgruppe  
 Bestand Justizhochschule

**Archiv der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln**  
 Akten aus der Geschäftsführung der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern 1947-1949  
 Akten aus der Geschäftsführung der Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 1948-1970

**Archive der Landesärztekammern**

**Archiv der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, Frankfurt/M.**

**Archiv des Deutschen Bundestages, Bonn**

Akten zum Gesetzgebungsverfahren zum Kassenarztrecht 1955 und zur Bundesärzteordnung 1961

**Archiv des Hartmannbundes, Bad Godesberg**

Protokolle der Sitzungen des Vorstandes resp. des Geschäftsausschusses des „Deutschen Ärztevereinsbundes“

**Bayerisches Hauptstaatsarchiv, München**

Bestand OMBY: Akten der US-Militärregierung für Bayern, Staatskanzlei

**Brandenburgisches Landeshauptarchiv, Potsdam**

Pr.Br.Rep. 72

**Bundesarchiv, Koblenz**

R 43 II/678d, 735a, NS 22/745

Bestand 15.01: Reichsministerium des Innern

Bestand OMGUS: Office of Military Government – United States, Z 1: Länderrat in der US-Zone

Z 21: Zentraljustizamt für die Britische Zone

Z 40: Zentralamt für Arbeit in der Britischen Zone

B 142: Bundesministerium für Gesundheitswesen

B 149: Bundesministerium für Arbeit

**Bundesarchiv, Außenstelle Potsdam**

Reichsarbeitsministerium, Nr. 5135

Bestand 15.01/26404

Bestand Q 1: Ministerium für Gesundheitswesen

Stiftung der Parteien und Massenorganisationen der ehemaligen DDR im Bundesarchiv (SAPMO)

Bestand IV/2 und IV/A2 ZK-Abteilung Gesundheitspolitik

**Dokumentation der Redaktion des Deutschen Ärzteblattes, Köln**

**Geheimes Staatsarchiv, Stiftung Preußischer Kulturbesitz, Nebenstelle Merseburg**

Rep. 76, VIII B, Ministerium des Innern, Abteilung für die Medizinal-Angelegenheiten

**Landeshauptarchiv Rheinland-Pfalz, Koblenz**

Abteilung 403: Oberpräsidium des Rheinlandes

**Mecklenburgisches Landeshauptarchiv, Schwerin**

Best. Ministerium für Unterricht und Kunst, geistliche und Medizinalangelegenheiten, Nr. 9882

**Nordrhein-westfälisches Hauptstaatsarchiv, Düsseldorf**

Regierung Aachen, 21301/I

Regierung Düsseldorf, 54476/I

Rep. 112/12996

Bestand NW 62: Arbeits- und Sozialministerium

**NS-Dokumentationszentrum der Stadt Köln**

Ernst Müller: Köln 1933-1939. Tagebuchauszüge (unveröffentlichtes Manuskript)

Tagebücher Rudolf Hartung

Teilnachlaß Vonessen

**Thüringisches Hauptstaatsarchiv, Weimar**

Best. KVD-Landesstelle Thüringen 1, 192, 199, 246

**Universitätsarchiv Halle**

Rep. 4 Medizinische Fakultät

Rep. 7 Rektorat

**Universitätsarchiv Leipzig**

Bestand Studentenrat

Bestand Rektorat

**Universitätsarchiv Jena**

Bestand U Abt. VII: Studentenrat

Bestand U Abt. VIII FDJ-Hochschulgruppe

## Literaturverzeichnis (Auswahl)

Vorbemerkung des Herausgebers: Aus Platzgründen sind Aufsätze in Sammelwerken mit mehreren einschlägigen Beiträgen hier nicht einzeln aufgeführt.

Ackerknecht, Erwin Heinz: Beiträge zur Geschichte der Medizinalreform von 1848, in: Archiv für Geschichte der Medizin 25 (1931), S. 61-183.

Akademie für ärztliche Fortbildung (Hg.): 40 Jahre SED – die Gesundheitspolitik der SED in der Übergangsperiode, Berlin (Ost) 1987.

Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR (Hg.): 40 Jahre Landambulatorium „Dr. Herbert Baer“ Golßen – sozialistische Gesundheitspolitik auf dem Lande, Berlin (Ost) 1989.

Albisetti, James: The fight for female physicians in Imperial Germany, in: Central European History 15 (1982), S. 99-123.

Aly, Götz (Hg.): Aktion T 4. Die "Euthanasie"-Zentrale in der Tiergartenstraße 4, Berlin 1987

Amnesty International: Politische Gefangene in der DDR, London und Köln 1967.

Arnold, Michael/Schirmer, Berndt: Gesundheit für ein Deutschland, Köln 1990.

Atzbach, Ernst: Grundfragen der ärztlichen Kammergesetzgebung und Berufsgerichtsbarkeit und ihr Verhältnis zum Grundgesetz unter besonderer Berücksichtigung der historischen Entwicklung des ärztlichen Berufsrechtes, Rechts- und staatswiss. Diss. Marburg 1960.

Autorenkollektiv: Medizin, Menschenbild und sozial-biologisches Problem. Ein Beitrag zu den philosophischen Grundlagen der Medizin in der sozialistischen Gesellschaft, Berlin (Ost) 1974.

Baader, Gerhard/Schultz, Ulrich (Hg.): Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit – Ungebrochene Tradition?, 4. Aufl. Frankfurt/M. 1989.

Bartholomäi, Reinhart u.a. (Hg.): Sozialpolitik nach 1945. Geschichte und Analyse, Bonn/Bad Godesberg 1977.

Beck, Winfried u.a. (Hg.): Ärzteopposition, Neckarsulm 1987.

Becker, Günter: Arzt und Patient im sozialistischen Recht, Berlin (Ost) 1973.

Belau, Detlef: Kontinuität – Anpassung – Autonomie – Arzt – Patient – eine Betrachtung zur medizinischen Denkkultur in der ehemaligen DDR, in: Öffentliches Gesundheitswesen 53 (1991), Sonderheft 3, S. 203-215.

Benser, Günter u.a.: Dokumente zur Geschichte der SED. Bd. 2: 1945-1971, Berlin (Ost) 1986.

Berendonk, Brigitte: Doping. Von der Forschung zum Betrug, Reinbek 1992.

Bergemann-Gorski, Karin: Ärztliche Standes- und Berufspolitik in Deutschland von 1900 bis 1920, Med. Diss. Berlin 1966.

Berger, Heinrich: Geschichte des ärztlichen Vereinswesens in Deutschland, Frankfurt/M. 1896.

Berger, Michael: „Sozialversicherungsreform und Kassenarztrecht. Zur Verhinderung der Reform des Kassenarztrechts in den Westzonen nach 1945“, in: Das Argument, Sonderband 4, Berlin 1974, S. 73-93.

Beske, Fritz: Der ärztliche Nachwuchs. Die Medizinstudierenden von 1947 bis 1959, Köln 1960.

Bibergeil, Horst: Zur Stellung des Arztes in der sozialistischen Gesellschaft, in: humanitas 24 (1984), S. 9.

Blasius, Dirk: „Einfache Seelenstörung“. Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800-1945, Frankfurt/M. 1994.

Bläsner, Helmut: Die standespolitischen Diskussionen in der Berliner Medizinischen Gesellschaft von 1860 bis zur Jahrhundertwende, Med. Diss. München 1973.

Bleker, Johanna/Jachertz, Norbert (Hg.): Medizin im „Dritten Reich“, 2. erw. Aufl. Köln 1993.

Bleker, Johanna/Schmiedebach, Heinz-Peter (Hg.): Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 bis 1985, Frankfurt/M. 1987.

Bock, Gisela: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik, Opladen 1986.

- Bogs, Walter u.a. (Hg.): Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung, Köln 1982.
- Brand, Ulrich: Ärztliche Ethik im 19. Jahrhundert. Der Wandel ethischer Inhalte im medizinischen Schrifttum. Ein Beitrag zum Verständnis der Arzt-Patient-Beziehung, Freiburg/Brsg. 1977.
- Brändli, Sebastian: Geselligkeit als Programm. Ärztliche Standesorganisationen in der Schweiz des 19. Jahrhunderts, in: Geselligkeit, Sozietäten und Vereine, hg. von Hans Ulrich Jost u. Albert Tanner, Zürich 1991, S. 59-79.
- Brinkschulte, Eva (Hg.): Weibliche Ärzte: Die Durchsetzung des Berufsbildes in Deutschland, Berlin 1994.
- Brügelmann, Jan: Der Blick des Arztes auf die Krankheit im Alltag 1779-1850, Phil. Diss. Berlin 1982.
- Bundesminister für Gesundheit (Hg.): Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR – Bestandsaufnahme und Empfehlungen, Bonn 1991.
- Bundesministerium für gesamtdeutsche Fragen (Hg.): Der Arztberuf in der Sowjetzone (= Bonner Fachberichte aus der Sowjetzone), Bonn 1957.
- Bundesministerium für Vertriebene und Flüchtlinge (Hg.): Die Flucht aus der Sowjetzone. Ursachen und Verlauf – die Eingliederung der Flüchtlinge, Bonn 1965.
- Bussche, Hendrik van den (Hg.): Anfälligkeit und Resistenz. Medizinische Wissenschaft und politische Opposition im «Dritten Reich», Berlin und Hamburg 1990.
- Bussche, Hendrik van den: Im Dienste der „Volksgemeinschaft“. Studienreform im Nationalsozialismus am Beispiel der ärztlichen Ausbildung, Berlin 1989.
- Büttner, Lothar/Meyer, Bernhard: Ein Dokument zur revolutionären Umgestaltung des Gesundheitswesens. Vor 30 Jahren wurden die Gesundheitspolitischen Richtlinien der SED beschlossen, in: *humanitas* 6 (1977), S. 9.
- Büttner, Lothar/Meyer, Bernhard: Über die gesundheitspolitische Zusammenarbeit mit der Sowjetunion, in: *humanitas* 9 (1975), S. 9.
- Carrière, Bern (Hg.), Der Ärzteverein zu Lübeck, 175 Jahre seiner Geschichte 1809-1984, Lübeck 1984.
- Clever, Ulrich: Die Geschichte der Standesorganisationen und ihre oppositionellen Alternativen, in: *Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit - Ungebrochene Tradition*, hg. von Gerhard Baader u. Ulrich Schultz, 4. Aufl. Frankfurt/M. 1989, S. 75-84.
- Deneke, J.F. Volrad/Sperber, Richard E.: Einhundert Jahre Deutsches Ärzteblatt - Ärztliche Mitteilungen 1872-1972, Löwenich 1973.
- Deppe, Hans-Ulrich (Hg.): Ärztliches Behandlungsmonopol und ambulanter Leistungsauftrag, Frankfurt/M. 1987.
- Deppe, Hans-Ulrich: Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. Zur Kritik der Gesundheitspolitik, Frankfurt/M. 1987.
- Diepgen, Paul: Der Deutsche Ärztevereinsbund und seine Zeit bei der Gründung und heute, in: *Deutsches Ärzteblatt* 58 (1931), S. 243-46.
- Drees, Annette: Die Ärzte auf dem Weg zu Prestige und Wohlstand. Sozialgeschichte der württembergischen Ärzte im 19. Jahrhundert, Köln 1988.
- Dresel, E.G.: Bildung der ärztlichen Standesvereine und staatliche Organisation der Ärzte bis zur Gründung des Leipziger Verbandes, Phil. Diss. Heidelberg 1913.
- Eckart, Wolfgang U./Gradmann, Christoph (Hg.): *Ärztlexikon. Von der Antike bis zum 20. Jahrhundert*, München 1995.
- Eckelmann, Christine: Ärztinnen in der Weimarer Zeit und im Nationalsozialismus. Eine Untersuchung über den Bund Deutscher Ärztinnen, Wermelskirchen 1992.
- Ernst, Anna Sabine: „Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus“. Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945-1961, Phil. Diss. Berlin 1996.
- Evans, Richard: Tod in Hamburg. Stadt, Gesellschaft und Politik in den Cholera-Jahren 1830-1910, Hamburg 1990.
- Fahrenbach, Sabine/Thom, Achim (Hg.): Der Arzt als „Gesundheitsführer“. Ärztliches Wirken zwischen Ressourcenerschließung und humanitärer Hilfe im 2. Weltkrieg, Frankfurt/M. 1991.
- Finkenrath, Kurt: Die Medizinalreform. Die Geschichte der ersten deutschen Standesbewegung von 1800 bis 1850, Leipzig 1929.
- Finkenrath, Kurt: Die Organisation der deutschen Ärzteschaft. Einführung in die Geschichte und den gegenwärtigen Aufbau des wissenschaftlichen standes- und wirtschaftspolitischen ärztlichen Vereinslebens, Berlin 1928.

- Finzen, Asmus: Arzt, Patient und Gesellschaft. Die Orientierung der ärztlichen Berufsrolle an der sozialen Wirklichkeit, Stuttgart 1969.
- Fischer, E./Rohland, L./Tutzke, D.: Für das Wohl des Menschen. Bd. 1: 30 Jahre Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik. Bd. 2: Dokumente zur Gesundheitspolitik der SED, Berlin (Ost) 1979.
- Fischer, Franz: Die Stellung der ärztlichen Berufsarten zur Gewerbefreiheit. Nebst einem Anhang: Die Gesundheitspflege. Von einem Arzte in Württemberg, Ravensburg 1861.
- Förtsch, Folker: Gesundheit, Krankheit, Selbstverwaltung. Geschichte der Allgemeinen Ortskrankenkassen im Landkreis Schwäbisch-Hall 1884-1973, Sigmaringen 1995.
- Frankenthal, Käte: Der dreifache Fluch: Jüdin, Intellektuelle, Sozialistin: Lebenserinnerungen einer Ärztin in Deutschland und im Exil, Frankfurt/M. 1981.
- Frei, Norbert (Hg.): Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit, München 1991.
- Freidson, Eliot: Der Arztstand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession, Stuttgart 1979.
- Frevert, Ute: Krankheit als politisches Problem 1770-1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung, Göttingen 1984.
- Frevert, Ute: Professional Medicine and the Working Classes in Imperial Germany, in: *Journal of Contemporary History* 20 (1985), S. 637-658.
- Fricke, Karl-Wilhelm: Opposition und Widerstand in der DDR. Ein politischer Bericht, Köln 1984.
- Gabriel, Arthur: Die kassenärztliche Frage, Leipzig 1912.
- Gabriel, Arthur: Die staatliche Organisation des deutschen Aertztestandes, Berlin 1919.
- Gelsner, Kurt: Der Marburger Bund. Chronik der organisierten Krankenhausärzte, Frankfurt/M. 1985.
- Gelsner, Kurt: Die „Vergangenheitsbewältigung“ darf nicht kollektiv die Ärzte diffamieren. Interview mit Karsten Vilmar, in: *Deutsches Ärzteblatt* 18 (1987), S. C-767-770, C-776-779.
- Gerst, Thomas: Der Auftrag der Ärztekammern an Alexander Mitscherlich zur Beobachtung und Dokumentation des Prozeßverlaufs, in: *Deutsches Ärzteblatt* 91 (1994), S. C-1037-1045.
- Gniffke, Erich W.: *Meine Jahre mit Ulbricht*, Köln 1966.
- Göckenjan, Gerd: *Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt*, Frankfurt/M. 1985.
- Göckenjan, Gerd: Nicht länger Lohnsklaven und Pfennigkulis? Zur Entwicklung der Monopolstellung der niedergelassenen Ärzte, in: *Ärztliches Behandlungsmonopol und ambulanter Sicherstellungsauftrag*, hg. von Hans-Ulrich Deppe u.a., Frankfurt/M. 1987, S. 9-36.
- Göckenjan, Gerd: Wandlungen im Selbstbild des Arztes. Soziologische Anmerkungen zum Funktionsdefizit von Ärzteideal und ärztlicher Ethik, in: *Medizin, Mensch und Gesellschaft* 13 (1988), S. 41-49.
- Graf, Eduard: Das ärztliche Vereinswesen in Deutschland und der Deutsche Aertzvereinsbund, Leipzig 1890.
- Groszer, Manfred: *Gemeinwohl und Ärzteinteressen – die Politik des Hartmannbundes*, Gütersloh 1992.
- Haedekamp, Karl: *Die Gesundheitspolitik des Reiches und die Ärzte*, Leipzig 1928.
- Häerlin, Samuel: *Mein Glaubensbekenntnis von der Medizinalreform*. Auf Grund 40jähriger Erfahrung, Stuttgart 1848.
- Hardtwig, Wolfgang: *Strukturmerkmale und Entwicklungstendenzen des Vereinswesens in Deutschland 1789-1848*, in: *Vereinswesen und bürgerliche Gesellschaft in Deutschland*, hg. von Otto Dann, München 1984, S. 11-50.
- Harmsen, Hans (Hg.): *Die Gesundheitsverwaltung in der UdSSR und in Mitteldeutschland*, Hamburg 1962.
- Harmsen, Hans (Hg.): *Zur Entwicklung des Gesundheitswesens in der DDR*, Hamburg 1975.
- Haug, Alfred: *Die Reichsarbeitsgemeinschaft für eine Neue Deutsche Heilkunde (1935/36)*. Ein Beitrag zum Verhältnis von Schulmedizin, Naturheilkunde und Nationalsozialismus, Husum 1985.
- Heinze, Oskar: *Der Deutsche Aertzvereinsbund und die ärztlichen Standesvertretungen in Deutschland von 1890 bis 1912*, 2 Bde., Leipzig 1918/1919.
- Hesse, Ariane: *Ärztliche Vereine und Standesorganisationen in Freiburg i. Br.*, Freiburg/Brsg. 1978.
- Hietala, Marjatta: *Services and Urbanization at the Turn of the Century. The Diffusion of Innovations*, Helsinki 1987.

- Hildebrandt, Regine: Die Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens in der DDR und in den neuen Bundesländern, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, B3/1994, S. 15-25.
- Hirschel, Bernhard: Über medicinische Gesellschaften. In: *Medizinischer Argos* 1 (1839), S. 153-159.
- Hockerts, Hans Günter: Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegsdeutschland. Alliierte und deutsche Sozialversicherungspolitik 1945 bis 1957, Stuttgart 1980.
- Hoffmann, Paul: Die Straflager und Zuchthäuser der Sowjetzone. Gesundheitszustand und Lebensbedingungen der politischen Gefangenen, Bonn 1955.
- Hohorst, Gerd/Ritter, Gerhard A.: Sozialgeschichtliches Arbeitsbuch. Materialien zur Statistik des Kaiserreiches 1870-1914, München 1975.
- Hörnemann, Gerd: Die Selbstverwaltung der Ärztekammern. Spannungen und Wechselwirkungen von Fremd- und Selbstkontrolle des Arztberufs, Konstanz 1989.
- Hörnemann, Gerd: Kassenarzt als freier Beruf, Konstanz 1994.
- Hubenstorf, Michael: „Deutsche Landärzte an die Front!“ Ärztliche Standespolitik zwischen Liberalismus und Nationalsozialismus, in: *Der Wert des Menschen. Medizin in Deutschland 1918-1945*, hg. von Christian Pross u. Götz Aly, Berlin 1989, S. 200-223.
- Huerkamp, Claudia/Spree, Reinhard: Arbeitsmarktstrategien der deutschen Ärzteschaft im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert, in: *Historische Arbeitsmarktforschung - Entstehung, Entwicklung und Probleme der Vermarktung von Arbeitskraft*, hg. von Toni Pierenkemper u. Richard Tilly, Göttingen 1982, S. 77-120.
- Huerkamp, Claudia: Ärzte und Professionalisierung in Deutschland. Überlegungen zum Wandel des Arztberufs im 19. Jahrhundert, in: *Geschichte und Gesellschaft* 6 (1980), S. 349-382.
- Huerkamp, Claudia: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens, Göttingen 1985.
- Huerkamp, Claudia: Die preußisch-deutsche Ärzteschaft als Teil des Bildungsbürgertums: Wandel in Lage und Selbstverständnis vom ausgehenden 18. Jahrhundert bis zum Kaiserreich, in: *Bildungsbürgertum im 19. Jahrhundert*, hg. von Werner Conze u. Jürgen Kocka, Stuttgart 1985, S. 358-387.
- Huerkamp, Claudia: The History of Smallpox Vaccination in Germany: A First Step in the Medicalization of the General Public, in: *Journal of Contemporary History* 20 (1985), S. 617-635.
- Huerkamp, Claudia: Medizinische Lebensreformbewegung im 19. Jahrhundert. Die Naturheilmovement in Deutschland als Protest gegen die naturwissenschaftliche Universitätsmedizin, in: *Vierteljahrschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte* 73 (1986), S. 158-182.
- humanitas Zeitschrift der Gewerkschaft Gesundheitswesen in der DDR 1961-1990. Institut für Marxismus/Leninismus (Hg.): „...einer neuen Zeit Beginn“. Erinnerungen an die Anfänge unserer Kulturrevolution 1945-1949, Berlin (Ost) 1981.
- Jachertz, Norbert: Sewering - Ende einer Karriere. Weshalb der designierte Präsident des Weltärztebundes sein Amt nicht antritt und was 1943 in Schönbrunn passierte, in: *Deutsches Ärzteblatt* 5 (1993), S. C-161-162.
- Jachertz, Norbert: Vor fünfzig Jahren. Die Gleichschaltung kam über Nacht, in: *Deutsches Ärzteblatt* 26, 27/28, 29, 30/31 (1983).
- Jäckle, Renate: Die Ärzte und die Politik. 1930 bis heute, München 1988.
- Jeschal, Godwin: Politik und Wissenschaft deutscher Ärzte im Ersten Weltkrieg. Eine Untersuchung anhand der Fach- und Standespresse und der Protokolle des Reichstags, Pattensen bei Hannover 1977.
- Jungmann Gerhard/Reuter, Hansheinz: Der Hartmannbund. 80 Jahre Politik für Patient und Arzt, Bonn 1980.
- Jütte, Robert: Medizin, Krankheit und Gesundheit um 1800, in: *Homöopathie 1796-1996. Eine Heilkunde und ihre Geschichte*, hg. von Sigrid Heinze, Berlin 1996, S. 13-26.
- Kaestner, Ingrid/Thom, Achim (Hg.): 575 Jahre Medizinische Fakultät der Universität Leipzig, Leipzig 1990.
- Kater, Hermann: Politiker und Ärzte. 600 Kurzbiographien und Porträts, Hameln 1968.
- Kater, Michael H.: Professionalization and Socialization of Physicians in Wilhelmine and Weimar Germany, in: *Journal of Contemporary History* 20 (1985), S. 677-701.

- Kater, Michael H.: Physicians in Crisis at the End of the Weimar Republic, in: *Unemployment and the Great Depression in Weimar Germany*, hg. von Peter D. Stachura, Houndmills und London 1986, S. 49-77.
- Kater, Michael H.: Medizin und Mediziner im Dritten Reich. Eine Bestandsaufnahme, in: *Historische Zeitschrift* 244 (1987), S. 299-352.
- Kater, Michael H.: Ärzte und Politik in Deutschland, 1848-1945, in: *Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung* 5 (1987), S. 34-48.
- Kater, Michael H.: Doctors under Hitler, Chapel Hill und London 1989.
- Keck, Alfred: Das DDR-Gesundheitswesen ist ein großer Selbstbedienungsladen, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 2.3.1990, S. 19.
- Keck, Alfred: Deutschland im Wiedererstehen. Euphorie - Enttäuschung - Hoffnung, Rosenheim 1991.
- Keck, Alfred: Zur Krise des Gesundheitssystems in der DDR, in: *Öffentliches Gesundheitswesen* 53 (1991), S. 202-205.
- Klee, Ernst: Irrsinn Ost - Irrsinn West. Psychiatrie in Deutschland, Frankfurt/M. 1993.
- Knüpling, Harm: Untersuchungen zur Vorgesichte der Deutschen Ärzteordnung von 1935, Med. Diss. Berlin 1965.
- Koordinierungsrat der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften der DDR (Hg.): Dokumentensammlung. Befehle der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland zum Gesundheits- und Sozialwesen, Berlin (Ost) 1976.
- Krönig, Waldemar/ Müller, Klaus-Dieter: Anpassung - Widerstand - Verfolgung. Hochschule und Studenten in SBZ und DDR 1945-1961, Köln 1994.
- Kudlien, Fridolf: Ärzte im Nationalsozialismus, Köln 1985.
- Kuhns, Georg: Fünfundzwanzig Jahre Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund), Leipzig 1925.
- Labisch, Alfons/Spree, Reinhard (Hg.): Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts, Bonn 1989.
- Labisch, Alfons/Tennstedt, Florian: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1934. Entwicklungen und Momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland, 2 Bde., Düsseldorf 1985.
- Labisch, Alfons: Die gesundheitspolitischen Vorstellungen der deutschen Sozialdemokratie von ihrer Gründung bis zur Parteilspaltung (1863-1917), in: *Archiv für Sozialgeschichte* 16 (1978), S. 325-370.
- Labisch, Alfons: Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit, Frankfurt/M. und New York 1992.
- Leibfried, Stephan/Tennstedt, Florian (Hg.): Berufsvorbote und Sozialpolitik 1933. Die Auswirkungen der nationalsozialistischen Machtergreifung auf die Krankenkassenverwaltung und die Kassenärzte, 3. Aufl. Bremen 1981.
- Leonhard, Wolfgang: Die Revolution entläßt ihre Kinder, Köln 1955.
- Lesky, Erna (Hg.): Sozialmedizin. Entwicklung und Selbstverständnis, Darmstadt 1977.
- Lifton, Robert Jay: Ärzte im Dritten Reich, Stuttgart 1988.
- Loetz, Francisca: Vom Kranken zum Patienten. „Medikalisierung“ und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750-1850, Stuttgart 1993.
- Loetz, Francisca: „Medikalisierung“ in Frankreich, Großbritannien und Deutschland, 1750-1850. Ansätze, Ergebnisse und Perspektiven der Forschung, in: *Das europäische Gesundheitssystem. Gemeinsamkeiten und Unterschiede in historischer Perspektive*, hg. von Wolfgang U. Eckart u. Robert Jütte, Stuttgart 1994, S. 123-161.
- Maehle, Andreas-Holger: Präventivmedizin als wissenschaftliches und gesellschaftliches Problem: Der Streit über das Reichsimpfgesetz von 1874, in: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 9 (1990), S. 127-148.
- Marx, Christoph: Die Entwicklung des ärztlichen Standes seit den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts, Berlin 1907.
- McClelland, Charles E.: The German experience of professionalization. Modern learned professions and their organizations from the early nineteenth century to the Hitler era, Cambridge 1991.
- Mecklinger, Ludwig: Soziale Sicherheit - eine Errungenschaft von 35 Jahren DDR, in: *humanitas* 25 (1984), S. 1.
- Meyer, Lutz: Gesundheitspolitik im „Vorwärts“ 1918-1933. Ein Beitrag zur Sozialgeschichte der Weimarer Republik, Med. Diss. Berlin 1986.
- Misselwitz, J.: Das Ende der DDR - Identitätsverlust und Identitätsgewinn, in: *Ärztblatt Thüringen*, Oktober 1991, S. 374-377.

- Mitscherlich, Alexander/Mielke, Fred (Hg.): Das Diktat der Menschenverachtung. Eine Dokumentation, Heidelberg 1947.
- Mitscherlich, Alexander/Mielke, Fred: Wissenschaft ohne Menschlichkeit, Medizinische und eugenische Irrwege unter Diktatur, Bürokratie und Krieg, Heidelberg 1949.
- Mitscherlich, Alexander/Mielke, Fred: Medizin ohne Menschlichkeit, 13. Auflage, Frankfurt/M. 1995.
- Mitter, Armin/Wolle, Stefan (Hg.): Ich liebe euch doch alle! Befehle und Lageberichte des MfS Januar – November 1989, Berlin 1990.
- Möhrle, Alfons: Der Arzt im Nationalsozialismus. Der Weg zum Nürnberger Ärzteprouzess und die Folgerungen daraus, Referat auf dem 99. Deutschen Ärztetag 1996, Köln, auszugsweise dokumentiert in: Deutsches Ärzteblatt 93 (1996), S. C-1952-1958.
- Möller, Holger: Erfahrungen und Erkenntnisse im zielgerichteten Einsatz von IM zur Erkennung und vorbeugenden Verhinderung von Absichten zur Stellung von Anträgen auf ständige Ausreise nach dem NSA und zur Begehung von Straftaten des ungesetzlichen Grenzübertretts durch Angehörige der medizinischen Intelligenz und des mittleren medizinischen Personals. Dipl.-Arbeit für die Hochschule des MfS Potsdam-Eiche, Juni 1989.
- Müller, Johannes: Die Wissenschaftlichen Vereine und Gesellschaften Deutschlands im 19. Jahrhundert, Reprint Hildesheim 1965.
- Müller, Klaus-Dieter/Osterloh, Jörg: Die Andere DDR. Eine studentische Widerstandsgruppe und ihr Schicksal im Spiegel persönlicher Erinnerungen und sowjetischer NKWD-Dokumente, 2. korrigierte Auflage Dresden 1996.
- Müller, Klaus-Dieter: Ärzte zwischen Widerstand und Anpassung, in: Deutsche Studien 120 (1993) u. 121 (1994), S. 336-348, S. 57-74.
- Müller, Klaus-Dieter: Die medizinische Versorgung in den Haftanstalten der DDR, in: Zur medizinischen, psychologischen und politischen Beurteilung von Haftfolgeschäden nach 1945 in Deutschland, hg. von der Gedenkstätte für die Opfer politischer Gewalt in Sachsen-Anhalt 1945-1989, Magdeburg 1995, S. 13-44.
- Müller, Klaus-Dieter: Zwischen Hippokrates und Lenin. Gespräche mit ost- und westdeutschen Ärzten über ihre Zeit in der SBZ und DDR, Köln 1994.
- Müller-Dietz, Waltraud: Ausbildung und Fortbildung der Ärzte in der DDR, Berlin 1973.
- Müller-Hegemann, Dietfried: Die Berliner Mauer-Krankheit, Herford 1973.
- Münch, Ragnhild: Gesundheitswesen im 18. und 19. Jahrhundert. Das Berliner Beispiel, Berlin 1995.
- Nagel, Eckhard: Historische Erfahrungen und ärztliches Handeln: Ethische Verpflichtungen bei Therapie und Forschung am Menschen, Referat auf dem 99. Deutschen Ärztetag 1996, Köln, unveröffentlichtes Manuskript.
- Naschold, Frieder: Kassenärzte und Krankenversicherungsreform. Zu einer Theorie der Statuspolitik, Freiburg/Brs. 1967.
- Neuffer, Hans: Die erhöhte Schlange. Eine Lebensgeschichte im Zeichen des Askulapstabes und des Kreuzes, Köln 1965.
- Neuhaus, Rolf: Arbeitskämpfe, Ärztestreiks, Sozialreformer. Sozialpolitische Konfliktregelung 1900 bis 1914, Berlin 1986.
- Niemann, Hans-Werner: Der Kampf der deutschen Ärzte gegen die gesetzlichen Krankenkassen (1883-1914). Ein Beitrag zur Sozialgeschichte und wirtschaftlichen Interessenvertretung des Ärztestandes unter besonderer Berücksichtigung der Provinz Hannover, in: Niedersächsisches Jahrbuch für Landesgeschichte 52 (1980), S. 265-282.
- Niemann, Heinz: Meinungsforschung in der DDR, Köln 1993.
- Niethammer, Lutz: Die volkseigene Erfahrung. Eine Archäologie des Lebens in der Industrieprovinz der DDR, Berlin 1991.
- Pagel, Marianne: Gesundheit und Hygiene. Zur Sozialgeschichte Lüneburgs im 19. Jahrhundert, Hannover 1992.
- Pampel, Bert: Was bedeutet „Aufarbeitung der Vergangenheit“?, in: Aus Politik und Zeitgeschichte B1/1995, S. 28.
- Parlow, Siegfried: Ärzte und ihr politisches Verhältnis zum Imperialismus in Vergangenheit und Gegenwart, in: Ärzte in der Entscheidung. Die medizinische Intelligenz in der BRD. Traditionen, Realitäten, Perspektiven, hg. von einem Autorenkollektiv (Leitung: Horst Spaar), Berlin 1984, S. 71-108.

- Parlow, Siegfried: Über einige Aspekte der politisch-ideologischen Haltung deutscher Ärzte in der November-Revolution 1918 bis zum Eisenacher Ärztetag im September 1919 unter besonderer Berücksichtigung der medizinischen Fachpresse, in: Der Arzt in der politischen Entscheidung, hg. von Ernst Luther u. Burchard Thaler, Halle (Saale) 1967, S. 49-74.
- Parlow, Siegfried/Winter, Irina: Der Kampf der ärztlichen Ständesorganisationen gegen die Krankenkassen in der Weimarer Republik, in: Entwicklung und Struktur des Gesundheitswesens. Argumente für eine soziale Medizin (V), Berlin 1974, S. 46-72.
- Peter, Jürgen: Der Nürnberger Ärzteprouzess im Spiegel seiner Aufarbeitung anhand der drei Dokumentensammlungen von Alexander Mitscherlich und Fred Mielke, Münster 1994.
- Petrowski, W.B.: Das sozialistische Gesundheitswesen in der UdSSR, Berlin (Ost) 1972.
- Plaut, Theodor: Der Gewerkschaftskampf der deutschen Ärzte, Karlsruhe 1913.
- Prange, Paul: Die Gesetzliche Krankenversicherung in der Zeit der Weimarer Republik (1919-1932), in: Beiträge zur Sozialversicherung, hg. von W. Rohrbeck, Berlin 1954, S. 209-230.
- Prenzel, Klaus: Die Berliner wissenschaftlichen und geselligen Vereine, Med. Diss. Berlin 1969.
- Pritzel, Konstantin: Gesundheitswesen und Gesundheitspolitik der DDR, Berlin 1978.
- Projektgruppe „Volk und Gesundheit“ (Hg.): Volk und Gesundheit. Heilen und Vernichten im Nationalsozialismus, 3. Aufl. Frankfurt/M. 1988.
- Prophylaxe als gesellschaftliche Notwendigkeit. Zum Verständnis der Medizin in der DDR, in: Colloquium 11 (1969), S. 12-14.
- Pross, Christian/Aly, Götz (Hg.): Der Wert des Menschen. Medizin in Deutschland 1918-1945, Berlin 1989.
- Puppe, Bernhard: Die Bestrebungen der deutschen Ärzte zu gemeinsamer Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen, Wiesbaden 1911.
- Rauskolb, Christa: Lobby in Weiß. Struktur und Politik der Ärzteverbände, Frankfurt/M. und Köln 1976.
- Redetzky, Hermann: Unsere Polikliniken. Entwicklung, Aufgaben und Ziele, Berlin (Ost) 1954.
- Regin, Cornelia: Selbsthilfe und Gesundheitspolitik. Die Naturheilbewegung im Kaiserreich (1889 bis 1914), Stuttgart 1995.
- Reulecke, Jürgen/Castell Rüdenhausen, Adelheid Gräfin zu (Hg.): Stadt und Gesundheit. Zum Wandel von „Volks Gesundheit“ und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert, Stuttgart 1991.
- Révész, Laszlo/Pommer, Hans Jörg: Der Arzt im Sowjetreich. Die sozialpolitische Stellung des Arztes zwischen sozialistisch-kommunistischem Gesundheitswesen und Gesellschaft, Bern 1965.
- Richter, Hermann Eberhard: Die ärztlichen Kreisvereine des Königreichs Sachsen in ihrer vierjährigen Wirksamkeit, Leipzig 1869.
- Richter, Hermann Eberhard: Geschichte und Literatur der Ärztevereine, in: Ärztliches Vereinsblatt 2 (1873), S. 65-74, 82-93.
- Roggemann, Herwig: Die Staatsordnung der DDR, 2. erweiterte und erweiterte Aufl., Berlin 1974.
- Rohden, Friedrich von: Der Ärztliche Verein zu Lübeck. 150 Jahre ärztlicher Geschichte 1899-1959, Lübeck 1959.
- Rosewitz, Bernd/Webber, Douglas: Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt/M. 1990.
- Ruban, Maria Elisabeth: Gesundheitswesen in der DDR. System und Basis, Gesundheits-erziehung, Gesundheitsverhalten, Leistungen der Ökonomie des Gesundheitswesens, Berlin 1981.
- Rychlik, Reinhard: Ärzte in der DDR. Ausbildung, Beruf und gesellschaftliche Stellung, Stuttgart 1983.
- Schadewaldt, Hans (unter Mitarbeit von Carla Lenz u. Peter P. Grzonka): 75 Jahre Hartmannbund – ein Kapitel deutscher Sozialpolitik, Bonn/Bad Godesberg 1975.
- Schmaltz, Hans Michael: Von der Medizinreformbewegung zur Ständesorganisation der Ärzte. Ein Beitrag zur Soziologie der Organisation und Entwicklung des ärztlichen Berufsstandes in Deutschland von der Mitte des 19. bis zum Anfang des 20. Jahrhunderts, Med. Diss. Frankfurt/M. 1977.
- Schmitt, Heinz: Entstehung und Wandlungen der Zielsetzungen, der Struktur und der Wirkungen der Berufsverbände, Berlin 1966.
- Schmuhl, Hans-Walter: Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens 1890-1945, Göttingen 1987.
- Scholmer, Joseph: Arzt in Workuta. Bericht aus einem sowjetischen Lager, München 1963.

- Scholz, Günther: Demokraten im Widerstand gegen die rote Diktatur. Fakten und Beispiele, Bonn und Berlin 1990.
- Segal, Lilli: Die Hohenpriester der Vernichtung. Anthropologen, Mediziner und Psychiater als Wegbereiter von Selektion und Mord im Dritten Reich, Berlin 1991.
- Seidel, Karl (Hg.): Im Dienst am Menschen. Erinnerungen an den Aufbau des sozialistischen Gesundheitswesens. Band 1: 1945 – 1949. Band 2: Erinnerungen II, Berlin (Ost) 1985/1989.
- Seidler, Eduard: Die akademische Elite und der neue Staat, in: Acta historica Leopoldina 22 (1995), S. 15-30.
- Siefert, Helmut: Das naturwissenschaftliche und medizinische Vereinswesen im deutschen Sprachgebiet (1750-1850), Hannover 1969.
- Sommer, Alexander: Arzt und Staat in Württemberg 1830-1930 im Spiegel des „Medizinischen Correspondenz-Blattes“, Stuttgart 1968.
- Sons, Hans-Ulrich: Gesundheitspolitik während der Besatzungszeit. Das öffentliche Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen 1945-1949, Wuppertal 1983.
- Sopade-Informationsdienst: Das Gesundheitswesen in der Sowjetzone (= Denkschriften 53), Bonn o.J.
- Sperling, Paul: Pg. Aesculap. Beitrag zur Geschichte der autoritär verwalteten Ärzteschaft, unveröffentlichtes masch. Manuskript, o.O. 1965.
- Spree, Reinhard: Zur Bedeutung des Gesundheitswesens für die Entwicklung der Lebenschancen der deutschen Bevölkerung zwischen 1870 und 1913, in: Staatliche Umverteilungspolitik in historischer Perspektive. Beiträge zur Entwicklung des Staatsinterventionismus in Deutschland und Österreich, hg. von Fritz Blaich, Berlin 1980, S. 165-223.
- Spree, Reinhard: Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Deutschen Kaiserreich, Göttingen 1981.
- Spree, Reinhard: Historische Statistik des Gesundheitswesens vom frühen 19. Jahrhundert bis 1938, Manuskript Konstanz 1990.
- Spree, Reinhard: Krankenhausentwicklung und Sozialpolitik in Deutschland während des 19. Jahrhunderts, in: Historische Zeitschrift 260 (1995), S. 75-105.
- Staaks, Ulrich: Sozialismus und Arztberuf haben das gleiche Anliegen, in: humanitas 10 (1976).
- Stein, Rosemarie: Die Charité 1945-1992. Ein Mythos von innen, Berlin 1992.
- Stobrawa, Franz F.: Die ärztlichen Organisationen in der Bundesrepublik Deutschland, Düsseldorf 1989.
- Stolberg, Michael: Heilkunde zwischen Staat und Bevölkerung. Angebot und Annahme medizinischer Versorgung in Oberfranken im frühen 19. Jahrhundert, Med. Diss. TU München 1986.
- Stollberg, Gunnar: Die Naturheilvereine im Deutschen Kaiserreich, in: Archiv für Sozialgeschichte 28 (1988), S. 287-305.
- Stössel, Jürgen-Peter: Staatseigentum Gesundheit. Medizinische Versorgung in der DDR, München 1978.
- Süß, Winfried: Machtstrukturen, Mangelversorgung, Menschengeschichte. Organisations- und sozialgeschichtliche Aspekte nationalsozialistischer Gesundheitspolitik 1939-1945, unveröffentlichte Magisterarbeit Universität München 1993.
- Tamm, Ingo: „Ein Stand im Dienst der nationalen Sache“. Positionen ärztlicher Standesorganisationen im Ersten Weltkrieg, in: Die Medizin und der Erste Weltkrieg, hg. von Wolfgang U. Eckart u. Christoph Gradmann, Pfaffenweiler 1996, S. 11-21.
- Tamm, Ingo: Die Entwicklung des Öffentlichen Gesundheitswesens an Beispielen aus Hannover und Linden (1850-1914), Tecklenburg 1992.
- Tenfelde, Klaus: Die Entfaltung des Vereinswesens während der Industriellen Revolution in Deutschland (1850-1873), in: Vereinswesen und bürgerliche Gesellschaft, hg. von Otto Dann, München 1984, S. 55-114.
- Tennstedt, Florian: Sozialgeschichte der Sozialversicherung, in: Handbuch der Sozialmedizin, hg. von Maria Blohmke u.a., Bd. 3: Sozialmedizin der Praxis, Stuttgart 1976, S. 385-492.
- Tennstedt, Florian: Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zur Gründung der Bundesrepublik Deutschland, Bonn 1977.
- Tennstedt, Florian: Vom Proleten zum Industriearbeiter. Arbeiterbewegung und Sozialpolitik in Deutschland 1800 bis 1914, Köln 1983.
- Thiele, Wilhelm: Zum Verhältnis von Ärzteschaft und Krankenkassen 1883 bis 1913, in: Entwicklung und Struktur des Gesundheitswesens. Argumente für eine soziale Medizin (V), Berlin 1974, S. 19-44.

- Thiersch, F.: Der Entwurf einer Reichsversicherungsordnung und der ärztliche Stand, in: Preußische Jahrbücher 137 (1909), S. 105-116.
- Thom, Achim/Caregorodcev, Genadij I. (Hg.): Medizin unterm Hakenkreuz, Berlin (Ost) 1989.
- Thomann, Klaus-Dieter: Auf dem Weg in den Faschismus. Medizin in Deutschland von der Jahrhundertwende bis 1933, in: Medizin, Faschismus, Widerstand. Drei Beiträge, hg. von Barbara Bromberger, Hans Mausbach u. Klaus-Dieter Thomann Köln 1985, S. 15-185.
- Thomsen, Peter: Ärzte auf dem Weg ins „Dritte Reich“. Studien zur Arbeitsmarktsituation, zum Selbstverständnis und zur Standespolitik der Ärzteschaft gegenüber der staatlichen Sozialversicherung während der Weimarer Republik, Husum 1996.
- Titze, Hartmut: Die zyklische Überproduktion von Akademikern im 19. und 20. Jahrhundert, in: Geschichte und Gesellschaft 10 (1984), S. 92-121.
- Trüb, C. L. Paul: Die geschichtliche Entwicklung des ärztlichen Standeswesens in Deutschland, ein Rückblick vom Jahre 1832 bis zum Jahre 1932, in: Medizinische Monatsschrift 15 (1961), S. 332-341, S. 478-488.
- Virchow, Rudolf: Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiet der öffentlichen Medizin und Seuchenlehre, Bd. 1, Berlin 1879.
- Vögele, Jörg: Die Entwicklung der (groß-)städtischen Gesundheitsverhältnisse in der Epoche des demographischen und epidemiologischen Übergangs, in: Stadt und Gesundheit. Zum Wandel von „Volksgesundheit“ und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert, hg. von Jürgen Reulecke und Adelheid Gräfin zu Castell Rüdtenhausen, Stuttgart 1991, S. 21-36.
- Vogt, Gerhard: Ärztliche Selbstverwaltung im Wandel. Eine historische Dokumentation am Beispiel der Ärztekammer Nordrhein, Köln 1996.
- Vor zwanzig Jahren. Deutsches Arzttum im Weltkrieg. Erlebnisse und Berichte, Leipzig 1935.
- Walter, Annelies: Die Geschichte des ärztlichen Vereinswesens in Halle a.S. 1830-1945, Med. Diss. Halle 1964 (masch. schr.).
- Wassermann, Rudolf: Zur Aufarbeitung des SED-Unrechts, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, B 4/1993, S. 3-12.
- Webber, Douglas: Die Kassenärztlichen Vereinigungen zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl, in: Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl, hg. von Renate Mayntz, Gütersloh 1992.
- Webber, Douglas: Krankheit, Geld und Politik: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland, in: Leviathan 16 (1988), S. 156-203.
- Webber, Douglas: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland - II. Teil: Norbert Blüms Gesundheitsreform und die Lobby, in: Leviathan 17 (1989), S. 262-300.
- Weber, Mathilde: Ärztinnen für Frauenkrankheiten, eine ethische und eine sanitäre Notwendigkeit, 2. Aufl. Tübingen 1888.
- Weindling, Paul: Health, race and German politics between national unification and Nazism, 1870-1945, Cambridge 1989.
- Weindling, Paul: Bourgeois values, doctors and the state: the professionalization of medicine in Germany 1848-1933, in: The German Bourgeoisie. Essays on the social history of the German middle class from the late eighteenth to the early twentieth century, hg. von David Blackbourn u. Richard J. Evans, London und New York 1991, S. 198-233.
- Weiß, Wilhelm: Das Gesundheitswesen in der Sowjetischen Besatzungszone, Bonn 1952.
- Weiß, Wilhelm: Das Gesundheitswesen in der Sowjetischen Besatzungszone. I: Textteil, II: Anlagenteil, Bonn 1957.
- Welsh, Helga A.: Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen, in: SBZ-Handbuch, hg. von Martin Broszat und Hermann Weber, München 1990, S. 244-252.
- Wiesner, Gerd E.: Zur Gesundheitslage der Bevölkerung in den neuen Bundesländern, München 1991.
- Winter, Kurt: Das Gesundheitswesen in der DDR. Eine Bilanz zum 25. Jahrestag der Staatsgründung, Berlin (Ost) 1974.
- Winter, Kurt: Medizinische Fakultäten auf dem Wege des Sozialismus, in: Das Hochschulwesen 1 (1958), S. 11-18.
- Wischhöfer, Bettina: Krankheit, Gesundheit und Gesellschaft in der Aufklärung. Das Beispiel Lippe 1750-1830, Frankfurt/M. 1991.
- Witzler, Beate: Großstadt und Hygiene. Kommunale Gesundheitspolitik in der Epoche der Urbanisierung, Stuttgart 1995.
- Wolf, W.: Zur Situation im Gesundheitswesen der ehemaligen Provinz Brandenburg im Jahre 1945 – Eine Dokumentation, o.O. 1975.

- Wolff, Eberhard: „...nichts weiter als eben einen unmittelbaren persönlichen Nutzen...“. Zur Entstehung und Ausbreitung der homöopathischen Laienbewegung, in: Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung 4 (1987), S. 61-97.
- Wolff, Eberhard: Gesundheitsverein und Medikalierungsprozeß. Der homöopathische Verein Heidenheim/Brenz zwischen 1886 und 1945, Tübingen 1989.
- Wolff, Eberhard: Medikalkultur und Modernisierung. Über die Industrialisierung des Gesundheitsverhaltens durch die Pockenschutzimpfung und deren Grenzen im 19. Jahrhundert, in: Der industrialisierte Mensch. 28. Volkskunde-Kongreß in Hagen, hg. von Michael Dauskardt u. Helge Gerndt, Münster 1993, S. 191-212.
- Wolff, Eberhard: Medizinkritik der Impfgegner im Spannungsfeld zwischen Lebenswelt und Wissenschaftsorientierung, in: Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich (ca. 1870- ca. 1833), hg. von Martin Dinges, Stuttgart 1996, S. 79-108.
- Wutke, Walter: Medizin im Nationalsozialismus. Ein Arbeitsbuch, Tübingen 1980.
- Wutke-Groneberg, Walter: Leistung, Vernichtung, Verwertung. Überlegungen zur Struktur der Nationalsozialistischen Medizin, in: Volk und Gesundheit - Heilen und Vernichten im Nationalsozialismus, hg. von der Projektgruppe „Volk und Gesundheit“, 3. Aufl. Frankfurt/M. 1988, S. 6-59.
- Ziegler, Beate: Weibliche Ärzte und Krankenkassen. Anfänge ärztlicher Berufstätigkeit von Frauen in Berlin 1893-1935, Weinheim 1993.
- ZK der SED u.a. (Hg.): Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Lebensfreude für den Sieg des Sozialismus, Berlin (Ost) 1960.

## Bildnachweis

- Archiv der Bundesärztekammer (Köln): 5-2, 5-4, 5-8, 5-9, 5-11, 5-14
- Archiv der Landesärztekammer Niedersachsen (Hannover): 5-1
- Archiv des Bundesbeauftragten für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen DDR (Berlin): 6-9
- Bayerische Staatsbibliothek (München): 2-14, 2-15, 2-19
- Bertelmanns-Universitätsverlag (Düsseldorf): 1-3
- Bildarchiv Stiftung Preußischer Kulturbesitz (Berlin): 3-1, 3-7, 3-24
- Brandenburgisches Landeshauptarchiv (Potsdam): 4-19
- Bundesarchiv (Koblenz): 3-9, 3-26, 4-1, 4-9, 4-18, 5-16
- Bundesarchiv (Potsdam): 6-4
- Culemann-Verlag (Hannover): 1-2
- Dietz-Verlag (Berlin): 6-1, 6-6
- Deutscher Ärzte-Verlag (Köln): 1-6
- Droste-Verlag (Düsseldorf): 4-7
- Edition Hentrich (Berlin): 3-23
- Fotoarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung (Stuttgart): 1-1, 1-4, 1-5, 1-8, 1-10, 1-11, 1-12, 1-13, 1-14, 2-10, 2-12, 2-17, 3-3, 3-11, 3-18, 3-21, 3-22, 4-10, 4-11, 4-12, 4-14
- Fotoarchiv des Deutschen Ärzteblattes (Köln): 1-15, 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 2-6, 2-11, 2-21, 3-14, 3-15, 4-20, 5-3, 5-5, 5-7, 5-10, 5-12, 5-13, 5-15, 5-17, 5-18, 5-19, 5-20, 5-21, 5-22, 5-23, 5-24, 5-25, 7-1, 7-2, 7-3, 7-4, 7-5, 7-6
- Germanisches Nationalmuseum (Nürnberg): 3-8
- Hanse-Stadt-Verlag (Hamburg): 2-16, 2-20
- Historisches Museum (Frankfurt/M.): 3-5
- Leo-Baeck-Institute (New York): 4-4
- Mabuse-Verlag (Frankfurt/M.): 3-12
- Macmillan Press (London): 3-16
- Mainfränkisches Museum (Würzburg): 1-7
- Archiv Axel-Hinrich Murken (Aachen): 3-20
- Museum of Modern Art (New York): 3-19
- NS-Dokumentationszentrum (Köln): 4-16
- Oldenbourg-Verlag (München): 6-3
- Privatarchiv Prof. Dr. Kurt Nemitz (Bremen): 3-13, 3-25, 4-5
- Privatarchiv Dr. Peter Neuffer (Stuttgart): 3-2
- Reimer-Verlag (Berlin): 4-8
- Spiegel-Verlag (Hamburg): 5-6
- Stadtarchiv Eisenach: 3-4
- Städtische Galerien im Lenbachhaus (München): 3-17
- Süddeutscher Verlag Bilderdienst (München): 3-6
- Privatarchiv Winfried Süß (München): 4-15
- Privatarchiv Hartmut Tietze (Scharnebeck): 2-13
- Ullstein-Bilderdienst (Berlin): 3-10
- Universität/Universitätsbuchhandlung Bremen: 4-6
- VEB Volk und Gesundheit (Berlin): 6-2, 6-7
- Verlag Sport und Gesundheit (Berlin): 4-13, 4-17