

# Das Krankenhaus in der Gesundheitspolitik der deutschen Sozialdemokratie vor dem Ersten Weltkrieg

Alfons Labisch

1. Das Krankenhaus in den gesundheitspolitischen Vorstellungen Karl Kautskys und Eduard Bernstein
2. Der Boykott der Königlichen Charité in Berlin
3. Das Krankenhaus in der sozialdemokratischen Kommunalpolitik in Berlin
4. Das Krankenhaus in der kommunalpolitischen Programmatik der SPD
5. Zusammenfassung

Krankengeschichte wird in der Bundesrepublik Deutschland vorwiegend als Geschichte von Bautypen betrieben; sozialhistorische Aspekte wurden bisher kaum beachtet – im Gegensatz etwa zur englischen Krankengeschichte, die teilweise sogar spezifisch soziologische Fragestellungen aufgreift. Während Methode und Stand der deutschen Krankengeschichte bereits andernorts diskutiert wurden (Labisch, 1979/80), soll im Folgenden ein inhaltlicher Beitrag zur Sozialgeschichte und historischen Soziologie des deutschen Krankenhauses um die Wende des 19. und 20. Jahrhunderts versucht werden. Gegenstand der Arbeit ist die Ideologie und Praxis der Krankenhauspolitik einer nichtmedizinischen gesellschaftlichen Gruppe, nämlich der sozialdemokratischen Arbeiterbewegung, dargestellt auf dem Hintergrund vorgegebener gesellschaftlicher Tatbestände. Gleichsam als Pole der Entwicklung, zwischen denen schließlich eine prägnantische Krankenhauspolitik als Bestandteil der Kommunalpolitik herausbildete, werden zum einen die Einordnung des Krankenhauses in die politische Theorie der SPD und zum anderen die anfänglich an Methoden des Arbeitskamps erinnernde praktische Krankenhauspolitik vornehmlich der sozialdemokratischen Arbeiterbewegung Berlins gesehen.

## 1. Das Krankenhaus in den gesundheitspolitischen Vorstellungen Karl Kautskys und Eduard Bernsteins

Karl Kautsky veröffentlichte 1892 in der 'Neuen Zeit', dem theoretischen Organ der sozialdemokratischen Partei Deutschlands, den kurzen Artikel „Medizinisches“ (Kautsky, 1891/92). Ausgangspunkt dieses Artikels war eine Broschüre des bekannten Rassehygienikers Wilhelm Schallmayer über die drohende körperliche Entartung der Kulturmenschen und die Verstaatlichung des ärztlichen Standes (Schallmayer, 1891). Nach Schallmayer wurde die natürliche Zuchtwahl durch die Fortschritte der Medizin und Hygiene behindert. Aus dieser These zog Schallmayer die Konsequenz, daß Medizin und Hygiene in den Dienst der natürlichen Zuchtwahl gestellt werden sollten, indem sie verhinderten, daß untaugliche Individuen zur Fortpflanzung gelangten. Daher schlug Schallmayer die Einführung von Krankenpässen vor, in die jede Erkrankung einzutragen sei. Das daraus sich ergebende statistische Material sollte der medizinischen Forschung und dem Studium der Erblichkeit zur Verfügung gestellt werden. Dies alles sei aber nur möglich, wenn der medizinische Beruf nicht mehr in freier privater ärztlicher Konkurrenz ausgeübt, sondern der Arzt zu einem Staatsbeamten werde. Kautsky folgert daraus:

„Was der Arzt hier im *Interesse der Wissenschaft* und seines *Berufes* fordert, ist das selbe, was die Sozialdemokratie im *Interesse der unbemittelten Volksschichten* verlangt.“ (Kautsky, 1891/92, S. 64<sup>1</sup>); Hervorhebung im Original)

An diese aus völlig verschiedenen Ansätzen folgende Übereinstimmung schließt Kautsky seine Überlegungen zur Organisation des Gesundheitswesens an. Unter den Forderungen des Erfurter Programms der SPD von 1891, die es in den bestehenden staatlichen Verhältnissen zu verwirklichen galt, wird unter Punkt 9 die „Unentgeltlichkeit der ärztlichen Hilfeleistung und Heilmittel“ verlangt. Über die Organisation des Gesundheitswesens wird im Programm zwar nichts ausgesagt, aber

„diese Organisation bedingt, unseres Erachtens mit Nothwendigkeit die Verstaatlichung des ärztlichen Berufs.“<sup>2</sup>

Offen sei nunmehr nur, in welcher Form dies am geeignetsten durchgeführt werden könne und welche Rückwirkungen sich auf die Gestaltung der ärztlichen Tätigkeit ergäben.

Die Voraussetzung für die Verstaatlichung einer einzelnen Tätigkeit bildet nach Kautsky deren gesellschaftliche Organisation. Die selbständige Tätigkeit eines einzelnen – mithin auch die Privatpraxen von Ärzten – könnten nicht verstaatlicht werden. Allerdings gäbe es mit dem Krankenhaus jetzt bereits öffentliche Anstalten, in denen der Arzt Staats- oder Kommunalbeamter sei.<sup>2</sup>

„Sie (so. die Krankenhäuser) und nicht die Privatpraxis des Arztes bilden unseres Erachtens den Punkt, von dem alle Versuche nach Verstaatlichung des ärztlichen Berufs und nach Einführung der Unentgeltlichkeit der ärztlichen Hilfeleistung und der Heilmittel auszugehen haben. Der wichtigste Schritt zur Durchföhrung dieser Bestrebungen besteht in einer entsprechenden *Erweiterung und Verbesserung der unentgeltlichen öffentlichen Krankenpflege*.“ (Kautsky, 1891/92, S. 64<sup>3</sup>)

Die allgemeine Entwicklung komme dieser sozialdemokratischen Forderung entgegen. Die Folgen der Industrialisierung für die traditionellen Familienverbände und die Wohnverhältnisse machten die bisher geübte Pflege der Kranken in der Familie unmöglich. Zugleich seien durch die technische Entwicklung in der Heilkunde die Anforderungen an die Krankenpflege gestiegen.

„Wie die moderne produktive Technik ihre vorteilhaften Wirkungen nur im Großbetrieb voll entfalten kann, so auch die moderne Heiltechnik nur in großen Heilanstalten.“ (Kautsky, 1891/92, S. 649)

Die private Krankenpflege müsse daher für die große Mehrheit der Bevölkerung notwendig durch die öffentliche Krankenpflege ersetzt werden. Die Zahl der Spitäler sei unzureichend, die Baulichkeiten und Einrichtungen seien veraltet, Ärzte und Pflegepersonal überlastet und schlecht bezahlt. Daher sei eine erhebliche Erweiterung und Verbesserung der öffentlichen Krankenpflege unumgänglich.

„Das kann aber nur geschehen dadurch, daß sie *Spatzstache* wird. Auf diese Weise ist es möglich, ein großartiges System von Heilanstalten aller Art — Krankenhäuser, Gebäranstalten, Bäder an Heilquellen, Luftkurstationen etc. etc. — zu schaffen, jedem Kranken ohne weiteres unentgeltlich offen steht und in dem ihm der dem größten Theil die Forderung nach der Unentgeltlichkeit der ärztlichen Hilfe einsetzt und die Forderung nach Verstaatlichung des ärztlichen Berufs andererseits.“ (Kautsky, 1891/92, S. 649 f.; Hervorhebung im Original)

Kautsky bezog sich bei seiner These, daß die medizinische Entwicklung selbst in die Richtung auf eine Verstaatlichung dränge, auf einen Vortrag des Wiener Chirurgen und Universitätsprofessors Eduard Albert, der zu ähnlichen Konsequenzen gekommen war. Albert führte unter anderem aus:

„Nahzu alle Ärzte auf dem Lande (in Oesterreich) sind im öffentlichen Sanitätsdienst angestellt, sind also Beamte. Und so sehen wir, daß der ärztliche Stand seine Stellung im gesellschaftlichen Leben ändert. Als die Medizin noch in der Epoche des Mythos, des Aberglaubens war, war der ärztliche Stand eigentlich nur ein Gewerbe-stand. Als die Medizin zu einer bloßen Wissenschaft geworden, wurde der ärztliche Stand zu einem Gelehrtenstand. Und wie die Medizin den Charakter einer wirklichen Stand zu einem Beamtenstand.“

Alle Argumente, welche heutzutage vorgebracht werden, um prinzipiell zu erwägen, ob der ärztliche Stand zu verstaatlichen sei oder nicht, sind gut und schön. Ob man eine immer größere Zahl von Aerzten in öffentlichen Diensten stehen wird.“<sup>3</sup>

Nur kurze Zeit, nachdem Kautskys Aufsatz erschienen war, änderte sich auch Eduard Bernstein, der zweite führende Theoretiker der SPD, zur Organisation des Gesundheitswesens (Bernstein, 1892/93). Ausgangspunkt war auch für seinen Artikel das Werk eines bürgerlichen Arztes und Wissenschaftlers, nämlich Havelock Ellis' Buch über die Nationalisierung der Gesundheitspflege (Ellis, 1892). Ellis griff in diesem Buch zahlreiche Probleme des Gesundheitswesens von einzelnen Volkskrankheiten über Krankheitsstatistiken, Fabrikinspektion und Arbeitsmedizin auf. Eine zentrale Rolle fällt in seiner Untersuchung dem Hospitalwesen zu. Nach Ellis ist die alte Struktur des Gesundheitswesens — die private Praxis

eines jede Krankheit kurierenden „Dr. Jack-of-all-trades“ („Dr. Hans-Dampf-in-Allen-Gassen“) und die ausschließlich für die Armen eingerichtete, freie wohltätige Hospitalpflege — organisatorisch, wirtschaftlich und in ihrer Effizienz von der modernen medizinisch-wissenschaftlichen und industriellen Entwicklung überholt. In der Gesundheitspflege sei der Bekämpfung der Krankheitsursachen endlich der Vorrang vor der kurativen Medizin zu geben. Im Zentrum der medizinischen Versorgung müsse das reorganisierte, in öffentlicher Verwaltung befindliche Krankenhaus stehen, und zwar in enger Verbindung mit den sanitären Organisationen des Landes. An den großen Krankenhäusern würden letztlich alle Ärzte einer Region beschäftigt sein, alle Bürger würden in einem Verband von Organisationen der Gesundheitsversicherung betreut. Die privatärztliche Tätigkeit sollte zwar nicht verboten werden; allerdings könne kein Arzt eine solche medizinische Versorgung anbieten wie ein Krankenhaus. Die wenigen frei praktizierenden Ärzte sollten daher späterhin in Verbindung mit den Hospitalärzten arbeiten. Allerdings sei die Reorganisation des Hospitalwesens nur ein Teil der Nationalisierung der Gesundheitspflege. Ebenso wichtig sei die Überwachung und Lenkung der Industriearbeit. Denn schließlich seien es die gesundheitsschädlichen Arbeitsbedingungen, die den Hospitalären so viele Kranke zuführen würden.

Nach Bernsteins Ansicht liefert das Buch von Ellis den Beweis dafür, „daß die gegenwärtige Gesellschaft selbst in steigendem Maße sowohl die ökonomischen, wie die politischen, sozialen und moralischen Elemente entwickelt, welche zusammen eines Tages das Fundament der sozialistischen Gesellschaft bilden werden.“ (Bernstein, 1892/93, S. 716)

Auch in Deutschland spiele sich eine Revolution in den Berufsverhältnissen der Ärzte ab, die eine wachsende Zahl von Ärzten in die ökonomische und soziale Position wenn nicht von Proletariern, so doch von Subalternbeamten drücken würde. Für Bernstein ist die Veränderung in der Lage der Ärzteschaft ein Vorgang, der auf einer bestimmten Stufe der bürgerlichen Gesellschaft unvermeidlich ist. Zwar beschleunigt das Krankenversicherungsgesetz und das Kassenarztwesen diese Entwicklung. Hauptgrund sei jedoch die Entwicklung der Heilkunde zu einer komplizierten Wissenschaft; diese erfordere immer mehr Spezialärzte, denen allerdings ein Vorrang der bisherigen Hausärzte mangle:

„die auf jahrelange Bekanntheit und Beobachtung begründete Kenntnis der allgemeinen Konstitution des Patienten.“<sup>4</sup>

Aus eben diesen — prinzipiell für Deutschland und England geltenden — Gründen fordere Ellis die vollständige Umwälzung der Heilpraxis:

„Alle die vorerwähnten Umstände: die offenkundigen Schäden des Kassenarztwesens, die, wenn wir uns so ausdrücken dürfen, technische Differenzierung der medizinischen Wissenschaft und Praxis, sowie noch andere heute sich zeigende Uebel veranlassen Herrn Havelock Ellis, einer vollständigen Umwälzung der Heilpraxis, der *Nationalisierung* oder *Sozialisierung* (S. 22) der Gesundheitspflege das Wort zu reden.“ (Bernstein, 1892/93, S. 718; Hervorhebung im Original)

Nach Ellis sei der in Wirklichkeit bereits angelegte Keim der weiteren Entwicklung

„wie auf dem Gebiet der Produktion das technisch auf der Höhe der Entwicklung stehende, nach wissenschaftlichen Grundsätzen eingerichtete und geleitete Fabrik-Etablissement, so hier das die Vortheile der Arbeitsteilung mit den Vorzügen der Allseitigkeit verbindende *Krankenhaus*.“ (Bernstein, 1892/93, S. 719; Hervorhebung im Original)

Bernstein schließt nach einem ausführlichen Referat von Ellis' Buch mit dem Satz:

„Das Charakteristische seines Buches liegt in dem oben skizzierten Vorschlage, das in demokratischem Geiste — der fachmännische Leistung natürlich nicht ausschließt — reorganisierte Krankenhaus zum Zentralspunkt der Vergesellschaftung der Gesundheitspflege zu wählen, und daß dieser Vorschlag bei ihm rein empirisch, aus den tatsächlichen Verhältnissen heraus entwickelt und begründet wird.“ (Bernstein, 1892/93, S. 721)

Kautsky und Bernstein waren auf medizinischem Fachgebiet nur interessierte Laien. Fragen zur Organisation des Gesundheitswesens gingen nie als marxistische Gesellschaftswissenschaftler und Politiker an. Die Organisation des Gesundheitswesens war zwar durch die bisher vorwiegend theoretische gesundheitspolitische Erörterung in der Partei und durch den Punkt 9 des Erfurter Programms zur Diskussion gestellt worden. Indes mußte der mögliche Rahmen und die medizinischen Grundlagen dieser Diskussion erst durch fachwissenschaftliche Autoren an die Theoretiker der Partei herangetragen werden. Dabei wurden verschiedene Gedanken einer sozioökonomischen Analyse der gesamten Gesellschaft basierenden Forderung der SPD eine völlig neue Zielrichtung. Diesen Austausch der Argumentation zeigt besonders der Kommentar Kautskys zur Veröffentlichung Schallmayers: Schallmayer und Kautsky haben zwar eine verteilbare Organisation des Gesundheitswesens vor Augen, Ansatzpunkt und Zielsetzung gehen aber völlig auseinander. Der medizinisch-eugenische Ansatz Schallmayers wird von Kautsky zwar referiert, Ausgangspunkt für Kautskys weitere Überlegungen ist aber der Grad der gesellschaftlichen Organisation der Produktionsstätigkeit; dieses Modell der Entwicklung der vaterpraxis oder Krankenhaus — übertragen. Die in der Entwicklung der Produktionsverhältnisse eingebettete allgemeine soziale Entwicklung — die Zerstörung der Großfamilie und die Wohnverhältnisse — wie auch die medizinisch-technische Entwicklung weisen ebenfalls auf das Krankenhaus als Zentrum der zukünftigen medizinischen Versorgung hin. Für Kautsky besteht demnach zwischen den gesundheitspolitischen Forderungen des Erfurter Programms und der als gegeben und erkennbar angesehenen allgemeinen ökonomischen, sozialen und medizinischen Entwicklung enger Zusammenhang. Obendrein stimmen die im Interesse der unteren Volksschichten erhobenen sozialdemokratischen Forderungen mit den Forderungen bekannter bürgerlicher Ärzte zur Organisation der ärztlichen Tätigkeit überein.

## 2. Der Boykott der Königlichen Charité in Berlin

Fast zur gleichen Zeit, als in der 'Neuen Zeit' die theoretische Diskussion über die Funktion des Krankenhauses in der sozialdemokratischen Gesundheitspolitik begann, griffen auch die ersten sozialdemokratischen Kommunalpolitiker in Berlin das Problem der Krankenhausversorgung auf — allerdings aus einem dringlichen Anlaß und mit sehr handfesten Methoden. Als 1892 in Hamburg die letzte Choleraepidemie in Deutschland wütete, hielt die Fraktion der Sozialdemokraten im Berliner Stadtparlament die für Berlin vorgesehene Maßnahmen nicht für ausreichend, drang aber mit ihren Forderungen nach einem städtischen Gesundheitsamt zur planmäßigen Beseitigung aller sanitätswidrigen Verhältnisse nicht durch. Deshalb forderte Ignaz Zadek, einer der ersten Ärzte, der der SPD beitrug, die Arbeiter zum selbständigen Eingreifen auf. Im 'Vorwärts', dem Organ der SPD, das täglich gleichzeitig als 'Berliner Volksblatt' erschien, veröffentlichte Zadek am 11. September 1892 einen Aufruf, daß die Arbeiterschaft wegen der ungenügenden öffentlichen Vorsorge wieder zur Selbsthilfe greifen und eigene Sanitätskontrollen durchführen müßte. Daraufhin erklärten sich über hundert Personen, darunter mehrere Ärzte, zur Mitarbeit bereit. Ein provisorisches, aus Arbeitern, Technikern und sonstigen Fachleuten zusammengesetztes Komitee übernahm die vorbereitenden Arbeiten — darunter auch Gustav Dietrich, Gründungsmitglied des „Lehrkursus der Berliner Arbeiter zur ersten Hilfe bei Unglücksfällen“, einer weiteren Selbsthilfeeinrichtung der Arbeiterschaft, aus der später der „Arbeiter-Samariter-Bund“ (=ASB) hervorging (Labisch, 1978). Am 6. Oktober 1892 wurde die „Arbeiter-Sanitätskommission“ (=ASK) mit Ignaz Zadek als Vorsitzendem gegründet (Bernstein, 1910, S. 383-389). Die ASK führte unter fachlicher Leitung und strenger Selbstkontrolle regelmäßige hygienische Kontrollen durch. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen wurden im 'Vorwärts' oder in eigenen Broschüren veröffentlicht.<sup>6</sup>

Die ASK machte auch vor den ehrwürdigen Mauern der Königlichen Charité nicht halt. Nicht nur die sanitären Verhältnisse, sondern auch die Behandlung der Patienten — und dies waren in der Mehrzahl Arbeiter und Arbeiterinnen — wurden als Mißstand empfunden. Allerdings hatten die Arbeiter in der Auseinandersetzung mit der Charité nicht unbedingt das Wohlwollen der Behörden zu berücksichtigen. Vielmehr war die Charité als Ausbildungsstätte auf Patienten angewiesen. Die ASK machte die Arbeiterschaft und ihre Krankenkasse darauf aufmerksam, wie die Leitung der Charité dazu gezwungen werden könne, erkrankte Arbeiter anständig zu behandeln. Eine Kommission der Berliner Arbeiterkrankenkassen erstellte daraufhin ein Programm von 19 Forderungen und rief im September 1893 zum Boykott der Charité auf. Diese Forderungen der „Kommission der Kranken-Kassen für den Boykott der Charité“ sind ein bereites Zeugnis der Beschwerden der Krankenhauspatienten:

„A. Betreffs der Baulichkeiten:

1. Außerdienststellung der hygienisch unbrauchbaren Krankenzimmer.
2. Beschaffung genügender Räumlichkeiten durch Neuerrichtung von Pavillons und Baracken.

3. Einrichtung von Nebenräumlichkeiten in allen Kranken-Abteilungen für Wasch- und Bade-Einrichtung, Klosets, interimsistische Leichen-Aufbewahrung etc.
4. Verbesserung der Ventilations- und Heiz-Vorrichtungen in einer der Neuzeit entsprechenden Weise.
5. Freundliche Ausstattung der Krankensäle und Schaffung von Räumlichkeiten für die nichtbettlägerigen Kranken.

B. Betreffs der Kranken-Behandlung:

1. Unterstellung der Verwaltung und des gesamten Wärtersonnals unter die Oberleitung der Ärzte.
2. Rekrutierung des ärztlichen Assistenten- und Unter-Assistenten-Personals durch wissenschaftlichen Wettbewerb. Zu diesem Wettbewerb sind auch Militärärzte zuzulassen.
3. Anstellung eines ausreichenden und durchgebildeten Wärter-Personals.
4. Freundliche und liebevolle Behandlung der Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung; Fortfall der militärischen Disziplin und des Kasernenones.
5. Beschaffung besserer, das heißt genügender, schmackhafter und abwechslungsreicher Kost.
6. Schnelle Ausführung der ärztlichen Verordnungen in bezug auf Arzneien, Extrakt etc.
7. Völlige Freiheit der Kranken in bezug auf Verwendung zu Unterrichts- und Demonstrationszwecken.
8. Völlige Freiheit der Kranken in der Wahl ihrer Lektüre, Fortfall der religiösen und politischen Beeinflussung.
9. Rechtzeitige Benachrichtigung vom Ableben eines Kranken an Anverwandte und Kassenvorstände.
10. Unbeschränkter Zutritt zu den Krankenhaus-Räumen für Kassens-Vorstände und die Arbeiter-Kontrollkommission.

C. Spezial-Forderungen für die Neue Charité:

1. Wegfall aller gefängnisartigen Einrichtungen und Maßregeln, Wegfall aller Disziplinarrufen, Gleichstellung der Geschlechtskranken mit allen anderen Kranken in bezug auf Empfang von Besuchen, Ausgehzeit, Korrespondenz etc.
2. Schonung des Schamgefühls der Patienten und Behandlung derselben lediglich als Kranke und nicht als Zuhälter.
3. Absonderung der polizeilich eingelieferten Verbrecher, Zuhälter und Prostituierten von den übrigen Kranken.
4. Ausführung der Operationen unter allen Kauteilen moderner Operationstechnik und damit Benutzung der der Wissenschaft zu Gebote stehenden schmerzstillenden Mittel.“ (Bernstein, 1910, S. 388)

In der Folgezeit gingen — so Bernstein — die Einnahmen der Charité aus Zahlungen verschiedener Berliner Ortstranken-Kassen nach Angaben der Kassen von 79.278 RM für vier Quartale im Jahre 1893 auf 18.422 RM für die ersten drei Quartale im Jahre 1894 zurück. Im Oktober 1894 bemühten verschiedene Staatsminister und hohe technische Staatsbeamte gemeinsam die Charité, um — so berichtet weiterhin Bernstein — mit persönlichem Augenschein die Berechtigung des Boykotts zu prüfen und die größten Mißstände zu beseitigen.

Nach Bernstein gab man nie öffentlich zu, daß die beklagten Mißstände wegen des Boykotts beseitigt wurden. Schiebe, der spätere ärztliche Direktor der Charité, berichtet in seiner Untersuchung zur Geschichte der Charité, daß seit Ende der achtziger Jahre des 19. Jahrhunderts Verhand-

lungen über den Um- und Neubau der Charité geführt wurden — allerdings zunächst ohne Ergebnis. Am 16. November 1894 habe eine gemeinschaftliche Besichtigung der Charité durch „die Minister des Kultus, des Krieges, der öffentlichen Arbeiten und der Finanzen“ stattgefunden. Diese Besichtigung habe zu dem einstimmigen Ergebnis geführt, den Neu- bzw. Umbau „schleunigst in die Hand“ zu nehmen (Schiebe, 1910). Nach umfassenden Vorarbeiten wurde die Gesetzesvorlage über die Neugestaltung der Charité am 11. März 1897 vom Preussischen König genehmigt und am 6. April 1897 vom Preussischen Landtag angenommen.

Bernstein überschätzt wahrscheinlich den Einfluß des Boykotts. Auf jeden Fall aber wurde durch diesen Boykott dem Krankenhaus ein erheblicher Stellenwert auch in der praktischen Gesundheitspolitik der sozialdemokratischen Arbeiterbewegung zugewiesen. Weiterhin trat während dieses Boykotts neben der Arbeiterschaft eine weitere Gruppe auf dem Feld der Krankenhauspolitik auf, die sich in der Zukunft zu einem wesentlichen Faktor in diesem Bereich entwickeln sollte, nämlich die Krankenkassen.

Der Boykott der Charité war aus einem greifbaren Anlaß heraus durchgeführt worden und verfolgte naheliegende Ziele. In einem Artikel in „Vorwärts“ wurde die hygienische Untersuchung der Krankenhäuser in einen größeren theoretischen und gesundheitspolitischen Rahmen gestellt;<sup>7</sup> in diesem Artikel heißt es unter anderem:

„Die Krankenhausbearbeitung gewinnt immer größere Bedeutung; einmal werden immer weitere Kreise infolge der Verschlechterung ihrer ökonomischen Lage, unzureichender Wohnungsverhältnisse und häuslicher Pflege auf das Krankenhaus angewiesen, und andererseits wächst mit der fortschreitenden Erkenntnis das Gebot der ausstechenden Krankheiten, welche Absonderung von den Gesunden erheischen, von Jahr zu Jahr mehr an. Die Krankenhausbearbeitung resp. die Behandlung in Kurorten und Sanatorien ist unweifelhaft die Behandlung der Zukunft für alle schweren Störungen der Gesundheit, sie wird auch bei jedem größeren operativen Eingriff, Entbindungen etc. an die Stelle der häuslichen Behandlung treten, da die Beobachtung der peinlichsten Sauberkeit, der Asepsis und Antisepsis, nur dort strikte durchgeführt werden kann.“

Auch in den besitzenden Klassen macht sich bereits diese Entwicklung geltend, von Jahr zu Jahr mehr sieht sich die Zahl der luxuriös ausgestatteten Privat-Heilanstalten und Sanatorien. Dagegen wenden unsere öffentlichen Anstalten fast ausschließlich von den besitzlosen Klassen benutzt und tragen deshalb in ihrem ganzen Aussehen, in Behandlung und Verpflegung mehr oder weniger deutlich den Stempel der öffentlichen Armenpflege an sich. Hat ja bis vor kurzem noch die unenigliche Verpflegung in unseren städtischen Krankenhäusern den Makel der Unterstützung aus öffentlichen Mitteln, den Verlust des Wahrheits, zur Folge gehabt, die Aufnahme in ein Krankenhaus muß jedem Kranken, der dessen bedarf, frei stehen, gleichviel, ob er Geld hat oder nicht, ob er Jude oder Heide ist. Melde sich jemand zur Aufnahme, so handelt es sich nur darum, ob er krank ist und ob seine Verhältnisse die Aufnahme in ein Krankenhaus verlangen. Bis jetzt war es aber umgekehrt; man fragte zuerst, ob der Mensch bezahlen könne oder ob ein anderer für ihn zu bezahlen die Verpflichtung habe, und nur im äußersten Notfalle, wo es geradezu negativer Mord gewesen sein würde, jemanden abzuweisen, entschied man sich zuweilen für „vorläufig“ unenigliche Aufnahme. Wie in dem Armenwesen überhaupt, so suchte auch in dem Krankenhaus eher seine Verpflichtungen immer dem anderen zuzuschreiben und die Anmeldegebühr aus der Krankenhäuser haben leider den üblen Ruf, den sie besitzen, verdient, weil in ihnen nicht die christliche Barmherzigkeit, nicht die soziale Brüderlichkeit, nicht das natürliche Recht, sondern nur der starre Aktenformalismus zu Hause war.“ So schrieb Virchow 1848, und noch heute findet in vielen Krankenhäusern nach wie vor die Aufnahme nur gegen Bezahlung statt, in allen werden Unter-

schiede zwischen erster und zweiter Station, zwischen Kranken, die wenig, und solchen, die mehr bezahlen, gemacht, in allen besteht das heisse Bestreben, Einnahmen und Ausgaben möglichst gegen einander zu balancieren (...). Die Kranken verbieten nicht so lange in der Anstalt als es ihr Zustand erfordert, sondern werden vielfach 'gebessert' entlassen, weil neue Aufnahmen drängen.

All diese Schranken einer wirklichen Hygiene gehören zum Wesen der bürgerlichen Gesellschaft und werden erst mit ihr fallen. Es darf garnicht in Frage kommen, wieviel Geld eine solche Anstalt kostet. Entweder erkennt man die Verpflichtung der Gesamtheit, das Staats- und der Gemeinde, an und dann muß auch das Geld geschaffert werden, oder man erkennt sie nicht an, aber dann sage man nicht erst, daß eine öffentliche Gesundheitspflege existiere. (Virchow 1848)

Erst in der sozialistischen Gesellschaft wird die völlige Unentgeltlichkeit der gesamten Krankenpflege eine selbstverständliche Leistung der Gesamtheit sein — selbstverständlich, da die Gesamtheit den Nutzen einer schnellen und gründlichen Wiederherstellung aller ihrer Mitglieder hat —, wird mit den Armen die Armenpflege, die Unterscheidung zwischen zahlenden und nicht zahlenden Kranken, zwischen dürftigen öffentlichen und prächtigen privaten Heilanstalten verschwinden. "

In den einzelnen Beschwerdepunkten gegen die Charité kann sich der Verfasser wieder auf Virchows Kritik der Krankenpflege aus dem Jahre 1848 berufen. Eine Besserung sei allerdings in der Zwischenszeit nicht eingetreten. Der Artikel schließt:

"Den organisierten Kassen und ihren Vorständen, namentlich dem *Gewerkskrankenverein*, der Jahr für Jahr einen großen Theil sämmtlicher Einnahmen der Charité stellt und namentlich der Charité gegenüber ihren Pflichten als Arbeitervertreter abzuwägen, daß sie derartige Zustände stillschweigend geduldet haben und noch dulden. Man vergesse doch nicht, daß die Charité von den Arbeitern abhängt, nicht verheimlicht werden darf, seine Kranken nicht mehr in die Charité zu senden, um all diesen großen Verdrüssen gegen moderne Anschauungen und Anforderungen der Hygiene wie z.B. der Ausnahmestellung der Geschlechtskranken ein Ende zu machen. Aber leider — auch in dem Gewerks-Krankenverein herrscht jener bureaukratische Geist des proletarischen Klasseninstinkts. Um so mehr wird es Zeit sein, daß andere Organisationsen und andere Männer an die Spitze derselben treten und gegenüber den bureaukratischen Verwaltungen energisch das Interesse der Kassensmitglieder, der Besitzer, wahren.

Bei der Krankenbehandlung in öffentlichen Anstalten ist das Beste gerade gut genug. Alle rein pekuniären Fragen dürfen in einem wohl eingerichteten Staate garnicht aufgeworfen werden. Eine billige Sparsamkeit ist gewiß überall zu empfehlen, allein es darf nicht mehr vorkommen, daß man den Kranken die notwendigen Erfordernisse einer zweckmäßigen Behandlung vorenthält . . . oder daß man an den Kranken es bei unsemem Militär der Fall ist. Dieser süßere Glanz bei innerem Elend war aber der eigentliche Charakter des alten Regiments." (Virchow 1848)

Anlaß für den Boykott der Charité waren zunächst lediglich die schlechten hygienischen Zustände. Diese unmittelbar faßbaren Mißstände wurden aber zum Anlaß genommen, die allgemein menschlichen wie auch die pflegerische und die medizinische Behandlung der Patienten dieses Krankenhauses grundsätzlich gemäß den neuen Anforderungen an die medizinische Versorgung im Krankenhaus zu beurteilen und zu kritisieren. Klagen über hygienische Mißstände mündeten schließlich in einem breit gefächerten Forderungskatalog zur Behandlung des Kranken in einem Krankenhaus. Diese auf die innere Organisation des Krankenhauses be-

schränkten krankenhauspolitischen Forderungen wurden gemeinsam von der Arbeiterschaft und ihren Krankenkassen formuliert und vertreten. Dieser Wandel bedeutet zunächst eine völlige Abkehr von der überkommenen Rolle des Arbeiters als Hospitalpatient. Die Arbeiter wollten nicht mehr das geduldige Objekt einer medizinischen Betreuung sein, die ihnen Hilfe dafür versprach, daß sie sich zu Ausbildungs- und Demonstrationzwecken zur Verfügung stellten. Der Anspruch auf eine zeitgemäße medizinische Versorgung im Krankenhaus wurde mit der Bezahlung der Behandlung begründet. Mit der Finanzierung der Krankenhauspflge fiel damit den Arbeiterkrankenkassen auch eine politische Aufgabe zu, die hier — fast zehn Jahre nach der Einrichtung der gesetzlichen Krankenkassen — öffentlich formuliert und inhaltlich vorgestellt wurde (vgl. u. S. 142). Die unmittelbar auf die Charité bezogenen Forderungen wurden durch den Artikel im 'Vorwärts' zu einer einheitlichen politischen Konzeption verarbeitet. Als Grundlage dienten dem Verfasser die tatsächlichen Erfahrungen und Beschwerden von Arbeitern in der Charité, allgemeine theoretische Überlegungen aus der sozialmedizinischen Bewegung von 1848/49 und die theoretischen gesundheitspolitischen Vorstellungen seiner Partei.

### 3. Das Krankenhaus in der sozialdemokratischen Kommunalpolitik in Berlin

Nachdem sozialdemokratische Politiker seit den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts in Stadtparlamenten vertreten waren, rückte auch das städtische Krankenhauswesen in ihr Blickfeld. Ein besonderer Anlaß zur Klage war für die sozialdemokratischen Stadtverordneten in Berlin die Überführung der städtischen Krankenanstalten; nach Mitteilungen des Magistrats — so berichtet Paul Hirsch (Hirsch, 1908, S. 106-118) — fehlten 1893 an der für Berlin notwendigen Zahl an Krankenhausbetten 400, 1898 waren es 700 und im Jahre 1900 mindestens 1.000. Die sozialdemokratische Fraktion stellte deshalb wiederholt den Antrag, geeignete Räume hinzuzumieten und rechtzeitig den Bau eines fünften städtischen Krankenhauses — das Rudolf-Virchow-Krankenhaus sollte als vierte städtische Krankenanstalt erst 1904 fertig werden — in Angriff zu nehmen. Auch die Krankenkassen schalteten sich in diese Diskussion ein und lieferten Material für weitergehende Forderungen zum Ausbau des Krankenhauses. Bei den Auseinandersetzungen in der Stadtrordnungsversammlung wurde deutlich, daß die städtische Verwaltung teilweise noch an dem alten Bild des Krankenhauses als eines Instrumentes der Armenpflege festhielt. Der Oberbürgermeister Berlins, Kirschner, beispielsweise stellte

sich auf den rein formellen Standpunkt, daß die Stadt nicht verpflichtet sei, jeden Einwohner in einem Krankenhaus zu verpflegen, der den Wunsch nach Krankenhausbehandlung hat oder für den der Arzt diesen Wunsch ausspricht, sondern daß die Verwaltung nur die Pflicht habe, diejenigen Kranken zu verpflegen, die sie rechtlich zu verpflegen verpflichtet sei, nämlich die Armen."<sup>9</sup>

Nach der endgültigen Fertigstellung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses im Jahre 1906 besserten sich zwar die Verhältnisse im städtischen

Krankenhauswesen. Paul Singer, der damalige Führer der Berliner Sozialdemokratie, gab aber zu bedenken, daß weiterhin zahlreiche Kranke wegen Platzmangels von den Krankenhausverwaltungen zurückgewiesen werden müßten. Dr. Weyl schlug deshalb vor, gesonderte Gensungsstühle einzurichten, und zwar insbesondere für Patienten, die aus sozialen Rücksichten aufgenommen worden seien, weil es keine anderen Einrichtungen für sie gab. Der Gedanke, daß das moderne Krankenhaus eine Institution lediglich zu Heilungszwecken sei, sollte demnach streng durchgeführt werden.

Bei ihren Überlegungen, Vorschlägen und Forderungen ließen sich die sozialdemokratischen Stadtverordneten zunächst nicht von fiskalischen Überlegungen leiten. Deshalb ließen sie auch gegen jede Erhöhung der Kur- und Pflegeungskosten Sturm. Diese Erhöhungen erfolgten allerdings oft zwangsläufig: wenn staatliche Krankenanstalten — so zum Beispiel die Charité 1899 und 1906 — ihren Verpflichtungssatz erhöhten, mußte der Magistrat Berlins nothgedrungen nachziehen, weil er zum einen für die Pflege Berliner Bürger an diese staatlichen Einrichtungen Entschädigungen zahlen mußte und weil er zum anderen befürchtete, daß die nun zunächst billigeren städtischen Krankenanstalten bald vollends überlaufen wären.

Auch Mißstände in den städtischen Krankenanstalten wurden von den sozialdemokratischen Stadtverordneten angegriffen. So führten sie bei spielsweise die ungenügende Versorgung der Irren darauf zurück, daß es bei den niedrigen Löhnen und langen Arbeitszeiten unmöglich sei, ein genügend ausgebildetes Pflegepersonal zu bekommen. Die sozialdemokratischen Stadtverordneten forderten daher in jeder Ertatberatung, die Krankenwärter besserzustellen. Auch forderten die sozialdemokratischen Stadtverordneten seit 1894 eine Reform des ärztlichen Dienstes in den Krankenanstalten, insbesondere eine Erhöhung des ärztlichen Personalstandes. Leitender Arzt und mindestens zwei Assistenten angestellt werden müßten — dieselbe Forderung wurde übrigens auch vom Berliner Centralausschuß der ärztlichen Standesvereine erhoben.<sup>10</sup> Während der Verhandlungen stellte Zadek in der Sitzung am 21. Juli 1894 „in Namen der Arbeiterklasse“ folgendes Programm auf,

„daß auch ihr die Fortschritte der Heilkunst zuteil werden. Einmal würden durch den Zwang der Verhältnisse, durch die schlechten Wohnungen in Berlin immer weitere Kreise genötigt, in die Krankenhäuser zu gehen, andererseits würden infolge der steigenden Erkenntnis von der ansteckenden Natur gewisser Krankheiten wiederum immer größere Zahlen von Kranken unsere Krankenhäuser in Zukunft aufsuchen. Ein Ehrlichungen, die in den besser ausgestatteten auswärtigen Krankenhäusern bestehen, auch in Berlin eingeführt werden.“ (Hirsch, 1908, S. 116)

Nach dem Berliner Medizinhistoriker Stürzbecher galten die öffentlichen Krankenhäuser in Berlin — und wahrscheinlich in Deutschland allgemein — um die Jahrhundertwende noch als Armenanstalten (Stürzbecher, 1972). Der Anteil der zahlenden Kassenspatienten lag erst nach 1900 bei fünfzig Prozent. Patienten, die mit der Zahlung der Krankenhauskosten in Rückstand gerieten, verloren das politische Wahlrecht. Der Anteil der selbstzahlenden Patienten lag um 1910 bei vier Prozent. Die selbstzahlenden Bürger aus dem Mittelstand — also kleine Kaufleute, Gewerbetreibenden

de und Subalternbeamte — konnten die Kosten für die Privatkrankenhäuser und Subalternbeamte — konnten die Kosten für die Privatkrankenhäuser nicht nur schwer aufbringen und verlangten nun vermehrt Aufnahme in die öffentlichen Krankenhäuser; sie erwarteten aber für ihre relativ hohen Zahlungen eine bessere Pflege als sonst in den städtischen Krankenhäusern üblich war. Diese Forderungen wurden in Berlin seit 1908 auch von bürgerlichen Stadtverordneten in der Stadtverordnetenversammlung vorgebracht. Gegen die Einrichtung von „Bürgerkrankenhäusern“ zogen allerdings die sozialdemokratischen Stadtverordneten ins Feld. Dr. Weyl sprach sich wiederholt dafür aus, daß, wenn der Mittelstand die übliche Pflege als nicht ausreichend erachte, der Zustand der Krankenhäuser allgemein gebessert werden müsse. Dies könne durch gesonderte Abteilungen jedenfalls nicht geschehen. Dr. Weyl führte unter anderem aus:

„Ich halte es jedenfalls für einen bedauerlichen Rückschritt, keinesfalls für einen Fortschritt, wenn in unseren Anstalten ein Kassensystem geschaffen wird. Der mindest zahlenden Klasse wird dann das wenige, das ihr heute zugebilligt wird, auch nicht zu Teil. Das sagen unsere Kassenspatienten, die Gelegenheit haben, in Privatkliniken zu gehen; sie wissen, was es heißt, Kranke 1., 2. oder 3. Klasse zu sein. Wenn dem Mittelstande unsere Krankenhäuser so, wie sie sind, nicht passen, dann möge er mit uns dafür eintreten, daß sie besser werden.“ (Stürzbecher, 1972)

Stadtrat Weigert, der die zurückhaltende Stellungnahme des Magistrats erläuterte, machte auf den völligen Wandel in der Aufgabenstellung des Krankenhauses aufmerksam. Während das erste städtische Krankenhaus am Friedrichshain noch ausdrücklich für Arme vorgesehen war und nur ein kleiner Teil der Betten für selbstzahlende Kranke, bildeten die zahlenden Kranken, insbesondere durch die Krankenkassen, nun — um 1908 — fünfzig Prozent der Patienten. Die Krankenhäuser seien daher nicht mehr Anstalten für Arme, sondern Krankenhäuser für die breite Masse der Bevölkerung. Daraus folgt, daß der völlige Wandel in der sozialen Aufgabe der Krankenanstalten nun auch von den kommunalen Verwaltungsbehörden zur Grundlage weiterer Entscheidungen gemacht wurde.

In der Frage der Einrichtung gesonderter Stationen näherten sich die unterschiedlichen Standpunkte von bürgerlichen und sozialdemokratischen Stadtverordneten im Laufe der jahrelangen Verhandlungen allerdings nicht. Es wurden jedoch auch von bürgerlichen Stadtverordneten Bedenken gegen die Einrichtung derartiger Stationen geäußert — so kam Dr. Nathan zu dem Schluß, daß durch den Vorteil für den kleinen Kreis selbstzahlender Patienten ein erheblicher Nachteil gegenüber der großen Gesamtheit der Kassenspatienten entsünde; diese müßten nothgedrungen zu der Annahme kommen, daß sie nicht so behandelt würden, wie es dem hygienischen Standpunkt entspräche, und daß wesentlich mehr für sie getan würde, wenn sie mehr zahlen könnten. Gleichwohl erklärte sich schließlich die Mehrheit der Stadtverordneten mit der Errichtung einer Abteilung für zahlende Kranke im Städtischen Krankenhaus Moabit einverstanden. Erst in den dreißiger Jahren scheinen allerdings die Vorurteile des Mittelstandes gegenüber den öffentlichen Krankenanstalten endgültig abgebaut worden zu sein. Denn erst in dieser Zeit wurden die öffentlichen Krankenanstalten von allen Bevölkerungsschichten in gleicher Weise in Anspruch genommen.

Die Forderung der sozialdemokratischen Stadtverordneten, daß auch der ärnste Anspruch auf medizinische Behandlung im Krankenhaus habe, führte dazu, daß der Bau neuer Krankenhäuser fast über Jahrzehnte hin zum zentralen Thema der sozialdemokratischen Krankenhauspolitik wurde. Während dieser Zeit fand aber im Krankenhauswesen der Stadt Berlin eine stürmische Entwicklung statt. Die Relevanz der sozialdemokratischen Forderungen läßt sich daher an einigen Zahlen aus der Entwicklung des Krankenhauswesens in Berlin überprüfen (Wille, 1930; Lobbes, 1955; Füssel-Schaffrath, 1973; Stürzbecher, 1961; 1969, a).

Im Jahre 1880 betrug die Zahl der Betten in den drei städtischen Krankenhäusern — Friedrichshain, Moabit und im Waisenhaus-Lazarett — 1.535, in den staatlichen Krankenhäusern — Königliche Charité, Königl. Hohes Klinikum, Königliche Gynäkologische Klinik — 1.562, und in den übrigen gemeinnützigen Krankenhäusern (1.236) und in den Gefängnis-lazaretten (95) 1.331 sowie schließlich in den Privatkliniken 174 Betten: insgesamt waren damit 4.602 Krankenhausbetten vorhanden (Füssel-Schaffrath, 1973; Stürzbecher, 1969, a; 1969, b).

Die Bevölkerung der Stadt Berlin umfaßte zu dieser Zeit 1.123.749 Einwohner. Im Jahre 1900 hatten sechs städtische Krankenhäuser — die Krankenhäuser am Urban, Gitschiner Straße und die Städtische Station für Geschlechtskranke waren hinzugekommen — 3.108 Betten, die staatlichen Krankenhäuser 1.621 Betten, die restlichen gemeinnützigen Krankenhäuser 1.970 und Gefängnislazarette (239) 2.109 Betten sowie die Privatkran-kenhäuser 1.112 Betten: insgesamt also 8.050 Betten für Berlin. Die Be-völkerung betrug mittlerweile 1.888.313 Einwohner. 1914, im Jahr des Kriegsausbruchs, betrug die Zahl der Betten in den städtischen Kranken-anstalten — hinzugekommen war in erster Linie das 1906 in Betrieb ge-nommene Rudolf-Virchow-Krankenhaus — 5.906, in den staatlichen Kran-kenanstalten 1.152, in den anderen öffentlichen gemeinnützigen Kranken-häusern (1.968) und in den Gefängnislazaretten (626) 2.594 und in den Privatkliniken 2.055: insgesamt demnach 11.707. Die Bevölkerung Berlins betrug wiederum zum Jahresabschluß, 1.945.684 Einwohner (vgl. hierzu Tab. 1).

Die Zahl der Betten der städtischen Krankenhäuser Berlins zeigen ein sehr hohes Wachstum; in einem Zeitraum von ca. zweimal zwanzig Jahren haben sie sich jeweils verdoppelt. Die Bevölkerungszahl stieg hingegen viel geringer an. Dies läßt die ständige Beschwerden der sozialdemokratischen Stadtverordneten zunächst sehr fragwürdig erscheinen. Rechnet man aller-dings die Zahl aller städtischen, staatlichen und öffentlichen gemeinnützi- gen Krankenhäuser — also aller grundsätzlich auch für unbenutzte Patien-ten zugänglichen Häuser — auf je 10.000 Einwohner um, zeigt sich, daß die Bettenzahl von 1880 bis 1900 gesunken ist, nämlich von 38,5 Betten pro 10.000 Einwohner im Jahr 1880 auf 35,4 Betten pro 10.000 Einwoh-ner im Jahr 1900. Vor allem das Rudolf-Virchow-Krankenhaus, das zum Beispiel im Jahr 1914 allein 1.988 Betten auswies, ließ dann die Zahl der Krankenhausbetten in allgemein zugänglichen Krankenhäusern auf 46,3 pro 10.000 Einwohner im Jahre 1914 ansteigen. Betrachtet man diese Zahlen für die städtischen Krankenhäuser allein — und nur diese kamen

Tabelle 1: Bettenzahl der Krankenanstalten in Berlin von 1880 bis 1914

	1880	1900	1914
städtische Krankenhäuser	1.535	3.108	5.906
Staatliche Krankenhäuser	1.562	1.621	1.152
Öffentliche gemeinnützige Krankenhäuser	1.236	1.970	1.968
Gefängnislazarette	95	239	626
Privatanstalten	174	1.112	2.055
Einwohner Berlins	1.123.749	1.888.313	1.945.684
Betten in städtischen, staatlichen und öffentlichen Krankenhäusern/10.000 Einwohner	38,5	35,4	46,3
Betten in städtischen Kranken-häusern/10.000 Einwohner	13,6	16,4	30,3

Tabelle 2: Krankenzugänge zu den Krankenanstalten in Berlin in den Jahren 1886, 1900, 1911 und 1914

	1886	1900	1911	1914
Krankenzugänge absolut: auf 10.000 Einwohner:	46.223 345,5	84.252 451,8	130.192 628,4	111.113 547,4
Krankenzugänge in öffentlichen Krankenhäusern	absolut: 44.191 relativ: 330,3	73.349 393,3	102.873 496,5	88.538 463,1
Krankenzugänge in Privat- Krankenhäusern	absolut: 2.032 relativ: 15,1 4,4	10.903 58,4 12,9	27.319 131,8 21	22.575 111,2 20,3

eigentlich für die sozialdemokratischen Stadtverordneten in Betracht, weil die Krankenhausversorgung für sie eine Frage der Gemeinde war — ergeben dieses Verhältnis: 1880 kamen auf 10.000 Einwohner 13,6 Betten; Betten pro 10.000 Einwohner. Auch hier ließ sich besonders das Rudolf-Virchow-Krankenhaus die Zahl auf 30,3 Betten in den städtischen Krankenhäusern pro 10.000 Einwohner anwachsen.

Noch aufschlußreicher sind allerdings die Zahlen der Krankenzugänge (Stitzbecher, 1969, a, S. 326) (Vgl. hierzu Tab. 2). Die Zahl der Krankenzugänge stieg in allen Krankenhäusern von 46.223 im Jahre 1886 auf 84.252 im Jahre 1900 und erreichte 1911 mit 130.192 ihren Höhepunkt. Pro 10.000 Einwohner verdoppelten sich die Krankenzugänge annähernd von 345,5 im Jahre 1886 über 451,8 im Jahre 1900 auf 628,4 im Jahre 1911. In den öffentlichen Krankenanstalten ergeben sich auf 10.000 Einwohner 330,3 Krankenzugänge im Jahre 1886, 393,3 Krankenzugänge im Jahre 1900 und 496,5 Krankenzugänge im Jahre 1911 — leider sind die Angaben nicht auf die städtischen und die sonstigen öffentlichen Krankenhäuser aufgeschlüsselt. Weiter fällt ins Auge, welchen Zuwachs an der Krankenversorgung die Privatanstalten hatten. Die annähernd fünffache Steigerung der Krankenzugänge in den Privatanstalten zeigt an, daß sich hier besonders in den zahlungskräftigen Schichten der Bevölkerung ein Wandel im Verhältnis zur Krankenhausbehandlung einstellte — in der nach dem wirtschaftlichen Ruin in Berührung gekommen war. In den Jahren 1903 bis 1915 überstieg der prozentuale Anteil der Privatanstalten am Krankenzugang sogar ihren prozentualen Anteil an den Krankenhausbetten; vor dieser Zeit lag er meist erheblich darunter. Für die öffentlichen Krankenhäuser zeigen die Zahlen, daß in dem angegebenen Zeitraum es nicht nur schwierig war, die Zahl der Krankenhausbetten in ein angemessenes Verhältnis zur wachsenden Bevölkerungszahl zu bringen; vielmehr wurden diese Krankenhäuser in einem ständig wachsenden Maße von der Bevölkerung in Anspruch genommen. Das allgemeine Anwachsen der Bevölkerung Berlins und die Zunahme des Bedarfs an Krankenhausbett- und Anfordungen an die medizinische Versorgung im Krankenhause mußte in der gleichzeitigen Übergangphase vom Hospital als Institution der Armenpflege zum Krankenhaus als Zentrum der medizinischen Versorgung zwingend zu Engpässen führen (Vgl. auch u. Anm. 14). Zieht man weitgehend in Betracht, daß die vielen zugewanderten Arbeiter nicht mehr den Schutz ihres heimatlichen Familienverbandes, den patrimonialen Schutz hin die staatliche und kommunale Sozialhilfe erst in den Anfängen steckten, liegen die Grundlagen für die Krankenhauspolitik der sozialdemokratischen Gesundheitspolitiker offen.

#### 4. Das Krankenhaus in der kommunalpolitischen Programmatik der SPD

Ob allerdings die Entwicklung im Krankenhauswesen und die Forderung nach einer intensiven pflegerischen und medizinischen Betreuung im Krankenhaus in der Arbeiterschaft auch einen entsprechenden Wandel in der Einstellung gegenüber dem Krankenhaus hervorrief, scheint fraglich; auch die sozialdemokratischen Kommunalpolitiker wiesen auf dieses Problem hin. Auf der zweiten Konferenz sozialdemokratischer Gemeindevorsteher der Provinz Brandenburg im Dezember 1900 hielt der Berliner Stadtverordnete und Arzt Dr. Freudenberg ein Referat über „Die Aufgaben der Gemeinden auf dem Gebiete der Gesundheitspflege.“ (Protokoll, 1901, S. 29-35). Freudenberg leitete sein Referat mit den Worten ein:

„Virchows Ausspruch aus dem Jahre 1848: 'Die Politik ist weiter nichts als Medizin im Großen', paßt mehr noch auf die Kommunalpolitik als auf die 'große Politik' der Staaten und Länder. Es giebt kaum ein Gebiet der kommunalen Fürsorge, das nicht in Wechselbeziehung steht mit Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege.“ (Protokoll, 1901, S. 29)

In der Frage der Krankenpflege befaßte sich Freudenberg mit der frühzeitigen Isolation von ansteckend Kranken, insbesondere Geschlechtskranken, in Krankenhäusern. In weiter fortgeschrittenen Staaten — zum Beispiel in Schweden, Norwegen und Dänemark — sei die völlig unentgeltliche Behandlung Geschlechtskranker im Krankenhaus auf Staatskosten eingeführt worden. Da dies in Deutschland auf staatlicher Ebene nicht zu erwarten sei, müßte diese Forderung an die Gemeinden, vor allem an die Großstädte, gerichtet werden. Die Pflege in Anstalten, bzw. in Heimstätten, forderte Freudenberg auch für Frauen, insbesondere für alleinstehende Frauen, während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Demgegenüber gab der Berliner Stadtverordnete und Chemiker Emanuel Wurm zu bedenken:

„Auf dem Gebiet der Hygiene können wir noch am ehesten etwas Positives erreichen, weil sich hier die Interessen des Proletariats mit denen der Bestreuten weitestgehend zum Teil decken, denn die Seuchen machen, wenn sie erst einmal da sind, nicht Halt vor den Palästen. So sehr ich aber dem Referenten zustimme, so kann ich doch das Entweder-Oder, worin seine Forderungen zipfeln, nicht unterschreiben. In den meisten Fällen kann der beabsichtigte Schutz zur Schädigung werden, wenn wir sagen: entweder die Anstaltsbehandlung oder nichts. Es herrscht nun mal in der Bevölkerung ein Widerwille selbst gegen musterhaft geleitete Anstalten (Sehr richtig!). Dazu kommt, daß, wenn die Wöchnerin in eine Anstalt geht, das Haus verwaist ist und dann ihre erwachsenen Kinder keine Pflege haben (Sehr wahr!). Es muß daher auch eine Organisation der häuslichen Pflege eintreten, selbstverständlich ohne das Odium Armenunterstützung. (...) Die Anstaltsbehandlung wird unbedingt vorzuziehen nur für die Unverheirateten sein; im übrigen muß man dahin streben, den Schwangeren und Wöchnerinnen, einschließlic der Säuglinge, in Hause die nötige Pflege angedeihen zu lassen.“ (Protokoll, 1901, S. 35 f.; Hervorhebung im Original)

In dieser Auseinandersetzung stehen mit der Krankenhauspflege oder der Hauspflege mithin zwei völlig verschiedene Konzeptionen der Krankenpflege zur Diskussion. Aus dem Streitgespräch wird dabei deutlich, daß in der Arbeiterschaft eine sehr zurückhaltende Einstellung gegenüber der Anstaltspflege bestand. Die von den sozialdemokratischen Ärzten vorgetragene Zielsetzung in der Krankenhauspolitik ging damit über die Wünsche der

Arbeiterschaft, die — zumindest ist dies aus den Worten von Wurm zu schließen — eine Hauspflege bevorzugt hätten, hinweg. Die sozialdemokratischen Ärzte, die mit dem System der modernen Krankenhausbehandlung vertraut waren und in den Kategorien der medizinischen Wissenschaft dachten, versuchten, die Bedenken der Arbeiter zu zerstreuen. Diesen sozialdemokratischen Ärzten ist mithin wahrscheinlich ein erheblicher Anteil an der Verbreitung und Annahme der naturwissenschaftlich orientierten medizinischen Behandlung unter der Arbeiterschaft zuzuschreiben.<sup>12</sup>

Abgesehen von den beiden unterschiedlichen Konzeptionen der Krankenpflege ist die Diskussion zwischen Freudenberg und Wurm für eine weitere Frage von Belang. Wurm erwähnte in seinem Kommentar, daß durch Hauspflegerinnen den Schwangeren und Wöchnerinnen selbst in kleinen Gemeinden eine ausreichende Unterstützung gewährt werden könne. Damit war das Problem der Finanzierung angesprochen: die Finanzkraft der Gemeinden war sehr unterschiedlich; Forderungen nach neuen gesetzlichen Regelungen im Gesundheitswesen waren vom Preussischen Staat oft mit dem Hinweis abgelehnt worden, daß auf die weniger finanzkräftigen Gemeinden Rücksicht zu nehmen sei. Sollten gesundheitspolitische Forderungen auch mit Aussicht auf Erfolg gestellt werden, mußte mithin die Frage der Kosten beachtet werden. So unternahm beispielsweise auch Freudenberg, der prinzipiell darauf bestand, ohne Rücksicht auf Geldmittel die als richtig angesehenen Forderungen zu erheben, seine Ausführungen mit einer Kostenrechnung, die sich auf Verpflegungskosten in Privatanstalten und der geschätzten Inanspruchnahme in öffentlichen Einrichtungen stützte (Protokoll, 1901, S. 32 f., 39). Freudenberg schlug allerdings vor, die Kosten für die ärztliche Hilfeleistung von den Gemeinden auf den Staat zu verlagern (Protokoll, 1901, S. 32).

Mithin mußten die sozialdemokratischen Kommunalpolitiker nicht nur in den kommunalpolitischen Auseinandersetzungen, sondern auch in ihren Zielvorstellungen Einschränkungen hinnehmen. Der häufig beschworene und immer vorgetragene Satz, daß für Sozialdemokraten in Krankenhäusern — und nicht nur da — der fiskalische Gesichtspunkt nicht gelte, mußte so in der praktischen Politik demnach ziemlich rasch aufgegeben werden, wenn die konkreten politischen Forderungen auch mit Aussicht auf Erfolg vorgetragen werden sollten.

Wie durch die allgemeine sozialpolitische Entwicklung und die praktische Politik die programmatischen Forderungen der Partei eingeschränkt wurden, zeigt besonders deutlich ein Disput zwischen Ignaz Zadek und Emanuel Wurm auf der dritten Konferenz sozialdemokratischer Stadtverordneter Brandenburgs 1909 in Berlin (Protokoll, 1909, S. 70 f.). Zadek hatte in einem Artikel über die Sozialdemokratie in der Gemeinde unter anderem ausgeführt, daß

„man bei der Aufstellung unseres Kommunalprogramms klugerweise davon Abstand genommen habe, selbst eine Forderung wie die Uneigentlichkeit der Krankenpflege einfach aus dem Erfurter Programm hinzubehalten.“ (Protokoll, 1909, S. 70)

Nach Wurm wird indes im Erfurter Programm gar nicht die Uneigentlichkeit der Krankenpflege, sondern nur der ärztlichen Hilfeleistung ein-

schließlich der Geburtshilfe und der Heilmittel verlangt. Zadek entgegnete, seiner Ansicht nach sei dabei die Uneigentlichkeit der Krankenhausbehandlung einbegriffen, denn:

„Es liegt doch auch ungleich näher, die Forderung nach uneigentlicher Krankenhausbehandlung zu erheben, welche Forderung jeden Tag verwirklicht werden kann, als die nach uneigentlicher ärztlicher Hilfeleistung, welche die Verstaatlichung oder Verstaatlichung der Ärzte zur Voraussetzung hat, also für die Gegenwart ausser Acht. Aber auch nur die Uneigentlichkeit der Krankenhausbehandlung in unserem Kommunalprogramm zu fordern, würde ich für verfehlt halten. Unsere Krankenhäuser haben seit dem achtziger Jahren, seitdem wir die staatliche Krankenversicherung haben, einen außerordentlichen Aufschwung genommen — *wie die Behandlung in ihnen bezahlt wird*, in Berlin z. B. jährlich viele Hunderttausende insbesondere von den Krankenkassen zugesteuert werden. Sie haben damit den Charakter als Armenkrankenhäuser völlig verloren und sind in Eilrichtung, ärztlicher Behandlung u. a. so vorzüglich geworden, daß jetzt sogar die Besitzenden Anspruch erheben, aufgenommen zu werden. Das würde sich mit einem Schlige ändern, wenn die Bezahlung fort-fiele. Stellen Sie sich einmal die Konsequenzen vor, wenn ein solcher Antrag unsererseits gestellt und angenommen würde! Entweder würden die Leistungen der Krankenhäuser zurückgehen auf den früheren Zustand, oder aber die außerordentlich steigende Inanspruchnahme und Belegung derselben würde die Krankenhausnot, den Krankenhausetat, der nunmehr ganz allein von der Stadt, von sämtlichen Steuerzahlern getragen würde, ins Ungemessene anwachsen lassen. So wahrscheinlich in fernere Zukunft die Uneigentlichkeit der Krankenhausbehandlung als erster Schritt der uneigentlichen Krankenpflege ist, für die Gegenwart wäre sie ein Rückschritt, eine Unmöglichkeit, und darum wiederhole ich, war es klug, eine solche Forderung nicht einfach aus dem Erfurter Programm in unser Kommunalprogramm zu übernehmen, das eben nur das für die Gegenwart Passende, das *Erreichbare* feststellen will.“ (Protokoll, 1909, S. 70 f.; Hervorhebungen im Original)

Die Diskussion zwischen Zadek und Wurm zeigt nicht nur, wie umstritten die Interpretation der gesundheitspolitischen Forderungen des Erfurter Programms war; es wird vielmehr deutlich, daß führende sozialdemokratische Politiker eine Forderung als solche und auch die zu ihrer Verwirklichung in Aussicht genommenen Wege zwar anerkannten, dieselbe Forderung aber aus der tatsächlichen Entwicklung heraus auf unabsehbare Zeit zurückstellten und auf dem durch die tatsächliche Entwicklung vorgezeichneten Weg zunächst nur das unter den gegebenen Verhältnissen Erreichbare verlangten. Denn es ist durchaus nicht ohne eine gewisse historische Ironie, daß Zadek den qualitativen und quantitativen Aufschwung des Krankenhauswesens ausgerechnet auf die Bezahlung der Behandlung durch die Arbeiterkrankenkassen zurückführte. Die sozialdemokratische Fraktion im Reichstag hatte seinerzeit das Krankenversicherungsgesetz mit den Worten abgelehnt:

„Das Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter, entspricht als Ganzes und in seinen Theilen durchaus nicht den Anforderungen, welche die Arbeiterklasse an ein solches Gesetz zu stellen berechtigt ist. Nach vielen Richtungen hin bedeutet es sogar eine Verschlechterung des gegenwärtigen Zustandes.“<sup>13</sup>

Hingegen sind die Worte Zadeks ein eindeutiges Zugeständnis, daß diese Gesetzgebung schließlich doch die medizinische Versorgung der Arbeiterschaft gefördert hat. Trotz seiner vormals grundsätzlichen, wenn auch durchaus den Versicherungszwang behandelnden Kritik der Arbeiterversicherung (Zadek, 1895) machte Zadek die nun eingetretene Lage in

der Krankenversicherung zum Ausgangspunkt und zur Grundlage seiner weiteren gesundheitspolitischen Forderungen.

Im Jahre 1910 verabschiedete die SPD in Preußen ein Kommunalprogramm. In diesem Programm wurde der Gesundheitspflege durch die Kommunen ein breiter Raum gewidmet (Hirsch, 1911, S. 4, 6 f., 55-57, 112-151). Das Krankenhaus hatte bei der Bekämpfung von Krankheiten die Hauptaufgabe; im einzelnen heißt es:

„Zur Bekämpfung der Krankheiten:

1. Bau und Betrieb von Krankenhäusern zur unentgeltlichen Benutzung aller Angehörigen der Gemeinde, insbesondere Bau und Betrieb von Trinkheilstätten, Irenasyls, Lungenfürsorgeteilen, Heimstätten für Lungenkranke, Heimstätten für Gesunde, Wald- und See-Erholungsstätten für Kinder und Erwachsene, Uebernahme des Krankenverkehrs und des Rettungswesens.
2. Einrichtungen zum Schutze der Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. (Heimstätten für Schwangere, Entbindungsanstalten, Wöchnerinnen-Gemeinden.) Unentgeltliche Geburtshilfe und Bereitstellung von Hauptpflege durch die Gemeinderinnen. Gewährung von Unterstützungen an hilfsbedürftige Schwangere und Wöchnerinnen, insbesondere auch zur Förderung des Selbsthilfens.
3. Errichtung von Säuglingsasyls und Säuglingsfürsorgeteilen.
4. Unentgeltlichkeit der Desinfektion.
5. Uebernahme der Apotheken in den Gemeindebetrieb.“ (Hirsch, 1911, S. 7)

In seinem Kommentar führt Hirsch unter anderem aus (Hirsch, 1911, S. 126-148), daß das Hauptaugenmerk zunächst auf die Errichtung von Krankenhäusern zu richten sei. Mit Hinweis auf Virchow, Gottstein, Süßmilch und Quetelet fordert Hirsch, daß insbesondere auf einen hygienisch zweckmäßigen Bau der Krankenhäuser geachtet werden müsse. Nach Gottstein müsse die Bettenzahl einer Gemeinde mindestens den zehnten Teil der jährlichen Aufnahmezahl betragen.<sup>14</sup> Ferner müßten die Krankenhäuser allen Mitgliedern der Gemeinde zur unentgeltlichen Benutzung offen stehen. Die Krankenhäuser dürften keinesfalls den Charakter von Armenanstalten tragen und nicht der Armenverwaltung unterstellt werden. So sei es nach Preussischem Landesrecht entgegen einem Reichsgesetz vom 15. August 1909 immer noch statthaft, Aufwendungen auf dem Gebiet der Gesundheitspflege als Unterstützung aus öffentlichen Mitteln anzusehen; dies zog eine Schmälerung des öffentlichen Rechts, zum Beispiel den Verfuhrsrecht, nach sich und schloß deshalb viele Menschen von der Fürsorge aus, weil sie eine Bewahrung der bürgerlichen Ehrenrechte einer Krankenhausaufnahme vorzogen.<sup>15</sup> Eingehend bespricht Hirsch den Schutz für Schwangere, Mütter und Säuglinge<sup>16</sup> und erläuterte abschließend die einheitliche Organisation der kommunalen Säuglingsfürsorge, die Magdeburg als erste Stadt Deutschlands geschaffen hatte.

Das Kommunalpolitische Programm der Sozialdemokratie Preußens bezog sich auf das Kommunalprogramm, das die SPD für die gesamte Partei auf dem Parteitag 1904 in Bremen verabschiedet hatte (Protokoll, 1904, S. 290-304). Dieses Programm war von dem kommunalpolitischen Experten der SPD, dem Juristen Dr. Hugo Lindemann, verfaßt worden. Lindemann, dem der Satz: „Wo keine Sonne ist, gehört ein Arzt hin“ zugeschrieben wird, zählte die Volkshygiene zu den Hauptaufgaben der Kommunalpolitik. Lindemann hat seinen sehr kurzen und allgemein gehaltenen Programmvorschlag in einem Werk zur Städteverwaltung ausge-

führt; dort befaßt er sich ausführlich mit der volkshygienischen Aufgabe der Städte, und zwar im ersten Teil mit der Erhaltung und Pflege der Gesundheit und im zweiten Teil mit der Bekämpfung der Krankheiten.<sup>17</sup> Bei der Frage der Bekämpfung von Krankheiten hat Lindemann dem Krankenhaus einen eigenen ausführlichen Passus gewidmet, in dem er die grundlegenden Fragen und Entwicklungen des kommunalen Krankenhauses darlegt. Für Lindemann spielen sehr verschiedene Momente in der Entwicklung des Krankenhauses mit: medizinische, technische, soziale, politische, juristische und schließlich finanzielle. Um die aufgezeigte Entwicklung einschließlich der Differenzierung der Krankenanstalten zu entmalen, schließt Lindemann zahlreiche Beispiele städtischer Krankenhauserwicklung und zahlreiche Statistiken in seine Untersuchung ein. Ein Punkt besonderer Kritik ist hierbei die Entwicklung der öffentlichen Irrenfürsorge. Aufgrund seiner statistischen Analyse stellte Lindemann fest, daß von 1883 bis 1900, also in einem Zeitraum von 17 Jahren, die Zahl der städtischen allgemeinen Krankenhäuser in preussischen Städten mit mehr als 50.000 Einwohnern von 29 auf 36 um sieben gestiegen ist; gleichzeitig habe sich die Zahl der Betten von 8.981 auf 15.451 fast verdoppelt. Dabei sei die Zunahme der Bettenzahl in den meisten Fällen größer als die ebenfalls rapide Zunahme der Bevölkerungszahl. Dies sei ein Beweis dafür, daß die Krankenhäuser von der Bevölkerung in wachsendem Maße beansprucht und gegenüber der häuslichen Pflege bevorzugt würden. In der Frage der Krankenhäuser ständen damit:

„die städtischen Verwaltungen wenigstens in den großen Städten vor dem Problem eines stets quantitativ und qualitativ wachsenden Bedürfnisses, dessen Lösung von ihnen nur zögernd und stückweise in Angriff genommen wird. Hier ist noch ein ganz beträchtliches Teil an Arbeit zu leisten.

Es handelt sich dabei nicht nur darum, die genügende Zahl gut eingerichteter Anstalten zu beschaffen, sondern ebensosehr um eine Änderung des ganzen Charakters der von der Stadt geleisteten Krankenfürsorge.“ (Lindemann, 1906, S. 326)

## 5. Zusammenfassung

Lindemann stellt mit seinen auf die politische Praxis und Verwaltung in den Gemeinden ausgerichteten Erörterungen eines kommunalen Krankenhauses gleichsam einen vorläufigen Endpunkt in der Entwicklung der frühen sozialdemokratischen Krankenhauspoleik dar. Kautsky und Bernstein hatten seinerzeit theoretische medizinische und gesundheitspolitische Vorschläge bürgerlicher Ärzte zum Krankenhauseswesen aufgetrieben. Aufgrund einer sozialökonomischen Analyse sahen Kautsky und Bernstein im Krankenhaus ein sich mehr oder weniger zwangsläufig mit dem allgemeinen sozialen, wirtschaftlichen und wissenschaftlichen Fortschritt entwickelndes Zentrum der Krankenpflege; diese Krankenpflege sollte gemäß der sozialdemokratischen Programmforderung unentgeltlich sein.

Demgegenüber vertoht die sozialdemokratische Arbeiterschaft Berlins aus eigener Erfahrung heraus unmittelbar greifbare Ziele: sie wollte die pflegerische und medizinische Betreuung in den Krankenhäusern verbessern. In den Beschwerden der Arbeiter kommt gleichzeitig zum Aus-

druck, daß sich der Anspruch der Patienten an das Krankenhaus grundsätzlich von der ehemaligen Armenpflege zur naturwissenschaftlichen medizinischen Versorgung gewandelt hatte. Der politische Kampf wurde von den beteiligten Ärzten in die theoretische Gesundheitspolitik eingeordnet und als gesundheitspolitische Konzeption zu einer modernen medizinischen Versorgung im Krankenhaus propagiert.

Die Krankenhauspolitik der sozialdemokratischen Kommunalpolitiker Berlins wurde durch die Erfahrungen der Arbeiter und die Berichte der Arbeiterkrankenkassen getragen. Die sozialdemokratische Fraktion verfolgte, ohne zunächst die finanziellen Gegebenheiten zu berücksichtigen, sehr weitgesteckte Ziele vor allem zum quantitativen Ausbau des kommunalen Krankenhauses. Ein Vergleich der Bevölkerungszahl, der Zahl der Krankenschwestern und der Krankenzugänge zeigt, daß der Ausbau des kommunalen Krankenhauses notwendig war. Überdies stellten bürgerliche Politiker und Sozialhygieniker vergleichbare Forderungen auf.

Die Entwicklung der staatlichen Sozialversicherung und der allmähliche Wandel zu einer praktischen Sozialpolitik in den Gemeinden einerseits und die wachsende Mitarbeit sozialdemokratischer Politiker in den Gemeinden andererseits führte schließlich zu einem offenkundigen Auseinanderklaffen der propagierten gesamtgesellschaftlichen Ziele und der praktischen sozialdemokratischen Forderungen. Eine pragmatische Politik war wegen der existenziellen Bedürfnisse der Industriearbeiterschaft unabdingbar. Diese pragmatische Politik konnte jedoch nur dann mit Aussicht auf Erfolg formuliert und in den jeweiligen Parlamenten durchgesetzt werden, wenn die bestehenden gesellschaftlichen, rechtlichen und finanziellen Gegebenheiten in einem Mindestmaß berücksichtigt wurden. Der Widerspruch zwischen den programmatischen Forderungen der Gesamtpartei und der Tagespolitik wurde schließlich durch die pragmatischen Programme zur Kommunalpolitik und die entsprechenden fachkundigen Vorträgen und Erläuterungen Lindemanns überwunden — die Verwirklichung der übergeordneten gesamtgesellschaftlichen Ziele wurde auf eine unbestimmte Zukunft verschoben.

Die praktische Gesundheitspolitik wurde ein elementarer Bestandteil der Kommunalpolitik. Ziel der kommunalen Gesundheitspolitik war in erster Linie, durch kommunale Sozialhygiene — etwa durch kommunale Gesundheitsämter, städtisches Reinigungswesen, Trinkwassererwärmung, Nahrungsmittelkontrollen etc. — eine wirkungsvolle Gesundheitsvorsorge zu betreiben. Zur Bekämpfung der Krankheiten sollte das Krankenhaus endgültig seine Funktion als Instrument der Armenpflege verlieren; Ziel war, die Arbeiter und ihre Familien im Krankheitsfalle aus ihrer physischen, finanziellen und rechtlichen Notlage zu befreien und im kommunalen Krankenhaus ein leicht erreichbares, frei zugängliches und kostenloses Zentrum der modernen medizinischen Versorgung zu schaffen.

## Anmerkungen

- 1 *Kautsky*, 1891/92, S. 647; vgl. ferner *Kautsky/Schoenhanke*, O. J., S. 47 f. die Erläuterungen zu Punkt 9 des Ernter Programms. Allgemein s. *Labisch*, 1976.
- 2 Vgl. hierzu z. B. heute *Schaefer/Blohmke*, 1978, S. 317: „Die Rolle des Arztes in einem verstaatlichten Gesundheitsdienst wird also vom Krankenhausarzt seit eh und je gespielt.“
- 3 Zitiert nach *Kautsky*, 1891/92, S. 650. Vgl. ferner auch *Albert*, 1895; *Albert* spielte in der zeitgenössischen Diskussion über die Entwicklung der Medizin, die er in dem Satz, daß „die Verhütung der Krankheiten möglicherweise den Kernpunkt aller Bestrebungen, den Hauptinhalt aller Thätigkeit und Erfolge der Medizin bilden wird“, zusammenfaßt, eine hervorragende Rolle; vgl. hierzu *bert* (20.1.1841-26.9.1900) *Biographisches Lexikon*, 1962, S. 63 f. und *Biographisches Lexikon*, Ergänzungsband, 1962, S. 17.
- 4 *Bernstein*, 1892/93, S. 718; zur folgenden in der „Neuen Zeit“ geführten Diskussion über das Hausarztwesen s. Dr. B., 1892/93.
- 5 Zur Forderung *Zadeks* s. *Bernstein*, 1910, S. 383-389. Zur Reaktion der amtlichen Stellen s. *Berthel*, 1900, S. 155. Dort wird über die Ablehnung eines Antrages des königlichen Polizeipräsidenten berichtet, angeblick der Choleraepidemie in Hamburg in Berlin ähnlich wie in London Gesundheitsaufseher — und Gesundheitspflege lehnten ab, weil — neben finanziellen und rechtlichen Bedenken — die Bürger belästigt würden und in Berlin bessere hygienische Verhältnisse bestanden; insbesondere bestünde aber keine Notwendigkeit, eine neue Kategorie besoldeter Beamter einzurichten, vielmehr solle man sich auf die freiwilligen Leistungen der Revier-Sanitäts-Kommissionen verlassen.
- 6 Zur Aufgabe dieser Revier-Sanitäts-Kommissionen s. *Wernich*, 1897, S. 37-40; zur Choleraepidemie von 1892 s. *Wernich*, 1897, S. 42-52.  
Über *Ignaz Zadek* s. voreerst den Nachruf in: Der sozialistische Arzt, 7. Jg. H. 8/9, 1931, S. 213-221, und *Tennstedt*, 1977, S. 171 Anm. 18.  
Neben den Berichten, die im „Vorwärts“ vom 11.9.1892 bis zum 15.3.1903 veröffentlicht wurden, vgl. ferner *Brunn*, 1893. Insbesondere diese Veröffentlichung der ASK erregte großes Aufsehen. Nach *Bernstein*, 1910, S. 385 f., wurde diese Erhebung von „Freund und Feind“ anerkannt und auf einer Sitzung der königlichen Sanitätskommission zum ehrfurchtigen Studium empfohlen.  
Ferner erkannte der Leiter der Medizinabteilung des Berliner Polizeipräsidenten, Regierungsrat Dr. A. *Wernich*, die Arbeit der ASK öffentlich an. Die bei *Bernstein*, 1910, S. 385, angeführten Zitate stammen aus dem *Wernich*, 1892/93, S. 204; es heißt dort: „Einen an sich nicht nur sachgemäß, sondern auch praktisch ab und Nützliches verheißenden Weg beschritt das sozialdemokratische Organ, der „Vorwärts“, als er daran ging, alles von einer „Arbeiter-Sanitätskommission“, an öffentlichen Missständen gesammelte Material zu veröffentlichen. Wo in Wohnhäusern und Fabriken eine zu geringe Anzahl öffentlicher Bequemlichkeitsanstalten sich vorfindet; wo unzureichende Ventilation sich geltend macht; wo beim Verladen von Müll und sonstigen unweinsten Material oder wo an gewissen Stellen der öffentlichen Wasserläufe ein Gestank anstand — widmeten die aufmerksamen Mitglieder jener Kommission dem Gegenstande ihre Aufmerksamkeit und sicherten ihm eine Besprechung im „Vorwärts“. So wurden viele, der regelmäßigen Kontrolle leicht zu entziehende (übrigens weit mehr vorübergehende als bleibende) Unzulänglichkeiten öffentlich übertrieben, dann sachgemäß untersucht und — wo erreichbar — abgestellt. Liekenhaftigkeit der ätiologischen Zusammenhänge beschränkt; sie hielten dem unverhüllten Agitationszweck gar zu unzureichend an. Denn wo „agiert“ wird, geht es nicht nur auf Kosten der Klarheit, sondern nützlichem über eine durch die betroffene Bevölkerung selbst durchgeführte, heckenlose Konzeption der gesellschaftlichen Gesundheitsvorsorge von Infektionskrankheiten. Vgl. auch *Wernich*, 1897, 48; „In der „Arbeiter-Sanitäts-Commis-

- tion", die ihre Forschungsergebnisse und oft etwas ungestümen Wünsche im sozialistischen „Vorwärts“ veröffentlichte, ging man von vornherein systematisch und unter Concentrierung auf ganz bestimmte Gebiete los: auf die Wasserversorgung, auf unzureichendes Abortwesen, mangelhafte Fabrik-Einrichtungen, stinkende Betriebe und Ähnliches.“
- 7 „Aus unseren Krankenhäusern“, in: Vorwärts 303. (2. Beilage), 25.12.1892; der Verfasser wird nicht genannt – es handelt sich aber aller Wahrscheinlichkeit nach um Ignaz Zadek, der den Boykott gegen die Charité theoretisch und organisatorisch vorbereitete. Die Hervorhebungen stammen aus dem Original. Die Charité Vrchows stammen aus Vrchow, 1879.“, in: Vorwärts 198, 24.8.1893. So wurden beispielsweise in der Deutschen Krankenkassen-Zeitung vom 17. Januar 1903 Meldungen über Fälle veröffentlicht, in denen akut erkrankte Patienten keine Aufnahme fanden, weil in den öffentlichen Krankenanstalten Berlins keine Betten frei waren; vgl. „Berliner Kulturbild“ in: Deutsche Krankenkassen-Zeitung, 1903, S. 19.
- 9 Vgl. Hirsch, 1908, S. 108.
- 10 Vgl. Hirsch, 1908, S. 8 f., läßt die Entwicklung des Krankenhauses in Berlin für sehr lehrreich: alle Berliner Krankenhäuser seien entweder wegen Epidemien oder durch barmherzige Spender entstanden, nicht jedoch, weil aus medizinischen Gründen ein Bedürfnis anerkannt worden wäre: „Selbst das erst 1890 der Benutzung übergebene dritte städtische Krankenhaus verdankt noch eher Stiftung seine Entstehung. (...) Das Mitte der neunziger Jahre beschlossene und erst kürzlich eröffnete vierte städtische Krankenhaus ist in Berlin das erste, das weder einer Epidemie noch der karitativen Regierung eines Privatmannes sondern ausschließlich dem der Öffentlichkeit und den Kommunalbehörden bewußt gewordenen Bedürfnis sein Dasein verdankt.“
- 11 Eines sehr instruktiven und gegenüber dem Gesundheits- und Krankenhauspolitischen Verhalten der Verwaltung sehr kritischen Aufsatz schrieb Görzstein, 1905.
- 12 Vgl. Alexander, 1903, 85 f.; Alexander berichtet dort, daß der Centralverband seit 1892 von der Stadt forderte, an den städtischen Krankenanstalten auf 100 bis 120 Patienten einen Oberarzt und zwei Assistenzärzte zu rechnen; diese Forderung sei 1894 gegen den Magistrat durchgesetzt worden.
- 13 Vgl. hierzu allgemein für Deutschland Vor dem Esche, 1954; s. ferner auch Vor dem Esche, 1959.
- 14 Auf die erst allmählich schwindende Furcht der arbeitenden Bevölkerung vor dem Hospital – die einstmals als Sterbehäuser angesehen wurden – weist noch Jahre später Alfred Grotjahn hin; vgl. Grotjahn, 1907, S. 335, 341; vgl. wörtlich Grotjahn, 1908, S. 34, 40 f.; Grotjahn, 1908, S. 119-126, unterbreitet eigene Vorschläge, die auch das subjektive Wohlbefinden des Patienten im Krankenhaus fördern sollen.
- 15 Zur Verbreitung und Annahme der naturwissenschaftlich orientierten Medizin in der Arbeiterschaft vgl. unter dem Aspekt des „verordneten sozialen Lernens“, und der „Zwangssozialisation“ neuerdings Hærkamp/Sprey, 1980.
- 16 Stenographische Berichte, 1883, S. 2691.
- 17 Zur Problematik und Zielsetzung der Sozialpolitik Bismarcks, insbesondere zahlreicher weiterführender Literaturangaben Temhardt, 1977. Über die zunächst sehr ablehnenden Beziehungen der sozialdemokratischen Arbeiterbewegung zu den Krankenkassen der gesetzlichen Sozialversicherung vgl. Temhardt, 1977, S. 47-66; „Selbstverwaltung, Arbeiterbewegung und die Reaktion des Klassenstaates: Die politischen Motive der Reichsversicherungsordnung“. Nach Temhardt beginnt die Hinwendung der sozialdemokratischen Arbeiterbewegung von den Hilfskassen zu den Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung nach 1890. Vgl. hierzu auch O. S. 134 f.
- 18 Nach diesem Schlüssel hätten in Berlin in den Jahren 1880 ca. 4.600 (im Wirklichkeit 4.333), im Jahre 1900 ca. 8.400 (im Wirklichkeit 6.699) und im Jahre 1914 ca. 11.100 (im Wirklichkeit 9.026) öffentlich zugängliche Krankenhäuserbetten vorhanden sein müssen.

- 15 Hirsch verweist hierzu auf ähnliche Forderungen bürgerlicher Ärzte; vgl. Fürst, 1903.
- 16 Zu besonders schwierigen Lage der kranken Frauen, die – sofern sie nicht durch ein Arbeitsverhältnis Zwangsmitglied der GKV waren – meist nicht krankenversichert waren, vgl. aus der Sicht der sozialdemokratischen Frauenbewegung Zietz, 1911 und Weyl, 1912.
- 17 Vgl. Lindemann, 1906; von den 602 Textseiten sind über zwei Drittel – vgl. Lindemann, 1906, S. 1-423 – der Volkshygiene gewidmet; zu den städtischen Krankenhäusern vgl. Lindemann, 1906, S. 321-337. Über den württembergischen Reformisten und Revisionisten Lindemann s. Christ-Gmein, S. 109 f., 128, 165-179, 203-205, 207 f.

## Literatur

- Albert, E., 1895: Die Verstaatlichung des ärztlichen Standes. Neue Revue Jg. 6, Nr. 29, 897-900
- Alexander, S., 1903: Geschichte des Verbandes der Berliner ärztlichen Standesvereine. Berlin
- B., Dr. 1892/93: Zu „Die Nationalisierung der Gesundheitspflege.“ Die Neue Zeit 11/1, 340-345
- Bericht, 1900: Bericht über die Gemeinde-Verwaltung der Stadt Berlin in den Jahren 1899 bis 1895, Dritter Teil. Berlin
- Bernstein, E., 1892/93: Die Nationalisierung der Gesundheitspflege. Die Neue Zeit 11/1, 716-721
- Bernstein, E., 1910: Die Geschichte der Berliner Arbeiter-Bewegung. Ein Kapitel zur Geschichte der deutschen Sozialdemokratie. 3. Teil: Fünfzehn Jahre Berliner Arbeiterbewegung unter dem gemeinen Recht. Berlin
- Biographisches Lexikon, 1962: Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker. Bd. 1. München-Berlin; und: Ergänzungsband. München-Berlin
- Braun, A., 1893: Berliner Wohnverhältnisse. Denkschrift der Berliner Arbeiter-Sparitäts-Kommission. Berliner Arbeiter-Bibliothek, III. Serie, 6. und 7. Heft. Berlin
- Christ-Gmein, M., 1976: Die württembergische Sozialdemokratie 1890-1914. Ein Beitrag zur Geschichte des Reformismus und Revisionismus in der deutschen Sozialdemokratie. Diss. Stuttgart
- Deutsche Krankenkassen-Zeitung, 1903: „Berliner Kulturbild“, 3. Jg., Nr. 3
- Ellis, H., 1892: The Nationalization of Health. London
- Fürst, M., 1903: Stellung und Aufgaben des Arztes in der öffentlichen Armenpflege. Handbuch der Sozialen Medizin, hsg. von M. Fürst und F. Windschild, Bd. 1. Jena
- Füssel-Schaffrath, S., 1973: Beitrag zur Geschichte der Berliner Krankenhäuser im Zeitraum von 1900-1920. med. Diss. FU Berlin
- Gottstein, A., 1905: Erfüllung die Berliner Kommune die notwendigen Forderungen auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheits- und Krankensensens? Deutsche Medizinische Wochenschrift 31, 835-838, 874-877
- Grotjahn, A., 1907: Der Einfluß der sozialen Versicherungsgesetzgebung auf die Entwicklung des Krankenhausesens. Zs. f. soziale Medizin 2, 335-364
- Grotjahn, A., 1908: Krankenhausesens und Helfertrendbewegung im Lichte der Sozialen Hygiene. Leipzig
- Hirsch, P., 1908: 25 Jahre sozialdemokratische Arbeit in der Gemeinde. Die Tätigkeit der Sozialdemokratie in der Berliner Stadtverordnetenversammlung. Auf Grund amtlicher Quellen geschildert. Berlin
- Hirsch, P., 1911: Das Kommunal-Programm der Sozialdemokratie Preußens. Berlin

- Huertkamp, C./Spree, R., 1980: *Ärzte und Arbeitsmarkt während des Kaiserreichs in Deutschland*. Vorlage zur Tagung „Historische Arbeitsmarktforschung“, Haus Rothenberge (Universität Münster), 26.-28.6.1980
- Kautsky, K., 1891/92: *Medizinisches*. Die Neue Zeit 10/1, 644-651
- Kautsky, K./Schoenlank, B., o.J.: *Grundsätze und Forderungen der Sozialdemokratischen Erhaltungszug zum Erfurter Programm*. Berlin
- Labisch, A., 1976: *Die gesundheitspolitischen Vorstellungen der deutschen Sozialdemokratie von ihrer Gründung bis zur Parteispaltung (1863-1917)*. Archiv für Sozialgeschichte 16, 325-370
- Labisch, A., 1978: *The Workmen's Sanitarian Federation (Arbeiter-Sanitär-Bund) 1888-1933*. Journal of Contemporary History 13, 297-322; deutsche Übersetzung: *Der Arbeiter-Sanitär-Bund, 1888-1933. Ein Beitrag zur Geschichte der Arbeiterbewegung*. In: Arbeiterkultur, hrsg. von G.A. Ritter, Königstein/Ts. 1979, 145-167
- Labisch, A., 1979/80: *Krankenhauspolitik in der Krankenhausschichte*. Historia Hospitalium 13, 217-233
- Lindemann, H., 1906: *Die deutsche Städteverwaltung. Ihre Aufgaben auf den Gebieten der Volkshygiene, des Städtebaus und des Wohnungswesens*. Stuttgart
- Lobbes, I., 1955: *Die Entwicklung des Berliner Krankenhausesensens*. med. Diss. FU Berlin
- Nossig, A., 1894: *Einführung in das Studium der Sozialen Hygiene. Geschichte, Entwicklung und Bedeutung der öffentlichen Gesundheitspflege*. Stuttgart
- Protokoll, 1901: *Protokoll über die Verhandlungen der zweiten Konferenz der sozialdemokratischen Gemeindevorsteher der Provinz Brandenburg*, abgehalten zu Berlin am 27. und 28. Dezember 1900. Berlin
- Protokoll, 1904: *Protokoll über die Verhandlungen des Parteitages der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands*, abgehalten zu Bremen vom 18. bis 24. September 1904. Berlin
- Protokoll, 1909: *Protokoll über die Verhandlungen der dritten Konferenz sozialdemokratischer Stadtvorsteher und Gemeindevorsteher der Provinz Brandenburg*, abgehalten zu Berlin am 14. und 15. Februar 1909. Berlin
- Schaefer, H./Blohmke, M., 1978: *Sozialmedizin. Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin*. Stuttgart
- Schahnauer, W., 1891: *Ueber die drohende körperliche Entartung der Kulturmenscheit und die Verantwortung des ärztlichen Standes*. Berlin-Neuwied
- Scheib, O., 1910: *Zweihundert Jahre des Charité-Krankenhauses zu Berlin. Mitteilungen aus der Geschichte und Entwicklung der Ansätze von ihrer Gründung bis zur Gegenwart*. Charité-Annalen 34, Teil II, 1-178
- Stenographische Berichte, 1833: *Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Reichstages*, V. Legislaturperiode, II. Session 1832/83, IV. Band, Berlin
- Stürzbecher, M., 1961: *Zur Periodisierung der Geschichte des Berliner Krankenhausesensens*. Medizinische Mitteilungen (Schering) 22, 75-81
- Stürzbecher, M., 1969, a: *Die Berliner Krankenhäuser 1886 bis 1967*. Berliner Sta-  
tistik 23, 324-329
- Stürzbecher, M., 1969, b: *Zur Geschichte der privaten Krankenanstalten in Berlin*. Berliner Arztblatt 82, 1114-1127
- Stürzbecher, M., 1972: *Aus der Diskussion über das „klassenlose Krankenhaus“ in Alt-Berlin*. Berliner Arztblatt 85, 509-521
- Tennstedt, F., 1977: *Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zur Gründung der Bundesrepublik Deutschland*. Bonn
- Virchow, R., 1879: *Die öffentliche Gesundheitspflege*. In: R. Virchow, *Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiete der öffentlichen Medizin und der Seuchenlehre*, Bd. 1, Berlin, 14-50
- Vor dem Esche, P., 1954: *Die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern in Deutschland von 1876 bis zur Gegenwart*. Archiv für Hygiene und Bakteriologie 138, 386-398

- Vor dem Esche, P., 1959: *Die Zunahme der Krankenhausbehandlung bei Infektionskrankheiten in Preußen seit 1882*. Archiv für Hygiene und Bakteriologie 143, 442-453
- Wernich, A., 1892/93: *Der Kampf gegen die Cholera in Berlin*. Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen, 3. F., IV., Suppl. H., 160-171, und 3. F., V., 187-205
- Wernich, A., 1897: *Siebener Gesamtbericht über das Sanitäts- und Medicinalwesen in den Städten Berlin und Charlottenburg während der Jahre 1892, 1893, 1894*. Berlin
- Weyl, K., 1912: *Die Frau in der Gemeindepolitik*. Sozialistische Frauenbibliothek, Bd. 2 Berlin
- Wille, P., 1930: *Die Geschichte der Berliner Hospitäler und Krankenhäuser von der Gründung Berlins bis zum Jahre 1800*. med. Diss. Berlin
- Zadek, I., 1895: *Die Arbeiterversicherung. Eine sozialhygienische Kritik*. Nach einem Referat, gehalten auf dem VIII. internationalen Kongress für Hygiene und Demographie in Budapest. Jena
- Zietz, L., 1911: *Zur Frage des Mütter- und Säuglingsschutzes*. Leipzig