

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

## **Grundriss der sozialen Hygiene**

**Fischer, Alfons**

**Karlsruhe, 1925**

5. Ärzte- und Krankenhauswesen

[urn:nbn:de:bsz:31-342002](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-342002)

und der Unfallrente nach dem Familienstande des Versicherten sowie die beschränkt freie Kur und Arznei für die Angehörigen der Versicherten. Den Sachleistungen — Gesundheitspflege, Heilbehandlung und Berufsfürsorge — gebührt aus Gründen der Bevölkerungspolitik beherrschende Stellung. Die Sozialversicherung soll z. B. in dem versicherten Tuberkulösen nicht bloß den Kranken für seine Person sehen, sondern zugleich den Verbreiter einer gefährlichen Seuche. Sie sieht neben dem Kranken auch die Angehörigen, die um ihn herum sind, und im weiteren Kreise auch die Volksgenossen, denen der Kranke schaden kann. Mit dem Heilverfahren verbindet sich der Schutz der Familie und der Schutz der Gesellschaft gegen Ansteckung sowie die Beteiligung der Versicherungsträger an den allgemeinen Aufgaben der sozialen Hygiene.“

Wie man sieht, sind die Grundgedanken, welche die Sozialhygieniker seit vielen Jahren vertreten haben, trotz der schlechten Aussichten für die Familienkrankenpflege und -wochenhilfe in das Reichsarbeitsministerium gedrungen. Die Sozialversicherung ist auf dem Wege, die sozialhygienischen Mißstände nicht nur in ihren Wirkungen, sondern in ihren Ursachen zu bekämpfen.

**Literatur:** 1. O. Burkard: „Soziales Versicherungswesen in Österreich“, Art. i. Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1912. — 2. Eucken-Addenhausen: „Krankenversicherungsgesetz. Textausgabe mit Einleitung“, 11. Aufl., Berlin 1905. — 3. Fenkner: „Krankenkassen und Volkswohlfahrt“, Veröff. a. d. Geb. d. Medizinalverw. Bd. 17 Heft 4, Berlin 1923. — 4. A. Fischer: a) „Zur Diskussion über meinen Vorschlag, Gewerkschaftsärzte anzustellen“, Soz. Med. u. Hyg. 1908 Heft 10; b) „Invaliden- und Altersversicherung im Deutschen Reiche“, „Krankenversicherung im Deutschen Reiche (Organisation)“, „Soziales Versicherungswesen in England“, „Soziales Versicherungswesen in Frankreich“, Art. i. Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1912; c) „Die sozialhygien. Bedeutung der Reichsversicherungsordnung“, Kultur u. Fortschritt Nr. 409/10, Gautsch b. Leipzig 1912; d) siehe Literatur S. 94 Ziff. 6 a; e) siehe Literatur S. 253 Ziff. 4 b u. c. — 5. Grieser: „Die Wiederherstellung d. Sozialversicherung“, Reichsarbeitsbl. 1924 Nr. 16. — 6. Groth: s. Literatur S. 94 Ziff. 7 a u. b. — 7. H. Häberlin: „Soziales Versicherungswesen i. d. Schweiz“, Art. i. Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1912. — 8. H. Jäger und O. Neuburger: „Verordnung über die Erwerbslosenfürsorge vom 16. Februar 1924“, Stuttgart 1924. — 9. P. Kaufmann: a) siehe Fußnote 1 S. 78; b) „Schadenverhütendes Wirken in der deutschen Arbeiterversicherung“, Berlin 1913; c) „Zur Umgestaltung der deutschen Sozialversicherung“, Deutsch. med. Wochenschr. 1924 Nr. 45. — 10. A. Kohn: a) „Die künftige Gestaltung der vorbeugenden Tätigkeit der Krankenkassen“, 2. Aufl., Berlin 1917; b) gemeinsam mit R. Lennhoff, bezw. B. Möllers: „Krankenversicherung“, „Unfallversicherung“, „Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung“, Abhandl. i. „Gesundheitswesen u. Wohlfahrtspf. i. Deutsch. Reiche“, herausg. v. Möllers, Berlin 1923. — 11. Julius Kohn: „Betriebskrankenkassen“, Ortskrankenkasse 1922 Nr. 23. — 12. H. Lehmann: „Zur Reform der Arbeiterversicherung“, Volkstüml. Zeitschr. f. prakt. Arbeitervers. 1919 Nr. 12. — 13. R. Lennhoff: siehe Ziffer 10. — 14. P. Mayet: „Krankenversicherung im Deutschen Reiche (Statistik)“, Art. i. Handw. d. Soz. Hyg., Leipzig 1912. — 15. B. Möllers: a) siehe Ziffer 10; b) „Angestelltenversicherung“, Abhandl. i. „Gesundheitsw. u. Wohlfahrtspf. i. Deutsch. Reiche“, Berlin 1923. — 16. A. Peyser: „Die Familienversicherung in ihren Wirkungen auf die Volksgesundheit und Tätigkeit des Arztes“, Leipzig 1919. — 17. G. Pietsch: siehe Literatur S. 94 Ziffer 12. — 18. H. Potthoff: „Angestelltenversicherungsgesetz in der vom 1. Juni 1924 an gültigen Fassung“, Stuttgart 1924. — 19. Schmittmann: „Die deutsche Sozialversicherung in ihrer heutigen Gestaltung“, Düsseldorf 1921. — 20. W. Spielhagen: „Reform der Arbeiterversicherung“, Ärztl. Mitteil. 1924 Nr. 24. — 21. C. Witowski: „Die Arbeiterversicherung in den Kulturstaaten“, Kempten 1910. — 22. Zadek: „Die Arbeiterversicherung. Eine sozial-hygienische Kritik“, Jena 1895. — 23. Fr. Zahn: „Wirkung der deutschen Sozialversicherung, mit Nachtrag. Die Sozialversicherung und der jetzige Krieg“, München 1915. — 24. v. Zwiedeneck-Südenhorst: „Hat die deutsche Sozialversicherung die in sie gesetzten Erwartungen erfüllt?“, Zeitschr. f. d. ges. Versicherungswissensch. 1913 Bd. 13 S. 273 ff.

## 5. Ärzte- und Krankenhauswesen.

In dem Abschnitt „Geschichte der sozialen Hygiene“ wurde bereits betont, daß die Hygiene als Wissenschaft von dem Stande der Medizin abhängig ist. Auch die praktische Durchführung der meisten und wichtigsten Aufgaben auf dem Gebiet des Gesundheitswesens liegt, wie wir gesehen haben, vor allem in den Händen der beamteten und sonstigen



Ärzte. Gesundheitswesen und Ärztewesen sind aufs engste miteinander verknüpft. Und was für die Ärzte gilt, trifft auch zum großen Teil für das übrige Heilpersonal, die Zahnärzte<sup>1)</sup>, die Apotheker<sup>2)</sup>, die Hebammen<sup>3)</sup>, die Fürsorgerinnen, die Krankenpfleger und -schwestern<sup>4)</sup> sowie für die Heilanstalten zu.

Es ist nun, nachdem wir erörtert haben, wie die Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge und der Sozialversicherung wirken bzw. wirken sollen, darzulegen, welche Bedeutung dem Heilwesen für die Volksgesundheit zukommt. Im Hinblick auf den verfügbaren Raum können wir uns jedoch keineswegs mit allen Teilen des Heilwesens hier befassen; wir müssen uns auf die wichtigsten Zweige, das Ärzte- und Krankenhauswesen, beschränken.

Wie hoch die Ärzte schon im Altertum geschätzt wurden, darüber besitzen wir manche Angaben. „Halte den Arzt in Ehren“, so liest man in den Sprüchen von Jesus, dem Sohn Sirachs, Kap. 38, und in der Ilias heißt es im 11. Gesang, Vers 514: „Denn ein heilender Mann ist wert wie viele zu achten.“ Dies Ansehen haben die Ärzte in allen Ländern durch die Jahrtausende hindurch sich zu wahren gewußt; und hieraus ist zu schließen, daß die Ärzte im allgemeinen, soweit es bei dem jeweiligen Stande der Heilwissenschaft möglich war, zahlreichen Menschen geholfen und dadurch zugleich die Volksgesundheit gefördert haben.

Aber die Tätigkeit der Ärzte war bis vor etwa einem Menschenalter, wenn man von den beamteten Ärzten absieht, lediglich individuell, rein medizinisch. Die Ärzte dienten dem einzelnen Kranken und gaben auch Vorschriften, wie er neue Erkrankungen verhüten kann. Selbst die bedeutendsten Ärzte gingen, mit wenigen Ausnahmen, nicht über das Gebiet, das man Diätetik (siehe S. 30) nannte, hinaus, auch zu der Zeit noch nicht, als J. P. Frank (siehe S. 33) schon lange sein bahnbrechendes Werk veröffentlicht hatte.

Eine Vorliebe für das Gebiet der öffentlichen Hygiene besteht nicht bei jedem Arzt, auch wenn er sich mit individueller Hygiene befaßt und in der Krankenbehandlung sehr Tüchtiges leistet. Ja, es werden auch jetzt noch — allerdings nur sehr vereinzelt — Stimmen laut, welche es für ratsam halten, daß die hygienische Betätigung des Arztes sich auf die Behandlung nebst den individuellen diätetischen Verordnungen beschränken soll. So schrieb 1919 W. Hellpach<sup>5)</sup>:

„Der Arzt als Krankheitenheiler bleibt übrigens ganz von selber im Dienst der Hygiene. Die rechtzeitige Erkennung und gründliche Behandlung der einzelnen Erkrankung bildet einen ganz wesentlichen Bestandteil auch der öffentlichen Gesundheitspflege — man denke nur an die Tuberkulose und neuestens an die Syphilis, von der man immer deutlicher einsieht, daß ihre Ausrottung als Seuche am sichersten bewirkt wird durch ihre rasche und sichere Heilung im einzelnen Infektionsfalle. Wir meinen, die Mitwelt täte sehr wohl daran, wenn sie nicht die Ärzte in lauter Sozialhygieniker, vollgepfropft mit juristischem, soziologischem, nationalökonomischem, statistischem und was weiß ich noch für Wissen umzuschaffen sich übereiferte. Es möchte darüber am Ende der eigentliche Arzt als Heilkundiger verlorengelassen, und die Nachwelt würde ihn vielleicht wieder herzustellen haben, um auch die ganze Gesundheitspflege zu retten, die mit dem Eckpfeiler der Krankheitsheilung steht und fällt.“

<sup>1)</sup> Siehe: A. Cohn: a) „Leitfaden zum Studium der sozialen Zahnheilkunde“, Berlin 1922; b) „Die soziale Zahnheilkunde in Deutschland“, Sozialhyg. Rundschau 1924 Nr. 12.

<sup>2)</sup> Siehe E. Urban: „Apotheken und Arzneiverkehr“, Art. i. Handw. d. Staatsw., 4. Aufl., Jena 1923, Bd. 1.

<sup>3)</sup> Siehe Rapmund: „Hebammenwesen“, Art. i. Handw. d. Staatsw., 4. Aufl., Jena 1923, Bd. 5.

<sup>4)</sup> Siehe R. Mühsam: „Krankenpflegepersonal“, Art. i. Handw. d. Kommunalw., Jena 1917, Bd. 3.

<sup>5)</sup> W. Hellpach: „Die Neugestaltung des medizinischen Unterrichts“, Berlin 1919.



Gerade entgegengesetzt lautet eine Äußerung von G. Pick aus dem Jahre 1917: „Als Sozialhygieniker hat sich heute jeder Arzt zu betätigen, insbesondere aber der Kassenarzt.“

Zu diesen beiden Ansichten ist folgendes zu bemerken: Der Sozialhygieniker ist ein Forscher, genau wie die Gelehrten auf dem Gebiete der physischen Hygiene. An die Forscher richtet man andere Forderungen wie an die Praktiker, die Ärzte. Wie man von dem Arzt im allgemeinen nicht verlangen kann, daß er alle Methoden und Einzelheiten der physischen Hygiene kennt, so läßt sich auch nicht beanspruchen, daß er mit soziologischem, statistischem usw. Wissen vollgepfropft ist. Aber man muß hierbei unterscheiden, ob es sich um den Heilarzt, Individualarzt<sup>1)</sup>, der sich mit dem Einzelkranken befaßt, oder um den Fürsorgearzt, Sozialarzt<sup>1)</sup>, der sozialhygienische Mißstände durch geeignete sozialhygienische Maßnahmen bekämpfen soll, handelt. Der Fürsorgearzt wird mit den Forschungsergebnissen der sozialen Hygiene so vertraut sein müssen, wie der Kreis-(Bezirks-)Arzt, in dessen Händen die Gesundheitspolizei liegt, mit den Lehren der physischen Hygiene, womit natürlich nicht gesagt sein soll, daß nicht Fürsorgearzt und Kreisarzt je nach den obwaltenden Verhältnissen in beiden Zweigen der öffentlichen Hygiene bewandert sein müssen. Aber diesen Ansprüchen, die an die staatlichen und städtischen Gesundheitsbeamten zu richten sind, braucht nicht jeder behandelnde Arzt, auch nicht jeder Kassenarzt zu genügen, wenn ihn seine Neigung nicht dazu drängt, sich mit Fragen der öffentlichen Hygiene zu beschäftigen.

Es kann nicht zweifelhaft sein, daß je länger je mehr sich eine Zweiteilung innerhalb der Ärzteschaft vollzieht; auf der einen Seite werden die behandelnden Ärzte, auf der anderen die ausschließlich dem Gesundheitsschutz dienenden Ärzte stehen. Von der Art, wie sich diese Entwicklung vollziehen wird, hängt das Schicksal des Ärztestandes und seine Bedeutung für die Volksgesundheit ab. Es gilt, diese Entwicklung nach Möglichkeit in eine alle Teile befriedigende Bahn zu leiten.

Um hierbei die richtigen Wege zu finden, müssen wir einen Blick auf die Vorgänge im Ärzteswesen werfen und namentlich die letzten Jahrzehnte betrachten.

Es wurde oben (S. 27) dargelegt, daß es im frühen Mittelalter zunächst nur Klerikerärzte gab, von weltlichen Ärzten hört man erst später. Diese waren Heilärzte und Gesundheitsbeamte zugleich, anfangs sogar auch Apotheker. Die Ärzte zählten zu den Gelehrten. Neben ihnen bildete sich nicht nur der Apothekerstand, sondern auch die Berufsklasse des unteren Heilpersonals, insbesondere die Bader und Scherer, die man später Wundärzte nannte. Viele von den letzteren leisteten, namentlich zu Kriegszeiten, als praktische Chirurgen sehr Tüchtiges. Unsere Abbildungen 65 und 66, die Kupferstiche aus dem Jahre 1698 wiedergeben, gewähren einen Einblick in die Tätigkeit des naturwissenschaftlich gebildeten Doktors einerseits und des meist nur praktisch ausgebildeten Wundarztes andererseits. Der Physikus Jaegerschmid schildert in seiner (S. 32) erwähnten, aus dem Jahre 1760 stammenden Beschreibung des einstigen badischen Oberamtes Rötteln ausführlich alle in seinem Bezirk tätigen Chirurgen<sup>2)</sup>, ohne einen anderen Arzt anzuführen; offenbar war Jaegerschmid damals in seinem Physikat der einzige Arzt. Und wenn auch

<sup>1)</sup> Die Ausdrücke „Individualarzt“ und „Sozialarzt“ findet man oft in der Literatur; um zu kennzeichnen, wie verschieden die Aufgaben der beiden Gruppen von Ärzten sind, eignen sich diese Namen einigermaßen. Es empfiehlt sich aber, statt ihrer die deutschen klaren Bezeichnungen „Heilarzt“ und „Fürsorgearzt“ zu benutzen.

<sup>2)</sup> Näheres hierüber bei A. Fischer, siehe S. 32 Fußnote 1.



zu jener Zeit in den großen Städten schon viele Ärzte tätig waren, so hört man doch nichts von einem Ärzte-Überfluß, aber davon, daß es in manchen, vor allem in ländlichen Gegenden, an Ärzten gemangelt hat. Eine Notlage der Ärzte war damals offenbar nicht vorhanden.

Abb. 65.



Abb. 66.



Kupferstiche von Chr. Weigel (1698).

Dagegen entnimmt man Schilderungen, die um das Jahr 1848 herum veröffentlicht wurden, daß, wie sich R. Volz, der Herausgeber der einstigen „Mittheilungen des badischen ärztlichen Vereins“ und der späteren „Ärztlichen Mittheilungen aus und für Baden“, ausdrückte, mit der allgemein sich vollziehenden Umwandlung der Gesellschaftsverhältnisse in jener Zeit auch bei den Ärzten „die Unbehaglichkeit und in ihrem Gefolge die Unzufriedenheit sich eingenistet“ haben. Damals verlangte man bereits, daß der „Staat die ärztliche Gesundheitspflege für die Sache seiner Verpflichtung erkläre“, und forderte, daß „er demgemäß sämtliche Ärzte in seinen Dienst nehme und ihnen Besoldung gebe“. Volz wandte sich hiergegen und wies hinsichtlich der Verstaatlichung des Ärzteswesens, die damals in Nassau bestand, darauf hin, „daß dort zu denselben Klagen, welche überall ertönen, noch die besonderen über ihre eigenen Zustände kommen“. Diese Strömungen der 48er Jahre betrachtete man aber kurze Zeit darauf, wie aus einer 1869 von Volz veröffentlichten Schrift hervorgeht, als einen „überwundenen Standpunkt“, besonders seitdem in dem 1866 preussisch gewordenen Nassau das einzige Beispiel der Verstaatlichung des Ärzteswesens zu leben aufhörte. „Kein Staat denkt mehr an eine solche rein väterliche Fürsorge“, schrieb Volz, „kein Arzt verlangt mehr eine solche“.

Auf Grund der im Jahre 1869 geschaffenen Gewerbeordnung (siehe unten S. 460) wurde aber die Heilbehandlung freigegeben; Kranke durfte von da an behandeln, wer mochte und wer solche hatte. Mit dieser Kurierfreiheit beginnt ein neuer Abschnitt im Ärzteswesen. Die Behandlung durch Laien war kein Nutzen für die Volksgesundheit; zugleich wurden die Ärzte in ihren wirtschaftlichen Verhältnissen bedroht. Aber von einer



Notlage der Ärzte war zunächst noch keine Rede; denn die Zahl der Ärzte war verhältnismäßig noch nicht groß, und es gab noch einen breiten zahlungsfähigen Mittelstand, so daß die Ärzte ihrem Eide gemäß auch weiterhin, wie seit dem 12. Jahrhundert, die Armen unentgeltlich behandelten.

Aber die wirtschaftlichen Veränderungen, die sich besonders seit der Gründung des Deutschen Reiches vollzogen — Übergang vom Agrar- zum Industriestaat, Bildung der Großbetriebe und der Großstädte —, beeinflussten auch die Lage des Ärztestandes. Der den Kern der Privatpraxis bildende Mittelstand wurde immer bedeutungsloser gegenüber der Zahl der zu Proletariern gewordenen Menschenmassen. Dazu kam, daß die Ziffer<sup>1)</sup> der Ärzte weit stärker stieg, als dem Bevölkerungszuwachs entsprach, und daß immer weitere Volksschichten Krankenkassen angehören mußten. Zahlreiche Ärzte waren daher genötigt, sich um die Tätigkeit bei den Krankenkassen zu bemühen, obwohl diese häufig geradezu unwürdige „Honorare“ zahlten.

Seit den 90er Jahren lebte der Gedanke der Verstaatlichung des Gesundheits- und Heilwesens wieder auf, und zwar von zwei ganz verschiedenartigen Richtungen her.

Schallmayer<sup>2)</sup> trat 1891 aus rassehygienischen Gründen dafür ein, „daß sämtliche Ärzte die Stellung von Staatsbeamten haben sollen“. Aber so wenig wie die Veröffentlichung Schallmeyers im allgemeinen, so wenig wurde dieser Vorschlag gebührend beachtet. Grotjahn<sup>3)</sup> bezeichnete 1904 diesen Plan Schallmeyers als „unzeitgemäße und unpopuläre Forderung“. Trotzdem hat 1906 der badische Bezirksarzt Kürz<sup>4)</sup>, der zu den Bahnbrechern der sozialen Hygiene gehört, der Verstaatlichung der Ärzte das Wort geredet, um diese für die hygienischen Aufgaben des Staates zu gewinnen. Gottstein schlug 1908 die Anstellung der Ärzte als städtische Beamte vor; er fand aber bei den Berliner Ärzten allgemein Widerspruch, besonders bei R. Lennhoff, der den „Therapiebeamten“ entschieden ablehnte. Auch ich habe 1913 in meinem „Grundriß“ die vom gesundheitlichen Standpunkte aus zu erkennenden Vorzüge der im Laufe der Zeit zu erwartenden Verstaatlichung des Ärzteswesens dargelegt.

Die aus den obengenannten Gründen entstandene Notlage, in die während der 90er Jahre bereits viele Ärzte gelangt waren, veranlaßte ebenfalls dazu, die Verstaatlichung zu fordern. Besonders war es der hannoversche Arzt H. Beckers, der, gestützt auf die Schrift „Nationalisation of health“ von Havelock Ellis, 1895 die staatliche Anstellung der Ärzte als das Mittel ansah, um den Notstand der Ärzte zu beseitigen und das Gesundheitswesen zu fördern. Aber der Prager Medizinalstatistiker Th. Altschul ließ 1896 die Begründung von Beckers nicht gelten. Er betonte, daß die Verstaatlichung nur die minder oder gar nicht beschäftigten Ärzte zufriedenstellen würde; „man würde mithin nur erreichen, daß die jetzt Unzufriedenen — allerdings auch nur zum Teile — die Zufriedenen würden, während die jetzt Zufriedenen die Unzufriedenen ausmachen würden; die Rollen wären vertauscht, aber das Stück bliebe dasselbe“.

Bis zum Ausbruch des Weltkrieges wurde es in Ärztekreisen gewissermaßen als eine Ketzerei betrachtet, wenn man von der Verstaatlichung sprach. Daß diese auch in dem

<sup>1)</sup> Siehe E. Sardemann: „Wer soll und wer darf Arzt werden?“, Leipzig 1912.

<sup>2)</sup> Der volle Titel seiner S. 39 erwähnten Schrift lautet: „Über die drohende körperliche Entartung der Kulturmenschheit und die Verstaatlichung des ärztlichen Standes“, Berlin 1891.

<sup>3)</sup> Siehe „Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen a. d. Geb. d. soz. Hyg. u. Demographie“, herausg. v. Grotjahn u. Kriegel, Jena 1904, Bd. 3 S. 224.

<sup>4)</sup> E. Kürz: Siehe Literatur S. 8 Ziffer 8.



„Erfurter Programm“ der Sozialdemokraten gefordert wurde, war nur ein Grund mehr, diesen Gedanken bei den Ärzten, die in hartem Kampfe mit den häufig von Sozialdemokraten geleiteten Krankenkassen standen, unbeliebt zu machen. Die Ärzte erblickten in einer lückenlosen Organisation, welche die freie Arztwahl<sup>1)</sup> erwirken sollte, das Mittel, um sich gegen die Herrschaft der Krankenkassenführer zu wehren. So entstand neben dem 1872 von H. E. Richter gegründeten Deutschen Ärztevereinsbund, welcher vor allem die wissenschaftlichen und ethischen Standesangelegenheiten vertrat, auf Anregung und unter Führung von Hartmann 1900 der Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen (gewöhnlich Leipziger Verband, neuerdings Hartmannbund genannt).

Der Hartmannbund hat große Erfolge aufzuweisen; aber die Klagen der Ärzte, besonders der Kassenärzte, fanden kein Ende. Dahin waren die Zeiten, wo jeder Arzt<sup>2)</sup> im Wagen zu seinen Kranken fuhr und zu den begüterten und geachteten Bürgern gehörte. Je länger je mehr verschlechterte sich aus mannigfachen Gründen die wirtschaftliche Lage der Ärzte, und seit dem ersten Ärztestreik in Leipzig 1904 hat ihr Ansehen gewiß nicht gewonnen.

Während des Weltkrieges tauchte nun der Gedanke der Verstaatlichung wieder auf. Seit 1916 bereits erschien in den ärztlichen Vereinsblättern<sup>3)</sup> eine große Zahl von Aufsätzen für und gegen die Verbeamtung der Ärzte. In der obenerwähnten Schrift, die Pick 1917 veröffentlichte, sollte gewissermaßen eine Brücke geschlagen werden; er forderte: „Nicht Staatsarzt oder Privatarzt soll die Losung sein, sondern Staatsarzt und Privatarzt.“ Bei Kriegsende und besonders nach dem staatlichen Umsturz bis in die jüngste Zeit häuften sich die Vorschläge, welche die „Verstaatlichung“ oder „Verstadtlichung“ oder „Vergesellschaftung“ oder „Verbeamtung“ bezweckten; immer handelte es sich darum, daß die Ärzte nicht mehr in der bisherigen freien Weise ihren Beruf ausüben, sondern als Beamte irgendeiner Körperschaft gegen feststehende Bezahlung tätig sein sollen. Hingewiesen sei hier auf die Veröffentlichungen besonders von E. Neumann, M. Hirschfeld, Epstein, Röder, dessen Darlegungen von H. Lehmann (siehe S. 445) benutzt wurden, Teleky, Hahn.

Solche Fragen können jedoch nicht von Einzelpersonen behandelt werden; hier ist eine Gemeinschaftsarbeit der Vertreter von den maßgebenden Körperschaften erforderlich. Auf Anregung von A. Fischer hatte der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege 1919 einen besonderen Ausschuß, der sich mit der Sozialisierung des Heilwesens beschäftigen sollte, gebildet; in ihm vereinigten sich die Vertreter der Ärzteverbände und der Krankenkassenverbände mit Hygienikern zu ausgiebigem schriftlichen und mündlichen Gedankenaustausch, als dessen Ergebnis u. a. folgende Leitsätze der Vereinsversammlung vorgelegt wurden:

„Eine scharfe Umschreibung und Erklärung dessen, was unter ‚Sozialisierung des Heilwesens‘ zu verstehen ist, läßt sich — zurzeit wenigstens — nicht geben. Das Wichtigste und das Berechtigteste daran ist der Wunsch, allen Deutschen die Möglichkeit einer guten ärztlichen Versorgung zu verschaffen, nicht nur im Falle der Erkrankung, sondern auch zur Verhütung von Krankheiten, zur Pflege der Gesundheit. Abgesehen von der Aufklärung aller Schichten des Volkes darüber, daß es dringend geboten ist, die zur Verfügung stehende ärztliche Hilfe auch wirklich rechtzeitig und in ausreichendem

<sup>1)</sup> Die freie Arztwahl ist auch vom sozialhygienischen Standpunkte aus zu fordern.

<sup>2)</sup> Siehe K. Doll: „Dem Hausarzt zum Gedächtnis“, Sozialhyg. Mitteil. 1923 Heft 1 und 2.

<sup>3)</sup> Siehe „Ärztliches Vereinsblatt“ sowie „Ärztliche Mitteilungen“ von 1916 an.



Maße in Anspruch zu nehmen, läßt sich der Wunsch nach einer besseren ärztlichen Versorgung des deutschen Volkes schon jetzt durch zwei Maßnahmen erfüllen: durch die allgemeine Einführung der Familienversicherung und durch einen umfassenden Ausbau der sozialhygienischen Fürsorge ... Kreisärzte und Fürsorgeärzte in leitenden Stellen sollen hauptamtlich mit ausreichender Bezahlung angestellt werden, während bei der eigentlichen Ausübung der Fürsorge praktische Ärzte in nebenamtlicher Tätigkeit — bis auf weiteres wenigstens — in erheblicher Zahl herangezogen werden müssen. Eine planmäßige, gerechte Verteilung der Ärzte über das ganze Land ist nur unter Mitwirkung der ärztlichen Standesvertretungen zu erreichen ... Die erforderlichen Mittel für die Neugestaltung der öffentlichen Gesundheitspflege muß der Staat aufbringen.“

Die Leitsätze, die der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege<sup>1)</sup> am 26. Oktober 1919 einstimmig annahm, hatte A. Fischer ausführlich begründet; er wies namentlich darauf hin, daß im Hinblick auf die Geldverhältnisse der deutschen Länder eine Verstaatlichung der Ärzte für absehbare Zeiten nicht in Frage kommen kann, zumal der Deutsche Ärztetag im September 1919 die Verbeamtung entschieden abgelehnt hat. Aber erhebliche Fortschritte für die Volksgesundheit wären durch die die Zahl der Kassenärzte verringernde Anstellung zahlreicher Fürsorgeärzte und durch die dann leichter durchführbare Familienversicherung zu erreichen.

Die sozialhygienische Fürsorge ist inzwischen einigermaßen ausgebaut worden, und eine weitere Ausdehnung ist zu erwarten. Aber bis jetzt sind diese Maßnahmen noch nicht so weit gediehen, daß die Zahl der Fürsorgeärzte die Ziffer der Kassenärzte merklich verkleinern konnte. Hiervon hängt jedoch nach Angabe der Kassenvertreter die Einführung der Familienhilfe als Pflichtleistung wesentlich ab. Wie gering zurzeit die Aussichten sind, daß wir diese von allen Sozialhygienikern als unentbehrlich bezeichnete Krankenhilfe für die Angehörigen der Kassenmitglieder in Bälde erhalten, wurde auf S. 445 dargelegt. Im großen ganzen stehen wir mithin noch heute dort, wo wir uns 1919 befanden.

Inzwischen nahmen die Kämpfe zwischen Ärzten und Krankenkassen nicht ab; beide Teile waren unzufrieden, was schon allein durch die Geldentwertung verursacht wurde. Da die Leistungsfähigkeit der durch ein Reichsgesetz angeordneten Krankenkassen gefährdet schien, hielten der Reichstag und die Reichsregierung eine Anzahl Gesetze und Verordnungen für erforderlich. Hier ist zunächst das Gesetz zur Sicherung der ärztlichen Versorgung bei den Krankenkassen vom 20. April 1923 (RGBl. S. 463) zu nennen; danach kann der Reichsarbeitsminister bestimmen, wie die Krankenkassen über die Vorschrift der §§ 370, 371 der RVO. hinaus ermächtigt werden, statt Krankenpflege und ärztlicher Behandlung eine bare Leistung zu gewähren. Daß hierdurch die Volksgesundheit erheblich leiden würde, ist von mehreren sozialhygienisch tätigen Ärzten<sup>2)</sup> deutlich zum Ausdruck gebracht worden. Bis jetzt ist nicht bekanntgeworden, daß der Reichsarbeitsminister von diesem Gesetz Gebrauch gemacht hat. Es ist auch sehr fraglich, ob die Kassen davon einen finanziellen Nutzen gehabt hätten.

Die Reichsregierung beschritt nun andere Wege. Die Verordnung über Ärzte und Krankenkassen vom 30. Oktober 1923 (RGBl. S. 1051) bestimmt, daß zur Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten ein Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen zu bilden ist. Dieser Ausschuß soll Richtlinien aufstellen, die sich erstrecken auf: die Zulassung der Ärzte zur Tätigkeit bei den Kassen, den allgemeinen Inhalt der Arztverträge, Art und Höhe der Vergütung für ärztliche Leistungen, die Ein-

<sup>1)</sup> Siehe „Bericht über die 40. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege“, Braunschweig 1921.

<sup>2)</sup> Siehe „Ärztliches Vereinsblatt“ vom 9. Januar 1923.



richtungen, welche zur Sicherung der Kassen gegen eine unnötige und übermäßige Inanspruchnahme der Krankenhilfe erforderlich sind, die Maßnahmen zur Sicherung gegen eine übermäßige Inanspruchnahme einzelner Ärzte.

Gleichzeitig erschien die Verordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen vom 30. Oktober 1923 (RGBl. S. 1054), wonach die Kassenärzte verpflichtet sind, eine nicht erforderliche Behandlung abzulehnen. Der Kassenvorstand ist berechtigt, Ärzten, die hiergegen verstoßen haben, fristlos zu kündigen und bis auf die Dauer von zwei Jahren die erneute Zulassung zur Kassenarztstätigkeit zu versagen. Diese Vorschriften wurden allerdings durch die Verordnung vom 29. XI. 24 (RGBl. S. 1157) gemildert.

Im Reichsarbeitsblatt 1924 Nr. 11 sind Richtlinien des Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen für den allgemeinen Inhalt der Arztverträge am 12. Mai 1924 veröffentlicht worden. Hierbei ist besonders wichtig, daß „bei der Kasse oder einem Kassenverbande auf je 1350 Versicherte, bei Familienbehandlung auf je 1000 Versicherte ein Arzt entfallen soll“.

Diese Verordnungen werden die Lage der Ärzte nicht verbessern. Dazu kommt, daß die Kassen Ambulatorien einrichten wollen. Solche Institute werden, vom gesundheitlichen Standpunkte aus betrachtet, manche Vorteile für die Kassenmitglieder bieten, aber sie sind geeignet, den Ärzten weiteren Schaden zuzufügen. So wird die Unzufriedenheit bei den Ärzten, namentlich bei dem Nachwuchs, der nicht zur Tätigkeit bei den Kassen wegen Überfüllung<sup>1)</sup> zugelassen wird, sich immer vergrößern. Der Ruf nach der Verstaatlichung wird wieder ertönen.

Man muß hier die Frage aufwerfen: Sind denn die Ärzte noch so weit entfernt von der Verbeamtung? Sind nicht die meisten von ihnen schon jetzt im gewissen Sinne Beamte? Ist nicht bereits eine umfangreiche Schar von Kranken, nämlich diejenigen, die in Krankenhäusern behandelt werden, den freien Ärzten entzogen und festbesoldeten Ärzten anvertraut?

\* \* \*

So gelangen wir nun zu dem Krankenhauswesen, mit dem wir uns hier, nach Maßgabe des verfügbaren Raumes, zu befassen haben.

Ein kurzer Rückblick auf die geschichtliche Entwicklung ist auch hier für das Verständnis der Gegenwart erforderlich. Wie wir auf S. 25 dargelegt haben, entstammt das Hospitalwesen der christlichen Nächstenliebe bzw. ähnlichen soziaethischen Gedankengängen, die nach Sudhoff schon 500 Jahre vor unserer Zeitrechnung in Indien verwirklicht wurden. Gewiß wurden die Krankenhäuser mit den Mitteln der Wohltätigkeit so gut ausgestaltet, wie man nur konnte. Unsere Abbildung 4 S. 26 zeigt, welche Sorgfalt auf die Pflege der Kranken verwendet wurde. Andererseits hafteten früher dem Krankenhauswesen zahlreiche Mängel an. Schon die Lage mitten in der Stadt (siehe die Abbildung 16 S. 136), nahe den engen, vielfach schlecht gehaltenen Gassen, war weder den Kranken noch den Stadtbewohnern von Nutzen. Vor allem aber hatte bis in die 70er Jahre des 19. Jahrhunderts hin das Krankenhauswesen einen zu starken Beigeschmack von Wohltätigkeit und Armenpflege. Der Geldaufwand für die Krankenanstalten aus städtischen und staatlichen Mitteln

<sup>1)</sup> Im Deutschen Reiche wurden 1921, nach Angabe von Rapmund, 36186 Ärzte festgestellt, so daß auf rund 1700 Einwohner ein Arzt kam. In den 44 Großstädten waren 15598 (also 44% aller Ärzte) tätig, auf 950 Einwohner ein Arzt; dagegen wirkten in den übrigen Städten und in den Landgemeinden nur 20288 Ärzte (56%), auf 2220 Einwohner ein Arzt.



war noch verhältnismäßig gering; die gesundheitstechnischen Einrichtungen in den Krankenhäusern waren noch mangelhaft entwickelt. Unsere Abbildungen 67 und 68 bieten einen Einblick in Krankenzimmer des 18. Jahrhunderts. Aber nicht viel anders wie auf diesen Darstellungen waren die Zustände in manchen deutschen Städten noch am Ende des 19. Jahrhunderts. Es handelte sich zumeist um Gebäude, die früher irgendwelchen anderen Zwecken, Kirchen, Kriegslazaretten, Armenhäusern usw. gedient hatten und dann



Abb 67. Frauensaal.



Abb 68. Männersaal.

Krankenhausbilder aus dem Jahre 1789.

Kupferstiche von M. Mettenleiter.

zur Pflege von Kranken verwendet wurden. Innere und chirurgische, ansteckende (typhöse, tuberkulöse usw.) und nichtansteckende Kranke lagen nebeneinander in demselben Raum. Die Insassen dieser Krankenhäuser gingen daher fast nur aus der unbemittelten Bevölkerung hervor. Aus diesen Gründen war die Sterblichkeit in diesen Anstalten sehr hoch. Nach Angaben von Joh. L. Casper<sup>1)</sup> starben im Jahre 1822 von den Kranken der Pariser Hospitaller durchschnittlich 12,5 ‰, in manchen Spitälern war aber die Zahl weit größer, z. B. in der Charité 20 ‰, in den Kinderkrankenanstalten sogar 25 ‰. Oesterlen<sup>2)</sup> gibt an, daß 1851—1860 die Sterblichkeit aller Kranken im Allgemeinen Krankenhaus zu Wien 13,8 ‰, 1848—1856 in der Charité zu Berlin 11,5 ‰ betragen hat. „Im Hinblick auf die riesige Sterblichkeit in den Krankenhäusern konnte“, wie Abel<sup>3)</sup> mitteilt, „Virchow noch 1861 schreiben, es sei mehr Aufgabe der praktischen Medizin, die Hospitaller für Verwundete und Gebärende zu beseitigen, als zu erweitern“.

<sup>1)</sup> Siehe S. 37 Fußnote 1a.

<sup>2)</sup> Siehe S. 37 Fußnote 2.

<sup>3)</sup> R. Abel: „Öffentliches Gesundheitswesen und Medizinalverwaltung“, Deutsche medizinische Wochenschrift 1924 Nr. 49.



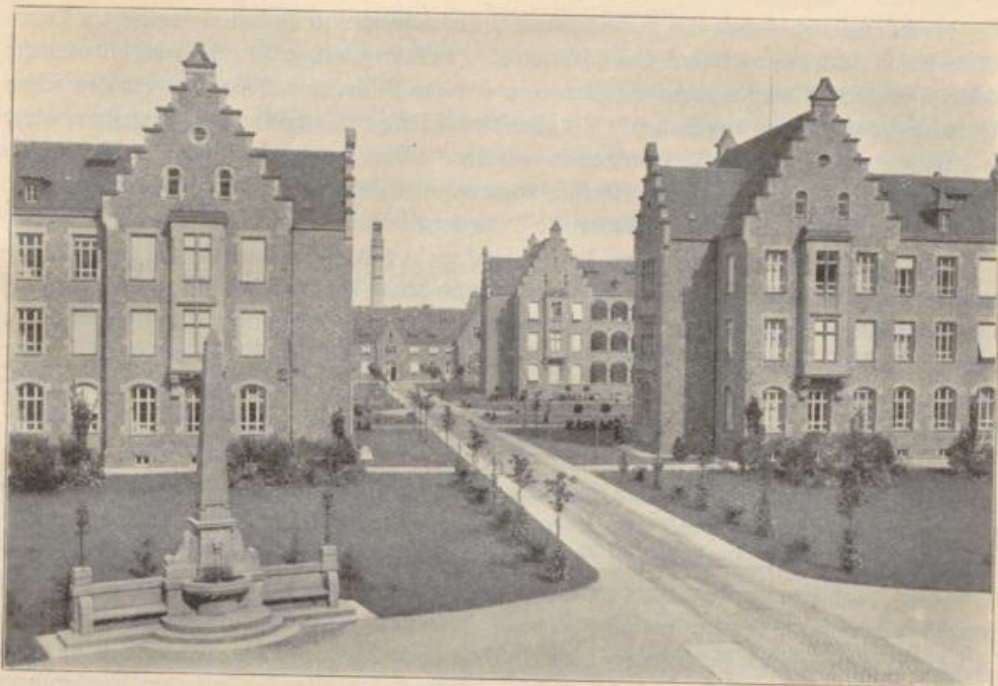


Abb. 69. Städtisches Krankenhaus Karlsruhe: Blick vom Verwaltungsgebäude.

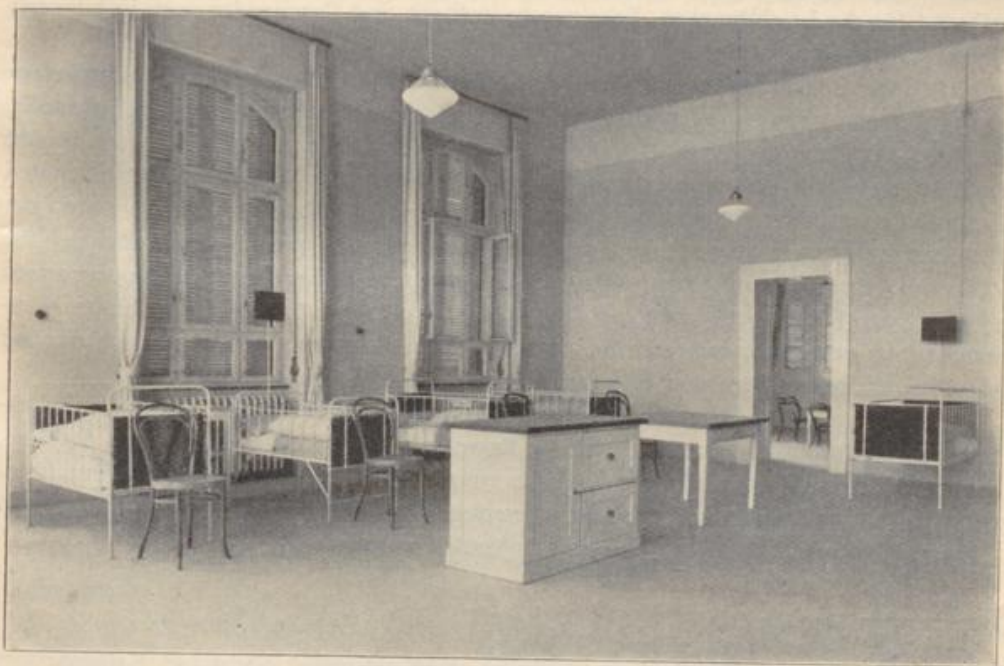


Abb. 70. Städtisches Krankenhaus Karlsruhe, Abteilung für Scharlach und Diphtherie: Krankensaal.



Nachdem 1870—1874 das Krankenhaus Friedrichshain in Berlin als erstes im Deutschen Reich nach neuzeitlichen Grundsätzen als Pavillonsystem geschaffen war, entwickelte sich das deutsche Krankenhauswesen zu seiner jetzigen Blüte, so daß die einst von deutschen Ärzten so bewunderten englischen<sup>1)</sup> Krankenhäuser längst von zahlreichen Anstalten selbst in Städten mittlerer Größe übertroffen wurden. Dies veranschaulichen z. B. unsere Abbildungen 69 und 70, welche Einrichtungen des in den Jahren 1903—1907 gebauten Städtischen Krankenhauses zu Karlsruhe<sup>2)</sup> wiedergeben.

Jedes gutgeleitete Krankenhaus besitzt jetzt nicht nur alle erforderlichen gesundheits-technischen Maßnahmen, sondern auch die häufig recht kostspieligen diagnostischen und therapeutischen Apparate der verschiedensten Art, die ein einzelner Arzt sich wohl nie oder nur selten anzuschaffen vermag. In zahlreichen Fällen ist die Behandlung in einem Krankenhaus nicht nur vorzuziehen, sondern dringend geboten, und zwar keineswegs lediglich bei den zumeist in unzulänglichen Wohnungen untergebrachten Unbemittelten, sondern auch bei Kranken des Mittelstandes und der wohlhabenden Kreise.

Die Inanspruchnahme der Krankenhausbehandlung ist in den letzten Jahrzehnten sehr stark gestiegen; die Stadtverwaltungen haben es an manchen Orten und zu manchen Zeiten schwer, den Anforderungen zu genügen. Im allgemeinen werden, nach Angabe von Grober, fünf Krankenhausbetten auf je 1000 Einwohner als geeignet bezeichnet; naturgemäß zeigen sich hierbei örtliche Verschiedenheiten gegenüber dieser Durchschnittsziffer. In den letzten Jahrzehnten sind freilich auch Mißgriffe bei der Einrichtung und Benutzung der Krankenhäuser zu beobachten gewesen. Um allen hygienischen Forderungen bei der Einrichtung und dem Betrieb zu genügen, sind große Geldmittel erforderlich; so hohe Ausgaben sind jedoch nur für die Behandlung von Schwerverkranken zu rechtfertigen, während für die Leichtkranken, Erholungsbedürftigen und Genesenden auch in billigerer Weise gesorgt werden könnte.

Im Jahre 1881 wurden, nach amtlichen Angaben<sup>3)</sup>, in allgemeinen Krankenhäusern 538997 Kranke, darunter 472096 in öffentlichen und 66901 in privaten Anstalten, behandelt, im Jahre 1913 aber 2435678, darunter 1533552 in öffentlichen Anstalten. Dazu kommt noch die große Zahl derjenigen, die in Anstalten für Geisteskranke, Augenheilanstalten und Entbindungsanstalten aufgenommen waren. Während im Jahre 1881 von je 10000 der Bevölkerung 120,3 in allgemeinen Krankenhäusern behandelt worden sind, belief sich die Ziffer im Jahre 1911 auf 351,7. Von 1000 abgegangenen Krankenhauspatienten waren während der Jahre 1902—1904 auf den Männerabteilungen 63,2, auf den Frauenabteilungen 75,7 gestorben, während die Zahlen für den Zeitraum 1911—1913 sich nur auf 56,4 bei den männlichen und 64,2 bei den weiblichen Kranken belaufen.

Um ein so großes Heer von Kranken zu behandeln, ist eine hohe Zahl von Krankenhausärzten erforderlich. So trägt auch die Entwicklung des Krankenhauswesens dazu bei, daß immer mehr Ärzte viele Jahre auf die eigene Praxis verzichten und ein Amt übernehmen, während zugleich riesige Menschenmassen damit einverstanden sind, daß sie von „Therapiebeamten“ der Krankenhäuser behandelt werden.

\* \* \*

<sup>1)</sup> Siehe die zu S. 370 gehörende Fußnote 4.

<sup>2)</sup> „Das Allgemeine Krankenhaus der Haupt- und Residenzstadt Karlsruhe“, Karlsruhe 1909 bei C. F. Müller.

<sup>3)</sup> Siehe S. 397 Fußnote 1.



Es kann kein Zweifel sein, daß der Weg bis zur Verstaatlichung des Ärzteswesens immer kürzer wird. Die gegenwärtige Lage, wo auf der einen Seite bei dem Fehlen der Familienhilfe zahlreiche Kinder sterben, ohne ärztliche Behandlung genossen zu haben, und auf der anderen Seite ein Heer von Ärzten zu wenig beschäftigt ist und daher Not leidet, dieser Zustand: Kranke ohne Ärzte, Ärzte ohne Kranke, ist unerträglich. Die zurzeit anwendbaren Mittel, um hier zu bessern, sind, wie oben betont wurde: Familienversicherung und Ausbau der Gesundheitsfürsorge in allen ihren Zweigen.

**Literatur:** 1. **Th. Altschul:** „Die Idee der Verstaatlichung des ärztlichen Standes“, Wien 1896. — 2. **H. Beckers:** „Die Verstaatlichung des Heilwesens“, Hannover 1895. — 3. **M. Eppstein:** „Die Sozialisierung des Gesundheitswesens“, Bayer. ärztl. Korrespondenzbl. 1919 Nr. 7/8. — 4. **A. Fischer:** „Die Frage der Sozialisierung des Heilwesens“, Bericht ü. d. 40. Versamml. d. Deutsch. Ver. f. öff. Gesundheitspfl., Braunschweig 1921. — 5. **A. Gottstein:** „Die Regelung des Gesundheitswesens in den deutschen Großstädten“, Deutsch. med. Wochenschr. 1908 Nr. 12—14. — 6. **Grober:** „Krankenhäuser“, Art. i. Handw. d. Kommunalw., Jena 1917, Bd. 3. — 7. **Hahn (Camburg):** „Die Reformation des Heilwesens“, Veröffentl. a. d. Geb. d. Medizinalverw., Berlin 1921, Bd. 13 Heft 6. — 8. **Magnus Hirschfeld:** „Verstaatlichung des Gesundheitswesens“, Flugschr. d. Bundes Neues Vaterland Nr. 10, Berlin 1919. — 9. **R. Leunhoff:** „Die Regelung des kommunalärztlichen Dienstes in Charlottenburg“, Med. Reform 1909 Nr. 42, dazu die Antwort von Gottstein, ebenda Nr. 44. — 10. **E. Neumann:** „Die Neugestaltung des Ärztestandes, des Krankenhauswesens und der öffentlichen Gesundheitspflege“, Veröffentl. a. d. Geb. d. Medizinalverw., Berlin 1918, Bd. 8 Heft 6. — 11. **G. Pick:** „Die Zukunft des Ärztestandes und der Ausbau des Gesundheitswesens“, Berlin 1917. — 12. **Rapmund:** „Arzt“, Art. i. Handw. d. Staatsw., 4. Aufl., Jena 1923, Bd. 1. — 13. **Röder:** „Die Sozialisierung des Kassenarztes“, Ortskrankenkasse 1919 S. 221 ff. — 14. **Stier-Somlo:** „Die Ärztefrage und der Staat“, Frankfurt a. M. 1910. — 15. **Sudhoff:** „Aus der Geschichte des Krankenhauswesens im frühen Mittelalter im Morgenland und Abendland“, Ergebn. u. Fortschr. d. Krankenhauswesens, herausg. v. E. Dietrich u. J. Grober, Jena 1913, Bd. 2. — 16. **Teleky:** „Sozialisierung des Gesundheitswesens“, Wiener Klin. Wochenschr. 1919 Nr. 23. — 17. **R. Volz:** a) „Die Stellung der Ärzte im Staate“, Mitt. d. bad. ärztl. Vereins 1848 Nr. 1; b) „Ärztliche Briefe. Besprechungen über die Stellung der Ärzte im Staate“, Karlsruhe 1869.

## 6. Gesundheitspolitische Vereine.

Neben den kulturhygienischen Maßnahmen der Gesetzgebung sowie der staatlichen und städtischen Verwaltung ist auch die Wirksamkeit der gesundheitspolitischen Vereine von hohem Wert, sei es wegen der unmittelbar von ihnen ausgeführten Arbeit, sei es wegen der von ihnen ausgehenden Anregungen, die in der Zukunft verwirklicht werden. Zutreffend hat Ihering<sup>1)</sup> geschrieben: „Der Verein ist der Pionier, der dem Staat die Wege ebnet; was heute Verein ist, ist nach Jahrtausenden Staat. Alle gemeinnützigen Vereine tragen die Anweisung auf den Staat in sich; es ist nur eine Frage der Zeit, wann er dieselben honorieren wird.“

Unter den Vereinen, die kulturhygienisch tätig sind, müssen wir zwei große Gruppen unterscheiden: 1. solche, die auf Einzelgebieten des sozialen Gesundheitswesens tätig sind, und 2. solche, die das Gesamtgebiet ins Auge fassen. Mit den wichtigsten zur ersten Gruppe gehörenden Vereinen haben wir uns schon in den vorangegangenen einzelnen Abschnitten befaßt; hier beschäftigen wir uns nun noch, nach Maßgabe des vorhandenen Raumes, mit der zweiten Gruppe. Diese ist wiederum in eine Anzahl Untergruppen zu gliedern.

Zunächst sind diejenigen Vereine anzuführen, die sich ausschließlich der sozialen Hygiene, aber in allen ihren Zweigen, widmen. Bahnbrechend war hier die 1905 von

<sup>1)</sup> Nach Angabe von Arthur Mayer, siehe S. 421 Fußnote 1.