

Alfons Labisch

## Selbsthilfe zwischen Auflehnung und Anpassung

Arbeiter-Sanitätskommission und Arbeiter-Samariterbund\*

### 1. Problemstellung: welchen Anpassungszwängen unterliegen Selbsthilfegruppen?

Die derzeitige Selbsthilfebewegung ist von Gruppen gekennzeichnet, die sich bewußt als Gegenstück zum professionalisierten Dienstleistungssystem verstehen. Indes müssen auch diese Gruppen sowohl durch den Gegenstand ihres Handelns als auch aus historischen Gründen vorgegebene Formen sozialen Handelns annehmen, wenn sie ihre Ziele gegen bestehende Organisationen der sozialen und gesundheitlichen Sicherung durchsetzen wollen. Mit diesem unausweichlichen Problem ist die Frage vorgegeben, inwieweit alternative Selbsthilfegruppen Anpassungszwängen unterliegen, die in ihren Auswirkungen im Gegensatz zu den definierten Zielen stehen und damit dazu führen, daß sich diese Gruppen, wenn sie ihre Ziele konsequent verfolgen, entweder in ihrem Bestand gefährdet sehen, oder aber sich so weit vorgegebenen Formen sozialen Handelns anpassen, daß sie schließlich selbst ein Bestandteil des vormals bekämpften Dienstleistungssystem werden. Für diese allgemeine Problemstellung ist das Verhältnis von Selbsthilfegruppen zu bereits bestehenden Organisationen und Organisationsformen sowie der Einfluß, der von eben diesen auf die Selbsthilfegruppen ausgeübt wird, von entscheidender Bedeutung. Diese besondere Problemstellung soll am Beispiel von zwei Selbsthilfegruppen aus der Geschichte der Arbeiterbewegung untersucht werden, an der Arbeiter-Sanitätskommission (ASK) und am Arbeiter-Samariterbund (ASB): nach einer — allerdings sehr gerafften — historischen Darstellung werden diese beiden Beispiele anhand einer von *Trojan/Behrendt* entwickelten Typisierung von sozialen Aktionen in der Gesundheitsselfhilfe miteinander verglichen, um so abschließend den auf Selbsthilfegruppen lastenden Zwang zur Anpassung an vorgegebene Formen sozialen Handelns in Thesenform zur Diskussion zu stellen.

### 2. Die Arbeiter-Sanitätskommission

Ende August 1892 drohte die Cholera von Hamburg auf Berlin überzugreifen. Zwar war in Berlin die »Königliche Sanitäts-Commission« we-

\* Gekürzt nach einem gleichnamigen Vortrag auf der Tagung der Deutschen Vereinigung für Politische Wissenschaft (DVPW) zum Rahmenthema »Staatlicher Eingriff und Selbstregulierungspotentiale im Gesundheitswesen. Zur Durchsetzung von Betroffeneninteressen«, 2.-4. Juni 1982 in Ulm.

sentlich beständiger und wirkungsvoller organisiert als die Sanitätskommission in den übrigen preußischen Städten. Auch sonst waren vergleichsweise umfangreiche Maßnahmen zur allgemeinen Seuchenabwehr getroffen worden (Wernich 1892/93). Trotzdem rief die Choleraepidemie in der Bevölkerung Berlins erhebliche Unruhe und Angst hervor.

### 2.1 Die Gründung der Arbeiter-Sanitätskommission

Am 11. September 1892 veröffentlichte Ignaz Zadek, ein heute fast vergessener Arbeiterarzt, im *Vorwärts* einen Aufruf (Vorwärts 213, 11. September 1892; vgl. 215, 13. September 1892), in der er u.a. berichtete, daß er bereits in der Berliner Stadtverordnetenversammlung darauf verwiesen hatte, daß es keinesfalls genüge, ausschließlich Maßnahmen zur Vernichtung der Choleraabzillen zu treffen; vielmehr müsse man die Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse der besitzlosen Klassen kontrollieren und den dortigen Mißständen abhelfen. Deshalb seien zu den Arbeiten der Sanitäts-Kommissionen Vertreter der arbeitenden Klassen hinzuzuziehen. Zadek war mit diesem Vorschlag nicht durchgedrungen. Er forderte daher nun die Arbeiter auf, über alle groben sanitären Mißstände in Wohn- und Arbeitsräumen, Straßen und Höfen umgehend schriftlich an ihn zu berichten, damit er eine Kontrolle veranlassen konnte. Weiterhin rief Zadek Freiwillige auf, die bereit waren, die gemeldeten Mißstände zu sichten und zu kontrollieren. Zum dritten schließlich bat Zadek alle Ärzte, Chemiker, Techniker, Statistiker und sonstige durch Beruf oder Erfahrung befähigte, sich bei ihm zur Auswertung des erhobenen Materials zu melden. Bereits eine Woche später berichtete der *Vorwärts* (219, 18. September 1892) unter der Überschrift »Sanitäre Mißstände in Berlin«, daß sich 100 Mitarbeiter, darunter Ärzte, eine Anzahl Chemiker, Ingenieure und andere Sachverständige, bereit erklärt hätten, die Kontrolle der eingehenden Beschwerden zu übernehmen. Wiederum eine Woche später, am Sonntag, dem 25. September 1892, lesen wir, daß sich am Mittwoch zuvor ein provisorisches Komitee gegründet habe, um die »Arbeiter-Sanitätskommission« — zum ersten Mal taucht dieser Name auf — zu fördern (Vorwärts 225, 25. September 1892). Am Donnerstag, dem 6. Oktober 1892, schließlich wurde die aus Arbeitern, Ärzten und anderen Sachverständigen bestehende »Arbeiter-Sanitätskommission« offiziell gegründet (Vorwärts 237, 9. Oktober 1892). Zum Vorsitzenden wurde Ignaz Zadek gewählt. Zadek berichtete in seinem einführenden Referat über die gesellschaftspolitisch zu begründende soziale und gesundheitliche Gefährdung der Arbeiter und die Unzulänglichkeit der Abwehrmaßnahmen gegen die Cholera. Adolf Braun erläuterte die Arbeitsanleitungen für Ärzte und Kontrolleure sowie die Fragebogen, die sich auf die Wohnungsverhältnisse allgemein, auf Klosettverhältnisse und auf Einzelfragen ausrichteten. Die Kontrolleure sollten nur etwas, was sie aufgrund der Meldungen an die ASK selbst

überprüft hätten, an die auswertenden Ärzte weitermelden, »da eine einzige falsche Meldung den Nutzen von hundert richtigen vernichten könne«. Überdies betonte *Braun* ebenfalls, daß der Hauptwert der Untersuchung darin zu sehen sei, daß den Arbeitern »das hygienische Gewissen« (!) geschärft werde. Sogleich am Gründungsabend wurde daher auch mit der fachlichen Schulung der etwa 100 versammelten Personen begonnen: Dr. *Friedländer* sprach über Trinkwasser.

### *2.2 Arbeit und Ziele der Arbeiter-Sanitätskommission*

Die ständige Berichterstattung über die Arbeitsergebnisse der ASK begann unter der Rubrik »Arbeiter-Sanitätskommission« in Nr. 243 des *Vorwärts* (16. Oktober 1892). Verbunden mit dem inhaltlichen Beitrag waren Ankündigungen, wann und wo sich die Kontrolleure der ASK versammelten, und welche Themen im Rahmen der Ausbildung abgehandelt werden sollten. Am 25. Oktober 1892 schließlich wurde gemeldet, daß die Kontrolleure nunmehr nicht nur darauf reagierten, daß Arbeiter ihnen hygienische Mißstände meldeten; vielmehr würden die Kontrolleure mehr und mehr auch von sich aus recherchieren. Fester Bestandteil der ständigen Rubrik im *Vorwärts* wurden genaue Beschreibungen von besonders haarsträubenden Untersuchungsergebnissen (vgl. z.B. *Vorwärts* 255, 30. Oktober 1892 über verschmutztes Trink- und Brauchwasser).

Die allgemeinen Ziele der Arbeit der ASK sind deutlich: nach außen sollte eine politisch begründete Aufklärung betrieben werden — die die Opfer dieser Aufklärung, beispielsweise Fabrik- und Hausbesitzer, als Agitation auffaßten; nach innen sollte eine Solidarisierung betrieben werden, deren unmittelbares Ziel war, die Arbeiter auf hygienische Binsenweisheiten aufmerksam zu machen. Die Hauptgegenstände der Meldungen durch betroffene Arbeiter wie der Recherchen der Kontrolleure und schließlich der Auswertung durch Ärzte, Chemiker und Ingenieure waren Wohnungen, Klosetts, Wasserversorgung und Schlafstellen im privaten Lebensbereich, ferner sanitäre Verhältnisse in Werkstätten und Fabriken im Bereich der Produktion und schließlich Krankenhäuser; ein besonderes gesundheitspolitisches Ziel war im gesamten Arbeitszusammenhang der ASK ein städtisches Gesundheitsamt für Berlin, das für alle angesprochenen Fragen zuständig sein sollte (dazu *Hirsch* 1908, 83-86). Arbeitsmittel der ASK war nach außen die parteieigene Presse: unhygienische, gesundheitsgefährdende Zustände wurden mit Ort und Verursacher an den Pranger gestellt. Nach innen wurde Schulung betrieben, an der sich übrigens ein Kreis von Fachleuten beteiligte, der in der gesamten Gesundheitspolitik der Arbeiterbewegung immer wieder genannt wird.

### *2.3 Erfolge der Arbeiter-Sanitätskommission*

Die ASK konnte mindestens drei große Erfolge verzeichnen. Zunächst

einmal stieß die Kontrollarbeit der ASK bei denjenigen, die offiziell mit der Abwehr der Cholera befaßt waren, auf nahezu vorbehaltlose Zustimmung. Die öffentliche Anerkennung für eine Gruppe, die zwei Jahre zuvor — man erinnere sich an die Sozialistengesetze — noch offizielle Hoch- und Landesverräter waren, ist als außerordentlich bedeutsam zu werten und war für einen preußischen Beamten sicher auch nicht üblich; der Regierungs- und Medizinalrat *Wernich* schrieb in seinem Abschlußbericht über den »Kampf gegen die Cholera in Berlin«:

»Einen nicht nur sachgemäßen, sondern auch practicablen und Nützlichem verheißenden Weg beschritt das socialdemokratische Organ, der 'Vorwärts', als er daran ging, alles von einer 'Arbeiter-Sanitätscommission' an öffentlichen Mißständen gesammelte Material zu veröffentlichen. Wo in Wohnhäusern und Fabriken eine zu geringe Anzahl öffentlicher Bequemlichkeitsanstalten sich vorfand; wo unzureichende Ventilation sich geltend machte; wo beim Verladen von Müll und sonstigem unreinen Material oder wo an gewissen Stellen der öffentlichen Wasserläufe ein Gestank entstand — widmeten die aufmerksamen Mitglieder jener Commission dem Gegenstande ihre Aufmerksamkeit und sicherten ihm eine Besprechung im 'Vorwärts'. So wurden viele, der regelmäßigen Controle leicht zu entziehende (übrigens weit mehr vorübergehende als bleibende) Unzuträglichkeiten öffentlich besprochen, dann sachgemäß untersucht und — wo erreichbar — abgestellt.« (Wernich 1892/93, 204; s. auch Wernich 1897, 48; zu Wernich s. Vorwärts 76, 30. März 1893)

Ein ähnlich bedeutender Erfolg war die Wohnungsenquête, die die ASK im Frühjahr 1893 durchführte. Die Fragebogen waren von Alfred *Blaschko* und Ignaz *Zadek* ausgearbeitet worden, die Erhebung selbst hatten Medizinstudenten und Arbeiter am Sonntag, dem 26. Februar 1893 durchgeführt. Das Material wurde von Adolf *Braun* und jungen Kaufleuten ausgewertet, dann in einer Versammlung bekannt gemacht (Vorwärts 73, 26. März 1893) und schließlich als Denkschrift publiziert: »Berliner Wohnverhältnisse. Denkschrift der Berliner Arbeiter-Sanitäts-Kommission, bearbeitet im Auftrage derselben von Adolf *Braun* (= Berliner Arbeiter-Bibliothek, III. Serie, 6. und 7. Heft) Berlin 1893.« Die Untersuchung erregte in der Öffentlichkeit großes Aufsehen und erhielt ebenfalls Zustimmung von offizieller Seite: im Herbst 1893 empfahl *Friedheim*, der stellvertretende Polizeipräsident von Berlin, in einer Sitzung der Sanitätskommission den Vorständen der Revier-Sanitätskommissionen diese Denkschrift »zum eifrigen Studium, da sie sehr vieles Beachtenswerthe enthalte« und bedauerte, daß in den Sanitätskommissionen nicht auch Vertreter der ärmeren Klassen säßen (Vorwärts 234, 5. Oktober 1893; vgl. dazu ebd. den Kommentar *Zadeks*. Zur Bedeutung der Wohnungsenquête-ten allg. s. *Sachse/Tennstedt 1982*).

Zum dritten schließlich macht die ASK auch vor den ehrwürdigen Mauern der Königlichen Charité nicht halt (Labisch 1981, 131-135). 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 waren die Arbeiter bei der Auseinandersetzung mit der Charité nicht unbedingt vom Wohlwollen von Behörden abhängig. Vielmehr war die Charité ihrerseits als Ausbildungsstätte auf Patienten angewiesen. Als bloße Forderungen an die Charité nicht fruchteten, beschlossen die Berliner Arbeiter und die Kassenvorstände der Arbeiterkrankenkassen im August 1893, die Charité zu boykottieren (Vorwärts 198, 24. August 1893)! Es wurden »Forderungen der Berliner Krankenkassen an die Charité« ausgearbeitet; der Boykott begann im September (Bernstein 1910, 386-388). Nachdem die Sozialdemokraten das Gesetz betr. die Krankenversicherung der Arbeiter 1883 im Reichstag abgelehnt hatten, sehen wir hier zum ersten Mal, wie sie diese Einrichtungen für ihre Gesundheitspolitik einzusetzen lernen: der Charité fehlten nicht nur Patienten, sondern auch die Einnahmen von den Krankenkassen der Arbeiter nahmen bereits im vierten Quartal 1893 ab — insgesamt gingen die Zahlungen der Arbeiterkrankenkassen auf Quartale umgerechnet 1894 nach Angaben der Krankenkassen auf etwa 30% der Zahlungen von 1893 zurück (Vorwärts 294, 18. Dezember 1894; s. auch Bernstein 1910, 387). *Bernstein* überschätzt wahrscheinlich die unmittelbare Wirkung des Boykotts. Tatsächlich wurde jedoch nach einer gemeinsamen Besichtigung der Charité durch Minister und hohe Beamte — darunter auch *Althoff* — beschlossen, den Neu- bzw. Umbau der Charité schleunigst in die Hand zu nehmen: man darf mit gutem Grund vermuten, daß der von der ASK inszenierte Boykott der Charité im Zusammenhang mit dem nachfolgenden Pressewirbel nur der letzte äußere und durchaus willkommene Anlaß für *Althoff* war, endlich in der Charité aufzuräumen (Tennstedt 1979, 604).

#### 2.4 Das Ende der Arbeiter-Sanitätskommission

Nach diesen drei großen Erfolgen erlahmte das Interesse an der ASK allmählich. Abgesehen von den vielen unmittelbaren Informationen, Hinweisen und Hilfen der ASK, die letztlich in der Personalunion ihrer Mitglieder mit der politisch aktiven sozialdemokratischen Arbeiterbewegung begründet liegen, wurden 1892 9 Artikel im *Vorwärts* publiziert, 1893: 18, 1894: 11 und 1895 noch 8; bereits 1895 also ging die Zahl der Meldungen zurück, die Spenden flossen nur noch spärlich und die Mitarbeit bröckelte ab. 1896 erschienen noch 4 Artikel, 1897: 3, 1898 2, 1899 und 1900 je 1 und 1902 keiner. Am 15. März 1903 wurde dann im *Vorwärts* das Ende der ASK auch offiziell besiegelt (Vorwärts 63, 15. März 1903). Bei diesem sanften Entschlafen einer vormals erfolgreichen Selbsthilfegruppe haben offenbar mehrere Gründe eine Rolle gespielt: zunächst einmal war die existentielle Gefährdung durch die Cholera verschwunden. Fernerhin war das Hauptthema der Aktionen, die Wohnungsfrage, inzwischen zu einem

allgemeinen politischen Thema geworden; schließlich war dieses Thema von einer neuen Gruppe innerhalb der gesundheitspolitischen Arbeit der Arbeiterbewegung übernommen worden, die in einem festen organisatorischen Rahmen und mit entsprechenden Mitteln arbeiten konnten, nämlich von den Arbeiterkrankenkassen: diese führten auch die Tradition der Wohnungs-Enquêtes fort (dazu Sachsse/Tennstedt 1982).

### 3. Der Arbeiter-Samariterbund

Während der Hauptphase der Industrialisierung Deutschlands nach 1870 nahm der Ausbau der industriellen Produktionsstätten, der Verkehrswege und der Mietskasernen in den schnell wachsenden Städten rapide zu. Die Arbeitsverhältnisse waren schlecht, der Arbeiterschutz steckte noch in den Anfängen, und ein ziviles Rettungswesen gab es nicht. Die Zahl der Unfälle nahm laufend zu: in der gesetzlichen Unfallversicherung wurden beispielsweise 1886 je 1.000 Versicherte 26,9,; 1890: 30,3 und 1900: 44,8 Betriebsunfälle angezeigt (Tennstedt 1976, 432).

#### 3.1 Die Anfänge der Arbeiter-Samariter-Bewegung

Wegen der zahlreichen, oft tödlichen Unfälle auf Baustellen bat der »Lokalverband Süd« des Berliner »Verbandes der Zimmerleute« im Jahre 1887 den Arzt Dr. Alfred *Bernstein*, einen Vortrag über Erste Hilfe zu halten (ausführlich Labisch 1978). *Bernstein* bezweifelte am Ende seiner Rede, daß sein Vortrag irgendeinen praktischen Nutzen habe. Da erklärten sich die Zimmerleute bereit, an einem Kursus in Erster Hilfe teilzunehmen, wenn *Bernstein* die Leitung übernehme. Sechs Mitglieder des Vorstandes des Gewerkvereins beschafften daraufhin auf eigene Kosten Übungsmaterial und Wandtafeln. Der Kursus wurde von April bis Oktober 1888 abgehalten. Etwa 100 Personen aus den verschiedensten Berufen nahmen daran teil. Im Oktober 1888 wurde dann der »Lehrkursus der Berliner Arbeiter zur ersten Hilfe bei Unglücksfällen« gegründet. Dies war die Keimzelle des späteren ASB. Ab dem 7. Oktober fanden regelmäßig unter der Leitung der Ärzte Alfred und Paul *Bernstein* Vorträge und Übungen statt. Der Verein wuchs bald stark an. Ab 1896 leisteten besonders gut ausgebildete Teilnehmer des Samariterkursus Wachdienste bei Arbeiterfesten und -versammlungen. Damit weitete sich der selbstgestellte Aufgabenbereich der Samariter von der Selbsthilfe am Arbeitsplatz zur öffentlichen Sanitätswache aus. Die in der Öffentlichkeit auftretenden Samariter nannten sich »Arbeiter-Samariter-Kolonne«. Dieser Name wurde 1902 auf den gesamten Verein übertragen, der mittlerweile mehrere Untergruppen in Berlin hatte.

### *3.2 Die Gründung des Arbeiter-Samariterbundes als Selbsthilfeorganisation der Arbeiterbewegung*

Die »Arbeiter-Samariter-Kolonnen« Berlins diente den Arbeitern in vielen anderen Städten Deutschlands als Vorbild. 1901 wurde in Dresden eine »Arbeiter-Sanitäts-Kolonnen« gegründet, 1904 folgte Köln, 1906 Meissen an der Elbe, 1907 Hamburg und Elberfeld, 1909 Barmen und Nürnberg. Am 11. und 12. April 1909 trafen sich in Magdeburg elf Delegierte, um die Arbeiter-Samariter-Kolonnen im Deutschen Reich zum Arbeiter-Samariterbund zu vereinigen. In der ersten Nummer des Bundesorgans »Der Arbeitersamariter«, das ab dem 1. Juli 1910 monatlich erschien, wurden die Aufgaben und Ziele des Bundes eingehend erläutert. Erste Aufgabe war die Hilfeleistung bei Unfällen, und zwar vor allem bei Arbeitsunfällen. Ziel war es, möglichst viele Arbeiter in Erster Hilfe auszubilden, damit diese an ihrem Arbeitsplatz im Notfall sachkundigen Beistand leisten konnten. Der ASB sollte die Arbeiter allerdings nicht nur vor den Auswirkungen der mangelhaften Arbeitsbedingungen in den Fabriken bewahren, vielmehr sollten diese Ursachen selbst beseitigt werden: »Daher erscheint es uns als wichtigste Aufgabe, den Anschluß an die uns verwandten Organisationen und Vereine zu suchen, die vereint mit uns bestrebt sind, für geordnete hygienische Zustände auf den Arbeitsplätzen zu sorgen.« Die frühe Arbeitersamariterbewegung schloß damit neben der praktischen Hilfeleistung auch eine politische Zielsetzung ein. Der unmittelbare Zweck des Bundes war, die angeschlossenen Kolonnen zu fördern, die Ziele der Arbeitersamariterbewegung zu propagieren und einen zentralen Einkauf von Verbandsmaterial und ähnlichem zu schaffen. Die Befugnisse des Bundesvorstandes waren gering, der Bundesvorsitzende war ehrenamtlich tätig. Die Kolonnen waren sehr selbständig, der ASB hatte mithin eine föderative Struktur.

### *3.3 Der Neuaufbau des Arbeiter-Samariterbundes nach dem Ersten Weltkrieg*

Der Neuaufbau des ASB vollzog sich nach dem Ersten Weltkrieg in einer völlig geänderten Lage. Zum ersten hatte das Deutsche Rote Kreuz (DRK) seit 1916 seine Tätigkeit wegen der Folgen des Krieges auch auf den zivilen Bereich ausgeweitet und arbeitete seit dieser Zeit auch mit der Generalkommission der Gewerkschaften Deutschlands, dem späteren Allgemeinen Deutschen Gewerkschaftsbund (ADGB) zusammen. Durch die Mitarbeit des ADGB im DRK wurde die Stellung des ASB innerhalb der Arbeiterschaft erschwert. Zum zweiten war mit dem Sturz der Monarchie ein wesentlicher Grund für die Frontstellung der Arbeiterschaft gegen den Staat fortgefallen. In den ersten Tagen der Revolution sah die Führung des ASB sogar die Möglichkeit, daß der ASB »Zentralorganisation aller

freien Vereinigungen (sc. werde), die sich der allgemeinen Hilfeleistungen bei Unglücksfällen, der Körper- und Gesundheitspflege widmen«. Schließlich hatte sich die deutsche Arbeiterbewegung inzwischen in einen reformistisch-revisionistischen und in einen revolutionären Flügel gespalten. In die daraus entstehenden Auseinandersetzungen wurden alle Organisationen der Arbeiterbewegung unweigerlich hineingezogen.

Die Arbeitersamariterbewegung nahm nach dem Ersten Weltkrieg einen enormen Aufschwung. Bis Ende 1921 war der Bund auf 18.625 Mitglieder in 258 Kolonnen angewachsen. Die Gründe für diese Entwicklung waren mannigfaltig. So strömten beispielsweise aus dem Krieg viele als Sanitäter ausgebildete Arbeiter zurück, die sich nun dem ASB anschlossen. Wie die Entwicklung der Unfallzahlen in den Betrieben zeigt, wurde die Ausbildung von Arbeitern in Erster Hilfe außerdem immer wichtiger: von 1920 bis 1929 stieg die Zahl der angezeigten Betriebsunfälle pro 1.000 Unfallversicherte pro Jahr von 45,4 auf 85 an (Tennstedt 1976, 437).

Um die finanzielle Lage des ASB zu verbessern, hatte sich der Bundesvorsitzende *Stein* an verschiedene Gewerkschaften mit der Bitte um Unterstützung gewandt. Der ADGB, der im Gegensatz zu den örtlichen Gewerkschaftskartellen bisher wenig Interesse für den ASB gezeigt hatte, machte *Stein* daraufhin den Vorschlag, mit dem DRK eine Verschmelzung, wenigstens aber eine Zusammenarbeit anzustreben. Die Führung des ASB lehnte diese Vorschläge entrüstet ab; es gäbe nur einen vernünftigen Weg, den auch führende Männer des DRK sähen: eine Verschmelzung könne nicht stattfinden, eine gemeinsame Arbeit könne es nur geben, wenn sich beide Organisationen in Freiheit entwickeln könnten. Die Zielrichtung der künftigen Auseinandersetzung mit dem DRK war nunmehr festgelegt: nur auf der gleichen rechtlichen Grundlage wollte der ASB mit dem DRK zusammenarbeiten. Diese Entscheidung setzte eine vergleichbare Tätigkeit und die gleiche gesellschaftliche und politische Anerkennung von ASB und DRK voraus: das Ziel des ASB war daher, in den Kreis der sogenannten Spitzenorganisationen der freien Wohlfahrtspflege aufgenommen zu werden. Bereits 1919 hatte der ASB gefordert, daß das Rettungswesen nicht von den Kommunen, sondern in freier Trägerschaft organisiert werden solle. Der ehemalige Grundgedanke einer zur bloßen Existenzsicherung unbedingt notwendigen Selbsthilfeorganisation, deren wesentliche Aufgabe es über die praktische Hilfe hinaus sein mußte, auf mittelbarem oder unmittelbarem politischen Weg die Ursachen der Mißstände zu beseitigen, war damit bereits verlassen worden. Nun aber hatte sich der ASB endgültig für den Wettbewerb mit bestehenden Samariterorganisationen in dem vorgegebenen gesellschaftlichen und staatlichen Rahmen entschieden. Mit dieser grundsätzlichen Entscheidung war die weitere Politik der Führung des ASB in ihren Grundlinien vorherbestimmt. In die Auseinandersetzung mit dem DRK gehört daher auch der wichtigste Ta-



gungsordnungspunkt des fünften Bundestages des ASB im Jahre 1921: der Ausbau des Bundes von einer Rettungsorganisation zu einer allgemeinen Wohlfahrtsorganisation. Die Führung des ASB sah zwar ebenso wie das DRK die weitere Entwicklung des Samariterwesens in der freien, subsidiären Wohlfahrtspflege, wollte aber insbesondere die durch die Kriegsentbehrungen am meisten in Mitleidenschaft gezogenen unteren Bevölkerungsschichten betreuen. Im Gegensatz zu früheren Zielsetzungen und zu der sich bald abspaltenden kommunistischen Samariterbewegung enthielten diese Vorstellungen allerdings keinerlei Überlegungen über die Ursachen der Lage der unteren Volksschichten; auch wurden keinerlei politische Forderungen mehr erhoben, die auf eine Abschaffung dieser Ursachen abzielten.

Politische Neutralität war allerdings eine wesentliche Voraussetzung, wenn der ASB als Spitzenorganisation der freien Wohlfahrtspflege anerkannt werden wollte. Durch zwei Resolutionen wurde daher 1921 bestätigt, daß der ASB eine unpolitische, streng neutrale, im Dienst der gesamten Menschheit stehende Samariterorganisation sei. Alle Beschlüsse, die sich auf die Zugehörigkeit zu irgendeiner Partei bezogen, wurden für unwirksam erklärt. Kolonnen, die sich auf eine bestimmte Parteirichtung festlegten, sollten ausgeschlossen werden. Im Unterschied zu einer vergleichbaren Neutralitätserklärung des vorhergehenden Bundestages waren diese Resolutionen nun nicht mehr nur dazu bestimmt, im ASB selbst Frieden zu bewahren; diese Resolutionen waren vielmehr eine Folge der geänderten Zielsetzung des Bundes und waren auf ihre Wirkung auf andere für den ASB wichtige gesellschaftliche Gruppen und Organisationen hin — auf dem Bundestag wurden ausdrücklich die Ärzte genannt — angelegt.

Viele Arbeitersamariter waren mit der Entpolitisierung des Bundes und der Politik der Bundesleitung nicht einverstanden. 1921 fingen einige kommunistische Mitglieder des ASB in Berlin an, für die Kommunistische Partei Samariterkurse abzuhalten. Als diese Samariter aus dem ASB ausgeschlossen wurden, gründeten sie am 22. Juni 1921 den »Proletarischen Gesundheitsdienst« (PGD). Der PGD setzte in seinem Programm und in seiner praktischen Arbeit die gesundheitspolitischen Grundsätze des früheren ASB, der übrigen frühen Selbsthilfeorganisationen der Arbeiterschaft und der frühen Sozialdemokratie fort: unter der revolutionären Zielsetzung, das gesamte Gesundheitswesen zu sozialisieren, sollte der PGD auch im kapitalistischen Klassenstaat bereits politisch und praktisch zum Wohl der Werktätigen arbeiten, selbst wenn eine grundlegende Änderung der gesundheitlichen Verhältnisse der Arbeiterschaft im kapitalistischen Ausbeutersystem nicht zu erwarten sei; die Mitglieder des PGD standen daher auf dem Boden des Klassenkampfes. Der PGD konnte sich zunächst in Berlin, später auch in Sachsen und im Rheinland ausbreiten,

blieb aber immer eine Randerscheinung. Der ASB allerdings mußte sich nun nicht nur gegen das DRK und andere bürgerliche Samaritervereine wehren, von denen er als politische Organisation der Arbeiterbewegung hingestellt wurde, sondern hatte nun auf der linken Seite einen Gegner bekommen, der ihm seinerseits Reformismus und Opportunismus vorwarf.

### *3.4 Der Abschluß der rechtlich-organisatorischen Entwicklung des Arbeiter-Samariterbundes*

Die Schwierigkeiten der Bundesleitung, die politische Neutralität des Bundes endgültig durchzusetzen, beruhten auf der großen Selbständigkeit der Kolonnen und Kreise. Auf dem sechsten Bundestag 1923 in Leipzig war daher die Frage aufgetaucht, ob der ASB eine zentralistische oder eine föderalistische Organisation sei. Die Bundesleitung trieb mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln nun den Entschluß voran, eine Zentralorganisation zu schaffen. Dieser Entschluß machte ein neues Bundesstatut erforderlich, das von der Kreisleiterkonferenz im Juli 1924 in Berlin beraten, vorbehaltlich der Zustimmung des Bundestages, der Ostern 1925 stattfinden sollte, beschlossen und bereits am 1. Oktober 1924, also vor seiner demokratischen Legitimierung, in Kraft gesetzt wurde. Nach dem neuen Organisationsstatut war der Zweck des Bundes als Zentralorganisation aller Arbeitersamariter in Deutschland vor allem die Erste Hilfe bei Unglücksfällen und plötzlichen Erkrankungen, ferner die Tätigkeit auf dem Gebiet der Krankenpflege und sozialen Fürsorge. Außerdem wollte der ASB auf allen Gebieten des gesamten Gesundheitswesens »fördernd und umgestaltend tätig« und auf dem Gebiet der Volksgesundheit und Volkshygiene »Berater und Mitkämpfer« des schaffenden Volkes sein. Mitglied des ASB konnte jede Person werden, »die auf dem Boden der freien Arbeiterbewegung steht«. Angehörige fremder Samariterorganisationen und Gegner der Arbeiterbewegung wurden nicht aufgenommen. Innerhalb des Bundes wurden alle Mitglieder zu strengster politischer Neutralität verpflichtet.

Mit der neuen Satzung wurde der Bund zur maßgeblichen Organisationseinheit des ASB. Bei der Gründung des ASB im Jahre 1909 hatten die einzelnen Kolonnen erst den Bund konstituiert. Der innere Ausbau des Bundes durch Kreise und Bezirke wurde seit 1911 schrittweise mit der Ausbreitung des Arbeitersamaritertums vollzogen. Durch das neue Statut wurde die gewachsene Gliederung des Bundes jedoch völlig umgestülpt. Der föderalistische, lose Zusammenschluß der Kolonnen war zu einer zentralistischen, hierarchisch gegliederten Organisation umgebildet worden. Mitglieder des Bundes waren nicht mehr die Kolonnen, sondern einzelne Personen. Von den Kolonnen als unterster Organisationseinheit zog sich über die Bezirke, die Kreise sowie den Bundesausschuß und den Bundesvorstand eine straffe Gliederung und Funktionsverteilung. Der Bundes-

vorstand vertrat den Bund nach innen und außen, er verwaltete die Bundeskasse und die Geschäftsstelle. Der Bundesvorstand war damit der eigentliche Vertreter des mit Rechtsfähigkeit versehenen Bundes.

Wenngleich die grundsätzlichen politischen Entscheidungen über Ziele und Wege des ASB bereits gefaßt waren, ist nicht zu verhehlen, daß insbesondere Theodor *Kretzschmar*, der seit 1923 den Bundesvorsitz innehatte, entscheidenden Einfluß auf die Entwicklung des ASB in dem oben vorgezeichneten Sinne nahm. Der äußere Aufbau des Bundes ging nämlich mit einem inneren Ausbau einher, der dem Streben nach öffentlicher Anerkennung ein zusätzliches Moment verlieh: seit 1922 war der Bundesvorsitzende fest angestellt, 1928 war in Chemnitz ein eigenes »Bundeshaus« erbaut worden, 1929 kaufte der ASB ein eigenes Erholungsheim und nach 1930 arbeiteten in der Bundeszentrale über 20 fest angestellte Mitglieder. Für die zahlreichen ehrenamtlichen Funktionäre wurden eigene Schulungskurse abgehalten. Nachdem sich bereits vor dem Krieg das Verhältnis zu den Ärzten und ihren Verbänden als äußerst schwierig erwiesen hatte, war in den 20er Jahren ein eigener Ärzteverein des ASB gegründet worden, um diese für den ASB so wichtige Berufsgruppe an den Bund zu binden: 1928 hatte der Ärzteverein des ASB 1.263 Mitglieder. Die auf Mehrung an Mitgliedern und Leistungen angelegte Politik des ASB war schließlich erfolgreich: 1933 gehörten dem ASB über 52.000 Arbeitersamariter in 1.650 Kolonnen an. Die Leistungen des Bundes auf den Gebieten der freien Unfallhilfe, der betrieblichen Unfallhilfe, der Kranken- und Kinderpflege nahmen ebenfalls stetig zu. So gewährten 1930 Arbeitersamariter im Straßendienst, bei Sportveranstaltungen und Veranstaltungen der Gewerkschaften oder Arbeiterparteien und in den Betrieben insgesamt in 770.000 Fällen Erste Hilfe. Der ASB war damit schließlich sowohl nach eigener als auch nach fremder Einschätzung neben dem DRK zur führenden Organisation im Rettungs- und Krankentransportwesen der Weimarer Republik geworden.

#### **4. Arbeiter-Sanitätskommission und Arbeiter-Samariterbund im Vergleich nach den von Trojan/Behrendt entwickelten Modellen und Merkmalen**

Bereits aus der historischen Darstellung dürften einige Bedingungen und Mechanismen deutlich geworden sein, die als Anpassungszwänge auf Selbsthilfegruppen wirken. Will man die Beispiele allerdings konsequent diskutieren, ist für diese Erörterung ein Rahmen zu schaffen. Diesen Rahmen soll eine Einteilung von Modellen abgeben, die *Trojan/Behrendt* aufgrund der von ihnen untersuchten Beispiele gemeindebezogener Gesundheitsselbsthilfe in der BRD entwickelt haben (*Trojan/Behrendt* 1980). Gemeinsame Kennzeichen dieser Aktionsgruppen sind demnach, daß sie

- einfach organisiert sind und
- auf freiwilligem sozialem Engagement beruhen.

Diesen Aktionsgruppen sind die »formal organisierten Formen gesellschaftspolitischen Handelns« gegenüberzustellen. Für diese Form des Handelns ist kennzeichnend, daß

- es im Zusammenhang formal organisierter Kooperationssysteme erfolgt,
- es stark verberuflicht ist und
- schließlich bestimmte Normensätze vorgegeben sind.

*Trojan/Behrendt* unterscheiden insgesamt sechs Typen von sozialen Aktionen in der Gesundheitsselfthilfe:

1. Modell: Selbsthilfegruppen-Zusammenschluß
2. Modell: Nachbarschafts- und Laienhilfe
3. Modell: Zusammenschluß zur Selbst- und Sozialveränderung
4. Modell: Zusammenschluß zur Sozialveränderung (Bürgerinitiative)
5. Modell: Professionellenzusammenschluß
6. Modell: Selbsthilfe zur Selbstverwaltung

Diese sechs Modelle wiederum sind zum ersten nach insgesamt fünf Merkmalen ihrer Alternativität gegenüber formal organisierten Hilfsinstanzen und zum zweiten nach insgesamt zwei Merkmalen ihrer intendierten politischen Wirksamkeit zu unterscheiden. *Trojan/Behrendt* vergeben in ihrer Einteilung dabei eine empirisch gewonnene, letztlich aber durchaus subjektive Bewertung von 0 bis XXXXX.

Wendet man nun das von *Trojan/Behrendt* entwickelte Schema auf unseren Gegenstand an, ergibt sich zwischen ASK und ASB folgender Vergleich (S. XXX):

Einteilung nach Trojan/Behrendt	ASK	ASB
I. Modell	Modell 3: Zusammenschluß zur Selbst- und Sozialveränderung	Modell 2: Nachbarschafts- und Laienhilfe
II. Merkmale der Alternativität gegenüber formal organisierten Hilfsinstanzen		
Vergleichsorganisation	Sanitätskommissionen; diese wurden auch von bürgerlichen Zeitgenossen als überholt angesehen und 1899 im Kreisarztgesetz reformiert	vor 1914: DRK nach 1918: DRK, PGD ferner wichtig: ADGB, Ärzteverbände, Reichs- und Landesministerien
I. Dezentralisierung (Größe des lokalen Bezugsrahmens und der Unabhängigkeit von zentralen Instanzen)	XXXX	XX nach 1918: 0

Einteilung nach Trojan/Behrendt	ASK	ASB
2. Deformalisierung (Entbürokratisierung und Entinstitutionalisierung)	XXXXX	XXX nach 1918: 0
3. Demokratisierung (Partizipation der Betroffenen)	XXXX	XXXX nach 1918: 0-X
4. Deprofessionalisierung (Unabhängigkeit von hauptberuflichen Helfern)	X	0-X nach 1918: 0
5. Despezialisierung (bezüglich Zielgruppen und Problemen)	XX	X nach 1918: XX
III. Merkmale der intendierten politischen Wirksamkeit		
1. Ausmaß systemverändernder Ziele bezüglich des Gesundheitswesens	XXXXX	X nach 1918: 0
2. Ausmaß systemverändernder Ziele bezüglich des gesamtgesellschaftlichen Systems	XXXXX	X nach 1918: 0

Bei einem Vergleich von ASK und ASB auf einer Zeitebene — also vor 1914 — ergeben sich bei den unter II. erfaßten Merkmalen der Alternativität gegenüber formal organisierten Hilfsinstanzen Unterschiede hinsichtlich der Dezentralisierung und der Deformalisierung: diese Unterschiede liegen im wesentlichen in der Größe des ASB und seiner wachsenden Ausdehnung über das gesamte Reichsgebiet begründet — eine gewisse, wenn auch zunächst lockere Zentralisierung und Formalisierung war mit der Gründung des Bundes nicht nur vorgegeben, sondern sogar beabsichtigt; damit sind allerdings langfristig die entsprechenden Gefährdungen durch zentrale Instanzen und Bürokratie vorgegeben. Den größten Unterschied zwischen ASK und ASB beobachten wir bei den unter III. erfaßten Merkmalen der intendierten politischen Wirksamkeit: das Ausmaß systemverändernder Ziele sowohl bezüglich des Gesundheitswesens wie bezüglich des gesamtgesellschaftlichen Systems war bei der ASK erheblich stärker ausgeprägt als beim ASB. Hier muß man auf die unterschiedliche Zieldefinition der Modelle 2 »Nachbarschafts- und Laienhilfe« und 3 »Zusammenschluß zur Selbst- und Sozialveränderung« achten: während bei der ASK als einer dem Modell 3 zuzuordnenden Selbsthilfegruppe die politische Wirksamkeit ein konstitutives Ziel der Gruppe war, war es beim ASB als einer dem Modell 2 zuzuordnenden Selbsthilfegruppe lediglich ein aus der besonderen politischen Herkunft ihrer Mitglieder aus der Arbeiterbewegung zu erklärendes, nachgeordnetes Ziel: das politische Ziel war mit-

hin zu schwach ausgeprägt. Dies deutet allerdings auf die zwangsläufige Tendenz bei Selbsthilfegruppen der Nachbarschafts- und Laienhilfe hin, sich an vorgegebene Organisationsformen anzupassen.

Unter der Fragestellung der Anpassungszwänge ergeben sich beachtenswerte Unterschiede vor allem dann, wenn wir den ASB auf verschiedenen Zeitebenen vergleichen: wir beobachten beim ASB für die Zeit vor 1914 und nach 1918 eine völlige Umkehr in fast allen erfaßten Merkmalen. Grundvoraussetzung für diesen Prozeß ist zunächst einmal, daß der ASB überhaupt über die Jahrzehnte hin bestehen blieb; unter dem Aspekt der Organisationserhaltung war der ASB mithin erfolgreich. Ist der Faktor Zeit gegeben, erweist sich langfristig als entscheidend, daß die systemverändernden Ziele bezüglich des gesamtgesellschaftlichen Systems nach der formalen Demokratisierung Deutschlands nach 1918 aufgegeben wurden — wie dies alle sozialdemokratisch beeinflussten Gruppen taten. Damit standen auch die auf die Veränderung des Gesundheitswesens ausgerichteten Ziele zur Diskussion: der ASB ging von der Selbsthilfe zur systematischen subsidiären Hilfe über — also zur Hilfe dort, wo der Staat nicht eingreifen konnte oder sollte, ohne nach den gesellschaftlichen Ursachen dieses Defizits zu fragen. Mit diesem Entschluß geriet der ASB in ein Spannungsfeld von Organisationen, das den Handlungsspielraum des Bundes mehr oder weniger vorschrieb: das DRK wurde zu einem negativen Identifikationsobjekt auf bürgerlich konservativer Seite während der PGD als historische Reminiszenz proletarischer Vergangenheit ein Schreckbild wurde. ADGB, Ärzteverbände und Reichs- und Landesministerien drängten den ASB zusätzlich in die Konformität.

Der Weg von einer proletarischen Selbsthilfeorganisation zu einer bürokratischen, formalen Organisation der Wohlfahrtspflege wurde daher in eben dem Moment eingeleitet, als das gesamtgesellschaftliche Ziel aufgegeben und das gesundheitspolitische Ziel geändert wurde; der Prozeß der Formalisierung, der sich entsprechend der diskutierten Merkmale in einer Zentralisierung (Organisationsstatut von 1925), Formalisierung (hauptberuflicher Geschäftsführer, Geschäftsstelle etc.), Entdemokratisierung (Ausschlußverfahren, Neutralität) und einer teilweisen Professionalisierung und Spezialisierung äußerte, wurde nun nur noch in der Auseinandersetzung mit den Bezugsorganisationen beschleunigt, aber gleichsam zwangsläufig vorangetrieben.

##### **5. Allgemeine Thesen über den Zwang von Selbsthilfegruppen, sich an vorgegebene Formen sozialen Handelns anzupassen.**

*These 1:* Jede Selbsthilfegruppe mit einem formalen Charakter und einem gegen bestehende Dienstleistungsformen und deren Anbieter gerichteten Ziel ist gezwungen, sich an vorgegebene Formen (formalisierten) sozialen Handelns, bzw. im engeren Sinne: an vorgegebene Organisationsformen,

anzupassen, dadurch gegebenenfalls ihre Struktur zu verändern und letztlich in einer Rückwirkung dieser strukturellen Änderung ihre Ziele einzuschränken, gegebenenfalls sogar gegen ihre definierten Ziele zu verstoßen.

Bei diesen Anpassungszwängen ist eine allgemeine *politische Ebene* und eine *organisatorische Ebene* zu unterscheiden:

*These 2:* Die politisch-analytische Selbsteinordnung und Selbstreflexion der Selbsthilfegruppe im gesamtgesellschaftlichen System bestimmt maßgeblich, *ob* sie den Anpassungszwängen nachgibt. Ist eine Selbsthilfegruppe allerdings überhaupt nicht bereit, vorgegebene Formen sozialen Handelns anzunehmen, wird sie zu einer marginalen Erscheinung.

*These 3:* Die Ausrichtung der politischen Ziele einer Selbsthilfegruppe im Sozial- und Gesundheitswesen bestimmt, *inwieweit* sich die Selbsthilfegruppe anpaßt; dabei führt selbst ein völlig anomisches Verhalten zur Anpassung (Protest ist nur eine besondere Form der Anpassung!).

*These 4:* Auf organisatorischer Ebene bestimmt die Ausrichtung auf bestehende Organisationsformen das Maß der Anpassung.

*These 5:* Je größer eine Selbsthilfegruppe ist und je länger sie existiert, umso wahrscheinlicher ist der Zwang zur Formalisierung von Handlungs- und Entscheidungsabläufen — der in These 2 und 3 angedeutete politische Prozeß wird folglich in dialektischem Verhältnis durch reale Gegebenheiten in der Selbsthilfegruppe gefördert.

*These 6:* Der durch politische Entscheidung und/oder Größe vorgegebene Zwang zur Formalisierung führt zur Ausbildung eigenen Führungspersonals, das ein Eigeninteresse an der Organisation entwickelt, das nicht mit den formulierten Zielen übereinstimmen muß. — Ähnliches gilt für beteiligte Professionelle. Selbsthilfegruppen stehen damit in der Gefahr, dazu zu dienen, Eigeninteressen von Organisationsmitgliedern und beteiligter Professioneller durchsetzen zu helfen.

*These 7:* Formalisierung der Handlungs- und Entscheidungsabläufe sowie Ausbildung eines Führungspersonals und einer zur Selbsthilfegruppe gehörenden Gruppe von Professionellen verstärken die gegebenen Tendenzen zur Zentralisierung und zur Entdemokratisierung der Organisation.

*Abschlußthese:* Tatsache und Maß der Anpassung sind damit entscheidend in die politische Selbstdefinition und Selbstkontrolle der Selbsthilfegruppe sowohl auf die Gesamtgesellschaft als auch auf die zielorientierte Politik bezogen gestellt; wird die politische Selbstkontrolle aufgegeben, vollzieht sich die Anpassung der Selbsthilfegruppe zur formalisierten Organisation ab einer bestimmten Größe und Dauer von selbst.

#### **Literaturverzeichnis**

- Bernstein, E. (Hrsg), 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

- Braun, A., 1893: Berliner Wohnungsverhältnisse. Denkschrift der Berliner Arbeiter-Sanitäts-Kommission. Bearbeitet im Auftrage derselben von Adolf Braun, (= Berliner Arbeiter-Bibliothek, III. Serie, 6. und 7. Heft) Berlin
- Hirsch, P., 1908: 25 Jahre sozialdemokratischer Arbeit in der Gemeinde. Die Tätigkeit der Sozialdemokratie in der Berliner Stadtverordnetenversammlung. Berlin.
- Labisch, A., 1978: The Workingmen's Samaritan Federation (Arbeiter-Samariter-Bund) 1888-1933. *Journal of Contemporary History* 13, 297-322; deutsche Übersetzung: Der Arbeiter-Samariter-Bund. 1888-1933. Ein Beitrag zur Geschichte der Arbeitersamariterbewegung. In: Arbeiterkultur, hrsg. von G.A. Ritter, Königstein/Ts. 1979, 145-167; Kurzfassung: Der Arbeiter-Samariter-Bund. 1888-1933. Von der Selbsthilfe zur Wohlfahrtspflege. In: *Der deutsche Arzt*. H.1, 1980, 31-36
- Labisch, A., 1981: Das Krankenhaus in der Gesundheitspolitik der deutschen Sozialdemokratie vor dem Ersten Weltkrieg. *Medizinische Soziologie*. Jahrbuch 1, 126-151
- Sachse, D. und F. Tennstedt, 1982: Krankenversicherung und Wohnungsfrage. Die Wohnungs-Enquête der Ortskrankenkasse für den Gewerbebetrieb der Kaufleute, Handelsleute und Apotheker. Sozialversicherung und »innere Reichsgründung«. In: Hinterhof, Keller und Mansarde. Einblicke in Berliner Wohnungselend 1901-1920, hrsg. von G. Asmus, Reinbek, 271-297
- Tennstedt, F., 1976: Sozialgeschichte der Sozialversicherung. In: *Handbuch der Sozialmedizin*, hrsg. von M. Blohmke u.a. Bd.3, Stuttgart, 385-492
- Tennstedt, F., 1979: Alfred Blaschko — das wissenschaftliche und sozialpolitische Wirken eines menschenfreundlichen Sozialhygienikers im Deutschen Reich. In: *Zeitschrift für Sozialreform* 25, 513-523, 600-613, 646-667
- Trojan, A. und J.U. Behrendt, 1980: Lokale Bewegungen: Modelle gemeindebezogener Gesundheitsselfhilfe in der BRD. *Österreichische Zeitschrift für Politikwissenschaften*, H.1, 93-109
- 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: Siebenter Gesamtbericht über das Sanitäts- und Medicinalwesen in den Städten Berlin und Charlottenburg während der Jahre 1892, 1893, 1894. Berlin
- Vorwärts 213, 11. September 1892 bis Vorwärts 63, 15. März 1903 (für die Geschichte des ASK)